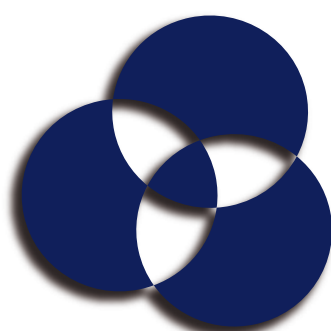


ISSN 1997-3278

УДК 616+614,2+004+316+37.013+159.9

ББК 5+65.495+60.5+88+74

3 445



электронный научный журнал  
**СИСТЕМНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ  
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

Electronic scientific magazine "System integration in public health services"



4

2009

**УЧРЕДИТЕЛЬ И ИЗДАТЕЛЬ**  
Государственное учреждение  
здравоохранения  
Свердловской области  
детская клиническая больница  
восстановительного лечения  
“Научно-практический центр  
“Бонум”

[www.bonum.info](http://www.bonum.info)

Государственное учреждение  
Научный центр здоровья детей  
Российской академии  
медицинских наук

Свердловский филиал

[www.nczd.ru](http://www.nczd.ru)

**АДРЕС РЕДАКЦИИ**

г. Екатеринбург,  
ул. Академика Бардина, 9а  
тел./факс (343) 2118861, 2403697  
Почтовый адрес: 620149,  
г. Екатеринбург, а/я 187

[redactor@sys-int.ru](mailto:redactor@sys-int.ru)  
[www.sys-int.ru](http://www.sys-int.ru)

Электронный научный журнал  
“Системная интеграция в  
здравоохранении”  
зарегистрирован Федеральной  
службой по надзору в сфере  
массовых коммуникаций, связи и  
охраны культурного наследия  
Российской Федерации  
Свидетельство Эл №ФС77-32479  
от 09 июня 2008 г.

ISSN 1997-3276

Редакция не несет  
ответственности за содержание  
рекламных материалов.

При использовании материалов  
ссылка на журнал “Системная  
интеграция в здравоохранении”  
обязательна.

© ГУЗ СО ДКБВЛ “НПЦ “Бонум”, 2009



электронный научный журнал  
**СИСТЕМНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ  
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

[WWW.SYS-INT.RU](http://WWW.SYS-INT.RU)

ЭЛЕКТРОННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ  
ЖУРНАЛ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ЭКОНОМИКИ И  
УПРАВЛЕНИЯ, ИНФОРМАЦИОННЫХ  
ТЕХНОЛОГИЙ, ПЕДАГОГИКИ, ПСИХОЛОГИИ И  
СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

**№ 4 (6) 2009**

**РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ**

Главный редактор С. И. БЛОХИНА  
Заместители главного редактора  
И. А. ПОГОСЯН, Т. Я. ТКАЧЕНКО  
Выпускающий редактор А. В. МУСИЕНКО  
Ответственный секретарь Е. В. ВЛАСОВА  
Продвижение журнала Д.А. НИКИФОРОВ

**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ**

А. А. БАРАНОВ (Москва)  
В. А. ВИССАРИОНОВ (Москва)  
А. Г. БАИНДУРАШВИЛИ (Санкт-Петербург)  
В. Г. КЛИМИН (Екатеринбург)  
Б. А. КОБРИНСКИЙ (Москва)  
А. Б. БЛОХИН (Екатеринбург)  
О. П. КОВТУН (Екатеринбург)  
В. Л. СТОЛЯР (Москва)  
С. Л. ГОЛЬДШТЕЙН (Екатеринбург)  
А. В. СТАРШИНОВА (Екатеринбург)

## Уважаемые читатели!

Предлагаемый Вам номер завершает публикации журнала «Системная интеграция в здравоохранении» в 2009-м, не самом простом для здравоохранения России, году. В сложных кризисных условиях резкого снижения уровня бюджетного финансирования для многих медицинских учреждений на первый план вышли задачи выживания. Однако, по мнению многих авторитетных ученых и практиков менеджмента, кризис – это еще и период накопления ресурсов, прежде всего, интеллектуальных, время создания заделов для последующего значительного рывка в развитии.

Поэтому проблемы инноватики, научного подхода, поиска механизмов парирования угроз и ответа на вызовы со стороны внешней среды остаются чрезвычайно актуальными как в экономике в целом, так и в медицинской науке и здравоохранении России. Потребность инновационного развития в сфере оказания медицинской помощи очень велика: нужны модели эффективного регионального здравоохранения, адекватного финансирования, организации научной, образовательной, информационной систем обеспечения процесса предоставления качественных и доступных медицинских услуг населению.

Чем напряженнее экономические условия, тем большее значение приобретают вопросы квалификационной подготовки и психологической устойчивости персонала медицинских учреждений. Высокотехнологичное оборудование и современные методы диагностики и лечения не могут обеспечить качественные результаты медицинской помощи и удовлетворенность ими пациентов, если не сформирована доброжелательная психологическая среда, мотивирующая к успешному взаимодействию между пациентом и врачом, а, если рассматривать шире в маркетинговом аспекте, между пациентом и медицинским учреждением в целом.

Надеемся, что материалы этого номера, посвященные экономическим проблемам и вопросам психологической устойчивости медицинского персонала в кризисный период, будут интересны как организаторам здравоохранения, так и специалистам медицинских учреждений, которые стремятся сохранить и преумножить достижения медицинской науки и практики, несмотря на объективные сложные условия в глобальной экономике.



С уважением,  
зам. главного редактора,  
кандидат технических наук,  
начальник отдела координации  
научных исследований и новых технологий  
**Ткаченко Татьяна Яковлевна**

### КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

И.Л. Шлыков, Н.Л. Кузнецова  
КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С НЕСТАБИЛЬНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ТАЗА НА  
ОСНОВЕ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ АЛГОРИТМОВ .....3

С.Б. Турков  
ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ: СОСТОЯНИЕ И  
ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ..... 10

### ЭКОНОМИКА И УПРАВЛЕНИЕ

И.Л. Шлыков, Н.Л. Кузнецова, П.В. Елфимов, Н.В. Кривенко  
МЕНЕДЖМЕНТ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ У БОЛЬНЫХ  
ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ ЦЕНТРАХ ..... 16

Н.Н. Кивелева  
БЮДЖЕТИРОВАНИЕ, ОРИЕНТИРОВАННОЕ НА РЕЗУЛЬТАТ: ПРОБЛЕМЫ ВНЕДРЕНИЯ В  
ЗДРАВООХРАНЕНИИ ..... 24

Т.А. Бородина  
АНАЛИЗ РЫНКА ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ  
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ..... 32

### ПСИХОЛОГИЯ, ПЕДАГОГИКА И СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА

О.М. Филькина, Е.Л. Витрук, Е.А. Воробьева, Н.В. Долотова, О.Ю. Кочерова  
ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА,  
ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В ДЕТСКИХ ДОМАХ..... 42

О.М. Филькина, Т.Г. Шанина, О.Ю. Кочерова, Л.А. Пыхтина,  
Е.А. Воробьева, Е.Л. Витрук, Н.В. Долотова, Е.А. Матвеева  
МОТИВЫ СОЗДАНИЯ ЗАМЕЩАЮЩИХ СЕМЕЙ У ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ ПРИЕМНЫХ  
РОДИТЕЛЕЙ ..... 54

И.О. Елькин, В.М. Егоров, С.И. Блохина  
ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ В МЕДИЦИНСКИХ ПРОФЕССИЯХ (МОНОГРАФИЯ)  
ГЛАВА 2. ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ, МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ И  
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ..... 66

## КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С НЕСТАБИЛЬНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ТАЗА НА ОСНОВЕ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ АЛГОРИТМОВ

**И.Л. Шлыков, Н.Л. Кузнецова**

*ФГУ «УНИИТО им. В.Д. Чаклина Росмедтехнологий»  
ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия Росздрава»*

Предположено, что разработка и внедрение лечебно-диагностических алгоритмов в оказании помощи пациентам с нестабильными переломами таза позволит практическому врачу снизить уровень тактических, технических и организационных ошибок у больных данного профиля.

**Ключевые слова:** нестабильные переломы таза, лечебно-диагностический алгоритм.

### COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH UNSTABLE CRISSES OF A BASIN ON THE BASIS OF MEDICAL-DIAGNOSTIC ALGORITHMS

*I.L. Shlykov, N.L. Kuznetsova*

It is assumed, that development and introduction of medical-diagnostic algorithms in rendering assistance to patients with unstable crises of a basin will allow the practical doctor to lower a level of tactical, technical and organizational mistakes at patients of the given structure.

**Keywords:** unstable crises of a basin, medical-diagnostic algorithm.

Актуальность. Несмотря на проведенное полноценное лечение повреждений таза, в 5% случаев при большом первичном разрушении тазового кольца остаются серьезные деформации [1]. Поэтому, по мнению многих исследователей, лучшее лечение деформаций таза – это предотвращение их появлений, что на практике бывает редко выполнимо. Травматологи зачастую сталкиваются с остающимися нарушениями анатомических структур таза через месяц и более после травмы, то есть в срок, который, по мнению большинства авторов, является критическим для применения традиционных оперативных технологий и

требует особого подхода к оценке его тяжести, необходимости и способе дальнейшего лечения [2]. Несмотря на отсутствие точного общепринятого определения понятия застарелого повреждения таза, можно считать, что к этой категории больных относятся переломы костей таза с неустранимым смещением отломков давностью четыре недели и более [3]. Проблема лечения больных с последствиями повреждений тазового кольца остается актуальной для современной травматологии.

Цель работы. Оптимизация результатов лечения больных с последствиями повреждений тазового кольца за счет

разработки и внедрения лечебно-диагностических алгоритмов.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением за период с 2000 по 2008 годы в клинике травматологии Уральско-го НИИ травматологии и ортопедии находилось 48 пациентов с билатеральными повреждениями таза, которым выполнено оперативное лечение. Из них пациентов с типом В3 – 30 человек, С2 – 10 и С3 – 8 по классификации ОТА/АО. Мужчин было 32, женщин - 16, средний возраст - 29,8 (от 15 до 65). В 62% случаев травма получена в результате дорожно-транспортных происшествий, у 28 пострадавших (65%) имелись сочетанные и множественные повреждения: перелом костей нижних конечностей – 6, верхней конечности – 6, множественные переломы костей верхних и нижних конечностей – 3, позвоночно-спинномозговая травма – 2, тупая травма живота с повреждением внутренних органов – 5, черепно-мозговая травма – 2, тупая травма грудной клетки – 3. Кроме того, у 7 пострадавших имелись разрывы мочевого пузыря и уретры. Все пациенты с вертикально-нестабильными повреждениями имели сопутствующие повреждения и были госпитализированы из других лечебных учреждений. Средний срок от момента травмы до

оперативного вмешательства составил 107,6 (от 4 до 732) суток.

Результаты. Соответственно типам деформаций таза были разработаны четыре основные методики оперативного устранения с использованием стержневого аппарата внешней фиксации.

Устранение нестабильной ротационной деформации таза. Ротационные деформации таза являлись следствием ротационно-нестабильных повреждений тазового кольца, а также исходами вертикально-нестабильных переломов таза, если на этапах лечения было устранено только краниальное смещение половины таза. При этом безымянная кость могла быть ротирована кнутри или кнаружи (в горизонтальной плоскости), быть в положении сгибания (повреждение типа ручки корзины – ротация в сагиттальной плоскости) или отведения и приведения (ротация во фронтальной плоскости) по отношению к крестцу. Истинное положение, как правило, являлось комбинацией этих смещений, но всегда можно определить наиболее выраженные компоненты деформации, для того, чтобы последовательно устранить наиболее грубые из них. Первым этапом накладывали аппарат внешней фиксации. Опоры аппарата располагали с учетом имеющегося



смещения половины таза и соединяли между собой репозиционным узлом только спереди для устранения ротационного смещения в сагиттальной плоскости с целью выравнивания длины конечности. После операции больного укладывали на специально подготовленную кровать с нишей для тазового кольца. Перемещение половины таза начинали со вторых суток после операции темпом по 1 мм 4 раза в сутки, одновременно с активизацией больного без нагрузки на поврежденную сторону, назначали лечебную гимнастику.

Уход за стержнями и спицами осуществляли так же, как и при применении аппарата Г. А. Илизарова. Смену повязок с антисептиком в первые два дня проводили ежедневно, затем раз в неделю. После восстановления формы переднего полукольца таза, подтвержденной этапной рентгенографией, производили перемонтаж репозиционного узла для их сближения и компрессии во фронтальной плоскости с прежним темпом перемещения. После устранения деформации опоры соединяли неподвижно в передних и задних отделах, что позволяло разрешить полную нагрузку на обе нижние конечности. Оперативное лечение больных с нестабильной ротационной деформацией тазового кольца было проведено в 10 случаях.

Всего выполнено 17 операций, из них у семи пациентов чрескостный остеосинтез был дополнен внутренней фиксацией лонного сочленения: аллосухожилием (2 случая) и, при ограниченном контакте лонных и седалищных костей, реконструкционной пластиной (5 случаев). Аппарат снимали через три месяца после окончательной стабилизации отломков при наличии клинорентгенологической картины сращения. При этом до снятия аппарата проводили клиническую пробу: разъединяли соединения тазовой опоры, имитируя снятие аппарата, при этом предлагали больному ходьбу в течение нескольких часов с обычной для него нагрузкой. В случае отсутствия подвижности и болевых ощущений в области таза считали пробу отрицательной и аппарат снимали. Средний срок пребывания этой группы больных в аппарате составил 118,3 суток.

Устранение нестабильной вертикальной деформации таза. При нестабильных вертикальных деформациях таза полностью нарушена целостность заднего костно-связочного комплекса таза, имеется вертикальное смещение половины тазового кольца с растяжением или разрывом корешков крестцового сплетения. При отсутствии явной вертикальной подвижности краниально

смещенных задних отделов таза первым этапом производили остеотомию крестца в положении больного на животе и вводили стержни в задние ости подвздошных костей. После чего, пациента переворачивали на спину, вводили стержни в передние отделы таза. Опоры аппарата накладывали с учетом имеющегося смещения половины таза и соединяли между собой репозиционными узлами спереди и сзади для создания диастаза в зоне остеотомии. Если вертикальная подвижность в задних отделах имелась, то остеотомия не требовалась. Дозированную дистракцию темпом 1 мм четыре раза в день начинали после купирования болевого синдрома на 3 – 5 сутки одновременно с активизацией больного без нагрузки на поврежденную сторону. Назначали лечебную гимнастику. При развитии выраженного болевого синдрома или признаков раздражения корешков сегментов S1 – S3 снижали темп перемещения до 1 мм в сутки, вплоть до временного прекращения дистракции. Растяжение задних отделов производили до появления диастаза 10 – 15 мм. Затем, тяги заднего репозиционного узла устанавливали в вертикальное положение для постепенного устранения краниального смещения половины таза.

Темп дистракции – по 0,25 мм четыре раза в сутки.

После вертикального выравнивания задних отделов подвздошных костей по отношению к крестцу при необходимости устраняли переднезаднее смещение.

Заключительным этапом коррекции с помощью переднего репозиционного узла устраняли оставшееся ротационное смещение как описано выше, создавали компрессию между фрагментами и аппарат стабилизировали.

После устранения деформации тазового кольца внутреннюю фиксацию лонных костей и симфиза произвели с помощью реконструкционных пластин у двух больных этой группы. Окончательную фиксацию достигнутого положения в одном случае создали с помощью илиосакрального винта, введенного через подвздошную кость в крестец.

Частичную нагрузку на поврежденную сторону разрешали после окончания всех вмешательств, постепенно доводя ее до полной в течение месяца.

При оперативном лечении 4 больных с нестабильной вертикальной деформацией проведено девять операций. В одном случае потребовалась остеотомия крестца и синтез несросшегося перелома крыла подвздошной кости компрессирующими винтами, в двух – после устранения смещений половин таза



фиксация в аппарате была дополнена синтезом переднего полукольца таза реконструкционной пластиной (2 пациента) и введением компрессирующего винта через крестцово-подвздошное сочленение (1 пациент).

Срок фиксации в аппарате составлял не менее четырех месяцев после окончательной стабилизации отломков. Снятие аппарата производили при наличии клинико-рентгенологической картины сращения после проведения клинической пробы. Средний срок пребывания этой группы больных в аппарате составлял 201,6 суток.

Устранение стабильной вертикальной деформации таза. При стабильных вертикальных деформациях таза неподвижность краниально смещенной половины таза обусловлена неправильным сращением как в передних, так и в задних отделах таза. Для устранения данного типа деформаций необходимо, как правило, проведение остеотомии не только крестца, но и лонной и седалищной кости на стороне большего смещения.

Операцию производили в три этапа под общим обезболиванием на рентген-негативном операционном столе с использованием электронно-оптического преобразователя. Первым этапом в положении больного на спине произво-

дили остеотомию лонной кости. Вторым этапом после поворота пациента на живот для последовательного проведения остеотомии седалищной кости и боковой массы крестца. После достижения явной подвижности половины таза вводили стержни в задние ости подвздошных костей. Третьим этапом больного укладывали на спину на операционный стол с нишей на уровне таза, вводили стержни в передние отделы безымянных костей и монтировали аппарат.

Компоновка аппарата, начало и темп distraction, порядок устранения смещений окончательная стабилизация тазового кольца внутренними фиксаторами и сроки нахождения пациента в аппарате были аналогичны таковым, как при лечении нестабильных вертикальных деформаций таза.

Оперативное восстановление стабильной вертикальной деформации проведено семерым больным. При этом выполнено 18 операций. У четырех пациентов потребовалась остеотомия костей переднего полукольца таза, из них двум одновременно была выполнена остеотомия крестца. В пяти случаях окончательная стабилизация в аппарате была дополнена введением илиосакрального компрессирующего винта.

Фиксация аппаратом продолжалась в среднем четыре месяца после окончательной стабилизации при наличии рентгенологической картины сращения и отрицательного результата клинической пробы. Средний срок пребывания этой группы больных в аппарате с учетом времени коррекции и стабилизации костей таза составил 168,7 суток.

Устранение стабильной ротационной деформации таза. Стабильная ротационная деформация характеризуется неподвижностью половины или сегмента таза, как правило, и в переднем и заднем отделе, с ротацией безымянной кости относительно крестца. Поэтому, для коррекции деформации таза обязательны мобилизующие остеотомии в местах неправильного сращения костей таза.

По поводу стабильной ротационной деформации таза было проведено 11 операций четверым больным. В трех случаях наложению аппарата предшествовала остеотомия переднего полукольца таза, а у одного пациента одновременно с этой операцией была произведена остеотомия крестца. У трех больных после устранения деформации тазового кольца потребовалась дополнительная внутренняя фиксация костей таза: остеосинтез отломков подвздошной

кости пластиной (2 случая) и введение илиосакральных винтов (1 случай).

Аппарат снимали не раньше, чем через четыре месяца с обязательным проведением клинической пробы и при наличии рентгенологической картины сращения мест остеотомий. Средний срок пребывания больных в аппарате с момента проведения чрескостного остеосинтеза составил 179,0 суток.

Обсуждение. 25 больным с застарелыми деформациями тазового кольца было проведено оперативное лечение по разработанным технологиям, при этом было сделано 55 вмешательств. Все больные имели деформации тазового кольца II-III степени давностью от 3 месяцев до 6 лет. Из них ротационных деформаций всего было 14, вертикальных – 11, стабильных деформаций – 11, нестабильных – 14. У 22 пациентов дооперационное функциональное состояние таза было оценено как плохое и лишь у трех человек как удовлетворительное.

Резюме. Во всех случаях для коррекции деформации и стабилизации достигнутого положения костей использовался оригинальный аппарат внешней фиксации. Описаны особенности конструкции аппарата, методика его наложения, техника остеотомий тазовых костей и применявшихся методик

внутренней фиксации их и сочленений таза. Представлены особенности этапного устранения различных видов деформаций таза по разработанным методикам, согласно предложенной рабочей классификации.

### Список литературы

1. Fuchtmeier B, Maghsudi M, Neumann C, Hente R, Roll C, Nerlich M. The minimally invasive stabilization of the dorsal pelvic ring with the transiliacal internal fixator (TIFI)--surgical technique and first clinical findings. *Unfallchirurg*. 2004 Dec;107(12):1142-51.
2. Huegli RW, Messmer P, Jacob AL, Regazzoni P, Styger S, Gross T. Delayed union of a sacral fracture: percutaneous navigated autologous cancellous bone grafting and screw fixation. : *Cardiovasc Intervent Radiol*. 2003. Sep-Oct;26(5) P. 502-5.
3. Kabak S, Halici M, Tuncel M, Avsarogullari L, Baktir A, Basturk M. Functional outcome of open reduction and internal fixation for completely unstable pelvic ring fractures (type C): a report of 40 cases. *J Orthop Trauma*. 2003. Sep;17(8)/ P.555-62.

---

Шлыков Игорь Леонидович, директор ФГУ «УНИИТО им. В.Д. Чаклина Росмедтехнологий», к.м.н.  
620026, г. Екатеринбург, ул. Карла-Маркса, 12 – 49, 620000, г. Екатеринбург, ул. Банковский, тел (343) 3711723.

## ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ: СОСТОЯНИЕ И ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ

**С. Б. Турков**

*Министерство здравоохранения Свердловской области*

Представлены результаты анализа эпидемиологической ситуации по злокачественным новообразованиям и состояния онкологической помощи в Свердловской области за период с 1995 по 2007 гг. Установлено, что в регионе сохраняются более высокие, чем в целом по России, уровни онкологической заболеваемости и смертности, а эффективность работы онкологической службы остается невысоким. Ввод в действие в 2000 г. областного онкологического центра не оказал значительного влияния на улучшение эпидемиологической ситуации и повышение эффективности противораковой борьбы. Сделан вывод о необходимости совершенствования организационной системы онкологической службы области.

**Ключевые слова:** злокачественные новообразования, онкологическая служба, эффективность

### CANCER IN SVERDLOVSK OBLAST: STATE AND DYNAMICS OF CHANGE

*S.B. Turkov*

The results of analysis of cancer epidemiology and the state of cancer medical services in Sverdlovsk oblast for the period of 1995-2007 are presented. It is estimated that the levels of cancer incidence and mortality rates are higher in the region as compared with Russia as a whole, and the work efficiency and effectiveness of cancer medical services is rather low. Putting into operation in 2000 of Regional Cancer Center has neither significantly influenced the improvement of epidemiological situation nor the effectiveness of anti-cancer work. It is suggested to improve the managerial system of cancer medical service in the oblast.

**Keywords:** cancer, cancer medical services, efficiency and effectiveness

Злокачественные новообразования (ЗН) уже длительный период времени являются одной из глобальных медико-социальных проблем. Несмотря на значительные усилия, предпринимаемые мировым научным сообществом и органами управления здравоохранением, в большинстве стран сохраняется тенденция к росту числа онкологических больных. Не является исключением и Российская Федерация. Среди причин смертности населения страны ЗН

устойчиво занимают второе ранговое место после болезней системы кровообращения и по состоянию на 2007 г. их доля составляла 13,8% среди всех умерших.

Свердловская область относится к субъектам России с высоким уровнем онкологической заболеваемости. Как видно из материалов, приведенных в таблице 1, в период с 1995 по 2007 гг. уровень заболеваемости ЗН в регионе был стабильно выше среднего по стране.

В тоже время, за рассматриваемый период времени эти различия постепенно сокращались – если в 1995 г. уровень заболеваемости ЗН в Свердловской области был выше среднего по России на 6,9%, то в 2007 г. уже только на 1,3%.

Данный факт объясняется меньшими темпами роста этого показателя в Свердловской области: за 13 лет он составил 16,0%, тогда как по Российской Федерации – 22,3%.

Таблица 1  
Динамика заболеваемости злокачественными новообразованиями и смертности от них в Свердловской области и Российской Федерации, 1995–2007 гг.

Территория	1995 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.
<b>Заболеваемость ЗН (на 100 000 человек)</b>									
Свердловская область	298,5	310,8	316,9	326,4	330,4	329,7	331,1	342,3	346,2
Россия	279,2	308,9	313,9	317,2	317,4	328,0	330,5	333,7	341,5
<b>Смертность от ЗН (на 100 000 человек)</b>									
Свердловская область	208,3	210,8	210,2	220,9	220,8	221,2	216,7	211,3	209,5
Россия	201,1	203,4	202,8	203,2	200,9	201,1	206,6	199,1	201,2

Структура онкологической заболеваемости в Свердловской области также имеет некоторые отличия: первые три ранговых места у мужчин в 2007 г. занимали ЗН органов дыхания (31,1%), желудка (13,8%), ободочной кишки (5,6%), тогда как в целом по России это были ЗН органов дыхания (21,5%), желудка (10,5%) и кожи (9,8%); у женщин Свердловской области первые места приходились на ЗН молочной железы (26,1%), желудка (11,2%), ободочной кишки (10,2%), а по России – молочной железы (20,0%), кожи (13,6%) и тела матки (7,1%).

Выше, чем в среднем по стране, в Свердловской области был и уровень смертности от ЗН – в 1995 г. эти различия составляли 3,6%, а в 2007 г. – 4,1%. Иной была и динамика изменения этого показателя: в Свердловской области в период с 1995 под 2004 гг. наблюдался рост смертности от ЗН с 208,3 до 221,2 на 100 тысяч человек, после чего наметилась обратная тенденция – снижение до 209,5. В Российской Федерации показатель смертности весь рассматриваемый временной интервал оставался стабильным – около 200,0 на 100 тысяч населения (таблица 1). В результате за

период с 1995 по 2007 гг. уровень смертности от ЗН в Свердловской области незначительно (на 0,6%), но вырос, а в России оставался без изменений -201,1 и 201,2 на 100 тысяч человек соответственно.

Важным индикатором работы онкологической службы является летальность в течение первого года с момента постановки диагноза ЗН. Из данных, приведенных в таблице 2, видно, что в течение 1995–2007 гг. уровень ее в

Свердловской области оставался достаточно стабильным в диапазоне 32,0–33,4%, в целом же по стране наблюдалась тенденция к сокращению с 36,8 в 1995 г. до 30,2% в 2007 г., тем самым произошло уменьшение этого показателя на 6,6 %. В результате, если в 1995 г. уровень летальности в течение первого года после постановки диагноза ЗН в Свердловской области был ниже среднего по России на 4,8%, то в 2007 г., наоборот, превысил таковой на 1,9 %.

Таблица 2  
Показатели состояния онкологической помощи населению  
Свердловской области и Российской Федерации, 1995–2007 гг.

Территория	1995 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.
<b>Летальность на 1 году после постановки диагноза ЗН (%)</b>									
Свердловская область	32,0	33,0	32,9	33,1	33,3	33,4	32,2	33,2	32,1
Россия	36,8	35,7	34,5	33,9	33,8	33,2	31,6	31,0	30,2
<b>Доля больных ЗН, выявленных при профосмотрах (%)</b>									
Свердловская область	14,2	15,6	15,3	16,6	17,3	18,5	14,3	15,5	13,7
Россия	8,6	9,6	9,9	10,7	10,5	11,3	11,8	11,9	12,1
<b>Доля больных ЗН в I-II стадиях от больных, выявленных при профосмотрах (%)</b>									
Свердловская область	50,7	53,3	54,6	53,0	52,5	51,3	58,4	53,1	53,6
Россия	51,8	52,5	53,4	54,0	55,2	58,1	57,1	57,5	59,3

Тот факт, что рост онкологической заболеваемости в мире происходит на фоне интенсивного развития лечебно-диагностических технологий, свидетельствует о том, что важнейшим направлением борьбы с ЗН является профилактика. Анализ двух медико-статистических

показателей, характеризующих этот раздел работы онкологической службы Свердловской области, дает основания для заключения об отсутствии в ней заметного прогресса (таблица 2). Так, доля больных ЗН, выявленных в ходе профилактических осмотров, за 13 лет,



несмотря на некоторые колебания, практически не изменилась – в 1995 г. она была равна 14,2%, а в 2007 г. – 13,7%. В то же время, в целом по Российской Федерации этот показатель весь рассматриваемый период, хотя и был ниже, чем в Свердловской области, тем не менее, наблюдалась стойкая тенденция к его росту – с 8,6 до 12,1%. Другой индикатор, доля больных ЗН в I–II стадиях патологического процесса, от всего числа выявленных случаев заболевания в ходе профилактических осмотров, в Свердловской области увеличился с 50,7% в 1995 г. до 53,6% в 2007 г., тогда как в среднем по стране этот рост был более выраженным – с 51,8 до 59,3% (таблица 2).

Таким образом, обобщая результаты проведенного анализа, можно констатировать следующее:

1. В Свердловской области наблюдается худшая, чем по России в целом эпидемиологическая ситуация по ЗН, о чем свидетельствует стабильно сохраняющийся более высокий уровень онкологической заболеваемости. Одной из причин этого может быть высокая степень концентрации на территории области промышленных производств и, как следствие этого, интенсивное загрязнение производственной и

окружающей среды канцерогенными веществами.

2. Эффективность работы региональной системы здравоохранения, и, прежде всего, онкологической службы, остается невысокой. На это указывают сохраняющаяся на стабильном уровне смертность от ЗН, а также невысокие показатели, характеризующие объем и качество профилактической работы.

Вместе с тем, это заключение находится в явном несоответствии с усилиями, предпринимаемыми в Свердловской области по борьбе с онкологическими заболеваниями. Так, в 2000 г. был введен в действие областной онкологический центр (ООЦ), являющийся и на сегодняшний день одним из наиболее крупных и высокотехнологичных в России. В его структуре действует консультативная поликлиника, где ведутся приемы по 11 онкологическим профилям, имеется стационар на 600 коек, а также мощная диагностическая служба, располагающая самыми современными технологиями. В связи с этим возникает вопрос – в какой степени появление такого центра сказалось на эпидемиологической обстановке и эффективности работы службы? С целью ответа на этот вопрос был проведен анализ рассмотренных выше показателей за 2 временных интервала: 1) с 1995 по

2000 гг. (до ввода областного центра) и 2) с 2001 по 2007 гг. (после его ввода).

Как видно из материалов, приведенных в таблице 3, если за 6 лет до ввода ООЦ рост заболеваемости ЗН населения Свердловской области составил 4,1%, то за 7 последующих – 9,2%. Сопоставляя эти данные с аналогичными по России, видно, что в целом по стране рост заболеваемости ЗН незначительно, но

все же замедлился с 10,6 до 8,7%. Таким образом, появление в системе здравоохранения Свердловской области современного специализированного учреждения, в структуре которого имеется отдел планирования и координации противораковой борьбы, не оказало существенного влияния на эпидемиологическую ситуацию в регионе.

Таблица 3  
Динамика изменения основных показателей деятельности областной онкологической службы в периоды до и после ввода онкологического центра

Показатели	Свердловская область		Россия	
	Рост (+) / снижение(-) , %		Рост (+) / снижение(-) , %	
	в 1995–2000 гг.	в 2001–2007 гг.	в 1995–2000 гг.	в 2001–2007 гг.
Заболеваемость ЗН	+ 4,1	+ 9,2	+ 10,6	+ 8,7
Смертность от ЗН	+ 1,2	-0,4	+ 1,1	-0,8
Летальность на 1 году после поста-новки диагноза	+ 1,0	-0,8	-1,1	-4,3
Доля больных ЗН, выявленных на профосмотрах	+ 1,4	-1,6	+ 1,0	+ 2,2
Доля больных ЗН I-II стадий от числа выявленных на профосмотрах	+ 2,6	-1,0	+ 0,7	+ 5,9

Что же касается показателей, отражающих эффективность лечебно-диагностической работы, то их динамика свидетельствует о положительном влиянии ООЦ. Так, уровень смертности от ЗН в течение первого из временных интервалов увеличился на 1,2%, но во

втором было отмечено небольшое (на 0,4%) его снижение. Аналогичная ситуация наблюдается и в отношении летальности на первом году после постановки диагноза ЗН: после роста на 1,0% произошло уменьшение этого показателя на 0,8%. Вместе с тем, как

видно из приведенных в таблице 3 материалов, эти изменения по своим темпам явно уступали происходящим в целом по Российской Федерации – в 2001-2007 гг. смертность от ЗН сократилась на 0,8%, а летальность в течение первого года после выявления заболевания – на 4,3%. Таким образом, и по этому компоненту работы онкологическая служба Свердловской области отставала от общероссийских тенденций.

Еще большее отставание выявляется при оценке эффективности профилактической деятельности. Так, в период, предшествующий вводу ООЦ, наблюдался рост выявляемости больных ЗН на профосмотрах (на 1,4%) и, что особенно важно, в ранних стадиях болезни (на 2,6%). В последующие же 7 лет очевиден регресс в этой работе, особенно заметный на фоне роста этих индикаторов в целом по России.

Таким образом, ввод ООЦ не привел к улучшению эпидемиологической

ситуации по ЗН и усилению противораковой борьбы в Свердловской области. Появление во главе онкологической службы региона современного, высокотехнологичного специализированного медицинского учреждения стало важным, но не достаточным условием для изменения сложившегося положения в этой сфере, поскольку остальная ее часть организационно и технологически не претерпела серьезных преобразований. Действительно, в отсутствие эффективной профилактики и раннего выявления ЗН, даже располагая современными диагностическими и лечебными технологиями, невозможно достичь ощутимого прогресса в борьбе с раком. В связи с этим, главной задачей настоящего этапа развития здравоохранения Свердловской области является совершенствование организационной системы онкологической службы.

### Список литературы

1. Злокачественные новообразования в России в 2007 г / Под ред. В.И.Чиссова, В.В.Старинского, Г.В.Петровой.- М.: ФГУ «МНИОИ им. П.А.Герцена», 2009.- 244 с.

---

Турков Сергей Борисович, зам. министра здравоохранения Свердловской области  
620014, г. Екатеринбург, ул. Вайнера д. 34-б, тел.: 270-19-40, email: turkov@zdravso.ru

## МЕНЕДЖМЕНТ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ ЦЕНТРАХ

И.Л. Шлыков\*, Н.Л. Кузнецова\*\*, П.В. Елфимов\*\*\*, Н.В. Кривенко\*\*\*

\* ФГУ «УНИИТО им. В.Д. Чаклина Росмедтехнологий»

\*\* - ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия Росздрава»

\*\*\* - МУ «Центральная городская клиническая больница № 23», г. Екатеринбург

Улучшить качество медицинского обслуживания можно лишь путем объективного выявления проблем в работе, предотвращения их, определения, внедрения и оценки систематических изменений с целью совершенствования всех процессов в специализированных центрах травматологического профиля и улучшения результатов медицинского обслуживания. Одним из методологических подходов к оценке качества является социологический опрос, позволяющий регистрировать динамику исполнения организационных решений.

Ключевые слова: критерии качества, лечебно-диагностический процесс, травматологический стационар

### QUALITY MANAGEMENT OF MEDICAL SERVICE AT PATIENTS OF A TRAUMATOLOGIC STRUCTURE IN THE SPECIALIZED CENTERS

*I.L. Shlykov, N.L. Kuznetsova, P. V. Elfimov, N.V. Krivenko*

To improve quality of health services it is possible only by objective revealing problems in work, their prevention, definition, introduction and an estimation of regular changes with the purpose of perfection of all processes in the specialized centers of a traumatologic structure and improvement of results of health services. One of methodological approaches to an estimation of quality is the sociological interrogation, allowing to register dynamics of execution of organizational decisions.

**Keywords:** criteria of quality, medical-diagnostic process, traumatologic hospital

Актуальность. Вопросы качества медицинского обслуживания являются одним из критериев оценки оказания помощи травматологическим больным. Однако, несмотря на очевидную значимость данной проблемы и наличие нормативных документов, предусматривающих совершенствование контроля качества медицинской помощи населению в соответствии с основами законодательства РФ об охране здоровья граждан

(закон РФ "О медицинском страховании граждан в РФ", Приказ МЗ и СР РФ от 24.09.2008 г. № 513-н «Об утверждении Положения о ВК медицинской организации»), а также региональных приказов (МЗ Свердловской области № 565-П-205 от 21.08.2003 г. "О контроле качества и эффективности медицинской помощи", приказа УЗ № 498 от 23.09.2003 г. «О совершенствовании системы ККМП в ЛПУ г. Екатеринбурга») имеются единичные

публикации отечественных и зарубежных авторов по данной проблеме. С позиции менеджмента категория качества в травматологии не рассматривается. Ряд исследователей считает анкетирование пациентов и врачебного персонала одним из инструментов, позволяющих администрации больниц проводить скрининговую оценку качества медицинской помощи и оперативно принимать меры по устранению недостатков [1]. Используя многомерный анализ, возможна оценка ряда факторов, способствующих развитию осложнений после травм [2]. Ожидаемые результаты летальности от травм в Великобритании можно прогнозировать с учетом ряда специально разработанных критериев математической модели [3]. В единичных работах представлены регистры травматического воздействия у жителей Германии, позволяющие прогнозировать качество жизни после перенесенного повреждения, а также анализировать затраты на лечение пациентов [4]. Лечение больного с нарушениями опорно-двигательного аппарата может быть успешным при оценке личностных особенностей больного [5]. На наш взгляд, необходима разработка критериев качества оказания травматологической помощи путем всесторонней

оценки, что является актуальной нерешенной проблемой.

Для решения такой медико-социальной проблемы как травматизм, целесообразно разделять направления, решение которых зависит от здравоохранения (профилактика последствий травматизма) и не зависящие от него, так называемое межведомственное направление (устранение факторов риска). Что касается медицинской составляющей, то она напрямую зависит от качества оказания травматологической помощи. Качество лечебного процесса использовано нами как интегральный показатель, от которого зависит эффективность работы лечебного учреждения, в том числе специализированного центра травматологического профиля. Для оценки качества оказания травматологической помощи нами разработана система, включающая внутреннюю и внешнюю экспертизы, для каждой из которых предложены свои критерии. Они предусматривают регламент мониторинга.

Для обеспечения оценки качества нами разработаны информационно-аналитические инструменты: информационно-аналитическая программа «ОСА» для управления качеством медицинской помощи травматологическим больным

(Свидетельство об официальной регистрации программы для ЭВМ № 2007610696 от 13.02.2007 г.) и программное средство «ЮГА», предназначенное для формирования, обслуживания и аналитического использования электронной базы данных пролеченных больных с различными видами патологии (Свидетельство об официальной регистрации программы для ЭВМ № 2008612722 от 30.05.2008 г.).

Экспертная оценка качества оказания травматологической помощи:

Была предусмотрена система **внутри-больничного контроля качества** и коррекция медико-экономических стандартов с учетом разных уровней травматологической помощи, который включал три уровня:

1-й уровень - контроль заведующим отделением и старшей медицинской сестрой подразделения путем заполнения экспертных карт по оценке качества работы медицинского персонала;

2-й уровень - контроль заместителем главного врача по лечебной части и главной медицинской сестрой учреждения путем заполнения экспертных карт по оценке качества работы руководства отделения, предварительно ознакомившись с результатами проведенной экспертизы 1 уровня;

3-й уровень — контроль клинично-экспертной комиссией один раз в квартал, основываясь на результатах экспертизы 1 и 2 уровней, сравнивая оценки показателей работы по отделениям.

Нами использована схема оценки результатов лечения повреждений и заболеваний опорно-двигательного аппарата, разработанная Российским научно-исследовательским институтом травматологии и ортопедии им. Р.Р. Вредена (1997), дополненная нами **моделью конечных результатов лечения:**

*Амбулаторный этап:* соотношение первичных к повторным больным в травмпункте 1:2 1:2,5; оперативная активность в травмпункте не менее 10%; диспансеризация всех инвалидов; курация на дому.

*Стационарный этап:* оперативная активность в травматологических отделениях выше 50%; общее число краниопластик к числу трепанаций черепа; оперативная активность при переломах шейки бедра; летальность средняя; летальность послеоперационная; летальность при различных видах повреждений; процент послеоперационных осложнений; процент достижения критерия качества по экспертизе историй болезни; процент незаконченных



случаев, исключая объективные: перевод в другие травматологические стационары, самовольные уходы, несвоевременная выписка; штрафные санкции по историям болезни; общее число повторных осмотров от числа пролеченных больных в травматологических отделениях.

*Реабилитационный этап:* снижение инвалидности по закрепленным за ЛПУ территориям на 3%; снижение обоснованности жалоб населению на 5%; увеличение числа направленных на реабилитацию (консервативную и оперативную) по скелетной травме на 10%, по нейрореабилитации на 30%.

На наш взгляд, оценка ближайших и отдаленных результатов лечения, на основе изучения клинико-функциональных, рентгенологических показателей и трудовой характеристики позволяла объективно оценить качество оказания травматологической помощи пациентам данного профиля.

При изучении основных показателей, характеризующих последствия травматизма, особое внимание обращено на обоснование приоритетности развития травматологической помощи населению и методологию расчёта возможного социального и экономического эффектов, основанного на количественной оценке социально-экономических потерь

общества от травм и их последствий, связанных с неоправданной инвалидностью и преждевременной смертностью. Одним из основных критериев оценки качества лечения пациентов был **показатель летальности**. Наряду с традиционной оценкой рекомендуемых показателей (досуточная, послеоперационная и др.) учитывался уровень летальности по сравнению с городскими, региональными, российскими показателями аналогичных учреждений.

Вторым по значимости был **интенсивный показатель уровней первичной и повторной инвалидности** как по данным главного эксперта больницы (внутренняя экспертиза), так и по данным ФГУ «ГБ МСЭ по Свердловской области» (внешняя экспертиза). Для повышения качества восстановительного лечения инвалидов травматологического профиля, при нашем участии, разработана и внедрена с 1998 г. Городская программа «Инвалид», в которой предусмотрена, наряду с экспертной, реабилитационная работа. Она включает использование всего арсенала восстановительного лечения (консервативного и оперативного) в течение первого года после травмы, диспансерное наблюдение пациента (стационар – травмпункт - стационар), консультативную помощь с последующей экспертизой. Эти меры

направлены на предупреждение первичной инвалидности. Для профилактики повторной инвалидности предусмотрена система активной реабилитации в течение года, позволяющая своевременно выявлять и ликвидировать выявленные морфофункциональные нарушения (управление качеством). Оценка этого этапа профилактики инвалидности проводится ФГУ «ГБ МСЭ по Свердловской области».

Одним из критериев стабильной работы травматологического центра в целом является **уровень числа пациентов с гнойными осложнениями**, подлежащими переводу в отделение гнойной хирургии к общему числу пролеченных больных.

В условиях финансовой нестабильности работы лечебных учреждений, важными условиями соблюдения положительного соотношения **«финансы – качество лечебного процесса»** являются разработка, внедрение и оценка показателей качества, характеризующих это соотношение. На наш взгляд, адекватную объективную оценку можно получить по трем составляющим. Первый из них – **степень курации больных**. Второй – критерий качества (они оба являются показателями внешней экспертизы и предоставляются ТФОМС). Третий показатель предложен нами и является **интегральным экономическим показателем** (Н.В. Кривенко, 2007 г.):

$Кинтегр. = K_{вып.фин.плана} \cdot Чб\ ОМС \cdot Чб\ стат \cdot Средн\ к/д \cdot Кнагрузки\ койки \cdot Ккачества \cdot Кстоим.$ ,

где *Кинтегр.* - интегральный коэффициент,

*Квып.фин.плана* – коэффициент выполнения финансового плана,

*Чб ОМС* - коэффициент выполнения плана по числу пролеченных больных, оплаченных по реестрам,

*Чб стат* - коэффициент выполнения плана по числу пролеченных больных, по данным статистики (включающих больных, не оплаченных ТФОМС),

*Средн к/д* - коэффициент выполнения плановой средней длительности лечения – рассчитывается обратным соотношением:

$Средн\ к/д = Средн\ к/д\ план. / Средн\ к/д\ факт.$

*Кнагрузки койки* - показатель соотношения фактической ежедневной нагрузки койки к плановой,

*ККачества* – критерий качества,

*Кстоим.* – показатель соотношения фактической стоимости 1 больного к плановой.

Мониторинг показателя осуществляется экономическим отделом лечебного учреждения, доводится до сведения заведующих профильными отделениями и администрации больницы 3 раза в месяц, что позволяет в оперативном режиме оценивать экономическую эффективность работы отделений стационара и управлять этими показателями.

Показатель работы, равный и выше единицы, мы считаем оптимальным для обеспечения качества лечебно-экономической деятельности учреждения.

Помимо финансового состояния учреждения, его организационной структуры, выбора и соблюдения медицинских технологий для достижения результативности деятельности, большое внимание уделялось состоянию и уровню качества деятельности медицинских кадров: их квалификации, добросовестности, соблюдению норм этики и деонтологии. **Работа медицинского персонала** оценивалось по степени удовлетворенности пациентов оказанной травматологической помощью. При этом использован метод экспертной оценки и социологический метод, позволившие дать как объективную, так и субъективную оценку качества оказываемых услуг. Социологическое исследование

проводили по специально разработанной анкете для больных, находившихся на стационарном лечении. Проведённый анонимный опрос пациентов травматологических отделений МУ ЦГКБ №23 г. Екатеринбурга позволил объективно оценить положение дел, касающееся отношения медицинского персонала и качества обслуживания с позиции больного. В связи с тем, что во всех отделениях получены идентичные ответы по качеству питания, расходам на обследование и лечение, не вызывает сомнения факт действительно существующих различий по качественным показателям работы отделений. На основании проведенного анализа полученных данных становится возможным разработать и внедрить мероприятия, направленные на улучшение существующего положения. Медико-социологическое исследование показало, что качество и эффективность лечения в условиях стационара определялись своевременностью назначения и выполнения диагностических исследований и процедур. Деонтологические аспекты поведения медицинского персонала хирургических отделений неизбежно сказывались на качестве лечения и напрямую увязывались с выполнением ими своих профессиональных обязанностей. Следует

отметить, что подавляющее большинство опрошенных отмечали вежливое, доброжелательное и отзывчивое отношение врачей и среднего медицинского персонала. Одним из важных вопросов, не только определяющих комфортность пребывания больного в стационаре, но и имеющих терапевтическое значение, является вопрос об удовлетворенности пациентов качеством пищи. На оценку качества стационарной помощи оказывают влияния и бытовые условия. Для того, чтобы пациент получил качественное лечение в стационаре, он должен находиться в комфортных условиях. При развитии рыночных отношений, конкуренции медицинских учреждений, свободного выбора пациентом стационара условия пребывания в стационаре и уровень сервисных услуг приобретают если не решающее, то весьма существенное значение для повышения экономической эффективности деятельности клинической больницы.

Установлено, что только соотношение как положительных, так и отрицательных ответов дает возможность всесторонне проанализировать деятельность отделений по качеству медицинской помощи населению с точки зрения пациента. При этом важно не только максимальное количество положитель-

ных ответов, но и отсутствие отрицательных. Улучшить качество медицинского обслуживания стало возможно при разборе результатов исследования в коллективах, что было установлено с помощью повторного анкетирования и использования системы экспертных оценок. По итогам опроса отделения распределились следующим образом.

Интегральным показателем качества стационарной помощи, с точки зрения респондентов, является показатель удовлетворенности лечением и уходом в целом, что отражается прежде всего в динамике улучшения состояния здоровья.

Таким образом, травматизм, как медико-социальная проблема, нуждается в обеспечении специализированной помощью населению. Ее качество определяется изменениями не только структуры и технологий лечебно-профилактического учреждения, но и коррекцией психологии управления, деятельности руководителей ЛПУ, администрации и медицинских работников. Улучшить качество медицинского обслуживания можно лишь путем объективного выявления проблем в работе, предотвращения их, определения, внедрения и оценки систематических изменений с целью совершенствования всех процессов в ЛПУ и улучшения

результатов медицинского обслуживания.

Список литературы

1. Котова Г.Н. Социологическая оценка качества медицинской помощи/ Г.Н. Котова, Е.Н. Нечаева, А.П. Гучек, Л.Н. Карасева// Здоровоохранение Российской Федерации. – 2001. – № 4. – С. 22-24.
2. Parot R. Prognostic factors of secondary complications in pediatric traumatology: a prospective study of 700 patients/ R. Parot at al.// Rev Epidemiol Sante Publique. – 1999. – 47(4):343-52.
3. Coats TJ. Identification of patients to include in trauma audit: a modification of the pre-chart/ T.J. Coats, A. MacDonald// Injury. – 1999. – N 30(10): 677-9.
4. Oestern H. Conclusions and consequences from registries: the Polytrauma Register of the German Society of Trauma Surgery/ H. Oestern at al.// Kongressbd Dtsch Ges Chir Kongr. – 2001. – 118:712-5.
5. Мусаталов Х.А. Некоторые особенности оказания травматологической помощи/ Х.А. Мусаталов, Л.Л. Силин, С.В. Бровкин// Медицинская помощь. – 1999. – № 4. – С. 8-10.

---

Шлыков Игорь Леонидович, директор ФГУ «УНИИТО им. В.Д. Чаклина Росмедтехнологий», к.м.н.  
620026, г. Екатеринбург, ул. Карла-Маркса, 12 – 49, 620000, г. Екатеринбург, ул. Банковский, тел (343) 3711723.

## БЮДЖЕТИРОВАНИЕ, ОРИЕНТИРОВАННОЕ НА РЕЗУЛЬТАТ: ПРОБЛЕМЫ ВНЕДРЕНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

**Н.Н. Кивелева**

*Министерство здравоохранения Свердловской области*

Статья содержит материалы по изменению подходов к планированию финансового обеспечения здравоохранения и переходу к бюджетированию, ориентированному на результат (БОР). Автором рассмотрены предпосылки внедрения БОР и актуальные вопросы повышения эффективности расходования бюджетных средств.

**Ключевые слова:** реформа бюджетного процесса, бюджетирование, ориентированное на результат, цели и задачи, эффективность бюджетных расходов.

### THE BUDGETING FOCUSED ON RESULT: INTRODUCTION PROBLEMS IN PUBLIC HEALTH SERVICES

*N.N. Kiveleva*

Article contains materials on change of approaches to planning of financial maintenance of public health services and transition to the budgeting focused on result. The author considers the reasons introductions the budgeting focused on result and pressing questions of increase of efficiency of an expenditure of budgetary funds.

**Keywords:** reform of budgetary process, the budgeting focused on result, the purposes and problems, efficiency of budgetary expenses

Необходимость в реформировании бюджетного процесса возникла в начале 2000-х годов. К данному периоду в основном были решены задачи стабильного финансирования бюджетного сектора, и введенный в действие Бюджетный кодекс Российской Федерации установил основы бюджетной системы и бюджетного процесса, сформировалась система казначейского исполнения бюджета. Вместе с тем, проблемой оставалось достижение максимальной результативности и эффективности бюджетных расходов, которое проявлялось в отсутствии среднесрочного планирования, четко

сформулированных целей и конечных результатов использования бюджетных средств, предоставлении бюджетных ассигнований учреждениям на основе индексации расходов предыдущего периода, ограничении самостоятельности и ответственности получателей бюджетных средств.

Точкой отсчета начала реального реформирования бюджетного процесса, на наш взгляд, следует считать одобрение Правительством Российской Федерации в мае 2004 года Концепции реформирования бюджетного процесса в Российской Федерации в 2004-2006 годах. Целью реформы бюджетного



процесса являлось создание условий и предпосылок для максимально эффективного управления государственными (муниципальными) финансами в соответствии с приоритетами государственной политики. Сущность реформирования заключалась в смещении акцентов бюджетного процесса от «управления затратами» к «управлению результатами» и внедрении бюджетирования, ориентированного на результат (БОР). Основными направлениями реформирования в соответствии с Концепцией являются:

- реформирование бюджетной классификации Российской Федерации и бюджетного учета;
- определение бюджетов действующих и принимаемых обязательств;
- совершенствование среднесрочного финансового планирования;
- расширение сферы применения программно-целевых методов планирования и финансирование и их совершенствование;
- упорядочение процедур составления и рассмотрения бюджетов.

Логическим продолжением реализации Концепции стали изменения Бюджетного кодекса Российской Федерации, утвержденные Федеральным законом от 26.04.2007 года № 63-ФЗ. С точки зрения планирования бюджетных

ассигнований главными распорядителями бюджетных средств и учреждениями наиболее важными из них являются следующие положения:

- установление закрытого перечня форм бюджетных ассигнований (статья 69 Бюджетного кодекса РФ). Основными из них являются бюджетные ассигнования на оказание государственных (муниципальных) услуг и бюджетные ассигнования на выполнение публичных обязательств. В Бюджетном кодексе дан терминологический аппарат этих понятий, что является принципиально важным для адекватного планирования бюджетных расходов;
- уточнение или формулировка в Бюджетном кодексе понятий «бюджетное учреждение», «государственные (муниципальные) услуги», «государственное (муниципальное) задание» создает законодательную основу для планирования и финансирования учреждений социальной сферы в зависимости от объемов и качества предоставляемых населению услуг, а не на содержание сети.

В здравоохранении указанным выше требованиям Бюджетного кодекса в той или иной степени отвечает система государственного (муниципального) задания, реализуемого в рамках

Территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению, утверждаемой ежегодно. Вместе с тем, если ранее не существовало жесткого требования увязки бюджетных ассигнований с объемами и видами медицинской помощи, то сейчас такое положение зафиксировано федеральным законом.

Вышеперечисленные изменения Бюджетного кодекса создают реальные предпосылки перехода к бюджетированию, ориентированному на результат (БОР) как на уровне органов исполнительной власти и органов местного самоуправления, так и на уровне медицинских организаций. В связи с чем целесообразно рассмотреть наиболее значимые аспекты БОР в современных условиях.

Разработка концепции бюджетирования, ориентированного на результат, начала осуществляться в соответствии с целями и задачами государственной политики, поставленными в посланиях Президента Российской Федерации Федеральному Собранию и бюджетных посланиях Президента Российской Федерации. Внедрение бюджетирования, ориентированного на результат, является составной частью бюджетной реформы и имеет целью совершенствование бюджетного процесса, обеспечи-

вающее стимулирование экономического роста за счет тесной увязки бюджетных расходов с приоритетами государственной политики.

Бюджетирование, ориентированное на результат, внедряется с целью повышения эффективности государственных расходов за счет их концентрации на наиболее важных для общества направлениях и позволяет:

- повысить заинтересованность отраслевых министерств и их подразделений в предоставлении именно тех услуг, в которых общество реально заинтересовано;
- принимать оптимальные решения не только на предстоящий год, но и на более долгосрочную перспективу;
- усилить подотчетность исполнительной власти обществу посредством принятия министерствами ответственности не только за функционирование подведомственных им учреждений, но и за предоставление услуг высокого качества, в соответствии с заранее согласованными, количественно измеримыми целевыми показателями;
- обеспечить открытость информации о степени достижения запланированных результатов, предоставляя гражданам возможность оценивать

работу органов исполнительной власти.

Основополагающий принцип бюджетирования, ориентированного на результат – обеспечение тесной взаимосвязи между выделяемыми бюджетными ресурсами и ожидаемыми результатами их использования. Он реализуется посредством внедрения системы соответствующих правил и процедур в бюджетный процесс. Распределение бюджетных ресурсов между бюджетополучателями осуществляется в соответствии с установленными приоритетами государственной политики. Распорядители бюджетных средств обосновывают объемы и структуру своих расходных потребностей, формулируя:

- 1) стратегические цели своей деятельности, которые они намереваются достичь с учетом стратегии правительства на среднесрочную и долгосрочную перспективу и в соответствии с отведенными им функциями;
- 2) тактические задачи, через решение которых реализуются стратегические цели, и которые, в свою очередь, направлены на решение конкретных проблем посредством производства услуг определенного качества и объема и достижения определенного

эффекта от их предоставления бюджетополучателям;

- 3) внутриминистерские (отраслевые) программы, посредством которых обеспечивается решение конкретных тактических задач.

Одним из важных и первых этапов внедрения БОР является подготовка отраслевыми Министерствами Докладов о результатах и основных направлениях деятельности главного распорядителя средств областного бюджета на плановый период и на среднесрочную перспективу.

Положение о подготовке указанных докладов утверждено постановлением Правительства Российской Федерации от 22.05.2004г. № 249 «О мерах по повышению результативности бюджетных расходов».

В Свердловской области подготовка докладов главными распорядителями средств областного бюджета предусмотрена с 2005 года постановлением Правительства Свердловской области от 01.04.2005 г. № 249-ПП. При этом определены сроки разработки и представления докладов и их структура. Доклад включает следующие разделы:

- 1) цели, задачи и показатели деятельности;
- 2) бюджетные обязательства;

- 3) областные государственные целевые программы;
- 4) распределение расходов по целям, задачам и программам;
- 5) результативность бюджетных расходов.

На первом этапе при подготовке доклада необходимо определить цели, задачи и показатели деятельности Министерства здравоохранения как главного распорядителя средств.

Цели и задачи деятельности министерства на 2010-2012 годы определены на основе бюджетного послания Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации от 25.05.2009 г., Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 17.11.2008 г. № 1662-р, проекта Бюджетного послания губернатора Свердловской области Законодательному Собранию Свердловской области «Об основных направлениях бюджетной и налоговой политики Свердловской области в 2010-2012 годах», Стратегии социально-экономического развития Свердловской области на период до 2020 года, утвержденной постановлением Правительства Свердловской области от

27.08.2008 г. № 873-ПП, Концепции развития здравоохранения Свердловской области на 2007-2015 годы, утвержденной постановлением Правительства Свердловской области от 29.12.2006 г. № 1150-ПП.

В свете реализации конституционных прав и гарантий граждан Российской Федерации, проживающих в Свердловской области, Министерством здравоохранения Свердловской области на среднесрочную перспективу определены следующие цели:

- 1) Повышение качества и доступности медицинской помощи и лекарственного обеспечения в Свердловской области.
- 2) Сохранение и укрепление здоровья населения Свердловской области.

Вторым этапом является разработка и формулирование задач для достижения поставленных целей и определение показателей деятельности, которые бы в достаточно полной мере характеризовали уровень решения задач. При этом, наибольшую трудность представляет выбор приоритетных показателей из имеющегося большого количества показателей деятельности здравоохранения, а также прогнозирование их значений на перспективу в три года. В результате была сформирована следующая система целей, задач и

результатов деятельности Министерства здравоохранения Свердловской области

на 2010 год и плановый период 2011-2012 годов.

Таблица  
Цели и задачи Министерства здравоохранения Свердловской области на 2010 год и плановый период 2011 и 2012 годов

Цель	Задачи	Доля расходов бюджета в 2010 году, %
Повышение качества и доступности медицинской помощи и лекарственного обеспечения в Свердловской области	1. Повышение эффективности деятельности областных медицинских учреждений и оптимизация объемов специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи	37
	2. Обеспечение доступности, качества и безопасности лекарственных средств	3
	3. Подготовка и повышение квалификации медицинских работников	2
Сохранение и укрепление здоровья населения Свердловской области	1. Реализация демографической программы и формирование здорового образа жизни	17
	2. Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия, профилактика и ограничение распространения опасных и социально-значимых заболеваний	5
	3. Финансовое обеспечение обязательного медицинского страхования неработающего населения Свердловской области	36

Концептуально важным является раздел Доклада о результативности бюджетных расходов. Проведенное в рамках подготовки Доклада и проекта бюджета на 2010 год и плановый период 2011 и 2012 годов уточнение системы показателей деятельности Министерства здравоохранения Свердловской области позволяет сказать, что степень их

достижения в конкретном плановом периоде может свидетельствовать о результативности использования бюджетных средств.

Основными задачами по повышению эффективности расходования средств в сфере здравоохранения определены следующие:

- 1) Обеспечение качества и объема оказания медицинской помощи в условиях финансовой нестабильности путем оптимизации штатной численности, сокращения капитальных затрат, расходов на содержание помещений, других эксплуатационных расходов.
- 2) Оптимизация текущих расходов при объединении и укрупнении монопрофильных больниц, развитии профилактических технологий.
- 3) Повышение доступности и качества медицинской помощи путем контроля показателей эффективности деятельности государственных учреждений здравоохранения и мониторинга эффективности здравоохранения в муниципальных образованиях.
- 4) Переход до 2012 года на одноканальный принцип финансирования учреждений здравоохранения за счет средств обязательного медицинского страхования по всем статьям, за исключением расходов на коммунальные услуги, приобретения оборудования и затрат на капитальный ремонт.
- 5) Перевод учреждений, не финансируемых за счет средств обязательного медицинского страхования, со сметного финансирования на финан-

сирование по результатам деятельности.

- 6) Внедрение отраслевой системы оплаты труда в 100 процентах учреждений в течение 2010-2012 годов как эффективного мотивационного инструмента обеспечения выполнения государственных обязательств по повышению качества оказываемых на бесплатной основе медицинских услуг.

Вместе с тем, необходимо отметить, что нуждаются в разработке процедуры и критерии определения объема бюджетных средств для бюджетополучателей в соответствии с результатами, которые должны быть ими достигнуты при оказании медицинской помощи населению области.

Рассмотрение некоторых аспектов разработки докладов о результатах и основных направлениях деятельности главного распорядителя бюджетных средств как инструмента бюджетного планирования позволяет сделать следующие выводы:

- 1) подготовка докладов является формой обоснования и планирования расходов областного бюджета, ориентированной на достижение эффективности и результативности финансовых средств;



- 2) разработка докладов с точки зрения Министерства здравоохранения области как главного распорядителя бюджетных средств, а не уполномоченного органа в сфере здравоохранения сужает подходы к определению целей, задач и показателей деятельности, так как за рамками доклада остается деятельность муниципальной системы здравоохранения за счет средств местных бюджетов и финансовые средства системы обязательного медицинского страхования;
- 3) отсутствует система подготовки аналогичных документов областными государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения;
- 4) не предусмотрена процедура публичного заслушивания и защиты докладов как в Правительстве облас-

ти, так и в органах исполнительной власти области, ответственных за разработку проекта областного бюджета.

Таким образом, в условиях реформирования бюджетного процесса, проведения административной реформы и модернизации здравоохранения подходы к планированию финансового обеспечения учреждений здравоохранения претерпевают принципиальные изменения, направленные на обеспечение доступности и качества услуг отрасли, эффективное использование ресурсов здравоохранения, достижение конечных результатов деятельности.

Вместе с тем, ряд вопросов, особенно касающихся бюджетирования, ориентированного на результат требует дальнейшего обоснования и практического внедрения.

#### Список литературы

1. Бюджетный кодекс Российской Федерации Федеральный закон от 31.07.1998г. № 145-ФЗ в редакции Федерального закона от 24.07.2007г. № 212-ФЗ.
2. Доклад о результатах и основных направлениях деятельности Министерства здравоохранения Свердловской области как главного распорядителя средств областного бюджета на 2010 год и на период до 2012 года.

---

Кивелева Нонна Николаевна  
зам. министра здравоохранения Свердловской области  
620014, г. Екатеринбург, ул. Вайнера д. 34-б, тел.: 270-19-40  
email: mzso@zdravso.ru

## АНАЛИЗ РЫНКА ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**Т.А. Бородина**

*Воронежский государственный технический университет*

В настоящее время в Российской Федерации помимо рынка государственных и муниципальных медицинских услуг существует также и рынок платных медицинских услуг, финансирование которого осуществляется в основном за счет личных средств населения. Поэтому для определения уровня развития здравоохранения представляет определенный интерес соотношение данных рынков, динамика и структура рынка платных медицинских услуг, а также доля расходов населения в общем объеме расходов на здравоохранение.

В статье проведен анализ рынка платных медицинских услуг, а также динамики и структуры расходов населения на приобретение медицинских услуг и лекарственных средств.

**Ключевые слова:** рынок медицинских услуг, структура рынка, объем рынка, расходы населения.

### THE ANALYSIS OF THE MARKET OF PAID MEDICAL SERVICES IN THE RUSSIAN FEDERATION

*T.A. Borodina*

Now in the Russian Federation besides the market of the state and municipal medical services exists as well the market of the paid medical services which financing is carried out basically at the expense of population personal finances. Therefore for definition of a level of development of public health services represents certain interest a parity of the given markets, dynamics and a market organisation of paid medical services, and also a share of costs of the population in total amount of costs for public health services.

In the article market research of paid medical services, and also dynamics and structure of costs of the population on acquisition of medical services and medical products is conducted.

**Keywords:** the market of medical services, a market organisation, market volume, population costs

#### Актуальность проблемы

Рынок медицинских услуг в Российской Федерации (РФ) складывается из государственных и муниципальных, а также платных медицинских услуг. По рис. 1, на котором показана структура рынка медицинских услуг, можно видеть, что рынок платных медицинских услуг в свою очередь состоит из легального рынка платных медицинских услуг, «теневого» рынка платных медицинских

услуг, рынка добровольного медицинского страхования (ДМС). Соотношение данных рынков, а также их объем в стоимостном выражении показывает уровень развития системы здравоохранения. Важным показателем также является наличие в стране рынка платных медицинских услуг при наличии государственных гарантий на бесплатную медицинскую помощь гражданам РФ, закрепленных в Конституции.

Поэтому актуальной является проблема оценки рынка медицинских услуг, а

также расходов населения на медицинские услуги и лекарственные средства.

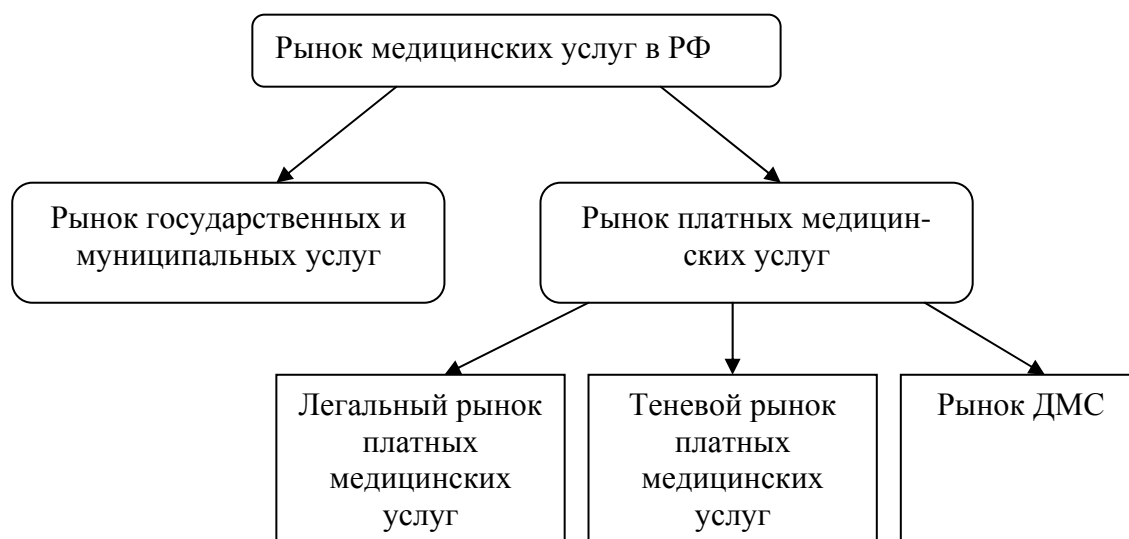


Рис. 1. Структура рынка медицинских услуг в РФ

Цель исследования

Целью исследования было определение объема, структуры и динамики рынка медицинских услуг в РФ в стоимостном выражении, а также проведение анализа расходов населения на оплату медицинских услуг и приобретение медикаментов и лекарственных средств.

На этапе анализа рынка платных медицинских услуг возникли определенные трудности, связанные с отсутствием полной официальной информации. В этой связи мной самостоятельно была проведена оценка данного рынка за 2005-2008 гг., при этом наряду с использованием официальной информа-

ции были использованы сведения ведущих исследовательских и инвестиционных компаний («КИТ Финанс», АФК «Система», «SYNOPSIS», «DISCOVERY Research Group») [1, 2, 3]. Еще одной трудностью при проведении оценки рынка платных медицинских услуг стало различие данных, предоставленных исследовательскими компаниями, что, возможно, связано с разными способами подсчета и со сложностью сбора данных, особенно о «теневом» рынке медицинских услуг. Результаты оценки рынка платных медицинских услуг приведены в табл. 1.

Таблица 1  
Оценка объема рынка платных медицинских услуг за 2005-2008гг.

Расходы, млрд. руб.	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Платные медицинские услуги	68,1	87,1	109,8	136,7	172,5	208,1
ДМС	-	-	46,1	53,7	62,8	72,3
«Теневой» рынок	-	-	77,9	95,2	117,7	140,2
Всего	-	-	233,8	285,6	353,0	420,6

Проанализировав мнения экспертов, можно сделать вывод о том, что доля «теневого» рынка составляет около трети всего рынка платных медицинских услуг в РФ, на долю ДМС приходится приблизительно одна пятая всего рынка, а на долю легального рынка – чуть меньше половины от общего объема рынка платных медицинских услуг [4]. Таким образом, российский рынок платных медицинских услуг не является цивилизованным из-за неразвитости

рынка ДМС, а также из-за существования «теневого» рынка

По данным табл. 1 можно сделать вывод о том, что происходил рост рынка платных медицинских услуг за анализируемый период. В то же время по прогнозам экспертов агентства «Эксперт РА» уже в 2009 году произойдет резкое снижение расходов на добровольное медицинское страхование - на 17 млрд. руб., что составляет 24% от значений 2008 года.

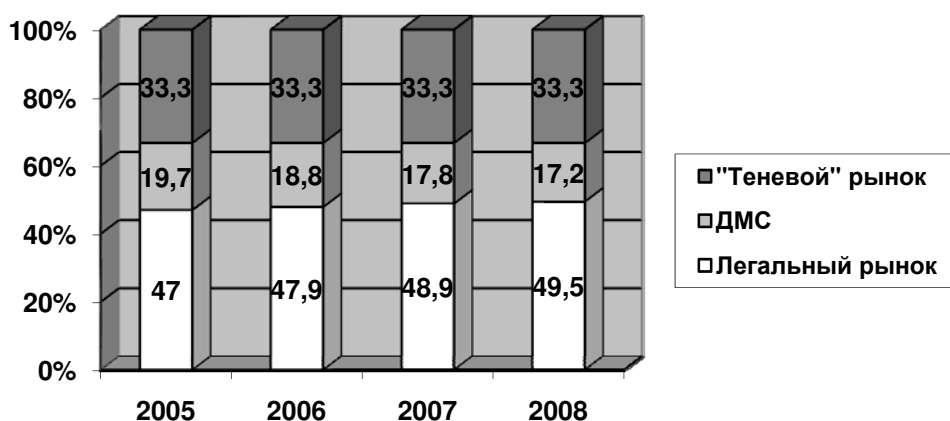


Рис. 2. Структура рынка платных медицинских услуг в 2005-2008 гг., %

Как видно из рис. 2, структура рынка платных медицинских услуг за анализи-

руемый период не изменилась: доля «теневого» рынка составляет 33%, доля

ДМС – 17-20% , доля легального рынка – 47-49%. Таким образом, на долю легального рынка платных медицинских услуг, финансирование которого осуществляется преимущественно за счет личных средств населения, приходится чуть менее половины всего рынка.

Определим объем рынка медицинских услуг в РФ в стоимостном выражении по данным, представленным в табл. 2 [1,2,3].

Анализ данных, приведенных без учета расходов населения на медикаменты и лекарственные средства, показал, что рынок медицинских услуг в РФ увеличился с 922,9 млрд. руб. в 2005 году

до 1594 млрд. руб. в 2007 году. В 2008 году произошло уменьшение объема рынка за счет снижения рынка государственных и муниципальных услуг на 35% по сравнению с 2007 годом. Что касается темпов увеличения проанализированных рынков, то наибольший рост за период 2005-2008гг. составил рынок платных медицинских услуг – на 80% по сравнению с 17% увеличения объема рынка государственных и муниципальных услуг. В свою очередь, рост рынка платных медицинских услуг произошел за счет увеличения объема легального рынка (на 91%) и «теневое» рынка (на 80%).

Таблица 2  
Объем рынка медицинских услуг в РФ в стоимостном выражении за 2005-2008гг.

Рынок медицинских услуг в РФ, млрд. руб.	2005	2006	2007	2008
Рынок государственных и муниципальных медицинских услуг	689,1	967,9	1241	807,6
Рынок платных медицинских услуг, в т. ч.	233,8	285,6	353,0	420,6
- легальный рынок медицинских услуг,	109,8	136,7	172,5	208,1
- «теневой» рынок медицинских услуг,	77,9	95,2	117,7	140,2
- рынок ДМС	46,1	53,7	62,8	72,3
Всего	922,9	1253,5	1594	1228,2

Анализ структуры рынка медицинских услуг в РФ за 2005-2008гг., показанной на рис. 3., показал ее постоянство на протяжении всего анализируемого периода, за исключением 2008 года. Так, за период с 2005 по 2007 года около 77% приходилось на долю рынка государственных и муниципальных услуг,

около 23% - на долю рынка платных медицинских услуг. В 2008 году структура изменилась – рынок государственных и муниципальных услуг стал занимать только две трети всего рынка (66%), а рынок платных медицинских услуг – одну треть (34%), - это, в первую очередь, было связано с сокращением

государственного финансирования на здравоохранение.

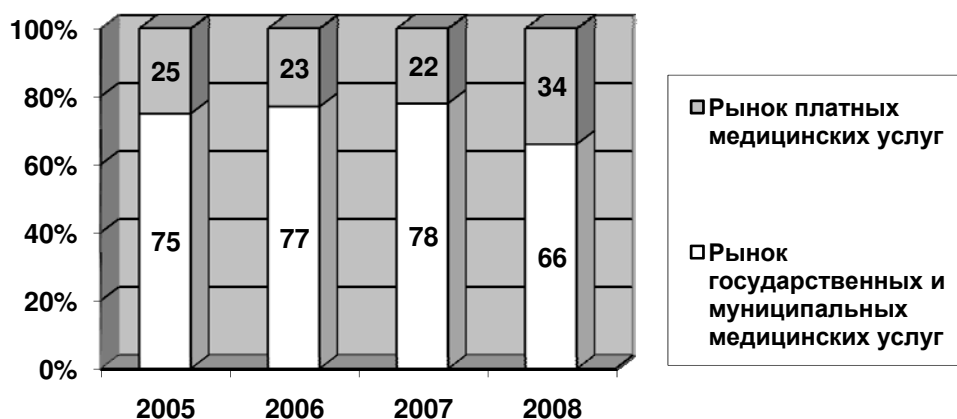


Рис. 3. Структура рынка медицинских услуг в РФ за 2005-2008гг.

Проведенный подробный анализ структуры рынка медицинских услуг в РФ, сложившейся в 2008 году, показал следующее: самую большую долю рынка занимает рынок государственных и муниципальных услуг (66%), рынок легальных медицинских услуг занимает 17%, на долю «теневое» рынка приходится 11%, самую маленькую долю имеет рынок ДМС – только 6% (рис. 4).

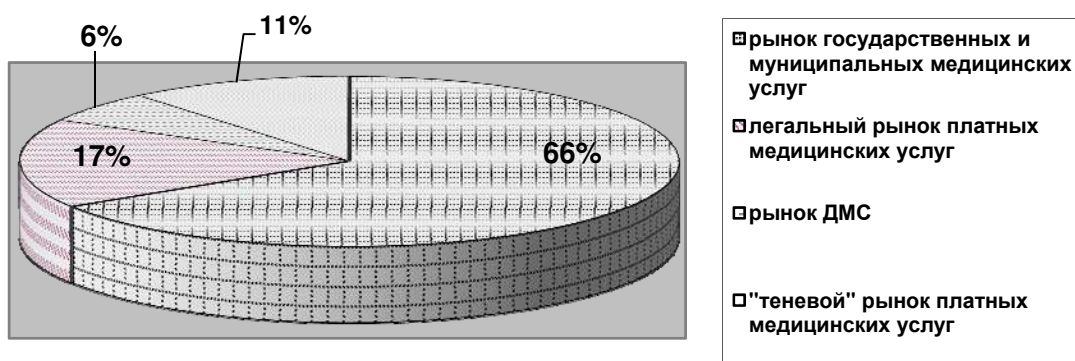


Рис. 4. Структура рынка медицинских услуг в РФ в 2008 году

Что касается финансирования рынка медицинских услуг, то здесь в связи с мировым финансовым кризисом, ставшим причиной снижения уровня жизни населения, представляет определенный интерес анализ расходов населения РФ на оплату медицинских услуг с целью определения доступности медицинской

помощи и уровня социальной защищенности.

В связи с несбалансированностью государственных гарантий на оказание гражданам бесплатной медицинской помощи с финансированием, а также в силу действия других факторов, в РФ сформировался рынок оплачиваемой населением медицинской помощи,

который состоит из следующих сегментов:

- платных услуг, оказываемых государственными и муниципальными учреждениями,
- нелегальных медицинских услуг, оказываемые сотрудниками государственных и муниципальных учреждений («теневой» рынок),
- услуг частных медицинских организаций,
- услуг, приобретаемых в рамках добровольного медицинского страхования (как в государственных и муниципальных, так и в частных организациях),
- медикаментов и лекарственных средств, приобретаемых за счет личных средств населения.

Часть этих сегментов рынка медицинских услуг, показанных на рис. 5,

развиваются вопреки гарантиям Конституции РФ, зачастую не имеет нормативной базы, что порождает дополнительные трудности для защиты прав населения при получении некачественных и (или) «теневых» услуг. Но самое главное – нарушается принцип общественной солидарности: пациенты с серьезными заболеваниями, требующими особо больших расходов, вынуждены оплачивать лечение самостоятельно.

Личные средства граждан являются основными источниками оплаты медицинских услуг частного сектора здравоохранения. Чтобы избежать больших единовременных расходов на медицинскую помощь, население покупает полисы добровольного медицинского страхования, которое является формой частного финансирования здравоохранения.





Рис. 5. Рынок оплачиваемых населением медицинских услуг и лекарственных средств

Распределение средств населения на оплату медицинских услуг и лекарственных средств, приведенное на рис. 6, осуществляется между медицинскими организациями, страховыми компаниями, аптеками и медицинскими работниками, оказывающие «теневые» медицинские услуги населению. Что касается объема денежных средств населения, распределенных по вышеперечисленным получателям, то на основании данных, представленных Федеральной службой

государственной статистики, приведенных в табл. 3, был проведен вертикальный и горизонтальный анализ расходов населения на платные медицинские услуги и лекарственные средства [1,2,3].

Проведенный анализ показал рост расходов населения практически в два раза – на 94% за 2005-2008гг, что свидетельствует о нарастании платности медицинской помощи, а, следовательно, снижения ее доступности, особенно в условиях мирового финансового кризиса.

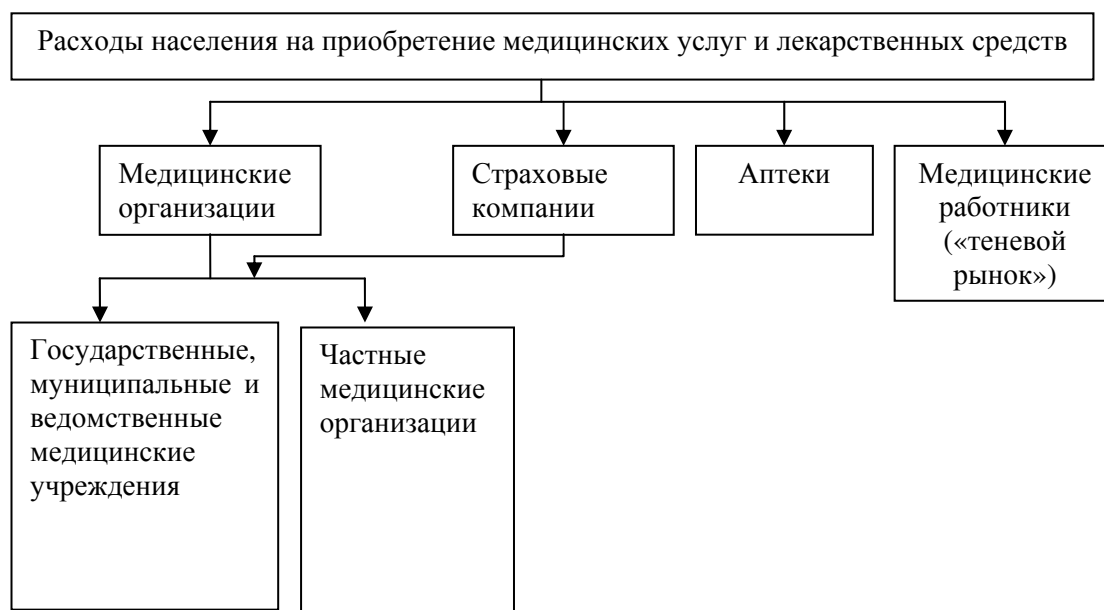


Рис. 6. Распределение личных средств населения на приобретение медицинских услуг и лекарственных средств

Таблица 3  
Расходы населения на платные медицинские услуги и лекарственные средства за 2003-2008гг.

Расходы населения млрд. руб.	2003	2004	2005		2006		2007		2008	
			млрд.р уб.	%	млрд.р уб.	%	млрд.р уб.	%	млрд.р уб.	%
На платные медицинские услуги	68,0	87,1	109,8	27,7	136,7	27,9	172,5	28,2	208,1	27,0
На медикаменты и лекарственные средства	149,5	174,9	204,2	51,5	252,6	51,6	315,1	51,5	415,6	53,9
На ДМС	-	-	4,6	1,2	5,4	1,1	6,3	1,1	7,2	0,9
На оплату «теневых» медицинских услуг	-	-	77,9	19,6	95,2	19,4	117,7	19,2	140,2	18,2
Всего	-	-	396,5	100	489,9	100	611,6	100	771,1	100

Проведенный вертикальный анализ расходов населения на платные медицинские услуги и лекарственные средства показал, что за 2005-2008гг.

структура расходов осталась практически неизменной: больше половины всех расходов приходится на медикаменты и лекарственные средства (около 52%),

28% всех расходов приходится на оплату легальных платных медицинских услуг, около 19% расходов направляются на оплату «теневых» медицинских услуг, и

лишь около 1% средств направляется на ДМС. Это является еще одним подтверждением отсутствия цивилизованного рынка медицинских услуг в РФ.

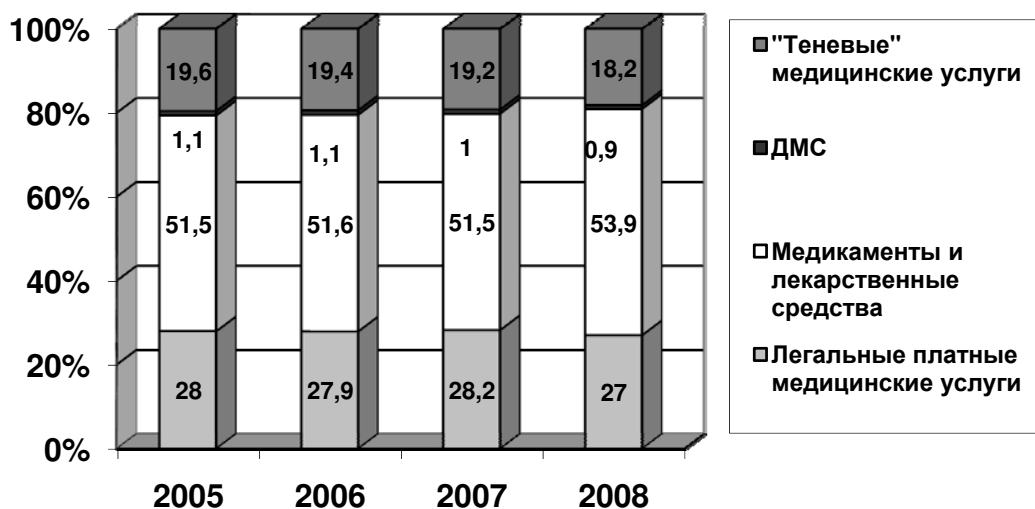


Рис. 7. Структура расходов населения на платные медицинские услуги и лекарственные средства в 2005-2008гг., %

### Вывод

Таким образом, на основании проведенного анализа рынка платных медицинских услуг в РФ, можно сделать вывод о его неразвитости. Это связано с наличием «теневого» рынка медицинских услуг, на долю которого приходится около 11% всего рынка, а также с незначительной долей рынка ДМС – менее 6% в 2008 году. Кроме того, происходит нарастание платности медицинских услуг – рост расходов населения за анализируемый период составил 94%, что приводит к снижению

доступности медицинской помощи для населения и нарушению принципа общественной солидарности.

Органам государственной власти необходимо способствовать развитию рынка ДМС как наиболее цивилизованной формы взаимодействия организаций, оказывающих медицинские услуги, и пациентов, также необходимо бороться с «теневым» рынком, так как при данной форме оказания медицинских услуг отсутствует защита прав пациентов в случае получения некачественной медицинской помощи.

Список литературы

1. Регионы России. Социально-экономические показатели: 2008 год. Стат. сб. М.: Государственный комитет Российской Федерации по статистике, 2008. 999с.
2. Россия в цифрах: 2008 год. Стат. сб. М.: Росстат, 2008. 510 с.
3. Россия в цифрах: 2009 год. Стат. сб. М. Росстат, 2009. 525 с.
4. Российский страховой рынок в 2008 году. Бюллетень рейтингового агентства «Эксперт РА». М. 2009. 144 с.

---

Бородина Татьяна Александровна, аспирант инженерно-экономического факультета  
Воронежский государственный технический университет  
394026 г. Воронеж, Московский проспект, 14 тел. (4732)467422  
email: [borodina-ta@icmail.ru](mailto:borodina-ta@icmail.ru)

## ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В ДЕТСКИХ ДОМАХ

**О.М.Филькина, Е.Л. Витрук, Е.А. Воробьева, Н.В. Долотова, О.Ю.Кочерова**

*ФГУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова Федерального агентства по высокотехнологической медицинской помощи»*

С целью выявления особенностей психического развития дошкольников, воспитывающихся в детских домах, и определения возможных механизмов его нарушений проводилось сравнительное обследование 106 детей 3-7 лет, воспитывающихся в детских домах, и 60 детей того же возраста, воспитывающихся в семье и посещающих дошкольное образовательное учреждение. У детей обеих групп в анамнезе диагностированы перинатальные поражения центральной нервной системы. Показатели психического развития и нейроэндокринной регуляции оценивались с использованием общеклинических и биохимических методов, с последующей их сравнительной характеристикой. В результате исследования установлено, что у воспитанников детских домов чаще, чем у детей из семьи, выявлялась комплексная задержка психического развития, низкое интеллектуальное развитие, высокая невротизация и сниженный эмоциональный статус; с возрастом число воспитанников с отклонениями психического развития увеличивалось. Гормональный статус детей детских домов характеризовался более низкими, чем у детей из семьи, концентрациями в крови ТЗ, ТТГ, СТГ и кортизола, что свидетельствует о негативном влиянии на их развитие эмоциональной депривации и необходимости поиска новых подходов к профилактике нарушений и коррекции психического здоровья этих детей.

**Ключевые слова:** сиротство, детский дом, депривация, психическое развитие, эмоциональный статус.

### FEATURES OF MENTAL DEVELOPMENT OF CHILDREN OF THE PRESCHOOL AGE WHICH IS BROUGHT UP IN CHILDREN'S HOMES

*O. Filkina, H. Vitruk, H. Vorobyova, N. Dolotova, O. Kocherova*

Research objective - to reveal features of mental development of children of 3-7 years which are brought up in children's homes and to establish mechanisms of its infringements. Research groups - 106 children who are brought up in children's home and 60 children, brought up in a family. Estimated indicators of mental development and the hormonal status in both groups with the subsequent comparative analysis. Have established that at pupils of children's homes more often, the complex delay of mental development, low I.Q., high neuroticism and the lowered emotional status was defined. With the years the quantity of children with deviations in mental development increases. Concentration in blood of children of children's home of hormones ТЗ, ТТГ, СТГ and cortisol more low, than at children from a family. All it confirms negative influence emotionally-touch deprivation on mental development of children.

**Keywords:** the orphanhood, children's home, deprivation, mental development, the emotional status.

#### **Введение**

В настоящее время в результате социально-экономических реформ в России сложилась критическая ситуация, характеризующаяся устойчивым ростом

числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Особенно тревожно, что большинство детей, попавших в сложную жизненную ситуацию, являются социальными

сиротами, т. е. сиротами при живых родителях [1, 2]. Государство, пытаясь справиться с все нарастающей волной сиротства, в основном использует и совершенствует три модели устройства детей: опекунов, усыновление и сиротские учреждения, причем последняя модель, до недавнего времени, являлась доминирующей [3]. Между тем известно, что окружающая среда, условия воспитания имеют большое значение для нормального развития и здоровья ребенка [4]. Поступление в новую микросоциальную среду детского дома сопровождается изменением сложившегося ранее динамического стереотипа, что вызывает необходимость приспособления к новым условиям жизни с мобилизацией механизмов, обеспечивающих необходимые адаптационные ресурсы [5]. Кроме того, проживание в условиях материнской и эмоциональной депривации, обусловленной средой закрытого учреждения, недостаточное количество социальных контактов, приводит к напряжению психических и физиологических функций организма и прежде всего к отклонениям психического развития детей [6]. Интенсивное психическое развитие ребенка, когда формируются как отдельные психические функции, так и личность, приходится на периоды возрастных кризов. Именно в

дошкольном возрасте особенно часто выявляются различные формы психического дизонтогенеза или нарушения психического развития, которые связаны с нарушениями относительного физиологического и психологического равновесия и могут быть вызваны биологическими патогенными факторами, неблагоприятными воздействиями микросоциально-психологической среды, а также разнообразными их сочетаниями [7, 8]. Клинически психический дизонтогенез у детей может проявляться инфантилизмом, синдромами невропатии, незрелостью отдельных сторон психики и психических процессов: моторики, речи, внимания, пространственного восприятия, эмоциональной незрелостью, запаздыванием формирования навыков чтения, письма и счета. Поэтому вопрос поиска механизмов формирования психического здоровья и его сохранения у детей, находящихся в сложной жизненной ситуации, является актуальным.

**Цель работы:** выявить особенности психического развития детей, воспитывающихся в детских домах и их механизмы формирования.

Для реализации этой цели поставлены следующие **задачи:**

- 1) Описать и структурировать особенности эмоционального и когнитивно-

го статуса детей, воспитывающихся в детских домах и провести сравнение психического развития с группой детей, проживающих в условиях семьи.

- 2) Описать и показать механизмы развития психосоматических и нейрогуморальных расстройств у таких детей и их роль в формировании психологической дезадаптации.

### Материалы и методы

Для выявления особенностей психического развития детей, воспитывающихся в детских домах, и возможных механизмов формирования их нарушений проводили сравнительное обследование 106 воспитанников детских домов 3-7 лет и 60 детей того же возраста из семьи. У детей обеих групп в анамнезе диагностированы перинатальные поражения центральной нервной системы гипоксически-ишемического генеза легкой и средней степени тяжести.

Для обследования использовались клинические, социологические, функциональные и биохимические методы исследования. Психическое развитие определялось по методике Г.М. Левина и В.Н. Самариной [9] с оценкой 5 линий развития: моторики, ощущений и восприятия, игровой деятельности, навыков, умственного развития. Выделяли четыре группы психического

развития: первая - соответствие психического развития календарному возрасту или его опережение, вторая - отставание психического развития на один эпикризный срок (с 3 до 7 лет равный одному году), третья - отставание психического развития на два эпикризных срока, четвертая - отставание психического развития на три эпикризных срока. Уровень интеллектуального развития детей определялся с 5-летнего возраста в соответствии с методикой Д. Векслера, адаптированной Ю.А. Панасюком [10]. Методика направлена на исследование различных сторон интеллекта и состоит из вербальной и невербальной шкал. Определяли 3 интеллектуальные характеристики: вербальный интеллектуальный показатель (ВИП), невербальный интеллектуальный показатель (НИП) и общий интеллектуальный показатель (ОИП). Для оценки показателей использовались возрастные нормативы ВИП, НИП и ОИП для дошкольников 5-7 лет г. Иваново [11]. Наличие у детей невротических реакций выявлялось при анкетировании родителей и воспитателей и консультации детей врачом-психиатром во время профилактического осмотра (1 раз в год). Оценка эмоционального статуса детей, определяющая степень выраженности депрессии,



страха, гнева, оценивающая игровую и познавательную деятельность, социальные контакты, дисциплину, двигательную активность, сон и аппетит, проводилась с использованием шкал, разработанных А.А. Солнцевым с соавт. [12]. Оценка, представленная в балльном эквиваленте, позволила оценить основные эмоциональные и поведенческие реакции ребенка в течение пребывания его в детском доме и дошкольном учреждении. Эмоциональные характеристики содержали от 4 до 7 градаций, каждой из которой соответствовала балльная оценка. Итоговая сумма баллов характеризовала эмоциональный статус ребенка: нормальный, сниженный и значительно сниженный. Для оценки гормонального статуса определяли

концентрацию в сыворотке крови общего уровня тиреотропного гормона (ТТГ), трийодтиронина (Т3) - иммуноферментным методом наборами фирмы «Human» (Германия); соматотропного гормона (СТГ), кортизола - методом твердофазного хемилюминесцентного иммунологического анализа на приборе IMMULITE наборами фирмы «DPC». Статистическая обработка материала проводилась с использованием программ MS Excel XP и Statistica 6,0.

### Результаты и их обсуждение

В результате проведенного обследования выявили, что показатели психического развития у детей, воспитывающихся в детских домах, значительно отличались от показателей детей из семьи (табл. 1).

Таблица 1  
Психическое развитие детей, воспитывающихся в различных условиях (%)

Группы НПР	Дети, воспитывающиеся в детских домах n= 106	Дети, воспитывающиеся в семье n= 60
Первая	0	37,0
Вторая	52,0	61,0
Третья	41,0****	2,0
Четвертая	7,0	0

\* - достоверность различий показателей детей из детского дома и семьи

\*\*\*\* -  $p < 0,001$

В группе детей детского дома I группа нервно-психического развития (НПР) не диагностировалась ни у одного воспитанника, тогда как в семье этот показатель составлял 37,0%. II группа

НПР выявлялась у детей детских домов в 1,2 раза реже, чем у сверстников из семьи (52,0% и 61,0% соответственно), а III группа НПР у детей детского дома определялась в 20 раз чаще, чем в семье

(41,0% и 2,0%,  $p < 0,001$ ). Кроме того, у 7,0% воспитанников выявлялась IV группа НПР, тогда как у детей из семьи такая группа НПР не встречалась.

Сравнительный анализ возрастной динамики психического развития детей показал, что в 3-5 лет I группа НПР не определялась ни у одного воспитанника детского дома, тогда как в семье эта группа НПР диагностировалась у 28,0% детей. II группа НПР в 3-5 лет выявлялась у большинства детей в обеих группах (62,0% в детских домах и 69,0% в семье). Дети с III группой НПР в 3-5 лет в детском доме встречались достоверно чаще, чем в семье (32,5% и 3,0%;  $p < 0,005$ ), а IV группа НПР выявлялась только у воспитанников детского дома (5,5%). К 6-7 годам среди воспитанников детских домов дети с I группой НПР так и не выявлялись, тогда как в группе сверстников из семьи их количество увеличилось в 1,7 раза и составило 48,0%, за счет уменьшения числа детей с II группой НПР (с 69,0% до 52,0%). В группе детей, воспитывающихся в детских домах, к 6-7 годам количество детей с II группой НПР также снизилось (с 62,0% до 45,0%), но при этом увеличилось количество детей с III и IV группами НПР (с 32,5% до 47,0% и с 5,5% до 8,0% соответственно).

Анализ степени задержки психического развития с учетом отдельных линий показал, что у большинства детей, воспитывающихся в детских домах, наблюдалось отставание по всем 5-ти линиям развития (57,0%), что соответствовало 3 степени задержки НПР, тогда как у детей из семьи чаще определялось отставание по 1-2-м линиям (88,0%), что соответствовало 1 степени задержки НПР. У детей детских домов достоверно чаще, чем у детей из семьи, отставали развитие моторики (57,0% и 24,0%,  $p < 0,001$ ), ощущений и восприятия (70,0% и 26,0%,  $p < 0,001$ ), игровой деятельности (83,0% и 32,0%,  $p < 0,001$ ) и навыков (73,0% и 28,0%,  $p < 0,001$ ). Лишь у 14,0% воспитанников умственное развитие соответствовало возрасту, тогда как в семье таких детей выявлялось в 6 раз больше (78,0%).

Пограничные невротические расстройства выявлялись у 95,0% воспитанников детских домов, тогда как в семье этот показатель был в 2 раза ниже и составлял 47,0%. Кроме того, частота встречаемости различных синдромов невротических расстройств у детей детского дома и семьи была различной (табл. 2).

Таблица 2  
Частота встречаемости синдромов невротических расстройств у дошкольников, воспитывающихся в различных условиях (%)

Синдромы	Дети, воспитывающиеся в детских домах n = 106	Дети, воспитывающиеся в семье n = 60
Соматовегетативный	28,2	30,5
Гипердинамический	43,6**	8,3
Неврастенический	43,6****	13,8
Фобический	28,2	0
Навязчивые движения	25,6	0
Патохарактерологические реакции	30,8	0
Энурез	30,8****	2,7

\* - достоверность различий показателей детей из детских домов и семей:

\*\* -  $p < 0,02$ ; \*\*\*\* -  $p < 0,001$

Так, у воспитанников детских домов достоверно чаще регистрировались гипердинамический (43,6% и 8,3%;  $p < 0,02$ ), неврастенический синдромы (43,6% и 13,8%;  $p < 0,001$ ) и энурез (30,8 и 2,7%;  $p < 0,001$ ). Частота встречаемости соматовегетативного синдрома в обеих группах достоверно не различалась (28,2% в детском доме и 30,5% в семье), а фобический синдром (28,2%), синдром навязчивых движений (25,6%) и патохарактерологические реакции (30,8%) регистрировались только у воспитанников детского дома.

Анализ возрастной динамики частоты встречаемости невротических реакций в исследуемых группах показал, что частота встречаемости выявленных невротических реакций у детей детских домов, по сравнению с детьми из семьи,

была выше во всех возрастных группах. В 3-5 лет на первом месте по частоте встречаемости у детей детского дома находился неврастенический синдром (86,0%), на втором - соматовегетативный синдром (71,0%), на третьем - патохарактерологические реакции (64,0%), на четвертом - гипердинамический синдром (57,0%), на пятом - синдром навязчивых движений (43,0%), на шестом - фобический синдром и энурез (по 36,0%).

К 6-7 годам число детей детского дома с соматовегетативным (74,0%) и фобическим (39,0%) синдромами практически не изменилось. Число воспитанников с неврастеническим синдромом увеличилось в 1,2 раза, с энурезом - в 1,3 раза, а количество детей с патохарактерологическими реакциями,

гипердинамическим синдромом и синдромом навязчивых движений снизилось в 1,6 раза.

Проведенное нами исследование позволило выявить не только наличие у ребенка того или иного невротического синдрома, но и количество их сочетаний, приходящихся на одного ребенка. Так, один невротический синдром диагностировался у 28,0% воспитанников детских домов, что реже, чем у детей из семьи

(33,0%). Сочетание двух и трех синдромов определялось у них достоверно чаще (13,0% и 8,0%,  $p < 0,05$ ; 20,0% и 3,0%,  $p < 0,02$  соответственно), а четыре (5,0%), пять (8,0%) и шесть (10,0%) синдромов одновременно выявлялось только у воспитанников детских домов.

Оценка эмоционального статуса детей выявила его снижение у большинства воспитанников детских домов (рис. 1).

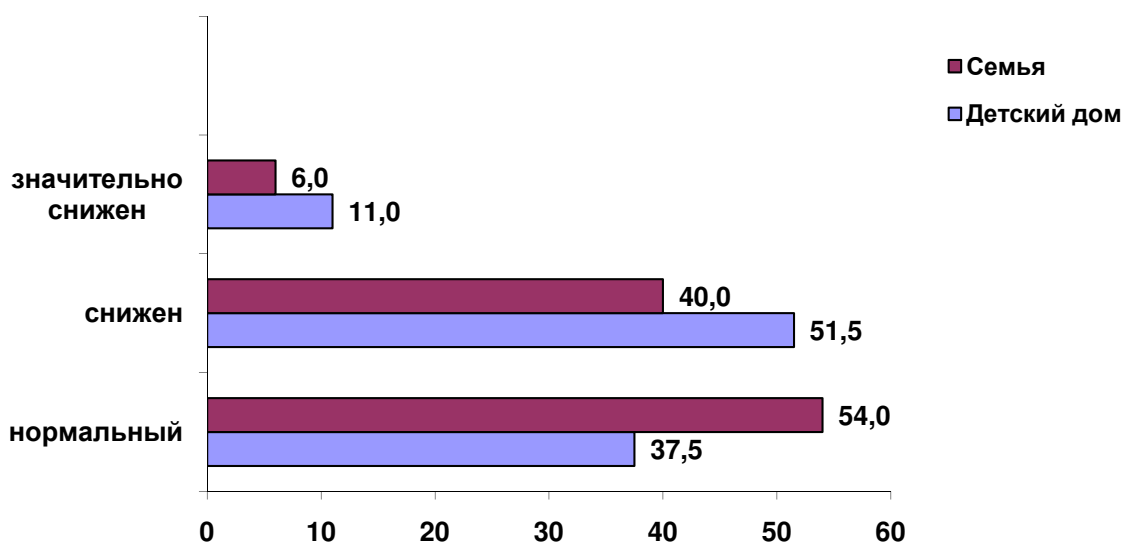


Рис. 1 Характеристика эмоционального статуса детей, воспитывающихся в различных условиях

с внешним миром. Изучение структуры показателей эмоционального статуса у детей, воспитывающихся в детских домах, выявило, что первое место у них занимали нарушения дисциплины, второе – нарушения сна, третье – реакции страха и нарушения познавательной деятельности, что подтверждает негативное влияние на эмоциональное развитие ребенка и его здоровье

Значительно сниженный эмоциональный статус диагностировался у них в 1,8 раза чаще (11,0%), сниженный в 1,3 раза чаще (51,5%), чем у детей из семьи. Нормальный эмоциональный статус определялся у 37,5% воспитанников, что в 1,4 раза реже, чем в семье. Такой эмоциональный статус негативно сказывается на эмоциональном развитии ребенка и на его способности к общению

факторов социальной и эмоционально-сенсорной депривации. Снижение настроения, выявляемое у 59,0% воспитанников, проявлялось в виде как легкой, так и выраженной депрессии, тогда как у детей из семьи снижение настроения выявлялось в 1,4 раза реже (42,0%) и характеризовалось эпизодическими обидами и неудачами в игре. У детей из детского дома достоверно чаще, чем у детей из семьи, регистрировались реакции гнева (37,0% и 20,0%;  $p < 0,05$ ), проявляющиеся в виде немотивированной агрессии и истерик, страхи различной степени выраженности (53,0% и 16,0%;  $p < 0,001$ ) и нарушения дисциплины (92,0% и 24,0;  $p < 0,001$ ). Следует отметить, что в группе детей из семьи нарушения дисциплины отмечались эпизодически из-за рассеянности, отвлекаемости детей, и она легко восстанавливалась, а воспитанники детских домов требовали постоянного присмотра, наставлений и были трудно контролируемы. Сниженные социальные контакты выявлялись у воспитанников детских домов в 1,6 раза чаще, чем у детей из семьи (39,0% и 24,0%) и были обусловлены замкнутостью детей и осторожностью в общении. Познаватель-

ная деятельность у них была ниже, чем у детей из семьи (59,0% и 12,0%;  $p < 0,001$ ), и проявлялась отсутствием инициативы, интереса к занятиям, нежеланием выполнять задания. Изменения моторики выявлялись в обеих исследуемых группах, но проявлялись у детей из семьи чрезвычайной подвижностью (100%), а у детей детского дома - как гиперподвижностью (91,0%), так и вялыми, замедленными локомоторными актами (9,0%). У 70,0% воспитанников детского дома диагностировались нарушения ночного сна, характеризующиеся длительным засыпанием, неглубоким, беспокойным сном, что достоверно чаще, чем в семье (16,0%,  $p < 0,001$ ). У детей детских домов часто выявлялись нарушения аппетита, характеризующиеся повышенным или даже чрезмерным аппетитом, тогда как у детей из семьи эти нарушения проявлялись сниженным аппетитом.

Для получения более полной картины психического развития детей, воспитывающихся в различных условиях, выявляли уровень интеллектуального развития, с проведением сравнительного анализа (табл. 3).

Таблица 3  
Интеллектуальное развитие детей, воспитывающихся в различных условиях (баллы)

Показатели	ОИП	НИП	ВИП	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
(M±m)															
Д/дом	80,53 ±1,13	84,5 ±0,45	80,5 ±1,57	7,2 ±0,4	7,7 ±0,35	7,5 ±0,26	8,4 ±0,46	4,5 ±0,38	6,7 ±0,15	10,3 ±0,2	8,8 ±0,2	8,7 ±0,5	8,1 ±0,31	5,34 ±0,2	2,7 ±0,45
Семья	100,1 ±1,7	95,6 ±1,21	105 ±2,3	11,2 ±0,78	12,7 ±0,7	10,6 ±0,4	15,8 ±0,8	7,7 ±0,51	7,2 ±0,22	11,6 ±0,85	9,64 ±0,3	11,0 ±0,51	8,0 ±0,45	7,4 ±0,3	8,0 ±0,4
P	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,02	-	0,02	0,02	-	0,001	0,001

Как видно из таблицы, у дошкольников, воспитывающихся в детских домах, общий интеллектуальный показатель (ОИП) ниже, чем у сверстников из семьи, за счет более низких значений как вербального (ВИП), так и невербального (НИП) показателей. Сравнительный анализ показателей отдельных интеллектуальных характеристик выявил у воспитанников детских домов достоверно более низкий, чем у детей из семьи, уровень эрудиции (I субтест), способности к применению знаний в конкретной ситуации (II субтест), способности к оперированию числами (III субтест). Дети детского дома отличались обедненным словарным запасом, неспособностью к выделению наиболее существенных признаков предметов и явлений (V субтест) и сниженной кратковременной памятью (VI субтест). У них определялись более низкие показатели логического мышления на предметном уровне (VIII субтест), моторной скорости (XI субтест)

и способности к конструктивному мышлению (IX субтест). Наибольшая разница между детьми детских домов и семьи выявлялась по показателям способности к аналогиям и обобщению (IV субтест) и зрительно-моторной координации (XII субтест). Наблюдательность (VII субтест) и способность к синтезу на предметном уровне (X субтест) были практически одинаковыми в обеих исследуемых группах и достоверно не различались.

Известно, что процессы развития организма, сопряжены с интенсивным обменом веществ и энергии и находятся под двойным контролем: с одной стороны – это генетический аппарат, с другой – регулирующая роль нервной системы, которая адаптирует интенсивность обмена к определенным условиям внешней среды. Связующим звеном между ними служат гормоны, осуществляющие влияние ЦНС на другие органы посредством эндокринной системы. Для уточнения возможных механизмов

формирования отклонений психического развития у воспитанников детских домов мы определяли содержание в сыворотке крови у детей 3-7 лет, воспитывающихся

в детском доме и семье, тиреотропного гормона (ТТГ), общего трийодтиронина (Т3) и соматотропного гормона (СТГ) (рис. 2).

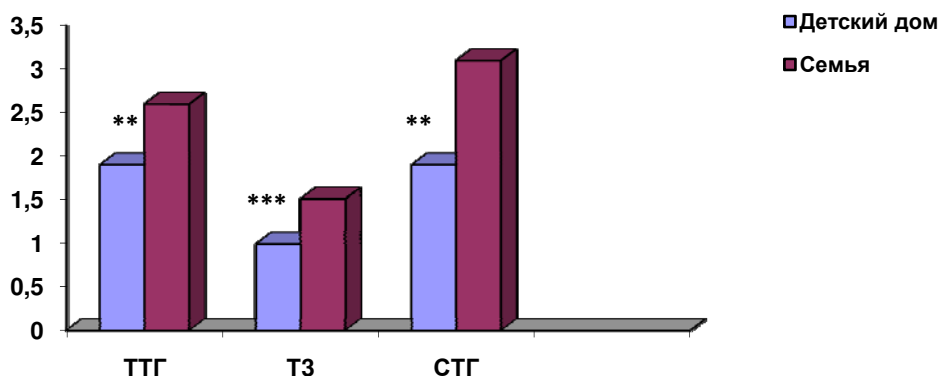


Рис.2 Характеристика отдельных гормональных показателей детей, воспитывающихся в различных условиях

Сравнительный анализ выявил достоверно более низкое содержание в крови детей детского дома, чем у детей из семьи, общего трийодтиронина (Т3) (0,99 ng/ml и 1,51 ng/ml;  $p < 0,01$ ) и тиреотропного гормона (ТТГ) (1,9 mIU/ml 2,57 mIU/ml;  $p < 0,02$ ). Гормоны щитовидной железы оказывают влияние на дифференциацию и функциональное состояние центральной нервной системы и периферических нервов, поэтому при их недостатке происходит нарушение процесса миелинизации, и как следствие, замедление умственного развития, что соответствует выявленным нами особенностям психического и интеллектуального развития у воспитанников детских домов. Сочетание сниженных концентраций в крови тиреотропного гормона и трийодтиронина может

свидетельствовать и о дисфункции гипофизарно-тиреоидной системы у этих детей.

Содержание в крови соматотропного гормона (СТГ) у дошкольников, воспитывающихся в детских домах, также было более низким, чем у сверстников из семьи (1,83 ng/ml и 3,13 ng/ml;  $p < 0,02$ ). СТГ, являясь анаболическим гормоном, регулирует не только обмен веществ, процессы роста тела, но и является гормоном адаптации, обеспечивающим срочные и долговременные реакции гомеостаза, поэтому снижение его уровня у воспитанников детских домов может говорить о начавшемся процессе истощения адаптационных ресурсов нейроэндокринных механизмов регуляции.



Чтобы подтвердить это предположение мы определяли содержание кортизола в сыворотке крови у детей,

воспитывающихся в различных условиях (рис.3).

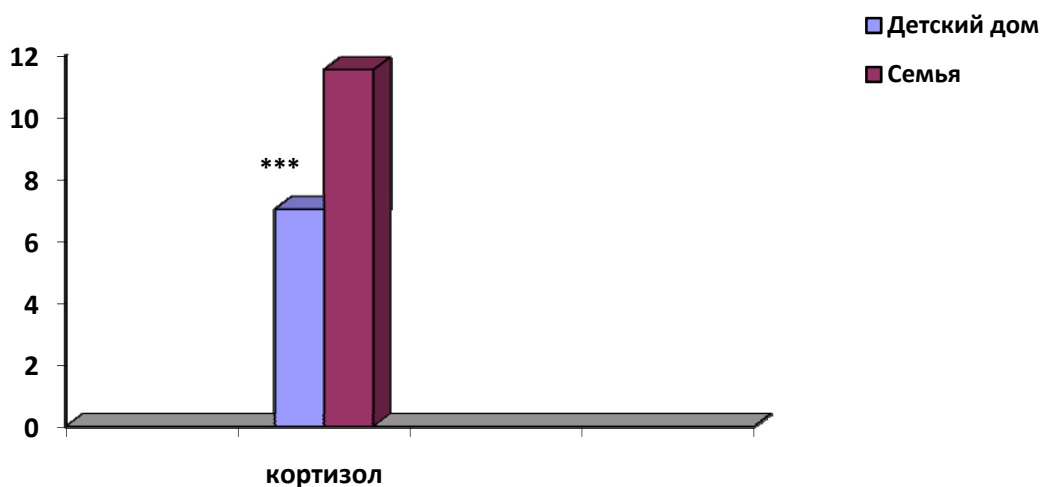


Рис.3 Характеристика содержания кортизола у детей, воспитывающихся в различных условиях

Как видно из рис. 3, выявлена достоверно более низкая концентрация кортизола в крови детей детского дома, по сравнению с детьми из семьи (7,01 mg/dl и 11,52 mg/dl;  $p < 0,01$ ), что свидетельствует о снижении функциональной активности коры надпочечников и подтверждает истощение адаптационных механизмов регуляции в связи с нахождением детей в условиях сенсорной и эмоционально-психологической депривации.

### Выводы

1. Дети, оставшиеся без родительской опеки и воспитывающиеся в детском доме в условиях эмоционально-сенсорной депривации, отставали в психическом развитии по сравнению со сверстниками из семьи. Они характери-

зовались более глубокой задержкой нервно-психического развития с отставанием по всем линиям развития с негативной возрастной динамикой; низким интеллектуальным развитием по всем вербальным и большинству невербальных показателей. У воспитанников детских домов чаще отмечался сниженный или значительно сниженный эмоциональный статус, характеризующийся частыми реакциями страха, гнева, нарушениями дисциплины и сна, снижением познавательной деятельности.

2. В отличие от детей из семьи, у детей, оставшихся без родительской опеки, чаще выявлялись невротические расстройства и большее число синдромов, приходящихся на одного ребенка. У

воспитанников детских домов определялось более низкое содержание в крови гормонов Т3, ТТГ, СТГ и кортизола, что свидетельствует об истощении адаптационных ресурсов нейроэндокринных механизмов регуляции. Полученные данные подтверждают негативное влияние депривации на процессы нейроэндокринной регуляции детей,

воспитывающихся в детских домах, и ее участие в формировании нарушений эмоционального состояния и психического развития детей, что свидетельствует о необходимости поиска новых подходов к вопросам профилактики и коррекции нарушений психического здоровья воспитанников детских домов.

#### Список литературы

1. Ибрагимов А.И. Состояние здоровья и пути оптимизации медико-социального обеспечения детей, оставшихся без попечения родителей. Автореф. дисс. на соискание ученой степени д-ра мед. наук. М., 2006. 38 с.
2. Конова С.Р. Программный подход к решению проблем социального сиротства в Российской Федерации // Российский педиатрический журнал. 2003. № 3. С. 50-52.
3. Выхристюк О.Ф., Самсыгина Т.А. Охрана здоровья детей из социально неблагополучных семей// Российский медицинский журнал. 2000. № 2. С. 11-14.
4. Альбицкий В.Ю., Гасиловская Т.А., Ибрагимов А.И. Результаты комплексной клинико-социальной характеристики детей-сирот, оформляющихся в интернатные учреждения// Российский педиатрический журнал. 2004. № 5. С. 44-46.
5. Концепция предупреждения социального сиротства и развития образовательных учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей/ Под ред. Л.М. Шипицыной. Санкт-Петербург, 2000. 54 с.
6. Коренев Н.М., Лебедь И.С., Куракса О.Ю., Булага Л.П. Состояние здоровья детей-сирот и гигиенические проблемы их содержания в интернатных учреждениях// В сб.: Здоровье, обучение, воспитание детей и молодежи в XXI веке. М., 2004. Ч. 2. С. 88-90.
7. Исаев Д.Н. Обзор психиатрии и медицинской психологии. М., 1991. С. 59-67.
8. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков / Под ред. В.В. Ковалева. М., 1985. 165 с.
9. Оценка нервно-психического развития детей дошкольного возраста/ Под ред. Г.В. Левина. – Ленинград, 1990. 36 с.
10. Панасюк А.Ю. Адаптированный вариант методики Д.Векслера. М., 1973. 36 с.
11. Диагностика и профилактика пограничных нервно-психических нарушений у младших школьников/ Под ред. Л.А. Ждановой, О.Ю. Кочеровой, А.А. Солнцева. Иваново, 1989. 24 с.
12. Мероприятия по облегчению адаптации детей к условиям дошкольного учреждения и школы/ Под ред. Р.Р. Шиляева. Иваново, 1987. 32 с.

## МОТИВЫ СОЗДАНИЯ ЗАМЕЩАЮЩИХ СЕМЕЙ У ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ ПРИЕМНЫХ РОДИТЕЛЕЙ

**О.М. Филькина, Т.Г. Шанина, О.Ю. Кочерова, Л.А. Пыхтина, Е.А.Воробьева, Е.Л.Витрук, Н.В.Долотова, Е.А. Матвеева**

*ФГУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова Росмедтехнологий», г. Иваново*

Проведено анкетирование 100 потенциальных приемных родителей, обратившихся в региональные органы опеки и попечительства и региональный центр подготовки приемных родителей и сопровождения замещающих семей. Представлена их социальная характеристика; мотивы, определяющие решение родителей о принятии ребенка на воспитание; мнение потенциальных приемных родителей о состоянии здоровья, возрасте и поле детей, которых планируют взять на воспитание; наиболее часто выбираемые формы устройства ребенка в замещающую семью. Показано, что кроме материальной поддержки государства, семьям с ребенком, взятым на воспитание, необходимо медико-психолого-педагогическое сопровождение.

**Ключевые слова:** потенциальные приемные родители, их социальная характеристика, мотивы принятия ребенка в семью.

## MOTIVES OF CREATION OF REPLACING FAMILIES AT POTENTIAL RECEPTION PARENTS

**O.M. Fil'kina, T.G.Shanina, O.J.Kocherova, L.A.Pyhtina, E.A.Vorob'eva, E.L.Vitruk, N.V.Dolotova, E.A.Matveeva**

Questioning 100 potential reception parents who have addressed into regional bodies of trusteeship and guardianship and the regional centre of preparation of reception parents and support of replacing families is carried out(spent). Their social characteristic is submitted; the motives determining the decision of parents about acceptance of the child on education; opinion of potential reception parents on a state of health, age and a field of children which plan to take for education; most frequently chosen forms of the device of the child in replacing family. It is shown, that except for material support of the state, to families with the child taken on education, medical, psychological and pedagogical support is necessary.

**Keywords:** potential reception parents, their social characteristic, motives of acceptance of the child in family.

### Введение

Острой проблемой современного российского общества в настоящее время является проблема социального сиротства. Количество социальных сирот постоянно растет [1, 2, 3, 4, 5, 6]. В настоящее время в России порядка 700 тыс. детей-сирот и детей, оставшихся без

попечения родителей, большинство из которых – дети-сироты при живых родителях. Число истинных сирот многие годы держится на одном уровне и составляет не более 10% от всех детей, воспитывающихся в государственных учреждениях [1, 3, 7, 8, 9].

Рост численности данного контингента детей неизбежно ведет к увеличению числа интернатных учреждений. Между тем, дети, воспитывающиеся в домах ребенка и детских домах, по физическому и нервно-психическому развитию, другим показателям здоровья отличаются от детей, воспитывающихся в семье. Несмотря на усилия государства, воспитанники домов ребенка и детских домов характеризуется низким уровнем здоровья, полиморфизмом его нарушений и их сочетанием [1, 3, 7, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 17]. Кроме того, по мере пребывания детей в доме ребенка и детском доме отмечается ухудшение показателей физического развития [10]. Многие авторы указывают на углубление задержки нервно-психического развития детей за время пребывания в доме ребенка и детском доме [7, 12, 13, 15].

Наиболее неблагоприятное воздействие на развитие ребенка, особенно в первые годы жизни, оказывает эмоциональная депривация [10]. Депривация заключается в отсутствии родительского ухода, длительном пребывании в большом коллективе, в однотипных условиях с ограничением контакта с внешним миром и обуславливает формирование продолжительного психо-эмоционального стресса, следствием которого являются различ-

ные нарушения здоровья [18]. Устранение этого фактора возможно только в семье. Поэтому одной из основных задач социально-демографической политики России является увеличение числа различных типов замещающих семей. Успех создания и сохранения замещающей семьи зависит от многих условий. Приемные родители могут оказаться совершенно не готовы к удовлетворению потребностей детей, взятых ими на воспитание [19,20].

В связи с этим, изучение факторов, как препятствующих, так и способствующих созданию замещающих семей, является актуальным.

**Цель исследования:** установить социальную характеристику потенциальных приемных родителей, обратившихся в органы опеки и попечительства, выявить ведущие мотивы, определяющие их решение взять ребенка на воспитание для обоснования мероприятий по оптимизации устройства детей- сирот в семью и профилактике их возврата в государственные учреждения.

#### **Материалы и методы**

Для сбора информации в данном исследовании был использован метод анкетирования. В анкетном опросе приняли участие 100 потенциальных приемных родителей, обратившихся в региональные органы опеки и попечи-

тельства и региональный центр подготовки приемных родителей и сопровождения замещающих семей по поводу принятия воспитанников домов ребенка и детских домов в семью. Статистическая обработка материала проведена с использованием программ Statistica 6.0. Проводилась оценка достоверности различий статистических показателей ( $p$ ) по критерию Фишера – Стьюдента ( $t$ ). Различия считались статистически достоверными при значениях  $p < 0,05$ .

### Полученные результаты и их обсуждение

Установлено, что большинство респондентов были старше 35 лет: 47% из

них относились к возрастной группе 35 – 44 года, 32% - старше 45 лет. Согласно принятой возрастной классификации женщины от 35 лет до 55 лет и мужчины от 35 лет до 60 лет относятся к возрастной группе – «второй зрелый возраст».

Среди респондентов 62% составили женщины, 38% - мужчины. У более половины респондентов (63%) брак зарегистрирован; каждый пятый (22%) из респондентов – не были замужем или женаты. У 10% опрошенных брак не зарегистрирован.

Отмечен высокий образовательный уровень респондентов (рис. 1).

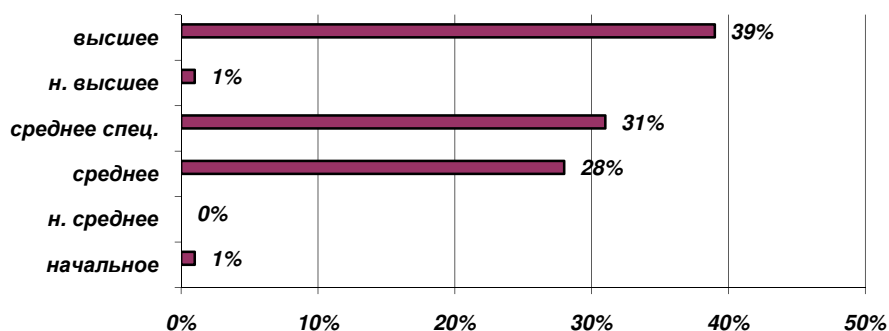


Рис. 1 Образовательный уровень потенциальных приемных родителей

Социальное положение респондентов представлено следующим образом: 48% опрошенных являлись служащими, 38% - рабочими, 7% - предпринимателями; из числа, обратившихся в органы опеки и попечительства, 5% респондентов были безработными.

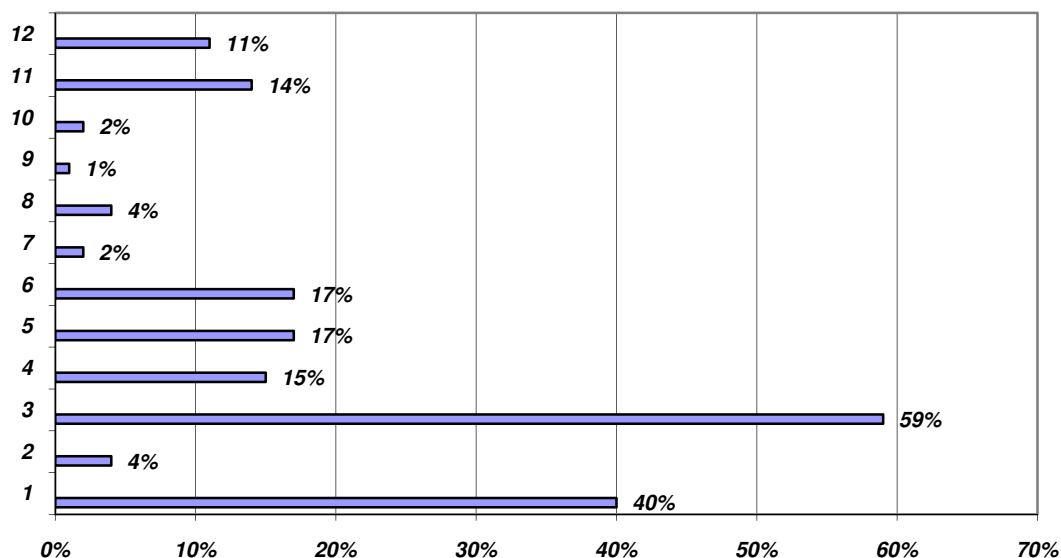
Анализ ответов, отражающих финансовое положение, показал, что значительная часть респондентов относилась к категории лиц с довольно низким материальным уровнем: у 18% респондентов, по их мнению, денег не хватает даже на питание; у 44% - семейный бюджет позволял приобрести

только самое необходимое – еду и одежду. Треть респондентов относилась к более благополучной в материальном отношении категории населения – у них хватало средств на приобретение крупной бытовой техники. Лишь 6% респондентов не испытывали финансовых затруднений.

У подавляющего большинства потенциальных приемных родителей (97%) имелось собственное жилье. Как правило, это была квартира с удобствами, мало населенная. В 74% случаев на одного проживающего приходилось более 19 м<sup>2</sup> жилья, что превышало утвержденную социальную норму для нашего региона. Потенциальные приемные родители в основном являлись городскими жителями (71%).

Установлено, что только у половины респондентов, принявших решение стать приемными родителями, нет собственных детей. Большинство респондентов впервые решили стать приемными родителями, лишь в 11% семей уже имелись приемные дети.

Причины, по которым люди хотят стать приемными родителями, могут быть самыми разными. Отсутствие собственных детей, а также желание расширить семью являлись ведущими причинами, определяющими решение потенциальных приемных родителей взять ребенка на воспитание. Среди причин создания замещающей семьи указывались и такие, как наличие условий вырастить ребенка, страх одиночества, чувство долга. Обращает на себя внимание то, что каждый десятый из потенциальных приемных родителей не осознал собственных мотивов, побуждающих их взять на воспитание ребенка, хотя это важно уяснить для себя еще до принятия ребенка в семью (рис. 2). Несбывшиеся ожидания родителей, связанные с приемным ребенком, нередко приводят к неудовлетворенности, разочарованию и неудачному исходу помещения его в семью.



- 1 - нет собственных детей
- 2 - гибель кровного ребенка
- 3 - желание расширить семью
- 4 - одиночество
- 5 - есть материальная возможность помочь другому ребенку
- 6 - выросли собственные дети
- 7 - желание сохранить семью
- 8 - решение материальных проблем
- 9 - решение жилищных проблем
- 10 - нужен помощник
- 11 - чувство долга
- 12 – затрудняюсь ответить

Рис. 2 Причины принятия решения потенциальными родителями взять на воспитание ребенка

Как показал опрос, для всех респондентов имеет значение возраст ребенка, которого они планируют взять на воспитание. Предпочтение оказывалось детям дошкольного возраста – от 3 до 7 лет (66%), в 2 раза меньше респондентов хотели взять ребенка в раннем возрасте – от 1 года до 3 лет, в 14 раз меньше – ребенка первого года жизни.

Девочек планировали взять на воспитание в 2,3 раза чаще, чем мальчиков. Однако, для 40 % респондентов пол ребенка не имел значения.

У потенциальных родителей нет определенного мнения в отношении вопросов, касающихся тайны усыновления, и должен ли ребенок знать, что он приемный.

Достоверно не различалось число потенциальных родителей, считающих, что следует соблюдать тайну усыновления и можно её не сохранять, соответственно, 21 % и 25 %. 73% респондентов указали, что соблюдение тайны усыновления необходимо из интересов ребенка, чтобы оградить его от лишних психологических травм. Сказать ребенку,



что он приемный предполагали 32% респондентов, не планировали говорить с ребенком на эту тему 12 % респондентов. Большинство опрошенных считало, что ребенку можно сказать о том, что он взят на воспитание в возрасте 18 лет и старше.

Инициатором в том, чтобы взять ребенка на воспитание чаще являлись женщины - 68% респондентов, мужчины составили 14%. Следовательно, психолого-педагогическая работа с потенциальными приемными родителями в большей мере должна быть направлена на женщин.

Установлено, что 86% потенциальных родителей хотят взять на воспитание только одного ребенка. При этом, 43% из них готовы к тому, чтобы ребенок постоянно жил в семье, 29% - не решили окончательно, 17% - планируют оставить ребенка в семье до исполнения ему 18 лет, 34 % - усыновят ребенка в будущем, 38 % - возможно усыновят ребенка. Для 55% респондентов важно, чтобы приемный ребенок обращался к ним «мама» и «папа», для более трети потенциальных приемных родителей форма обращения к ним приемного ребенка не имеет значения. Сразу наделить правами собственности приемного ребенка готовы лишь 12 % потенциальных приемных родителей,

30% - намерены сделать это в будущем, 49 % респондентов не знают, как они поступят.

Потенциальные приемные родители знакомы с различными формами устройства ребенка в семью. Согласно результатам исследования, об усыновлении знают 95 % респондентов, об опеке - 87 %, о патронате – 55 %, о приемной семье – 33 %, о гостевой семье – 14 %. Из форм устройства ребенка, как наиболее приемлемых, потенциальные приемные родители указали усыновление – 59 % и опеку – 39 %. Незначительное число респондентов выбрали патронат, приемную и гостевую семью (соответственно, 6 %, 1 % и 1 %). То, что более половины потенциальных приемных родителей хотят усыновить ребенка, но при этом только 43 % планируют постоянное проживание ребенка в семье, свидетельствует о том, что у некоторых потенциальных родителей нет четких представлений о формах устройства ребенка в семью.

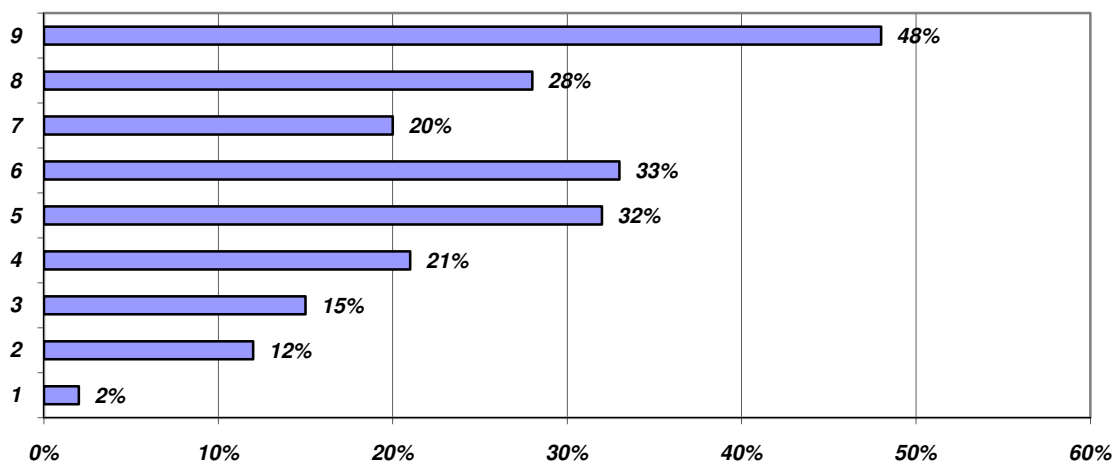
Характер взаимоотношений между приемным ребенком и родственниками во многом определяет успех создания приемной семьи. Если отношения в семье нестабильны, то появление приемного ребенка может это усугубить, и в конечном итоге, размещение его в приемную семью может закончиться

неудачей. 66% респондентов считает, что родные должны знать о решении взять ребенка в семью. Несмотря на то, что 85% родственников положительно относятся к такому решению, треть респондентов не уверены в том, как сложатся взаимоотношения между приемным ребенком и родственниками.

Установлено, что здоровье ребенка играет ведущую роль при решении вопроса о его принятии в семью: потенциальные приемные родители готовы взять или только здорового ребенка (59% респондентов) или при наличии у ребенка незначительных отклонений здоровья, легко поддающихся коррекции (64% респондентов). Каждый пятый потенциальный приемный родитель считает, что можно вернуть ребенка в государственное учреждение при ухудшении его здоровья. Однако, согласно литературным данным, после того, как воспитанники домов ребенка и детских домов попадают в семью, у них улучшаются показатели здоровья [18].

Среди причин, по которым потенциальные приемные родители откажутся взять в семью конкретного ребенка, кроме состояния здоровья, имеют значение такие, как возраст ребенка (38%), его национальность (29%) и пол (28%).

В последнее время проблема возврата детей в государственные учреждения из приемных семей приобретает все большую актуальность, что подтверждают также и результаты исследования. Так, 11% респондентов считают возможным, без каких-либо причин, вернуть приемного ребенка, 31% - вернут ребенка при наличии веских причин. Более половины респондентов (53%) не имеют определенного мнения. Поэтому очень важно выявить наиболее частые причины принятия приемными родителями такого решения с тем, чтобы своевременно провести профилактические мероприятия. На рисунке 3 представлены наиболее частые причины принятия решения о возврате ребенка в государственное учреждение.



- 1 - появление собственного ребенка
- 2 - психологическая несовместимость членов семьи с ребенком
- 3 - ухудшение взаимоотношений внутри семьи
- 4 - ухудшение здоровья ребенка
- 5 - ухудшение здоровья родителей
- 6 - ухудшение материального положения семьи
- 7 - недостаточность государственной материальной поддержки
- 8 - изменение семейного положения
- 9 - другое

Рис.3 Основные мотивы принятия потенциальными родителями решения о возврате ребенка в государственное учреждение

Как видно на рисунке 3, среди наиболее частых причин возврата ребенка в государственное учреждение респонденты называли ухудшение материального положения семьи, ухудшение здоровья родителей или ребенка, изменение семейного положения и недостаточная государственная материальная поддержка.

В современных условиях, согласно результатам исследования, значительное число потенциальных приемных родителей (55%) рассчитывают на материальную помощь государства. При недостаточной материальной поддержке

государства 20% респондентов вернут ребенка в государственное учреждение. Только 8% потенциальных приемных родителей хотят самостоятельно обеспечить ребенка. Следовательно, государственная материальная поддержка приемных семей имеет значение в профилактике возврата ребенка в государственное учреждение.

Кроме материальной поддержки государства, семьям с ребенком, взятым на воспитание, необходимо медико-психолого-педагогическое сопровождение (рис.4).

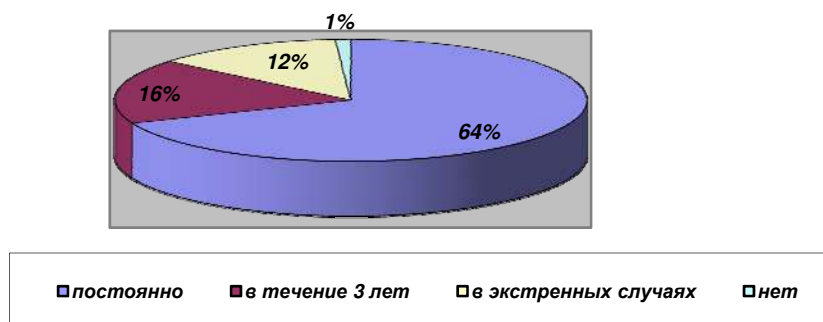


Рис. 4 Мнение потенциальных приемных родителей о медико-психолого-педагогическом сопровождении замещающих семей

Не всегда приемная семья, как форма жизнеустройства ребенка – сироты, эффективно выполняет возложенные на нее функции. И подтверждением тому являются случаи отказа от воспитания приемного ребенка и возвращения его в государственное учреждение, что усугубляет детский травматический опыт. Поэтому необходимо создание системы сопровождения приемной семьи. Медико-психолого-педагогическое сопровождение представляет собой систему методов и технологий, позволяющих отслеживать и диагностировать уровень адаптации самого ребенка, а также создавать условия для обеспечения функциональной и структурной перестройки приемной семьи [19].

По мнению респондентов, им необходима помощь психолога (98%), врача (70%), педагога (62%), юриста (16%). Почти все потенциальные приемные родители (91%) считают, что каждый,

кто хочет взять на воспитание ребенка, должен пройти подготовку в школе приемных родителей. При этом, 84% респондентов считают, что следует создать государственные структуры, занимающиеся организованным сопровождением замещающих семей. Такие специалисты, как психолог, юрист, врач, педагог могут оказать помощь потенциальным приемным родителям уже на этапе выбора ребенка по различным вопросам, в том числе форме устройства. И на этапе выбора ребенка потенциальными приемными родителями, и уже существующей приемной семье в большинстве случаев необходима помощь психолога и врача. На этапе выбора ребенка важное значение отводится помощи юриста. В последующем приемная семья в меньшей степени нуждается в услугах данного специалиста. На этапе существующей приемной семьи для 62 % родителей важны

консультации педагога, что в 2,1 раза больше, чем на этапе выбора ребенка.

### Выводы

- 1) Получена социальная характеристика потенциальных приемных родителей - в основном они относятся ко второму зрелому возрасту; у большинства из них брак зарегистрирован; по социальному положению они служащие или рабочие; трудятся в сфере образования, здравоохранения, строительстве; являются, преимущественно, городскими жителями; проживают в собственной благоустроенной просторной квартире. Материальный уровень своей семьи они характеризуют как невысокий.
- 2) Установлено, что планируя взять ребенка на воспитание в семью, потенциальные приемные родители часто преследуют решение своих психологических проблем, в частности проблемы одиночества.
- 3) Выявлено, что более 50 % потенциальных приемных родителей планируют взять на воспитание одного ребенка дошкольного возраста, девочек в 2,3 раза чаще, чем мальчиков.
- 4) Установлено, что потенциальные приемные родители хорошо ориентируются в таких формах устройства ребенка в семью, как усыновление и опека и плохо знают более новые формы - гостевая и приемная семья.
- 5) Выявлено, что большинство потенциальных родителей хотят усыновить ребенка или оформить опеку, но при этом не будут наделять его правами собственности.
- 6) Установлено, что для потенциальных приемных родителей важно состояние здоровья ребенка – на воспитание возьмут здоровых детей или с незначительными функциональными отклонениями, легко корригирующимися. По мнению потенциальных приемных родителей, ухудшение состояния здоровья ребенка может быть одной из причин возврата его в государственное учреждение.
- 7) Показано, что пятая часть потенциальных приемных родителей считает необходимым соблюдение тайны усыновления, с тем, чтобы оградить ребенка от лишних психологических травм. Сообщать ребенку, что он приемный, по мнению потенциальных приемных родителей, следует в возрасте старше 14 лет.
- 8) Установлено, что потенциальных приемных родителей беспокоят будущие взаимоотношения между приемным ребенком и родственниками.

- 9) Выявлено, что для семей, взявших на воспитание ребенка, актуальна материальная поддержка государства. Кроме того, таким семьям необходимо медико-психолого-педагогическое сопровождение с участием таких специалистов, как психолог, врач, юрист, педагог на этапе выбора ребенка, и на этапе уже существующей приемной семьи.
- 10) На основании полученных результатов необходимо оптимизировать подготовку потенциальных приемных родителей. Программа подготовки должна включать информацию о психологических особенностях детей – сирот, проблемах их воспитания, состоянии здоровья и возможностях лечения и коррекции, формах устройства детей в семью и юридических вопросах с тем, что увеличить число детей-сирот, помещенных в замещающие семьи, и уменьшить количество возврата их в государственные учреждения.

#### Список литературы

1. Абросимова Т.С. Медико-социальное обоснование мер профилактики социального сиротства и его последствий [Текст]: автореф. дис. ... кан. мед.наук / Абросимова Т. С. Иваново, 2005. 22 с.
2. Ибрагимов А.И. Состояние здоровья и пути оптимизации медико-социального обеспечения детей, оставшихся без попечения родителей [Текст]: автореф. дис. ... док. мед.наук /Ибрагимов А.И. Москва, 2006. 40 с.
3. Конова С.Р. Программный подход к решению проблем социального сиротства в Российской Федерации// Российский педиатрический журнал. 2003. №3. С.50-52.
4. Медико-социальные и демографические параметры службы охраны здоровья матери и ребенка в 2005-2006 годах. М: 2007. 148 с.
5. Репецкая М.Н., Корюкина И.П., Минаева Н.В., Сюзева Е.Л. Состояние здоровья воспитанников детских домов Пермской области// В сб.: Актуальные проблемы педиатрии. М: 2004. С.352.
6. Шарапова О.В. Основные направления деятельности службы охраны материнства и детства// Вопросы современной педиатрии. 2007. том 3. №4. С.9-12.
7. Ахтямова О.В. Состояние здоровья и организация медицинской помощи социальным сиротам в домах ребенка общего типа [Текст]: автореф. дис. ... кан. мед.наук /Ахтямова О.В. Москва, 2004. 22с.
8. Доклад о состоянии здоровья детей в Российской Федерации (по итогам Всероссийской диспансеризации 2002 г.). М.: 2003. 96 с.
9. Конова С.Р., Филькина О.М., Ильин А.Г. и др. Состояние здоровья и медицинского обеспечения детей, оставшихся без попечения родителей// В сб.: Актуальные проблемы профилактики социального сиротства. Иваново: 2008. С.28-31.
10. Воробьева Е. А. Закономерности формирования здоровья детей раннего и дошкольного возраста с перинатальными поражениями центральной нервной системы в анамнезе, воспитывающихся в домах ребенка и детских домах, и профилактика его нарушений. Дисс. на соиск. уч. степ. док. мед. наук. Иваново, 2009. 393 с.

11. Кудина О.Е., Сенченко Г.В. Анализ анамнестических данных детей, оставшихся без попечения родителей, поступивших на первом году жизни в дома ребенка// В сб.: Актуальные проблемы профилактики социального сиротства. Иваново: 2008. С. 40-42.
12. Кузнецова Е.Ю., Либова Е.В. Состояние здоровья воспитанников домов ребенка и методы реабилитации// В сб.: Актуальные проблемы педиатрии. М: 2004. С.357.
13. Витрук Е.Л. Состояние здоровья детей 3-7 лет с перинатальными поражениями центральной нервной системы, воспитывающихся в детских домах [Текст]: автореф. дис. кан. мед.наук / Витрук Е.Л. Смоленск, 2006. 20 с.
14. Волкова О.А., Чердниченко А.М. Оценка здоровья детей, воспитывающихся в условиях дома ребенка// В сб.: Актуальные проблемы педиатрии. М: 2007. С.139.
15. Долотова Н.В. Состояние здоровья детей с перинатальными поражениями центральной нервной системы, воспитывающихся в домах ребенка: Автореф. дис. ... к.м.н. - Иваново, 2005. 18 с.
16. Канбекова Р.Р., Султанаева З.М., Шарафутдинова Н.Х. Демографическая политика региона – для решения проблемы сиротства // В сб.: Актуальные проблемы профилактики социального сиротства. Иваново: 2008. С. 24-26.
17. Лещенко М.В., Тонкова-Ямпольская Р.В., Фрухт Э.Л. Состояние здоровья и развития воспитанников домов ребенка// Российский педиатрический журнал. 2000. №1. С. 48-49.
18. Прихожан А.М., Толстых Н.Н. Психология сиротства. 3-е изд. СПб: Питер, 2007. 416 с.
19. Психолого-педагогическое сопровождение адаптации ребенка в приемной семье. Выпуск 4. Ярославль: Центр «Ресурс», 2007. 80 с.
20. Разработка в методическое обеспечение региональной программы обучения приемных родителей. Выпуск 3. Ярославль: Центр «Ресурс», 2007. 72 с.

---

Филькина Ольга Михайловна, засл. врач РФ, д.м.н., профессор, зав. отделом охраны здоровья детей и медико-социальных исследований  
153045 г.Иваново, ул.Победы 20 ФГУ «ИвНИИ МиД им.В.Н.Городкова  
Росмедтехнологий», тел.:8(4932)33-70-55, email: omfilkina@mail.ru



## Эмоциональное выгорание в медицинских профессиях

Уважаемые читатели!

Начиная с этого номера, в нашем журнале будет публиковаться монография «Эмоциональное выгорание в медицинских профессиях» (авторы И.О. Елькин, В.М. Егоров, С.И. Блохина) изданная в ГУЗ СО ДКБВЛ «НПЦ «Бонум» в 2009 году. В этом выпуске мы предлагаем Вашему вниманию введение и первую главу.

Министерство здравоохранения и социального развития РФ  
ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия

**И.О. Елькин**  
**В.М. Егоров**  
**С.И. Блохина**

## ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ В МЕДИЦИНСКИХ ПРОФЕССИЯХ



Екатеринбург 2009

## ГЛАВА 2. ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ, МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ

### 2.1 Профессиональный стресс: физиологические и психологические механизмы и признаки

Допустим, произошло какое-то неприятное событие: человек возбужден, не может найти себе места, его гложет несправедливая обида, досада из-за того, что не сумел себя правильно повести, не нашел слов. Он и рад бы отвлечься от этих мыслей, но снова и снова перед глазами встают сцены случившегося; и опять накатывает волна обиды, негодования. Л.Д. Столяренко (1997) выделяет три физиологических механизма подобного стресса:

Во-первых, в коре головного мозга сформировался, как указывает академик А. Ухтомский, господствующий очаг возбуждения – «оборонительная доминанта», которая подчиняет себе всю деятельность организма, все поступки и помыслы человека. Значит, для успокоения надо ликвидировать, «разрядить» эту доминанту, или же создать новую, конкурирующую. Все отвлекающие приемы (чтение захватывающего романа, просмотр интересного, переключение на занятие любимым делом) фактически направлены на

формирование конкурирующей доминанты.

Во-вторых, вслед за появлением доминанты развивается особая цепная реакция - возбуждается одна из глубинных структур мозга – гипоталамус, где расположены регулирующие центры вегетативной и эндокринной систем. Гипоталамус заставляет близлежащую особую железу - гипофиз - выделить в кровь большую порцию адренокортикотропного гормона (АКТГ). Под влиянием АКТГ надпочечники выделяют адреналин и другие физиологически активные вещества (гормон стресса).

Итак, «центральный регулятор»- гипоталамус, получив сигнал тревоги, мобилизует все силы для сопротивления. Активизируется обмен веществ, мобилизуется резервный жир и сахар. В ускоренный ток крови выбрасывается «армия» эритроцитов, которые благодаря наличию в них гемоглобина, способствуют быстрому насыщению тканей кислородом. Прекращается пищеварение, и высвободившаяся из желудочно-кишечного тракта кровь направляется в интенсивно работающие мышцы и мозг для отражения угрозы.

Сердце начинает сокращаться чаще и сильнее, кровяное давление повышается (вот почему может разболеться голова, возникнуть сердечный приступ, становится чаще дыхание). В такой момент организм готов для большой мышечной нагрузки. Но современный человек вслед за стрессом обычно не пускает в ход скопившуюся мышечную энергию, поэтому у него в крови еще долго циркулируют биологически активные вещества, которые не дают успокоиться ни нервной системе, ни внутренним органам.

В-третьих, из-за того, что стрессовая ситуация сохраняет свою актуальность (конфликт ведь не разрешился благополучно и какая-то потребность так и осталась неудовлетворенной, иначе не было бы отрицательных эмоций, не было бы возвращения в мыслях к случившемуся), в кору головного мозга вновь и вновь поступают импульсы, поддерживающие активность доминанты, а в кровь продолжают выделяться гормоны стресса. Следовательно, надо снизить для себя значимость этого несбывшегося желания или же отыскать путь для его реализации.

Неприятности нередко бывают долгими. Они создают, по выражению канадского физиолога Г. Селье, "стресс жизни" (Селье Г.. 1982). Как говорится,

"пришла беда - открывай ворота". Тягостные события наслаиваются одно на другое, и бывает трудно понять, какая невзгода больше действует на человека, от чего в первую очередь надо его спасти. Длительный стресс из-за нескончаемой череды неприятностей, даже если они приходят "малыми порциями", значительно хуже для человека, чем однократное, пусть даже сильное, но быстро проходящее переживание. При таком стрессе, рождающем чувство безысходности и беспомощности, возникают многочисленные "болезни стресса". Многие западные авторы называют их "болезнями цивилизации". Но это название неточно. Не всякие цивилизации несут с собой "болезни стресса". Древние цивилизации Индии, Китая, американских индейцев и коренных жителей Африки имели высокую культуру и сложные социальные отношения. Но для этих цивилизаций "болезни стресса" не были характерны. Только во второй половине нашего столетия эти болезни стали распространяться в странах с развитой индустриальной цивилизацией.

Но когда стрессовые атаки часты и сильны, энергетических ресурсов в организме может не хватить, адаптационные механизмы выйдут из строя. Из-за истощения, из-за недостатка и наруше-

ния баланса гормонов все труднее будет стимулировать угасающие функции организма, и человек, в конце концов, погибает. Это бывает, когда отключаются могучие силы саморегуляции, когда очередная отрицательная эмоция наслаивается на предыдущую, т.е. на «хвост» всей своей страшной стрессовой тяжестью.

Развивается стресс обычно таким образом: стрессор - накопления - реакция. В промежутке между стрессором и ответом организма развертываются определенные процессы, опосредованные прежним опытом ответов на стрессовые ситуации. И интенсивность стресса зависит не от физической силы воздействия, а от предыстории и личностной значимости действующего фактора. Стресс включает и физиологические, и психологические компоненты. С его помощью организм как бы мобилизует себя целиком на приспособление к новой ситуации, приводя в действие неспецифические защитные механизмы, обеспечивающие сопротивление или адаптацию. Положительное влияние стресса умеренной силы проявляется в ряде психологических свойств - отмечает Р.М.Грановская (2007) -улучшении внимания, в повышении заинтересованности человека в достижении поставленной

цели, в положительной эмоциональной окраске процесса работы .

Р.М.Грановская определяет стресс как совокупность стереотипных, филогенетических запрограммированных неспецифических реакций организма, подготавливающих его к физической активности, т.е. к сопротивлению, борьбе или бегству. Слабые воздействия не приводят к стрессу, он возникает только тогда, когда влияние стресса превосходит обычные приспособительные возможности человека.

Отрицательные эмоции возникают в ситуации неопределенности, дефицита информации, необходимой для организации действий. **Развитие отрицательных эмоций тесно связано с фрустрацией.** Из психологического словаря: «**Фрустрация (от латинского - обман, расстройство, разрушение планов)-**

**1) психическое состояние, выражающееся в характерных особенностях переживаний, и поведения, вызываемых объективно неопределимыми (или субъективно так понимаемыми) трудностями, возникающими на пути к достижению цели или решению задачи;**

**2) состояние краха или подавленности, вызванное переживанием неудачи...».**

Причину переживаний, нервного срыва не всегда легко понять, человек иногда с трудом ее формулирует или даже осознает, особенно, когда развивается хронический стресс. Это касается так называемых внутренних фрустрационных конфликтов с самим собой. Фрустрация проявляется как агрессия, озлобленность, которая может быть направлена на других («агрессивная фрустрация»), либо на себя, обвиняет в неудачах самого себя («регрессивная фрустрация»). К примеру, остро переживаются противоречивые чувства к одному и тому же человеку (любовь и ненависть к бросившему семью отцу), несоответствие между желаниями и возможностями, способностями человека (мечтал стать великим актером, но не хватает таланта).

Фрустрация может быть разрешена по-разному в зависимости от того, преодолено ли препятствие, сделан его обход или найдена замещающая цель. Часто повторяющееся в раннем детстве состояние фрустрации и стереотипные формы ее преодоления у одних закрепляет вялость, безразличие, безынициативность, у других – агрессивность, завистливость и озлобленность.

Сущность стрессовой реакции заключается в «подготовительном» возбуждении, активации, необходимой для готовности к физическому напряжению.

В базе данных головного мозга помимо всех прочих есть и рефлекс, который автоматически срабатывает всякий раз, когда ситуация кажется угрожающей. Б. Колодзин назвал этот рефлекс «бей или беги». Человек, не задумываясь, пользуется им всякий раз, когда чувствует приближение угрозы, когда чего-то боится. Стоит организму принять сигнал тревоги, как происходит целая цепочка физиологических и биохимических изменений. Главный результат всех этих стремительно происходящих процессов скачкообразное повышение имеющейся у человека энергии, чтобы можно было воспользоваться ею при встрече с опасностью. Чем больше угроза, тем резче скачок, тем больший объем энергии предоставляется. Человек может вступить в борьбу с тем, что ему угрожает; может убежать от опасности. Безразлично, какую линию поведения человек выберет: рефлекс «бей или беги», заложенный в нервную систему, сделает свое дело, моментально приведет организм в боевую готовность (Вашро К., 2000).

Но в силу социальных запретов человек не всегда может реагировать



бегством или агрессией, а механизмы, выработанные в эволюции, срабатывают и приводят вначале к вегетативному возбуждению, затем к поражению внутренних органов. Надо заметить, что вегетативная нервная система состоит из парасимпатического отдела и симпатического отдела. Первый определяет расслабление организма, второй – активизацию. При резком симпатическом сдвиге возникает маниакальный эффект (повышение возбуждения, безудержный смех и т.д.). парасимпатический эффект – это скованность, заторможенность, поникшая поза и потухший взгляд. Поэтому наблюдается пассивность, бездеятельность в затруднительных положениях (Bugental J.F., 1978).

При активной реакции на стресс мыслительные процессы могут измениться в сторону схематизации, обобщения ситуации с выделением главных аспектов приложения усилий. Однако гиперактивная, импульсивная реакция, порождая излишнюю суетливость и неоправданную спешку, приводит к увеличению количества ошибок при сохранении или даже возрастании темпа деятельности. Избыточно тормозная реакция ведет к замедленному выполнению мыслительных операций, повышению инерционности при выработке новых навыков или при переучивании.

Стрессорами могут быть и психические раздражители, как реальные, так и надуманные. Человек реагирует не только на действительную физическую опасность, но и на угрозу или напоминание о ней. Психическими стрессорами являются необходимость принятия особо ответственных решений, быстрой перестройки при вынужденной резкой перемене стратегии поведения, не удовлетворяющие темпы продвижения по службе, конфликты как внешние, так и внутренние. Тут нужно отметить, что человек легче переносит неудачи, потери, огорчения, когда причины кажутся ему чисто внешними, не зависящими от его собственных поступков, и тяжелее переживает свое неправильное поведение, вследствие которого и возникла психотравмирующая ситуация. Ощущение собственной вины бывает настолько тяжелым, что часто приводит к неврозу.

При любом нарушении сбалансированности “человек-среда” недостаточность психических или физических ресурсов индивидуума для удовлетворения актуальных потребностей или рассогласование самой системы потребностей является источником тревоги. Тревога, обозначаемая как

- ощущение неопределенной угрозы;

- чувство диффузного опасения и тревожного ожидания;
- неопределенное беспокойство, представляет собой наиболее сильно действующий механизм психического стресса. Это вытекает из уже упомянутого ощущения угрозы, которое представляет собой центральный элемент тревоги и обуславливает ее биологическое значение как сигнала неблагополучия и опасности (Himie D.P., Jayaratne S., Thyness P.A., 1981).

Тревога может играть охранительную и мотивационную роль, сопоставимую с ролью боли. С возникновением тревоги связывают усиление поведенческой активности, изменение характера поведения или включение механизмов интрапсихической адаптации. Но тревога может не только стимулировать активность, но и способствовать разрушению недостаточно адаптивных поведенческих стереотипов, замещению их более адекватными формами поведения.

Профессор Ф.Б. Березин (1978) определил тревожный ряд, который представляет существенный элемент процесса психической адаптации:

1) ощущение внутренней напряженности — не имеет ярко выраженного оттенка угрозы, служит лишь сигналом

ее приближения, создавая тягостный душевный дискомфорт;

2) гиперестезические реакции — тревога нарастает, ранее нейтральные стимулы приобретают негативную окраску, повышается раздражительность;

3) собственно тревога — центральный элемент рассматриваемого ряда. Проявляется ощущением неопределенной угрозы. Характерный признак: невозможность определить характер угрозы, предсказать время ее возникновения. Часто происходит неадекватная логическая переработка, в результате которой из-за нехватки фактов выдается неправильный вывод;

4) страх — тревога, конкретизированная на определенном объекте. Хотя объекты, с которыми связывается тревога, могут и не быть ее причиной, у субъекта создается представление о том, что тревогу можно устранить определенными действиями;

5) ощущение неотвратимости надвигающейся катастрофы — нарастание интенсивности тревожных расстройств приводит субъекта к представлению о невозможности предотвращения грядущего события;

6) тревожно-боязливое возбуждение — вызываемая тревогой дезорганизация достигает максимума, и возможность



целенаправленной деятельности исчезает.

При пароксизмальном нарастании тревоги все указанные явления можно наблюдать в течение одного пароксизма, в других же случаях их смена происходит постепенно.

Усиление тревоги приводит к повышению интенсивности действия двух взаимосвязанных адаптационных механизмов, которые приведены ниже:

1) аллопсихический механизм — действует, когда происходит модификация поведенческой активности. Способ действия: изменение ситуации или уход из нее.

2) интрапсихический механизм — обеспечивает редукцию тревоги благодаря переориентации личности.

Существует несколько типов защит, которые используются интрапсихическим механизмом психической адаптации:

1) препятствие осознанию факторов, вызывающих тревогу;

2) фиксация тревоги на определенных стимулах;

3) снижение уровня побуждения, т.е. обесценивание исходных потребностей;

4) концептуализация.

Тревога, несмотря на обилие различных смысловых формулировок, представляет собой единое явление и служит облигаторным механизмом

эмоционального стресса. Возникая при любом нарушении сбалансированности в системе “человек-среда”, она активизирует адаптационные механизмы, и вместе с тем при значительной интенсивности лежит в основе развития адаптационных нарушений (Березин Ф. Б.. 1978).

Адаптация — это динамический процесс, благодаря которому подвижные системы живых организмов, несмотря на изменчивость условий, поддерживают устойчивость, необходимую для существования, развития и продолжения рода. Именно механизм адаптации, выработанный в результате длительной эволюции, обеспечивает возможность существования организма в постоянно меняющихся условиях среды.

Благодаря процессу адаптации достигается сохранение гомеостаза при взаимодействии организма с внешним миром. В этой связи процессы адаптации включают в себя не только оптимизацию функционирования организма, но и поддержание сбалансированности в системе “организм-среда”. Процесс адаптации реализуется всякий раз, когда в системе “организм-среда” возникают значимые изменения, и обеспечивает формирование нового гомеостатического состояния, которое позволяет достигать максимальной эффективности физиоло-

гических функций и поведенческих реакций. Психическую адаптацию можно определить как процесс установления оптимального соответствия личности и окружающей среды в ходе осуществления свойственной человеку деятельности, который (процесс) позволяет индивидууму удовлетворять актуальные потребности и реализовывать связанные с ними значимые цели, обеспечивая в то же время соответствие максимальной деятельности человека, его поведения, требованиям среды.

Повышение уровня тревоги обуславливает включение или усиление действия механизмов интрапсихической адаптации. Эти механизмы могут способствовать эффективной психической адаптации, обеспечивая редукцию тревоги, а в случае их неадекватности находят свое отражение в типе адаптационных нарушений, которым соответствует характер формирующихся при этом пограничных психопатологических явлений (Vanchakova N.R, Ignatov J.D., Rybakova K.V., 2000).

Организация эмоционального стресса предполагает затруднение реализации мотивации, блокаду мотивированного поведения, т.е. фрустрацию. Совокупность фрустрации, тревоги, а также их взаимосвязь с аллопсихической и

интрапсихической адаптациями и составляет основное тело стресса.

Эффективность психической адаптации напрямую зависит от организации микросоциального взаимодействия. При конфликтных ситуациях в семейной или производственной сфере, затруднениях в построении неформального общения нарушения механической адаптации отмечались значительно чаще, чем при эффективном социальном взаимодействии. Также с адаптацией напрямую связан анализ факторов определенной среды или окружения, Оценка личностных качеств окружающих как фактора привлекающего в подавляющем большинстве случаев сочеталась с эффективной психической адаптацией, а оценка таких же качеств как фактора отталкивающего — с её нарушениями (Olkinuora M., 1990).

В профессиональной лечебной деятельности стрессовые ситуации могут создаваться динамичностью событий, необходимостью быстрого принятия решения, рассогласованием между индивидуальными особенностями, ритмом и характером деятельности. Факторами, способствующими возникновению эмоционального стресса в этих ситуациях, могут быть недостаточность информации, её противоречивость, чрезмерное разнообразие или монотон-

ность, оценка работы как превышающей возможности индивидуума по объему или степени сложности, противоречивые или неопределенные требования, критические обстоятельства или риск при принятии решения (De Jonge J., Schaufeli W.B., 1998).

Эмоциональный стресс проявляется в двух облициях. Как кратковременная вспышка эмоций, под внешним проявлением которых скрываются сложные физиологические, биохимические процессы. И как длительное напряжение со сложными изменениями поведения, мышления, взглядов на жизнь и т.п. Распространена классификация людей по их поведению в критических ситуациях. У одних при сильном эмоциональном напряжении в кровь выделяется много гормона норадреналина. Такие люди при стрессе отличаются уверенностью, решительностью, смелостью. Психолог М. Франкенхойзер предложила называть их "львами". У других в экстремальных условиях в кровь выделяется адреналин. При стрессе они не уверены в себе, а иногда боязливы и даже плаксивы. В критические моменты они легко поддаются панике или впадают в депрессию. Такие люди названы "кроликами". Знание этих различий полезно для выбора правильного

поведения в стрессовой ситуации (Frankenhaeuser M., 1975).

Возьмем такой случай: назревает бытовой конфликт, а уйти от него не позволяет обстановка. Например, вы едете в битком набитом автобусе. Взглянув на того, кто затевает скандал, постарайтесь определить, "свирепый лев" это или "разбушевавшийся кролик". Если "лев" - посадите его в "клетку юмора", постарайтесь доброй шуткой остудить его гнев, не обидев, рассмешить его; если "кролик" - дайте ему "морковку доброты", скажите что-нибудь любезное спокойно и доброжелательно. Он утихомирится и будет рад простить все своим обидчикам. Старайтесь не ошибиться, определяя тактику "психотерапии". "Лев", когда он озлоблен, не оценит доброты, а шутка, даже добродушная, может расстроить "кролика". А если "кролик" женщина, то тут и до слез будет недалеко.

При длительном стрессе коммуникации людей друг с другом могут и резко ухудшаться, и, напротив, стать лучше (Винокур В.А., 2004). Можно выделить три вида дезорганизующих особенностей общения так сказать, "трехглавую гидру раздоров" (Вашро К., 2000). У человека, изнуренного стрессом, легко возникает неприязнь ко всякой инициативе и инициаторам. Даже в мелочах. Напри-

мер, кто-либо обращается к нему с вопросом. При стрессе он отвечает неприязненно, у него может мгновенно вспыхнуть раздражение, иногда скрываемое за стиснутыми зубами, нередко прорывается озлобленность. По малейшему поводу и без него в душе человека, пораженного стрессом, загорается обида. Вокруг ему чудятся несправедливости, среди соседей и сослуживцев многие видятся недостойными людьми или просто дураками, подчас без всяких оснований. Приказы часто воспринимаются как неверные, начальники - как пройдохи или глупцы. Это первая неблагоприятная особенность общения при стрессе.

Вторая особенность проявляется в том, что человеку становится неприятен, слишком тяжел груз ответственности за порученное дело и за доверившихся ему людей. Он уклоняется от обязанностей, перекладывает их на кого угодно, старается доказать свою непричастность к ошибкам и срывам в работе.

Третья особенность связана с чувством отчужденности от других людей, в том числе членов семьи и коллег. Иной человек месяцы, годы находится в состоянии стресса из-за жизненных невзгод. Тягостные мысли о том, что он никому не нужен и ему не нужен никто постоянные его спутники. Но если

уменьшится давление стресса и жизнь улыбнется человеку, его связь с людьми окрепнет (Olkinuora M., 1990).

Но при стрессе возможны не только неблагоприятные, разрушающие общение омрачающие жизнь изменения личности. Нередко в экстремальных ситуациях "трехглавую гидру раздоров" затмевают возвышающие личность проявления. Первая благоприятная особенность стрессового поведения — желание поддерживать лидера, доверять ему, следовать за ним в трудной ситуации. Не только за народным трибуном, вождем. При стрессе может возрасти доброжелательность к каждому инициативному человеку (Удальцова М.В., Аверченко Л.К., 1997). Наверно, именно такие положительные психологические явления побуждают нас поддерживать человека в беде, толкают на самопожертвование. "Заслонить грудью командира!" подобные решения приходят в состоянии эмоционального максимального напряжения. Они, как правило, не оставляют места для сомнений и кажутся потом произвольными. Нередко люди скромные, ничем в спокойной обстановке не выделявшиеся, в экстремальной ситуации становятся лидерами. Привлекая людей своей решимостью к действию, проснувшейся властью, они берут на себя

ответственность за них, вселяют в них надежду на успешный выход из критической, опасной ситуации. Это второе благоприятное проявление особенностей личности при стрессе. Третья такая особенность — усиление чувства взаимной симпатии, дружелюбности, "чувство локтя", уверенности, что сосед поддержит, не подведет в трудную минуту. Такие переживания рождаются, прежде всего, в экстремальных, опасных условиях. Пережившие эти ощущения братского единения и душевного подъема на всю жизнь сохраняют родственное отношение друг к другу. Обращаясь к экологической психологии, надо иметь в виду, что для каждого человека, где бы он ни находился и какое бы "пространство" ни выходило на первый план, самое главное, как к нему относятся и влияют на него люди из этого пространства (члены семьи, соседи, сослуживцы, сограждане). Эти влияния суммируются, образуя "социальное пространство". Каждый на личном опыте знает, как сложны, многогранны, а иногда и тяжелы такие влияния (Утюжанин А.П., Устюмов Ю.А., 1995).

## **2.2 Влияние профессии медика на психическую жизнь человека.**

Существует классификация профессий по "критерию трудности и вредности"

деятельности (по А.С. Шафрановой, 1929):

1. Профессии высшего типа — по признаку необходимости постоянной внеурочной работы над предметом и собой (просвещение, искусство, медицина).

2. Профессии среднего (ремесленного) типа — подразумевают работу только над предметом.

3. Профессии низшего типа — после обучения не требуют работы ни над собой, ни над предметом.

Естественным будет отнести профессию врача к профессиям высшего типа именно по необходимости постоянной рефлексии на содержание предмета своей деятельности. Но, кроме этого, нам хотелось бы выделить совершенно особую специфику врачебного труда.

Появляется ли профессиональная деформация внезапно, "в один день", или это результат длительного процесса? Изменяется ли мышление в процессе освоения профессиональной деятельности? Прежде чем отвечать на эти вопросы, хотелось бы проиллюстрировать вышесказанное следующим монологом: "Взялись бы вы ухаживать за умалишенным, будь у вас возможность получить другую работу? Нет, не взялись бы — ни вы, и никто, у кого есть нервы и сердце. Святой, может быть и взялся бы,

но где же набрать столько святых? Нет, чтобы ухаживать за нами, вы должны быть железной и толстокожей, должны забыть о жалости и нервах" из романа Д. Голсуорси «Конец главы» (Голсуорси Д., 1978).

Существенное влияние на процесс профессионального развития оказывают и так называемые нормальные кризисы жизнедеятельности. Период кризиса может наступить, когда человек, относительно довольный своей жизнью, начинает видеть ее в новом свете. Собственное отношение к различным ценностям жизни кажется ему неправильным. Он начинает понимать, что некоторые моменты в своей жизни переоценивал, в то время как другие недооценивал. Он может прийти к выводу, что не сумел самореализоваться, проявить способности, утвердить свои ценности и идеалы. Человек должен понять, что ему нужно изменить в своей жизни, от чего он должен отказаться, чтобы найти что-то новое. Профессиональные кризисы являются неблагоприятными факторами в труде врача. Источником кризиса могут служить: неудовлетворенность условиями труда, когда старое в профессиональном труде уже не удовлетворяет, а новое еще не найдено, или когда творческие находки работника встречают внешнее сопротив-

ление в профессиональной среде, отсутствие реальных результатов профессионального роста (Бойко В. В., 1996). **Профессиональный кризис есть момент перехода от одной стадии профессионального развития личности к последующей. Их содержательным аспектом является кардинальная перестройка личности. Так, с периодом профессионального образования как этапом жизненного пути личности связан кризис профессионального выбора, обусловленный большим или меньшим разочарованием в получаемой профессии.** Возникает недовольство отдельными предметами, появляются сомнения в правильности профессионального выбора, падает интерес к учебе. Наблюдается кризис профессионального выбора (Ясько Б.А., 2005).

Далее, можно выделить профессиональные кризисы, переживаемые в период вузовского образования будущего врача. Последующие профессиональные кризисы возникают между требованиями, предъявляемыми к специалисту социально-профессиональными условиями труда и его профессиональной «Я-концепцией», индивидуальным стилем деятельности. Пути решения этому можно найти в



выборе средств профессионального развития, в углублении специализации, в совершенствовании индивидуального стиля деятельности. Спецификой протекания последнего кризиса в профессиональной жизни врача является сохранение профессиональной активности, профессиональной позиции в той части жизненного пути, который принято называть «пенсионным периодом». Оставив активную клиническую практику, многие врачи продолжают вести консультационные приемы, передавая свой опыт и знания молодым коллегам. Врач в этот период жизни находит ценностный смысл в оказании профессиональной помощи семье, близким. Но все это можно отнести к нормативным кризисам, которые встречаются на пути каждого врача. Содержание кризисных переживаний отдельных эпизодов клинического опыта имеет выраженный индивидуальный характер. К ним можно отнести: **профессиональную (объективную) беспомощность; необоснованную критику профессиональных действий врача со стороны пациента или его родственников; лечебно-диагностические ошибки; конфликтная ситуация с руководством ЛПУ; конфликт с коллегами на профессиональном или межлично-**

**стном уровне** (Орел В.Е., Рукавишников А.А., 1999).

Врач на уровне эмоционального переживания постоянно имеет дело со смертью. Она может выступать для него в трех формах:

1) реальная (бесполезность реанимационных мероприятий, смерть на столе хирурга);

2) потенциальная (когда от результатов деятельности врача, от его профессионализма зависит здоровье, а, возможно, и жизнь человека). Смерть как угроза, как потенциальная возможность постоянно присутствует в деятельности врача, вызывая сильнейшее эмоциональное напряжение;

3) фантомная (в виде нее могут выступать жалобы на состояние здоровья мнительного человека, страх и тревога хронического больного, взаимоотношения с родственниками тяжелобольных и даже представление о смерти в общественном сознании).

В каждом из этих случаев для врача существует проблема невключения своих чувств в ситуацию. Это далеко не всегда удается, потому что со всеми этими образованиями (реальной, потенциальной и фантомной смертью) ему просто необходимо строить отношения. Естественно, что только эмоционально зрелая, целостная личность в состоянии



решать эти задачи и справляться с подобными трудностями (Лакосина Н.Д., Сергеев И.И., Панкова О.Ф., 2003).

Большое внимание причинам профессиональных деформаций уделяли профессор Р. Конечный и доктор М. Боухал (1983). Они считали, что склонность к профессиональной деформации наблюдается у определенных профессий, "представители которых обладают трудно контролируемой и трудно ограничиваемой властью. Естественно, врач обладает известной властью над больными, от него зависит здоровье (физическое и душевное) и жизнь других людей, их свобода (например, в ситуации судебно-психиатрической экспертизы) и их достоинство". По Р.Конечному и М.Боухалу, профессиональная деформация постепенно развивается из профессиональной адаптации. Определенная степень адаптации естественна для медицинского работника. Сильное эмоциональное восприятие страданий другого человека в начале профессиональной деятельности, как правило, несколько (а порой и достаточно сильно) притупляется. Р.Конечный и М.Боухал приводят пример: студенты-медики после нескольких часов, проведенных в "анатомичке", выходят достаточно быстро из психического потрясения и

приступают к деловому изучению анатомии.

Конечно, для врача просто необходима определенная степень эмоциональной сопротивляемости, но он должен сохранять те качества, которые делают его не просто хорошим профессионалом, но и оставляют человеком: способность к эмпатии, уважение к другому человеку, соблюдение норм профессиональной этики.

Ярким примером профессиональной деформации является подход к пациенту как к объекту — носителю определенного симптома, составной части синдрома. Этот подход иллюстрируется следующими выражениями врачей-психиатров: "явное нарушение мотивационной сферы", "меня интересуют только особенности мышления", "для диагноза мне нужно знать, есть ли изменение личности по эпилептоидному типу". Такое отношение не подразумевает ценностного и целостного подхода к личности пациента, к системе его жизненных отношений. Как правило, действие в узких границах нормы с целью постановки диагноза является достаточно устойчивым признаком профессиональной деформации (Юрьева Л.Н., 1998).

Также у психиатров наблюдаются характерные индивидуально-

психологические особенности, которые затрудняют общение с ними и делают небезопасным обращение к ним. Рискнем утверждать, что каждый врач-психиатр чаще всего видит не подлинную личность пациента, а лишь более или менее болезненные ее черты, заостренные либо заболеванием, либо психотропными препаратами. Со временем у психиатра появляется склонность принимать во внимание и замечать только эти черты, а в его сознании формируется образ стандартного «больного человека», с которым почти рефлексивно сравниваются все, кто попадает в его поле зрения. Поэтому неудивительно, когда у большинства из них врач-психиатр также замечает какие-либо отклонения. Он постоянно видит и постепенно привыкает видеть только «больных людей» (King M.B., Cockcroft A., Gooch C., 1990).

Данный стереотип лежит в основе профессиональной деформации врачей-психиатров и их склонности к гипердиагностике: те, кто обратился к психиатру по поводу мигрени или бессонницы, запросто могут оказаться в категории шизофреников и, соответственно, в психиатрическом стационаре, получив стандартный набор неприятностей: изоляция, длительное принудительное

лечение с осложнениями, вызванными побочными действиями препаратов, социальная стигматизация, включая ухудшение материального положения, потерю работы, социальных связей и статуса (Яровинский М.Я. , 1996).

Профессиональную деформацию можно представить в виде обобщенной модели. Модель эта включает в себя как социально обусловленные причины профессиональной деформации, так и вызванные феноменами индивидуального сознания.

**Модель профессиональной деформации.** Врач в ситуации своей профессиональной деятельности является государственным служащим, он защищен администрацией и снабжен инструкцией, то есть находится в определенной бюрократической нише. Этим понятием «инструкция» можно обобщить все формы готового знания, которые задаются нам извне, они не "пропущены" через собственное понимание, но регламентируют нашу деятельность (Гуггенбуль-Крейг А. , 1997). Для учителя это могут быть учебники и методики преподавания предметов, для психолога — методики диагностики и коррекции, а для врача — методы диагностики, классификации и лечения заболеваний. Благодаря инструкции, Бюрократ (носитель

методов, администратор, учитель, организатор) задает критерий, на который профессионал может сослаться в случае необходимости (например, "по классификации психических заболеваний МКБ-10 выставлен диагноз..."). Кроме того, инструкция регламентирует все отношения между врачом и пациентом или, например, психологом и клиентом. Каждый знает (благодаря инструкции), что врач должен лечить, это его дело, а больной — лечиться и ни о чем не спрашивать - "послушайте, кто врач — я или вы, я ведь лучше знаю, что делать" (Сук И.С.. 1986).

Как только профессионал (в нашем случае медицинский работник) принимает эту инструкцию за абсолютную истину, все профессиональные взаимоотношения деформируются определенным образом (Kondo K., 1991).

Особенности этой деформации будут рассмотрены позднее. Здесь же нас главным образом интересуют изменения, происходящие в индивидуальном сознании врача и оказывающие влияние на его психическую жизнь. Врач может принять инструкцию за абсолютную истину или не принять — это дело его выбора. Но что происходит, если инструкция принимается как единственно верный способ осуществления профессиональной деятельности?

Прежде всего, врач приобретает функциональный подход к человеку, то есть он не воспринимает пациента как целостную личность (теряет ценностный подход), а видит перед собой совокупность отдельных симптомов — признаков синдрома или объект манипуляций. Но, не воспринимая другого как "целостного и ценного", нельзя не измениться самому (Kunzel R., Shulte D., 1995).

В профессиональной деятельности врача существует большое количество фантомов. **Фантомы профессиональной деятельности — это не только безличные формы готового знания (алгоритмы осуществления профессиональной деятельности), но и мифы, знания, принятые на веру, до сих пор существующие в обществе.** В старину врач-исцелитель был священником, чародеем и магом, а также владыкой (по Р.Конечному и М.Боухалу, 1983). В настоящее время волшебная сторона несколько изменилась и стала "фантастическими достижениями современной медицины". Р.Конечный и М.Боухал отмечают, что внешняя сторона лечения, кажущаяся неискушенному человеку магической, доступной только врачу, рождает "кастовый" характер медицинского знания. Так формируется еще один фантом профессиональной деятельности

врача — ощущение власти над человеком, для которого медицинская помощь — последний шанс защититься от болезни.

Таким образом, врач имеет дело с двумя реальностями: неодушевленной (фантомы и инструкции) и живой реальностью — жизнью своей и других людей. Возникает соблазн отождествления этих двух реальностей и создания иллюзии простоты. Профессионал начинает переживать исключительно простые чувства, выражающиеся в притягательной формуле "я могу". Простые чувства обеспечивают высокий показатель результативности — "высокие показатели положительного лечебного эффекта", обеспечивают социальный статус и укрепляют уверенность: "я профессионал и лучше знаю как... что...".

В результате принятия фантомов за абсолютную истину сознание профессионала фантомизируется. Живое индивидуальное сознание всегда динамично, оно развивается, изменяется, воспринимает все новое и не боится совершить ошибку. А что есть развитие, если не жизнь? **Фантомное сознание статично, неподвижно, оно всегда знает, "как надо", "что должно быть" и "что с этим делать"**. Рисуем показаться чересчур категоричными, но

не является ли эта неподвижность психологической смертью? Стереотипы общения и деятельности, статистические критерии истины, "готовые" знания о мире — все это факторы, разрушающие индивидуальное сознание (King M.B., Cockcroft A., Gooch C. , 1992).

А теперь, поскольку мы говорили о фантомах индивидуального сознания, необходимо добавить, что зачастую происходит столкновение фантомного сознания врача и пациента. В результате главенствования в сознании пациента мифов и фантомного сознания врача рождаются устойчивые образы.

У пациентов в основном формируется образ "идеального врача", и по степени выраженности черт сопереживания прослеживаются три образа врача — "сопереживающий", "эмоционально-нейтральный" и "безучастный". У очень многих пациентов наиболее близок к "идеальному врачу" образ учителя. С учетом характеристик реальных лиц ближайшего окружения пациентов многие из них сближают образ "идеального врача" с характеристиками лечащего врача, матери и любимого учителя. Можно говорить о том, что существуют определенные роли больного и врача, которые можно выразить метафорически. Для врача пациент может быть: "человек,

избегающий врача", "органический больной", "сверхбольной", "боязливо-зависимый", "демонстративный" и т.д. Для пациента врач может быть: "партнер", "реалист", "помогающий", "осуждающий", "карающий", "амбивалентный" и т.д. (Firth-Cozens J., 1994).

Наличие в сознании как врача, так и пациента фантомных образований — это еще один пример влияния профессии как на внутреннюю, психическую жизнь профессионала, так и на других людей — участников профессионального взаимодействия (Лигер С.А., 1997).

Можно задать себе вопрос: а что же сам врач? Осознает ли он происходящие с ним изменения? Способен ли он понять необходимость пересмотра сложившихся жизненных стереотипов, способен ли он к рефлексивному взгляду на содержание своей психической реальности? Но с другой стороны, невозможно рефлексировать на то, чего нет, когда внутреннее психологическое пространство не насыщено эмоциональными переживаниями. На эти вопросы можно попытаться ответить таким образом. Фантомы могут осознаваться врачом на уровне переживаний "Я не знаю, что со мной", "Я не знаю, что с ним (с конкретным человеком) делать", "Я боюсь своей беспомощности", "Я чувствую себя несчастным" и т.п. Переживание — это

неотъемлемая часть жизни, то, что происходит во мне и со мной и предполагает выход за пределы своего Я. Переживание позволяет нам выделить существование собственного Я и нетождественность между Я и Другим. Поэтому пока есть переживание, можно говорить и о возможности осознания факта профессиональной деформации и перспектив работы с ним (Рукавишников А.А., 200).

Профессиональная деформация не осознается в том случае, когда врач отказывается от переживаний, потому что они требуют усилий, предполагают проявление отношения к кому-либо или к чему-либо. Там, где нет Я, там нет переживания, нет и рефлексии на содержание собственной профессиональной позиции. Подобное мы можем увидеть, анализируя высказывания типа:

"Эти больные меня утомили", "Они все такие назойливые" и т.п. вместо "Я чувствую усталость и беспомощность" или "Я растерян и не могу сосредоточиться".

Несмотря на то, что синдром выгорания, как значимая проблема современного общества и здравоохранения, обозначен ещё в 1974 году, однако до сих пор он трактуется неоднозначно и единого мнения о его содержании не

существует. Недостаточно изучен этот синдром для различных врачебных специальностей, не определена система отбора врачей в ту или иную специальность и практически не отработаны меры профилактики или сглаживания синдрома выгорания (Мальцева Л.А., Саланжий А.Н., Москалец С.М., 2007).

**Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) - это реакция организма, возникающая вследствие продолжительного воздействия профессиональных стрессов средней интенсивности.** На Европейской конференции ВОЗ (2005 г.) отмечено, что стресс, связанный с работой, является важной проблемой примерно для одной трети трудящихся стран Европейского союза и стоимость решения проблем с психическим здоровьем в связи с этим составляет в среднем 3-4% валового национального дохода (Melchior M.E.W., Van den Berge A.A., Halfens R., Abu-Saad H.H., 1997).

**СЭВ - это процесс постепенной утраты эмоциональной, когнитивной и физической энергии, проявляющийся в симптомах эмоционального, умственного истощения, физического утомления, личной отстраненности и снижения удовлетворения исполнением работы.** В литературе в качестве

синонима синдрома эмоционального выгорания, используется термин "синдром психического выгорания".

**СЭВ - это выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на избранные психотравмирующие воздействия. Это приобретенный стереотип эмоционального, чаще всего профессионального, поведения.** "Выгорание" - отчасти функциональный стереотип, поскольку позволяет дозировать и экономно расходовать энергетические ресурсы. В то же время могут возникать его дисфункциональные следствия, когда "выгорание" отрицательно сказывается на исполнении профессиональной деятельности и отношениях с партнерами. Иногда СЭВ (в иностранной литературе - "burnout") обозначается понятием "профессиональное выгорание", что позволяет рассматривать это явление в аспекте личной деформации под влиянием профессиональных стрессов (Huebner E.S., Mills L.B., 1994).

Первые работы по этой проблеме появились в США. Американский психиатр Н.Френденбергер в 1974 г. описал феномен и дал ему название "burnout", для характеристики психологического состояния здоровых людей,



находящихся в интенсивном и тесном общении с пациентами (клиентами) в эмоционально нагруженной атмосфере при оказании профессиональной помощи. Социальный психолог К. Maslach определила это состояние как синдром физического и эмоционального истощения, включая развитие отрицательной самооценки, отрицательного отношения к работе, утрату понимания и сочувствия по отношению к клиентам или пациентам (Maslach C., Jackson S.E., Leiter M.P., 1996). Первоначально под СЭВ подразумевалось состояние изнеможения с ощущением собственной бесполезности (Forey W.F., Christensen O.J., England J.T., 1994). Позже симптоматика данного синдрома существенно расширилась за счет психосоматического компонента. Исследователи все больше связывали синдром с психосоматическим самочувствием, относя его к состояниям предболезни. В Международной классификации болезней (МКБ-Х) СЭВ отнесен к рубрике Z73 - "Стресс, связанный с трудностями поддержания нормального образа жизни".

Среди профессий, в которых СЭВ встречается наиболее часто (от 30 до 90% работающих), следует отметить врачей, учителей, психологов, социальных работников, спасателей, работников

правоохранительных органов. Почти 80% врачей психиатров, психотерапевтов, психиатров-наркологов имеют различной степени выраженности признаки синдрома выгорания; 7,8% - резко выраженный синдром, ведущий к психосоматическим и психовегетативным нарушениям. По другим данным, среди психологов-консультантов и психотерапевтов признаки СЭВ различной степени выраженности выявляются в 73% случаев; в 5% определяется выраженная фаза истощения, которая проявляется эмоциональным истощением, психосоматическими и психовегетативными нарушениями (Сидоров П.С., 2005).

Среди медицинских сестер психиатрических отделений признаки СЭВ обнаруживаются у 62,9% опрошенных. Фаза резистенции доминирует в картине синдрома у 55,9%; выраженная фаза "истощения" определяется у 8,8% респондентов в возрасте 51-60 лет и со стажем работы в психиатрии более 10 лет (Хетагурова А.К., Касимовская Н.А., 2007).

Те или иные симптомы выгорания имеют 85% социальных работников. Сложившийся синдром отмечается у 19% респондентов, в фазе формирования - у 66% (Рогинская Т.И., 2002).

По данным английских исследователей, среди врачей общей практики



обнаруживается высокий уровень тревоги в 41% случаев, клинически выраженная депрессия - в 26% случаев. Треть врачей использует медикаментозные средства для коррекции эмоционального напряжения, количество употребляемого алкоголя превышает средний уровень (Pradham M., Misra N., 1996). В исследовании, проведенном в нашей стране, у 26% терапевтов отмечен высокий уровень тревожности, а у 37% - субклиническая депрессия. Признаки СЭВ выявляются у 61,8% стоматологов, причем у 8,1% - синдром в фазе "истощения" (Ларенцова Л.И., 2003).

СЭВ обнаруживается у трети сотрудников уголовно-исполнительной системы, непосредственно общающихся с осужденными, и у трети сотрудников правоохранительных органов (Новиков Б.Д., 1999).

Анализ конкретных работ по изучению синдрома «психического выгорания» показывает, что основные усилия исследователей были направлены на выявление факторов, вызывающих «выгорание». Традиционно эти факторы группировались в два больших блока: особенности профессиональной деятельности и индивидуальные характеристики самих профессионалов (Schaufeli W.B., Enzmann D. Girault N.,

1993). Некоторые авторы выделяют и третью группу факторов, рассматривая содержательные аспекты деятельности как самостоятельные (Dion G., 1989).

Стресс на рабочем месте - несоответствие между личностью и предъявляемыми к ней требованиями - является ключевым компонентом СЭВ. К основным организационным факторам, способствующим выгоранию, относятся следующие: высокая рабочая нагрузка; отсутствие или недостаток социальной поддержки со стороны коллег и руководства; недостаточное вознаграждение за работу; высокая степень неопределенности в оценке выполняемой работы; невозможность влиять на принятие решений; двусмысленные, неоднозначные требования к работе; постоянный риск штрафных санкций; однообразная, монотонная и бесперспективная деятельность; необходимость внешне проявлять эмоции, не соответствующие реалиям; отсутствие выходных, отпусков и интересов вне работы.

Практически во всех исследованиях этого направления показано, что повышенные нагрузки в деятельности, сверхурочная работа стимулируют развитие выгорания (Melchior M.E.W., Van den Berge A.A., Halfens R., Abu-Saad H.H., 1997). Аналогичные результаты получены и между продолжительностью

рабочего дня и выгоранием (Van Wijk C., 1997). Перерывы в работе оказывают положительный эффект и снижают уровень выгорания, но этот эффект носит временный характер: уровень выгорания частично повышается через три дня после возвращения к работе и полностью восстанавливается через три недели (Орел В.Е., 2001).

К профессиональным факторам риска относят "помогающие", альтруистические профессии (врачи, медицинские сестры, учителя, социальные работники, психологи, священнослужители). Весьма предрасполагает к выгоранию работа с тяжелыми больными (геронтологические, онкологические пациенты, агрессивные и суицидальные больные, пациенты с зависимостями.). В последнее время синдром выгорания выявляется и у специалистов, для которых контакт с людьми вообще не характерен (программисты).

Анализ работ, посвященных роли содержания труда в возникновении выгорания показал, что эта группа факторов включает в себя количественные и качественные аспекты работы с клиентом: количество клиентов, частота их обслуживания, степень глубины контакта с ними. Данные относительно взаимодействия между выгоранием и количеством клиентов, обслуживаемым

за определенный период неоднозначны. Ряд исследований подтверждает наличие положительной связи между этими переменными (Gibson F., McGrath A., Reid N., 1997), но в некоторых публикациях такой связи не было обнаружено (Onyett S., Pillinger T., Muijen M. Job, 1997). Можно предположить, что отсутствие связи может опосредоваться и другими факторами, в частности, продолжительностью этого контакта. Так, в работе P. Vierick (2006) показано, что продолжительный контакт с одним клиентом в течение рабочего периода может способствовать развитию выгорания.

Важным фактором, взаимодействующим с выгоранием является степень самостоятельности и независимости профессионала в своей деятельности и возможность самостоятельно принимать важные решения. Указанные переменные отрицательно коррелируют с выгоранием (Shwab J. J., 1995). Среди социально-психологических факторов, рассматриваемых в контексте выгорания, наиболее важными являются взаимоотношения в организации, как по вертикали, так и по горизонтали. Решающую поддержку в этом плане играет социальная поддержка коллег и лиц, стоящих выше по своему профессиональному и социальному положению. В большинстве исследований выявлена отрицательная

зависимость между выгоранием и социальной поддержкой у представителей практически всех профессий, связанных с оказанием профессиональной помощи людям (Virginia S.G., 12998). Наиболее значимой для работников является поддержка от супервизоров и администрации, что отмечается рядом авторов (Himie D.P., Jayaratne S., Thyness P.A., 1991). Более того, некоторые исследователи подчеркивают, что конфликты по горизонтали в группе работников гораздо менее психологически опасны, чем конфликты с людьми, занимающими более высокое профессиональное положение (Dolan S.L., Renaude S., 1992). Тем не менее, социальная поддержка от коллег и других референтных групп, хотя и в меньшей степени, также является важным фактором в предотвращении выгорания (Grengalass E.R., Burke R.J., Ondrack M., 1991). Ряд исследований показывает, что инструментальная, информационная и эмоциональная поддержки, особенно в условиях ролевого конфликта и большого объема работы, имеют более тесную связь с выгоранием (Huebner E.S., Mills L.B., 1994).

Практически все работы, связанные с изучением позиции работников, по отношению к своим реципиентам,

показывают наличие взаимосвязи между данной характеристикой и выгоранием, а также то, что тактика отстранения от клиентов в виде самоотчуждения или отсутствия значимости в своей работе у социальных работников и у медицинского персонала дает низкие или средние значения выгорания (Mills L.B., Huebner E.S., 1998). Данная зависимость может быть обусловлена спецификой самой деятельности. Так, медицинский персонал, работающий в сообществах и имеющий тесный непосредственный контакт с пациентами и их эмоциональными проблемами, более подвержен влиянию стрессовых факторов, чем медицинский персонал больниц, основными функциями которого являются профессиональные контакты и надзор за больными. Учителя, характеризующиеся наличием опекающей идеологии во взаимоотношениях с учениками, а также не использующие репрессивную и ситуационную тактики, демонстрировали высокий уровень выгорания (Pierce C.M., Molloy G.N., 1990).

Развитию СЭВ способствуют личностные особенности: высокий уровень эмоциональной лабильности; высокий самоконтроль, особенно при волевом подавлении отрицательных эмоций; рационализация мотивов своего поведения; склонность к повышенной

тревоге и депрессивным реакциям, связанным с недостижимостью "внутреннего стандарта" и блокированием в себе негативных переживаний; ригидная личностная структура (Скугаревская М.М., 2002).

Среди индивидуальных факторов вызывающих выгорание традиционно выделяют социально-демографические характеристики (возраст, пол, уровень образования, стаж работы и т.д.) и личностные особенности (выносливость, локус контроль, стиль преодоления фрустрирующей ситуации, самооценка и т.д.). Влияние социально-демографических характеристик на вероятность возникновения феномена выгорания довольно подробно изучалось в зарубежной психологии (Орел В.Е., 2001). Многочисленными исследованиями подтверждается тесная связь возраста и выгорания (Huebner E.S., Mills L.B., 1994). Обнаруживается наличие отрицательной корреляционной связи возраста и выгорания (Van Wijk C., 1997). В работах С. Maslach показано, например, что средний медицинский персонал психиатрических клиник "выгорает" через 1.5 года после начала работы, а социальные работники начинают испытывать данный симптом через 2-4 года (Maslach C., Jackson S.E., Leiter M.P., 1995). В некоторых исследованиях

подтверждается и чувствительность старшего возраста к данному синдрому. В частности, в исследовании, проведенном на среднем персонале военных медицинских учреждений, отмечалось, что наиболее чувствительными к выгоранию являются не только молодые люди (19-25 лет), но и более старшие (40-50 лет). Склонность более молодых по возрасту к выгоранию объясняется эмоциональным шоком, который они испытывают при столкновении с реальной действительностью, часто несоответствующей их ожиданиям (Kunzel R., Shulte D., 1996). Специфика влияния возраста на эффект выгорания тоже неоднозначна. Наиболее тесная его связь обнаруживается с эмоциональным истощением и деперсонализацией, менее - с редукцией профессиональных достижений. Взаимоотношения между полом и выгоранием не однозначны. В ряде исследований отмечается, что мужчины в большей степени подвержены процессу выгорания, чем женщины [84], в то время как другие исследователи приходят к совершенно противоположным заключениям [87].

Данные о взаимосвязи между стажем работы по специальности и выгоранием также довольно противоречивы. В большинстве исследований отмечается отсутствие значимых корреляций между

указанными переменными (Dietzel L.C., Coursey R.D., 1998) и только отдельные работы выявляют отрицательную зависимость между ними. В частности, отмечается незначительная отрицательная корреляция между общим стажем работы и стажем работы в данном лечебном учреждении и выгоранием у психиатров (Naisberg-Fenning S., 1991). Имеются исследования, свидетельствующие о наличии связи между семейным положением и выгоранием. В них отмечается более высокая степень предрасположенности к выгоранию лиц (особенно мужского пола), не состоящих в браке. Причем холостяки в большей степени предрасположены к выгоранию даже по сравнению с разведенными мужчинами. Вероятнее всего, это может быть обусловлено одновременным действием других факторов. Существуют некоторые данные о положительной связи между уровнем образования и степенью психического выгорания. Причиной этого могут быть завышенные притязания у людей с более высоким уровнем образования. Однако такая тенденция наблюдается только в отношении деперсонализации, а эмоциональное истощение не зависит от данного фактора (Maslach C., Jackson S.E., Leiter M.P., 1995). Редукция же профессиональных достижений дает

совершенно обратную картину, имея наибольшие значения у испытуемых со средним, нежели высшим образованием. Причина такого дифференцированного влияния уровня образования на компоненты выгорания, скорее всего - в наличии связи между уровнем образования и конкретным содержанием труда (Schaufeli W.B., 1993).

Личность человека - достаточно целостная и устойчивая структура, и ей свойственно искать пути защиты от деформации. Одним из способов такой психологической защиты и является синдром эмоционального выгорания. Основная причина развития СЭВ - несоответствие между личностью и работой, между повышенными требованиями руководителя к работнику и реальными возможностями последнего. Зачастую СЭВ вызывается несоответствием между стремлением работников иметь большую степень самостоятельности в работе, самим искать способы и методы достижения тех результатов, за которые они отвечают, и жесткой, нерациональной политикой администрации в организации рабочей активности и контроля за ней. Результат такого контроля - возникновение чувств бесполезности своей деятельности и отсутствие ответственности (Miller T.Q.,

Smith T.W., Turner C.W., Gujjarro M.L., Hallet A.J., 1996).

Довольно популярным направлением исследований является выявление связи между выгоранием и индивидуальными стратегиями преодоления фрустрирующей ситуации. Обзор работ, посвященных данной теме, показывает, что высокий уровень выгорания тесно связан с пассивными тактиками сопротивления стрессу; и наоборот, люди, активно противодействующие стрессу, имеют низкий уровень выгорания. Многие авторы отмечают связь между выгоранием и «личностной выносливостью», которая определяется в зарубежной психологии как способность личности быть высокоактивной каждый день, осуществлять контроль за жизненными ситуациями и гибко реагировать на различного рода изменения. Обнаружена тесная связь между выносливостью и всеми компонентами выгорания (Pierce S.M., Molloy G.N., 1990). Подобная связь имеется и между психическим выгоранием и "локусом контроля", который традиционно подразделяется на внешний и внутренний. Люди с преобладанием внешнего " локуса контроля" склонны приписывать все происшедшее с ними или свои успехи случайным обстоятельствам или деятельности других людей, в то время как индивиды с внутренним "

локусом контроля" считают свои достижения и все происшедшее с ними собственной заслугой, результатом своей активности, способностей или готовности к риску. Практически в большинстве работ этой тематики отмечается положительная корреляционная связь между внешним " локусом контроля" и составляющими выгорания, особенно с эмоциональным истощением и деперсонализацией (De-Mercato R., Cantello G., Celentano U., Romano A., 1995). Что касается профессиональной эффективности, то отмечается положительная связь между внутренним "локусом контроля" и высокой оценкой профессиональной эффективности, правда, данная тенденция подтверждается только для мужской выборки (Grengealass E.R., Burke R.J., Ondrack M., 1990). Во многих исследованиях была обнаружена отрицательная корреляция между компонентами выгорания и самооценкой. Однако, как справедливо отмечает W.B. Schaufeli, низкая самооценка, хотя и предрасполагает субъектов к выгоранию, но сама может быть отражением факторов окружающей среды или даже отражением воздействия самого выгорания (Schaufeli W.B., Enzmann D. Girault N., 1993).

Отсутствие должного вознаграждения за работу переживается работником как



непризнание его труда, что может также привести к эмоциональной апатии, снижению эмоциональной вовлеченности в дела коллектива, возникновению чувства несправедливого к нему отношения и, соответственно, к выгоранию (Берлов А.В., 2003).

Существует ряд исследований, которые показывают наличие положительной связи между выгоранием и агрессивностью, между выгоранием и тревожностью (Vealey R.S., Armstrong L., Comar W., 1998). Кроме того, выявлено наличие отрицательной связи выгорания с чувством групповой сплоченности. Есть данные, которые демонстрируют зависимость выгорания от эмоциональной сенситивности. Наличие положительной связи между данной чертой личности и выгоранием подтверждено рядом исследований, подчеркивается опосредующая роль эмоциональной сенситивности на предсказание выгорания (Gargen A.M., 1991). Что касается других личностных характеристик, то их связь рассматривается с позиций их комплексного влияния, в русле какой-либо определенной концепции личности. Многие исследования используют пятифакторную модель личности, предложенную М. Crane (1998). Согласно этой модели структура личности представлена пятью основными

личностными характеристиками: нейротизм, экстраверсия, открытость опыту, сотрудничество, добросовестность. Ряд исследований демонстрируют тесную связь параметров пятифакторной модели личности и компонентами выгорания [Рукавишников А.А., 2000; Mills L.B., Huebner E.S., 1998]. Зарубежные исследователи отмечают, что наиболее тесные связи со всеми характеристиками выгорания имеет шкала нейротизма, особенно с эмоциональным истощением и фактором открытости опыту (Piedmont R.L., 1993). W. Schaufeli, проведя дополнительный статистический анализ, обнаружил связь остальных составляющих выгорания с личностными характеристиками. Так деперсонализация наиболее тесно положительно связана с нейротизмом и отрицательно - с сотрудничеством, а персональная эффективность - с нейротизмом, экстраверсией, открытостью и добросовестностью, а это говорит о том, что последняя компонента выгорания в большей степени является личностной характеристикой, чем реакцией индивида на стрессовую ситуацию (Schaufeli W.B., 1993).

В отечественных исследованиях также показано, что наиболее тесную положительную связь выгорания имеют со шкалой нейротизма и отрицательную



– со шкалой добросовестности (Рукавишников А.А., 2000). Есть ряд исследований, в которых для изучения связи личностных характеристик и выгорания используют личностный опросник Кеттелла 16-PF (Ларенцова Л.И., 2003). В этих работах была получена значимая прямая положительная зависимость между выгоранием и такими личностными чертами как эмоциональная неустойчивость, тревожность, конформность, робость, подозрительность, склонность к чувству вины, консерватизм, импульсивность, интроверсия. Проведенное Т.В. Большаковой исследование взаимосвязи личностных характеристик и психического выгорания у врачей хирургического профиля показало наличие взаимосвязи между выгоранием и сниженными показателями коммуникативности, наивностью, конформностью, тревожностью и подверженностью групповому давлению (Бойко В.В., 1999).

Исследование взаимосвязи между личностными характеристиками и выгоранием в русле пятифакторной модели личности и других, основанных на теории черт, является довольно перспективным, поскольку другие подходы к изучению данной проблемы не давали положительных результатов,

например, попытки использовать типологический подход (Forey W.F., Christensen O.J., England J.T., 1994). Рассматривая взаимоотношения между личностными особенностями и выгоранием, мы сталкиваемся с проблемой интерпретации корреляционных зависимостей этих переменных. Проблема заключается в том: то ли личностные особенности, синдромы, способствуют развитию феномена психического выгорания, то ли выгорание провоцирует развитие определенных личностных черт. Эта проблема требует своего разрешения. Переход с уровня анализа отдельных факторов, влияющих на выгорание, к более обобщенному уровню предполагает анализ различий в степени выгорания у представителей различных профессий и работников разных видов деятельности внутри одной профессии. Данные относительно уровня выгорания у представителей различных профессий приведены в табл. 1 (Орел В.Е., 2001). Из приведенной таблицы видно, что к наиболее склонным к выгоранию относятся представители педагогической сферы, социальные работники и медики, что подтверждается и рядом исследований (Dietzel L.C., Coursey R.D., 1998).

Таблица 1  
Средние значения основных характеристик выгорания у представителей  
различных профессиональных групп (в %)

Профессиональная группа	Компонента выгорания		
Учителя школ	21,25	11	33,54
Преподаватели ВУЗов	18,57	5,57	39,17
Социальные работники	21,35	7,46	32,75
Медики (врачи и медицинские сестры)	22,19	7,12	36,53
Психологи, психотерапевты	16,89	5,72	30,87
Другие профессии (юристы, служащие охраны правопорядка, священники, менеджеры)	21,42	8,11	36,43

Внутрипрофессиональные различия в выгорании также представляются интересными. Установлено, что уровень обучения и специфика преподаваемой дисциплины дают разную степень выгорания. Например, учителя начальных классов имеют более высокий уровень выгорания, чем их коллеги из более старших классов (Nagy S., 1992), учителя музыки оказываются более склонными к выгоранию, чем преподаватели математики (Daniel J., Shabo I., 1993), а уровень выгорания у учителей физического воспитания ниже, чем у учителей-предметников (Edelwich J., Brodsky A., 1980).

### 2.3 Специфика врачебной деятельности

В настоящее время, ряд специалистов высказывает обеспокоенность в отношении того, что сама по себе

Аналогичная картина наблюдается и в медицине, и сфере психического здоровья. Врачи и медсестры испытывают более сильное выгорание по сравнению с обслуживающим персоналом больниц, причем выше уровень наблюдается у медицинского персонала онкологических отделений (De-Mercato R., Cantello G., Celentano U., Romano A., 1995). Сравнительный анализ персонала, работающего за пределами больниц (например, врачи занимающиеся частной практикой) с психически больными людьми и в больницах, показывает, что первая группа работников наиболее подвержена выгоранию (Onyett S., Pillinger T., Muijen M., 1997).

специальность врача способствует развитию болезненных состояний. Это может проявляться в виде разочарования в профессии, деморализации, нарастающей склонности к размышле-

нию о том, чтобы оставить эту профессию, а также ухудшению психического здоровья врачей, снижению устойчивости браков, развитию склонности к употреблению психоактивных веществ и алкоголя. Высокая патогенность медицинской работы для практикующих врачей волнует исследователей и в связи с тем, что их здоровье жизненно важно для безопасности и качества их профессиональной деятельности (Melamed S., Kushnir T., Shirom A., 1992).

При сравнительном анализе трудовой деятельности различных категорий медицинского персонала E.M. Bates и B.N. Moore (1975) показали наибольшую вероятность развития стрессов у врачей. Причина их – конфликты, большая ответственность и личный риск, функциональные перегрузки. Авторы подчеркивают недостаточную подготовку врачей к нагрузкам, присущим их работе, к возможным внутренним конфликтам из-за служебных, профессиональных и семейных интересов, а также необходимость эмоциональной разрядки после общения со старшими, более опытными коллегами, с ближайшими родственниками больных.

Синдром психического выгорания был изучен в США в репрезентативной выборке 1840 врачей, специализировав-

шихся в области инфекционных болезней (De Jonge J., Schaufeli W.B., 1998). Высокую степень эмоционального истощения отмечали у себя 43% этих врачей, а значительный уровень деперсонализации - 40.3%. Несмотря на наличие синдрома сгорания, количество баллов, оценивающих собственные успехи, у них оставалось высоким, 91.8% отмечали высокий уровень достижений в работе. Синдром выгорания оказался весьма распространенным и среди врачей общего профиля. Например, врачи общей практики из Южной Австралии (n = 966), заполняя опросник, предоставили информацию по трем симптомам синдрома выгорания, в частности эмоциональному истощению, деперсонализации, оценке достижений (Schaufeli W.B., Enzmann D. Girault N., 1993).

Ларенцова Л.И. с коллегами (2003) изучали распространенность психического выгорания у врачей – стоматологов (n=272) и показали, что 8,1 %, из обследованных, имеет высокие показатели психического выгорания.

В психологической и медицинской литературе активно обсуждается вопрос о ятрогениях как неблагоприятных последствиях деятельности врачей. Краткий словарь современных понятий и терминов (1991) определяет ятрогении

как « психогении, обусловленные неосторожными высказываниями или поведением медработников, которые создают у человека представление о наличии у него какого-либо заболевания или об особой тяжести имеющейся у него болезни». Т.е. ятрогении это отрицательное психологическое воздействие врача. Во многом ятрогенность поведения врача зависит от сложившегося стереотипа отношения к больным. Шапошников (1998) рассматривает 4 типа ятрогенного поведения: административно- бюрократический («не мой больной»), аппаратно-технологический («больной как прибор, подлежащий ремонту»), социально-экономический («деньги - здоровье»), морально-этический. К сожалению, первые три типа, наиболее часто встречающиеся у врачей с профессиональной деформацией, являются предпосылками для ятрогенного поведения. Помимо того, причинами ятрогений могут быть: не информирование больного и его родственников о его состоянии и заболевании; ложная информация; чрезмерное раскрытие информации больному или его окружению; вербальная и невербальная демонстрация отрицательного отношения к больному.

По мнению исследователей, выгорание чаще всего наблюдается у представителей профессий, связанных с оказанием непосредственной помощи людям и осуществлением ухода, хотя не ограничивается ими. Возможно, самым важным фактором в этом случае является потребность в чувстве эффективности своей работы, поскольку именно действенность помощи другим является одной из основных целей деятельности, общей для всех медицинских работников. В исследованиях показано, что характер работы с хроническими, неизлечимыми и умирающими пациентами - такими как психические больные (Henderson G., 1994) или пациенты со СПИДом (Oktay J.S., 1992), особенно часто ведет к развитию синдрома выгорания.

«Профессиональная (социальная, продуктивная) деятельность человека, особенно в части наиболее распространенных профессий, не может не иметь архетипической подоплеки. Все виды специализированной деятельности «растут» из зерен повседневных занятий человека. Момент осознания важности специальных знаний и умений в той или иной области деятельности не может не вызвать удивления и интереса современников и они очень часто дают меткие, образные характеристики народившему-

ся» (Гуггенбюль-Крейг А. , 1997). Так, например, для обсуждения 67 проблем профессионализации врача А. Гуггенбюль-Крейг вводит архетип «раненого целителя» (отталкиваясь от образа кентавра Хирона, учителя и покровителя медицины в Древней Греции Асклепия – в латинской транскрипции Эскулапа). Важно, что сам Хирон страдал от не заживаемой раны, которая одновременно служила источником непрекращающегося страдания и сопутствующей этому мудрости. «Медиков привлекают архетипические противоположности здоровья и болезни ... К сожалению не все из тех, кто становится врачами, в состоянии длительное время переносить сосуществование двух полюсов архетипа «раненого целителя» – целителя и больного. Иллюстрацией сказанному могут служить студенты медицинского факультета, которые в период своего обучения переживают стадию страха перед перспективой заболеть всеми изученными ими болезнями. Например, ознакомившись с симптомами туберкулеза, они начинают подозревать, что больны этим опасным заболеванием. Соприкоснувшись во время практики с пациентами, страдающими раком, студенты пугаются, что заболеют раком сами и т.п. Данный психологический феномен зачастую понимается как

невротический. Бывалые врачи смеются над мнительными студентами и с благодушием вспоминают, как сами переживали подобное, однако не придают этому никакого значения. Тем не менее, именно так называемая невротическая стадия обучения студентов медицинского факультета оказывается для последних своего рода распутьем и ставит их перед внутренним выбором. В этот момент студенты начинают понимать, что все изучаемые болезни заложены в них, поскольку врач тоже человек. Тем самым студенты становятся «ранеными целителями». Зачастую ноша для них невыносима, и они вытесняют полюс болезни. Однако студенты могут найти в себе силы, необходимые для того, чтобы ощутить собственную уязвимость, интегрировать ее и стать истинными «ранеными целителями». Если же, по А.Гуггенбюль-Крейгу, происходит «расщепление» архетипа и «целитель» теряет контакт со своей «раненой» частью ипостаси (избегая тем самым страдания, дискомфорта), то мы можем наблюдать один из главных феноменов профессиональной деформации: «влияние» врача на пациента (клиента) трансформируется во «властные» притязания. Врач начинает испытывать переживание абсолютного превосходства над больным, одновре-

менно лишая себя возможности взаимодействия по ходу лечения. К сожалению, инфантилизованные пациенты часто провоцируют этот процесс, отказывая себе в возможности активно сопротивляться заболеванию. Отсюда следует и поддерживаемый рядом врачей-практиков псевдологический вывод о невозможности объяснить пациенту характер лечебных процедур, за этим следует сокрытие диагнозов, засекречивание медицинской документации... В социально-психологическом плане эта проблема остро предстает в требованиях безоговорочной передачи власти по тому или иному вопросу «неким профессионалам», которые, в свою очередь, призваны решать эти важнейшие вопросы за большинство остальных, соответственно, «непрофессионалов» (Урванцев Л.П.. 1993). Все это проявления профессиональной деформации медицинских работников.

Благодаря прогрессу медицины в борьбе с острыми заболеваниями картина смертности значительно изменилась. В настоящее время доминируют хронические заболевания (такие как коронарные нарушения и рак), которые и являются частой причиной смерти. Хронические заболевания не могут эффективно лечиться только с помощью традицион-

ных методов. Напротив, главную роль здесь будут играть образ жизни и поведение человека. Характерно, что образ жизни, пагубно сказывающийся на здоровье (курение, алкоголизация, нарушения питания) чаще встречается у взрослых и корректируется с трудом. Эффективная работа в сфере профилактики связана с тремя вопросами: изучение мотивов, провоцирующих рискованное ( в отношении здоровья) поведение; во-вторых, психологическая подготовленность в части умений эффективного лечебно-профилактического воздействия; в третьих, воспитание модели здорового поведения. В этом случае от медицинского работника требуется выполнение не только роли врача, но и роли «советника по жизни» или учителя, который грамотно, с учетом особенностей пациента объяснит, как жить в новых условиях, как помочь самому себе снизить риск осложнений своего состояния. В этом случае возникает ролевой конфликт, т.е. противоречие между функциями работника. К сожалению, в подготовке врачей в медицинских вузах и на факультетах повышения квалификации подготовка врачей к такой деятельности отводится очень мало времени. Кроме того, до сих пор нет сформировавшейся программы



формирования культуры здорового образа жизни российских граждан. В этих условиях врач, сам не всегда ведущий здоровый образ жизни (в силу того, что у самого не сформирована культура здоровья и недостатка времени для заботы о себе) и, отчасти, поэтому тоже больной, должен пропагандировать здоровый образ жизни среди своих пациентов. Возникает так называемая ролевая амбивалентность, когда у врача отсутствует значимая информация для эффективного выполнения деятельности.

Все это является дополнительным стрессогенным фактором медицинской деятельности (Кассирский И. А., 1970). Эмоциогенным фактором медицинской деятельности является двусмысленность, неоднозначность требований к работе. В основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан подавляющее число статей посвящено охране прав пациента. Врач должен выполнять свою работу в соответствии с этими статьями на благо пациента и несет за это определенную юридическую ответственность. Кроме того, существуют многочисленные приказы местного, федерального уровня, давление со стороны страховых компаний, руководства учреждений, в которых трудится врач. Если он не подчиняется необоснованным порой требованиям или

выполняет их не должным образом, то его наказывают. Следовательно, врач постоянно находится в тисках медико – экономических стандартов, тех требований к объему медицинской помощи и диагностических вмешательств, которые он должен выполнять по отношению к пациенту. Однако финансирование здравоохранения не соответствует этому объему, и врач становится заложником несоответствия декларации и реальности, в которой он действует и которая заставляет его выходить за рамки закона. Кроме того, в современных условиях медицинский работник часто вынужден пренебрегать потребностями клиентов при предпочтительном соблюдении административных, финансовых и бюрократических интересов самого учреждения. Все это в целом приводит к ограничению свободы действий и использования имеющегося потенциала врачей, что тоже может быть эмоциогенными факторами.

Для российского врача эмоциогенным фактором является посвящение большей части времени «бумажной» работе: выписка рецептов и назначений, записи в истории болезни и амбулаторной карте, написание эпикризов и выписок из истории болезни, написание различных отчетов и т.п. Ведение медицинской документации вменено в обязанности



врача. Нередко она выполняется во внерабочее время, т.к. в основное время врач должен лечить пациентов. За неправильное оформление или не заполнение документов в срок в медицинских учреждениях над врачом постоянно висит риск штрафных санкций (выговор, лишение премий, отказ в подтверждении или повышении врачебной категории, увольнение и пр.). Кроме того, медицинская документация часто является одним из важнейших документов, которые фигурируют в судебных инстанциях в случае судебного преследования. К дополнительным эмоциогенным факторам медицинской деятельности можно отнести и факторы рабочей ситуации и организации, имеющие место в службах здравоохранения. Недостаточность финансирования современной медицины приводит к тому, что физические условия в которых вынуждены работать врачи в большинстве государственных медицинских учреждениях могут не отвечать санитарно-гигиеническим нормам. Кроме того, отсутствие необходимого оборудования и медикаментов, мест в стационарах, недостаток узких специалистов приводит к невозможности оказания в должном объеме помощи больным по независящим от медицинского персонала причинам. Все это усиливает эмоцио-

нальную и физическую нагрузку профессиональной деятельности врача и как следствие провоцирует выгорание у врачей.

В некоторых зарубежных исследованиях было показано, что наиболее подвержены выгоранию врачи государственных медицинских учреждений по сравнению с их коллегами, имеющими частную практику (Jayaratne S., Vinokur K.D., Chess W.A. 1995). Вместе с тем, следует учесть, что различия могли быть обусловлены личностными характеристиками специалистов, решившихся заняться частной практикой, различиями психосоциальных аспектов частной практики и общественных служб, а также составом обслуживаемых клиентов, ибо клиенты частных агентств вряд ли могут оказаться бедными, безработными, престарелыми или с низким образовательным цензом. Для большинства медицинских специальностей характерна однообразность и монотонность работы. Однообразное и многократное повторение одних и тех же трудовых действий при перегруженности пациентами и недостатке времени для выполнения работы приводит к возникновению утомления врача. При этом наблюдаются изменения в субъективной стороне работоспособности: ухудшается настроение, чаще возникают отрица-

тельные эмоции, появляются жалобы на сонливость, усталость и скуку. Все это отрицательно влияет на эффективность врачебной деятельности, на удовлетворенность медиков своим трудом, может приводить к мотивационной и эмоциональной неустойчивости и являться одной из предпосылок для возникновения синдрома выгорания у врачей. К эмоциогенным факторам деятельности врача можно отнести и то, что в современных условиях имеется недостаточное вознаграждение материальное и моральное за их труд. С одной стороны, оплата труда врача не компенсирует физических и психических затрат их деятельности, она не позволяет вести им достойный образ жизни и приходится искать дополнительные источники доходов (работа на полторы ставки, ночные дежурства, совмещение в других учреждениях и др.), что ведет еще к большей перегрузке. С другой стороны, недостаточно разработанные системы морального поощрения, в виде одобрения со стороны администрации и благодарности пациентов и их родственников, при наличии целого списка разнообразных штрафных санкций может приводить к неудовлетворенности врачами своим трудом, к еще большим эмоциональным перегрузкам. Многие исследователи

отмечают, что недостаточное вознаграждение или его отсутствие способствуют возникновению выгорания (Cordes S.L., Dougherty T.W., Blum M., 1997). Разные медицинские специальности отличаются по уровню эмоциональной загруженности профессиональной деятельности. Психологический анализ деятельности и изучение литературных источников показали, что наиболее стрессогенным является труд врачей хирургического профиля. Деятельность специалистов хирургического профиля (хирургов, акушеров-гинекологов, анестезиологов) сопряжена с высокой степенью ответственности, необходимостью рисковать здоровьем и жизнью других людей, самостоятельным приемом срочных решений, обусловленных дефицитом времени (Мальцева Л.А., Саланжий А.Н., Москалец С.М., 2007). Одновременно с этим специфика этой работы требует от врача физической силы, выносливости, высокого индивидуального мастерства и связана со значительной нагрузкой на различные анализаторы, опорно-двигательный аппарат, кардиореспираторную систему и т.д. (Ашбель С.И., Пенкович А.А., Хиль Р.Г., 1967).

По классификации ВОЗ профессия хирурга относится к разряду социально опасных, так как хирургу разрешено

наносить «повреждения» телу человека, как с согласия больного, так и без его согласия в особых случаях. Особенностью хирургии как отрасли медицины является то, что основной метод лечения, не применяемый в других отраслях медицины – операция, т.е. «ручное вмешательство в патологический процесс с целью устранения или исправления». Молодые врачи - хирурги в течение первых лет работы находятся в стрессовых условиях, т.к. 2 года подготовки – это недостаточный срок, чтобы накопить необходимый опыт. Ряд специалистов хирургов пишут, что становление хирурга в нашей стране «залито потом хирурга и кровью пациентов» (Ашбель С.И., Пенкович А.А., Хиль Р.Г., 1967). Работа хирурга ответственна и напряженна, в ней не может быть главного и второстепенного, значимого и малоценного – вся его деятельность, от первой встречи с больным до напутственного слова после выздоровления – есть единый процесс возвращения здоровья, нередко и жизни, возможности активно и творчески трудиться.

**Отличительными моментами работы специалистов хирургического профиля являются следующие.**

1. Хирург постоянно сталкивается с необходимостью решать (и порой в

считанные минуты) сложнейшие проблемы, за которыми стоят, прежде всего, жизнь и здоровье человека. Это не только диагностика, но и определение степени риска операции, целесообразности тех или иных дополнительных диагностических и лечебных манипуляций, получение согласия больного и его родственников на срочное хирургическое вмешательство. Принятие таких решений требует большого напряжения моральных сил, мобилизации опыта и знаний, глубокого понимания степени ответственности перед больным, коллективом учреждения, в котором он работает. Сложность положения хирурга усугубляется и тем, что он не может гарантировать абсолютного успеха и в то же время должен найти возможности снижения операционного риска, а в случае, когда такой риск превышает риск самой болезни, иметь мужество сказать об этом.

2. Гуманизм профессии хирурга требует исключительного, внимательного отношения к крайне тяжелым больным или умирающим. Именно им в первую очередь оказывается неотложная медицинская помощь, которая далеко не всегда приводит к желаемому результату.

3. В процессе работы врачей хирургического профиля отмечается воздействие

ряда неблагоприятных факторов: - Ненормированный рабочий день с неравномерным распределением рабочей нагрузки в течение рабочей недели и года; - Сочетание ночных дежурств с активной операционной деятельностью и работой в дневное время; - Неоптимальный климат в рабочей зоне хирурга ведущий к сильному тепловому облучению и влагопотерям; - Вынужденность рабочей позы хирурга, вызывающая мышечные перегрузки и изменения со стороны опорно - двигательной системы; - Применение анестетиков во время операции и их накопление в организме в течение рабочей недели; - Радиационное облучение при выполнении диагностических и лечебных мероприятий. По степени напряженности группа врачей хирургического профиля относится к 4 группе (тяжелая). Кроме того, врачи хирургического профиля по характеру трудовой деятельности могут быть отнесены к группе повышенного риска относительно ИБС, гипертоническая болезнь (Кириллов В.Ф. , 1970).

О. А. Муллаяровой (2005) обследовано в 2005 г. 62 сотрудника различных подразделений медицины критических состояний (реанимационно-анестезиологического отделения и ожогового центра). У подавляющего большинства сотрудников была

выявлена хроническая патология: у 65% – заболевания ЛОР – органов, у 34% – гипертоническая болезнь, у 10% – хронические бронхиты. По поводу обострений хронической патологии медицинский персонал ургентных отделений проводит на больничных листах практически вдвое больше времени, чем лица контрольной группы (работники административно-хозяйственных подразделений больниц). Кроме того, у сотрудников медицины критических состояний отмечаются по сравнению с контрольной группой снижение показателей иммунитета (как гуморального, так и клеточного), гормональные изменения, снижение мнестических возможностей. Причем, эти нарушения напрямую зависят от стажа и интенсивности работы в ургентных подразделениях.

Таким образом, проведенный психологический анализ деятельности врача и анализ имеющихся литературных источников позволяет сделать вывод о том, что труд медицинских работников относится к числу наиболее сложных и ответственных видов деятельности человека. Профессиональная деятельность врача отличается высокой эмоциональной загруженностью и имеется большое количество эмоциогенных факторов, как объективных, так и

субъективных, которые оказывают негативное воздействие на труд врача, вызывая сильное эмоциональное напряжение и стресс. Все это создает условия для высокого риска формирования синдрома психического выгорания у медицинских работников.

### **Личностные особенности врача как детерминанты возникновения эмоционального выгорания у врачей**

Особенность психологии труда медицинских работников заключается, прежде всего, в том, что объектом его является больной (страдающий) человек, психика которого изменена в связи с имеющимися заболеваниями. Успешность профессиональной деятельности врача во многом зависит от того, как складываются его отношения с больными. Сложность отношений между врачом и пациентом заключается в том, что личность больного нередко претерпевает неблагоприятные изменения под влиянием физического или психического страдания (Лакосина Н.Д., Сергеев И.И., Панкова О.Ф., 2003). Работа в условиях постоянного контакта с больными людьми, склонными к разнообразным, не всегда адекватным психологическим реакциям, предъявляет к медицинским работникам не только профессиональ-

ные, но и высокие психологические требования (Урванцев Л.П., 1993). Поэтому для успешной деятельности в области большинства медицинских специальностей, помимо квалификации, требуется наличие определенных личностных качеств и черт. Систематизируя материалы своих наблюдений, Р. Конечный и М. Боухал (1983) пришли к выводу, что «... основы возникновения доверия между врачом и больным заключаются в свойствах личности врача». Анализируя высказывания философов и самих медиков о требованиях, предъявляемых к врачу, Н.В. Эльштейн (1975) приходит к заключению, что в первую очередь ему необходимы знания медицины и доброжелательность к людям. Многие исследователи пишут об эмпатии как профессионально важном качестве медицинских работников (Урванцев Л.П., 1995). Эмпатия – это сопереживание, умение поставить себя на место другого, способность человека к произвольной эмоциональной отзывчивости в ответ на переживания других людей. Эмпатия способствует сбалансированности межличностных отношений. Она делает поведение человека социально обусловленным. Развитая у человека эмпатия – ключевой фактор успеха в медицине, где требуется вчувствование в

мир пациента. Проявление эмпатии в общении врача – это общая установка на понимание не столько формальной стороны сказанного, сколько вчувствование во внутренний смысл его, в состояние пациента, отражаемое всеми невербальными средствами: интонацией, позой, жестами (Козина Н.В., 1998).

В процессе профессиональной адаптации молодого врача должны вырабатываться навыки определения той степени эмоциональной «включенности», которая необходима в каждом конкретном случае. Это связано с эмпатией, с «дозированием» эмпатической вовлеченности в процесс межличностного взаимодействия с пациентами (Карвасарский Б.Д., 2002). По Конечному и Боухалу, профессиональное выгорание постепенно развивается из профессиональной адаптации. Определенная степень адаптации естественна для врача. Сильное эмоциональное восприятие страданий другого человека в начале профессиональной деятельности, как правило, несколько (а порой и достаточно сильно) притупляется.

Есть исследования, которые доказывают что для успешной профессиональной деятельности врачей важным является эмоциональная толерантность (устойчивость) т.е. владение врачом собственными эмоциями, способность

сохранят уверенность, контролировать свои реакции и поведение в целом. Не все пациенты вызывают у врача позитивные чувства. Но независимо от того, в каком душевном состоянии находится пациент, испытывает ли он гнев или печаль, тревогу или отчаяние, врач должен уметь с ним взаимодействовать, адекватно строить отношения, добиваясь решения профессиональных задач (Минаков В.Ф., Куценко Г.И., Сошников Е.И., 1985).

Профессиональная деятельность врача связана с разработкой стратегии и тактики терапевтического воздействия и, следовательно, требует умения прогнозировать события, предвосхищая возможные варианты развития заболевания, осложнения. В связи с этим важно наличие у врача такой характеристики, как тревожность, которая влияет на его прогностические возможности, выполняя в зависимости от степени выраженности как адаптивную, так и дезадаптивную роль. Тревога – это эмоция, направленная в будущее, связанная с прогнозированием, предвосхищением возможных неудач, с формированием соответствующих отношений и установок. Как правило, эмоция тревоги возникает в ситуациях неопределенности и ожидания, обусловленных дефицитом информации и труднопрогнозируемым



исходом, что характерно для медицинской деятельности. Легкая степень тревоги – обычная реакция на неопределенность, сигнализирующая о возможной опасности и выполняющая в этом случае адаптивную функцию, мобилизуя человека для более эффективного противостояния возможной опасности. Тревожность в качестве свойства личности позволяет врачу чутко реагировать на изменения в состоянии пациента и вовремя принимать необходимые меры. Однако интенсивная степень эмоции тревоги (страх, паника, ужас) выполняет по отношению к познавательной деятельности дезорганизующую функцию, мешает адекватно оценить ситуацию и выбрать наиболее правильное решение (Карвасарский Б.Д., 2002).

Другой характеристикой врача, снижающей его профессиональную эффективность, является депрессивность. Депрессия связана с переживаниями прошлого, когда в воображении вновь и вновь возникают образы пережитых конфликтов, психотравмирующих событий. Погруженный в собственные переживания врач может не заметить изменения в состоянии пациента и адекватно на них среагировать, а, напротив, «заразить» его тоскливой безнадежностью (Козина Н.В.,

1998). Вместе с тем, сама врачебная деятельность создает условия для возникновения депрессии у медицинских работников. Установление необходимых отношений с пациентами и их родственниками затрудняет глубокая интровертированность врача. Интровертированная личность, погруженная в свой психологический мир, занятая собой, своими чувствами и переживаниями, обнаруживает беспомощность в ситуации, требующей взаимодействия и сотрудничества с окружающими. Как правило, интровертированность сопровождается недостатком интуиции, чуткости, тактичности в межличностных отношениях, низким уровнем эмпатии. Выраженная интравертированность затрудняет установление психологического контакта с больными, взаимодействие с ними, не обеспечивает необходимой степени эмоциональной поддержки (Лакосина Н.Д., Сергеев И.И., Панкова О.Ф., 2003). Профессия врача предполагает в той или иной степени выраженное интенсивное и продолжительное общение: с пациентами, их родственниками, медицинским персоналом. От умения общаться, устанавливать и развивать взаимоотношения с людьми во многом зависит профессиональная успешность врача. Умение общаться, или коммуникативная компетентность,



обеспечивает взаимопонимание, доверие в отношениях, эффективность в решении поставленных задач. Хорошие коммуникации врач – пациент являются «краеугольным камнем хорошей медицинской практики» (Урванцев Л.П., 1991). Это может быть подтверждено результатами исследований, в которых было обнаружено, что 60-80% диагностических решений принимаются на основании информации, полученной лишь в ходе медицинского интервью; такая же пропорция отмечается и при принятии терапевтических решений. Коммуникативная компетентность позволяет не только психологически правильно строить отношения с больными, но и быть способным в процессе этих отношений оставаться в рамках профессиональной роли. Несмотря на высокую значимость общения в профессиональной деятельности врача, подготовка медицинских работников к общению с людьми – очень уязвимое место в процессе их обучения. Высшие учебные заведения больше озабочены академической подготовкой, а не личностным ростом будущих врачей (Яковлева Н.В., 1994).

Профессионально-важным качеством многих медицинских специальностей является устойчивость к неопределенности. В медицине появление какого-либо

события, стимула является неопределенным (например, осложнения могут появиться или нет). Неопределенными могут быть качественные и количественные характеристики стимула (например, проявляющиеся симптомы, могут относиться к различным заболеваниям, могут быть «симптомы-миражи» и «болезни – хамелеоны»). Такая ситуация имеет место в медицинской диагностике, в планировании лечения, в прогнозировании долговременных последствий болезни. Неготовность врача работать в таких условиях может приводить к снижению функционального тонуса человека, к определенным отклонениям в его эмоциональной сфере, к чувству неуверенности, что вызывает понижение и умственных возможностей человека. В этих условиях врачу необходимо наличие устойчивости к фактору неопределенности, от врача требуется способность успешно действовать в условиях неполноты информации (Родина О.Н., 1989).

Существуют исследования, которые доказывают, что склонная к стрессу (тип А), напористая, «стресс-зависимая» личность представляет собой «одну из моделей процесса выгорания» (Edelwich J., Brodsky A., 1980). В качестве своей первой стадии она имеет так называемый «идеалистический энтузиазм».

Общепринятой является точка зрения, что именно оказывающий помощь и преданный человек является наиболее уязвимым. У них есть тенденция к идеалистическим, а не реалистическим ожиданиям, они становятся сверхувлеченными своей работой и им трудно оторваться от нее. Они могут быть созависимыми и испытывать сильную потребность чувствовать себя необходимыми, значимыми, ценными (Робертс Г.А., 1998). Кроме того, заметно их стремление рвать связи с обычными знакомыми и родственниками, при общении с которыми могут проявиться их потребности и уязвимость. Поэтому они уединяется в своем маленьком мире, где большинство положительных эмоций они находят в своей профессиональной деятельности или учреждении, в котором работают. Их экзистенциальные потребности удовлетворяются через их профессиональную идентичность, и поэтому профессиональные угрозы и стрессы они переживают как вызов фундаментальным надеждам, целям, смыслу и назначению (Pines A., Aronson E., 1988), что практически не компенсируется поддержкой со стороны. Именно их «трудоголизм» и активная увлеченность своей профессиональной деятельностью способствует развитию симптомов выгорания. Важным фактором

в предотвращении выгорания явилась бы социальная поддержка от коллег и других референтных групп. Но одна из проблем современной медицины как раз и заключается в недостаточности социального взаимодействия и поддержки, как между членами врачебного коллектива, так и лицами, стоящими выше по своему профессиональному и социальному положению (Pradham M., Misra N., 1996).

Несмотря на то, что личностные качества влияют на возникновение профессиональных деструкций (и психического выгорания как одной из его форм) до сих пор не существует системы профессионального отбора и профессионального подбора в медицинских ВУЗах. Кроме того, существующая система подготовки в медицинских ВУЗах плохо готовит студентов к реальности врачебной практики и не в состоянии поддерживать преданность специальности, моральное состояние, здоровье и энтузиазм. Студентов много учат теории и практике медицины, но почти не учат тому, как заботиться о себе и справляться с неизбежными профессиональными стрессами. Часто учащимся предлагаются идеалистические, а не реалистические модели, которые, в конечном счете, не пригодны для работы. Древний образ «чудесного целителя» противоречит

образу «мужественного медика» или делового практикующего врача. Возможно, обыденное представление о том, что стресс равнозначен слабости, неудаче вызывает основанное на чувстве вины стремление к отрицанию стресса, что в свою очередь, и приводит к тому, что врачу трудно признаться, поделиться своими проблемами и решить их.

В свете вышеизложенного, проблема изучения причин проявления и

#### **2.4 Течение процесса эмоционального выгорания**

Выделяются три ключевых признака СЭВ. Развитию СЭВ предшествует период повышенной активности, когда человек полностью поглощен работой, отказывается от потребностей, с ней не связанных, забывает о собственных нуждах, а затем наступает **первый признак - истощение**. Оно определяется как чувство перенапряжения и истощения эмоциональных и физических ресурсов, чувство усталости, не проходящее после ночного сна. После отдыха эти явления уменьшаются, однако возобновляются по возвращении в прежнюю рабочую ситуацию (1995).

**Вторым признаком СЭВ является личностная отстраненность.** Профессионалы при изменении своего сострадания к пациенту (клиенту),

последствий «выгорания» у врачей приобретает особую важность, так как грамотная диагностика, коррекция и профилактика развития «выгорания» могут помочь в остановке начавшегося процесса или предупредить угрозу его возникновения, сохранив врача как здоровую личность и эффективного профессионала.

расценивают развивающееся эмоциональное отстранение как попытку справиться с эмоциональными стрессорами на работе. В крайних проявлениях человека почти ничто не волнует из профессиональной деятельности, почти ничто не вызывает эмоционального отклика - ни положительные, ни отрицательные обстоятельства. Утрачивается интерес к клиенту (пациенту), который воспринимается на уровне неодушевленного предмета, само присутствие которого порой неприятно (Винокур В.А., 2004).

**Третьим признаком является ощущение утраты собственной эффективности, или падение самооценки в рамках выгорания.**

Человек не видит перспектив в своей профессиональной деятельности, снижается удовлетворение работой,

утрачивается вера в свои профессиональные возможности.

Взаимовлияние факторов определяет динамику развития процесса выгорания. В 1986 г. был разработан опросник "Maslach Burnout Inventory" (MBI), позволяющий стандартизировать исследования в этом направлении. Авторы динамической фазовой модели "burnout" выделяют 3 степени и 8 фаз выгорания, отличающиеся взаимоотношением показателей по трем факторам (под значениями показателей понимается оценка баллов, набранных по субшкалам опросника "MBI", относительно среднестатистических величин). Модель позволяет выделить среднюю степень выгорания, при которой наблюдаются высокие показатели эмоционального истощения. Эмоционально-энергетический "запас" до этой стадии противодействует нарастающей деперсонализации и редукции достижений. Существует двухфакторный подход, согласно которому в СЭВ входят следующие факторы:

**эмоциональное истощение** - **"аффективный" фактор** (относится к сфере жалоб на плохое физическое самочувствие, нервное напряжение);

**деперсонализация** - **"установочный" фактор** (проявляется в изменении отношений к пациентам и к себе).

СЭВ является комбинацией физического, эмоционального и когнитивного истощения или утомления, при этом главным фактором - эмоциональное истощение. Дополнительные компоненты "burnout" являются следствием поведения (купирования стресса), ведущего к деперсонализации или собственно когнитивно-эмоциональному выгоранию, которое выражается в редуцировании персональных достижений.

В настоящее время нет единого взгляда на структуру СЭВ, но, несмотря на это, можно сказать, что он представляет собой личностную деформацию вследствие эмоционально затрудненных и напряженных отношений в системе человек-человек. Последствия выгорания могут проявляться как в психосоматических нарушениях, так и в сугубо психологических (когнитивных, эмоциональных, мотивационно-установочных) изменениях личности. То и другое имеет непосредственное значение для социального и психосоматического здоровья личности (Форманюк Т.В., 1994).

В настоящее время выделяют около 100 симптомов, так или иначе связанных с СЭВ. Прежде всего, следует отметить, что условия профессиональной деятельности порой могут явиться и

причиной синдрома хронической усталости, который, кстати, довольно часто сопутствует СЭВ. При синдроме хронической усталости типичны жалобы больных: прогрессирующая усталость, снижение работоспособности; плохая переносимость ранее привычных нагрузок; мышечная слабость; боль в мышцах; расстройства сна; головные боли; забывчивость; раздражительность; снижение мыслительной активности и способности к концентрации внимания. У лиц, страдающих синдромом хронической усталости, может регистрироваться длительный субфебрилитет, боли в горле.

Выделяют 5 ключевых групп симптомов, характерных для СЭВ:

- физические симптомы (усталость, физическое утомление, истощение; изменение веса; недостаточный сон, бессонница; плохое общее состояние здоровья, в т.ч. по ощущениям; затрудненное дыхание, одышка; тошнота, головокружение, чрезмерная потливость, дрожь; повышение артериального давления; язвы и воспалительные заболевания кожи; болезни сердечно-сосудистой системы);

На уровне телесном стрессовые реакции находят, пожалуй, наиболее яркое выражение. Нередко в силу недостаточной информированности связанный со

стрессом дискомфорт воспринимается как симптомы различных заболеваний. В лучшем случае это служит причиной безрезультатных хождений по врачам, в худшем же может привести к уходу человека в мнимую болезнь. Упомянем лишь самые частые телесные проявления стресса:

- а) повышение артериального давления, часто протекающее скачкообразно и сопровождающееся ощущением прилива жара ("кровь бросилась в голову"). Если человек при этом попадает в поле зрения медиков, то подобные эмоциональные реакции могут послужить причиной постановки ошибочного диагноза гипертонической болезни и последующих длительных попыток ее безуспешного лечения.

- б) Различные боли, чаще всего в области головы (напоминающие мигрень, иногда сопровождающиеся головокружением) и шеи, в области сердца (ошибочно расцениваемые как заболевания сердца, особенно если они связываются с сердцебиением или перебоями) и в области живота (имитирующие язвенную болезнь)

- в) Одышка, ощущение "комка" в горле, "перехватывание" голоса.г) Нарушение аппетита - от полного отвращения к еде до приступов "волчьего" голода.д) Нарушения сна - бессонница или,

наоборот, сонливость, не приносящая однако полноценного отдыха. Сон часто становится тревожным, беспокойным из-за неприятных сновидений.е) Разнообразные сексуальные проблемы.

- эмоциональные симптомы (недостаток эмоций; пессимизм, цинизм и черствость в работе и личной жизни; безразличие, усталость; ощущение беспомощности и безнадежности; агрессивность, раздражительность; тревога, усиление иррационального беспокойства, неспособность сосредоточиться; депрессия, чувство вины; истерики, душевные страдания; потеря идеалов, надежд или профессиональных перспектив; увеличение деперсонализации своей или других - люди становятся безликими, как манекены; преобладает чувство одиночества);

- поведенческие симптомы (рабочее время более 45 часов в неделю; во время работы появляется усталость и желание отдохнуть; безразличие к еде; малая физическая нагрузка; оправдание употребления табака, алкоголя, лекарств; несчастные случаи - падения, травмы, аварии и пр.; импульсивное эмоциональное поведение);

- интеллектуальное состояние (падение интереса к новым теориям и идеям в работе, к альтернативным подходам в решении проблем; скука, тоска, апатия,

падение вкуса и интереса к жизни; большее предпочтение стандартным шаблонам, рутине, нежели творческому подходу; цинизм или безразличие к новшествам; малое участие или отказ от участия в развивающих экспериментах - тренингах, образовании; формальное выполнение работы);

- социальные симптомы (низкая социальная активность; падение интереса к досугу, увлечениям; социальные контакты ограничиваются работой; скудные отношения на работе и дома; ощущение изоляции, непонимания других и другими; ощущение недостатка поддержки со стороны семьи, друзей, коллег).

Таким образом, СЭВ характеризуется выраженным сочетанием симптомов нарушения в психической, соматической и социальной сферах жизни (Henderson G., 1994).

Как уже было сказано, профессиональное выгорание – процесс постепенный. Согласно исследованиям в нем можно выделить три основные стадии.

### **Первая стадия**

Умеренные, недолгие, случайные признаки процесса. Все признаки и симптомы проявляются в легкой форме, выражаются в заботе о себе, например, путем расслабления и организации перерывов на работе.

Проявляется на уровне выполнения функций, произвольного поведения: забывание каких-то моментов, говоря бытовым языком, провалы в памяти (например, внесена нужная запись или нет в документацию, задан ли планируемый вопрос, какой получен ответ), сбои в выполнении каких-либо двигательных действий и т.д. Обычно на эти первоначальные симптомы мало кто обращает внимание, называя это в шутку «девичьей памятью» или «склерозом». В зависимости от характера деятельности, величины нервно-психических нагрузок и личностных особенностей специалиста первая стадия может формироваться в течение трех–пяти лет

**На второй стадии** наблюдается снижение интереса к работе, потребности в общении (в том числе и дома, с друзьями): «не хочется видеть» тех, с кем специалист общается по роду деятельности (школьников, больных, клиентов), «в четверг ощущение, что уже пятница», «неделя длится нескончаемо», нарастание апатии к концу недели, появление устойчивых соматических симптомов (нет сил, энергии, особенно к концу недели, головные боли по вечерам; «мертвый сон, без сновидений», увеличение числа простудных заболеваний); повышенная раздражительность, человек «заводит-

ся», как говорят, с пол-оборота, хотя раньше подобного он за собой не замечал.

Симптомы проявляются более регулярно, носят более затяжной характер и труднее поддаются коррекции. Человек может чувствовать себя истощенным после хорошего сна и даже после выходных. Для заботы о себе ему требуются дополнительные усилия.

Время формирования данной стадии в среднем от пяти до пятнадцати лет.

**Третья стадия** — собственно личностное выгорание. Хронические признаки и симптомы.

Характерна полная потеря интереса к работе и жизни вообще, эмоциональное безразличие, отупение, ощущение постоянного отсутствия сил. Наблюдаются когнитивная дисфункция (нарушение памяти и внимания), нарушения сна с трудностями засыпания и ранними пробуждениями, личностные изменения. Человек стремится к уединению. На этой стадии ему гораздо приятнее общаться с животными и природой, чем с людьми. Возможно развитие тревожного, депрессивного расстройств, зависимостей от психоактивных веществ. Соматические симптомы. Стадия может формироваться от десяти до двадцати лет.



Более всего риску возникновения СЭВ подвержены лица, предъявляющие непомерно высокие требования к себе. Настоящий медик в их представлении - это образец профессиональной неуязвимости и совершенства. Входящие в эту категорию личности ассоциируют свой труд с предназначением, миссией, поэтому у них стирается грань между работой и частной жизнью (Dion G., 1989).

Выделяют три типа медицинских работников, которым угрожает СЭВ: 1-й - "педантичный", характеризующийся добросовестностью, возведенной в абсолют, чрезмерной, болезненной аккуратностью, стремлением в любом деле добиться образцового порядка (даже в ущерб себе); 2-й - "демонстративный", стремящийся первенствовать во всем, всегда быть на виду. Этому типу свойственна высокая степень истощаемости при выполнении даже незаметной рутинной работы; 3-й - "эмотивный", состоящий из впечатлительных и чувствительных людей. Их отзывчивость, склонность воспринимать чужую боль как собственную граничит с патологией, с саморазрушением.

При обследовании медицинских сестер установлено, что СЭВ проявляется у них неадекватным реагированием на пациентов и своих коллег, отсутствием

эмоциональной вовлеченности, утратой способности к сопереживанию пациентам, усталостью, ведущей к редукции профессиональных обязанностей и негативному влиянию работы на личную жизнь (Касимовская Н.А., 2006).

Профессиональная деятельность работников сферы психического здоровья несет в себе потенциальную угрозу развития СЭВ. Личностные черты эмоциональной неустойчивости, робости, подозрительности, склонности к чувству вины, консерватизма, импульсивности, напряженности, интраверсии имеют определенное значение в формировании СЭВ. В картине синдрома у работников этой сферы преобладают симптомы фазы "резистенции". Это проявляется неадекватным эмоциональным реагированием на пациентов, отсутствием эмоциональной вовлеченности и контакта с клиентами, утратой способности к сопереживанию пациентам, усталостью, ведущей к редукции профессиональных обязанностей и негативному влиянию работы на личную жизнь. Также достаточно выражено переживание психотравмирующих обстоятельств (фаза "напряжение"), что проявляется ощущением физических и психологических перегрузок, напряжения на работе, наличием конфликтов с руководством, коллегами, пациентами.

Деятельность психотерапевта является публичной, подразумевает необходимость работы с большим количеством людей и предполагает оказание услуг клиентам. Причем последние отличаются от лиц основной массы населения психической неуравновешенностью и девиантным поведением в той или иной форме. Среди психотерапевтов и психологов-консультантов подвержены СЭВ люди с низким уровнем профессиональной защищенности (отсутствие опыта практической работы, невозможность систематического повышения квалификации и пр.). Провоцировать СЭВ могут болезни, переживание тяжелого стресса, психологические травмы - развод, смерть близкого или пациента (Юрьева Л.Н., 1998).

Подвержены формированию СЭВ и другие категории медицинских работников, прежде всего те, кто осуществляет уход за тяжелыми больными с онкологическими заболеваниями, ВИЧ/СПИДом, в ожоговых и реанимационных отделениях. Сотрудники "тяжелых" отделений постоянно испытывают состояние хронического стресса в связи с негативными психическими переживаниями, интенсивными межличностными взаимодействиями, напряженностью и сложностью труда и пр. А в результате постепенно формирующегося СЭВ

возникают психическая и физическая усталость, безразличие к работе, снижается качество оказания медицинской помощи, порождается негативное и даже циничное отношение к пациентам (Мионов П.И., 2006).

Синдром эмоционального выгорания развивается постепенно. Условно можно говорить о трех стадиях. Сначала приглушение эмоций, утрата остроты чувств. Вроде бы все нормально, но скучно и пусто на душе. Потом приходят негативные чувства к людям, с которыми приходится работать. Если на первых порах неприязнь к больным, ученикам, клиентам еще можно сдерживать, то затем скрывать свое раздражение удается с трудом, и периодически случаются выплески озлобленности. Заключительная стадия — психосоматические нарушения. Само присутствие другого человека вызывает реальное чувство тошноты — вплоть до рвоты, головную боль. Начинается апатия, бессонница, депрессивные состояния, отвращение к пище у одних и переедание у других. Третьи стремятся снять напряжение алкоголем. Внешне состояние эмоционального выгорания выражается в предельной сдержанности и замкнутости — человек в футляре, жаждущий полного покоя. У этих людей наблюдается высокий уровень тревожности.

### **Насколько заразен этот синдром?**

Как правило, "вирус выгорания" витает в организациях, где царит напряженность, непререкаемость приоритета рабочих задач над всеми остальными и выполнение работы на пределе возможностей. В некоторых организациях такой стиль работы возведен в идеологию. Обычно он представляется сотрудникам как единственно возможный и не обсуждаемый.

Как правило, во главе таких организаций стоит "выгорающий" начальник. Будучи на грани собственного эмоционального, интеллектуального и физического истощения, он не способен эффективно решать организационные задачи и заботиться о сотрудниках.

Попадая в организацию "выгорающих", человек невольно заражается их рабочим стилем, ритмом и напряжением. Так "выгорание" может стать нескончаемым циклом. Если человек вошел в него, потом ему очень трудно возобновить интерес к работе и вкус к жизни. С чего обычно все начинается – с трудоголизма и напряжения.

В трудоголической организации обычно существует проблема избыточного контроля за деятельностью сотрудников, которая на самом деле прикрывает неуверенность руководителя и его тотальное недоверие к сотрудникам

(Орел В.Е. , 1995). В таких случаях "босс" придерживается обычно убеждения: "Ни на кого нельзя положиться. Если хочешь сделать что-либо правильно, приходится делать это самому". Именно поэтому сотрудники стремятся "не выделяться" и не противоречить сложившимся стереотипам, не проявлять инициативу, не предлагать новых нестандартных решений (исходя из убеждения, что "инициатива наказуема").

По этой причине учреждение девиз которой - трудоголизм, является закрытой системой: ей недостает гибкости. Новая информация, вступающая в противоречие с устоявшимися взглядами, в ней просто не воспринимается. Сотрудники, дабы не вызывать на себя критику шефа, дружно пытаются не признавать собственных ошибок и отказываться замечать существующие проблемы, до последнего момента закрывая на них глаза, убеждая себя и других: "В нашей конторе все в порядке!" Поэтому подобная организация отстает от динамично меняющейся рыночной ситуации и зачастую многократно "наступает на одни и те же грабли", возвращаясь в своей деятельности к одним и тем же проблемам, вместо того, чтобы перестраивать свои стереотипы и избавляться от проблем (Орел В.Е., 1999).

Еще одна проблема трудоголизма - нереалистичное стремление быть первым во всем, даже наперекор здравому смыслу. Отсюда и нереальные притязания, и "наполеоновские планы" (психологи называют это гиперкомпенсацией - как известно, Наполеон был человеком небольшого роста. Стремление к власти помогало ему возвыситься над окружающими, хотя бы в переносном смысле, и тем компенсировать свой комплекс неполноценности). На уровне фирмы подобные тенденции нередко перерастают в стремление к грандиозности, гигантоманию. В предпринимательской деятельности это может проявляться, к примеру, в стремлении увеличивать товарный запас независимо от ликвидности товара. Или стремиться к росту объема продаж вне зависимости от прибыльности такой деятельности. Или в замораживании средств, направляемых в непродуманные инвестиции, связанные с "масштабными" проектами, чтобы "бизнес перешел на следующий уровень". Или в неэффективной, но дорогостоящей рекламе, больше влияющей на самолюбие продавца, чем на поведение покупателя.

С трудоголизмом неразрывно связан надуманный "героизм". Здесь можно вспомнить лозунг из нашего недавнего прошлого: "В жизни всегда есть место

подвигу". При этом обычная, повседневная работа представляется "битвой за урожай", "схваткой с природой" и др. Излюбленный стиль работы тех, кто страдает трудоголизмом - вначале создавать себе трудности, чтобы затем героически их преодолевать. Такие сотрудники всегда заняты кипучей деятельностью по разрешению очередных чрезвычайных ситуаций. Для них сами эти кризисные ситуации просто жизненно необходимы, буквально как воздух - и все для того, чтобы загрузить себя работой выше обычного. В результате предприятие, в котором "у руля" стоят трудоголики, находится в ситуации хронического аврала и бесконечного (хотя и отчасти надуманного) кризиса (Орел В.Е., 1998).

### **2.5 Распространенность и структура эмоциональных нарушений среди врачей неотложной медицины г. Екатеринбурга и Свердловской области.**

Врачи интенсивной терапии относятся к своему эмоциональному состоянию гораздо более безответственно, чем врачи других специальностей. Нами проведен опрос 67 врачей анестезиологов-реаниматологов г. Екатеринбурга и Свердловской области. На утверждение «синдром выгорания врача - это выдумки

плохих профессионалов в оправдание своей некомпетентности» положительно ответили 9,2% респондентов (среди врачей других специальностей – 4,2%, данные Дискуссионного клуба Русского Медицинского сервера). Утверждение, что «этот синдром реальная проблема, но как быть – не знаю» поддержали 28,3% респондентов (37,5% в Дискуссионном клубе). За создание структур, помогающих профилактике и преодолению синдрома эмоционального состояния высказались 39,6% анестезиологов (50,0% в Дискуссионном клубе). Утверждение «наверное, проблема есть, но меня это не касается» поддержали 16,1% опрошенных нами анестезиологов (8,3% в Дискуссионном клубе).

Нами проведено проспективное, нерандомизированное, наблюдательное исследование. Осуществлено исследование на основании добровольного тестирования 68 специалистов, среди них - анестезиологи, неонатологи и врачи скорой медицинской помощи. Использовались следующие методики: методика диагностики уровня эмоционального выгорания В.В. Бойко, опросник «Шкала рабочей среды», тест Айзенка.

Методика диагностики уровня эмоционального выгорания В.В. Бойко. Данная методика выявляет как наличие "выгорания", так и степень эмоциональ-

ного выгорания, под которым автор понимал выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на избранные психотравмирующие воздействия. В.В. Бойко предлагает ряд утверждений, по каждому из которых, необходимо высказать своё мнение. Если испытуемый соглашается с одним из них, ему надо поставить около соответствующего номера "да", если не согласен - то "нет".

Автор выделяет три фазы "напряжение", "резистенция", "истощение" и 12 симптомов характеризующих эти фазы:

- напряжение (переживание психотравмирующих обстоятельств, неудовлетворенность собой, "загнанность в клетку", тревога и депрессия),
- резистенция (неадекватное избирательное эмоциональное реагирование, эмоционально - нравственная дезориентация, расширение сферы экономии эмоций, редукция профессиональных обязанностей),
- истощение (эмоциональный дефицит, эмоциональная отстраненность, личностная отстраненность (деперсонализация), психосоматические и психовегетативные нарушения).

Показатель выраженности каждого симптома колеблется в пределах от 0 до 30 баллов: 9 и менее баллов - не

сложившийся симптом, 10-15 баллов - складывающийся симптом, 16 и более - сложившийся. Симптомы с показателями 20 и более баллов относятся к доминирующим в фазе или во всем синдроме "эмоционального выгорания".

Для того чтобы посмотреть различия в восприятии социальной среды у «врачей, нами был использован опросник «Шкала рабочей среды» (адаптация А.А. Рукавишникова). Результаты опроса позволяют оценить мнение специалиста о своей работе по 6 позициям: включенность или невключенность врача в организацию лечебного процесса, отсутствие или наличие сплоченности во врачебном коллективе, степень самостоятельности в принятии решений, наличие или отсутствие поощрения нетрадиционных идей и методов лечения, физические условия работы (недостаточный физический комфорт, отсутствие необходимых медикаментов и оборудования и пр.), особенности администрации с точки зрения врача (Рукавишников А.А., 2000).

Для определения психотипа мы использовали опросник Айзенка. Психологический тест предназначен для выявления индивидуально-психологических особенностей лиц юношеского возраста и взрослых.

Опросник состоит из 48 вопросов (24 вопроса предназначены для диагностики экстра-интроверсии, 24 вопроса — для диагностики нейротизма), а также 9 вопросов, составляющих шкалу "лжи", по которой определяются тенденции обследуемого представить себя в лучшем свете.

Результаты исследования обработаны с использованием пакета программ STATISTICA - 6.0 for Windows.

Обследовались слушатели курсов переподготовки при кафедре анестезиологии и реаниматологии Уральской государственной медицинской академии (заведующий кафедрой проф. Егоров В.М.), врачи области – слушатели выездных семинаров. Методика В.В. Бойко показала, что эмоциональное выгорание отмечается у 69 (57,5%) исследуемых. По стадиям обследуемые расположились следующим образом (табл.2)

Таблица 2  
Распределение обследуемых по стадиям эмоционального выгорания

Стадия СЭВ	Кол-во (%)
Напряжение	24 (20,9%)
Резистенция	33 (27,5%)
Истощение	11 (9,1%)
Всего имеющих СЭВ	68 (57,5%)

Для выявления факторов риска эмоционального выгорания мы подвергли полученный материал классической обработке методом вариационной статистики. Факторы, достоверно влияющие на эмоциональный статус обследуемых, мы свели в следующую таблицу 3.

Таблица 3  
Реализация риска развития и прогрессирования СЭВ в зависимости от социально-психологических параметров анестезиологов-реаниматологов ( $M \pm m$ ,  $n = 68$ ).

Статус пациента		Степень и тяжесть СЭВ			
		I	II	III	Σ симптомов
Стаж	<b>&gt; 15 лет</b>	61,7±7,4	<b>70,7±4,7*</b>	<b>70,0±4,8*</b>	<b>202,3±10,7*</b>
	< 15 лет	47,3±8,7	61,8±3,9	51,5±5,3	161,6±10,1
Место жительства	<b>Екатеринбург</b>	<b>64,9±4,2*</b>	<b>77,8±4,4*</b>	<b>78,7±4,5*</b>	<b>221,5±8,7*</b>
	Область	52,2±6,3	62,4±5,2	62,4±5,3	184,1±11,4
Семья	<b>Нет</b>	<b>69,7±5,3*</b>	<b>67,9±3,3*</b>	<b>71,5±6,5*</b>	<b>213,9±12,1*</b>
	Есть	47,3±5,0	4,3±5,0	52,8±4,4	163,3±11,4
Оценка обследуемым условий труда	<b>Отриц.</b>	55,7±4,8	<b>77,2±3,2*</b>	<b>78,7±3,7*</b>	<b>213,5±12,1*</b>
	Положит.	54,7±5,8	70,3±3,2	70,1±3,8	163,3±8,0
Психический статус	<b>Интраверт</b>	<b>65,1±5,0*</b>	59,7±5,8	<b>69,3±5,8*</b>	<b>205,1±7,5*</b>
	Экстраверт	49,3±6,7	55,4±5,3	51,0±6,0	165,1±9,0
Внерабочие увлечения	<b>Нет</b>	<b>70,6±5,3*</b>	72,7±5,6	<b>71,0±7,6*</b>	<b>209,2±12,7*</b>
	Есть	47,6±5,3	67,6±6,3	57,3±4,0	177,6±10,2
Пол	<b>М</b>	<b>66,3±5,1*</b>	69,1±5,0	70,2±5,2	<b>206,1±7,1*</b>
	Ж	53,8±6,0	65,0±6,2	64,9±4,4	185,3±8,7

\* - риск реализован

Таким образом, методами вариационной статистики выявлено 7 факторов, влияющих на тяжесть и скорость формирования эмоциональных расстройств у врачей, занимающихся оказанием неотложной помощи.

Вполне ожидаемым фактором риска явился стаж работы в ургентном подразделении. Стаж более 15 лет значительно ускоряет формирование необратимой фазы синдрома и увеличивает выраженность симптомов.



Интересным оказался факт влияния на эмоциональный статус места жительства специалиста. Оказалось, что врачи, работающие в провинциальных больницах подвержены выгоранию в значительно меньшей степени, чем работающие в условиях мегаполиса. Данному факту есть вполне рациональное объяснение – врач в неотложном отделении зачастую оказывает помощь не постороннему человеку, а соседу, родственнику, знакомому, т.е. пациент не совсем эмоционально безразличен специалисту. Кроме того, определенную роль в эмоциональной сохранности областных врачей определенную роль играет эмоциональная близость коллег, «семейный» климат провинциальных больниц.

Наличие семьи, благоприятный модус семейных отношений так же является прекрасным эмоциональным стабилизатором. И, соответственно, отсутствие семьи является фактором риска развития эмоционального выгорания.

В значительно большей степени подвержены эмоциональным расстройствам специалисты, отрицательно оценивающие условия своего труда.

При исследовании психотипа мы обнаружили, что интраверты больше склонны к эмоциональным профессиональным деструкциям, чем экстраверты.

Фактором – стабилизатором эмоционального статуса врачей оказались внерабочие интересы (хобби, наличие домашних животных-любимцев, увлечения спортом, охотой или рыбалкой, приусадебным хозяйством).

Кроме того, оказалось, что мужчины-врачи так же больше подвержены эмоциональному выгоранию.

А вот такие социальные характеристики, как жилищные условия, наличие или отсутствие детей, отношение к религии, регулярность использования очередного отпуска на распространенность и уровень эмоционального выгорание не повлияли.

Традиционные методы вариационной статистики позволили нам выделить факторы риска развития эмоциональных нарушений у врачей неотложной помощи. Однако эти методы не позволяют оценить значимость факторов или их сочетаний в развитии выгорания, закономерности развития. Для этой цели мы применили современный метод непараметрической статистики «деревья классификации».

### **Основные идеи**

Деревья классификации - это метод, позволяющий предсказывать принадлежность наблюдений или объектов к тому или иному классу категориальной зависимой переменной в зависимости от

соответствующих значений одной или нескольких предикторных переменных. Построение деревьев классификации - один из наиболее важных методов, используемых при проведении "ДОБЫЧИ ДАННЫХ".

Цель построения деревьев классификации заключается в предсказании (или объяснении) значений категориальной зависимой переменной, и поэтому используемые методы тесно связаны с более традиционными методами дискриминантного анализа, кластерного анализа, непараметрической статистики и нелинейного оценивания. Широкая сфера применимости деревьев классификации делает их весьма привлекательным инструментом анализа данных, но не следует поэтому полагать, что его рекомендуется использовать вместо традиционных методов статистики. Напротив, если выполнены более строгие теоретические предположения, налагаемые традиционными методами, и выборочное распределение обладает

некоторыми специальными свойствами, то более результативным будет использование именно традиционных методов. Однако, как метод разведочного анализа, или как последнее средство, когда отказывают все традиционные методы, деревья классификации, по мнению многих исследователей, не знают себе равных.

Решающее правило, реализованное в нашем дереве классификации, позволяет эффективно проранжировать факторы риска, а в общем случае применимо к широкому спектру задач классификации.

Начиная анализ методом деревьев классификации, следует предположить, что обследуемых нужно поделить на 4 класса - от 0 (полное отсутствие признаков эмоционального выгорания) до 3 (развитие стадии истощения). Для обработки данным методом взято 44 обследованных врача из представленной выше группы. Анализ проводился по 7 бинарно представленным факторам риска (рис. 1).

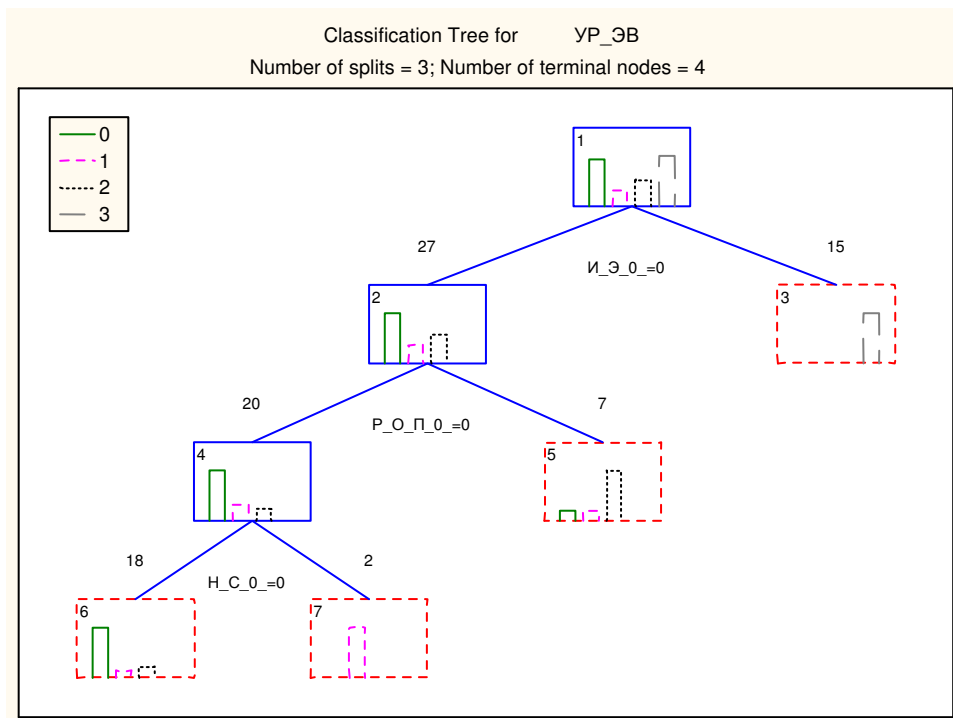


Рис1. Дерево классификации 1

Выводы в результате анализа дерева классификации 1:

однозначным признаком эмоционального выгорания (ЭВ) является тот факт, что человек является интровертом, т.к. в левой части дерева (после условия И\_Э\_0) отсутствуют представители третьей группы (всего их 15, см. блок №3);

представителей нулевой группы (не имеющие признаков ЭВ) практически однозначно можно описать как «семейный экстраверт с положительными отзывами с работы» (блок №6, исключение – 1 случай из блока №5).

Таким образом, можно сказать, что в работе врача неотложной помощи,

прежде всего, реализуется фактор индивидуальной предрасположенности к эмоциональной деструкции. Однозначно – работа в неотложной медицине интроверту противопоказана! Данную позицию следует позиционировать как первую посылку вербальной реализации правила развития эмоционального выгорания у врачей неотложной медицины.

Исключим из анализа переменную интроаверт-экстраверт, чтобы детальнее проследить признаки 3-го класса. Полученное дерево представлено ниже (рис. 2).

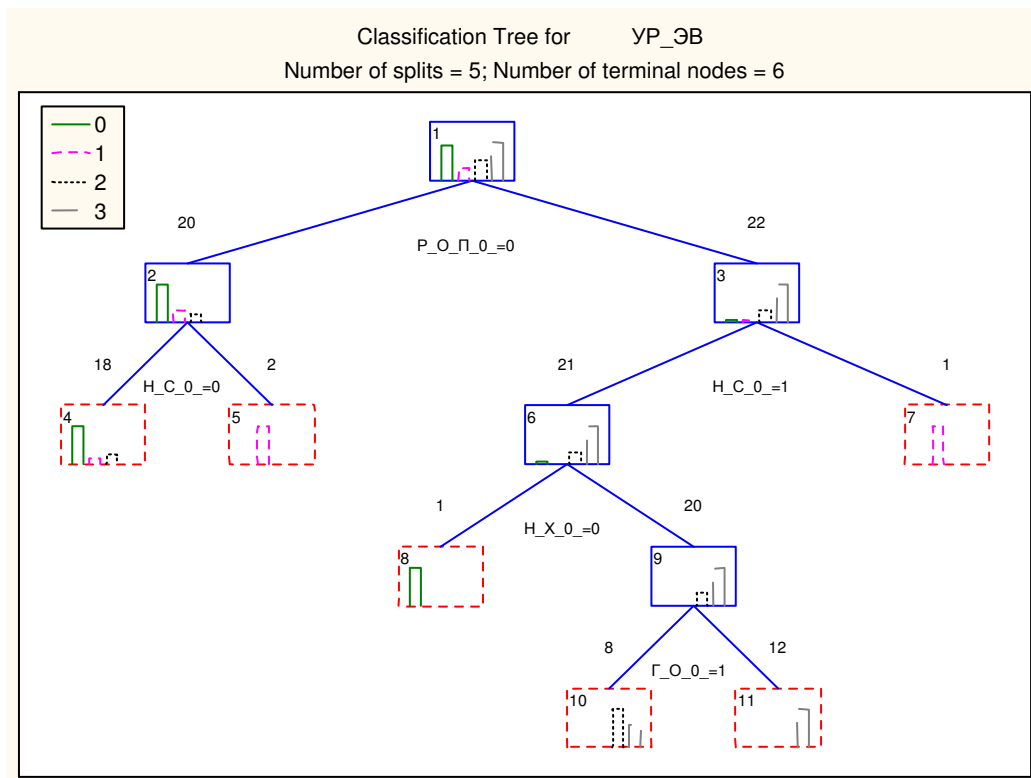


Рис 2. Дерево классификации 2

Выводы:

- 1) признаком третьего класса являются: отрицательный отзыв о работе, отсутствие семьи и внерабочих увлечений (условно назовем их хобби, блок №9), причем если при этом человек живет в городе, то он гарантировано может быть отнесен к третьей группе (блок №11);
- 2) отрицательный отзыв о работе является практически однозначным признаком того, что человек относится ко второй или третьей группе (блок №3, исключения – респонденты №8 и №42);
- 3) несемейный врач практически гарантировано имеет какую-либо стадию ЭВ;
- 4) 6 из 18 (33%) семейных респондентов имеют 1-ю или 2-ю стадию ЭВ, но ни один не имеет 3-ю (см вывод 1)
- 5) фактор стажа работы и пола являются менее значимыми при классификации.
- 6) Изложенные при анализе 5 пунктов являются второй частью основного правила развития эмоционального выгорания у врачей ургентных подразделений.

Таким образом, ранжирование факторов риска развития эмоциональной дезадаптации будет выглядеть следую-

щим образом: индивидуальная предрасположенность – тяжелые условия труда – отсутствие семьи – отсутствие внерабочих увлечений – проживание в

мегаполисе – стаж. Влияние пола на развитие синдрома эмоционального выгорания сомнительно (рис. 3).

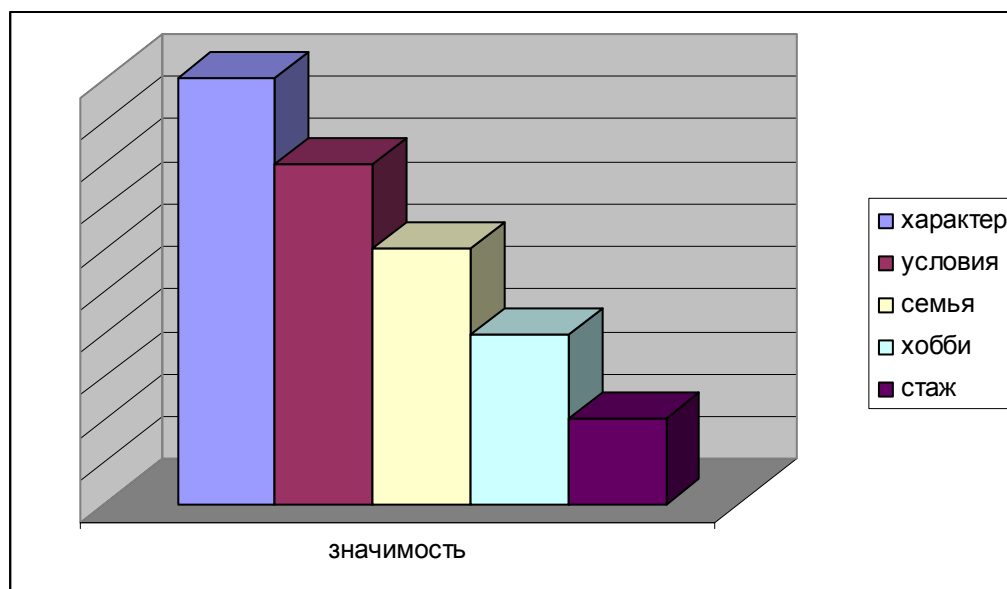


Рис 3. Значимость факторов риска для реализации эмоциональных нарушений у врачей неотложной медицинской помощи.

Таким образом, из проведенного нами обследования можно сделать следующие заключения.

1. 57,5% обследованных врачей-специалистов неотложной медицины эмоционально дезадаптированы.

2. Определяющим фактором формирования синдрома эмоционального выгорания является индивидуальная предрасположенность.

3. Ранжирование факторов риска развития эмоциональной дезадаптации выглядит следующим образом: индивидуальная предрасположенность – тяжелые условия труда – отсутствие семьи – отсутствие внерабочих увлечений – проживание в мегаполисе – стаж.