

УДК 614.253 (471.331)

ВЗАИМОСВЯЗЬ СИНДРОМА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ И ИНДИВИДУАЛЬНЫХ СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ВРАЧЕЙ ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ*

**О.В. Крячкова, Д.П. Дербенев, К.А. Эхте,
И.А. Жмакин, К.Б. Баканов, Ю.А. Алексеева**
Тверская государственная медицинская академия

Для определения распространенности синдрома психоэмоционального выгорания среди врачей Тверской обл. обследовано 772 человека с использованием тестовой методики В.В. Бойко. Показано, что у 23% врачей синдром выгорания начал формироваться, у 6,5% врачей обнаружен уже сформировавшийся синдром. Среди социально-демографических факторов, связанных с синдромом выгорания, у врачей Тверской обл. оказались значимыми такие характеристики как пол, возраст, место проживания, размер жилой площади, приходящейся на каждого члена семьи, степень удовлетворенности бытовыми условиями. Индивидуальными факторами, характеризующими отношение к здоровому образу жизни, являются степень физической активности, курение и его интенсивность, удовлетворенность образом жизни.

Ключевые слова: *синдром психоэмоционального выгорания, врач, социально-демографические характеристики, образ жизни, физическая активность, курение, Тверская область.*

Введение. Синдром эмоционального выгорания (burn-out) представляет собой состояние эмоционального, психического, физического истощения, развивающегося как результат хронического неразрешенного стресса на рабочем месте. Развитие данного синдрома характерно для альтруистических профессий, где доминирует забота о людях (социальные работники, врачи, медицинские сестры, учителя и др.) [6].

Первые работы появились в 70-е годы в США. Одним из основоположников идеи выгорания является Х. Фреденбергер. Он в 1974 г. описал феномен, который наблюдал у себя и своих коллег (истощение, потеря мотиваций и ответственности) и использовал для его названия образную метафору – «выгорание». Другой основоположник идеи выгорания – К. Маслач (американский психиатр, работавшая в альтернативной службе медицинской помощи, социальный психолог) — определила это понятие как синдром физического и эмоционального истощения. Он включает развитие

* Работа выполнена при поддержке РГНФ (грант 10-06-54903 а/ц)

отрицательной самооценки, отрицательного отношения к работе, утрату понимания и сочувствия по отношению к клиентам или пациентам [8].

В 10-м пересмотре Международной классификации болезней синдром выгорания был описан под рубрикой Z.73.0 как «Выгорание – состояние полного истощения» [10]. Люди с синдромом выгорания обычно имеют сочетание психопатологических, психосоматических, соматических симптомов и признаков социальной дисфункции. Наблюдаются хроническая усталость, когнитивная дисфункция (нарушения памяти и внимания), нарушения сна с трудностями засыпания и ранними пробуждениями, личностные изменения. Возможно развитие тревожного, депрессивного расстройств, зависимостей от психоактивных веществ, суицид. Общими соматическими симптомами являются головная боль, гастроинтестинальные (диарея, синдром раздраженного желудка) и кардиоваскулярные (тахикардия, аритмия, гипертония) нарушения [5; 9].

Существует множество теорий развития синдрома эмоционального выгорания. Ряд исследователей считает основными предпосылками наличие организационных проблем (слишком большая рабочая нагрузка, недостаточная возможность контролировать ситуацию, отсутствие организационной общности, недостаточное моральное и материальное вознаграждение, несправедливость, отсутствие значимости выполняемой работы) [8]. В то же время другие исследователи считают более важными личностные характеристики (низкая самооценка, высокий невротизм, тревожность и др.) [4]. Таким образом, нет единых взглядов на вопрос этиопатогенеза выгорания, отсутствуют устоявшиеся единые диагностические критерии.

Материал и методика. Для получения характеристики распространенности синдрома психоэмоционального выгорания и изучения факторов, оказывающих на него влияние среди врачей Тверской обл., была использована разработанная анкета, в первом своем разделе содержащая сведения об индивидуальных социально-демографических характеристиках. Для определения уровня психоэмоционального выгорания врачей, участвующих в исследовании, была использована тестовая методика В.В. Бойко, которая содержит 35 утверждений [1]. Обработка данных осуществлялась путем подсчета суммы баллов согласно ключу, предложенному автором методики – сумма баллов по всем симптомам равная 50 и менее свидетельствует об отсутствии «выгорания», сумма баллов от 50 до 80 – о начинающемся «выгорании», сумма 80 баллов и более – о сложившемся синдроме психоэмоционального выгорания.

Проведенное нами исследование, направленное на выявление признаков психоэмоционального выгорания по адаптированной методике В.В. Бойко показало, что формирующийся синдром

психоэмоционального выгорания обнаружен у 178 человек, что составляет 23,0%, сформировавшийся синдром обнаружен у 50-ти человек, что составляет 6,5% от общего числа обследованных. Таким образом, 29,5% из обследованной выборки врачей имеют признаки формирующегося или сформировавшегося синдрома психоэмоционального выгорания.

Для дальнейшей продуктивной работы с данными и принятия корректного решения о выборе тестов на статистическую значимость необходимо было провести анализ распределения вариант в выборке на предмет соответствия нормальному распределению. Среди методов проверки на нормальность распределения был выбран метод дескриптивной статистики (табл. 1). Рассчитанные показатели позволили оценить выборочные коэффициенты асимметрии и эксцесса.

Таблица 1

Показатели центральной тенденции эмоционального выгорания

Показатель	Значение
N (валидные)	772
Среднее	38,63
Стандартная ошибка среднего	0,768
Стандартная отклонение	21,340
Асимметрия (As)	0,901
Стандартная ошибка асимметрии	0,088
Эксцесс (Ex)	0,882
Стандартная ошибка эксцесса	0,176
Процентили	
25	23,00
50 (медиана)	35,00
75	52,00

Учитывая, что распределение считается асимметричным, если $|As| > 0,5$ и значительно отклоняется от нормального распределения, если $|Ex| > 0,5$ [3] полученное в результате исследования распределение вариант показателя степени выраженности эмоционального выгорания в выборке не может быть признано соответствующим нормальному. Поэтому выбор тестов на статистическую значимость проводился среди непараметрических тестов. Исходя из возможности группировки исходной выборки по качественному признаку и большого количества наблюдений (772 респондента), дальнейший статистический анализ был осуществлен с использованием теста χ^2 Пирсона, с поправкой Йейтса на непрерывность, в случаях, когда количество степеней свободы в таблицах сопряженности было равно 1 и поправки Бонферрони при

множественных сравнениях [2].

Результаты и обсуждение При детальном анализе зависимости распространенности синдрома психоэмоционального выгорания от половозрастных характеристик обнаружено следующее. Как видно из табл. 2, пол является фактором, оказывающим статистически значимое влияние на распространенность синдрома психоэмоционального выгорания ($P < 0,025$). Количество лиц, у которых синдром не сформирован, характеризовалось более высоким уровнем среди женщин (71,7%) по сравнению с мужчинами (67,4%). При анализе распространенности лиц, у которых синдром сформирован, обращает на себя внимание тот факт, что среди мужчин этот показатель выше, чем среди женщин – 10,4% против 4,9%. Причем он превышает аналогичный среди женщин более чем в 2 раза. Это возможно свидетельствует о том, что мужчины обладают более низкими способностями к адаптации в профессиональной среде, они менее стрессоустойчивы, возможно в силу своих психоэмоциональных особенностей или низких коммуникативных способностей.

Таблица 2
Распространенность синдрома психоэмоционального выгорания
в зависимости от пола

Синдром	Баллы	Мужчины		Женщины		Всего		ν^*	χ^2 Пирсона	P_{α}^*
		абс.	%	абс.	%	абс.	%			
Не сформирован	<50	149	67,4	395	71,7	544	70,5	2	7,899	<0,025
Начал формироваться	50–80	49	22,2	129	23,4	178	23,0			
Сформирован	≥ 80	23	10,4	27	4,9	50	6,5			
Итого		221	100	551	100	772	100			

Примечание. ν – количество степеней свободы, P_{α} – асимптотическая статистическая значимость.

Как видно из табл. 3, возраст статистически значимо оказывает влияние на распространенность синдрома психоэмоционального выгорания среди врачей ($P < 0,05$). При анализе этого влияния обнаруживаются следующие закономерности. С увеличением возраста доля лиц, у которых отсутствует синдром «выгорания» снижается, с 74,8% в возрасте до 40 лет до 66,8% в возрасте более 50 лет, при этом частота встречаемости лиц, у которых синдром начал формироваться или уже сформирован, увеличивается. При рассмотрении сформировавшегося синдрома «выгорания» выявляется следующая ситуация. В возрасте после 40 лет частота встречаемости этого показателя резко возрастает почти в 2,5 раза по сравнению с предыдущим периодом, и в дальнейшем остается на достигнутом уровне. Таким образом, может быть сделан вывод о том, что в возрасте после 40 лет у врачей накапливаются негативные влияния

профессиональной среды, способные привести к профессиональной и социальной дезадаптации, что требует определённых усилий по их коррекции

Таблица 3
Распространенность синдрома психоэмоционального выгорания
в зависимости от возраста

Синдром	Баллы	Возраст						Всего		v*	χ^2 Пирсона	P _α *
		<40 лет		40–49 лет		≥50 лет						
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%			
Не сформирован	<50	250	74,8	167	67,3	127	66,8	544	70,5	4	9,5	<0,05
Начал формироваться	50–80	71	21,2	58	23,4	49	25,8	178	23,0			
Сформирован	≥80	13	3,9	23	9,3	14	7,4	50	6,5			
Итого		334	100	248	100	190	100	772	100			

Примечание. v – количество степеней свободы, P_α – асимптотическая статистическая значимость.

Среди факторов характеризующих семейно-бытовые условия проживания выявлены те, которые оказывают влияние на исследуемый синдром. Такими факторами явились место проживания, где фактор имел следующие градации: г. Тверь, города Тверской обл., сельская местность; фактор, определяющий количество метров жилой площади приходящиеся на одного члена семьи и фактор, который был сформулирован как удовлетворенность бытовыми условиями.

Из табл. 4 видно, что лишь менее половины врачей, проживающих в сельской местности, не имеют признаков синдрома эмоционального выгорания. В то время как среди городских врачей этот показатель превышает 70%. Доля врачей сельской местности, имеющих признаки начинающегося выгорания, в 1,5 раза превышает аналогичный показатель среди городских врачей. Среди сельских врачей доля тех, у кого диагностирован сформировавшийся синдром психоэмоционального выгорания составляет 16,3%, что более чем в 2,5 раза превышает аналогичный показатель среди городских представителей профессии.

Таким образом, проживание в сельской местности является статистически значимым (P<0,025) фактором, оказывающим влияние на распространенность синдрома эмоционального выгорания среди врачей Тверской обл., что может быть следствием повышенных нагрузок и ответственности ложащихся на сельского врача в условиях недостаточного обеспечения оборудованием и лекарствами.

При группировке исследуемой совокупности в зависимости от жилой площади, приходящейся на одного члена семьи, сформировавшиеся группы оказались близки по численности, что

наиболее ярко высвечивает тенденции: с увеличением жилой площади, закономерно уменьшается количество респондентов, у которых диагностирован синдром психоэмоционального выгорания (табл. 5). При площади менее 9 м² 9,7% от группы имеют сформировавшийся синдром, что в 1,5 раза выше, чем в среднем по выборке. С увеличением жилой площади до 9–12 м² на человека этот показатель уменьшается до 5% и при площади превышающей 12 м² этот показатель составляет лишь 4,6%, что в 1,4 раза меньше, чем в среднем по выборке. Близкая тенденция существует и при рассмотрении ситуации, при которой синдром уже начал формироваться: при минимальном значении метража жилой площади наблюдается максимальный показатель формирующегося синдрома выгорания и он в 1,5 раза превышает аналогичный показатель при большем метраже, и составляет 29,2%, в то время как при большем метраже жилой площади формирующийся синдром наблюдается в 18–20% случаев.

Таблица 4
Распространенность синдрома психоэмоционального выгорания
в зависимости от места жительства

Синдром	Баллы	г. Тверь		Города Тверской обл.		Сельская местность		Всего		ν*	χ ² Пирсона	P _α *
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%			
Не сформирован	<50	417	71,8	106	71,6	21	48,8	544	70,5	4	12,6	<0,025
Начал формироваться	50–80	130	22,4	33	22,3	15	34,9	178	23,0			
Сформирован	≥80	34	5,8	9	6,1	7	16,3	50	6,5			
Итого		581	100	148	100	43	100	772	100			

Примечание. ν – количество степеней свободы, P_α – асимптотическая статистическая значимость.

Проверка на статистическую значимость различий с помощью критерия χ² показала, что эти различия статистически высокосignимы (P<0,001). Однако проведение теста χ² подтверждает факт наличия различий между группами, но не дает возможности сразу определить какая из групп статистически значимо отличается от остальных [9]. Для ответа на этот вопрос была проведена процедура попарных сравнений, которая подтвердила отсутствие статистически значимых отличий между группами респондентов, проживающих в помещениях где площадь составляет 9–12 и более 12 м² на одного человека, (χ² =0,407 при ν=2, P=0,8) что позволило объединить эти группы для последующего попарного сравнения. Дальнейшая статистическая процедура подтвердила, что факт проживания в помещении, где площадь на одного члена семьи менее 9 м² является фактором статистически высокосignимо оказывающим влияние на

распространенность синдрома психоэмоционального выгорания ($\chi^2=18,549$ при $\nu=2$, $P<0,0001$, учитывая, что мы провели два попарных сравнения, используя одни и те же данные, необходимо использовать поправку Бонферрони, и тогда уровень значимости будет $P<0,0002$) Несмотря на то, что в помещениях, площадь которых на одного члена семьи не превышала 9 м^2 , проживало 35% от общей выборки, недовольными своими бытовыми условиями оказалось значительно больше респондентов – почти 48% от общего числа опрошенных.

Таблица 5
Распространенность синдрома психоэмоционального выгорания в зависимости от площади жилого помещения, приходящегося на одного члена семьи

Синдром	Баллы	Площадь, м^2								ν^*	χ^2 Пирсона	P_{α}^*
		<9		9–12		>12		Всего				
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%			
Не сформирован	<50	163	61,0	169	76,5	212	74,6	544	70,5	4	19	<0,001
Начал формироваться	50–80	78	29,2	41	18,6	59	20,8	178	23,0			
Сформирован	≥ 80	26	9,7	11	5,0	13	4,6	50	6,5			
Итого		267	100	221	100	284	100	772	100			

Примечание. ν – количество степеней свободы, P_{α} – асимптотическая статистическая значимость.

По результатам анализа степень удовлетворенности бытовыми условиями статистически значимо ($P<0,005$) влияет на распространенность синдрома психоэмоционального выгорания. В каждой из анализируемых групп доля респондентов заметно отличалась от средней доли по выборке. Так, среди тех, кто был удовлетворен своими бытовыми условиями, доля не имеющих признаков психоэмоционального выгорания составила 75,7%, а среди тех, кто не был удовлетворен – всего 64,7%. Среди тех, кто высказывал удовлетворение своими бытовыми условиями доля имеющих признаки начавшего формироваться синдрома выгорания составила 19,6%, что было в 1,4 раза меньше, чем в другой группе, где этот показатель составил 26,9%.

Еще более показательными были значения, подтверждающие распространенность сформировавшегося синдрома выгорания. Среди первой группы, довольных бытовыми условиями, доля уже имеющих все признаки выгорания составила 4,7%, что в 1,8 раза меньше аналогичного показателя в другой группе, составившего 8,4%, что в свою очередь в 1,3 раза превышает показатель в среднем по выборке.

Учитывая, что синдром эмоционального выгорания рассматривается как следствие хронического неразрешенного стресса на

рабочем месте, ситуация, при которой значимыми факторами являются количество метров жилой площади и степень удовлетворенности бытовыми условиями может быть расценена как невозможность получения адекватного отдыха после работы в условиях скученности членов семьи в жилом помещении, что в свою очередь усугубляет проблемы, возникающие на рабочем месте.

Таблица 6

Распространенность синдрома психоэмоционального выгорания в зависимости от удовлетворенности бытовыми условиями

Синдром	Баллы	Удовлетворены		Не удовлетворены		Всего		v*	χ^2 Пирсона	P _α *
		абс.	%	абс.	%	абс.	%			
Не сформирован	<50	306	75,7	238	64,7	544	70,5	2	11,974	<0,005
Начал формироваться	50–80	79	19,6	99	26,9	178	23,0			
Сформирован	≥80	19	4,7	31	8,4	50	6,5			
Итого		404	100	368	100	772	100			

Примечание. v — количество степеней свободы, P_α — асимптотическая статистическая значимость.

В группу факторов, названную как индивидуальные социально-демографические характеристики, кроме проанализированных выше вошли еще и факторы, характеризующие физическую активность, наличие вредных привычек, удовлетворенность образом жизни.

При анализе влияния физической активности на распространенность синдрома психоэмоционального выгорания констатирована следующая ситуация (табл. 7). Среди врачей лишь 14% регулярно занимаются спортом, 45% занимаются физкультурой от случая к случаю и 41% от общей выборки не занимаются физическими упражнениями вообще. При этом фактор отношение к физической активности как следует из анализа статистически значимо (P<0,05) связан с распространенностью синдрома психоэмоционального выгорания.

При анализе распространенности разных степеней синдрома выгорания прослеживается четкая тенденция: чем выше физическая активность, тем больше среди врачей здоровых в отношении эмоционального выгорания. Среди регулярно занимающихся спортом 81,5% респондентов не имеют признаков выгорания. Среди занимающихся от случая к случаю этот показатель ниже на 10,8%, и составляет 70,7%, (что соответствует среднему по выборке). При отсутствии физической активности этот показатель еще ниже (66,5%). При анализе групп с формирующимся и сформировавшимся синдромом ситуация ровно противоположная: чем выше физическая активность, тем меньше врачей, имеющих признаки формирующегося и сформировавшегося синдрома психоэмоционального выгорания. Из 108

человек, ответивших, что регулярно занимаются спортом, лишь трое имеют признаки сформировавшегося выгорания, что составило всего 2,8%. Этот показатель в 2,3 раза меньше, чем в среднем по выборке и в 2,6 раза меньше, чем аналогичный показатель при отсутствии физических нагрузок, составивший 7,2%. Подобная ситуация является еще одним подтверждением того, что умеренные, регулярные физические нагрузки являются профилактикой стресса. Учитывая общее мнение специалистов о том, что психоэмоциональное выгорание является следствием хронического неразрешенного стресса на рабочем месте, то выявленная тенденция является логически объяснимой и закономерной.

Таблица 7

Распространенность синдрома психоэмоционального выгорания в зависимости от физической активности

Синдром	Баллы	Занимались спортом регулярно		От случая к случаю		Не занимались		Всего		ν^*	χ^2 Пирсона	P_{α}^*
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%			
Не сформирован	<50	88	81,5	244	70,7	212	66,5	544	70,5	4	9,49	<0,05
Начал формироваться	50–80	17	15,7	77	22,3	84	26,3	178	23,0			
Сформирован	≥80	3	2,8	24	7,0	23	7,2	50	6,5			
Итого		108	100	345	100	319	100	772	100			

Примечание. ν – количество степеней свободы, P_{α} – асимптотическая статистическая значимость.

При анализе взаимосвязи между наличием вредных привычек и распространенностью синдрома психоэмоционального выгорания влияние такого фактора как употреблением алкоголя оказалось статистически не значимо в то время как интенсивность курения среди врачей как фактор имеет значение, причем статистическая значимость его составляет $P_{\alpha} < 0,025$. Почти 80% врачей ответили, что не курят.

С одной стороны это можно объяснить тем, что 71% от общей выборки составляют женщины, а среди тех, кто не курит именно женщины составляют большинство (78%). С другой стороны, при анализе зависимости распространенности курения от пола выяснено, что среди женщин 87% респондентов не курят. Возвращаясь к анализу зависимости распространенности синдрома психоэмоционального выгорания от курения среди врачей можно обнаружить следующее: среди тех, у кого синдром выгорания отсутствует показатели близки между собой во всех группах и отличаются от средней по выборке (70,5%) на 2–3% в обе стороны и составляют 72,8% среди выкуривающих не более 10 сигарет в день, и 67,2 среди выкуривающих более 10 сигарет в день.

Таблица 8

Распространенность синдрома психоэмоционального выгорания
в зависимости от интенсивности курения среди врачей

Синдром	Баллы	Не курят		Курят ≤10 шт./день		Курят >10 шт./день		Всего		v*	χ^2 _{Пирсона}	P _α *
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%			
Не сформирован	<50	434	70,5	67	72,8	43	67,2	544	70,5	4	12,1	<0,025
Начал формироваться	50–80	149	24,2	18	19,6	11	17,2	178	23,0			
Сформирован	≥80	33	5,4	7	7,6	10	15,6	50	6,5			
Итого		616	100	92	100	64	100	772	100			

Примечание. v – количество степеней свободы, P_α – асимптотическая статистическая значимость.

Другая ситуация выявляется при анализе начавшего формироваться синдрома: доля таковых среди курящих ниже, чем в среднем по выборке почти на 4–6%. Такая на первый взгляд неоднозначная ситуация проясняется при анализе распространенности сформировавшегося синдрома. Среди некурящих доля имеющих синдром выгорания составляет 5,4%, что ниже, чем в среднем по выборке, хотя и на 1,1%. Среди выкуривающих не более 10 сигарет в день доля «выгоревших» составляет 7,6%, что превышает средний по выборке показатель на все те же 1,1%. А вот среди тех, кто выкуривает более 10 сигарет в день доля «выгоревших» составила 15,6%, что превышает средний по выборке показатель в 2,4 раза, превышает аналогичный показатель среди тех, кто курит меньше 10 сигарет в день почти в 2 раза, и почти в 3 раза превышает аналогичный показатель среди некурящих. Чтобы доказать, что именно выкуривание больше 10 сигарет в день является значимым фактором, связанным с распространенностью синдрома психоэмоционального выгорания была проведена процедура попарных сравнений, которая во-первых подтвердила отсутствие статистически значимых отличий между группами респондентов которые не курят и тех, которые выкуривают не более 10 сигарет в день ($\chi^2=1,5$ при $v=2$, $P=0,5$), что позволило объединить эти группы для последующего попарного сравнения. Дальнейшая статистическая обработка подтвердила, что выкуривание более 10 сигарет в день является фактором статистически высоко значимым и связанным с распространенностью синдрома психоэмоционального выгорания ($\chi^2=10,658$ при $v=2$, $P<0,005$). Учитывая, что мы провели два попарных сравнения, используя одни и те же данные, необходимо использовать поправку Бонферрони, и тогда уровень значимости будет $P<0,01$) [2]. Нельзя утверждать, что эта связь причинная, возможно интенсивное курение лишь является атрибутом состояния хронического

неразрешенного стресса, возможно это является атрибутом непродуктивных копинг-стратегий среди пытающихся преодолеть стресс, но тем не менее совершенно определенно, выкуривание более 10 сигарет в день статистически значимо связано с распространенностью сформировавшегося синдрома психоэмоционального выгорания среди врачей Тверской обл.

Таблица 9
Распространенность синдрома психоэмоционального выгорания
в зависимости от удовлетворенности образом жизни

Синдром	Баллы	Удовлетворены		Не удовлетворены		Всего		v*	χ^2 Пирсона	P _α *
		абс.	%	абс.	%	абс.	%			
Не сформирован	<50	218	81,0	326	64,8	544	70,5	2	23,327	<0,001
Начал формироваться	50–80	43	16,0	135	26,8	178	23,0			
Сформирован	≥80	8	3,0	42	8,3	50	6,5			
Итого		269	100	503	100	772	100			

Примечание. v – количество степеней свободы, P_α – асимптотическая статистическая значимость.

Среди факторов, характеризующих образ жизни, кроме анализа взаимосвязи с курением и степенью физической активности, была рассмотрена взаимосвязь между распространенностью синдрома выгорания и удовлетворенностью образом жизни, которая оказалась статистически высоко значимой (P<0,001). Анализ взаимосвязи между распространенностью синдрома психоэмоционального выгорания и удовлетворенностью образом жизни, представлен в табл. 9. Среди высказавших удовлетворение своим образом жизни, доля не имеющих выгорания составила 81%, что на 16,2% превышает аналогичный показатель среди высказавших неудовлетворение своим образом жизни, составивший 64,8% и на 10,5% превышает аналогичный средний показатель по выборке составляющий 70,5%. Доля тех, у кого начал формироваться синдром выгорания, в первой группе составила 16%, что в 1,7 раза меньше аналогичного показателя во второй группе составляющего 26,7%, и в 1,4 раза меньше чем средний по выборке показатель составляющий 23%. Еще более показательная ситуация с распространенностью сформировавшегося синдрома. В первой группе их доля составила всего 3%, что меньше, чем средний по выборке (6,5%) в 2,2 раза, и меньше чем аналогичный показатель во второй группе, составляющий 8,3% в 2,8 раза.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что удовлетворенность образом жизни статистически значимо (P<0,001) связана с распространенностью синдрома психоэмоционального выгорания, помня о том, что по мнению врачей образ жизни ассоциируется с уровнем физической активности.

Заключение. Анализ взаимосвязи между распространенностью синдрома психоэмоционального выгорания и индивидуальными социально-демографическими показателями выявил, что статистически значимая связь с синдромом выгорания определяется полом, возрастом, местом жительства, размером жилой площади, приходящейся на одного члена семьи, степенью удовлетворения бытовыми условиями, наличием курения, степенью физической активности и удовлетворенностью своим образом жизни.

Список литературы

1. *Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М.* Словарь-справочник по психодиагностике. СПб.: Питер, 2001. 528 с.
2. *Гланц С.* Медико-биологическая статистика. М.: Практика, 1998. 459 с.
3. *Жижин К.С.* Медицинская статистика. Ростов н/Д: Феникс, 2007. 160 с.
4. *Орел В.Е.* Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования // Психологический журнал. 2001. Т. 22, № 1. С. 90–101.
5. *Пушкарев А.Л.* Психодиагностическое обследование больных и инвалидов на этапе медико-профессиональной реабилитации. Минск, 1997.
6. *Скугаревская М.М.* Синдром эмоционального выгорания // Медицинские новости. 2002. № 7. С. 3–9.
7. *Cebria J., Segura J., Corbella S.* Rasgos de personalidad y burnout en medicos de familia // Atencion Primaria. 2001. Vol. 27, № 7. P. 459–468.
8. *Maslach C., Schaufeli W. B., Leiter M. P.* Job Burnout // Annual Review of Psychology. 2001. Vol. 52. P. 397–422.
9. *Weber A., Jaekel-Reinhard A.* Burnout syndrome: a disease of modern societies? // Occupational medicine. 2000. Vol. 50, № 7. P. 512–517.
10. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines: [Electronic resource]. Geneva: WHO, 1992. Mode of access: <http://www.who.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf> (Дата обращения: 25.11.2010).

INTERRELATION OF THE SYNDROME OF PSYCHOEMOTIONAL BURNING OUT AND INDIVIDUAL SOCIALLY DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS DOCTORS OF THE TVER REGION

**O.V. Krajchkova, D.P. Derbenev, K.A. Ehte,
I.A. Zhmakin, K.B. Bakanov, J.A. Alekseeva**
Tver State Medical Academy, Tver

For definition of prevalence of a syndrome of psychoemotional burning out among doctors of the Tver region (772 people) with use of a test technique of V.V. Bojko has been investigated. 23% of doctors the burning out syndrome has started to be formed, already generated syndrome of burning out is found out in 6,5% of doctors. Among socially-demographic characteristics of doctors

of the Tver region with a burning out syndrome such factors as a sex, age, a residing place, quantity of the floor space falling to each member of a family and satisfaction by a conditions of life were statistically connected. Among individual factors, characterising the relation to the healthy way of life, statistically significantly connected with a burning out syndrome were such factors as degree of physical activity, presence and intensity of smoking, satisfaction a way of life.

Keywords: *syndrome of psychoemotional burning out, doctors, socially-demographic characteristics, a way of life, physical activity, smoking, Tver region.*

Об авторах:

КРЯЧКОВА Ольга Владимировна – ассистент кафедры социальной медицины, управления и экономики здравоохранения ФПДО, ГОУ ВПО «Тверская ГМА Росздрава», e-mail: Tver.Olga@mail.ru

ДЕРБЕНЕВ Димитрий Павлович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой социальной медицины, управления и экономики здравоохранения ФПДО, ГОУ ВПО «Тверская ГМА Росздрава»

ЭХТЕ Ксения Альбертовна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры социальной медицины, управления и экономики здравоохранения ФПДО, ГОУ ВПО «Тверская ГМА Росздрава», e-mail: ekhte@mail.ru

ЖМАКИН Игорь Алексеевич – кандидат медицинских наук, доцент мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф, проректор по научной работе и инновационной деятельности, ГОУ ВПО «Тверская ГМА Росздрава», e-mail: 4822konstom@mail.ru

БАКАНОВ Константин Борисович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф, ГОУ ВПО «Тверская ГМА Росздрава», e-mail: 4822konbak@mail.ru

АЛЕКСЕЕВА Юлия Александровна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой поликлинической педиатрии с основами формирования здоровья, ГОУ ВПО «Тверская ГМА Росздрава», e-mail: 4822konstom@mail.ru