

EMOTIONAL BURNOUT SYNDROME: EFFECT ON CLINICAL INERTIA AND MEDICAL PRACTICE STEREOTYPES

R.A. Khokhlov¹, E.V. Minakov², G.I. Furmenko², N.M. Akhmedzhanov^{3*}

¹Chair of Hospital Therapy of Voronezh State Medical Academy named after N.N. Burdenko, Studencheskaya ul. 10, Voronezh, 394000 Russia

²Interregional Cardiology Center of Voronezh Regional Clinical Hospital № 1, Moskovsky prosp. 151-2, Voronezh, 394082 Russia

³State Research Center for Preventive Medicine of Rosmedtechnology, Petroverigsky per. 10, Moscow, 101990 Russia

Emotional burnout syndrome: effect on clinical inertia and medical practice stereotypes

R.A. Khokhlov¹, E.V. Minakov², G.I. Furmenko², N.M. Akhmedzhanov^{3*}

¹Chair of Hospital Therapy of Voronezh State Medical Academy named after N.N. Burdenko, Studencheskaya ul. 10, Voronezh, 394000 Russia

²Interregional Cardiology Center of Voronezh Regional Clinical Hospital № 1, Moskovsky prosp. 151-2, Voronezh, 394082 Russia

³State Research Center for Preventive Medicine of Rosmedtechnology, Petroverigsky per. 10, Moscow, 101990 Russia

Aim. To estimate the prevalence of burnout in primary care physicians and its influence on medical practice stereotypes and on clinical inertia.

Material and Methods. The anonymous single-stage poll was carried out among 184 primary care physicians. The questionnaire included information about sex, age, period and conditions of work, established stereotypes of practices. Burnout was evaluated by Russian analog of Maslach Burnout Inventory. It was defined in high level of emotional exhaustion and depersonalization and low level of personal accomplishment 11 questions were developed to reveal of suboptimal medical practice (for example, "I do not discuss treatment options with patient and do not give full answers to his questions" or "I make diagnostic and treatment errors despite of my professional knowledge and inexperience").

Results. The burnout syndrome (or extreme grade of emotional burnout) occurs in 13,1% and high level of emotional burnout – in 49,7% of primary care physicians. Features of suboptimal medical practice are usually found in 24,2% of primary care physicians at least monthly. It expresses more often in improper attitude to patients and their problems associated with a disease. Thus, burnout contributes to improper attitude to patients. Professional burnout affects established work stereotypes and can promote development of physician's clinical inertia.

Conclusion. As the burnout is common among primary care physicians, an adequate monitoring and prevention of this state is necessary in medical labour management.

Key words: burnout, medical care, clinical inertia.

Rational Pharmacother. Card. 2009;1:12-22

Влияние синдрома эмоционального выгорания на стереотипы врачебной практики и клиническую инертность

Р.А. Хохлов¹, Э.В. Минаков², Г.И. Фурменко², Н.М. Ахмеджанов^{3*}

¹Кафедра госпитальной терапии Воронежской государственной медицинской академии им. Н. Н. Бурденко, 394000 Воронеж, ул. Студенческая, 10

²Межтерриториальный кардиологический центр Воронежской областной клинической больницы № 1, 394082 Воронеж, Московский просп., 151, корп. 2

³Государственный научный центр профилактической медицины Росмедтехнологий, 101990 Москва, Петроверигский пер., 10

Цель. Оценить распространенность синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) среди врачей первичного звена и его влияние на стереотипы работы и клиническую инертность.

Материал и методы. Проведено анонимное одномоментное анкетирование 184 врачей первичного звена, при котором оценивались социально-демографические характеристики, условия труда, сложившиеся стереотипы работы. Профессиональное выгорание оценивалось с помощью российского аналога Maslach Burnout Inventory и диагностировалось при высоком уровне эмоционального истощения и деперсонализации и низком уровне персональных достижений. Проявления субоптимальной медицинской практики оценивались с помощью специальной анкеты, содержащей 11 вопросов (например, «Я не обсуждаю с пациентом варианты лечения и не даю развернутых ответов на интересующие его вопросы» или «Случается, что я допускаю диагностические и лечебные ошибки, несмотря на имеющиеся профессиональные знания и личный опыт»).

Результаты. СЭВ (или крайняя степень эмоционального выгорания) выявляется у 13,1%, а высокая степень эмоционального выгорания – у 49,7% врачей первичного звена. Проявления субоптимальной медицинской практики раз в месяц или чаще наблюдаются у 24,2% врачей первичного звена и наиболее часто (в 17,7% случаев) это выражается в виде ненадлежащего отношения к пациентам и их проблемам, связанным с заболеванием. Таким образом, СЭВ способствует ненадлежащему отношению к пациентам. Профессиональное выгорание, влияя на сложившиеся стереотипы работы, может способствовать формированию клинической инертности у врачей.

Заключение. Учитывая высокую распространенность эмоционального выгорания среди специалистов первичного звена, адекватный мониторинг и профилактика этого состояния – важные задачи организации труда врачей.

Ключевые слова: выгорание, медицинская помощь, клиническая инертность.

РФК 2009;1:12-22

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author): nakhmedzhanov@gnicpm.ru

Treatment compliance, following WHO definition, is conformity of patient's behavior with doctor's recommendations (drugs intake, diet observance, any other mode of life modifications) [1]. Low compliance with cardiovascular disease therapy leads to early development of complications, disability and premature death which results in significant economical costs and negative demographic tendencies [2-4].

Patient's personality features, disease trends, choice of medical treatment, socio-economic aspects and cooperation between a doctor and a patient are the factors of great

По определению ВОЗ, приверженность лечению – это степень соответствия поведения больного (прием лекарственных средств, соблюдение диеты и/или других изменений образа жизни) рекомендациям врача или медицинского работника [1]. Низкая приверженность лечению сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) приводит к раннему развитию осложнений, инвалидности и преждевременной смерти, что оборачивается для общества значительными экономическими затратами и усугубляет негативные демографические тенденции [2-4].

influence on treatment compliance [1, 5, 6]. Inadequate efficacy of doctor–patient cooperation can be characterized as suboptimal medical care. It means improper medical staff actions or their improper attitude to patients [7]. Clinical inertia is one of examples of such suboptimal care, which is expressed in the absence of beginning or intensification of necessary therapy [6]. However, these questions can be considered in the framework of more general problem - the problem of health professionals burnout [7].

The extreme degree of professional burnout is identified as emotional burnout syndrome (EBS). It means emotional exhaustion, depersonalization and personal progress reduction that take place in workers of social sphere whose job supposes intensive relations. The EBS can develop in professionals feeling overburdened with other people problems [8-11].

Differential signs of the EBS are ennui, estrangement from process and results of labour, callousness, inhumane and cynical attitude to patients, negative estimation of one's qualification and professional skills [7, 9, 11]. The syndrome is spread widely among doctors of various specialties. Its occurrence in the USA and European countries varies from 25 to 76% depending on used survey techniques [7, 10, 12-15].

Influencing almost all sides of clinical practice and work stereotypes, the EBS contributes to improper attitude to professional duties and worsens medical care quality. Besides EBS can cause such situations as stress-determined diseases, alcohol or drugs abuse, labour discipline decrease and low morality [7, 9, 11, 16, 17].

The aim of this study was to investigate EBS effect on medical practice and primary care physician's stereotypes.

Material and methods

Within educational project of the Society of Cardiology of the Russian Federation (SCRF): "Management of high-risk patients", which was lasting during 2006 – 2007, anonymous questionnaire survey of 184 primary care doctors was carried out. Questions about physician's socio-demographic characteristics, their postgraduate education, work conditions and stereotypes of clinical practice were included in the questionnaire. The basic principles of cardiovascular disease prevention and treatment (according to SCRF guidelines) were tested as well. 169 (92%) forms were given back. Six of them were excluded from the analysis because of insufficient information about respondents. Prevalence of the EBS was estimated using N.E. Vodopianova's questionnaire "Professional burnout" (PB) which is an analogue of Maslach Burnout Inventory method [8–10]. The EBS was determined as severe emotional exhaustion and depersonalization with low professional achievements. The EBS risk (i.e. significant profes-

Существенное влияние на приверженность оказывают особенности пациента, его заболевания, характер терапии, социально-экономические аспекты, а также особенности взаимодействия врача и пациента [1, 5, 6]. Недостаточная эффективность такого взаимодействия может быть охарактеризована как субоптимальная медицинская практика. Под последней понимают ненадлежащие действия врачей, а также их ненадлежащее отношение к своим пациентам [7]. Клиническая инертность, выражающаяся в том, что врачи не начинают или не усиливают необходимую терапию, - один из примеров такой субоптимальной практики [6]. Однако эти вопросы могут рассматриваться и в контексте более общей проблемы – профессионального выгорания медицинских работников [7].

Крайняя степень профессионального выгорания обозначается как синдром эмоционального выгорания (СЭВ). Под ним подразумевают эмоциональное истощение, деперсонализацию и редукцию личных достижений, развивающиеся у специалистов социальной сферы, занятых работой, предполагающей интенсивное общение. СЭВ может возникнуть у профессионалов, когда они чувствуют себя перегруженными проблемами других людей [8-11].

Отличительными признаками СЭВ являются эмоциональная опустошенность, отчуждение от процесса труда и его результатов, бесчувственность, негуманное и циничное отношение к пациентам, негативная оценка своей квалификации и уровня компетентности [7, 9, 11]. Синдром широко распространен среди врачей разных специальностей. В зависимости от используемых методик частота его встречаемости в США и странах Европы колеблется от 25% до 76% [7, 10, 12-15].

Влияя практически на все стороны клинической практики и стереотипы работы, СЭВ способствует ненадлежащему отношению к профессиональным обязанностям и ухудшает качество оказания медицинской помощи. Кроме того, СЭВ приводит к возникновению заболеваний, обусловленных стрессом, злоупотреблению алкоголем или психоактивными препаратами, формированию низкой морали и снижению трудовой дисциплины [7, 9, 11, 16, 17].

Цель исследования заключалась в изучении влияния СЭВ на медицинскую практику и сложившиеся стереотипы работы врачей первичного звена.

Материал и методы

В рамках образовательного проекта Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК) «Ведение пациентов высокого риска» в течение 2006 – 2007 гг. проводилось анонимное анкетирование 184 врачей первичного звена. В анкете отмечались социально-демографические характеристики врачей, особенности

sional burnout) was defined as a high level of emotional exhaustion or depersonalization according to the scale. Reference values using were received during a survey of Russian specialists occupied in professions of "person-person" kind [10]. 153 forms were suitable for the final calculation.

Medical care suboptimality was estimated by answers to 11 questions, that didn't contain any criticism and described mostly typical situations where improper actions or neglect attitude of a physician to a patient could become apparent. The form specially elaborated for this problem investigation was used as a base of the questionnaire [7, 15]. Respondents chose one of the following answers: "never", "very seldom", "several times a year", "monthly", "weekly". Medical care considered as suboptimal if improper actions or neglect attitude were revealed one time a month or more often.

The participants were divided into two groups according to survey results: the first one included 43 (26,4%) physician with active stereotypes of clinical practice and the second one included 120 (73,6%) physician with standard stereotypes of clinical practice.

Specialists with active stereotypes of clinical practice in contrast to their colleagues demonstrated lower clinical inertia due to regular medical literature reading, taking part in conferences and seminars. They also consulted their patients on nonmedical preventive measures, calculated cardiovascular death risk and explained the prescribed drugs effect [6].

There were 123 (75.5%) women and 40 (24.5%) men among those who answered the questions completely. Their age lied in the compass of 26 – 76 years with the median 47 and the interquartile range 39 – 53 years. The length of medical service ranged from 2 to 50 years with the median 21 and the interquartile range 14 – 28 years.

122 (75.3%) physicians were married and 138 (86.3%) had children. 10 (6.1%) specialists had two years' postgraduate specialization at a hospital (clinical residence), 131 (80.4%) – one-year postgraduate specialization and 74 (45.4%) had finished only primary specialization (4 months). 90 (55.2%) physicians had the confirmed qualification category and 158 (96.9%) attended advanced training courses in last 5 years.

32 (19.6%) physicians worked at a general practitioner office, 127 (77.9%) – at an out-patients' clinic; 4 (2.5%) combined work at an out-patients' clinic with work at a hospital. 46 (28.4%) among 163 respondents were general practitioners, 67 (41.4%) – district therapists, 39 (23.9%) – therapists, 11 (6.8%) – cardiologists.

28 (17.4%) respondents had managerial (administrative) position. 96 (58.9%) physicians worked at a full rate of wages, 64 (39.3%) worked at more than one rate of wages and 3 (1.8%) – at less than one. 128 (79.5%) respondents were mostly satisfied with their work and 120 (74.5%) would choose the same occupation again.

их последипломной подготовки, условия труда, сложившиеся стереотипы клинической практики. Проверялось также знание основных принципов профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний, рекомендованных ВНОК. Было возвращено 169 (92%) анкет; 6 из них после проверки были исключены из анализа, поскольку не содержали полной информации о респондентах.

Распространенность СЭВ оценивалась с помощью вопросника Н.Е. Водопьяновой «Профессиональное выгорание» (ПВ), являющегося аналогом методики Maslach Burnout Inventory [8-10]. СЭВ определялся как состояние сильного эмоционального истощения и деперсонализации при низком уровне профессиональных достижений. Верхние значения по шкале эмоционального истощения или деперсонализации свидетельствовали о высокой степени профессионального выгорания, т.е. о риске СЭВ. Использовались референтные значения, полученные при опросе российских специалистов, занятых в профессиях системы «человек-человек» [10]. Для расчета итоговых значений по каждой из шкал вопросника ПВ оказались пригодными 153 анкеты.

Субоптимальность медицинской практики оценивали по ответам на 11 вопросов, не содержащих негативного отношения и описывавших наиболее типичные ситуации, в которых могли проявляться ненадлежащие действия или отношения врачей к своим пациентам. За основу вопросника была взята анкета, специально разработанная для изучения данной проблемы [7, 15]. Респонденты выбирали один из вариантов ответа: «никогда», «очень редко», «несколько раз в год», «раз в месяц», «раз в неделю». Врачебная практика считалась субоптимальной, если ненадлежащие действия или отношения проявлялись раз в месяц или чаще.

По результатам анкетирования опрошенные были разделены на подгруппу с активными стереотипами клинической практики, в которую вошло 43 (26,4%) врача, и на подгруппу из 120 (73,6%) врачей с обычными стереотипами клинической практики.

Специалисты с активными стереотипами клинической практики в отличие от своих коллег демонстрировали меньшую степень клинической инертности, поскольку регулярно читали медицинскую литературу, принимали участие в конференциях и семинарах, консультировали своих пациентов по вопросам немедикаментозной профилактики, рассчитывали у них риск сердечно-сосудистой смерти, а также объясняли действие назначаемых лекарственных средств [6].

Среди полностью ответивших на вопросы анкеты было 123 (75,5%) женщины и 40 (24,5%) мужчин. Их возраст находился в диапазоне от 26 до 75 лет с медианой, равной 47, и интерквартильным размахом от

Table 1. The primary care physicians emotional burnout profile

Characteristic	The total (n=153)	Men (n=37)	Women (n=116)
Emotional exhaustion, points	22 (17-29)	18 (16-24)	23 (17-30)*
Depersonalization, points	7 (4-12)	7 (4-12)	6.5 (4-11.5)
Low personal accomplishment, points	31 (28-36)	32 (30-34)	31 (27.5-36)
High score of emotional exhaustion	61 (39.9%)	8 (21.6%)	53 (45.7%)*
High score of depersonalization	46 (30.1%)	14 (37.8%)	32 (27.6%)
Low score of personal accomplishment	68 (44.4%)	15 (40.5%)	52 (44.8%)
Emotional burnout syndrome	20 (13.1%)	4 (10.8%)	16 (13.8%)
High degree of emotional burnout	76 (49.7%)	17 (46%)	59 (50.9%)

The quantitative variables are presented as a median (Me) with lower and upper quartiles (LQ – UQ), and nominal – as an absolute value and a quota; parameters were compared with the help of the χ^2 test and the Fisher exact test; * - $p < 0.05$ when comparing men and women

Таблица 1. Профиль эмоционального выгорания врачей первичного звена

Показатель	Все (n=153)	Мужчины (n=37)	Женщины (n=116)
Эмоциональное истощение, баллы	22 (17-29)	18 (16-24)	23 (17-30)*
Деперсонализация, баллы	7 (4-12)	7 (4-12)	6,5 (4-11,5)
Редукция персональных достижений, баллы	31 (28-36)	32 (30-34)	31 (27,5-36)
Высокий уровень эмоционального истощения	61 (39,9%)	8 (21,6%)	53 (45,7%)*
Высокий уровень деперсонализации	46 (30,1%)	14 (37,8%)	32 (27,6%)
Низкий уровень персональных достижений	68 (44,4%)	15 (40,5%)	52 (44,8%)
Синдром эмоционального выгорания	20 (13,1%)	4 (10,8%)	16 (13,8%)
Высокая степень эмоционального выгорания	76 (49,7%)	17 (46%)	59 (50,9%)

Количественные данные представлены как медиана (Me) и нижний и верхний квартили (LQ – UQ), а номинальные – в виде абсолютного значения и доли признака, сравнение параметров с помощью критерия χ^2 и точного критерия Фишера * - $p < 0,05$ (при сравнении мужчин и женщин)

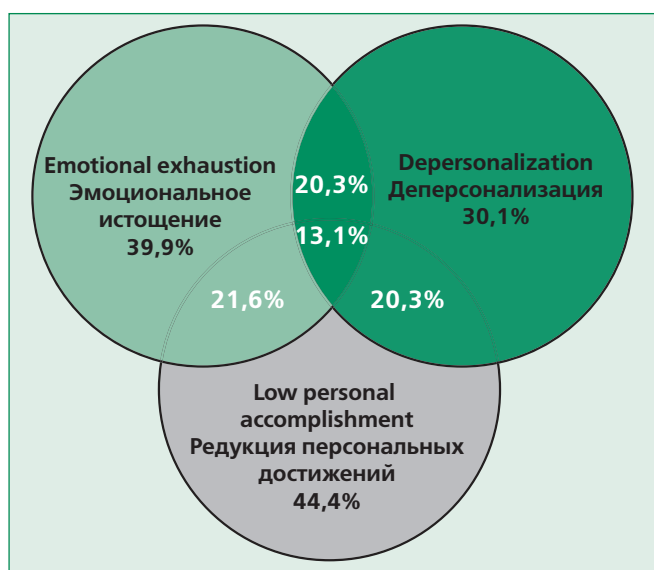


Figure 1. Distribution of physicians' answers by the three subscales of the "Professional burnout" questionnaire

Рисунок 1. Распределение ответов врачей по трем шкалам вопросника «Профессиональное выгорание»

All statistics has been carried out with the help of the STATISTICA 6 programme (StatSoft, Inc). Quantitative variables were represented as a median with lower and upper quartiles. For the nominal data an absolute value and a quota were indicated. When comparing quantitative variables of unpaired samples the Mann-Whitney test was used. Comparison of qualitative unpaired variables was realized us-

39 до 53 лет. Стаж врачебной деятельности колебался от 2 до 50 лет с медианой, равной 21, и интерквартильным размахом от 14 до 28 лет.

В браке состояли 122 (75,3%) и имели детей 138 (86,3%) врачей. Десять (6,1%) специалистов закончили клиническую ординатуру, 131 (80,4%) – интернатуру и 74 (45,4%) прошли первичную специализацию. Подтвержденную квалификационную категорию имели 90 (55,2%) и подготовку на курсах усовершенствования в течение последних 5 лет прошли 158 (96,9%) врачей.

Основным местом работы для 32 (19,6%) терапевтов был офис врача общей практики, для 127 (77,9%) – поликлиника; 4 (2,5%) совмещали работу в поликлинике и стационаре. Из 163 респондентов 46 (28,4%) являлись по своей основной специальности врачами общей практики, 67 (41,4%) – участковыми терапевтами, 39 (23,9%) – терапевтами, 11 (6,8%) – кардиологами.

Занимали административную должность 28 (17,4%) опрошенных. На полную ставку работали 96 (58,9%), более чем на одну – 64 (39,3%) и менее чем на одну – 3 (1,8%) врача. Удовлетворены своей работой в целом были 128 (79,5%) респондентов и желали бы снова выбрать ту же самую профессию 120 (74,5%) врачей.

Все статистические расчеты выполнялись с помощью программы STATISTICA 6.0 (StatSoft, Inc). Количественные переменные представлялись как медиана с указанием нижнего и верхнего квартилей. Для номи-

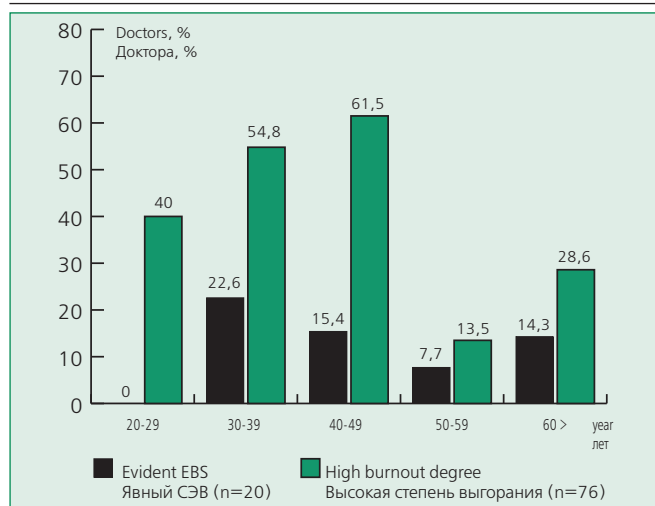


Figure 2. Emotional burnout syndrome prevalence according to age

The plural comparison - with the help of χ^2 test ($p=0.2383$ and $p=0.1545$)

Рисунок 2. Повозрастная распространенность синдрома эмоционального выгорания

Множественное сравнение с помощью критерия χ^2 ($p=0,2383$ и $p=0,1545$)

ing the χ^2 and the Fisher exact test. At plural comparisons the Bonferroni correction was applied. The null hypothesis was rejected at the $p<0.05$ [18].

Results and discussion

The analysis of 153 questionnaires allowed to determine burnout prevalence in primary care physicians. The Table 1 and Fig. 1 show the findings.

The average values of the all three subscales were in a reference values range which had been received for Russian population [9, 10]. The average values according to the emotional exhaustion subscale were 23.0 ± 8.6 for the total sample, 19.9 ± 7.4 for men and 24 ± 8.8 for women. When using the depersonalization subscale the average values were 7.8 ± 4.9 for all of the respondents, 8.3 ± 5.0 for men and 7.7 ± 4.9 for women. The average values according to the personal accomplishment subscale amounted to 31.5 ± 7.1 , 31.8 ± 5.9 , and 31.3 ± 7.4 , respectively. The emotional exhaustion score was significantly higher in women than in men but it didn't reach the EBS level.

On the total the syndrome prevalence came to 13.1%. Besides, 49.7% of primary care physicians had got the high degree of burnout, i.e. threat of the EBS development, because of emotional exhaustion or depersonalization high scores.

The findings correspond to Russian and international study results [9, 12–17]. Result discrepancies in this kind of studies are usually explained by different criteria of the EBS, special features of clinical practice in studied medical population and some cultural factors [9, 11, 19]. For example, if the EBS was defined as extremely high level of emotional exhaustion, depersonalization and low professional achievements, its prevalence among Swiss general

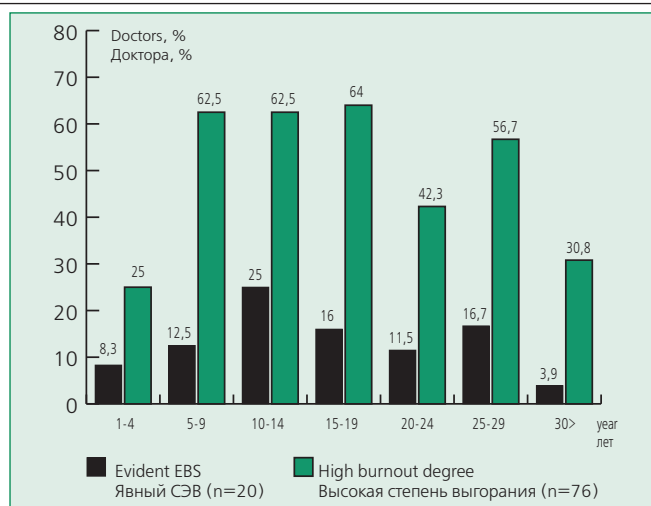


Figure 3. Emotional burnout syndrome prevalence according to length of service

The plural comparison - with the help of the χ^2 test ($p=0.2977$ and $p=0.0631$)

Рисунок 3. Распространенность синдрома эмоционального выгорания в зависимости от продолжительности врачебного стажа

Множественное сравнение с помощью критерия χ^2 ($p=0,2977$ и $p=0,0631$)

нальных признаков указывалось абсолютное значение и доля. При сравнении количественных переменных двух несвязанных выборок использовался критерий Манна-Уитни. Сравнение качественных несвязанных переменных осуществлялось с помощью критерия χ^2 и критерия точной вероятности Фишера. При множественных сравнениях применяли поправку Бонферрони. Нулевая гипотеза отвергалась при $p<0,05$ [18].

Результаты и обсуждение

Анализ 153 анкет позволил установить распространенность СЭВ в представленной выборке врачей первичного звена. Полученные результаты представлены в табл. 1 и на рис. 1.

Средние значения по всем трем шкалам во всей выборке врачей находились в пределах референтных значений, полученных для российской популяции [9, 10]. При этом средние значения по шкале эмоционального истощения составили $23,0 \pm 8,6$ для всей выборки, $19,9 \pm 7,4$ для мужчин и $24 \pm 8,8$ для женщин. По шкале деперсонализации средние значения составили $7,8 \pm 4,9$ для всех опрошенных, $8,3 \pm 5,0$ для мужчин и $7,7 \pm 4,9$ для женщин. Наконец, по шкале персональных достижений средние значения составили, соответственно, $31,5 \pm 7,1$, $31,8 \pm 5,9$ и $31,3 \pm 7,4$. У женщин отмечался достоверно более высокий уровень эмоционального истощения, чем у мужчин, который, однако, не достигал пороговых для СЭВ значений.

В целом, распространенность синдрома составила 13,1%. Кроме того, 49,7% врачей первичного звена имели высокую степень выгорания, т.е. угрозу развития СЭВ, так как у них был высокий уровень эмоционального истощения или деперсонализации.

practitioners was 3.5% and it was 8.1% among Russian dentists [12, 13]. When estimating the EBS only as high scores of emotional exhaustion or depersonalization its prevalence reached to 31.5% or even 76% as it was shown in Swiss general practitioners and American medical residents [7, 13]. The majority of authors note the higher degree of emotional exhaustion in women [9, 11, 14].

Fig. 2 and 3 represents the manifest EBS and the high score of burnout prevalence standardized by age and length of service.

The manifest EBS prevalence as well as the high score of professional burnout was unrelated with physicians' age and length of service. Other researchers give the same results [12, 13]. However, in young specialists at the beginning of the career the higher frequency of this phenomenon can be marked which can be explained by emotional shock of collision with reality. After 45-50, when soul-searching takes place and behavior motives are changed, the inverse correlation between age (service length) and the EBS can be observed [10, 11].

Such characteristics as marital status, having children, specialty, workplace, administrative position and the wages didn't impact on the EBS development. It can be explained by the small size of compared groups from the one side and by the lack of questions that evaluate personal and organizational EBS risk-factors more accurately from the other side, as it is known that work conditions and individual psychophysiological features of a worker are the professional burnout fundamental reasons [9, 11, 13-15, 17].

At the same time some distinctions were revealed while comparing the three subscales of PB questionnaire values. In particular, married physicians had the lower score of emotional exhaustion [20 (16-27) vs 24 (19-31) and depersonalization [6 (4-11) vs 9 (6-13)] and the higher score of personal accomplishment [32 (28-36) vs 30 (24-33)] ($p=0.0023$, 0.0283 and 0.0288 accordingly). Respondents with children had the higher score of personal accomplishment [32 (28-36) vs 29 (23-31)] ($p=0.0088$). The received data correspond to other study results which shown higher tolerance to professional burnout among physicians having family and children [9, 11, 14]. It is interesting that a hobby can be preventive factor of the EBS development as it was shown for Russian dentist population [12].

The portion of burned-out was less among physicians satisfied with their work and occupational choice [12 (10%) from 120 vs 8 (24.2%) from 33 and 10 (8.9%) from 112 vs 10 (25%) from 40; $p<0.05$]. Besides, the respondents satisfied with their work and occupational choice had lower values of emotional exhaustion [20 (16-27) vs 30 (21-36) and 20 (16-27.5) vs 27 (18-33)] and depersonalization [6 (3.5-10.5) vs 9 (7-13) and 6 (4-11.5) vs 8 (5.5-12.5)] as well as the higher score of personal accomplishment [32 (29-36) vs 28 (26-32) and 32

Полученные данные согласуются с результатами как российских, так и зарубежных исследований [9, 12-17]. Несовпадение результатов в подобных работах обычно объясняется разными критериями диагностики СЭВ, особенностями клинической практики исследуемой популяции врачей, а также некоторыми кросс-культурными факторами [9, 11, 19]. Например, распространенность СЭВ, определяемого как высокие значения эмоционального истощения и деперсонализации и низкий уровень персональных достижений, составила 3,5% у швейцарских врачей общей практики и 8,1% у российских врачей-стоматологов [12, 13]. Если СЭВ оценивается как высокие уровни только эмоционального истощения или деперсонализации, то его распространенность достигала 31,5% или даже 76%, как это было показано на выборках швейцарских врачей общей практики и американских врачей-стажеров [7, 13]. Большинство исследователей, как правило, отмечает большая степень эмоционального истощения именно у женщин [9, 11, 14].

Стандартизованная по возрасту и стажу распространенность явного СЭВ, а также распространенность высокой степени выгорания представлены на рис. 2 и 3.

Распространенность явного СЭВ, а также высокой степени профессионального выгорания не зависели от возраста и длительности трудового стажа врачей. Такие же результаты приводят и другие исследователи [12, 13]. Однако более высокая частота феномена все же отмечается у молодых специалистов в начале карьеры, когда они испытывают эмоциональный шок при столкновении с реальной действительностью. После 45-50 лет, когда происходит переоценка ценностей и изменяются мотивы поведения, может наблюдаться обратная корреляция между возрастом (стажем работы) и СЭВ [10, 11].

Такие характеристики, как семейное положение, наличие детей, специальность, место работы, административная должность, размер ставки, не влияли на развитие СЭВ. Это может объясняться, с одной стороны, небольшим объемом сравниваемых подгрупп, а с другой – отсутствием в анкете вопросов, более точно оценивающих как личностные, так и организационные факторы риска СЭВ, поскольку именно условия труда работника и его индивидуальные психофизиологические характеристики являются основными детерминантами формирования профессионального выгорания [9, 11, 13-15, 17].

В то же время, сравнение значений по каждой из трех шкал вопросника ПВ выявило некоторые различия. В частности, врачи, состоящие в браке, имели более низкий уровень эмоционального истощения [20 (16-27) против 24 (19-31)] и деперсонализации [6 (4-11) против 9 (6-13)] и более высокий уровень персональных достижений [32 (28-36) против 30 (24-33)]

Table 2. The frequency of physicians' improper actions and improper attitude to patients (n=153)

A clinical situation	The answers frequency (%)
1. I don't prescribe necessary diagnostic examinations and consultations when wishing to finish a checkup faster	3 (2.0)
2. I can give a medical certificate or prescribe treatment to an excited or rowdy patient without a checkup	2 (1.3)
3. In case of difficult clinical situation I prefer to pass a patient to another doctor than to rack my own brains over it	4 (2.6)
4. I don't discuss treatment options with a patient and don't answer his questions completely	15 (9.8)
5. I'm indifferent to patient's social and financial problems related with his disease	6 (3.9)
6. It happens that I make diagnostic and treatment errors despite professional knowledge and experience	3 (2.0)
7. I can prescribe remedies with unproved efficacy at the instance of a patient to lighten my own work	2 (1.3)
8. I don't estimate side effects of my treatment if a patient doesn't note them himself	5 (3.3)
9. Sometimes I feel guilt and discomfort because of my examination and treatment conducting	9 (5.9)
10. I avoid repeated consultations after the treatment has been prescribed if a patient doesn't insist on it	6 (3.9)
11. I can be indifferent to sufferings and death of my patients	2 (1.3)
Suboptimal medical practice at the total	37 (24.2)
Questions 1-4, 6, 7, 8, 10 characterize improper actions and 5, 9, 11 – improper attitude of physicians to their patients.	

(29-36) vs 29 (26-33)]. These data are well corresponded to an idea that satisfaction from work and chosen occupation are the most simple indicators of the low burnout risk [9, 11]. In the French research it was shown, for example, that 51.4% of intensivists with the high degree of burnout would like to give up their job [14]. 26% of American burned-out residents weren't sure if they would choose to become a doctor again [7].

The Table 2 represents demonstrations of improper medical care. More than 90% of respondents answered the questions more likely negatively: "never", "very seldom", "several times a year". At the same time improper actions (questions 1-4, 6-8, 10) were found in 27 (17.7%) cases and improper attitude to patients (questions 5, 9, 11) – in 15 (9.8%) cases only. The most often (in 9.8% cases) specialists didn't discuss the treatment choice with their patients and didn't answer completely to patients' questions. That reflected ineffective doctor-patient cooperation. At the total the prevalence of suboptimal medical care amounts to 24.2%.

Our findings are purely comparable with the other research of suboptimal medical practice results [7, 15]. In particular, in the R. Gopal's et al. work (2005) 16% of physicians reported that with the frequency at least one time a month they don't discuss the prescribed treatment with

Таблица 2. Частота ненадлежащих действий и отношения врачей к своим пациентам (n=153)

Ситуации в клинической практике	Частота ответов (%)
1. Я не назначаю необходимых диагностических исследований и консультаций, если желаю поскорее завершить обследование пациента	3 (2,0)
2. Я могу выдать возбужденному или скандальному пациенту врачебное заключение или назначить ему лечение, не проводя его осмотр	2 (1,3)
3. В непонятной для меня клинической ситуации я предпочитаю не ломать голову, а скорее передать пациента другому врачу	4 (2,6)
4. Я не обсуждаю с пациентом варианты лечения и не даю развернутых ответов на интересующие его вопросы	15 (9,8)
5. Я испытываю безразличие к социальным и материальным проблемам, имеющимся у пациента в связи с его заболеванием	6 (3,9)
6. Случается, что я допускаю диагностические и лечебные ошибки, несмотря на имеющиеся профессиональные знания и личный опыт	3 (2,0)
7. Я могу назначить по просьбе пациента лекарственные препараты с недоказанной эффективностью, облегчая себе работу	2 (1,3)
8. Я не оцениваю побочные эффекты проводимого мною лечения, если пациент на это сам не обращает внимание	5 (3,3)
9. Бывает, что я чувствую неловкость и вину от того, как провожу обследование и лечение обратившегося ко мне пациента	9 (5,9)
10. Я избегаю повторных консультаций после назначения терапии, если пациент сам на этом не настаивает	6 (3,9)
11. Я бываю безучастным и не реагирую на страдания или смерть пациентов, которых приходится лечить	2 (1,3)
В целом субоптимальная медицинская практика	37 (24,2)
Вопросы 1-4, 6, 7, 8 10 характеризуют ненадлежащие действия, а 5, 9, 11 – ненадлежащее отношение врачей к своим пациентам	

($p=0,0023$, $0,0283$ и $0,0288$, соответственно). Респонденты, у которых были дети, обладали более высоким уровнем персональных достижений [32 (28-36) против 29 (23-31)] ($p=0,0088$). Полученные данные согласуются с результатами других работ, показавших большую устойчивость врачей, имеющих семью и детей, к профессиональному выгоранию [9, 11, 14]. Интересно, что хобби, как показано на примере российских врачей-стоматологов, также может быть фактором, препятствующим развитию СЭВ [12].

Среди врачей, удовлетворенных своей работой и выбором профессии, меньше была доля тех, кто имел СЭВ [соответственно, 12 (10%) из 120 против 8 (24,2%) из 33 и 10 (8,9%) из 112 против 10 (25%) из 40; $p<0,05$]. Кроме того, респонденты, удовлетворенные своей работой и выбором профессии, имели более низкие значения эмоционального истощения [20

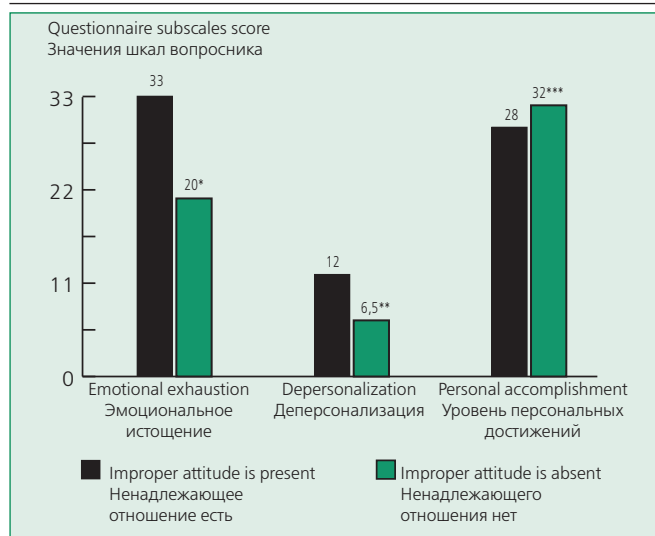


Figure 4. Emotional burnout profile in physicians with improper attitude to patients

The data are presented as Me (LQ-UQ), comparison - with the help of the Mann-Whitney test * $p=0.0001$; ** $p=0.0111$; *** $p=0.0117$

Рисунок 4. Профиль эмоционального выгорания у врачей с ненадлежащим отношением к пациентам

Данные в виде Me (LQ-UQ), сравнение с помощью критерия Манна-Уитни * $p=0,0001$; ** $p=0,0111$; *** $p=0,0117$

their patients and don't answer their questions, 9% make errors and 14% don't pay attention to social and financial problems connected with a disease [15].

Such starting characteristics as age, length of service, sex, marital status, the number of children, specialty, conditions of work didn't impact on suboptimal practice manifestation.

At the same time the portion of specialists with improper attitude to patients in the form of indifference to their social and financial problems and their sufferings related with a disease, feeling the blame because of diagnostics and treatment defects, was reliably more among the burned-out physicians [6 (30%) from 20 vs 9 (7%) from 133 accordingly; $p=0.0055$]. There was slightly more the portion of physicians with improper actions among them also [7 (35%) from 20 vs 20 (15%) from 133; $p=0.0525$]. At that any suboptimal care demonstration occurred more often in burned-out physicians [10 (50%) from 20 vs 27 (20.3%) from 133; $p=0.009$]. T. Shanafelt et al. comes to the same conclusion: the EBS was considered as the main independent predictor of suboptimal medical care in their work [7].

The score of emotional burnout and depersonalization was slightly higher in physicians with improper actions while the score of personal accomplishment was lower [24 (17-31) vs 20 (16-29), 9 (5-12) vs 7 (4-11) and 29 (24-35) vs 31.5 (28-36)]. At the same time the score of emotional burnout and depersonalization was reliably higher in specialists with improper attitude to their patients

(16-27) против 30 (21-36) и 20 (16-27,5) против 27 (18-33)] и деперсонализации [6 (3,5-10,5) против 9 (7-13) и 6 (4-11,5) против 8 (5,5-12,5)], но более высокий уровень персональных достижений [32 (29-36) против 28 (26-32) и 32 (29-36) против 29 (26-33)]. Эти данные хорошо согласуются с представлениями о том, что общая удовлетворенность от своей работы и выбранной профессии являются наиболее простыми индикаторами низкого риска выгорания [9, 11]. Например, во французском исследовании было показано, что среди врачей палат интенсивной терапии с высокой степенью выгорания 51,4% хотели бы бросить свою работу [14]. Среди американских врачей-стажеров с развившимся СЭВ 26% не были уверены, что снова выбрали бы свою профессию [7].

Проявления ненадлежащей врачебной практики представлены в табл. 2. Более 90% респондентов отвечали на поставленные вопросы скорее отрицательно: «никогда», «очень редко», «несколько раз в год». При этом ненадлежащие действия (вопросы 1-4, 6-8, 10) встречались в 27 (17,7%), а ненадлежащее отношение к пациентам (вопросы 5, 9, 11) – всего в 15 (9,8%) случаях. Наиболее часто (в 9,8% случаев) специалисты не обсуждали с пациентами варианты их лечения и не давали развернутых ответов, что отражало неэффективность взаимодействия врача и пациента. В целом же, распространенность субоптимальной медицинской практики составила 24,2%.

Полученные данные оказались вполне сопоставимыми с результатами других исследований, в которых изучалась субоптимальная медицинская практика [7, 15]. В частности, в работе R. Gopal et al. (2005) 16% врачей сообщили, что они не обсуждают со своими пациентами назначенную терапию и не отвечают на их вопросы, 9% совершают ошибки, а 14% не обращают внимание на социальные и материальные проблемы, связанные с болезнью, по крайней мере, с частотой раз в месяц [15].

Такие исходные характеристики, как возраст, стаж, пол, семейное положение, количество детей, специальность, условия труда, не влияли на проявления субоптимальной практики.

В то же время, среди врачей с СЭВ была достоверно больше доля специалистов с ненадлежащим отношением к пациентам в виде безразличия к их социальным и материальным проблемам, ощущения вины из-за недостатков обследования или лечения, а также безучастности к их страданиям, связанным с заболеванием [соответственно, 6 (30%) из 20 против 9 (7%) из 133; $p=0,0055$]. Среди них также несколько больше была и доля врачей с ненадлежащими действиями [7 (35%) из 20 против 20 (15%) из 133; $p=0,0525$]. При этом у врачей с СЭВ любые проявления субоптимальной практики встречались чаще [10

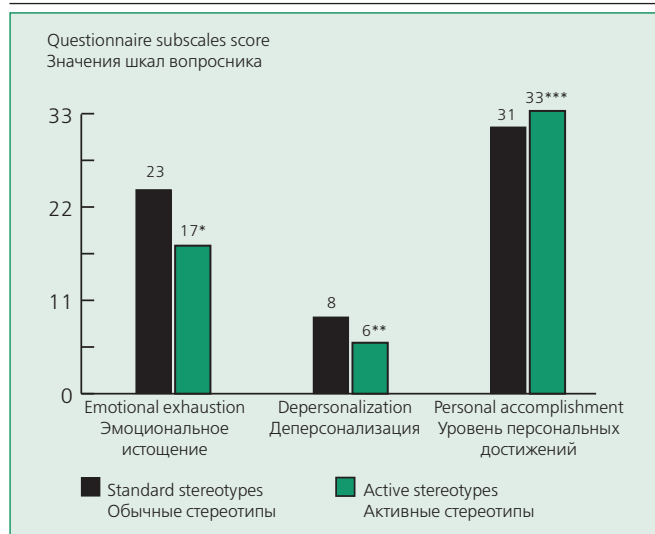


Figure 5. The emotional burnout profile in physicians with different clinical practice stereotypes

The data are presented as Me (LQ-UQ), comparison - with the help of the Mann-Whitney test * $p=0.0049$; ** $p=0.0056$; *** $p=0.0156$

Рисунок 5. Профиль эмоционального выгорания у врачей с разными стереотипами клинической практики

Данные в виде Me (LQ-UQ), сравнение с помощью критерия Манна-Уитни * $p=0,0049$; ** $p=0,0056$; *** $p=0,0156$

[33 (24-37) vs 20 (16-28) and 12 (7-16) vs 6.5 (4-11), accordingly] while the score of personal accomplishment was lower [28 (24-30) vs 32 (28-36)] (Fig. 4).

The correlation coefficients matrix for values of the PB questionnaire subscales on improper actions and attitude to patients was made (Table 3). The significant correlation between scores of emotional exhaustion and depersonalization from the one side and the frequency of suboptimal medical care manifestations from the other has been revealed. In particular, at increasing of depersonalization score physicians could refuse from the examination of a quarrelsome patient, readdressed patients to other specialists, committed errors. They also prescribed drugs with not evident efficacy, didn't estimate side effects of remedies, avoided repeated consultations, were indifferent to sufferings. For the subscale of emotional exhaustion the same direct relationship has been determined, and for the subscale of personal accomplishment – the inverse one. Thus, increase of professional burnout worsened work stereotypes. The data are well agreed with T. Shanafelt's et al. study [7] which shown that relative risk of suboptimal medical care significantly rose in increase of depersonalization level.

The analyses of the EBS impact on clinical practice stereotypes has shown that the portion of specialists with active stereotypes was slightly less among doctors with the evident EBS [4 (20%) from 20 vs 39 (29.3%) from 133; $p=0.594$]. At the same time the portion of physicians with active stereotypes was reliably less among respondents with high degree of burnout, i.e. with significant emotional ex-

(50%) из 20 против 27 (20,3%) из 133; $p=0,0090$]. К такому же выводу приходит и T. Shanafelt et al., в работе которых СЭВ был признан основным независимым предиктором развития субоптимальной врачебной практики [7].

У врачей с ненадлежащими действиями был несколько выше уровень эмоционального выгорания и деперсонализации и ниже – уровень персональных достижений [24 (17-31) против 20 (16-29), 9 (5-12) против 7 (4-11) и 29 (24-35) против 31,5 (28-36)]. В то же время, среди специалистов с ненадлежащим отношением к своим пациентам достоверно выше был уровень эмоционального выгорания [33 (24-37) против 20 (16-28)] и деперсонализации [12 (7-16) против 6,5 (4-11)] и ниже – уровень персональных достижений [28 (24-30) против 32 (28-36)] (рис. 4).

Для значений шкал вопросника ПВ по ненадлежащим действиям и отношению врачей была построена матрица коэффициентов корреляции (табл. 3). Выявлена достоверная прямая корреляция между уровнями эмоционального истощения и деперсонализации, с одной стороны, и частотой проявлений субоптимальной медицинской практики – с другой. В частности, при увеличении уровня деперсонализации врачи чаще могли отказаться от проведения осмотра скандального пациента, переадресовывали пациентов другим специалистам, допускали ошибки. Они также назначали препараты с недоказанной эффективностью, не оценивали побочные эффекты лекарственных средств, избегали повторных консультаций, были безучастны к страданиям. Аналогичная прямая зависимость была установлена для шкалы эмоционального выгорания и обратная – для персональных достижений. Таким образом, нарастание профессионального выгорания ухудшало стереотипы работы врачей. Полученные данные хорошо согласуются с работой T. Shanafelt et al. [7], в которой было показано, что с нарастанием уровня деперсонализации достоверно увеличивается относительный риск субоптимальной врачебной практики.

Анализ влияния СЭВ на стереотипы клинической практики показал, что среди врачей с явным СЭВ была несколько меньше доля специалистов с активными стереотипами [4 (20%) из 20 против 39 (29,3%) из 133; $p=0,594$]. В то же время, среди респондентов с высокой степенью выгорания, т.е. имевших значительное эмоциональное истощение или деперсонализацию, доля врачей с активными стереотипами была достоверно меньше [12 (15,8%) из 76 против 31 (40,3%) из 77; $p=0,0008$]. Именно активные стереотипы определяли готовность врачей к получению новых знаний и их обновлению, проведению у своих пациентов стратификации рисков и постоянному наблюдению за ними в процессе лечения.

Table 3. Correlation coefficients between the subscales of the "Professional burnout" questionnaire and the frequency of suboptimal medical care manifestations

Improper actions or attitude	Emotional exhaustion	Depersonalization	Personal accomplishment
1. I don't prescribe necessary diagnostic examinations and consultations when wishing to finish a checkup faster	0.14 0.0949	0.09 0.3270	-0.06 0.4529
2. I can give a medical certificate or prescribe treatment to an excited or rowdy patient without a checkup	0.22 0.0087	0.27 0.0014	-0.06 0.4715
3. In case of difficult clinical situation I prefer to pass a patient to another doctor than to rack my own brains over it	0.30 0.0003	0.35 <0.0001	-0.17 0.0437
4. I don't discuss treatment options with a patient and don't answer his questions completely	0.09 0.3190	0.22 0.0157	-0.22 0.0136
5. I'm indifferent to patient's social and financial problems related with his disease	0.16 0.0572	0.29 0.0006	-0.18 0.0393
6. It happens that I make diagnostic and treatment errors despite professional knowledge and experience	0.18 0.0289	0.31 0.0003	-0.18 0.0287
7. I can prescribe remedies with unproved efficacy at the instance of a patient to lighten my own work	0.25 0.0025	0.29 0.0004	-0.25 0.0028
8. I don't estimate side effects of my treatment if a patient doesn't note them himself	0.31 0.0002	0.20 0.0206	-0.20 0.0164
9. Sometimes I feel guilt and discomfort because of my examination and treatment conducting	0.08 0.3261	0.04 0.6118	-0.20 0.0197
10. I avoid repeated consultations after the treatment has been prescribed if a patient doesn't insist on it	0.15 0.0846	0.19 0.0311	-0.11 0.21
11. I can be indifferent to sufferings and death of my patients	0.29 0.0004	0.41 <0.0001	-0.25 0.0020

Spearman's rank correlation coefficients (r) and respective significance levels (p) are represented.

Таблица 3. Коэффициенты корреляции между шкалами вопросника «Профессиональное выгорание» и частотой проявлений субоптимальной медицинской практики

Ненадлежащие действия или отношение	Эмоциональное истощение	Деперсонализация	Персональные достижения
1. Я не назначаю необходимых диагностических исследований и консультаций, если желаю поскорее завершить обследование пациента	0,14 0,0949	0,09 0,3270	-0,06 0,4529
2. Я могу выдать возбужденному или скандальному пациенту врачебное заключение или назначить ему лечение, не проводя его осмотр	0,22 0,0087	0,27 0,0014	-0,06 0,4715
3. В непонятной для меня клинической ситуации я предпочитаю не ломать голову, а скорее передать пациента другому врачу	0,30 0,0003	0,35 <0,0001	-0,17 0,0437
4. Я не обсуждаю с пациентом варианты лечения и не даю развернутых ответов на интересующие его вопросы	0,09 0,3190	0,22 0,0157	-0,22 0,0136
5. Я испытываю безразличие к социальным и материальным проблемам, имеющимся у пациента в связи с его заболеванием	0,16 0,0572	0,29 0,0006	-0,18 0,0393
6. Случается, что я допускаю диагностические и лечебные ошибки, несмотря на имеющиеся профессиональные знания и личный опыт	0,18 0,0289	0,31 0,0003	-0,18 0,0287
7. Я могу назначить по просьбе пациента лекарственные препараты с недоказанной эффективностью, облегчая себе работу	0,25 0,0025	0,29 0,0004	-0,25 0,0028
8. Я не оцениваю побочные эффекты проводимого мною лечения, если пациент на это сам не обращает внимание	0,31 0,0002	0,20 0,0206	-0,20 0,0164
9. Бывает, что я чувствую неловкость и вину от того, как провожу обследование и лечение обратившегося ко мне пациента	0,08 0,3261	0,04 0,6118	-0,20 0,0197
10. Я избегаю повторных консультаций после назначения терапии, если пациент сам на этом не настаивает	0,15 0,0846	0,19 0,0311	-0,11 0,21
11. Я бываю безучастным и не реагирую на страдания или смерть пациентов, которых приходится лечить	0,29 0,0004	0,41 <0,0001	-0,25 0,0020

Представлены коэффициенты ранговой корреляции Спирмена (r) и соответствующие им уровни значимости (p)

haustion or depersonalization [12 (15.8%) from 76 vs 31 (40.3%) from 77; $p=0.0008$]. Namely active stereotypes determined the physician's readiness to accept and renew knowledge, implement risk stratification of patients and per-

Сравнение по трем шкалам вопросника ПВ показало, что специалисты с активными стереотипами клинической практики имели, в отличие от своих коллег, достоверно более низкие значения эмоционального ис-

manently observe patients during the treatment.

The three PB questionnaire subscales comparison has shown that specialists with active clinical practice stereotypes had significantly lower values of emotional exhaustion and depersonalization in contrast to their colleagues [17 (14-24) vs 23 (18-29.5) and 6 (4-8) vs 8 (4-12), accordingly]. They also had the higher score of personal accomplishment [33 (30-39) vs 31 (27-34.5)] (Fig. 5).

Thus the EBS and changes preceding it, emerging during professional practice, can be considered as severe factors affecting clinical care stereotypes and work efficacy and consequently patients' treatment compliance. Taking into account the high prevalence of emotional burnout among primary care specialists, monitoring and preventive measures of this state must be an important concern aim of their labour management.

Conclusion

The manifest EBS prevalence among primary care specialists is 13.1%. However, almost half of the physicians have the risk of its origin. Presence of a family and children reduces the risk of the EBS development.

The level of emotional exhaustion in women is significantly higher than this in men. The most frequent manifestation of suboptimal medical care is improper attitude to patients and their problems related with a disease. The EBS contributes to development of improper attitude to patients, at the same time there is significant correlation between depersonalization score by the PB subscale and suboptimal medical care manifestations. The emotional burnout influencing clinical practice stereotypes can promote the clinical inertia.

References / Литература

1. Sabate E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: WHO; 2003.
2. Neutel J.M., Smithy D.H. Improving patient compliance: a major goal in the management of hypertension. *J Clin Hypertens* (Greenwich) 2003;5(2):127-32.
3. Oganov R.G., Maslennikova G.Y. Prevention of cardiovascular and other non-communicable diseases - a basis for Russian demographic situation improvement. *Cardiovascular Therapy and Prevention* 2005;(3 Pt 1):4-9. [Оганов Р.Г., Масленикова Г.Я. Профилактика сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний – основа улучшения демографической ситуации в России. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика* 2005;(3):4-9.]
4. Paramore L. C., Halpern M. T., Lapuerta P. et al. Impact of poorly controlled hypertension on health-care resource utilization and cost. *Am J Manag Care* 2001;7(4):389-98.
5. Pogossova G.V., Koltunov I.E., Roslavceva A.N. Improvement of compliance to arterial hypertension therapy and ischemic heart disease - key condition of cardiovascular mortality reduction. *Kardiologiya* 2007;47(3):79-84. [Погосова Г.В., Колтунов И.Е., Рославцева А.Н. Улучшение приверженности к лечению артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца – ключевое условие снижения сердечно-сосудистой смертности. *Кардиология* 2007;(3):79-84.]
6. Phillips L.S., Branch W.T., Cook C.B. et al. Clinical inertia. *Ann Intern Med* 2001;135(9):825-34.
7. Shanafelt T. D., Bradley K. A., Wipf J. E., Back A. L. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med* 2002;136(5):358-67.
8. Maslach C., Jackson S. The Maslach Burnout Inventory (2nd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1986.
9. Vodopianova N.E., Starchenkova E.S. Burnout syndrome: diagnostics and preventing, St Petersburg; 2005. [Водопомянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. СПб.: Питер; 2005.]
10. Vodopianova N.E. Burnout syndrome in occupations of "person-person" type. Editors: Nikiforov G.S., Dmitrieva M.A., Snetkov V.M. Practical training on management psychology and professional

тошения [17 (14-24) против 23 (18-29,5) и деперсонализации 6 (4-8) против 8 (4-12)]. В то же время, они имели более высокий уровень персональных достижений [33 (30-39) против 31 (27-34,5)] (рис. 5).

Таким образом, СЭВ и предшествующие ему изменения, возникающие в процессе профессиональной деятельности, можно рассматривать как важные факторы, влияющие на стереотипы клинической практики и эффективность работы врачей, а следовательно, и на приверженность пациентов лечению. Учитывая высокую распространенность эмоционального выгорания среди специалистов первичного звена, адекватные методы мониторинга и профилактика этого состояния должны быть важной задачей организации их труда.

Закключение

Развернутый СЭВ встречается у 13,1% специалистов первичного звена. Однако риск его возникновения имеет почти половина врачей. Наличие у врачей семьи и детей снижает риск формирования СЭВ.

У женщин отмечается достоверно более высокий уровень эмоционального истощения, чем у мужчин. Наиболее частым проявлением субоптимальной медицинской практики является ненадлежащее отношение к пациентам и их проблемам, связанным с заболеванием. СЭВ способствует возникновению ненадлежащего отношения к пациентам, при этом имеется достоверная корреляция между уровнем деперсонализации по шкале ПВ и проявлениями субоптимальной медицинской практики. Эмоциональное выгорание, влияя на стереотипы клинической практики, может способствовать формированию у врачей клинической инертности.

- activity. M: Rech; 2003. [Водопомянова Н.Е. Синдром «выгорания» в профессиях системы «человек-человек». В: Никифоров Г.С., Дмитриева М.А., Снетков В.М., редакторы. Практикум по психологии менеджмента и профессиональной деятельности. М.: Речь; 2003.]
11. Schaufeli W. B., Enzman D. The burnout companion to study and practice: a critical analysis. London: Taylor & Francis; 1998.
12. Larentsova L.I. Professional burnout syndrome in dentists. *Russian Dentist Journal* 2006;(4):35-9. [Ларенцова Л. И. Профессиональный синдром выгорания у врачей-стоматологов. *Российский стоматологический журнал* 2006; 4:35-39.]
13. Goehringa C., Gallacchib M.B., Künzi B., Bovierd P. Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey *Swiss Med Wkly* 2005;135(7-8):101-8.
14. Embriaco N., Azoulay E., Barrau K. et al. High level of burnout in intensivists: prevalence and associated factors. *Am J Respir Crit Care Med* 2007;175(7):686-92.
15. Gopal R., Glasheen J.J., Miyoshi T.J., Prochazka A.V. Burnout and internal medicine resident work-hour restrictions. *Arch Intern Med* 2005;165(22):2595-600.
16. West C.P., Huschka M.M., Novotny P.J., et al. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. *JAMA* 2006;296(9):1071-8.
17. Poncet M.C., Toullis Ph., Papazian L. et al. Burnout syndrome in critical care nursing staff. *Am J Respir Crit Care Med* 2007;175(7):698-704.
18. Rebrova O.U. Statistical analysis of the medical data. Application of STATISTICA program package. M.: Mediasphera; 2002. [Реброва О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. М.: МедиаСфера; 2002.]
19. Vid V.D., Lozinskaya E.I. Burnout syndrome in psychiatry and its dependence on therapeutic ideology. *Russian Psychiatric Journal* 1998;(1):19-21. [Вид В.Д., Лозинская Е.И. Синдром перегорания в психиатрии и его зависимость от терапевтической идеологии. *Российский психиатрический журнал* 1998;(1):19-21.]