

НАО «Медицинский Университет Астана»

УДК: 614.254:616.15:159.94(574)

МПК: А61В5/16; А61М21/00;

Аяпова Маржан Еркебаевна

**«ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ ОСОЗНАННОГО
ВЫБОРА И САМООСОЗНАНИЯ У ГЕМАТОЛОГОВ КАЗАХСТАНА».**

7М10113 – «Клиническая психология»

Проект на соискание академической
степени магистра здравоохранения

Научный руководитель: д.м.н. Алтынбеков Куаныш Сагатович

Научный консультант: д.м.н. Каражанова Анар Серикказыевна

Официальный рецензент: _____

Астана, 2026г.

СОДЕРЖАНИЕ

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ	3
ОПРЕДЕЛЕНИЯ.....	4
ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ	5
СПИСОК ТАБЛИЦ И РИСУНКОВ	6
ВВЕДЕНИЕ.....	7
1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.....	12
1.1 Эмоциональное выгорание у врачей.....	12
1.2 Эмоциональное выгорание у гематологов/онкологов, обзор зарубежных исследований	15
1.3 Выгорание врачей через призму теории самодетерминации	18
1.4 Взаимосвязь копинг стратегий и эмоционального выгорания у врачей	20
1.5 Взаимосвязь эмоционального интеллекта и выгорания у врачей.....	22
1.6 Взаимосвязь тревоги и депрессии с выгоранием у врачей	22
2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	27
2.1 Формирование выборки и дизайн исследования	30
2.2 Характеристика материалов и методов исследования	31
2.3 Сбор информации и формирование базы данных	38
2.4 Этические аспекты	38
3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	39
3.1 Уровень эмоционального выгорания у гематологов Казахстана	37
3.2 Взаимосвязь самоосознания и осознанного выбора с компонентами выгорания.....	40
3.3 Взаимосвязь эмоционального выгорания с уровнем тревоги и депрессией. 46	
3.4 Характеристика уровня осознанного выбора и самоосознания, а также их взаимосвязь с эмоциональным интеллектом и стратегиями стресс совладающего поведения. (Задача №2).....	36
3.5 Изучение взаимосвязи эмоционального выгорания с уровнем осознанного выбора и самоосознания. (Задача № 3).....	39
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	57
ВЫВОДЫ	57
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	59
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	60
Приложение А	61
Приложение Б	63
Приложение В.....	65
Приложение Г	67
Приложение Д.....	69

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящем проекте использованы ссылки на следующие станд

1. Гражданский процессуальный кодекс Республики Казахстан от 13 июля 1999 года № 411-1 (с изменениями и дополнениями по состоянию на 17.02.2012 г.)
2. Уголовно-процессуальный кодекс Республики Казахстан от 13.12.1997 г. № 206-1-2

ОПРЕДЕЛЕНИЯ

В настоящем проекте применяются следующие термины с соответствующими определениями:

Эмоциональное выгорание-индивидуальные характеристики, включающие два параметра: негативную эмоциональность (склонность испытывать негативные эмоции на протяжении длительного времени и в различных ситуациях) и социальную ингибицию (склонность сдерживать, подавлять проявление эмоций в социальных контактах).

Эмоциональный интеллект-относится к способности распознавать значения эмоций и их взаимосвязи, а также рассуждать и решать проблемы на их основе. Эмоциональный интеллект связан со способностью воспринимать эмоции, усваивать связанные с эмоциями чувства, понимать информацию, содержащуюся в этих эмоциях, и управлять ими.

Самоосознание (Awareness) – способность к осознанной рефлексии чувств и ощущений как своих собственных.

Осознанный выбор (Choice) – способность принимать решения, согласованные с собственными ценностями, отражает субъективное восприятие выбора своего поведения как самостоятельного и независимого.

Копинг-стратегии – комплекс когнитивных, эмоциональных поведенческих реакций, направленных на управление психологическим стрессом.

ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

EE (Emotional Exhaustion) - эмоциональное истощение

DP (Depersonalization) - деперсонализация

RA (Reduced personal accomplishment) - редукция личных достижений

ДИ – доверительный интервал

ЭВ-эмоциональное выгорание

ЭИ-эмоциональный интеллект

СПИСОК ТАБЛИЦ И РИСУНКОВ

Таблица 1	Социально-демографические и трудовые характеристики участников	28
Таблица 2	Материалы и методы исследования с учетом поставленных задач	37
Таблица 3	Распространенность компонентов эмоционального выгорания среди гематологов	41
Таблица 4	Описательная характеристика уровней тревоги и депрессии у врачей-гематологов Казахстана (n = 100).....	44
Таблица 5	Взаимосвязь тревоги и депрессии с компонентами эмоционального выгорания у гематологов.....	45
Таблица 6	Влияние социально-демографических факторов на психологические параметры врачей-гематологов.....	48
Таблица 7	Взаимосвязь ЭВ с самоосознанием, осознанным выбором, ЭИ и копинг-стратегиями у врачей-гематологов.....	50
Таблица 8	Сравнительная характеристика психологических показателей у врачей с выраженным эмоциональным выгоранием и без выраженного выгорания (Me).....	50
Рисунок 1	Дизайн исследования	18
Рисунок 2	Взаимосвязь между самоосознанием и эмоциональным истощением у врачей-гематологов Казахстана.....	46
Рисунок 3	Взаимосвязь между осознанным выбором и эмоциональным истощением (ЕЕ) у врачей-гематологов.....	47
Рисунок 4		39
Рисунок 5		43
Рисунок 6		45
Рисунок 7		46
Рисунок 8		47
Рисунок 9		48

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность

Синдром эмоционального выгорания (СЭВ), официально признанный ВОЗ как результат «хронического стресса на рабочем месте, который не был успешно преодолен», представляет собой системную угрозу личному и профессиональному благополучию врачей [1; 2]. Особую актуальность эта проблема приобретает в высокорискованных медицинских специальностях, таких как гематология, где специфика труда сопряжена с интенсивным моральным дистрессом вследствие постоянного контакта со страданиями, тяжёлыми состояниями и неблагоприятными исходами заболеваний [3].

Международные исследования показывают, что среди онкологов и гематологов выгорание достигает угрожающих масштабов. В опросе 631 врача США и 595 врачей Европы признаки выгорания зафиксированы у 59-71% специалистов. При этом эмоциональное истощение (ЕЕ) отмечалось у 45-57%, а деперсонализация (DP) – у 34-50% респондентов [4; 5]. В Финляндии сотрудники, работающие с хроническими, неизлечимыми или умирающими пациентами (онкологи, пульмонологи, психиатры), демонстрируют более высокие уровни выгорания по сравнению с врачами других специальностей [6]. Ощущение отсутствия контроля над ситуацией, по данным McDermott (1984), [7]. является одним из ключевых факторов риска.

Профессиональное выгорание врачей не ограничивается личным дистрессом, а порождает цепочку неблагоприятных последствий для всех участников лечебного процесса.

Выгорание тесно связано с тревогой, депрессией и снижением качества жизни. Мета-анализ Dutheil и соавторов (2019) [8]. показал, что распространённость суицидальных мыслей среди врачей достигает 17%, а общее отношение смертности от самоубийств (SMR) составляет 1,44, то есть врачи умирают от суицида почти в полтора раза чаще, чем люди других профессий. Женщины-врачи находятся в зоне особого риска (SMR = 1,9). Исследование West C.P. и соавторов (2012) «Association of resident fatigue and distress with occupational blood and body fluid exposures and motor vehicle incidents» [9]. также показало, что выгорание и депрессия ассоциированы с повышенным риском дорожно-транспортных происшествий и профессиональных инцидентов (контакт с инфицированными биологическими жидкостями), что ставит под угрозу личную безопасность врача.

Масштабный систематический обзор и мета-анализ, охвативший 47 исследований с участием 42 473 врачей, предоставил убедительные доказательства того, что выгорание напрямую угрожает безопасности пациентов и качеству медицинского обслуживания. Согласно полученным данным, наличие синдрома выгорания ассоциировано с двукратным увеличением риска инцидентов, связанных с безопасностью пациентов (OR 1,96), и снижением их удовлетворенности лечением более чем в два раза (OR 2,28). Вероятность проявления низкого профессионализма у выгоревших врачей возрастает в 2,3 раза (OR 2,31). Авторы подчеркивают, что наиболее

негативное влияние на качество и безопасность помощи оказывает такой компонент выгорания, как деперсонализация, что делает ее ключевым объектом для мониторинга в медицинских организациях [10].

Современная гематология в Казахстане демонстрирует стремительное развитие, обусловленное внедрением инновационных методов диагностики и лечения, включая таргетную и клеточную терапию, а также трансплантацию гемопоэтических стволовых клеток. Однако подобная технологическая трансформация сопровождается увеличением когнитивной нагрузки и уровня клинической ответственности в условиях усиливающейся стандартизации и административного контроля [11]. Параллельно приток молодых специалистов формирует новую профессиональную среду, при этом врачи на ранних этапах карьеры остаются наиболее уязвимой группой, так как наиболее критическая связь между выгоранием и потерей профессиональных ценностей зафиксирована у врачей в начале карьеры и резидентов и а 3,39 раза (OR 3,39) выше по сравнению с более опытными коллегами. [10]. Высокие требования к обучаемости, адаптации и клинической ответственности формируют дисбаланс в системе «требования — ресурсы», что является значимым предиктором развития выгорания [11].

Таким образом, выгорание представляет собой многоуровневую проблему, затрагивающую систему здравоохранения и индивидуальное благополучие медицинских работников. Несмотря на мировую изученность, в Казахстане исследования выгорания среди врачей-гематологов практически отсутствуют. В частности, не изучена роль модифицируемых психологических факторов: копинг-стратегий, самоосознания, осознанного выбора в условиях высокой нагрузки и административного бремени, характерных для постсоветской системы здравоохранения. Также отсутствуют данные о взаимосвязи выгорания с тревогой и депрессией у этой профессиональной группы, что затрудняет разработку научно обоснованных профилактических программ.

Настоящее исследование призвано восполнить этот пробел. В отличие от большинства работ, фокусирующихся только на констатации уровня выгорания, в данной работе впервые для казахстанских гематологов комплексно анализируются:

- распространённость компонентов выгорания (эмоциональное истощение, деперсонализация, редукция личных достижений);
- связь выгорания с социально-демографическими и трудовыми факторами (возраст, стаж, совместительство, дежурства и др.);
- роль копинг-стратегий (конструктивных, эмоционально-социальных, избегающих);
- вклад самоосознания (Awareness) и осознанного выбора (Choice);
- сопряжённость выгорания с тревогой и депрессией.

Цель исследования

Исследование взаимосвязи критериев эмоционального выгорания, осознанного выбора и самоосознания у врачей гематологов Казахстана.

Объект и предмет исследования

Объект исследования-процесс формирования и проявления эмоционального выгорания у врачей-гематологов, работающих в медицинских учреждениях Казахстана.

Предмет исследования-структура и выраженность взаимосвязей между компонентами эмоционального выгорания (эмоциональное истощение, деперсонализация, редукция личных достижений) и такими личностными переменными, как осознанный выбор, самоосознание, а также используемые копинг-стратегии у врачей-гематологов Казахстана.

Задачи исследования

1. Оценка уровня и характеристика компонентов эмоционального выгорания у гематологов в Казахстане.
2. Характеристика уровня осознанного выбора и самоосознания, а также их взаимосвязь с эмоциональным интеллектом и стратегиями стресс совладающего поведения.
3. Изучение взаимосвязи эмоционального выгорания с уровнем осознанного выбора и самоосознания.

Методы исследования

1. Статистический (описательная статистика, факторный и корреляционный анализы)
 2. Психодиагностические методики (психологический инструментарий)
- Для реализации цели и задач исследования использовался комплекс валидированных психодиагностических опросников.

- 1) Опросник профессионального выгорания Маслач MBI-HSS (Maslach Burnout Inventory -Human Service Survey) - 22 вопроса. Позволяет оценить три компонента выгорания: эмоциональное истощение, деперсонализацию и редукцию личных достижений.
- 2) Шкала осознанного выбора и самосознания PCASS (Perceived Choice and Awareness of Self Scale) - 10 вопросов. Направлена на измерение уровня внутренней автономии, включая субшкалы «Самоосознание» (Awareness) и «Осознанный выбор» (Choice).
- 3) Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) - 14 вопросов. Используется для выявления уровня тревоги и депрессии у пациентов соматического профиля без влияния физического состояния.
- 4) Тест эмоционального интеллекта SREIT (Schutte Self-Report Emotional Intelligence Test) - 33 вопроса. Предназначен для оценки способности распознавать, понимать и управлять своими и чужими эмоциями.
- 5) Опросник стратегий совладания со стрессом COPE-30 (русскоязычная версия, адаптированная для выборки стран СНГ) - 30 вопросов. Используется для выявления доминирующих копинг-стратегий (конструктивных, эмоционально-социальных, избегающих).

Новизна исследования

Впервые будет проведено комплексное исследование взаимосвязи эмоционального выгорания с осознанным выбором и самоосознанием у врачей гематологов Казахстана.

Работа восполнит существующий пробел знаний и расширит представления о механизме выгорания у специалистов в области гематологии.

Практическая значимость

Полученные данные будут использованы при разработке программ психологической поддержки врачей и профилактики эмоционального выгорания медицинских кадров в гематологии.

Основные положения выносимые на защиту

1. Распределение врачей-гематологов Казахстана по степени выгорания: полное выгорание – 27%, частичное – 68%, отсутствие выгорания – 5%.
2. Осознанность не является значимым прямым предиктором эмоционального истощения при контроле тревоги и депрессии ($p=0,242$), что опровергает гипотезу о её независимом защитном эффекте.
3. Тревога и депрессия выступают ключевыми непосредственными факторами эмоционального истощения ($p<0,01$), объясняя 38,5% дополнительной дисперсии ЕЕ.
4. Эффект осознанности на выгорание полностью опосредован аффективными переменными, что обосновывает мишени психопрофилактики: снижение тревоги и депрессии, а не прямое развитие осознанности.

Объем и структура

Проект выполнен на 59 страницах компьютерного текста и включает в себя введение, обзор литературных источников, раздел материалы и методы исследования, результаты исследования, заключение, список использованных литературных источников из 66 наименований и приложение. Работа содержит 8 таблиц и 3 рисунка.

Апробация работы

Апробация работы осуществлялась в рамках участия в научно-практических конференциях. Материалы исследования были представлены на Республиканской научно-практической конференции «Психическое здоровье: актуальные междисциплинарные проблемы и возможные пути решения» (г. Астана, 10 октября 2025 г.) и на Межвузовской студенческой конференции – круглом столе «BF Line: служба психологической поддержки несовершеннолетних и молодежи» (г. Астана, 18 ноября 2025 г.).

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1 Выгорание у врачей: обзор зарубежных исследований и исследований СНГ.

Синдром эмоционального выгорания на современном этапе развития здравоохранения признается Всемирной организацией здравоохранения как критический результат хронического стресса на рабочем месте, который не был успешно преодолен, и официально включен в одиннадцатый пересмотр Международной классификации болезней [12], [1]. Данный феномен представляет собой многомерный процесс, который согласно классической трехфакторной модели, предложенной в 1981 году, включает в себя эмоциональное истощение, деперсонализацию и редукцию профессиональных достижений [2], [13]. Эволюция научных представлений о выгорании за последние сорок лет демонстрирует переход от описания отдельных случаев к масштабным эпидемиологическим исследованиям, подтверждающим статус выгорания как глобальной эпидемии в медицинской среде [13].

Систематический обзор и мета-анализ 47 количественных наблюдательных исследований, опубликованный в 2018 году и охвативший данные 42 473 врачей, выявил статистически значимую ассоциацию между выгоранием и снижением безопасности пациентов [10]. В данном исследовании было установлено, что наличие синдрома выгорания у клинициста удваивает риск инцидентов, угрожающих безопасности пациентов, при этом отношение шансов (OR) составило 1,96. Авторы этого мета-анализа также подчеркивают, что вероятность проявления низкого профессионализма у врачей с выгоранием возрастает в 2,31 раза, а уровень неудовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи увеличивается в 2,28 раза [10].

Особую значимость в контексте профессионального долголетия представляют данные о повышенной уязвимости специалистов на ранних этапах карьеры. В мета-анализе под руководством Марии Панагиоти было доказано, что наиболее выраженная связь между выгоранием и дефицитом профессионализма зафиксирована у резидентов и врачей в первые 5 лет после окончания обучения, где риск непрофессионального поведения в 3,39 раза выше по сравнению с более опытными коллегами [10]. Это подтверждает тезис о том, что период адаптации к клинической ответственности является критическим моментом для формирования долгосрочных психологических установок врача [10].

Проблема выгорания врачей напрямую коррелирует с серьезными угрозами их психическому и физическому здоровью, включая риск суицидального поведения. Масштабный мета-анализ, проведенный в 2019 году и объединивший результаты 61 исследования по всему миру, показал, что распространенность суицидальных мыслей среди врачей достигает 17% [8]. Согласно данным Фредерика Дютейля и соавторов, общий коэффициент смертности от самоубийств (SMR) среди врачей составляет 1,44, что свидетельствует о том, что медики совершают суицид почти в полтора раза чаще, чем представители других профессий. При этом женщины-врачи

находятся в зоне экстремального риска: их показатель SMR достигает 1,9, что почти в два раза превышает средние значения для женской популяции [8].

Помимо суицидального риска, эмоциональное истощение врача ставит под угрозу его личную безопасность в повседневной жизни и на рабочем месте. Исследование Колина Веста и соавторов, проведенное в 2012 году среди 340 врачей-ординаторов, продемонстрировало, что наличие симптомов выгорания и депрессии статистически значимо коррелирует с повышенным риском дорожно-транспортных происшествий [14]. Кроме того, выгоревшие специалисты чаще становятся участниками профессиональных инцидентов, таких как случайный контакт с инфицированными биологическими жидкостями пациентов, что обусловлено снижением концентрации внимания и когнитивной перегрузкой [14].

Распространенность выгорания варьируется в зависимости от региона и системы здравоохранения, однако везде остается тревожно высокой. В США национальные опросы, проводившиеся в период с 2011 по 2017 год, зафиксировали уровень выгорания среди врачей в диапазоне от 40% до 54% [15], [1]. В Европе в 2008 году масштабное исследование группы EGPRN с участием 1393 врачей общей практики показало, что только 33% докторов не имели признаков выгорания, в то время как 43% страдали от эмоционального истощения, а 12% имели высокие баллы по всем трем шкалам опросника Маслах [16], [1]. В Российской Федерации показатели еще более критичны: данные 2021 года указывают, что доля выгоревших медицинских работников может достигать 70%, а уровень деперсонализации в условиях пандемии в отдельных выборках достигал 93% [1;17].

В Республике Корея первое общенациональное исследование выгорания среди 855 преподавателей медицинских школ, проведенное в 2020 году, выявило беспрецедентно высокие показатели профессионального кризиса. У 34,2% респондентов было зафиксировано тяжелое эмоциональное истощение, у 66,3% — деперсонализация, а 92,4% врачей сообщили о критическом снижении чувства личных достижений [18]. Авторы исследования под руководством Джи-Хён Сео отмечают, что женщины-врачи и специалисты в возрасте до 40 лет страдают от выгорания значительно чаще, при этом основным источником стресса является избыточное государственное и административное регулирование (69,2% опрошенных) [18].

Современная высокотехнологичная медицина создает специфические условия для развития дистресса, связанные с «индустриализацией» труда. В фундаментальном отчете Национальных академий наук, инженерии и медицины США за 2019 год подчеркивается, что внедрение информационных технологий и жесткая стандартизация процессов увеличивают когнитивную нагрузку на врача и лишают его профессиональной автономии [11]. Конфликт между гуманистическими ценностями врача и административными требованиями корпоративной модели медицины признается ведущим системным предиктором выгорания [11].

Влияние выгорания на качество помощи было детально изучено в 2024 году на выборке врачей-психиатров в Москве. В исследовании Быкова и

Медведева приняли участие 82 психиатра, при этом анализ охватил 200 медицинских карт пациентов с шизофренией [19]. Результаты показали, что выгорание врача-психиатра (выявленное у 25,6% выборки) напрямую коррелирует с увеличением длительности госпитализации пациентов (31,2 дня против 29 дней у интактных врачей) и более частым назначением полипрагмазии (67% случаев против 51%). Это доказывает, что эмоциональное состояние врача деформирует его клиническое мышление и ведет к менее эффективным терапевтическим стратегиям [19].

Специфика выгорания в детской гематологии и онкологии также характеризуется крайне высокими рисками. Исследование 2021 года, проведенное среди 65 врачей этой специальности, показало, что основным фактором развития эмоционального истощения является чувство фрустрации (объясняет 49,5% дисперсии), вызванное тяжелыми страданиями пациентов и административными барьерами. Авторы подчеркивают, что временные требования и высокая когнитивная нагрузка в гематологической службе создают дисбаланс ресурсов, который невозможно компенсировать только индивидуальными мерами психологической поддержки [20].

Связь между эмпатией и выгоранием остается предметом активных дискуссий в научной литературе. Обзор Карягиной и Рощиной (2023) выделяет три основные гипотезы: выгорание как «убийца» эмпатии, эмпатия как средство профилактики и эмпатия как фактор риска [3]. Исследования подтверждают, что наиболее деструктивным компонентом выгорания для клинической практики является деперсонализация, которая фактически представляет собой утрату эмпатической связи с пациентом и переход к восприятию его как «объекта». При этом когнитивная эмпатия (способность понять точку зрения другого) может выступать защитным буфером, в то время как чрезмерный «эмпатический личный дистресс» (сопереживание боли как своей собственной) является прямым предиктором истощения [3].

Важным фактором психологической устойчивости врача признается концепция жизнестойкости (resilience). Однако исследование Колина Веста и соавторов (2020) показало парадоксальный результат: хотя врачи в среднем обладают более высокой жизнестойкостью, чем остальное работающее население, даже среди самых устойчивых специалистов уровень выгорания достигает 29% [14], [1]. Это свидетельствует о том, что выгорание в медицине обусловлено не столько личностными дефицитами врачей, сколько экстремальными требованиями самой системы здравоохранения [14].

Мета-анализ организационных стратегий борьбы с выгоранием, проведенный в 2019 году Де Симоне и соавторами, подтвердил преимущество системных изменений над индивидуальными тренингами [22], [1]. Простые меры, такие как вовлечение врачей в принятие решений на уровне отделения, оптимизация графиков работы и снижение административной нагрузки, показывают более устойчивый эффект в снижении симптомов истощения по сравнению с методами личной психологической коррекции [22]. В условиях пандемии COVID-19 значимость таких системных мер возросла многократно

из-за появления новых стрессоров: нехватки средств защиты, моральных травм и этического выбора в условиях дефицита ресурсов [1], [23].

1.2 Выгорание у гематологов: обзор зарубежных исследований

Синдром профессионального выгорания среди гематологов представляет собой критическую проблему, характеризующуюся эмоциональным истощением, деперсонализацией и снижением чувства личных достижений [24;25].

В наиболее масштабном на сегодняшний день исследовании, проведенном под эгидой Европейской гематологической ассоциации (ЕНА) в сентябре–октябре 2024 года, приняли участие 1843 специалиста из 43 стран. Однако выборка была гетерогенной и включала не только практикующих клинических гематологов, но также исследователей, биомедицинских учёных и сотрудников академических учреждений. При этом клинические гематологи составляли 67% участников исследования. В связи с этим данные исследования не позволяют в полной мере оценить особенности эмоционального выгорания именно среди практикующих врачей-гематологов, непосредственно вовлечённых в клиническое ведение пациентов. Используя валидированный опросник Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS), авторы установили, что 50% респондентов страдают от симптомов тяжелого выгорания, а 66% сообщают о низком уровне профессиональных достижений [24].

Статистические данные демонстрируют значительный географический разброс: в то время как в Нидерландах и Дании уровень выгорания составляет около 23–24%, в таких странах, как Болгария (82%), Кипр (70%) и Греция (63%), ситуация достигает критических масштабов [24].

Например, Vommier и соавторы в своем анализе подчеркнули, что ключевыми предикторами выгорания являются женский пол, рабочая неделя продолжительностью более 40–60 часов и ежедневный прямой контакт с пациентами. В США исследование 2019 года, охватившее 427 гематологов и онкологов, выявило уровень тяжелого выгорания в 9% в академических учреждениях и 12% в частной практике, при этом значимым фактором риска стала система оплаты труда, основанная на относительных единицах стоимости (RVU) [26]. Однако исследование включало как гематологов, так и онкологов, что затрудняет выделение специфических особенностей эмоционального выгорания именно среди врачей-гематологов. Кроме того, акцент исследования был преимущественно сделан на организационных и экономических факторах выгорания, тогда как внутренние психологические ресурсы личности, не изучались.

Особую тревогу вызывает состояние молодых специалистов в возрасте до 35 лет, чьи показатели выгорания в Чехии и Греции достигают 81–82%. Молодые врачи и резиденты чаще сталкиваются с дисбалансом рабочей нагрузки, неопределенностью карьерного пути и нехваткой структурной поддержки [24]. Исследование 2018–2019 годов среди 16 феллоу-гематологов в США показало, что 38% уже имеют симптомы выгорания, хотя внедрение

нарративных учебных программ, таких как «Искусство онкологии», помогает улучшить их навыки баланса между работой и личной жизнью [27].

Академическая степень и старшие научные должности выступают в качестве мощного защитного фактора против выгорания (aOR 0,62) [24]. Это объясняется «эффектом отбора», при котором наиболее подверженные стрессу люди уходят из профессии раньше, а также естественной адаптацией опытных врачей к требованиям рабочего места и развитием у них более эффективных механизмов преодоления стресса [24], [28].

Например, Vrontaras в качественном исследовании 2020 года, в котором участвовали 30 греческих гематологов, показал, что со временем врачи вырабатывают собственную «философию жизни», которая позволяет им более спокойно принимать смерть пациентов и осознавать границы своей ответственности [28]. Опытные специалисты чаще сообщают о высоком чувстве личных достижений, что напрямую коррелирует с продолжительностью их стажа в гематологии [29].

Тема суицидов среди врачей является крайней и самой трагичной точкой развития выгорания, так как эмоциональное истощение провоцирует глубокое чувство безнадежности и отчаяния. Perolla в литературном обзоре о выгорании взрослых и детских гематологов и онкологов указывает, что символическая роль врача как «ультимативного целителя» накладывает на него непосильный груз ожиданий общества, из-за чего психологический крах и суицидальные мысли становятся особенно разрушительными для профессионального сообщества. Выгорание напрямую связано с ростом медицинских ошибок и суицидального риска, что делает эту проблему вопросом безопасности не только врачей, но и пациентов [25].

Под удовлетворенностью работой в гематологии понимается многомерный конструкт, который в турецком исследовании Gürsan и Bostankolu Değirmenci (опубликовано в 2025, обследовано 139 взрослых и детских гематологов) оценивался по девяти параметрам: оплата, продвижение по службе, руководство, льготы, признание, операционные процедуры, отношения с коллегами, характер самой работы и коммуникация. В этом исследовании, где использовался классический опросник MBI, было доказано, что уровень эмоционального истощения имеет сильную отрицательную корреляцию с общей удовлетворенностью работой [29].

Например, Gürsan выявила, что гематологи, которые выбрали свою специальность добровольно, демонстрируют значительно более высокую удовлетворенность характером работы и меньший уровень выгорания. В то же время врачи, испытывающие психологический дистресс или проходящие психиатрическое лечение, показывают существенно более высокие баллы по шкалам эмоционального истощения и деперсонализации [29].

Важным фактором удовлетворенности является «пациентская взаимность» - обмен уважением и эмоциональной поддержкой между врачом и пациентом. Гематологи, которые чувствуют отдачу и признание со стороны больных, реже выгорают, так как это наполняет их деятельность смыслом, в то

время как работа в лаборатории без контакта с людьми часто ведет к снижению чувства личных достижений [25], [24].

Christie и Glew в своем обзоре подчеркивают, что недостаток навыков профессиональной коммуникации и «авторитарный» стиль общения могут усиливать стресс врача, в то время как качественное обучение навыкам общения снижает риск выгорания и повышает удовлетворенность пациентов [30]. Гематологи часто страдают от невозможности «отключиться» от мыслей о сложных случаях дома, что ведет к нарушениям сна и конфликтам в семье [28].

Эффективные стратегии борьбы с выгоранием должны сочетать в себе системные реформы, такие как оптимизация численности персонала и ограничение рабочих часов, с индивидуальными методами — обучением техникам осознанности (mindfulness), когнитивно-поведенческой терапии и навыкам управления стрессом [24; 25; 29]. Институциональная поддержка, включая наставничество и создание психологически безопасной среды, критически важна для сохранения кадрового потенциала в гематологии [24], [27].

При этом анализ доступных источников показывает, что большинство исследований базируются на смешанных выборках, объединяющих гематологов с онкологами или взрослых специалистов с детскими, из-за чего данные, посвященные исключительно взрослым клиническим гематологам, практически не представлены в чистом виде.

1.3 Выгорание у врачей через призму теории самодетерминации

Теория самодетерминации (SDT) представляет собой фундаментальную макротеорию человеческой мотивации и личности, которая основывается на организмическо-диалектическом подходе и рассматривает человека как активное, стремящееся к росту существо. [31; 32]. Согласно SDT, для поддержания психологической целостности, жизненной энергии и благополучия критически важно удовлетворение трех базовых психологических потребностей: в автономии, компетентности и связанности с другими людьми [33; 34]. Эти потребности рассматриваются как «психологические нутриенты», фрустрация которых неизбежно ведет к снижению мотивации и развитию психопатологии [31; 35]. Особое значение в рамках теории придается потребности в автономии, которая определяется не как полная независимость, а как переживание воли, подлинности и осознанного одобрения своих действий [32; 34].

Важнейшим механизмом, обеспечивающим автономное функционирование, является самосознание, определяемое как способность индивида становиться объектом собственного внимания, активно идентифицировать и перерабатывать информацию о себе [36]. В структуре автономии выделяются два ключевых компонента, оцениваемых с помощью шкалы PCASS (Perceived Choice and Awareness of Self Scale): осознанный выбор (субъективное восприятие своих решений как самостоятельных) и самосознание (осознанная рефлексия чувств и ощущений как своих собственных) [37]. Высокие показатели по этим шкалам свидетельствуют о

способности человека действовать в гармонии со своим интегрированным «Я», что напрямую коррелирует с экзистенциальной исполненностью, самоуважением и психологической устойчивостью [37]. В профессиональной деятельности врача дефицит самосознания часто приводит к действиям «на автопилоте», когда специалист теряет контакт со своими чувствами и потребностями, что становится когнитивной предпосылкой к развитию деперсонализации [36; 38].

Помимо анализа текущих состояний осознанности, теория самодетерминации выделяет относительно устойчивые личностные черты — каузальные ориентации, измеряемые классической шкалой GCOS (General Causality Orientations Scale) или её версией для рабочей среды COWS [39; 40]. Данные ориентации описывают типичные способы инициации и регуляции поведения: автономная ориентация предполагает опору на внутренние интересы и ценности (внутренний локус каузальности), контролируемая — чувствительность к внешнему давлению, наградам или дедлайнам (внешний локус), а безличная ориентация характеризуется чувством собственной некомпетентности и отсутствием контроля над результатами деятельности [32; 40].

Исследования показывают, что профессиональное выгорание, характеризующееся эмоциональным истощением, деперсонализацией и редукцией личных достижений, тесно связано с нарушением этих механизмов самодетерминации [33;35]. Одной из наиболее значимых работ в этой области является исследование 243 врачей-резидентов различных специальностей в Канаде, которое показало, что три типа каузальных ориентаций объясняют 31,5% дисперсии уровня выгорания [40]. Было установлено, что автономная ориентация выступает мощным защитным буфером и значимо отрицательно коррелирует с выгоранием ($B = -0,24$; $P < .001$). Напротив, контролируемая ($B = 0,20$; $P = .003$) и безличная ($B = 0,28$; $P < .001$) ориентации напрямую способствуют росту профессиональной деформации [40]. При этом безличная ориентация оказалась наиболее деструктивной, так как она связана с ощущением беспомощности и потерей субъектности врача.

В условиях современной медицины, характеризующейся высокой нагрузкой и административным давлением, врачи часто сталкиваются с «авторитарным» стилем управления, который подавляет осознанный выбор и автономию [41]. Фрустрация базовых потребностей ведет к тому, что деперсонализация начинает использоваться как дезадаптивный защитный механизм: врач эмоционально отстраняется от пациентов, чтобы справиться с избыточным стрессом [35]. Данные показывают, что уровень выгорания резидентов достигает пика к третьему году обучения, что может быть следствием накопленной фрустрации потребности в автономии в контролирующей образовательной среде [40]. Таким образом, развитие навыков осознанного выбора и поддержание высокого уровня самосознания (по шкале PCASS) в сочетании с формированием автономной каузальной ориентации являются критическими ресурсами для профилактики выгорания и сохранения психологического здоровья медицинских работников [37;40].

Для измерения индивидуальных различий в склонности к автономному поведению К. Шелдоном была разработана «Шкала самодетерминации» (SDS), которая в современной версии получила название «Шкала осознанного выбора и самосознания» (Perceived Choice and Awareness of Self Scale — PCASS) [37]. Методика включает две субшкалы: осознанный выбор (субъективное восприятие своих решений как самостоятельных и независимых) и самосознание (осознанная рефлексия чувств и телесных ощущений как своих собственных) [37; 42]. Русскоязычная адаптация PCASS подтвердила её высокую надежность и валидность [37]. Было выявлено, что высокие показатели по шкале PCASS положительно коррелируют с экзистенциальной исполненностью (свободой, ответственностью), самоуважением, самопринятием и удовлетворенностью качеством совершаемого выбора [37].

Несмотря на высокую актуальность проблемы, обзор литературы выявил ограниченное количество исследований, направленных на изучение прямой взаимосвязи между профессиональным выгоранием и механизмами самодетерминации, такими как самоосознание осознанный выбор.

1.4 Взаимосвязь копинг стратегий и эмоционального выгорания у врачей

Психологическое совладание или копинг представляет собой не просто набор реакций, а живой и постоянно меняющийся процесс, в котором человек задействует свои мыслительные и поведенческие ресурсы, чтобы справиться с требованиями среды [43]. В мире медицины, где врачи ежедневно сталкиваются с критическими ситуациями и человеческой болью, этот процесс становится вопросом профессионального выживания. Ричард Лазарус и Сьюзен Фолкман первыми показали, что стресс - это не просто внешнее событие, а результат того, как сам человек оценивает ситуацию и свои возможности ей противостоять [44]. Если врач чувствует, что его ресурсов не хватает, запускается механизм выгорания, который проявляется в эмоциональном истощении, цинизме и потере веры в собственные достижения [45].

Интересные данные представила в своем мета-анализе Хёджунг Шин вместе с коллегами, проанализировав результаты 36 исследований, охвативших почти 10 000 человек (9 729 участников) [45]. Она обнаружила четкую закономерность: те стратегии, которые направлены на прямое решение проблемы, стабильно защищают врачей от всех симптомов выгорания. В то же время стратегии, сфокусированные только на эмоциях, часто лишь подливают масла в огонь, усиливая ощущение опустошенности и заставляя врача отдаляться от пациентов [45].

Бенджамин Дулиттл в своем исследовании 337 врачей терапевтического профиля подтвердил эти выводы на практике [46]. Он обнаружил, что такие качества, как твердость характера, умение принимать ситуацию и планировать свои действия, напрямую связаны с более низким уровнем выгорания и, что не менее важно, с чувством удовлетворения от возможности помогать людям. В то же время те медики, которые выбирали отрицание проблемы, уход в себя или обвинение окружающих, страдали от выгорания гораздо сильнее [46]. В другом

своем труде, где были изучены 108 врачей-резидентов, Дулиттл выявил неожиданный факт: использование юмора среди молодых специалистов часто не облегчало состояние, а, напротив, было связано с более высоким эмоциональным истощением и цинизмом, возможно, выступая лишь маской для скрытого стресса [46].

Для того чтобы вовремя заметить эти опасные паттерны, психологи постоянно ищут удобные и быстрые инструменты диагностики. Мария Одинцова и ее коллеги в 2022 году представили компактную версию популярного опросника - CORE-30 [47]. В ходе тестирования этой методики на больших выборках (1 395 человек) было доказано, что всего 30 вопросов позволяют с высокой точностью определить, как человек справляется со стрессом. Одинцова выделила три основных способа поведения: активный когнитивно-поведенческий подход, поиск социальной поддержки и избегание [47]. При этом она отметила, что такая стратегия, как принятие, может работать по-разному: для кого-то это просто смирение перед неизбежным, а для другого - необходимый первый шаг, после которого начинается реальное планирование действий [47].

Особую ценность для понимания возможностей профилактики выгорания представляет масштабный эксперимент Сергея Ли и группы ученых из Казахстана [48]. В их рандомизированном контролируемом исследовании приняли участие 243 врача первичного звена здравоохранения, средний возраст которых составил 31–40 лет. Важным фактором риска было то, что почти половина врачей (48–50%) работали более 56 часов в неделю. Участники были разделены на две группы: контрольную и группу вмешательства, которая прошла специальный тренинг по методу Асимова. Врачей обучали навыку экологичного выражения своего состояния через осознание внутренней триады — связи между чувствами, телесными ощущениями и образами [48]. Обучение включало распределение 11 основных чувств по пальцам ладони для быстрого запоминания и освоение навыка осознанного проговаривания переживаний вместо их автоматического подавления [48].

Результаты этого эксперимента, полученные благодаря повторным измерениям через 6 и 12 месяцев, оказались статистически значимыми. Через год после тренинга уровень эмоционального истощения в группе вмешательства упал с критических 28,1 до 18,9 баллов, в то время как в контрольной группе он вырос до 29,2 [48]. Показатели деперсонализации снизились с 10,8 до 8,4 баллов, а чувство профессиональной успешности значимо выросло с низкого уровня в 32,7 до высокого показателя в 42,2 балла. Самое поразительное изменение произошло в самом репертуаре копинг-стратегий: использование деструктивной «Конфронтации» сократилось более чем в два раза (с 12,1 до 5,8 баллов), а показатели «Бегства-избегания» упали с 13,9 до 6,1 балла [48]. Это исследование математически доказало, что системная работа над осознанностью и способами совладания способна коренным образом изменить психологический профиль врача.

Джузеппа Мареска в своем систематическом обзоре 2022 года подтверждает, что наиболее эффективными способами борьбы с выгоранием в

медицинских коллективах являются эмоциональная поддержка коллег, физическая активность и умение устанавливать четкие границы между работой и личной жизнью [49]. Джессика Киз, изучая опыт 319 практикующих специалистов в период пандемии, добавила к этому списку самосострадание. Она обнаружила, что те, кто умеет относиться к себе с добротой и пониманием в трудные минуты, гораздо чаще выбирают активные способы решения проблем и реже уходят в деструктивное избегание [50]. Все эти данные говорят о том, что психологическое благополучие врача зависит от гибкости его копинг-стратегий и готовности учиться новым способам эмоциональной регуляции.

1.5 Взаимосвязь эмоционального интеллекта и эмоционального выгорания у врачей

Современная медицина предъявляет к врачам колоссальные требования, выходящие далеко за рамки чисто технических навыков, и проблема профессионального выгорания сегодня становится центральной в обсуждении качества медицинской помощи. Исследователь Гэри Шарп вместе со своими коллегами в своем обзоре [51] указывает на то, что эмоциональный интеллект (EI) - это не просто абстрактное понятие, а конкретная способность человека понимать свои эмоции и чувства окружающих, чтобы действовать адекватно ситуации. Это особенно критично в хирургии, где авторы выявили пугающую статистику: около 51% ординаторов-хирургов проявляют признаки тяжелого выгорания, а среди уже практикующих консультантов симптомы выгорания наблюдаются у 40%. Шарп подчеркивает, что высокий уровень EI напрямую связан с уменьшением стресса и выгорания, а также с ростом удовлетворенности работой, что в конечном итоге трансформируется в более качественный уход за пациентами. Элинор Лоус и ее соавторы в своем комментарии [52] добавляют к этой картине образовательный аспект, отмечая, что исторически студентов-медиков поощряли к аффективной нейтральности, однако сейчас становится ясно, что такая эмоциональная отстраненность ведет лишь к усталости от сострадания и стрессу. По их данным, около 25% студентов-медиков во всем мире страдают от депрессии, что подчеркивает необходимость раннего развития эмоциональных компетенций еще на этапе обучения.

Глубокое изучение взаимосвязей между эмоциональными характеристиками врача и реакцией пациентов провел Хуэй-Чин Венг [53], который обследовал 110 врачей-терапевтов и внушительную группу из 2872 пациентов. Его команда выяснила, что более высокая самооценка эмоционального интеллекта врачом значимо коррелирует с более низким уровнем выгорания и более высокой удовлетворенностью работой ($p < 0.001$). Интересно, что Венг также обнаружил связь между удовлетворенностью пациентов и состоянием врача: те медики, которые достигали высокого одобрения со стороны больных, сами реже чувствовали себя истощенными. В этом исследовании эмоциональный интеллект рассматривается как защитный фактор, помогающий врачу более эффективно управлять стрессом на рабочем

месте, действуя как своеобразный щит против депрсонализации и эмоционального истощения.

Тему вклада конкретных компонентов осознанности и интеллекта продолжили Дэниел Теста и Варуни Фай Сангганджанаванич [54], выбрав в качестве участников 380 стажеров-консультантов. Они подтвердили гипотезу о том, что высокий ЭИ и навыки осознанности являются предикторами низкого уровня выгорания. В частности, фактор действия с осознанностью (Acting with Awareness) оказался статистически значимым для снижения показателей эмоционального истощения и депрсонализации ($p < 0.05$). Авторы делают важный вывод о том, что стажеры с низким уровнем эмоционального интеллекта чаще сталкиваются с трудностями при установлении терапевтических отношений, что неизбежно ведет к самообвинению, отстраненности и чувству некомпетентности - классическим предвестникам выгорания.

Систематический обзор, подготовленный Гордоном Джексоном-Коку и Полом Граймом [55], фокусируется на механизмах регуляции эмоций и их роли в развитии патологий у врачей. Они отмечают, что люди, находящиеся в состоянии профессионального стресса, становятся менее способными к подавлению негативных эмоций из-за изменений в лимбических сетях мозга, обрабатывающих стресс. В обзоре упоминается метаанализ, подтвердивший, что так называемая поверхностная игра (surface acting), когда врач имитирует нужные эмоции, скрывая настоящие, сильно коррелирует с эмоциональным истощением и психологическим напряжением. Напротив, глубокая регуляция эмоций через когнитивную переоценку ситуации помогает сохранять энергию и предотвращает уход в депрсонализацию.

Особую категорию врачей, работающих в паллиативной помощи, изучал Дэниел Джон Хубик [56] с помощью качественного исследования 20 специалистов из Мельбурна. Он выявил, что паллиативные врачи ежедневно сталкиваются с мощными эмоциональными реакциями, такими как гнев, фрустрация, горе и безнадежность. Хотя уровень выгорания в этой группе оценивается примерно в 15.1%, что несколько ниже, чем у онкологов, причины этого различия кроются в стратегиях совладания. Участники исследования Хубика описывали, как накопленные негативные эмоции при плохом управлении ими заставляли их либо чрезмерно опекать пациентов, либо, наоборот, избегать контактов с семьями больных. Основными способами защиты стали саморефлексия и неформальный дебрифинг с коллегами, что позволяет вовремя заметить признаки выгорания и предотвратить девиации в клинической практике.

Крис Пауэлла и его коллеги [57] провели масштабный метаанализ, проанализировав 17 лонгитюдных исследований, посвященных обучению эмоциональному интеллекту в здравоохранении. Пауэлл утверждает, что EI - это тренируемый навык, и практически все программы обучения показали статистически значимое улучшение эмоциональных компетенций у персонала. Они отмечают, что наиболее эффективными оказались долгосрочные программы, сочетающие дидактическое обучение с рефлексивными практиками

и обратной связью. Несмотря на некоторые методологические ограничения в исходных статьях, исследователи уверены, что развитие EI помогает врачам не только строить доверительные отношения с пациентами, но и значительно повышает их психологическую устойчивость в условиях экстремально сложной и изменчивой среды современного здравоохранения. Таким образом, литература подтверждает, что эмоциональный интеллект является не просто личной характеристикой врача, а мощным инструментом профилактики выгорания и залогом безопасности пациентов.

1.6 Взаимосвязь тревоги и депрессии с эмоциональным выгоранием у врачей

В современной медицинской науке дискуссия о разграничении профессионального выгорания и клинических психических расстройств достигла критической точки. Исследователь Fischer с коллегами в работе, которую по праву называют идеальной для понимания структуры этого вопроса, провел углубленный анализ состояния 715 клиницистов, среди которых были 96 врачей и 159 медицинских сестер [58]. Используя метод эксплораторного граф-анализа, авторы продемонстрировали, что симптомы выгорания, такие как эмоциональное истощение и деперсонализация, образуют статистически обособленный кластер, который не совпадает с кластерами тревоги или депрессии [58]. Это исследование подчеркивает, что выгорание является уникальным профессиональным феноменом, требующим специфических мер профилактики, отличных от лечения классических аффективных расстройств.

Параллельно с этим, группа исследователей под руководством Garcia провела работу, ставшую ключевой в определении факторов риска для ментального здоровья медиков [59]. В их исследовании приняли участие 227 врачей из Бразилии, и результаты оказались поразительными: уровень выгорания составил 58,1%, тогда как распространенность тревоги и депрессии была зафиксирована на уровне 19,4% и 12,3% соответственно [59]. Ученые применили иерархическую логистическую регрессию и выяснили, что восприятие рабочих стрессоров объясняет целых 22,4% дисперсии выгорания, но значительно меньше влияет на показатели депрессии (7,7%) [59]. Это подтверждает тезис о том, что именно организационная среда и отсутствие признания заслуг являются первичными триггерами выгорания, которое в дальнейшем может перерасти в более тяжелые психические состояния.

Дополнительный вклад в понимание этой связи внес исследователь Voultsos, чья работа также рассматривается как ключевой источник данных о греческих специалистах [60]. Изучая выборку из 227 врачей, он обнаружил, что выгорание тесно коррелирует с тревожными состояниями, однако эти явления имеют разную природу: если тревога чаще связана с личностными особенностями и общей неопределенностью, то выгорание напрямую зависит от профессиональной нагрузки и качества взаимодействия с коллегами [60]. Эти данные перекликаются с выводами Fischer, создавая единую картину того, как рабочая среда формирует психологический профиль врача.

Проблема не ограничивается только опытными специалистами, она остро стоит и перед теми, кто только вступает в профессию. Khatiwada и соавторы провели масштабное исследование в Непале, охватившее 651 человека, включая студентов-медиков и врачей-резидентов [61]. Они установили, что почти половина участников (48,8%) страдает от той или иной формы выгорания, а 45,3% имеют признаки выраженной тревоги [61]. Особенно уязвимыми оказались женщины: уровень тревожности среди них достиг 59,6%, что значительно выше, чем у мужчин (40,8%) [61]. Авторы делают вывод, что академическое выгорание в период обучения закладывает фундамент для будущих депрессивных эпизодов уже в клинической практике.

Для борьбы с этими негативными тенденциями Medisauskaite и Kamaу предложили и протестировали систему обучающих модулей в рамках рандомизированного контролируемого исследования. В их эксперименте участвовали врачи, разделенные на несколько групп; в группе, прошедшей полное обучение, уровень деперсонализации снизился с 1,98 до 1,68 за короткий промежуток времени [62]. Общий уровень психической заболеваемости в их выборке из 227 врачей Великобритании составлял 28,6%, что еще раз подтверждает необходимость активного вмешательства на ранних этапах развития дистресса [62].

Эффективность подобных интервенций подтверждается и на уровне мета-анализов. Regehr и коллеги проанализировали данные 12 исследований, охвативших 1034 участника, включая врачей и студентов из разных стран. Они выяснили, что когнитивно-поведенческие вмешательства и практики осознанности (mindfulness) показывают значимый эффект в снижении уровня тревоги и стресса [63]. Однако исследователи предостерегают: хотя индивидуальные методы коррекции эффективны для снижения симптомов тревоги, они не могут полностью устранить выгорание, если не будут изменены системные условия труда, такие как чрезмерные часы работы и отсутствие автономии [63].

Завершая теоретический синтез, Koutsimani и соавторы представили всеобъемлющий систематический обзор, в котором изначально было идентифицировано 3884 записи [64]. После строгого отбора в итоговый количественный анализ вошло 67 исследований по связи выгорания с депрессией и 34 исследования по связи с тревогой. Мета-анализ подтвердил наличие значимой корреляции, но авторы еще раз акцентировали внимание на том, что выгорание и депрессия — это не одно и то же [64]. Выгорание характеризуется специфическим отношением к работе, тогда как депрессия проникает во все сферы жизни человека. Тем не менее, длительное нелеченое выгорание неизбежно ведет к истощению психологических ресурсов, делая врача беззащитным перед лицом клинической депрессии и хронической тревоги. Таким образом, все семь проанализированных источников указывают на критическую важность раннего выявления выгорания как самостоятельного конструкта, чтобы предотвратить его трансформацию в серьезные психические расстройства, угрожающие как жизни самого врача, так и безопасности его пациентов

2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Формирование выборки и дизайн исследования

Объектом исследования врачи-гематологи (взрослые), а также резиденты первого и второго года обучения по специальности «Гематология (взрослая)» работающие в стационарах, поликлиниках и частных центрах Казахстана.

Предмет исследования взаимосвязь эмоционального выгорания с уровнем самоосознания и осознанного выбора у гематологов Казахстана.

Выборка исследования представлена врачами-гематологами (взрослые) и резидентами обучающихся по специальности «Гематология» (взрослая). Формирование выборки осуществлялось методом добровольного анонимного онлайн-анкетирования согласно критериям включения и исключения. Ссылка на Google-форму с опросником была распространена через профессиональные мессенджеры (WhatsApp, Telegram) и закрытые профессиональные сообщества врачей-гематологов Казахстана. К участию приглашались все специалисты гематологического профиля независимо от стажа, места работы и должности. Таким образом, выборка формировалась по принципу доступности (удобная выборка) и самоотбора.

Окончательный объем выборки составил 100 респондентов. Социально-демографические и трудовые характеристики участников приведены в Таблице 1.

Критерии включения:

- возраст респондентов от 23-63 года
- согласие на исследование
- специалисты, работающие в гематологической службе (врачи гематологи, заведующие отделением гематологии, руководители/внештатные гематологи)
- резиденты 1 и 2 года обучения по специальности «Гематология» (взрослая)

Критерии исключения:

- возраст менее 23 лет и старше 63 лет
- отказ от участия

Таблица 1 - Социально-демографические и трудовые характеристики участников (N = 100)

Характеристика	Категория	Частота, n (%)
Пол	Мужской	18 (18,0%)
	Женский	82 (82,0%)
Семейный статус	Никогда не состоял(а) в браке	25 (25,0%)
	Состою в зарегистрированном браке	56 (56,0%)

Продолжение таблицы - 1

	Гражданский брак	6 (6,0%)
	Разведён(а)	10 (10,0%)
	Вдовец / вдова	3 (3,0%)
Уровень организации	Республиканский	19 (19,0%)
	Городской	64 (64,0%)
	Областной	16 (16,0%)
	Районный	1 (1,0%)
Совместительство	Одно учреждение	46 (46,0%)
	Два учреждения	47 (47,0%)
	Три и более	7 (7,0%)
Тип места работы	Круглосуточный стационар	55 (55,0%)
	Дневной стационар	11 (11,0%)
	Амбулаторно-поликлиническая служба	33 (33,0%)
	Смешанная / административная	1 (1,0%)
Частота дежурств	Не дежурю	55 (55,0%)
	1–3 раза/мес	22 (22,0%)
	4–6 раз/мес	18 (18,0%)
	≥7 раз/мес	5 (5,0%)
Возраст	23–30 лет	33 (33,0%)
	31–40 лет	31 (31,0%)
	41–50 лет	15 (15,0%)
	≥51 год	21 (21,0%)
Стаж работы	до 5 лет	39 (39,0%)
	6–10 лет	21 (21,0%)
	11–20 лет	18 (18,0%)
	≥21 год	22 (22,0%)
Должность	Врач-гематолог	71 (71,0%)
	Заведующий отделением	11 (11,0%)
	Резидент 1 года обучения	5 (5,0%)
	Резидент 2 года обучения	8 (8,0%)
	Руководитель / зам. директора / внештатный гематолог	6 (6,0%)
Физическая активность	Не занимаюсь	38 (38%)
	Занимаюсь не регулярно (1 раз в неделю)	31 (31%)
	Занимаюсь регулярно (≥2 раз в неделю)	31 (31%)

В исследовании приняли участие 100 медицинских работников гематологического профиля. Среди респондентов преобладали женщины - 82,0%, мужчины составили 18,0%. Большинство участников состояли в браке - 62,0%, никогда не состояли в браке 25,0% респондентов, разведены были 10,0%, вдовцами/вдовами являлись 3,0% участников исследования.

Большая часть респондентов работала в городских медицинских организациях - 64,0%, в республиканских учреждениях работали 19,0%, в областных - 16,0%, в районных - 1,0%. Почти половина участников исследования совмещала работу в двух учреждениях - 47,0%, в одном учреждении работали - 46,0%, в трёх и более - 7,0% респондентов.

Наиболее распространённым местом работы являлся круглосуточный стационар - 55,0%, в амбулаторно-поликлинической службе работали 33,0% участников, в дневном стационаре - 11,0%, смешанную или административную деятельность осуществлял 1,0% респондентов.

Более половины участников исследования не дежурили - 55,0%, 22,0% респондентов дежурили от 1 до 3 раз в месяц, 18% респондентов дежурили от 4 до 6 раз в месяц и только 5,0% врачей дежурили 7 и более раз в месяц.

По возрасту преобладали участники в возрасте 23–30 лет и 31–40 лет, которые составили 33,0% и 31,0% соответственно. В возрасте 41–50 лет были 15,0% респондентов, а группа старше 51 года составила 21,0%.

Наиболее многочисленную группу по стажу работы составили специалисты со стажем до 5 лет - 39,0% от 6 до 10 лет — 21,0%, от 11 до 20 лет — 18,0%, более 21 года — 22,0%.

Большинство участников являлись врачами-гематологами — 71,0%. Заведующие отделениями составили 11,0%, резиденты 1–2 года обучения — 13,0%, руководители, заместители директора и внештатные гематологи — 6,0%.

Регулярной физической активностью (≥ 2 раз в неделю) занимались 31,0% респондентов, нерегулярной - 31,0%, тогда как 38,0% участников исследования не занимались физической активностью.

Дизайн исследования

Исследование представляет собой одномоментное (поперечное), наблюдательное (наблюдательное), неинтервенционное. Дизайн представлен в виде схемы на рисунке 1. Сбор данных проводился анонимно с использованием онлайн-анкетирования (платформа Google Forms) в период с января по март 2026 года. Участие было добровольным, все респонденты предварительно давали информированное согласие в электронной форме. Исследование одобрено Локальной комиссией по биоэтике НАО «Медицинский Университет Астана» (протокол №8 от 25.11.2025).

Формирование выборки осуществлялось методом удобной выборки (convenience sampling) и самоотбора (self-selection). Ссылка на опрос распространялась через профессиональные мессенджеры (WhatsApp, Telegram) и закрытые профессиональные сообщества врачей-гематологов Казахстана. К участию приглашались все специалисты гематологического профиля

независимо от стажа, места работы и должности. Общая численность выборки составила 100 человек.

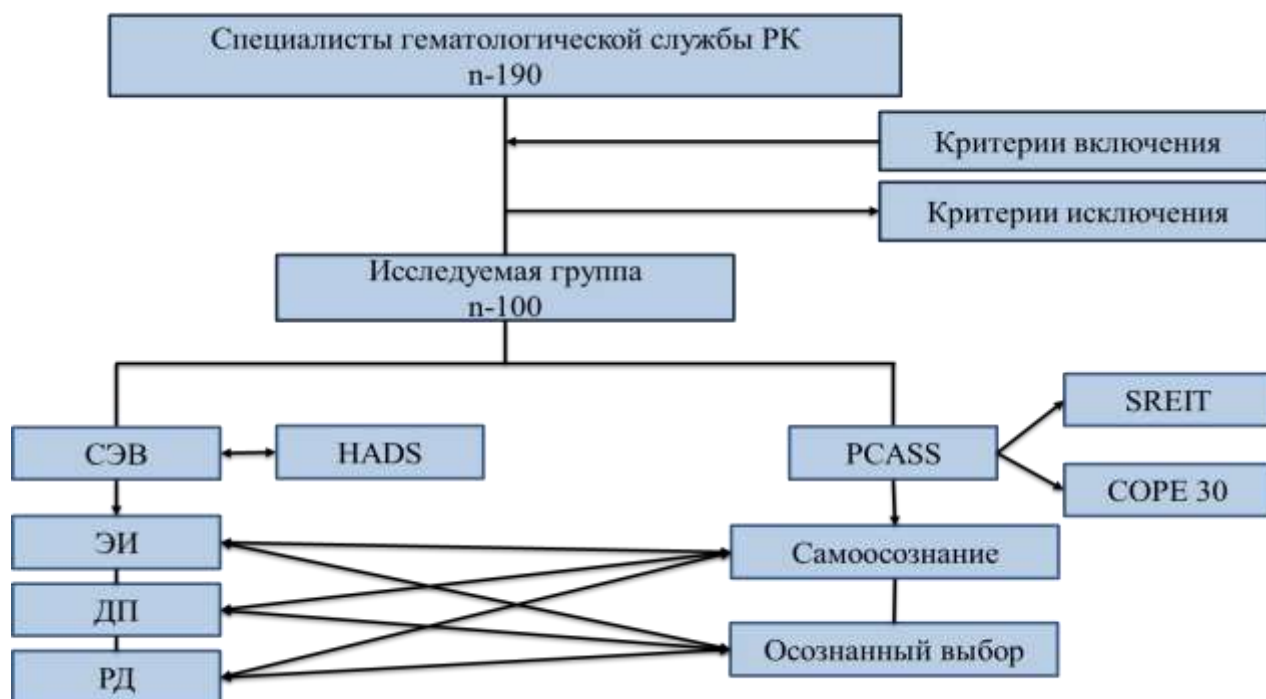


Рисунок -1 Дизайн исследования

2.2 Характеристика материалов и методов исследования

Психодиагностические методики (психологический инструментарий)

Для реализации цели и задач исследования использовался комплекс валидированных психодиагностических опросников:

1) Для оценки уровня профессионального выгорания использовался опросник Maslach Burnout Inventory – Human Service Survey (MBI-HSS), автор С.Maslach. Адаптация: Н.Е. Водопьянова, У.С. Старченкова (2001).

(Приложение Б). Опросник включает 22 вопроса, образующие три субшкалы:

-эмоциональное истощение (ЕЕ) – чувство опустошённости и усталости, вызванное работой;

-деперсонализация (DP) – циничное, безразличное отношение к пациентам и работе;

-редукция личных достижений (RA) – ощущение неэффективности и снижение профессиональной самооценки.

Подсчёт и интерпретация: баллы суммируются отдельно по каждой субшкале. Подшкалы ЕЕ и DP имеют прямую направленность: более высокие баллы соответствуют более выраженному выгоранию. Подшкала RA имеет обратную направленность: низкие баллы указывают на выраженную редукцию достижений (худший исход), а высокие – на сохранность профессиональной эффективности. Используются пороговые значения (низкий, средний, высокий уровень), рекомендованные для адаптированной версии (Приложение Б).

2) Шкала осознанного выбора и самосознания (Perceived Choice And Awareness Of Self Scale, PCASS), адаптированная С.Н. Костроминой с соавторами (2024). [Костромина С. Н., Молодцова Г. И., Зиновьева Е. В., Одинцова М. М., Филатова А. Ф. (2024)]. Оригинальная методика (Self-Determination Scale, SDS) была разработана К. Шелдоном с соавторами [Sheldon, K. M., Ryan, R. M., & Reis, H. (1996)] в рамках теории самодетерминации Э. Деси и Р. Райана. [Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985)].

Опросник содержит 10 вопросов и включает две субшкалы:

- Самоосознание (Awareness) – способность к осознанной рефлексии чувств и ощущений как своих собственных.
- Осознанный выбор (Choice) – способность принимать решения, согласованные с собственными ценностями, отражает субъективное восприятие выбора своего поведения как самостоятельного и независимого.

Баллы суммируются по каждой субшкале. Более высокие баллы соответствуют более высокому уровню самоосознания и осознанного выбора. Специальных клинических порогов нет – используется непрерывная шкала: чем выше балл, тем лучше развит соответствующий ресурс.

3) Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), разработана A. S. Zigmond и R. P. Snaith в 1983 г. для выявления и оценки тяжести тревоги и депрессии) в русскоязычной адаптации (Приложение Г). Структура: Методика включает 14 пунктов, образующих две субшкалы по 7 пунктов:

- Тревога (Anxiety) – наличие симптомов генерализованной тревоги;
- Депрессия (Depression) – наличие симптомов депрессивного спектра.

Подсчёт и интерпретация:

Баллы суммируются отдельно по субшкалам тревоги и депрессии. Интерпретация проводится по следующим диапазонам: 7 и менее баллов – норма; 8–10 баллов – субклинически выраженная симптоматика; 11 и более баллов – клинически выраженная симптоматика.

4)Оценка эмоционального интеллекта проводилась с помощью теста Schutte Self-Report Emotional Intelligence [Schutte N. S., Malouff J. M., Hall L. E., et al.], в русскоязычной версии, представленной Ю. А. Варицким (2016)[Варицкий Ю. А.] (Приложение Д). Опросник состоит из 33 вопросов и измеряет общий уровень способности распознавать, понимать, регулировать и использовать эмоции в мышлении и деятельности.

Подсчёт и интерпретация: Общий балл по методике SREIT вычисляется суммированием ответов по всем 33 пунктам. Возможный от 33 до 165. В оригинальной версии (Schutte et al., 1998) авторы не предлагали жёстких нормативных градаций («низкий», «средний», «высокий»). Рекомендуются сравнивать полученный балл со средними значениями в сопоставимых выборках. В рамках данного исследования использовалась непрерывная шкала: более высокий суммарный балл интерпретируется как более высокий уровень эмоционального интеллекта.

Опросник стратегий совладания со стрессом (COPE-30)

Для выявления доминирующих копинг-стратегий использовался опросник COPE-30, разработанная М.А. Одинцовой и Н.П. Радчиковой (2022) [М.А. Одинцова*1, Н.П. Радчикова2,] (Приложение Е). Методика включает 30 вопросов и позволяет оценить 15 копинг-стратегий. Для удобства анализа 15 стратегий были сгруппированы в 3 смысловых блока. В первый фактор (когнитивно-поведенческий) вошли копинг-стратегии: «Позитивное переформулирование и личностный рост»

«Активное совладание»

«Юмор»

«Сдерживание»

«Подавление конкурирующей деятельности»

«Планирование»

Второй фактор (социально-эмоциональный) составили:

«Концентрация на эмоциях и их активное выражение»

«Использование инструментальной социальной поддержки»

«Обращение к религии»

«Использование эмоциональной социальной поддержки».

«Принятие»

В третий фактор (избегающий) вошли:

«Мысленный уход от проблемы»

«Отрицание»

«Поведенческий уход от проблемы»

«Использование “успокоительных”»

Статистический метод

Статистическая обработка данных выполнена с использованием программ *jamovi* (версия 2.7). Для решения поставленных задач применялись следующие методы.

Описательная статистика: рассчитывались частоты (n , %), средние арифметические значения (M), медианы (Me), стандартные отклонения (SD), минимальные и максимальные значения переменных.

Сравнительный анализ: Нормальность распределения количественных переменных оценивалась с помощью критерия Шапиро–Уилка. В связи с отклонением большинства переменных от нормального распределения для анализа взаимосвязей использовалась ранговая корреляция Спирмена (ρ). Сравнение групп проводилось с использованием критерия Краскела–Уоллиса. Для последующих попарных сравнений применялся критерий Двасса–Стила–Кричлоу–Флигнера (DSCF).

Корреляционный анализ: Для выявления направленности и силы взаимосвязи между компонентами выгорания, уровнем самоосознания (Awareness), осознанным выбором (Choice), эмоциональным интеллектом (SREIT), копинг-стратегиями (COPE-30), а также показателями тревоги и депрессии (HADS) использовался ранговый коэффициент корреляции Спирмена (ρ).

Проверяемые гипотезы:

Н₀: $\rho = 0$ (корреляция между переменными отсутствует);

Н₁: $\rho \neq 0$ (существует статистически значимая корреляция).

Регрессионный анализ: для оценки вклада личностных и психоэмоциональных факторов в развитие эмоционального выгорания (эмоциональное истощение, деперсонализация) был применён метод множественной линейной регрессии. Зависимые переменные (Y): показатели субшкал MBI (ЭИ, ДП, РД). Независимые переменные (предикторы): самоосознание (Awareness), осознанный выбор (Choice), эмоциональный интеллект (SREIT), конструктивный копинг (COPE-30).

В качестве ковариат (контролируемых переменных) в модель включались уровни тревоги и депрессии (HADS) для исключения их опосредующего влияния. Такой подход позволяет определить, сохраняется ли статистически значимая связь между личностными ресурсами (осознанность, выбор) и выгоранием после контроля аффективных симптомов.

Перед построением моделей проверялись условия применимости линейной регрессии: отсутствие мультиколлинеарности ($VIF < 5$), нормальность распределения остатков (критерий Шапиро–Уилка для остатков), гомоскедастичность (визуальный анализ графика «остатки – предсказанные значения»).

Уровень статистической значимости для всех тестов принимался равным $p < 0,05$. Доверительные интервалы для коэффициентов корреляции и регрессии рассчитывались с 95% уровнем доверия.

Социально-демографический блок

Для сбора информации о социально-демографических и профессиональных характеристиках респондентов была разработана авторская анкета, включённая в общую электронную форму опроса (Google Forms). Анкета включала вопросы о возрасте (с градациями 23–30 лет, 31–40 лет, 41–50 лет, 51 год и старше), поле (мужской, женский), семейном статусе (никогда не состоял(а) в браке, состою в зарегистрированном браке, состою в гражданском браке, разведён(а), вдовец/ вдова). Также фиксировались профессиональные характеристики: занимаемая должность (врач-гематолог, заведующий отделением, ординатор 1-го года, ординатор 2-го года, руководитель медицинской организации, внештатный гематолог), стаж работы (до 5 лет, 6–10 лет, 11–20 лет, 21 год и более), количество мест работы (одно, два, три и более), частота дежурств (не дежурю, 1–3 раза в месяц, 4–6 раз в месяц, 7 и более раз в месяц), тип учреждения (круглосуточный стационар, дневной стационар, амбулаторно-поликлиническая служба, смешанный или административный профиль), уровень организации (республиканский, городской, областной, районный). Дополнительно оценивалась частота занятий спортом (не занимаюсь, нерегулярно – 1 раз в неделю, регулярно – 2 и более раз в неделю). Полученные данные использовались для описания выборки, для выделения подгрупп при сравнительном анализе (например, по полу, возрасту, стажу, наличию совместительства и уровню физической активности) и для контроля потенциальных конфаундеров в регрессионных моделях (например, возраст, пол, стаж).

Таблица 2 – Материалы и методы исследования с учетом поставленных задач

№	Задача исследования	Статистический метод исследования	Материал исследования
1	Оценка уровня и характеристика компонентов эмоционального выгорания у гематологов Казахстана	Описательная статистика: расчет средних значений (M), медиан (Me), стандартных отклонений (SD), частот (%)	Опросник профессионального выгорания MBI-HSS
2	Характеристика уровня осознанного выбора и самоосознания, а также их взаимосвязь с эмоциональным интеллектом и стратегиями стресс-совладающего поведения	Корреляционный анализ: коэффициент ранговой корреляции Спирмена (ρ)	Шкала самоосознания и осознанного выбора PCASS; шкала эмоционального интеллекта Шутте (SREIT); опросник COPE-30
3	Изучение взаимосвязи эмоционального выгорания с уровнем осознанного выбора и самоосознания	Корреляционный анализ: коэффициент ранговой корреляции Спирмена (ρ); множественная линейная регрессия	Опросник MBI-HSS; шкала PCASS; шкала HADS; социодемографическая анкета

2.3 Сбор информации и формирование базы данных

Сбор данных осуществлялся с использованием онлайн-формы (Google Forms), распространявшейся через профессиональные сети врачей-гематологов Казахстана.

После сбора данных информация из Google Формы была импортирована в формат MS Excel и далее статистический пакет Jamovi (версия 2.7).

2.4 Этические аспекты

Информированное согласие

Исследование не предполагало каких-либо вмешательств и представляло собой только опрос. Каждый участник исследования был ознакомлен с информированным согласием на исследование. Участие в исследование являлось добровольным, и каждый респондент имел возможность отказаться от заполнения анкеты.

Защита конфиденциальности

Анкета для сбора данных не предполагала заполнение персональной информации, то есть данные являлись анонимными. Соответственно данные не содержали персонифицированную информацию, что не позволяло идентифицировать личность участников исследования, в связи с этим риск нарушения конфиденциальности был минимальным. После формирования базы для исследования, данные были доступны только исследователю, который непосредственно осуществлял анализ полученных данных.

3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

3.1 Характеристика генеральной совокупности.

Исследование проводилось среди врачей-гематологов и резидентов Республики Казахстан. Общая численность данной категории специалистов (генеральная совокупность) является ограниченной и составляет $N=190$ человек.

Методика расчёта

Для определения минимально необходимого объёма выборки в данном кросс-секционном исследовании была использована формула Кокрана (1977). Расчёт проводился в два этапа.

На первом этапе определялся базовый объём выборки (n_0) для бесконечной популяции по формуле: $n_0 = e^2 Z^2 \cdot p \cdot (1-p)$

где:

-уровень доверия принят равным 95% ($Z=1,96$).

-предполагаемая распространённость признака (p) установлена на уровне 0,5, что соответствует максимальной вариативности и позволяет получить максимально необходимый объём выборки при неизвестной заранее частоте выгорания.

-допустимая ошибка (e) принята равной 0,07 (7%). В биостатистике при работе с узкоспециализированными и труднодоступными группами специалистов (малая генеральная совокупность) такое отклонение считается обоснованным для получения надежных предварительных результатов.

Базовый расчёт составил: $n_0 = 0,07^2 \cdot 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot (1-0,5) = 196$

Поправка на ограниченную популяцию. Учитывая, что объём генеральной совокупности гематологов Казахстана ($N=190$) меньше базового расчёта, была применена поправка Кокрана для конечной популяции: $n = 1 + N \cdot n_0 / (n_0 - 1)$

Итоговый необходимый размер выборки составил: $n = 1 + 190 \cdot 196 / (196 - 1) \approx 97$ участников.

Репрезентативность и статистическая мощность: фактическая выборка исследования составила 100 человек. Данный объём полностью соответствует расчётному минимуму и обеспечивает достаточную статистическую мощность для выявления умеренных корреляций и различий при уровне значимости $\alpha=0,05$. Сформированная выборка является репрезентативной, так как она охватывает более 50% от всей генеральной совокупности врачей-гематологов страны, что позволяет экстраполировать полученные результаты на всю популяцию специалистов данной области в Казахстане.

3.2 Оценка характера распределения данных.

Перед выбором статистических методов для проверки гипотез была проведена процедура оценки соответствия распределения полученных данных закону нормального распределения (Гауссовскому распределению).

Методика оценки

Для оценки «нормальности» данных учитывая объем выборки ($n=100$), применялся критерий Колмогорова-Смирнова (с коррекцией Лиллиефорса) или критерий Шапиро-Уилка.

Результаты анализа

Проведенный анализ показал, что распределение большинства изучаемых психологических параметров - в частности, шкал эмоционального выгорания (EE, DP, RA), показателей самоосознания (Awareness) и осознанного выбора (Choice), а также уровней тревоги и депрессии (HADS) - статистически значимо отличается от нормального ($p<0,05$). Значения коэффициентов асимметрии и эксцесса для ряда шкал существенно превышали критические точки, что свидетельствует о скошенности или островершинности распределения в данной выборке.

В связи с тем, что условие нормальности распределения не было соблюдено, дальнейшая статистическая обработка данных и решение поставленных задач проводились с использованием методов непараметрических критериев.

3.3 Оценка уровня и компонентов профессионального выгорания у врачей-гематологов (Задача №1)

1) Анализ степени выраженности компонентов эмоционального выгорания у врачей-гематологов.

Оценка эмоционального состояния врачей-гематологов Казахстана ($n=100$) выявила критически высокие показатели профессионального выгорания по всем трем компонентам классической модели К. Маслач (MBI-HSS).

Эмоциональное истощение (EE). Высокий уровень истощения зафиксирован у 63,0% респондентов ($M=27,4; SD=9,43$). Полученные данные свидетельствуют о состоянии выраженного психоэмоционального перенапряжения у большинства специалистов, что превышает показатели онкологов в международных мета-анализах (в среднем около 40%).

Деперсонализация (DP). Высокая степень деперсонализации, отражающая тенденцию к цинизму и эмоциональному отчуждению от пациентов, наблюдалась у 64,0% участников ($M=12,4; SD=5,33$). Столь высокий процент указывает на деформацию профессиональных отношений как ведущий симптом в данной группе врачей.

Редукция личных достижений (RA). Низкие значения по данной субшкале, соответствующие выраженной редукции профессиональной эффективности (наихудший исход), выявлены у 37,0% врачей ($M=32,4; SD=6,87$). Важно отметить, что у большинства респондентов показатели РД оставались в пределах средних (38,0%) или высоких (25,0%) значений, что указывает на сохранение субъективного чувства профессиональной успешности у значительной части специалистов, несмотря на высокий уровень истощения (Таблица 2).

Интегральный показатель. Феномен полного выгорания (сочетание высоких баллов по шкалам истощения и деперсонализации при одновременно низкой самооценке достижений) зафиксирован у 27,0% участников исследования.

Таблица 3 - Распространённость и степень выраженности компонентов выгорания (N = 100).

Компонент	Среднее (SD)	Медиана	Категория	%
Эмоциональное истощение	27,4 (9,43)	27,0	Низкий (0–15)	10,0%
			Средний (16–24)	27,0%
			Высокий (≥ 25)	63,0%
Деперсонализация	12,4 (5,33)	12,0	Низкий (0–5)	10,0%
			Средний (6–10)	26,0%
			Высокий (≥ 11)	64,0%
Редукция достижений*	6,26 (1,03)	6,17	Низкий (≥ 37) — сохранные достижения	25,0%
			Средний (31–36)	38,0%
			Высокий (≤ 30) — выраженная редукция	37,0%
Примечание - По шкале личных достижений низкий балл соответствует высокой степени выгорания (редукции).				

Таким образом, результаты подтверждают гипотезу о крайне высокой психологической нагрузке в гематологической службе, где более четверти специалистов находятся в состоянии глубокого профессионального кризиса, а более 60% испытывают симптомы серьезного эмоционального переутомления.

Корреляции компонентов выгорания

Бивариативный анализ. Корреляции Спирмена выявили сильную положительную связь между EE и DP ($\rho = 0,591$, $p < 0,001$). Оба компонента отрицательно коррелировали с RA (EE–RA: $\rho = -0,383$, $p < 0,001$; DP–RA: $\rho = -0,495$, $p < 0,001$). Самоосознание значимо ассоциировалось с более низким EE ($\rho = -0,421$, $p < 0,001$), более низкой DP ($\rho = -0,251$, $p = 0,012$) и более высокой RA ($\rho = 0,251$, $p = 0,012$) – то есть бóльшая осознанность была защитным фактором. Осознанный выбор также отрицательно коррелировал с EE ($\rho = -$

0,323, $p = 0,001$) и DP ($\rho = -0,398$, $p < 0,001$) и положительно – с RA ($\rho = 0,255$, $p = 0,010$). Конструктивный был связан с более низкими EE ($\rho = -0,346$, $p < 0,001$) и DP ($\rho = -0,392$, $p < 0,001$).

Частота дежурств, тип рабочего места и уровень организации не коррелировали значимо ни с одним компонентом выгорания (все $p > 0,05$). Гендерных, возрастных различий и различий по стажу не обнаружено (Краскела–Уоллис $p > 0,05$ для всех сравнений).

2) Характеристика психоэмоционального статуса респондентов по шкале HADS.

Для углубленной оценки эмоционального состояния респондентов показатели тревоги и депрессии по шкале HADS были распределены по уровням выраженности: норма (0–7 баллов), субклинически выраженные симптомы (8–10 баллов) и клинически выраженные симптомы (≥ 11 баллов).

Анализ показал, что признаки клинически значимой тревоги выявлены у 29,0% врачей-гематологов, а субклинический уровень — у 25,0%, что в сумме составляет более половины выборки (54,0%). При этом средний балл по группе ($M = 8,54$) также находится в диапазоне субклинических проявлений.

Уровень депрессии оказался менее выраженным: клинически значимые симптомы наблюдались у 17,0% участников, а у большинства респондентов (71,0%) показатели находились в пределах нормы.

Полученные данные свидетельствуют о доминировании тревожной симптоматики над депрессивной в данной профессиональной группе. Это подтверждается результатами регрессионного анализа, согласно которым именно тревога выступает наиболее мощным предиктором эмоционального истощения врачей ($\beta=0,3726, p<0,001$). Столь высокая распространенность тревоги (почти каждый третий врач находится в зоне клинического уровня) может отражать специфику работы гематологов Казахстана, связанную с высоким уровнем профессионального напряжения и постоянной психоэмоциональной нагрузкой.

Таблица 4 – Описательная характеристика уровней тревоги и депрессии у врачей-гематологов Казахстана ($n = 100$)

Показатель	Тревога (HADS-A)	Депрессия (HADS-D)
Среднее значение (M)	8,54	6,09
Медиана (Me)	8,0	6,0
Стандартное отклонение (SD)	4,26	4,01
Минимум	1	0
Максимум	21	18
Норма (0–7 баллов), n (%)	46 (46,0%)	71 (71,0%)
Субклинический уровень (8–10 баллов), n (%)	25 (25,0%)	12 (12,0%)
Клинически выраженный уровень (≥ 11 баллов), n (%)	29 (29,0%)	17 (17,0%)

3) Взаимосвязь эмоционального выгорания с уровнями тревоги и депрессии у врачей-гематологов Казахстана.

Проведённый корреляционный анализ выявил статистически значимые связи тревоги и депрессии со всеми компонентами эмоционального выгорания.

Наиболее сильная положительная корреляция обнаружена между уровнем тревоги и эмоциональным истощением ($r_s = 0,649$; $p < 0,001$), что свидетельствует о тесной взаимосвязи тревожной симптоматики с эмоциональным перенапряжением врачей-гематологов.

Повышение уровней тревоги и депрессии сопровождалось ростом эмоционального истощения и деперсонализации, а также снижением профессиональной эффективности (РА), что указывает на негативное влияние аффективного дистресса на профессиональное функционирование врачей

Таблица 5 - Взаимосвязь тревоги и депрессии с компонентами эмоционального выгорания у врачей-гематологов Казахстана ($n = 100$)

Показатели	DP (деперсонализация)	ЕЕ (эмоциональное истощение)	РА (редукция профессиональных достижений)
Тревога (Anxiety)	$r_s = 0,415$; $p < 0,001$	$r_s = 0,649$; $p < 0,001$	$r_s = -0,503$; $p < 0,001$
Депрессия (Depression)	$r_s = 0,402$; $p < 0,001$	$r_s = 0,598$; $p < 0,001$	$r_s = -0,440$; $p < 0,001$

3.4 Характеристика уровня осознанного выбора и самоосознания, а также их взаимосвязь с эмоциональным интеллектом и стратегиями стресс совладающего поведения. (Задача №2)

В рамках второй задачи была проведена оценка взаимосвязи психологических параметров с социально-демографическими характеристиками врачей-гематологов с использованием шкалы осознанного выбора и самосознания (шкала PCASS), шкалы оценки уровня эмоционального интеллекта Шутте (SREIT), а также опросника копинг-стратегий (COPE-30).

Анализ был сфокусирован на выявлении взаимосвязей между показателями внутренней автономии и компонентами профессионального выгорания.

Корреляционный анализ (коэффициент Спирмена, ρ): Результаты анализа продемонстрировали статистически значимую роль осознанности как защитного фактора:

-самоосознание (Awareness): Выявлена значимая обратная связь средней силы с уровнем эмоционального истощения (ЕЕ) ($\rho = -0,421$ при $p < 0,001$). Это указывает на то, что врачи с более развитой способностью к рефлексии и осознанию своих мотивов реже испытывают симптомы профессионального

истощения. Также самоосознание положительно коррелирует с чувством личных достижений (RA) ($\rho=0,251, p=0,012$).

-осознанный выбор (Choice): Данный показатель также находится в обратной зависимости с эмоциональным истощением ($\rho=-0,323, p=0,001$) и деперсонализацией ($\rho=-0,398, p<0,001$). Это подтверждает, что способность делать свободный и осознанный выбор в профессиональной деятельности ассоциирована с меньшим уровнем цинизма и более сохранной эмоциональной сферой.

Регрессионный анализ и прогностическая значимость: При построении моделей линейной регрессии было установлено, что показатели осознанности и выбора являются значимыми предикторами выгорания.

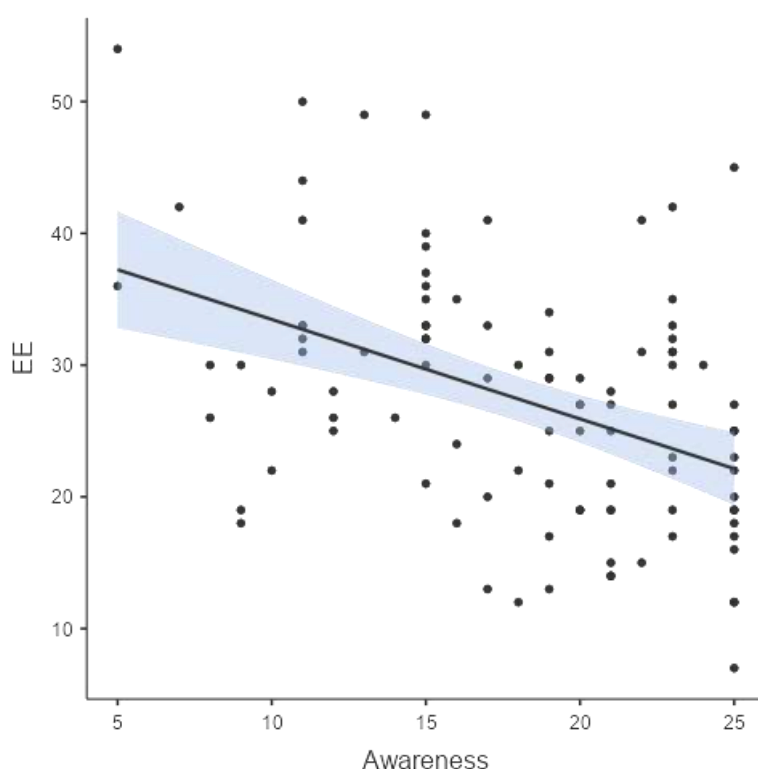


Рисунок 2- Взаимосвязь между самоосознанием (Awareness) и эмоциональным истощением (ЕЕ) у врачей-гематологов Казахстана ($n = 100$).

Примечание: Каждая точка соответствует одному участнику. Сплошная линия — линия линейной регрессии, затенённая область — 95% доверительный интервал. Коэффициент корреляции Спирмена: $\rho = -0,421, p < 0,001$.

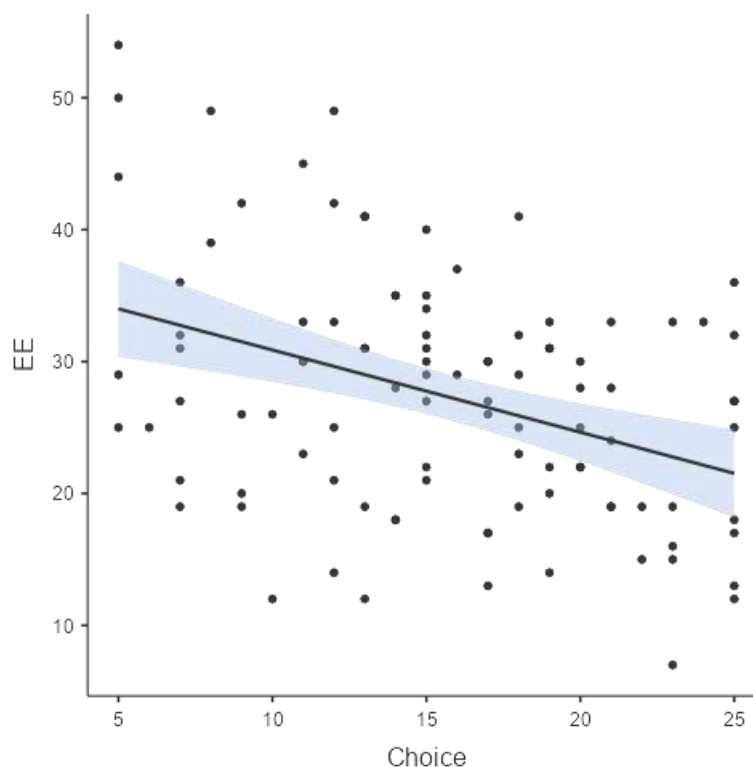


Рисунок 3. Взаимосвязь между осознанным выбором (Choice) и эмоциональным истощением (ЕЕ) у врачей-гематологов Казахстана (n = 100).

Примечание: Каждая точка соответствует одному участнику. Сплошная линия — линия линейной регрессии, затенённая область — 95% доверительный интервал. Коэффициент корреляции Спирмена: $\rho = -0,323$, $p = 0,001$.

Регрессионный анализ и прогностическая значимость: При построении моделей линейной регрессии было установлено, что показатели осознанности и выбора являются значимыми предикторами выгорания:

-в моделях без учета клинических факторов (HADS) осознанность и выбор объясняют значительную долю вариабельности эмоционального истощения ($R^2=0,325, p<0,001$) и деперсонализации ($R^2=0,214, p<0,001$).

-коэффициенты модели для ЕЕ составляют: для Awareness ($\beta=-0,740$), для Choice ($\beta=-0,607$), что свидетельствует о существенном вкладе каждого ресурса в предотвращение истощения.

Анализ взаимосвязи психологических параметров с социально-демографическими характеристиками показал отсутствие статистически значимых различий уровней самоосознания, осознанного выбора и эмоционального интеллекта в зависимости от пола, возраста, стажа работы и занимаемой должности ($p>0,05$).

При этом выявлены отдельные статистически значимые особенности копинг-стратегий. Женщины демонстрировали более высокий уровень эмоционально-ориентированного копинга по сравнению с мужчинами ($p=0,005$), что может свидетельствовать о большей склонности к эмоциональному реагированию и поиску эмоциональной поддержки в стрессовых ситуациях.

Также установлена статистически значимая связь между должностью и уровнем конструктивного копинга ($p=0,006$). Наиболее высокие показатели конструктивного копинга наблюдались у практикующих врачей-гематологов по сравнению с резидентами, что, вероятно, связано с накоплением профессионального опыта и формированием более адаптивных стратегий совладания со стрессом.

Возраст и стаж работы не продемонстрировали статистически значимых корреляций с исследуемыми психологическими параметрами ($p>0,05$), что позволяет предположить относительную стабильность данных характеристик независимо от продолжительности профессиональной деятельности.

Таблица 6 – Влияние социально-демографических факторов на психологические параметры врачей-гематологов

Критерий	Пол, r (Манна–Уитни)	Возраст r ; p	Стаж r ; p	Должность, p (Краскела–Уоллиса)
Самоосознание	0,065	$r=-0,000$; $p=0,997$	$r=0,047$; $p=0,641$	0,702
Осознанный выбор	0,336	$r=-0,081$; $p=0,424$	$r=0,050$; $p=0,620$	0,721
Эмоциональный интеллект	0,133	$r=-0,118$; $p=0,242$	$r=0,113$; $p=0,264$	0,293
Конструктивный копинг	0,079	$r=-0,066$; $p=0,512$	$r=0,087$; $p=0,390$	0,006*
Эмоционально-ориентированный копинг	0,005*	$r=0,023$; $p=0,823$	$r=0,046$; $p=0,649$	0,165
Избегающий копинг	0,208	$r=-0,174$; $p=0,084$	$r=-0,112$; $p=0,268$	0,083
Примечание — r — коэффициент ранговой корреляции Спирмена; • — статистически значимые различия при $p<0,05$.				

Примечание:

r — коэффициент ранговой корреляции Спирмена;

- — статистически значимые различия при $p<0,05$.

3.5 Изучение взаимосвязи эмоционального выгорания с уровнем осознанного выбора и самоосознания. (Задача № 3)

В рамках третьей задачи была проведена оценка взаимосвязи эмоционального выгорания с уровнем самоосознания, осознанного выбора, эмоционального интеллекта и копинг-стратегий у врачей-гематологов Казахстана. Результаты корреляционного анализа представлены в таблице 5.

Корреляционный анализ выявил статистически значимые связи между психологическими ресурсами и всеми компонентами профессионального выгорания. Более высокие показатели самоосознания, осознанного выбора, эмоционального интеллекта, конструктивного и социально-эмоционального копинга ассоциировались с более низкими уровнями эмоционального

истощения и деперсонализации, а также с более высокими показателями профессиональной эффективности.

Наиболее выраженные отрицательные корреляции с эмоциональным истощением выявлены для самоосознания ($r = -0,434$; $p < 0,001$), эмоционального интеллекта ($r = -0,418$; $p < 0,001$) и конструктивного копинга ($r = -0,404$; $p < 0,001$). Осознанный выбор также демонстрировал значимую обратную связь с эмоциональным истощением ($r = -0,380$; $p < 0,001$) и деперсонализацией ($r = -0,397$; $p < 0,001$).

В противоположность этому избегающий копинг положительно коррелировал с эмоциональным истощением ($r = 0,276$; $p = 0,005$) и деперсонализацией ($r = 0,388$; $p < 0,001$), а также отрицательно - с профессиональной эффективностью ($r = -0,264$; $p = 0,008$), что свидетельствует о его дезадаптивном характере.

Дополнительно был проведён сравнительный анализ врачей с выраженным эмоциональным выгоранием и без выраженного выгорания. Основные результаты данного сравнения отражены в таблице 6. Установлено, что у врачей с выраженным выгоранием наблюдались более низкие показатели осознанного выбора ($Me = 13,0$ против $17,0$; $p < 0,001$) и конструктивного копинга ($Me = 6,0$ против $6,5$; $p = 0,003$), а также более высокий уровень избегающего копинга ($Me = 5,5$ против $4,5$; $p = 0,001$). Таким образом, результаты исследования подтверждают защитную роль самоосознания, осознанного выбора, эмоционального интеллекта и адаптивных копинг-стратегий в отношении профессионального выгорания у врачей-гематологов.

Таблица 7 - Взаимосвязь эмоционального выгорания с самоосознанием, осознанным выбором, эмоциональным интеллектом и копинг-стратегиями у врачей-гематологов Казахстана ($n = 100$)

Показатели	EE r (p)	DP r (p)	RA r (p)
Самоосознание	-0,434 (<0,001)	-0,247 (0,013)	0,249 (0,013)
Осознанный выбор	-0,380 (<0,001)	-0,397 (<0,001)	0,232 (0,020)
Эмоциональный интеллект	-0,418 (<0,001)	-0,466 (<0,001)	0,546 (<0,001)
Конструктивный копинг	-0,404 (<0,001)	-0,395 (<0,001)	0,431 (<0,001)
Социально-эмоциональный копинг	-0,344 (<0,001)	-0,301 (0,002)	0,344 (<0,001)
Избегающий копинг	0,276 (0,005)	0,388 (<0,001)	-0,264 (0,008)

Таблица 8 - Сравнительная характеристика психологических показателей у врачей с выраженным эмоциональным выгоранием и без выраженного выгорания (Me)

Показатель	Выраженное выгорание ($n = 27$)	Без выраженного выгорания ($n = 73$)	p
Самоосознание	15,0	19,0	0,054
Осознанный выбор	13,0	17,0	<0,001
Конструктивный копинг	6,0	6,5	0,003
Социально-эмоциональный копинг	6,2	6,6	0,147
Избегающий копинг	5,5	4,5	0,001

К ограничениям настоящего исследования следует отнести кросс-секционный дизайн, не позволяющий делать выводы о причинно-следственных взаимосвязях между изучаемыми психологическими переменными и эмоциональным выгоранием.

Выборка формировалась методом добровольного онлайн-анкетирования по принципу доступности и самоотбора участников, что может ограничивать репрезентативность полученных данных и повышать вероятность участия респондентов, более заинтересованных в проблеме эмоционального выгорания и психологического благополучия.

Исследование проводилось на основе самоотчётных психодиагностических методик, что не исключает влияние субъективности ответов, социальной желательности и особенностей индивидуального восприятия собственного эмоционального состояния.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Профессиональное выгорание врачей-гематологов представляет собой актуальную медико-социальную проблему, обусловленную высокой эмоциональной нагрузкой, постоянным взаимодействием с тяжёлыми пациентами и необходимостью принятия клинически значимых решений в условиях хронического стресса. Проведённое исследование позволило комплексно оценить взаимосвязь эмоционального выгорания с психологическими ресурсами личности у врачей-гематологов Казахстана.

В ходе исследования установлено, что у значительной части респондентов выявлены высокие показатели эмоционального истощения и деперсонализации, а также снижение профессиональной эффективности. Кроме того, у врачей-гематологов отмечалась высокая распространённость тревожной симптоматики, превышающая показатели депрессии. Выявлены статистически значимые положительные корреляции тревоги и депрессии с эмоциональным истощением и деперсонализацией, а также отрицательные связи с профессиональной эффективностью.

Результаты исследования показали, что самоосознание, осознанный выбор, эмоциональный интеллект и конструктивные копинг-стратегии ассоциированы с более низким уровнем эмоционального выгорания. Более высокие показатели данных психологических ресурсов сопровождалось снижением эмоционального истощения и деперсонализации, а также более высокой профессиональной эффективностью. В противоположность этому избегающий копинг был связан с усилением проявлений профессионального выгорания.

Сравнительный анализ врачей с выраженным выгоранием и без него показал, что респонденты с высоким уровнем выгорания характеризовались более низкими показателями осознанного выбора и конструктивного копинга, а также более высоким уровнем избегающего поведения. Полученные данные подтверждают значимость внутренних психологических ресурсов как потенциальных факторов устойчивости к профессиональному стрессу.

Социально-демографические характеристики в большинстве случаев не продемонстрировали статистически значимого влияния на уровень самоосознания, осознанного выбора и эмоционального интеллекта, что может свидетельствовать об относительной стабильности данных психологических характеристик независимо от возраста, пола и стажа работы.

Таким образом, результаты исследования подтверждают важную роль самоосознания, внутренней автономии, эмоционального интеллекта и адаптивных стратегий совладания в профилактике эмоционального выгорания у врачей-гематологов.

ВЫВОДЫ

1. У врачей-гематологов Казахстана выявлен высокий уровень профессионального выгорания, характеризующийся выраженным эмоциональным истощением, деперсонализацией и снижением профессиональной эффективности. У 27% респондентов диагностировано выраженное эмоциональное выгорание.

2. В исследуемой выборке отмечены повышенные уровни тревоги и депрессии. Клинически выраженная тревога выявлена у 29% участников, клинически выраженная депрессия — у 17% респондентов.

3. Установлены статистически значимые взаимосвязи тревоги и депрессии со всеми компонентами профессионального выгорания. Наиболее сильная связь выявлена между уровнем тревоги и эмоциональным истощением.

4. Более высокие показатели самоосознания и осознанного выбора ассоциировались с более низкими уровнями эмоционального истощения и деперсонализации, а также с более высокой профессиональной эффективностью.

5. Эмоциональный интеллект продемонстрировал статистически значимую отрицательную связь с эмоциональным истощением и деперсонализацией и положительную связь с профессиональной эффективностью врачей.

6. Конструктивные и социально-эмоциональные копинг-стратегии были связаны с более низким уровнем профессионального выгорания, тогда как избегающий копинг ассоциировался с усилением его проявлений.

7. Врачи с выраженным эмоциональным выгоранием характеризовались более низкими показателями осознанного выбора и конструктивного копинга, а также более высоким уровнем избегающего поведения по сравнению с врачами без выраженного выгорания.

8. Пол, возраст и стаж работы в большинстве случаев не продемонстрировали статистически значимой связи с уровнями самоосознания, осознанного выбора и эмоционального интеллекта. При этом женщины чаще использовали эмоционально-ориентированные копинг-стратегии, а практикующие врачи демонстрировали более высокий уровень конструктивного копинга по сравнению с резидентами.

9. Полученные результаты подтверждают значимость внутренних психологических ресурсов — самоосознания, осознанного выбора, эмоционального интеллекта и адаптивных копинг-стратегий — как факторов психологической устойчивости и потенциальной защиты от профессионального выгорания у врачей-гематологов.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Для эффективного управления профессиональным выгоранием врачей-гематологов рекомендуется внедрение системы регулярного психологического скрининга с применением валидизированных инструментов, таких как опросник Маслач и госпитальная шкала тревоги и депрессии, что позволит своевременно выявлять признаки дистресса на ранних стадиях.

В систему последипломного образования врачей необходимо интегрировать обучающие блоки, посвященные развитию эмоционального интеллекта, навыкам саморегуляции и современным методам стресс-менеджмента. Важным организационным аспектом должно стать создание условий для поддержания профессиональной автономии специалистов, так как осознанный выбор целей и высокий уровень самосознания признаны фундаментальными внутренними ресурсами психологической устойчивости.

Администрации медицинских учреждений следует активно внедрять программы комплексной поддержки, включая работу балинтовских групп, проведение супервизий и тренингов по формированию адаптивных копинг-стратегий. Особое внимание стоит уделить минимизации стратегий избегающего поведения и развитию конструктивных навыков совладания со стрессом, которые напрямую связаны со снижением уровня эмоционального истощения и деперсонализации.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Худова И. Ю., Улумбекова Г. Э. «Выгорание» у медицинских работников: диагностика, лечение, особенности в эпоху COVID-19 // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2021. Т. 7, № 1. С. 42–62.
2. Maslach C., Jackson S. The measurement of experienced burnout // Journal of Occupational Behaviour. 1981. Vol. 2. P. 99–113.
3. Карягина Т. Д., Рощина С. Ю. Эмпатия и выгорание у представителей помогающих профессий // Современная зарубежная психология. 2023. Т. 12, № 2. С. 30–42.
4. Lee, M. Interventions to reduce burnout among clinical nurses: systematic review and meta-analysis / M. Lee, C. Cha // Scientific Reports. — 2023. — Vol. 13, no. 1. — Art. 10971.
5. Banerjee, A. Burnout in healthcare: the case for organizational change / A. Banerjee, S. Salyers, G. A. Roberts // The BMJ. — 2017. — Vol. 359. — P. j4774. (Примечание: Данная работа часто приводится в обзорах как обоснование перехода от индивидуальных мер к организационным стратегиям).
6. Olkinuora, M. Stress symptoms, burnout and suicidal thoughts in Finnish physicians / M. Olkinuora, S. Asp, J. Juntunen [et al.] // Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. — 1990. — Vol. 25, no. 2. — P. 81–86.
7. McDermott, D. Professional burnout and its relation to job characteristics, satisfaction, and health / D. McDermott // Psychological Reports. — 1984. — Vol. 54, no. 2. — P. 575–585.
8. Dutheil, F. Suicide among physicians and health-care workers: a systematic review and meta-analysis / F. Dutheil, C. Aubert, B. Pereira [et al.] // PLoS One. — 2019. — Vol. 14, no. 12. — Art. e0226361. — DOI: 10.1371/journal.pone.0226361
9. West, C. P. Association of resident fatigue and distress with occupational blood and body fluid exposures and motor vehicle incidents / C. P. West, A. D. Tan, T. D. Shanafelt // Mayo Clinic Proceedings. — 2012. — Vol. 87, no. 12. — P. 1138–1144. — DOI: 10.1016/j.mayocp.2012.07.021.
10. Panagioti M., Geraghty K., Johnson J. et al. Association Between Physician Burnout and Patient Safety, Professionalism, and Patient Satisfaction: A Systematic Review and Meta-analysis // JAMA Internal Medicine. 2018. Vol. 178, No. 10. P. 1317–1331.
11. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Taking action against clinician burnout: a systems approach to professional well-being / National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. — Washington, DC : The National Academies Press, 2019. — 334 p. — ISBN 978-0-309-49547-9. — DOI: 10.17226/25521.
12. 10 World Health Organization. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. — 2019. [и далее полные выходные данные согласно Приложению 7].

13. Зражевская И. А., Быков К. В., Топка Э. О. и др. Эволюция представлений о синдроме эмоционального выгорания // Психиатрия. 2020. Т. 18, № 4. С. 127–140.
14. West C. P., Tan A. D., Shanafelt T. D. Association of resident fatigue and distress with occupational blood and body fluid exposures and motor vehicle incidents // Mayo Clinic Proceedings. 2012. Vol. 87, No. 12. P. 1138–1144.
15. Shanafelt T. D., West C. P., Sinsky C. et al. Changes in burnout and satisfaction with work-life integration in physicians and the general U.S. working population between 2011 and 2017 // Mayo Clinic Proceedings. 2019. Vol. 94, No. 9. P. 1681–1694.
16. Soler J. K., Yaman H., Esteva M. et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study // Family Practice. 2008. Vol. 25, No. 4. P. 245–265.
17. Холмогорова А. Б., Петриков С. С., Суроегина А. Е. и др. Профессиональное выгорание и его факторы у медицинских работников, участвующих в оказании помощи больным COVID-19 на разных этапах пандемии // Неотложная медицинская помощь. Журнал имени Н. В. Склифосовского. 2020. Т. 9, № 3. С. 321–337.
18. Seo J. H., Bae H. O., Kim B. J. et al. Burnout and Its Association with Work and Personal Factors among Medical School Faculty in Korea: A National Survey // Journal of Korean Medical Science. 2022. Vol. 37, No. 13. Art. ID e105.
19. Быков К. В., Медведев В. Э. Влияние эмоционального выгорания врачей-психиатров на результаты оказываемой ими помощи // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2024. Т. 16, № 6. С. 71–78.
20. Dunn M., Burlison J. D., Scaduto M. K. et al. Associations of job demands and patient safety event involvement on burnout among a multidisciplinary oncology care team // Pediatric Blood & Cancer. 2021. Vol. 68. Art. ID e29214.
21. West C. P., Dyrbye L. N., Sinsky C. et al. Resilience and burnout among physicians and the general US working population // JAMA Network Open. 2020. Vol. 3, No. 7. Art. ID e209385.
22. De Simone S., Vargas M., Servillo G. Organizational strategies to reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis // Aging Clinical and Experimental Research. 2019. Vol. 31. P. 1–12.
23. Butler C. R., Wong S. P. Y., Wightman A. G. et al. US clinicians' experiences and perspectives on resource limitation and patient care during the COVID-19 pandemic // JAMA Network Open. 2020. Vol. 3, No. 11. Art. ID e2027315.
24. Bommier C. et al. Burnout symptoms among hematology professionals: An EHA survey // HemaSphere. 2025. Vol. 9. DOI: 10.1002/hem3.70226.
25. Perolla A., Çalliku E. Burnout in hematologists: a comprehensive literature review // International Journal of Health Sciences and Research. 2023. Vol. 13, Is. 10. P. 74–82. DOI: 10.52403/ijhsr.20231010.
26. Masselink L. E., Lee A. I., Erikson C. E. Factors Associated with Burnout Among Hematology & Oncology Physicians // Blood. 2020. Vol. 136, Is. 1. P. 41. DOI: 10.1182/blood-2020-139798.

27. Richardson D. R. et al. Development of an Art of Oncology Curriculum to Mitigate Burnout and Foster Solidarity Among Hematology/Oncology Fellows // *JCO Oncology Practice*. 2020. Vol. 16, Is. 6. P. e384–e394. DOI: 10.1200/JOP.19.00529.
28. Vrontaras N. et al. More than “hematology”: a qualitative study on the experience of hematologists treating people with blood cancer in Greece // *Supportive Care in Cancer*. 2025. Vol. 33. P. 307. DOI: 10.1007/s00520-025-09320-0.
29. Gürcan G., Bostankolu Değirmenci B. Burnout and job satisfaction among hematologists: A cross-sectional study // *Medicine*. 2025. Vol. 104, Is. 46. Art. e45929. DOI: 10.1097/MD.00000000000045929.
30. Christie D., Glew S. A clinical review of communication training for haematologists and haemato-oncologists: a case of art versus science // *British Journal of Haematology*. 2017. Vol. 178, Is. 1. P. 11–19. DOI: 10.1111/bjh.14606.
31. Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "What" and "Why" of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227–268.
32. Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2017). *Self-Determination Theory: Basic Psychological Needs in Motivation, Development, and Wellness*. New York: Guilford Press.
33. Poulsen, A. A., & Poulsen, M. G. (2018). Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation. *Journal of Medical Imaging and Radiation Oncology*, 62.
34. Sheldon, K. M., & Prentice, M. (2019). Self-determination theory as a foundation for personality researchers. *Journal of Personality*, 87, 5–14.
35. Mobarak, H., Haddad, C., Salameh, P., Towair, E., El Khoury-Malhame, M., & Chatila, R. (2024). The relationship between self-determination and burnout: Mental health outcomes in medical residents. *PLoS ONE*, 19(12), e0308897.
36. Morin, A. (2011). Self-Awareness Part 1: Definition, Measures, Effects, Functions, and Antecedents. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(10), 807–823.
37. Kostromina, S. N., Molodtsova, G. I., Zinovyeva, E. V., Odintsova, M. M., & Filatova, A. F. (2024). Adaptation of a Russian Version of the Perceived Choice and Awareness of Self Scale (PCASS). *Counseling Psychology and Psychotherapy*, 32(1), 9–28.
38. Bulmer, L., Stanley, C., Loffredo, L., Mills, R., & Doyle, L. (2022). Building a foundation in self-awareness: Genetic counseling students' experiences with self-care, reflection, and mindfulness. *Journal of Genetic Counseling*, 31, 722–734.
39. Deci, E. L. *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior* / E. L. Deci, R. M. Ryan. — New York : Plenum Press, 1985.
40. Neufeld, A., Malin, G., Babenko, O., & Orsini, C. (2024). Examining Resident Burnout Through the Lens of Self-Determination Theory: The Role of General Causality Orientations. *Journal of Graduate Medical Education*.

41. Christie, D., & Glew, S. (2017). A clinical review of communication training for haematologists and haemato-oncologists: a case of art versus science. *British Journal of Haematology*, 178, 11–19.
42. Шляховая, Е. В. (2025). Взаимосвязь самостоятельных решений и характеристик самоопределения в условиях цифровизации. *Человеческий капитал*, 12(204), 289–299.
43. Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Co.
44. Biggs, A., Brough, P., Drummond, S. (2017). Lazarus and Folkman's Psychological Stress and Coping Theory. In C. L. Cooper & J. C. Quick (Eds.), *The Handbook of Stress and Health: A Guide to Research and Practice* (pp. 351–364). John Wiley & Sons, Ltd.
45. Shin, H., Park, Y. M., Ying, J. Y., Kim, B., Noh, H., Lee, S. M. (2014). Relationships Between Coping Strategies and Burnout Symptoms: A Meta-Analytic Approach. *Professional Psychology: Research and Practice*, 45 (1), 44–56.
46. Doolittle, B. R., Windish, D. M., Seelig, C. B. (2013). Burnout, Coping, and Spirituality Among Internal Medicine Resident Physicians. *Journal of Graduate Medical Education*, 5 (2), 257–261.
47. Odintsova, M. A., Radchikova, N. P., Aleksandrova, L. A. (2022). COPE-30: psychometric properties of the short version of the Russian-language inventory for coping strategies evaluation. *Vestnik Moskovskogo Universiteta. Seriya 14. Psikhologiya*, 4, 247–275.
48. Lee, S., Rozybakieva, Z., Asimov, M., Bagiyarova, F., Tazhiyeva, A., Ussebayeva, N., Saliev, T., Tanabayeva, S., Fakhradiyev, I. (2020). Coping strategy as a way to prevent emotional burnout in primary care doctors: a randomized controlled trial. *Archives of the Balkan Medical Union*, 55 (3), 398–409.
49. Maresca, G., Corallo, F., Catanese, G., Formica, C., Lo Buono, V. (2022). Coping Strategies of Healthcare Professionals with Burnout Syndrome: A Systematic Review. *Medicina*, 58 (2), 327.
50. Keyes, J., Yankouskaya, A., Panourgia, C. (2023). Self-compassion, coping strategies and gender differences in psychology, counselling and psychotherapy practitioners during COVID-19: Lessons learnt. *Counselling and Psychotherapy Research*, 23 (4), 1052–1062.
51. Sharp G., Bourke L., Rickard M. J. F. X. Review of emotional intelligence in health care: an introduction to emotional intelligence for surgeons // *ANZ Journal of Surgery*. — 2020. — Vol. 90. — No. 4. — P. 433–440.
52. Laws E., Samuriwo R., Webb K., Bullock A. Emotional socialisation and burnout in medicine and the role of medical educators // *Medical Education*. — 2019. — Vol. 53. — No. 2. — P. 1–3.
53. Weng H. C., Hung C. M., Liu Y. T., Cheng Y. J., Yen C. Y., Chang C. C., Huang C. K. Associations between emotional intelligence and doctor burnout, job satisfaction and patient satisfaction // *Medical Education*. — 2011. — Vol. 45. — No. 8. — P. 835–842.

54. Testa D., Sangganjanavanich V. F. Contribution of Mindfulness and Emotional Intelligence to Burnout Among Counseling Interns // *Counselor Education and Supervision*. — 2016. — Vol. 55. — No. 2. — P. 95–108.
55. Jackson-Koku G., Grime P. Emotion regulation and burnout in doctors: A systematic review // *Occupational Medicine*. — 2019. — Vol. 69. — No. 1. — P. 9–21.
56. Hubik D. J., Dwyer J., O’Callaghan C. Strong Emotional Reactions for Doctors Working in Palliative Care: Causes, Management and Impact. A Qualitative Study // *Psycho-Oncology*. — 2021. — Vol. 30. — No. 11. — P. 1916–1924.
57. Powell C., Brown T., Yap Y., Hallam K., Takac M., Quinlivan T., Xenos S., Karimi L. Emotional intelligence training among the healthcare workforce: a systematic review and meta-analysis // *Frontiers in Psychology*. — 2024. — Vol. 15. — Article 1437035.
58. Fischer, M. A., et al. (2020). Association of Burnout With Depression and Anxiety in Critical Care Clinicians. *JAMA Network Open*. 3(12):e2030898.
59. Garcia, G. P., et al. (2018). Predictors of burnout, depression and anxiety among physicians. s12885-018-4964-7.pdf.
60. Voultsos, P., et al. (2020). Burnout and its association with depression and anxiety among physicians. association-with-anx Ключевая.pdf.
61. Khatiwada, J., et al. (2020). Depression, anxiety, and burnout among medical students and residents in Nepal. Тревога Непал.pdf.
62. Medisauskaite, A. and Kamau, C. (2019). Reducing burnout and anxiety among doctors: Randomized controlled trial. *Psychiatry Research*. Medisauskaite and Kamau 2019.pdf отлич.pdf.
63. Regehr, C., et al. (2014). Interventions to reduce the consequences of stress in physicians: a review and meta-analysis. *J Nerv Ment Dis*. 202:353-9. interventions-to-reduce-stress2014.pdf.
64. Koutsimani, P., Montgomery, A., and Georganta, K. (2019). The relationship between burnout, depression, and anxiety: a systematic review and meta-analysis. *Front Psychol*. 10:284. fpsyg-10-00284.pdf.
65. Водопьянова Н. Е., Старченкова Е. С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика : монография. — Санкт-Петербург : Питер, 2017. — 336 с.
66. Водопьянова Н. Е., Старченкова Е. С. Психология управления персоналом. Психическое выгорание : учебное пособие для вузов. — 3-е изд., испр. и доп. — Москва : Юрайт, 2022. — 299 с.

Приложение А

Опросник профессионального выгорания Маслач MBI-HSS (Maslach Burnout Inventory -Human Service Survey), Christina Maslach, Susan E. Jackson (в адаптации Н. Е. Водопьяновой) для медицинских работников

№	Утверждение	1	2	3	4	5	6	7
1	Я чувствую себя эмоционально опустошенным(ой).							
2	К концу рабочего дня я чувствую себя как выжатый лимон.							
3	Я чувствую себя усталым(ой), когда встаю утром и должен(должна) идти на работу.							
4	Я хорошо понимаю, что чувствуют мои пациенты, и использую это для более успешного лечения.							
5	Я общаюсь с моими пациентами (больными) только формально, без лишних эмоций и стремлюсь свести время общения с ними до минимума.							
6	Я чувствую себя энергичным(ой) и эмоционально приподнятым(ой).							
7	Я умею находить правильное решение в конфликтных ситуациях с больными и их родственниками.							
8	Я чувствую угнетенность и апатию.							
9	Я могу позитивно влиять на самочувствие и настроение больных (пациентов).							
10	В последнее время я стал(а) более черствым(ой) (бесчувственным) по отношению к больным.							
11	Как правило, окружающие меня люди слишком много требуют от меня. Они скорее утомляют, чем радуют меня.							
12	У меня много планов на будущее, и я верю в их осуществление.							
13	Я испытываю все больше жизненных разочарований.							
14	Я чувствую равнодушие и потерю интереса ко многому, что радовало меня раньше.							
15	Бывает, мне действительно безразлично то, что происходит с некоторыми моими больными.							
16	Мне хочется уединиться и отдохнуть от всего и всех.							
17	Я легко могу создать атмосферу доброжелательности и оптимизма в отношениях с моими коллегами и с моими больными.							
18	Я легко общаюсь с больными и их родственниками независимо от их социального статуса и характера.							
19	Я многое успеваю сделать за день.							
20	Я чувствую себя на пределе возможностей.							
21	Я много еще смогу достичь в своей жизни.							
22	Больные, как правило, — неблагодарные люди.							

Шкала ответов:

- 0- Никогда
- 1- Очень редко
- 2- Редко
- 3- Иногда
- 4- Часто

5- Очень часто

6- Ежедневно

Уровни проявления симптомов эмоционального выгорания

Симптомы эмоционального выгорания	Уровни проявления		
	Низкий	Средний	Высокий
Эмоциональное истощение	0–15	16–24	25–54
Деперсонализация	0–5	6–10	11–30
Редукция достижений	37–48	31–36	0–30

Приложение Б

Шкала осознанного выбора и самосознания PCASS (Perceived Choice and Awareness of Self Scale) Адаптация: С.Н. Костромина, М.М. Одинцова (2024).

1.

А. Мне всегда кажется, что я сам выбираю то, что делаю.

Б. Иногда мне кажется, что на самом деле не я выбираю то, что делаю.
Только А кажется правдой 1 2 3 4 5. Только Б кажется правдой.

2.

А. Мои эмоции иногда кажутся мне чуждыми.

Б. Мои эмоции всегда свойственны мне.
Только А кажется правдой 1 2 3 4 5. Только Б кажется правдой.

3.

А. Я сам выбираю, что я должен делать.

Б. Я делаю то, что должен, но я не чувствую, что это действительно мой выбор.
Только А кажется правдой 1 2 3 4 5. Только Б кажется правдой.

4.

А. Я чувствую, что редко бываю самим собой.

Б. Я чувствую, что всегда остаюсь самим собой.
Только А кажется правдой 1 2 3 4 5. Только Б кажется правдой.

А. Я делаю что-либо, потому что мне это интересно.

Б. Я делаю что-либо, потому что я должен это делать.
Только А кажется правдой 1 2 3 4 5. Только Б кажется правдой.

6.

А. Когда я чего-то добиваюсь, мне часто кажется, что на самом деле это сделал не я.

Б. Когда я чего-то добиваюсь, я всегда чувствую, что это сделал именно я.
Только А кажется правдой 1 2 3 4 5. Только Б кажется правдой.

7.

А. Я свободен делать все, что я решу делать.

Б. То, что я делаю, часто не то, что я выбрал бы делать.
Только А кажется правдой 1 2 3 4 5. Только Б кажется правдой.

8.

А. Иногда мое тело кажется мне чужим.

Б. Я всегда ощущаю свое тело, как свое собственное.
Только А кажется правдой 1 2 3 4 5. Только Б кажется правдой.

9.

А. Я чувствую себя вполне свободным делать все, что хочу.

Б. Я часто делаю то, что не хочу делать.

Только А кажется правдой 1 2 3 4 5. Только Б кажется правдой.

10.

А. Иногда я смотрю в зеркало и вижу как будто незнакомца.

Б. Когда я смотрю в зеркало, я вижу самого себя.

Только А кажется правдой 1 2 3 4 5. Только Б кажется правдой.

Информация о подсчете баллов для PCASS.

Для начала пункты 1, 3, 5, 7, 9 необходимо подсчитать реверсивно (обратным образом), чтобы более высокие баллы по каждому пункту указывали на более высокий уровень самоопределения. Для этого вычитите балл, полученный за каждый указанный пункт из 6, и используйте полученный результат в дальнейшей обработке. Затем подсчитайте баллы по субшкалам «Осознание себя» ($M = 19,8 \pm 4,8$) и «Осознанный выбор» ($M = 17,4 \pm 4,6$), усредняя баллы по 5 пунктам в каждой субшкале.

Субшкалы:

Осознание себя: 2, 4, 6, 8, 10.

Осознанный выбор: 1, 3, 5, 7, 9.

Приложение В

Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)

1. Я испытываю напряженность, мне не по себе.
Всё время
Часто
Время от времени, иногда
Совсем не испытываю
2. То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство.
Определенно, это так
Наверное, это так
Лишь в очень малой степени это так
Это совсем не так
3. Я испытываю страх, кажется, будто что-то ужасное может вот-вот случиться.
Определенно, это так, и страх очень сильный
Да, это так, но страх не очень сильный
Иногда, но это меня не беспокоит
Совсем не испытываю
4. Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное.
Определенно, это так
Наверное, это так
Лишь в очень малой степени это так
Это совсем не так
5. Беспокойные мысли крутятся у меня в голове.
Постоянно
Большую часть времени
Время от времени и не так часто
Только иногда
6. Я испытываю бодрость.
Совсем не испытываю
Очень редко
Иногда
Практически всё время
7. Я легко могу сесть и расслабиться.
Определенно, это так
Наверно, это так
Лишь изредка это так
Совсем не могу
8. Мне кажется, что я всё стал делать очень медленно.
Практически всё время
Часто
Иногда
Совсем нет
9. Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь.
Совсем не испытываю
Иногда
Часто
Очень часто
10. Я не слежу за своей внешностью.
Определенно, это так
Я не уделяю этому столько времени, сколько нужно

Может быть, я стал меньше уделять этому внимания
 Я слежу за собой так же, как и раньше
 11. Я испытываю неусидчивость, словно мне постоянно нужно двигаться.
 Определенно, это так
 Наверное, это так
 Лишь в некоторой степени это так
 Совсем не испытываю
 12. Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство
 удовлетворения.
 Точно так же, как и обычно
 Да, но не в той степени, как раньше
 Значительно меньше, чем обычно
 Совсем так не считаю
 13. У меня бывает внезапное чувство паники.
 Очень часто
 Довольно часто
 Не так уж часто
 Совсем не бывает
 14. Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио- или телепрограммы.
 Часто
 Иногда
 Редко
 Очень редко

Интерпретация отдельно для тревоги (HADS-A) и депрессии (HADS-D):

Баллы	Интерпретация
0–7	Норма
8–10	Субклинически выраженная тревога/депрессия
11–21	Клинически выраженная тревога/депрессия

Приложение Г

Тест эмоционального интеллекта SREIT (Schutte Self-Report Emotional Intelligence Test)

№	Утверждение	1	2	3	4	5
1	Я знаю, когда следует обсуждать свои проблемы с окружающими.					
2	Когда на моём пути возникают препятствия, я вспоминаю ситуацию с аналогичными трудностями и преодолеваю их.					
3	Я надеюсь, что я справлюсь с большинством дел, за которые я берусь.					
4	Окружающие люди считают, что мне можно легко доверять.					
5	Я замечаю, что мне трудно понимать невербальные сообщения других людей.					
6	Некоторые значимые события моей жизни заставили меня переоценить то, что является важным, а что нет.					
7	Когда мое настроение меняется, я вижу новые возможности.					
8	Эмоции — одна из вещей, благодаря которой жизнь достойна, чтобы прожить её снова.					
9	Я осознаю эмоции, когда я их испытываю.					
10	Я надеюсь, что случится что-то хорошее.					
11	Мне нравится делиться своими эмоциями с другими людьми.					
12	Когда я испытываю положительные эмоции, я знаю, как их продлить.					
13	Я устраиваю события, которые нравятся окружающим.					
14	Я ищу такие занятия, которые делают меня счастливым.					
15	Я отдаю отчет о невербальных сообщениях, которые я посылаю окружающим людям.					
16	Я представляю себя так, чтобы произвести хорошее впечатление на окружающих.					
17	Когда у меня хорошее настроение, мне легче решать проблемы.					
18	Когда я смотрю на выражение лица, я понимаю, какие эмоции испытывают люди.					
19	Я знаю, почему меняются мои эмоции.					
20	Когда я в хорошем настроении, я в состоянии придумать новые идеи.					
21	Я контролирую свои эмоции.					
22	Я легко распознаю эмоции, когда их испытываю.					
23	Я мотивирую себя тем, что представляю себе положительный исход дела, за которое берусь.					
24	Я хвалю окружающих, когда они делают что-то хорошо.					
25	Я осознаю невербальные сообщения, которые посылают другие люди.					
26	Когда кто-то рассказывает мне о важном событии своей жизни, я чувствую, как будто пережил это сам.					
27	Когда я чувствую перемены в эмоциях, я стараюсь придумать новые идеи.					
28	Когда я сталкиваюсь с испытаниями, я сдаюсь, потому что уверен(а), что не справлюсь.					
29	Я знаю, что чувствуют другие люди, лишь посмотрев на них.					
30	Я помогаю людям чувствовать себя лучше, если они расстроены.					
31	Я использую хорошее настроение, чтобы помочь себе преодолевать трудности.					
32	Я могу сказать, что люди чувствуют, когда слышу тон их голоса.					
33	Мне трудно понять, почему люди испытывают те или иные чувства.					

Шкала ответов:

- 1 - Категорически не согласен
- 2 - Не согласен
- 3 - Трудно сказать
- 4 -Согласен
- 5 -Абсолютно согласен

Приложение Д

Опросник совладания со стрессом, COPE-30

Авторы: М. А. Одинцова, Н. П. Радчикова (2022)

№	Утверждение	1	2	3	4
1	Я стараюсь удерживать себя от скоропалительных шагов.				
2	Я надеюсь на то, что Бог мне поможет.				
3	Я обсуждаю случившееся, чтобы лучше понять ситуацию.				
4	Я предаюсь фантазиям на другие темы, чтобы отвлечься.				
5	Я прошу помощи у Бога.				
6	Я стараюсь спланировать и обдумать свои дальнейшие действия.				
7	Я перевожу случившееся в шутку.				
8	Я стараюсь получить эмоциональную поддержку у друзей или родных.				
9	Я предпринимаю какие-то еще действия, стараясь преодолеть сложившуюся ситуацию.				
10	Я даю выход своим переживаниям.				
11	Я пытаюсь посмотреть на ситуацию с более позитивной стороны, в ином свете.				
12	Я говорю с кем-нибудь, кто мог бы конкретно помочь решить мою проблему.				
13	Я полностью концентрируюсь на решении этой проблемы и, если необходимо, откладываю в сторону другие дела.				
14	Я выпиваю или принимаю лекарства, чтобы поменьше думать о проблеме.				
15	Я шучу по поводу случившегося.				
16	Я перестаю пытаться добиться своего (получить то, что я хочу).				
17	Я ищу что-то хорошее в том, что произошло.				
18	Я делаю вид, что ничего не произошло.				
19	Я стараюсь не действовать слишком поспешно, чтобы не ухудшить ситуацию.				
20	Я иду в кино или смотрю телевизор, чтобы меньше думать о проблеме.				
21	Я стараюсь принять ситуацию, смириться с ней.				
22	Я переживаю и активно проявляю свои чувства.				
23	Я предпринимаю активные действия, чтобы справиться с проблемой.				
24	Я снижаю количество усилий, направленных на решение этой проблемы.				
25	Я обсуждаю свои переживания с кем-то из моих близких.				
26	Я принимаю алкоголь или успокоительные, потому что это помогает мне преодолеть проблему.				
27	Я учусь жить с этим.				
28	Я откладываю другие дела в сторону, чтобы сосредоточиться на решении проблемы.				
29	Я тщательно обдумываю шаги, которые буду предпринимать для решения проблемы.				
30	Я просто делаю вид, что ничего не случилось.				

Шкала ответов:

1 - Нет

2 - Изредка

3 - Иногда

4 - Часто

Для удобства анализа 15 стратегий были сгруппированы в 3 смысловых блока.

В первый фактор (конструктивный) вошли копинг-стратегии: «Позитивное переформулирование и личностный рост»

«Активное совладание»

«Юмор»

«Сдерживание»

«Подавление конкурирующей деятельности»

«Планирование»

Второй фактор (социально-эмоциональный) составили:

«Концентрация на эмоциях и их активное выражение»

«Использование инструментальной социальной поддержки»

«Обращение к религии»

«Использование эмоциональной социальной поддержки».

«Принятие»

В третий фактор (избегающий) вошли:

«Мысленный уход от проблемы»

«Отрицание»

«Поведенческий уход от проблемы»

«Использование “успокоительных”»