



УДК 614.254:159.942.2

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**В.А. РУЖЕНКОВ
Е.А. СЕРГЕЕВА
У.С. МОСКВИТИНА***Белгородский государственный
национальный исследовательский
университет**e-mail: ruzhenkov@bsu.edu.ru*

В обзорной статье изложены данные о содержании понятия «качество жизни» и его составляющей «качество трудовой жизни». Приводится информация о качестве жизни медицинских работников и факторах его определяющих. Описываются социально-стрессовые факторы, влияющие на качество жизни медицинского персонала и создающие предрасположенность формирования синдрома эмоционального выгорания.

Ключевые слова: качество жизни, качество трудовой жизни, врачи, медицинские сестры, социальный стресс, синдром эмоционального выгорания.

Качество жизни – междисциплинарное научное направление, которое изучает природно-социально-психологические условия человеческого существования [50]. Структуры качества жизни включают в себя потребности и интересы личности, условия ее жизни, виды деятельности, осуществляемые человеком (труд, быт, отдых) и состоят как с объективных, так и субъективных составляющих [37, 40]. В рамках биопсихосоциального подхода, качество жизни рассматривается как системное понятие, интегрирующее в себе несколько составляющих: человека (как биологическое существо), его духовность, жизнедеятельность и социальные условия [26]. Качество жизни, как сложная социально-экономическая категория, отражает фактический уровень потребления материальных, социальных и духовных благ и услуг, степень удовлетворения рациональных потребностей в этих благах и услугах и условия в обществе для удовлетворения и развития этих потребностей [2]. Понятие качество жизни, как социальная категория, в современном контексте включает в себя оценку качества населения в различных странах, а также и условий жизнедеятельности людей с точки зрения возможностей развития человеческого потенциала. В настоящее время расширяется число научных дисциплин, включающих это понятие в качестве объекта своего изучения. При отсутствии общепринятого понимания эта категория стала использоваться в качестве так называемого «зонтичного» понятия, когда каждый исследователь конкретизирует его в зависимости от целей своего исследования. Рассматривать качество жизни возможно только с учетом качества трудовой жизни, образования и здравоохранения [42].

Качество жизни нетождественно уровню жизни, поскольку различные экономические показатели дохода выступают только одним из многих критериев качества жизни [27]. Основные свойства качества жизни формируются в процессе взаимодействия населения с внешними по отношению к нему объектами [23], при этом характерна субъективность рассматриваемых категорий и зависимость их количественного выражения от времени и места работы.

С точки зрения деятельностного подхода, цели качества жизни определяются как удовлетворение человеческих потребностей в локальном сообществе или в обществе в целом. Исследования, относящиеся к социально-психологическому подходу, указывают на то, что эффективное социально-эмоциональное функционирование является движением в направлении удовлетворения потребностей высшего порядка, т.е. самореализации. Это может быть достигнуто только после удовлетворения потребностей низшего порядка – биологических и потребностей в обеспечении безопасности [37, 38]. Уровень самоактуализации личности рассматривается как объективный критерий реалистичности оценки собственного качества жизни [68]. Иерархия потребностей А. Маслоу (2008), включает следующие потребности (по степени нарастания): физиологические, безопасность, любовь/принадлежность к чему-либо, уважение, познание, эстетические, самоактуализация. Причем «познание», «эстетические» и «самоактуализация» относятся к потребности в самоактуализации (в личностном росте).

На формирование и структуру качества жизни оказывают влияние три фактора [34]:

1. Жизненный потенциал человека (внутренние возможности осуществлять жизненные процессы, реализовать жизнедеятельность).
2. Результативные характеристики жизнедеятельности в соотнесенности к имеющимся у человека потребностям, целям и ценностям.
3. Внешние возможности (своеобразная способность социальной среды позволить реализовать свой жизненный потенциал).



Таким образом, качество жизни человека зависит как от собственного жизненного потенциала, его потребностей, так и от социальных условий, способствующих (или препятствующих) реализации указанного потенциала и удовлетворения потребностей.

Другими авторами [14, 41] качество жизни рассматривается как комплексная, интегральная характеристика экономических и неэкономических факторов, определяющих положение человека в современном обществе. Качество жизни – есть интегральное понятие, характеризующее уровень комфортности общественной и природной среды для жизни и труда человека, уровень его благосостояния, социального, духовного и физического здоровья [32].

Несмотря на многообразие трактовок понятия «качество жизни», общим исходным моментом в них является обеспеченность и удовлетворенность населения совокупностью потребностей и благ. Качество жизни рассматривается как категория, характеризующая условия жизни и ориентированная на оценку степени удовлетворения потребностей [50].

В аспекте оценки уровня качества жизни выделяют [33, 43] два варианта индикаторов качества жизни: объективные (природные и социальные) и субъективные (оценка удовлетворенности жизнью – когнитивная и эмоциональная). Рассматривая качество жизни, как совокупность характеристик условий жизни населения [48], автор выделяет 7 интегральных показателей, оценивающих отдельные его свойства:

1. Качество населения: рождаемость, смертность, заболеваемость, ожидаемая продолжительность жизни; семья и брак (способность создавать и сохранять семью, разводы); уровень образования и квалификация.

2. Благосостояние (доходы, уровень потребления, сбережения). Этот показатель немалым без оценки внутреннего валового продукта (ВВП), индекса потребительских цен, уровня безработицы.

3. Условия жизни населения (обеспеченность жильем, доступность и уровень развития здравоохранения и образовательных учреждений, культура и возможность эффективно провести свободное время, географическая мобильность).

4. Информированность населения (доступ к средствам массовой информации, Интернет, сотовая связь).

5. Социальная безопасность (условия труда, социальное обеспечение, физическая и имущественная безопасность).

6. Качество окружающей среды (техногенное загрязнение воды, воздуха, почвы).

7. Природно-климатические условия (стихийные бедствия, землетрясения, наводнения и т.п.).

Компонентами качества жизни [6, 25] являются: качество общества, качество трудовой и предпринимательской жизни, качество социальной инфраструктуры, качество окружающей среды, личная безопасность людей и удовлетворенность качеством жизни (субъективные оценки людьми своего экономического и социального положения). Исходя из этой позиции, в исследованиях качества жизни больных, учитывается только шестой параметр, что не дает объективного представления, особенно в отношении к лицам с психическими расстройствами, хотя в биомедицинских исследованиях качество жизни определяется как интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии [46].

Важное значение в оценке качества жизни играют доходы населения в соотнесенности с бюджетом прожиточного минимума (БПМ). Эти бюджеты ограничивают возможности социализации индивидов в трудовую сферу и недостаточны для выполнения ими социальных ролей родителей. Система потребительских бюджетов разного уровня классифицируется [6, 25, 26] следующим образом:

1. Наиболее нуждающиеся – доходы ниже БМП.

2. Низкообеспеченные – доходы выше БПМ, но ниже 3 БПМ.

3. Обеспеченные ниже среднего уровня – доходы выше 3 БПМ, но ниже 7 БПМ.

4. Среднеобеспеченные – доходы выше 7 БПМ, но ниже 11 БПМ.

5. Высокообеспеченные – доходы выше 11 БМП.

Одной из наиболее известных [7, 17, 42] и широко применяемых в международной практике систем объективного оценивания и сравнения качества жизни в странах мира является используемый в Программе развития ООН индекс развития человеческого потенциала – ИРЧП, включающий три показателя:

1. Здоровье и долголетие, измеряемые показателем ожидаемой продолжительности жизни при рождении.

2. Доступ к образованию, измеряемый уровнем грамотности взрослого населения и совокупным валовым коэффициентом охвата образованием.



3. Достойный уровень жизни, измеряемый величиной валового внутреннего продукта (ВВП) на душу населения в долларах США по паритету покупательной способности.

Страны классифицируют по значению ИРЧП: высокий уровень (0,8-1,0), средний (0,5-0,8), низкий (0,0-0,5). По уровню ИРЧП (более 0,8) Россия относится к странам с высоким индексом развития человеческого потенциала и отличается высоким показателем образования населения и низким показателем продолжительности жизни.

В соответствии со ст. 25 Всеобщей декларации прав человека (принята Генеральной Ассамблеей ООН 10 декабря 1948 г.) каждый человек имеет право на такой жизненный уровень, включая пищу, одежду, жилище, медицинский уход и необходимое социальное обслуживание, который необходим для поддержания здоровья и благосостояния его самого и его семьи, и право на обеспечение на случай безработицы, болезни, инвалидности, вдовства, наступления старости или иного случая утраты средств к существованию по не зависящим от него обстоятельствам. Такая трактовка получила в литературе название «узкая». В ее рамках уровень жизни определяется как уровень и степень удовлетворения потребностей населения в благах и услугах. И наоборот – уровень удовлетворения потребностей определяется уровнем жизни населения [57].

Государственная работа по определению качества жизни проводится через систему индексов качества жизни [27, 28] и включает три блока индикаторов:

1. Первый – характеризует здоровье населения и демографическое благополучие (оцениваются по уровню рождаемости, продолжительности жизни, естественному воспроизводству).

2. Второй отражает удовлетворенность населения индивидуальными условиями жизни (достаток, жилище, питание, работа) и социальной сферой (здравоохранение, безопасность, справедливость власти, доступность образования).

3. Третий блок оценивает духовное состояние общества. Оценивается по числу, характеру и спектру творческих инициатив, частоте нарушений общечеловеческих нравственных заповедей, криминальной обстановке и уровню алкоголизации населения.

Исследование качества жизни носит комплексный характер [59] и позволяет получить представление о реальной социальной ситуации, определить потенциальные возможности перспективы развития социальных субъектов разного уровня – от индивида до отдельного региона и страны [54].

Неразрывно с качеством жизни, как одна из составляющих, связано качество трудовой жизни. По мнению Л.А. Карасевой [24], качество трудовой жизни – это индивидуальная оценка человеком своего положения в рабочей среде, соответствие этого положения с личными целями, планами, профессиональной подготовкой, возможностями и состоянием общества. Качество трудовой жизни – это интегральное понятие, всесторонне характеризующее уровень и степень благосостояния, социального и духовного развития человека через его деятельность в организации [55, 56]. Наиболее значимыми для определения уровня качества трудовой жизни являются следующие детерминанты: достойное место работы, возможность профессионального роста, безопасные условия труда, полезность труда, социально-бытовая инфраструктура предприятия, уровень организации и содержательности труда, справедливое вознаграждение за труд, правовая защищенность работника [21]. Другими словами, под качеством трудовой жизни обычно рассматривают реальное положение дел на работе, включая зарплату сотрудников, уровень организации охраны здоровья и безопасности, степень участия в принятии решений, подход к управлению и разнообразие, и гибкость рабочего графика [62]. Адекватная комплексная оценка качества трудовой жизни возможна только с трех разных позиций: работников, работодателей, всего общества [55].

Работа в сфере здравоохранения – один из самых сложных, ответственных видов трудовой деятельности человека [3, 51], характеризуется высоким уровнем нагрузок психологического плана, требует внимательности, выносливости и высокой трудоспособности [1, 45]. Врачи и медсестры являются основными человеческими ресурсами, которые проводят значительную часть своего времени в больницах. Они должны регулярно работать в течение ночи, в чрезвычайных ситуациях, с обширной рабочей нагрузкой и стрессом, который может негативно сказаться на их производительности и качестве трудовой жизни [61].

Ряд исследователей отмечают влияние интенсивного рабочего труда на снижение качества жизни врачей общего профиля, работающих в бесплатных клиниках. Врачи обычно сталкиваются с целым рядом трудностей, таких как лишение сна, стрессы, нагрузки и усталость, которая может иметь негативные последствия для их поведения, общения, способность к обучению и принятию решений, что в целом ведет к снижению качества жизни врачей [70, 72]. Изменение интенсивности рабочей нагрузки во многом повышает оплату труда и врачи, и другой медицинский персонал встают перед психологической дилеммой или усталость и хорошая за-



работная плата или низкая профессиональная нагрузка и соответственная заработная плата [67].

Исследователи качества трудовой жизни выявили две точки восприятия данного термина среди медицинского персонала: как на «процесс» и как на «результат». Определили несколько предикторов качества трудовой жизни: лидерство и стиль управления, широта принятия решений, заработная плата и дополнительные льготы, отношения с коллегами, рабочая нагрузка, профессиональный стресс [78].

Что касается качества жизни медицинских работников, то материальные трудности являются одной из основных причин негативного психологического настроения. Оценивая свой психологический статус, 61,3% медработников отметили, что часто пребывают в состоянии беспокойства и тревожности, поводом для которых служит материальное неблагополучие, производственно-профессиональные проблемы, жилищно-бытовая неустроенность и тревога за благополучие и здоровье своих близких [15, 16]. По данным автора, низкий уровень семейного бюджета в семьях медицинских работников нередко подводит их к черте бедности и не позволяет компенсировать материальные потребности своих семей без финансовых «вливаний со стороны». Несмотря на то, что почти половина изучаемого контингента имеют совместительство и пятая часть – дополнительные заработки вне основного места работы, только 39,9% опрошенных назвали себя в качестве основного «добытчика» денег в семье, у 23,1% респондентов таковым является супруг и 15,7% – указали на серьезную финансовую поддержку со стороны других близких родственников (родители, дети). По другим данным [12], материальным положением не удовлетворены 90,0 % врачей; проведением отпуска и своего досуга – 60,8 % и 54,6 % соответственно; жилищно-бытовыми условиями – 45,2%; содержанием работы – 29,7%; взаимоотношениями с администрацией – 23,2 % и отношениями с коллегами – 9,2 % респондентов. Уровень социального функционирования в определенной степени зависел и от стажа работы по специальности. Так, врачи со стажем работы до 10 лет не удовлетворены материальным положением, жилищно-бытовыми условиями и проведением отпуска достоверно больше, чем их коллеги со стажем более 10 лет. На существенную роль в качестве трудовой жизни адекватной оплаты труда медицинских сестер указывали и другие авторы [9]. Подобные данные приводят и английские исследователи: более чем 61,2% врачей уверены, что существует прямая связь качества жизни медицинского персонала и уровня заработной платы [77]. По данным белорусских авторов [31], высокая значимость богатства и денег и недостижимость благосостояния при крайне низкой оценке труда, являются негативным фактором для мотивации медицинской сестры и может повлечь за собой серьезные общесоциальные последствия.

Медсестринский персонал наиболее часто и заметно подвергается изменениям в ходе реформирования и совершенствования системы здравоохранения [53]. В результате реформирования соотношение числа среднего медицинского персонала к числу врачей в нашей стране (2,15) значительно ниже, чем в большинстве развитых стран мира (в Канаде – 4,7; Норвегии – 4,4; Ирландии – 4,7; Дании – 5,6), что вызывает дисбаланс в системе оказания медицинской помощи [56]. Кадровый дисбаланс «врачи – сестринский персонал» сопровождается взаимосвязанными негативными тенденциями: увеличением во врачебной деятельности доли медицинских услуг, не требующих врачебной квалификации, а подлежащих осуществлению хорошо подготовленным сестринским персоналом и принижением роли сестринского персонала в лечебном процессе, функции которого сводятся к выполнению технической работы, часто не требующей профессиональной подготовки. Последнему фактору способствует почти полное исчезновение категории младшего медицинского персонала, функции которого вынужден брать на себя сестринский персонал в ущерб своей профессиональной деятельности [18]. Есть данные, что профессионализм медицинских сестер в определенной степени оказывает благоприятное влияние на качество жизни пациентов [35].

Низкий уровень жизни, растущий разрыв в доходах богатых и бедных сопровождается все большими различиями в состоянии здоровья и качестве жизни, приводит к оттоку специалистов из здравоохранения в другие сферы деятельности [47]. При этом наиболее критическая ситуация складывается среди молодых специалистов, у которых заработная плата чуть превышает прожиточный минимум. Вызывает также беспокойство более низкий уровень жизни медицинских работников. Каждый второй респондент (50%) работает по совместительству, что в большинстве своем (78%) связано с недостатком финансовых средств в семье; причину совмещения 8% респондентов объясняют желанием овладеть другой специальностью [47]. Есть данные [9], что в структуре факторов, определяющих качество трудовой жизни старших медицинских сестер наибольший удельный вес составили: уровень заработной платы (26,3%), психологический климат в коллективе (24,8%), территориальная близость к дому (27%). Стиль руководства считают основным фактором 6%, социальные гарантии – 2,1%, рациональное питание на рабочем месте – 2,6%, соблюдение режима работы – 4,6%, возможность сохранения здоровья –



0,5%, жилищные условия – 6,1% респондентов. При этом уровень оплаты труда является наиболее важным фактором эффективности труда в опросах респондентов. Более половины респондентов (52,2%) проводят на работе времени больше, чем положено по графику, в 45% они не удовлетворены условиями питания, причем в 19,2% из-за неадекватного режима работы, а в 18,8% из-за материальных условий. Хорошую организацию питания на рабочем месте отметили лишь 53% опрошенных медицинских сестер. Немаловажную роль в качестве трудовой жизни медицинских сестер играет законодательная база трудовой деятельности. В большинстве развитых стран служба сестринской помощи имеет соответствующую структуру и свое четкое место в иерархии системы здравоохранения, начиная с правительственного уровня. В России сестринский персонал является в основном механическим исполнителем распоряжений врача без собственной независимой системы прав, обязанностей и ответственности [18].

Условия труда играют важную роль в сохранении состояния здоровья медицинских сестер. Установлено [36], что риск развития нарушений здоровья медицинских работников зависит от класса условий труда. Выявлены высокие уровни соматической и профессиональной патологии. Специальностями высокого риска по развитию профессиональных заболеваний являются медицинский персонал сестринского звена стационаров. Важную роль в качестве жизни медицинских работников играет состояние здоровья. При изучении структуры заболеваний медицинских работников с временной утратой трудоспособности [39] было установлено, что на первом месте находятся заболевания верхних дыхательных путей – 25%, на втором – заболевания костно-мышечной системы – 23%, далее заболевания сердечнососудистой системы – 13% и по 12% – патология желудочно-кишечного тракта и гинекологические заболевания.

Успешная производственная деятельность медицинских работников сестринского звена, а также качественный уровень их работы в определенной мере связаны с уровнем знаний, профессионального совершенствования и творческого роста. В условиях социально-экономической нестабильности, усиления инфляционного процесса, безработицы и других негативных явлений, происходящих в российском обществе, у молодых специалистов появляется стремление получать образование. Очень важно повысить значимость специалистов сестринского дела в оказании медицинской и профилактической помощи, предоставив сестринским службам определенную самостоятельность и закрепив за средним персоналом функции по оказанию медицинских услуг, не требующих компетенции врача [36]. Возможность карьерного роста является важным показателем качества трудовой жизни медицинских сестер [20], которая особенно актуальна стала с появлением высшего образования для средних медицинских работников [19]. На качество трудовой жизни медицинских сестер оказывают благоприятное влияние компетентность руководителя, благоприятных микросоциальный климат на работе, а негативное – уровень оплаты труда и низкий уровень социальных гарантий [19]. В то же время, немаловажным фактором, вызывающим дискомфорт в качестве трудовой жизни, исходящим от руководителя лечебного учреждения или от руководителя подразделения, является авторитарный стиль руководства, присущ почти 40% руководителей. Исследование удовлетворения от работы семейных врачей, терапевтов, хирургов, педиатров и врачей-психиатров показали, что наличие профессиональных достижений и продвижение по карьерной лестнице в целом формируют положительное восприятие своего качества жизни [75].

Работа медицинской сестры характеризуется эмоциональной «включенностью» в переживания больного, повышенным уровнем тревоги, опасением и настороженностью в отношении возможных последствий, что приводит к хроническим эмоциональным перегрузкам и может служить predisposition для развития синдрома эмоционального выгорания [22]. Ситуация осложняется еще и тем, что медицинским сестрам одновременно приходится решать и собственные жизненные проблемы, что является одним из факторов, влияющих на здоровье и качество жизни [29]. Медицинские работники, постоянно сталкивающиеся со страданием людей, вынуждены воздвигать своеобразный барьер психологической защиты от больного, становиться менее эмпатичными, иначе им грозят эмоциональное перегорание и даже невротические срывы [52], что ведет к эмоциональному истощению и эмоциональному выгоранию. Одним из факторов синдрома «выгорания» является продолжительность стрессовой ситуации, ее хронический характер [8]. На развитие хронического стресса у представителей коммуникативных профессий влияют: ограничение свободы действий и использования имеющегося потенциала; монотонность работы; высокая степень неопределенности в оценке выполняемой работы; неудовлетворенность социальным статусом. При анализе работы палатных медицинских сестер было выявлено, что 54,3% опрошенных испытывали эмоциональное напряжение, связанное со взаимоотношениями с пациентами (33,7%), самой работой (32,5%) и в 16,2% случаев – взаимоотношениями с коллегами [49]. Профессиональное выгорание ведет к употреблению наркотических веществ и развитию другого аддиктивного поведения у врачей [66]. Около 26% респондентов полагают, что стресс, связанный с работой является серьезной угрозой для качества жизни



медицинских работников и может вызвать враждебность, агрессию, прогулы и текучесть кадров, а также снижение производительности. Кроме того, наличие конфликтов на работе среди сотрудников влияет на качество медицинских услуг. К стрессорным факторам профессионального гнева были отнесены: недостаточность оплаты труда, неравенство на работе, избыток работы, кадровый голод, отсутствие признания и продвижения по службе, нехватка времени, отсутствие гарантии занятости и отсутствие поддержки управления [71, 79]. Продолжительное воздействие стресса на рабочем месте, такого как чрезмерные нагрузки, плохая связь с начальством, а также отсутствие непрерывного образования врачей больницы может привести к психическому и физическому истощению, профессиональному выгоранию [76]. Мексиканские исследователи выявили, что распространенность эмоционального выгорания среди врачей составляет 41,4%, а среди работников среднего и младшего медицинского персонала 19,4% [64].

Исследования проведенные в Волгограде [5] показали, что больше половины медработников (86%) отметили, что не имеют представления о здоровом питании, гигиене и режиме питания, 48% не осознали необходимости правильного питания. Каждый третий медработник (39%) оценил собственное здоровье (по шкале SF-36) как «посредственное». Среди медработников изученной когорты 40% медицинских работников испытывали проблемы со сном, 16% страдали депрессией, 36% испытывали тревогу, 30% страдали гипертонической болезнью (из них 13% занимались самолечением), у 63% были проблемы с избытком массы тела (из них 31% страдали ожирением I–III степени), у 11% имелась никотиновая зависимость. Почти каждый второй медработник был не удовлетворен своей жизнью, и только 17% медиков полностью удовлетворены тем, как сложилась их жизнь [5]. Эмоциональное истощение медицинских работников уменьшается с увеличением возраста, а недовольство отношениями с руководством, чувство тревоги о будущем, восприятие собственного здоровья как «плохого», проблемы в личной жизни и финансовые трудности повышали риск формирования синдрома эмоционального выгорания [63]. Кроме того, на здоровье врачей и специалистов со средним медицинским образованием влияет комплекс факторов, среди которых преобладают химические агенты (лекарственные препараты), психологические (микrokлиматические условия), производственные (неравномерное распределение нагрузок) и др. [13, 22].

Получению удовлетворения от выполненной работы, несмотря на усталость и перегрузки, медицинским сестрам способствует увлеченность работой, сознание полезности своего труда, а также благоприятный психологический климат в коллективе [11, 44]. Кроме того, было выявлено [15], что для медицинского работника, занимающегося физической культурой с высокой интенсивностью и некурящего, усредненная оценка качества жизни составит 3,81 балла (по пятибалльной шкале). В случае отсутствия или малой интенсивности физической культуры и выкуривания более пачки сигарет в день усредненная оценка качества жизни составит 2,98 балла – почти на 1 балл меньше. Важное значение для качества жизни и состояния здоровья медицинских работников играют условия труда. Установлено, что по мере увеличения стажа у медсестер психиатрической клиники обнаруживается уменьшение стремления к сотрудничеству, сохранения самообладания, а также снижается способность придавать смысл возникающим фрустрирующим ситуациям – другими словами снижается адаптивный копинг-ресурс, что указывает на формирование эмоционального выгорания и подтверждает вредные условия труда [4]. Исследования, проведенные в Университете клинической психиатрии (Франция) показали, что на качество жизни и работы медицинских сестер психиатрических клиник влияет транзактная память – способность группы или команды кодировать и совместно извлекать знания касающиеся модели поведения и внутригруппового взаимодействия в том или ином клиническом случае [65].

Что касается подходов к повышению субъективной оценки качества жизни, то предлагается [77] создание «кружков качества» на рабочем месте, что в значительной степени улучшает оценку мотивационных факторов, общий балл удовлетворенности работой, а также некоторых качеств трудовой жизни, включая использование и развитие мощностей, общее пространство жизни. Кроме того [60], проведение тренинга психологической вовлеченности для врачей первичного медицинского звена выявило регрессию в динамике показателей профессионального выгорания, значительное снижение симптоматики депрессии, тревоги и стресса.

Таким образом, литературные данные свидетельствуют, что качество жизни и распространенность синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников в Российской Федерации изучено явно недостаточно. Имеющиеся данные свидетельствуют о низком уровне качества жизни медицинских работников, имеющейся неудовлетворенностью заработной платой и высоком уровне стресса на рабочем месте. Требуются комплексные социологические, клинические и санитарно-гигиенические исследования качества жизни врачей различных специальностей, медицинских сестер и младшего медицинского персонала с выяснением роли в его формировании стиля жизни, индивидуально-личностных, социально-средовых, производ-



ственных и экономических факторов, а также причин и условий развития синдрома эмоционального выгорания. Это позволит разработать комплексную программу повышения качества жизни и профилактики синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников.

Литература

1. Авхименко, М. М. Некоторые факторы риска труда медика [Текст] / М. М. Авхименко // Медицинская помощь. – 2003. – № 2. – С. 25-29.
2. Айвазян, С. А. Интегральные индикаторы качества жизни населения: их построение и использование в социально-экономическом управлении и межрегиональных сопоставлениях [Текст] / С. А. Айвазян; РАН, Центр. экон.-мат. ин-т (ЦЭМИ). – Москва: Центр. экон.-мат. ин-т РАН, 2000. – 117 с.
3. Аксенова, Т. А. Артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия и другие факторы риска заболеваний сердца у студентов медицинского вуза [Текст] / Т. А. Аксенова, В. В. Горбунов, Ю. В. Пархоменко // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2009. – № 3. – С. 60-62.
4. Антохин, Е. Ю. Особенности жизненного стиля и мотивы труда медицинских сестер психиатрической клиники [Текст] / Е. Ю. Антохин, Л. А. Антохина, О. С. Юматова // Психическое здоровье. – 2012. – № 1. – С. 59-69.
5. Бакумов, П. А. Качество жизни и состояние здоровья медицинских работников [Текст] / П. А. Бакумов, Е. А. Зернюкова, Е. Р. Гречкина // Астраханский медицинский журнал. – 2012. – Т. 7, № 3. – С. 118-121.
6. Бобков, В. Н. Методологический подход Всероссийского центра уровня жизни к изучению и оценке качества и уровня жизни [Текст] / В. Н. Бобков // Вестник Воронежского государственного университета. Сер. Экономика и управление. – 2009. – № 2. – С. 26-36.
7. Бушуев, В. В. Качество жизни и его индексы: мир и Россия [Текст] / В. В. Бушуев, В. С. Голубев, А. М. Тарко // Уровень жизни населения регионов России. – 2010. – № 1. – С. 12-24.
8. Винокур, В. А. Профессиональный стресс у медицинских работников и его предупреждение [Текст] / В. А. Винокур // Гедеон Рихтер в СНГ. – 2001. – № 4. – С. 70-71.
9. Володин, А. В. Качество трудовой жизни руководителей сестринских служб учреждений здравоохранения [Текст] / А. В. Володин // Медицинский альманах. – 2011. – № 6. – С. 38-42.
10. ВЦИОМ (Всероссийский центр исследования общественного мнения) [Электронный ресурс]: [офф. сайт] / ОАО «ВЦИОМ». – Москва, 2000-2013. – Режим доступа: <http://wciom.ru>.
11. Гагунова, Е. Я. Общий уход за больными [Текст]: [учебник для мед. училищ] / Е. Я. Гагунова. – Москва: Медицина, 1964. – 284 с.
12. Говорин, Н. В. Социальное функционирование и качество жизни врачей [Текст] / Н. В. Говорин, Е. А. Бодагова // Забайкальский медицинский вестник. – 2012. – № 2. – С. 71-77.
13. Григорьев, Ю. И. Организационно-правовые принципы осуществления реформ в сфере охраны здоровья населения [Текст]: зарубеж. опыт / Ю. И. Григорьев // Медицинское право. – 2007. – № 2. – С. 9-13.
14. Грипина, И. В. Качество жизни населения регионов России: методология исследования и результаты комплексной оценки [Текст] / И. В. Грипина, А. О. Польшев, С. А. Тимонин // Современные производительные силы. – 2012. – № 1: Новый курс: стратегия прорыва. – С. 70-83.
15. Гурьянов, М. С. Образ и условия жизни медицинских работников [Текст] / М. С. Гурьянов // Вестник РУДН. Сер. Медицина. – 2009. – № 4. – С. 507-510.
16. Гурьянов, М. С. Применение факторного анализа для оценки взаимосвязи здоровья, образа и качества жизни медицинских работников [Текст] / М. С. Гурьянов // Медицинский альманах. – 2011. – № 1. – С. 21-23.
17. Гусаров, В. М. Статистика [Текст]: учеб. пособие / В. М. Гусаров, Е. И. Кузнецова. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: ЮНИТИ-ДАНА, 2007. – 479 с.
18. Деятельность среднего медицинского персонала в Российской Федерации [Электронный ресурс] / С. И. Шляфер, Н. Н. Камынина, А. В. Гажева [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения. – 2010. – Т. 13, № 1. – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/170/30/lang,ru/>.
19. Динамика показателей качества трудовой жизни медицинских сестер инфекционных отделений Клиник Самарского государственного медицинского университета [Текст] / Л. А. Карасева, О. В. Беликова, Е. Ю. Кичатова [и др.] // Главная медицинская сестра. – 2009. – № 7. – С. 121-126.
20. Егорышева, И. В. Факторы, формирующие неудовлетворенность трудом у медицинских сестер по данным социологических исследований [Текст] / И. В. Егорышева // Социология в медицине: теорет. и науч.-практ. аспекты: тез. докл. на междунар. науч. конф., Кобулет, 20-24 апр. 1990 г. / под ред. А. А. Киселева. – Москва, 1990. – С. 34-39.
21. Жулина, Е. Г. Формирование и развитие качества трудовой жизни: теория, методология исследования, социально-экономическое управление [Текст]: автореф. дис. д-ра экон. наук: 08.00.05 / Е. Г. Жулина; Всерос. центр уровня жизни. – Саратов, 2011. – 43 с.
22. Измеров, Н. Ф. Медицина труда. Введение в специальность [Текст]: [учеб. пособие для системы последиплом. подгот. врачей] / Н. Ф. Измеров, А. А. Каспаров. – Москва: Медицина, 2002. – 390 с. – (Учеб. лит. для слушателей системы последиплом. образования).



23. Калайдин, Е. Н. Развитие методологии количественного представления показателя качества жизни населения и качества трудовой жизни [Текст] / Е. Н. Калайдин // Теория и практика общественного развития. – 2012. – № 4. – С. 271-273.
24. Карасева, Л. А. Качество трудовой жизни сестринского персонала лечебно-профилактических учреждений [Текст] / Л. А. Карасева // Вестник Самарского государственного университета. Естественная серия. – 2006. – № 4 (44). – С. 188-194.
25. Качество и уровень жизни населения в новой России (1991-2005 гг.) [Текст] : моногр. / рук. авт. кол. В. Н. Бобков. – Москва : Всерос. центр уровня жизни, 2007. – 717 с.
26. Качество и уровень жизни населения Российской Федерации: террит. разрез [Текст] / В. Н. Бобков, В. П. Васильев, А. А. Гулюгина [и др.] // Уровень жизни населения регионов России. – 2007. – № 11. – С. 8-36.
27. Крушов, Ю. В. Качество жизни [Электронный ресурс] / Ю. В. Крушов // Юрий Крушов [персон. сайт]. – Москва, 2003-2013. – Режим доступа: http://www.krounov.ru/5/178_1.shtml.
28. Крушов, Ю. В. Рефлексивные практики, инфраструктуры и государственность – основа реконструкции России [Текст] / Ю. В. Крушов // Рефлексивные процессы и управление : материалы IV междунар. симп., Москва, 7-9 окт. 2003 г. / РАН, Ин-т психологии, Ин-т человека, Дипломат. акад. МИД России [и др.] ; под ред. В. Е. Лепского. – Москва, 2003. – С. 64-67.
29. Максимова, Т. М. Социальное расслоение в среде медицинских работников как проблема охраны здоровья населения [Текст] / Т. М. Максимова // Здравоохранение Российской Федерации. – 2004. – № 1. – С. 32-35.
30. Маслоу, А. Мотивация и личность [Текст] / А. Маслоу ; пер. с англ. Т. Гутмана, Н. Мухиной. – 3-е изд. – Санкт-Петербург : Питер, 2008. – 352 с. – (Мастера психологии).
31. Матвейчик, Т. В. Медицинские сестры Беларуси [Текст] : социол. исслед. / Т. В. Матвейчик, В. И. Иванова, А. Э. Вальчук // Медицинские новости. – 2005. – № 11. – С. 50-53.
32. Меркушев, С. А. Качество жизни населения городских поселений Пермской области: территориальный анализ [Текст] : автореф. дис. канд. геогр. наук : 11.00.02 / С. А. Меркушев ; Перм. гос. ун-т. – Пермь, 1997. – 16 с.
33. Мироедов, А. А. Качество жизни в статистических показателях социально-экономического развития [Текст] / А. А. Мироедов // Вопросы статистики. – 2008. – № 12. – С. 53-58.
34. Мишон, Е. В. Качество жизни: структурные составляющие и перспективные направления развития [Текст] / Е. В. Мишон, Г. Ю. Злобина // Национальные интересы: приоритеты и безопасность. – 2010. – № 7. – С. 20-25.
35. Морозов, В. В. Качество жизни больных хирургического стационара в ранний послеоперационный период и учебной подготовки медицинских сестер [Электронный ресурс] / В. В. Морозов // Фундаментальные исследования. – 2006. – № 1. – Режим доступа: www.rae.ru/fs/?section=content&op=show_article&article_id=1639.
36. Новиков, О. М. Уровень качества жизни медицинских работников сестринского звена и установление причинно-следственных связей факторов риска хронических заболеваний [Текст] / О. М. Новиков, В. Г. Хороших // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. – 2010. – № 2. – С. 145-150.
37. Нугаев, Р. М. Качество жизни в трудах социологов США [Текст] / Р. М. Нугаев, М. А. Нугаев // Социологические исследования. – 2003. – № 6. – С. 100-105.
38. Нугаев, М. А. Социально-экологические факторы в структуре качества жизни [Текст] / М. А. Нугаев, Р. М. Нугаев, И. Т. Раймонов // Социологические исследования. – 1998. – № 11. – С. 108-117.
39. Охрана здоровья медицинских работников в условиях модернизации здравоохранения [Текст] / Т. А. Аверьянова, Е. Л. Потеряева, Н. Л. Труфанова [и др.] // Сибирское медицинское обозрение. – 2012. – Т. 74, № 2. – С. 79-83.
40. Плахова, Е. Качество жизни: концепции и практика [Текст] / Е. Плахова // Графі : наук.-теор. і громад.-політ. альманах. – Дніпропетровськ, 2003. – № 4. – С. 115-119.
41. Попов, С. И. Проблема качества жизни в современной идеологической борьбе [Текст] / С. И. Попов. – Москва : Политиздат, 1977. – 279 с.
42. Садовая, Е. С. Качество жизни населения мира: измерение, тенденции, институты [Текст] / Е. С. Садовая, В. А. Сауткина. – Москва : ИМЭМО РАН, 2012. – 208 с. : ил.
43. Сарайкина, С. В. Категория «качество жизни» и его место в региональных исследованиях [Текст] / С. В. Сарайкина // Регионоведение. – 1996. – № 3-4. – С. 225-230.
44. Свидовый, В. И. Гигиена и охрана труда медицинских работников [Текст] / В. И. Свидовый, Е. Е. Палишкина. – Санкт-Петербург : АБЕВЕГА : СПбГМА, 2006. – 90 с. : ил.
45. Симонова, Н. И. Значимость психосоциальных факторов трудового процесса для работников различных профессий в современных условиях [Текст] / Н. И. Симонова // Медицина труда и промышленная экология. – 2008. – № 6. – С. 41-47.
46. Соловьев, С. В. Качество жизни как медико-биологическая характеристика состояния здоровья жителей севера Тюменской области и города Тюмени [Текст] / С. В. Соловьев, А. Г. Наймушина // Фундаментальные исследования. – 2011. – № 6. – С. 162-165.
47. Солохина, Л. В. Уровень и качество жизни медицинских работников негосударственных учреждений здравоохранения ОАО «РЖД» на Дальневосточной железной дороге [Текст] / Л. В. Солохина, К. Р. Аветян, В. М. Салатник // Дальневосточный медицинский журнал. – 2008. – № 3. – С. 102-104.



48. Социальная статистика [Текст] : учебник для студентов вузов, обучающихся по направлению и специальности «Статистика» / под ред. И. И. Елисеевой. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва : Финансы и статистика, 2003. – 479 с.
49. Сутырина, О. М. Социально-гигиеническое исследование заболеваемости, образа жизни и условий труда медицинских работников крупной многопрофильной больницы [Текст] : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.02.03 / О. М. Сутырина ; Нижегород. гос. мед. акад. – Москва, 2011. – 25 с.
50. Трофимов, А. М. Оценка качества жизни населения как форма изучения социально-географического пространства [Текст] / А. М. Трофимов, И. Г. Мальганова // Географический вестник. – Пермь, 2005. – № 1-2. – С. 36-43.
51. Характеристика липидного спектра крови и состояния сосудистотромбоцитарного гемостаза у медицинских работников с артериальной гипертензией [Текст] / Е. М. Комисарова, Л. А. Шпагина, С. К. Позднякова [и др.] // Медицина труда и промышленная экология. – 2010. – № 8. – С. 22-27.
52. Харди, И. Врач, сестра, больной [Текст] : психология работы с больными / И. Харди ; [пер. с венг. М. Алекса ; ред. пер.: М. В. Коркина, В. М. Шкловский]. – 5-е изд., перераб. и доп. – Будапешт : Изд-во Акад. наук Венгрии, 1988. – 338 с. : ил.
53. Цешковский, М. С. Специальность «Сестринское дело» в программах Всемирной Организации Здравоохранения [Электронный ресурс] / М. С. Цешковский, Е. В. Кирсанова // Социальные аспекты здоровья населения. – 2010. – Т. 13, № 1. – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/169/30/lang,ru/>.
54. Шеткин, А. В. Качество жизни в контексте философского знания [Текст] / А. В. Шеткин // Вестник Оренбургского государственного университета. Гуманитарные науки. – 2007. – № 7. – С. 154-157.
55. Экономика и социология труда [Текст] : учебник / А. Я. Кибанов, И. А. Баткаева, Л. В. Ивановская [и др.] ; Гос. ун-т упр. ; под ред. А. Я. Кибанова. – Москва : ИНФРА-М, 2003. – 582 с. – (Высш. образование).
56. Экономика труда [Текст] : учебник : для вузов по спец. «Экономика труда» / Т. П. Варна, Ю. П. Кокин, В. М. Маслова [и др.] ; под ред. П. Э. Шлендера, Ю. П. Кокина. – Москва : Юристъ, 2002. – 588 с. : ил. – (Номо faber).
57. Экономические основы социальной работы [Текст] : учебник для студентов высш. учеб. заведений, обучающихся по направлению подготовки «Социальная работа» (квалификация «бакалавр») / под ред. И. Н. Маяцкой. – Москва : Дашков и К°, 2013. – 262 с. : ил.
58. Энциклопедический словарь экономики и права [Электронный ресурс] // Академик : словари и энциклопедии. – Амстердам, 2000-2013. – http://dic.academic.ru/contents.nsf/dic_economic_law/.
59. Япшарова, Р. Качество жизни: генезис понятия и современные подходы [Текст] / Р. Япшарова // Экономика и управление. – 2012. – № 6. – С. 49-53.
60. Abbreviated mindfulness intervention for job satisfaction, quality of life, and compassion in primary care clinicians: a pilot study [Text] / L. Fortney, C. Luchterhand, L. Zakletskaia [et al.] // Ann. Fam. Med. – Vol. 11, 5. – P. 412-420.
61. Accident and emergency 24 hour senior cover-a necessity or a luxury? [Text] / M. W. Cooke, C. Kelly, A. Khattab [et al.] // J. Accid. Emerg. Med. – 1998. – Vol. 15, № 3. – P. 181-184.
62. Beaudoin, L. E. Hassles: their importance to nurses' quality of work life [Text] / L. E. Beaudoin, L. Edgar // Nurs. Econ. – 2003. – Vol. 21, № 3. – P. 106-113.
63. Burnout and its correlates among nursing staff: questionnaire survey [Text] / M. N. Ilhan, E. Durukan, E. Taner [et al.] // J. Adv. Nurs. – 2008. – Vol. 61, № 1. – P. 100-106.
64. Curiel-García, J. A. Burnout syndrome among health staff [Text] / J. A. Curiel-García, M. Rodríguez-Morán, F. Guerrero-Romero // Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc. – 2006. – Vol. 44, № 3. – P. 221-226.
65. Do Transactive Memory and Participative Teamwork Improve Nurses' Quality of Work Life? [Text] / P. Brunault, E. Fouquereau, P. Colombat [et al.] // West J. Nurs. Res. – 2013. – Jun 23.
66. Felton, J. S. Burnout as a clinical entity – its importance in health care workers [Text] / J. S. Felton // OCCUP MED-OXFORD. – 1998. – Vol. 48, № 4. – P. 237-250.
67. Fujimura, Y. Inpatient satisfaction and job satisfaction/stress of medical workers in a hospital with the 7:1 nursing care system (in which 1 nurse cares for 7 patients at a time) [Text] / Y. Fujimura, H. Tanii, K. Saijoh // Environ Health Prev. Med. – 2011. – Vol. 16, № 2. – P. 113-122.
68. Jones, A. Validation of a short index of self-actualization [Text] / A. Jones, R. Cradall // Pers. Soc. Psychol. Bull. – 1986. – Vol. 12, № 1. – P. 63-73.
69. Kamrowska, A. Job burn-out [Text] / A. Kamrowska // Pol. Merkur. Lekarski. – 2007. – Vol. 23, № 136. – P. 317-319.
70. Morris, G. P. Anesthesia and fatigue: an analysis of the first 10 years of the Australian incident monitoring study 1987-1997 [Text] / G. P. Morris, R. W. Morris // Anaesth. Intensive. Care. – 2000. – Vol. 28, № 3. – P. 300-304.
71. Mosadeghrad, A. M. A study of relationship between job stress, quality of working life and turnover intention among hospital employees [Text] / A. M. Mosadeghrad, E. Ferlic, D. Rosenberg // Health Serv. Manage Res. – 2011. – Vol. 24, № 4. – P. 170-181.
72. Olson, E. J. Sleep deprivation, physician performance, and patient safety [Text] / E. J. Olson, L. A. Drage, R. R. Auger // Chest. – 2009. – Vol. 136, № 5. – P. 1389-1396.
73. Perry, H. B. The job satisfaction of physician assistants: a causal analysis [Text] / H. B. Perry // Soc. Sci. Med. – 1978. – Vol. 12, № 5A. – P. 377-385.
74. Quality of working life on residents working in hospitals [Text] / M. H. Zare, B. Ahmadi, A. A. Sari [et al.] // Iran. J. Public Health. – 2012. – Vol. 41, № 9. – С. 78-83.



75. Ryan, D. D. Physician job satisfaction across six major specialties [Text] / D. D. Ryan, V. R. George // *J. Vocat. Behav.* – 2006. – Vol. 68, № 3. – P. 548-559.
76. Stress at work and burnout syndrome in hospital doctors [Text] / S. Selmanovic, E. Ramic, N. Pranjic [et al.] // *Med. Arh.* – 2011. – Vol. 65, № 4. – P. 221-224.
77. The effect of quality circles on job satisfaction and quality of work-life of staff in emergency medical services [Text] / R. Hosseinabadi, A. Karampourian, S. Beiranvand [et al.] // *Int. Emerg. Nurs.* – 2012. – Dec 19.
78. Vagharseyyedin, S. A. The nature nursing quality of work life: an integrative review of literature [Text] / S. A. Vagharseyyedin, Z. Vanaki, E. Mohammadi // *West J. Nurs. Res.* – 2011. – Vol. 33, № 6. – P. 786-804.
79. Zhang, Q. Association of occupational stress with quality of working life [Text] / Q. Zhang, Y. J. Lan, H. M. Chen // *Sichuan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban.* – 2011. – Vol. 42, № 4. – P. 540-543.

QUALITY OF LIFE OF MEDICAL WORKERS

V.A. RUZHENKOV
E.A. SERGEEVA
U.S. MOSKVITINA

*Belgorod National
Research University*

e-mail: ruzhenkov@bsu.edu.ru

In a review article presents data on the content of the concept of «quality of life» and its component «quality of working life». Provides information about the quality of life of health workers and the factors determining it. Describes the social stress factors affecting the quality of life of medical personnel and creating predisposition of formation burnout syndrome.

Keywords: quality of life, quality of work life, doctors, nurses, social stress, burnout syndrome.