



МОСКОВСКАЯ
МЕДИЦИНА



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА

18+



Фото: НИИОЗММ

Е.И. Аксенова, П.С. Турзин

УПРАВЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЕМ В МЕДИЦИНСКОМ КОЛЛЕКТИВЕ: АНАЛИЗ ПРОБЛЕМ, ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ВЕДЕНИЕ НЕЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ, ЛУЧШИЕ ПРАКТИКИ С ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ БАЗОЙ

ЭКСПЕРТНЫЙ ОБЗОР

МОСКВА
2026

ЭКОСИСТЕМА

ВОЗМОЖНОСТЕЙ

ДЛЯ ПРОФЕССИОНАЛОВ



ЦЕНТР НАУКИ

- Научные исследования, планирование и реализация исследовательской стратегии
- Этическая экспертиза исследований
- Сопровождение в проведении научных исследований и подготовке научных трудов
- Мониторинг научной продуктивности и выбор приоритетов развития медицинской науки
- Организационные технологии развития здравоохранения
- Новые модели экономики здравоохранения
- Международное научное сотрудничество



ЦЕНТР ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ

- Помощь в патентовании
- Юридическая поддержка



ЦЕНТР ЗДОРОВОГО ДОЛГОЛЕТИЯ

- Создание федеральных стандартов здорового долголетия
- Исследования изменений поведения аудиторий коммуникационными инструментами
- Проверка всех решений на практике



ЦЕНТР МЕЖДУНАРОДНОГО СОТРУДНИЧЕСТВА

- Развитие здравоохранения в рамках партнерств с зарубежными организациями
- Мониторинг и изучение мировых организационных технологий и инноваций в здравоохранении
- Подготовка экспертных обзоров
- Медицинский туризм



ЦЕНТР МЕДИЦИНСКОЙ СТАТИСТИКИ

- Ведение реестров и формирование госстатистики
- Оперативный мониторинг и ситуационная аналитика
- Методологическая экспертиза сбора первичных данных
- Рейтинг-аналитика и подготовка экспертных материалов
- Цифровой контент и профессиональные коммуникации



ЦЕНТР ЦИФРОВОЙ СОЦИОЛОГИИ И СОЦИОГУМАНИТАРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

- Прикладные социологические исследования
- Изучение текущих трендов в ценностно-ориентированном здравоохранении
- Нейросети для изучения здравоохранения и поведенческих моделей населения



ЦЕНТР ОБРАЗОВАНИЯ

- Аспирантура
- Магистратура
- Ординатура
- Дополнительное профессиональное образование



ЦЕНТР ОРГАНИЗАЦИИ МЕРОПРИЯТИЙ

- Профессиональные мероприятия офлайн
- Цифровая платформа «Московская медицина. Мероприятия» для онлайн-мероприятий
- Экспертиза и аккредитация мероприятий в НМО
- Разработка научных программ мероприятий
- Патронаж мероприятий Департамента здравоохранения Москвы



ЦЕНТР МЕТОДОЛОГИИ

- Разработка методических рекомендаций по развитию медицинских служб города
- Помощь в организации публикаций и мероприятий



ЦЕНТР КОММУНИКАЦИЙ

- Дизайн и оформление полиграфической продукции
- Организация видео- и фотосъемок
- Медиаохваты и соцсети
- Бренд врача и медицинской организации
- Публикации в журналах для профессиональной аудитории



ЦЕНТР ИНФОРМАТИЗАЦИИ

- Ведение регистров и информационных систем
- Информационная безопасность
- Разработка сайтов и порталов
- Техническая поддержка

НИИ ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА

Государственное бюджетное учреждение города Москвы
«Научно-исследовательский институт организации
здравоохранения и медицинского менеджмента
Департамента здравоохранения города Москвы»

Е.И. Аксенова, П.С. Турзин

**Управление здоровьем в медицинском
коллективе: анализ проблем, факторы,
влияющие на ведение нездорового
образа жизни, лучшие практики
с доказательной базой**

Экспертный обзор

Научное электронное издание

Москва
ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»
2026

УДК 614.2

ББК 51.1

Рецензенты:

Васильева Татьяна Павловна, доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник отдела исследований общественного здоровья ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко»;

Дербенев Димитрий Павлович, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья образовательного центра ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ».

Аксенова, Е.И.

Управление здоровьем в медицинском коллективе: анализ проблем, факторы, влияющие на ведение нездорового образа жизни, лучшие практики с доказательной базой: экспертный обзор [Электронный ресурс] / Е.И. Аксенова, П.С. Турзин. – Электрон. текстовые дан. – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2026. – URL: <https://niiroz.ru/moskovskaya-meditsina/izdaniya-nii/obzory/> – Загл. с экрана. – 116 с.

ISBN 978-5-908096-28-7

Управление здоровьем в медицинском коллективе направлено на сохранение физического, психического и профессионального благополучия медицинского персонала в целях снижения заболеваемости, профилактики профессионального выгорания и повышения эффективности деятельности медицинских работников посредством создания для них безопасных и комфортных процессов, условий и средств функционирования.

В экспертном обзоре приведены последние сведения о результатах анализа современных международных проблем в сфере управления здоровьем в медицинском коллективе, о факторах, влияющих на ведение медицинскими работниками нездорового образа жизни, а также лучших оптимизирующих практиках с доказательной базой, используемых в ряде зарубежных стран (Германии, Франции, Сингапуре, Китае, Индии, Турции, США, Канаде, Дании и Объединенных Арабских Эмиратах).

Также представлены данные об исследованиях, выполненных в последнее время в этих зарубежных странах в области разработки и изучения практик управления здоровьем медицинских работников.

Предназначено для специалистов в области организации здравоохранения, руководителей медицинских организаций.

УДК 614.2

ББК 51.1

*Утверждено и рекомендовано к печати Научно-методическим советом ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»
(Протокол № 6 от 16 июня 2026 г.).*

Самостоятельное электронное издание сетевого распространения.

Минимальные системные требования: браузер Internet Explorer/Safari и др.;
скорость подключения к Сети 1 МБ/с и выше.

ISBN 978-5-908096-28-7



© Аксенова Е.И., Турзин П.С., 2026
© ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2026

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	5
---------------	---

Глава 1. Анализ проблем управления здоровьем в медицинском коллективе	8
--	---

1.1. Германия.....	8
1.2. Франция.....	11
1.3. Сингапур.....	12
1.4. Китай.....	15
1.5. Индия.....	17
1.6. Турция.....	19
1.7. США.....	21
1.8. Канада.....	23
1.9. Дания.....	25
1.10. Объединенные Арабские Эмираты.....	26

Глава 2. Факторы, влияющие на ведение нездорового образа жизни медицинских работников	28
--	----

2.1. Германия.....	28
2.2. Франция.....	30
2.3. Сингапур.....	31
2.4. Китай.....	34
2.5. Индия.....	36
2.6. Турция.....	38
2.7. США.....	39
2.8. Канада.....	41
2.9. Дания.....	42
2.10. Объединенные Арабские Эмираты.....	43

Глава 3. Лучшие практики управления здоровьем медицинских работников с доказательной базой	46
3.1. Германия	46
3.2. Франция	51
3.3. Сингапур	55
3.4. Китай	58
3.5. Индия	64
3.6. Турция	69
3.7. США	75
3.8. Канада	88
3.9. Дания	91
3.10. Объединенные Арабские Эмираты	94
Выводы	99
Список литературы	100

ВВЕДЕНИЕ

Под управлением здоровьем в медицинском коллективе понимается комплексная стратегия, направленная на сохранение физического, психического и профессионального благополучия медицинского персонала. Ее главная цель – снижение заболеваемости, профилактика профессионального выгорания и повышение эффективности деятельности медицинских работников посредством создания для них безопасных и комфортных процессов, условий и средств функционирования.

К основным направлениям этой стратегии относятся: сохранение профессионального здоровья медицинских работников, удержание кадров, повышение качества медицинской помощи и экономическая эффективность.

Министерство здравоохранения Российской Федерации в целях реализации федерального проекта «Здоровье для каждого» национального проекта «Продолжительная и активная жизнь» на период 2025–2030 гг. направило руководство по разработке, внедрению и оценке эффективности корпоративных программ «Модельные корпоративные программы и практики укрепления здоровья работающих», разработанное Федеральным государственным бюджетным учреждением «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России (ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России)¹.

Наряду с этим Правительством Российской Федерации уже был предложен комплекс мер по стимулированию работодателей и работников к улучшению условий труда и сохранению здоровья работников, а также по мотивированию граждан к ведению здорового образа жизни².

Кроме этого, ФМБА России разработаны рекомендации для работодателей по формированию инфраструктуры и алгоритмов действий медицинских работников по внедрению технологий здоровьесбережения на рабочем месте. Они устанавливают единый подход к формированию инфраструктуры и алгоритмов действия медицинских работников, направленных на сохранение здоровья работников, включая выявление и ликвидацию рисков развития заболеваний и состояний, а также по внедрению технологий здоровьесбережения

-
- 1 Письмо Минздрава РФ от 04.02.2025 № 15-6/И/2-1774 «О направлении руководства по разработке, внедрению и оценке эффективности корпоративных программ "Модельные корпоративные программы и практики укрепления здоровья работающих"». URL: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=8&documentId=489048>.
 - 2 Распоряжение Правительства Российской Федерации от 26.04.2019 № 833-п. URL: <http://static.government.ru/media/files/EIHhjehSWOoZSfE4OuOTqJuF5mr7e7P7.pdf>.

на рабочем месте. Документ устанавливает основные правила по организации мероприятий по сохранению здоровья работающих³.

Государственные нормативные требования охраны труда при оказании медицинской помощи, организации и проведении основных процессов и работ в медицинских организациях регламентированы приказом Минтруда РФ от 18 декабря 2020 г. № 928н (в ред. приказа Минтруда РФ от 29.04.2025 N 287н)⁴.

Министерством здравоохранения Российской Федерации был утвержден «Порядок организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях»⁵.

В последнее время как в Российской Федерации [1–5], так и за рубежом [6–8] активно проводятся исследования по изучению факторов, влияющих на соблюдение принципов и ведение здорового образа жизни медицинских работников.

Также изучаются распространенность, причины, особенности и коррекция профессионального стресса медицинских работников [9, 10].

В то же время сформирована и развивается методология медицины образа жизни, направленная в том числе на формирование и повышение мотивации медицинских работников к соблюдению принципов здорового образа жизни [11, 12].

В связи с кадровым кризисом в системах здравоохранения в Европе Бухарестская декларация ВОЗ 2023 года призвала к принятию политических мер, призванных⁶:

1. улучшить практику найма и закрепления кадров медико-санитарных и социальных работников;
2. улучшить работу механизмов кадрового обеспечения здравоохранения;
3. оптимизировать эффективность труда медико-санитарных и социальных работников;

3 Рекомендации для работодателей по формированию инфраструктуры и алгоритмов действий медицинских работников по внедрению технологий здоровьесбережения на рабочем месте. Рекомендации Р ФМБА России 91500.02.0009-2025. URL: <https://asiz.ru/wp-content/uploads/2025/12/rekomendaczii-fmba-rabotodatelayam.pdf>.

4 Приказ Минтруда РФ от 18.12.2020 № 928н. (в ред. приказа Минтруда РФ от 29.04.2025 № 287н) «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПРАВИЛ ПО ОХРАНЕ ТРУДА В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ». URL: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=501446>.

5 Приказ Минздрава РФ от 29 октября 2020 г. № 1177н «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ОРГАНИЗАЦИИ И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПРОВЕДЕНИЯ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ». Зарегистрировано в Минюсте России 3 декабря 2020 г. № 61245. URL: https://www.medicina.ru/upload/vote/8c3/nblbcrskzyr8dbpfwfpf17a8hl9gzd55/29_10_1.PDF.

6 Бухарестская декларация о кадрах медико-санитарных и социальных работников. Региональное совещание высокого уровня «Кадры медико-санитарных и социальных работников в Европе: время действовать», 22–23 марта 2023 г., Бухарест (Румыния). URL: <https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/bucharest-declaration>.

4. улучшить планирование кадров медико-санитарных и социальных работников;
5. увеличить объем государственных инвестиций в сфере образования, развития и защиты кадровых ресурсов.

В декларации признается наличие связи между этими приоритетами и необходимость сотрудничества со всеми заинтересованными сторонами, включая представителей медико-санитарных и социальных работников, их работодателей, представителей министерств финансов и образования, а также международных некоммерческих организаций, трастов и фондов.

Поэтому была рассмотрена международная проблема управления здоровьем в медицинском коллективе, а также факторы, влияющие на ведение нездорового образа жизни медицинских работников, и лучшие практики с доказательной базой, используемые за рубежом.

Выполненный анализ был сконцентрирован на изучении факторов, влияющих на ведение нездорового образа жизни медицинских работников, и лучших практик, направленных на управление здоровьем в медицинском коллективе, применительно к следующим 10 странам:

1. Германия
2. Франция
3. Сингапур
4. Китай
5. Индия
6. Турция
7. США
8. Канада
9. Дания
10. Объединенные Арабские Эмираты.

Предназначено для специалистов в области организации здравоохранения, руководителей медицинских организаций.

ГЛАВА 1. АНАЛИЗ ПРОБЛЕМ УПРАВЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЕМ В МЕДИЦИНСКОМ КОЛЛЕКТИВЕ

1.1. Германия

Проблемы управления здоровьем в медицинском коллективе в Германии связаны с рядом факторов, включая организационные, финансовые, кадровые и социальные аспекты.

Ключевые проблемы управления здоровьем (Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)) в медицинских коллективах Германии обусловлены хронической нехваткой кадров, высоким профессиональным выгоранием и чрезмерной бюрократизацией. Это приводит к росту нагрузки на медицинский персонал и снижению стабильности медицинских клиник^{7, 8, 9, 10, 11, 12} [13].

1. Организационные проблемы:

- Высокая нагрузка на медицинский персонал. Многочасовой рабочий день, большое число обязанностей, отсутствие чёткого рабочего задания и недостаточно хорошая организация труда могут приводить к хроническому стрессу.
- Оптимизация и реструктуризация учреждений. В ходе реформ иногда происходит сокращение числа клиник и персонала, что может негативно сказываться на качестве медицинской помощи и условиях работы.

7 Future-proofing German healthcare: Three catalysts to accelerate change. 02.04.2025. URL: <https://www.mckinsey.de/publikationen/2025-04-02-future-proofing-german-healthcare>.

8 Мировой порядок: имперское наследие, медицинские пустыни и бумажная волокита – как устроено здравоохранение в Германии. URL: <https://www.medznat.ru/education/practice-management/zdravooxranenie-germanii>.

9 Медицина и здравоохранение в Германии. URL: <https://deutschonline.ru/articles/medicina-i-zdravooxranenie-v-germanii/>.

10 МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ В ГЕРМАНИИ ОКАЗАЛОСЬ ПОД УГРОЗОЙ. 22 мая 2023. URL: <https://1prof.by/news/v-mire/medicinskoje-obsluzhivanie-v-germanii-okazalos-pod-ugrozoi/>.

11 Почему пустеют клиники в Германии – как врачам найти достойную работу. 22.09.2023. URL: <https://www.mknews.de/social/2023/09/22/pochemu-pusteyut-kliniki-v-germanii-kak-vrachu-nayti-dostoinnyu-rabotu.html>.

12 Хорошо ли живется врачам-терапевтам в Германии (Allgemeinmediziner): анализ и перспективы. 01.10.2023. URL: <https://www.mknews.de/social/2023/10/01/khorosho-li-zhivetsya-vracham-terapevtam-v-germanii-allgemeinmediziner-analiz-i-perspektivy.html>.

2. Кадровый дефицит и переработки:

- Статистика: Нехватка врачей и младшего медицинского персонала (Pflegepersonal) остается острой проблемой.
- Проблема: В последние годы наблюдается тенденция к массовому увольнению медиков – как местных, так и иностранных специалистов. Это связано с низкими зарплатами, плохими условиями труда и другими факторами. Дефицит вынуждает клиники работать в режиме постоянной оптимизации. Из-за нехватки медицинских кадров врачи и медицинские сестры сталкиваются с частыми сверхурочными и отменой отпусков.
- Следствие: Нарушение баланса между работой и личной жизнью (Work-life balance) и, как результат, массовый уход медицинских специалистов в агентства временной занятости (Zeitarbeit) или смена профессии.

3. Психологическое истощение и стресс:

- Специфика: Медицина в Германии отличается высоким уровнем ответственности и строгой культурой безопасности.
- Проблема: Эмоциональное выгорание (Burnout) является профессиональным заболеванием многих медицинских работников. Стресс провоцируют высокие ожидания пациентов, конфликты с администрацией, дежурства по ночам и давление со стороны системы здравоохранения, нацеленной на финансовые показатели.
- Следствие: Снижение качества обслуживания, профессиональные ошибки и длительные больничные (психические расстройства являются частой причиной потери трудоспособности).

4. Бюрократия и высокая административная нагрузка:

- Проблема: Немецкая система здравоохранения печально известна жестким контролем качества (Q-M-A) и объемом бумажной/цифровой документации.
- Следствие: Врачи и медицинские сестры тратят непропорционально много времени на заполнение различных форм в ущерб непосредственному уходу за пациентами. Это демотивирует коллектив и усугубляет физическую усталость.

5. Неэффективное внедрение программ здоровья (BGM):

- Проблема: Закон обязывает клиники внедрять программы корпоративного здоровья. Однако на практике они часто номинальны и не учитывают реальный график сменных работников.

- Следствие: Медицинский персонал часто игнорирует лекции или курсы релаксации, так как у них физически нет на это времени или сил после тяжелой смены. Требуются более гибкие и интегрированные подходы к методам восстановления на рабочем месте.

6. Межкультурные барьеры и плохая коммуникация:

- Проблема: В условиях нехватки кадров немецкие клиники массово привлекают специалистов из других стран.
- Следствие: Возникают проблемы коммуникации между врачами, младшим персоналом и пациентами. Языковые и культурные барьеры усиливают внутреннее напряжение, мешают слаженной работе в команде и повышают уровень конфликтов в отделении.

Итак, управление здоровьем в медицинском коллективе в Германии сталкивается с рядом системных проблем, которые влияют на благополучие работников и качество оказания ими медицинских услуг. Среди ключевых вызовов – профессиональное выгорание, нехватка персонала, высокая нагрузка, бюрократизация, демографические изменения и организационные сложности. Для решения этих проблем в Германии принимаются различные меры, например, реформы системы здравоохранения, направленные на оптимизацию расходов, расширение прав врачей и улучшение координации между различными звеньями медицинской системы. Однако многие из этих инициатив сталкиваются с финансовыми и организационными сложностями.

Основные направления решения этих проблем:

- Привлечение студентов в медицинские вузы через пересмотр системы отбора и поступления.
- Программы поддержки молодых врачей, особенно женщин, которые сталкиваются с трудностями при совмещении карьеры и семьи.
- Внедрение политики нулевой терпимости к насилию на работе и обеспечение доступа к психологической помощи.
- Пересмотр графиков работы для снижения перегрузки.
- Увеличение финансирования амбулаторных практик и улучшение условий труда.

По мнению экспертов, без системных изменений проблемы управления здоровьем в медицинском коллективе в Германии могут привести к дальнейшему снижению профессионального здоровья медицинских работников, ухудшению качества оказания ими медицинских услуг населению страны и усилению кадрового кризиса.

1.2. Франция

Управление здоровьем в медицинском коллективе во Франции сталкивается с рядом проблем, связанных с организационными, финансовыми, кадровыми и социальными аспектами системы национального здравоохранения.

Ключевыми проблемами управления здоровьем (Occupational health) в медицинских коллективах Франции являются хроническое выгорание персонала, кадровый дефицит и бюрократизация. Эти факторы усугубляются жесткими условиями труда в государственной системе здравоохранения^{13, 14, 15} [14]:

1. Основные проблемы управления здоровьем персонала:

- Оптимизация, приведшая к сокращению коечного фонда. Политика сдерживания расходов и стремление к экономической эффективности привели к уменьшению количества коек в больницах, что увеличило нагрузку на медицинский персонал и сократило доступность услуг.
- Кадровый дефицит: Во французских больницах наблюдался острый дефицит кадров, что приводило к работе на износ и снижению качества медицинской помощи. Нехватка среднего и младшего медицинского персонала резко увеличила нагрузку на работающих сотрудников, провоцируя абсентеизм (прогулы и больничные).
- Длительный рабочий день и перегрузка: У медиков наблюдается выраженная усталость из-за чрезмерной нагрузки, что снижает эффективность их работы.
- Сложная административная нагрузка: Строгие протоколы отчетности и управления качеством во французских больницах отнимают время, которое могло бы пойти на отдых или профессиональную реабилитацию, снижая общую эффективность управления здоровьем на рабочем месте.
- Профессиональное выгорание (Burnout): Высокая эмоциональная нагрузка, сверхурочная работа и ночные дежурства ведут к росту числа психических и физических расстройств среди врачей и медицинских сестер.
- Низкие зарплаты: Медицинские работники часто жаловались на недостаточное материальное вознаграждение по сравнению с другими профессиями и странами.

13 ФРАНЦУЗСКИЕ МЕДИКИ ТРЕБУЮТ РЕШЕНИЯ НАБОЛЕВШИХ ПРОБЛЕМ. 09 июня 2022.
URL: <https://lprof.by/news/v-mire/francuzskie-mediki-trebujut-resheniya-nabolevshih-problem/>.

14 Во Франции решили продолжить дело по сохранению психического здоровья нации. 02 июня 2026.
URL: <https://rossaprimavera.ru/news/ffa4f61b>.

15 Французские врачи устали от пациентов, не нуждающихся в медицинской помощи. 28 января 2023.
URL: <https://rossaprimavera.ru/news/1e6c910a>.

- Проблемы с обеспечением равных прав: В условиях смешанной (государственно-частной) системы управления доступ к качественным корпоративным программам охраны здоровья может сильно различаться между университетскими клиниками и частными кабинетами.

2. Действующие инициативы и законодательство:

- Закон об охране труда (Santé au travail): Во Франции действует строгий Трудовой кодекс, обязывающий медицинские организации (как и любых других работодателей) проводить оценку профессиональных рисков (Document unique d'évaluation des risques) у медицинских специалистов.
- Социальное страхование: Ответственность за компенсацию профессиональных заболеваний и производственных травм лежит на системе Ameli, которая также финансирует превентивные меры.
- Реформы больничной сети: Государство пытается внедрить более гибкие методы управления, направленные на улучшение качества жизни на рабочем месте (Qualité de Vie au Travail – QVT), хотя переход идет медленно из-за консервативности системы здравоохранения страны.

Таким образом, проблемы управления здоровьем в медицинском коллективе во Франции связаны с кадровым дефицитом, финансовыми ограничениями, организационными сложностями и социальными требованиями к условиям труда. Для их решения требуются комплексные меры, включая улучшение финансирования, оптимизацию структуры медицинского персонала и совершенствование систем управления медицинскими организациями.

Профсоюзы Франции требовали от властей повышения зарплат, увеличения штата медицинских специалистов, внедрения плана междисциплинарного обучения персонала и увеличения финансовых ресурсов медицинских организаций.

1.3. Сингапур

Система здравоохранения Сингапура занимает одно из первых мест в мире по эффективности, однако её медицинские коллективы сталкиваются с серьезными кадровыми и управленческими вызовами.

Проблемы управления здоровьем в медицинском коллективе в Сингапуре связаны с рядом факторов, включая кадровые вызовы, нагрузку на персонал, вопросы профессионального выгорания и стигматизацию. Эти аспекты влияют на качество работы медиков и устойчивость системы здравоохранения в целом^{16, 17, 18}.

16 Healthcare Recruitment Singapore: Addressing the Critical Shortage of Medical Professionals in 2026. URL: <https://www.corestaff.com.sg/healthcare-recruitment-singapore-medical-talent-shortage/>.

17 Сингапур: как устроена самая эффективная в мире медицина. 26.12.2024. <https://www.skolkovo.ru/notes/singapur-kak-ustroena-samaya-effektivnaya-v-mire-medicina/>. <https://www.moh.gov.sg/newsroom/keeping-healthcare-affordable-and-improving-the-well-being-of-healthcare-workers/>.

18 Международные практики в здравоохранении: Сингапур. 02.04.2025. URL: <https://www.skolkovo.ru/programmes/mezhdunarodnye-praktiki-v-zdravoohranenii-singapore/>.

Ключевые проблемы управления здоровьем медицинского персонала [15–22]:

1. Профессиональное выгорание и хронический стресс

- Масштаб проблемы: Высокий процент медицинских работников испытывают эмоциональное истощение, особенно в отделениях первичной медицинской помощи и психиатрии. Исследования показали, что факторы стресса сильно зависят от возраста, уровня дохода и стажа специалистов.
- Причины: Большая концентрация пациентов, высокое напряжение из-за необходимости соблюдения строгих временных рамок и жестких стандартов оказания помощи.

2. Кадровый дефицит и рабочая нагрузка:

- Факторы влияния:
 - Стремительно стареющее население Сингапура, рост числа хронических заболеваний и расширение медицинской инфраструктуры требуют постоянного увеличения численности персонала. Ожидается, что к 2030 году потребность в медицинских кадрах возрастет примерно на 20 %.
 - Нехватка специалистов: В государственном секторе наблюдается дефицит врачей, особенно психиатров, помощников врачей общей практики, клинических психологов и узкоспециализированных специалистов (например, медсестёр-психиатров).
 - Длительные рабочие часы и перегрузка: Врачи в Сингапуре работают в интенсивном режиме: например, врачи общей практики могут принимать до 40–50 пациентов в день, а иногда больничные бригады совершают утренние обходы палат в выходные дни.
- Последствия:
 - Длительные смены, неравномерное распределение рабочей нагрузки между медицинскими сотрудниками и вынужденное привлечение иностранных специалистов, что требует дополнительных усилий по адаптации и управлению коллективом.
 - Низкий уровень эмпатии: Исследования показывают, что у местных врачей может быть недостаточно сил для сопереживания пациентам из-за усталости.
 - Стигматизация психологической помощи: Медики государственного сектора могут избегать обращения за психологической поддержкой из-за стигматизации психиатрического лечения даже во врачебных кругах. При этом врач, который не может полноценно практиковать из-за физических или психических нарушений, должен уведомить

об этом Сингапурский медицинский совет. Если ментальные проблемы подтверждаются, врач должен информировать совет о ходе лечения, а в дальнейшем будет вынесен вердикт о возможности самостоятельной практики.

3. Угрозы безопасности и эмоциональное давление:

- Проблемы в коллективе: В ряде случаев отмечается нехватка психологической безопасности медицинских сотрудников, а также физические или вербальные злоупотребления (домогательства и агрессия) со стороны пациентов и их родственников.

Стратегии и решения, применяемые в Сингапуре:

Для решения данных проблем Управление здравоохранением Сингапура (МОН) и крупные медицинские кластеры (например, SingHealth) реализуют комплексные меры поддержки и корпоративного управления:

- Комитеты по благополучию персонала: Созданы кросс-кластерные комитеты и профильные советы, отслеживающие психологическое состояние медицинских команд.
- Службы психологической поддержки: Во всех больницах внедрены программы профессионального консультирования и работают внутренние офисы защиты персонала.
- Цифровые инструменты: Использование искусственного интеллекта (приложения Wysa, BotMD) для самодиагностики эмоционального состояния сотрудников и предотвращения выгорания.
- Противодействие агрессии: В рамках национальной стратегии внедряется нулевая терпимость к оскорблениям, предоставляется юридическая и социальная защита медицинских работников на рабочих местах.

Таким образом, проблемы управления здоровьем в медицинском коллективе в Сингапуре требуют комплексного подхода, включающего кадровое планирование, заботу о благополучии персонала и развитие цифровых технологий для повышения эффективности работы.

Возможные направления решения проблем:

- Кадровое планирование и развитие. Увеличение числа международных медицинских школ для привлечения новых специалистов.
- Улучшение условий труда и баланса работы и личной жизни.
- Развитие программ психологической поддержки и профилактики выгорания.

- Совершенствование систем координации и обмена информацией между медицинскими организациями.
- Стимулирование цифровизации и оптимизации рабочих процессов без потери качества медицинского обслуживания.

1.4. Китай

Управление здоровьем в медицинских коллективах Китая сталкивается со структурными вызовами, обусловленными колоссальной нагрузкой на врачей и высоким уровнем их профессионального выгорания, жесткой иерархичностью и последствиями постпандемийного синдрома.

Ключевые проблемы управления здоровьем медицинского персонала в Китае можно разделить на следующие группы¹⁹ [23–25]:

1. Физическое здоровье и колоссальные нагрузки:

- Высокая интенсивность труда: Наблюдается хронический дефицит времени на обслуживание одного пациента, что приводит к физическому истощению медицинского персонала.
- Профессиональные заболевания: Длительные смены провоцируют развитие мышечно-скелетных болей (особенно у хирургов), а также язвенных и сердечно-сосудистых заболеваний на фоне стресса.
- Нарушения циркадных ритмов: Повсеместные ночные дежурства ведут к расстройствам сна и снижению иммунитета.

2. Психологическое здоровье и выгорание:

- Профессиональный стресс: Огромная ответственность, связанная с высокими требованиями пациентов и их родственников, вызывает сильную тревожность. В некоторых случаях медицинские работники сталкиваются с нехваткой времени на подготовку для выполнения своих обязанностей, что усиливает стресс и снижает качество работы. Высокий уровень стресса часто коррелирует с плохим качеством сна у врачей и медицинских сестер.
- Отсутствие баланса между работой и личной жизнью (Work-life balance): Культура сверхурочной работы и высокие показатели оттока кадров из-за психологической усталости. Медицинские работники, особенно медсестринский персонал, жалуются на многозадачность, длительный рабочий день и отсутствие достаточного отдыха. В некоторых случаях медицинские сотрудники вынуждены работать в дополнительные смены, что ведёт к переутомлению.

¹⁹ Современная система здравоохранения Китая: структура, достижения и перспективы развития. 10.05.2025. URL: <https://medpedia.ru/articles/general/sovremennaya-sistema-zdravoohraneniya-kitaya/>.

- В китайских медицинских учреждениях отмечаются проблемы с межличностными отношениями, что может создавать токсичную атмосферу.

3. Организационные и управленческие барьеры:

- Неравномерное распределение ресурсов: Разрыв между городскими и сельскими районами, а также между регионами приводит к дисбалансу в доступности медицинского оборудования, кадров и качества услуг. Это влияет на условия работы медицинского персонала: в менее обеспеченных медицинских учреждениях сотрудники сталкиваются с нехваткой оборудования, материалов и поддержки.
- Децентрализованное управление: Система здравоохранения фрагментирована, что затрудняет координацию между различными уровнями власти и медицинскими учреждениями. Это приводит к дублированию усилий, растрате ресурсов и системным проблемам в управлении.
- Чрезмерная ориентация на рынок: Переход к рыночным принципам в здравоохранении привёл к тому, что многие медицинские учреждения стали ориентироваться на получение дохода, а не на качество медицинского обслуживания и ухода. Это может создавать давление на медицинских работников, вынуждая их выписывать лишние рецепты или проводить ненужные процедуры для увеличения прибыли.
- Иерархический стиль управления: Руководство в китайских клиниках часто базируется на конфуцианских ценностях (подчинение старшим по должности и возрасту), что затрудняет открытый диалог о проблемах и снижает гибкость.
- Бюрократическая нагрузка: Огромный объем медицинской документации и отчетности отнимает время, которое могло бы быть использовано на отдых или восстановление.
- Дефицит профилактических мер: Управление здоровьем в больницах часто ограничивается лечением уже развившихся патологий (реактивный подход), а не превентивным мониторингом.

4. Социальные и экономические факторы:

- Низкий уровень оплаты труда: Многие медицинские работники, особенно медицинские сестры, считают свою зарплату недостаточной для покрытия повседневных расходов, выплаты ипотеки и воспитания детей. Это усиливает экономическое давление и может приводить к текучести кадров.
- Баланс работы и семьи: В традиционной китайской культуре распространено представление о том, что «мужчины работают на улице, а женщины ведут домашнее хозяйство». Это может создавать дополнительные

нагрузки для женщин-медсестёр, которые совмещают работу с семейными обязанностями.

5. Внешние факторы:

- Старение населения (более 176 млн человек старше 65 лет в 2020 году) увеличивает нагрузку на систему здравоохранения и требует больше ресурсов для лечения хронических заболеваний. Это приводит к повышенной рабочей нагрузке на медицинский персонал, особенно в учреждениях долгосрочного ухода.
- Рост хронических заболеваний населения, связанных с ухудшением образа жизни, загрязнением окружающей среды, курением и другими факторами, также увеличивает объём работы медицинских работников.
- Напряженность во взаимоотношениях «врач-пациент»: Случаи агрессии или недовольства со стороны пациентов требуют от медицинского персонала дополнительной эмоциональной устойчивости и создают угрозу психологической безопасности.

Итак, управление здоровьем в медицинском коллективе в Китае сталкивается с рядом системных проблем, связанных с особенностями национальной системы здравоохранения, социально-демографическими изменениями и организационными вызовами. Эти проблемы затрагивают как физическое, так и психическое здоровье медицинских работников, их профессиональную деятельность и условия труда. Проблемы в управлении здоровьем медицинского коллектива приводят к ряду негативных последствий: профессиональному выгоранию; увеличению текучести кадров; нарушениям опорно-двигательного аппарата; тревоге и депрессии; снижению эффективности работы.

Правительство Китая реализует некоторые инициативы, например, план «Здоровый Китай 2030», который направлен на улучшение системы здравоохранения в целом. Согласно государственной стратегии «Здоровый Китай 2030», внедрение программ внутреннего корпоративного здоровья должно стать приоритетом для администраций больниц. Это включает внедрение скринингов для врачей, улучшение эргономики рабочих мест и развитие корпоративной культуры поддержки. Однако многие проблемы остаются актуальными и требуют дальнейших усилий.

1.5. Индия

Управление здоровьем медицинского персонала в Индии – это сложная система, где передовые технологии и инновации сталкиваются с глубоким социально-экономическим неравенством, колоссальной нагрузкой на врачей медицинских сестер и дефицитом ресурсов.

Ключевые проблемы управления здоровьем в медицинских коллективах Индии^{20, 21, 22} [26]:

1. **Высокая нагрузка и эмоциональное выгорание (Burnout):** Огромная численность населения и нехватка квалифицированных кадров создают колоссальное давление на врачей и медицинских сестер. В государственном секторе наблюдается сильное выгорание, дефицит кадров, а также ненормированные графики.
2. **Неравенство в условиях труда:** Существует значительный разрыв между уровнем комфорта и доходами медицинских работников в элитных корпоративных госпиталях (например, Apollo Hospitals, Fortis) и базовых клиниках в сельских или отсталых регионах (например, в штатах Бихар или Уттар-Прадеш).
3. **Профессиональные риски:** Медицинский персонал подвержен высокому риску заражения инфекционными заболеваниями (туберкулез, сезонные вспышки денге, малярия), что требует строгого соблюдения санитарных норм. Отдельной проблемой является угроза физического насилия со стороны неудовлетворенных пациентов, что требует от руководства медицинских организаций усиления мер безопасности.
4. **Многоукладность медицины:** В одном коллективе могут одновременно практиковать специалисты современной (аллопатической) медицины, аюрведы, гомеопатии и унани. Управление таким мультидисциплинарным персоналом требует разработки комплексных корпоративных программ здоровья, учитывающих различные профессиональные философии.
5. **Кадровый дефицит и неравномерное распределение специалистов:** Большинство выпускников медицинских вузов открывают частную практику в городских районах, что усиливает неравенство между городскими и сельскими службами здравоохранения. Эмиграция медицинских работников также вносит свой вклад в кадровый дефицит.

Для улучшения здоровья и благополучия медицинских коллективов в Индии принимаются следующие меры:

1. **Интеграция цифрового здравоохранения:** Государство внедряет платформы для дистанционного мониторинга состояния здоровья самих врачей и телемедицины для снижения их нагрузки.

20 For India's Medical Workers, Danger and 'Heartbreaking Decisions'. URL: https://translated.turbopages.org/proxy_u/en-ru.ru.397c49b5-6a20332f-f5663f2f-74722d776562/https/www.nytimes.com/2021/05/18/world/asia/india-covid-doctors-medical-workers.html.

21 Зачем врачам в Индии потребовались охранники. URL: <https://www.rmj.ru/news/zachem-vracham-v-indii-potrebovalis-okhranniki/>.

22 Между традицией и инновациями – как устроено здравоохранение в Индии, численность граждан которой превышает миллиард. URL: <https://www.medznat.ru/education/practice-management/malyska-na-milliard-aiurveda-kasty-i-bigfarma-k>.

2. **Программы психологической поддержки:** Управленческий аппарат ведущих больниц начинает внедрять тренинги по снижению стресса, выделяет время на отдых и расширяет программы медицинского страхования для персонала.
3. **Улучшение инфраструктуры:** Правительство Индии инвестирует в модернизацию государственных медицинских колледжей и больниц, что улучшает условия труда врачей (включая оснащение оборудованием).

Итак, управление здоровьем в медицинском коллективе в Индии сталкивается с комплексом проблем, связанных с системными недостатками в сфере здравоохранения, социально-экономическими факторами и организационными ограничениями. Эти проблемы затрагивают как физическое и психическое здоровье медицинских работников, так и качество предоставляемых ими услуг.

1.6. Турция

Здравоохранение Турции имеет высокий мировой рейтинг, но за фасадом превосходной материально-технической базы скрывается ряд критических вызовов. Управление здоровьем самих медицинских работников в этой стране серьезно затруднено из-за кадрового дефицита, интенсивных нагрузок, профессионального выгорания, сложной системы оплаты труда и рисков для личной безопасности.

Ключевые проблемы управления здоровьем в медицинских коллективах Турции^{23, 24, 25, 26, 27}:

1. Профессиональное выгорание и физическое истощение:

- Сверхурочная работа и дефицит кадров: Внедрение «Программы трансформации здравоохранения» (Sağlıkta Dönüşüm Programı) и создание масштабных городских больниц (Şehir Hastaneleri) привели к колоссальному росту нагрузки. Дефицит врачей и медицинских сестер, особенно в государственных учреждениях, вынуждает персонал работать по 24–36 часов.
- Ночные смены и нарушение биоритмов: Хроническое недосыпание и работа в ночное время суток разрушают иммунную систему медицинских сотрудников и ведут к ранней потере трудоспособности.

23 Türkiye'de sağlık sisteminin temel sorunları. URL: <https://ozelhastaneler.org.tr/turkiyede-saglik-sisteminin-temel-sorunlari/>.

24 Медицинские работники в Турции теряют мотивацию. 03 апреля 2020. URL: <https://mk-turkey.ru/life/2020/04/03/mopt-medicinskie-rabotniki-v-turcii.html>.

25 Sağlık Bakanlığı'na Sesleniyoruz: "Eziyet Yönetmeliğini" Geri Çekin! URL: <https://www.manisatabip.org.tr/basin-detay.php?id=248>.

26 Sağlık Çalışanlarının Haklarına. URL: <https://www.saglik.gov.tr/TR-52852/saglik-calisanlarinin-haklarina-ve-guvenligine-yonelik-duzenlemeleri-iceren-calisan-haklari-ve-guvenligi-uygulamalari-rehberi-yayinlandi.html>.

27 В Турции за последние пять лет зафиксировано 60 тыс. нападений на медицинских сотрудников. 07 ноября 2018. URL: <https://mk-turkey.ru/life/2018/11/07/mo-v-turcii-za-poslednie-pyat-let.html>.

2. Психосоциальные риски и насилие:

- Эпидемия агрессии: Проблема насилия со стороны пациентов и их родственников стоит очень остро. По данным турецких медицинских ассоциаций, большинство врачей, особенно в отделениях скорой помощи, сталкиваются с вербальными и физическими угрозами, что создает постоянный страх и стресс на рабочем месте.
- Дефицит психологической поддержки: Во многих больницах отсутствуют комплексные программы для оценки и восстановления ментального здоровья медицинских работников (моббинг и стресс на рабочем месте остаются частой причиной жалоб).

3. Экономические и административные факторы:

- Система «Performance» (оплата по результатам): Действующая система стимулирующих выплат провоцирует внутреннюю конкуренцию и деление коллектива. В стремлении увеличить доход врачи вынуждены принимать больше пациентов за смену, жертвуя качеством осмотра и собственным отдыхом.
- Противоречия между государственным и частным сектором: Разрывы в доходах между врачами государственных и частных клиник вызывают дополнительное профессиональное недовольство.

4. Риски профессионального заражения:

- Биологическая угроза: Персонал подвержен высокому риску инфицирования (например, случайные уколы и порезы, контакт с туберкулезом, ВИЧ, гепатитами).

5. Этические конфликты:

- Недавние громкие расследования, вскрывшие факты перевода тяжелых пациентов в частные клиники ради финансовой выгоды, высветили глубокие системные проблемы контроля менеджмента в коммерческом секторе здравоохранения. Это подрывает доверие внутри медицинской среды и наносит урон репутации профессии.

Для улучшения ситуации профсоюзы (например, Турецкая медицинская ассоциация – ТТВ) и Минздрав Турции (T.C. Sağlık Bakanlığı) внедряют различные меры, такие как Руководство по безопасности сотрудников и система SABİM (горячая линия для защиты медиков), но структурные реформы требуют комплексного пересмотра кадровой политики.

Также требуется реализовать комплексный подход, включающий:

- повышение зарплат и улучшение условий труда медиков;
- борьбу с насилием в медицинских учреждениях;

- снижение бюрократической нагрузки;
- меры по удержанию кадров (наставничество, развитие корпоративной культуры);
- целевую подготовку медицинских специалистов для дефицитных направлений;
- развитие инфраструктуры в регионах для снижения оттока кадров;
- совершенствование системы регулирования с учётом интересов медицинского персонала.

Без решения этих проблем дефицит кадров и снижение качества медицинской помощи будут продолжать негативно сказываться на здоровье населения и репутации турецкой системы здравоохранения.

1.7. США

Управление здоровьем персонала (Workforce well-being) в клиниках США – это критическая проблема из-за профессионального выгорания медицинских работников, нехватки кадров, чрезмерной административной нагрузки, организационных и системных недостатков. В США выгорание медицинских работников выше, чем в других отраслях, достигая пиковых среди врачей и приводя к увольнениям или сокращению часов работы [27–29].

Ключевые проблемы управления здоровьем медицинского коллектива в США^{28, 29, 30, 31, 32} :

1. Организационные и системные проблемы:

- Децентрализованная система здравоохранения: Отсутствие единой национальной системы электронных медицинских карт (ЭМК) и разнообразие частных решений затрудняют интеграцию данных и обмен информацией между учреждениями.

28 Grace McParland. Average Turnover Rate in Healthcare: 2025 Data. Nov 19, 2025.
URL: <https://www.theresource.com/2025/11/19/healthcare-turnover-rate/>.

29 Health Workers Face a Mental Health Crisis. Oct. 24, 2023.
URL: <https://www.cdc.gov/vitalsigns/health-worker-mental-health/index.html>.

30 Левин А.С. Новые интернет-звезды: как врачи и медсестры теряют в США работу из-за соцсетей. 07.01.2023. URL: <https://www.forbes.ru/society/483032-novye-internet-zvezdy-kak-vraci-i-medsestry-teraut-v-ssa-rabotu-iz-za-socsetej>.

31 Линдквист М. 10 проблем здравоохранения, которые необходимо решить в 2026 году. 07.04.2026. URL: <https://www.oracle.com/health/healthcare-challenges/>.

32 Ситронер Д. В США надвигается кризис в сфере здравоохранения, связанный с выгоранием и психическими расстройствами у медиков, предупреждает Центр по контролю и профилактике заболеваний США (CDC). 10.11.2023. URL: https://www.epochtimes.ru/mir/severnaya-america/v-ssha-nadvigaetsya-krizis-v-sfere-zdravooxraneniya-svyazannyj-s-vygoraniem-i-psihicheskimi-rasstrojstvami-u-medikov-preduprezhdaet-cdc-191734/?utm_referrer=https%3A%2F%2Fyandex.ru%2F.

- Проблемы интероперабельности систем ЭМК: Несмотря на внедрение ЭМК, обмен данными между системами, созданными на различных платформах, часто остаётся затруднительным из-за нежелания поставщиков сотрудничать и финансовых факторов.
- Высокие затраты на интегрированные ИТ-решения: Высокие первоначальные затраты на приобретение, текущие расходы на обслуживание и сбои в рабочих процессах.
- Недостаточное инвестирование в системы общественного здравоохранения.

2. Дефицит кадров и переработки:

- Хронический недобор: Из-за старения населения и нехватки выпускников медицинских вузов больницы испытывают кадровый голод.
- Работа в неполном составе: Исследования показали, что почти половина врачей регулярно работают в урезанных командах, а работа в условиях перегрузки более чем в 2 раза повышает риск выгорания.

3. Административная нагрузка (EHR Burden):

- Огромная часть рабочего времени уходит на ведение ЭМК и заполнение страховых документов.
- На 1 час приема врача приходится до 2 часов бумажной работы, что разрушает баланс работы и личной жизни.

4. Текучесть кадров и финансовые потери:

- Высокая текучесть: Ежегодный уровень текучести в больницах в среднем составляет около 22 %. Для младшего и среднего медицинского персонала этот показатель может достигать более 30 %.
- Убытки: Замена одного квалифицированного медицинского сотрудника обходится организации в несколько десятков тысяч долларов.

Основные стратегии решения этих проблем:

Современные американские организации здравоохранения используют как индивидуальные меры (психологическая поддержка), так и системные организационные решения:

- Поддержка психического здоровья: Внедрение программ поддержки, включая доступ к профессиональной психологической помощи, обсуждение моральных дилемм и эмоциональных аспектов работы.

- Развитие поддерживающей рабочей среды: Участие медицинских сотрудников в принятии решений, доверие между руководством и работниками, проактивное и поддерживающее руководство.
- Инвестиции в ресурсы, которые делают работу в здравоохранении более приемлемой для жизни, включая поддержку баланса между работой и личной жизнью, а также расширение доступа к медицинской помощи.
- Реформы системы здравоохранения, направленные на снижение нагрузки на персонал, улучшение условий труда и поддержку психического здоровья.
- Внедрение инновационных технологий: Интеграция ИИ, голосовых помощников для автоматизации составления ЭМК и снижения нагрузки на медицинских специалистов.
- Гибкие графики, предложение гибких смен, удаленной работы для определенных задач, бонусов за подписание контракта и программ наставничества.
- Программы признания заслуг: Программы, подобные Joy in Medicine от Американской медицинской ассоциации, которые поощряют медицинские организации за улучшение условий труда и снижение уровня выгорания медицинских работников.

Таким образом, проблемы управления здоровьем в медицинском коллективе в США требуют комплексного подхода, включающего улучшение условий труда и поддержку психического здоровья медицинских работников, реформирование организационных структур и инвестиции в развитие системы здравоохранения.

1.8. Канада

Управление здоровьем в медицинских коллективах Канады сталкивается с системным кризисом, который затрагивает как организационные, так и кадровые аспекты системы национального здравоохранения: сильное эмоциональное выгорание медицинского персонала из-за переработок, хроническую нехватку кадров (особенно медицинских сестер и семейных врачей), а также децентрализацию управления на уровне провинций, что тормозит внедрение единых программ поддержки.

Ключевые проблемы можно сгруппировать по следующим направлениям³³[30, 31]:

- **Масштабное профессиональное выгорание (Burnout):** Длительное время ожидания операций и перегруженность отделений неотложной помощи (Emergency Rooms) приводят к физическому и моральному истощению медицинских работников. Исследования показали, что стресс стал храни-

33 Кузнецова Н. Система здравоохранения и медицина в Канаде: ее ужасы и преимущества. 01 июня 2025.
URL: <https://vancouverok.com/zdravoohranenie-v-kanade/>.

ческим для значительной части сотрудников госпиталей, что снижает качество медицинской помощи.

- **Кадровый дефицит и переработки:** Нехватка медицинских специалистов заставляет администрацию больниц прибегать к сверхурочной работе. Это создает порочный круг: усталость провоцирует ошибки, ухудшает моральный климат и ведет к новым увольнениям, усугубляя проблему управления ресурсами.
- **Отсутствие единой федеральной стратегии:** Здравоохранение Канады децентрализовано. 13 провинций и территорий управляют своими программами самостоятельно. Это приводит к фрагментации данных и сложностям в масштабировании успешных практик корпоративного здоровья.
- **Административная нагрузка:** Врачи и медицинские сестры вынуждены тратить непропорционально много времени на бюрократическую отчетность и ведение электронных историй болезни в ущерб непосредственным обязанностям.

Для исправления ситуации правительство и медицинские ассоциации Канады реализуют следующие меры:

- Введение должности «Главный специалист по оздоровлению» (Chief Wellness Officer): В крупных медицинских центрах (например, в сетях Торонто или Монреаля) назначают руководителей, ответственных исключительно за психологическое благополучие и поддержку медицинского персонала.
- Программы психологической помощи: Открытие горячих линий, организация «круглых столов» и создание рабочих групп, оценивающих микроклимат в отделениях для предотвращения эмоционального истощения.
- Фокус на удержание кадров: Пересмотр графиков работы и улучшение систем найма.

Таким образом, для решения проблем управления здоровьем в медицинских коллективах Канады предлагаются различные меры, включая увеличение финансирования здравоохранения, улучшение координации между службами, внедрение цифровых инструментов для обработки данных пациентов, а также меры по удержанию и привлечению медицинских работников (например, повышение зарплат, гибкий график работы).

По данным Канадского института медицинской информации (CIHI), улучшение условий труда на местах медицинских работников признано приоритетным направлением для стабилизации всей канадской системы обязательного медицинского страхования Medicare.

1.9. Дания

Управление здоровьем (Occupational health) в медицинских коллективах Дании сталкивается с тремя ключевыми вызовами: хронический дефицит кадров, эмоциональное выгорание персонала, высокий уровень стресса и жесткая административная нагрузка.

Эти проблемы формируют специфические риски для благополучия врачей и медицинских сестер в Дании^{34, 35} [32]:

- **Профессиональное выгорание (Burnout):** Высокая интенсивность труда в больницах, сокращение коечного фонда и усложнение медицинской документации приводят к нервному истощению. По данным датских профсоюзов, медицинские работники находятся в группе максимального риска из-за дефицита времени на отдых между сменами.
- **Дефицит кадров и переработки:** Нехватка квалифицированных медицинских специалистов заставляет оставшихся сотрудников работать сверхурочно. Это нарушает баланс между работой и личной жизнью, что провоцирует рост мышечно-скелетных заболеваний и психосоматических расстройств.
- **Административное давление:** Переход на расширенные электронные системы и необходимость соответствовать строгим показателям эффективности (KPI) отнимают время, которое медицинские сотрудники могли бы потратить на восстановление сил и заботу о собственном здоровье.

Меры реагирования со стороны датского менеджмента: Для решения этих проблем государственные и частные клиники внедряют корпоративные программы здоровья. Они включают:

- Обязательные сессии супервизии и психологической поддержки для персонала отделений интенсивной терапии, онкологии и скорой помощи.
- Гибкие графики работы: Внедрение программ сокращенного рабочего дня с сохранением заработной платы для восстановления баланса сил.
- Цифровизацию процессов: Интеграция систем на базе искусственного интеллекта для снижения нагрузки на средний медицинский персонал.

Итак, проблемы управления здоровьем в медицинском коллективе в Дании связаны с рядом вызовов, которые затрагивают как кадровую ситуацию, так и организационные и технологические аспекты системы национального здравоохранения.

34 Охрана здоровья в Дании. URL: <https://vnz.su/articles/ohrana-zdorov-ja-v-danii/>.

35 Система здравоохранения в Дании. URL: <https://hermes-grup.ru/novost/sistema-zdravoohraneniya-v-danii>.

Для решения этих проблем Дания может использовать цифровизацию здравоохранения, регулирование условий труда и финансирования здравоохранения, а также внедрение систем контроля качества медицинской помощи.

1.10. Объединенные Арабские Эмираты

Управление здоровьем персонала (Corporate Wellness) в медицинских учреждениях Объединенных Арабских Эмиратов (ОАЭ) сталкивается с уникальным набором проблем, связанных с особенностями системы здравоохранения, культурными факторами, адаптацией персонала и организационными аспектами. Отрасль здесь отличается гиперконкуренцией, мультикультурным составом и высокими стандартами аккредитации (например, JCI).

Ключевые проблемы в медицинских коллективах ОАЭ^{36, 37, 38}:

- 1. Многонациональная рабочая среда:** В медицинских клиниках ОАЭ работают экспаты со всего мира. Барьеры в коммуникации и разница в менталитете создают трения при внедрении единых стандартов корпоративной культуры.
- 2. Профессиональное выгорание (Burnout):** Высокая нагрузка из-за огромного потока медицинских туристов и локальных пациентов приводит к эмоциональному истощению врачей и медсестер.
- 3. Ограниченный доступ к психологической поддержке:** Несмотря на развитие сферы психического здоровья в ОАЭ, в стрессовых ситуациях медицинские работники сталкиваются с культурной стигматизацией и нехваткой специализированной корпоративной помощи.
- 4. Факторы окружающей среды и образа жизни:** Медицинский персонал, ведущий малоподвижный образ жизни в условиях жаркого климата, подвержен рискам развития сердечно-сосудистых заболеваний и диабета, которые считаются основными угрозами для здоровья в регионе.

Стратегические меры для улучшения ситуации:

- Индивидуализированные программы: Разработка гибких программ благополучия (Wellness Programs), учитывающих культурные особенности различных групп медицинских сотрудников.
- Внедрение цифровых инструментов: Использование телемедицины для снижения нагрузки на очный прием и внедрение приложений для отслеживания уровня стресса среди персонала.

36 Работа врачом в Дубае и ОАЭ: особенности, требования и перспективы. URL: <https://m.c-inform.info/news/id/111476>.

37 Культурные особенности для работы врачом в Дубае. URL: <https://volna.me/blog/kulturnye-osobennosti-raboty-v-dubae>.

38 Психологическая адаптация: как справиться с ностальгией и стрессом после переезда. URL: <https://volna.me/blog/psihologicheskaya-adaptaciya-vrachej-oe>.

- Фокус на ментальном здоровье: Организация анонимных консультаций и тренингов по профилактике эмоционального выгорания, создание открытой культуры обсуждения психологических проблем.
- Развитие программ поддержки экспатов: организация курсов адаптации, психологическая поддержка, помощь в изучении языка и местных стандартов.
- Снижение рабочей нагрузки: оптимизация графиков, введение более гибких режимов труда, контроль за переработками.
- Развитие психиатрической помощи: увеличение числа специалистов в области психического здоровья, интеграция психологической поддержки в систему здравоохранения.
- Улучшение коммуникации: тренинги по межкультурной коммуникации, обеспечение переводческих услуг при необходимости.
- Создание комфортных условий труда: обеспечение адекватного отдыха, доступа к медицинским услугам для сотрудников, компенсация расходов на жильё и транспорт.

Решение этих проблем в ОАЭ потребует совместных усилий государства, медицинских учреждений и профессионального сообщества.

ГЛАВА 2. ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ВЕДЕНИЕ НЕЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

2.1. Германия

На нездоровый образ жизни медицинских работников в Германии могут влиять различные факторы, связанные с профессиональной деятельностью, организационными условиями, психологическими и социальными аспектами.

Ведение нездорового образа жизни медицинскими работниками в Германии обусловлено жесткими профессиональными нагрузками, хроническим стрессом, высоким уровнем депривации сна из-за посменной работы и необходимостью компенсировать психоэмоциональное истощение за счет нездорового питания (фастфуда) или употребления стимуляторов [33, 34].

Основные факторы, влияющие на ведение нездорового образа жизни медицинских работников, можно разделить на три ключевые категории^{39, 40, 41} [35]:

1. Профессиональные условия труда:

- Высокий уровень стресса (Subjective Burden): Частые дежурства и эмоциональное выгорание, особенно в секторе больниц (Krankenhäuser) и при уходе за пожилыми людьми (Altenpflege), ведут к психологической перегрузке. Во время эпидемий и пандемий к дополнительным источникам стресса добавляются боязнь заражения, чувство неуверенности, стигматизация.
- Посменная и сверхурочная работа: Ненормированный рабочий день и ночные смены нарушают циркадные ритмы. В периоды кадрового дефицита медики часто работают на износ, жертвуя сном, спортом и полноценным отдыхом.

39 Gesunde Ernährung, gesunder Lebensstil. Was schadet uns, was tut uns gut? <https://www.springermedizin.de/gesunde-ernaehrung-gesunder-lebensstil/23974370>.

40 FEDERAL HEALTH REPORTING JOINT SERVICE BY RKI AND DESTATIS. Health in Germany – the most important developments. https://www.rki.de/EN/Topics/Health-and-Society/Health-reporting/Reports/Health-in-Germany_most_important_developments.pdf?__blob=publicationFile&v=1.

41 Nationale Gesundheitsziele. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/G/Gesundheitsziele/Broschuere_Nationales_Gesundheitsziel_-_Tabakkonsum_reduzieren.pdf.

- Нехватка времени на перерывы: Постоянное давление времени (Time Pressure) и огромный поток пациентов вынуждают медицинский персонал отказываться от полноценных приемов пищи в пользу быстрых перекусов.

2. **Физические и эргономические факторы:** Длительное пребывание в вынужденной рабочей позе, статические нагрузки, гиподинамия могут приводить к проблемам с опорно-двигательным аппаратом, сердечно-сосудистым заболеваниям, ожирению и другим соматическим проблемам.

3. **Социально-психологические факторы:**

- Психологические аспекты: Самокритичность, непродуктивные копинг-стратегии, перфекционизм, дисбаланс между работой и жизнью, иногда отсутствие поддерживающей семьи или партнёра.
- Риск стигматизации: В обществе могут существовать ограничения на обращение медиков за помощью при проблемах со здоровьем, что затрудняет своевременное получение поддержки.
- Доступность «утешительного» потребления: Хроническая усталость и нервное напряжение провоцируют переизбыток, тягу к сладкому и углеводной пище.
- Культура употребления алкоголя: Традиционные для Германии корпоративные социальные связи (например, вечеринки после дежурств) способствуют потреблению алкоголя как способу снятия стресса.
- Специфика курения: Курение среди врачей и младшего медицинского персонала в Германии исторически остается распространенным механизмом быстрого снятия нервного напряжения в короткие перерывы, несмотря на осознание медицинских рисков.

4. **Организационные ограничения системы:**

- Дефицит кадров (Personalmangel): Из-за жесткой нехватки медицинских сестер и врачей сотрудники сталкиваются с дополнительной высокой рабочей нагрузкой.
- Отсутствие фокуса на профилактике в клиниках: Несмотря на то, что в Германии существует система производственного здравоохранения, многие лечебные учреждения не могут обеспечить своим сотрудникам полноценные условия для занятий спортом или здорового питания прямо на рабочем месте из-за недостатка финансирования и времени.
- Недостаточное вознаграждение и отсутствие социальной поддержки: Негативное отношение руководства, непрогнозируемая рабочая нагрузка, графики работы, приводящие к депривации сна, недостаточная социальная поддержка на рабочем месте могут усиливать стресс.

В Германии охрана труда и техника безопасности являются приоритетными задачами для всех медицинских работников. Работодатели обязаны соблюдать максимальную продолжительность рабочего дня и минимальное время отдыха. Однако на практике эти требования могут не всегда соблюдаться в полной мере.

Для снижения негативного влияния этих факторов могут быть полезны меры, направленные на улучшение условий труда, развитие системы поддержки медицинских работников, программы непрерывного медицинского образования и другие инициативы.

2.2. Франция

На нездоровый образ жизни медицинских работников во Франции влияют различные факторы, связанные с профессиональной деятельностью, условиями труда, психологическим состоянием и социально-экономическими условиями.

Главными причинами нездорового образа жизни медицинских работников во Франции являются хронические переработки (сверхурочные часы), профессиональное выгорание и дефицит кадров. Эти факторы приводят к пренебрежению сном, нерегулярному питанию, стрессу и росту потребления психоактивных веществ.

Ситуация усугубляется рядом взаимосвязанных причин, сгруппированных по категориям^{42, 43} [36–40]:

1. Профессиональные и организационные факторы:

- Высокие нагрузки и дефицит кадров: Длительные смены, ночные дежурства и нехватка персонала (особенно в государственных клиниках Assistance Publique – Hôpitaux de Paris и других региональных центрах) не оставляют времени для полноценного отдыха.
- Психологическое истощение (Burnout): По данным исследований французской системы здравоохранения, до 40–60 % медицинских работников сталкиваются с синдромом эмоционального выгорания, который они склонны «заедать» или компенсировать другими вредными привычками.
- Высокие этические требования: Высокий уровень ответственности за жизнь пациентов, особенно в отделениях интенсивной терапии, создает сильное хроническое напряжение.

42 «Эпидемия стала последней каплей» – французские медработники массово задумались о смене профессии. 12 октября 2020 Le Parisien. URL: <https://russian.rt.com/inotv/2020-10-12/Epidemiya-stala-poslednej-kaplej->.

43 Во Франции растет неудовлетворенность медиков своей работой. 23 сентября 2022. URL: <https://rossaprimavera.ru/news/461aa484>.

2. Особенности рабочей среды:

- Сидячий образ жизни: Работа врачей общей практики, терапевтов и административного персонала связана с долгими часами за компьютером при заполнении медицинских карт (учет в системе ameli.fr).
- Нарушение пищевых привычек: В условиях жесткого графика приемы пищи становятся нерегулярными, преобладает быстрое питание (перекусы снеками, фастфудом), что ведет к риску ожирения.

3. Социально-культурные аспекты:

- Доступность психоактивных веществ: Высокий уровень распространенности курения, употребления алкоголя и приема рецептурных препаратов (например, бензодиазепинов и антидепрессантов) среди медицинских работников служит способом кратковременного снятия производственного стресса.
- Отсутствие баланса между работой и личной жизнью (Work-life balance): Сверхурочная работа во французских больницах часто является нормой, из-за чего страдает базовый сон, отдых и социальные связи.

Социально-экономические факторы:

- Невысокая зарплата и нехватка молодых кадров.
- Нестабильность работы, отсутствие гарантий занятости. Эти факторы могут усиливать стресс и снижать мотивацию к поддержанию здорового образа жизни у медицинских работников.

Для борьбы с этими факторами разработаны государственные программы, координируемые Министерством здравоохранения Франции (Ministère de la Santé), направленные на улучшение условий труда и создание программ профилактики для самих врачей.

Во Франции существуют службы здоровья на работе (Services de santé au travail), которые занимаются предотвращением ухудшения здоровья работников из-за профессиональной деятельности, мониторингом состояния здоровья и консультированием по снижению профессиональных рисков.

Для снижения негативного влияния этих факторов могут быть полезны меры по улучшению организации труда, развитию программ профилактики профессионального выгорания, обеспечению поддержки медицинских работников и реформированию системы здравоохранения страны.

2.3. Сингапур

На ведение нездорового образа жизни медицинских работников в Сингапуре могут влиять различные факторы, связанные с профессиональной деятельностью, условиями труда, психологическим состоянием и социальными аспектами.

Ведение нездорового образа жизни медицинскими работниками в Сингапуре обусловлено хроническим профессиональным стрессом, сменным графиком работы, дефицитом времени и пищевой средой больниц, что приводит к преобладанию «эмоционального переедания» и снижению физической активности.

Исследования показывают, что около 70–80 % медицинского персонала в Сингапуре испытывают симптомы профессионального выгорания на фоне экстремально высоких нагрузок в системе здравоохранения.

Ключевые факторы, влияющие на нездоровый образ жизни специалистов, можно разделить на несколько основных групп^{44, 45} [41–46]:

1. Профессиональные и организационные факторы:

- Напряженные графики и сменная работа: Ротация смен и продленные часы работы нарушают циркадные ритмы, из-за чего медицинские работники страдают от хронической нехватки сна. Это, в свою очередь, повышает тягу к высококалорийной пище с низким содержанием питательных веществ.
- Дефицит времени на восстановление: Недостаточное количество времени в течение дня, чтобы полноценно поесть, отдохнуть или заняться физическими упражнениями до или после смены.
- Ненормированные перерывы: Отсутствие строго регламентированных перерывов или комфортной инфраструктуры в больницах для разогрева домашней еды заставляет медиков прибегать к быстрому питанию.
- Насилие на рабочем месте: Случаи оскорблений, угроз или нападений на медицинских работников (физических, сексуальных, словесных и психологических) негативно влияют на их физическое и психическое здоровье, снижают удовлетворённость работой и могут увеличивать текучесть кадров.
- Неблагоприятные условия труда: Недостаточное количество пригодной для питья и умывания воды, плохие санитарно-гигиенические условия, опасные медицинские отходы могут стать причиной профессиональных заболеваний.
- Воздействие вредных факторов производственной среды: К ним относятся контакт с инфекционными заболеваниями (туберкулёз, гепатиты В и С, ВИЧ/СПИД, респираторные инфекции), воздействие химических веществ (дезинфектанты, токсичные препараты, латекс), ионизирующего и неионизирующего излучения, шума, вибрации, неблагоприятных микроклиматических условий.

44 Ng Chee Kwan. Healthcare Worker Burnout Is Real. URL: <https://www.sma.org.sg/news/2023/September/Healthcare-Worker-Burnout-Is-Real>.

45 Чудо-остров: как Сингапур за полвека прошёл путь от ритуальных медицинских практик к инновационной системе здравоохранения. URL: <https://www.privatmed.ru/article/41/2868/>.

- Эргономические факторы: Небезопасное обращение с пациентами (неправильное перемещение, поднятие тяжестей без соответствующего оборудования) может привести к скелетно-мышечным нарушениям.
- Влияние цифровизации: Хотя Сингапур активно использует цифровые технологии в здравоохранении (например, национальную систему электронных медицинских записей), избыточная зависимость от алгоритмов искусственного интеллекта (ИИ) может влиять на профессиональные навыки и, косвенно, на образ жизни медработников.

2. Психологические и личностные факторы:

- Профессиональный стресс и высокий уровень выгорания (Burnout): Высокая интенсивность труда, продолжительный рабочий день, посменная работа, нехватка времени, отсутствие контроля за рабочими задачами, моральные травмы и отсутствие поддержки – серьёзные факторы риска стресса, эмоционального истощения и выгорания. Пандемия COVID-19 усугубила эту проблему: длительные периоды интенсивной работы, необходимость адаптироваться к новым штаммам вируса повысили уровень стресса и риска стрессового расстройства. Хронический стресс вызывает «эмоциональное выгорание», которое часто компенсируется перееданием.
- Тревога и депрессивные симптомы: Психологическое давление, вызванное высокой ответственностью за жизнь пациентов и сложными условиями труда, выступает триггером для нездорового пищевого поведения.
- Снижение физической активности: Во время стрессовых периодов (таких как пиковые нагрузки во время пандемий) наблюдается резкое снижение физической активности, что напрямую связано с ухудшением психического здоровья.
- Нездоровый перфекционизм, патологический альтруизм, преувеличенное чувство ответственности. Эти личностные особенности могут усиливать профессиональный стресс и приводить к эмоциональному, умственному и физическому истощению.
- Слабое чувство профессиональной идентичности или сильное чувство профессиональной идентичности в сочетании с переживанием ситуации неопределённости часто коррелируют с высоким уровнем профессионального стресса.
- Стигматизация психиатрического лечения в врачебных кругах. Если врач сталкивается с ментальными проблемами, он должен уведомить Сингапурский медицинский совет. При подтверждении нарушений врач обязан информировать совет о ходе лечения, что может создавать дополнительные барьеры для получения психологической поддержки.

3. Среда и пищевые привычки на рабочем месте:

- Отсутствие здоровой еды в шаговой доступности: Во время ночных смен или внеурочной работы единственным доступным выбором часто оказываются торговые автоматы или круглосуточные минимаркеты, предлагающие снеки и напитки с высоким содержанием сахара.
- Корпоративные привычки: Офисные ритуалы («кофейные перерывы») и привычка перекусывать нездоровой пищей для быстрого восполнения энергии среди коллег.

4. Социальные и личностные факторы:

- Приоритет пациентов над собственным здоровьем: Профессиональная этика диктует ставить потребности пациентов на первое место, из-за чего забота о собственном теле часто откладывается.
- Обязанности вне работы: Дополнительная нагрузка, связанная с уходом за семьей и детьми, оставляет еще меньше свободного времени для занятий спортом или приготовления здоровой пищи.

Для снижения влияния этих факторов могут быть полезны меры по улучшению условий труда, развитию программ профилактики профессионального выгорания, психологической поддержки и обучения навыкам управления стрессом.

В ответ на эти вызовы медицинские организации Сингапура внедряют программы поддержки и реализуют национальные стратегии укрепления здоровья, такие как инициатива Healthier SG, направленные на борьбу с хроническими заболеваниями (гипертония, гиперлипидемия) и улучшение общего профиля здоровья.

В Сингапуре реализуются инициативы, направленные на поддержание физического и психического здоровья медицинских сотрудников, но их эффективность зависит от поддержки со стороны работодателей.

2.4. Китай

На нездоровый образ жизни медицинских работников в Китае влияет комплекс факторов, связанных с профессиональной деятельностью, условиями труда, личностными особенностями и социально-экономическими условиями.

Нездоровый образ жизни медицинских работников в Китае обусловлен тремя главными факторами: экстремально высокими рабочими нагрузками, хроническим стрессом и повсеместным использованием служб доставки еды прямо в клиники. Это приводит к дефициту сна, неполноценному питанию, физической пассивности и профессиональному выгоранию специалистов.

Ключевые причины, провоцирующие нездоровый образ жизни^{46, 47} [47–54]:

- **Высокая рабочая нагрузка и длительные рабочие дни:** Врачи в Китае принимают значительно больше пациентов, чем медицинские специалисты в западных странах, из-за высокой плотности населения. Врачи в больницах третичного звена в Китае работают в среднем 51,5 часа в неделю, а почти 60 % медицинских работников в больницах класса А Нинбо – более 8 часов в день. Сменная работа и многочасовые смены повышают риск переутомления, стресса и ухудшения качества сна. Рабочая неделя многих врачей превышает 60 часов.
- **Питание через доставку:** Согласно данным отчетов о питании врачей в КНР, подавляющее большинство докторов часто пропускают завтрак и заменяют полноценный обед фастфудом или едой из служб доставки наподобие Meituan.
- **Отсутствие времени на сон и спорт:** Дежурства, ночные смены и работа по графику не оставляют времени для физических нагрузок – более 70 % врачей занимаются спортом менее 40 минут в день.
- **Профессиональный стресс и выгорание:** Динамичный характер работы, высокая ответственность, необходимость быстрого принятия решений и работа в условиях дефицита времени способствуют нервно-эмоциональному напряжению. Это может приводить к истощению, тревоге, депрессии и другим психологическим проблемам. Многие медики из-за нервного напряжения приобретают вредные привычки, такие как курение.
- **Недостаточная социальная поддержка:** Китайские медицинские работники часто сообщают о более низкой социальной поддержке и слабой принадлежности к рабочему месту по сравнению с их коллегами в других странах.
- **Недостаток рабочей инфраструктуры:** В ряде крупных государственных больниц Китая отсутствуют условия для отдыха и восстановления сил в течение дня, что вынуждает персонал отдыхать и спать в ординаторских.

Для снижения негативного влияния этих факторов могут быть полезны:

- программы физических упражнений и тренинги по релаксации и управлению стрессом;
- регулярные перерывы в работе;
- психологическая поддержка и тренинги жизнестойкости;

⁴⁶ Risk Factors for Healthcare Workers. Apr. 25, 2024.
URL: <https://www.cdc.gov/niosh/healthcare/risk-factors/index.html>.

⁴⁷ В Китае 1716 медиков заразились коронавирусом: адская усталость и отсутствие защитных средств.
URL: <https://newsfrol.ru/25/6574/>.

- меры по улучшению условий труда и социальной поддержки медицинских работников.

Систематические исследования образа жизни китайских специалистов и их стресса выявили растущую потребность в улучшении условий труда в рамках государственной инициативы.

Исследования в этой области продолжают развиваться, и понимание конкретных факторов может меняться в зависимости от этапа развития национальной системы здравоохранения, региона и других условий.

2.5. Индия

На нездоровый образ жизни медицинских работников в Индии влияют различные факторы, связанные с условиями труда, психоэмоциональным напряжением, организационными проблемами и другими аспектами профессиональной деятельности.

Медицинские работники в Индии ведут нездоровый образ жизни из-за экстремальных рабочих нагрузок, хронического стресса, отсутствия полноценного отдыха и нездорового питания на рабочем месте. Профессия сопряжена с рисками, приводящими к эмоциональному выгоранию и развитию серьезных хронических заболеваний.

Основные факторы, которые заставляют индийских врачей и младший медицинский персонал пренебрегать здоровым образом жизни^{48, 49} [55–60]:

1. **Отсутствие стандартов труда и правовой защиты:** Несмотря на наличие законодательства, регулирующего некоторые аспекты охраны труда, его реализация может быть недостаточной. Например, в Индии существуют проблемы с определением «разумных часов работы» для стажёров, что оставляет пространство для злоупотреблений.
2. **Профессиональные перегрузки:**
 - Ненормированный график: Врачи, особенно резиденты (ординаторы) в государственных больницах, могут работать до 80–88 часов в неделю. Дежурства длятся по 12, а порой и более 24 часов, что исключает возможность полноценного восстановления.
 - Гигантский поток пациентов: Огромное население Индии и нехватка квалифицированных кадров в первичном звене приводят к тому, что врачи

48 25% врачей в Индии сталкиваются с выгоранием, а у 51% наблюдаются признаки метаболического синдрома, чаще у женщин и молодых специалистов. URL: https://www.reddit.com/r/indianmedschool/comments/1mmbdp/25_doctors_face_burnout_and_51_show_signs_of/?tl=ru.

49 Divya Gandhi. Medical minds: The pandemic is taking a toll on the mental health of India's healthcare workers. May 23, 2021 08:53 pm IST. URL: https://translated.turbopages.org/proxy_u/en-ru.ru.daf6ae98-6a230fe6-1b6bd515-74722d776562/https/www.thehindu.com/society/medical-minds-the-pandemic-is-taking-a-toll-on-the-mental-health-of-indias-healthcare-workers/article34612828.ece.

вынуждены принимать рекордное количество людей за смену, работая в режиме жесткого дефицита времени.

3. Психологическое и профессиональное выгорание:

- Хронический стресс: Высокий уровень ответственности, страх совершить врачебную ошибку, угроза юридических исков, а также частые случаи агрессии со стороны недовольных пациентов провоцируют постоянный рост уровня гормона стресса (кортизола).
- Деперсонализация и синдром выгорания: Эмоциональное истощение заставляет врачей искать деструктивные способы расслабления, такие как курение или употребление алкоголя.

4. Неправильное питание:

- «Больничная» диета: Во время изнуряющих смен врачи питаются преимущественно в больничных столовых или заказывают фастфуд. Основу рациона часто составляют жареные во фритюре закуски (например, самосы) и чрезмерно сладкий чай, что способствует быстрому набору веса, развитию гипертонии и диабета.
- Отсутствие режима: Нерегулярные приемы пищи или пропуск еды из-за нехватки времени приводят к проблемам с желудочно-кишечным трактом.

5. Гиподинамия (отсутствие физической активности):

- Сидячий образ жизни: Длительное нахождение на ногах сменяется много часовым заполнением медицинской документации и бумажной работой.
- Нехватка времени: На регулярные занятия спортом, согласно исследованиям, у подавляющего большинства врачей в Индии просто не остается ни физических сил, ни времени.

6. Пренебрежение собственным здоровьем:

- Отношение врачей к себе: Медицинские работники в Индии часто игнорируют тревожные симптомы собственного организма, откладывают визиты к коллегам и не проходят регулярные профилактические медицинские осмотры.
- Проблемы со сном: Работа в ночные смены вызывает нарушения циркадных ритмов и бессонницу, повышая риск сердечно-сосудистых заболеваний.

Профессиональное сообщество и медицинские организации в Индии постепенно осознают эту проблему. Для снижения негативного влияния этих факторов могут быть полезны программы психологической поддержки, оптимизации рабочего графика, улучшения условий труда, а также корпоративные программы по укреплению здоровья работников.

Для продвижения принципов здорового образа жизни среди медицинских работников предлагаются программы, подробно описанные на портале Индийской медицинской ассоциации.

2.6. Турция

Нездоровый образ жизни медицинских работников в Турции обусловлен следующими ключевыми факторами: колоссальными профессиональными нагрузками, спецификой рабочей среды, социально-экономическим давлением, организационными аспектами и личными обстоятельствами. Эти причины приводят к пренебрежению питанием, гиподинамии, высокому уровню стресса и нарушениям сна.

Основные факторы, которые заставляют турецкий медицинский персонал пренебрегать здоровым образом жизни^{50, 51} [61–64]:

Профессиональные нагрузки и график:

- Сверхурочная работа и ночные смены: Длительные рабочие часы (часто превышающие стандартные 40 часов в неделю) и ротация смен приводят к хроническому недосыпу и нарушению циркадных ритмов.
- Профессиональное выгорание (Burnout): Высокая плотность пациентов, особенно в государственных больницах, и эмоциональное напряжение провоцируют физическое и психическое истощение.

Специфика рабочей среды:

- Высокий уровень стресса: Медицинский персонал чаще сталкивается с тревожностью. По данным исследований, проводимых в турецких клиниках, именно стресс и нехватка времени являются главными барьерами для полноценного отдыха и контроля за здоровьем.
- Недостаток инфраструктуры: В ряде клиник отсутствуют условия для полноценного приема пищи в рабочее время и поддержания физической активности.

Социально-экономические факторы:

- Сложные социально-экономические условия: Высокая стоимость жизни и инфляция заставляют многих врачей и медицинских сестер работать на нескольких работах или брать дополнительные смены, жертвуя сном, спортом и правильным питанием.

50 Адалет Казаныр. РЕЖИМ РАБОЧЕГО ВРЕМЕНИ В ТУРЦИИ: ПРАВИЛА И ИСКЛЮЧЕНИЯ ДЛЯ РАБОТНИКОВ. 03.01.2025. URL: <https://pravoturka.com/rezhim-rabochego-vremeni-v-turczii/>.

51 В Турции значительно сокращается число медработников. 06.10.2025. URL: <https://mk-turkey.ru/life/2025/10/06/p-v-turcii-sokratilos-chislo-medrabotnikov.html>.

- Недостаток поддержки: Увеличение числа пациентов и сокращение времени на один прием создают дополнительное напряжение в коллективе, снижая мотивацию к поддержанию здорового образа жизни.

Эти факторы в совокупности формируют неблагоприятные поведенческие привычки у медицинских работников: переход на нездоровое питание (фастфуд), отказ от регулярных физических нагрузок и увеличение потребления табачных изделий или кофеина.

Для снижения негативного влияния этих факторов могут быть полезны меры по улучшению условий труда, поддержке психического здоровья, повышению информированности о здоровом образе жизни и созданию благоприятной рабочей среды в медицинской организации.

2.7. США

На ведение нездорового образа жизни медицинских работников в США влияет комплекс факторов, связанных с профессиональной деятельностью, организационными условиями, психологическими и социальными аспектами. Ведение нездорового образа жизни американскими медиками обусловлено высоким уровнем профессионального выгорания, ненормированными рабочими графиками, гиподинамией и стрессом. Профессиональная деятельность медицинских работников всегда связана с постоянным физическим и эмоциональным стрессом, вследствие этого риск выгорания у них намного выше, чем у работников других профессий. Так, до эпидемии COVID-19 выгорание среди американских врачей варьировалось от 40 до 54 %, среди медицинских сестер – до 42 %. Несмотря на медицинское образование, факторы рабочей среды и социально-экономические условия США провоцируют у медицинских специалистов некоторое пренебрежение собственным здоровьем [65].

Ключевые факторы, неблагоприятно влияющие на образ жизни медицинских работников в США^{52, 53} [39, 66]:

1. Профессиональные и организационные факторы:

- Хронический стресс и выгорание: Медицинская сфера в США сопряжена с высокой личной ответственностью и эмоциональным напряжением. По данным Центра по контролю и профилактике заболеваний США (CDC), более половины работников здравоохранения испытывают симптомы выгорания из-за тяжелых условий труда.
- Ненормированный рабочий день и переутомление: Частые ночные смены, сверхурочная работа и внеплановые двойные дежурства лишают врачей

52 Risk Factors for Stress and Burnout. April 23, 2024.
URL: <https://www.cdc.gov/niosh/healthcare/risk-factors/stress-burnout.html>.

53 Лопатова С. Американских врачей учили в нездоровом образе жизни.
URL: https://vademec.ru/news/2015/10/26/amerikanskikh_vrachey_ulichili_v_nezdorovom_obraze_zhizni/.

и медсестер возможности полноценно восстанавливаться. Исследования показывают, что около трети медицинских работников хронически недосыпают.

- Нехватка времени на заботу о себе: Дефицит кадров в системе здравоохранения ведет к увеличению рабочей нагрузки на каждого специалиста. В результате у медиков не остается времени на полноценный отдых и физические упражнения.

2. Питание и физическая активность:

- Характер питания во время смен: Из-за плотного графика медицинские работники часто питаются нерегулярно, перекусывая высококалорийной пищей (фастфуд, снеки, сладости), содержащей много сахара и соли. Во время тяжелых смен до 50–60 % персонала сообщают о значительном ухудшении качества питания.
- Гиподинамия: Работа в клинике обычно связана с долгим нахождением на ногах или, наоборот, длительным сидением за компьютером (например, при оформлении электронных историй болезни). Отсутствие регулярной физической активности является одним из самых распространенных факторов риска среди медицинского персонала в США.

3. Психологические механизмы совладания со стрессом:

- Неэкологичные способы борьбы со стрессом: Столкнувшись с человеческими страданиями, смертями пациентов и административным давлением, некоторые медицинские работники прибегают к деструктивным привычкам, таким как употребление алкоголя сверх нормы или курение, чтобы снять напряжение после тяжелого дня.

4. Социально-экономические аспекты:

- Иллюзия «самолечения»: Врачи и медицинские сестры, осознавая риски для здоровья, склонны игнорировать симптомы начальных стадий заболеваний или заниматься самолечением, откладывая полноценные визиты к профильным специалистам.

Многочисленные исследования (включая масштабные обзоры по условиям работы в больницах США) подтверждают, что американские медики так же подвержены социальным и средовым факторам, как и остальное население. Высокие показатели избыточного веса и нехватки физической активности среди медицинских работников остаются серьезной системной проблемой.

Эти факторы могут взаимодействовать между собой, создавая сложную систему, которая негативно влияет на физическое и психическое здоровье медицинских работников. Для снижения рисков важно создавать поддерживающую орга-

низационную культуру, обеспечивать баланс между работой и личной жизнью, а также развивать системы социальной поддержки медицинских работников.

2.8. Канада

На нездоровый образ жизни медицинских работников в Канаде могут влиять различные факторы, связанные с профессиональной деятельностью, организационными условиями, психологическими и социальными аспектами. Ведение нездорового образа жизни медицинскими работниками в Канаде обусловлено системными перегрузками, хроническим профессиональным выгоранием, высоким уровнем стресса и ненормированным графиком. Эти факторы формируют деструктивные поведенческие привычки.

Ключевые факторы, влияющие на здоровье медицинского персонала в Канаде, подразделяются на несколько основных категорий [67–69]:

1. Профессиональные факторы и условия труда:

- Сверхурочная работа и ненормированный график: Ротация смен, включая ночные, и частые переработки нарушают циркадные ритмы, что напрямую связано с нерегулярным питанием и хронической усталостью.
- Нехватка персонала: Системный кризис кадров в провинциях Канады приводит к тому, что на оставшихся медицинских специалистов ложится колоссальная физическая и эмоциональная нагрузка.
- Синдром выгорания: Опросы Национального исследования здоровья врачей показали, что более половины канадских медицинских работников испытывают эмоциональное истощение, из-за чего поиск времени или мотивации для физической активности и готовки здоровой пищи сводится к минимуму.

2. Организационная среда:

- Культура самопожертвования: В медицинской среде часто поощряется работа в ущерб собственному здоровью. Пропуск приемов пищи или игнорирование первых симптомов недомогания стали профессиональной нормой.
- Отсутствие инфраструктуры: Во многих больницах и клиниках нет доступа к круглосуточным столовым со здоровой пищей, из-за чего персонал вынужден питаться фастфудом или продуктами из вендинговых автоматов.

3. Психологические и социальные факторы:

- Хронический стресс: Высокая ответственность за жизнь пациентов и регулярные эмоциональные потрясения ведут к развитию тревожности и депрессивных состояний. По данным Статистического агентства Канады, во время и после пандемии существенная доля медиков сообщала о плохом психическом здоровье.

- Перенос стресса в семью: После изнурительных смен у медицинских работников часто не остается ресурсов на поддержание социальной жизни и занятия спортом.

4. Доступ к службам поддержки:

- Барьеры в получении медицинской помощи: Парадоксально, но канадские врачи и медицинские сестры часто сами не имеют прикрепленного семейного врача или испытывают трудности с обращением за психологической помощью из-за стигматизации проблемы внутри профессионального сообщества.

Для снижения влияния этих факторов могут быть полезны меры, направленные на улучшение условий труда, развитие системы медицинского обеспечения и программ психологической поддержки, продвижение здорового образа жизни и создание поддерживающей организационной культуры.

2.9. Дания

На ведение нездорового образа жизни среди медицинских работников в Дании могут влиять различные факторы, связанные с профессиональной деятельностью, условиями труда, поведенческими аспектами и социально-экономическими условиями. Медицинские работники в Дании сталкиваются с риском ведения нездорового образа жизни, преимущественно из-за высокого профессионального стресса, сверхурочной нагрузки в условиях дефицита кадров и сложного баланса между работой и личной жизнью. Как и в других странах, ненормированный труд часто провоцирует пренебрежение правильным питанием, сном и физической активностью.

Ключевые факторы, формирующие нездоровые привычки среди датского медицинского персонала, включают^{54, 55, 56} [70]:

- **Профессиональный стресс и выгорание:** Высокая ответственность в государственной системе здравоохранения и постоянное давление с целью улучшения показателей лечения приводят к хроническому стрессу, который медицинские работники часто компенсируют вредными пищевыми привычками (употребление «утешительной» высококалорийной пищи).
- **Ненормированный график и переработки:** Несмотря на законодательное ограничение рабочей недели, дефицит медицинских кадров приводит к росту неформальных сверхурочных нагрузок. Это сокращает время на полноценный сон и самостоятельное приготовление здоровой пищи.

54 Henrik Duer. The workplace is perhaps the most obvious place to prevent lifestyle disease. 23.10.2023. URL: <https://healthgroup.dk/en/forebyg-livsstilssygdomme-paa-arbejdspladsen/>.

55 Рабочее время и сверхурочная работа: правила в Дании – IDA. URL: <https://ida.dk/en/career-and-legal-advice/employment-terms-and-contracts/working-hours-and-overtime-the-rules-in-denmark>.

56 Health at a Glance 2025: Denmark. URL: https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2025_15a55280-en/denmark_8675bb29-en.html.

- Сидячий образ жизни (гиподинамия): Большой объем административной работы (в том числе цифровой документооборот), длительное пребывание за компьютером и усталость после рабочих смен снижают мотивацию к регулярным занятиям спортом в свободное время.
- Культура употребления алкоголя: В Дании традиционно высок уровень потребления алкоголя среди населения. Стресс, желание расслабиться после тяжелых дежурств, а также участие в частых корпоративных и социальных мероприятиях могут способствовать превышению безопасных доз алкоголя.
- Проблемы со сном: Работа по сменам (включая ночные дежурства) нарушает циркадные ритмы, вызывая расстройства сна и хроническую усталость, что отрицательно влияет на общее самочувствие и мотивацию к здоровому образу жизни.
- Профессиональные исследования, включая датские когортные наблюдения, показали, что наличие факторов нездорового образа жизни (курение, нехватка активности, нерегулярное питание) значительно повышает риск долгосрочных больничных среди медицинских работников.

Для снижения влияния этих факторов могут применяться меры, направленные на улучшение условий труда, профилактику профессиональных заболеваний и формирование мотивации к здоровому образу жизни датских медицинских работников.

2.10. Объединенные Арабские Эмираты

На ведение нездорового образа жизни медицинских работников в Объединенных Арабских Эмиратах (ОАЭ) могут влиять несколько факторов, связанных с профессиональной деятельностью, условиями жизни, адаптацией к новым условиям и другими аспектами. Нездоровый образ жизни среди медицинских работников в ОАЭ обусловлен высокими профессиональными нагрузками, спецификой местного климата, особенностями ритма жизни экспатов и высокой распространенностью неинфекционных заболеваний в регионе.

Основные факторы, формирующие нездоровые привычки врачей и другого медицинского персонала в ОАЭ^{57, 58, 59} [71, 72]:

1. Профессиональный стресс и график работы:

- Длительные смены и переработки: Врачи и медицинские сестры часто работают по 48–60 часов в неделю, а график может включать смены по 8–12 часов или ночные дежурства. Возможны переработки с согласия

57 Условия работы врача в Дубае. URL: <https://volna.me/blog/working-conditions-of-a-doctor-in-dubai>.

58 Работа врачом в Дубае и ОАЭ: особенности, требования и перспективы. URL: <https://m.c-inform.info/news/id/111476>.

59 Психологическая адаптация: как справиться с ностальгией и стрессом после переезда. URL: <https://volna.me/blog/psihologicheskaya-adaptaciya-vrachej-oe>.

работника или экстренные дежурства в случае форс-мажора. Графики работы могут различаться в зависимости от типа медицинского учреждения (например, 6-дневная рабочая неделя или 5-дневная в крупных больницах). Хроническая усталость и ненормированный график мешают соблюдать режим сна и полноценного отдыха.

- Психологическое напряжение: Высокие стандарты качества, например, установленные Управлением здравоохранения Дубая (DHA Mental Wealth), и необходимость работать с мультикультурным населением провоцируют профессиональное выгорание и стресс.

2. Питание и пищевые привычки:

- Злоупотребление фастфудом: Из-за нехватки времени медики часто прибегают к нездоровой пище (высококалорийной еде).
- Культура доставки: В ОАЭ развиты службы доставки еды, что привело к тому, что значительное количество медицинских работников (например, в Дубае до 74 %) имели несбалансированный рацион с дефицитом свежих овощей и фруктов.

3. Гиподинамия (малоподвижный образ жизни):

- Климатический фактор: Жаркий и сухой климат ОАЭ летом может негативно сказываться на здоровье. В период с мая по октябрь экстремально высокие температуры делают долгие прогулки или пробежки на открытом воздухе невозможными.
- Автомобильная зависимость: Как и большинство жителей ОАЭ, медицинские работники проводят много времени за рулем, передвигаясь между домом и клиникой, что снижает базовую ежедневную физическую активность.

4. Социально-бытовые факторы

- Феномен «Экспатриантства»: Например, около 90 % врачей и медицинских сестер в Дубае – это иностранные специалисты. Переезд в другую страну, адаптация к новой культуре, языку, системе здравоохранения и рабочей среде могут вызывать стресс. Для врачей это особенно сложно, так как требует постоянной концентрации, эмоциональной устойчивости и принятия ответственных решений. Административный прессинг, связанный с подтверждением лицензии и адаптацией к местным бюрократическим процедурам, также добавляет напряжения. Жизнь вдали от семьи и системы поддержки приводит к изоляции и формированию вредных привычек (например, переедание как способ справиться с эмоциями).

- Курение: Напряженный рабочий ритм способствует распространению курения (включая вейпы и кальян), которое медицинские работники ошибочно используют как способ быстро снять стресс во время коротких перерывов.

Для борьбы с этими проблемами медицинские учреждения внедряют программы и практики, поощряющие здоровый образ жизни, такие как инициатива Dubai Fitness Challenge, и предоставление доступа к корпоративным фитнес-центрам.

Для снижения негативного влияния этих факторов в ОАЭ могут быть полезны меры, направленные на поддержку психического здоровья (например, техники релаксации, информационная гигиена), а также программы по улучшению условий труда и социальной поддержки для медицинских работников. Также рекомендуется чаще пить воду и использовать средства защиты от солнца, чтобы избежать обезвоживания.

ГЛАВА 3. ЛУЧШИЕ ПРАКТИКИ УПРАВЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЕМ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ С ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ БАЗОЙ

3.1. Германия

Золотым стандартом управления здоровьем медицинских работников (BGM) в Германии является комплексный подход, сочетающий строгие стандарты охраны труда, организационные изменения условий труда и развитие личных ресурсов персонала.

Этот подход базируется на строгой доказательной базе, поддерживается на государственном уровне и включает следующие **эффективные практики управления здоровьем медицинских работников**^{60, 61, 62, 63} [73]:

1. **Охрана труда и здоровья (Arbeitsschutz):** оценка и минимизация физических, эргономических и психосоциальных рисков.
2. **Управление психосоциальными рисками (Psychische Gefährdungsbeurteilung):** Стресс, выгорание и эмоциональное истощение – главные доказанные причины потери трудоспособности медиков:
 - В соответствии с Законом об охране труда (Arbeitsschutzgesetz, ArbSchG) клиники и дома престарелых в Германии обязаны регулярно проводить аудит психических нагрузок, профессионального выгорания и стресса на рабочем месте медицинских работников.
 - **Практики:**
 - Внедрение практик производственной профилактики (Betriebliche Gesundheitsförderung – BGF): выполняются добровольные корпоратив-

60 Arbeitgeber Gesundheitsförderung: Mehr Wohlbefinden und Produktivität. URL: <https://de.inbody.com/blog/arbeitgeber-gesundheitsfoerderung/>.

61 Betriebliche Gesundheitsförderung. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/betriebliche-gesundheitsfoerderung>.

62 Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz. URL: <https://gesund.bund.de/psychische-gesundheit-am-arbeitsplatz>.

63 Kauffeldt H. Betriebliche Gesundheitsförderung in Pflegeeinrichtungen. August 01, 2024. URL: <https://www.ahab-akademie.de/ahab-blog/betriebliche-gesundheitsfoerderung-in-pflegeeinrichtungen/>.

ные инициативы по снижению стресса и поддержанию здорового образа жизни.

- Внедрение практик по развитию стрессоустойчивости, обучение руководителей техникам «здорового менеджмента» (Gesunde Führung) и создание безопасной среды для предотвращения насилия со стороны пациентов.
- Создание кружков здоровья (Gesundheitszirkel) – рабочих групп из числа врачей, среднего медицинского персонала и руководства. Участники на местах выявляют проблемы, ухудшающие их здоровье или безопасность, и совместно разрабатывают решения. Это повышает вовлеченность и снижает уровень выгорания.
- Доказательная база: Исследования, проводимые Гамбургским институтом CVcare при Университетской клинике Гамбург-Эппендорф (UKE), показали, что регулярный анализ рабочих процессов снижает уровень депрессивных симптомов и эмоционального истощения.

3. **Эргономика и профилактика нарушений опорно-двигательного аппарата:** медицинские сестры и врачи стационаров подвержены высокому риску мышечно-скелетных заболеваний из-за постоянных физических нагрузок:

- **Практика:** внедрение системы «эргономических тренеров» (Ergonomie-coaching) – обучение правильным техникам подъема и перемещения тяжестей/пациентов, а также закупка подъемных механизмов и специализированных кроватей.

4. **Интеграционный менеджмент (Betriebliches Eingliederungsmanagement – BEM):** Закон (SGB IX) обязывает работодателей предлагать сотрудникам, пропустившим более 6 недель за год из-за болезни, структурированный процесс возвращения к работе:

- **Практика:** адаптация нагрузки, изменение графика, обеспечение эргономичных условий и предотвращение повторной инвалидизации и рецидивов.

5. **Здоровый сон и питание при сменной работе:** Работа в ночные смены и скользящие графики нарушают циркадные ритмы, что доказательно связано с метаболическими и сердечно-сосудистыми нарушениями:

- **Практика:** адаптация графиков с учетом физиологических особенностей (прямое чередование смен «утро-вечер-ночь» с последующими полноценными выходными). Проведение лекций по рациональному питанию в условиях ночных смен.

6. Программы повышения компетенции руководителей (Gesundheitsfördernde Führung):

- **Практика:** Обучение главных врачей и старших медицинских сестер принципам поддерживающего лидерства.
- Доказательная база: Научные данные Федерального министерства здравоохранения Германии подтверждают, что доверительные отношения с руководством (знак признания, открытая обратная связь) являются лучшим фактором снижения риска выгорания персонала, чем узкие индивидуальные тренинги.

7. Практики поддержки от страховых и профессиональных фондов (BGW и Krankenkassen):

Профилактика финансируется согласно Кодексу социального страхования (SGB V и SGB VII). Государственные больничные кассы (например, Die Techniker) и профессиональные союзы работников здравоохранения (такие как BGW) выступают стратегическими партнерами клиник. Они предоставляют бесплатный первичный аудит, разрабатывают стратегии по предотвращению насилия и программы для укрепления опорно-двигательного аппарата.

8. Практики постоянной оценки (PDCA-цикл):

Внедрение мер строится по циклу Деминга (планирование – реализация – проверка – действие), где проверяется эффективность каждой программы. Эмпирические исследования указывают на необходимость регулярного опроса медицинских работников перед внедрением программ и практик, так как это повышает уровень участия персонала в них.

9. Доказательная база (Evidenzbasierte Praxis):

- Эффективность данных программ и практик в Германии подтверждается исследованиями, координируемыми Cochrane Deutschland – независимой некоммерческой организацией в Германии, которая представляет международное сетевое объединение Cochrane в стране, а также Федеральным ведомством по охране труда (BAuA). Научные обзоры доказали, что комплексные меры, сочетающие улучшение организации труда и просвещение, сокращают количество дней нетрудоспособности и повышают удержание медицинских кадров.

Итак, в Германии управление здоровьем медицинских работников строится на принципах доказательной медицины, цифровизации, непрерывного образования и комплексного подхода к благополучию специалистов. Используемые практики подкреплены научными исследованиями и регулирующими механизмами.

Исследования, выполненные в Германии в области разработки и изучения практик управления здоровьем медицинских работников

Немецкие ученые выполнили оценку целесообразности и эффективности индивидуально подобранного комбинированного вмешательства с элементами психосоматической терапии для предотвращения профессионального выгорания у медицинских работников. Отмечается, что медицинские работники сталкиваются с высоким уровнем профессионального стресса, что делает их крайне уязвимыми к профессиональному выгоранию. Учитывая значительные индивидуальные и социальные последствия, существует острая необходимость в разработке индивидуальных подходов к предотвращению выгорания. Ученые изучили приемлемость и осуществимость 9-недельной программы (LAGOM), ориентированной на личность и организацию, с элементами психосоматического подхода, разработанной для снижения уровня выгорания среди медицинских работников. В этом одногрупповом многоцентровом исследовании использовался смешанный метод последовательного объяснительного дизайна. Описательный анализ оценивал набор участников, соблюдение протокола, отсев, полноту сбора данных и безопасность. Онлайн-опрос до и после исследования оценивал демографические и профессиональные переменные, симптомы выгорания (с использованием опросника Маслач по выгоранию) и самоэффективность, связанную с работой (с использованием немецкого опросника BSW-5). Была оценена осуществимость электрофизиологических измерений, таких как пульсовая и дыхательная активность. Полуструктурированные интервью с подгруппой были качественно проанализированы с использованием качественного контент-анализа. Изменения симптомов выгорания и самоэффективности до и после обучения были проанализированы с помощью парных t-тестов. Из 29 обследованных медицинских работников в исследование были включены 24 (91,3 % женщин, 65,2 % медицинских сестер, 26,1 % врачей), работающих в клинике Charité – Universitätsmedizin Berlin или в больнице Immanuel Hospital Berlin. Показатель отсева составил 8 %, приверженность программе – 79 %. Из числа участников, завершивших обучение, 86 % заполнили итоговые анкеты и 94,7 % рекомендовали бы программу. Предварительный и последующий анализ выявил улучшение по шкалам выгорания: эмоциональное истощение ($\Delta \pm SD = -2,79 \pm 5,63$, стандартное отклонение Коэна = 0,5, 95 % доверительный интервал (ДИ) 0,01;0,97), деперсонализация ($\Delta \pm SD = -1,47 \pm 3,20$, $d = 0,46$, 95% ДИ -0,02;0,93), личные достижения ($\Delta \pm SD = 0,16 \pm 3,93$, $d = 0,04$, 95 % ДИ -0,41;0,49) и самоэффективность в работе ($\Delta \pm SD = 0,17 \pm 0,39$, $d = 0,43$, 95 % ДИ -0,05;0,90). Полуструктурированные интервью ($n = 4$) показали, что участники высоко оценили содержание курса и коллегиальный обмен мнениями, но предложили выделить больше времени на обсуждение и сократить теоретическую часть. Электрофизиологические измерения ($n = 14$) были признаны осуществимыми. Исследование подтверждает приемлемость и осуществимость внедрения LAGOM в системе здравоохранения с первоначальными признаками эффективности. Необходимо модифицировать программы, чтобы увеличить время для обмена мнениями между участниками. Обеспечение видимой поддержки со стороны руководства и достаточных ресурсов будет иметь решающее значение для будущего успеха [74].

Наряду с этим немецкие ученые рассмотрели стрессовые факторы, с которыми сталкивались медицинские работники, и стратегии преодоления трудностей на раннем этапе пандемии COVID-19. Пандемия COVID-19 оказала огромное давление на национальные системы здравоохранения, которые стремились обеспечить всестороннюю медицинскую помощь в любое время. Медицинские работники, работающие с пациентами с COVID-19, находятся на передовой и, следовательно, сталкиваются с огромными нагрузками. Хотя существуют ранние отчеты о психологическом воздействии пандемии на медицинский персонал, работающий на передовой в Азии, мало что известно о ее влиянии на медицинских работников в других странах и в различных секторах экономики. Настоящее поперечное онлайн-исследование было направлено на изучение распространенных стрессовых факторов на рабочем месте среди медицинских работников, их психологического стресса, а также ресурсов преодоления трудностей во время пандемии. В выборку из 575 медицинских работников (57 % мужчин) из трех различных секторов (больница, догоспитальная неотложная помощь и амбулаторное обслуживание) вошли лица, сообщившие о своем опыте, связанном с рабочими и личными стрессорами, психологическим стрессом и стратегиями преодоления трудностей в период с 17 апреля 2020 года по 5 июня 2020 года. Для учета специфических для пандемии ответов большинство вопросов были адаптированы или разработаны заново. Для выявления скрытых факторов, связанных со специфическими для COVID-19 рабочими стрессорами, был проведен эксплораторный факторный анализ. На следующем этапе с помощью моделей структурных уравнений были изучены эффекты этих скрытых стрессоров в различных секторах на психологический стресс (воспринимаемый стресс, усталость и настроение) в зависимости от сектора. Для дополнения результатов личным опытом ответы на открытые вопросы о стрессорах медицинских работников, эффективных мерах по преодолению кризисов и профилактике, а также индивидуальных стратегиях преодоления трудностей были закодированы индуктивно, и были выявлены основные темы. Факторный анализ показал, что исследованные стрессоры на рабочем месте можно сгруппировать в четыре латентных фактора: «страх заражения», «влияние рабочей нагрузки на личную жизнь», «неопределенность/недостаток знаний» и «беспокойство о команде». Результаты структурного моделирования показали, что «влияние рабочей нагрузки на личную жизнь» является ключевым предиктором психологического стресса. «Беспокойство о команде» оказывает стрессоснижающее действие. Латентные стрессоры оказывали одинаковое влияние на психологический стресс во всех секторах работы. В среднем уровень психологического стресса был умеренным, но значительно различался между секторами; амбулаторная группа испытывала меньшее спокойствие и больший стресс, чем два других сектора, в то время как группа догоспитальной помощи сообщала о меньшей усталости, чем два других сектора. Группа догоспитальной помощи сообщала о значительно большем беспокойстве о команде, чем больничная группа. В своих отчетах медицинские работники выделили такие меры, как социальное дистанцирование и обязательное ношение масок, обучение, обмен опытом и знаниями, а также социальную поддержку как эффективные стратегии преодоления трудностей во время пандемии. Группа

больниц в основном упоминала организационные меры, такие как запрет посещений, как эффективные меры по преодолению кризиса, в то время как сектор догоспитальной помощи чаще всего называл правительственные меры, такие как ограничения контактов. Исследование продемонстрировало необходимость в отраслевых кризисных мерах для эффективного решения специфических стрессовых факторов, с которыми сталкивается амбулаторный сектор. Результаты исследования стрессовых факторов, связанных с пандемией, показали, что медицинским работникам могут быть полезны стратегии преодоления стресса, способствующие использованию социальной поддержки. На рабочем месте командная работа и обмен знаниями могут смягчить негативные психологические стрессовые реакции. График работы во время пандемий должен предоставлять медицинским работникам возможность взаимодействовать с семьями и друзьями таким образом, чтобы это способствовало социальной поддержке вне работы [75].

3.2. Франция

Управление здоровьем медицинских работников во Франции базируется на нормативных требованиях Министерства труда и руководствах Высшего управления здравоохранения (Haute Autorité de Santé (HAS)). В их основе – обязательная медицина труда, управление психосоциальными рисками (RPS), концепция «Качества жизни на рабочем месте» (QVT) и создание эргономичной рабочей среды.

Доказательные практики управления здоровьем медицинских работников, предназначенные для медицинских учреждений^{64, 65} [76, 77]:

1. **Законодательные практики в сфере медицины труда:** В 2011–2012 годах во Франции была проведена реформа, которая внесла изменения в Трудовой кодекс и ввела службы здоровья на работе. Эти службы включают врачей по труду, которые проводят медицинские осмотры при приёме на работу, определяют медицинскую пригодность работника к конкретной должности и осуществляют наблюдение за состоянием его здоровья.
2. **Аккредитация и практики контроля качества:** Во Франции действует система аккредитации учреждений здравоохранения и внешней оценки профессиональных навыков медицинских работников. Например, стационары проходят обязательную аккредитацию каждые 4 года, а врачи – внешнюю аккредитацию в виде аудита каждые 5 лет. Для амбулаторных врачей аудит проводится независимой комиссией, одобренной Национальным управлением по здравоохранению.

64 La prévention des risques psychosociaux (RPS).
URL: <https://www.fonction-publique.gouv.fr/etre-agent-public/mon-quotidien-au-travail/sante-et-securite-au-travail/la-prevention-des-risques-psychosociaux-rps>.

65 Risques psychosociaux au travail.
URL: <https://emploi.belgique.be/fr/themes/bien-etre-au-travail/risques-psychosociaux-au-travail>.

3. Практики профилактики профессионального выгорания, управления психо-социальными рисками (RPS) и стрессом:

- Интенсивность и график работы: Мониторинг баланса работы и личной жизни, предотвращение переработок.
- Эмоциональные требования: Оказание психологической поддержки, регулярные супервизии и балинтовские группы для снижения «эмоционального выгорания».
- Автономия: Предоставление специалистам возможности участвовать в принятии организационных решений.
- Межличностные отношения и признание: Внедрение систем обратной связи, борьба с любыми проявлениями харрасмента и буллинга.
- Конфликт ценностей: Гарантирование того, что сотрудник может оказывать помощь в соответствии с профессиональной этикой (т. н. «качественное вмешательство»).

4. Организация обязательной «Медицины труда» (Santé au Travail): Каждое медицинское учреждение обязано обеспечить сотрудникам регулярное наблюдение силами специалистов по медицине труда:

- Периодические осмотры: Проводятся в зависимости от факторов риска (раз в 1–5 лет) для выявления ранних признаков профессиональных заболеваний.
- Практика возвращения на работу (Prévention de la désinsertion professionnelle): Особый акцент на раннее выявление рисков (например, болей в спине) с составлением индивидуального плана возвращения к труду и адаптации рабочего места совместно с HAS.

5. Практики повышения качества жизни на рабочем месте (QVT): Согласно Национальному плану охраны психического здоровья, лучшие практики включают:

- Эргономику и охрану труда: Аудит рабочих мест (особенно в отделениях интенсивной терапии и хирургии), предоставление качественных средств индивидуальной защиты, снижение физических нагрузок.
- Программы поддержки персонала (EAP): Доступ к анонимным психологическим консультациям, корпоративным программам психологической разгрузки.
- Профессиональное обучение: Поощрение непрерывного медицинского образования, что снижает профессиональную неуверенность.

6. **Документы и инструменты:** Внедрение доказательных (Evidence-Based) практик требует от руководства следования стандартам государственных агентств:

- Инструменты HAS: Использование методологических рекомендаций HAS для управления организационными изменениями и оценки рисков.
- Трудовой кодекс (Code du Travail): Портал Министерства труда публикует официальные методики по внедрению профилактических соглашений для снижения профессиональных рисков в бюджетных и частных клиниках.
- Национальная социальная сеть (Ameli): Профиль корпоративной безопасности Ameli.fr по предотвращению RPS содержит пошаговые алгоритмы для руководителей по выявлению опасных ситуаций.

Таким образом, во Франции существуют различные практики управления здоровьем медицинских работников, которые опираются на доказательную базу и направлены на повышение качества труда, профилактику профессиональных рисков и укрепление благополучия медицинских сотрудников. Конкретные практики могут варьироваться в зависимости от региона, типа учреждения и других факторов.

Исследования, выполненные во Франции в области разработки и изучения практик управления здоровьем медицинских работников

Французские ученые определили, что только условия частной жизни оказывают положительное влияние на качество жизни французских женщин – врачей общей практики. Во Франции, где женщины в настоящее время составляют большинство медицинского персонала, наблюдается несоответствие между ожидаемым образом жизни врачей общей практики и современными общественными стандартами в профессии, характеризующееся повышенным уровнем профессионального выгорания и самоубийств. На сегодняшний день имеется лишь небольшое количество данных об оценке качества жизни женщин – врачей общей практики во Франции. Целью исследования было оценить качество жизни среди данной группы населения и выявить факторы, влияющие на него. В исследовании приняли участие женщины – врачи общей практики, работающие во Франции. Разработанная анкета была основана на краткой версии опросника Всемирной организации здравоохранения по качеству жизни (26 пунктов). Анкета распространялась через различные профессиональные сети. Данное исследование было одобрено нашим этическим комитетом. Были разработаны как простые, так и многофакторные линейные модели с анализом чувствительности. В результате оказалось, что из 984 опрошенных женщин (средний возраст $36,2 \pm 6,3$ года) 704 (71,5 %) занимались частной практикой, 198 (20,1 %) работали по найму, а 82 (8,4 %) имели смешанную практику. В основном они состояли в паре (90,4 %) и имели хотя бы одного ребенка (73,6 %). Количество рабочих дней и рабочих часов зависело от типа практики ($p < 0,01$). Средний балл по шкале Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по качеству жизни составил $63,0 \pm 12,5$, $66,2 \pm 15,4$ для области 1 (физическая), $62,6 \pm 15,2$ для области 2 (психологическая),

57,7 ± 19,6 для области 3 (социальная) и 65,4 ± 13,4 для области 4 (окружающая среда). Значимых различий в общем балле или по четырем областям в зависимости от типа практики не наблюдалось. Переменные, связанные с качеством жизни по классификации Всемирной организации здравоохранения, включали возраст ($p < 0,01$), ежедневное рабочее время ($p = 0,16$), количество рабочих дней в месяц ($p < 0,01$), употребление табака ($p = 0,11$), наличие секретаря ($p = 0,14$), частоту общения с друзьями ($p < 0,01$), наличие свободного времени ($p < 0,01$), наличие детей ($p = 0,04$), семейное положение ($p < 0,01$), количество недель отпуска в год ($p = 0,15$), область практики ($p = 0,15$) и место жительства ($p = 0,06$). После анализа многофакторной модели оставшимися переменными, положительно связанными с качеством жизни по классификации ВОЗ, оказались: наличие пары ($p = 0,02$), наличие детей ($p = 0,03$), наличие свободного времени ($p < 0,001$) и частое общение с друзьями ($p < 0,001$). Пожилой возраст ($p = 0,002$) и употребление табака ($p = 0,04$) отрицательно коррелировали с показателями качества жизни по шкале ВОЗ. Следовательно, влияние личной жизни, по-видимому, играет более важную роль в оценке качества жизни женщин – врачей общей практики, чем влияние профессиональной деятельности [78].

Наряду с этим французские ученые изучили влияние расширения полномочий по управлению графиком работы на привлекательность больницы и лояльность медицинских сестер. Медицинские и сестринские организации, претерпев значительные изменения в результате последовательных кризисов, особенно пандемии COVID-19, оказались в условиях растущего дисбаланса. Формирование лояльности и профессиональная привлекательность стали зависеть от уверенности, автономии и ответственности, предоставляемых сотрудникам. В настоящее время широко признана важнейшая роль тандема врач/старшая медицинская сестра в обеспечении профессионального качества их жизни и ухода за пациентами. Тем не менее, как показала Всемирная организация здравоохранения в 2020 году, управление графиком работы остается сложным и трудоемким процессом и продолжает представлять собой серьезную управленческую проблему, усугубляемую отсутствием на работе, снижением вовлеченности и потерей мотивации у медицинских работников. Индивидуальные ожидания, разнообразие поколений и стремление к самоуправлению делают управленческие задачи еще более деликатными. Данное исследование с использованием смешанных методов, проведенное во Франции в 2024 году с участием 208 медицинских сестер, работающих в больницах, направлено на измерение влияния совместного управления графиком работы на удовлетворенность и вовлеченность медицинских сестер. В результате было выявлено, что активное участие медицинских сестер в составлении графика работы приводит к повышению удовлетворенности. Расширение прав и возможностей и коллективная дисциплина укрепляют их удовлетворенность и вовлеченность в деятельность, тем самым превращая совместное управление в инструмент повышения привлекательности больницы и лояльности [79].

3.3. Сингапур

Сингапурские практики управления здоровьем медицинских работников (Healthcare Workers, HCWs) основаны на многоуровневой доказательной модели (Total WSH), которая объединяет безопасность труда, охрану физического и психического здоровья в единую систему с участием государства, клиник и самих сотрудников.

Лучшие научно обоснованные и внедренные практики в Сингапуре с фокусом на здоровье медицинского персонала^{66, 67, 68, 69, 70, 71} [80–82]:

1. Системные и организационные основы:

- Регулирование профессиональной деятельности: Сингапурский медицинский совет – официальный орган, подчиняющийся Министерству здравоохранения, который регулирует врачебную деятельность, ведёт реестры зарегистрированных практикующих врачей, выдаёт свидетельства о практике, а также занимается дисциплинарными разбирательствами в отношении медиков. Совет устанавливает этические стандарты и контролирует соответствие поведения специалистов требованиям профессии.
- Закон о медицинской регистрации определяет требования к квалификации лиц, которые могут быть зарегистрированы в качестве практикующих врачей, и юридические привилегии после регистрации.
- Стратегические рабочие группы (National Wellness Committees): На национальном уровне действуют профильные комитеты, например, Национальный комитет по благополучию младших врачей (NWC-JD), которые регулярно пересматривают нормы рабочих часов и внедряют более безопасные графики дежурств.
- Институциональные офисы (Staff Wellness Councils): В таких крупных кластерах, как SingHealth, созданы Советы по оздоровлению персонала, назначаются профильные руководители (Chief Wellness Officers) для оперативной поддержки сотрудников.

66 A Compilation of Care Programmes for Healthcare. 56 p. URL: https://www.tal.sg/wshc/-/media/tal/wshc/resources/publications/guides-and-handbooks/files/a_compilation_of_care_programmes_for_healthcare.pdf.

67 KEEPING HEALTHCARE AFFORDABLE AND IMPROVING THE WELL-BEING OF HEALTHCARE WORKERS. 09.03.2022. . URL: <https://www.moh.gov.sg/newsroom/keeping-healthcare-affordable-and-improving-the-well-being-of-healthcare-workers/>.

68 SingHealth Unveils Strengthened Staff Protection and Wellness Initiatives on World Mental Health Day. 10.10.2025. URL: <https://www.singhealth.com.sg/news/joy-at-work/singhealth-unveils-strengthened-staff-protection-and-wellness-in>.

69 Workplace safety and health best practices. URL: <https://www.mom.gov.sg/workplace-safety-and-health/wsh-best-practices>.

70 Чудо-остров: как Сингапур за полвека прошёл путь от ритуальных медицинских практик к инновационной системе здравоохранения. 21.02.2023. URL: medznat.ru.

71 Экосистема медицинских технологий Сингапура: инновации и коммерциализация. 27.05.2026. URL: <https://ot-portal.com/science-tech/ekosistema-meditsinskikh-tekhnologiy-singapura-innovatsii-i-kommertsializatsiya/>.

- Защита от агрессии (Staff Protection Offices): Внедрение протоколов нулевой терпимости к насилию в отношении медицинских работников на рабочем месте.

2. Забота о психическом здоровье (Evidence-Based Mental Wellbeing): Доказано, что психическое здоровье неразрывно связано с физическим истощением. В системе здравоохранения Сингапура используются следующие программы и практики:

- Программы «WE CARE» и «Peer Support»: Обучение штатных сотрудников выступать в качестве «равных» наставников (Peer Supporters), чтобы коллеги могли получить первичную эмоциональную разгрузку.
- Программы поддержки психического здоровья медицинских работников – в Сингапуре существуют механизмы, которые могут включать психологическую поддержку на работе. При этом важно, что информация о таком обращении может вноситься в личное дело и учитываться при оценке профессиональной пригодности.
- Цифровые технологии (ИИ и чат-боты): Клинические группы используют проверенные цифровые приложения (например, ИИ-платформы вроде Wysa и BotMD) для анонимного самотестирования уровня стресса, выявления тревожных состояний и раннего обращения за профессиональной помощью.
- **Практики** осознанности (Mindful Practice): Такие передовые институты, как медицинская школа NUS, реализуют программы осознанности в медицине, которые доказанно снижают уровень выгорания и улучшают качество медицинской помощи.

3. Физическое здоровье и профилактика (Total WSH):

- **Практики** профилактики профессиональных заболеваний: В соответствии с рекомендациями Управления по охране труда (MOM) внедряются строгие административные контроли и средства индивидуальной защиты для минимизации воздействия вредных веществ (например, при стерилизации, в операционных).
- **Практики** интеграции с Общенациональной программой Healthier SG: Медицинские организации поощряют участие своих сотрудников в этой общенациональной программе, обеспечивая им время для прохождения плановых скринингов, вакцинаций и консультаций с семейным врачом.
- **Практики** адаптации для иностранных специалистов: Внедрение обязательных адаптационных курсов и обучающих программ для зарубежного медперсонала, что снижает стресс и культурный шок на новом месте.

4. Оценка эффективности (Доказательная база):

Система здравоохранения Сингапура активно использует существующие данные и результаты исследований для оптимизации политик, программ и **практик**. Проводятся исследования в области прецизионной медицины, анализа геномов населения (проект SG100K) и оценки эффективности различных медицинских технологий. Ключевым направлением является регулярный сбор обратной связи и адаптация мер в ответ на меняющиеся условия. Сингапур активно привлекает глобальных экспертов по предотвращению выгорания (например, HMDP Visiting Experts), проводит детальные качественные и количественные исследования потребностей медицинского персонала для корректировки рабочих графиков, систем ротации и расширения доступа к корпоративным психологическим службам.

Таким образом, в Сингапуре управление здоровьем медицинских работников строится на комплексе мер и практик, включающих регулирование профессиональной деятельности, развитие инфраструктуры, внедрение технологических инноваций и профилактические инициативы. Многие из практик подкреплены доказательной базой и направлены на повышение эффективности и устойчивости системы здравоохранения.

Исследование, выполненное в Сингапуре в области разработки и изучения практик управления здоровьем медицинских работников

Ученые из Сингапура изучили эффективность применения методов осознанности для профилактики профессионального выгорания среди специалистов смежных медицинских профессий. Синдром выгорания становится все более распространенным явлением среди медицинских работников, влияя на качество медицинской помощи и текучесть кадров, особенно после пандемии COVID-19. Одной из перспективных стратегий снижения выгорания является использование программ, основанных на осознанности, которые могут помочь специалистам смежных медицинских профессий. Целью исследования было изучить эффективность 10-недельной программы осознанности в снижении симптомов выгорания у специалистов смежных медицинских профессий в Сингапуре, а также определить отношение и восприятие специалистов смежных медицинских профессий к внедрению осознанности в практику. В этом исследовании с использованием смешанных методов была набрана целенаправленная выборка ($n = 8$) физиотерапевтов, эрготерапевтов и ассистентов терапевтов. Участники прошли программу осознанности, состоящую из 5 очных занятий каждые две недели, в течение 10 недель. Количественные данные были собраны на этапах до и после вмешательства с использованием анкеты о характеристиках участников и опросника Маслач по выгоранию – опросника для медицинского персонала в сфере социальных услуг – для оценки симптомов выгорания. Качественные данные были собраны посредством полуструктурированных интервью. Результаты: Наблюдалось снижение показателей эмоционального истощения (с 34,50 до 25,50, $p = 0,012$), в то время как показатели деперсонализации ($p = 0,107$) и личных достижений ($p = 0,062$) не показали значительных изменений. К качественным преимуществам

относятся повышение уровня самоанализа, улучшение эмоциональной регуляции и коммуникации, а также создание благоприятной рабочей культуры. Поддержка со стороны руководства и предполагаемая эффективность техник осознанности могут способствовать внедрению программы осознанности. Таким образом, 10-недельная программа осознанности снизила симптомы выгорания, в частности эмоционального истощения, среди медицинских работников [83].

3.4. Китай

Практики управления здоровьем медицинских работников в Китае сочетают международные подходы, государственную поддержку, использование доказательных методов для повышения эффективности системы здравоохранения.

Доказательные практики управления здоровьем медицинских работников в Китае базируются на комплексном подходе «6Р» (Общественное здравоохранение, Быстрое обучение, Проактивность, Меры профилактики, Средства индивидуальной защиты, Профессиональные связи), объединяющем строгие протоколы охраны труда и технологии.

Ключевые доказательные практики управления здоровьем медицинских работников в Китае [84–88]:

1. Государственная политика, касающаяся здоровья медицинских работников:

- Закон о профилактике профессиональных заболеваний и борьбе с ними действует с 2002 года и дополняется вспомогательными нормативными актами. Он предусматривает меры по защите здоровья работников, включая улучшение условий труда, охрану труда, предотвращение профессиональных опасностей и практику сочетания труда и отдыха.
- Стратегия «Здоровый Китай-2030». Направлена на повышение ответственности граждан за своё здоровье, развитие команд высококвалифицированных врачей общей практики и координацию с медицинскими учреждениями низового уровня.

2. **Оздоровительная программа (HealthWISE)**, разработанная Международной организацией труда и ВОЗ, применяется в Китае для улучшения гигиены труда медицинских работников. Она поощряет руководителей и персонал к совместной работе над созданием безопасных и здоровых рабочих мест с помощью интеллектуальных, простых и недорогих решений. В Китае были организованы семинары по обучению тренеров по программе HealthWISE, в которых приняли участие медицинские работники из разных больниц. Это способствовало распространению лучших практик в сфере охраны труда.

3. **Практики интеграции цифрового здравоохранения (HealthWISE)**: Использование мобильных приложений и систем поддержки принятия врачебных решений (на базе ИИ) для снижения административной нагрузки и отслеживания физического состояния сотрудников.

4. **Стратегия «6Р» для профилактики заражений:** Внедрение многоуровневых систем инфекционного контроля, обеспечение средствами индивидуальной защиты и мониторинг рисков.
5. **Комплексная охрана психического здоровья (Law on Mental Health):** Внедрение на государственном уровне программ и практик профилактики выгорания. Они включают ротацию персонала, обеспечение комнат отдыха, регулярные консультации психологов и обучение методам психологической разгрузки.
6. **Гибридный подход:** Сочетание доказательной западной медицины с элементами традиционной китайской – иглоукалыванием, лечебной гимнастикой (цигун) и фитотерапией – для снятия мышечного напряжения и стресса.

Научные данные и опыт исследований:

Крупнейшие исследования, включающие анализы состояния медицинского персонала (в том числе данные из эпицентров пандемий), выявили у медиков высокую степень депрессии, тревоги и стресса. В ответ на это Национальная комиссия здравоохранения КНР и Китайская академия медицинских наук определили следующие приоритеты для руководства клиник [87]:

1. Создание независимых зон отдыха.
2. Доступность психосоциальной поддержки и консультаций (в том числе удаленных).

Систематический подход и внедрение программ охраны труда (таких, как методики HealthWISE) доказали значительное снижение уровня стресса и улучшение показателей здоровья.

Итак, в Китае существуют различные практики управления здоровьем медицинских работников, которые опираются на доказательную базу и реализуются в рамках государственной политики. Среди них – внедрение международных инструментов для улучшения гигиены труда, развитие цифровых технологий, а также нормативно-правовая база, направленная на защиту здоровья медицинских работников.

Исследования, выполненные в Китае в области разработки и изучения практик управления здоровьем медицинских работников

Китайские ученые изучили эффективность психологического вмешательства при синдроме эмоционального выгорания у медицинского персонала. Целью исследования было систематически оценить влияние психологического вмешательства на синдром эмоционального выгорания у медицинского персонала. С марта по май 2020 года был проведен электронный поиск в базах данных PubMed, Cochrane Library, EMBASE, Web of Science, CNKI, VIP, Wanfang и других для сбора рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) о влиянии психологического вмешательства на синдром эмоционального выгорания у ме-

дицинского персонала. Основные поисковые запросы включали: «синдром эмоционального выгорания», «медсестры», «психологическое вмешательство», «РКИ» и т. д., начиная с момента их создания до 31 марта 2020 года. Была проведена проверка литературы, извлечены данные и оценен риск предвзятости включенных исследований. Для расчета совокупной эффективности психологического вмешательства в отношении синдрома эмоционального выгорания у медицинского персонала использовалось программное обеспечение Stata 16.0. Были отобраны все 13 РКИ, в которых приняли участие 940 медицинских работников. Результаты метаанализа показали, что группа, получавшая психологическое вмешательство, превосходила контрольную группу по улучшению показателей синдрома эмоционального выгорания ($SMD = -0,96$, 95% CI: $-1,17-0,74$, $P = 0,001$), удовлетворенности состраданием ($SMD = 0,61$, 95% CI: $0,45-0,77$, $P = 0,002$), выгорания ($SMD = -0,46$, 95% CI: $-0,62-0,29$, $P = 0,006$) и вторичной травмы ($SMD = -0,40$, 95% CI: $-0,68-0,12$, $P = 0,020$), причем разница была статистически значимой. Анализ подгрупп показал, что группа, получавшая психологическое вмешательство, была более эффективна, чем контрольная группа, в улучшении показателей удовлетворенности состраданием, снижении показателей выгорания и вторичной травмы, причем различия были статистически значимыми при различной продолжительности вмешательства (<8 недель и ≥ 8 недель) и методах вмешательства. Итак, психологическое вмешательство может улучшить уровень удовлетворенности состраданием и снизить уровень эмоционального выгорания среди медицинского персонала, а также оказывает определенное профилактическое действие против эмоционального выгорания [89].

Наряду с этим китайские ученые изучили влияние психологического вмешательства на эмпатическую усталость у медицинских сестер. Целью данного метаанализа являлась систематическая оценка влияния психологического вмешательства на синдром эмоционального выгорания у медицинского персонала. Поиск проводился в пяти электронных базах данных отдельно с момента их создания до 8 апреля 2022 года. Исследовательская группа независимо проводила отбор статей, оценку качества, извлечение данных и анализ всех включенных исследований. Для представления результатов метаанализа использовались рекомендации PRISMA. В анализ были включены семь рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), охватывающих 513 медицинских сестер. Результаты метаанализа показали, что показатели эмпатической усталости ($SMD = -0,22$, 95 % CI: $-0,42-0,02$, $P = 0,03$) и выгорания ($SMD = -0,37$, 95 % CI: $-0,56-0,19$, $P < 0,001$) ниже, чем в контрольной группе. Показатель удовлетворенности эмпатией в группе психологического вмешательства выше, чем в контрольной группе ($SMD = 0,45$, 95 % CI: $0,27-0,63$, $P < 0,001$). Различия статистически значимы ($P < 0,05$). Анализ подгрупп выявил значительную гетерогенность во влиянии различных отделений на психологическое вмешательство в течение ≥ 6 недель ($I^2 = 71\%$, $P = 0,01$) и < 6 недель ($I^2 = 0\%$, $P = 0,75$) ($P = 0,05$). Различные отделения также продемонстрировали значительную гетерогенность в эффектах психологического вмешательства: отделение интенсивной терапии ($I^2 = 73\%$, $P = 0,02$), педиатрическое отделение ($I^2 = 53\%$, $P = 0,14$) и другие отделения ($I^2 = 0\%$, $P = 0,63$). Различия статистически значимы ($P = 0,0007$). Кроме того, результаты показали, что как вмешательство, основанное

на осознанности (SMD = 0,50, 95 % CI: 0,24-0,77, P = 0,0002), так и другие вмешательства (SMD = 0,41, 95 % CI: 0,16-0,65, P = 0,001) продемонстрировали статистически значимые различия в уровне удовлетворенности эмпатией между группой, получавшей психологическое вмешательство, и контрольной группой. Следовательно, психологическое вмешательство оказывает скоординированное улучшающее воздействие на эмпатическую усталость, удовлетворенность эмпатией и профессиональное выгорание, а также может улучшить качество жизни медицинского персонала [90].

Кроме этого, китайские ученые разработали и внедрили многомерную систему нарративной поддержки для медицинских сестер отделений неотложной помощи. Медицинские сестры отделений неотложной помощи могут испытывать различные утомительные обязанности и повышенное давление, поэтому необходимо повышать качество их профессиональной или связанной с работой жизни, особенно в трудные периоды. Целью исследования было описать разработку многомерной системы нарративной поддержки и изучить ее эффективность и применимость среди медицинских сестер отделений неотложной помощи в период с 2022 по 2023 год в Шанхае. Для этого в отделениях неотложной помощи двух многопрофильных больниц третьего уровня в Шанхае были проведены два цикла исследования методом действия. В каждом цикле приняли участие 20 и 13 медицинских сестер отделений неотложной помощи из разных должностей соответственно. Для сбора краткосрочных и долгосрочных данных использовались различные методы и инструменты, такие как валидированные инструменты, самостоятельно разработанные анкеты, а также индивидуальные и групповые интервью. В качестве руководства для данного исследования использовались рекомендации EQUATOR по представлению результатов исследования методом действия. Многомерная система нарративной поддержки постепенно модифицировалась для повышения ее практической применимости. Участвующие в проекте медицинские сестры отделений неотложной помощи активно принимали участие в различных мероприятиях и высказывали относительно позитивные и удовлетворительные отзывы. Количественные данные показали значительные мгновенные или долгосрочные улучшения профессионального и связанного с работой качества жизни медицинских сестер отделений неотложной помощи, а также их самосострадания и воспринимаемой социальной поддержки. Были обобщены различные категории, касающиеся опыта участников, воспринимаемых долгосрочных эффектов и предложений по многомерной системе нарративной поддержки. Таким образом, многомерная система нарративной поддержки объединяет нарративные методы и психологические упражнения и обеспечивает многомерную поддержку для медицинских сестер отделений неотложной помощи. Несмотря на различные трудности, система продемонстрировала хорошую осуществимость и значительное влияние на благополучие и качество жизни медицинских сестер отделений неотложной помощи. Многомерная система нарративной поддержки может выступать в качестве нового метода для общего улучшения работы медицинских сестер отделений неотложной помощи, который может быть рекомендован другим группам медицинских

работников с целенаправленными модификациями и обучением, что позволит добиться хорошей генерализации в различных отделениях [91].

Также китайские ученые рассмотрели практики самопомощи среди медицинских сестер хосписов в больницах общего профиля в стране. Данное исследование направлено на изучение реального опыта самопомощи и проблем, с которыми сталкиваются медицинские сестры хосписов, ухаживающие за неизлечимо больными пациентами в больницах материкового Китая. В период с июня 2022 по февраль 2023 года были проведены полуструктурированные интервью с 15 медицинскими сестрами, работающими в хосписах 10 многопрофильных больниц Китая. Используя семиступенчатый метод Колаицци, ученые проанализировали и выделили ключевые темы на основе полученных данных. Были выделены три темы: 1) преимущества самопомощи (личностный рост и повышение самооценки); 2) эффективные стратегии самопомощи (управление физическим здоровьем, развитие психологической устойчивости, мобилизация ресурсов поддержки и обретение духовного утешения); и 3) проблемы самопомощи (проблемы, связанные с профессиональным развитием, и проблемы, связанные с рабочей средой). В исследовании приняли участие 14 женщин и 1 мужчина, при этом медицинские сестры имели максимум 5 лет опыта работы в хосписе. Несмотря на усилия по сбалансированному распределению участников из разных уровней хосписных отделений больниц, в исследование было привлечено больше медицинских сестер хосписов из провинциальных многопрофильных больниц третьего уровня. Этот дисбаланс может ограничить применимость результатов к другим медицинским учреждениям. Данное исследование подчеркнуло важность и преимущества самопомощи для медицинских сестер хосписов. Внедрение эффективных стратегий самопомощи может укрепить благополучие и психологическую устойчивость медицинских сестер хосписов, расширить их доступ к ресурсам поддержки и, в конечном итоге, улучшить качество ухода. Медицинские учреждения и поставщики услуг хосписов должны уделять первостепенное внимание пониманию и популяризации практики самопомощи среди медицинских сестер хосписов [92].

В то же время китайские ученые изучили латентные подтипы личности, оценили опосредующую роль стрессоустойчивости между личностными качествами и профессиональной идентичностью у студентов-медсестер, а также предоставили практические рекомендации для преподавателей по дальнейшим мероприятиям, направленным на формирование профессиональной идентичности студентов-медсестер. Отмечается, что отсутствие профессиональной идентичности может препятствовать переходу от обучения в медицинском колледже к получению квалификации медицинской сестры и усугублять дефицит медицинских работников. Личностные качества важны для формирования стрессоустойчивости и профессиональной идентичности у студентов-медсестер. Однако взаимосвязь между личностными качествами, стрессоустойчивостью и профессиональной идентичностью изучена недостаточно. Поэтому в период с октября 2020 по апрель 2022 года методом кластерной выборки из 4 университетов Китая были отобраны 1397 студентов-медсестер из программы «Будь устойчив к карьере медсестры» (BRNC). Были проведены следующие опросники: пятифакторный

опросник NEO, 10-пунктная шкала устойчивости Коннора-Дэвидсона и анкета профессиональной идентичности для студентов бакалавриата. Затем был выполнен анализ латентных профилей и медиаций. В результате были выявлены три скрытых типа личности: повышенная чувствительность (35,4 %), обычный тип (53,8 %) и гибкость (10,8 %). Ролевая модель медицинской сестры оказалась значимым индикатором личности (обычный тип как эталон; повышенная чувствительность: $OR = 0,73$, 95% CI: 0,57-0,93, $P = 0,010$; гибкость: $OR = 1,85$, 95 % CI: 1,29-2,65, $P = 0,001$). Связь между личностными портретами и профессиональной идентичностью была значительно опосредована устойчивостью ($P < 0,05$). Итак, наблюдалась неоднородность личностных черт у студентов-медсестер. Устойчивость к стрессам играет значительную роль в опосредовании связи между личностью и профессиональной идентичностью [93].

Наряду с этим китайские ученые разработали и валидизировали номограммы для прогнозирования высокого риска профессионального выгорания у медицинских сестер. Это исследование проводилось с использованием онлайн-опроса. Данные собирались с помощью Китайской версии опросника выгорания Маслач (CMBI-GS) и самостоятельно заполняемых анкет, включающих демографические, поведенческие, связанные со здоровьем и профессиональные переменные. Участники были случайным образом разделены на группу для разработки и группу для валидации. В группе для разработки был проведен многомерный логистический регрессионный анализ для выявления факторов, связанных с высоким риском выгорания, и на основе значимых факторов была построена номограмма. Дискриминационная способность, калибровка и клиническая применимость номограммы оценивались в обеих группах для разработки и валидации с использованием анализа кривых рабочих характеристик приемника (ROC), теста Хосмера-Лемешоу и анализа кривых принятия решений соответственно. Анализ данных проводился с использованием программного обеспечения Stata 16.0. В общей сложности ответили 2750 медицинских сестер из 23 провинций материкового Китая, из них 1925 участниц (70 %) вошли в группу разработки модели и 825 участниц (30 %) – в группу валидации. Насилие на рабочем месте, сменная работа, продолжительность рабочей недели, депрессия, стресс, самооценка состояния здоровья и употребление алкоголя оказались значимыми факторами высокого риска профессионального выгорания, и на основе этих факторов была разработана номограмма. Анализ ROC-кривой показал, что площадь под кривой модели составила 0,808 в группе разработки и 0,790 в группе валидации. Номограмма продемонстрировала высокую чистую выгоду на кривой принятия клинических решений в обеих группах. Таким образом, в данном исследовании была разработана и подтверждена прогностическая номограмма для выявления высокого уровня профессионального выгорания у медицинских сестер. Эта номограмма поможет руководителям сестринского персонала выявлять медицинских сестер из группы высокого риска и понимать связанные с этим факторы, что позволит им своевременно и целенаправленно внедрять соответствующие меры [94].

Кроме этого китайские ученые разработали и валидизировали номограммы для прогнозирования риска для здоровья кожи на рабочем месте среди медицинских сестер. Профессиональный контактный дерматит (ПКД) – распространенное кожное заболевание, связанное с работой, среди медицинских сестер и остающееся серьезной проблемой профессионального здоровья из-за его влияния на благополучие, производительность труда и устойчивость рабочей силы. Однако надежные инструменты для ранней оценки риска в этой группе населения отсутствуют. Целью данного исследования было разработать и валидировать прогностическую модель на основе номограммы для оценки индивидуального риска развития ПКД среди медицинских сестер. Для этого было проведено многоцентровое поперечное исследование с участием 2852 медицинских сестер из 40 больниц по всему Китаю. Участники были случайным образом распределены в обучающую группу ($n = 2000$) и валидационную группу ($n = 852$). Независимые предикторы были определены с использованием одномерного и многомерного логистического регрессионного анализа. На основе окончательной многомерной модели была построена номограмма. Эффективность модели оценивалась с помощью площади под кривой ROC (AUC), калибровочных графиков, построенных методом бутстрапа, и анализа кривой принятия решений (DCA). В результате оказалось, что девять предикторов были независимо связаны с ПКД: возраст, анамнез дерматита, тип перчаток, количество часов ношения перчаток, частота мытья рук во время работы, уровень больницы, привычка использовать крем для рук, исходное состояние кожи и продолжительность сна. Модель показала отличную дискриминационную способность (AUC = 0,925 в обучающей выборке; 0,931 в валидационной выборке). Калибровочные кривые продемонстрировали тесное соответствие между прогнозируемыми и наблюдаемыми рисками. DCA показала стабильно более высокую чистую выгоду по сравнению со стратегиями «лечить всех» и «не лечить никого» в широком диапазоне пороговых вероятностей (0,01–0,98 в обучающей выборке; 0,02–0,96 в валидационной выборке). Полученная номограмма представляет собой интуитивно понятный, основанный на точечных показателях инструмент для индивидуального прогнозирования риска ПКД. Итак, была разработана надежная, хорошо проверенная прогностическая модель и номограмма для оценки риска развития ПКД среди медицинских сестер. Этот инструмент может быть полезен для проведения скрининга здоровья на рабочем месте, раннего выявления рисков и разработки целенаправленных профилактических стратегий в медицинских учреждениях [95].

3.5. Индия

Управление здоровьем медицинских работников в Индии базируется на сочетании современных международных стандартов доказательной медицины, внедрении Закона о безопасности труда 2020 года и интеграции элементов традиционной медицины – системы АЮШ (Аюрведа, Йога).

Основополагающие практики управления здоровьем включают^{72, 73} [96–98]:

- **Практики управления профессиональными рисками:** В системе здравоохранения Индии применяются подходы к выявлению, оценке и снижению уровней профессиональных рисков, что включает анализ условий труда и принятие мер по их оптимизации.
- **Практики профилактики профессионального выгорания (Mental Health):**
 - Внедрение программ и **практик** психологической разгрузки и позитивных психологических интервенций (PPIs) (когнитивно-поведенческие тренинги, группы поддержки), которые научно доказали снижение уровня стресса и депрессии среди индийских клиницистов.
 - Включение методов и практик дыхательной гимнастики и йоги (протоколы, поддерживаемые Всемирной организацией здравоохранения) для улучшения качества сна и снижения профессионального истощения.
- **Инфекционный контроль и биологическую безопасность:**
 - Использование многоуровневых протоколов управления Ассоциацией специалистов по охране труда Индии. Они включают стратификацию рисков, выдачу средств индивидуальной защиты и зонирование пространства.
 - Строгие программы мониторинга травм от медицинских игл и воздействия биологических жидкостей, требующие обязательного внедрения современных стандартов безопасного обращения с инструментами.
- **Стандарты эргономики и физического здоровья:**
 - Оценка рабочих мест на предмет эргономических рисков (профилактика скелетно-мышечных травм у хирургов и медицинских сестер) в соответствии со стандартами ISO 45001.
 - Внедрение профилактических медицинских осмотров, адаптированных под специфические нагрузки персонала (например, работающего посменно).
- **Практики цифровизации и мониторинга рабочей среды:**
 - Использование защищенных цифровых платформ для отслеживания графика смен, чтобы предотвратить переутомление сотрудников, а также сбор обратной связи о рабочей среде для непрерывного улучшения процессов.

72 Occupational Health. URL: <https://www.who.int/india/health-topics/occupational-health>.

73 Healthcare. URL: <https://www.investindia.gov.in/sector/healthcare>.

Итак, в Индии существуют различные практики управления здоровьем медицинских работников, которые имеют доказательную базу и реализуются на основе государственных инициатив и профессиональных стандартов.

Исследования, выполненные в Индии в области разработки и изучения практик управления здоровьем медицинских работников

Индийские ученые изучили практики снижения профессионального выгорания, повышения удовлетворенности работой и позитивного настроения среди медицинских работников во время COVID-19. Напряженный баланс между работой и личной жизнью, чрезмерная рабочая нагрузка, конфликт между профессиональной и личной жизнью, проблемы с пациентами, а также ситуации, связанные со смертью и высоким риском для собственной жизни, – вот лишь некоторые факторы, вызывающие выгорание, отстраненность и неудовлетворенность в профессиональной жизни медицинских работников. Ситуация ухудшилась во время пандемии COVID-19. Крайне важно было найти эффективные решения для смягчения стресса и тревоги, негативно влияющих на психическое благополучие и профессиональную жизнь медицинских работников. Целью данного исследования было изучение эффективности Сударшан Крия Йоги (SKY) в снижении профессионального выгорания, повышении профессиональной самореализации и формировании позитивного настроения у медицинских работников во время пандемии COVID-19. В ходе сравнительного наблюдения до вмешательства (Pre), после вмешательства (Post) и через 30 дней после вмешательства (Day 30) в экспериментальной группе (29 врачей) и контрольной группе (27 врачей) было установлено, что сразу после SKY медицинские работники испытали значительное улучшение в профессиональном удовлетворении ($p = 0,009$), профессиональной усталости (0,008), позитивном аффекте ($p = 0,02$) и негативном аффекте ($p < 0,001$) по сравнению с контрольной группой. Эффект SKY сохранялся до 30-го дня в отношении профессионального удовлетворения и имел как положительные, так и отрицательные последствия. Результаты показывают, что SKY повысил профессиональное удовлетворение среди медицинских работников во время пандемии COVID-19 и снизил их профессиональную усталость и негативное влияние на их психическое здоровье. SKY может помочь медицинским работникам поддерживать свое благополучие в условиях беспрецедентных вызовов [99].

Наряду с этим индийские ученые изучили эффективность 12-недельной программы медитации и дыхательных упражнений с использованием мобильных медицинских приложений для снижения уровня профессионального выгорания и улучшения качества жизни медицинских работников многопрофильной больницы в Северной Индии. Выгорание – это «хронический стресс на рабочем месте, с которым не удалось успешно справиться». Профессиональное качество жизни (ПКЖ) включает в себя связанные с работой переживания, такие как удовлетворение от сострадания и эмоциональное выгорание. Медицинские работники очень подвержены выгоранию и эмоциональному выгоранию из-за напряженной работы, которая снижает ПКЖ. Выгорание приводит к некачественному уходу, медицинским ошибкам и угрозе безопасности пациентов во всех областях здра-

воохранения. Доказано, что йога повышает устойчивость, снижает стресс и увеличивает самосострадание и психофизиологическую согласованность. В этом исследовании сравнивались медицинские работники, участвовавшие в 12-недельной программе медитации и дыхания на основе йоги с использованием мобильных медицинских технологий, с контрольной группой, находящейся в листе ожидания, по показателям выгорания и ПКЖ в многопрофильной больнице на севере Индии. Это было рандомизированное контролируемое исследование с контрольной группой, находящейся в листе ожидания. В общей сложности 98 медицинских работников (62 мужчины и 36 женщин) со средним возрастом $28,26 \pm 3,55$ лет были последовательно включены в исследование в период с марта 2021 года по ноябрь 2022 года. Рандомизация проводилась с помощью непрозрачных запечатанных конвертов, пронумерованных в последовательности, сгенерированной компьютером. Экспериментальная группа ($n = 49$) получала 12 еженедельных онлайн-занятий йогой и ежедневно занималась дома (6 дней в неделю). Контрольная группа, находящаяся в листе ожидания ($n = 49$), продолжала свою обычную повседневную жизнь. Опросник выгорания Маслач (MBI), качество профессиональной жизни (PQL) и антропометрические измерения оценивались в начале исследования и через 12 недель. Через 12 недель показатели эмоционального истощения, деперсонализации и личных достижений по шкале MBI показали высокосignимую разницу между двумя группами ($p < 0,001$). Показатели качества жизни, такие как удовлетворенность состраданием, выгорание и вторичная травма, также значительно различались ($p < 0,001$). Внутригрупповой анализ показал, что показатели MBI и качества жизни значительно улучшились ($p < 0,001$) в экспериментальной группе через 12 недель. Данное исследование дополняет существующие данные об эффективности йоги в управлении стрессом и развитии устойчивости среди врачей, медсестер и других медицинских работников. Интеграция йоги в систему здравоохранения имеет решающее значение для решения проблемы негативного влияния профессионального выгорания на принятие решений и улучшения результатов лечения пациентов. Технологии мобильного здравоохранения (mHealth) потенциально могут повысить удобство использования йога-терапии за счет персонализации пространства и времени занятий. Йога-терапия и технологии mHealth могут эффективно бороться с профессиональным выгоранием врачей простым и доступным способом [100].

Кроме этого, индийские ученые изучили эффективность программы повышения устойчивости и восстановления в борьбе с синдромом эмоционального выгорания среди медицинских сестер, работающих в отдельных больницах страны. Цель исследования: оценить эффективность программы повышения устойчивости и восстановления на уровне синдрома эмоционального выгорания у медицинских сестер из отдельных больниц города Пуне (Индия). В исследовании использовался квазиэкспериментальный подход с дизайном, включающим однокрупное предварительное и итоговое тестирование. Для участия были отобраны 100 медицинских сестер, работающих в выбранных больницах города Пуне, которые выразили готовность участвовать, с использованием неслучайной выборки по принципу удобства. Данные были собраны с помощью Шкалы профессиональ-

ного качества жизни: сострадание, удовлетворенность и усталость (ProQoL), версия 5 Штамма. Исследование включало предварительное тестирование, программу повышения устойчивости и восстановления, а также итоговое тестирование. Программа повышения устойчивости и восстановления – это вмешательство, направленное на развитие пяти навыков или антител устойчивости, включая (а) саморегуляцию, (б) перцептивную зрелость, (в) преднамеренность, (г) самообслуживание и (д) связь и поддержку. В результате была выявлена статистически значимая разница между средними значениями результатов предварительного и заключительного тестирования: удовлетворенность состраданием (предварительное тестирование = 28,50, заключительное тестирование = 31,0; $t=18,6671$, $p<0,001$), выгорание (предварительное тестирование = 35,2, заключительное тестирование = 31,7; $t=15,00$, $p<0,001$) и вторичный травматический стресс (предварительное тестирование = 37,4, заключительное тестирование = 33,07; $t=14,8996$, $p<0,001$). Итак, программа повышения устойчивости и восстановления оказала значительное влияние на синдром эмоционального выгорания, приведя к повышению удовлетворенности состраданием и снижению уровня профессионального выгорания и вторичного травматического стресса. Привитие навыков устойчивости медицинским сестрам может помочь им снизить уровень эмоционального выгорания и, таким образом, способствовать укреплению здоровья [101].

Также индийские ученые изучили эффективность психологических вмешательств при синдроме эмоционального выгорания. Постоянное воздействие травм и смерти негативно влияет на физическую, эмоциональную и психическую стабильность специалистов, оказывающих помощь, что приводит к эмоциональному выгоранию. Хотя исследования изучали влияние различных психологических вмешательств на эмоциональное выгорание, ни одно исследование не обобщило количественно их эффективность. Таким образом, настоящий систематический обзор и метаанализ восполняют этот пробел, изучая эффективность психологических вмешательств в снижении эмоционального выгорания среди специалистов, оказывающих помощь. Для выявления исследований, опубликованных в период с 2004 по 2023 год, были использованы базы данных Scopus, Web of Science, PubMed, JSTOR, ScienceDirect и Google Scholar. Для анализа были отобраны количественные исследования, опубликованные на английском языке, в которых использовались любые методы снижения когнитивных нарушений у специалистов помогающих профессий. Риск систематической ошибки в исследованиях оценивался с использованием контрольных списков Института Джоанны Бриггс (JBI) и инструмента оценки качества Национального института сердца, легких и крови. Из 1995 записей, найденных в базах данных, в систематический обзор было включено 82 интервенционных исследования, а для метаанализа было отобрано 11 рандомизированных контролируемых исследований. Для проведения метаанализа использовались средние значения и стандартные отклонения после вмешательства в группе вмешательства и контрольной группе. Результаты метаанализа с использованием модели случайных эффектов показали, что ингибиторы протеазы высокоэффективны в снижении муковисцидоза (стандартизированная разница средних значений (SMD) = -0,95; 95% доверительный интервал, от -1,63 до -0,27; $P = 0,006$). Имеющиеся данные свидетельствуют о том,

что программы повышения квалификации, особенно проводимые в онлайн-формате, могут снизить физическую нагрузку на специалистов, оказывающих помощь. Разработчикам политики в области здравоохранения, заинтересованным органам власти и специалистам, разрабатывающим программы повышения квалификации, следует сосредоточиться на снижении этой нагрузки на специалистов, поскольку им необходимо эффективно работать с уязвимыми группами населения [102].

3.6. Турция

Лучшие практики управления здоровьем медицинских работников в Турции базируются на строгом национальном законодательстве и стандартах доказательной медицины, внедряемых Министерством здравоохранения. Они включают следующие **ключевые направления и практики для обеспечения безопасной рабочей среды медицинских работников**⁷⁴ [103–106]:

1. **Законодательная и организационная база:** В основе охраны здоровья турецких медиков лежит Закон о безопасности и гигиене труда № 6331 (İSG). Он обязывает государственные и частные клиники создавать комитеты по безопасности труда (İSG Kurulları), проводить регулярную оценку рисков, обеспечивать сотрудников средствами индивидуальной защиты и проводить инструктажи.
2. **Практики профилактики профессионального травматизма:**
 - Сектор-специфичный подход: Внедрение стандарта ISO 45001 с адаптацией к рискам сферы здравоохранения.
 - Иглы и острые инструменты: Строгие протоколы утилизации медицинских отходов и использование безопасных медицинских устройств (например, самоблокирующихся шприцев) для снижения риска инфицирования.
 - Анализ инцидентов: В соответствии с национальным мониторингом, наибольшему риску подвержены молодые специалисты и медицинские сестры, поэтому акцент делается на ежегодных тренингах по безопасности.
3. **Иммунизация и инфекционный контроль:**
 - Национальные рекомендации: Взрослая иммунизация медицинских работников регулируется стандартами Турецкого общества инфекционных заболеваний и клинической микробиологии.
 - Обязательный чек-лист вакцин: Программы включают вакцинацию от гепатита В, кори, краснухи, паротита, ветряной оспы, дифтерии, столбняка, коклюша и ежегодную вакцинацию от гриппа.

⁷⁴ New Regulations on Workplace Safety Effective from 1 January 2025 (Turkey). January 27, 2025.
URL: <https://ccs.law/post/new-regulations-on-workplace-safety-effective-from-1-january-2025-turkey/>.

4. Практики управления нагрузкой и выгоранием:

- Сокращение времени ожидания пациентов: Программа трансформации здравоохранения Турции установила целевое время приема, однако, согласно исследованиям, чрезмерная рабочая нагрузка ведет к быстрому истощению персонала
- Практики организационных интервенций: Клиники внедряют ротацию кадров, чтобы снизить время непрерывного контакта с тяжелыми пациентами.
- Практики психологической поддержки: Профессиональные ассоциации (такие, как Турецкая медицинская ассоциация, ТТВ) продвигают лучшие практики по ограничению сверхурочной работы и внедрению программ снижения стресса (Balint-группы) для предупреждения эмоционального выгорания.
- Линии психологической помощи: Крупные сети клиник в Турции (например, Acibadem, Memorial) имеют горячие линии психологической помощи, программы и практики поддержки персонала (EAP) и регулярные Балинтовские группы для снижения профессионального выгорания.

5. Охрана труда на рабочем месте:

- Обязательные службы охраны труда: Любая турецкая клиника обязана иметь в штате специалистов по охране труда и врачей, что закреплено в Законе № 6331.
- Эргономика и профилактика (Musculoskeletal Disorders): Внедрение систем и практик безопасного перемещения пациентов (no-lift policies) с использованием подъемного оборудования для предотвращения перенапряжения спины у медицинских сестер.

6. Практика защиты от насилия на рабочем месте:

Борьба с насилием – одна из самых доказательных практик в турецком здравоохранении из-за высокой доли вербальных и физических угроз, особенно в отделениях неотложной помощи:

- Практика «Белый код» (Beyaz Kod): В Министерстве здравоохранения Турции действует система экстренного реагирования. При угрозе или нападении медицинский работник активирует тревожную кнопку, после чего к делу немедленно подключается служба безопасности и предоставляется государственная юридическая помощь.

7. Медицина и гигиена труда:

- Проводятся регулярные скрининги на профессиональные заболевания (остеохондроз, синдром запястного канала у хирургов, аллергии на латекс/дезинфектанты).
- Министерство здравоохранения Турции обеспечивает строгий контроль за профилактикой внутрибольничных инфекций (вакцинация, постконтактная профилактика ВИЧ и гепатитов).

8. Практика сохранения баланса работы и личной жизни:

- В передовых медицинских центрах Турции пересматриваются графики смен. Исключаются чрезмерные переработки, чтобы минимизировать медицинские ошибки, вызванные депривацией сна или хроническим стрессом.

Итак, лучшие практики управления здоровьем медицинских работников в Турции базируются на стандартах Всемирной организации здравоохранения и включают профилактику эмоционального выгорания, управление стрессом, защиту от агрессии пациентов, соблюдение требований эргономики и регулярные медицинские осмотры. Также в стране применяются и другие практики, направленные на повышение качества медицинского обслуживания и сохранение здоровья медицинского персонала.

Исследования, выполненные в Турции в области разработки и изучения практик управления здоровьем медицинских работников

Турецкие ученые изучили влияние программы повышения устойчивости к эмоциональному выгоранию на качество профессиональной жизни медицинских сестер, воспринимаемый уровень стресса и стрессоустойчивость. Уход за онкологическими больными может вызывать стресс, связанный с работой, который негативно влияет на физическое и эмоциональное здоровье медсестер-онкологов, что может привести к синдрому эмоционального выгорания. Целью данного исследования было проведение краткосрочной и долгосрочной программы повышения устойчивости к эмоциональному выгоранию и сравнение ее влияния на качество профессиональной жизни медицинских сестер, воспринимаемый уровень стресса и уровень стрессоустойчивости. Исследование проводилось с января 2017 по январь 2019 года в формате рандомизированного контролируемого исследования. В выборку вошли 125 медицинских сестер онкологического и гематологического профиля, случайным образом распределенных в экспериментальную группу I, экспериментальную группу II или контрольную группу. В качестве вмешательства была проведена программа повышения устойчивости к синдрому эмоционального выгорания среди медицинских сестер. Группа I получала краткосрочную программу (5 часов в день в течение 2 дней, всего 10 часов), а группа II — долгосрочную (5 недель, 2 часа в неделю, всего 10 часов). Измерения проводились до и после тестирования, а также через 3, 6 и 12 месяцев после за-

вершения программы. Гипотезы исследования анализировались с использованием многоуровневых моделей. Результаты многоуровневого анализа показали отсутствие статистически значимой разницы между средними показателями эмоционального выгорания, профессионального истощения, воспринимаемого стресса и устойчивости к стрессу у медицинских сестер в краткосрочной или долгосрочной группах, а также у медицинских сестер в контрольной группе. Средние показатели удовлетворенности состраданием у медицинских сестер в краткосрочной или долгосрочной группах были значительно выше, чем в контрольной группе. Средние показатели удовлетворенности состраданием у медицинских сестер в краткосрочной или долгосрочной группах были значительно выше, чем средние показатели контрольной группы до начала исследования через 6 и 12 месяцев. Данное исследование показало, что краткосрочные и долгосрочные программы не оказывают влияния на синдром эмоционального выгорания, профессиональное истощение, воспринимаемый стресс и устойчивость к стрессу; однако обе программы положительно влияют на удовлетворенность своей работой в сфере сострадания. Ученые рекомендуют провести дальнейшие исследования, которые помогут определить эффективность новых программ [107].

Наряду с этим турецкие ученые изучили эффективность использования методов танцевальной и двигательной терапии (ТДТ) для повышения удовлетворенности состраданием, снижения профессионального выгорания и преодоления эмоционального истощения у медицинских сестер. Настоящее полуэкспериментальное пилотное исследование было проведено с целью изучения влияния методов танцевально-двигательной терапии ТДТ на удовлетворенность состраданием, выгорание и усталость от сострадания у медицинских сестер с использованием дизайна «до и после». В восьми сессиях ТДТ приняли участие медицинские сестры ($n = 8$) с низким уровнем удовлетворенности состраданием, высоким уровнем выгорания и высоким уровнем усталости от сострадания. После завершения программы средний уровень удовлетворенности состраданием повысился, а уровни выгорания и усталости от сострадания снизились. Хотя необходимы дальнейшие исследования с большей выборкой, предварительные результаты показывают, что ТДТ эффективна для решения проблем удовлетворенности состраданием, выгорания и усталости от сострадания у медицинских сестер [108].

Кроме этого, турецкие ученые (совместно с учеными из Норвегии и Финляндии) изучили эффективность использования программы дыхательных упражнений Сударшан Крия Йоги и медитации для борьбы с профессиональным выгоранием среди врачей. Врачи подвергаются сильному стрессу и напряжению, что приводит к профессиональному выгоранию, которое затрагивает их самих, их семьи, пациентов и всю систему здравоохранения; поэтому существует острая необходимость в разработке методов повышения устойчивости врачей к стрессу. Сударшан Крия Йога (SKY) – это комплексная программа йоги, основанная на дыхательных упражнениях и медитации, которая может стать потенциальным подходом к смягчению профессионального выгорания у врачей. Целью исследования было определить, может ли программа SKY снизить психологический стресс и улучшить самочувствие врачей. В этом рандомизированном клиническом исследовании

оценивалась потенциальная эффективность программы SKY по сравнению с контрольной группой, получавшей обучение управлению стрессом (SME). Исследование проводилось онлайн с 11 ноября 2021 года по 14 марта 2022 года и включало врачей из Турции, Германии и Дубая. Обе группы, получавшие SKY и SME, проходили обучение в течение 1,5 часов в течение 3 последовательных дней посредством групповой видеоконференции. Участниками были врачи, готовые ежедневно выполнять какие-либо упражнения на расслабление в течение 2 месяцев. Критерии исключения включали наличие серьезных заболеваний и поддержание регулярной практики программы «разум-тело». Статистический анализ проводился с марта по ноябрь 2023 года. Участники были случайным образом распределены в соотношении 1:1 на 2 группы – группу SKY и контрольную группу SME – с помощью компьютерного алгоритма. После 3-дневного периода обучения участники группы SKY ежедневно самостоятельно практиковались примерно по 30 минут и участвовали в еженедельных 1-часовых групповых онлайн-занятиях. После 3-дневного периода обучения участники группы SME самостоятельно повторяли и применяли полученные знания из тренинга по управлению стрессом и участвовали в еженедельных 1-часовых групповых онлайн-занятиях. Первичными результатами были стресс и депрессия (измеренные с помощью 42-пунктной шкалы депрессии, тревоги и стресса [DASS-42]) и бессонница, измеренная с помощью Регенсбургской шкалы бессонницы (RIS), с первичной конечной точкой через 8 недель. Вторичные результаты включали тревогу (DASS-42); оптимизм (пересмотренный тест жизненной ориентации [LOT-R]); профессиональную самореализацию, рабочее истощение, межличностную отстраненность и общее выгорание (индекс профессиональной самореализации [PFI]); и самооценку профессиональных ошибок (опросник самооценки профессиональных ошибок). В исследовании приняли участие 129 человек (SME, 63 участника [48,9 %]; SKY, 66 участников [51,1 %]; 115 женщин [89,2 %]; 14 мужчин [10,8 %]; средний [стандартное отклонение] возраст, 46,2 [9,0] года). По сравнению с контрольной группой SME у участников группы SKY наблюдалось значительное снижение уровня стресса по шкале DASS-42 после обучения (разница -6,8 балла; 95 % ДИ от -9,6 до -4,1 балла; $P = 0,006$) и после вмешательства (разница -6,0 балла; 95 % ДИ от -8,8 до -3,3 балла; $P = 0,03$), значительное снижение уровня депрессии после обучения (разница -5,7 балла; 95 % ДИ от -8,6 до -2,8 балла; $P < 0,001$) и после вмешательства (разница -5,4 балла; 95 % ДИ от -8,3 до -2,5 балла; $P < 0,001$), а также значительное снижение уровня тревожности после вмешательства. Кроме того, в группе SKY наблюдалось значительное снижение бессонницы от исходного уровня до периода после вмешательства (разница -0,3 балла; 95 % доверительный интервал от -2,3 до 1,7 балла; $P = 0,01$). В группе SKY отмечалось значительное повышение удовлетворенности профессиональной деятельностью, а также значительное снижение профессионального выгорания, межличностной отстраненности и профессионального шока. Влияния на количество медицинских ошибок, о которых сообщали сами участники, не наблюдалось. Итак, в этом рандомизированном клиническом исследовании врачи, регулярно применявшие методику SKY в течение 2 месяцев, отметили улучшение самочувствия и снижение уровня профессионального выгорания. Эти данные свидетельствуют о том,

что SKY может быть эффективной, практичной и безопасной стратегией для повышения самочувствия и снижения уровня профессионального выгорания у врачей [109].

Также турецкие ученые изучили уровень профессионального выгорания и связанные с ним факторы среди врачей и стоматологов в стране. Целью данного исследования было определение уровня профессионального выгорания и выявление связанных с ним демографических, профессиональных и организационных факторов среди врачей и стоматологов в Турции. Профессиональное выгорание, характеризующееся эмоциональным истощением (ЭИ), деперсонализацией (ДП) и снижением личной самореализации (ЛС), становится все более актуальной проблемой, влияющей как на благополучие медицинских работников, так и на качество медицинских услуг. В период с февраля по август 2024 года был проведен общенациональный поперечный онлайн-опрос среди 1312 врачей и стоматологов, работающих в государственном и частном секторах Турции. Данные были собраны с помощью структурированной анкеты, включающей социально-демографические и профессиональные характеристики, а также адаптированной для турецкого языка версии опросника Маслач по профессиональному выгоранию. Были проанализированы баллы по субшкалам опросника Маслач по ЭИ, ДП и ЛС. Связи между уровнями профессионального выгорания и независимыми переменными оценивались с использованием непараметрических тестов и апостериорных сравнений с поправкой Бонферрони. Кроме того, для выявления независимых предикторов ЕЕ, ДР и РА, а также для корректировки потенциальных искажающих факторов был проведен иерархический многофакторный линейный регрессионный анализ. В целом у 46,3 % участников был высокий уровень ЕЕ, у 16,2 % – высокий уровень ДР, а у 8,7 % – низкий уровень РА. Более высокие показатели ЕЕ и ДР были значительно связаны с более молодым возрастом, меньшим стажем работы, отсутствием брака, отсутствием детей, работой в государственном секторе, отсутствием административного опыта, подверженностью насилию или моббингу, участием в судебных процессах, большим потоком пациентов и ночными сменами. Плохие физические условия труда, недостаточная поддержка со стороны неврачебного персонала и низкий воспринимаемый доход были значительно коррелированы со всеми тремя субшкалами, что указывает на более высокий риск выгорания. Врачи и стоматологи, заявившие о намерении покинуть профессию или работать за границей, также демонстрировали более высокие показатели выгорания. В многофакторном иерархическом линейном регрессионном анализе намерение покинуть профессию, подверженность насилию на рабочем месте и карьерные намерения оставались одними из самых сильных независимых предикторов эмоционального и деперсонального выгорания, в то время как физическая активность демонстрировала сравнительно более слабые связи с социально-демографическими и профессиональными факторами. Выгорание широко распространено среди врачей и стоматологов в Турции и обусловлено множеством личных, профессиональных и системных факторов. Для защиты благополучия медицинских работников и обеспечения устойчивого и высококачественного медицинского обслуживания следует уделять приоритетное внимание устранению поддающихся изменению факторов

(таких как рабочая нагрузка, безопасность на рабочем месте, адекватность кадрового обеспечения и удовлетворенность доходом) [110].

В то же время турецкие ученые рассмотрели духовную целостность как посредника между рабочей нагрузкой и выгоранием врачей в стране. Перегрузка и профессиональное выгорание являются серьезными проблемами, влияющими на профессиональную деятельность и благополучие врачей. В данном исследовании изучалось, опосредует ли духовная целостность связь между рабочей нагрузкой и профессиональным выгоранием среди врачей. Используя поперечное исследование, данные были собраны посредством самостоятельного онлайн-опроса у итоговой аналитической выборки из 500 врачей, работающих в государственных больницах города Самсун, Турция; уровень ответа на опрос составил 37,9 %. Взаимосвязи между переменными исследования были проверены с помощью корреляционного анализа и анализа опосредования на основе бутстрэпа. Результаты показали положительную корреляцию между рабочей нагрузкой и профессиональным выгоранием ($r = 0,405$), отрицательную корреляцию между рабочей нагрузкой и духовной целостностью ($r = -0,304$) и отрицательную корреляцию между духовной целостностью и профессиональным выгоранием ($r = -0,443$). В медиационном анализе общая связь между рабочей нагрузкой и выгоранием оказалась значимой ($B = 0,980$, 95 % ДИ [0,786, 1,175]), а прямая связь оставалась значимой после включения в модель духовной целостности ($B = 0,721$, 95 % ДИ [0,525, 0,917]). Косвенная связь через духовную целостность также оказалась значимой ($B = 0,259$, 95 % ДИ [0,177, 0,350]), что указывает на частичную медиацию. Духовная целостность объясняет 26,4 % связи между рабочей нагрузкой и выгоранием. Эти результаты свидетельствуют о том, что более высокая рабочая нагрузка связана с большим выгоранием среди врачей и что эта связь может быть частично объяснена более низким уровнем духовной целостности [111].

3.7. США

Лучшие практики управления здоровьем медицинских работников в США базируются на переходе от призывов к «личной устойчивости» к системным изменениям. Их главная цель – устранить факторы, вызывающие профессиональное выгорание, и проблемы с психическим здоровьем на рабочем месте.

В США существует ряд научно обоснованных эффективных стратегий, программ и **практик управления здоровьем медицинских работников**, основанных на доказательной базе и направленных на улучшение их благополучия, снижение выгорания и повышение качества работы^{75, 76, 77} [112, 113]:

75 AMA Physician Burnout: Programs, Tools, and Evidence-Based Solutions. URL: <https://www.championsofwellness.com/ama-physician-burnout-programs-tools/>.

76 Impact Wellbeing™ Guide Workshop Series Brings Together Hospital Leaders to Improve Healthcare Worker Wellbeing. July 9, 2024. URL: <https://www.cdc.gov/niosh/bulletin/2024/impact-wellbeing-workshops.html>.

77 7 Effective Ways to Treat Physician Burnout. URL: <https://c8health.com/blog/physician-burnout-treatment>.

1. Руководство [Impact Wellbeing Guide](#) от Национального центра охраны и медицины труда (NIOSH). Документ выпущен в 2024 году в рамках федеральной кампании по борьбе с выгоранием среди работников здравоохранения. Основан на научно обоснованной информации и предназначен для руководителей медицинских организаций. Включает шесть **практик** для улучшения ментального здоровья сотрудников:

- анализ рабочих процессов больницы и определение существующих мер поддержки;
- создание специальной команды, которая будет заботиться о профессиональном благополучии персонала;
- устранение барьеров для обращения за помощью (например, исключение навязчивых вопросов о психическом здоровье в аттестационных приложениях);
- разработка инструментов для информирования персонала об улучшениях в области профессионального благополучия;
- включение показателей психического состояния персонала в текущий план по улучшению качества медицинских услуг;
- составление годового плана развития профессионального благополучия персонала.

2. План Национальной медицинской академии (NAM) по восстановлению здоровья и благополучия медицинских работников, содержащий семь приоритетных **практик**:

- создание и поддержание позитивной рабочей и учебной среды, которая предотвращает эмоциональное выгорание и способствует профессиональному росту;
- инвестиции в мониторинг и оценку эмоционального состояния медицинских работников, изучение трендов и создание рекомендаций по улучшению ситуации;
- поддержка психического здоровья и снижение стигматизации, связанной с обращением медицинских работников за помощью к психиатрам и психотерапевтам;
- снижение бумажной и административной нагрузки на медицинских работников;
- использование эффективных технологических инструментов для оказания качественной помощи пациентам;

- укрепление системы общественного здравоохранения и подготовка к будущим чрезвычайным ситуациям;
- повышение имиджа профессии и привлекательности здравоохранения для трудоустройства.

3. [Программа поддержки здоровья отдельных категорий медицинских работников \(Washington Physicians Health Program \(WPHP\)\)](#) в Вашингтоне предоставляет услуги врачам всех специализаций, а также студентам и резидентам этих профессий. Цель программы – поддержка здоровья и благополучия медицинских работников, обеспечение безопасной практики и сохранение устойчивости рабочей силы.

4. [Программа NIOSH Impact Wellbeing \(CDC\)](#). Национальный институт охраны труда (NIOSH) разработал руководство для руководителей госпиталей, внедряемое на операционном уровне. Оно базируется на доказанных **практиках**:

- Устранение барьеров для обращения за помощью: отмена стигматизирующих вопросов о психическом здоровье в формах для получения врачебных привилегий (credentialing).
- Построение доверия: развитие прозрачной, двусторонней коммуникации и вовлечение персонала в принятие решений.
- Интеграция благополучия: включение оценки психологического климата в протоколы контроля качества.
- Для всесторонней оценки используется стандартизированный опросник «NIOSH Worker Well-Being Questionnaire (WellBQ)».

5. [Платформа «Шаги вперед» \(Американская медицинская ассоциация\)](#). Американская медицинская ассоциация предлагает обширную доказательную базу и более 50 модулей для трансформации клинической **практики**. Основные практики включают следующее:

- Оптимизация рабочих процессов (Workflow redesign): перераспределение задач и внедрение командной документации для экономии 2–3 часов рабочего времени.
- Борьба с административной нагрузкой: оптимизация работы с электронными медицинскими картами и исключение ненужных задач (т. н. «Getting Rid of Stupid Stuff»).
- Пошаговые руководства и инструменты доступны на платформе AMA STEPS Forward Toolkits.

6. Программа «Радость в медицине» (Американская медицинская ассоциация).

Система признания достижений в области здравоохранения, которая стимулирует клиники внедрять доказательные решения. Ключевые **практики** включают:

- Наличие оплачиваемого времени для решения организационных вопросов, гибких графиков и программ карьерного роста.
- Формирование лидерства, ориентированного на благополучие, где руководство ценит вклад каждого сотрудника.
- Детальную оценку выгорания и стресса с целью дальнейших корректировок.

7. Доказанные вмешательства на уровне отдельного клинициста: Помимо системных мер, доказанную эффективность для снижения уровня стресса показали следующие **практики**:

- Обучение техникам осознанности (mindfulness), Балинтовские группы (психологическая поддержка для обсуждения трудных клинических случаев) и когнитивно-поведенческие техники.
- Включение обучения коммуникативным навыкам в программу непрерывного медицинского образования.

Все эти практики демонстрируют комплексный подход к управлению здоровьем медицинских работников, сочетающий организационные изменения, инвестиции в благополучие сотрудников и использование научно обоснованных методов.

Исследования, выполненные в США в области разработки и изучения практик управления здоровьем медицинских работников

Американские ученые изучили эффективность программы повышения стрессоустойчивости персонала в педиатрическом отделении интенсивной терапии. Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) и вторичный травматический стресс (ВТС) широко распространены среди медицинских сестер отделений интенсивной терапии, особенно в педиатрических отделениях интенсивной терапии (ПИТ). СЭВ, включающий ВТС и профессиональное выгорание, приводит к снижению вовлеченности сотрудников и текучести кадров среди медицинских сестер. Целью данного проекта была оценка влияния программы повышения стрессоустойчивости персонала на текучесть кадров среди медицинских сестер, вовлеченность сотрудников и удовлетворенность помощью, оказываемой пациентам в отделении интенсивной терапии для детей. Для оценки влияния программы повышения стрессоустойчивости персонала на текучесть кадров, вовлеченность и качество профессиональной жизни (ProQOL), измеряющее удовлетворенность состраданием и эмоциональное выгорание, использовался ретроспективный дизайн с предварительным и последующим тестированием. В результате было выявлено, что текучесть кадров среди медицинских сестер снизилась, а вовлеченность со-

трудников улучшилась, хотя различия не были статистически значимыми. Суммарные баллы по шкале ProQOL показали, что после внедрения программы повышения стрессоустойчивости у медицинских сестер наблюдался низкий уровень удовлетворенности состраданием и высокий уровень удовлетворенности состраданием. Стаж работы положительно коррелировал с удовлетворенностью состраданием и вовлеченностью в работу. Итак, просвещение по вопросам профилактики эмоционального выгорания и синдрома сострадания в сочетании с мероприятиями, направленными на повышение стрессоустойчивости, может быть эффективным в снижении эмоционального выгорания и в формировании удовлетворения от сострадания. Проведение оценки синдрома эмоционального выгорания и последующее внедрение мер по повышению стрессоустойчивости медицинского персонала и укреплению психологического здоровья может привести к положительным результатам, что подтверждается увеличением вовлеченности в работу и удовлетворенности состраданием при снижении уровня выгорания и синдрома эмоционального выгорания [114].

Наряду с этим американские ученые изучили, как снизить уровень профессионального выгорания в сестринском деле. Синдром выгорания определяется как состояние хронического стресса, характеризующееся высоким уровнем эмоционального истощения и деперсонализации при низком уровне профессиональной эффективности. Последствия выгорания у медицинских сестер включают низкую удовлетворенность работой и текучесть кадров. Физическое и психическое благополучие медицинских сестер имеет важное значение для поддержания здорового кадрового состава, при этом такие факторы, как благоприятная рабочая среда, оказывают положительное влияние на снижение выгорания. Формальные и неформальные индивидуальные и организационные подходы к поддержке начинающих медицинских сестер в процессе адаптации и обеспечения устойчивого профессионального развития опытных медицинских сестер являются ключевыми в борьбе с выгоранием и повышают уровень удержания медицинского персонала [115].

Кроме этого, американские ученые изучили влияние новой онлайн-программы группового коучинга на снижение профессионального выгорания у женщин-врачей-резидентов. Женщины-врачи-резиденты непропорционально чаще страдают от профессионального выгорания, которое может иметь серьезные последствия для их благополучия и карьерного роста. Все больше данных подтверждают эффективность профессионального коучинга для снижения уровня выгорания у врачей-резидентов, однако индивидуальный коучинг требует значительных ресурсов и нецелесообразен для многих программ обучения. Поэтому целью исследования было оценить, приведет ли структурированная программа группового профессионального коучинга для женщин-врачей-резидентов к снижению уровня профессионального выгорания. Это пилотное рандомизированное клиническое исследование проводилось с 1 января по 30 июня 2021 года среди 101 женщины-врача-резидента, обучающейся в аспирантуре медицинского факультета Университета Колорадо, которые добровольно приняли участие в исследовании после периода набора участников. Опросы проводились среди участ-

ниц до и после вмешательства. С помощью компьютерного алгоритма, сгенерированного в соотношении 1:1, 50 участников были случайным образом распределены в группу вмешательства, а 51 участник – в контрольную группу. Группе вмешательства была предложена 6-месячная онлайн-программа группового коучинга «Лучше вместе, врачи», разработанная и проводимая квалифицированными лайф-коучами и врачами. Контрольная группа проходила обычную ординатуру без коучинга во время исследования. Контрольной группе была предложена 6-месячная программа коучинга после завершения исследования. Первичным показателем выгорания был уровень выгорания, измеренный с помощью Опросника выгорания Маслач, который определялся тремя 7-балльными подшкалами типа Ликерта: эмоциональное истощение, деперсонализация и профессиональные достижения. Более высокие баллы по подшкалам эмоционального истощения и деперсонализации и более низкие баллы по подшкале профессиональных достижений указали на более высокий уровень выгорания. Вторичные показатели синдрома самозванца, самосострадания и моральной травмы оценивались с помощью Шкалы синдрома самозванца Янга, Краткой формы Шкалы самосострадания Неффа и Шкалы симптомов моральной травмы для медицинских работников соответственно. Был проведен анализ по принципу «намерение лечить». Среди 101 женщины-ординатора, участвовавшей в исследовании, средний (стандартное отклонение) возраст составил 29,4 (2,3) года, 96 (95,0 %) идентифицировали себя как гетеросексуалки, а 81 (80,2 %) – как белые. 19 ординаторов (18,8 %) были из хирургических специальностей с различным уровнем подготовки. После 6 месяцев профессионального коучинга эмоциональное истощение в группе вмешательства снизилось в среднем (стандартная ошибка) на 3,26 (1,25) балла по сравнению со средним (стандартная ошибка) увеличением на 1,07 (1,12) балла в контрольной группе к концу исследования ($P = 0,01$). В группе вмешательства наблюдалось значительное снижение выраженности синдрома самозванца по сравнению с контрольной группой (среднее [стандартная ошибка], -1,16 [0,31] против 0,11 [0,27] балла; $P = 0,003$). Показатели самосострадания в группе вмешательства увеличились в среднем (стандартная ошибка) на 5,55 (0,89) балла по сравнению со средним (стандартная ошибка) снижением на 1,32 (0,80) балла в контрольной группе ($P < 0,001$). Статистически значимых различий в показателях деперсонализации, профессиональных достижений или моральной травмы не наблюдалось. В связи с различиями в показателях ответа на последующее наблюдение в группах лечения (88,2 % в контрольной группе [45 из 51]; 68,0 % в группе вмешательства [34 из 50]), был проведен анализ чувствительности для учета отсутствующих результатов, результаты которого оказались аналогичными. Таким образом, в этом рандомизированном клиническом исследовании профессиональный коучинг снизил показатели эмоционального истощения и синдрома самозванца, а также повысил показатели самосострадания среди женщин-врачей-резидентов [116].

Также американские ученые рассмотрели эффективность повышения осведомленности о коммуникации и управлении конфликтами в хирургической практике. Группа хирургов и преподаватель медицинского факультета разработали учебную программу для укрепления коммуникативных навыков и эмоционального

интеллекта в хирургической практике. Учебная программа представляла собой серию дискуссий в малых группах, проводившихся во время восьминедельной хирургической практики студентов-медиков. Программа ставила перед собой следующие цели: установление командного взаимопонимания, изучение стратегий самоорганизации в командном общении, распознавание стилей общения, диагностика конфликтов, выявление возможностей для профессионального и личностного развития, а также обсуждение профессионализма в медицине. Студенты прошли предварительные и итоговые тесты по шкале Ликерта, оценивающие их знания и понимание вышеупомянутых тем. Местом проведения исследования являлись: Медицинский колледж Техасского университета A&M, хирургическая стажировка в медицинском центре Baylor Scott and White, травматологическом центре 1-го уровня, в городе Темпл, штат Техас. Участниками исследования были 24 студента третьего курса медицинского факультета, которые завершили курс по коммуникативным навыкам. Для анализа непараметрических данных использовался знаковый критерий Вилкоксона, а для многократных повторных тестов уровень значимости (p -значение) был скорректирован до 0,003. Студенты продемонстрировали значительное улучшение понимания управления конфликтами, способности эффективно общаться и осведомленности о предпочтениях в общении ($p < 0,001$). Кроме того, они отметили лучшие способы взаимодействия с другими студентами, ординаторами и персоналом во время своей практики ($p = 0,002$) и почувствовали себя более уверенно в своей способности воспринимать обратную связь ($p = 0,001$). Ответы на вопросы в посттесте в подавляющем большинстве случаев были положительными, с темами осведомленности, психологической безопасности и командного взаимодействия. Наконец, студенты попросили, чтобы учебная программа преподавалась на протяжении всей их клинической практики на третьем курсе. Таким образом, данная учебная программа позволила студентам улучшить понимание вопросов коммуникации, управления конфликтами, командной работы и профессионализма. Эти важные компетенции будут полезны студентам на протяжении всего обучения и в их будущей практике в качестве хирургов [117].

К тому же американские ученые рассмотрели целостный подход к поддержанию и развитию практик здорового образа жизни на протяжении всей жизни среди медицинских работников. Пандемия COVID-19 послужила катализатором для осознания сложных условий работы медицинских работников, подчеркнув острую необходимость улучшения их благополучия для лучшей поддержки себя и окружающих. Внедрение культуры благополучия в контексте медицинского образования, с особым акцентом на стратегии на индивидуальном уровне, позволяет реализовать ее внутреннюю ценность и значимость в качестве основы для более широких организационных стратегий. Такой подход способствует созданию устойчивой культуры благополучия, которая приносит пользу как нынешнему, так и будущим поколениям медицинских работников. Ученые реализовали разработанную программу оздоровления, используя прагматичный дизайн исследования «до и после» для различных условий. Эта программа оздоровления была протестирована тремя способами: путем создания комбинаций различной интенсивности (высокая, умеренная или низкая), методов проведения (очное против виртуального), различных мотиваций (стимулирующее, обязательное

или добровольное участие) и различных временных рамок (во время обучения в медицинских вузах или до поступления в медицинские вузы) среди студентов-медиков и медсестер. Влияние программы оздоровления измерялось на качество жизни, эмоциональный интеллект и показатели эффективности среди студентов медицинских вузов. Статистические методы включали дисперсионный анализ с повторными измерениями и парные t-критерии. В исследовании приняли участие 224 студента (13 в группе с высокой интенсивностью вмешательства, 145 в группе со средней интенсивностью и 66 в группе с низкой интенсивностью вмешательства). Большинство показателей значительно улучшилось, за исключением нескольких факторов в группе с высокой интенсивностью очного вмешательства Well-Teach. Среди компонентов качества жизни средние психологические показатели заметно повысились после групп с высокой (13,2 против 14,7, $p = 0,018$), средней (13,9 против 14,8, $p < 0,001$) и низкой (12,8 против 13,4, $p < 0,001$) интенсивностью вмешательства. Умеренная и низкая интенсивность оздоровительных программ оказали наибольшее влияние на общие показатели эмоционального интеллекта (средняя разница = 3,021, 95 % ДИ: 0,553–5,488, $p = 0,008$) и (средняя разница = 5,197, 95 % ДИ: 3,057–7,337, $p < 0,001$) соответственно. Низкодозовая программа медицинского вмешательства привела к улучшению всех компонентов всех показателей в большей степени, чем умеренно- или высокодозовые программы очного вмешательства. Таким образом, данное исследование продемонстрировало, что разработанная многогранная модель Well-Teach может быть использована для улучшения качества жизни, эмоционального интеллекта и самооэффективности студентов медицинских специальностей. Программы вмешательства низкой или умеренной интенсивности, интегрированные в учебный план, могут быть более практичными в сфере медицинского образования для поддержания и продвижения практик здорового образа жизни на протяжении всей жизни как надежных шагов к достижению «культуры благополучия». Разработанная модель должна рассматриваться как полезная, устойчивая, экономически эффективная, всесторонняя и действенная для нынешнего и будущих поколений медицинских работников [118].

В то же время американские ученые рассмотрели коучинг для врачей, проводимый профессионально подготовленными коллегами, для борьбы с профессиональным выгоранием и улучшения самочувствия. Выгорание врачей остается проблемой, несмотря на существующие методы борьбы с ним. Необходимы более научно обоснованные подходы. Поэтому целью исследования было изучить влияние индивидуального коучинга, проводимого профессионально подготовленными коллегами, на выгорание и благополучие врачей. В этом рандомизированном клиническом исследовании участвовали врачи из организации Mass General Physician Organization, которые добровольно согласились на обучение в период с 5 августа по 1 декабря 2021 года. Анализ данных проводился с февраля по октябрь 2022 года. Участники были случайным образом распределены на две группы: одна получала 6 коучинговых сессий под руководством коллеги-коуча в течение 3 месяцев, а другая находилась в контрольной группе, где использовались стандартные институциональные ресурсы для борьбы с выгоранием и улучшения самочувствия. Первичным результатом было профес-

сиональное выгорание, измеренное с помощью Стэнфордского индекса профессиональной самореализации. Вторичные результаты включали профессиональную самореализацию, влияние работы на личные отношения, качество жизни, вовлеченность в работу и самооценку. Анализ проводился на основе модифицированного принципа «намерение лечить». Из 138 врачей, участвовавших в исследовании, 67 были случайным образом распределены в группу коучинга, а 71 – в контрольную группу. Большинство участников были в возрасте от 31 до 60 лет (128 [93,0 %]), женщины (109 [79,0 %]), состояли в браке (108 [78,3 %]) и находились на начальном или среднем этапе своей карьеры (средний [стандартное отклонение], 12,0 [9,7] лет практики); 39 (28,3 %) были азиатами, 3 (<0,1 %) – чернокожими, 9 (<0,1 %) – латиноамериканцами, 93 (67,4 %) – белыми и 6 (<0,1 %) – представителями других рас или этнических групп. В группе вмешательства 52 участника прошли коучинг и были включены в анализ. После 3 месяцев коучинга наблюдались статистически значимые улучшения в отношении выгорания, межличностной отстраненности, профессиональной удовлетворенности и вовлеченности в работу по сравнению с отсутствием вмешательства. Средние баллы по межличностной отстраненности снизились на 30,1 % в экспериментальной группе и увеличились на 4,1% в контрольной группе (абсолютная разница -0,94 балла [95% ДИ, от -1,48 до -0,41 балла; $P = 0,001$]), в то время как средние баллы по общему выгоранию снизились на 21,6 % в экспериментальной группе и увеличились на 2,5 % в контрольной группе (абсолютная разница -0,79 балла; 95 % ДИ, от -1,27 до -0,32 балла; $P = 0,001$). Профессиональная удовлетворенность увеличилась на 10,7 % в экспериментальной группе по сравнению с отсутствием изменений в контрольной группе (абсолютная разница 0,59 балла; 95 % ДИ, от 0,01 до 1,16 балла; $P = 0,046$). В группе вмешательства вовлеченность в работу увеличилась на 6,3 %, а в контрольной группе снизилась на 2,2 % (абсолютная разница 0,33 балла; 95% доверительный интервал 0,02–0,65 балла; $P = 0,04$). Самооценка повысилась в обеих группах, но незначительно. Таким образом, результаты этой программы, спонсируемой больницей, показали, что индивидуальное наставничество со стороны профессионально подготовленных коллег является эффективной стратегией для снижения профессионального выгорания и межличностной отстраненности врачей, одновременно повышая их профессиональную удовлетворенность и вовлеченность в работу [119].

Наряду с этим американские ученые изучили влияние виртуальной программы коучинга для женщин-врачей на выгорание, удовлетворенность работой и самооценку. Коучинг доказал свою эффективность в качестве метода поддержания благополучия врачей. Однако этот научно обоснованный метод еще не получил широкого распространения во врачебном сообществе. Необходимы исследования по документированию и внедрению методов борьбы с профессиональным выгоранием врачей в реальных условиях. Поэтому целью исследования было оценить влияние виртуальной программы коучинга для врачей-женщин. До и после вмешательства участникам, зачисленным в программу ($n = 329$), были предложены анкеты. Размер эффекта был рассчитан путем сравнения парных данных до и после вмешательства ($n = 201$). Участниками были 201 женщина-врач из 40 штатов США и 3 участницы из других стран. Участникам был предоставлен

доступ к 8-недельной виртуальной программе коучинга, включающей восемь индивидуальных, шесть групповых и 24 групповых занятия. Использовались Стэнфордский опросник профессиональной самореализации (PFI), содержащий категории для оценки профессиональной самореализации, выгорания, и Шкала самооценки клинициста (SV) (показатель самосострадания). В результате оказалось, что на исходном этапе синдром выгорания был выявлен у 77,1 % ($n = 155$) участников, а к концу исследования снизился до 33,3 % ($n = 67$) с большим размером эффекта (коэффициент Коэна $d = 1,11$). Процент участников, отметивших значительную профессиональную самореализацию, составлял 27,4 % ($n = 55$) и увеличился до 68,2 % ($n = 137$) с большим размером эффекта (коэффициент Коэна $d = 0,95$). Самооценка улучшилась с 17,9 % ($n = 36$) участников, придерживающихся сострадательного подхода к самосовершенствованию, до 64 % тех же участников через восемь недель. Показатель самооценки продемонстрировал очень большой размер эффекта (коэффициент Коэна $d = 1,28$). Итак, виртуальные программы коучинга для врачей, проводимые врачами-коучами, могут снизить уровень профессионального выгорания, повысить удовлетворенность работой и развить самосострадание. Возможности коучинга вне медицинских учреждений, доступные любому врачу в Соединенных Штатах и за рубежом, могут облегчить доступ к эффективным мерам по улучшению благополучия врачей [120].

Кроме этого, американские ученые изучили влияние набора инструментов для развития осознанности на профессиональное выгорание медицинских сестер. Синдром профессионального выгорания среди медицинских сестер – широко распространенная проблема, влияющая на физическое и психическое здоровье медицинских сестер, а также на удовлетворенность пациентов. Медицинские сестры, работавшие в отделениях интенсивной терапии для пациентов с COVID-19 во время пандемии, сообщали о более высоком уровне эмоционального истощения, деперсонализации, стрессе и усталости, а также о более низком уровне личной удовлетворенности. В существующей литературе нет решения для борьбы с синдромом выгорания. Поэтому целью исследования было проверить эффективность набора инструментов для практики осознанности в борьбе с профессиональным выгоранием среди медицинских сестер, ухаживающих за пациентами с COVID-19. Для этого использовался количественный квазиэкспериментальный дизайн. Участниками были 52 дипломированные медицинские сестры, работающие непосредственно с пациентами с COVID-19. Для снижения уровня профессионального выгорания в течение 6 недель был предоставлен набор инструментов для практики осознанности. Данные собирались до начала вмешательства, сразу после вмешательства и через 6 недель после вмешательства с использованием Опросника профессионального выгорания Маслач для медицинского персонала, Пересмотренного индекса работы медсестер и Контрольного списка прилагательных стресса/возбуждения. Результаты. Анализ показал статистически значимый эффект от набора инструментов для практики осознанности в 3 областях, связанных с выгоранием: эмоциональное истощение (критерий Вилкса $\Lambda = 0,66$; $F_{1,41} = 19,02$; $P = 0,001$; $\eta^2 = 0,31$), деперсонализация (критерий Вилкса $\Lambda = 0,70$; $F_{1,41} = 7,93$; $P = 0,007$; $\eta^2 = 0,16$) и стресс (критерий Вилкса $\Lambda = 0,81$; $F_{1,41} = 8,81$; $P = 0,005$; $\eta^2 = 0,17$). Результаты показали, что использование

6-недельного комплекса упражнений по развитию осознанности является эффективным методом смягчения эмоционального истощения, деперсонализации и стресса, связанных с профессиональным выгоранием у медицинских сестер отделений интенсивной терапии, ухаживающих за пациентами с COVID-19 [121].

К тому же американские ученые рассмотрели оптимальные методы поддержания благополучия хирургов и новые решения для снижения их профессионального выгорания, а также рекомендации, основанные на доказательствах. Хирурги испытывают высокий уровень профессионального выгорания, что негативно сказывается как на их личной, так и на профессиональной жизни. Поэтому целью данного обзора было рассмотрение индивидуальных и организационных мер, влияющих на отношения хирургов дома и на работе. Ученые использовали иерархию потребностей Маслоу для изучения важности психологических потребностей, влияющих на благополучие и эффективность работы хирургов. Был проведен тщательный поиск литературы для оценки мер, которые могут повлиять на личные и профессиональные отношения хирургов. Обзор литературы включал работы, посвященные исследованиям профессионального выгорания, стресса, благополучия, отношений с партнерами, динамики командной работы и корпоративной культуры/среды. Обзор подчеркнул важность отношений дома и на работе, чувства принадлежности и самооценки в контексте благополучия хирургов. Выделены индивидуальные и организационные стратегии повышения благополучия. Итак, крепкие личные и профессиональные отношения положительно влияют на процветание хирургов и должны учитываться на индивидуальном и организационном уровнях [122].

Также американские ученые изучили практики оздоровления и управления стрессом среди медицинских работников и студентов медицинских специальностей. Медицинские работники сталкиваются со стрессовыми факторами, которые начинаются во время обучения и сохраняются на протяжении всей карьеры, негативно влияя на их благополучие. Целью данного исследования было определить уровень стресса у студентов и медицинских специалистов, их удовлетворенность аспектами благополучия, препятствия на пути к благополучию и методы управления стрессом. Данное исследование представляло собой поперечное исследование, основанное на самоотчетах респондентов. В исследовании приняли участие студенты ($n = 242$) и специалисты ($n = 237$) из медицинских, сестринских, фармацевтических, физиотерапевтических, социальных и психолого-консультационных специальностей. Для оценки практики поддержания здоровья и преодоления барьеров среди участников использовался опросник «Управление здоровьем и благополучием в обучении и практике медицинских работников». Результаты: Студенты сообщили о значительно более высоком уровне воспринимаемого стресса по сравнению с профессионалами ($P < 0,001$). Общий уровень благополучия значительно выше среди профессионалов по сравнению со студентами ($P < 0,001$). Более высокий уровень стресса значительно связан с женским полом, более низким показателем благополучия и большим количеством барьеров ($P < 0,001$). Интеллектуальное здоровье является наиболее ценной областью благополучия для медицинских работников

($M = 3,71$, $SD = 0,9$) и студентов ($M = 3,43$, $SD = 0,85$), за ним следует духовное здоровье для медицинских работников ($M = 3,4$, $SD = 1,1$) и рабочая/учебная среда для студентов ($M = 3,33$, $SD = 0,93$). Профессионалы и студенты наименее удовлетворены своим физическим и финансовым здоровьем. К барьерам относятся усталость, рабочая нагрузка/производительность в клинической практике, рабочее время и выгорание. Итак, медицинские работники демонстрируют разнообразные методы управления стрессом, сталкиваются с препятствиями и отдают приоритет различным аспектам благополучия. Системам здравоохранения следует включить обучение самопомощи в свои учебные программы и внедрить системные изменения для создания процветающего медицинского персонала [123].

В то же время американские ученые рассмотрели образовательные стратегии для содействия внедрению практики медицины образа жизни (МОЖ) в системы здравоохранения страны. Медицина образа жизни – это область медицины, основанная на доказательствах, эффективная в лечении и профилактике основных причин заболеваемости и смертности. Несмотря на доказанную эффективность, лишь немногие врачи и другие медицинские работники регулярно применяют МОЖ. Непрерывное образование может быть эффективным способом повышения знаний, уверенности и практики практикующих врачей в области МОЖ, но существует пробел в понимании того, как образовательный контент и стратегии могут быть использованы для эффективного повышения уровня внедрения МОЖ. Цель данного исследования – выявить образовательные стратегии, способствующие внедрению МОЖ в системах здравоохранения. В этом многофакторном исследовании приняли участие восемь американских медицинских школ. Ученые провели углубленные полуструктурированные интервью (всего $n = 68$; по 6–8 в каждой школе) с сотрудниками школ, руководившими и реализовавшими программы управления обучением. Интервью включали вопросы о внедрении программ управления обучением и образовательных стратегиях. Стенограммы были проанализированы с использованием подхода рамочного анализа. Сила одобрения оценивалась с помощью количественного и качественного анализа. В результате были определены четыре тематические области, имеющие решающее значение для эффективного непрерывного образования в области управления поведением. Наибольшую поддержку получила необходимость дальнейшего обучения в области консультирования по изменению поведения. Другие темы включали определение и доказательства эффективности управления поведением, возможности направления пациентов и навыки развития бизнеса. Было выявлено десять типов стратегий непрерывного образования, способствующих управлению поведением. Наибольшую поддержку получили пилотные программы, программы оздоровления сотрудников и межличностные образовательные мероприятия, включая обучение коллег, сообщества практиков и обучение/наставничество со стороны руководителей. Следовательно, непрерывное обучение может способствовать внедрению практик МОЖ в медицинских учреждениях. Образовательные стратегии должны делать упор на обучение навыкам консультирования по вопросам изменения поведения, использовать пилотные программы оздоровления медицинских сотрудников и способствовать межличностному обучению [124].

Наряду с этим американские ученые рассмотрели развитие лидерских качеств как новую стратегию снижения профессионального выгорания среди женщин-врачей. Женщины-врачи чаще сталкиваются с профессиональным выгоранием и реже занимают руководящие должности. Необходимы эффективные меры поддержки женщин-врачей в профессиональной сфере. Поэтому целью исследования было определить, повлияет ли программа развития лидерских качеств на основе совместного обучения и социального взаимодействия на выгорание и карьерную траекторию женщин-врачей. Для этого опросы по выгоранию и вовлеченности в работу были разосланы по электронной почте 5000 врачей, работающих в системе здравоохранения Baylor Scott & White (BSWH). Внешняя контрольная группа состояла из 516 женщин-врачей, входящих в Техасскую медицинскую ассоциацию (ТМА) и не связанных с BSWH. Внутренняя контрольная группа включала как мужчин (670), так и женщин-врачей (240), не участвовавших в программе. Программа «Женщины-лидеры в медицине» (WLIM) включала в себя дважды в год проводимые очные саммиты и программы поддержки на протяжении всего двухлетнего периода исследования. Для оценки уровня профессионального выгорания использовался индекс выгорания Маслач (MBI). Опросы проводились в три отдельных момента времени и включали вопросы о заинтересованности в руководящих должностях, намерении сохранить текущую работу и открытые комментарии. В результате оказалось, что у участников программы WLIM снизилась частота сильного эмоционального истощения (среднее значение с 2,9 до 2,5), уменьшилась частота сильной деперсонализации (среднее значение с 1,6 до 1,3), а также улучшились показатели личных достижений (среднее значение с 4,7 до 5,1) и стремления к лидерству (среднее значение с 7,4 до 7,8). Намерение остаться увеличилось с 4,0 до 4,1. Следовательно, выгорание можно предотвратить, а стремления к лидерству – развить с помощью групповых программ развития лидерских качеств в группе женщин-врачей [125].

Кроме этого, американские ученые рассмотрели цифровое обучение осознанности для снижения профессионального выгорания у врачей. Выгорание врачей широко распространено в системах здравоохранения и имеет пагубные последствия для врачей, пациентов и медицинских организаций. Тренировки по осознанности доказали свою эффективность в снижении выгорания; однако их трудоемкость часто создает проблемы для врачей, которые и без того испытывают трудности из-за напряженного графика работы. Данное исследование было направлено на разработку краткосрочной и прагматичной цифровой программы машинного обучения с учетом мнения врачей, специально предназначенной для борьбы с профессиональным выгоранием, а также на проверку ее эффективности среди врачей. Для этого были проведены два отдельных нерандомизированных пилотных исследования. В первом исследовании 27 врачей получили цифровую медицинскую терапию в формате подкаста, а во втором исследовании 29 врачей и медицинских сестер прошли то же обучение через бесплатное приложение. Основным показателем эффективности был цинизм, одно из измерений профессионального выгорания. Вторичными показателями эффективности были эмоциональное истощение (второе измерение профессионального выгорания), тревожность, депрессия, нетерпимость к неопределенности, эмпатия

(подшкалы личного дистресса, принятия чужой точки зрения и эмпатической заботы), самосострадание и осознанность (подшкалы нереактивности и безоценочного отношения). Во втором исследовании также измерялись беспокойство, нарушения сна и трудности в регуляции эмоций. Изменения в результатах оценивались с помощью опросников самооценки, заполняемых до и после лечения, а также через 1 месяц в качестве последующего наблюдения. В результате оба исследования показали, что тренировка осознанности снижает цинизм (после лечения: снижение на 33 %; $P \leq 0,04$; $r \geq 0,41$ и при последующем наблюдении: снижение на 33 %; $P \leq 0,04$; $r \geq 0,45$), в то время как улучшение эмоционального истощения наблюдалось только в первом исследовании (снижение на 25 %, $P = 0,02$, $r = 0,50$ после лечения; снижение на 25%, $P = 0,008$, $r = 0,62$ при последующем наблюдении). Также наблюдалось значительное снижение тревожности ($P \leq 0,01$, $r \geq 0,49$ после лечения; $P \leq 0,01$, $r \geq 0,54$ при последующем наблюдении), непереносимости неопределенности ($P \leq 0,03$, $r \geq 0,57$ после лечения; $P < 0,001$, $r \geq 0,66$ при последующем наблюдении) и личного дистресса ($P = 0,03$, $r = 0,43$ после лечения; $P = 0,03$, $r = 0,46$ при последующем наблюдении), в то время как увеличились самосострадание ($P \leq 0,02$, $r \geq 0,50$ после лечения; $P \leq 0,006$, $r \geq 0,59$ при последующем наблюдении) и осознанность (нереактивность: $P \leq 0,001$, $r \geq 0,69$ после лечения; $P \leq 0,004$, $r \geq 0,58$ при последующем наблюдении; безоценочность: $P \leq 0,009$, $r \geq 0,50$ после лечения; $P \leq 0,03$, $r \geq 0,60$ при последующем наблюдении). Кроме того, во втором исследовании было отмечено значительное снижение уровня тревожности ($P = 0,04$, $r = 0,40$ после лечения; $P = 0,006$, $r = 0,58$ при последующем наблюдении), нарушений сна ($P = 0,04$, $r = 0,42$ после лечения; $P = 0,01$, $r = 0,53$ при последующем наблюдении) и трудностей в регуляции эмоций ($P = 0,005$, $r = 0,54$ после лечения; $P < 0,001$, $r = 0,70$ при последующем наблюдении). Однако со временем не наблюдалось изменений в отношении депрессии, способности к принятию чужой точки зрения и эмпатической заботы. Наконец, оба исследования выявили значительные положительные корреляции между выгоранием и тревожностью (цинизм: $r \geq 0,38$; $P \leq 0,04$; эмоциональное истощение: $r \geq 0,58$; $P \leq 0,001$). Ученые полагают, что это первое исследование, в котором врачи-клиницисты участвовали в разработке программы вмешательства, направленной на борьбу с профессиональным выгоранием. Полученные результаты свидетельствуют о том, что данная цифровая мобильная терапия является жизнеспособным и эффективным инструментом для снижения уровня профессионального выгорания и тревожности среди врачей [126].

3.8. Канада

В Канаде управление здоровьем медицинских работников строится на принципах доказательной медицины и включает комплекс мер, направленных на поддержание профессионального благополучия, снижение рисков и использование научно обоснованных подходов.

Лучшие практики управления здоровьем медицинских работников в Канаде базируются на переходе от индивидуального преодоления стресса к системным организационным изменениям. Доказательная база, собранная во время панде-

мии и после неё, выделяет следующие **ключевые стратегии и практики для снижения уровня выгорания, защиты психического здоровья и повышения удержания кадров**^{78, 79, 80, 81, 82} [127–133]:

1. Практики повышения психологической безопасности на рабочем месте:

- Национальный стандарт: Ведущей практикой в Канаде является внедрение стандарта National Standard for Psychological Health and Safety in the Workplace. Он адаптирован для здравоохранения Канадской ассоциацией психического здоровья (МНСС) с добавлением специфических факторов, таких как защита от морального травмирования (Moral distress) и поощрение психологического самообслуживания.
- Программы и практики, ориентированные на психическое здоровье. В Канаде Центр гигиены труда и безопасности (CCOHS) управляет федеральной программой «Здоровое рабочее место» (Healthy workplace programme), которая делает акцент на психическом здоровье.
- Лидерство: Доказано, что применение практик обучения руководителей эмпатичному и поддерживающему стилю управления (Authentic leadership) напрямую снижает риск профессионального выгорания среди младшего и среднего медицинского персонала.

2. Практики организационных и системных вмешательств:

- Практики управления рабочей нагрузкой: Оптимизация рабочих графиков, сокращение административной нагрузки (Electronic burden) и сбалансированные кадровые решения признаны наиболее эффективными мерами для предотвращения эмоционального истощения.
- Практики предоставления ресурсов (Health Literacy): Исследования в Канаде показали, что медицинские работники, получавшие своевременную, прозрачную информацию от руководства, значительно реже сообщали о психологическом дистрессе.

3. Программы и практики поддержки и доступ к помощи:

- Практики индивидуальной и групповой поддержки: Больницы успешно внедряют программы быстрого доступа к конфиденциальной психологической помощи (включая виртуальные консультации).

78 Advancing Psychological Health and Safety within Healthcare Settings. URL: <https://mentalhealthcommission.ca/workplace-healthcare/>.

79 Exploring Two Psychosocial Factors for Health-Care Workers. URL: <https://mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/2022/09/Psychosocial-factors-for-health-care-workers.pdf>.

80 Strategic Plan. URL: <https://healthworkforce.ca/strategic-plan/>.

81 Supporting the well-being of Canada's health care workforce. URL: <https://www.royalcollege.ca/en/about/strategic-themes/health-workforce-wellbeing-plan.html>.

82 Working together to drive change. URL: <https://healthworkforcewellbeing.ca/national-collaborative/>.

- Практики «Вмешательства равных (Peer Support)»: Создание и внедрение программ и практик, где сотрудники могут безопасно обсуждать сложные клинические случаи с коллегами, способствует повышению стрессоустойчивости.

4. Практики обучения и ухода за собой:

- Программы и практики, основанные на фактах (Evidence-based education): Использование таких программ, как The Working Mind (от Канадской комиссии по психическому здоровью), доказанно снижает стигматизацию психических расстройств и улучшает навыки преодоления стресса в коллективе.

Эти практики легли в основу стратегии Canada's Health Workforce Well-Being Plan, координируемой организацией Health Workforce Canada, целью которой является создание устойчивой рабочей среды для медицинских специалистов по всей стране.

Таким образом, управление здоровьем медицинских работников в Канаде сочетает принципы доказательной медицины, непрерывное обучение, профилактические меры и координацию усилий на разных уровнях системы здравоохранения.

Исследования, выполненные в Канаде в области разработки и изучения практик управления здоровьем медицинских работников

Канадские ученые изучили влияние коучинга на благополучие врачей. Благополучие врачей имеет решающее значение для безопасности пациентов и качества медицинской помощи. Коучинг успешно и широко применяется во многих отраслях для повышения благополучия, но лишь недавно стал рассматриваться в контексте работы с врачами. Целью данного обзора было обобщение имеющихся данных о влиянии коучинга, проводимого обученными специалистами, на благополучие врачей, уровень стресса и профессиональное выгорание. Поиск проводился в базах данных MEDLINE, Embase, ERIC, PsycINFO и Web of Science без языковых ограничений до 21 декабря 2022 года. Включались исследования любого дизайна, если в них участвовали врачи любой специальности, проходившие коучинг у обученных специалистов, и оценивалась хотя бы одна мера в рамках континуума благополучия. Пары независимых рецензентов определяли соответствие критериям включения. Риск систематической ошибки оценивался с использованием инструментов оценки риска систематической ошибки Кокрейна для рандомизированных контролируемых исследований и для нерандомизированных исследований вмешательств (ROBINS-I). Метаанализ был невозможен из-за гетерогенности дизайна исследований и показателей результатов, а также непоследовательности в представлении данных. В результате поиска была найдена 2531 ссылка, из которых 14 были включены в исследование (5 рандомизированных контролируемых исследований, 2 нерандомизированных контролируемых исследования, 4 исследования типа «до и после», 2 исследования с использованием смешанных методов, 1 качественное исследование). Во всех

включенных исследованиях приняли участие 1099 человек. Риск систематической ошибки был умеренным или серьезным для нерандомизированных контролируемых исследований, в то время как в 5 рандомизированных контролируемых исследованиях риск был ниже. Во всех количественных исследованиях сообщалось об эффективности коучинга как минимум по одному оцениваемому показателю. Включенное качественное исследование сообщило о положительном влиянии коучинга на участников. Данные доступных рандомизированных контролируемых исследований свидетельствуют о том, что коучинг для врачей может улучшить самочувствие и снизить уровень стресса/выгорания. Нерандомизированные интервенционные исследования имеют аналогичные результаты, но сталкиваются со многими ограничениями. Необходимы согласованная отчетность и стандартизированные показатели результатов [134].

Наряду с этим канадские ученые совместно с учеными США рассмотрели обучение принципам медицины образа жизни в учебных программах для медицинских работников. Неинфекционные заболевания (НИЗ) являются ведущей причиной смертности и заболеваемости во всем мире. В основе НИЗ лежат модифицируемые факторы риска, на которые можно воздействовать с помощью медицины образа жизни (МОЖ). Медицина образа жизни – это научно обоснованная клиническая дисциплина, поддерживающая здоровый образ жизни. Значительная часть интеграции МОЖ в практику основана на образовании, предоставляемом в рамках учебных программ для медицинских работников. Целью исследования было определение эффективности образовательных мероприятий по МОЖ в рамках учебных программ для медицинских работников в отношении знаний, компетентности, самооэффективности/уверенности и навыков. Был проведен систематический обзор и метаанализ, данные анализировались с использованием описательной статистики и метаанализа с учетом случайных эффектов. Всего было включено 14 исследований. Вмешательства были сосредоточены на употреблении психоактивных веществ, питании и физической активности, при этом не было исследований, посвященных здоровью сна, управлению стрессом и социальной связанности. Вмешательства оказали положительное влияние на улучшение знаний (стандартизированная средняя разница (SMD): 0,71 (95 % ДИ: 0,25-1,18), самооценки/уверенности в себе (SMD): 1,34 (95 % ДИ: 0,61-2,07) и практических результатов (SMD): 0,78 (95 % ДИ 0,29-1,26). Мощности исследования было недостаточно для получения надежных оценок результатов, касающихся отношения. Итак, интеграция образовательных мероприятий по развитию лидерских качеств в учебные программы медицинских работников является перспективной и рекомендуется для лучшей подготовки стажеров и будущих медицинских работников к поддержке пациентов в принятии здорового образа жизни [135].

3.9. Дания

В Дании управление здоровьем медицинских работников строится на принципах доказательной медицины – подхода, который предполагает использование

научно обоснованных данных для принятия решений в области профилактики, диагностики, лечения и организации здравоохранения.

Доказательные практики Дании в управлении здоровьем медицинских работников базируются на системном подходе, сдвигающем акцент с индивидуальной устойчивости (Resilience) на устранение системных факторов стресса. Ключевая роль в мониторинге принадлежит Национальному центру исследований рабочей среды (NFA)⁸³ [136].

Опираясь на государственные стандарты и исследования в рамках датских больниц (например, проект Regionshospitalet Gødstrup), можно выделить следующие **эффективные практики управления здоровьем медицинских работников**⁸⁴ [137–139]:

- **Нормативное регулирование:** В Дании существуют законы и стандарты, регулирующие предоставление медицинских услуг, включая аспекты, связанные с профессиональной деятельностью и здоровьем работников. Например, Закон о медицинском обслуживании (Health Service Act) определяет структуру, цель и стандарты предоставления медицинских услуг.
- **Практики многоуровневой организационной поддержки:** Доказано, что тренинги стрессоустойчивости малоэффективны без изменения рабочей среды. Успешные интервенции включают пересмотр нормативов нагрузки и практики улучшения эргономики.
- **Регулярный клинический супервизорский надзор:** Внедрение структурированных сессий для обсуждения эмоционально тяжелых случаев, интервью и своевременной обратной связи. Доказано, что возможность открыто выразить эмоции с коллегами и руководством существенно снижает риск эмоционального выгорания.
- **Практики гибкого планирования смен и нормирование:** Использование научно обоснованных методов распределения персонала (Evidenced-based staffing) в зависимости от тяжести состояния пациентов, а не только от количества коек. Исключается необоснованная ротация специалистов между профильными отделениями.
- **Практики предупреждения сверхурочной работы:** Отслеживание баланса рабочего времени. В Дании полная занятость составляет 37 часов в неделю, а сверхурочные строго регламентируются для предотвращения профессионального истощения и риска сердечно-сосудистых заболеваний.
- **Практики культуры психологической безопасности и открытости:** Отказ от стигматизации ментальных проблем, создание горизонтальных групп

83 Социальный и медицинский сектор. URL: <https://nfa.dk/en/social-and-healthcare-sector>.

84 Evidence based nurse staffing in Danish acute hospitals. URL: https://reforms-investments.ec.europa.eu/system/files/2023-09/21DK02_Final%20report_revised.pdf.

поддержки, где коллеги помогают друг другу. Это напрямую улучшает удержание кадров.

- **Практики профилактики профессионального выгорания и поддержания здоровья:** В системе здравоохранения Дании применяются практики, направленные на снижение стресса среди медицинских работников, улучшение условий труда и предоставление ресурсов для профессионального развития и восстановления.
- **Практики повышения физической активности на рабочем месте (Intelligent Physical Exercise Training):** В больницах внедряются доказательные программы, применяемые для предотвращения малоподвижного образа жизни и снижения мышечных скелетных болей.

Итак, практики управления здоровьем медицинских работников в Дании включают интеграцию результатов актуальных исследований, клинического опыта, практик сохранения профессионального здоровья и профессионального развития медицинских работников и их безопасности, а также поддержку со стороны государственных и контролирующих органов.

Исследования, выполненные в Дании в области разработки и изучения практик управления здоровьем медицинских работников

Датские ученые рассмотрели квалифицированный состав врачей первичной медико-санитарной помощи, рабочее время, время, затрачиваемое на управление, и профессиональное выгорание среди врачей общей практики. Разнообразие профессиональных навыков в первичном звене здравоохранения растет, но внедрение новых ролей в общую практику представляет собой сложную задачу. Высказывались опасения, что разнообразие навыков может увеличить рабочую нагрузку врачей общей практики. В этом исследовании изучалась связь между разнообразием навыков и рабочим временем врачей общей практики, временем, затрачиваемым на ведение пациентов, и профессиональным выгоранием. В общей сложности 1659 врачей общей практики, работающих в 1045 клиниках, заполнили анкету, оценивающую рабочее время, время, затрачиваемое на управление и административную работу, а также уровень профессионального выгорания. Выгорание оценивалось с помощью опросника Маслач по профессиональному выгоранию (MBI). Для трех подшкал MBI был рассчитан составной балл, состоящий из квартильных показателей, и балл ≥ 9 был отнесен к высокому уровню выгорания. Квалифицированный состав измерялся как количество медсестер, секретарей и других медицинских работников на одного врача общей практики. Медицинские работники представляли собой широкую категорию персонала, включающую, среди прочего, физиотерапевтов, акушеров, фармацевтов и психологов. Взаимосвязи исследовались с помощью обобщенных линейных моделей для бинарных результатов. В результате было выявлено, что привлечение медицинских сестер было связано с меньшей вероятностью профессионального выгорания, тогда как привлечение специалистов по охране здоровья было связано с большей вероятностью профессионального выгорания. Последнее наблюда-

лось только среди врачей общей практики, работающих в партнерских организациях, где привлечение специалистов по охране здоровья также было связано с увеличением количества часов, затрачиваемых на ведение пациентов. Состав профессиональных навыков не был связан с количеством рабочих часов в неделю. Таким образом, перераспределение задач от врачей общей практики к медицинским сестрам может разгрузить врачей общей практики, испытывающих высокую рабочую нагрузку, однако результаты указывают на необходимость осторожности при привлечении специалистов по охране здоровья в первичное звено здравоохранения, хотя причинно-следственная связь не может быть установлена. Для уточнения причинно-следственных механизмов необходимы исследования с экспериментальным дизайном [140].

3.10. Объединенные Арабские Эмираты

Управление здоровьем медицинских работников в Объединенных Арабских Эмиратах (ОАЭ) опирается на комплекс мер, включающих лицензирование, аккредитацию медицинских учреждений, внедрение цифровых технологий, программы поддержки профессионального развития и различные мероприятия по снижению стресса. Эти практики имеют доказательную базу и направлены на повышение качества медицинской помощи и безопасности медицинских работников.

Основой доказательных практик управления здоровьем медиков в ОАЭ является смещение фокуса с личной устойчивости сотрудников на системную организационную поддержку. Местные руководители внедряют стратегии, защищающие врачей и медицинских сестер от эмоционального выгорания и депрессии, показатели которых в регионе традиционно высоки.

Лучшие научно обоснованные практики в ОАЭ включают⁸⁵ [141–143]:

1. Государственные программы:

- Стратегия «Mental Wealth Strategy», запущенная Управлением здравоохранения Дубая (DHA Mental Wealth), которая выделяет многомиллионные бюджеты на инициативы и практики, направленные на укрепление психического здоровья как резидентов, так и медицинского персонала.
- Программы и практики достижения счастья и благополучия: Соответствие директивам Национальной программы ОАЭ (National Program for Happiness & Wellbeing), внедряющей гибкие часы работы и политику баланса между работой и личной жизнью.

2. Системные организационные практики:

- Практики оптимизации графиков и предотвращения переработок: Ограничение максимальной рабочей нагрузки (например, строгие лимиты

⁸⁵ Ключевые события, определяющие развитие здравоохранения ОАЭ в 2025 году. URL: <https://ru.tern-group.com/blog/6-key-developments-reshaping-uae-healthcare-in-2025>.

Управления здравоохранения Дубая (DHA) на 48-часовую рабочую неделю для медицинских сестер) и использование ИИ-планирования для предсказуемости смен.

- Практики повышения безопасности рабочей среды: Доказано, что обеспечение адекватными средствами индивидуальной защиты и эргономичное обустройство рабочих мест снижает уровень тревожности медиков на 25 %.
- Практики борьбы со стигматизацией: Создание культуры открытого обсуждения психологических проблем без риска карьерных последствий. Оказание помощи в рамках корпоративных программ поддержки (EAP).

3. Медико-психологические практики:

- Практики управления стрессом и когнитивно-поведенческая терапия: Доказательная медицина рекомендует внедрение структурированных групповых сессий, Балинтовских групп и сеансов осознанности для снижения уровня эмоционального истощения.
- Практики оценки и терапии выгорания: Регулярное использование валидированных опросников (например, Маслач – MBI Inventory) для измерения показателей благополучия сотрудников и своевременного вмешательства.
- Практики улучшения физического здоровья: Организация доступа к корпоративным спортзалам, фитнес-тренерам и оздоровительным мероприятиям на рабочем месте, так как регулярная физическая нагрузка напрямую снижает риск развития депрессии.

4. Практики поддержки медицинских работников:

- Для привлечения и удержания квалифицированных специалистов в ОАЭ реализуются различные инициативы и практики. Например, программа «Золотая виза» обеспечивает долгосрочное проживание и семейное спонсорство для специалистов в области здравоохранения, что способствует удержанию талантов.
- Применяются стратегии и практики, направленные на создание благоприятных условий на рабочем месте, содержащие предложения конкурентоспособной заработной платы, гибкий график работы, а также правительственные инициативы, ориентированные на обучение и развитие местных специалистов.

Таким образом, практики управления здоровьем медицинских работников в ОАЭ сочетают регуляторные меры, технологические инновации, акцент на профессиональное развитие и поддержку со стороны государственных и регулирующих органов. Многие из этих практик имеют доказательную базу и направлены на повышение качества медицинской помощи и безопасности работников.

Исследования, выполненные в Объединенных Арабских Эмиратах в области разработки и изучения практик управления здоровьем медицинских работников

Ученый из Объединенных Арабских Эмиратов совместно с учеными из Ирландии и Бахрейна изучил влияние практики осознанности на профессиональное выгорание врачей. Выгорание врачей – растущее явление в современных системах здравоохранения по всему миру. С появлением COVID-19 выгорание в здравоохранении постепенно становится серьезной проблемой. Усиливающееся эмоциональное истощение, деперсонализация и снижение личной удовлетворенности угрожают эффективному оказанию медицинской помощи. Синдром эмоционального выгорания и моральная травма представляют собой значительный риск для взаимоотношений врача и пациента. Эти проблемы потенциально могут быть смягчены с помощью практики осознанности, которая показала многообещающие результаты в снижении выгорания, восстановлении сострадания и предотвращении моральной травмы у врачей. Был проведен обзор литературы для изучения влияния практики осознанности на профессиональное выгорание врачей. Для анализа высококачественных исследований и обобщения общих тем в литературе были выбраны ведущие журналы. В обзор были включены исследования, проведенные среди практикующих врачей. Основным изучаемым вмешательством была практика осознанности в различных формах. Из обзора были исключены неопубликованные материалы и исследования, проведенные только среди медицинского персонала. В данный обзор было включено 31 исследование. Практика осознанности снижала эмоциональное истощение и деперсонализацию, улучшая настроение, реакцию на стресс и энергичность. У участников исследований также повысились самосознание, сострадание и эмпатия. В результате обзора были выделены четыре темы: инновации в практике осознанности, осознанность и позитивная психология, влияние осознанности на работу и уход за пациентами, а также барьеры и факторы, способствующие практике осознанности врачами. Широко сообщалось о пользе практики осознанности для психического здоровья и благополучия, однако рассмотренные исследования, по-видимому, были сосредоточены на одном аспекте и упускали из виду ключевые аспекты руководства в здравоохранении, системной культуры и практики. Практика осознанности является важнейшим компонентом позитивной психологии и неразрывно связана с эффективным лидерством. Внимательный и сострадательный врач-руководитель будет играть решающую роль в устранении существующих пробелов в практике, уделении приоритетного внимания психическому здоровью персонала и создании благоприятной платформы для инноваций [144].

Наряду с этим ученые из Объединенных Арабских Эмиратов совместно с учеными из Пакистана, Омана, Пакистана и Австралии рассмотрели интеграцию работы и сна для понимания баланса между работой и личной жизнью среди медицинских работников. Медицинские работники жертвуют сном ради повышения качества обслуживания пациентов. Однако это может негативно сказаться на их самочувствии и качестве предоставляемых медицинских услуг. В данном

исследовании использовалась теория сохранения ресурсов для изучения взаимосвязи между склонностью медицинских работников к трудоголизму и ежедневным недосыпанием с целью определения степени их самобаланса. Исследователи использовали временной лаг для измерения склонности медицинских работников к трудоголизму (всего 422 из 282 врачей и 140 медицинских сестер), наблюдали за их режимом сна в течение одной рабочей недели и получили их оценки баланса между работой и личной жизнью. Исследование показало, что взаимосвязь между трудоголизмом и недосыпанием, а также связь между недосыпанием и балансом между работой и личной жизнью была значимой только для врачей. Однако опосредующая роль ежедневного недосыпания между трудоголизмом и балансом между работой и личной жизнью оказалась незначительной. Данное исследование имеет некоторые практические последствия, подчеркивая положительную роль работы и отрицательную роль ежедневного недосыпания в поддержании баланса между работой и личной жизнью у медицинских работников [145].

Кроме этого, ученые из Объединенных Арабских Эмиратов (ОАЭ) рассмотрели знания, отношение и практическое применение средиземноморской диеты (СДД) среди диетологов в ОАЭ. Диетологи занимают уникальное положение для продвижения СДД, признанной за ее пользу для здоровья и устойчивость. Целью данного исследования было оценить знания и отношение к СДД среди диетологов в ОАЭ, а также изучить частоту и корреляты использования этой диеты в клинической практике. Практикующие диетологи ($n = 220$) заполнили онлайн-анкету из 44 пунктов, проверенную на содержательную, конструктивную и внутреннюю надежность, а также надежность параллельной формы. Общий балл рассчитывался как сумма баллов по пунктам, касающимся знаний и отношения. Средний балл по знаниям составил $6,48 \pm 1,85$ из 10, при этом наблюдались пробелы в знаниях о пользе СДД и ее питательном составе. Несмотря на позитивное отношение, многие диетологи не согласились с тем, что легко побудить пациентов сократить потребление красного мяса (68 %) и увеличить потребление фруктов/овощей (70 %). В клинической практике 35 % диетологов редко/никогда не использовали средиземноморскую диету. Диетологи чаще рекомендовали средиземноморскую диету, если они были выходцами из средиземноморской страны ($p = 0,037$), имели более высокие показатели знаний ($p = 0,022$) и отношения к ней ($p = 0,013$), а также получали информацию о средиземноморской диете в рамках университетского образования ($p = < 0,001$) или на конференциях/семинарах/тренингах ($p = 0,002$) [146].

Также ученые из Объединенных Арабских Эмиратов и Иордании изучили представления медицинского персонала о проблеме усталости от сигналов тревоги и применяемых практиках среди медицинских сестер. Усталость от сигналов тревоги представляет собой серьезную проблему в здравоохранении, особенно среди медицинских сестер отделений неотложной помощи и интенсивной терапии. Это явление может приводить к задержке реагирования, пропуску критически важных сигналов тревоги и ухудшению результатов лечения пациентов. Борьба с усталостью от сигналов тревоги имеет решающее значение для обес-

печения безопасности пациентов и оптимизации рабочих процессов медицинских сестер. Поэтому целью исследования было провести всестороннее исследование усталости от сигналов тревоги среди медицинских сестер, уделяя особое внимание изучению их восприятия этой усталости, выявлению факторов, способствующих ее возникновению, и разработке стратегий управления сигналами тревоги и повышения безопасности пациентов. Многоцентровое поперечное количественное исследование было проведено в трех больницах, созданных в рамках инициативы Шейха Халифы в Северных Эмиратах. В исследовании приняли участие 120 медицинских сестер из отделения неотложной помощи, отделения интенсивной терапии и хирургического отделения – палаты интенсивного наблюдения. Использовалась онлайн-платформа для опросов, разработанная Фондом медицинских технологий, сбор данных проводился с сентября 2023 года по ноябрь 2023 года. Был проведен регрессионный анализ для выявления предикторов усталости от сигналов тревоги среди участвующих медицинских сестер, при этом потенциальными предикторами были демографические переменные (возраст, пол), клинические характеристики (стаж работы медицинской сестрой) и организационные факторы (например, условия работы в больнице). Уровень значимости был установлен на уровне $p < 0,05$. Большинство участников были в возрасте от 25 до 34 лет ($n = 60$, 50 %), женщины ($n = 87$, 72,5 %) и преимущественно работали в отделении неотложной помощи ($n = 70$, 58,3 %). Регрессионный анализ ($\beta = 0,244$, $t = 2,73$, $p < 0,01$) выявил пол как значимый фактор, предсказывающий усталость от сигналов тревоги, при этом медбратья испытывали более высокий уровень усталости по сравнению с женщинами. Большинство сотрудников согласились и полностью согласились ($n = 84$, 70 %) с тем, что настройка параметров сигналов тревоги и оповещений чрезмерно сложна в существующих устройствах и что системы интеграции сигналов тревоги и связи с другими беспроводными устройствами полезны для улучшения управления сигналами тревоги и реагирования на них ($n = 101$, 84,2 %). Данное исследование позволило получить представление о распространенности и факторах, предсказывающих усталость от сигналов тревоги среди медицинских сестер, что в конечном итоге послужит основой для разработки целенаправленных вмешательств и стратегий по снижению усталости от сигналов тревоги, повышению безопасности пациентов и улучшению благополучия медицинских работников в отделениях интенсивной терапии [147].

ВЫВОДЫ

1. Управление здоровьем в медицинском коллективе направлено на сохранение физического, психического и профессионального благополучия медицинского персонала в целях снижения заболеваемости, профилактики профессионального выгорания и повышения эффективности деятельности медицинских работников посредством создания им безопасных и комфортных процессов, условий и средств функционирования.
2. Был выполнен информационный поиск с использованием более ста источников данных о современном состоянии исследований и организационных мероприятий в области управления здоровьем в медицинском коллективе, выполняемых в ряде зарубежных стран: Германии, Франции, Сингапуре, Китае, Индии, Турции, США, Канаде, Дании и Объединенных Арабских Эмиратах.
3. В экспертном обзоре приведены последние сведения о результатах анализа современных международных проблем в сфере управления здоровьем в медицинском коллективе, о факторах, влияющих на ведение медицинскими работниками нездорового образа жизни, а также о лучших оптимизирующих практиках с доказательной базой, используемых в зарубежном здравоохранении.
4. В экспертном обзоре также представлены данные об исследованиях, выполненных в последнее время в этих зарубежных странах в области разработки и изучения практик управления здоровьем медицинских работников.
5. Определено, что применение лучших практик с доказательной базой, используемых для управления здоровьем в медицинском коллективе, способствует оптимизации питания, повышению физической активности, борьбе с вредными привычками медицинских работников, сохранению их профессионального здоровья и продлению профессионального долголетия, а также снижению текучести медицинских кадров и улучшению качества медицинского обслуживания пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Мелик-Гусейнов Д. В. Анализ зависимости "фактор-эффект" табакокурения среди медицинских работников и пути решения проблемы / Д. В. Мелик-Гусейнов, Л. А. Ходырева, П. С. Турзин [и др.] // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2019. – Т. 18, № 1. – С. 186-193. – DOI 10.25987/VSTU.2019.18.1.030.
2. Мелик-Гусейнов Д. В. Анализ распространенности табачной зависимости среди медицинских работников / Д. В. Мелик-Гусейнов, Л. А. Ходырева, П. С. Турзин, И. Б. Ушаков // Здоровьесбережение студенческой молодежи: опыт, инновационные подходы и перспективы развития в системе высшего образования: Материалы конференции, Воронеж, 26–27 февраля 2019 года. – Воронеж: Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко, 2019. – С. 341-346.
3. Мелик-Гусейнов Д. В. Распространенность табакокурения у медицинских и педагогических работников / Д. В. Мелик-Гусейнов, Л. А. Ходырева, Н. А. Костенко [и др.] // Медицина труда и промышленная экология. – 2019. – Т. 59, № 3. – С. 178-182. – DOI 10.31089/1026-9428-2019-59-3-178-182.
4. Ходырева Л. А. Анализ степени готовности медицинских работников к формированию здорового образа жизни пациентов / Л. А. Ходырева, П. С. Турзин // Труды Научно-исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента: Сборник научных трудов. Выпуск 1. – Москва: Государственное бюджетное учреждение города Москвы "Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы", 2019. – С. 76-77.
5. Ходырева Л. А. Изучение распространенности табакокурения среди работников социальной сферы Москвы / Л. А. Ходырева, П. С. Турзин, А. С. Евдошенко, И. В. Богдан // Труды Научно-исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента: Сборник научных трудов. Том Выпуск 1. – Москва: Государственное бюджетное учреждение города Москвы "Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы", 2019. – С. 77-79.
6. Аксенова Е. И. Деятельность медицинских работников по формированию мотивации населения к здоровому образу жизни за рубежом, в обычных условиях и при пандемии COVID-19 / Е. И. Аксенова, Н. Н. Камынина, П. С. Турзин // Организационные решения – каркас столичного здравоохра-

нения – 2023: Сборник тезисов докладов V Научно-методического форума организаторов здравоохранения, Москва, 05–07 декабря 2023 года. – Москва: Государственное бюджетное учреждение города Москвы "Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы", 2023. – С. 9-33.

7. Аксенова Е. И. Медицинские работники и здоровый образ жизни: анализ зарубежного опыта / Е. И. Аксенова, Н. Н. Камынина, П. С. Турзин. – Москва: Государственное бюджетное учреждение города Москвы "Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы", 2023. – 250 с. – ISBN 978-5-907717-49-7.
8. Аксенова Е. И. Особенности соблюдения медицинскими работниками здорового образа жизни за рубежом в обычных условиях и во время пандемии COVID-19 / Е. И. Аксенова, Н. Н. Камынина, П. С. Турзин // Здоровье мегаполиса. – 2024. – Т. 5, № 1. – С. 74-83. – DOI 10.47619/2713-2617.zm.2024.v.5i1;74-83.
9. Аксенова Е. И. Профессиональный стресс медицинских работников; обзор зарубежных практик: Экспертный обзор / Е. И. Аксенова, Н. Н. Камынина, П. С. Турзин. – Москва: Государственное бюджетное учреждение города Москвы "Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы", 2023. – 48 с. – ISBN 978-5-907717-35-0.
10. Аксенова Е. И. Распространенность, причины, особенности и коррекция профессионального стресса медицинских работников за рубежом: обзор / Е. И. Аксенова, Н. Н. Камынина, П. С. Турзин // Труды Научно-исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента: Сборник научных трудов. – Москва: Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента, 2024. – С. 235-255.
11. Аксенова Е. И. Медицина образа жизни: мировой опыт внедрения в учебный план высших учебных заведений / Е. И. Аксенова, Н. Н. Камынина, П. С. Турзин // Медицинское образование и профессиональное развитие. – 2023. – Т. 14, № 4(52). – С. 106-126. – DOI 10.33029/2220-8453-2023-14-4-106-126.
12. Аксенова Е. И. Медицина образа жизни и рекомендации, направленные на формирование мотивации медицинских работников к здоровому образу жизни за рубежом / Е. И. Аксенова, Н. Н. Камынина, П. С. Турзин // Здоровье мегаполиса. – 2023. – Т. 4, № 3. – С. 120-129. – DOI 10.47619/2713-2617.zm.2023.v.4i3;120-129.
13. Царанов К. Н. Восприятие культуры безопасности организации медицинскими сотрудниками Германии и России / К. Н. Царанов // Исследования и практика в медицине. – 2022. – Т. 9, № 3. – С. 180-191. – DOI 10.17709/2410-1893-2022-9-3-14.

14. Солодкий В. А. Обзор реформ в системе здравоохранения Франции за последние двадцать лет / В. А. Солодкий, В. И. Перхов, Р. В. Стебунова // Менеджер здравоохранения. – 2012. – № 1. – С. 36-48.
15. Chua GP. Challenges Confronting the Practice of Nursing in Singapore. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2020 Jun 8;7(3):259-265. doi: 10.4103/apjon.apjon_13_20. PMID: 32642497; PMCID: PMC7325770.
16. L. Ho S.W., K. Kwek E.B. Levels of burnout and its association with resilience and coping mechanisms among orthopaedic surgery residents: a single institution experience from Singapore. *Singapore Med J*. 2022 Jul;63(7):381-387. doi: 10.11622/smedj.2021010. Epub 2021 Jan 21. PMID: 33472337; PMCID: PMC9578120.
17. Lum A., Goh Y.L., Wong K.S., Seah J., Teo G., Ng J.Q., Abdin E., Hendricks M.M., Tham J., Nan W., Fung D. Impact of COVID-19 on the mental health of Singaporean GPs: a cross-sectional study. *BJGP Open*. 2021 Aug 24;5(4):BJGPO.2021.0072. doi: 10.3399/BJGPO.2021.0072. PMID: 34172477; PMCID: PMC8450882.
18. Poh L.W., Teo I., Tewani K., Tan H.K., Yoon S., Sung S.C. Understanding the needs of health care workers in Singapore during the COVID-19 outbreak: A qualitative analysis. *Am J Infect Control*. 2022 Oct;50(10):1133-1139. doi: 10.1016/j.ajic.2022.06.004. Epub 2022 Jun 11. PMID: 35700928; PMCID: PMC9188118.
19. Tan K.H., Lim B.L., Foo Z., Tang J.Y., Sim M., Lee P.T., Fong K.Y. Prevalence of burnout among healthcare professionals in Singapore. *Ann Acad Med Singap*. 2022 Jul; 51(7):409-416. doi: 10.47102/annals-acadmedsg.2021338. PMID: 35906940.
20. Tan P.Z., Szücs A., Tan Y.Y., Goh L.H. Burnout in Singapore's public primary healthcare workers: a cross-sectional study. *BMC Prim Care*. 2025 Dec 24;26(1): 404. doi: 10.1186/s12875-025-03093-5. PMID: 41444937; PMCID: PMC12729091.
21. Teo Y.H., Xu J.T.K., Ho C., Leong J.M., Tan B.K.J., Tan E.K.H., Goh W.A., Neo E., Chua J.Y.J., Ng S.J.Y., Cheong J.J.Y., Hwang J.Y., Lim S.M., Soo T., Sng J.G.K., Yi S. Factors associated with self-reported burnout level in allied healthcare professionals in a tertiary hospital in Singapore. *PLoS One*. 2021 Jan 6;16(1):e0244338. doi: 10.1371/journal.pone.0244338. PMID: 33406132; PMCID: PMC7787466.
22. Zainal H., Quah J.H.M., Smith H.E. Experiences of doctors working in Singapore's public primary healthcare clinics. *Health Soc Care Community*. 2022 Sep;30(5): e1948-e1958. doi: 10.1111/hsc.13626. Epub 2021 Nov 1. PMID: 34725885.
23. Сюй Х. Проблемы в системе китайского здравоохранения / Х. Сюй // Молодой ученый. – 2020. – № 28(318). – С. 59-61.
24. Xu X., Zhang J., Fang R., Liu H., Zhou W., She Y., Liu F., Hong X. and Deng X. (2023) Evaluation of the mental health status of community frontline medical workers after the normalized management of COVID-19 in Sichuan, China. *Front. Psychiatry* 14:1198822. doi: 10.3389/fpsyt.2023.1198822.

25. Черняев М. В. Университетские клиники в Китае: организационные модели и роль в системе здравоохранения / М. В. Черняев // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2026. – № 1. – С. 57-62. – DOI 10.69541/NRIPH.2026.01.008.
26. Федонников А. С. Медико-правовые особенности функционирования системы здравоохранения Республики Индия / А. С. Федонников, Н. И. Махонько // Вестник Университета имени О.Е. Кутафина (МГЮА). – 2023. – № 6(106). – С. 142-150. – DOI 10.17803/2311-5998.2023.106.6.142-150.
27. Greenberg N., Docherty M., Gnanapragasam S., Wessely S. Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. BMJ. 2020; 368 :m1211 doi:10.1136/bmj.m1211.
28. Karki L., Rijal B., Hamal P.K., Khanal M.C., Bhusal S. Management and Leadership Development in Healthcare Professionals. JNMA J Nepal Med Assoc. 2023 Mar 1; 61(259):294-296. doi: 10.31729/jnma.8100. PMID: 37203935; PMCID: PMC10231540.
29. Сауткина В. А. Система здравоохранения в США: в поисках новой модели управления / В. А. Сауткина // США и Канада: экономика, политика, культура. – 2022. – № 6. – С. 71-87. – DOI 10.31857/S2686673022060050.
30. Najafizada M. (2025) Beyond headcount: four dimensions of Canada's primary care access crisis and a three-level agenda for action. Front. Med. 12:1695409. doi: 10.3389/fmed.2025.1695409.
31. Tania Bubela, Colleen M. Flood, Kimberlyn McGrail, Sharon E. Straus, Sharmistha Mishra. How Canada's decentralised covid-19 response affected public health data and decision making. BMJ 2023; 382, doi: <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-075665>.
32. Hans Okkels Birk, Karsten Vrangbæk, Andreas Rudkjøbing, Allan Krasnik, Astrid Eriksen, Erica Richardson, Signe Smith Jervelundarmann, Yulia Litvinova. DENMARK. Health Systems in Transition. Volume 26 № 1, 2024. WHO, 2024, 186 pages, doi: <https://www.demoscope.ru/weekly/2024/01029/biblio02.php>.
33. Jung G., Oh J. Factors Affecting Health-Related Quality of Life among Healthcare Workers during COVID-19: A Cross-Sectional Study. Medicina (Kaunas). 2022 Dec 24; 59(1):38. doi: 10.3390/medicina59010038. PMID: 36676662; PMCID: PMC9866756.
34. Pecha S., Brinks R., Feinkohl I., Macare C., Koseoglu-Ornek O. Health status, health behavior and perceived stress of nursing staff in Germany: a scoping review. BMC Nurs. 2026 Jan 9;25(1):97. doi: 10.1186/s12912-025-04282-4. PMID: 41514235; PMCID: PMC12849386.
35. Lützerath J., Bleier H., Schaller A. Work-Related Health Burdens of Nurses in Germany: A Qualitative Interview Study in Different Care Settings. Healthcare (Basel). 2022 Feb 15;10(2):375. doi: 10.3390/healthcare10020375. PMID: 35206989; PMCID: PMC8871691.

36. Colin R., Wild P., Paris C. and Boini S. (2022) Co-exposures to physical and psycho-social work factors increase the occurrence of workplace injuries among French care workers. *Front. Public Health* 10:1055846. doi: 10.3389/fpubh.2022.1055846.
37. Dutheil F., Parreira L.M., Eismann J., Lesage F.X., Balayssac D., Lambert C., Clinchamps M., Pezet D., Pereira B., Le Roy B. Burnout in French General Practitioners: A Nationwide Prospective Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Nov 16;18(22):12044. doi: 10.3390/ijerph182212044. PMID: 34831796; PMCID: PMC8624683.
38. Jullian B., Deltour M., Franchitto N. The consumption of psychoactive substances among French physicians: how do they perceive the creation of a dedicated healthcare system? *Front Psychiatry*. 2023 Dec 14;14:1249434. doi: 10.3389/fpsyt.2023.1249434. PMID: 38156325; PMCID: PMC10752955.
39. Mahler L., Sebo P., Favrod-Coune T., Moussa A., Cohidon C., Broers B. The prevalence of five lifestyle risk factors in primary care physicians: A cross-sectional study in Switzerland. *Prev Med Rep*. 2022 Feb 19;26:101740. doi: 10.1016/j.pmedr.2022.101740. PMID: 35251911; PMCID: PMC8889261.
40. Vancappel A., Jansen E., Ouhmad N., Desmidt T., Etain B., Bergey C., d'Ussel M., Krebs M.-O., Paquet C., Réveillère C., Hingray C. and El-Hage W. (2021) Psychological Impact of Exposure to the COVID-19 Sanitary Crisis on French Healthcare Workers: Risk Factors and Coping Strategies. *Front. Psychiatry* 12:701127. doi: 10.3389/fpsyt.2021.701127.
41. Huang Z., Tan P.T., Kua Z., Ong L.J., Hamzah F.B.M., Tan B. Healthcare workers' self-regulatory eating behaviours are associated with being stress-free during the Covid-19 lockdown in Singapore. *Sci Rep*. 2022 Sep 28;12(1):16257. doi: 10.1038/s41598-022-19001-1. PMID: 36171219; PMCID: PMC9518944.
42. Kua Z., Hamzah F., Tan P.T., Ong L.J., Tan B., Huang Z. Physical activity levels and mental health burden of healthcare workers during COVID-19 lockdown. *Stress Health*. 2022 Feb;38(1):171-179. doi: 10.1002/smi.3078. Epub 2021 Jul 12. PMID: 34231968; PMCID: PMC8420337.
43. Ng IK. Letter re: On Dietary Habits of Healthcare Workers and Association With Burnout. *Am J Lifestyle Med*. 2023 Dec 19;18(4):592-593. doi: 10.1177/15598276231223483. PMID: 39262886; PMCID: PMC11384848.
44. Sin Eng Chia, Mei Ling Tan, Elise Cheok, Peh Woon Ong. Health profile of workers from different industries in Singapore. *Singapore Medical Journal* 66(5):p 271-277, May 2025. DOI: 10.4103/singaporemedj.SMJ-2021-380.
45. Sing P. and Lau A.C.H. (2025) A scoping review of workplace violence against healthcare workers in Singapore. *Front. Public Health* 13:1624191. doi: 10.3389/fpubh.2025.1624191.

46. Купченко В. Е. Факторы профессионального стресса у медицинского персонала в условиях COVID-19 / В. Е. Купченко // Современная зарубежная психология. – 2023. – Т. 12, № 2. – С. 53-63. – DOI 10.17759/jmfp.2023120205.
47. Chen W. Dietary health of medical workers: who's taking care of it? *HepatoBiliary Surg Nutr.* 2021;10(2):232-234. doi: 10.21037/hbsn-2021-9.
48. Guo X., Gong S., Chen Y., Hou X., Sun T., Wen J., Wang Z., He J., Sun X., Wang S., Chen Z., Feng X., Tian X. Weight and Lifestyle Behavior Changes in Chinese Health Care Workers During the COVID-19 Pandemic: 3-Year Retrospective Survey. *Interact J Med Res.* 2024 Dec 10;13:e50754. doi: 10.2196/50754. PMID: 39657182; PMCID: PMC11668995.
49. Guo X., Gong S., Chen Y., Hou X., Sun T., Wen J., Wang Z., He J., Sun X., Wang S., Feng X., Tian X. Lifestyle behaviors and stress are risk factors for overweight and obesity in healthcare workers: a cross-sectional survey. *BMC Public Health.* 2023 Sep 14;23(1):1791. doi: 10.1186/s12889-023-16673-w. PMID: 37710220; PMCID: PMC10503083.
50. He Q., Martins L.M.D., Wang S., Zhan Q., Yu X., Ba Z., Li W. and Huang H. (2023) Job security among healthcare workers in Guangdong, China. *Front. Public Health* 11:1096825. doi: 10.3389/fpubh.2023.1096825.
51. Huang J., Zhu J., Ruan Y., Zhou H., Guo W. and Dong A. (2023) Health-related quality of life in Chinese medical staff: a latent profile analysis. *Front. Public Health* 11:1183483. doi: 10.3389/fpubh.2023.1183483.
52. Huang J., Zhu P., Yan Y., Xi B., Zhu S., Ji J., Gu J. Prevalence and factors associated with burnout among primary health-care workers in China during COVID-19: a national survey. *BMC Prim Care.* 2024 Sep 17;25(1):341. doi: 10.1186/s12875-024-02593-0. PMID: 39289606; PMCID: PMC11406954.
53. Li M., Yang G., Xu X., Oh I. and Xu S. (2026) Relationships among perceived stress, anxiety, and well-being in Chinese hospital staff: the mediating role of self-efficacy and the moderating role of empathy. *Front. Psychol.* 17:1740682. doi: 10.3389/fpsyg.2026.1740682.
54. Sun Y.T., Wu W., Guo Z.H., Liu Y.C., Yao Y.T. Evidence in Cardiovascular Anesthesia (EICA) Group. Burnout among doctors in China: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health.* 2025 Nov 5;25(1):3787. doi: 10.1186/s12889-025-25034-8. PMID: 41194187; PMCID: PMC12587635.
55. Holtzclaw L., Arlinghaus K.R., Johnston C.A. The Health of Health Care Professionals. *Am J Lifestyle Med.* 2020 Dec 2;15(2):130-132. doi: 10.1177/1559827620977065. PMID: 33790698; PMCID: PMC7958223.
56. Kesarwani V., Husaain Z.G., George J. Prevalence and Factors Associated with Burnout among Healthcare Professionals in India: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Indian J Psychol Med.* 2020 Mar 9;42(2):108-115. doi: 10.4103/IJPSYM.IJPSYM_387_19. PMID: 32346250; PMCID: PMC7173664.

57. Maity R., Dhali A., Sinha A., Golui P. Workplace violence stems from deep rooted problems within the Indian medical system. *BMJ*. 2024; 387:q2318 doi:10.1136/bmj.q2318.
58. Mohanty A., Kabi A., Mohanty A.P. Health problems in healthcare workers: A review. *J Family Med Prim Care*. 2019 Aug 28;8(8):2568-2572. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_431_19. PMID: 31548933; PMCID: PMC6753812.
59. Panda J., Hota S.K., Padhy A., Behera A., Sahu N. Assessment of lifestyle factors of doctors working in a medical college of Odisha, India. *Natl J Physiol Pharm Pharmacol* 2024;14(07):1438-1441.
60. Sachdeva A. & Sachdeva A. (2025). Tomorrow's Doctors, Today's Risks: A Comprehensive Assessment of Diet, Physical Activity, Stress and Lifestyle Factors among Medical Students in Himachal Pradesh. *Journal of Pioneering Medical Sciences*, 14(9), 217-225.
61. Medeni İ., Alagüney M.E. and Medeni V. (2024) Occupational injuries among healthcare workers: a nationwide study in Turkey. *Front. Public Health* 12:1505331. doi: 10.3389/fpubh.2024.1505331.
62. Mercan Y., Pancar N., Can A., Doğru M.C. The association between burnout of healthcare employees and quality of work-life in Northwestern Turkey. *Z Gesundh Wiss*. 2023 Feb 14:1-10. doi: 10.1007/s10389-023-01842-3. Epub ahead of print. PMID: 36816447; PMCID: PMC9926415.
63. Serap Açıkgöz, Ayşe Beser. Barriers to healthy lifestyle behaviors perceived by nurses working in hospitals. *AvrasyaSBD*. 01 Mayıs 2022;5(2):78-87. doi:10.53493/avrasyasbd.1028062.
64. Селами Й. Система здравоохранения в Турции: анализ и предложения по реформам / Й. Селами // Проблемы современной экономики. – 2025. – № 1(93). – С. 206-211.
65. Khudova I.Yu., Ulumbekova G.E. Healthcare workers “burnout”: diagnostic, treatment, particularities during epidemic of COVID-19. *ORGZDRAV: novosti, mneniya, obuchenie. Vestnik VSHOUZ [HEALTHCARE MANAGEMENT: News, Views, Education. Bulletin of VSHOUZ]*. 2021; 7 (1): 42–62. DOI: URL: <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2021-7-1-42-62>.
66. Khubchandani J., Batra K., Yockey R.A., Webb F.J., Banerjee S. Health care workers' risk behaviors and health status: Hidden realities or new paradigms? *J Med Surg Public Health*. 2024 Apr;2:100097. doi: 10.1016/j.glmedi.2024.100097. Epub 2024 Apr 9. PMID: 40843284; PMCID: PMC12366876.
67. Boucher V.G., Haight B.L., Léger C., Deslauriers F., Bacon S.L., Lavoie K.L., Puterman E.M.; iCARE study team. Canadian healthcare workers' mental health and health behaviours during the COVID-19 pandemic: results from nine representative samples between April 2020 and February 2022. *Can J Public*

Health. 2023 Oct;114(5):823-839. doi: 10.17269/s41997-023-00807-z. Epub 2023 Aug 7. Erratum in: Can J Public Health. 2026 Feb 9. doi: 10.17269/s41997-026-01159-0. PMID: 37548891; PMCID: PMC10485207.

68. Ip N., Scarrott K. and Conklin A.I. (2024) Multiple recommended health behaviors among medical students in Western Canada: a descriptive study of self-reported knowledge, adherence, barriers, and time use. *Front. Med.* 11:1468990. doi: 10.3389/fmed.2024.1468990.
69. Orr T., Cheung E., Saha M., Balogun T., Feng C., Farag M. Identifying risk factors for burnout-driven turnover in Canadian healthcare workers during the Covid-19 pandemic. *BMC Health Serv Res.* 2025 Mar 29;25(1):469. doi: 10.1186/s12913-025-12522-1. PMID: 40158104; PMCID: PMC11954293.
70. Quist H.G., Thomsen B.L., Christensen U. et al. Influence of lifestyle factors on long-term sickness absence among female healthcare workers: a prospective cohort study. *BMC Public Health* 14, 1084 (2014). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1084>.
71. Alshamsi A.I. A review of the United Arab Emirates healthcare systems on medical tourism and accreditation. *Front Health Serv.* 2024 Feb 21;4:1329252. doi: 10.3389/frhs.2024.1329252. PMID: 38449575; PMCID: PMC10915079.
72. Santhosh S.T., Siddiq Mohamed Hameed A., Ciju A.L., Rannath A., Fatima S.K., James J.C., Shaji M.N., Esheiba E.M., Sreedharan J., Muttappallymyalil J. Are the healers healthy? Exploring non-communicable diseases among healthcare workers in Ajman, United Arab Emirates. *BMC Public Health.* 2025 May 17;25(1):1818. doi: 10.1186/s12889-025-22484-y. PMID: 40382574; PMCID: PMC12085001.
73. Mojtahedzadeh N., Neumann F.A., Rohwer E. et al. Betriebliche Gesundheitsförderung in der Pflege. *Präv Gesundheitsf* 16, 163–169 (2021). <https://doi.org/10.1007/s11553-020-00800-1>.
74. Schröter M., Koch A.K., Berschick J., Schiele J.K., Bogdanski M., Steinmetz M., Czakert J., Stritter W., Kessler C.S., Seifert G. Feasibility of a tailored, combined intervention with mind-body elements to prevent burnout in healthcare professionals (LAGOM) in a mixed-methods multicenter single-arm trial. *Sci Rep.* 2025 Jul 28;15(1):27414. doi: 10.1038/s41598-025-12543-0. PMID: 40721457; PMCID: PMC12304144.
75. Frenkel M.O., Pollak K.M., Schilling O., Voigt L., Fritzsche B., Wrzus C., Egger-Lampl S., Merle U., Weigand M.A., Mohr S. Stressors faced by healthcare professionals and coping strategies during the early stage of the COVID-19 pandemic in Germany. *PLoS One.* 2022 Jan 18;17(1):e0261502. doi: 10.1371/journal.pone.0261502. PMID: 35041679; PMCID: PMC8765664.
76. Денисов Э. И. Реформа медицины труда во Франции: состояние проблемы и новый закон / Э. И. Денисов // Безопасность и охрана труда. – 2014. – № 3(60). – С. 64-67.

77. Солодкий В. А. Обзор реформ в системе здравоохранения Франции за последние двадцать лет / В. А. Солодкий, В. И. Перхов, Р. В. Стебунова // Менеджер здравоохранения. – 2012. – № 1. – С. 36-48.
78. Sabatier T., Blanchemaison J., Ladner J., Cailleaux P.E. Only private life settings positively affect quality of life of French women general practitioners. *Womens Health (Lond)*. 2025 Jan-Dec;21:17455057251349613. doi: 10.1177/17455057251349613. Epub 2025 Oct 27. PMID: 41140286; PMCID: PMC12575981.
79. Pajoux S., Loizeau V. The effect of schedule management empowerment on hospital attractivity and nurses' loyalty: a mixed method study. *BMC Nurs*. 2026 May 25. doi: 10.1186/s12912-026-04713-w. Epub ahead of print. PMID: 42186018.
80. Sung S., Tan H., Poh L., Yoon S., Tewani K. & Teo, I. (2022). Understanding the needs of health care workers in Singapore during the COVID-19 outbreak: A qualitative analysis. *AJIC: American Journal of Infection Control*, 50(10), 1133–1139. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2022.06.004>.
81. Tan H.Y., Tan J.K., Lam L.T., Tan D.H., Chua Y.X. Insights into Singapore's national strategy for primary care reform: physician attitudes, facilitators and barriers to healthier SG. *BMC Health Serv Res*. 2025 Aug 4;25(1):1021. doi: 10.1186/s12913-025-13143-4. PMID: 40754525; PMCID: PMC12320328.
82. Алферова Е. В. Национальное законодательство в сфере врачебной ответственности (опыт Австралии, Китая, Японии, Южной Кореи и Сингапура) / Е. В. Алферова, Е. В. Скурко // Контуры глобальных трансформаций: политика, экономика, право. – 2025. – Т. 18, № 2. – С. 206-221. – DOI 10.31249/kgt/2025.02.12.
83. Yap S.H., Zainal L.N.B., Yusoff S.Z.B., Tan X.R. Exploring the use of mindfulness for prevention of burnout in allied health professionals in Singapore. *Work*. 2025 Jun;81(2):2574-2581. doi: 10.1177/10519815241313115. Epub 2025 Feb 12. PMID: 39973715; PMCID: PMC12231785.
84. Chen Y., Wang C., Shang H. Yang K., Norris S. L. Clinical practice guidelines in China *BMJ* 2018; 360:j5158 doi:10.1136/bmj.j5158. <https://www.bmj.com/content/360/bmj.j5158>.
85. Zhang M., Kim R. Occupational health protection for health workers during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: 6P-approach in China. *Glob Health J*. 2021 Dec;5(4):215-219. doi: 10.1016/j.glohj.2021.11.007. Epub 2021 Nov 25. PMID: 34849270; PMCID: PMC8613932.
86. Zhang M., Huang Y., Wu F., Liu D., Wei C. and Qin Y. (2022) Improving occupational health for health workers in a pilot hospital by application of the HealthWISE international tool: An interview and observation study in China. *Front. Public Health* 10:1010059. doi: 10.3389/fpubh.2022.1010059.
87. Zheng Q., Jin Y. and Xu X. (2024) Artificial intelligence and job performance of healthcare providers in China. *Front. Public Health* 12:1398330. doi: 10.3389/fpubh.2024.1398330.

88. Профессиональное выгорание, симптомы эмоционального неблагополучия и дистресса у медицинских работников во время эпидемии COVID-19 / С. С. Петриков, А. Б. Холмогорова, А. Ю. Суроегина [и др.] // Консультативная психология и психотерапия. – 2020. – Т. 28, № 2(108). – С. 8-45. – DOI 10.17759/cpp.2020280202.
89. Xie W.Q., Wang J.L., Luo X., Tang P., Zeng L., Jin M. The effectiveness of psychological intervention on nursing staff' compassion fatigue: a meta-analysis]. Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi. 2022 Jan 20;40(1):39-45. Chinese. doi: 10.3760/cma.j.cn121094-20201027-00598. PMID: 35255561.
90. Chen X., Chen M., Zheng H., Wang C., Chen H., Wu Q., Liao H., Zhu J., Lin J., Ou X., Zou Z., Wang Z., Zheng Z., Zhuang X., Chen R. Effects of psychological intervention on empathy fatigue in nurses: A meta-analysis. Front Public Health. 2022 Oct 14; 10:952932. doi: 10.3389/fpubh.2022.952932. PMID: 36311568; PMCID: PMC9614432.
91. Yu H., Deng Y., Gui L. Development and Implementation of a Multidimensional Narrative Support System for Emergency Nurses: An Action Research. J Nurs Manag. 2024 Jul 27;2024:6162718. doi: 10.1155/2024/6162718. PMID: 40224859; PMCID: PMC11918652.
92. Tan R., Wang J., Teng F., Wang J., Wang Y., Zhou W., Hu D. Self-care practices among hospice nurses in general hospitals in China: A qualitative study. Asia Pac J Oncol Nurs. 2025 Apr 28;12:100706. doi: 10.1016/j.apjon.2025.100706. PMID: 40485990; PMCID: PMC12141944.
93. Wu X., Lu Y., Zeng Y., Han H., Sun X., Zhang J., Wei N., Ye Z. Personality portraits, resilience, and professional identity among nursing students: a cross-sectional study. BMC Nurs. 2024 Jun 21;23(1):420. doi: 10.1186/s12912-024-02007-7. PMID: 38907353; PMCID: PMC11191206.
94. Ning M., Chen Z., Yang J., Li X., Yu Q., Huang C., Li Y., Tian Y. Development and validation of a nomogram for predicting high-burnout risk in nurses. J Clin Nurs. 2025 Apr;34(4):1338-1350. doi: 10.1111/jocn.17210. Epub 2024 May 12. PMID: 38736145; PMCID: PMC11933524.
95. Xu Y., Lu T., Feng L., Chen Y., Chen S., Xiong R. Occupational skin health risk among nurses: development and validation of a nomogram-based prediction model. Front Public Health. 2026 Mar 31;14:1748717. doi: 10.3389/fpubh.2026.1748717. PMID: 41988581; PMCID: PMC13078389.
96. Chatterjee S., Chowdhary N., Pednekar S., Cohen A., Andrew G., Andrew G., Araya R., Simon G., King M., Telles S., Verdelli H., Clougherty K., Kirkwood B., Patel V. Integrating evidence-based treatments for common mental disorders in routine primary care: feasibility and acceptability of the MANAS intervention in Goa, India. World Psychiatry. 2008 Feb;7(1):39-46. doi: 10.1002/j.2051-5545.2008.tb00151.x. PMID: 18458786; PMCID: PMC2359726.

97. Chaturvedi S., Porter J., Gopalakrishna Pillai G.K., Abraham L., Shankar D., Patwardhan B. India and its pluralistic health system - a new philosophy for Universal Health Coverage. *Lancet Reg Health Southeast Asia*. 2023 Mar; 10:100136. doi: 10.1016/j.lansea.2022.100136. PMID: 36938332; PMCID: PMC10015266.
98. Mhalshekar V. The Changing Scenario of Occupational Health in India. *Indian J Occup Environ Med*. 2024 Jan-Mar;28(1):1-3. doi: 10.4103/ijoem.ijoem_69_24. Epub 2024 Apr 10. PMID: 38783875; PMCID: PMC1111137.
99. Kanchibhotla D., Harsora P., Gupte P., Mehrotra S., Sharma P., Trehan N. Alleviating Work Exhaustion, Improving Professional Fulfillment, and Influencing Positivity Among Healthcare Professionals During COVID-19: A Study on Sudarshan Kriya Yoga. *Front Psychol*. 2022 Jul 13;13:670227. doi: 10.3389/fpsyg.2022.670227. PMID: 35910997; PMCID: PMC9326464.
100. Bhardwaj P., Pathania M., Bahurupi Y., Kanchibhotla D., Harsora P., Rathaur V.K. Efficacy of mHealth aided 12-week meditation and breath intervention on change in burnout and professional quality of life among health care providers of a tertiary care hospital in north India: a randomized waitlist-controlled trial. *Front Public Health*. 2023 Nov 1;11:1258330. doi: 10.3389/fpubh.2023.1258330. PMID: 38026380; PMCID: PMC10646346.
101. Zacharias B.S., Upendra S. Effectiveness of Resiliency and Recovery Program on Compassion Fatigue among Nursing Officers working in selected Hospitals in India. *Invest Educ Enferm*. 2023 Nov;41(3):e06. doi: 10.17533/udea.iee.v41n3e06. PMID: 38589306; PMCID: PMC10990588.
102. Lipsa J.M., Rajkumar E., Gopi A., Romate J. Effectiveness of psychological interventions for compassion fatigue: a systematic review and meta-analysis. *J Occup Health*. 2024 Jan 4;66(1):uia061. doi: 10.1093/jocuh/uiae061. PMID: 39382941; PMCID: PMC11543797.
103. Iftihar Koksai, Salah Al. Awaidy, Abdullah Mufareh Assiri, Onur Ozudogru, Mansour Khalaf, Cihan Yeşiloğlu & Selim Badur. (2024) Adult vaccination in three Eastern Mediterranean countries: current status, challenges and the way forward. *Expert Review of Vaccines* 23:1, pages 1068-1084.
104. Medeni İ., Alagüney M.E., Medeni V. Occupational injuries among healthcare workers: a nationwide study in Turkey. *Front Public Health*. 2024 Dec 5;12:1505331. doi: 10.3389/fpubh.2024.1505331. PMID: 39703481; PMCID: PMC11655324.
105. Occupational safety and health profile: Turkey / Nazmi Bilir ; International Labour Organization, ILO Office for Turkey. – Ankara: ILO, 2016. 124 p.
106. Ören Çelik M.M., Karaketir E.Ş., Canbaz S., İnce G.N. Occupational accidents among healthcare workers in Türkiye: a systematic review and meta-analysis. *Inj Prev*. 2025 Dec 3;ip-2025-045924. doi: 10.1136/ip-2025-045924. Epub ahead of print. PMID: 41338977.

107. Pehlivan T., Güner P. Effect of a compassion fatigue resiliency program on nurses' professional quality of life, perceived stress, resilience: A randomized controlled trial. *J Adv Nurs*. 2020 Dec;76(12):3584-3596. doi: 10.1111/jan.14568. Epub 2020 Oct 3. PMID: 33009840.
108. Yilmazer Y.Ç., Buldukoglu K., Tuna T., Güney S.S. Dance and Movement Therapy Methods for Compassion Satisfaction, Burnout, and Compassion Fatigue in Nurses: A Pilot Study. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2020 Apr 1;58(4):43-51. doi: 10.3928/02793695-20200211-01. Epub 2020 Feb 14. PMID: 32065657.
109. Korkmaz A., Bernhardsen G.P., Cirit B., Koprucu Suzer G., Kayan H., Biçmen H., Tahra M., Suner A., Lehto S.M., Sag D., Saatcioglu F. Sudarshan Kriya Yoga Breathing and a Meditation Program for Burnout Among Physicians: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open*. 2024 Jan 2;7(1):e2353978. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2023.53978. PMID: 38294813; PMCID: PMC10831575.
110. Yildiz M., Aydin M.R., Aydin A. Burnout levels and associated factors among physicians and dentists in Türkiye. *Medicine (Baltimore)*. 2026 Mar 20;105(12):e48108. doi: 10.1097/MD.00000000000048108. PMID: 41861183; PMCID: PMC13008199.
111. Demir Y., Bulut A., Mehel D.M. Spiritual Integrity as a Mediator Between Workload and Burnout: A Cross-Sectional Study Among Physicians in Türkiye. *J Relig Health*. 2026 May 23. doi: 10.1007/s10943-026-02684-5. Epub ahead of print. PMID: 42176088.
112. Carson W., Bates M., Howard J. Elevating professional well-being in healthcare. *Nurs Manage*. 2024 Aug 1;55(8):7-12. doi: 10.1097/nmg.0000000000000154. Epub 2024 Jul 31. PMID: 39088589; PMCID: PMC11373476.
113. Novicki E., Howard J., Simmons S. Introducing the Impact Wellbeing™ Guide: Taking Action to Improve Health Care Worker Well-being. *Workplace Health Saf*. 2025 Jun;73(6):320. doi: 10.1177/21650799241290541. Epub 2024 Dec 31. PMID: 40346832; PMCID: PMC12065978.
114. Flanders S., Hampton D., Missi P., Ipsan C., Gruebbel C. Effectiveness of a Staff Resilience Program in a Pediatric Intensive Care Unit. *J Pediatr Nurs*. 2020 Jan-Feb;50:1-4. doi: 10.1016/j.pedn.2019.10.007. Epub 2019 Oct 25. PMID: 31669724.
115. Dulko D., Kohal B.J. How Do We Reduce Burnout In Nursing? *Nurs Clin North Am*. 2022 Mar;57(1):101-114. doi: 10.1016/j.cnur.2021.11.007. Epub 2022 Feb 8. PMID: 35236601.
116. Fainstad T., Mann A., Suresh K., Shah P., Dieujuste N., Thurmon K., Jones C.D. Effect of a Novel Online Group-Coaching Program to Reduce Burnout in Female Resident Physicians: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open*. 2022 May 2;5(5):e2210752. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2022.10752. Erratum in: *JAMA Netw Open*. 2022 Jun 01;5(6):e2220348. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2022.20348. PMID: 35522281; PMCID: PMC9077483.

117. Nes E., White B.A.A., Malek A.J., Mata J., Wieters J.S., Little D. Building Communication and Conflict Management Awareness in Surgical Education. *J Surg Educ.* 2022 May-Jun;79(3):745-752. doi: 10.1016/j.jsurg.2021.11.014. Epub 2021 Dec 21. PMID: 34952815.
118. Argus-Calvo B., Clegg D.J., Francis M.D., Dwivedi A.K., Carrola P.A., Leiner M. A holistic approach to sustain and support lifelong practices of wellness among healthcare professionals: generating preliminary solid steps towards a culture of wellness. *BMC Med Educ.* 2024 Nov 26;24(1):1364. doi: 10.1186/s12909-024-06353-7. PMID: 39587574; PMCID: PMC11590568.
119. Kiser S.B., Sterns J.D., Lai P.Y., Horick N.K., Palamara K. Physician Coaching by Professionally Trained Peers for Burnout and Well-Being: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open.* 2024 Apr 1;7(4):e245645. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2024.5645. PMID: 38607628; PMCID: PMC11015346.
120. Smith S., Goldhaber N., Maysent K., Lang U., Daniel M., Longhurst C. Impact of a virtual coaching program for women physicians on burnout, fulfillment, and self-valuation. *BMC Psychol.* 2024 Jun 5;12(1):331. doi: 10.1186/s40359-024-01763-0. PMID: 38840137; PMCID: PMC11155151.
121. Bazan G.N., Patterson T., Sawyer K., Kamau D.W., Bradberry M., Grissman C., Mihandoust S., Roney Hernández J.K., Stennett C.R., Long J.D. Mindfulness Bundle Toolkit's Impact on Nurse Burnout. *Am J Crit Care.* 2025 Mar 1;34(2):119-126. doi: 10.4037/ajcc2025260. PMID: 40021354.
122. Glavin R.E., Kent E.M., Frick S.L., Silver J.K. Optimal Well-Being Interventions for Surgeons: Beyond Physiologic Needs Evidence-Based Recommendations and Emerging Novel Solutions to Reduce Burnout. *Am Surg.* 2025 Dec;91(12):2173-2178. doi: 10.1177/00031348251358441. Epub 2025 Jul 11. PMID: 40642819.
123. Yalim A.C., Daly K., Bailey M., Kay D., Zhu X., Patel M., Neely L.C., Díaz D.A., Asencio D.M.C., Rosario K., Cowan M., Pasarica M. Wellness and Stress Management Practices Among Healthcare Professionals and Health Professional Students. *Am J Health Promot.* 2025 Feb;39(2):204-214. doi: 10.1177/08901171241275868. Epub 2024 Aug 20. PMID: 39162683.
124. Ames M.L., Sundermeir S.M., Staffier K.L., Weeks B., Reznar M.M., Hemmingson T., Frattaroli S., Gittelsohn J., Karlsen M.C. Education strategies to facilitate lifestyle medicine practice within health systems: a multiple case study of US health systems. *Transl Behav Med.* 2025 Jan 16;15(1):ibaf042. doi: 10.1093/tbm/ibaf042. PMID: 40966455; PMCID: PMC12448416.
125. Sears D.M., Bejeck A., Kilpatrick L., Griggs N., Farmer L., Jackson B., Janek H., Waddimba A.C. Leadership development as a novel strategy to mitigate burnout among female physicians. *PLoS One.* 2025 Mar 18;20(3):e0319895. doi: 10.1371/journal.pone.0319895. Erratum in: *PLoS One.* 2025 Aug 28;20(8):e0331323. doi: 10.1371/journal.pone.0331323. PMID: 40100847; PMCID: PMC11918409.

126. Antico L., Brewer J. Digital Mindfulness Training for Burnout Reduction in Physicians: Clinician-Driven Approach. *JMIR Form Res.* 2025 Jan 24;9:e63197. doi: 10.2196/63197. PMID: 39854701; PMCID: PMC11806274.
127. Austin Z., Crown N. Health human resources planning in Canada-Part I: Opportunities and challenges for pharmacy. *Can Pharm J (Ott).* 2023 Sep 28;156(6): 309-315. doi: 10.1177/17151635231201802. PMID: 38024458; PMCID: PMC10655802.
128. David Max Olivares Álvarez, Mario Heimer Flórez Guzmán, Juan José García Sarria, Leibniz Huxlay Flórez Guzmán & Mercy Lilliana Borbón Hoyos. (2026) Stress and burnout syndrome in healthcare personnel: diagnosis and prevention strategies. *Salud, Ciencia y Tecnología* 6, pages 2571.
129. Krasner M. Mindful practice in medicine: A global program to reduce burnout and improve healthcare quality. *TAPS* 2026, 11(1), 9-13. URL: <https://doi.org/10.29060/TAPS.2026-11-1/GP3651>.
130. Laposa J.M., Cameron D., Corace K., Bullock H.L., Flavelle L., Quick N., Rowa K., de la Salle S., Creighton-Taylor K., Strachan A., Carter S., Kurdyak P., Saldanha V., McCabe R.E. Ontario healthcare workers who sought treatment for their mental health during the first five waves of the COVID-19 pandemic: a snapshot of self-referrals across the province. *Health Promot Chronic Dis Prev Can.* 2025;45(2): 98-107. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.45.2.04>.
131. Liu N., Plouffe R.A., Liu J.J.W., Nouri M.S., Saha P., Gargala D., Davis B.D., Nazarov A., Richardson J.D. Determinants of burnout in Canadian health care workers during the COVID-19 pandemic. *Eur J Psychotraumatol.* 2024;15(1):2351782. doi: 10.1080/20008066.2024.2351782. Epub 2024 May 22. PMID: 38775008; PMCID: PMC11123547.
132. Mabona J.F., van Rooyen D., Ten Ham-Baloyi W. Best practice recommendations for healthy work environments for nurses: An integrative literature review. *Health SA.* 2022 Apr 25;27:1788. doi: 10.4102/hsag.v27i0.1788. PMID: 35548062; PMCID: PMC9082217.
133. Wilbiks J.M.P., Best L.A., Law M.A., Roach S.P. Evaluating the mental health and well-being of Canadian healthcare workers during the COVID-19 outbreak. *Healthc Manage Forum.* 2021 Jul;34(4):205-210. doi: 10.1177/08404704211021109. Epub 2021 Jun 8. PMID: 34098760; PMCID: PMC8225696.
134. Boet S., Etherington C., Dion P.M., Desjardins C., Kaur M., Ly V., Denis-LeBlanc M., Andreas C., Sriharan A. Impact of coaching on physician wellness: A systematic review. *PLoS One.* 2023 Feb 7;18(2):e0281406. doi: 10.1371/journal.pone.0281406. PMID: 36749760; PMCID: PMC9904500.
135. Ibrahim S., Senff J.R., Sivakumar J., Ventresca M., Coulson J., Singh S., Pikula A. Lifestyle Medicine Education in Health Professionals Curricula: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Lifestyle Med.* 2025 Jul 31:15598276251362806. doi: 10.1177/15598276251362806. Epub ahead of print. PMID: 40756621; PMCID: PMC12313616.

136. Dalgaard V.L., Gayed A., Hansen A.K.L., Grytnes R., Nielsen K., Kirkegaard T., Uldall L., Ingerslev K., Skakon J., Jacobsen C.B. A study protocol outlining the development and evaluation of a training program for frontline managers on leading well-being and the psychosocial work environment in Danish hospital settings - a cluster randomized waitlist controlled trial. *BMC Public Health*. 2023 May 10;23(1):848. doi: 10.1186/s12889-023-15728-2. PMID: 37165331; PMCID: PMC10170839.
137. Andersen L.P., Andersen, D.R. & Pihl-Thingvad, J. Reducing the risk of burnout in human service professions: identifying practical strategies to manage emotional demands: A mixed-methods study in Denmark. *BMC Public Health* 25, 3895 (2025). <https://doi.org/10.1186/s12889-025-25085-x>.
138. Hannerz H. Long working hours and health in Denmark: a post hoc analysis of three cohort studies. *BMC Public Health*. 2024 Nov 23;24(1):3259. doi: 10.1186/s12889-024-20754-9. PMID: 39580407; PMCID: PMC11585935.
139. Pultz C.J., Lohse T.M., Justesen J.B., Særvoll C.A., Møller S.F., Lindegaard B., Fischer T.K., Dalager T., Molsted S. Implementation of Intelligent Physical Exercise Training at a Danish Hospital-A Qualitative Study of Employees' Barriers and Facilitators for Participation. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Nov 20;20(22):7085. doi: 10.3390/ijerph20227085. PMID: 37998316; PMCID: PMC10671440.
140. Pedersen A.F., Vedsted P. Skill mix in primary care, working hours, time used on management, and burnout among general practitioners. *Fam Pract*. 2025 Dec 9;43(1):cmf099. doi: 10.1093/fampra/cmf099. PMID: 41511015; PMCID: PMC12784359.
141. Abdulrahman M., Nair S.C., Farooq M.M., Al Kharmiri A., Al Marzooqi F., Carrick F.R. Burnout and depression among medical residents in the United Arab Emirates: A Multicenter study. *J Family Med Prim Care*. 2018 Mar-Apr;7(2):435-441. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_199_17. Erratum in: *J Family Med Prim Care*. 2018 Jul-Aug;7(4):839. doi: 10.4103/2249-4863.240419. PMID: 30090790; PMCID: PMC6060937.
142. Ajab S., Ádam B., Al Hammadi M., Al Bastaki N., Al Junaibi M., Al Zubaidi A., Hegazi M., Grivna M., Kady S., Koornneef E., Neves R., Uva A.S., Sheek-Hussein M., Loney T., Serranheira F., Paulo M.S. Occupational Health of Frontline Healthcare Workers in the United Arab Emirates during the COVID-19 Pandemic: A Snapshot of Summer 2020. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Oct 29;18(21):11410. doi: 10.3390/ijerph182111410. PMID: 34769927; PMCID: PMC8583571.
143. Alshamsi A.I. (2024) A review of the United Arab Emirates healthcare systems on medical tourism and accreditation. *Front. Health Serv*. 4:1329252. doi: 10.3389/frhs.2024.1329252.
144. Malik H., Annabi C.A. The impact of mindfulness practice on physician burnout: A scoping review. *Front Psychol*. 2022 Sep 20;13:956651. doi: 10.3389/fpsyg.2022.956651. PMID: 36204751; PMCID: PMC9530040.

145. Asadullah M.A., Aslam M., Haq M.Z.U., Nazir S., Khan K.A., Siddiquei A.N. Integrating work and sleep to understand work-life balance among healthcare professionals: A conservation of resources perspective. *Acta Psychol (Amst)*. 2024 Oct;250:104514. doi: 10.1016/j.actpsy.2024.104514. Epub 2024 Oct 10. PMID: 39393205.
146. Abu-Qiyas S., Radwan H., Cheikh Ismail L., Alameddine M., Muayyad M., Naja F. Knowledge, attitudes, and use of the Mediterranean diet in practice among dietitians in the United Arab Emirates: a cross-sectional study. *Sci Rep*. 2025 Jan 16;15(1):2168. doi: 10.1038/s41598-024-82458-9. PMID: 39820773; PMCID: PMC11739465.
147. Nusair H.A., Fonbuena M., Chew C., Alnjadat R., Muhammed N.N., Perinchery S., Mayo M., Rashid M.A., Dadalla M., Nada M.I., Abdelmotaleb H. Exploring staff perceptions regarding alarm fatigue and practices among nurses: A multicentre study in the Northern Emirates. *Int Emerg Nurs*. 2025 Mar;79:101584. doi: 10.1016/j.ienj.2025.101584. Epub 2025 Feb 3. Erratum in: *Int Emerg Nurs*. 2025 Sep;82:101664. doi: 10.1016/j.ienj.2025.101664. PMID: 39904170.

Научное электронное издание

Аксенова Елена Ивановна, **Турзин** Петр Степанович

**Управление здоровьем в медицинском
коллективе: анализ проблем, факторы,
влияющие на ведение нездорового
образа жизни, лучшие практики
с доказательной базой**

Экспертный обзор

*Корректор И. Д. Баринская
Дизайнер-верстальщик И. А. Лукконен*

Объем данных 2,3 Мб.

Дата подписания к использованию: 07.09.2026.

URL: <https://niiroz.ru/moskovskaya-medsina/izdaniya-nii/obzory/>

ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»
115088, г. Москва, ул. Шарикоподшипниковская, д. 9, пом. 5Ц
Тел.: +7 (495) 530-12-89
Электронная почта: niiozmm@zdrav.mos.ru

НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения Москвы

niioz.ru



Мероприятия
Московской
медицины



Канал
НИИ ОЗММ
в Max



Группа
НИИ ОЗММ
в VK



Группа
НИИ ОЗММ
в одноклассниках



Канал
НИИ ОЗММ
в RuTube

MOCKBA
2026