

Эмоциональное выгорание у медицинских работников: предупреждающие и провоцирующие личностные предпосылки

Солодухо В.В.

Учреждение образования «Белорусский государственный педагогический университет имени Максима Танка»

В статье анализируются понятия стратегий преодолевающего поведения, адапционных характеристик и их вклад в формирование синдрома выгорания.

Цель работы – проанализировать выраженность синдрома выгорания и составляющих его симптомов, уровней адапционных способностей и стратегий преодолевающего поведения у медицинских работников. А также изучить и описать статистически значимое влияние личностных характеристик на возникновение симптомов синдрома выгорания или препятствующих его возникновению.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии, в нем приняли участие 150 медицинских работников: 141 женщина, 9 мужчин; 29 врачей и 121 сотрудник из среднего медицинского персонала, в возрасте от 21 до 60 лет, от 2 до 40 лет стажа. Средний возраст испытуемых составил – 38,7 лет, средний стаж – 18,3 года.

Психодиагностический инструментарий: методика диагностики профессионального «выгорания» (К. Маслач, С. Джексон, в адаптации Н.Е. Водопьяновой); многоуровневый личностный опросник (МЛО) «Адаптивность» А.Г. Маклакова и С.В. Чермянина; опросник «SACS» (стратегии преодоления стрессовых ситуаций), адаптированный Н.Е. Водопьяновой, Е.С. Старченковой.

Результаты и их обсуждение. В результате проведенного исследования установлено следующее. В изучаемой профессиональной выборке синдром выгорания представлен всеми фазами и их совокупностью; адапционные способности высокого уровня выявлены у 0,6% от выборки, 46,6% респондентов используют высокий уровень избегания при столкновении со стрессовой ситуацией.

С повышением уровня поведенческой регуляции, коммуникативного потенциала, потенциала личностной адаптации снижается выраженность общего показателя синдрома выгорания. Поиск помощи и поддержки у коллег снижает эмоциональное истощение, но усиливает редукцию личных достижений; использование импульсивных и агрессивных действий повышает общую выраженность выгорания медицинских работников, при этом агрессивные действия способствуют формированию эмоционального истощения, а высокий уровень манипулирования в ситуации стресса повышает проявления деперсонализации.

Заключение. Таким образом, по итогам исследования можно сделать вывод: высокие показатели синдрома выгорания представлены различными фазами, а также их совокупностью; адапционные способности – средними уровнями значений, кроме поведенческой регуляции, которая представлена на низком уровне; низким уровнем выраженности представлены асоциальные действия, средним уровнем – ассертивные действия, вступление в социальный контакт, осторожные действия, импульсивные действия, высоким уровнем – поиск социальной поддержки и избегание.

Высокий уровень поведенческой регуляции, коммуникативного потенциала, потенциала личностной адаптации снижает выраженность общего показателя синдрома выгорания; поиск помощи и поддержки у коллег способствует снижению эмоционального истощения, но усиливает чувство некомпетентности в профессиональной среде; усиление тенденции к использованию импульсивных действий повышает общую выраженность выгорания медицинских работников; переход к высокому уровню манипулирования в ситуации стресса повышает проявления деперсонализации; высокий уровень агрессивных действий способствует формированию эмоционального истощения и общей выраженности синдрома выгорания.

Ключевые слова: синдром выгорания, причины синдрома выгорания, стратегии преодолевающего поведения, адапционные способности, дисперсионный анализ, критерии Шеффе и Дункана, зависимость синдрома выгорания от характеристик преодолевающего поведения и адаптивных способностей.

Personal Preconditions and Emotional Burnout in Medical Workers: Warning and Provoking Ones

Solodukho V.V.

Education Establishment "Belarusian State Pedagogical University named after Maxim Tank"

The article analyzes the concept of coping behavior strategies, adaptive characteristics and their contribution to the formation of burnout syndrome, the dependence of burnout symptoms on the characteristics of coping behavior and adaptive abilities.

The purpose of the work is to analyze the severity of burnout syndrome and its component symptoms, levels of adaptive abilities and coping behavior strategies among medical workers. And also to study and describe the statistically significant influence of personal characteristics on the occurrence of symptoms of burnout syndrome or preventing its occurrence.

Material and methods. The study was conducted on the basis of the Republican Scientific and Practical Center for Pulmonology and Phthisiology, and 150 medical workers took part: 141 women, 9 men, 29 doctors and 121 nursing staff, aged from 21 to 60 years, from 2 to 40 years of experience. The average age of the subjects was 38,7 years, the average length of service was 18,3 years.

Psychodiagnostic tools: methods for diagnosing professional "burnout" (K. Maslach, S. Jackson, adapted by N.E. Vodopyanova); multi-level personality questionnaire (MLI) "Adaptability" A.G. Maklakov and S.V. Chernyanina; "SACS" questionnaire (strategies for coping with stressful situations), adapted by N.E. Vodopyanova, E.S. Starchenkova.

Findings and their discussion. As a result of the study, the following was established. In the professional sample under study, burnout syndrome is represented by all phases and their totality; High-level adaptive abilities were identified in 0,6% of the sample, 46,6% of respondents use a high level of avoidance when faced with a stressful situation.

With an increase in the level of behavioral regulation, communication potential, and the potential for personal adaptation, the severity of the overall indicator of burnout syndrome decreases. Seeking help and support from colleagues reduces emotional exhaustion, but increases the reduction of personal achievements; the use of impulsive and aggressive actions increases the overall severity of burnout among medical workers, while aggressive actions contribute to the formation of emotional exhaustion, and a high level of manipulation in stress situations increases the manifestations of depersonalization.

Conclusion. Thus, based on the results of the study, we can conclude: high rates of burnout syndrome are represented by various phases, as well as their combination; adaptive abilities – with average levels of values, except for behavioral regulation, which is presented at a low level; a low level of severity represents asocial actions, a medium level – assertive actions, entering into social contact, cautious actions, impulsive actions, a high level – seeking social support and avoidance.

A high level of behavioral regulation, communication potential, and personal adaptation potential reduces the severity of the overall indicator of burnout syndrome; seeking help and support from colleagues helps reduce emotional exhaustion, but increases the feeling of incompetence in a professional environment; the increased tendency to use impulsive actions increases the overall severity of burnout among medical workers; the transition to a high level of manipulation in a situation of stress increases the manifestations of depersonalization; a high level of aggressive actions contributes to the formation of emotional exhaustion and the overall severity of burnout syndrome.

Key words: burnout syndrome, causes of burnout syndromes, strategies of overcoming behavior, adaptive abilities, analysis of variance, Scheffe and Duncan criteria, dependence of burnout syndrome on the characteristics of overcoming behavior and adaptive abilities.

Проблема изучения синдрома выгорания в зарубежной и отечественной психологии не теряет своей актуальности в настоящее время. Тем более что первое упоминание об этой проблеме относится к 70-м годам прошлого столетия, когда Х. Фреденбергер в 1974 г. описал феномен под названием «эмоциональное выгорание», которое «характеризуется истощением энергии у профессионалов в сфере социальной помощи, когда они чувствуют себя перегруженными проблемами других людей» [1].

Существует большое количество определений данного феномена и факторов его вызывающих.

Приведем некоторые из них: «как результат постоянного или повторного эмоционального давления, связанного с интенсивной причастностью к людям в течение длительного периода времени» по А. Pines [2] и Е. Aronson; «как ответ на хроническое эмоциональное напряжение» по В. Perlman и Е.А. Hartman [3]; «как проявление неэкзистенциальной установки по отношению к жизни» по А. Лэнгле [4] и др.

В нашей работе мы придерживаемся позиции, в которой синдром выгорания рассматривается как трехфазная модель: эмоциональное истощение – переживание сниженного эмоционального тонуса, утрата интереса к окружающему; агрессивные реакции, вспышки гнева; деперсонализация – деформация отношений с другими людьми: повышение зависимости от других или, напротив, негативизм, циничность установок и чувств по отношению

к пациентам; редуцирование личных достижений – негативное оценивание себя, снижение значимости собственных достижений.

В качестве причин, вызывающих данное состояние, выделяют личностные (интроверсию и экстраверсию, ригидность мыслительных процессов, высокий уровень эмпатии, чувство одиночества, низкая самооценка, локус-контроль, неконструктивные модели совладания со стрессом и др.), социально-демографические (пол, возраст, семейное положение, уровень образования); статусно-ролевые (низкий социальный статус, ролевой конфликт, гендерные установки, низкая организационная структура и др.) и организационные (неопределенность ответственности, объем времени, необходимый для выполнения работы, неэффективный стиль руководства, высокая степень ответственности) [5–7].

Среди профессиональных групп чаще в качестве испытуемых выступают носители профессий социомического типа – представители системы образования, медицины, менеджеры, продавцы, юристы, все те, кто по роду своей деятельности интенсивно с людьми взаимодействуют. Но при всем многообразии профессиональных сфер, изучении одинаковых причин, вызывающих синдром выгорания, результаты всегда разные. Их можно сравнивать между собой, но нельзя экстраполировать с одной профессиональной группы на другую.

С нашей точки зрения, одна из самых сложных профессий современности – это профессия меди-

Таблица 1 – Распределение респондентов с различным уровнем выгорания в профессиональной выборке, %

Название фазы	Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень
Эмоциональное истощение	22	40	38
Деперсонализация	16,7	33,3	50
Редукция личных достижений	26,7	41,3	32
Интегральный показатель	16,7	30	53,3

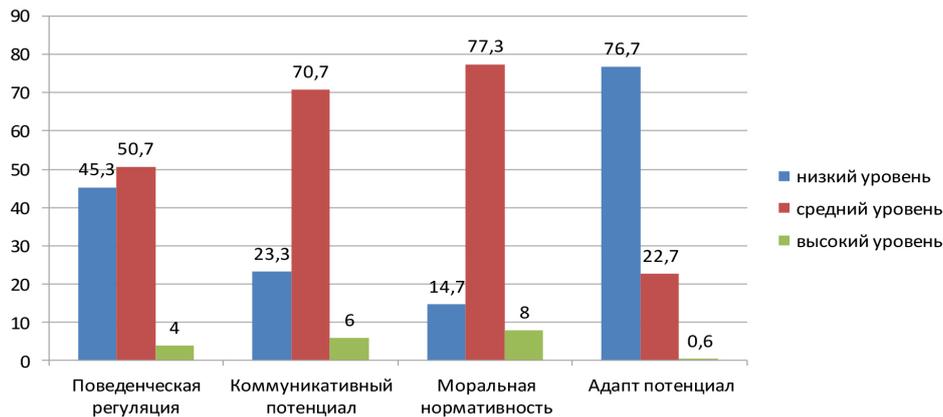


Рисунок 1 – Количество респондентов с различным уровнем адаптивных способностей в профессиональной выборке, %

цинских работников. Здесь встречаются как общие причины, формирующие выгорание, свойственные многим профессиям, так и исключительно свои: работа с болеющими людьми, плотный рабочий график, невозможность повлиять на результат лечебных процедур, необходимость эмоционального включения в проблему пациента и проявления эмоций, которые могут не соответствовать внутреннему содержанию в данный момент времени, смерть пациента и др.

Большинство данных исследователей констатировали наличие в медицине проблем в аспекте межличностного взаимодействия «медицинский работник–пациент» [8]. Исследователи подчеркивают тот факт, что по истечении ряда лет одновременно с накоплением опыта, выработкой собственного подхода, индивидуального стиля деятельности, профессиональной позиции у специалистов, работающих в системе субъект-субъектного взаимодействия, появляется «психическая усталость», профессиональная дезадаптация и т.п. [9; 10].

В статье мы предлагаем рассмотреть взаимодействие стратегий преодолевающего поведения, как сознательных, рациональных способов преодоления жизненных неприятностей. Этот термин также используется для обозначения тех стратегий, которые вырабатываются, чтобы справиться

с источником тревоги [11] и адаптационных способностей, что будут непосредственно актуализировать ресурсные возможности медицинского работника и препятствовать профессиональному выгоранию.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии, в нем приняли участие 150 медицинских работников: 141 женщина, 9 мужчин; 29 врачей и 121 сотрудник из среднего медицинского персонала, в возрасте от 21 до 60 лет, от 2 до 40 лет стажа. Средний возраст испытуемых составил – 38,7 лет, средний стаж – 18,3 года.

Психодиагностический инструментарий: методика диагностики профессионального «выгорания» (К. Маслач, С. Джексон, в адаптации Н.Е. Водопьяновой); многоуровневый личностный опросник (МЛО) «Адаптивность» А.Г. Маклакова и С.В. Чермянина; опросник «SACS» (стратегии преодоления стрессовых ситуаций), адаптированный Н.Е. Водопьяновой, Е.С. Старченковой [12; 13].

Результаты и их обсуждение. Результаты изучения синдрома выгорания в процентном соотношении в данной профессиональной выборке представлены в таблице 1.

Исходя из результатов второй методики, направленной на изучение адаптационных способностей, выявлены в процентном соотношении следующие уровни (рисунок 1):

Высокий уровень

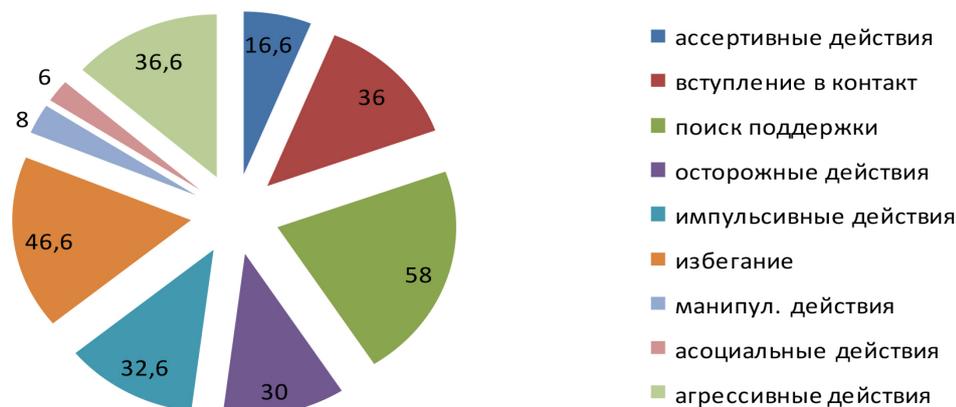


Рисунок 2 – Частота использования моделей преодолевающего поведения медработниками (высокий уровень), %

Если в качестве детерминант возникновения синдрома выгорания рассматривать разные уровни адаптационных способностей, то можно предположить, что в данной профессиональной группе у 76,7% – высокий риск, и только у 0,6% – низкий.

Эмпирическое изучение стратегий преодолевающего поведения в выборке медицинских работников выявило следующую частоту использования различных моделей поведения, установленную при высоком уровне (рисунок 2):

С целью установления зависимости синдрома выгорания от указанных личностных характеристик был проведен однофакторный дисперсионный анализ, по итогам которого выяснилось, что статистически значимое воздействие на эмоциональное выгорание медицинских работников оказывают: поведенческая регуляция ($F=8,25$; $p=0,000400$); коммуникативный потенциал ($F=4,52$; $p=0,012469$) и общий адаптационный потенциал личности ($F=8,30$; $p=0,000385$). Результаты представлены в таблицах 2–4.

Применение апостериорного критерия Шеффе показало, что по общему уровню синдрома выгорания отличаются друг от друга медработники с низким и средним уровнями поведенческой регуляции (таблица 5). Эти данные демонстрируют, что с повышением уровня поведенческой регуляции от низкого к среднему синдром выгорания у медицинских работников снижается.

Результаты использования критерия Шеффе в применении к разным уровням коммуникативного потенциала показало следующее. Между груп-

пой с низким и высоким средними значениями этого показателя адаптивности были установлены статистически значимые различия в общем уровне синдрома выгорания (таблица 6). Это свидетельствует о том, что с ростом коммуникативного потенциала испытуемых наблюдается тенденция к снижению их эмоционального выгорания.

Различия в общем уровне синдрома выгорания были обнаружены у медработников, разделенных на группы по уровню их личностного адаптационного потенциала. Значимо отличаются группы респондентов, с одной стороны, с низким, а с другой – со средним и высоким уровнями потенциала адаптивности (таблица 7). При этом испытуемые с двумя последними уровнями по выгоранию не различаются.

Следующим этапом однофакторного дисперсионного анализа было последовательное включение в него в качестве независимых переменных девяти измеренных у испытуемых стратегий преодоления. Как показал статистический анализ, значимое воздействие на синдром выгорания медицинских работников имеют следующие стратегии преодолевающего поведения: поиск социальной поддержки: эмоциональное истощение, деперсонализация, редукция личных достижений ($F=3,2$; $p=0,04$), импульсивные действия: общий балл ($F=4$; $p=0,02$); манипулятивные действия: эмоциональное истощение ($F=4$; $p=0,02$); и агрессивные действия: эмоциональное истощение ($F=3,8$; $p=0,02$), общий балл ($F=4,6$; $p=0,01$). Результаты представлены в таблицах 8–11.

Таблица 2 – Зависимость синдрома выгорания от поведенческой регуляции

Зависимость переменных	p <,05000							
	сум. квадрат. (SS)	степ. свободы (df)	сред. квадрат. (MS)	станд. ошибка сум. квадрат.	станд. ошибка степ. своб.	станд. ошибка средн. квадрат.	F-крит. знач.	P-уровень значимости
Общий балл	1382,75	2	691,086	12306,50	147	83,71767	8,254978	0,000400

Таблица 3 – Зависимость синдрома выгорания от коммуникационного потенциала

Зависимость переменных	p <,05000							
	сум. квадрат. (SS)	степ. свободы (df)	сред. квадрат. (MS)	станд. ошибка сум. квадрат.	станд. ошибка степ. своб.	станд. ошибка средн. квадрат.	F-крит. знач.	P-уровень значимости
Общий балл	792,7014	2	396,3507	12895,97	147	87,72770	4,517965	0,012469

Таблица 4 – Зависимость синдрома выгорания от адаптационного потенциала личности

Зависимость переменных	p <,05000							
	сум. квадрат. (SS)	степ. свободы (df)	сред. квадрат. (MS)	станд. ошибка сум. квадрат.	станд. ошибка степ. своб.	станд. ошибка средн. квадрат.	F-крит. знач.	P-уровень значимости
Общий балл	1388,482	2	694,2408	12300,19	147	83,67477	8,296895	0,000385

Таблица 5 – Различия в общем уровне синдрома выгорания (между группами с разными уровнями поведенческой регуляции)

Поведенческая регуляция	Общий балл p <,05000		
	M*=-68,900	M*=-63,149	M*=-60,167
Низкий		0,001132	0,084144
Средний	0,001132		0,745156
Высокий	0,084144	0,745156	

*M – значение критерия Шеффе.

Таблица 6 – Различия у медицинских работников в общем уровне синдрома выгорания (между группами с разными уровнями коммуникативного потенциала)

Коммуникативный потенциал	Общий балл p <,05000		
	M*=-69,361	M*=-64,921	M*=-60,909
Низкий		0,55105	0,34986
Средний	0,55105		0,398586
Высокий	0,34986	0,398586	

*M – значение критерия Шеффе.

Таблица 7 – Различия у медицинских работников в общем уровне синдрома выгорания (между группами с разными уровнями адаптационного потенциала)

Адаптационный потенциал	Общий балл $p < ,05000$		
	$M^*=68,135$	$M^*=63,098$	$M^*=60,300$
Низкий		0,15966	0,003156
Средний	0,15966		0,534731
Высокий	0,003156	0,534731	

*M – значение критерия Шеффе.

Таблица 8 – Зависимость синдрома выгорания от поиска социальной поддержки

Завис. переменных	$p < ,05000$							
	сум. квадрат. (SS)	степ. свободы (df)	сред. квадрат. (MS)	станд. ошибка сум. квадрат.	станд. ошибка степ. своб.	станд. ошибка ка средн. квадрат.	F- крит. знач.	P-уровень значимости
Эмоциональное истощение	366,9209	2	183,4604	84,37,24	147	57,39618	3,196387	0,043769
Деперсонализация	148,5011	2	74,2505	3314,76	147	22,54938	3,292797	0,039908
Редукция личных достижений	234,3137	2	117,1568	5485,56	147	37,31673	3,139526	0,046221
Общий балл	151,9798	2	75,9899	13536.69	147	92,08635	0,82202	0,440166

Таблица 9 – Зависимость синдрома выгорания от импульсивных действий

Зависимость переменных	$p < ,05000$							
	сум. квадрат. (SS)	степ. свободы (df)	сред. квадрат. (MS)	станд. ошибка сум. квадрат.	станд. ошибка степ. своб.	станд. ошибка средн. квадрат.	F- крит. знач.	P-уровень значимости
Эмоциональное истощение	334,1644	2	167,0822	8470,00	147	57,61902	2,899775	0,058190
Деперсонализация	43,3854	2	21,6927	3419,87	147	23,26445	0,932440	0,395908
Редукция личных достижений	15,5109	2	7,7555	5704,36	147	38,80519	0,199856	0,819071
Общий балл	702,9278	2	351,4639	12985,75	147	88,33841	3,978608	0,020761

Было установлено, что поиск социальной поддержки оказывает влияние на проявление всех трех симптомов синдрома выгорания. Апостериорный критерий Дункана позволил выявить, что данная стратегия по-разному влияет на эмоциональное истощение и редукцию достижений. Статистически значимые различия были обнаружены между группами испытуемых с низкой и высокой степенью выраженности вышеназванной преобладающей стратегии (таблица 12).

Использование данной стратегии снижает эмоциональное истощение, но редукция достижений, наоборот, увеличивается.

Импульсивные действия в поведении медицинских работников оказывают воздействие на формирование у них эмоционального выгорания в целом ($F=3,98$; $p=0,020761$). Критерий Дункана также показал наличие разницы в уровне синдрома выгорания между группами с низкой и высокой выраженностью импульсивности в поведении

Таблица 10 – Зависимость синдрома выгорания от манипулятивных действий

Зависимость переменных	p <,05000							
	сум. квадр. (SS)	степ. свободы (df)	сред. квадр. (MS)	станд. ошибка сум. квадр.	станд. ошибка степ. своб.	станд. ошибка средн. квадр.	F-крит. знач.	P-уровень значимости
Эмоциональное истощение	6,8059	2	3,4029	8797,35	147	59,84595	0,056862	0,944746
Деперсонализация	183,2454	2	91,6227	3280,01	147	22,31302	4,106243	0,018396
Редукция личных достижений	21,9288	2	10,9644	5697,94	147	38,76153	0,282869	0,754028
Общий балл	355,5370	2	177,7685	13333,14	147	90,70161	1,959926	0,144533

Таблица 11 – Зависимость синдрома выгорания от агрессивных действий

Зависимость переменных	p <,05000							
	сум. квадр. (SS)	степ. свободы (df)	сред. квадр. (MS)	станд. ошибка сум. квадр.	станд. ошибка степ. своб.	станд. ошибка средн. квадр.	F-крит. знач.	P-уровень значимости
Эмоциональное истощение		2			147	56,95436	3,791360	0,024802
Деперсонализация		2			147	22,82948	2,350609	0,098884
Редукция личных достижений		2			147	38,65933	0,477909	0,621038
Общий балл		2			147	87,60017	4,631542	0,011204

Таблица 12 – Различия у медицинских работников в эмоциональном истощении (между группами с разной выраженностью использования поиска социальной поддержки)

Поиск социальной поддержки	Эмоциональное истощение p <,05000		
	M*=25,375	M*=23,500	M*=20,989
Низкий		0,330883	0,030173
Средний	0,330883		0,192890
Высокий	0,030173	0,192890	

*M – значение критерия Дункана.

(p=0,003446) (таблица 13). С усилением тенденции к использованию импульсивных действий степень выгорания медработников повышается.

Существенное влияние на такой симптом, как деперсонализация оказывают влияние манипулятивные действия (F=4,11; p=0,018396). Значимо различаются две группы респондентов: с низким и высоким уровнями группирующего признака, а именно – применения манипуляций в реагировании на стрессовые ситуации (p=0,011776).

У медработников со значительной выраженностью данной склонности степень деперсонализации повышается (таблица 14).

Еще одна асоциальная разновидность стратегий преодоления стресса – агрессивные действия – статистически значимо изменяют степень эмоционального истощения (F=3,79; p=0,024802) и общий уровень синдрома выгорания (F=4,63; p=0,011204). Традиционно различия были обнаружены между группами с низким и высоким

Таблица 13 – Различия у медицинских работников в эмоциональном истощении (между группами с разной выраженностью использования импульсивных действий)

Импульсивные действия	Общий балл $p < ,05000$		
	$M^*=62,194$	$M^*=65,456$	$M^*=68,196$
Низкий		0,099446	0,003446
Средний	0,099446		0,166393
Высокий	0,003446	0,166393	

*M – значение критерия Дункана.

Таблица 14 – Различия у медицинских работников в эмоциональном истощении (между группами с разной выраженностью использования манипулятивных действий)

Манипулятивные действия	Деперсонализация $p < ,05000$		
	$M^*=9,4030$	$M^*=11,236$	$M^*=12,909$
Низкий		0,169564	0,011776
Средний	0,169564		0,209983
Высокий	0,011776	0,209983	

*M – значение критерия Дункана.

Таблица 15 – Различия у медицинских работников в эмоциональном истощении (между группами с разной выраженностью использования агрессивных действий)

Агрессивные действия	Эмоциональное истощение $p < ,05000$		
	$M^*=19,711$	$M^*=21,909$	$M^*=24,035$
Низкий		0,152022	0,006734
Средний	0,152022		0,006734
Высокий	0,006734	0,166007	

*M – значение критерия Дункана.

Таблица 16 – Различия у медицинских работников в общем уровне синдрома выгорания (между группами с разной выраженностью использования манипулятивных действий)

Манипулятивные действия	Общий уровень $p < ,05000$		
	$M^*=62,105$	$M^*=65,764$	$M^*=68,070$
Низкий		0,054617	0,0022463
Средний	0,054617		0,225613
Высокий	0,0022463	0,225613	

*M – значение критерия Дункана.

уровнями независимой переменной, т.е. выраженности агрессивности в поведении (таблицы 15–16).

Заключение. Таким образом исследование установило следующее:

1. Высокие показатели синдрома выгорания в данной профессиональной выборке представлены различными фазами, а также их совокупностью.

2. Выявленные адаптационные способности показаны средними уровнями значений. Исключе-

ние составляет поведенческая регуляция, которая представлена на низком уровне.

3. При изучении стратегий преодолевающего поведения у медицинских работников получены следующие результаты.

Низким уровнем выраженности представлены асоциальные действия.

Средним уровнем выраженности – ассертивные действия, вступление в социальный контакт, осторожные действия, импульсивные действия.

Высоким уровнем выраженности – поиск социальной поддержки и избегание.

4. С повышением уровня поведенческой регуляции, коммуникативного потенциала, потенциала личностной адаптации снижается выраженность общего показателя синдрома выгорания.

5. Поиск помощи и поддержки у коллег способствует снижению эмоционального истощения у медработников, но усиливает чувство некомпетентности в профессиональной среде.

6. Усиление тенденции к использованию импульсивных действий повышает общую выраженность выгорания медицинских работников.

7. Переход к высокому уровню манипулирования в ситуации стресса повышает проявления деперсонализации.

8. Высокий уровень агрессивных действий способствует формированию эмоционального истощения и общей выраженности синдрома выгорания.

Литература

1. Водопьянова, Н.Е. Противодействие синдрому выгорания в контексте ресурсной концепции человека / Н.Е. Водопьянова // Вестн. С.-Петербург. ун-та. – Сер. 12. – Вып. 2. – 2009. – С. 75–87.
2. Pines, A. Helpers' motivation and the burnout syndrome / A. Pines. In T.A. Wills (Ed.), Basic processes in helping relationships. – New York: Academic Press, 1982. – P. 453–457.
3. Perlman, B. Burnout: Summary and Future and Research / B. Perlman, E.A. Hartman // Human relations. – 1982. – V. 35(4). – 554 с.
4. Лэнгле, А. Эмоциональное выгорание с позиции экзистенциального анализа / А. Лэнгле // Вопросы психологии. – 2008. – № 2. – С. 3–16.

5. Большакова, Т.В. Личностные детерминанты и организационные факторы возникновения психического выгорания у медицинских работников: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.03 / Т.В. Большакова. – Ярославль, 2013. – 173 л.

6. Борисова, М.В. Психологические детерминанты феномена эмоционального выгорания у педагогов / М.В. Борисова // Вопросы психологии. – 2005. – № 2. – С. 96–104.

7. Водопьянова, Н.Е. Профессиональное выгорание и ресурсы его преодоления / Н.Е. Водопьянова // Психология здоровья / под ред. Г.С. Никифорова. – СПб.: Изд-во Питер, 2003. – 218 с.

8. Игумнов, С.А. Психодинамический подход к исследованию синдрома выгорания у психиатров-наркологов / С.А. Игумнов, В.В. Лукьянов // Психотерапия и клиническая психология. – 2007. – № 3(21). – С. 32–33.

9. Солодухо, В.В. Влияние моделей преодолевающего поведения на формирование синдрома выгорания у медицинских работников (The influence of coping behavior models on the development of burnout syndrome in health workers) [Электронный ресурс] / В.В. Солодухо, С.А. Игумнов // Медицинская психология в России (электрон. науч. журн.) – Ярославль, 2016. – № 3(38).

10. Solodukho, V.V. The influence of socio-psychological adaptation on the formation of a burnout syndrome in medical workers / V.V. Solodukho, S.A. Igumnov // EC Nursing and Healthcare 2.2 (2020).: – P. 1–11.

11. Умняшкина, С.В. Синдром эмоционального выгорания как проблема самоактуализации личности (в сфере помогающих профессий): дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / С.В. Умняшкина. – М.: РГБ, 2002. – 82 л.

12. Веселова, Е.К. Метод исследования нравственной сферы личности / Е.К. Веселова // Диагностика здоровья. Психологический практикум / под ред. проф. Г.С. Никифорова. – СПб.: Речь, 2007. – С. 359–374.

13. Водопьянова, Н.Е. Противодействие синдрому выгорания в контексте ресурсной концепции человека / Н.Е. Водопьянова // Вестн. С.-Петербург. ун-та. – Вып. 2. – Сер. 12. – март, 2009. – С. 75–87.

Поступила в редакцию 09.10.2023