

Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. 2021. Т. 27, № 1. С. 77-82. ISSN 2073-1426  
Vestnik of Kostroma State University, 2021, vol. 27, № 1, pp. 77-82. ISSN 2073-1426  
Научная статья  
УДК 159.9.072  
<https://doi.org/10.34216/2073-1426-2021-27-1-77-82>

## КОГНИТИВНЫЕ ОСНОВЫ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ ОРДИНАТОРОВ В УСЛОВИЯХ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

**Савельева Людмила Александровна**, Ярославский государственный университет им. П.Г. Демидова, Ярославль, Россия, [lsavelyeva@rambler.ru](mailto:lsavelyeva@rambler.ru), <https://orcid.org/0000-0001-6186-7941>

**Кашапов Мергалияс Мергалимович**, доктор психологических наук, профессор, заведующий кафедрой педагогики и педагогической психологии, Ярославский государственный университет им. П.Г. Демидова, Ярославль, Россия, [smk007@bk.ru](mailto:smk007@bk.ru), <https://orcid.org/0000-0003-1968-090X>

**Ильин Михаил Витальевич**, доктор медицинских наук, Ярославский государственный медицинский университет Минздрава России, Ярославль, Россия, [dekanat-2011@mail.ru](mailto:dekanat-2011@mail.ru), <https://orcid.org/0000-0001-6278-374X>

**Аннотация.** Последипломное образование ординатора лежит в основе его профессиональной деятельности, которая предполагает наличие эмоциональной насыщенности и большого количества факторов, вызывающих стресс. Синдром эмоционального выгорания (СЭВ), будучи реакцией организма на длительное стрессорное воздействие, является следствием психологического переутомления. Целью исследования было изучение когнитивных ресурсных возможностей личности и определение путей профилактики развития СЭВ у 100 ординаторов хирургических и терапевтических специальностей с использованием методик анализа СЭВ и оценки конфликтной компетентности. Группу сравнения составили 30 практических врачей. Получены подтверждения гипотез о том, что СЭВ у ординаторов менее выражен и распространен, чем у врачей; различия в выборе стратегии разрешения конфликтной ситуации способствуют развитию симптомов СЭВ. Выявлены причины психологического дискомфорта обучающихся по программам ординатуры. Осуществлен сравнительный анализ конфликтной компетентности и симптомов, составляющих СЭВ. Установлено, что конфликтная компетентность является частью когнитивных ресурсных возможностей, целенаправленное развитие которых может служить средством профилактики СЭВ у ординаторов.

**Ключевые слова:** стрессогенные факторы, синдром эмоционального выгорания, ресурсность мышления, личность, субъект

**Благодарности.** Работа выполнена при поддержке гранта РФФИ, проект № 20-313-90049

**Для цитирования:** Савельева Л.А., Кашапов М.М., Ильин М.В. Когнитивные основы синдрома эмоционального выгорания ординаторов в условиях последипломного образования // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. 2021. Т. 27, № 1. С. 77-82. <https://doi.org/10.34216/2073-1426-2021-27-1-77-82>

Research Article

## COGNITIVE FOUNDATIONS OF RESIDENTS' BURNOUT SYNDROME IN POSTGRADUATE EDUCATION

**Lyudmila A. Savelyeva**, Demidov Yaroslavl State University, Yaroslavl, Russia, [lsavelyeva@rambler.ru](mailto:lsavelyeva@rambler.ru), <https://orcid.org/0000-0001-6186-7941>

**Mergalyas M. Kashapov**, Doctor of Psychological Sciences, Demidov Yaroslavl State University, Yaroslavl, Russia, [smk007@bk.ru](mailto:smk007@bk.ru), <https://orcid.org/0000-0003-1968-090X>

**Mikhail V. Ilyin**, Doctor of Medical Sciences, Yaroslavl State Medical University, Yaroslavl, Russia, [dekanat-2011@mail.ru](mailto:dekanat-2011@mail.ru) <https://orcid.org/0000-0001-6278-374X>

**Abstract.** Postgraduate education of the resident is the basis of its professional activity, which involves the presence of emotional saturation and a large number of factors that cause stress. Emotional burnout syndrome (CMEA), being the body's reaction to prolonged stressors, is a consequence of psychological overwork. The aim of the study was to study the cognitive resource capabilities of the individual and determine ways to prevent the development of CMEA in 100 residents of surgical and therapeutic specialties using CMEA analysis techniques, assessing conflict and communicative competencies, as well as creativity and creative characteristics of the individual. The comparison group was 30 general practitioners. Evidence has been obtained for hypotheses that CMEA in residents is less pronounced and distributed than in general practitioners; differences in the choice of conflict resolution strategy contribute to the development of CMEA symptoms. The reasons for psychological discomfort of students under residency programmes were revealed. A comparative analysis of conflict competency and symptoms of CMEA, has been carried out. It has been established that conflict competency is manifested as cognitive resource opportunities, the deliberate development of which can serve as a means of preventing CMEA in residents.

**Keywords:** stressogenic factors, emotional burnout syndrome, ideation resourcefulness, personality, subject  
**For citation:** Savelyeva L.A., Kashapov M.M., Ilyin M.V. Cognitive foundations of residents' burnout syndrome in postgraduate education. Vestnik of Kostroma State University. Series: Pedagogy. Psychology. Sociokinetics, 2021, vol. 27, № 1, pp. 77-82 (In Russ.). <https://doi.org/10.34216/2073-1426-2021-27-1-77-82>

**М**ногочисленные исследования в разных странах мира показали высокую распространенность эмоционального выгорания среди практикующих врачей в определенных временных отрезках на протяжении всей своей профессиональной карьеры [Shanafelt, Sonja, Litjen: 1377–1385]. Выгорание начинает зарождаться во время учебы в медицинских университетах, продолжается на последипломном этапе образования и, наконец, достигает максимума в повседневной жизни практикующих врачей. Исследования демонстрируют, что распространенность выгорания среди студентов-медиков колеблется между 31,0 % и 49,6 % [Dyrby, Massier, Eacker: 1173–1180]. Cohen с соавторами обнаружили, что по крайней мере одна треть канадских медиков разных специальностей (5,0 % хирургических и 76,0 % терапевтических) живет жизнью, наполненной стрессами [Cohen, Leung, Fahey: 105]. В систематическом обзоре 2018 года [Li, Cheng, Zhu: 46-54] было показано, что доля медсестер неотложной помощи, страдающих сильным эмоциональным истощением, высокой деперсонализацией и низкими личными достижениями, составила 40,5 %, 44,3 % и 42,7 % соответственно.

В исследовании, проведенном в США, 45,8 % врачей сообщили о наличии хотя бы одного симптома выгорания [Shanafelt, Sonja, Litjen: 1377–1385]. Аналогичным образом исследование, проведенное Европейской исследовательской группой в сети общей врачебной практики, в которую вошли 1 400 семейных врачей из 12 европейских стран, показало следующее: 43,0 % респондентов демонстрировали повышенные показатели эмоционального истощения, 35,0 % – деперсонализации и 32,0 % – редукции личных достижений, а 12,0 % участников страдали от выгорания во всех трех параметрах измерений [Soler, Yaman, Esteva: 245–265]. Эти результаты сопоставимы с результатами аналогичных исследований, проведенных в Европе [Sharma, Sharp, Walker, Monson: 570–576] и в некоторых арабских странах, таких как Йемен, Катар и Саудовская Аравия [Al-Dubai A.R., Rampal: 58–65; Abdulla L., Al-Qahtani D.M., Al-Kuwari: 380–383; Selaihem: 29–39].

Различные результаты вышеупомянутых исследований выявили, что показатели были значительно выше среди семейных врачей [Soler, Yaman, Esteva: 245–265; Abdulla L., Al-Qahtani D.M., Al-Kuwari: 380–383; Lee, Stewart, Brown: 234–235] и общих хирургов [Sharma, Sharp, Walker, Monson: 570–576; Shanafelt, Balch, Bechamps 2010: 995–1000]. Шанафельт пришел к выводу, что выгорание чаще встречается у хирургов-травматологов,

урологов, отоларингологов, сосудистых и общих хирургов, а также молодых медицинских работников, имеющих детей и получающих недостаточную финансовую компенсацию [Shanafelt, Balch, Bechamps 2009: 463–471]. В более поздних работах средний результат уровня выгорания среди физиотерапевтов оказался ниже, чем все результаты, полученные в других профессиональных группах медицинских работников при исследованиях, проведенных с помощью того же диагностического инструмента [Owczarek, Wojtowicz, Pawłowski, Białoszewski: 537–542].

В 2017 году был опубликован системный обзор причин и последствий выгорания в трех онлайн-базах данных (отобрано 35 статей из 2 828 исследований) [Azam, Khan, Alam: 495–501]. Тематический анализ статей выявил: 1) демографические факторы, такие как возраст, пол, семейное положение, специальность и должность; 2) организационные факторы, например рабочая нагрузка, межличностные потребности, ненадежность работы и нехватка ресурсов. Последствия выгорания включали индивидуальные (проблемы физического здоровья) и организационные (низкую производительность труда, низкую организационную приверженность и текущие намерения) эффекты. Индивидуальные характеристики врачей и особенности рабочей среды в медицинских организациях являются факторами, способствующими истощению персонала, что требует принятия активных мер на индивидуальном и институциональном уровнях для предотвращения выгорания врачей путем улучшения личной жизни врача и условий работы.

**Целью** данного исследования стало изучение составляющих когнитивной основы синдрома эмоционального выгорания для определения путей профилактики развития профессионального выгорания у обучающихся по программам ординатуры на этапе последипломного образования.

#### **Задачи исследования:**

1. Изучить структуру, выраженность и распространенность синдрома эмоционального выгорания у ординаторов разных специальностей в сравнении с практическими врачами.

2. Исследовать конфликтную компетентность, определив ее структуру и распространенность, у ординаторов и практических врачей в сравнительном аспекте.

3. Провести корреляционный анализ между симптомами СЭВ и способами разрешения конфликтных ситуаций у ординаторов.

#### **Материалы и методы**

В исследовании приняли добровольное участие 100 ординаторов, в том числе 50 ординаторов хи-

Демографические данные участников исследования

Параметр	Терапевты (n = 50)	Хирурги (n = 50)	Ординаторы (n = 100)	Врачи (n = 30)
Возраст	24,5 ± 0,9	25,2 ± 0,9	24,9 ± 0,97	28,2 ± 2,3
Мужчины	18,0 %	54,0 %	36,0 %	16,7 %
Женщины	82,0 %	46,0 %	64,0 %	83,3 %
Стаж работы	1,5 ± 0,5	1,4 ± 0,5	1,5 ± 0,5	5,0 ± 1,95

рургического и 50 ординаторов терапевтического профилей, обучающихся по программам ординатуры на базе кафедр ФГБОУ ВО Ярославского государственного медицинского университета (ЯГМУ) Минздрава России. Группу сравнения (контроля) составили 30 врачей, проходящих курсы повышения квалификации на базе кафедр ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России. В базу данных включена информация о возрасте, поле, стаже работы. Демографические показатели по средним значениям и частоте встречаемости представлены в таблице 1.

*Психологические методы исследования:*

1. Методика диагностики эмоционального выгорания (В.В. Бойко).

2. Опросник «Диагностика ведущего типа реагирования» (М.М. Кашапов, Т.Г. Киселева).

*Методы статистической обработки данных.*

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием программы Statistica 10.0 (StatSoft Inc., Russia). Для независимых групп при нормальном распределении достоверность различий оценивалась по t-критерию Стьюдента. Проведен корреляционный анализ по оценке взаимосвязей между результатами, полученными в группах сравнения, с помощью коэффициента корреляции Спирмена.

### Результаты исследования и обсуждение

1. *Синдром эмоционального выгорания у ординаторов.* При сравнении средних значений по каждому симптому СЭВ в обеих группах выявлено, что данные показатели в целом у ординаторов были ниже, а статистически значимые различия, получены только по симптомам: переживание психотравмирующих обстоятельств (ППО) в фазе «напряжения» (9,4 ± 6,3 vs 14,2 ± 9,7; p = 0,01), эмоционально-нравственная дезориентация (ЭНД) и расширение сферы экономии эмоций (РСЭЭ) в фазе «резистенции» (11,1 ± 4,6 vs 13,9 ± 7,4; p = 0,015 и 12,7 ± 9,4 vs 18,6 ± 14,5; p = 0,003 соответственно), а также эмоциональная отстраненность (ЭО) (11,6 ± 4,9 vs 11,7 ± 7,3; p = 0,025) и психосоматические и психовегетативные нарушения (ПиПВН) (6,9 ± 4,8 vs 11,8 ± 7,8; p = 0,0007) в фазе «истощения», что подтверждает наличие менее выраженных психоэмоциональных перегрузок у ординаторов, чем у практических врачей.

Кроме того, нами обнаружено, что ординаторы по средним значениям имеют значительно менее выраженные симптомы СЭВ (доминирующих – 0,

сложившихся – 1 vs 3, складывающихся – 6 vs 7, не сложившихся – 5 vs 1 соответственно по сравнению с контролем), что, на наш взгляд, связано с зависимым положением ординаторов от кураторов, а также с тем, что ординаторы испытывают меньше стрессовых нагрузок и эмоционального напряжения при меньшем же уровне ответственности, чем у практических врачей.

Однако при сравнении средних значений в трех группах ординаторов (группа в целом, ординаторы хирургического и ординаторы терапевтического профилей) и группе практических врачей по каждому симптому СЭВ выявлено, что ординаторы хирургического профиля имеют близкие показатели с врачами по двум симптомам СЭВ: тревога и депрессия (ТиД) (11,6 ± 7,3 vs 12,03 ± 8,5) и расширение сферы экономии эмоций (РСЭЭ) (16,4 ± 11,5 vs 18,6 ± 16,6), но значимо более высокие показатели по РСЭЭ (16,4 ± 11,6 vs 8,96 ± 6,9; p = 0,04 соответственно) по сравнению с ординаторами терапевтического профиля.

Данные различия можно объяснить особенностями хирургической специальности, а именно: более высоким уровнем стрессовых факторов, связанных с экстренностью и опасностью проведения хирургических вмешательств, часто угрожающих жизни и здоровью пациентов, а также необходимостью участия в проведении реанимационных мероприятий и более частыми летальными исходами у пациентов хирургического профиля – все это заставляет ординаторов-хирургов вынужденно экономить эмоциональные ресурсы, что при отсутствии опыта быстро приводит к развитию тревоги и депрессии.

Анализ частоты встречаемости симптомов СЭВ подтверждает сам факт наличия, но меньшую распространенность эмоционального выгорания в среде ординаторов. Так, при анализе распространенности степеней выраженности по сложившемуся симптому (СС) у ординаторов по сравнению с врачами преобладали: переживание психотравмирующих обстоятельств (ППО) и неадекватное эмоциональное неизбирательное реагирование (НЭИР) – в 15 % и 19 % случаев против 3 % и 13 % соответственно, а существенно меньшие показатели наблюдались при симптомах: эмоционально-нравственная дезориентация (ЭНД), эмоциональная отстраненность (ЭО) и личностная отстраненность (ЛО) (9 %, 8 % и 6 % против 27 %, 20 % и 17 % соответственно).

При оценке фаз СЭВ обнаружено, что у ординаторов характеристика «фаза сформировалась» преобладала в фазе «резистенции» (36 %) и была менее выражена в фазах «напряжения» (2 %) и «истощения» (13 %), что значительно меньше по сравнению с врачами: 60 % – в фазе «резистенции» и по 27 % – в фазе «напряжения» и в фазе «истощения» соответственно.

По характеристике «фаза в стадии формирования» различия в частотных показателях выявлены только для фазы «резистенции» в виде преобладания у ординаторов над контрольной группой (42 % против 27 % соответственно). Полученные результаты позволяют говорить о меньшем психологическом дискомфорте у ординаторов, проходящих подготовку в многопрофильном стационаре, по сравнению с уже занимающимися практической деятельностью врачами.

Однако более показательным оказался анализ фазы «истощения» в основной и контрольной группах. Фаза истощения, характеризующая результат развития стресса, представлена у испытуемых основной группы стадией сложившегося симптома по эмоциональному дефициту и эмоциональной отстраненности, что в комбинации с доминирующими симптомами свидетельствует о практически равном вкладе факторов профессиональной деятельности и личностных факторов в синдром эмоционального выгорания.

Таким образом, несмотря на то, что полученные нами результаты позволяют говорить о меньшем психологическом дискомфорте у ординаторов, обучающихся на этапе последипломного образования, по сравнению с уже занимающимися практической деятельностью врачами, следует констатировать сам факт обнаружения СЭВ в изучаемой выборке.

*2. Ведущий тип реагирования (ВТР) ординаторов в конфликтной ситуации.* При анализе основные способы разрешения конфликтной ситуации в целом в группе ординаторов оказались в пределах средних значений и практически не отличались от контрольной группы. Это значит, что на начальном этапе обучения в ординатуре молодые врачи готовы проявить все свои знания, умения и навыки в практической деятельности, продуктивно решая часто возникающие конфликтные ситуации, пользуясь способом «Решение» в 93 % случаев, но, не имея опыта практической врачебной деятельности, вынуждены использовать в качестве психологических защит деструктивные типы, такие как «Уход» и «Агрессия», отдавая предпочтение «Агрессии» перед «Уходом» [Кашапов, Савельева: 193–201].

Доказано значимое превышение средних показателей способа разрешения конфликтной ситуации «Решение» над «Уходом» и «Агрессией» ( $p < 0,05$ ) в доминирующем типе реагирования РУА (Решение > Уход > Агрессия) для исследуемой выборки в целом. Кроме того, оказалось,

что все группы сравнения (хирурги, терапевты, ординаторы и практические врачи) пользуются доминирующим способом разрешения конфликтных ситуаций – «Решение» (в 93 %, 100 %, 93 % и 97 % случаев соответственно) средней степени выраженности, что свидетельствует о наиболее конструктивном способе разрешения конфликта у подавляющего большинства испытуемых [Кашапов, Савельева: 193–201].

Однако при более детальном сравнении групп по профилю специальности нами обнаружены некоторые существенные различия. Так, у группы ординаторов-хирургов выявлено предпочтение в использовании способа «Агрессии» перед «Уходом», когда все другие группы, наоборот, предпочитают «Уход» «Агрессии». Кроме того, при анализе средних значений по каждому способу ВТР выявлены достоверные различия только по способу «Агрессия» в группе ординаторов-хирургов ( $p = 0,048$ ) и общей группе ординаторов ( $p = 0,04$ ) по сравнению с контрольной группой (врачами) [Кашапов, Савельева: 193–201].

При анализе распространенности характеристик показателей (высокий, выше среднего, средний, ниже среднего, низкий) у всех групп сравнения в отличие от способов «Агрессии» и «Ухода» при сходных показателях выявлен выраженный разброс показателей в более частом использовании способа «Решение» от «среднего» в сторону повышения (достоверные ( $\Delta > 5$  %), а именно: показателей «выше среднего» и «высокий», а также практически схожие показатели «ниже среднего» и «низкий».

Среди ординаторов-хирургов чаще всего встречались высокие показатели (сумма характеристик «высокий» и «выше среднего») в 62 %, у ординаторов-терапевтов – в 56 %, у группы ординаторов в целом – в 59 % и у практических врачей – в 40 % случаев соответственно [Кашапов, Савельева: 193–201].

Данные достоверные различия (по сравнению с контрольной группой), на наш взгляд, можно объяснить спецификой хирургической специальности (в силу экстренности и опасности операционных вмешательств для жизни и здоровья больного), связанной с необходимостью чаще играть доминирующую «мужскую» роль в конфликте, чем избегать участия в нем, то есть чаще действовать, чем бездействовать в надежде, что конфликтная ситуация разрешится сама собой.

Дальнейший анализ результатов, полученных с помощью методики ВТР, показал, что доминирующим типом реагирования по средним значениям для всей выборки в целом определился РУА, когда решение предполагает соглашательский вариант, который способствует снижению творческой активности субъекта, сужает его рост и самореализацию. Соглашательский тип реагирования РУА, по-видимому, обусловлен ограничением свободы выбора ординатором стратегии поведения в силу

зависимости своего положения (положение обучающегося) от мнения куратора (врача-преподавателя, несущего ответственность за ординатора) [Кашапов, Савельева: 193–201].

По оценке распространенности нами выявлено, что ведущим типом реагирования в группах ординаторов-хирургов, ординаторов-терапевтов, ординаторов и практических врачей был РУА (44 %, 66 %, 55 % и 18 % соответственно), а РАУ (Решение > Агрессия > Уход) демонстрировал достоверно меньшие показатели (36 %, 14 %, 25 % и 26,7 % соответственно). При этом нами обнаружены различия по ВТР в группах сравнения по специальности. Так, по анализу средних значений обнаружено, что группа ординаторов-хирургов в качестве ВТР использует РАУ в отличие от всех других групп сравнения, которые используют РУА. Ординаторы-хирурги достоверно реже используют РУА по сравнению с другими группами ( $p < 0,05$ ). Однако ординаторы-хирурги достоверно чаще пользуются РАУ по сравнению с ординаторами-терапевтами ( $p < 0,05$ ) [Кашапов, Савельева: 193–201].

Наиболее рациональный тип реагирования РАУ является и наиболее продуктивным, поэтому в идеальном варианте по окончании процесса обучения в ординатуре он должен стать доминирующим, чтобы позволить молодому врачу уверенно начать самостоятельную трудовую врачебную деятельность в качестве полноценного специалиста. На наш взгляд, все выявленные типы реагирования можно отнести к динамическим характеристикам, что открывает возможность конструктивного влияния на их развитие со стороны кураторов, отвечающих за работу с обучающимися по программам ординатуры [Кашапов, Савельева: 193–201].

### 3. Результаты корреляционного анализа.

При проведении корреляционного анализа с учетом коэффициента корреляции Спирмена ( $r$ ) между симптомами синдрома эмоционального выгорания и способами разрешения конфликта у ординаторов нами получены достоверные связи, касающиеся двух симптомов СЭВ фазы «напряжения» с «Агрессией»: ППО ( $r = -0,10$ ;  $p = 0,028$ ) и ТиД ( $r = 0,12$ ;  $p = 0,018$ ), причем обе связи слабого характера, но разнонаправленного действия, и достоверные связи тех же симптомов с «Уходом»: ППО ( $r = -0,34$ ;  $p = 0,031$ ) и ТиД ( $r = -0,68$ ;  $p = 0,048$ ), причем все связи имеют отрицательный характер, однако более выражены по силе (связь с ППО средней силы, а с ТиД – сильная связь). Полученные данные свидетельствуют о том, что чем более выражены переживания психотравмирующих обстоятельств, тем меньше ординаторы используют «Агрессию» и «Уход» в качестве деструктивной стратегии, причем «Уход» в большей степени, чем «Агрессию». Результаты, полученные по тревоге и депрессии, демонстрируют то, что чем более выражен данный симптом, тем более выражена и «Агрессия» у ординаторов, но значительно менее выражен «Уход».

Также получены достоверные корреляционные связи между тремя симптомами СЭВ фазы «истощения» и «Агрессией»: ЭД ( $r = -0,21$ ;  $p = 0,014$ ), ЭО ( $r = -0,12$ ;  $p = 0,03$ ) и ЛО ( $r = -0,11$ ;  $p = 0,0004$ ), однако все связи отрицательного характера и слабой силы. Напротив, полученные достоверные корреляционные связи между теми же тремя симптомами и «Уходом», а именно: ЭД ( $r = 0,27$ ;  $p = 0,002$ ), ЭО ( $r = 0,31$ ;  $p = 0,006$ ), ЛО ( $r = 0,06$ ;  $p = 0,0001$ ), носят положительный характер, однако разной силы корреляций (ЭД и ЭО – средней силы, а ЛО – очень слабой силы). Следует отметить, что обнаруженная отрицательная корреляционная связь между симптомом ПиПВН ( $r = -0,37$ ;  $p = 0,0003$ ) фазы «истощения» СЭВ имеет среднюю силу выраженности. Полученные данные свидетельствуют о том, что чем более выражены эмоциональный дефицит, эмоциональная и личностная отстраненность, тем менее выражена «Агрессия», но более выражен «Уход». Однако чем больше выражен симптом психосоматических и психовегетативных нарушений, тем меньше ординаторы используют «Уход» в качестве деструктивной стратегии поведения выхода из конфликта.

### Выводы

1. Доказано, что ординаторы по сравнению с практическими врачами имеют значимо менее выраженные симптомы СЭВ: переживание психотравмирующих обстоятельств ( $p = 0,0049$ ), эмоционально-нравственной дезориентации ( $p = 0,0147$ ), расширение сферы экономии эмоций ( $p = 0,0028$ ), эмоциональная отстраненность (0,0253), психосоматические и психовегетативные нарушения ( $p = 0,00066$ ), а с учетом различий в степени выраженности в сторону преобладания несложившихся симптомов (1 vs 3), а также в 2 раза меньшей распространенностью фазы истощения – существенно меньший психологический дискомфорт. Однако ординаторы хирургического профиля имеют близкие значения с врачами по симптомам тревоги и депрессии, расширения сферы экономии эмоций и значимо более высокие показатели по симптому расширения сферы экономии эмоций ( $p = 0,04$ ) по сравнению с ординаторами терапевтического профиля.

2. Выявлено, что доминирующим типом реагирования как у ординаторов, так и практических врачей является РУА (с доминирующим в 100 % случаев способом «Решение»). Также установлены достоверные различия в распространенности ведущего типа реагирования в конфликте в зависимости от врачебной специальности: хирурги достоверно реже используют РУА ( $p < 0,05$ ) по сравнению с другими группами и достоверно чаще пользуются РАУ по сравнению с терапевтами ( $p < 0,05$ ).

3. Подтверждено существование достоверных взаимосвязей между параметрами конфликтной компетентности и выраженностью феномена СЭВ, в частности, между симптомами СЭВ двух фаз –

«напряжения» и «истощения», и деструктивными способами разрешения конфликтных ситуаций «Агрессия» и «Уход» ( $p < 0,05$ ), что, возможно, является проявлением ресурсности личности ординаторов.

Таким образом, нами установлено, что недостаточное рациональное использование ординаторами психологических защит способствует возникновению низкого уровня развития конфликтной компетентности и, как следствие, приводит к развитию СЭВ. Обнаружено диверсификационное понимание оптимального типа разрешения конфликта как стратегии, направленной на снижение социальных и личностных рисков за счет усиления средств, повышающих когнитивный ресурс субъекта деятельности. Выбор личностью оптимального типа реагирования необходимо рассматривать в качестве критериального показателя конфликтной компетентности.

Представляется перспективным включение средств психокоррекции СЭВ в основной функционал преподавателей, отвечающих за профессиональную подготовку ординаторов. Профилактика СЭВ должна проводиться в условиях образовательного процесса с обязательным учетом профиля врачебной специальности ординатора.

#### Список литературы

*Кашапов М.М., Савельева Л.А.* Влияние синдрома эмоционального выгорания на типы разрешения конфликтной ситуации молодыми врачами. Вестник Удмуртского университета. Серия: Философия. Психология. Педагогика. 2018. Т. 28, № 2. С. 193–201.

*Abdulla L., Al-Qahtani D.M., Al-Kuwari M.G.* Prevalence and determinants of burnout syndrome among primary healthcare physicians in Qatar. *S Afr Fam Pract*, 2011, № 53, pp. 380–383.

*Al-Dubai A.R., Rampal K.G.* Prevalence and associated factors of burnout among doctors in Yemen. *J Occup Health*, 2010, № 52, pp. 58–65.

*Azam K., Khan A., Alam M.T.* Causes and Adverse Impact of Physician Burnout: A Systematic Review. *J Coll Physicians Surg Pak*, 2017, № 27 (8), pp. 495–501.

*Cohen J.S., Leung Y., Fahey M. et al.* The happy docs study: a Canadian Association of Internes and Residents well-being survey examining resident physician health and satisfaction within and outside of residency training in Canada. *BMC Res Notes*, 2008, № 1, pp. 105.

*Dyrby L.N., Massie Jr F.S., Eacker A. et al.* Relationship between burnout and professional conduct and attitudes among US medical students. *JAMA*, 2010, № 304, pp. 1173–1180.

*Lee F.J., Stewart M., Brown J.B.* Stress, burnout, and strategies for reducing them: what's the situation among Canadian family physicians? *Can Fam Physician*, 2008, № 54, pp. 234–235.

*Li H., Cheng B., Zhu X.P.* Quantification of burnout in emergency nurses: A systematic review and meta-analysis. *Int Emerg Nurs*, 2018, № 39, pp. 46–54.

*Owczarek K., Wojtowicz S., Pawłowski W., Białoszewski D.* Burnout syndrome among physiotherapists. *Wiad Lek*, 2017, № 70, pp. 537–542.

*Selaihem A.* Prevalence of burnout amongst physicians working in primary care in Riyadh military hospital, Saudi Arabia. *Health Care Manag Rev*, 2008, № 33, pp. 29–39.

*Shanafelt T.D., Balch C.M., Bechamps G. et al.* Burnout and career satisfaction among American surgeons. *Ann Surg*, 2009, № 250, pp. 463–471.

*Shanafelt T.D., Balch C.M., Bechamps G. et al.* Burnout and medical errors among American surgeons. *Ann Surg*, 2010, № 251, pp. 995–1000.

*Shanafelt T.D., Sonja B., Litjen T. et al.* Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *JAMA Intern Med*, 2012, № 172, pp. 1377–1385.

*Sharma A., Sharp D.M., Walker L.G., Monson J.R.* Stress and burnout in colorectal and vascular surgical consultants working in the UK National Health Service. *Psychooncology*, 2008, № 17, pp. 570–576.

*Soler J.K., Yaman H., Esteve M. et al.* Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Fam Pract*, 2008, № 25, pp. 245–265.

#### References

*Kashapov M.M., Savelyeva L.A.* *Vlyanie sindroma emocionalnogo vygorania na tipy razreshenia konfliktnoy situacii molodymi vrachami* [The influence of burnout syndrome on the types of conflict resolution by young doctors]. *Vestnik Udmurtskogo Universiteta. Seria Filosofia. Psihologia. Pedagogika* [Bulletin of the Udmurt University. Series: Philosophy. Psychology. Pedagogy], 2018, vol. 28, № 2, pp. 193–201.

*Статья поступила в редакцию 14.12.2020; одобрена после рецензирования 21.01.2021; принята к публикации 27.02.2021.*

*The article was submitted 14.12.2020; approved after reviewing 21.01.2021; accepted for publication 27.02.2021.*