

у здатності до співпереживання й співчуття, у схильності бути чутливими і товариськими; низьким рівнем психотизма в порівнянні з юнаками, а також домінуванням альтруїзму й генофілії в ієрархічній структурі базових потреб. Структури установок і найбільші вагові навантаження відбивають соціокультурні схеми суб'єктивної організації репродуктивної позиції юнаків та дівчат, підтверджуючи на когнітивно-мотиваційному рівні узгодженість установок дівчат і неузгодженість установок юнаків. Репродуктивна установка дівчат відрізняється різноманітністю репродуктивних уявлень генофільного характеру, серед яких домінують уявлення із семантикою репродуктивного оптимізму, бажаності материнської ролі й віри в її успіх. Кореляційний аналіз зв'язків репродуктивних уявлень про дітородіння дозволяє припустити, що для репродуктивної установки дівчат характерна дітоцентричність, ціннісна несуперечність, позитивний афект бажаності репродукції. Зростання репродуктивної установки дівчат залежить від рівня соціальної нормативності гендера й розвитку потреб в альтруїзмі й генофілії. Репродуктивна установка юнаків на рівні основних уявлень носить генофобний характер: найбільш пріоритетні егоцентричні уявлення репродукції як про перешкоду самореалізації, що свідчить про усвідомленість відмови від репродуктивної ролі. Результати свідчать про зворотню залежність між репродуктивною установкою й розвитком потреб домінуванні й егофілії.

Кількісний аналіз узагальнених параметрів репродуктивної установки (генофільності, генофобності, репродуктивної активності, репродуктивної пасивності) виявляє, що репродуктивні установки юнаків і дівчат розрізняються на рівні всіх узагальнених параметрів. У цілому по репродуктивній установці виявлені значимі розходження між вибірками юнаків та дівчат, що підтверджує регулятивну роль гендеру в характері суб'єктивної позиції стосовно репродуктивної установки. З одного боку, гендерна деполаризація чоловіків і жінок відповідає новим соціальним змінам, що руйнують стандарт сприйняття статі й гендерних приписань. Відмова від поділу життєдіяльності на чоловічу й жіночу сфери, зростання сексуалізації, розвиток споживчої економіки й рекламної індустрії, що використовують секс і сексуальну привабливість із метою збуту споживчих товарів, сприяють ослабленню культурної вимоги.

Свідомість юнаків і дівчат відображає ціннісно-нормативні зміни сучасного суспільства. Хоча цінність сім'ї для молодих людей достатньо висока, орієнтації на неї збудовані на тлі загальної домінуючої спрямованості на цінності особистісної соціальної успішності, що підкреслює загальну індивідуалістичну спрямованість ціннісних орієнтацій хлопців і дівчат.

### Список використаної літератури

1. Акопов Г.В. Структурный анализ родительского сознания: студенты и родители // Тезисы докл. I конф. по исторической психологии. – Самара, 1994. – С. 73-75.
2. Асмолов А.Г. Деятельность и установка. – М., 1979. – С. 41-56.
3. Копыл О.А. Готовность к материнству: выделение факторов, условий психологического риска, для будущего развития ребенка. – М., 1993. – 242 с.
4. Мещерякова С.Ю. Психологическая готовность к материнству // Вопросы психологии. – 2000. – № 5. – С. 1.
5. Родштейн М.М. Проблема феминности и ее психологических инвариантов // Материалы II Всероссийской научно-практической конференции: Вызовы эпохи в аспекте психологической и психотерапевтической науки и практики. – Казань, 2006. – С. 85.
6. Maccoby E. The Two Sexes: growin up apart, coming together. – Gambridge: Harward Univ Press. – 1998. P. 118-152.

In the article meaningful structure of the genesial setting of girls and youths is considered in. In the article model of regulation genesis of the genesial setting is given the quantitative analysis of the generalized parameters of the genesial setting.

**Keywords:** maternity, paternity, genesial setting, necessity, identity, valued orientation, youth age.

*Отримано: 17.02.2010*

УДК 616.89-008.48:001.8

*Н.Л. Калайтан*

## Особенности прояву синдрому вигоряння в лікарів швидкої медичної допомоги

Стаття присвячена вивченню феномена професійного вигоряння в лікарів швидкої медичної допомоги. Представлена факторна структура особливостей прояву синдрому вигоряння в лікарів швидкої медичної допомоги. Виявлена специфіка прояву симптомів вигоряння залежно від стадій формування синдрому, статевої приналежності й стажу роботи лікарів у рамках служби швидкої невідкладної допомоги.

**Ключові слова:** синдром вигоряння, стресові фактори, емоційне виснаження.

Стаття посвячена изучению феномена профессионального выгорания у врачей скорой медицинской помощи. Представлена факторная структура особенностей проявления синдрома выгорания у врачей скорой медицинской помощи. Выявлена специфика проявления симптомов выгорания в зависимости от стадий формирования синдрома, половой принадлежности и стажа работы врачей в рамках службы скорой помощи.

**Ключевые слова:** синдром выгорания, стрессовые факторы, эмоциональное истощение.

**Постановка проблеми.** Вивченню проблеми синдрому вигоряння присвячено значну кількість робіт у закордонній [4] і вітчизняній літературі [1; 2; 5; 6; 8]. Відзначається, що синдром вигоряння як стан фізичного, емоційного й розумового виснаження має різноманітну феноменологію: погіршення психічного й фізичного здоров'я [5], порушення системи міжособистісних відносин [3], розвиток негативних установок стосовно колег і пацієнтів [6], формування різного роду хімічних залежностей [3; 8] і професійна дезадаптація фахівців [2; 5]. Феномен професійного вигоряння розглянутий у медичних працівників різної спеціалізації [2; 6; 8], але особливо актуальним є дослідження синдрому вигоряння в лікарів швидкої й невідкладної медичної допомоги (далі – ШМД), умови діяльності яких характеризуються підвищеною стресогенністю у зв'язку з необхідністю надання екстреної допомоги в умовах дефіциту часу й інформації, медикаментозного й апаратного оснащення, а також високої відповідальності за її ефективність і своєчасність [3], що є важливим чинником зниження професійної ефективності й здоров'я лікарів ШМД [3; 7]. Однак дослідження синдрому вигоряння у фахівців даної категорії систематично не проводилося.

**Аналіз останніх досліджень.** На сьогоднішній день наука все частіше звертається до проблеми впливу професійної діяльності на особистість фахівця з метою більш детального вивчення різноманітних аспектів особистісної деформації. Зокрема, висвічується проблема професійного стресу як багатовимірного феномена, що виражається у фізіологічних і психологічних реакціях на складну робочу ситуацію [1; 2; 8]. Зокрема, це стосується професій системи “людина – людина”, особливо медичних працівників, специфіка яких полягає у великій кількості емоційно насичених міжособистісних контактів. Найбільш частою формою прояву професійного стресу є синдром емоційного (або психічного) вигоряння [2; 5].

Всесвітня організація охорони здоров'я визнала “синдром вигоряння” проблемою, що вимагає медичного втручання. У МКЗ-

10 синдром вигоряння виділений в окремий діагностичний таксон – Z73 (проблеми, пов'язані із труднощами керування своїм життям) і шифрується Z73.0 – “вигоряння” (burnout) [7].

Дані вітчизняної й закордонної літератури висвітлено особливості прояву даного синдрому в різних категоріях фахівців у сфері медичної практики (Т.В. Форманюк, 1994; Н.В. Гришина, 1997; В.Е. Орел, 1999; Д. Брук, Т. Лъето, К.Б. Мак-Хью, 2000; Е.С. Старченкова, Н.Є. Водоп'янова, 2002; Юр'єва Л.Н., 2004; Большакова Т.В., 2004 та ін.) [1; 2; 4; 5; 8]. Б. С. Федаком були виділені феноменологічні варіанти синдрому вигоряння у працівників ШМД: астено-іпохондричний, астено-субдепресивний, соматовегетативний, астено-обсесивний та істероморфний [7]. Однак залишаються маловивченими особливості емоційно-особистісної сфери лікарів ШМД, що зумовлюють розвиток синдрому вигоряння, його структурні особливості, а також специфіку копінг-стратегій і механізмів психологічного захисту даної категорії фахівців.

**Мета дослідження:** виявити особливості прояву синдрому вигоряння в лікарів ШМД.

**Методи дослідження:**

1) опитувальник Maslach Burnout Inventory (МВІ) К. Маслач і С. Джексона у модифікації Н.Є. Водоп'янової;

2) методика діагностики рівня емоційного вигоряння В.В.Бойко;

3) опитувальник, спрямований на виявлення психічного вигоряння О.О. Рукавишнікова.

У дослідженні взяли участь 145 лікарів (у віці 27-65 років) підстанцій Харківської міської клінічної лікарні швидкої й невідкладної медичної допомоги ім. проф. А.І. Мещанінова.

**Виклад основного матеріалу.** Результати дослідження, отримані за допомогою опитувальника для виявлення вигоряння МВІ К.Маслач і С. Джексона, свідчать про наявність синдрому вигоряння в 26 лікарів ( $17,93 \pm 3,19\%$  від загальної кількості), при цьому до групи ризику були віднесені 30 лікарів ШМД ( $20,69 \pm 3,36\%$  від загальної кількості). Емоційне виснаження, що проявляється у відчутті емоційної перенапруги, спустошеності, вичерпанні власних емоційних ресурсів, були виявлені в  $27,78 \pm 4,31\%$  лікарів. Деперсоналізація, як тенденція розбудовувати негативне, цинічне ставлення до суб'єктів діяльності та встановлення знеособлених і формальних контактів спостерігалися в  $16,67 \pm 3,59\%$  лікарів. Редукція особистісних досягнень, для якої характерні зниження почуття власної некомпетентності як фахівця й відчуття безперспективності свого професійного майбутнього, зневага службовими обов'язками,

негативне самосприйняття в професійному плані були характерні для 46,30±4,80% лікарів ШМД.

За результатами методики О. О. Рукавишникова, спрямованої на визначення психічного вигорання, були отримані такі результати: високий рівень психічного вигорання був виявлений в 10 лікарів (6,90±2,10% від загальної кількості) і середній рівень – в 71 лікарів (48,97±4,15% від загальної кількості). Симптом “психоемоційне виснаження” спостерігався в 46,30±4,80% лікарів. Для нього характерні вичерпання емоційних, фізичних і енергетичних ресурсів лікарів, хронічне емоційне й фізичне стомлення, байдужість і холодність щодо оточуючих з ознаками депресії й дратівливості. Даний симптом може проявлятися у формі агресивності, підвищеної чутливості до оцінок інших, тривожності, небажання йти на роботу. “Особистісне віддалення” як специфічна форма дезадаптації, що проявляється у зменшенні кількості контактів, негативізм по відношенню до оточуючих, підвищеній дратівливості й нетерпимості в ситуаціях спілкування, було виявлено в 35,19±4,60% лікарів ШМД. Низькі значення за шкалою “професійна мотивація” були характерні для 23,15±4,06% лікарів, що свідчить про зниження рівня професійної мотивації, незадоволеність роботою й собою як фахівцем, почуття низької професійної ефективності й віддачі, зниження потреби в досягненнях.

За результатами методики діагностики рівня емоційного вигорання В. В. Бойко ознаки синдрому вигорання різного ступеня прояву були виявлені в 52 лікарів ШМД (35,86±3,98% від загальної кількості), серед яких 10 лікарів з високим рівнем вигорання (6,90±2,10%) і 42 лікарі (28,97±3,77%) із синдромом вигорання у стадії формування.

Автор розглядає професійне вигорання як “вироблений особистістю механізм психологічного захисту у формі повного або часткового виключення емоцій у відповідь на окремі психотравмуючі ситуації” з позиції загального адаптаційного синдрому Г.Сельє й виділяє 3 стадії розвитку синдрому (напруга, резистенція й виснаження), кожна з яких проявляється у вигляді 4 симптомів вигорання.

У таблиці 1 представлені процентні показники прояву фаз розвитку стресу й відповідних їм симптомів вигорання в лікарів з ознаками синдрому вигорання. При цьому перше значення відповідає процентному показнику сформованих фаз/симптомів вигорання, а друге – фаз і симптомів у стадії формування.

Отже, у лікарів ШМД у картині синдрому емоційного вигорання переважали симптоми фази “резистенція” (34,21±7,70% від

загальної кількості), що проявляється в обмеженні діапазону й інтенсивності включення емоцій у процесі професійного спілкування у відповідь на конкретні психотравмуючі ситуації.

Таблиця 1

**Виразність фаз розвитку стресу й відповідних їм симптомів вигорання в групі лікарів з ознаками синдрому вигорання (за методикою В. В. Бойко)**

Фази розвитку стресу	Симптоми синдрому емоційного вигорання	
Напруга 7,89±4,37% (57,89±8,01%)	Переживання психотравмуючих обставин	52,63±8,10% (28,95±7,36%)
	Незадоволеність собою	10,53±4,98% (18,42±6,29%)
	“Загнаність у клітку”	5,26±3,62% (21,05±6,61%)
	Тривога й депресія	26,32±7,14% (31,58±7,54%)
Резистенція 34,21±7,70% (44,74±8,07%)	Неадекватне вибіркове емоційне реагування	65,79±7,70% (23,68±6,90%)
	Емоційно-моральна дезорієнтація	25,32±7,14% (42,11±8,01%)
	Розширення сфери економії емоцій	34,21±7,70% (18,42±6,29%)
	Редукція професійних обов’язків	57,89±8,01% (21,05±6,61%)
Виснаження 13,16±5,48% (44,74±8,07%)	Емоційний дефіцит	28,95±7,36% (13,16±5,48%)
	Емоційна відстороненість	42,11±8,01% (34,21±7,70%)
	Особистісна відстороненість (деперсоналізація)	21,05±6,61% (26,32±7,14%)
	Психосоматичні й психовегетативні порушення	23,68±6,90% (26,32±7,14%)

Домінуючими зафіксовані такі симптоми вигорання.

1. “Неадекватне вибіркове емоційне реагування” (65,79±7,7%), що проявляється у неадекватному обмеженні діапазону й інтенсивності включення емоцій у процесі професійної взаємодії залежно від настрою й інших суб’єктивних факторів, що сприймаються пацієнтами й колегами як байдужість, неповага й емоційна холодність.

2. “Редукція професійних обов’язків” була виражена в 57,89±8,01% лікарів. Даний симптом проявляється у формі скорочення професійних обов’язків, що вимагають емоційних витрат.

Зокрема, це може проявлятися у збідненні репертуару професійних дій, скороченні часу взаємодії з пацієнтами, що може стати причиною професійних помилок, розбіжності діагнозів і неадекватно наданої екстреної допомоги.

3. “Переживання психотравмуючих ситуацій” (52,63±8,10%) проявляється у вигляді психоемоційної напруги, тривожності, дратівливості, почутті безвихідності внаслідок усвідомлення стресових факторів професійної діяльності й неможливості їх змінити. Зокрема, це необхідність надання екстреної медичної допомоги в умовах дефіциту часу й інформації про анамнез захворювання, високої відповідальності за наслідки наданої допомоги, необхідності працювати з різноманітним контингентом населення, зокрема із психологічно важким, та ін.

4. Симптом “емоційна відстороненість” спостерігався в 42,11±8,01% лікарів і супроводжувався практично повним виключенням емоцій із професійної сфери, відсутністю емоційного відгуку незалежно від позитивного або негативного характеру обставин професійної діяльності, “механічним” виконанням професійних обов’язків, наданням медичної допомоги без емоцій і почуттів, що сприймається пацієнтами як байдужість.

З метою розкриття специфіки прояву синдрому вигорання в лікарів ШМД був проведений факторний аналіз (метод головних компонентів, метод варимакс із нормалізацією Кайзера), результати якого представлено в таблиці 2.

Таблиця 2

**Факторна структура особливостей прояву синдрому вигорання в лікарів ШМД**

№ з/п	Назва фактора	Елементи фактора	Факторне навантаження
1	«Виснаження»	Рівень вигорання (методика В. В. Бойко)	0,708
		Фаза виснаження	0,695
		«Загнаність у клітку»	0,647
		Особистісна відстороненість	0,784
		Емоційний дефіцит	0,413
		Емоційне виснаження	0,659
		Деперсоналізація	0,770
		Індекс професійного вигорання (методика О.О. Рукавишнікова)	0,534
		Психоемоційне виснаження	0,497
		Рівень вигорання (МВІ)	0,384

2	«Напруга»	Фаза напруги	0,764
		Переживання психотравмуючих ситуацій	0,750
		Рівень вигорання	0,430
		Тривога й депресія	0,601
		Розширення сфери економії емоцій	0,667
		Психосоматичні й психовегетативні порушення	0,476
		Індекс професійного вигорання (методика О.О. Рукавишнікова)	0,568
		Психоемоційне виснаження	0,593
3	Зниження професійної мотивації	Емоційна відстороненість	-0,378
		Неадекватне виборче емоційне реагування	-0,352
		Емоційний дефіцит	0,449
		Емоційна відстороненість	0,605
		Індекс професійного вигорання (методика О.О. Рукавишнікова)	0,568
4	Специфіка прояву синдрому вигорання в жінок-лікарів ШМД	Особистісне віддалення	0,764
		Професійна мотивація	0,732
		Психосоматичні й психовегетативні порушення	-0,422
		Стать респондента	0,639
		Фаза «резистенції»	0,857
		Редукція професійних обов’язків	0,812
5	Специфіка прояву синдрому вигорання в чоловіків-лікарів ШМД	Неадекватне вибіркове емоційне реагування	0,373
		Емоційно-моральна дезорієнтація	0,324
		Розширення сфери економії емоцій	0,362
6	Вплив родинного стану на специфіку прояву синдрому вигорання	Стать респондента «Загнаність у клітку»	-0,302
		Рівень вигорання (МВІ)	-0,370
		Редукція особистих досягнень	0,781
		Незадоволеність собою	0,827
7	Розчарування в собі й професії	Емоційно-моральна дезорієнтація	0,430
		Емоційне виснаження	0,533
		Родинний стан	0,390
		Емоційний дефіцит	-0,778
		Незадоволеність собою	-0,413
8	Розчарування в собі й професії	Неадекватне вибіркове емоційне реагування	0,658
		Стать респондента	0,659
		Стать респондента	-0,405

8	Особливості прояву синдрому вигоряння залежно від стажу роботи	Стаж роботи	0,867
		Фаза виснаження	0,308
		Психосоматичні й психовегетативні порушення	0,460
		Тривога й депресія	-0,363

Перший фактор, умовно позначений як “Виснаження”, демонструє, якими сформованими й домінуючими симптомами супроводжується фаза виснаження синдрому вигоряння в лікарів ШМД. Високий рівень вигоряння супроводжується в даній категорії фахівців вичерпанням емоційних, фізичних і енергетичних ресурсів, почуттям безвихідності й неможливості вплинути на психотравмуючі обставини діяльності, хронічним емоційним і фізичним стомленням, негативним і цинічним ставленням до оточуючих з ознаками депресії й драгівливості, поступовим виключенням емоцій із професійної сфери, тенденцією встановлювати знеособлені й формальні контакти.

Фактор “Напруга” характеризує особливості початку формування синдрому вигоряння в лікарів. Усвідомлення стресових факторів професійної діяльності й неможливості їх змінити призводить до психоемоційного виснаження, підвищення тривожності, розчарування в собі й вибраній професії, що виявляється у погіршенні загального стану здоров’я, різного роду психосоматичних розладах, підвищеній драгівливості й нетерпимості при контактах поза професійною сферою.

Наступний фактор – “Зниження професійної мотивації” – є своєрідною формою адаптації до стресових умов діяльності в рамках служби ШМД, яка виявляється в зниженні рівня професійної мотивації й потреби в досягненнях, незадоволеності собою, почутті низької професійної ефективності й віддачі, внаслідок чого втрачаються інтерес до роботи й емоційне залучення при взаємодії з пацієнтами, формується цинічне й негативне ставлення до суб’єктів діяльності. Це, у свою чергу, знижує ризик розвитку психосоматичних і психовегетативних порушень.

Четвертий фактор демонструє специфіку прояву синдрому вигоряння залежно від статевої приналежності лікарів ШМД. Для жінок більш характерний прояв симптомів фази “резистенція”: неадекватне вибіркове емоційне реагування, емоційно-моральна дезорієнтація, розширення сфери економії емоцій, що виявляється у виконанні своїх обов’язків залежно від настрою й суб’єктивної переваги (“це не той випадок, щоб співчувати”, “такі люди не заслуговують доброго ставлення” і т.п.), що має місце й при взаємодії поза професійною сферою, зокрема у звуженні кола соціальних контактів, прояві драгівливості й нетерпимості при взаємодії з членами родини й друзями. При цьому домінуючим симптомом виступає

редукція професійних обов’язків, що виявляється в скороченні професійних обов’язків, які вимагають емоційних витрат, а також часу, уваги й емоційного залучення при взаємодії із хворими й пацієнтами.

У наступному факторі знаходить відображення специфіка прояву синдрому вигоряння в лікарів ШМД чоловічої статі; для них більш характерний прояв симптому “редукція особистих досягнень”, що виявляється в зниженні почуття власної професійної компетентності, негативному самосприйнятті в професійному плані, відчутті зменшення цінності своєї діяльності, зневазі службових обов’язків. Дану закономірність можна пояснити специфікою рольових очікувань, що пропонуються чоловічій статі в соціумі: успішність у професійному плані є однією з основних умов позитивного самосприйняття й високої самооцінки.

Фактор № 6 – біполярний і відображає специфіку прояву синдрому вигоряння у залежності від родинного стану лікарів ШМД. Так, для одружених лікарів більш характерні такі симптоми вигоряння, як незадоволеність собою, емоційно-моральна дезорієнтація й емоційне виснаження. Необхідність працювати в екстремальних умовах супроводжується постійною психоемоційною напругою; поступово відбувається розчарування у своїх професійних можливостях, у вибраній професії, обійманій посаді, що супроводжується почуттям внутрішньої спустошеності, відчуттям вичерпаності власних емоційних ресурсів; виконання професійних обов’язків залежить від настрою й суб’єктивної переваги, що може впливати на якість медичної допомоги, що надається. Характерним симптомом вигоряння для неодружених фахівців виступив “емоційний дефіцит”, що супроводжується відчуттям нездатності емоційно співпереживати суб’єктам діяльності, а також драгівливістю, різкістю й брутальністю, перевагою негативного тла настрою.

Сьомий фактор відбиває схильність лікарів чоловічої статі до переживання відчуття власної професійної некомпетентності, розчарування в обійманій посаді, що супроводжується виконанням своїх професійних обов’язків залежно від бажання й настрою.

Останній фактор демонструє специфіку прояву синдрому вигоряння залежно від стажу роботи в рамках служби ШМД. Чим більше стаж роботи, тим частіше проявляються симптоми фази виснаження, що супроводжуються скаргами психосоматичного й іпохондричного генезу.

#### Висновки та перспективи подальших досліджень

Ознаки синдрому емоційного вигоряння різного ступеня вираженості були виявлені в 36% лікарів, серед яких високий рівень

вигорання був характерний для 7% лікарів, тоді як в 29% лікарів синдром знаходився у стадії формування.

У картині синдрому емоційного вигорання домінуючими симптомами виступали “неадекватне вибіркове емоційне реагування”, “редукція професійних обов’язків”, “переживання психотравмуючих обставин” і “емоційна відстороненість”.

Проведений аналіз факторної структури особливостей прояву синдрому вигорання в лікарів ШМД. Виявлена специфіка прояву симптомів вигорання залежно від стадій формування синдрому, статевої приналежності й стажу роботи лікарів ШМД.

Перспективою подальших досліджень є вивчення емоційних і особистісних особливостей, що призводять до розвитку професійного вигорання, а також особливостей копінг-стратегій і механізмів психологічного захисту в лікарів ШМД з метою подальшої розробки системи профілактичних і психокорекційних заходів щодо попередження й усунення вже сформованих симптомів розладу.

#### Список використаних джерел

1. Большакова Т.В. Личностные детерминанты и организационные факторы возникновения психического выгорания у медицинских работников: Автореф. дис. канд. психол. наук: 19.00.03 // ЯГУ. – Ярославль, 2004. – 27 с.
2. Водопьянова Н. Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика / Н. Е. Водопьянова, Е. С. Старченкова. – СПб.: Питер, 2009. – 336 с.
3. Загуровский В.М. Дезадаптационные нарушения вследствие стрессорных факторов в работе членов бригад скорой медицинской помощи // Медицина неотложных состояний. – 2005. – №1. – С. 65.
4. Орел В.Е. Феномен “выгорания” в зарубежной психологии: эмпирические исследования // Психологический журнал. – 2001. – Т.22, № 1. – С. 90-101.
5. Орел В.Е., Рукавишников А.А. Феномен “выгорания” как проявление воздействия профессиональной деятельности на личность // Психология субъекта профессиональной деятельности. Сборник научных трудов. М.–Ярославль, 2001. – С.72-81.
6. Синдром эмоционального выгорания у медработников / Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А. Психология в медицине: Учебное пособие. – М., 1998. – С.231-244.
7. Федак Б.С. Феноменология синдрома выгорания у медицинского персонала скорой помощи / Б.С. Федак // Медицинская психология. – 2009. – Т.4, №1(13). – С.19-21.

8. Юрьева Л.Н. Профессиональное выгорание у медицинских работников: Формирование, профилактика, коррекция. – К.: Сфера, 2004. – 271 с.

Current issue is devoted to understanding the phenomena of professional burnout in emergency physicians. Factor structure of burnout syndrome particularities in emergency physicians is shown. Specifics of burnout syndrome in cases of syndrome forming stages, sex (male and female) and type of working is reflected in current article.

**Keywords:** burnout syndrome, stress factors, emotional vulnerability.

*Отримано: 4.02.2010*

УДК 159.923.2

*О.М.Кікінежді*

## Амбівалентність статорольових цінностей у життєвому самоздійсненні молоді

У процесі дослідження гендерних уявлень молоді було виявлено амбівалентність у змісті домінуючих ідеалів та орієнтацій, виборі смисложитєвих цінностей, конструюванні образу реального та ідеального Я. Гендерна ідентифікація як соціально-психологічний механізм статорольової соціалізації є базовою детермінантою егалітарних і/чи традиційних моделей міжстаторольової взаємодії молоді в процесі життєвого самовизначення.

**Ключові слова:** гендерна ідентифікація, амбівалентність, егалітарні та традиційні установки, гендерний образ Я.

В процесі дослідження гендерних представлень молоді виявлена амбівалентність в содержанию ідеалів и выборе жизненных ценностей, конструировании образов реального и идеального Я. Гендерная идентификация как социально-психологический механизм полоролевой социализации является базовой детерминантой эгалитарных и/или традиционных моделей взаимодействия молодежи в процессе жизненного самоопределения.

**Ключевые слова:** гендерная идентификация, амбивалентность, эгалитарные и традиционные установки, гендерный образ Я.