

УДК 612.821.8

DOI: 10.34670/AR.2022.90.81.034

Особенности проявления синдрома эмоционального выгорания у младшего медицинского персонала

Бердиева Людмила Николаевна

Главная медицинская сестра,
ГБУЗ «Магаданская областная больница»,
685000, Российская Федерация, Магадан, ул. Нагаевская, 40;
e-mail: berdiyeva.lyudmila@bk.ru

Аннотация

В статье рассматриваются исследования, проведенные в Южной Америке, с целью анализа факторов, связанных с синдромом выгорания у младшего медицинского персонала в зависимости от рабочей смены, кросс-секционным методом на репрезентативной выборке (502 человека) из благотворительного больничного учреждения. Первичная информация собиралась с помощью различных опросников, далее анализировалась посредством описательной статистики и множественной бинарной логистической регрессии. В результате были получены следующие данные. Уровень синдрома выгорания был значительно выше у тех, кто работает в дневную смену, а связанные с этим факторы включали: высокие требования; низкий контроль; низкий уровень социальной поддержки; неудовлетворенность сном и финансовыми ресурсами; статус медсестры; малоподвижность. Специалисты, работающие в ночную смену, имеющие низкий уровень социальной поддержки, неудовлетворенные сном, имеющие детей, не исповедующие никакой религии, проработавшие в учреждении короткий период времени, а также являющиеся техническими или вспомогательными медсестрами, значительно чаще испытывали высокий уровень выраженности изучаемого синдрома. На основе вышесказанного был сделан вывод, что факторы психосоциального и рабочего контекста, обусловленные в основном низким уровнем социальной поддержки, играли самую значительную роль при определении масштабов выгорания медсестер обеих смен.

Для цитирования в научных исследованиях

Бердиева Л.Н. Особенности проявления синдрома эмоционального выгорания у младшего медицинского персонала // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2022. Т. 11. № 4А. С. 418-432. DOI: 10.34670/AR.2022.90.81.034

Ключевые слова

Выгорание, личность, конфликт, работа, дезадаптация, социальная ответственность, взаимодействие.

Введение

Сменная работа необходима в больницах для обеспечения непрерывности ухода за пациентами. В этом смысле медсестры относятся к тем специалистам, которые должны соответствовать этой форме организации труда, поскольку именно они обязаны оказывать помощь 24 часа каждый день [Korompeli et al., 2013]. Однако подобная работа связана с изменениями в биологических ритмах, которые приводят к физическим и психическим расстройствам [Stimpfel et al., 2015; Matheson et al., 2014].

Помимо этого, медсестры также сталкиваются с фрагментированным рабочим процессом, межличностными отношениями, которые часто конфликтны, низкой заработной платой, высокой требовательностью окружающей среды, недостаточными человеческими и технологическими ресурсами, эмоциональным стрессом, а также ежедневно становятся свидетелями страданий и смерти. Таким образом, они часто сталкиваются с факторами, порождающими профессиональный стресс, который может повлиять на их психическое здоровье [McHugh, 2012; Pereira et al., 2014].

Получается, что синдром выгорания – это психосоциальное явление, возникающее у младшего медицинского персонала в ответ на сложные условия работы [Yao, 2013]. Синдром состоит из трех «звеньев»: эмоциональное истощение, понимаемое как недостаток энергии и ощущение, что ресурсы исчерпаны; деперсонализация, характеризующаяся эмоциональной отстраненностью; и низкая профессиональная реализация, склонность людей к негативной самооценке результатов своей работы и неудовлетворенность своей карьерой [Maslach, Jackson, 1981]. Следовательно, для этого заболевания характерны потеря смысла деятельности, отсутствие мотивации, негативное отношение и отстраненность от других людей, что вредит процессу выполнения своих обязанностей в сфере здравоохранения [Maslach, Leiter, 2016; Van Bogaert et al., 2013].

Несмотря на распространенность синдрома выгорания и тот факт, что работа медсестер в больницах является посменной, бразильские исследования, изучающие эту взаимосвязь, касались только младшего медицинского персонала и конкретных секторов (результаты были разными) [Vasconcelos, 2018; Ribeiro, 2014]. Международные экспертные оценки сообщают лишь о том, что рабочие смены продолжительностью более 12 часов повышают уровень синдрома эмоционального выгорания (далее СЭВ) [Dall’Ora, 2015; Bae, 2014]. Поэтому важно расширить условия проведения исследований, чтобы охватить весь медперсонал и проверить факторы, связанные с синдромом, в зависимости от дневных и ночных смен [Matheson et al., 2014; Eldevik et al., 2013]. Подобная экспертиза важна для поддержки менеджеров и персонала в медицинских учреждениях, а также разработки мер, направленных на улучшение условий труда для различных рабочих смен и повышение качества жизни в период трудовой деятельности.

В соответствии с вышеизложенным целью данного исследования был проведен анализ факторов, связанных с СЭВ среди медсестер в зависимости от рабочей смены.

Методология

Перекрестное исследование проведено в больнице общего профиля в городе штата Парана, Бразилия. Эта филантропическое заведение оказывает помощь средней и высокой сложности,

располагая 347 койками, распределенными между госпитальным отделением, отделением интенсивной терапии, отделением промежуточного ухода, родильным отделением, педиатрией, отделением неотложной помощи и хирургическим центром.

Исследуемая выборка состояла из 698 специалистов сестринского дела, работающих в этом учреждении. Критериями включения являлись непосредственный уход за пациентами и работа в данном учреждении не менее одного года, критериями исключения – работа только на руководящих должностях или нахождение в отпуске.

Исходя из данного количества работников, размер выборки был рассчитан с учетом 95% доверительного интервала и максимальной ошибки в 5%, что позволило получить минимум 219 работников. Всего критериям включения соответствовали 510 работников, 8 (1,57%) из которых отказались от участия. Из 502 оставшихся участников 193 (38,44%) были медсестрами, 273 (54,38%) – медтехниками и 36 (7,18%) – младшим медперсоналом; 271 (53,98%) работали в дневную смену (7-13 или с 13 до 19), а 231 (46,02%) – в ночную смену (19-7). Обращаем внимание, что 86 работников имели вторую работу, но смена была такой же, как и та, в которую они работали в данном учреждении; то есть все те, кто работал в дневную смену, работали исключительно в дневную смену на всех своих рабочих местах. То же самое было верно и для тех, кто работал в ночную смену.

С августа по ноябрь 2016 года эти работники были приглашены в отдельную комнату на территории учреждения для получения разъяснений по поводу исследования. Те, кто согласился и подписал форму свободного и информированного согласия, получили конверт, в котором находился инструментальный пакет документов, предназначенный для характеристики участников, опросник выгорания Маслача и опросник спроса-контроля-поддержки. После заполнения документов их попросили опустить конверт в урну, находящуюся в той же комнате, чтобы обеспечить конфиденциальность.

Была также разработана анкета для социально-демографической и профессиональной характеристики, выявления жизненных привычек, возраста, пола, семейного положения, наличия детей, религии, образования, рабочей смены, профессии, недельной нагрузки, лет работы в учреждении, количества рабочих мест, ежемесячного дохода, физической активности (частота и продолжительность), курения, удовлетворенности режимом сна, досуга и финансовых ресурсов.

Опросник выгорания Маслача – это самоотчетная анкета из 22 пунктов, оценивающая синдром выгорания по трем параметрам: эмоциональное истощение (девять пунктов), деперсонализация (пять пунктов) и самореализация (восемь пунктов). Частота, с которой респонденты испытывают определенные ситуации на рабочем месте, определялась по шестибальной шкале Лайкерта. Предрасположенность к СЭВ рассматривается как сочетание высокого эмоционального истощения, высокой деперсонализации и низкой профессиональной самореализации. Инструмент был разработан в 1981 году, а бразильская версия была переведена в 2001 году и имеет коэффициент альфа Кронбаха от 0,65 до 0,94 [Carlotto, 2007]. Данный опросник наиболее часто используется во всем мире, поскольку был разработан первым и считается золотым стандартом для оценки синдрома выгорания в различных профессиях, включая сестринское дело [Medeiros-Costa, 2017; Loera, 2014]. По этим причинам для исследования была выбрана эта теоретико-методологическая основа.

Опросник спроса-контроля-поддержки был разработан в 1988 году, переведен и валидирован для Бразилии в 2004 году [Alves, 2004], обладая соответствующими

психометрическими свойствами и альфа Кронбаха от 0,63 до 0,86. Этот инструмент состоит из 17 пунктов с четырехбалльной шкалой Лайкерта, оценивающих три измерения: психологические требования (пять пунктов), контроль работы (шесть пунктов) и социальная поддержка, получаемая на работе (шесть пунктов).

Информация анализировалась с помощью статистического пакета для социальных наук (SPSS), версия 20.0. Отсутствующих данных не было. Для оценки внутренней согласованности опросников использовался коэффициент альфа Кронбаха, считая $\alpha > 0,70$. Данные описывались с помощью абсолютных и относительных частот. Для определения различий между участниками каждой смены использовались тест хи-квадрат Пирсона и точный тест Фишера.

Зависимыми переменными были измерения синдрома выгорания: эмоциональное истощение, деперсонализация и профессиональная самореализация, которые были дихотомизированы на высокий и низкий, учитывая медиану в качестве точки отсечения [Leiter, 2016]. Для изучения взаимосвязи между зависимыми и независимыми переменными (социально-демографическими и профессиональными характеристиками, жизненными привычками и измерениями опросников) были проведены одномерные бинарные логистические регрессии в зависимости от рабочей смены.

Независимые переменные, которые представили $p < 0,20$ (рекомендованные для выявления потенциальных ассоциированных факторов), были упорядочены в порядке убывания в соответствии со значимостью и коэффициентом правдоподобия. Были разработаны множественные модели с использованием логистической регрессии в соответствии с пошаговым методом. То есть, модели начинались с независимой переменной, имеющей наибольшую значимость, а затем добавлялись все остальные переменные в соответствии с заранее определенным порядком. Переменные со статистической значимостью ($p < 0,05$) и корректирующие переменные оставались в модели. Все анализируемые данные были скорректированы переменными: количество рабочих мест, согласно статистическому критерию корректировки значений v , по крайней мере, 10%; и пол, поскольку, согласно литературе, это аспект, который необходимо контролировать [Maslach, Jackson, 1981]. Результаты были выражены в виде отношения шансов с доверительными интервалами. Соответствие окончательной модели проверялось с помощью теста Хосмера-Лемешоу, в котором чем больше p -значение, тем лучше.

Результаты

Доля ответивших составила 98,43%, в исследовании приняли участие 502 из 510 подходящих работников: 271 (53,98%) работали в дневную смену и 231 (46,02%) – в ночную; 488 (97,21%) работали 42 часа в неделю. Большинство участников, у которых не было детей, вели сидячий образ жизни и были удовлетворены своим сном, работали в дневную смену. Специалисты старше 41 года, мужчины, с более высокой заработной платой, проработавшие более длительный период в учреждении и удовлетворенные своим отдыхом, работали в ночную смену (Таблица 1).

Уровни измерений СЭВ и спроса-контроля-поддержки значительно различались между рабочими сменами, за исключением деперсонализации и контроля над работой. Так, уровни были самыми высокими у медсестер дневной смены (Таблица 2).

Множественная модель показывает, что неудовлетворенность сном, высокие требования и

низкий контроль над работой значительно увеличивали вероятность эмоционального истощения у тех, кто работает в дневную смену. Высокий уровень деперсонализации был связан с работой медсестрой, малоподвижностью и неудовлетворенностью сном. Малоподвижность была значительно связана с низкой профессиональной самореализацией. В свою очередь, удовлетворенность финансовыми ресурсами снижала вероятность высокой деперсонализации и низкой профессиональной самореализации (Таблица 3).

Таблица 4 показывает, что те, кто работал в ночную смену и был недоволен своим сном, чаще испытывали эмоциональное истощение, в то время как те, у кого не было детей, реже. Специалисты, работающие в учреждении три года и более, чаще испытывали высокий уровень деперсонализации. Те, кто сообщал об удовлетворенности досугом и исповедовал какую-либо религию, реже испытывали высокий уровень деперсонализации и низкий уровень профессиональной самореализации, соответственно. Техники и помощники медсестер чаще испытывали низкий уровень профессиональной самореализации.

Таблица 1 - Социально-демографические и профессиональные характеристики и жизненные привычки медсестер, в зависимости от рабочей смены (n=502) [Vidotti, 2018]

Переменная	День n(%)	Ночь n(%)	<i>p-value</i>
Возрастная группа			
20-40 лет	224(57.00)	169(43.00)	
>41 года	47(43.12)	62(56.88)	<0.01
Секс			
Мужчина	20(41.67)	28(58.33)	
Женский	251(55.29)	203(44.71)	0.05
Семейное положение			
Одиночка	122(51.26)	116(48.74)	
Женат/стабильный союз	149(56.44)	115(43.56)	0.14
Дети			
Нет	118(59.90)	79(40.10)	
Да	153(50.16)	152(49.84)	0.02
Религия			
Нет	18(47.37)	20(52.63)	
Да	253(54.53)	211(45.47)	0.25
Физическая активность			
Сидячий образ жизни	188(56.97)	142(43.03)	
Физически активный*	83(48.29)	89(51.74)	0.04
Курение			
Нет	260(54.74)	215(45.26)	
Да	11(40.74)	16(59.26)	0.11
Удовлетворенность сном			
Нет	124(46.79)	141(53.21)	
Да	147(62.03)	90(37.97)	<0.01
Удовлетворенность досугом			
Нет	213(59.66)	144(40.34)	
Да	58(40.00)	87(60.00)	<0.01
Образование			
Средняя школа	164(55.03)	134(44.97)	
Высшее образование	107(52.45)	97(47.55)	0.57
Профессия	100(51.81)	93(48.19)	

Переменная	День n(%)	Ночь n(%)	p-value
Медсестра			
Техник/помощник медсестры	171(55.34)	138(44.66)	0.25
Время работы в учреждении			
1-2 года	167(61.62)	104(38.38)	
>3 лет	104(45.02)	127(54.98)	<0.01
Другая работа			
Нет	228(54.81)	188(45.19)	
Да	43(50.00)	43(50.00)	0.24
Месячная заработная плата			
1-2 раза выше минимальной заработной платы	203(56.70)	155(43.30)	
В 3-5 раз выше минимальной заработной платы	68(47.22)	76(52.78)	0.03
Удовлетворены финансовыми ресурсами			
Нет	239(54.82)	197(45.18)	
Да	32(48.48)	34(51.52)	0.20

*Уровень физической активности, необходимый для получения пользы для здоровья (>3х и/или >150 минут в неделю); Минимальная заработная плата в 2016 году: R\$880.00

Таблица 2 - Надежность и сравнение между измерениями синдрома выгорания и опросником «Спрос-контроль-поддержка» среди медсестер в зависимости от рабочей смены (n=502) [там же]

Размеры	Альфа Кронбаха	Рабочая смена		p-value
		День n(%)	Ночь n(%)	
Эмоциональное истощение	0.90			
Низкий		132(51.16)	126(48.84)	0.04
Высокий				
Деперсонализация	0.71			
Низкий		139(56.97)	105(43.03)	0.92
Высокий		156(54.17)	132(45.83)	
Профессиональная реализация	0.78			
Низкий		115(53.74)	99(46.26)	0.02
Высокий		165(58.72)	116(41.28)	
Спрос	0.76			
Низкий		106(47.96)	115(52.04)	0.04
Высокий		179(51.73)	167(48.27)	
Контроль	0.70			
Низкий		92(58.97)	64(41.03)	0.89
Высокий		145(53.70)	125(46.30)	
Социальная поддержка	0.76			
Низкий		126(54.31)	106(45.69)	0.01
Высокий		177(58.61)	125(41.39)	
		94(47.00)	106(53.00)	

Таблица 3 - Множественные модели для трех измерений синдрома выгорания среди специалистов сестринского дела, работающих в дневную смену (n=271). [там же]

Переменные	Отношение шансов (доверительный интервал 95%)	p-value	Скорректированное отношение шансов (доверительный интервал 95%)	p-value
Эмоциональное истощение				

Переменные	Отношение шансов (доверительный интервал 95%)	p-value	Скорректированное отношение шансов (доверительный интервал 95%)	p-value
Неудовлетворенность сном	2.14(1.26-3.63)	<0.01	2.20(1.31-3.72)	<0.01
Спрос (высокий)	2.48(1.42-4.33)	<0.01	2.50(1.44-4.35)	<0.01
Контроль (низкий)	2.43(1.44-4.13)	<0.01	2.43(1.44-4.11)	<0.01
Социальная поддержка (низкая)	1.78(1.02-3.11)	<0.01	1.87(1.08-3.25)	0.03
Деперсонализация				
Социальная поддержка (низкая)	3.73(1.53-4.86)	<0.01	2.65(1.48-4.75)	<0.01
Медсестра	1.96(1.07-3.89)	0.04	1.95(1.08-3.88)	0.04
Оседлость	1.74(1.09-3.15)	0.04	1.80(1.00-3.25)	0.05
Удовлетворены финансовыми ресурсами	0.53(0.22-0.89)	0.01	0.64(0.46-0.88)	<0.01
Неудовлетворенность сном	1.76(1.04-3.02)	0.03	1.88(1.11-3.17)	0.01
Низкая профессиональная реализация				
Социальная поддержка (низкая)	2.30(1.35-3.93)	<0.01	2.41(1.42-4.09)	<0.01
Оседлость	1.90(1.09-3.34)	<0.01	2.10(1.22-3.62)	<0.01
Удовлетворены финансовыми ресурсами	0.38(0.17-0.83)	0.01	0.38(0.17-0.82)	0.01
*Корректирующие переменные: количество рабочих мест, пол,	Тест Хосмера-Лемешоу для скорректированных моделей:	0,72, 0,93 и 0,79, соответственно.		

Таблица 4 - Множественные модели для трех измерений синдрома выгорания среди медсестер ночной смены (n=231) [там же]

Переменные	Отношение шансов (доверительный интервал 95%)	p-value	Скорректированное отношение шансов (доверительный интервал 95%)	p-value
Эмоциональное истощение [^]				
Неудовлетворенность сном	2.58(1.44-4.63)	<0.01	2.35(1.30-4.25)	<0.01
Социальная поддержка (низкая)	2.30(1.27-4.17)	<0.01	2.62(1.47-4.67)	<0.01
Нет детей	0.33(0.18-0.62)	<0.01	0.33(0.18-0.61)	<0.01
Деперсонализация [^]				
Время работы на объекте	4.56(2.43-8.57)	<0.01	4.80(2.52-9.16)	<0.01
Социальная поддержка (низкая)	3.44(1.85-6.38)	<0.01	3.45(1.86-6.50)	<0.01
Удовлетворенность досугом	2.79(1.47-5.29)	<0.01	3.02(1.56-5.84)	<0.01
Низкая профессиональная реализация [^]				
Социальная поддержка (низкая)	4.04(2.29-7.14)	<0.01	4.09(2.33-7.20)	<0.01
Наличие религии	0.34(0.12-0.96)	0.04	0.33(0.12-0.93)	0.04
Техники и помощники по уходу за больными	2.18(1.21-3.91)	<0.01	2.17(1.21-3.89)	<0.01

*Переменные корректировки: количество рабочих мест; пол; ⁺ Тест Хосмера-Лемешоу для скорректированных моделей: 0,71, 0,32 и 0,99, соответственно.

Низкий уровень социальной поддержки был связан со всеми аспектами СЭВ, независимо от рабочей смены.

Обсуждение

Характеристика по рабочим сменам показывает, что в ночную смену выходили в основном пожилые мужчины-профессионалы с более высокой зарплатой, проработавшие в учреждении более длительное время. Возможно, это способ извлечь выгоду для пожилых работников с учетом общего стажа на предприятии, так как ночная смена имеет меньше требований по сравнению с дневной, а уровень зарплаты выше [McHugh, 2012]. Несмотря на то, что есть некоторые признаки того, что недавно окончившие университет молодые и одинокие работники с меньшим стажем [Siqueira, 2015] работают в ночную смену, последние исследования сообщают о результатах, аналогичных данному [Stimpfel, 2015; Fernandes, 2017].

Уровень эмоционального истощения и низкой профессиональной самореализации был значительно выше у медсестер дневной смены, что может быть связано с тем, что в этот период работает большее количество молодых женщин, состоящих в стабильных отношениях, которые являются факторами риска развития СЭВ [Yao, 2013; Gómez-Urquiza, 2017; Orsal, 2017]. Кроме того, в дневное время процесс более интенсивен, так как предъявляются более серьезные требования в связи со значительно возросшим по сравнению с ночной сменой количеством процедур по уходу и сестринскому делу, а межличностные отношения чаще устанавливаются с мультидисциплинарной командой в связи с необходимостью медицинских консультаций, предоставляемым другими медицинскими работникам, что повышает профессиональный стресс и увеличивает развитие СЭВ [Yao, 2013; Teixeira, 2013]. Этот факт был подтвержден множественной моделью высокого эмоционального истощения, продемонстрированной в данной работе.

Что касается факторов, связанных с высоким эмоциональным истощением, в других исследованиях также приводятся данные о том, что рабочая нагрузка и эмоциональные требования были связаны положительно, в то время как автономия в выполнении задач (контроль работы) и социальная поддержка были связаны с синдромом отрицательно [Bakker, 2014; Vander, 2016].

Высокий уровень деперсонализации был на 95,10% (OR:1,95) выше у медсестер по сравнению с остальным медицинским персоналом. Несмотря на то, что они обладают большей автономией и контролем над своими рабочими задачами, они более востребованы и работают в более интенсивном темпе, что предрасполагает их к психическим заболеваниям [Johansson, 2013] и, как следствие, отстранению от работы.

Большинство медсестер, работающих в дневную смену, вели сидячий образ жизни, что связано с высоким уровнем деперсонализации и низкой профессиональной самореализацией. Лонгитюдные исследования, проведенные среди медицинских работников, показывают, что физические упражнения улучшают психическое здоровье. В этих исследованиях также сообщается, что чем выше интенсивность физических упражнений, тем ниже уровень выгорания, тревоги и депрессии, поскольку упражнения повышают психическую энергию и снижают усталость от работы за счет высвобождения нейротрансмиттеров, таких как серотонин, которые вызывают чувство благополучия. Кроме того, это защитный фактор от различных хронических заболеваний, например, сердечно-сосудистых [Lindwall, 2014; Vries, 2016].

Учитывая требуемые физические усилия и нехватку времени из-за многочисленных повседневных дел, которые являются распространенными мотивами для выбора малоподвижного образа жизни, изменение поведения задача не из легких, но попытаться ее решить необходимо [там же]. Поэтому руководители должны поощрять работников к выполнению умеренных или интенсивных аэробных упражнений в течение не менее 150 минут

в неделю, минимум 30 минут без перерыва, учитывая преимущества, которые они дают для здоровья, благополучия и качества жизни [Rosenbaum, 2014; Fang, 2018].

Медработники, удовлетворенные своей зарплатой, были серьезнее вовлечены в свою работу и считали себя эффективными профессионалами. Этот вывод, возможно, связан с признанием, поскольку сестринское дело – профессия чаще всего с низкой заработной платой, и вознаграждение не соответствует требуемой квалификации и функциям, которые выполняют специалисты. Поэтому заработная плата, которая выше, чем у коллег, заставляет людей быть более преданными организации и чувствовать себя более компетентными [Vacha, 2015].

Неудовлетворенность режимом сна была связана с эмоциональным истощением среди работников обеих смен, а также с высоким уровнем деперсонализации среди тех, кто работает в дневную смену. По данным исследований, профессиональный стресс и синдром выгорания связаны с ухудшением качества сна у персонала, выбирающего сменный режим труда. Кроме того, различные нарушения сна, такие как: бессонница, трудности с засыпанием, ранние пробуждения, беспокойный сон, сонливость, короткие периоды сна (менее 6 часов) и депривация сна, – отмечались у людей с высоким уровнем СЭВ [Dall'Ora, 2015; Portela, 2015].

Медработники считают, что ночная смена является положительным аспектом в их жизни, поскольку им удастся согласовать свой график, спланировать личную и профессиональную жизнь. Они также имеют некоторые предполагаемые преимущества, такие как: рабочие часы с меньшим контролем и требованиями, и, в основном, лучшая зарплата из-за дополнительной ночной надбавки, а также большая близость с членами своей команды. Однако, ночная смена вызывает нарушение биологических ритмов работников, что приводит к заболеваниям психического и физического характера [Dall'Ora, 2015; Geiger-Brown, 2012].

Для тех, кто работает в ночную смену, отсутствие детей, удовлетворенность досугом и приверженность какой-либо религии были защитными факторами от высокого уровня истощения и деперсонализации, а также низкой профессиональной самореализации, соответственно. Приоритеты, которые устанавливают люди, заставляют их отодвигать на второй план досуг, отдых и семейную жизнь. Досуг, при этом, способствует различным аспектам жизни, особенно биопсихосоциальному здоровью, в дополнение к профилактике и лечению СЭВ [Maciel, 2015]. Наличие религиозных убеждений поддерживает людей, когда они пытаются справиться со стрессом и проблемами на работе, часто ослабляя их негативное влияние на психическое здоровье [Galea, 2014].

Среди тех, кто работает в ночную смену, более длительный срок пребывания в учреждении был связан с меньшей вовлеченностью в работу. В литературе нет единого мнения по этому вопросу. В некоторых исследованиях сообщается, что опытные медсестры преданнее своей работе и более устойчивы к непредсказуемым, стрессовым ситуациям, проявляя более низкий уровень деперсонализации [Portero, 2015; Karanikola, 2013; Myhren, 2013]. Другие авторы указывают на то, что работники становятся более бесчувственными и отстраненными, выбирая подобное поведение как способ защиты от усталости, вызванной чувством сострадания чужому горю и избеганием дистресса (то есть, они стремятся защитить свое психическое здоровье) [Aytekin, 2017; Yu, 2016].

Подобное расхождение может быть объяснено индивидуальными стратегиями преодоления трудностей. Для одних работа с людьми, находящимися в дистрессе, является мотивом для того, чтобы самим испытывать дистресс, поэтому они пытаются отстраниться от источника такового в качестве стратегии самозащиты. Другие сотрудники испытывают чувство удовлетворения, когда помогают нуждающимся, что повышает их вовлеченность в работу [Gleichgerricht, 2013].

Различные технические помощники медсестер чаще испытывали низкую профессиональную самореализацию. Несмотря на важность своей работы, эти специалисты

обладают меньшей автономией по сравнению с остальными членами медицинского персонала, их меньше признают и ценят, что может привести к ощущению бесполезности и некомпетентности [Ferreira, 2015].

Низкий уровень социальной поддержки был связан со всеми аспектами СЭВ, независимо от рабочей смены, что совпадает с результатами исследования, проведенного в Греции [Özden, 2013]. Подобная поддержка, оказываемая руководителями и коллегами, имеет важное значение для предотвращения возникновения данного синдрома у медсестер, поскольку эти специалисты переживают одни и те же ситуации, они могут обмениваться впечатлениями и способствовать созданию более дружественной атмосферы взаимной поддержки [Li, 2015; Woodhead, 2016].

В этом смысле недоброжелательность на рабочем месте, проявляющаяся в поступках, нарушающих социальные нормы вежливого и уважительного поведения, была названа одним из основных предикторов СЭВ [Laschinger, 2016; Oyeleye, 2013], и именно поэтому качественно организованные рабочие отношения в контексте здравоохранения являются важными защитными факторами от этого синдрома.

Учитывая многочисленные последствия СЭВ, такие как: неблагоприятные события, происходящие во время оказания медицинской помощи, снижение качества оказания медицинской помощи, ухудшение самочувствия, прогулы, а также увеличение показателей присутствия на рабочем месте и текучести кадров, – руководителям и самим сотрудникам необходимо обратить внимание на эту проблему и приложить усилия для создания благоприятных условий к конструктиву и развитию рабочих мест [Van Bogaert, 2013].

К ограничениям данного исследования относится его кросс-секционный дизайн, который не позволяет установить причинно-следственные связи или «эффект здорового работника», поскольку невозможно было определить, были ли люди, находящиеся в отпуске по болезни по причине выгорания. Вся собранная информация была самоотчетной, и на ответы могут влиять интересы, установки респондентов. Поскольку авторы опросника выгорания Маслача не рекомендуют устанавливать точки отсечения в измерениях или глобальный балл, мы не могли определить, насколько распространен синдром. Еще одно ограничение связано с тем, что выборка проводилась в благотворительной больнице, что препятствует обобщению результатов.

Тем не менее, данное исследование вносит вклад в знания в этой области, так как показывает, что уровень СЭВ был выше среди медсестер, работающих в дневную смену, по сравнению с теми, кто работает в ночную смену; сопутствующие факторы также были разными. Таким образом, данное исследование может поддержать будущие исследования, посвященные мерам вмешательства, чтобы работники и менеджеры совместно разрабатывали стратегии, учитывающие сопутствующие факторы во избежание или снижение уровня синдрома и, следовательно, максимизировать качество жизни в рабочей среде, улучшая уход за пациентами и семьями.

Заключение

Высокий уровень синдрома выгорания был обнаружен среди медсестер, работающих в дневную смену. Психосоциальные факторы и факторы рабочего контекста были связаны с аспектами СЭВ в обеих сменах. В дневной смене к подобным факторам относились: повышенные требования, низкий контроль, низкий уровень социальной поддержки, неудовлетворенность сном и финансовыми ресурсами, статус медсестры и малоподвижность. Для ночной смены ассоциированными факторами были: низкая социальная поддержка, неудовлетворенность сном и досугом, наличие детей, отсутствие религиозных убеждений,

меньший стаж работы в учреждении, а также работа техническим помощником медсестры.

Различия в уровнях СЭВ и связанных с ним факторов между сменами позволяют предположить, что профилактические стратегии, меры по снижению синдрома должны быть индивидуализированы в зависимости от рабочей смены, возможно, с упором на физические упражнения, но, в основном, векторной направленностью на содействие социальной поддержке медицинского персонала.

Библиография

1. Alves M. et al. Short version of the “job stress scale”: a Portuguese-language adaptation // *Rev Saúde Pública*. 2004. 38 (2).
2. Aytakin A. et al. Burnout levels in neonatal intensive care nurses and its effects on their quality of live // *Aust J Adv Nurs*. 2013. 31 (2). P. 39-47.
3. Bacha A.M. et al. Job satisfaction of nursing staff in a university hospital // *Rev Bras Enferm*. 2015. 68 (6). 1130-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680619i>
4. Bae S.H., Fabry D. Assessing the relationships between nurse work hours/overtime and nurse and patient outcomes: systematic literature review // *Nurs Outlook*. 2014. 62. 138-56. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.outlook.2013.10.009>
5. Bakker A.B. et al. Burnout and work engagement: the JD-R approach // *Annu Rev Organ Psychol Organ Behav*. 2014. 1. 389-411. doi: <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-031413-091235>
6. Carlotto M.S. Câmara S.G. Psychometrics properties of Maslach Burnout Inventory in a multifunctional sample // *Estud Psicol*. 2007. 24 (3). 325-32. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2007000300004>
7. Dall’Ora C. et al. Association of 12h shifts and nurses job satisfaction, Burnout and intention to leave: findings from a cross-sectional study of 12 European countries // *BMJ Open*. 2015. 5 (9). e008331. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008331>
8. Eldevik M.F. et al. Insomnia, excessive sleepiness, excessive fatigue, anxiety, depression and shift work disorder in nurses having less than eleven hours in between shifts // *PLoS One*. 2013. 8 (8). e70882. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0070882>
9. Fang Y. et al. Effects of physical activity program on weight, physical fitness, occupational stress, job satisfaction, and quality of life of overweight employees in high-tech industries: a randomized controlled study // *Int J Occup Saf Ergon*. 2018. 21. 1-23. doi: <https://doi.org/10.1080/10803548.2018.1438839>
10. Fernandes J. et al. Working hours and health in nurses of public hospitals according to gender // *Rev Saúde Pública*. 2017. 51. 63. doi: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006808>
11. Ferreira N., Lucca S. Burnout syndrome in nursing assistants of a public hospital in the state of São Paulo // *Rev Bras Epidemiol*. 2015. 18 (1). 68-79. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500010006>
12. Galea M. Assessing the incremental validity of spirituality in predicting nurses’ Burnout // *Arch Psychol Religion*. 2014. 36 (1). 118-36. doi: <http://dx.doi.org/10.1163/15736121-12341276>
13. Geiger-Brown J. et al. Sleep, sleepiness, fatigue, and performance of 12-hour-shift nurses // *Chronobiol Int*. 2012. 29 (2). 211-9. doi: <http://dx.doi.org/10.3109/07420528.2011.645752>
14. Gleichgerrcht E., Decety J. Empathy in clinical practice: how individual dispositions, gender, and experience moderate empathic concern, Burnout, and emotional distress in physicians // *PLoS One*. 2013. 8 (4). e61526. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0061526>
15. Gómez-Urquiza J. et al. Age as a risk factor for Burnout syndrome in nursing professionals: a meta-analytic study // *Res Nurs Health*. 2017. 40 (2). 99-110. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/nur.21774>
16. Johansson G. et al. Role stress among first-line nurse managers and registered nurses – a comparative study // *J Nurs Manag*. 2013. 21 (3). 449-58. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01311.x>
17. Karanikola M.N., Papathanassoglou E.E. Exploration of the Burnout syndrome occurrence among mental health nurses in Cyprus // *Arch Psychiatr Nurs*. 2013. 27 (6). 319-26. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2013.08.004>
18. Korompeli A. et al. Sleep disturbance in nursing personnel working shifts // *Rev. Nurs Forum*. 2013. 48 (1). P. 45-53. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/nuf.12005>
19. Laschinger H. The effect of authentic leadership, person job fit, and civility norms on new graduate nurses’ experiences of coworker incivility and Burnout // *J Nurs Adm*. 2016. 46 (11). 574-80. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/NNA.0000000000000407>
20. Leiter M.P., Maslach C. Latent Burnout profiles: A new approach to understanding the Burnout experience // *Burnout Res*. 2016. 3 (4). 89-100. doi: <https://doi.org/10.1016/j.burn.2016.09.001>
21. Li L. et al. The relationship between social support and Burnout among ICU nurses in Shanghai: a cross sectional study // *Chinese Nurs Res*. 2015. 2 (2). 45-50. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cnre.2015.04.003>
22. Lima D. et al. Recommendations for physical activity and health: consensus, controversies, and ambiguities // *Rev*

- Panam Salud Pública. 2014. 36 (3). 164-70.
23. Lindwall M. et al. The relationship of change in physical activity with change in depression, anxiety, and Burnout: a longitudinal study of Swedish healthcare workers // *Health Psychol.* 2014. 33 (11). 1309-18. doi: <https://doi.org/10.1037/a0034402>
 24. Loera B., Converso D., Viotti S. Evaluating the psychometric properties of the Maslach Burnout Inventory-Human Service Survey (MBI-HSS) among Italian nurses: how many factors must a research consider? // *PLoS ONE.* 2014. 9. e114987. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0114987>
 25. Maciel R.H. et al. Leisure experience as prevention for Burnout syndrome // *Psic Rev.* 2015. 24 (2). 311-26.
 26. Maslach C., Jackson S. The measurement of experienced Burnout // *J Occup Behav.* 1981. 2. 99-113. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/job.4030020205>
 27. Maslach C., Leiter M.P. Understanding the Burnout experience: recent research and its implications for psychiatry // *Wld Psychiatry.* 2016. 15 (2). 103-11. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/wps.20311>
 28. Matheson A. et al. The impact of shiftwork on health: a literature review // *J Clin Nurs.* 2014. 23 (23-24). 3309-20. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12524>
 29. McHugh M.D., Stimpfel A.W. Nurse reported quality of care: a measure of hospital quality // *Res Nurs Health.* 2012. 35 (6). 566-75. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/nur.21503>
 30. Medeiros-Costa M. et al. Occupational Burnout Syndrome in the nursing context: an integrative literature review // *Rev Esc Enferm USP.* 2017. 51. e03235. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016023403235>
 31. Myhren H. et al. Job satisfaction and Burnout among intensive care unit nurses and physicians // *Crit Care Res Pract.* 2013. 786176. doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/786176>
 32. Orsal O. et al. Evaluation of the factors associated with Burnout of nurses working at a state hospital in turkey // *Nurs Pract Today.* 2017. 4 (1). 21-34.
 33. Oyeleye O. et al. Relationship of workplace incivility, stress, and Burnout on nurses' turnover intentions and psychological empowerment // *J Nurs Adm.* 2013. 43 (10). 536-42. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/NNA.0b013e3182a3e8c9>
 34. Özden D. et al. Intensive care nurses' perception of futility: job satisfaction and Burnout dimensions // *Nurs Ethics.* 2013. 20 (4). 436-47. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0969733012466002>
 35. Pereira D.S. et al. Occupational stressors among nurses working in urgent and emergency care units // *Rev Gaúcha Enferm.* 2014. 35 (1). 55-61. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.01.39824>
 36. Portela L. et al. Job strain and self-reported insomnia symptoms among nurses: what about the influence of emotional demands and social support? // *Biomed Res Int.* 2015. 820610. doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2015/820610>
 37. Portero de la Cruz S. Professional Burnout, stress and job satisfaction of nursing staff at a university hospital // *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2015. 23 (3). 543-52. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0284.2586>
 38. Ribeiro V. et al. Prevalence of Burnout syndrome in clinical nurses at a hospital of excellence // *Int Arch Med.* 2014. 7 (22). doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1755-7682-7-2221>
 39. Rosenbaum S. et al. Physical activity interventions for people with mental illness: a systematic review and meta-analysis // *J Clin Psychiatry.* 2014. 75 (9). 964-74. doi: <https://doi.org/10.4088/JCP.13r08765>
 40. Siqueira K. et al. Interrelationships between nursing workers' state of nutrition, socio demographic factors, work and health habits // *Ciênc Saúde Coletiva.* 2015. 20 (6). 1925-5. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.00792014>
 41. Stimpfel A. et al. Scheduling and shift work characteristics associated with risk for occupational injury in newly licensed registered nurses: an observational study // *Int J Nurs Stud.* 2015. 52 (11). 1686-93. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.06.011>
 42. Teixeira C. et al. Burnout in intensive care units a consideration of the possible prevalence and frequency of new risk factors: a descriptive correlational multicentre study // *BMC Anesthesiol.* 2013. 13 (1). 38. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2253-13-38>
 43. Van Bogaert P. et al. The relationship between nurse practice environment, nurse work characteristics, Burnout and job outcome and quality of nursing care: a cross-sectional survey // *Int J Nurs Stud.* 2013. 50 (12). 1667-77. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.05.010>
 44. Vander Elst T. et al. Perceived control and psychological contract breach as explanations of the relationships between job insecurity, job strain and coping reactions: towards a theoretical integration // *Stress Health.* 2016. 32 (2). 100-16. doi: <https://doi.org/10.1002/smi.2584>
 45. Vasconcelos E. et al. Burnout and depressive symptoms in intensive care nurses: relationship analysis // *Rev Bras Enferm.* 2018. 71 (1). 135-41. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0019>
 46. Vidotti V. et al. Burnout Syndrome and shift work among the nursing staff // *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2018. 26. e3022. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2550.3022>
 47. Vries J. et al. Disentangling longitudinal relations between physical activity, work-related fatigue, and task demands // *Int Arch Occup Environ Health.* 2016. 89 (1). 89-101. doi: <https://doi.org/10.1007/s00420-015-1054-x>
 48. Woodhead E. et al. Stress, social support, and Burnout among long-term care nursing staff // *J Appl Gerontol.* 2016. 35

(1). 84-105. doi: [http:// dx.doi.org/10.1177/0733464814542465](http://dx.doi.org/10.1177/0733464814542465)

49. Yao Y. et al. Investigation of risk factors of psychological acceptance and Burnout syndrome among nurses in China // *Int J Nurs Pract.* 2013. 19 (5). 530-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/ijn.12103>

50. Yu H. et al. Prevalence and predictors of compassion fatigue, Burnout and compassion satisfaction among oncology nurses: a cross sectional survey // *Int J Nurs Stud.* 2016. 57. 28-38. doi: [http:// dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.01.012](http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.01.012)

Peculiarities of Emotional Burnout Syndrome in nursing staff

Lyudmila N. Berdieva

Chief Nurse of Magadan Regional Hospital,
685000, 40, Nagaevskaya str., Magadan, Russian Federation;
e-mail: berdiyeva.lyudmila@bk.ru

Abstract

This article reviews research carried out in South America to analyse factors associated with burnout syndrome in nursing staff in relation to shift work, using a cross-sectional method on a representative sample (of 502 people) from a charitable hospital setting. Primary information for the research was collected by means of various questionnaires, and further analyzed by means of descriptive statistics and multiple binary logistic regression. The following data were obtained as a result. The level of burnout syndrome was significantly higher in those working on the day shift, and related factors included: high demands; low control; low level of social support; dissatisfaction with sleep and financial resources; nurse status; and low mobility. Professionals who worked night shifts, had low levels of social support, were dissatisfied with sleep, had children, did not practice any religion, had worked in the institution for a short period, and were technical or support nurses, were significantly more likely to experience high levels of the syndrome studied. Based on the above, it was concluded in this paper that psychosocial and work context factors, caused mainly by low levels of social support, played the most significant role in determining the extent of burnout among nurses of both shifts.

For citation

Berdieva L.N. (2022) Osobennosti proyavleniya sindroma emotsional'nogo vygoraniya u mladshego meditsinskogo personala [Peculiarities of Emotional Burnout Syndrome in nursing staff]. *Psikhologiya. Istoriko-kriticheskie obzory i sovremennye issledovaniya* [Psychology. Historical-critical Reviews and Current Researches], 11 (4A), pp. 418-432. DOI: 10.34670/AR.2022.90.81.034

Keywords

Burnout, personality, conflict, work, desadaptation, social responsibility, interaction.

References

1. Alves M. et al. (2004) Short version of the "job stress scale": a Portuguese-language adaptation. *Rev Saúde Pública*, 38 (2).
2. Aytakin A. et al. (2013) Burnout levels in neonatal intensive care nurses and its effects on their quality of live. *Aust J Adv Nurs*, 31 (2), pp. 39-47.
3. Bacha A.M. et al. (2015) Job satisfaction of nursing staff in a university hospital. *Rev Bras Enferm*, 68 (6), 1130-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680619i>

4. Bae S.H., Fabry D. (2014) Assessing the relationships between nurse work hours/overtime and nurse and patient outcomes: systematic literature review. *Nurs Outlook*, 62, 138-56. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.outlook.2013.10.009>
5. Bakker A.B. et al. (2014) Burnout and work engagement: the JD-R approach. *Annu Rev Organ Psychol Organ Behav*, 1, 389-411. doi: <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-031413-091235>
6. Carlotto M.S. Câmara S.G. (2007) Psychometrics properties of Maslach Burnout Inventory in a multifunctional sample. *Estud Psicol.*, 24 (3), 325-32. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2007000300004>
7. Dall'Ora C. et al. (2015) Association of 12h shifts and nurses job satisfaction, Burnout and intention to leave: findings from a cross-sectional study of 12 European countries. *BMJ Open*, 5 (9), e008331. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008331>
8. Eldevik M.F. et al. (2013) Insomnia, excessive sleepiness, excessive fatigue, anxiety, depression and shift work disorder in nurses having less than eleven hours in between shifts. *PLoS One*, 8 (8), e70882. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0070882>
9. Fang Y. et al. (2018) Effects of physical activity program on weight, physical fitness, occupational stress, job satisfaction, and quality of life of overweight employees in high-tech industries: a randomized controlled study. *Int J Occup Saf Ergon*, 21, 1-23. doi: <https://doi.org/10.1080/10803548.2018.1438839>
10. Fernandes J. et al. (2017) Working hours and health in nurses of public hospitals according to gender. *Rev Saúde Pública*, 51, 63. doi: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006808>
11. Ferreira N., Lucca S. (2015) Burnout syndrome in nursing assistants of a public hospital in the state of São Paulo. *Rev Bras Epidemiol*, 18 (1), 68-79. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500010006>
12. Galea M. (2014) Assessing the incremental validity of spirituality in predicting nurses' Burnout. *Arch Psychol Religion*, 36 (1), 118-36. doi: <http://dx.doi.org/10.1163/15736121-12341276>
13. Geiger-Brown J. et al. (2012) Sleep, sleepiness, fatigue, and performance of 12-hour-shift nurses. *Chronobiol Int.*, 29 (2), 211-9. doi: <http://dx.doi.org/10.3109/07420528.2011.645752>
14. Gleichgerrcht E., Decety J. (2013) Empathy in clinical practice: how individual dispositions, gender, and experience moderate empathic concern, Burnout, and emotional distress in physicians. *PLoS One*, 8 (4), e61526. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0061526>
15. Gómez-Urquiza J. et al. (2017) Age as a risk factor for Burnout syndrome in nursing professionals: a meta-analytic study. *Res Nurs Health*, 40 (2), 99-110. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/nur.21774>
16. Johansson G. et al. (2013) Role stress among first-line nurse managers and registered nurses – a comparative study. *J Nurs Manag.*, 21 (3), 449-58. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01311.x>
17. Karanikola M.N., Papathanassoglou E.E. (2013) Exploration of the Burnout syndrome occurrence among mental health nurses in Cyprus. *Arch Psychiatr Nurs*, 27 (6), 319-26. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2013.08.004>
18. Korompeli A. et al. (2013) Sleep disturbance in nursing personnel working shifts. *Rev. Nurs Forum*, 48 (1), pp. 45-53. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/nuf.12005>
19. Laschinger H. (2016) The effect of authentic leadership, person job fit, and civility norms on new graduate nurses' experiences of coworker incivility and Burnout. *J Nurs Adm.*, 46 (11), 574-80. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/NNA.0000000000000407>
20. Leiter M.P., Maslach C. (2016) Latent Burnout profiles: A new approach to understanding the Burnout experience. *Burnout Res*, 3 (4), 89-100. doi: <https://doi.org/10.1016/j.burn.2016.09.001>
21. Li L. et al. (2015) The relationship between social support and Burnout among ICU nurses in Shanghai: a cross sectional study. *Chinese Nurs Res*, 2 (2), 45-50. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cnre.2015.04.003>
22. Lima D. et al. (2014) Recommendations for physical activity and health: consensus, controversies, and ambiguities. *Rev Panam Salud Pública*, 36 (3), 164-70.
23. Lindwall M. et al. (2014) The relationship of change in physical activity with change in depression, anxiety, and Burnout: a longitudinal study of Swedish healthcare workers. *Health Psychol.*, 33 (11), 1309-18. doi: <https://doi.org/10.1037/a0034402>
24. Loera B., Converso D., Viotti S. (2014) Evaluating the psychometric properties of the Maslach Burnout Inventory-Human Service Survey (MBI-HSS) among Italian nurses: how many factors must a research consider? *PLoS ONE*, 9, e114987. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0114987>
25. Maciel R.H. et al. (2015) Leisure experience as prevention for Burnout syndrome. *Psic Rev.*, 24 (2), 311-26.
26. Maslach C., Jackson S. (1981) The measurement of experienced Burnout. *J Occup Behav*, 2, 99-113. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/job.4030020205>
27. Maslach C., Leiter M.P. (2016) Understanding the Burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *Wld Psychiatry*, 15 (2), 103-11. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/wps.20311>
28. Matheson A. et al. (2014) The impact of shiftwork on health: a literature review. *J Clin Nurs*, 23 (23-24), 3309-20. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12524>
29. McHugh M.D., Stimpfel A.W. (2012) Nurse reported quality of care: a measure of hospital quality. *Res Nurs Health*, 35 (6), 566-75. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/nur.21503>
30. Medeiros-Costa M. et al. (2017) Occupational Burnout Syndrome in the nursing context: an integrative literature review.

- Rev Esc Enferm USP*, 51, e03235. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016023403235>
31. Myhren H. et al. (2013) Job satisfaction and Burnout among intensive care unit nurses and physicians. *Crit Care Res Pract.*, 786176. doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/786176>
 32. Orsal O. et al. (2017) Evaluation of the factors associated with Burnout of nurses working at a state hospital in turkey. *Nurs Pract Today*, 4 (1), 21-34.
 33. Oyeleye O. et al. (2013) Relationship of workplace incivility, stress, and Burnout on nurses' turnover intentions and psychological empowerment. *J Nurs Adm*, 43 (10), 536-42. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/NNA.0b013e3182a3e8c9>
 34. Özden D. et al. (2013) Intensive care nurses' perception of futility: job satisfaction and Burnout dimensions. *Nurs Ethics*, 20 (4), 436-47. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0969733012466002>
 35. Pereira D.S. et al. (2014) Occupational stressors among nurses working in urgent and emergency care units. *Rev Gaúcha Enferm*, 35 (1), 55-61. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.01.39824>
 36. Portela L. et al. (2015) Job strain and self-reported insomnia symptoms among nurses: what about the influence of emotional demands and social support? *Biomed Res Int*, 820610. doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2015/820610>
 37. Portero de la Cruz S. (2015) Professional Burnout, stress and job satisfaction of nursing staff at a university hospital. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 23 (3), 543-52. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0284.2586>
 38. Ribeiro V. et al. (2014) Prevalence of Burnout syndrome in clinical nurses at a hospital of excellence. *Int Arch Med.*, 7 (22). doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1755-7682-7-2221>.
 39. Rosenbaum S. et al. (2014) Physical activity interventions for people with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry*, 75 (9), 964-74. doi: <https://doi.org/10.4088/JCP.13r08765>
 40. Siqueira K. et al. (2015) Interrelationships between nursing workers' state of nutrition, socio demographic factors, work and health habits. *Ciênc Saúde Coletiva*, 20 (6), 1925-5. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.00792014>
 41. Stimpfel A. et al. (2015) Scheduling and shift work characteristics associated with risk for occupational injury in newly licensed registered nurses: an observational study. *Int J Nurs Stud*, 52 (11), 1686-93. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.06.011>
 42. Teixeira C. et al. (2013) Burnout in intensive care units a consideration of the possible prevalence and frequency of new risk factors: a descriptive correlational multicentre study. *BMC Anesthesiol*, 13 (1), 38. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2253-13-38>
 43. Van Bogaert P. et al. (2013) The relationship between nurse practice environment, nurse work characteristics, Burnout and job outcome and quality of nursing care: a cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud*, 50 (12), 1667-77. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.05.010>
 44. Vander Elst T. et al. (2016) Perceived control and psychological contract breach as explanations of the relationships between job insecurity, job strain and coping reactions: towards a theoretical integration. *Stress Health*, 32 (2), 100-16. doi: <https://doi.org/10.1002/smi.2584>
 45. Vasconcelos E. et al. (2018) Burnout and depressive symptoms in intensive care nurses: relationship analysis. *Rev Bras Enferm*, 71 (1), 135-41. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0019>
 46. Vidotti V. et al. (2018) Burnout Syndrome and shift work among the nursing staff. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 26, e3022. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2550.3022>.
 47. Vries J. et al. (2016) Disentangling longitudinal relations between physical activity, work-related fatigue, and task demands. *Int Arch Occup Environ Health*, 89 (1), 89-101. doi: <https://doi.org/10.1007/s00420-015-1054-x>
 48. Woodhead E. et al. (2016) Stress, social support, and Burnout among long-term care nursing staff. *J Appl Gerontol*, 35 (1), 84-105. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0733464814542465>
 49. Yao Y. et al. (2013) Investigation of risk factors of psychological acceptance and Burnout syndrome among nurses in China. *Int J Nurs Pract*, 19 (5), 530-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/ijn.12103>
 50. Yu H. et al. (2016) Prevalence and predictors of compassion fatigue, Burnout and compassion satisfaction among oncology nurses: a cross sectional survey. *Int J Nurs Stud*, 57, 28-38. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.01.012>