

УДК 616.89-072.8:612.821.33:614.2.07
DOI <https://doi.org/10.32782/umv-2024.2.8>

ЕМОЦІЙНЕ ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ЯК ПРОБЛЕМА МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ: СУЧАСНИЙ СТАН ТА ШЛЯХИ ПОДОЛАННЯ

Чмир Н.В.

доктор філософії,
доцент кафедри пропедевтики внутрішньої медицини
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
<https://orcid.org/0000-0001-8208-7303>

Дробінська Н.В.

доктор філософії,
доцент кафедри внутрішньої медицини № 1
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
<https://orcid.org/0000-0002-4714-3688>

Федечко М.Й.

кандидат медичних наук,
доцент кафедри сімейної медицини ФПДО
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
<https://orcid.org/0000-0002-9688-3420>

Новосад А.Б.

кандидат медичних наук,
доцент кафедри пропедевтики внутрішньої медицини
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
<https://orcid.org/0000-0001-5623-0823>

Базилевич А.Я.

доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри пропедевтики внутрішньої медицини
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
президент Світової Федерації Українських лікарських товариств
<https://orcid.org/0000-0001-5053-2548>

Емоційне вигорання є однією з ключових проблем сучасної медичної психології, яка загрожує не лише психічному здоров'ю медичних працівників, а і якості медичної допомоги. У статті розглянуто теоретичні основи синдрому емоційного вигорання, його причини, прояви та наслідки. Проаналізовано основні індивідуальні та організаційні чинники ризику, серед яких – хронічний стрес, надмірне навантаження, емоційне виснаження, моральна травма та стигматизація звернення за психологічною допомогою. Окрему увагу приділено наслідкам вигорання для системи охорони здоров'я – підвищенню ризику медичних помилок, «плинності» кадрів, депресії та суїцидальності серед медиків. Представлено сучасні підходи до профілактики та подолання вигорання – когнітивно-поведінкову терапію, практики усвідомленості, самопомогу, а також структурні інтервенції на рівні закладів охорони здоров'я. Підкреслюється необхідність системного підходу до підтримки медичних працівників і формування культури психічного благополуччя, яка враховує як особисті, так й організаційні потреби. Запропоновано комплексні рекомендації щодо запобігання емоційному вигоранню на національному та місцевому рівнях.

Ключові слова: медична психологія, медичні працівники, емоційне вигорання, самопомога, психологічні інтервенції.

Вступ. Емоційне вигорання є критичною проблемою серед медичних працівників, що має значні наслідки для індивідуального благополуччя, догляду за пацієнтами та системи охорони здоров'я. У цьому огляді досліджується проблема емоційного вигорання в медичних працівників крізь призму медичної психології, висвітлюються його теоретичні засади, причини, наслідки та науково обґрунтовані стратегії профілактики і втручання.

Емоційне вигорання, також відоме як професійне, стало нагальною проблемою сучасної охорони здоров'я. Медична психологія визнає емоційне вигорання багатовимірним синдромом (Bridgeman, P. J., 2018), який впливає на професійну ідентичність, мотивацію та продуктивність [1].

Упродовж останніх років проблеми психічного здоров'я працівників охорони здоров'я набули особливої актуальності як один із пріоритетів громадського здоров'я. Цей аспект визнано критичним фактором, що безпосередньо впливає на якість надання медичної допомоги. Медичні працівники щоденно стикаються із численними психоемоційними та професійними викликами, які негативно впливають на їхнє фізичне, психологічне та емоційне благополуччя. Медичні працівники регулярно піддаються впливу високого рівня стресу (Palmer, J., 2022), емоційних перевантажень та організаційних проблем, які призводять до хронічного психологічного виснаження [2].

Згідно з прогнозами Всесвітньої організації охорони здоров'я, до 2030 року у світі бракуватиме близько 18 мільйонів працівників охорони здоров'я, і найбільше ця нестача виявиться в країнах з низьким і нижчим за середній рівнем доходу. Водночас труднощі з підготовкою, розподілом, мотивацією та утриманням медичних кадрів спостерігаються і в державах з різним рівнем соціально-економічного розвитку [3].

Метою є огляд сучасних наукових знань та дослідження емоційного вигорання медичних працівників: оцінка її сучасного стану й визначення методів її подолання.

Теоретичні основи емоційного вигорання. Термін «вигорання» ввів у психологію Герберт Фройденбергер у 1970-х роках (Fernandes Fontes, F., 2020) [4]. За даними Американської психологічної асоціації «вигорання» визначається як «фізичне, емоційне або розумове виснаження, що супроводжується зниженням мотивації, зниженням продуктивності та негативним ставленням до себе та інших» (Borland, 2022) [5]. Пізніше Крістіна Маслач та її колеги розробили широко прийняту модель, яка визначає три основні виміри вигорання: Емоційне виснаження – відчуття емоційного перенапруження та виснаження. Деперсоналізація – розвиток цинічного або відстороненого ставлення до пацієнтів. Зниження особистої успішності – відчуття некомпетентності та відсутності досягнень. К. Маслач та колеги описують емоційне вигорання як трансформацію колись важливої і значущої праці в джерело розчарування та відчуження. Висока мотивація і залученість поступово змінюються на апатію, цинізм і втрату віри у власну професійну спроможність (Maslach, Christina, 2003) [6].

У контексті медичної психології емоційне вигорання розглядається як результат хронічного стресу на робочому місці, з яким не вдалося успішно впоратися. Воно відображає дезадаптивну реакцію на емоційно складне середовище і залежить як від організаційних, так і від індивідуальних факторів. Початкове дослідження, проведене Фройденбергером, було зосереджене на медичних працівниках. Сьогодні вигорання можна застосувати до будь-якої людини, чия робота вимагає понаднормової роботи без балансу між роботою та особистим життям. Часто спостерігається відсутність психологічної безпеки або навіть токсичне робоче середовище. Дослідники також визначили інші інструменти оцінки та опитувальники для раннього виявлення вигорання (Northe, 2022) [7]. Огляд літератури наукових досліджень визначив три основні ознаки та симптоми, які зазвичай асоціюються з вигоранням (Sweileh, 2020; Hernandez та ін., 2021): виснаження, цинізм, неефективність [8; 9]. В інших дослідженнях перераховано три додаткові фактори, що сприяють професійному вигоранню (Abramson, 2022; Heinemann and Heinemann, 2017): відсутність психологічної безпеки або токсичне робоче середовище, баланс між роботою та особистим життям, організаційні фактори [10; 11].

Емоційне вигорання в медичних працівників: причини та фактори ризику. Медичні працівники особливо вразливі до вигорання через кілька специфічних стресових факторів:

- високі емоційні вимоги – постійний контакт зі стражданнями, смертю та емоційною взаємодією;
- надмірне робоче навантаження – довгі зміни, нічні чергування та адміністративне навантаження;
- низький рівень контролю та автономії – обмежена здатність впливати на умови праці або рішення;
- міжособистісні конфлікти – погана командна динаміка і напружені стосунки з керівниками або пацієнтами;
- відсутність визнання – недооцінка професійних зусиль;
- особистісні риси – перфекціонізм, висока емпатія, емоційна чутливість і відсутність навичок подолання труднощів.

Дослідження виявили більшу поширеність вигорання серед молодих лікарів, медсестер, працівників екстреної та інтенсивної терапії, а також тих, хто працює під час пандемії або в зонах конфліктів [12; 13]. Медичні працівники регулярно стикаються із численними факторами, що підвищують рівень професійного стресу. Серед основних чинників – надмірне робоче навантаження, тривалі зміни, високий темп роботи, відсутність почуття фізичної чи психологічної безпеки, емоційне виснаження в умовах хронічного догляду, моральні дилеми, невпевненість у стабільності зайнятості, а також недостатня соціальна підтримка або навіть випадки мобінгу на робочому місці. Психоемоційне навантаження, що виникає в таких умовах, може спричинити розвиток синдрому емоційного вигорання, (West CP, 2018) депресивних і тривожних розладів, порушень сну та інших психосоматичних станів [14].

Дослідження доводять, що навіть до пандемії COVID-19 рівень вигорання серед лікарів залишався стабільно високим. При цьому лікарі демонстрували нижчий рівень задоволеності балансом між професійним і особистим життям, ніж інші фахівці, навіть з урахуванням таких факторів, як вік, стать, сімейний стан і тривалість робочого тижня [15; 16]. Серед професійних чинників, які підвищували ризик вигорання, особливо виділяли надмірну кількість пацієнтів, обмежені ресурси, неефективну організацію робочого процесу, відсутність автономії, необхідність виконання завдань, не пов'язаних з професійними цілями, а також труднощі в поєднанні роботи з особистим життям [17; 18].

До структурних чинників емоційного вигорання належать: молодий вік і початок професійного шляху, робота в умовах приватної практики, жіноча стать, низький рівень суб'єктивного контролю над подіями та схильність пояснювати успіх зовнішніми обставинами, а не власними зусиллями [19].

У країнах з низьким і середнім рівнем доходу особливу стурбованість викликає диспропорція між кількістю медичних працівників і потребами населення. Це призводить до перевантаження, хронічного стресу й підвищеного ризику вигорання. Крім того, велика частка медичних працівників у таких країнах – це жінки, які зазвичай посідають нижчі позиції в ієрархії системи охорони здоров'я, мають обмежену професійну автономію та водночас несуть велику відповідальність за догляд за пацієнтами [20; 21].

Наслідки емоційного вигорання. Вигорання впливає не лише на самопочуття медичних працівників, а й на всю систему охорони здоров'я. Наслідки містять: проблеми з психічним і фізичним здоров'ям (депресія, тривога, безсоння, серцево-судинні проблеми), зниження якості медичної допомоги (підвищений ризик медичних помилок, зниження емпатії, погіршення комунікації, професійну незадоволеність (відмову від роботи, прогули, плинність кадрів), організаційні наслідки (зниження продуктивності, збільшення витрат на охорону здоров'я, зниження безпеки пацієнтів).

Особливе занепокоєння викликає проблема суїцидальності серед медичних працівників. Дослідження (Dutheil F, 2019) вказують, що найчастішим методом самогубства серед представників медичної галузі є самоотруєння, зокрема із застосуванням лікарських препаратів, доступ до яких забезпечується в межах професійної діяльності [22]. Анестезіологи, за деякими даними, демонструють підвищений ризик суїциду, імовірно, через поєднання високого рівня відповідальності, стресу та легкого доступу до фармакологічних засобів [22].

У загальному контексті медичні працівники мають підвищений ризик зловживання психоактивними речовинами, зокрема алкоголем і лікарськими препаратами. Однією з причин цього явища є тенденція до самолікування, а також побутове використання медичних знань і ресурсів поза межами контролю. Нещодавні спостереження засвідчують, що такі прояви трапляються не лише серед лікарів, а й серед іншого клінічного персоналу. При цьому велика частина медичних працівників, зокрема лікарі та медсестри, уникають звернення за психологічною чи психіатричною допомогою навіть у разі наявності клінічно значущих симптомів [23]. Основними причинами цього є страх втрати професійної репутації, побоювання негативних наслідків для кар'єри, а також сумніви щодо забезпечення конфіденційності при отриманні психологічної підтримки [24].

Далеко не всі працівники охорони здоров'я усвідомлюють, що перебувають у стані хронічного стресу. Часто вони не володіють навичками психологічної саморегуляції або стрес-менеджменту, що ускладнює своєчасне виявлення і подолання симптомів емоційного вигорання. У багатьох випадках спостерігається заперечення власного емоційного виснаження та небажання прислухатися до сигналів від оточення. Стан здоров'я медичних працівників безпосередньо впливає на якість медичної допомоги. Емоційне вигорання, депресивні розлади, незадоволення професійною діяльністю та підвищений ризик суїцидальних тенденцій не лише погіршують благополуччя самих лікарів, а й знижують ефективність надання медичних послуг, задоволеність пацієнтів, доступність допомоги та збільшують загальні витрати системи охорони здоров'я [24].

Емоційне вигорання медичних працівників має не лише особисті наслідки, а й серйозно впливає на якість медичної допомоги. Дослідження демонструють, що високий рівень вигорання асоціюється

з менш ефективною клінічною практикою, підвищеним ризиком медичних помилок (удвічі вищим), а також на 17% збільшує імовірність бути залученим до судових процесів щодо професійної недбалості [25]. Самовідчуття причетності до серйозної медичної помилки поглиблює симптоми вигорання, депресії, знижує якість життя і сприяє виникненню замкненого кола психологічного дистресу [26]. Крім того, емоційне виснаження може бути пов'язане з підвищеним ризиком дорожньо-транспортних пригод серед лікарів – навіть після врахування впливу загальної втоми. Вигорання також сприяє зростанню частоти прогулів, зниженню лояльності до медичних установ, більшій плинності кадрів, зниженій задоволеності працею та пацієнтами [27].

Особливої уваги заслуговують етичні дилеми та моральна травма як наслідки роботи в складних умовах [28]. Вона часто супроводжується почуттям провини, сорому, амбівалентності та сумнівами у власній професійній етичності. Наприклад, необхідність обирати, кому з пацієнтів надати обмежені ресурси (кисень, ШВЛ), може стати тригером морального конфлікту, що залишає глибокий психологічний слід [29]. Хоча моральна травма не є самостійним психіатричним діагнозом, її наслідки можуть сприяти розвитку депресії, посттравматичного стресового розладу, суїцидальних думок і навіть рішень про зміну професії. Найвищий ризик розвитку моральної травми фіксується в кризових ситуаціях, коли швидкість ухвалення рішень зростає, а можливість дотримання стандартів допомоги обмежується. До додаткових чинників ризику належать розмита відповідальність та відсутність особистого впливу на остаточні клінічні рішення [30; 31].

Дедалі більшу увагу дослідників привертає і вікарна (вторинна) травматизація, або вторинний травматичний стрес. Цей феномен виникає як реакція медичного працівника на співпереживання пацієнтам, які переживають гостру або хронічну травму. Симптоматика може містити втому, безсоння, тривожність, емоційну притупленість, дратівливість, зниження апетиту та розлади концентрації. Хоча часто ці симптоми мають субклінічний рівень вираженості, вони все ж здатні суттєво впливати на функціонування фахівця [32].

Серйозною перешкодою для своєчасного втручання є стигматизація психічних розладів серед медичних працівників. Багато фахівців уникають звернення по допомогу через страх втратити ліцензію або бути осудженими колегами. Це призводить до ізоляції, самолікування, прихованих психічних страждань і збільшує ризик самогубства. Метааналізи свідчать про надзвичайно тривожні показники: серед лікарів спостерігається 1 % спроб самогубства та 17 % випадків суїцидальних думок. Лікарки демонструють особливо високий ризик, а серед груп підвищеної вразливості – анестезіологи, психіатри, хірурги та лікарі загальної практики [33]. Психоемоційне виснаження, втрата мотивації, втома від співчуття та незадоволення роботою є основними причинами, через які багато медичних працівників розмірковують залишити професію [34]. Коли фахівці залишають галузь або стаються трагічні випадки самогубств, система охорони здоров'я втрачає не лише окрему людину, а й роки професійної підготовки, досвіду та довіри з боку пацієнтів. Згідно з позицією Всесвітньої медичної асоціації (World Medical Association), розчарування серед лікарів зумовлене не лише емоційним тиском, а й такими факторами, як нестача ресурсів, надмірний адміністративний контроль, стигматизувальне медіаподання медичних помилок, а також зниження поваги до професії з боку суспільства і пацієнтів.

Психологічна допомога та профілактика: підходи медичної психології. Вирішення проблеми вигорання вимагає багаторівневого підходу, що містить як системні реформи, так і персональну психологічну підтримку. Медична психологія пропонує кілька ефективних стратегій:

Втручання на індивідуальному рівні:

- когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) – допомагає змінити дезадаптивні думки та поведінку;
- зменшення стресу на основі усвідомленості – покращує емоційну регуляцію та стійкість;
- тренінги з управління стресом – містять техніки релаксації, таймменеджменту та впевненості в собі;

– підтримка та супервізія з боку колег – пропонує емоційну підтримку та зворотній зв'язок.

Організаційні заходи:

– покращення робочого середовища – справедливий розподіл робочого навантаження, гнучкий графік;

– тренінги з розвитку лідерських якостей – нагляд, що підтримує, та чітка комунікація;

– сприяння автономії та участі – залучення персоналу до ухвалення рішень;

– професійний розвиток та визнання – створення можливостей для зростання та винагороди за успіхи.

Інтегрована модель, що поєднує індивідуальні та організаційні стратегії, вважається найефективнішою для зниження рівня вигорання та сприяння здоровому робочому клімату. Медичних працівників традиційно навчають ставити потреби пацієнтів вище за власні. Через це турбота про себе часто

сприймається як щось другорядне або навіть егоїстичне. Однак у сучасних умовах високого професійного навантаження, емоційної напруги та постійного ризику виснаження практика самодопомоги є не просто бажаною, а критично необхідною. Вона сприяє збереженню балансу між професійною діяльністю та особистим життям, покращенню якості надання медичної допомоги й профілактиці психоемоційного вигорання. Наукові дослідження вказують, що ефективна самодопомога містить розвиток саморефлексії, співчуття до себе, активну участь у фізичній, соціальній та емоційній підтримці себе. Установлено, що серед австралійських працівників паліативної допомоги 100 % опитаних, які мали особистий план самодопомоги, оцінили його як ефективний інструмент психологічної стабілізації, тоді як 70 % тих, хто не мав плану, висловили готовність його створити за умови належної підтримки [35].

До ключових стратегій самодопомоги належать: духовні практики, техніки релаксації, використання онлайн-сервісів підтримки психічного здоров'я, розвиток комунікативних навичок, підтримка близьких стосунків, повноцінний сон, фізична активність, дозвілля, а також усвідомленість і медитація. Практикування таких методів сприяє емоційній стабільності, посиленню життєстійкості та здатності справлятися з професійними труднощами [36].

Надзвичайно важливо дозволяти собі виражати емоції – на противагу їх придушенню. Це підвищує емоційну стійкість і знижує ризики довготривалих психічних розладів. Систематичний догляд за власним фізичним і ментальним здоров'ям не лише покращує якість життя медичного працівника, а й підвищує ефективність і гуманність медичної допомоги пацієнтам.

Профілактика та системні інтервенції. Під час пандемії COVID-19 були впроваджені короткотермінові заходи моральної підтримки медичних працівників, як-от безоплатне харчування, публічні подяки, символічні вияви поваги. Проте, попри їхню тимчасову позитивну дію, такі прояви не замінюють довготривалих і структурованих стратегій збереження психічного здоров'я медичних працівників. Ба більше, образ «героїв охорони здоров'я» іноді формує хибне уявлення, ніби ці люди не потребують допомоги, що лише поглиблює внутрішню стигматизацію звернення по психологічну підтримку.

Необхідно змінити парадигму: медичні працівники повинні розглядатися як фахівці з власними психологічними межами. Саме тому доцільно впровадити постійні, науково обґрунтовані психосоціальні програми підтримки на рівні закладів охорони здоров'я. Це містить не лише інформування, а й організацію умов для зниження професійного навантаження, раннього виявлення симптомів вигорання та вчасного надання допомоги.

Ефективними виявилися телемедичні платформи, які дають змогу фахівцям ділитися досвідом, отримувати психологічну підтримку в режимі онлайн та зменшувати рівень тривожності, особливо в умовах епідеміологічної небезпеки (Wang Y, 2020) [37]. Такий підхід не лише економічно вигідний, а й допомагає зменшити бар'єри доступу до психічної допомоги, забезпечуючи конфіденційність і зручність для медиків [37].

Крім того, клінічно ефективними довели свою результативність інтервенції з розвитку усвідомленості, управління стресом та підвищення життєстійкості. Наприклад, короткотривалі онлайн-програми, спрямовані на покращення психологічної адаптації, продемонстрували високу ефективність серед лікарів у період пандемії. Додатковими ресурсами є групи взаємопідтримки «рівний-рівному», які дають змогу ділитися емоційними труднощами з колегами, формуючи безпечний простір для емоційного розвантаження та взаєморозуміння. Важливо використовувати розслаблювальні заходи (йога, медитація тощо), фізичні вправи, додатковий сон (сон допомагає відновити психічне здоров'я та працездатність), майндфулнес (фокусування на глибокому диханні та фізичному досвіді в сьогоденні) [38]. Практика усвідомленості та підходи до управління стресом, що є двома додатковими медичними втручаннями з доказами ефективності для зменшення вигорання та підвищення життєстійкості в клініцистів. Maunder та ін. виявили, що комп'ютерні тренінги з підвищення життєстійкості для медичних працівників виявилися дуже корисними. Групи підтримки «рівний-рівному» можуть дати медичним працівникам можливість обговорити свій досвід з іншими людьми, які мають подібний досвід [39]. Використання рефлексивних практичних груп або «рефлексивних раундів» (наприклад, Balint, Schwartz) має дедалі більшу доказову базу, яка допомагає лікарям справлятися зі стресовими ситуаціями та зменшувати вплив вигорання [40].

Середовище відіграє ключову роль у виникненні та протидії емоційному вигоранню серед лікарів та іншого медичного персоналу. Однак працівники також мають нести особисту відповідальність за збереження свого фізичного та психічного здоров'я. Це передбачає регулярне проходження профілактичних медичних оглядів, підтримання достатнього рівня фізичної активності, контроль за індивідуальними факторами ризику [41].

Медичні установи, зі свого боку, повинні створювати умови для ведення здорового способу життя, зокрема – надавати доступ до спортивної інфраструктури поруч з місцем роботи, заохочувати

активність упродовж робочого дня (наприклад, використання сходів замість ліфтів). Регулярна фізична активність упродовж 30–60 хвилин щонайменше п'ять днів на тиждень є науково обґрунтованою профілактикою психоемоційного виснаження. Медичні працівники мають бути прикладом для пацієнтів у питаннях здоров'я, дотримуючись принципу «практикуй те, що проповідуєш» [42].

Особливу увагу варто приділяти формуванню культури підтримки та співпраці замість системи внутрішньої конкуренції, яка часто призводить до виснаження персоналу та погіршення командного духу. Забезпечення добробуту медичного персоналу вимагає системного підходу – застосування науково обґрунтованих індикаторів благополуччя, створення умов для відкритого обговорення стану психічного здоров'я, втілення практичних змін у робочому середовищі. Лише так можна досягти стабільної продуктивності і якості медичної допомоги, а також забезпечити довготривалу ефективність та мотивацію серед медичних працівників [43].

Професійне вигорання може бути викликане багатьма різними факторами. Одним з них є відчуття втрати контролю над ситуацією. Один зі способів протистояти цьому – це професійний розвиток. Майстерність роботи – це здатність взяти під контроль свою роботу, щоб зробити її більш значущою, ніж вона колись була. Створення завдань може мати різні форми: Крафтинг завдань – це може бути зміна завдань, які потрібно виконати. Релокейшн-крафтинг – міжособистісна взаємодія з іншими людьми є формою релокейшн-крафтингу. Когнітивний крафтинг змінює погляд людини на свою роботу. Розвивальний крафтинг – це може бути те, що працівник робить, щоб допомогти собі розвиватися. Середовищний крафтинг – це зміна оточення людини [44]. Вона може змінювати своє середовище. Якщо є підозра на вигорання, необхідно переглянути посадові обов'язки працівника, беручи до уваги такі фактори: працівники повинні мати контроль над рішеннями, які впливають на їхні робочі обов'язки; важливо мати чіткі очікування від роботи; необхідна прозорість і чесна динаміка роботи; робоче середовище має бути спокійним і невимушеним; важлива соціальна підтримка, пов'язана з роботою та особистим життям; повинен бути баланс між роботою та особистим життям.

Зміна клімату на робочому місці для запобігання вигоранню більше не є варіантом, а стає необхідністю. Багато компаній зробили п'ять кроків у цьому напрямі за допомогою цих п'яти основних впроваджень: психологічна безпека працівників; зменшення робочого навантаження шляхом найму додаткового персоналу; надання часу для сімейних відпусток; надання послуг денного догляду за дітьми; надання безоплатних психологічних та психіатричних послуг.

На основі результатів проведених досліджень пропонуємо такі рекомендації:

1. Впровадити національні та місцеві доказові інтервенції та програми для підтримки здоров'я та благополуччя працівників охорони здоров'я в довгостроковій перспективі. Використовувати необхідний досвід експертів у галузі охорони здоров'я, щоб керувати впровадженням цих рішень і забезпечити чіткий дизайн, для постійного оцінювання та вдосконалення.

2. Ділитися і поширювати ці ресурси в організації, мережі партнерів, серед пацієнтів та інших осіб.

3. Створювати національні бази знань (інформація, інструменти та ресурси), призначені для підвищення стійкості та покращення добробуту працівників та їхніх керівників під час кризи, відновлення та відбудови.

4. Забезпечити достатній рівень укомплектованості кадрами в системі охорони здоров'я та справедливую оплату праці працівників.

5. Заохочувати звернення по допомогу та забезпечувати доступність ресурсів психічного здоров'я для медичних працівників, які перебувають у скрутному становищі.

6. Засуджувати та боротися зі стигматизацією медичних працівників, які працюють на передовій. Активізувати зусилля щодо дестигматизації психічного здоров'я в суспільстві.

7. Забезпечити ширший і більш дієвий діалог про психічне здоров'я на робочому місці.

8. Залучати працівників охорони здоров'я до процесів ухвалення рішень та до спільної розробки нової політики.

9. Перерозподілити кошти на дослідження, щоб вивчити шляхи забезпечення готовності до майбутнього для працівників охорони здоров'я, які працюють на передовій.

10. Розглянути можливість використання цифрових технологій та інших інноваційних підходів для забезпечення доступу до ефективного навчання та постійної підтримки і настанов для всіх працівників системи охорони здоров'я.

Висновки. Медичні працівники, незалежно від спеціальності або регіону роботи, регулярно стикаються з високими професійними, емоційними та етичними навантаженнями, які можуть мати серйозний вплив на їхнє психічне здоров'я. Особливо вразливими є ті, хто працює в умовах війни, надзвичайних ситуацій, гуманітарних криз або в системах охорони здоров'я з обмеженими ресурсами.

Додатковими чинниками ризику є соціальна стигматизація, нестача системної підтримки та механізмів профілактики психоемоційного виснаження.

Визнання ролі медичних працівників у забезпеченні здоров'я населення має супроводжуватися не лише словами вдячності, а й конкретними діями – створенням умов для збереження психічного та фізичного благополуччя. Підтримка з боку колег, керівництва та суспільства, а також розбудова ефективної системи комунікації та партнерства між усіма учасниками медичної системи є фундаментом для забезпечення сталого функціонування охорони здоров'я.

У довгостроковій перспективі лише системний підхід, що містить профілактику, відкриту взаємодію, прозоре управління та підтримку професійного здоров'я, дасть змогу сформулювати більш гуманну, стійку та ефективну модель охорони здоров'я – як для пацієнтів, так і для самих медичних працівників.

Емоційне вигорання серед медичних працівників є складною психологічною та організаційною проблемою. Медична психологія відіграє вирішальну роль у визначенні його причин, наслідків та ефективних стратегій профілактики і підтримки. Раннє розпізнавання вигорання та впровадження структурованих втручань як на індивідуальному, так і на системному рівнях може значно покращити психічне здоров'я медичних працівників і загальну якість медичної допомоги.

Література

1. Bridgeman, P. J., Bridgeman, M. B., & Barone, J. (2018). Burnout syndrome among healthcare professionals. *The Bulletin of the American Society of Hospital Pharmacists*, 75(3), 147–152.
2. Palmer, J., Ku, M., Wang, H., Crosse, K., Bennett, A., Lee, E., ... & Bazaid, K. (2022). Public health emergency and psychological distress among healthcare workers: a scoping review. *BMC Public Health*, 22(1), 1396.
3. World Health Organization. *International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics (11th Revision)*. (2018).
4. Fernandes Fontes, F. (2020). Herbert J. Freudenberger and the making of burnout as a psychopathological syndrome. *Memorandum: Memória E História Em Psicologia*, (37).
5. Borland, Adam. (2022). "What Is Burnout". *Cleveland Clinic*
6. Maslach, Christina. (2003). *Burnout: The cost of caring*. Ishk,
7. Northe, M. L. (2022). *Maßnahmen zur Burnout-Prävention für Führungskräfte als Teil des betrieblichen Gesundheitsmanagements*.
8. Sweileh, W. M. (2020). Research trends and scientific analysis of publications on burnout and compassion fatigue among healthcare providers. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 15(1), 23.
9. Hernandez C. A., Aloiso, A., Prada Nuñez, R. (2021). Síndrome de burnout en docentes de educación básica y media en tiempos de crisis. *Boletín Redipe*, 10(9 (2021)), 472-488.
10. Abramson, A. (2022). Burnout and stress are everywhere. *Monitor on Psychology*, 53(1), 72-73.
11. Heinemann, L. V., & Heinemann, T. (2017). Burnout: From work-related stress to a cover-up diagnosis. In *Burnout, fatigue, exhaustion: an interdisciplinary perspective on a modern affliction* (pp. 129-150).
12. De Hert S. Burnout in Healthcare Workers: Prevalence, Impact and Preventative Strategies. *Local Reg Anesth*. (2020) 13:171–83. doi: 10.2147/LRA.S240564
13. Woo T, Ho R, Tang A, Tam W. Global prevalence of burnout symptoms among nurses: a systematic review and meta-analysis. *J Psychiatric Res*. (2020) 123:9–20. doi: 10.1016/j.jpsychires. 2019.12.015
14. West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *J Intern Med*. (2018) 283:516–29. doi: 10.1111/joim.12752
15. World Health Organization. *The impact of COVID-19 on Mental, Neurological and Substance Use Services: Results of a Rapid Assessment*. (2020).
16. Turk E, Durrance-Bagale A, Han E, Bell S, Rajan S, Lota M, et al. International experiences with co-production and people centredness offer lessons for covid-19 responses. *BMJ*. (2021) 372:m4752. doi: 10.1136/bmj.m4752
17. Barello S, Graffigna G. Caring for health professionals in the COVID-19 pandemic emergency: toward an "Epidemic of Empathy" in healthcare. *Front Psychol*. (2020) 11:1431. doi: 10.3389/fpsyg.2020.01431
18. Boursier V, Gioia F, Musetti A, Schimmenti A. Facing loneliness and anxiety during the COVID-19 isolation: the role of excessive social media use in a sample of italian adults. *Front Psychiatry*. (2020) 11:586222. doi: 10.3389/fpsyt.2020.586222
19. Shanafelt TD, West CP, Sinsky C, Trockel M, Tutty M, Satele DV, et al. Changes in burnout and satisfaction with work-life integration in physicians and the general US working population between 2011 and 2017. *Mayo Clin Proce*. (2019) 94:1681–94. doi: 10.1016/j.mayocp.2018.10.023
20. Gonçalves, A., Fontes, L., Simões, C., & Gomes, A. R. (2019). Stress and burnout in health professionals. In *Occupational and environmental safety and health* (pp. 563-571). Cham: Springer International Publishing.
21. Deng D, Naslund JA. Psychological Impact of COVID-19 Pandemic on Frontline Health Workers in Low- and Middle-Income Countries. Cambridge, MA: Harvard public health review. (2020).

22. Dutheil F, Aubert C, Pereira B, Dambrun M, Moustafa F, Mermillod M, et al. Suicide among physicians and health-care workers: a systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*. (2019) 14:e0226361. doi: 10.1371/journal.pone.0226361
23. Nyblade L, Stockton MA, Giger K, Bond V, Ekstrand ML, Lean RM, et al. Stigma in health facilities: why it matters and how we can change it. *BMC Med*. (2019) 17:25. doi: 10.1186/s12916-019-1256-2
24. Knaak S, Mantler E, Szeto A. Mental illness-related stigma in healthcare: barriers to access and care and evidence-based solutions. *Healthcare Manage Forum*. (2017) 30:111–6. doi: 10.1177/0840470416679413
25. Hayashino Y, Utsugi-Ozaki M, Feldman MD, Fukuhara S. Hope modified the association between distress and incidence of self-perceived medical errors among practicing physicians: prospective cohort study. *PLoS ONE*. (2012) 7:e35585. doi: 10.1371/journal.pone.0035585
26. Tigard DW. Taking the blame: appropriate responses to medical error. *J Med Ethics*. (2019) 45:101–5. doi: 10.1136/medethics-2017-104687
27. Naushad VA, Bierens JJ, Nishan KP, Firjeeth CP, Mohammad OH, Maliyakkal AM, et al. A systematic review of the impact of disaster on the mental health of medical responders. *Prehospital Disaster Med*. (2019) 34:632–43. doi: 10.1017/S1049023X19004874
28. Menon V, Padhy SK. Ethical dilemmas faced by health care workers during COVID-19 pandemic: issues, implications and suggestions. *Asian J Psychiatry*. (2020) 51:102116. doi: 10.1016/j.ajp.2020.102116
29. Baines P, Draper H, Chiumento A, Fovargue S, Frith L. COVID-19 and beyond: the ethical challenges of resetting health services during and after public health emergencies. *J Med Ethics*. (2020) 46:715–6. doi: 10.1136/medethics-2020-106965
30. Williamson V, Murphy D, Greenberg N. COVID-19 and experiences of moral injury in front-line key workers. *Occup Med*. (2020) 70:317–9. doi: 10.1093/occmed/kqaa052
31. Borges LM, Barnes SM, Farnsworth JK, Bahraini NH, Brenner LA. A commentary on moral injury among health care providers during the COVID-19 pandemic. *Psychol Trauma*. (2020) 12:S138–40. doi: 10.1037/tra0000698
32. Koutsimani, P., Montgomery, A., & Georganta, K. (2019). The relationship between burnout, depression, and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in psychology*, 10, 429219.
33. Søvdal, L. E., Naslund, J. A., Kousoulis, A. A., Saxena, S., Qoronfle, M. W., Grobler, C., & Münter, L. (2021). Prioritizing the mental health and well-being of healthcare workers: an urgent global public health priority. *Frontiers in public health*, 9, 679397.
34. Johnson SU, Ebrahimi OV, Hoffart A. PTSD symptoms among health workers and public service providers during the COVID-19 outbreak. *PLoS ONE*. (2020) 15:e0241032. doi: 10.1371/journal.pone.0241032
35. Tol WA, Leku MR, Lakin DP, Carswell K, Augustinavicius J, Adaku A, et al. Guided self-help to reduce psychological distress in South Sudanese female refugees in Uganda: a cluster randomised trial. *Lancet Global Health*. (2020) 8:e254–63. doi: 10.1016/S2214-109X(19)30504-2
36. Goodman MJ, Schorling JB. A mindfulness course decreases burnout and improves well-being among healthcare providers. *Int J Psychiatry Med*. (2012) 43:119–28. doi: 10.2190/PM.43.2.b
37. Wang Y, Li B, Liu L. Telemedicine experience in China: our response to the pandemic and current challenges. *Front Public Health*. (2020) 8:549669. doi: 10.3389/fpubh.2020.549669
38. Rieckert A, Schuit E, Bleijenbergh N, ten Cate D, de Lange W, de Man-van Ginkel JM, et al. How can we build and maintain the resilience of our health care professionals during COVID-19? Recommendations based on a scoping review. *BMJ Open*. (2021) 11:e043718. doi: 10.1136/bmjopen-2020-043718
39. Maunder, R. G., Heeney, N. D., Jeffs, L. P., Wiesenfeld, L. A., & Hunter, J. J. (2024). A longitudinal study of hospital workers' mental health from fall 2020 to the end of the COVID-19 pandemic in 2023. *Scientific Reports*, 14(1), 26137.
40. Gong, B., Zhang, X., Lu, C., Wu, C., & Yang, J. (2024). The effectiveness of Balint groups at improving empathy in medical and nursing education: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Medical Education*, 24(1), 1089.
41. Callahan K, Christman G, Maltby L. Battling burnout: strategies for promoting physician wellness. *Adv Pediatr*. (2018) 65:1–7. doi: 10.1016/j.yapd.2018.03.001
42. Adams M, Chase J, Doyle C, Mills J. Self-care planning supports clinical care: putting total care into practice. *Prog Palliat Care*. (2020) 28:305–7. doi: 10.1080/09699260.2020.1799815
43. Mahmoud NN, Rothenberger D. From burnout to well-being: a focus on resilience. *Clin Colon Rectal Surg*. (2019) 32:415–23. doi: 10.1055/s-0039-1692710
44. Grebski, M., & Mazur, M. (2022). Management strategies to avoid professional burnout. *Polish Journal of Management Studies*, 26(1), 61-75.

EMOTIONAL BURNOUT OF HEALTHCARE WORKERS AS A PROBLEM OF MEDICAL PSYCHOLOGY: CURRENT STATUS AND METHODS OF OVERCOMING

Chmyr N.V.

Danylo Halytsky Lviv National Medical University

Drobinska N.V.

Danylo Halytsky Lviv National Medical University

Fedechko M.Y.

Danylo Halytsky Lviv National Medical University

Novosad A.B.

Danylo Halytsky Lviv National Medical University

Bazylevych A.Ya.

Danylo Halytsky Lviv National Medical University

World Federation of Ukrainian Medical Associations

Emotional burnout is one of the key problems of modern medical psychology, which threatens not only the mental health of healthcare workers, but also the quality of medical care. The article discusses the theoretical foundations of emotional burnout syndrome, its causes, manifestations and consequences. The author analyzes the main individual and organizational risk factors, including chronic stress, excessive workload, emotional exhaustion, moral trauma, and stigmatization of seeking psychological help. Particular attention is paid to the consequences of burnout for the health care system, such as an increased risk of medical errors, staff turnover, depression, and suicide among physicians. Modern approaches to preventing and overcoming burnout are presented, including cognitive behavioral therapy, mindfulness practices, self-help, and structural interventions at the level of healthcare facilities. The author emphasizes the need for a systematic approach to supporting healthcare professionals and creating a culture of mental well-being that takes into account both personal and organizational needs. Comprehensive recommendations for the prevention of emotional burnout at the national and local levels are proposed.

Key words: medical psychology, health care workers, emotional burnout, self-help, psychological interventions.