

Сніжана Дарієвська, Тетяна Степурко, Алла Бойко

ВИГОРАННЯ СЕРЕД НАДАВАЧІВ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЛЮДЯМ, ЯКІ ЖИВУТЬ З ВІЛ: КОНТЕКСТУАЛЬНЕ РОЗУМІННЯ ТА ВИМІРЮВАННЯ

*Вигорання медичних працівників є викликом для доступності та якості медичних послуг в усіх країнах. Емоційно і фізично виснажені працівники стають менш уважними, частіше припускаються помилок. Контекстуальні особливості системи охорони здоров'я, організаційна культура закладів охорони здоров'я можуть як сприяти запобіганню вигоранню, так і навпаки. З огляду на брак стандартизованих інструментів для вимірювання вигорання серед медичних працівників ми мали на меті адаптувати до українського контексту і доповнити один із дослідницьких інструментів, який надалі можуть використовувати дослідники. З листопада 2020 р. по квітень 2021 р. було проведено напівструктуровані інтерв'ю та анкетування надавачів медичної допомоги людям, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ). Виявлено високі середні показники двох вимірів вигорання: емоційного виснаження медичних працівників і деперсоналізації, проте показники рівня особистих досягнень не засвідчують вигорання в цьому компоненті. Претест і пілотування шкали вигорання *Nutan Services Survey for Medical Personnel (MBI-HSS (MP))* вказують на валідність цього інструменту, який може бути використаний у подальших дослідженнях в Україні.*

Ключові слова: вигорання серед медичних працівників, вимірювання вигорання, контекстуальні особливості, організаційна культура, Україна.

Розуміння вигорання

Вигорання визначають як хронічний стрес на робочому місці, з яким не вдалося своєчасно впоратися (WHO, 2019a). Це явище не класифікується як медичний стан, а як причина, з якою звертаються по медичну допомогу. Всесвітня організація охорони здоров'я наголошує, що вигорання стосується лише роботи і не варто оперувати цим поняттям щодо інших сфер життя. Ба більше, розмежовують вигорання та депресію: депресія проникає в усі сфери життя, а вигорання пов'язане лише з роботою (Bakker et al., 2000), різниця між цими явищами простежується і на фізіологічному рівні (Pruessner, Hellhammer, & Kirschbaum, 1999). Однак наслідки вигорання можуть опосередковано негативно

впливати на інші сфери життя індивіда (Burke & Greenglass, 2001).

З вигоранням стикаються працівники, робота яких передбачає постійну взаємодію з іншими людьми: освітяни, медики, представники сфери послуг. Однак, згідно з результатами досліджень (Gustafsson, DeFreese, & Madigan, 2017), представники інших професій також можуть зазнавати вигорання. За найпоширенішим підходом вигорання розуміють як психологічну реакцію на робочий стрес, для якої характерні: синдром емоційного виснаження, деперсоналізація та зниження рівня особистих досягнень (Schaufeli et al., 2001). Емоційне виснаження – це втрата внутрішніх емоційних і фізичних ресурсів. Деперсоналізація – це розвиток негативного та цинічного ставлення до одержувачів

Таблиця 1. Аспекти роботи, які охоплюють основні причини виникнення вигорання

Аспект	Характеристика
Контроль	Відчуття контролю над роботою, розуміння завдань і наявність ресурсів для їх виконання
Винагорода	Матеріальна винагорода у вигляді заробітної плати та нематеріальна, наприклад, визнання досягнень
Спільнота	Формальна і неформальна комунікація з колегами та керівництвом організації
Навантаження	Загальне робоче навантаження, кількість часу на відпочинок
Справедливість	Відчуття поваги всередині колективу, прозорість оплати праці, розподілу завдань та ухвалення рішень в організації
Цінності	Співвідношення цінностей індивіда та цінностей, які існують у його робочому середовищі (цінності колег і керівництва)

послуг, колег і до власної роботи. Зниження рівня особистих досягнень – це знецінення результатів своєї роботи й втрата впевненості у власній компетенції. Виокремлюють шість аспектів роботи, які охоплюють основні причини виникнення й розвитку вигорання серед працівників у певній організації (див. табл. 1).

Чинники та наслідки вигорання лікарів

Медичні працівники у стані вигорання є менш ефективними на роботі, вони схильні робити більше помилок, що впливає на якість наданих медичних послуг. Відповідно задоволеність такими послугами серед пацієнтів нижча (Panagioti et al., 2018; Williams et al., 2007; Anagnostopoulos et al., 2012). Крім того, лікарі, які зіткнулися з вигоранням, частіше залишають роботу. Отже, це стосується людських ресурсів і фінансів системи охорони здоров'я (Dyrbye et al., 2013). Не менш важливо, що вигорання має наслідки для здоров'я медичних працівників. Зокрема, вигорання пов'язане зі збільшенням споживання алкоголю, швидкої їжі, курінням, появою розладів сну та ожирінням серед медиків (Salvagioni et al., 2017; Alexandrova-Karamanova et al., 2016).

Чинники вигорання медичних працівників можуть бути різними. Наприклад, виявлено, що індивіди з певними соціально-демографічними характеристиками можуть бути схильними до вигорання. Серед цих характеристик: вік, стать, сімейний стан, досвід роботи (Amoafio et al., 2015). Важливо звернути увагу на чинники, пов'язані з особливостями роботи лікарів та організаційною культурою в закладах охорони здоров'я. Несприятлива організаційна культура є середовищем появи й розвитку вигорання. Зокрема, працівники, які негативно оцінюють керівника закладу, його лідерські якості, мають вищі показники вигорання і менше задоволені роботою (Shanafelt et al., 2015; Dyrbye et al., 2020). Комунікація в закладі охорони здоров'я також впливає на вигорання медичних працівників; зокрема, конфлікти з колегами пов'язані з вищим рівнем вигорання, а добрі стосунки в колективі, навпаки, з нижчим (Elshaer et al., 2018; Embriaco et al., 2007). Завищені вимоги, надмірне навантаження та відсутність відчуття контролю над роботою також мають зв'язок з вигоранням медичних працівників (Stordeur, Vandenberghe, & D'hooge, 1999). Крім того, робота медиків передбачає постійну взаємодію з пацієнтами, що зумовлює втрату емоційних ресурсів. Також виявлено, що знецінення лікаря з боку

пацієнтів призводить до втрати відчуття значущості роботи та власної компетенції (Sablik, Samborska-Sablik, & Drożdż, 2013).

Контекстуальні особливості вигорання медичних працівників

Вигорання серед медичних працівників існує в усіх системах охорони здоров'я і має низку негативних наслідків для функціонування систем (Rodrigues et al., 2018; Shanafelt et al., 2012). За результатами дослідження серед різних категорій медичних працівників, яке було проведено у 12 європейських країнах, виявлено, що 43 % респондентів мали високий рівень емоційного виснаження, 35 % – деперсоналізацію, 32 % – знецінення рівня особистих досягнень, а 12 % мали вигорання в усіх трьох вимірах (Soler et al., 2008). Це вказує на глобальність цього явища, яке потребує ефективних інтервенцій для профілактики та запобігання йому. Проте досвід вигорання лікарів у різних країнах відрізняється через соціокультурні відмінності та контекстуальні особливості функціонування системи охорони здоров'я (Kumar, 2016). Тож у дослідженнях потрібно брати до уваги ці відмінності й особливості.

Український контекст особливий тим, що медичні працівники мають низьку заробітну плату (хоча з реформою фінансування системи охорони здоров'я 2018 року ситуація дещо поліпшилася), організаційна культура лікарень характеризується непрозорими рішеннями і браком уваги до розвитку людських ресурсів (людського капіталу), відсутністю належної комунікації (Беллі, Джигир, Майнзюк, 2015). Цікаво, що в системах охорони здоров'я, де відбувається трансформація первинної ланки, особливо помітна проблема вигорання медиків (Garcia & Marziale, 2018). У цьому дослідженні у фокусі уваги перебувають сімейні лікарі та надавачі медичної допомоги людям, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), оскільки ці категорії медиків у першу чергу надають медичну допомогу стигматизованим пацієнтам, що також може ускладнювати роботу лікарів.

З 2018 р. первинну ланку було посилено через нові принципи фінансування, інтеграції інформаційних систем, тож сімейні лікарі мають оновлений функціонал і нові підходи у взаємодії зі спеціалістами (WHO, 2019b). Такі зміни стосуються не лише лікарів і закладів охорони здоров'я, а й пацієнтів. Вони мають стати активними та відповідальними гравцями в турботі про власне здоров'я.

Досліджень вигорання серед медичних працівників в Україні проводилось мало, нам бракує даних про рівень вигорання та чинники вигорання серед різних категорій медичних працівників. Однак результати проведених досліджень свідчать, що медичні працівники в Україні зазнають вигорання і це впливає на їхнє професійне життя (Вежновець, Парій, 2016). Тож подальші дослідження сприятимуть кращому розумінню ситуації з вигоранням медичних працівників у нашій системі охорони здоров'я.

Підходи до вимірювання вигорання

Виділяють три основні, але не єдині підходи до вимірювання вигорання, які відрізняються концептуально та методологічно. Першим розробленим і найпоширенішим інструментом є Maslach Burnout Inventory (MBI). Це шкала з твердженнями, які складають три чинники: емоційне виснаження, деперсоналізація та рівень особистих досягнень. Респонденти оцінюють твердження за шкалою Лікерта від «ніколи» до «щодня». За такого підходу виміряти єдиний показник вигорання неможливо (Halbesleben & Buckley, 2004). Наразі розроблено 5 версій MBI для різних професій: соціальні служби, медичний персонал, освітяни, студенти та загальне опитування (для працівників інших сфер).

Критики інструменту MBI вважають, що він надмірно зосереджений на психологічних чинниках. Крім того, твердження у двох вимірах вигорання сформульовано в негативному ключі. Таке формулювання тверджень у психометричних шкалах може дещо викривляти результати (Halbesleben & Buckley, 2004). У відповідь на таку критику дослідники розробили альтернативні інструменти вимірювання вигорання. Серед них найбільш використовувані: OLBI (Oldenburg Burnout Inventory) та CBI (Copenhagen Burnout Inventory). Розробники Ольденбурзького інструменту вимірювання вигорання відштовхувались від згаданої вище критики інструменту MBI. Тому OLBI містить твердження як позитивного, так і негативного характеру. Крім того, він складається з двох вимірів: виснаження (емоційні, фізичні, когнітивні прояви) і відчуженість від роботи (Demerouti et al., 2001). Цей інструмент розроблено для працівників не лише сфери послуг, а й працівників, які працюють фізично або з обробкою значної кількості інформації.

Автори Копенгагенського інструменту (CBI) виходили з того, що вигорання існує не лише в робочому вимірі. Інструмент CBI має три складники (Kristensen et al., 2005):

- особистісне вигорання: психологічна і фізична втома, яка накопичується протягом дня;
- вигорання щодо клієнта: виснаження, пов'язане з клієнтами, розкриває вигорання як наслідок міжособистісних стосунків;
- вигорання щодо роботи: професійне виснаження стосується втоми, яка виникає внаслідок роботи.

Такий підхід виводить вигорання з контексту роботи та охоплює інші виміри цього явища. Копенгагенський інструмент складається з 19 пунктів, розподілених між трьома чинниками.

Оскільки з усіх систематизованих нами інструментів саме MBI має версію, розроблену для вимірювання вигорання серед медичних працівників (MBI-HSS (MP)), ми переклали і валідизували саме її.

З огляду на брак емпіричних досліджень щодо вигорання серед надавачів медичної допомоги в Україні і на потенційну порівнюваність результатів, що може бути зумовлене використанням різних дослідницьких інструментів, ми частково закриваємо прогалину цією розвідкою. Це дослідження має на меті виміряти контекстуальне розуміння вигорання серед надавачів медичної допомоги ЛЖВ в Україні. Це можливо реалізувати з використанням комбінованих методів, щоб не лише перевірити валідність інструменту, виміряти показники вигорання, а й за допомогою якісницьких методів краще з'ясувати розуміння вигорання медичними працівниками у визначеному контексті – українській системі охорони здоров'я, що реформується.

Методологія дослідження

Перший етап дослідження передбачав реалізацію якісної компоненти – проведення напівструктурованих інтерв'ю з лікарями загальної практики сімейної медицини та лікарями інфекціоністами (надавачами послуг ЛЖВ), оскільки передусім потрібно було виявити аспекти розуміння явища вигорання у визначеному соціокультурному контексті, а також у межах саме такої системи охорони здоров'я.

Було проведено 10 напівструктурованих інтерв'ю з лікарями загальної практики сімейної медицини та лікарями інфекціоністами. Період збору якісницьких даних тривав з 09.11.2020 по 02.12.2020, усі інтерв'ю проводились за допомогою онлайн-зв'язку – у Zoom (з огляду на COVID-19 і географічну розпорошеність респондентів). За згодою респондентів інтерв'ю було записано, далі транскрибовано за допомогою сервісу Otranscribe. Інформацію про респондентів

Таблиця 2. Інформація про респондентів

№	Спеціальність	Тип закладу	Місто
1	Сімейний лікар	Комунальний	Херсон
2	Сімейний лікар	Приватний	Київ
3	Інфекціоністка	Комунальний	Вознесенськ
4	Інфекціоністка	Комунальний	Львів
5	Сімейна лікарка	Приватний	Вовчанськ
6	Сімейна лікарка	Комунальний	Чернівці
7	Інфекціоніст	Комунальний	Миколаїв
8	Інфекціоністка	Комунальний	Первомайськ
9	Сімейна лікарка	Приватний	Київ
10	Інфекціоністка	Комунальний	Київ

наведено в табл. 2. Відбір респондентів здійснено за такими критеріями: робота лікарем загальної практики сімейної медицини або лікарем інфекціоністом; здатність рефлексувати про свою роботу, яка визначалась тим, хто рекомендував респондента; інтерес до такої теми, як вигорання. Відбір респондентів здійснювався через професійну мережу дослідниць, які були залучені до дослідження (авторки статті), а також через звернення до експертів, які порекомендували доступних для дослідження респондентів.

Для проведення напівструктурованих інтерв'ю було розроблено гайд, який стосувався основних аспектів роботи, у яких виникає та розвивається вигорання, а також розуміння явища вигорання. Гайд складався з чотирьох тематичних блоків: а) вибір професії: очікування від роботи та реальність; б) сприйняття роботи: навантаження, матеріальна та нематеріальна винагорода, труднощі та найцінніші аспекти роботи; в) комунікація в закладі, стосунки в колективі, цінності в закладі охорони здоров'я, зрозумілість процесів та ухвалення рішень керівництвом; г) розуміння явища вигорання, досвід вигорання.

Другим етапом дослідження було проведення анкетування лікарів, яке відбувалося в березні – квітні 2021 року. Спершу ми систематизували дослідницькі інструменти, які використовувалися для дослідження вигорання. Логіку обрання MBI-HSS (MP) ми пояснили вище. Цей інструмент один перекладач переклав на українську, а інший – на англійську (т. зв. зворотний переклад (*back translation*)), щоб виявити можливі неточності в перекладі. Формулювання тверджень у частині MBI-HSS (MP) наведено в табл. 5–7. Респонденти оцінювали твердження за шкалою Лікерта від «ніколи» до «щодня».

Окрім стандартизованого інструменту, в анкету було додано інші частини: а) щодо лікування ВІЛ (не представлено в цій публікації); б) щодо особливостей контексту охорони здоров'я України (блок питань про взаємодію

з колегами, з керівництвом закладу, блок питань про професію лікаря та про взаємодію з пацієнтами); в) соціально-демографічна частина (вік, стать, досвід роботи, тип закладу, сімейний стан, кількість дітей, рівень доходу, релігійність, суб'єктивна оцінка здоров'я). З блоків, які стосувалися контексту роботи лікарів, у цій публікації представлено лише два – взаємодія з колегами та керівництвом, формулювання тверджень наведено в табл. 4 і 5. Оцінка тверджень відбувалася за шкалою Лікерта від «абсолютно не погоджуюсь» до «абсолютно погоджуюсь». Проведено претест анкети з двома сімейними лікарями і за результатами дещо змінено формулювання питань анкети.

Кількісне дослідження за дизайном вибірки є нерепрезентативним з огляду на пілотний дизайн. Дослідниці передусім випробовували інструмент на валідність і надійність, аніж намагалися генералізувати відсоток лікарів у стані вигорання на генеральну сукупність. Для пілотного кількісного анкетування було обрано декілька закладів, керівники або контактні особи яких попередньо були згодні поширити онлайн-анкету серед своїх працівників – лікарів. Контакти закладів отримано через міжнародні проекти, які тісно з ними співпрацюють. До дослідження було залучено 23 заклади охорони здоров'я (комунальні та приватні) різних регіонів України. Загалом отримано 117 відповідей. Характеристики опитаних є такими:

- 76 % жінок і 24 % чоловіків;
- 85 % працюють у комунальному закладі охорони здоров'я, а 16 % – у приватному закладі;
- 63 % одружені, 27 % неодружені, 11 % розлучені, 7 % опитаних вказали, що овдовіли;
- 51 % медиків мають дітей, які проживають разом з ними;
- 34 % мають посереднє здоров'я, 10 % – не дуже хороше здоров'я, 42 % почуваються здоровими, 11 % – повністю здоровими.

Аналіз даних здійснено за допомогою статистичного пакета SPSS. Зокрема, перевірено факторіальну структуру частини інструментарію MBI-HSS (MP), а також надійність (показник α Кронбаха). Шкали, які стосувались контексту роботи лікарів у системі охорони здоров'я України, перевірено на надійність, побудовано адитивні індекси.

Розпізнавання власного вигорання лікарями

Розпізнавання власного емоційного стану, включно з першими симптомами вигорання, як і розуміння важливості виявлення перших ознак вигорання, вважаються гарними навичками професіоналів, які залучені в надання допомоги, суспільно важливих послуг. Це пов'язано з тим, що їхній емоційний стан може формувати аспекти доступності та якості допомоги. Опитані в цьому дослідженні лікарі стверджують, що явище вигорання їм знайоме, адже вони на певному етапі своєї кар'єри стикалися з ним або чули про нього. Для частини опитаних поняття вигорання відоме з часів навчання в університеті, де на оглядових лекціях їм окреслили це явище та його основні симптоми. Опитані вказують, що інформація, надана під час навчання, була доволі поверховою, не містила прикладних порад, як запобігати та протидіяти вигоранню.

Чотирьом респондентам поняття вигорання було знайоме завдяки відвідуванню тренінгів і конференцій від міжнародних проєктів, які приділяли увагу саме цій тематиці, вже після завершення навчання.

«З таким поняттям знайома, бо багато тренінгів було для медиків. Там вперше і почула про це. Зараз такі тренінги теж регулярно проводяться міжнародними організаціями» (Респондентка 4).

Не для всіх медиків інформування та знання про вигорання передувало особистому досвіду переживання його. Частина лікарів лише на власному прикладі та через досвід колег дізналися, що таке вигорання. Зокрема, з вигоранням без

попереднього розуміння цього явища стикнулись чотири респонденти, які тривалий час не розуміли, що саме вони переживають. Відвідування тематичних тренінгів і конференцій також не для всіх лікарів було ефективним. На момент проведення різноманітних заходів, де обговорювалось питання вигорання, їм важко було уявити, що вони колись його переживатимуть у власній лікарській практиці.

«В серіалах все показано дуже класно. Але мені здавалось, що це треба дуже багато пропрацювати, дуже сильно і дуже настійно. А як виявилось, воно [вигорання] приходить без стуку. Я навіть не думала, що зі мною таке колись трапиться» (Респондентка 9).

Медичні працівники описували досвід вигорання через дві категорії: емоційні та поведінкові прояви (див. табл. 3). Перша категорія пов'язана з переживанням і відчуттям вигорання через характерні емоції, які, за словами респондентів, виникали в контексті роботи. Лікарі називали такі емоції: емоційний занепад на роботі, апатія та тривога, роздратування від роботи, відчуття втоми та внутрішньої спустошеності. Одна з респонденток описала свій досвід так:

«З моїх відчуттів – це повна відсутність сили та енергії щось робити, фізичне й емоційне виснаження. Таке враження, ніби спустошене поле всередині» (Респондентка 6).

Поведінкові ж прояви, які респонденти пов'язували з вигоранням, були такими: частина лікарів помічали, що дозволяють собі грубу манеру спілкування з пацієнтами та неухважність до деталей під час надання медичних послуг. Також вони відчували небажання взаємодіяти з колегами та дистанціювались від них. Крім того, до цієї категорії можливо віднести поведінкові прояви, які, за словами медиків, мали наслідки для їхнього приватного життя. Зокрема, це мало вияв як виплеск негативу на членів сім'ї та частіше вживання алкоголю після робочого дня.

«Було вигорання у вигляді пияцтва, потім лікування та кодування. Це мені не допомогло. Все пройшло лише, коли змінила місце роботи, десь шість років тому. Більше з такими відчуттями не мала справи» (Респондентка 7).

Таблиця 3. Прояви вигорання медичних працівників, які вони відчували на власному досвіді

Емоційні прояви	Поведінкові прояви
<ul style="list-style-type: none"> • Емоційний занепад • Апатія, тривога, паніка в контексті роботи • Відчуття страху перед робочими завданнями • Відчуття втоми після роботи • Відчуття спустошеності • Роздратування від роботи • Відчуття втоми на початку робочого дня 	<ul style="list-style-type: none"> • Груба манера спілкування з пацієнтами • Фізичний брак сил для виконання роботи • Неухважність до деталей у роботі з пацієнтами • Небажання взаємодіяти та дистанціювання від колег • Частіше вживання алкоголю після роботи • Виплеск негативу на сім'ю

Особливості системи охорони здоров'я, які спричиняють чи унеможливають вигорання медичних працівників

Як зазначено вище, український контекст роботи медичних працівників поєднує в собі відсутність належної комунікації, брак уваги до людських ресурсів (до потреб працівників), механізми психологічної підтримки. Тож здебільшого медичний заклад не є сприятливим середовищем, яке допомагає медичним працівникам запобігати вигоранню і пропонує сталі рішення на підтримку тих, хто переживає вигорання. Найяскравішим компонентом, у якому виявляється підтримувальна організаційна культура чи її брак, є стосунки з керівництвом і колегами. Опитані лікарі характеризують комунікацію керівництва закладу охорони здоров'я як неадекватну, стосунки з колегами як неконструктивні, а ставлення пацієнтів як знецінення лікарської професії. Проте контексти закладів різняться між собою, і ми спостерігаємо доволі різні свідчення лікарів.

Четверо лікарів описували свій колектив і взаємодію з колегами як негативний аспект їхньої роботи. У такому колективі нормальною практикою є байдужість одне до одного, відстоювання лише власних інтересів. Для двох респондентів негативний досвід також пов'язаний з відчуттям недовіри в ухваленні професійних рішень та призначень для пацієнтів. Попри це, частина лікарів мали серед колег однодумців, з якими підтримували гарні стосунки на рівні дружби.

«У колективі загалом підтримки немає. Я б навіть сказав, що є повний пофігізм. Підтримка іде в закритих колах між двома-трьома людьми та на рівні дружби» (Респондент 1).

Двоє з десяти респондентів зазначили, що мають конструктивні робочі стосунки майже з усіма колегами. У такому колективі є підтримка, добре налагоджена робоча комунікація. Варто зауважити, що для респондентів важливими були взаємоповага в колективі, можливість поділитися власними переживаннями, а також позаробочі зустрічі та проведення часу разом із колективом.

«В нас дружній колектив, кожен знаходить спільну мову з іншими, вся команда згуртована, кожен підставить плече і уважний одне до одного. Я відчуваю і поділяю це» (Респондентка 4).

Для п'ятих лікарів керівництво закладу, взаємодія з керівництвом та дії керівництва є позитивним аспектом роботи. У закладах, де працюють ці лікарі, керівництво цікавиться думкою колективу та дослухається до неї, турбується про розвиток працівників, підтримує дружню

атмосферу в закладі, піклується про комфорт кожного. Опитані лікарі зазначають, що для них важливо, коли керівництво підштовхує працівників відвідувати різні тренінги та конференції, що становить цінність для лікарів у розрізі безперервного професійного розвитку та особистісного зростання. І підкреслюють, що таке ставлення керівництва є радше винятком з правил.

«У нас, напевне, унікальний заклад. Нас чують, питають нашу думку, збирають, цікавляться ідеями. Ми часто пишемо наші ідеї, і керівництво дійсно звертає на них увагу й прислухаться» (Респондентка 7).

З досвіду інших респондентів, керівництво зовсім не цікавиться думкою працівників, не інформує та не залучає до ухвалення рішень, не намагається створити дружні стосунки в колективі. Саме така ситуація в закладі підштовхнула двох респондентів до мінімізації взаємодії з керівником. Ці лікарі дотримуються позиції замовчування власних ідей та думок, вони обрали стратегію мінімізувати взаємодію з керівництвом.

«Моя позиція – триматись якомога далі від керівництва, бо, якщо я почну висловлювати свою думку, ми з ними будемо сперечатися, а я не хочу, бо це може мати негативні наслідки для мене» (Респондент 1).

Взаємодія з пацієнтами, з досвіду всіх респондентів, є найважливішою та найціннішою частиною їхньої роботи. Лікарі вбачають сенс своєї роботи в допомозі людям, тож допомога пацієнтам дає змогу відчутти й побачити сприятливий емоційному стану результат власної роботи. Це дає медичним працівникам відчуття й розуміння значущості власної роботи.

«Подобається розгадувати певну загадку. Коли прийшов пацієнт і говорить набір фраз, а я це все зіставила, то відчуваю неймовірну радість. Навіть важко передати словами цю емоцію» (Респондентка 6).

Негативний досвід взаємодії з пацієнтами також відомий усім респондентам: пацієнти дозволяють собі грубу манеру спілкування, ставлять під сумнів лікарські компетенції, виникають поодинокі конфліктні ситуації з родичами пацієнтів – так описують лікарі «складні» аспекти роботи. Крім того, трапляються пацієнти, які не дослухаються до призначень і вступають у суперечку з медичними працівниками.

«Бували негативні моменти, коли я як лікарка рекомендувала певне лікування, а пацієнт був не згоден. Він шукав інші шляхи. Це не на рівні крику було, але іноді ми з пацієнтом не приходимо до певного спільного знаменника» (Респондентка 10).

Таблиця 4. Описові статистики (відсотки, середні значення (стандартні відхилення)) за твердженнями шкали «Стосунки з колегами у закладі охорони здоров'я», %

Твердження	1	2	3	4	M (SD)
Я ціную високий професіоналізм своїх колег	1,6	17,9	32,5	48,0	3,27 (0,81)
На мою думку, наші робочі стосунки з колегами конструктивні	4,1	12,2	48,8	35,0	3,15 (0,79)
Я відчуваю, що маю односторонні стосунки з колегами	6,5	16,3	43,1	34,1	3,05 (0,88)
Я вважаю, що колеги – це позитивний аспект моєї роботи	4,1	22,0	41,5	32,5	3,02 (0,84)
На мою думку, у нас у колективі панує взаємоповага	5,7	24,4	43,9	26,0	2,90 (0,85)
Я відчуваю, що в нашому колективі прийнято підтримувати одне одного	8,1	25,2	43,9	22,8	2,81 (0,88)
Я відчуваю себе дискомфортно у своєму колективі	43,9	30,9	17,9	7,3	1,89 (0,95)
Я переважно уникаю спілкування з колегами	48,8	40,7	8,1	2,4	1,64 (0,74)

Примітки: 1 – абсолютно не погоджуюсь; 2 – радше не погоджуюсь; 3 – радше погоджуюсь; 4 – абсолютно погоджуюсь.

Цікаво, що наші опитані – це надавачі медичної допомоги ЛЖВ, але ніхто з них не вказував стигматизованість цієї групи пацієнтів як додатковий чинник у їхньому емоційному виснаженні чи іншому вимірі вигорання.

Ми також подивилися на такий аспект професії, як здійснення очікувань від професії: чи лікарі до вибору професії були свідомі згаданих вище аспектів роботи. Виглядає так, що частина респондентів мала радше романтизовані уявлення про професію: лікарі рятують життя як супергерої, лікарська професія престижна, лікарів шанують і поважають пацієнти. З досвідом роботи більшість цих очікувань розвіялася. Для іншої частини опитаних лікарів уявлення про майбутню професію були дещо іншими: вони очікували, що робота буде складною, фізично та емоційно виснажливою. Порятунком людських життів сприймався як велика відповідальність. Двоє лікарів з такими очікуваннями мали у своїх родинних колах медичних працівників, що допомогло їм на етапі вибору професії краще оцінити й зрозуміти її з усіх боків.

«Я з династії лікарів, тому мав уявлення, що воно собою являє і як все відбувається насправді, тому не було в чому розчаровуватись. Я не зачаровувався, як багато моїх одногрупників, частина з яких залишили професію» (Респондент 1).

Середовище роботи лікарів у системі охорони здоров'я в Україні

Для кращого розуміння контексту роботи лікарів, базуючись на результатах інтерв'ю і знахідках у літературі, які свідчать про те, що вигорання розвивається в несприятливій організаційній культурі, було створено та інтегровано в анкету відповідні блоки запитань. Далі на них було утворено шкали (в процесі аналізу),

перевірено їх на надійність за показником α Кронбаха та побудовано адитивні індекси.

Шкала запитань, яка стосувалась середовища колег, містить твердження про стосунки в колективі (див. табл. 4). Показник α Кронбаха шкали – 0,865, що свідчить про надійність сукупності змінних, це дало змогу створити адитивний індекс – середовище колег. Середнє значення індексу (Mean) – 24,6 за максимального значення (Maximum) – 32,00.

З огляду на розподіл відповідей респондентів можна зазначити, що 35 % лікарів абсолютно погоджуються з тим, що стосунки в їхньому колективі конструктивні, а 34 % абсолютно погоджуються, що серед колег вони мають односторонні стосунки. Водночас 25 % опитаних радше не погоджуються з тим, що в їхньому колективі прийнято підтримувати одне одного, а 24 % радше не погоджуються, що в їхньому колективі панує взаємоповага. Серед опитаних лікарів 41 % радше погоджуються, що колектив – це позитивний аспект їхньої роботи, але 22 % з цим радше не погоджуються.

Не менш важливими є стосунки з керівництвом, що можуть створити підґрунтя для вигорання працівників. Шкала щодо керівництва закладу охорони здоров'я (див. табл. 5) має у фокусі стосунки керівництва та підлеглих. Показник α Кронбаха шкали – 0,878, на базі цього було побудовано адитивний індекс – керівник закладу. Середнє значення індексу (Mean) – 23,5, а максимальне (Maximum) – 32,00.

Варто також звернути увагу на розподіл відповідей респондентів за твердженнями щодо керівництва закладу охорони здоров'я. Зокрема, 40 % лікарів вважають, що керівництво сприяє професійному розвитку підлеглих, а 41 % абсолютно підтримують цю тезу. Однак майже 31 % опитаних лікарів радше погоджуються, що керівництво закладу, у якому вони працюють,

Таблиця 5. Середні значення (стандартне відхилення) за твердженнями шкали «Стосунки з керівництвом закладу охорони здоров'я», %

Твердження	1	2	3	4	M (SD)
На мою думку, керівництво закладу сприяє професійному розвитку підлеглих	6,5	12,2	39,8	41,5	3,16 (0,88)
Я вважаю, що до керівництва закладу можна звернутися з будь-якого питання щодо роботи	4,9	17,1	46,3	31,7	3,05 (0,83)
Мій керівник надає мені адекватний зворотний зв'язок, який мені допомагає розвиватися	8,1	16,3	43,9	31,7	2,99 (0,90)
Я вважаю, що керівництво закладу турбується, щоб наш колектив був дружним	8,9	16,3	48,0	26,8	2,93 (0,89)
Я відчуваю, що керівництво закладу цікавиться думкою працівників	13,0	18,7	43,1	25,2	2,80 (0,96)
На мою думку, рішення, які ухвалює керівництво закладу, прозорі	8,9	29,3	40,7	21,1	2,74 (0,89)
Я відчуваю, що керівництво закладу мало комунікує з підлеглими	26,8	37,4	24,4	11,4	2,20 (0,97)
На мою думку, керівництво закладу ділить персонал на «кращих» і «гірших» працівників	26,0	37,4	30,9	5,7	2,16 (0,88)

Примітки: 1 – абсолютно не погоджуюсь; 2 – радше не погоджуюсь; 3 – радше погоджуюсь; 4 – абсолютно погоджуюсь.

Таблиця 6. Факторіальне навантаження емоційного виснаження

Середнє значення за індексом = 39,2	α 0,937
Я почуваюся як вичавлений лимон	0,835
Я відчуваю багато стресу, працюючи з людьми	0,823
Я відчуваю, що працюю занадто багато	0,817
Я почуваюсь емоційно виснаженим ою роботою	0,806
Я почуваюся змучено під кінець робочого дня	0,803
Я відчуваю професійне вигорання	0,775
Працювати з людьми весь день – це велике навантаження	0,657
Я почуваюся сильно втомленим ою, коли прокидаюся зранку	0,646
Я відчуваю незадоволеність роботою	0,571

ділить персонал на «кращих» і «гірших» працівників, а 37 % радше не погоджуються з цим. Крім того, 29 % лікарів радше не згодні, що керівництво закладу ухвалює прозорі рішення, а також 24 % лікарів радше погоджуються, що керівництво закладу мало комунікує з підлеглими.

Емоційне виснаження

Адаптований до українського контексту дослідницький інструмент MBI-HSS (MP) додатково був перевірений на валідність. Як зазначено в методології дослідження, ця шкала має три виміри, тож факторний аналіз було проведено з метою перевірки факторіальної структури. Метод обергання факторів – Varimax with Kaiser Normalization. За результатами виокремлено три фактори: емоційне виснаження, деперсоналізація та рівень особистих досягнень. Усі змінні, які заклалися в конструкті,

відтворено у відповідних факторах. Показник КМО (Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy) становить 0,871 ($p < 0,01$), що свідчить про високу якість факторної моделі.

Вимір емоційного виснаження подано в табл. 6, показник α Кронбаха для цього виміру має значення 0,937, що свідчить про високу надійність. Середнє значення (Mean) за індексом – 39,2 за максимального (Maximum) – 54. Таке середнє значення є доволі високим і вказує на те, що лікарі почуваються емоційно виснаженими.

Деперсоналізація

Наступний вимір вигорання – деперсоналізація, він характеризується виявом цинічної поведінки стосовно людей, виявом «бездушного» ставлення до пацієнтів та до власної роботи. Показник α Кронбаха виміру «деперсоналізація» має

Таблиця 7. Факторіальне навантаження деперсоналізації

Середнє значення за індексом = 17,6	α 0,804
Я став ла більш черствим ою щодо людей	0,736
Я ставлюся до деяких пацієнтів відчужено (як до безликих об'єктів)	0,719
Мене насправді не хвилює, що відбувається з деякими пацієнтами	0,713
Я хвилююся через те, що ця робота робить мене байдужим ою та черствим ою	0,623
Я відчуваю, що пацієнти звинувачують мене в деяких їхніх проблемах	0,541

значення 0,804, що свідчить про високу надійність (див. табл. 7). Середнє значення (Mean) за цим індексом – 17,6 за максимального (Maximum) – 36. Такий показник середнього значення є високим, він свідчить про те, що медичні працівники відчують відчуження й байдужість до пацієнтів.

Рівень особистих досягнень

Останній вимір вигорання – (знецінення) рівень особистих досягнень. Для нього характерне знецінення продукту власної роботи, знецінення робочих досягнень, а також обмеження себе як професіонала через відповідне відчуття власних досягнень. Показник α Кронбаха цього виміру вигорання – 0,705, а середнє значення (Mean) за індексом – 35,5 за максимального (Maximum) – 42. Таке середнє значення є доволі високим і вказує на те, що лікарі високо оцінюють рівень особистих досягнень. Вони схильні вважати себе ефективними працівниками, які роблять багато значущих справ. Тож вигорання в цьому вимірі не виявлено.

Щодо розподілу відповідей медичних працівників за вимірами вигорання – 83,7 % опитаних лікарів мали високий рівень емоційного виснаження (див. табл. 9). Так само високий рівень вигорання й у вимірі деперсоналізації: 58,5 % респондентів мають високі показники деперсоналізації, а середній рівень виявлено у 28,5 %. Як уже згадувалось, вигорання у вимірі «рівень особистих досягнень» не спостерігається: 45,5 % лікарів мають високий рівень особистих досягнень, а 36,6 % опитаних – середній рівень.

Дослідники зазначають, що погані стосунки з колегами та керівництвом закладу охорони здоров'я пов'язані з вищими показниками вигорання серед медичних працівників (Elshaer et al., 2018; Embriaco et al., 2007; Shanafelt et al., 2015). Схожа тенденція спостерігається на даних цього

дослідження. Зв'язки між контекстуальними особливостями роботи лікарів у системі охорони здоров'я та вигоранням є середніми та вищими за середні (див. табл. 10). Лікарі, які мають добрі стосунки в колективі та хорошого керівника закладу, мають вищий рівень особистих досягнень. Погані ж стосунки в колективі супроводжують вищий рівень емоційного виснаження та вищий рівень деперсоналізації. Погане керівництво закладу також супроводжує вищий рівень емоційного виснаження лікарів, але не виявлено зв'язку з деперсоналізацією. Цікаво, що середовище колег і керівництво закладу мають сильний зв'язок між собою: лікарі, які добре оцінюють керівництво закладу, добре оцінюють і середовище колег.

Насамперед обмеженням цього дослідження є те, що до нього було залучено лише надавачів медичної допомоги людям, які живуть з ВІЛ. Тож надалі потрібно перевірити валідність інструменту на інших групах медичних працівників. Крім того, як кількісний, так і якісний етапи збору даних відбувалися під час пандемії COVID-19. Це ускладнило роботу лікарів, зокрема через значне навантаження для первинної ланки та лікарів інфекціоністів. Така ситуація могла вплинути на підвищення показників вигорання, особливо у вимірі емоційного виснаження. Окрім того, ми маємо невелике представлення лікарів інфекціоністів у кількісній частині дослідження, що також може бути пов'язано з їхньою великою завантаженістю та браком часу на проходження опитування у зв'язку з пандемією.

Перед проведенням інтерв'ю лікарі надали особисту згоду на участь і ведення аудіозапису (у цьому дослідженні відеозапису) задля подальшого транскрибування. Також респондентам було повідомлено про те, що вони мають право відмовитися відповідати на питання, завершити інтерв'ю в будь-який момент, відмовитися від запису. Учасникам якісної та кількісної компонент

Таблиця 8. Факторіальне навантаження рівня особистих досягнень

Середнє значення за індексом = 35,5	α 0,705
Я зробив_ла багато значущих справ у роботі	0,683
Я можу з легкістю створити невимушену атмосферу з пацієнтами	0,604
Я почувуюся добре, впливаючи на життя інших людей	0,595
Я почувуюся повним_ою енергії	0,573
Я перебуваю в піднесеному настрої після тісної роботи з пацієнтами	0,552
Я ефективно вирішую проблеми пацієнтів	0,545
Мені з легкістю вдається розуміти, як почувуються мої пацієнти	0,514

Таблиця 9. Розподіл рівня вигорання за вимірами, %

Вимір вигорання	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
Емоційне виснаження	2,4	13,8	83,7
Рівень особистих досягнень	17,9	36,6	45,5
Деперсоналізація	13,0	28,5	58,5

Таблиця 10. Кореляція між індексами

Назва індексу	Середовище колег	Керівник закладу
Середовище колег	1	0,613***
Керівник закладу	0,613***	1
Емоційне виснаження	-0,264**	-0,214*
Рівень особистих досягнень	0,422***	0,366***
Деперсоналізація	-0,254**	-0,118

Примітки: Коефіцієнти кореляції Пірсона: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

дослідження було гарантовано конфіденційність наданої інформації й використання отриманих відповідей лише в узагальненому вигляді.

Висновки

Вигорання відчувають медичні працівники усіх систем охорони здоров'я, що впливає на задоволеність пацієнтів, на здоров'я самих працівників, на фінансування та більші виклики в напрямку людських ресурсів охорони здоров'я. Досвід вигорання лікарів, які надають допомогу ЛЖВ в Україні, вказує на актуальність цього питання й для нашої системи охорони здоров'я, хоча воно рідко привертає увагу дослідників. Описані вище результати дослідження свідчать про те, що українські лікарі не мають достатньо

знань про вигорання, щоб запобігти йому або ефективно впоратися з ним.

Крім того, подекуди медичні працівники функціонують у несприятливому робочому середовищі, яке радше є чинником розвитку вигорання, ніж турботливою стосовно кожного працівника організаційною культурою, яка має «запобіжники» вигорання. Щодо вимірювання вигорання важливим внеском цього дослідження є претест і пілотування шкали (МБІ-НСС (МР)), які продемонстрували високий показник α Кронбаха, а отже, можна зробити висновок про валідність цього інструменту. Валідизована анкета для вимірювання вигорання може посприяти розвитку емпіричної бази щодо вигорання медичних працівників як в умовах реформування, так і вже в новій системі охорони здоров'я.

Список використаної літератури

- Беллі, П., Джигир, Ю., Майнзюк, К. (2015). *Як працює система? Новий підхід до аналізу і оцінки процесів управління в системі охорони здоров'я в Україні*. Київ: Світовий банк.
- Вежновець, Т., Парій, В. (2016). Особливості розвитку синдрому емоційного вигорання у медичних працівників з різними типами трудової мотивації. *Медичні перспективи*, 21(2), 127–132.
- Alexandrova-Karamanova, A., Todorova, I., Montgomery, A., Panagopoulou, E., Costa, P., Baban, A., et al. (2016). Burnout and health behaviors in health professionals from seven European countries. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 89(7), 1059–1075. <https://doi.org/10.1007/s00420-016-1143-5>
- Amofo, E., Hanbali, N., Patel, A., & Singh, P. (2015). What are the significant factors associated with burnout in doctors? *Occupational Medicine*, 65(2), 117–121. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqu144>
- Anagnostopoulos, F., Liolios, E., Persefonis, G., Slater, J., Kafetsios, K., & Niakas, D. (2012). Physician burnout and patient satisfaction with consultation in primary health care settings: evidence of relationships from a one-with-many design. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 19(4), 401–410. <https://doi.org/10.1007/s10880-011-9278-8>
- Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., Demerouti, E., Janssen, P. P., Van Der Hulst, R., & Brouwer, J. (2000). Using equity theory to examine the difference between burnout and depression. *Anxiety, Stress & Coping*, 13(3), 247–268. <https://doi.org/10.1080/10615800008549265>
- 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. <https://doi.org/10.2146/ajhp170460>
- Burke, R. J., & Greenglass, E. R. (2001). Hospital restructuring stressors, work—family concerns and psychological well-being among nursing staff. *Community, Work & Family*, 4(1), 49–62. <https://doi.org/10.1080/13668800200032434>
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499. <https://doi.org/10.1037//0021-9010.86.3.499>
- Dyrbye, L. N., Major-Elechi, B., Hays, J. T., Fraser, C. H., Buskirk, S. J., & West, C. P. (2020, April). Relationship Between Organizational Leadership and Health Care Employee Burnout and Satisfaction. *Mayo Clinic Proceedings*, 95(4), 698–708. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2019.10.041>
- Dyrbye, L. N., Varkey, P., Boone, S. L., Satele, D. V., Sloan, J. A., & Shanafelt, T. D. (2013, December). Physician satisfaction and burnout at different career stages. *Mayo Clinic Proceedings*, 88(12), 1358–1367. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2013.07.016>
- Elshaer, N. S., Moustafa, M. S., Aiad, M. W., & Ramadan, M. I. (2018). Job stress and burnout syndrome among critical care healthcare workers. *Alexandria Journal of Medicine*, 54(3), 273–277. <https://doi.org/10.1016/j.ajme.2017.06.004>
- Embricco, N., Azoulay, E., Barrau, K., Kentish, N., Pochard, F., Loundou, A., et al. (2007). High level of burnout in intensivists: prevalence and associated factors. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 175(7), 686–692. <https://doi.org/10.1164/rccm.200608-1184OC>
- Garcia, G. P., & Marziale, M. H. (2018). Indicators of burnout in Primary Health Care workers. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71, 2334–2342. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0530>
- Gustafsson, H., DeFreese, J. D., & Madigan, D. J. (2017). Athlete burnout: review and recommendations. *Current Opinion in Psychology*, 16, 109–113. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.05.002>
- Halbesleben, J. R., & Buckley, M. R. (2004). Burnout in Organizational Life. *Journal of Management*, 30(6), 859–879. <https://doi.org/10.1016/j.jm.2004.06.004>
- Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19(3), 192–207. <https://doi.org/10.1080/02678370500297720>

- Kumar, S. (2016). Burnout and doctors: prevalence, prevention and intervention. *Healthcare*, 4(3), 37. <https://doi.org/10.3390/healthcare4030037>
- Panagioti, M., Geraghty, K., Johnson, J., Zhou, A., Panagopoulou, E., Chew-Graham, C., et al. (2018). Association between physician burnout and patient safety, professionalism, and patient satisfaction: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 178(10), 1317–1331. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.3713>
- Pruessner, J. C., Hellhammer, D. H., & Kirschbaum, C. (1999). Burnout, perceived stress, and cortisol responses to awakening. *Psychosomatic Medicine*, 61(2), 197–204. <https://doi.org/10.1097/00006842-199903000-00012>
- Rodrigues, H., Cobucci, R., Oliveira, A., Cabral, J. V., Medeiros, L., Gurgel, K., & Gonçalves, A. K. (2018). Burnout syndrome among medical residents: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 13(11), e0206840. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206840>
- Sablik, Z., Samborska-Sablik, A., & Drożdż, J. (2013). Universality of physicians' burnout syndrome as a result of experiencing difficulty in relationship with patients. *Archives of Medical Science: AMS*, 9(3), 398. <https://doi.org/10.5114/aoms.2012.28658>
- Salvagioni, D. A., Melanda, F. N., Mesas, A. E., González, A. D., Gabani, F. L., & Andrade, S. M. (2017). Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PLoS One*, 12(10), e0185781. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185781>
- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., Hoogduin, K., Schaap, C., & Kladler, A. (2001). On the clinical validity of the Maslach Burnout Inventory and the Burnout Measure. *Psychology & Health*, 16(5), 565–582. <https://doi.org/10.1080/08870440108405527>
- Shanafelt, T. D., Boone, S., Tan, L., Dyrbye, L. N., Sotile, W., Satele, D., et al. (2012). Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Archives of Internal Medicine*, 172(18), 1377–1385. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.3199>
- Shanafelt, T. D., Gorringer, G., Menaker, R., Storz, K. A., Reeves, D., Buskirk, S. J., et al. (2015, April). Impact of organizational leadership on physician burnout and satisfaction. *Mayo Clinic Proceedings*, 90(4), 432–440. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2015.01.012>
- Soler, J. K., Yaman, H., Esteva, M., Dobbs, F., et al. (2008). Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Family Practice*, 25(4), 245–265. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmn038>
- Stordeur, S., Vandenberghe, C., & D'hoore, W. (1999). Predictors of nurses' professional burnout: a study in a university hospital. *Recherche en Soins Infirmiers*, 59, 57–67.
- Williams, E. S., Manwell, L. B., Konrad, T. R., & Linzer, M. (2007). The relationship of organizational culture, stress, satisfaction, and burnout with physician-reported error and suboptimal patient care: results from the MEMO study. *Health Care Management Review*, 32(3), 203–212. <https://doi.org/10.1097/01.HMR.0000281626.28363.59>
- WHO. (2019a). Burn-out an “occupational phenomenon”: International Classification of Diseases. who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases
- WHO. (2019b). Ukraine: review of health financing reforms 2016–2019: WHO–World Bank joint report.

References

- Alexandrova-Karamanova, A., Todorova, I., Montgomery, A., Panagopoulou, E., Costa, P., Baban, A., et al. (2016). Burnout and health behaviors in health professionals from seven European countries. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 89(7), 1059–1075. <https://doi.org/10.1007/s00420-016-1143-5>
- Amofo, E., Hanbali, N., Patel, A., & Singh, P. (2015). What are the significant factors associated with burnout in doctors? *Occupational Medicine*, 65(2), 117–121. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqu144>
- Anagnostopoulos, F., Liolios, E., Persefonis, G., Slater, J., Kafetsios, K., & Niakas, D. (2012). Physician burnout and patient satisfaction with consultation in primary health care settings: evidence of relationships from a one-with-many design. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 19(4), 401–410. <https://doi.org/10.1007/s10880-011-9278-8>
- Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., Demerouti, E., Janssen, P. P., Van Der Hulst, R., & Brouwer, J. (2000). Using equity theory to examine the difference between burnout and depression. *Anxiety, Stress & Coping*, 13(3), 247–268. <https://doi.org/10.1080/10615800008549265>
- Belli, P., Dzhyhyr, Y., & Mainziuk, K. (2015). *Yak pratsiuiu sistema? Novyi pidkhd do analizu i otsinky protsesiv upravlinnia v systemi okhorony zdorov'ia v Ukraini*. Kyiv: World Bank [in Ukrainian].
- 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. <https://doi.org/10.2146/ajhp170460>
- Burke, R. J., & Greenglass, E. R. (2001). Hospital restructuring stressors, work—family concerns and psychological well-being among nursing staff. *Community, Work & Family*, 4(1), 49–62. <https://doi.org/10.1080/13668800200032434>
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.499>
- Dyrbye, L. N., Major-Elechi, B., Hays, J. T., Fraser, C. H., Buskirk, S. J., & West, C. P. (2020, April). Relationship Between Organizational Leadership and Health Care Employee Burnout and Satisfaction. *Mayo Clinic Proceedings*, 95(4), 698–708. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2019.10.041>
- Dyrbye, L. N., Varkey, P., Boone, S. L., Satele, D. V., Sloan, J. A., & Shanafelt, T. D. (2013, December). Physician satisfaction and burnout at different career stages. *Mayo Clinic Proceedings*, 88(12), 1358–1367. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2013.07.016>
- Elshaer, N. S., Moustafa, M. S., Aiad, M. W., & Ramadan, M. I. (2018). Job stress and burnout syndrome among critical care healthcare workers. *Alexandria Journal of Medicine*, 54(3), 273–277. <https://doi.org/10.1016/j.ajme.2017.06.004>
- Embricaco, N., Azoulay, E., Barrau, K., Kentish, N., Pochard, F., Loundou, A., et al. (2007). High level of burnout in intensivists: prevalence and associated factors. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 175(7), 686–692. <https://doi.org/10.1164/rccm.200608-1184OC>
- Garcia, G. P., & Marziale, M. H. (2018). Indicators of burnout in Primary Health Care workers. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71, 2334–2342. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0530>
- Gustafsson, H., DeFreese, J. D., & Madigan, D. J. (2017). Athlete burnout: review and recommendations. *Current Opinion in Psychology*, 16, 109–113. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.05.002>
- Halbesleben, J. R., & Buckley, M. R. (2004). Burnout in Organizational Life. *Journal of Management*, 30(6), 859–879. <https://doi.org/10.1016/j.jm.2004.06.004>
- Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19(3), 192–207. <https://doi.org/10.1080/02678370500297720>
- Kumar, S. (2016). Burnout and doctors: prevalence, prevention and intervention. *Healthcare*, 4(3), 37. <https://doi.org/10.3390/healthcare4030037>
- Panagioti, M., Geraghty, K., Johnson, J., Zhou, A., Panagopoulou, E., Chew-Graham, C., et al. (2018). Association between physician burnout and patient safety, professionalism, and patient satisfaction: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*

- Internal Medicine*, 178(10), 1317–1331. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.3713>
- Pruessner, J. C., Hellhammer, D. H., & Kirschbaum, C. (1999). Burnout, perceived stress, and cortisol responses to awakening. *Psychosomatic Medicine*, 61(2), 197–204. <https://doi.org/10.1097/00006842-199903000-00012>
- Rodrigues, H., Cobucci, R., Oliveira, A., Cabral, J. V., Medeiros, L., Gurgel, K., & Gonçalves, A. K. (2018). Burnout syndrome among medical residents: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 13(11), e0206840. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206840>
- Sablík, Z., Samborska-Sablík, A., & Drożdż, J. (2013). Universality of physicians' burnout syndrome as a result of experiencing difficulty in relationship with patients. *Archives of Medical Science: AMS*, 9(3), 398. <https://doi.org/10.5114/aoms.2012.28658>
- Salvagioni, D. A., Melanda, F. N., Mesas, A. E., González, A. D., Gabani, F. L., & Andrade, S. M. (2017). Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PLoS One*, 12(10), e0185781. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185781>
- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., Hoogduin, K., Schaap, C., & Kladler, A. (2001). On the clinical validity of the Maslach Burnout Inventory and the Burnout Measure. *Psychology & Health*, 16(5), 565–582. <https://doi.org/10.1080/08870440108405527>
- Shanafelt, T. D., Boone, S., Tan, L., Dyrbye, L. N., Sotile, W., Satele, D., et al. (2012). Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Archives of Internal Medicine*, 172(18), 1377–1385. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.3199>
- Shanafelt, T. D., Gorringer, G., Menaker, R., Storz, K. A., Reeves, D., Buskirk, S. J., et al. (2015, April). Impact of organizational leadership on physician burnout and satisfaction. *Mayo Clinic Proceedings*, 90(4), 432–440. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2015.01.012>
- Soler, J. K., Yaman, H., Esteva, M., Dobbs, F., et al. (2008). Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Family Practice*, 25(4), 245–265. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmn038>
- Stordeur, S., Vandenberghe, C., & D'hoore, W. (1999). Predictors of nurses' professional burnout: a study in a university hospital. *Recherche en Soins Infirmiers*, 59, 57–67.
- Vezhnovets, T., & Parii, V. (2016). Osoblyvosti rozvytku syndromu emotsiinoho vyhorannia u medychnykh pratsivnykiv z riznymy typamy trudovoi motyvatsii. *Medychni perspektyvy*, 21(2), 127–132 [in Ukrainian].
- Williams, E. S., Manwell, L. B., Konrad, T. R., & Linzer, M. (2007). The relationship of organizational culture, stress, satisfaction, and burnout with physician-reported error and suboptimal patient care: results from the MEMO study. *Health Care Management Review*, 32(3), 203–212. <https://doi.org/10.1097/01.HMR.0000281626.28363.59>
- WHO. (2019a). Burn-out an “occupational phenomenon”: International Classification of Diseases. who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases
- WHO. (2019b). Ukraine: review of health financing reforms 2016–2019: WHO–World Bank joint report.

Snizhana Dariievvska, Tetiana Stepurko, Alla Boyko

BURNOUT AMONG HIV CARE PROVIDERS: CONTEXTUAL UNDERSTANDING AND MEASUREMENTS

Burnout among healthcare workers is a challenge for the availability and quality of healthcare services in many countries. Overall, burnout has far-reaching implications on doctors, patients, and the healthcare system. For example, emotionally and physically exhausted workers become less attentive and make mistakes more often. Moreover, contextual features of the healthcare system and the organizational culture of healthcare institutions can contribute to burnout prevention and vice versa. Burnout among healthcare workers also increases the risk of alcohol misuse, sleep disorders, fast food consumption, and the occurrence of obesity.

Considering the shortage of standardized tools to measure burnout among medical workers, we aimed to adapt to the Ukrainian context one of the research tools: Maslach Burnout Inventory for Medical Personnel (MBI-HSS (MP)). The MBI-HSS (MP) addresses three scales: emotional exhaustion (EE) measures feelings of being emotionally overextended and exhausted by one's work; depersonalization (DP) measures an unfeeling and impersonal response toward patients; personal accomplishment (PA) measures feelings of competence and achievement in one's work.

From November 2020 – April 2021 we conducted semi-structured interviews and questionnaires among HIV care providers (N = 117). The result revealed that 83.7 % of respondents had high emotional exhaustion, and 58.5 % had high depersonalization. But the dimension of personal achievement level was not indicative of burnout in this component: 45.5 % had a high level of personal achievement. Pre-test and piloting of the Ukrainian version of the Maslach Burnout Inventory for Medical Personnel (MBI-HSS (MP)) show the validity of this instrument. In addition, it was found that relationships with colleagues and the management of the healthcare institution were associated with higher rates of burnout among healthcare workers.

Keywords: burnout among healthcare workers, burnout measurement, contextual features, organizational culture, Ukraine.

Матеріал надійшов 13.05.2022

