

Емоційне вигорання медичних працівників: моделі, фактори ризику та протективні фактори

Dmytro Assonov

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Емоційне вигорання (інші назви – професійне вигорання, синдром емоційного вигорання) є серйозною проблемою психічного здоров'я лікарів, медсестер та інших медичних працівників у всьому світі. Позитивна динаміка, що спостерігається між 2014 і 2017 роками, є підставою для оптимізму і вказує на те, що прогрес у цьому можливий і що потрібно докладати більше зусиль для боротьби з вигоранням. Однак, незважаючи на цей прогрес, частота вигорання серед лікарів все ще перевищує частоту у загальній популяції. Таким чином, необхідні подальші дослідження емоційного вигорання та систематизація як факторів ризику, так і факторів захисту. Метою даної оглядової статті є систематизація інформації по емоційному вигоранню для окреслення подальших шляхів розвитку. Нами було проаналізовано літературу по темі, опубліковану протягом останніх 5 років. Для пошуку літератури було використано такі бази даних, як PubMed, APA PsychNet, Google Scholar, Scopus та Web Of Science.

Емоційне вигорання медичних працівників пов'язане з низкою факторів ризику, які можна розділити на трудові, соціальні та психологічні. Найбільшу вагу у виникненні синдрому мають робочі фактори. Окрім того, ряд професійних, соціальних та психологічних факторів пов'язані зі зниженням рівня емоційного вигорання, а отже, мають захисні властивості. Основна група захисних факторів від емоційного вигорання – це психологічні фактори, такі як емоційний інтелект, емпатія, оптимізм, внутрішній контроль, певні риси характеру. Незважаючи на багато досліджень на цю тему та останні досягнення психотерапії, наразі ми можемо говорити лише про зменшення поширеності емоційного вигорання до рівня десятилітньої давності. Це свідчить про те, що збільшення поширеності емоційного вигорання у всьому світі було сповільнене, проте для подальшого зменшення поширеності потрібні додаткові дослідження з питань профілактики та нові більш ефективні та доказові психосоціальні методи роботи з емоційним вигоранням.

Актуальність

Емоційне вигорання (інші назви – професійне вигорання, синдром емоційного вигорання) є серйозною проблемою психічного здоров'я лікарів, медсестер та інших медичних працівників у всьому світі [1]. Кількість досліджень з емоційного вигорання неухильно збільшується (Рис. 1), що свідчить про надзвичайну актуальність питань його діагностики та терапії.



Рисунок 1. Динаміка кількості публікацій по темі емоційного вигорання у період з 2010 по 2020 роки (за даними PubMed по комбінації ключових слів «burnout» та «physicians»)

Shanafelt T., et al. порівнювали частоту прояву емоційного вигорання серед лікарів та загальної популяції США й відслідковували цю динаміку протягом 8 років – у 2011, 2014 та 2017 роках. У 2011 р. 45% американських лікарів мали принаймні один прояв емоційного вигорання (емоційне виснаження або деперсоналізацію), а проблеми з вигоранням частіше спостерігалися серед лікарів, ніж загальної популяції, навіть після врахування рівня освіти, кількості робочих годин та інших можливих факторів [2]. Розрив між лікарями та працівниками інших сфер збільшувався до 2014 року, проте до 2017 року ситуація покращилась (Рис. 2). Позитивна динаміка, що спостерігається між 2014 і 2017 роками, є підставою для оптимізму і вказує на те, що прогрес у цьому можливий і що потрібно докладати більше зусиль для боротьби з вигоранням. Однак, незважаючи на цей прогрес, частота вигорання серед лікарів все ще перевищує частоту у загальній популяції [2].

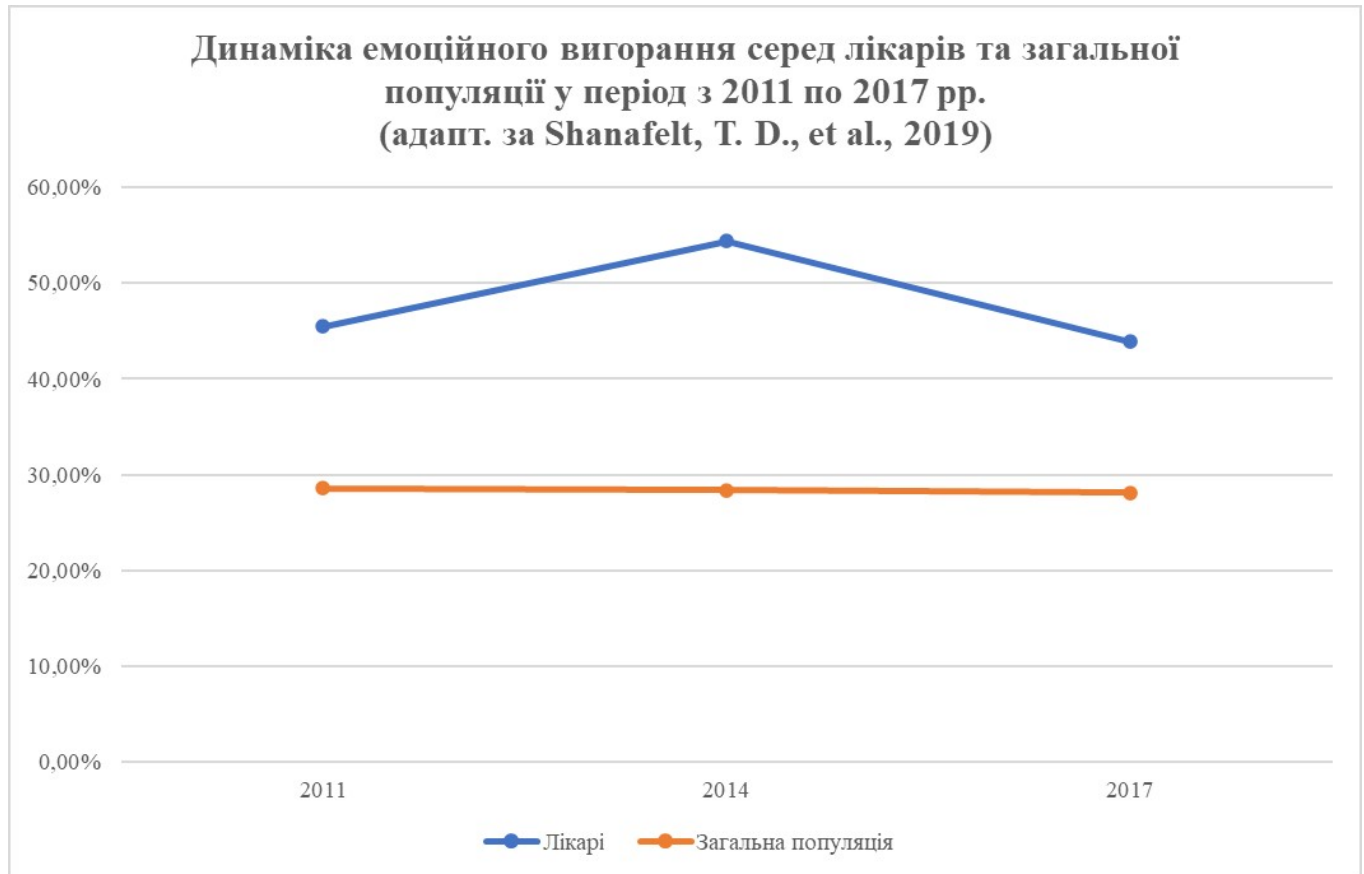


Рисунок 2. Динаміка емоційного вигорання серед лікарів та загальної популяції у період з 2011 по 2017 рр. (адапт. за Shanafelt, T. D., et al., 2019)

Таким чином, необхідні подальші дослідження емоційного вигорання та систематизація як факторів ризику, так і факторів захисту. Така систематизація для окреслення подальших шляхів розвитку і стала метою даної оглядової статті.

Матеріали і методи

Нами було проаналізовано літературу по темі, опубліковану протягом останніх 5 років. Для пошуку літератури було використано такі бази даних, як PubMed, APA PsychNet, Google Scholar, Scopus та Web Of Science. Пошук вівся по ключовим словам «емоційне вигорання», «професійне вигорання», «лікарі», «медичні працівники», «фактори ризику», «фактори захисту», «burnout», «physicians», «healthcare professionals», «protective factors», «risk factors».

Результати

Моделі емоційного вигорання

У літературі щодо вигорання виснаження є найбільш широко відомим та найбільш ретельно проаналізованим компонентом цього синдрому є виснаження – усі теоретичні моделі вигорання включають виснаження як ключовий компонент. Ототожнення виснаження та вигорання призвело до того, що ряд дослідників вважає, що інші два аспекти синдрому є випадковими або непотрібними [3].

Наразі існують декілька моделей емоційного вигорання [4, 5, 6, 7]:

- Однофакторна модель (А. Pines та Е. Aronson) – в якій емоційне вигорання визначається як стан фізичного, емоційного та психічного виснаження. Пусковим фактором така модель бачить тривале включення в ситуацію, яка виснажує емоційні ресурси організму. Виснаження є головним компонентом, а інші поведінкові прояви є наслідками;
- Двофакторна модель (D.V. Dierendonck та W.B. Schaufeli) – в якій вигорання складається з виснаження (афективного компоненту) та деперсоналізації (когнітивного компоненту). Причиною тут вбачається невідповідність між очікуваннями та вимогами, які висуває професія.
- Трьохфакторна модель (С. Maslach та S. Jackson) – в якій вигорання складається з емоційного виснаження, деперсоналізації та редукції досягнень;
- Чотирьохфакторна модель (В. Parman, Е. Hartman) – в якій вигорання складається з емоційного виснаження, деперсоналізації професійної діяльності, деперсоналізації суб'єктів професійної діяльності, редукція особистих досягнень (Рис. 3). Емоційне вигорання тлумачиться як фізичний та психологічний дискомфорт.

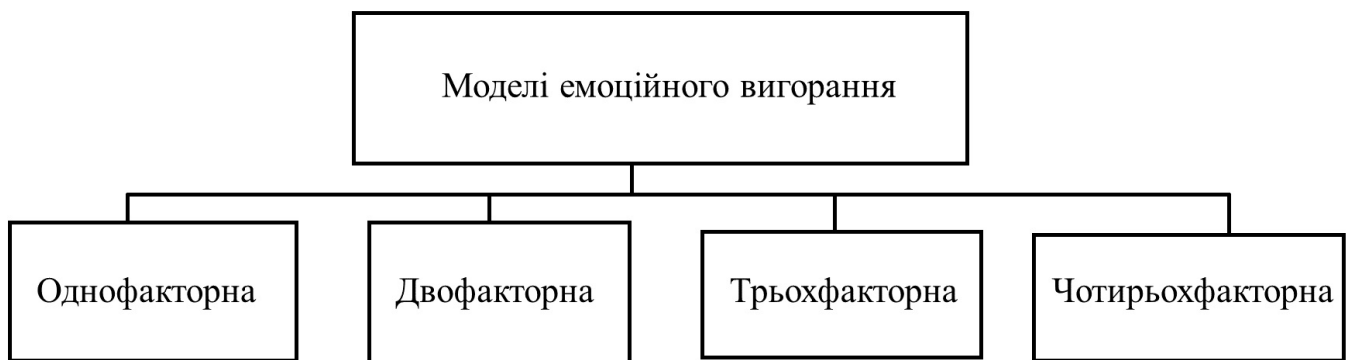


Рисунок 3. Моделі емоційного вигорання

Окрім того, моделі емоційного вигорання відрізняються одна від одної залежно від підходу до динамічності цього явища – ряд моделей розглядає емоційне вигорання як стан, в той час як інші дослідники схильються до трактування цього явища як процесу [5]. Дж Гринберг розглядає емоційне вигорання як процес, що проходить 5 стадій: спочатку медичний працівник отримує задоволення від роботи і сповнений ентузіазму; на другій стадії спостерігаються такі прояви, як втома, порушення сну і апатія, зниження інтересу до продуктивної праці, відбувається порушення робочого режиму; на третій стадії виникає хронічна втома, психосоматичні прояви, дратівливість; на четвертій стадії психосоматичні прояви призводять до втрати працездатності, з'являється негативізм щодо власних професійних та особистісних досягнень; п'ята стадія – перехід хронічних симптомів у гостру форму [7].

Існує також й інше бачення процесу емоційного вигорання, яке розглядає динаміку цього явища в розрізі 3 стадій:

- 1 стадія – когнітивні проблеми: забування професійних моментів, помилки при веденні робочої документації, неефективне планування діяльності тощо. Ця стадія може тривати в середньому від трьох до п'яти років.

- **2** стадія – зниження мотивації до робочої діяльності та соціальна самоізоляція: особа обмежує контакти з пацієнтами, колегами, друзями та родичами. Окрім того, з'являються прояви депресивного стану – апатія, астенизація, підвищена дратівливість, психосоматичні прояви (головний біль, порушення сну, часті інфекційні захворювання). Ця стадія може тривати в середньому від п'яти до п'ятнадцяти років.
- **3** стадія – розгорнуті ознаки емоційного вигорання: втрата зацікавленості в професії, хронічна астенизованість, апатичність, деперсоналізація, тотальна соціальна ізоляція. Ця стадія може виникати через десять-двадцять років роботи у медичній сфері [8].

Слабкою стороною даної процесуальної моделі є тривалість стадій, що вимірюється роками до появи усіх ознак вигорання. Така надзвичайна тривалість не узгоджується з емпіричними результатами, що говорять про початок емоційного вигорання вже на ранніх етапах професійного розвитку та зменшення інтенсивності його симптомів з роками та досвідом

Великою популярністю серед українських психологів та дослідників користується процесуальна модель синдрому емоційного вигорання В.В. Бойко, в якій автор виокремив три фази даного процесу: фазу напруження, фазу резистенції, фазу виснаження, кожній з яких притаманні 4 основні симптоми [9, 10]:

- Фаза напруження характеризується посиленням усвідомлення наявності психотравмуючих чинників у складі професійної діяльності, які складно елімінувати. Через неможливість (реальну або уявну) усунення психотравмуючих факторів спостерігається виникнення незадоволеності обраною професією, посадою, власною особистістю, прояви тривожно-депресивного стану, надалі – відчуття безвиході, фаталізму ситуації.
- Фаза резистенції йде після розгорнення фази напруження – накопичення певного рівня дистресу запускає захисні механізми, що спрямовані на опір стресогенним факторам, проте за своєю природою є неадаптивними. До таких механізмів належать вибіркоче емоційне реагування, емоційно-моральна дезорієнтація, початок економії емоцій поза професійною діяльністю, спроби зменшити кількість особливо енергозатратних професійних обов'язків.
- Фаза виснаження є останнім етапом процесу емоційного вигорання – проявляється зниженням емоційного тону, астенизацією організму та різкою вираженістю дисоціативних процесів, таких як емоційний дефіцит (нездатність увійти в положення пацієнта), емоційна відчуженість (повне виключення емоційного відгуку на події професійного життя), особистісна відчуженість (втрата інтересу до суб'єктів професійної діяльності – пацієнтів), психосоматичні порушення.

Виділяють наступні групи факторів емоційного вигорання: організаційні (робочі) – пов'язані з організаційною культурою, труднощами та відповідальністю на робочому місці; соціальні (статусно-рольові) – пов'язані з конфліктами між колегами, низьким соціальним статусом лікаря, відстороненість референтної групи від медичного працівника, порушення прав і свобод лікаря; психологічні (індивідуальні, особистісні) – пов'язані з особливостями характеру особи та когнітивних схем, за допомогою яких людина інтерпретує події життя; біологічні та соціально-демографічні – вік, стать, тривалість роботи [11].

Емоційне вигорання серед лікарів

Порівняно з іншими категоріями фахівців, лікарі мають підвищені ризику розвитку синдрому емоційного вигорання [12]. Процес емоційного вигорання майбутніх лікарів починається ще у студентські часи, адже навчання в медичному університеті саме по собі є складним, виснажливим та наповненим стресогенними факторами. Одним із важливих індивідуальних факторів ризику виступає змінена ієрархія цінностей студентів медичного університету – знецінена цінність здоров'я та щастя, які виступають факторами ризику швидкого прогресування вигорання до фази виснаження [13]. Таким чином, процес розпочинається ще

до початку професійної кар'єри. Надалі відбувається зіткнення молодих фахівців з рядом факторів, кожен з яких провокує погіршення емоційного стану та створює ризик прогресування емоційного вигорання.

Робочі фактори ризику у лікарів

Сучасні лікарі витрачають значну кількість часу на заповнення документації, пов'язаної з їхньою діяльністю, що заважає їм проводити час з пацієнтами та призводить до вигорання [14]. На кожну годину часу, який лікарі проводять із пацієнтами, дві додаткових години витрачаються на бюрократичну та адміністративну роботу [15]. Також факторами є надзвичайна велика кількість часу, який лікарі присвячують роботі – від 51 до більше, ніж 60 годин на тиждень, причому більше задоволеними є лікарі, що працюють в спеціальностях, які вимагають меншої кількості робочих годин на тиждень [16]. Використання комп'ютеризованого запису до лікаря також пов'язане зі збільшенням ризику вигорання на 29%, проте наразі немає достатньо даних, щоб впевнено сказати, чи є цей зв'язок причинно-наслідковим [17]. Неefективно організовані робочі процеси, неможливість професійного розвитку чи отримання соціальної підтримки, втрата підтримки серед колег, зменшення контролю за власною діяльністю та автономності, втрата почуття сенсу в роботі, негативна поведінка менеджменту, обмеження у співпраці з лікарями інших профілів також пов'язані з вищим емоційним вигоранням серед лікарів [18]. Відсутність або слабкість психологічної служби всередині клініки, нечасті балінтовські групи та зустрічі з психологом теж роблять свій внесок у розвиток емоційного вигорання [9].

Не менш важливим фактором ризику є сам процес спілкування з пацієнтами – велика кількість різних людей на день, часті контакти з кожним, обслуговуючий характер взаємодії з боку лікаря, постійне занурення в переживання інших людей, робота з хронічно чи невиліковно хворими, велика кількість критичних ситуацій та конфліктів [9]. Велика кількість етичних питань, необхідність суворого дотримання деонтології, взаємодія з етичними комітетами також є факторами, що прогнозують емоційне вигорання [9].

Емоційне вигорання пов'язане також і з лікарською спеціалізацією: для деяких спеціальностей емоційне вигорання спостерігається у менше ніж 40% лікарів (до таких належать, наприклад, превентивна медицина та медицина професійних захворювань), в той час, як деякі пов'язані зі значно вищими ризиками появи синдрому емоційного вигорання (до таких, належать, наприклад медицина невідкладних станів, загальна лікарська практика та неврологія) [18].

Необхідність постійного навчання, відвідування численних конференцій, семінарів, симпозіумів та тренінгів, численні доповіді щодо власних спостережень і досліджень також є факторами ризику в професії лікаря [9].

Соціально-демографічні фактори ризику у лікарів

До індивідуальних факторів, що прискорюють емоційне вигорання лікарів, належать [18]:

- стать – жінки більш схильні до емоційного вигорання;
- вік – молодші лікарі більш схильні до емоційного вигорання;
- вік дітей – наявність дитини молодше за 21 рік також пов'язана з підвищенням ризику емоційного вигорання на 53%;
- професія партнера/партнерки – якщо партнер(ка) зайнятий не в медичній сфері, це підвищує ризик вигорання на 23%;
- витрати на освіту;
- сімейний стан;

Окрім того, для лікарів-жінок специфічним є ряд ґендерно-залежних факторів, що провокують

вигорання [19]:

- менше часу витрачається на власне благополуччя, адже жінки витрачають додаткових 8,5 годин/тиждень для догляду за дитиною та інші домашні справи;
- частіша гендерна дискримінація – менший кар'єрний розвиток, нерівність з чоловіками у зарплаті, нагородах та фінансових відшкодуваннях;
- менша схильність грантодавців фінансувати проекти академічних лікарів-жінок;
- порівняно з лікарями-чоловіками більш ймовірно, що лікарі-жінки зазнають сексуального домагання на робочому місці;

Іншими факторами ризику соціального походження є переживання несправедливості, соціальна незахищеність, політична та економічна нестабільність соціуму, нерівність соціальних взаємин [20]. Окрім того, лікарі часто мають обмежене коло спілкування, що звужує можливості до обговорення ситуації [12]. В комбінації з недостатністю психологічного охоплення лікарів це може створювати ситуацію, коли лікар не може ні з ким обговорити власний емоційний досвід та зменшити рівень напруги, пов'язаної з робочими моментами.

Психологічні фактори емоційного вигорання серед лікарів

До індивідуальних психологічних факторів ризику дослідники відносять інтроверсію, знижену соціальну активність, соціальну дезадаптованість, внутрішню спрямованість інтересів та хобі, надмірну дратівливість та агресивність, авторитарність, знижену самооцінку та низьку самоповагу, крайнощі емпатичної відповіді – або надзвичайно низьку, або ж, навпаки, надзвичайно розвинену емпатію [11]. Окрім того, дослідники говорять про зв'язок емоційного вигорання з різними акцентуаціями характеру – педантизм пов'язаний зі схильністю до знецінення власних професійних досягнень, збудливий тип акцентуації пов'язаний з більшою емоційною виснажливістю та схильністю до деперсоналізації [11]. Такі особистісні характеристики, як слабка «Я-концепція», трудоголізм, висока мотивація влади, низька професійна мотивація, низька емоційна стійкість, підозрілість, імпульсивність, схильність до самозвинувачення, легка фрустрованість, нещирість, ригідність когнітивних установок, тривожний тип особистості також є факторами, що перешкоджають лікарю у повноцінному розвитку в професії та сприяють прискореному виснаженню від діяльності та, як наслідок – до емоційного вигорання [20].

Емоційне вигорання серед медсестер. Медсестра є однією з найбільш уразливих професій в медицині. Емоційне вигорання у медсестер пов'язане з рядом соціодемографічних та професійних факторів, частина з яких є схожою з такими у контингенту лікарів, а частина є відмінною, що викликає потребу досліджувати ці фактори та їхній зв'язок з професійним вигоранням [21]. Відомо, що у медсестер емоційне вигорання настає швидше, ніж у лікарів, що пов'язано з високим виробничим навантаженням, цілодобовим режимом роботи та рядом інших факторів [12].

Соціальні та робочі фактори ризику у медсестер

Професійна діяльність має бути джерелом задоволення, економічних та професійних досягнень, показувати значущість ролі особи у функціонуванні суспільств [22]. Дослідження del Carmen Pérez-Fuentes et al. за участі 1307 осіб показало взаємозв'язок ряду соціально-демографічних та психологічних змінних на розвиток емоційного вигорання серед медсестер. Дослідники виявили що безперервний досвід роботи, надання послуг великій кількості пацієнтів протягом робочого дня та чоловіча стать пов'язані з найбільш високими показниками емоційного вигорання [21]. Недостатня інфраструктура, нестача необхідного обладнання, низька заробітна плата, надмірна кількість завдань, невідповідний робочим потребам розмір персоналу, недостатнє професійне визнання є факторами ризику емоційного вигорання медсестер у госпіталях [23]. Ці дані доповнюють результати іншого дослідження, яке показало, що дефіцит персоналу, конфлікти між членами мультидисциплінарної команди,

відсутність сильного лідера є важливими причинами зниження якості роботи середнього медичного персоналу [24]. Недостатня автономність із надмірним контролем з боку керівництва є фактором, що посилює емоційне виснаження та деперсоналізацію, пригнічує професійну успішність, а слабкий контроль над професійним середовищем є фактором, що посилює емоційне виснаження [22]. Так само, як і лікарі, медсестри часто взаємодіють з пацієнтами, причому їхня комунікація носить ще більш обслуговуючий характер, ніж у лікарів, окрім того, вони проводять більше часу з хронічно чи невиліковно хворими, спостерігаючи за їх стражданнями протягом тривалої кількості часу. Ці фактори також сприяють поступовому виснаженню ресурсів організму, підвищенню емоційного напруження та розвитку проявів емоційного вигорання [9, 11].

Психологічні фактори ризику у медсестер

Ряд психологічних рис також слугує факторами ризику виникнення емоційного вигорання. Високий нейротизм є одним з факторів [25]. Є дані, що складові емоційного інтелекту та самоефективність (self-efficacy) слугують захисними факторами та зменшують прояви емоційного вигорання [26]. У галузі охорони здоров'я також дуже важливо отримувати позитивні відгуки від пацієнтів та колег по роботі – слів вдячності, визнання професійних успіхів, прояв поваги до особи лікаря, інформування пацієнтами щодо змін у їхньому самопочутті або планів на лікування, обговорення з колегами майбутнього кар'єрного розвитку тощо – і відсутність цих позитивних відгуків породжує значний ризик розчарування у професії і, як наслідок, початок емоційного вигорання [11].

Вік має обернену кореляцію з емоційним вигоранням, що свідчить про підвищений ризик появи цього синдрому у молодих медсестер, які лише починають свій професійний шлях [22].

Захисні фактори та їх роль у боротьбі з синдромом емоційного вигорання

Систематичний огляд та мета-аналіз Sibeoni et al. виявив, що в дослідженнях, які стосуються емоційного вигорання, більшість авторів однаково говорять про ранговість та організацію факторів ризику та захисних факторів. Захисні фактори зазвичай дзеркально відображують фактори ризику. Частіше за все в дослідженнях стверджувалось про наступну ієрархію: спочатку проблеми виникають на рівні організації, далі вони змінюють професійні стосунки під час роботи, і лише згодом йдуть зміни на індивідуальному рівні (лікаря або медсестри). Захисні фактори працюють зворотнім чином – спочатку йдуть зміни на рівні психології медичного працівника, далі це змінює його стосунки з колегами в робочій ситуації, і лише в кінці відбуваються зміни на рівні організації (закладу охорони здоров'я) [27]. Зв'язок між факторами відображений на [Рис. 4](#).



Рисунок 4. Зв'язок між факторами ризику та захисними факторами (адапт. за Sibeoni et al., 2019)

До найважливіших індивідуальних факторів захисту дослідники відносять самопізнання (self-knowledge), самопіклування (self-care) та реалістичне бачення власної роботи [27].

Самопізнання полягає у розумінні власних потреб та можливостей, а також обмежень, і вимагає підвищеної рефлексивності та розуміння власних емоцій. До навичок турботи до себе входять навички по досягненню фізичного благополуччя – дотримання здорового харчування й фізичної активності – та психологічного благополуччя – вміння виділяти час для особистого життя, техніки заспокоєння, медитація, звернення до психологічної допомоги, гумор. Реалістичне бачення власної роботи складається з: 1) вміння обирати – ранжувати завдання, встановлювати пріоритети, встановлювати досяжні цілі, вміти йти на компроміси та не долучатися водночас до занадто багатьох видів діяльності; 2) не бути постійно готовим роботи все можливе для кожного пацієнта; 3) вміння відмовлятися від додаткових завдань та обов'язків [27, 28, 29, 30].

До інших захисних факторів численні дослідники також відносять: хороші професійні стосунки, емоційну взаємопідтримку між колегами, командну роботу для уникнення ізоляції, групове прийняття рішень, ефективного лідера, грамотну організацію – виділення достатньої кількості часу для консультацій пацієнтів та паперової роботи тощо [27].

Особистісні риси як захисні фактори

Mahoney et al. шляхом регресійного аналізу вираховували зв'язок між рядом особистісних рис та ризиками емоційного вигорання серед лікарів. Вони виявили, що такі риси, як доброзичливість, відкритість новому, та стабільність сприяють зменшенню ризиків емоційного вигорання, в той час, як добросовісність та екстраверсія не мали статистично значущого впливу на прояви вигорання [31]. Дані по екстраверсії підтверджуються дослідженням, проведеним Brown P., Slater M. та Lofters A. – вони не виявили зв'язку між цією рисою особистості та жодним з ключових компонентів емоційного вигорання (емоційне виснаження,

деперсоналізація, редукція професійних досягнень) [32]. В той же час автори цього дослідження виявили, що добросовісність як риса особистості має позитивну кореляцію з редукцією професійних досягнень та негативну – з деперсоналізацією. Суперечливість між результатами різних дослідників підтверджує необхідність подальшого вивчення зв'язку різних особистісних факторів із проявами емоційного вигорання. Гіпертимний тип акцентуації також є захисним фактором – порівняно з іншими рисами характеру, гіпертимікам характерні більша життєрадісність, високий рівень потягу до діяльності, що може бути оберігати психіку від знецінення та вигорання [11]. Такі особистісні характеристики, як щирість, доброта, доміантність, когнітивна гнучкість, прагматичність, відкритість до співпраці, висока мотивація до саморозвитку і професійного зростання, креативність, високі комунікативні навички, просоціальність є тими якостями, які зменшують ймовірність виникнення емоційного вигорання [20].

Резилієнс та копінг як захисні фактори

Ряд дослідників вважає, що резилієнс – адаптивний динамічний процес відновлення ефективного психосоціального функціонування після періоду дезадаптації внаслідок дезорганізуючої дії психотравмуючих факторів – може бути важливим захисним фактором проти емоційного вигорання лікарів [33, 34]. Він негативно корелює з тривожною та депресивною симптоматикою депресії, окрім того, він був пов'язаний з меншим страхом перед коронавірусною хворобою на початку карантину внаслідок пандемії COVID-19 [34]. Таким чином, динамічна здатність швидко відновлюватись після стресу може бути важливим фактором захисту від емоційного вигорання. Навички стрес-менеджменту також є значним захисним фактором [21]. Ефективний копінг також пов'язаний з меншим емоційним вигоранням [35]. Використання активних стратегій боротьби зі стресом та протидія йому значно зменшують ризики емоційного вигорання, в той час, як пасивний копінг пов'язаний з більшим ризиком вигорання [11].

Емоційний інтелект як захисний фактор

Теорія емоційного інтелекту передбачає, що навички регулювання емоцій сприяють підтримці відповідних емоцій, зменшуючи або адаптуючи небажані емоції в собі і інших [36]. Емоційний інтелект негативно корелює з тенденцією медичних працівників сприймати себе як некомпетентних або нездатних досягати професійних цілей [37]. Результати, отримані Szczygiel D. та Mikolajczak M. свідчать про значущий та позитивний взаємозв'язок між негативними емоціями та емоційним вигоранням. Дослідження показало, що емоційний інтелект стримує вплив негативних емоцій на вигорання. Зокрема, такі емоції, як гнів та печаль, прогнозували більше вигорання серед медсестер із низьким емоційним інтелектом, проте не серед медсестер з високими показниками емоційного інтелекту. Ці результати дозволяють стверджувати, що розвиток емоційного інтелекту для запобігання деструктивного впливу негативних емоцій, що виникають під час роботи, є перспективним напрямом досліджень [38]. Інше дослідження, проведене Cofer K. et al., виявило, що у хірургів емоційне вигорання корелює з емоційним інтелектом, в той час, як не було виявлено кореляції вигорання з балами USMLE, процентилями ABSITE або хірургічними milestones (показники професійної успішності в США). Таким чином, традиційні методи оцінки роботи лікарів можуть не відображати вигорання, що поглиблюватиме проблему своєчасної діагностики. Інший важливий висновок з цього дослідження доповнює висновки Szczygiel D. та Mikolajczak M. – стратегії щодо зниження емоційного вигорання повинні враховувати емоційний інтелект як захисний фактор [39].

Емпатія як захисний фактор

Існує ряд факторів, які пов'язують зі зменшенням тяжкості емоційного вигорання. Одним з таких факторів є емпатія. Отримані дані свідчать про те, що емпатія негативно пов'язана з професійним вигоранням. Мета-аналіз досліджень, присвячених зв'язку емпатії та емоційного

вигорання, проведений Wilkinson et al. у 2017 році, показав, що 8 з 10 досліджень повідомляють про негативну кореляцію між емпатією та емоційним вигоранням, в той час, як лише 1 з 10 повідомляє про позитивну [40]. Враховуючи крос-секційний дизайн досліджень, включених у даний метааналіз, причинно-наслідковий зв'язок емпатії та емоційного вигорання досі залишається дискусійним. Проте посилення здатності медичних працівників до емпатії за допомогою систематичних навчальних програм може мати значні наслідки проти синдрому вигорання та є перспективним напрямом досліджень [41].

Оптимізм як захисний фактор

Іншим захисним фактором різні дослідники вважають оптимізм. Наявні дані, що свідчать про негативну кореляцію емоційного вигорання та оптимізму в лікарів. Хоча вигорання з часом посилюється, оптимізм залишається незмінною персональною рисою, що свідчить про його стабільність та можливість використання у психологічних інтервенціях [42]. Такі ж результати було отримано при дослідженні іншої групи медпрацівників – медсестри, які є більш оптимістичними, менш схильні до емоційного вигорання, ніж ті, що більш песимістичні, крім того, вони частіше оцінюють своє здоров'я як задовільне [43]. Нещодавнє дослідження ролі оптимізму у емоційному вигоранні під час пандемії COVID-19 показало, що оптимізм, незважаючи на виснажливий вплив COVID-19, негативно корелює з емоційним вигоранням, спровокованим погіршенням ситуації внаслідок пандемії COVID-19, як прямо, так і опосередковано через стрес на роботі [44].

Локус контролю як захисний фактор

Локус контролю – поняття, введене психологом Джуліаном Роттером у 1954 році та характеризує властивість особи пояснювати свої життєві успіхи або невдачі тільки внутрішніми або тільки зовнішніми факторами [45]. Дослідження показали зворотну кореляцію між внутрішнім локусом контролю та вигоранням [46]. Разом з тим медичні працівники, які сприймають робочу ситуацію як важкокеровану, відчувають себе більш виснаженими, коли вони використовують орієнтовані на емоції стратегії. Це вказує на важливість підвищення відчуття контролю над ситуацією при психокорекції та профілактиці емоційного вигорання серед медичних працівників [47]. В іншому дослідженні, проведеному Chakraborty et al., внутрішній локус контролю зворотно корелював з емоційним вигоранням у медсестер, але не зміг передбачити його зміни при побудові регресійної моделі [48]. Проте незначущість локусу контролю в регресійній моделі може бути пояснена різними факторами, в тому числі мультиколінеарністю, тому зв'язок локусу контролю з емоційним вигоранням вимагає подальших досліджень. Разом тим, наразі немає достатньої кількості програм психокорекції, спрямованих на локус контролю як захисний фактор проти емоційного вигорання, що є стимулом для подальших досліджень в цій області.

Здоровий стиль життя як захисний фактор

Саме по собі хороше здоров'я зменшує ризики розвитку емоційного вигорання, відтак свідомий та цілеспрямований догляд за власним психічним станом у вигляді занять спортом, тренувань, підтримка здорового способу життя (збалансоване харчування, підтримання нормальної маси тіла, гігієна сну, контроль хронічних захворювань та своєчасна діагностика тощо [12].

Соціальна підтримка також вважається важливим захисним фактором від наслідків емоційного вигорання. Медичні працівники, які активно беруть участь у соціальній взаємодії та отримують підтримку від референтної спільноти, мають менший ризик розвитку емоційного вигорання [21].

Висновки

Емоційне вигорання медичних працівників пов'язане з низкою факторів ризику, які можна розділити на трудові, соціальні та психологічні. Найбільшу вагу у виникненні синдрому мають робочі фактори. Окрім того, ряд професійних, соціальних та психологічних факторів пов'язані зі зниженням рівня емоційного вигорання, а отже, мають захисні властивості. Основна група захисних факторів від емоційного вигорання – це психологічні фактори, такі як емоційний інтелект, емпатія, оптимізм, внутрішній контроль, певні риси характеру.

Незважаючи на багато досліджень на цю тему та останні досягнення психотерапії, наразі ми можемо говорити лише про зменшення поширеності емоційного вигорання до рівня десятилітньої давності. Це свідчить про те, що збільшення поширеності емоційного вигорання у всьому світі було сповільнене, проте для подальшого зменшення поширеності потрібні додаткові дослідження з питань профілактики та нові більш ефективні та доказові психосоціальні методи роботи з емоційним вигоранням.

Посилання

1. Sultana A, Sharma R, Hossain M, Bhattacharya S, Purohit N. Burnout among healthcare providers during COVID-19: Challenges and evidence-based interventions. *Indian J Med Ethics*. 2020;5(4):308-11. DOI: <https://doi.org/10.20529/ijme.2020.73>
2. Shanafelt T, West C, Sinsky C 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 Proc*. 2019;94(9):1681-94. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2018.10.023>
3. Cooper CL. *Handbook of Stress, Medicine, and Health*. Crc Press; 1996.
4. Shkrabiuk V, Bilyk D. Emotsiine vyhorannia osobystosti: psykholohichniy analiz problemy. *Young Scientist*. 2020;10(86):293-6. DOI: <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2020-10-86-60>
5. Hromtseva O. Notion of professional burnout of medical workers and research of its phenomenology. *European Journal of Management Issues*. 2019;27(3):63-72. DOI: <https://doi.org/10.15421/191907>
6. Chutko L, Kozyna N. *Syndrom emotsyonalnoho vyhorannia, Klinicheskie i psykholohicheskye aspekty*. Moscow: MEDpress-ynform; 2014.
7. Maschak S. Professional burnout of a personality as a sociopsychological problem. *Naukovyi visnyk Lviv State University of Internal Affairs*. 2012;2(1):444-52. URL: https://www.lvduvs.edu.ua/documents_pdf/visnyky/nvsp/02_2012_1/12msospp.pdf
8. Balakirjeva K. *Profilaktyka ta podolannia profesjnoho ta emocijnoho vyhorannia*. Kyiv: UNDP; 2020. URL: <https://www.slideshare.net/undpukraine/ss-48391940>
9. Draga T, Myaluk O, Krynytska I. Features of emotional burnout syndrome in health care workers. *Nursing*. 2017;3:48-51. URL: Draga, O. P. Myaluk, I. Ya. Krynytska
10. Mishchenko M, Boiko V. Osoblyvosti doslidzhennia syndromu emotsiinoho vyhorannia za dopomohoiu metodyky «diahnostyka rivnia emotsiinoho vyhorannia. *Young Scientist*. 2015;4(19):103-5.
11. Bachynska A. *Profesiine vyhorannia pratsivnykiv orhanizatsii: prychny ta faktory*. Kyiv: Bachynska; 2017.
12. Stadniuk L, Davydovych O, Prichodko V. Syndrom emotsiinoho vyhorannia: faktory, shcho spriyaiut yoho vynyknenniu i poperedzhenniu. *Visnyk naukovykh doslidzhen*. 2017;1.
13. Kuriacha O. Faktory ryzyku formuvannia syndromu emotsiinoho vyhorannia u studentiv-medykiv. *Aktualni pytannia neironauk: Zbirnyk tez Vseukrainskoi konferentsii molodykh vchenykh ta studentiv*. 2018.
14. Shanafelt T, Hasan O, Dyrbye L et al. Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2014. *Mayo Clin Proc*. 2015;90(12):1600-1613. doi:10.1016/j.mayocp.2015.08.023
15. Sinsky C, Colligan L, Li L, et al. Allocation of Physician Time in Ambulatory Practice: A Time and Motion Study in 4 Specialties. *Ann Intern Med*. 2016;165(11):753. doi:10.7326/m16-0961
16. Reith TP. Burnout in United States Healthcare Professionals: A Narrative Review. *Reith. Cureus*. 2018;10: e3681.

17. Shanafelt T, Dyrbye L, Sinsky C et al. Relationship Between Clerical Burden and Characteristics of the Electronic Environment With Physician Burnout and Professional Satisfaction. *Mayo Clin Proc.* 2016;91(7):836-48. doi: 10.1016/j.mayocp.2016.05.007
18. West C, Dyrbye L, Shanafelt T. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *J Intern Med.* 2018;283(6):516-529. doi:10.1111/joim.12752
19. Templeton K, Bernstein C, Sukhera J et al. Gender-Based Differences in Burnout: Issues Faced by Women Physicians. *NAM Perspectives.* 2019. doi:10.31478/201905a
20. Bodnar A. Emotsiine vyhorannia yak vnutrishnoosobystisnyi konflikt. 2019.
21. Pérez-Fuentes M, Molero-Jurado M, Gázquez-Linares J, Simón-Márquez M. Analysis of Burnout Predictors in Nursing: Risk and Protective Psychological Factors. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context.* 2018;11(1):33-40. doi:10.5093/ejpalc2018a13
22. Nogueira L, Sousa R, Guedes E, Santos M, Turrini R, Cruz D. Burnout and nursing work environment in public health institutions. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(2):336-342. doi:10.1590/0034-7167-2016-0524
23. do Amaral Reis L, Morais R. Qualidade de vida no trabalho: um estudo das dimensões biológicas, psicológicas, sociais e organizacionais em uma cooperativa de crédito. *Revista de Administração de Empresas Eletrônica-RAEE.* 2018;103:103-124.
24. Duarte Sda C, Stipp MA, da Silva MM, de Oliveira FT. Adverse events and safety in nursing care. *Rev Bras Enferm.* 2015;68(1):136-154. doi:10.1590/0034-7167.2015680120p
25. Le Vigouroux S, Scola C, Raes M, Mikolajczak M, Roskam I. The big five personality traits and parental burnout: Protective and risk factors. *Pers Individ Dif.* 2017;119:216-219. doi:10.1016/j.paid.2017.07.023
26. Molero Jurado M, Pérez-Fuentes M, Gázquez Linares J, Simón Márquez M, Martos Martínez Á. Burnout Risk and Protection Factors in Certified Nursing Aides. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15(6):1116. doi:10.3390/ijerph15061116
27. Sibeoni J, Bellon-Champel L, Mousty A, Manolios E, Verneuil L, Revah-Levy A. Physicians' Perspectives About Burnout: a Systematic Review and Metasynthesis. *J Gen Intern Med.* 2019;34(8):1578-1590. doi:10.1007/s11606-019-05062-y
28. Orri M, Revah-Lévy A, Farges O. Surgeons' Emotional Experience of Their Everyday Practice - A Qualitative Study. *PLoS One.* 2015;10(11):e0143763. doi:10.1371/journal.pone.0143763
29. Kjeldmand D. 7. Kjeldmand D, Holmstrom I. Balint Groups as a Means to Increase Job Satisfaction and Prevent Burnout Among General Practitioners. *The Annals of Family Medicine.* 2008;6(2):138-145. doi:10.1370/afm.813
30. Zwack J, Schweitzer J. If Every Fifth Physician Is Affected by Burnout, What About the Other Four? Resilience Strategies of Experienced Physicians. *Academic Medicine.* 2013;88(3):382-389. doi:10.1097/acm.0b013e318281696b
31. Mahoney CB, Lea J, Schumann PL, Jillson IA. Turnover, Burnout, and Job Satisfaction of Certified Registered Nurse Anesthetists in the United States: Role of Job Characteristics and Personality. *AANA J.* 2020;88(1):39-48.
32. Brown PA, Slater M, Lofters A. Personality and burnout among primary care physicians: an international study. *Psychol Res Behav Manag.* 2019;12:169-177. Published 2019 Mar 18. doi:10.2147/PRBM.S195633
33. Assonov D, Khaustova O. Development of resilience concept in scientific literature of recent years. *Psychosomatic Medicine and General Practice.* 2019;4(4):e0404219-e0404219. doi:https://doi.org/10.26766/pmgp.v4i3-4.219
34. Khaustova O, Chaban O, Assonov D. Resilience and emotional state of healthcare professionals in Ukraine during lockdown: a pilot study. *European Neuropsychopharmacology.* 2020;40:S370-S371. doi:10.1016/j.euroneuro.2020.09.480
35. Kaminski K. Compassion Fatigue and Burnout in Healthcare Professionals: A Scoping Review. *International Journal of Nursing Student Scholarship.* 2020;7.
36. Jackson-Koku G, Grime P. Emotion regulation and burnout in doctors: a systematic review. *Occup Med (Chic Ill).* 2019;69(1):9-21. doi:10.1093/occmed/kqz004
37. Năstasă L, Fărcaș A. The Effect of Emotional Intelligence on Burnout in Healthcare

- Professionals. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2015;187:78-82.
doi:10.1016/j.sbspro.2015.03.015
38. Szczygiel D, Mikolajczak M. Emotional Intelligence Buffers the Effects of Negative Emotions on Job Burnout in Nursing. *Front Psychol*. 2018;9. doi:10.3389/fpsyg.2018.02649
 39. Cofer K, Hollis R, Goss L, Morris M, Porterfield J, Chu D. Burnout is Associated With Emotional Intelligence but not Traditional Job Performance Measurements in Surgical Residents. *J Surg Educ*. 2018;75(5):1171-1179. doi:10.1016/j.jsurg.2018.01.021
 40. Wilkinson H, Whittington R, Perry L, Eames C. Examining the relationship between burnout and empathy in healthcare professionals: A systematic review. *Burn Res*. 2017;6:18-29. doi:10.1016/j.burn.2017.06.003
 41. Bogiatzaki V, Frengidou E, Savakis E. Empathy and burnout of healthcare professionals in public hospitals of Greece. *Int J Caring Sci*. 2019;12:611.
 42. Fowler J, Fiani B, Kiessling J et al. The Correlation of Burnout and Optimism among Medical Residents. *Cureus*. 2020. doi:10.7759/cureus.6860
 43. Malagón-Aguilera M, Suñer-Soler R, Bonmatí-Tomas A et al. Dispositional Optimism, Burnout and Their Relationship with Self-Reported Health Status among Nurses Working in Long-Term Healthcare Centers. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(14):4918. doi:10.3390/ijerph17144918
 44. Özdemir Ş, Kerse G. The Effects of COVID 19 on Health Care Workers: Analysing of the Interaction between Optimism, Job Stress and Emotional Exhaustion. *International and Multidisciplinary Journal of Social Sciences*. 2020. doi:10.17583/rimcis.2020.5849
 45. Petrovskiy A. Volevye deistvyia. *Uchebnyk dlia vuzov po ped spetsyálnostiam*. 1998:500.
 46. Patel R, Sekhri S, Bhimanadham N, Imran S, Hossain S. A Review on Strategies to Manage Physician Burnout. *Cureus*. 2019. doi:10.7759/cureus.4805
 47. Wilski M, Chmielewski B, Tomczak M. Work locus of control and burnout in Polish physiotherapists: The mediating effect of coping styles. *Int J Occup Med Environ Health*. 2015;28(5):875-889. doi:10.13075/ijomh.1896.00287
 48. Chaudhury S, Chakraborty R, Chatterjee A. Internal predictors of burnout in psychiatric nurses: An Indian study. *Ind Psychiatry J*. 2012;21(2):119. doi:10.4103/0972-6748.119604