

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

ІВАЩЕНКО РОМАН ОЛЕГОВИЧ

УДК: 614.8.02:616-051-037-07-084:159.944(043.3)

ДИСЕРТАЦІЯ

**«МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ МОДЕЛІ РАННЬОГО
ВИЯВЛЕННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ СИНДРОМУ ВИГОРАННЯ У
МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ»**

за спеціальністю 222 «Медицина»
спеціалізація «Соціальна медицина»

Подається на здобуття ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело.

_____ Р.О. Іващенко

Науковий керівник: Огнєв Віктор Андрійович, доктор медичних наук, професор

Харків - 2026

АНОТАЦІЯ

Іващенко Р.О. Медико-соціальне обґрунтування моделі раннього виявлення та профілактики синдрому вигорання у медичних працівників. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття ступеня доктора філософії в галузі знань 22 «Охорона здоров'я» за спеціальністю 222 «Медицина». – Харківський національний медичний університет МОЗ України, Харків, 2026.

Харківський національний медичний університет МОЗ України, Харків, 2026.

Дисертаційна робота присвячена вирішенню важливої науково-практичної задачі охорони здоров'я – медико-соціальному обґрунтуванню та розробці моделі раннього виявлення і профілактики синдрому емоційного вигорання у медичних працівників в умовах зростання професійного та емоційного навантаження і дефіциту ресурсів підтримки.

Для досягнення поставленої мети було сформовано завдання та розроблено програму дослідження. Дослідження проводилося в шість етапів із використанням наступного методологічного інструментарію: бібліосемантичного, соціологічного, медико-статистичного методів, методів інтегральної індексації, концептуального моделювання, прогнозування та експертних оцінок, що дало змогу отримати репрезентативні результати.

На першому етапі встановлено, що практика профілактики синдрому емоційного вигорання у закладах охорони здоров'я часто не має чіткого «маршруту» раннього виявлення, а наявні фрагментарні підходи не забезпечують переходу від фіксації проблеми до отримання реальної допомоги, що потребує розробки системної моделі.

На другому етапі вивчалася поширеність синдрому емоційного вигорання серед медичних працівників м. Харкова та Харківської області в динаміці за 2021–2023 рр. Встановлено, що сумарна поширеність синдрому зросла з 472,7‰ у 2021 р. до 486,5‰ у 2023 р. Виявлено тенденцію до вищої поширеності у чоловіків (495,6‰) порівняно з жінками (478,6‰), однак різниця

не досягала статистичної значущості ($p > 0,05$). У міжспеціальному розрізі найвищі показники встановлено у лікарів-психіатрів (574,5‰) та онкологів (530,6‰), проміжні – в анестезіологів (500,0‰) і терапевтів (495,9‰), нижчі – у хірургів (468,8‰) та педіатрів (443,5‰). Відзначено несприятливі структурні зміни: частка осіб із низьким рівнем синдрому ($< 40\%$) зменшилася з 214,8‰ до 144,9‰, тоді як частка осіб із критичним рівнем ($> 70\%$) зросла з 66,4‰ до 159,4‰ (зростання на 140,1%).

Третій етап дослідження був присвячений ідентифікації та ранжуванню факторів ризику розвитку патології. Доведено вплив чотирьох груп чинників. Серед пацієнт-обумовлених провідними були конфлікти з пацієнтами ($OR=11,33$; $p < 0,001$; $\eta=23,88\%$) та психологічний тиск ($OR=6,78$; $p < 0,001$; $\eta=19,11\%$). Найвагомими індивідуально-ресурсними чинниками виявилися фізичне виснаження ($OR=8,31$; $p < 0,001$; $\eta=21,33\%$), проблеми зі сном ($OR=7,85$; $p < 0,001$; $\eta=19,69\%$) та наявність хронічних захворювань ($OR=6,53$). Серед організаційно-управлінських найбільший вплив мали надмірне навантаження ($OR=6,92$; $p < 0,001$; $\eta=13,73\%$) та ігнорування скарг адміністрацією ($OR=4,82$). Серед соціально-демографічних і професійних – спеціалізація психіатрія ($OR=3,36$) та вік 46–55 років ($OR=2,97$).

На четвертому етапі проаналізовано рівень працездатності персоналу. Встановлено, що 44,61% медичних працівників сформували високоризиковий профіль. У цій групі зниження працездатності фіксувалося значно частіше (68,18%), ніж у низькоризиковому профілі (10,00%) ($OR=19,29$; $p < 0,001$). Лінійного зв'язку між індексом стресового навантаження (11,81%) та індексом підтримки (14,32%) не виявлено ($r=-0,026$; $p=0,709$).

На п'ятому етапі здійснювалося оцінювання організаційної доступності допомоги. Середній індекс доступу до допомоги склав 59,18%, при цьому «задовільну» доступність мала лише п'ята частина персоналу. Доведено, що наявність спеціалізованих служб у закладі багаторазово підвищувала шанси високого індексу доступу до допомоги ($OR=43,56$; $p < 0,001$), який також

позитивно корелював з індексом навчальної готовності працівників ($r=0,379$; $p<0,001$).

На шостому заключному етапі розроблено та оцінено модель раннього виявлення та профілактики синдрому емоційного вигорання. Ефективність її впровадження (2021–2023 рр.) підтверджена зниженням частки працівників у «червоній зоні» ризику на 21,25%, зростанням індексу доступу до допомоги на 30,54% та збільшенням частоти реального використання підтримки в 1,5 раза. За результатами експертної оцінки (31 незалежний експерт) модель високо оцінена за критеріями профілактичної спрямованості ($8,8\pm0,28$), економічної доцільності ($9,1\pm0,21$), відповідності міжнародному досвіду ($9,2\pm0,24$), дієвості ($8,9\pm0,26$), комплексності ($9,0\pm0,27$) та системності ($8,7\pm0,25$) і рекомендована до впровадження.

Модель раннього виявлення та профілактики синдрому емоційного вигорання у медичних працівників рекомендується до впровадження в систему охорони здоров'я.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що вперше в Україні науково обґрунтовано та розроблено багаторівневу модель раннього виявлення та профілактики синдрому емоційного вигорання у медичних працівників. Ця модель інноваційно поєднує ранній скринінг, «світлофорний» тріаж ризику, маршрутизацію доступу до допомоги та моніторинг індексних показників, а її перспективна ефективність підтверджена методом експертних оцінок. Сформовано сучасні концептуальні погляди на систему профілактики вигорання, адаптовано організаційно-функціональний підхід та визначено ключові принципи превенції (своєчасність, багаторівневність, етичність), що базуються на інтеграції скринінгових процедур у рутинні процеси управління персоналом, регламентації відновлювальних процедур та формалізації маршруту допомоги.

Набули суттєвого розвитку наукові дані щодо епідеміології синдрому завдяки проведеному комплексному дослідженню його поширеності у Харківському регіоні (2021–2023 рр.), яке довело зміщення структури

захворюваності у бік критичних значень із зростанням частки осіб із синдромом >70% на 140,1%. Вперше встановлено гендерні та міжпрофесійні особливості поширеності вигорання з пріоритезацією груп найвищого ризику, до яких увійшли лікарі-психіатри та онкологи. Разом з тим ідентифіковано та проранжовано за силою впливу чотири групи факторів ризику, де доведено вирішальну роль пацієнт-обумовлених ($OR=11,33$) та індивідуально-ресурсних ($OR=8,31$) чинників у формуванні високих проявів синдрому.

Вперше обґрунтовано індексно-орієнтований підхід для оцінки працездатності та якості життя, що дозволив довести концентрацію втрат працездатності саме у високоризикових профілях медичних працівників ($OR=19,29$). Крім того, виявлено ключові організаційні бар'єри маршруту доступу до підтримки (індекс доступу до допомоги склав 59,18%) та науково доведено визначальну роль організаційної інфраструктури – зокрема наявності спеціалізованих служб у закладі – у залученості персоналу до реального використання допомоги ($OR=43,56$).

Удосконалено науково-методологічний підхід до раннього виявлення та профілактики синдрому емоційного вигорання у медичних працівників за рахунок інтеграції скринінгу, індексного моніторингу та організаційно-управлінських механізмів реагування на рівні закладу охорони здоров'я; підходи до покращення організації допомоги медичним працівникам шляхом формалізації маршрутів підтримки.

Набули подальшого розвитку знання щодо сучасних трендів поширеності та профілів ризику синдрому емоційного вигорання; вивчення взаємозв'язку між ознаками синдрому та екзогенними/ендогенними детермінантами; проблеми організації психологічної допомоги для медичного персоналу.

Теоретичне значення роботи полягає у суттєвому доповненні теорії соціальної медицини в частині удосконалення управлінських підходів до раннього виявлення та профілактики синдрому емоційного вигорання.

Практичне значення одержаних результатів полягає у тому, що вони стали науково-методичною підставою для обґрунтування, розробки та

впровадження в практику охорони здоров'я моделі раннього виявлення та профілактики синдрому емоційного вигорання у медичних працівників. Запропоновано безпосереднє використання індексного скринінгу, «світлофорного» тріажу та розробленої методики прогнозування ризику для своєчасного запуску профілактичних інтервенцій різної інтенсивності. Це дозволяє формувати адресні управлінські рішення на рівні закладу (зокрема, щодо нормування навантаження та зниження адміністративного тиску), що суттєво підвищує організаційну ефективність превентивних заходів і загальну доступність допомоги.

Крім того, результати дослідження стали підґрунтям для удосконалення профілактичної та підтримувальної роботи з персоналом на первинному, вторинному та третинному рівнях надання медичної допомоги. Це досягається шляхом інтеграції розробленої моделі у рутинні процеси закладів із переважним використанням їхніх наявних ресурсів, формалізації маршрутів доступу до психологічної підтримки та впровадження оптимальних форматів навчання персоналу. На системному рівні одержані дані слугували базою для оптимізації профільних навчальних програм на додипломному та післядипломному рівнях підготовки медичних кадрів.

Ключові слова: синдром емоційного вигорання, медичні працівники, профілактика, раннє виявлення, працездатність, чинники ризику, психотерапевтична допомога, організація охорони здоров'я, соціальна медицина.

Summary

Ivashchenko R.O. Medical and social justification of the model for early detection and prevention of emotional burnout syndrome in medical workers. – Qualification scientific work on the rights of the manuscript.

Thesis for the degree of the Philosophy Doctor in the field of knowledge 22 «Health Care» in the specialisation 222 «Medicine». – Kharkiv National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Kharkiv, 2026.

Kharkiv National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Kharkiv, 2026.

This thesis is dedicated to addressing an important scientific and practical challenge in healthcare: the medical and social justification and development of a model for the early detection and prevention of emotional burnout syndrome among healthcare workers in the context of increasing professional and emotional stress and a lack of support resources.

To achieve this aim, research tasks were formulated and a research programme was developed. The study was conducted in six stages using the following methodological tools: bibliosemantic, sociological, and medical-statistical methods, as well as methods of integrated indexing, conceptual modelling, forecasting, and expert assessments, which enabled the collection of representative results.

At the first stage, it was established that the practice of preventing emotional burnout syndrome in healthcare institutions often lacks a clear "pathway" for early detection, and the existing fragmented approaches do not ensure a transition from identifying the problem to receiving actual help, which necessitates the development of a systematic model.

The second stage examined the prevalence of emotional burnout syndrome among healthcare workers in Kharkiv and Kharkiv region over the period 2021–2023. It was found that the overall prevalence of the syndrome increased from 472.7‰ in 2021 to 486.5‰ in 2023. A trend towards higher prevalence was observed among men (495.6‰) compared with women (478.6‰), although the difference was not statistically significant ($p > 0.05$). Across specialities, the highest rates were found among psychiatrists (574.5‰) and oncologists (530.6‰), intermediate rates were found among anaesthetists (500.0‰) and general practitioners (495.9‰), and lower rates among surgeons (468.8‰) and pediatricians (443.5‰). Adverse structural changes were noted: the proportion of individuals with a low syndrome level ($< 40\%$) decreased from

214.8‰ to 144.9‰, while the proportion of individuals with a critical level ($>70\%$) increased from 66.4‰ to 159.4‰ (an increase of 140.1%).

The third stage of the study focused on identifying and ranking risk factors for the development of the condition. The influence of four groups of factors was demonstrated. Among patient-related factors, the leading ones were conflicts with patients ($OR=11.33$; $p<0.001$; $\eta=23.88\%$) and psychological pressure ($OR=6.78$; $p<0.001$; $\eta=19.11\%$). The most significant individual-resource factors were physical exhaustion ($OR=8.31$; $p<0.001$; $\eta=21.33\%$), sleep problems ($OR=7.85$; $p<0.001$; $\eta=19.69\%$) and the presence of chronic diseases ($OR=6.53$). Among organisational and managerial factors, the greatest influence was exerted by excessive workload ($OR=6.92$; $p<0.001$; $\eta=13.73\%$) and the administration's disregard for complaints ($OR=4.82$). Among socio-demographic and professional factors, the most significant were specialisation in psychiatry ($OR=3.36$) and age 46–55 years ($OR=2.97$).

In the fourth stage, the level of staff work capacity was analysed. It was found that 44.61% of healthcare workers had a high-risk profile. In this group, a work capacity decline was recorded significantly more often (68.18%) than in the low-risk profile (10.00%) ($OR=19.29$; $p<0.001$). No linear relationship was found between the stress load index (11.81%) and the support index (14.32%) ($r=-0.026$; $p=0.709$).

In the fifth stage, the organisational accessibility of support was assessed. The average index of access to support was 59.18%, with only one-fifth of staff reporting 'satisfactory' accessibility. It was demonstrated that the presence of specialised services within the institution significantly increased the likelihood of a high help access index ($OR=43.56$; $p<0.001$), which also correlated positively with the staff's training readiness index ($r=0.379$; $p<0.001$).

In the sixth and final stage, a model for the early detection and prevention of emotional burnout was developed and evaluated. The effectiveness of its implementation (2021–2023) was confirmed by a 21.25% reduction in the proportion of employees in the 'red zone' of risk, a 30.54% increase in the

access to support index, and a 1.5-fold increase in the frequency of actual use of support. According to the results of an expert assessment (31 independent experts), the model was highly rated on the criteria of preventive focus (8.8 ± 0.28), economic feasibility (9.1 ± 0.21), alignment with international experience (9.2 ± 0.24), effectiveness (8.9 ± 0.26), comprehensiveness (9.0 ± 0.27) and systematic approach (8.7 ± 0.25) and is recommended for implementation.

The model for the early detection and prevention of emotional burnout syndrome among healthcare workers is recommended for implementation within the healthcare system.

The scientific novelty of the findings lies in a scientifically grounded, multi-level model for the early detection and prevention of emotional burnout syndrome among healthcare workers has been developed. This model innovatively combines early screening, 'traffic light' risk triage, routing of access to support and monitoring of key indicators, and its prospective effectiveness has been confirmed by expert assessments. Modern conceptual views on the burnout prevention system have been formulated, an organisational-functional approach has been adapted, and key principles of prevention (timeliness, multi-level approach, ethics), based on the integration of screening procedures into routine human resource management processes, the regulation of recovery procedures, and the formalisation of the care pathway.

Scientific data on the epidemiology of the syndrome have been significantly advanced due to a comprehensive study of its prevalence in Kharkiv region (2021–2023), which demonstrated a shift in the morbidity pattern towards critical levels, with the proportion of individuals with the syndrome exceeding 70% increasing by 140.1%. Gender- and profession-specific characteristics of burnout prevalence have been established, with a focus on the highest-risk groups, which included psychiatrists and oncologists. At the same time, four groups of risk factors were identified and ranked by strength of influence, demonstrating the decisive role of patient-related

(OR=11.33) and individual resource-related (OR=8.31) factors in the development of severe manifestations of the syndrome.

An index-based approach to assessing work capacity and quality of life has been validated, demonstrating that the concentration of work capacity loss is particularly high among high-risk profiles of healthcare workers (OR=19.29). Furthermore, key organisational barriers to accessing support were identified (the help access index stood at 59.18%), and the decisive role of organisational infrastructure – specifically the presence of specialised services within the institution – in staff engagement with the actual use of support was scientifically proven (OR=43.56).

The scientific and methodological approach to the early detection and prevention of burnout syndrome among healthcare workers has been refined through the integration of screening, index-based monitoring, and organisational and managerial response mechanisms at the healthcare facility level; approaches to improving the organisation of support for healthcare workers through the formalisation of support pathways.

Knowledge regarding current trends in the prevalence and risk profiles of emotional burnout syndrome has been further developed; the relationship between the symptoms of the syndrome and exogenous/endogenous determinants has been studied; and issues concerning the organisation of psychological support for healthcare staff have been addressed.

The theoretical significance of this work lies in its substantial contribution to the theory of social medicine, specifically in terms of refining management approaches to the early detection and prevention of emotional burnout syndrome.

The practical significance of the results obtained lies in the fact that they have become the scientific and methodological basis for the justification, development and implementation in healthcare practice of a model for the early detection and prevention of emotional burnout syndrome among healthcare workers. The direct use of index screening, ‘traffic light’ triage and the

developed risk prediction methodology is proposed for the timely initiation of preventive interventions of varying intensity. This enables the formulation of targeted management decisions at the institutional level (in particular, regarding workload regulation and the reduction of administrative pressure), which significantly enhances the organisational effectiveness of preventive measures and the overall accessibility of care.

Furthermore, the findings of the study have provided a basis for improving preventive and supportive work with staff at the primary, secondary and tertiary levels of healthcare provision. This is achieved by integrating the developed model into the routine processes of healthcare facilities, making primary use of their existing resources, formalising pathways to psychological support, and implementing optimal staff training formats. At the systemic level, the data obtained served as the basis for optimising specialised training programmes at undergraduate and postgraduate levels of medical staff training.

Key words: burnout syndrome; healthcare workers; early detection; prevention; risk factors; occupational stress; access to help; index-based monitoring; organisational interventions; social medicine.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

1. Роль нормативної бази у профілактиці професійного (емоційного) вигорання медичних працівників Іващенко Р.О., Григоров М.М., Медицина сьогодні і завтра ТОМ 94 № 2 (2025), соціальна медицина та охорона громадського здоров'я опубліковано June 30, 2025 98с (Дисертанту належать збір та аналіз і обробка матеріалу, написання статті).

2. Ідентифікація екзогенних та ендогенних факторів ризику синдрому емоційного вигорання у медичних працівників Іващенко Р.О., Григоров М.М., Експериментальна і клінічна медицина ТОМ 94 № 2 (2025), соціальна медицина та охорона громадського здоров'я Опубліковано June

30, 2025 128с (Дисертанту належать збір та аналіз і обробка матеріалу, написання статті).

3. Дослідження освіченості медичних працівників стосовно синдрому емоційного вигорання Іващенко Р.О., Нестеренко В.Г., Актуальні проблеми сучасної медицини Том 25, Випуск 2 (90) 29 травня 2025, 244с (Дисертанту належать збір та аналіз і обробка матеріалу, написання статті).

4. Ivashchenko RO, Ohniev VA. Medico-social substantiation of a model for early detection and prevention of burnout syndrome in healthcare workers. Experimental and Clinical Medicine. 2025;94(4). In press. DOI: 10.35339/ekm.2025.94.4.ivo. (Дисертанту належать збір та аналіз і обробка матеріалу, написання статті).

Праці, які додатково відображають наукові результати дисертації:

5. Prevention of emotional combustion syndrome in medical workers Kharchenko Elina, Ivashchenko Roman, Vlasenko Olga Медицина третього тисячоліття: Збірник тез міжвузівської конференції молодих вчених та студентів (Харків – 20-22 січня 2020р.) Харків, 2019. – 448 с. (Дисертанту належать збір, аналіз матеріалу, написання тез).

6. Пошук нових методів виявлення емоційного вигорання лікарів Іващенко Р. О., Огнєв В. А., Нестеренко В. Г. Перспективи розвитку сучасної профілактичної медицини. Матеріали науково-практичної конференції кафедри гігієни та екології харківського національного медичного університету, Харків, 20 листопада 2024 року. – 21с (Дисертанту належать збір, аналіз матеріалу, написання тез)

7. Професійне вигорання медичних працівників Іващенко Р.О., Власенко О.В., Харченко Е.А Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення: матеріали II науково-практичної конференції з міжнародною участю, 24 жовтня 2019 р. Харків, 2019. 29 с. (Дисертанту належать збір, аналіз матеріалу, написання тез)

Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір:

8. Науковий твір «Анкета виявлення емоційного вигорання у медичних працівників» Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір №111411

9. Літературний письмовий твір наукового характеру «Анкета щодо стану організації психотерапевтичної допомоги та інформованість лікарів про сучасні методи профілактики синдрому емоційного вигорання» Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір №139841

10. Науковий твір «Анкета щодо оцінки впливу нормативних та професійних документів на рівень обізнаності про синдром вигорання» Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір №139883

11. Літературний письмовий твір наукового характеру «Анкета щодо встановлення екзогенних та ендогенних чинників ризику розвитку синдрому емоційного вигорання та обґрунтування ступеню їх впливу» Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір №140126

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	17
ВСТУП.....	19
РОЗДІЛ 1. СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ЗНАЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ. (аналітичний огляд літератури).....	33
1.1. Поширеність та сучасні підходи до вивчення синдрому емоційного вигорання.	34
1.2. Чинники ризику та професійно-психологічні детермінанти емоційного вигорання у медичних працівників різних спеціальностей.....	37
1.3. Дослідження рівня працездатності медичних працівників з ознаками емоційного вигорання: сучасний стан досліджень...	39
1.4. Наукові підходи до раннього виявлення та профілактики синдрому емоційного вигорання.....	42
1.5. Висновки за розділом.....	45
РОЗДІЛ 2. ПРОГРАМА, МАТЕРІАЛИ, ОБСЯГИ ТА МЕТОДИ НАУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ.....	47
РОЗДІЛ 3 ВИВЧЕННЯ ПОШИРЕНOSTІ СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ СЕРЕД МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ м. ХАРКІВ ТА ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ.....	56
3.1. Поширеність синдрому емоційного вигорання у медичних працівників м. Харкова та Харківської області у 2021–2023 роках.....	57
3.2. Вікові та гендерні аспекти поширеності синдрому емоційного вигорання медичних працівників.....	58
3.3. Поширеність синдрому емоційного вигорання серед медичних працівників різних спеціальностей.....	59

3.4. Висновки за розділом.....	62
РОЗДІЛ 4. ОЦІНКА РИЗИКІВ ВИНИКНЕННЯ СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ.....	64
4.1. Визначення факторів ризику та їх ролі в розвитку синдрому емоційного вигорання.....	64
4.2. Методика прогнозування ризику розвитку синдрому емоційного вигорання.....	73
4.3. Висновки за розділом.....	81
РОЗДІЛ 5. РІВЕНЬ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ, У ЯКИХ ВИЯВЛЕНО ОЗНАКИ СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ.....	83
5.1. Вивчення працездатності медичних працівників із ознаками синдрому емоційного вигорання.....	83
5.2. Значення факторів зниження працездатності медичних працівників.....	88
5.3. Висновки за розділом.....	90
РОЗДІЛ 6. СТАН ОРГАНІЗАЦІЇ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА ІНФОРМОВАНІСТЬ ЛІКАРІВ ПРО СУЧАСНІ МЕТОДИ ПРОФІЛАКТИКИ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ.....	92
6.1. Поінформованість медичних працівників щодо синдрому емоційного вигорання та сучасних методів його профілактики.....	93
6.2. Доступність психотерапевтичної допомоги та бар'єри звернення медичних працівників.....	95
6.3. Організаційна профілактика емоційного вигорання, навчальні потреби та інтегральна оцінка спроможності системи.....	97
6.4 Висновки за розділом.....	101
РОЗДІЛ 7. МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ МОДЕЛІ РАНЬОГО ВИЯВЛЕННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ СИНДРОМУ ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ.....	103

7.1. Теоретико-методологічні підґрунтя розробки і наукового обґрунтування оптимізованої моделі раннього виявлення та профілактики синдрому вигорання у медичних працівників...	104
7.2. Експертна оцінка медико-соціальної ефективності впровадження оптимізованої моделі раннього виявлення та профілактики синдрому вигорання у медичних працівників...	116
7.3 Висновки за розділом.....	119
РОЗДІЛ 8. АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ	
ДОСЛІДЖЕННЯ.....	121
ВИСНОВКИ.....	127
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ.....	131
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	136
ДОДАТКИ.....	153

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ

ANOVA – дисперсійний аналіз (англ. Analysis of Variance).

CBI – Копенгагенський інвентар вигорання (англ. Copenhagen Burnout Inventory).

CI/ДІ – довірчий інтервал (англ. Confidence Interval).

COVID-19 – коронавірусна хвороба 2019 року.

EHR – електронна медична документація/електронні медичні записи (англ. Electronic Health Records).

IEV / IEB – індекс емоційного вигорання (0–100%).

IDD / ІДД – індекс доступу до допомоги (0–100%).

ING / ІНГ – індекс навчальної готовності (0–100%).

IP / ІП – індекс підтримки (0–100%).

IPR / ІПР – індекс працездатності (0–100%).

ISN / ІСН – індекс стресового навантаження (0–100%).

IQR – міжквартильний розмах (англ. Interquartile Range).

K–S – критерій Колмогорова–Смірнова (із поправкою Лілієфорса – за контекстом).

MBI – опитувальник вигорання Масlach (англ. Maslach Burnout Inventory).

Me – медіана.

МОН / МОЗ – Міністерство охорони здоров'я України.

NAM – Національна академія медицини США (англ. National Academy of Medicine).

N, n – обсяг вибірки (N – загальна; n – підгрупа).

OLBI – Олденбурзький інвентар вигорання (англ. Oldenburg Burnout Inventory).

OR – відношення шансів (англ. Odds Ratio).

p – p-значення (рівень статистичної значущості).

PMIE – потенційно морально травматичні події (англ. Potentially Morally Injurious Events).

ProQOL – шкала професійної якості життя (англ. Professional Quality of Life).

PWBI – індекс благополуччя лікаря (англ. Physician Well-Being Index).

Q1–Q3 – перший і третій квартилі (міжквартильний інтервал).

r – коефіцієнт кореляції (у тексті використовується як кореляція між показниками).

RR – відносний ризик (англ. Relative Risk).

R^2 – коефіцієнт детермінації (у т.ч. скоригований R^2 – за контекстом).

SD – стандартне відхилення (англ. Standard Deviation).

SF-36 – опитувальник якості життя «Коротка форма-36» (англ. Short Form-36).

SE – стандартна похибка (англ. Standard Error) (за потреби в тексті).

W – критерій Шапіро–Уїлка (англ. Shapiro–Wilk test).

WAI – індекс працездатності (англ. Work Ability Index) (згадується в огляді).

WHO/BOOЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я (англ. World Health Organization).

ЗОЗ – заклад охорони здоров'я.

CEB – синдром емоційного вигорання.

$P \pm m$, % – частота ознаки у відсотках із похибкою (m – стандартна похибка показника).

CV, % – коефіцієнт варіації (відносна варіабельність, %).

α – коефіцієнт еластичності (у регресійному аналізі).

β – стандартизований регресійний коефіцієнт.

Δ – частка впливу фактора/питома вага внеску фактора в сумарному впливі (у твоєму регресійному блоці).

η , % – сила впливу (ета-показник у %, як у таблицях факторів ризику).

«Раунди Шварца» (Schwartz Rounds) – колегіальні рефлексійні зустрічі підтримки персоналу (згадується у рекомендаціях).

ВСТУП

Актуальність теми. Синдром емоційного вигорання (СЕВ) у медичних працівників належить до тривалих, повільно прогресуючих психоемоційних станів, які формуються під впливом професійного середовища та накопичених стресорів і тому є одним із пріоритетних об'єктів профілактики та контролю в системі охорони здоров'я. В умовах триваючої трансформації охорони здоров'я України, що супроводжується підвищенням виробничого навантаження, ускладненням організаційних процесів та зростанням вимог до якості медичної допомоги, явища емоційного виснаження та професійного вигорання набули ознак масштабної медико-соціальної проблеми. Додаткові стресові чинники, пов'язані з пандемією COVID-19, повномасштабними воєнними діями та гуманітарною кризою, різко підсилили негативний вплив на психоемоційний стан працівників охорони здоров'я, зробивши проблему вигорання більш гострою та системною.

СЕВ асоціюється зі зниженням професійної результативності, зростанням частоти медичних помилок, погіршенням якості комунікації з пацієнтами та підвищенням ризику психосоматичних розладів. Найуразливішими є клінічні спеціальності з інтенсивним і тривалим пацієнтським контактом, високою відповідальністю за життя, нічними змінами, високою щільністю прийому та частими етичними дилемами. Попри широку дискусію в науковій і практичній спільноті, в Україні й досі бракує цілісної, стандартизованої моделі раннього виявлення СЕВ та інтегрованої профілактики: у більшості закладів не впроваджено уніфікованих інструментів скринінгу та системних програм емоційної підтримки персоналу. Міжнародний досвід, натомість, демонструє дієвість мультидисциплінарних підходів - від психоосвітніх і тренінгових програм до організаційних змін робочого середовища, що ведуть до зменшення проявів вигорання [1–6].

За даними проведених досліджень, значна частка медичних працівників не отримувала систематизованої інформації про СЕВ у межах післядипломної освіти, а також має труднощі з раннім розпізнаванням власних проявів

вигорання, що відображає недостатній рівень психоемоційної гігієни та профілактичної культури в закладах охорони здоров'я [7]. Наслідки проблеми виходять за межі індивідуального здоров'я: зростає плинність кадрів, знижуються показники якості медичної допомоги, втрачається довіра до закладів, що загрожує стійкості всієї системи. Отже, профілактику та раннє виявлення СЕВ доцільно розглядати як завдання першорядної важливості, а в разі сформованих проявів - як потребу в керованих, організаційно забезпечених втручаннях, здатних впливати не лише на симптоми, а й на умови їх виникнення.

За даними численних вітчизняних і зарубіжних досліджень встановлено зв'язок розвитку СЕВ із низкою чинників професійного середовища та індивідуальної вразливості: інтенсивним навантаженням, порушенням режиму праці та відпочинку, нічними змінами, високою відповідальністю, дефіцитом підтримки, напруженими комунікаціями, хронічним стресом та іншими детермінантами. Проте профілактика СЕВ не може будуватися на фрагментарних уявленнях або лише на індивідуальних рекомендаціях: недостатньо обґрунтованими залишаються кількісна характеристика ендогенних та екзогенних чинників ризику і ступінь їх впливу, а також практичні механізми переведення знань про ризики у реальні управлінські рішення на рівні закладу. Так само потребує подальшого розвитку прогнозування ризику формування СЕВ для окремого працівника та персоналу в цілому, оскільки саме прогнозування задає логіку превентивних дій, пріоритетизації ресурсів і адресності інтервенцій.

Окремого значення набуває оцінка наслідків СЕВ у вимірі рівня працездатності медичних працівників. Працездатність виступає інтегральною характеристикою функціональної спроможності фахівця виконувати професійні обов'язки за умов реального навантаження, зберігаючи точність клінічних рішень, стійкість уваги, витривалість і ефективність взаємодії з пацієнтом. Для медичної практики це має принципове значення, оскільки навіть помірне зниження працездатності може проявлятися у частішанні помилок,

уповільненні темпу роботи, зростанні емоційної реактивності та погіршенні комунікації, що безпосередньо позначається на безпеці пацієнтів і результатах лікування.

Соціальна значущість СЕВ визначається не лише його впливом на стан конкретного працівника, а й наслідками для функціонування закладів охорони здоров'я: накопиченням кадрового дефіциту, зниженням організаційної спроможності та підвищенням ризиків для якості медичної допомоги в періоди пікового навантаження. Відповідно, профілактику СЕВ доцільно розглядати як інструмент збереження людського ресурсу системи та підтримання її стійкості й ефективності.

На сьогоднішній момент залишаються невирішеними такі питання:

- відсутність цілісної, стандартизованої моделі раннього виявлення та профілактики СЕВ у більшості закладів охорони здоров'я;
- недостатня визначеність теоретико-нормативної рамки та меж відповідальності щодо організації профілактики на рівні закладу;
- обмеженість даних, необхідних для кількісного обґрунтування впливу ендогенних і екзогенних чинників ризику та пріоритезації керованих детермінант;
- потреба у валідному вимірюванні функціональних наслідків СЕВ (зокрема працездатності) на індивідуальному та популяційному рівнях;
- дефіцит опису реального стану організації психотерапевтичної/психологічної підтримки, рівня інформованості, бар'єрів звернення та навчальних потреб персоналу;
- відсутність формалізованого маршруту доступу до допомоги, без якого навіть точний скринінг не забезпечує практичного ефекту.

Це визначило актуальність даної роботи.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами

Дисертаційне дослідження виконано в Харківському національному медичному університеті МОЗ України у межах напряму наукової діяльності з соціальної медицини та організації охорони здоров'я, спрямованого на

удосконалення підходів до збереження професійного здоров'я й підвищення якості організації допомоги медичним працівникам та науково-дослідної роботи кафедри сексології, психотерапії та медичної психології Харківського національного медичного університету: Стресостійкість специфічних вразливих груп в умовах соціального стресу (фактори ризику, діагностика, система медико-психологічного супроводу та підтримки), № держреєстрації 0123U104462, термін виконання 2023-2027р.

Мета дослідження

Медико-соціальне обґрунтування, розробки та впровадження моделі раннього виявлення та профілактики синдрому емоційного вигорання у медичних працівників.

Завдання дослідження

1. Проаналізувати інформаційні джерела вітчизняного і зарубіжного досвіду щодо проблеми раннього виявлення та профілактики синдрому емоційного вигорання у медичних працівників.
2. Вивчити динаміку показників поширеності, дотичних до синдрому емоційного вигорання, у медичних працівників м. Харкова та Харківської області за 2021 - 2023 роки.
3. Ідентифікувати детермінанти та обґрунтувати ступінь їх впливу на формування синдрому емоційного вигорання у медичних працівників.
4. Провести ґрунтовний аналіз рівня працездатності медичних працівників з ознаками синдрому емоційного вигорання, та оцінити якість життя медичних працівників на індивідуальному й популяційному рівнях.
5. Дослідити існуючий стан організації психотерапевтичної допомоги та інформованість лікарів щодо сучасних методів профілактики емоційного вигорання.
6. Обґрунтувати, розробити, та впровадити в практику охорони здоров'я модель раннього виявлення та профілактики синдрому емоційного вигорання у медичних працівників.

Наукова база дослідження: КНП ХОР «Обласна дитяча клінічна лікарня», КНП ХОР «Обласна клінічна лікарня», ННМК «Університетська клініка».

Об'єкт дослідження. Існуюча модель раннього виявлення та профілактики синдрому емоційного вигорання у медичних працівників.

Предмет дослідження: поширеність синдрому емоційного вигорання у медичних працівників з урахуванням віку та статі, фактори ризику, що сприяють виникненню синдрому емоційного вигорання, функціональні наслідки СЕВ (зокрема працездатність), рівень працездатності медичних працівників, інформованість медичних працівників щодо сучасних методів профілактики, а також організація психотерапевтичної/психологічної допомоги та профілактичних заходів у закладах охорони здоров'я.

Методи дослідження:

Методологічною основою дисертаційної роботи є системний підхід та аналіз даних. У ході дослідження використано такі методи:

1. Бібліосемантичний – для аналізу та узагальнення вітчизняного і зарубіжного наукового досвіду щодо синдрому емоційного вигорання, його детермінант, наслідків і сучасних профілактичних підходів.
2. Соціологічний – для вивчення чинників (екзогенних і ендогенних), пов'язаних із формуванням ознак СЕВ у медичних працівників, а також для оцінки рівня поінформованості, бар'єрів звернення по допомогу та характеристик організаційного середовища, включно з доступністю підтримки.
3. Медико-статистичний – для збору, систематизації, обробки та кількісної оцінки отриманих емпіричних даних, включно з розрахунком інтегральних показників (індексів) і перевіркою статистичної значущості виявлених зв'язків.
4. Прогнозування – для обґрунтування підходів до прогнозування ризику формування високих проявів синдрому емоційного вигорання та виділення груп підвищеного ризику з метою планування адресних

профілактичних інтервенцій.

5. Концептуальне моделювання – для розробки медико-соціальної моделі раннього виявлення та профілактики СЕВ у медичних працівників із визначенням її структурних компонентів, логіки функціонування та управлінських механізмів впровадження на рівні закладу охорони здоров'я.

6. Експертних оцінок – для оцінки прийнятності, практичної реалізовуваності та перспективної медичної й економічної ефективності розробленої моделі раннього виявлення та профілактики синдрому емоційного вигорання у медичних працівників.

Наукова новизна отриманих результатів полягає в тому, що вперше:

1. Науково обґрунтовано та розроблено модель раннього виявлення та профілактики синдрому емоційного вигорання у медичних працівників, яка поєднує ранній скринінг, «світлофорний» тріаж ризику, маршрутизацію доступу до допомоги та моніторинг результативності через узгоджені інтегральні показники (ІСН, ІП, ІДД та ІЕВ) як інструменти управління ризиком. Підтверджено прийнятність та перспективну ефективність моделі за результатами експертного оцінювання за наступними параметрами: профілактична спрямованість ($8,8 \pm 0,28$), економічна доцільність ($9,1 \pm 0,21$), відповідність сучасному міжнародному досвіду ($9,2 \pm 0,24$), дієвість ($8,9 \pm 0,26$), доступність ($8,2 \pm 0,26$), комплексність ($9,0 \pm 0,27$) та системність ($8,7 \pm 0,25$); окремо підтверджено очікуваний вплив на зменшення частки осіб із високим ризиком/високим ІЕВ ($8,4 \pm 0,2$), підвищення доступності допомоги (ІДД) ($8,2 \pm 0,2$) та зростання поінформованості й навчальної готовності персоналу ($7,7 \pm 0,2$).

2. Сформовано сучасні погляди на систему раннього виявлення та профілактики синдрому емоційного вигорання у медичних працівників та представлено основні напрямки її вдосконалення на всіх рівнях організації охорони здоров'я. Вони реалізуються шляхом раціонального використання

наявних ресурсів закладу, дотримання етичних принципів профілактики, інтеграції скринінгових процедур у рутинні процеси управління персоналом, упровадження індексного моніторингу ключових детермінант (ІСН, ІП, ІДД) та індикатора вигорання (ІЕВ), застосування «світлофорного» тріажу з відсотковою стратифікацією ризику для запуску пакетів інтервенцій різної інтенсивності, формалізації маршруту доступу до допомоги із забезпеченням наявності/досяжності профільних сервісів підтримки, розробки та впровадження адресних освітніх модулів і оптимальних форматів навчання (очні практичні заняття та короткі онлайн-курси тривалістю 1–3 години або 1 день у робочий час), регламентації післячергових відновлювальних процедур і колегіальних рефлексійних зустрічей, зниження керованих організаційних чинників ризику (нормування понаднормових і чергувань, зменшення адміністративного тиску, зниження конфліктних взаємодій з пацієнтами/родичами, мінімізація непрофільного навантаження), а також забезпечення оцінки результативності профілактичних заходів у динаміці з можливістю оперативного коригування управлінських рішень.

3. Проведено комплексне медико-соціологічне дослідження синдрому емоційного вигорання у медичних працівників у закладах охорони здоров'я. Встановлено, що впровадження та апробація розробленої медико-соціальної моделі супроводжувалися позитивною динамікою інтегральних показників, які відображають керованість профілактичного контуру: за результатами послідовних вимірювань у контрольних точках зафіксовано зниження частки медичних працівників, які належали до “червоної зони” (високий ризик за світлофорним тріажем), на 21,2%, а також зростання індексу доступу до допомоги (ІДД) на 30,54%. Паралельно встановлено, що частка персоналу, який реально скористався підтримкою хоча б один раз упродовж періоду спостереження, зросла у 1,5 раза, що свідчить про перехід від формальної наявності ресурсів підтримки до їх практичного використання. Таким чином, отримані результати підтверджують, що індексний моніторинг у зв'язі зі «світлофорним» тріажем і маршрутизацією допомоги дозволяє досягати

вимірюваних змін у системі профілактики синдрому емоційного вигорання на рівні конкретних закладів охорони здоров'я.

4. Досліджено вплив екзогенних та ендогенних чинників ризику на формування ознак синдрому емоційного вигорання у медичних працівників з метою обґрунтування керованих профілактичних заходів на рівні закладу охорони здоров'я. Доведено, що домінуючу роль у багатофакторних моделях відіграють керовані організаційні чинники, для яких зафіксовано найбільші співвідношення шансів: управлінський тиск ($OR=3,77$; $p<0,001$), високі очікування пацієнтів ($OR=3,19$; $p<0,001$), часті понаднормові/чергування ($OR=3,10$; $p<0,001$) та конфлікти з пацієнтами/родичами ($OR=2,49$; $p<0,001$), що підтверджує можливість профілактики синдрому емоційного вигорання через організаційно-управлінські механізми. Серед ендогенних (індивідуально-медичних) детермінант провідним чинником визначено хронічні стани, що знижують працездатність ($OR=4,03$; $p<0,001$). Встановлено, що дефіцит підтримки зберігає самостійний, хоча і менший ефект ($OR=1,47$; $p<0,001$), що обґрунтовує необхідність поєднання управлінських змін із розвитком інфраструктури підтримки та доступу до допомоги в межах закладу. Додатково, за інтегральним індексом емоційного вигорання (IEB, %) у вибірці анкетування ($N=483$) виявлено гендерну тенденцію до більшої вираженості IEB у чоловіків порівняно з жінками: середній IEB у чоловіків становив 50,81%, у жінок - 45,83%, при цьому різниця не досягала статистичної значущості ($p>0,05$). Водночас встановлено міжпрофесійну варіативність індексу емоційного вигорання (IEB) у групах основних лікарських спеціальностей: найвищі середні значення зафіксовано у лікарів-психіатрів - 58,14% та лікарів-онкологів - 53,31%; проміжні рівні характерні для лікарів-анестезіологів - 50,53% і лікарів-терапевтів - 49,65%; нижчі значення відзначено у лікарів-хірургів - 42,71% та лікарів-педіатрів - 38,14%. У віковому розрізі встановлено помітну варіативність індексу емоційного вигорання (IEB, %). Найвищі середні значення IEB зафіксовано у групі до 25 років - $57,98\pm0,59\%$ та у групі 56 років і більше - $55,00\pm0,42\%$.

Найнижчий рівень ІЕВ відзначено серед працівників віком 26–35 років - $44,03 \pm 0,21\%$, тоді як у групах 36–45 років і 46–55 років показники були проміжними - $46,17 \pm 0,53\%$ та $49,90 \pm 0,25\%$ відповідно. Отримані результати свідчать про наявність вікових відмінностей вираженості вигорання, з акцентом на підвищені значення у наймолодшій та старшій вікових підгрупах.

5. На основі комплексного методичного підходу проведено оцінку працездатності та пов'язаних із СЕВ функціональних наслідків у контексті синдрому емоційного вигорання, зокрема з урахуванням профілів ризику, а також обґрунтовано індексно-орієнтований підхід для прогнозування ризику високих проявів СЕВ та планування профілактичних інтервенцій. Встановлено, що втрати працездатності концентруються у високоризикових профілях та у підгрупі з інтенсивним професійним навантаженням, при цьому зафіксовано поєднання помірних середніх значень індикаторів із внутрішньою неоднорідністю ризику: ІСН – $11,81\%$ ($SD=3,27$; $p<0,001$), ІП – $14,32\%$ ($SD=3,46$; $p<0,001$), тоді як частка високоризикового профілю становила $44,61\%$. Порівняльний аналіз профілів ризику показав, що саме у високоризиковому профілі зниження працездатності трапляється значно частіше, ніж у низькоризиковому: $68,18\%$ проти $10,00\%$. Водночас для високоризикового профілю характерна також значно вища поширеність хронічних захворювань, які можуть додатково обмежувати функціональні можливості та посилювати виснаження; отже, зниження працездатності у цій групі слід розглядати як результат поєднання професійно-організаційного навантаження та індивідуально-медичних чинників ($OR=19,29$; $p<0,001$).

6. Вивчено та проаналізовано організацію допомоги й профілактики при синдромі емоційного вигорання у медичних працівників на рівні закладу охорони здоров'я та виявлено ключові недоліки маршруту доступу до підтримки. Встановлено, що середній індекс доступу до допомоги (ІДД) становив $59,18\%$ (95% ДІ: $57,39$ – $60,97$), а «задовільну» доступність засвідчила лише п'ята частина персоналу. Показано, що наявність

спеціалізованих служб у закладі багаторазово підвищує шанси досягти високого ІДД ($OR=43,56$; $p<0,001$) та позитивно пов'язана з навчальною готовністю персоналу ($r=0,379$; $p<0,001$), що обґрунтовує необхідність адресних освітніх модулів і формалізації маршруту допомоги.

7. Адаптовано організаційно-функціональний підхід до створення медико-соціальної моделі раннього виявлення та профілактики синдрому емоційного вигорання у медичних працівників. Розроблено концептуальні принципи профілактики синдрому емоційного вигорання у закладі охорони здоров'я, що включають: своєчасність, поєднання профілактики та підтримки, багаторівневість, мультидисциплінарність, функціональну цілеспрямованість, безперервність і послідовність, спадкоємність, урахування індивідуального ризикового профілю, етичність, а також оцінку ефективності профілактичних заходів за індексною динамікою.

Удосконалено:

– науково-методологічний підхід до раннього виявлення та профілактики синдрому емоційного вигорання у медичних працівників за рахунок інтеграції скринінгу, індексного моніторингу (ІСН, ІП, ІДД, ІНГ, ІЕВ) та організаційно-управлінських механізмів реагування на рівні закладу охорони здоров'я;

– підходи щодо покращення організації допомоги та підтримки медичних працівників із ознаками синдрому емоційного вигорання шляхом формалізації маршруту доступу до допомоги та використання інтегральних показників.

Набули подальшого розвитку:

– знання щодо поширеності та профілів ризику СЕВ у медичних працівників у сучасних умовах, включно з внутрішньою неоднорідністю ризику та концентрацією втрат працездатності у високоризикових підгрупах;

– знання про взаємозв'язок між ознаками СЕВ та екзогенними/ендогенними чинниками ризику, зокрема керованими організаційними детермінантами (управлінський тиск,

понаднормові/чергування, конфлікти з пацієнтами/родичами) і дефіцитом підтримки;

– проблеми організації психотерапевтичної/психологічної допомоги та профілактичних заходів для медичних працівників, включно з бар'єрами звернення по допомогу та чинниками, що обмежують використання наявних ресурсів підтримки.

Теоретичне значення роботи полягає в суттєвому доповненні теорії соціальної медицини та організації охорони здоров'я в частині медико-соціального обґрунтування й удосконалення управлінських підходів до раннього виявлення та профілактики синдрому емоційного вигорання у медичних працівників

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що вони стали підставою для:

– обґрунтування, розробки та впровадження в практику охорони здоров'я моделі раннього виявлення та профілактики синдрому емоційного вигорання у медичних працівників з метою підвищення організаційної ефективності профілактичних заходів і доступності допомоги;

– впровадження в практику індексного скринінгу та ризик-стратифікації (“світлофорного” тріажу) на основі узгоджених інтегральних показників індексу стресового навантаження (ІСН), індексу підтримки (ІП), індексу доступу до допомоги (ІДД), індексу навчальної готовності (ІНГ) та індексу емоційного вигорання (ІЕВ) для своєчасного виділення груп підвищеного ризику та запуску профілактичних інтервенцій різної інтенсивності;

– використання методики прогнозування ризику формування високих проявів синдрому емоційного вигорання у медичних працівників на підставі системного аналізу екзогенних та ендегенних чинників, що дозволяє формувати адресні управлінські рішення (нормування навантаження/чергувань, зниження адміністративного тиску, зменшення конфліктності взаємодії з пацієнтами/родичами, підсилення підтримки);

– удосконалення організації маршруту доступу до допомоги для персоналу шляхом формалізації процедур звернення по підтримку та оцінки її досяжності за інтегральним показником індексом доступу до допомоги (ІДД), а також обґрунтування оптимальних форматів навчання у робочий час (очні практичні заняття та короткі онлайн-курси тривалістю 1–3 години або 1 день);

– удосконалення профілактичної та підтримувальної роботи з медичними працівниками на первинному, вторинному та третинному рівнях надання медичної допомоги шляхом інтеграції моделі у рутинні процеси закладу із переважним використанням наявних організаційних ресурсів;

– оптимізації навчальних програм при підготовці та підвищенні кваліфікації організаторів охорони здоров'я, керівників структурних підрозділів, лікарів різних спеціальностей і психологічних служб щодо профілактики СЕВ, організації доступу до допомоги та застосування індексного моніторингу в управлінській практиці.

Впровадження результатів дослідження здійснено:

а) на галузевому рівні при підготовці:

– Науковий твір «Анкета виявлення емоційного вигорання у медичних працівників» Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір №111411

– Літературний письмовий твір наукового характеру «Анкета щодо стану організації психотерапевтичної допомоги та інформованість лікарів про сучасні методи профілактики синдрому емоційного вигорання» Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір №139841

– Науковий твір «Анкета щодо оцінки впливу нормативних та професійних документів на рівень обізнаності про синдром вигорання» Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір №139883

– Літературний письмовий твір наукового характеру «Анкета щодо встановлення екзогенних та ендогенних чинників ризику розвитку синдрому

емоційного вигорання та обґрунтування ступеню їх впливу» Свідectво про реєстрацію авторського права на твір №140126

б) на регіональному та локальному рівні:

Результати дисертаційного дослідження впроваджено в навчальний процес та науково-дослідну роботу кафедри Громадського здоров'я та управління охороною здоров'я ХНМУ, кафедри гігієни та екології ХНМУ, кафедри епідеміології ХНМУ. Результати дослідження впроваджено в теоретичну підготовку та практичну роботу працівників Філії «Університетська лікарня» ХНМУ, КНП «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Люботинської міської ради Харківської області.

– Акти впровадження у кількості - 18

Особистий внесок здобувача. Автором було сформульовано мету та завдання дослідження, здійснено аналіз сучасної вітчизняної та світової літератури, розроблено програму та методологію дослідження, розроблено відповідні анкети та здійснено збір даних. Автор виконав епідеміологічне і медико-соціологічне дослідження щодо раннього виявлення та профілактики синдрому вигорання у медичних працівників.

Дисертантом проведено статистичну обробку отриманих даних, їх систематизацію, аналіз отриманих результатів та їх інтерпретацію, розроблено оптимізовану модель раннього виявлення та профілактики синдрому вигорання у медичних працівників, сформульовано висновки, що знайшло відображення в опублікованих наукових працях за темою дисертації.

Апробація результатів дисертації.

– на міжнародному рівні – на II науково-практичній конференції з міжнародною участю «Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення» 24 жовтня 2019 року, м. Харків, на VII науково-практичній конференції з міжнародною участю «Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення» 30 жовтня 2024 року, м. Харків; на VIII науково-практичній конференції з міжнародною участю «Громадське

здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення» 30 жовтня 2025 року, м. Харків;

– на регіональному рівні – на науково-практичній конференції кафедри гігієни та екології харківського національного медичного університету, 20 листопада 2024 року, м. Харків.

Публікації. За матеріалами дисертації опубліковано 11 наукових робіт, у тому числі 4 статті у фахових виданнях, регламентованих МОН України (з них: 3 в журналах, що входить до наукометричних баз), 4 роботи – у матеріалах наукових конференцій, 4 свідоцтва про реєстрацію авторського права на твір.

Обсяг та структура дисертації. Дисертація викладена на 197 сторінках; включає анотацію, вступ, аналітичний огляд наукової літератури, програму дослідження та п'ять розділів власних досліджень з аналізом отриманих даних, аналіз та узагальнення результатів дослідження, висновки, практичні рекомендації, 5 додатків; містить 14 таблиць та 8 рисунків. Список використаних джерел літератури складається з 173 найменувань.

РОЗДІЛ 1.

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ЗНАЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

(аналітичний огляд літератури)

За офіційною позицією Всесвітньої організації охорони здоров'я синдром емоційного вигорання (СЕВ) класифікується як професійний феномен, що виникає внаслідок хронічного робочого стресу, котрий не вдається ефективно подолати [7]. В умовах глобальних змін у системах охорони здоров'я, дефіциту ресурсів і кадрів та паралельного зростання виробничого навантаження масштаби цього явища набувають критичного характеру. За міжнародними оцінками, клінічно значущі прояви вигорання фіксують більш як у половині лікарів світу [8-10].

Конвергенція даних із вітчизняних і зарубіжних джерел свідчить, що СЕВ не обмежується індивідуальним дискомфортом працівника, а має прямі наслідки для функціонування медичної системи. Його асоційовано з падінням якості медичної допомоги, збільшенням частоти лікарських помилок, редукцією емпатії у взаємодії з пацієнтом, а також підвищеними ризиками депресивної та тривожної симптоматики й суїцидальної поведінки серед медичних працівників [11,12]. Європейські опитування додатково підкреслюють масштаб проблеми: до 70% медичних сестер і 45% лікарів повідомляють про емоційне виснаження, деперсоналізацію та зниження відчуття професійної ефективності [34,14].

Водночас накопичена доказова база демонструє, що системні підходи до раннього виявлення та профілактики здатні впливати на поширеність СЕВ. Так, у скандинавських країнах, де психологічну підтримку інституціоналізовано на рівні лікарень, частота випадків вигорання зменшилася на третину [9]. У Сполучених Штатах Америки рутинні скринінги та менторські програми для контингентів із високим емоційним навантаженням, насамперед у

реанімаційно-анестезіологічних, онкологічних і психіатричних підрозділах, стали стандартною практикою менеджменту персоналу [66,11].

В українському контексті, попри усвідомлення проблеми, інституційна увага до СЕВ залишається недостатньою: чинні механізми охорони праці та психогігієни переважно не враховують професійні ризики СЕВ, відсутні уніфіковані процедури оцінки психоемоційного стану персоналу, а профілактичні заходи мають фрагментарний, локальний характер [45]. Додатковою перепорою виступає стигматизація звернення по психологічну допомогу: узагальнення 35 досліджень показало, що лише кожен десятий лікар із вираженими симптомами СЕВ фактично звертається до фахівця [68]. Разом із тим наявні моделі втручання - когнітивно-поведінкові програми, групи підтримки та структуровані профілактичні заходи на робочому місці - демонструють переконливе зменшення інтенсивності симптомів [72,110,144]. Досвід Ізраїлю, Нідерландів і Канади підтверджує, що міждисциплінарна інституційна підтримка, регулярний моніторинг психологічного стану та безпечний емоційний клімат у закладі одночасно зміцнюють здоров'я персоналу і підвищують ефективність усієї системи [23,24].

Сукупність наведених даних окреслює СЕВ як глобальну медико-соціальну проблему, що потребує не разових, а системних рішень.

1.1. Поширеність та сучасні підходи до вивчення синдрому емоційного вигорання (світовий досвід)

Термін *burnout* увійшов у науковий обіг завдяки Г. Фрейденбергеру (1974), який описав виснаження працівників допоміжних професій і клінік [25]. Подальший розвиток концепції пов'язаний із працями К. Масlach, котра запропонувала тривимірну модель, що включає емоційне виснаження, деперсоналізацію/цинізм та редукцію професійних досягнень [26]. Відповідно до цієї рамки було створено *Maslach Burnout Inventory (MBI)* - один із найуживаніших і добре валідизованих інструментів для професій «людських

сервісів», у тому числі для медичних працівників [27]. Поряд із MBI у міжнародних дослідженнях застосовують і альтернативні підходи (зокрема Copenhagen Burnout Inventory, ProQOL), що, з одного боку, розширює інструментарій, а з іншого - ускладнює прямі порівняння показників між країнами та вибірками [28,29].

Поширеність СЕВ у світі є високою, проте оцінки суттєво варіюють залежно від методології та контексту. Так, у національних опитуваннях лікарів США частка респондентів із принаймні одним проявом вигорання (за доменами емоційного виснаження та деперсоналізації MBI) становила 62,8% у 2021 році порівняно з 38,2% у 2020 році [136]. Європейський узагальнювальний аналіз демонструє ще виразніше методологічне «розходження» оцінок: у систематичному огляді та метааналізі досліджень серед лікарів країн Європи (до 41 країни) показано, що залежно від того, чи застосовується тривимірне, двовимірне або одновимірне визначення за MBI, об'єднана поширеність вигорання становить відповідно 7,7%, 19,7% або 43,2%, а розкид між окремими дослідженнями коливається від 2,5% до 72,0% [52]. Отже, саме спосіб операціоналізації та пороги інтерпретації визначають «висоту» епідеміологічних оцінок і потребують стандартизації в межах професійної спільноти.

Показовими є дані на рівні окремих країн та професійних контингентів. За результатами національного опитування лікарів у підготовці у Великій Британії (NTS, 2022), 39% молодших лікарів повідомили про вигорання «у високому або дуже високому ступені» через роботу [138]. В українських умовах, за даними дослідження серед онкологів м. Харків, поширеність проявів, пов'язаних із вигоранням, також залишається значною: симптоми вигорання відзначали 43,2% респондентів, а сумарний показник (наявність симптомів та/або відповідність критеріям ризику) становив 45,9% [139]. У вибірці медичних сестер стаціонарів (Чернігівська та Тернопільська області) в умовах війни встановлено поширеність синдрому професійного вигорання на рівні 38,2%, при цьому найбільш вираженими були емоційне виснаження

(42,6%) та деперсоналізація (35,3%), а редукція професійних досягнень відзначалась у 23,5% [140]. Додатково звертають увагу результати серед лікарів-інтернів у воєнний період: 51,6% (інтерни з психіатрії) та 56,3% (інтерни з педіатрії) повідомили про симптоми депресії та синдрому вигорання; водночас значна частка респондентів прямо вказувала на вплив війни на психологічний стан (67,7% та 96,9% відповідно) [141]. Наведені дані підтверджують, що в Україні СЕВ формується на тлі комбінованої дії професійних і зовнішніх (соціальних, безпекових) стресорів, а його поширеність є відчутною як у лікарських, так і в сестринських контингентах.

Попри різницю числових оцінок, міжнародні джерела демонструють узгоджений профіль «зон підвищеного ризику». Найвищі показники частіше реєструють у спеціальностях, де поєднуються висока інтенсивність стресорів, дефіцит часу та частота критичних рішень: анестезіологія та інтенсивна терапія, екстрена допомога, онкологія, психіатрія, первинна ланка [32,33]. Водночас відмінності між країнами й навіть між окремими закладами нерідко пояснюються організаційними деталями: навантаженням, кадровою укомплектованістю, культурою безпеки, якістю командної взаємодії, доступом до підтримки та стилем лідерства [88].

Сучасні дослідження дедалі рідше обмежуються лише сумарним балом за шкалою. Методологічний фокус зміщується до поєднання вимірювання доменів вигорання (МВІ або альтернативні інструменти) з оцінкою контекстуальних факторів - автономії, адміністративного тиску, організації змін і перерв, командної підтримки, «паперового» навантаження - а також показників благополуччя чи якості життя [28,29]. Такий підхід дозволяє переходити від опису явища до пояснення механізмів і формування більш адресних управлінських рішень, а також підсилює вимогу до зіставності показників і прозорості порогів інтерпретації.

Узагальнюючи, світовий досвід переконливо свідчить: синдром емоційного вигорання є поширеним феноменом професійної діяльності в медицині, а варіабельність оцінок значною мірою зумовлена відмінностями у

визначеннях, інструментах вимірювання та методології. Відповідно, стандартизація підходів до операціоналізації вигорання та використання валідизованих інструментів є ключовими умовами для коректного епідеміологічного порівняння та подальшого обґрунтування ефективних профілактичних і управлінських інтервенцій [28,29,137].

1.2 Чинники ризику та професійно-психологічні детермінанти емоційного вигорання у медичних працівників різних спеціальностей

Емоційне вигорання медичних працівників не виникає раптово - воно формується поступово як відповідь на тривалий дисбаланс між інтенсивністю професійних вимог і доступними ресурсами відновлення. У практиці охорони здоров'я цей дисбаланс майже завжди має багаторівневу природу: професійну (характер клінічних задач), організаційну (як саме побудована робота й керування), індивідуально-психологічну (способи переживання та подолання стресу) і соціальну (зовнішні кризи, суспільні очікування, безпекове середовище). Саме поєднання чинників - а не «одна причина» - створює кумулятивне навантаження, що виснажує саморегуляцію, знижує відновлюваність і з часом трансформується у стійкі прояви емоційного виснаження, ментальної дистанції/цинізму та зниження професійної ефективності.

Найбільш «прикладними» для управління є модифіковані професійно-організаційні ризики. Узагальнення міжнародних даних показує, що вигорання найбільш щільно пов'язане з високим рівнем робочого стресу та несприятливими умовами праці. Так, у глобальному систематичному огляді та метааналізі професійних (occupational) факторів ризику для вигорання серед медичних працівників продемонстровано суттєве зростання шансів вигорання при високому робочому стресі (приблизно у 4 рази; OR 4,21; 95% CI 3,21–5,52), а також виразний зв'язок вигорання з низькою задоволеністю роботою (OR 5,05; 95% CI 2,84–8,98). Окремо підкреслено роль токсичного соціального

середовища - зокрема, наявність булінгу/цькування на робочому місці асоціювалася зі значним зростанням шансів вигорання (у різних включених дослідженнях OR у межах 4,05–15,01), що робить «емоційну безпеку колективу» не абстракцією, а вимірюваним фактором ризику [3].

Організаційні детермінанти проявляються не лише через формальні показники навантаження, а й через «повсякденну механіку» роботи: як плануються зміни, наскільки частими є переривання, як вирішуються міжвідділові конфлікти, чи відчуває працівник підтримку керівництва. У якісному дослідженні серед лікарів загальної внутрішньої медицини та лікарів відділень невідкладної допомоги як найбільш типові організаційні драйвери вигорання виділялися: важке навантаження та проблеми з графіками, часті переривання, міждепартаментні конфлікти та відчуття знецінення з боку лідерства; серед потенційно дієвих управлінських відповідей автори прямо називають покращення комунікації й посилення служб підтримки персоналу [41].

Окремим сучасним шаром ризиків є моральний дистрес/моральна травматизація (*moral injury*) - ситуації, коли працівник змушений діяти всупереч професійним цінностям або бачить неможливість «зробити правильно» через системні обмеження. У національно репрезентативній вибірці працівників охорони здоров'я США повідомлялося, що приблизно половина респондентів мала досвід потенційно морально травматичних подій на роботі (PMIE - близько 50,1%), і така експозиція асоціювалася з підвищеним ризиком вигорання (RR 1,38; 95% CI 1,28–1,49) та ризиком звільнення/намірів залишити роботу (RR 1,30; 95% CI 1,18–1,44). Це підкреслює: у частини спеціальностей та умов праці «ядром» вигорання стає не лише перевтома, а переживання несправедливості, безсилля і ціннісного конфлікту [143].

Професійні (клінічні) чинники ризику у медицині мають характер «високої ставки»: відповідальність за життя, дефіцит часу, невизначеність і часті критичні рішення, контакт із болем, смертю, агресією або тривалим стражданням. Саме тому ризики нерівномірно розподіляються між

спеціальностями: де більше інтенсивних чергувань, ургентності та морального дистресу - там швидше виснажується ресурс відновлення. Водночас навіть у найбільш «стресових» службах вигорання не є фатальним наслідком професії: воно прискорюється або гальмується організаційними умовами - доступністю підтримки, справедливістю розподілу навантаження, передбачуваністю графіків, культурою взаємодії та безпекою звернення по допомогу.

Індивідуально-психологічні детермінанти, як правило, не «створюють» вигорання самі по собі, але впливають на вразливість і траєкторію розвитку симптомів у певному робочому контексті. Підвищений ризик частіше формується при поєднанні високої емпатійності з хронічною експозицією до страждання, перфекціонізму з низьким контролем над процесами, ригідних копінг-стратегій із дефіцитом сну та відновлення. На ранніх етапах кар'єри додається фактор «постійного доведення компетентності», у зрілих - кумуляція відповідальності й управлінських/наставницьких ролей. У цьому сенсі ключова практична ідея полягає в тому, що профілактика має бути спрямована не лише на «підвищення стресостійкості» працівника, а й на керовані зміни середовища: зменшення токсичних взаємодій (булінг), зниження хронічного робочого стресу, підсилення підтримки, ясності ролей, справедливості та захищених можливостей відновлення.

1.3. Дослідження рівня працездатності медичних працівників з ознаками емоційного вигорання

Працездатність медичного працівника в контексті синдрому емоційного вигорання (СЕВ) доцільно розглядати не лише як «можливість бути на робочому місці», а як здатність стабільно виконувати професійні завдання з належною якістю, безпечністю та прийнятним рівнем ресурсних витрат. Саме тому в міжнародних дослідженнях поряд із психометричними шкалами вигорання активно застосовують показники, що віддзеркалюють реальну функціональну спроможність персоналу: самозвітувані втрати продуктивності,

презентеїзм (робота «через виснаження» зі зниженою ефективністю), незаплановані пропуски змін, наміри залишити роботу/професію, зменшення обсягу клінічної зайнятості, а також інтегральні індекси працездатності (зокрема Work Ability Index, WAI).

Найбільш переконливі узагальнення свідчать, що СЕВ має прямий зв'язок із продуктивністю та утриманням кадрів. У систематичному огляді та метааналізі, присвяченому лікарям, вигорання асоціювалося зі статистично значущим зростанням імовірності втрати продуктивності (узагальнене $OR=1,82$) та намірів звільнення/відходу від роботи (узагальнене $OR=3,10$), що підкреслює: «працездатність» у випадку СЕВ знижується не абстрактно, а вимірювано - через поведінкові та організаційні наслідки [142]. На макрорівні ці ефекти мають економічно відчутний вимір: у США оцінили, що сукупні витрати, пов'язані з вигоранням лікарів (через плінність кадрів і скорочення клінічних годин), становлять близько 4,6 млрд дол. на рік, або орієнтовно ≈ 7600 дол. на одного лікаря на рік [143]. Такі оцінки важливі методологічно: вони переносять проблему з площини «індивідуального самопочуття» у площину керованих втрат системи - часу, якості, грошей і людського ресурсу.

На рівні повсякденного функціонування закладів охорони здоров'я працездатність «просідає» у двох типових режимах. Перший - абсентеїзм, коли виснаження перетворюється на незаплановані пропуски змін. У когорті медичних працівників під час пандемії COVID-19 показано позитивну асоціацію між рівнем вигорання (Oldenburg Burnout Inventory, OLBI) та незапланованим абсентеїзмом: зі зростанням сумарного балу OLBI зростала імовірність повідомляти про незаплановану відсутність на роботі ($OR=1,04$ на кожен бал OLBI) [41]. Другий режим - презентеїзм, коли працівник формально присутній, але працює на межі виснаження, із падінням концентрації та темпу. У дослідженні серед лікарів (Китай) вигорання було статистично пов'язане з презентеїзмом: зокрема, середній рівень емоційного виснаження підвищував шанси презентеїзму ($OR=1,83$), а високий рівень «цинізму/деперсоналізації» - ще більшою мірою ($OR=2,421$) [53]. Для системи це принципово: презентеїзм

створює прихований «дефіцит працездатності», який не видно в таблиці, але він проявляється в якості виконання процесів і накопиченні помилок.

Окремим інструментальним напрямом є оцінка працездатності через індекси work ability. Work Ability Index (WAI) розглядають як один із найпоширеніших засобів самооцінки працездатності в охороні праці; його застосовують для того, щоб відстежувати, наскільки працівник здатен відповідати вимогам роботи з урахуванням здоров'я, функціональних можливостей і психічних ресурсів [79]. У вибірках працівників медичної сфери психічні порушення та психоемоційні проблеми демонстрували найбільший негативний внесок у працездатність, що узгоджується з логікою СЕВ як професійного феномену, який «б'є» насамперед по енергетичному та когнітивно-емоційному контуру діяльності [79]. У дослідженнях серед працівників довготривалої допомоги показано, що емоційне виснаження має виразний негативний зв'язок із працездатністю, причому в умовах домашнього догляду цей зв'язок був статистично значущим ($\beta = -0,58$) [51]. Додатково продемонстровано, що вигорання в поєднанні з порушеннями сну різко підсилює ризик зниження працездатності: у персоналу біобезпечних лабораторій наявність вигорання підвищувала ризик «поганої/середньої» працездатності ($OR = 3,301$), а комбінація «вигорання + порушення сну» - до $OR = 21,430$ [65]. Хоча ці контингенти відрізняються від клінічних підрозділів, сама закономірність є методологічно важливою: працездатність при СЕВ знижується не ізольовано, а в «пучку» взаємопідсилювальних факторів (виснаження, сон, хронічні стани, стаж, навантаження), що має бути враховано при побудові моделей раннього виявлення та профілактики.

Таким чином, сучасний масив інформації дозволяє говорити про працездатність як про один із найбільш «прикладних» вимірів СЕВ: вигорання статистично пов'язане з втратами продуктивності, презентеїзмом, незапланованим абсентеїзмом, намірами звільнення та зниженням інтегральної work ability. Для практики охорони здоров'я це означає, що моніторинг СЕВ доцільно доповнювати вимірюванням працездатності (WAI/спрощені скринінги

work ability) і показниками організаційної поведінки (абсентеїзм, презентеїзм, плинність кадрів), адже саме вони відображають «ціну» вигорання для системи та формують точки прикладання управлінських інтервенцій.

1.4. Наукові підходи до раннього виявлення та профілактики синдрому емоційного вигорання

Сучасна доказова парадигма розглядає раннє виявлення та профілактику синдрому емоційного вигорання (СЕВ) як безперервний управлінсько-клінічний цикл: вимірювання → інтервенції → повторне вимірювання з корекцією рішень під конкретний підрозділ і контекст. Така логіка є принципово важливою, оскільки сам феномен вигорання має багатфакторну природу й формується на перетині індивідуальних ресурсів, організаційного середовища та професійної культури; отже, найбільш результативними вважаються підходи, що поєднують інструменти моніторингу з багаторівневими профілактичними програмами, орієнтованими не лише на «витривалість» працівника, а й на модифікацію робочих детермінант. У цьому сенсі провідні міжнародні ініціативи підкреслюють: вимірювання благополуччя персоналу є не формальністю, а ключовою організаційною стратегією, яка дозволяє обґрунтовано планувати, адресно впроваджувати й оцінювати ефективність заходів підтримки. [154,157].

Раннє виявлення (скринінг і моніторинг) у сучасних моделях базується на використанні валідованих інструментів оцінки вигорання та пов'язаних із ним вимірів благополуччя. На рівні закладу доцільним є застосування стандартизованих опитувальників із чіткими правилами інтерпретації, що забезпечує порівнюваність у динаміці (до/після втручань) та між підрозділами. Узагальнювальні методичні матеріали Національної академії медицини США (NAM) систематизують низку валідованих інструментів для вимірювання вигорання та споріднених параметрів (залученість, професійна задоволеність тощо), наголошуючи на практичній доцільності регулярних вимірювань із

подальшим плануванням інтервенцій. [154]. Для швидкого первинного «ситуативного» скринінгу особливу цінність мають короткі шкали, які дозволяють ідентифікувати групи підвищеного дистресу та потреби в додаткових ресурсах; зокрема продемонстровано конструктивну валідність Physician Well-Being Index для виявлення резидентів/інтернів, які можуть потребувати підтримки, що підсилює аргумент на користь інтеграції коротких скринінгових інструментів у рутинний моніторинг підготовки кадрів. [28]. Практично важливо, що у світових підходах «скринінг» не обмежують реєстрацією балів: результати інтерпретують у зв'язці з характеристиками робочого середовища (навантаження, організація змін і перерв, документування, командна взаємодія, доступ до підтримки), щоб відразу транслювати дані у конкретні управлінські рішення.

У структурі профілактики СЕВ у медичних працівників виділяють щонайменше три взаємопов'язані рівні: первинний (зменшення експозиції до хронічних стресорів і формування «здорового» середовища), вторинний (раннє виявлення ризику та швидкі адресні втручання) і третинний (підтримка працівників із уже сформованими проявами, включно з маршрутизацією до фахової допомоги). З позицій доказової медицини ключовим висновком є те, що «точка прикладання» інтервенцій суттєво впливає на результат: систематичний огляд і метааналіз контрольованих інтервенцій у лікарів показав загалом невеликий, але статистично значущий ефект зниження вигорання; водночас організаційно-спрямовані втручання демонстрували більший ефект порівняно з індивідуально-спрямованими, що підтримує концепцію вигорання як проблеми не лише «особистої стійкості», а й організації праці. [149]. Подальший огляд рандомізованих досліджень також підтверджує наявність статистично значущих змін у деяких доменах вигорання, однак підкреслює, що середні величини ефекту часто є малими та гетерогенними, а отже потребують кращого розуміння причин і точнішого дизайну програм. [49]. У резидентів/інтернів метааналітичні дані свідчать про невеликі поліпшення за емоційним виснаженням і деперсоналізацією для індивідуальних інтервенцій,

тоді як організаційні втручання в сукупному аналізі не завжди демонструють статистично значущі зміни, що може відображати як методологічні обмеження досліджень, так і специфіку навчального контексту та обмежену «керованість» навантаження на рівні окремих програм. [67]. Таким чином, профілактика СЕВ потребує не «універсального рецепта», а комбінування інструментів із урахуванням того, хто є цільовою групою (лікарі, сестринський персонал, інтерни), де працює (первинка/стаціонар/інтенсивна терапія), і які чинники домінують у конкретному підрозділі.

Організаційно-структурні інтервенції у сучасній літературі охоплюють оптимізацію процесів, командну організацію праці, перерозподіл ролей, корекцію графіків і зменшення «клерикального» навантаження, зокрема пов'язаного з електронною документацією. Систематичний огляд організаційно-спрямованих втручань у лікарів показав, що значна частина досліджень повідомляла про поліпшення показників вигорання/стресу/задоволеності працею; найбільш виразні переваги описані для змін, що покращують робочі процеси, підтримують командну модель та зменшують тягар документування (наприклад, через залучення помічників/скрайбів або раціоналізацію процесів роботи з EHR), водночас невдалі технологічні зміни можуть, навпаки, погіршувати стан персоналу. [22]. Разом із тим, новітній систематичний огляд організаційно-спрямованих інтервенцій для різних категорій медичних працівників демонструє широку варіабельність ефектів і загалом низьку визначеність доказів, що підкреслює необхідність попередньої оцінки потреб, чіткого опису інтервенції, узгоджених «ядрових» кінцевих точок і обов'язкового врахування локального контексту під час впровадження. [10]. Отже, організаційні рішення можуть бути потужними, але за умов доказового дизайну, достатньої якості реалізації та коректної оцінки результату.

Індивідуально-орієнтовані інтервенції (навчання навичкам стрес-менеджменту, коучинг, психологічні програми) розглядаються як важливий компонент вторинної профілактики та підтримки персоналу, проте, за даними

метааналізів, середній ефект часто є помірним або малим і не замінює потреби в організаційних змінах. [149,150,152]. Практична цінність індивідуальних програм полягає у швидкості впровадження, відносній стандартизованості та можливості адресного застосування для груп ризику (наприклад, під час пікових навантажень або в підрозділах із високою емоційною експозицією). Водночас їх ефективність суттєво зростає, коли вони інтегровані в ширшу архітектуру підтримки: доступні маршрути звернення, захищені часові «вікна» для участі в програмі, конфіденційність, некарний характер допомоги та підтримка з боку керівництва.

Окремий напрям сучасних підходів - концептуальні моделі, які структурують детермінанти благополуччя й допомагають закладу перейти від фрагментарних заходів до системної програми. Емпірична оцінка Stanford Model of Occupational Well-Being демонструє, що ключові домени (культура благополуччя, ефективність робочого середовища та індивідуальні фактори) мають відчутні зв'язки з вигоранням і професійним благополуччям; сумарно доменні показники пояснювали значну частку варіативності результатів, що підсилює практичний висновок: сталий ефект досягається не окремою «акцією», а комплексом рішень у кількох доменах одночасно. [9]. У підсумку, сучасні наукові підходи до раннього виявлення та профілактики СЕВ у медичних працівників спираються на: регулярний моніторинг валідованими інструментами; пріоритезацію організаційно-спрямованих змін як базової лінії профілактики; адресні індивідуальні програми для груп ризику; інтеграцію профілактики в управління якістю та кадрову політику; оцінку результативності через повторні вимірювання та корекцію інтервенцій за даними моніторингу. [149-157].

Висновки за розділом

Таким чином, у розділі 1 узагальнено сучасні наукові уявлення про синдром емоційного вигорання як медико-соціальну проблему у сфері охорони здоров'я. Показано, що вигорання є поширеним професійним феноменом із чітко окресленими компонентами та можливістю стандартизованого

вимірювання валідованими інструментами, однак рівні його поширеності в літературі суттєво варіюють через відмінності у визначеннях, операціоналізації та порогах інтерпретації, що підкреслює потребу методичної зіставності.

Встановлено, що поле ризику формування СЕВ має багаторівневий характер і зумовлюється поєднаною дією професійних, організаційно-системних, індивідуально-психологічних і соціальних чинників, які взаємно підсилюють одне одного. Акцентовано, що саме організація праці (навантаження, кадрова укомплектованість, бюрократичний тиск, передбачуваність графіків, культура взаємодії, доступність підтримки та стиль лідерства) є керованим контуром, здатним суттєво впливати на траєкторію виснаження, а інтенсивність психоемоційних ризиків має спеціальність-зумовлені відмінності.

Окремо обґрунтовано, що практично значущим проявом СЕВ є зниження працездатності, яке реалізується як через «видимі» наслідки (абсентеїзм, плінність кадрів, скорочення клінічної активності), так і через «приховані» втрати (презентеїзм, падіння продуктивності та функціональної спроможності). Узагальнення інформації також підтвердило доцільність раннього виявлення і профілактики за логікою безперервного циклу моніторингу та інтервенцій, де найрезультативнішими є багаторівневі програми, що поєднують організаційні зміни із адресною індивідуальною підтримкою й навчанням персоналу. Сформована рамка розділу 1 слугує теоретичною основою для подальших емпіричних етапів дисертації та обґрунтування моделі раннього виявлення й профілактики СЕВ у медичних працівників.

РОЗДІЛ 2.

ПРОГРАМА, МАТЕРІАЛИ, ОБСЯГИ ТА МЕТОДИ НАУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Досягнення мети наукового дослідження потребувало розробки спеціальної програми, обрання бази дослідження та визначення періоду та методики її проведення. Дослідження складалося з шести етапів. Кожний етап включав певні задачі, які необхідно було розв'язати визначеними методами. Така багаторівнева структура дала змогу отримати достовірну інформацію та досягти поставленої мети.

У ході дослідження використано такі методи:

1. Бібліосемантичний – для аналізу та узагальнення вітчизняного і зарубіжного наукового досвіду щодо синдрому емоційного вигорання, його детермінант, наслідків і сучасних профілактичних підходів.

2. Соціологічний – для вивчення чинників (екзогенних і ендогенних), пов'язаних із формуванням ознак СЕВ у медичних працівників, а також для оцінки рівня поінформованості, бар'єрів звернення по допомогу та характеристик організаційного середовища, включно з доступністю підтримки.

3. Медико-статистичний – для збору, систематизації, обробки та кількісної оцінки отриманих емпіричних даних, включно з розрахунком інтегральних показників (індексів) і перевіркою статистичної значущості виявлених зв'язків.

4. Прогнозування – для обґрунтування підходів до прогнозування ризику формування високих проявів синдрому емоційного вигорання та виділення груп підвищеного ризику з метою планування адресних профілактичних інтервенцій.

5. Концептуальне моделювання – для розробки медико-соціальної моделі раннього виявлення та профілактики СЕВ у медичних працівників із визначенням її структурних компонентів, логіки функціонування та управлінських механізмів впровадження на рівні закладу охорони здоров'я.

6. Експертних оцінок – для оцінки прийнятності, практичної реалізованості та перспективної медичної й економічної ефективності

розробленої моделі раннього виявлення та профілактики синдрому емоційного вигорання у медичних працівників.

Методи дослідження	Етапи дослідження
1. Бібліосемантичний	I-
2. Соціологічний	III-V
3. Статистичний	II-V
4. Прогнозування	III, IV
5. Моделювання	IV, VI
6. Експертних оцінок	VI

Рис. 2.1 Методичний апарат дослідження

Перший етап дослідження включав у себе вибір напрямку, формування мети, завдань, програми, а також обґрунтування методів та обсягу дослідження. Було проаналізовано 172 інформаційні ресурси щодо поширеності синдрому емоційного вигорання, факторів ризику виникнення даного стану, стану організації медичної допомоги медичним працівникам, які мають ознаки емоційного вигорання. Особлива увага була направлена на вивчення працездатності медичних працівників з ознаками СЕВ.

Також було проведено аналіз та оцінку нормативно-правових аспектів проблеми синдрому емоційного вигорання серед медичних працівників на основі вивчення діючих в Україні Законів, Указів Президента України, Постанов, розпоряджень Кабінету Міністрів України, Наказів МОЗ України.

Закладами охорони здоров'я в яких проводилося дослідження, були КНП ХОР «Обласна дитяча клінічна лікарня», КНП ХОР «Обласна клінічна лікарня», ННМК «Університетська клініка». Визначено часові межі проведення дослідження – 2021-2023 рік.



Рис. 2.2 Програма, матеріали та обсяги дослідження

Другий етап дослідження передбачав вивчення поширеності синдрому емоційного вигорання у медичних працівників м. Харкова та районів Харківської області з розподілом за статтю за період 2021-2023 рр. Вивчення поширеності проводилось одномоментним суцільним методом шляхом використання інструментарію авторських анкет-опитувальників («Анкета щодо поінформованості медичних працівників про проблему синдрому емоційного вигорання», «Анкета щодо оцінки впливу нормативних та професійних документів на рівень обізнаності про синдром вигорання», «Анкета щодо стану організації психотерапевтичної допомоги та інформованість лікарів про сучасні методи профілактики синдрому емоційного вигорання»).

Третій етап дослідження складався з проведення соціологічного опитування та подальшого аналізу детермінант, що впливають на формування ознак СЕВ у медичних працівників. З метою реалізації соціологічного дослідження було розроблено «Анкету щодо встановлення екзогенних та ендогенних чинників ризику розвитку синдрому емоційного вигорання та обґрунтування ступеню їх впливу». Анкетування проводилось анонімно, за письмової інформованої згоди респондентів у закладах охорони здоров'я м. Харків та Харківської області. До дослідження було залучено 489 медичних працівників різних спеціальностей; для спеціальностей із малою чисельністю застосовано агрегування у профільні блоки («первинна ланка», «хірургічний профіль», «критичні стани», «психіатричний профіль», «інші»), що забезпечувало коректність порівнянь та можливість подальшого багатофакторного аналізу.

Третій етап також передбачав визначення та змістовне групування факторів ризику розвитку СЕВ. У межах опитувального інструментарію всі чинники було систематизовано у чотири групи: (1) соціально-демографічні та професійні характеристики (вік, стать, спеціальність, стаж, посада та ін.); (2) організаційно-управлінські умови праці (інтенсивність навантаження, понаднормова робота/чергування, наявність перерв, стиль управління,

адміністративний тиск, підтримка та механізми реагування); (3) пацієнт-обумовлені стресори (конфлікти, високі очікування, емоційний/психологічний тиск, агресія, юридичні погрози/скарги та ін.); (4) індивідуально-ресурсні (ендогенні) чинники (хронічні стани, порушення сну, симптоми виснаження, тривога/депресія, фізична активність, ресурс соціальної підтримки та поведінкові стратегії самодопомоги). Така структура забезпечувала перехід від переліку окремих ознак до виділення керованих профілактичних важелів на рівні закладу охорони здоров'я.

До четвертої групи було віднесено природно-кліматичні фактори ризику: погіршення самопочуття в результаті зміни погоди, перепади артеріального тиску, болі в ділянці серця, головні болі під час зміни погоди, залежність стану здоров'я від часу доби, залежність стану здоров'я від сезону, залежність стану здоров'я від кількості проведеного часу на свіжому повітрі.

Анкетування проводилося із використанням онлайн-платформи Google Forms; тривалість заповнення однієї анкети становила 10–15 хв. З урахуванням принципу анонімності та мінімізації ризику вторинної ідентифікації, запобігання повторному заповненню забезпечувалося технічними налаштуваннями форми (обмеження на кількість відповідей із одного облікового запису/сеансу за можливості платформи) без збирання або збереження персональних ідентифікаторів респондентів у масиві даних. Участь була добровільною. Було обрано три заклади охорони здоров'я м. Харкова та Харківської обл.: КНП ХОР «Обласна дитяча клінічна лікарня», КНП ХОР «Обласна клінічна лікарня», ННМК «Університетська клініка». Опитування респондентів відбувалося за умови їх попередньої письмової згоди щодо участі в науковому дослідженні.

В основну групу увійшло 294 медичних працівника, контрольна група складалася з 189 респондентів, які не мали ознак синдрому емоційного вигорання.

Після того, як дослідження було завершено, його результати було внесено в розроблену таблицю. Обробка даних проводилася за допомогою комп'ютерних програм Statistica 8.0 та Microsoft Excel.

Наступним кроком на третьому етапі була розробка методики прогнозування на основі неоднорідної послідовної процедури розпізнавання, яка базується на послідовному аналізі Вальда. В основі методики прогнозування лежить розробка прогностичних таблиць, що складаються із факторів ризику виникнення синдрому емоційного вигорання, які розташовано в порядку зменшення інформативності ознаки. Для кожної інформаційної групи розраховуються прогностичні коефіцієнти. Оцінка груп ризику проводиться на основі визначення суми окремих значень прогностичних коефіцієнтів, яка порівнювалася з табличними. Обчислення припиняється, коли загальна сума досягає більшого або меншого порогового значення (± 13). Математично-прогностична цінність кожного фактора виражається у прогностичному коефіцієнті: зі знаком «+» при наявності ознаки та зі знаком «-» при відсутності ознаки. Якщо сума цих коефіцієнтів дорівнює $+ 13$ та більше, то це означає, що з вірогідністю 95% існує ризик виникнення синдрому, а якщо -13 , то ризик відсутній. Сума коефіцієнтів від -12 до $+12$ відповідає наявності ймовірного ризику.

Практична цінність представленої методології прогностичної оцінки патологічних процесів обумовлена її універсальністю, простотою та можливістю поетапного використання протягом будь-якого з періодів перебігу стану з внесенням коректив до профілактичної тактики або допомоги.

На четвертому етапі вивчався рівень працездатності медичних працівників у контексті синдрому емоційного вигорання. Було застосовано методику оцінювання працездатності за даними авторського інструментарію з подальшим аналізом функціональних обмежень, які відображають реальну професійну спроможність персоналу (втрати продуктивності, зниження якості виконання завдань, дефіцит відновлення, соціально-комунікативні

порушення). Водночас у теоретико-методичному полі враховували, що в охороні праці працездатність нерідко оцінюють і через інтегральні підходи типу Work Ability Index (WAI); однак у межах даного дослідження кількісне вимірювання здійснювалося на основі уніфікованого індексного підходу та функціональних маркерів авторської анкети.

Методика включала чотири основних блоки обмежень працездатності: перший блок – «обмеження професійної ефективності» (самозвітувані втрати продуктивності та зниження якості роботи, у т.ч. помилки), другий блок – «психоемоційні обмеження» (емоційне виснаження та мотиваційні втрати), третій блок – «порушення відновлення» (зокрема порушення сну як маркер дефіциту відновлювального ресурсу), четвертий блок – «соціально-комунікативні та організаційні прояви» (відчуття ізоляції, а також епізоди вимушених перерв/обмежень виконання професійних обов'язків як поведінковий наслідок виснаження).

Вивчення працездатності медичних працівників з ознаками СЕВ складалося з двох етапів. На першому етапі було сформовано масив емпіричних даних за результатами анонімного опитування у визначені часові межі 2021–2023 рр., здійснено кодування відповідей та підготовку даних до аналізу. Другий етап включав кількісну оцінку та статистичний аналіз показників працездатності з формуванням порівнюваних груп за вираженістю ознак СЕВ: для групових зіставлень використано 483 анкети, з яких сформовано основну групу – $n=294$ (найвищі значення ІЕВ) та контрольну групу – $n=189$ (низькі значення ІЕВ), при загальній кількості опитаних $n=483$.

Обчислення інтегральних показників проводили за уніфікованою схемою нормування відповідей до діапазону 0–1 з подальшим масштабуванням до 0–100%. Розрахунок виконувався за формулою:

$$\text{Індекс(\%)} = ((\sum x_i) / k) \times 100, \text{ де}$$

x_i – стандартизовані значення окремих пунктів (0–1), k – кількість пунктів, включених до інтегральної оцінки.

Для оцінювання отриманих результатів застосовували порогові межі: <40,0% – дуже низький рівень, 40,0–70,0% – обмежений рівень, >70,0% – високий рівень.

З метою детальнішого аналізу працездатності було виконано багатофакторний аналіз із побудовою регресійних моделей, що дозволяли кількісно оцінити внесок окремих чинників у варіацію інтегральних показників та ймовірність належності до групи з найвищими значеннями ІЕВ (із поданням коефіцієнтів регресії β та відношенням шансів - OR). Обробка матеріалів і розрахунки проводилися з використанням комп'ютерних програм Statistica та Microsoft Excel.

П'ятий етап складався з оцінювання стану організації психотерапевтичної допомоги та інформованість лікарів про сучасні методи профілактики емоційного вигорання. Для цього було використано медико-соціологічне опитування медичних працівників (n=483) за авторським опитувальником («Блок 4») з подальшим розрахунком інтегральних індикаторів - індексу доступу до допомоги (ІДД) та індексу навчальної готовності (ІНГ) (у частині організаційних параметрів аналіз виконано за відповідями респондентів, які повністю заповнили відповідний блок анкети). З метою вивчення організаційної доступності допомоги було досліджено такі параметри: наявність спеціалізованих служб психоемоційної підтримки у закладі, реальна можливість скористатися внутрішніми сервісами (маршрут звернення), регулярність профілактичних заходів (тренінги/консультації), управлінська підтримка впровадження профілактики, провідні бар'єри звернення, а також прийнятні для персоналу формати й тривалість навчання у робочий час.

На основі отриманих результатів на попередніх етапах на шостому етапі було обґрунтовано та розроблено модель раннього виявлення та профілактики синдрому вигорання у медичних працівників.

Оцінка ефективності запропонованої медико-соціальної моделі раннього виявлення та профілактики синдрому емоційного вигорання у медичних працівників проводилася методом експертних оцінок із залученням незалежних

експертів, а також за даними апробації (впровадження) моделі в процесі виконання дослідження. Запропонована модель оцінювалася за 10-бальною шкалою на основі карти експертних оцінок «Експертне заключення на модель раннього виявлення та профілактики синдрому емоційного вигорання у медичних працівників». Експертне оцінювання передбачало аналіз моделі за такими параметрами: етапність і послідовність реалізації профілактичних заходів, профілактична спрямованість, дієвість, системність, комплексність, економічна доцільність, відповідність сучасному міжнародному досвіду та доступність для впровадження в умовах закладу охорони здоров'я. Додатково визначалося ставлення експертів щодо доцільності впровадження моделі в практику та її очікуваного впливу на ключові організаційно-профілактичні контури (раннє виявлення ризикових груп, маршрутизація доступу до допомоги, підвищення поінформованості та навчальної готовності персоналу, організаційна здійсненність інтервенцій у межах робочого часу).

Статистичну обробку даних було здійснено за допомогою статистичних пакетів програм Statistica 8 та Micrisift Exel.

РОЗДІЛ 3

ВИВЧЕННЯ ПОШИРЕНOSTІ СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ СЕРЕД МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ м. ХАРКІВ ТА ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Поширеність СЕВ у медичних працівників – це поняття, що характеризує частоту виявлення ознак професійного виснаження та їхню структуру серед фахівців сфери охорони здоров'я загалом або в окремих професійних/вікових групах на визначеній території. Показник поширеності посідає важливе місце серед медико-соціальних індикаторів, оскільки СЕВ безпосередньо пов'язаний зі зниженням професійної результативності, погіршенням якості клінічних рішень, порушенням комунікації та зростанням кадрових втрат, що в підсумку формує відчутні організаційні й економічні збитки для системи охорони здоров'я [75–77].

На поширеність СЕВ впливають чинники різної природи: індивідуальні (стан здоров'я, наявність хронічних обмежень і виснаження ресурсів відновлення), професійні (інтенсивність навантаження, нічні чергування, понаднормова зайнятість), управлінсько-організаційні (стиль керівництва, адміністративний тиск, доступність підтримки та можливість реально звернутися по допомогу), а також психосоціальні умови взаємодії з пацієнтами й родичами (конфліктність, високі очікування, емоційна напруга комунікації) [76,77]. Для України додатково характерне посилення стресового фону праці медичних працівників під впливом масштабних зовнішніх викликів останніх років, що потенційно збільшує уразливість персоналу до проявів СЕВ [141].

Останнім часом у міжнародних і національних дослідженнях описується значна поширеність проявів вигорання серед медичних працівників, однак числові оцінки суттєво відрізняються залежно від використаних інструментів вимірювання, критеріїв та порогів інтерпретації [28,29,137]. Попри таку варіативність, у більшості публікацій відзначається підвищена частота проявів СЕВ у спеціальностях із високою інтенсивністю рішень, дефіцитом часу та значним емоційним навантаженням, що вимагає уважного аналізу на рівні регіонів і конкретних закладів [32,33,138].

Вивчення поширеності СЕВ як одного з ключових медико-соціальних показників є актуальним, оскільки саме цей показник належить до найбільш інформативних критеріїв для оцінювання стану кадрового потенціалу, якості організації праці та ефективності профілактичних і управлінських заходів у закладах охорони здоров'я. Оцінка поширеності та її структури створює основу для виділення груп підвищеного ризику, планування ресурсів підтримки й подальшого обґрунтування адресних профілактичних інтервенцій [75–77].

3.1. Поширеність синдрому емоційного вигорання у медичних працівників м. Харкова та Харківської області у 2021–2023 роках

Оцінювання поширеності синдрому емоційного вигорання (СЕВ) серед медичних працівників м. Харкова та Харківської області здійснювалося за матеріалами власного медико-соціологічного дослідження, проведеного у 2021–2023 роках у закладах охорони здоров'я: КНП ХОР «Обласна дитяча клінічна лікарня», КНП ХОР «Обласна клінічна лікарня» та ННМК «Університетська клініка». Емпіричну базу становили результати анонімного опитування 483 респондентів, що дало змогу отримати кількісні характеристики поширеності СЕВ та проаналізувати їх у динаміці. Ключовим індикатором для оцінювання поширеності СЕВ у даному підрозділі є індекс емоційного вигорання (ІЕВ), який використовувався як кількісна основа для стратифікації респондентів за пороговими зонами. Показники наведено у перерахунку на 1000 медичних працівників (‰), що забезпечує наочність порівнянь між часовими точками.

Встановлено, що сумарна поширеність синдрому емоційного вигорання у досліджуваній когорті зростає з 472,7‰ у 2021 році до 486,5‰ у 2023 році, що свідчить про тенденцію до підвищення поширеності СЕВ у динаміці спостереження. Отримані результати узгоджуються з даними вітчизняних досліджень та офіційними матеріалами Центру громадського здоров'я МОЗ

України і Харківського обласного центру контролю та профілактики хвороб [6,173].

Для аналізу структури поширеності СЕВ використано порогові зони ІЕВ: <40%, 40–70% та >70%. Такий розподіл дає змогу виділити контингент із низькою імовірністю наявності СЕВ, групу з проміжними значеннями ІЕВ та осіб із високими показниками, які потребують пріоритетної уваги в межах заходів раннього виявлення та профілактики.

За отриманими даними встановлено, що у 2023 році порівняно з 2021 роком відбулися несприятливі зміни у структурі поширеності СЕВ. Так, частка осіб, які відповідали зоні ІЕВ <40%, зменшилася з 214,8‰ у 2021 р. до 144,9‰ у 2023 р., що відповідає зниженню на 32,5% від рівня 2021 року. Водночас частка осіб із показниками ІЕВ >70% зростає з 66,4‰ до 159,4‰, тобто на 140,1%. Це свідчить про зміщення структури поширеності СЕВ у бік збільшення частки осіб із високими значеннями ІЕВ. Показники поширеності СЕВ наведені у таблиці 3.1.

Отже, встановлені зміни відображають не рівномірну динаміку поширеності, а несприятливий структурний перерозподіл, за якого зменшується частка осіб із низькими значеннями ІЕВ та одночасно зростає частка осіб із високими його показниками. Така тенденція вказує на посилення поширеності СЕВ у досліджуваній когорті та обґрунтовує необхідність удосконалення системи раннього виявлення і профілактики цього синдрому серед медичних працівників.

3.2. Вікові та гендерні аспекти поширеності синдрому емоційного вигорання медичних працівників

Поглиблений аналіз поширеності синдрому емоційного вигорання (СЕВ) серед медичних працівників передбачав оцінку гендерних особливостей, оскільки стать може виступати додатковою стратифікаційною ознакою при вивченні розподілу цього синдрому в професійних контингентах.

За результатами дослідження встановлено тенденцію до вищої поширеності СЕВ серед чоловіків порівняно з жінками. Так, поширеність синдрому емоційного вигорання у чоловіків становила 495,6‰, у жінок – 478,6‰. Водночас статистично значущих відмінностей між гендерними групами не встановлено ($p>0,05$), що свідчить про відсутність достовірно підтвердженої гендерної різниці за цим показником у досліджуваній вибірці.

Поширеність синдрому емоційного вигорання в залежності від полу в 2021-2023 рр. на 1000 медичних працівників (‰) наведена в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1 Поширеність синдрому емоційного вигорання в залежності від полу в 2021-2023 рр. на 1000 медичних працівників (‰)

Поріг ІЕВ	2021			2023		
	чол.	жін.	всього	чол.	жін.	всього
<40% (дуже низький)	227,8	203,6	214,8	150,4	140,1	144,9
40–70% (обмежений)	189,9	192,7	191,4	190,3	175,1	182,2
>70% (високий)	59,1	72,7	66,4	154,9	163,4	159,4
Всього	476,8	469,1	472,7	495,6	478,6	486,5

Отримані результати вказують на відносну гендерну однорідність поширеності СЕВ за наявності тенденції до вищих значень серед чоловіків. Відсутність статистично значущої різниці не знижує практичної цінності гендерного аналізу, оскільки він дає змогу уточнити структуру поширеності СЕВ у медичних працівників та враховувати стать як додаткову характеристику при плануванні профілактичних заходів.

3.3. Поширеність синдрому емоційного вигорання серед медичних працівників різних спеціальностей

Наступним етапом аналізу було вивчення поширеності синдрому емоційного вигорання серед медичних працівників різних лікарських спеціальностей, оскільки професійний контекст, зокрема інтенсивність комунікацій, частота чергувань, характер відповідальності, емоційна насиченість клінічних ситуацій та контакт із важкими або кризовими станами, формує неоднорідний розподіл цього синдрому в професійних групах.

За результатами дослідження встановлено виразні міжспеціальні відмінності поширеності емоційного вигорання. Найвищі показники зафіксовано серед лікарів психіатричного та онкологічного профілю, де загальний рівень становив 574,5% та 530,6% відповідно. Такі значення можуть бути пов'язані з високою емоційною напруженістю професійної діяльності, тривалим контактом із пацієнтами, які потребують не лише клінічного супроводу, а й значного психологічного залучення, а також із необхідністю прийняття складних професійних рішень в умовах підвищеної моральної відповідальності. У психіатрії додаткове значення можуть мати тривалі та інтенсивні терапевтичні взаємодії, комунікація з пацієнтами з порушеннями емоційної та поведінкової сфери, а в онкології – систематичний контакт із тяжким перебігом захворювань, несприятливими прогнозами та високим рівнем емоційного навантаження у взаємодії з пацієнтами та їхніми родинами.

Проміжне положення за рівнем поширеності емоційного вигорання посідали лікарі анестезіології / інтенсивної терапії, а також терапії / сімейної медицини, у яких відповідні показники становили 500,0% та 495,9%. Такі дані свідчать про суттєве психоемоційне навантаження в межах цих професійних груп. Для анестезіології та інтенсивної терапії це, імовірно, пов'язано з роботою в умовах високої відповідальності за життєво важливі функції пацієнта, необхідністю швидкого реагування на критичні стани, чергуваннями та значною інтенсивністю праці. У терапії та сімейній медицині підвищення поширеності може бути зумовлене великою кількістю щоденних контактів із пацієнтами, значним амбулаторним навантаженням, тривалим веденням хворих

із хронічною патологією та потребою одночасно вирішувати широкий спектр клінічних і комунікативних завдань.

Нижчі показники поширеності емоційного вигорання відзначено у хірургії – 468,8‰ та педіатрії – 443,5‰. У групі «інші спеціальності» загальний показник становив 424,2‰. Порівняно нижчі значення в окремих спеціальностях не слід трактувати як відсутність ризику, оскільки вони можуть відображати іншу структуру професійного навантаження, відмінності у формах взаємодії з пацієнтами, особливостях організації праці та характері професійного стресу.

Таблиця. 3.2. Поширеність емоційного вигорання за спеціальністю та статтю, ‰ (на 1000 медичних працівників) за 2023 р.

Спеціальність	Стать		Всього
	Чоловіки	Жінки	
Психіатрія	565,2	583,3	574,5
Онкологія	531,3	529,4	530,6
Анестезіологія/ІТ	523,8	483,9	500,0
Терапія/СМ	519,2	478,9	495,9
Хірургія	480,0	461,5	468,8
Педіатрія	440,0	450,0	443,5
Інші	428,6	421,1	424,2
Всього	491,7	481,3	486,5

Аналіз показав, що гендерні відмінності в межах окремих спеціальностей не мали односпрямованого характеру. У більшості спеціальностей показники серед чоловіків були вищими, ніж серед жінок, однак у психіатрії та педіатрії вищі значення зафіксовано серед жінок. Найбільші гендерні розбіжності встановлено у терапії / сімейній медицині та анестезіології / інтенсивній терапії, тоді як в онкології різниця між чоловіками і жінками була мінімальною.

Таким чином, аналіз поширеності емоційного вигорання серед медичних працівників різних спеціальностей засвідчив наявність чіткої професійної диференціації. Найвищі показники встановлено у психіатрії та онкології, проміжні – в анестезіології / інтенсивній терапії та терапії / сімейній медицині, нижчі – у хірургії, педіатрії та групі інших спеціальностей. Гендерні відмінності виявилися варіабельними залежно від спеціальності, що свідчить про доцільність урахування як професійної, так і статевої належності при аналізі поширеності емоційного вигорання та плануванні профілактичних заходів.

3.4 Висновки за розділом

1. У ході дослідження поширеності синдрому емоційного вигорання серед медичних працівників м. Харкова та Харківської області у 2021–2023 рр. встановлено несприятливі зміни її структури: сумарна поширеність синдрому емоційного вигорання зросла з 472,7‰ у 2021 р. до 486,5‰ у 2023 р. За порогамі індексу емоційного вигорання у 2023 р. частка осіб із показниками <40% зменшилася з 214,8‰ до 144,9‰, тоді як частка осіб із показниками >70% зросла з 66,4‰ до 159,4‰, що свідчить про несприятливий структурний перерозподіл у бік зростання частки осіб із високими значеннями ІЕВ.

2. При гендерному аналізі встановлено, що поширеність синдрому емоційного вигорання серед чоловіків була дещо вищою, ніж серед жінок, і становила 491,7‰ проти 481,3‰ відповідно; сумарний показник дорівнював 486,5‰. Водночас статистично значущих відмінностей між чоловіками та жінками не виявлено, що свідчить про відносну гендерну однорідність поширеності синдрому емоційного вигорання на загальновибіркового рівні.

3. Встановлено міжпрофесійну неоднорідність поширеності емоційного вигорання у розрізі основних лікарських спеціальностей: найвищі показники

(всього, ‰) зафіксовано у психіатрії – 574,5‰ та онкології – 530,6‰; проміжні – в анестезіології / інтенсивній терапії – 500,0‰ і терапії / сімейній медицині – 495,9‰; нижчі – у хірургії – 468,8‰, педіатрії – 443,5‰ та групі інших спеціальностей – 424,2‰.

4. Гендерні відмінності в межах окремих спеціальностей мали варіабельний характер. У більшості професійних груп показники поширеності емоційного вигорання серед чоловіків були вищими, ніж серед жінок, однак у психіатрії та педіатрії вищі значення зафіксовано серед жінок. Це свідчить про неоднорідність гендерного розподілу показників залежно від професійного контексту.

5. Отримані дані щодо зростання частки осіб із високими значеннями індексу емоційного вигорання у 2023 р. порівняно з 2021 р., а також виявлена неоднорідність поширеності емоційного вигорання за спеціальностями та статтю свідчать про необхідність подальшого удосконалення профілактичних заходів, орієнтованих на групи підвищеного ризику, та посилення організаційних механізмів раннього виявлення і підтримки медичних працівників.

РОЗДІЛ 4

ОЦІНКА РИЗИКІВ ВИНИКНЕННЯ СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Передумовою для коректного обґрунтування моделі раннього виявлення та профілактики синдрому емоційного вигорання є не лише фіксація його поширеності, а й розуміння структури чинників, які запускають і підтримують траєкторію виснаження у медичних працівників. Саме тому в цьому розділі здійснено систематизацію факторів ризику формування СЕВ з урахуванням їх багаторівневої природи та взаємодії: від соціально-організаційних впливів, що задають умови праці, - до пацієнт-орієнтованого емоційного навантаження та індивідуально-біологічних/психоемоційних детермінант. Такий підхід дозволяє перейти від переліку окремих “тригерів” до виділення керованих важелів ризику, релевантних для різних лікарських спеціальностей, і тим самим створює підґрунтя для адресних профілактичних рішень [74].

4.1 Визначення факторів ризику та їх ролі в розвитку синдрому емоційного вигорання

З метою виявлення факторів ризику розвитку СЕВ проведено порівняльний аналіз результатів соціологічного опитування основної групи ($n=294$) та контрольної групи ($n=189$). Середній вік медичних працівників основної групи склав $35,3 \pm 0,5$ років, контрольної – $35,8 \pm 0,7$ років. В основній групі жіноча частина становила $45,2 \pm 2,9\%$, чоловіча – $54,8 \pm 2,9\%$. Статевий розподіл у контрольній групі становив $42,3 \pm 3,6\%$ та $57,7 \pm 3,6\%$ відповідно. Завдяки результатам опитування медичних працівників основної групи та осіб контрольної групи стало можливим виявлення факторів ризику розвитку даного синдрому. Для кожної ознаки визначали частоту її наявності в групах ($P \pm m, \%$), оцінювали асоціацію через відношення шансів (OR, 95% ДІ), статистичну значущість різниці (p), а також силу впливу η (%). За результатами порівняння було відібрано 30 факторів, що мали достовірну різницю в показниках між

основною та контрольною групами. До них віднесено: надмірне робоче навантаження; ігнорування скарг адміністрацією; понаднормові зміни/робота у вихідні; понаднормова робота без оплати; управлінський тиск; низька/відсутня підтримка адміністрації; дефіцит дієвих механізмів підтримки; відсутність регулярних перерв; конфлікти з пацієнтами; емоційний/психологічний тиск з боку пацієнтів; вік 46–55 років; спеціалізація: психіатрія; стаж роботи у медицині >20 років; вік 26–35 років; спеціалізація: педіатрія; стаж роботи у медицині 5–10 років; спеціалізація: онкологія; тиск через високі очікування пацієнтів; юридичні погрози/скарги; агресивна поведінка пацієнтів/родичів; множинні стресогенні ситуації; фізичні симптоми виснаження; часті проблеми зі сном; наявність хронічних захворювань; загострення хронічних хвороб через навантаження; часта тривога/депресія; дефіцит підтримки сім'ї/друзів; нерегулярне звернення до лікаря; низька фізична активність; низький рівень стресостійкості. Завдяки отриманим даним та даним літературних джерел усі фактори ризику були об'єднані в 4 групи: соціально-демографічні та професійні; організаційно-управлінські; пацієнт-обумовлені; індивідуально-ресурсні (ендогенні). Соціально-демографічні та професійні фактори ризику.

Примітка. У таблицях 4.1–4.4 наведено відношення шансів (OR, 95% ДІ), отримані в межах однофакторного порівняльного аналізу (не скориговані OR), тобто без одночасного контролю інших чинників. Тому їх величини можуть відрізнятися від скоригованих OR, отриманих у багатофакторній логістичній моделі, де оцінюється незалежний внесок кожного чинника за фіксації впливу решти змінних. У подальшому (при обґрунтуванні удосконаленої моделі раннього виявлення та профілактики СЕВ) для визначення керованих пріоритетів використано результати багатофакторного аналізу, де незалежний вплив зберігали: хронічні стани (OR=4,03; $p<0,001$), управлінський тиск (OR=3,77; $p<0,001$), високі очікування пацієнтів (OR=3,19; $p<0,001$), часті понаднормові/чергування (OR=3,10; $p<0,001$), конфлікти з пацієнтами/родичами (OR=2,49; $p<0,001$) та дефіцит підтримки (OR=1,47; $p<0,001$).

Серед соціально-демографічних та професійних чинників найбільш показовими виявилися вікові категорії, стаж роботи та спеціалізація, що відображають не лише біографічні характеристики, а й накопичення професійного навантаження, зміну ролей і відповідальності, а також специфіку клінічних контекстів окремих спеціальностей.

Так, вік 46–55 років виявлявся у $20,4 \pm 2,4\%$ основної групи та у $7,9 \pm 2,0\%$ контрольної групи ($OR=2,97$ ($1,63-5,41$); $p<0,001$; $\eta - 2,82\%$), що свідчить про зростання ризику СЕВ у періоді професійної зрілості, коли до клінічного навантаження часто додаються управлінські/організаційні функції та хронічна втома від тривалої роботи в системі. Спеціалізація: психіатрія асоціювалася з підвищеним ризиком: фактор відзначався у $12,9 \pm 2,0\%$ основної групи проти $4,2 \pm 1,5\%$ контрольної ($OR=3,36$ ($1,53-7,37$); $p=0,001$; $\eta - 2,09\%$). Це узгоджується з тим, що психіатрична практика вимагає тривалого емоційного включення, стійкості до комунікативних конфліктів та роботи з тяжкими психічними станами. Стаж роботи у медицині >20 років також мав значення: $17,0 \pm 2,2\%$ в основній групі та $8,5 \pm 2,0\%$ у контрольній ($OR=2,22$ ($1,22-4,02$); $p=0,008$; $\eta - 1,47\%$), що відображає накопичувальний ефект тривалого професійного стресу. Водночас деякі характеристики мали протективний характер. Вік 26–35 років траплявся частіше в контрольній групі ($35,4 \pm 3,5\%$) порівняно з основною ($26,2 \pm 2,6\%$), що відповідало зниженню шансів високого ризику СЕВ ($OR=0,65$ ($0,44-0,96$); $p=0,030$; $\eta - 0,98\%$). Подібно, спеціалізація: педіатрія відзначалась у $11,9 \pm 1,9\%$ основної групи та $18,5 \pm 2,8\%$ контрольної ($OR=0,59$ ($0,36-0,99$); $p=0,044$; $\eta - 0,84\%$), що в межах даної вибірки проявилось як протективна ознака (ймовірно, через особливості відбору/організації праці або ресурсних стратегій у підгрупі). Стаж 5–10 років також частіше спостерігався у контрольній групі ($39,2 \pm 3,6\%$ (74)) проти основної ($31,3 \pm 2,7\%$), але статистично значущого зв'язку не досягнуто ($OR=0,71$ ($0,48-1,04$); $p=0,076$; $\eta - 0,65\%$). Спеціалізація: онкологія у цій моделі не продемонструвала достовірної різниці між групами ($18,7 \pm 2,3\%$ проти

13,8±2,5%; OR=1,44 (0,87–2,40); p=0,155; η – 0,42%). Соціально-демографічні та професійні фактори ризику відображені в таблиці 4.1.

Таблиця 4.1 Соціально-демографічні та професійні фактори ризику

№	Фактор (аналіз)	Основна група (P±m%)	Контрольна група (P±m%)	OR (95% ДІ) однофакторний аналіз	p	Сила впливу, η (%)
1	Вік 46–55 років	20.4±2.4	7.9±2.0	2.97 (1.63–5.41)	<0,001	2,82
2	Спеціалізація: Психіатрія	12.9±2.0	4.2±1.5	3.36 (1.53–7.37)	0,001	2,09
3	Стаж роботи у медицині >20 років	17.0±2.2	8.5±2.0	2.22 (1.22–4.02)	0,008	1,47
4	Вік 26–35 років	26.2±2.6	35.4±3.5	0.65 (0.44–0.96)	0,030	0,98
5	Спеціалізація: Педіатрія	11.9±1.9	18.5±2.8	0.59 (0.36–0.99)	0,044	0,84
6	Стаж роботи у медицині 5–10 років	31.3±2.7	39.2±3.6	0.71 (0.48–1.04)	0,076	0,65
7	Спеціалізація: Онкологія	18.7±2.3	13.8±2.5	1.44 (0.87–2.40)	0,155	0,42

Організаційні умови праці та управлінські практики формують “фон”, на якому вигорання або зупиняється на ранніх стадіях, або швидко набирає інтенсивності. У нашому дослідженні саме ця група містила низку чинників із високими значеннями OR та η .

Найбільш вагомим виявилось надмірне робоче навантаження (часто/постійно): 91,5±1,6% в основній групі проти 60,8±3,6% у контрольній (OR=6,92 (4,19–11,45); p<0,001; η – 13,73%). Це фактично ключовий “двигун” професійного виснаження: коли навантаження стає хронічним, ресурс відновлення перестає встигати за витратами. Ігнорування скарг адміністрацією щодо умов праці/навантаження спостерігалось у 73,5±2,6% основної групи та у 36,5±3,5% контрольної (OR=4,82 (3,25–7,14); p<0,001; η – 13,45%), що підкреслює роль управлінської “глухоти” як підсилювача безсилля і

демотивації. Понаднормові зміни / робота у вихідні (часто) фіксувались у $57,5 \pm 2,9\%$ проти $22,2 \pm 3,0\%$ ($OR=4,73$ ($3,13-7,16$); $p<0,001$; $\eta - 12,04\%$), а понаднормова робота без оплати через вимоги адміністрації – у $60,2 \pm 2,9\%$ проти $30,7 \pm 3,4\%$ ($OR=3,42$ ($2,32-5,03$); $p<0,001$; $\eta - 8,31\%$). Тут ризик формується не лише “кількістю годин”, а й суб’єктивним відчуттям несправедливості та знецінення. Управлінський тиск щодо додаткових завдань/понаднормової роботи мав показники $49,3 \pm 2,9\%$ у основній групі та $25,9 \pm 3,2\%$ у контрольній ($OR=2,78$ ($1,87-4,14$); $p<0,001$; $\eta - 5,42\%$). Низький/відсутній рівень підтримки з боку адміністрації: $35,0 \pm 2,8\%$ проти $16,4 \pm 2,7\%$ ($OR=2,75$ ($1,75-4,33$); $p<0,001$; $\eta - 4,12\%$), що підтверджує: управлінська підтримка є не “бонусом”, а фактором безпеки професійного функціонування. Дефіцит дієвих механізмів підтримки при емоційному вигоранні відзначали $74,1 \pm 2,6\%$ основної групи та $63,5 \pm 3,5\%$ контрольної ($OR=1,65$ ($1,11-2,45$); $p=0,013$; $\eta - 1,29\%$). Попри меншу силу впливу, цей чинник важливий з практичної точки зору: він відображає “провал” профілактичної інфраструктури.

Відсутність регулярних перерв протягом робочого дня не досягла статистичної значущості ($46,3 \pm 2,9\%$ проти $39,7 \pm 3,6\%$; $OR=1,31$ ($0,90-1,90$); $p=0,155$; $\eta - 0,42\%$), однак з позицій гігієни праці залишається потенційно модифікованим фактором. Організаційно-управлінські фактори ризику відображені в таблиці 4.2.

Пацієнт-орієнтовані стресори – це зона, де професійна компетентність постійно проходить випробування на емоційній витривалості. У нашій вибірці саме ця група дала найвищий показник сили впливу η . Найбільш значущим фактором стали конфлікти з пацієнтами, що впливають на емоційний стан (часто/іноді): $62,2 \pm 2,8\%$ в основній групі проти $12,7 \pm 2,4\%$ у контрольній ($OR=11,33$ ($6,95-18,48$); $p<0,001$; $\eta - 23,88\%$). Це фактично “точка зламу”: коли конфлікт стає повторюваним сценарієм, емоційне виснаження перестає бути епізодом і перетворюється на норму.

Таблиця 4.2. Організаційно-управлінські фактори ризику

№	Фактор (аналіз)	Основна група (P±m%)	Контрольна група (P±m%)	OR (95% ДІ) однофакторний аналіз	p	Сила впливу, η (%)
1	Надмірне робоче навантаження (часто/постійно)	91.5±1.6	60.8±3.6	6.92 (4.19–11.45)	<0,001	13,73
2	Ігнорування скарг адміністрацією щодо умов праці/навантаження (було)	73.5±2.6	36.5±3.5	4.82 (3.25–7.14)	<0,001	13,45
3	Понаднормові зміни / робота у вихідні (часто)	57.5±2.9	22.2±3.0	4.73 (3.13–7.16)	<0,001	12,04
4	Понаднормова робота без оплати через вимоги адміністрації (часто/регулярно)	60.2±2.9	30.7±3.4	3.42 (2.32–5.03)	<0,001	8,31
5	Управлінський тиск щодо додаткових завдань/понаднормової роботи (часто/постійно)	49.3±2.9	25.9±3.2	2.78 (1.87–4.14)	<0,001	5,42
6	Низький/відсутній рівень підтримки з боку адміністрації	35.0±2.8	16.4±2.7	2.75 (1.75–4.33)	<0,001	4,12
7	Дефіцит дієвих механізмів підтримки при емоційному вигоранні	74.1±2.6	63.5±3.5	1.65 (1.11–2.45)	0,013	1,29
8	Відсутність регулярних перерв протягом робочого дня	46.3±2.9	39.7±3.6	1.31 (0.90–1.90)	0,155	0,42

Емоційний/психологічний тиск з боку пацієнтів (часто/іноді) спостерігався у 77,2±2,4% основної групи та у 33,3±3,4% контрольної (OR=6,78 (4,51–10,18); p<0,001; η – 19,11%). Тиск через високі очікування пацієнтів (помірно/сильно): 74,1±2,6% проти 31,7±3,4% (OR=6,17 (4,12–9,22); p<0,001; η – 17,53%). Високі очікування, поєднані з дефіцитом часу й ресурсів, створюють

постійну напругу “неможливості відповідати стандарту”, який часто задається не системою, а уявленнями пацієнта. Юридичні погрози або скарги з боку пацієнтів реєструвалися у $51,7 \pm 2,9\%$ (152) основної групи та у $25,9 \pm 3,2\%$ контрольної ($OR=3,06$ ($2,05-4,55$); $p<0,001$; $\eta - 6,51\%$), що відображає суттєвий внесок правового тиску у формування тривоги й професійної оборонності. Серед конкретних стресогенних сценаріїв значущою була агресивна поведінка пацієнтів/родичів: $37,1 \pm 2,8\%$ проти $15,9 \pm 2,7\%$ ($OR=3,12$ ($1,98-4,93$); $p<0,001$; $\eta - 5,22\%$). Окремо виділено інтегральний показник множинних стресогенних ситуацій (≥ 2 одночасно): $76,5 \pm 2,5\%$ в основній групі проти $61,9 \pm 3,5\%$ у контрольній ($OR=2,01$ ($1,35-2,99$); $p<0,001$; $\eta - 2,46\%$). Накладання кількох стресорів одночасно діє як “мультиплікатор” виснаження, навіть якщо кожен із них окремо здається керованим. Пацієнт-обумовлені фактори ризику відображені в таблиці 4.3.

Ендогенні та ресурсні чинники відображають стан здоров'я, психоемоційний фон і поведінкові стратегії, які або підсилюють стійкість, або, навпаки, роблять працівника вразливим до вигорання. Найбільш вагомим ендогенним маркером стали фізичні симптоми виснаження (постійно/час від часу): $85,4 \pm 2,1\%$ в основній групі проти $41,3 \pm 3,6\%$ у контрольній ($OR=8,31$ ($5,38-12,82$); $p<0,001$; $\eta - 21,33\%$). Фактично це вже “сигнальна лампа” системного перевантаження організму. Часті проблеми зі сном мали показники $63,3 \pm 2,8\%$ проти $18,0 \pm 2,8\%$ ($OR=7,85$ ($5,05-12,20$); $p<0,001$; $\eta - 19,69\%$), що демонструє роль сну як центрального механізму відновлення: коли сон руйнується – руйнується й ресурс. Наявність хронічних захворювань: $68,4 \pm 2,7\%$ в основній групі та $24,9 \pm 3,1\%$ у контрольній ($OR=6,53$ ($4,33-9,85$); $p<0,001$; $\eta - 18,04\%$). Ще більш показовим стало загострення хронічних захворювань через робоче навантаження: $78,6 \pm 2,4\%$ проти $36,5 \pm 3,5\%$ ($OR=6,38$ ($4,25-9,58$); $p<0,001$; $\eta - 17,91\%$). Тут вигорання виступає не лише психологічним, а й соматичним феноменом із “петлею зворотного зв'язку”: навантаження погіршує здоров'я, а погіршене здоров'я знижує здатність протистояти навантаженню.

Таблиця 4.3. Пацієнт-обумовлені фактори ризику

№	Фактор (аналіз)	Основн а група ($P \pm m\%$)	Контроль на група ($P \pm m\%$)	OR (95% ДІ) однофактор ний аналіз	p	Сила впливу , η (%)
1	Конфлікти з пацієнтами, що впливають на емоційний стан (часто/іноді)	62.2 $\pm$ 2.8	12.7 $\pm$ 2.4	11.33 (6.95–18.48)	<0,00 1	23,88
2	Емоційний/психологічний тиск з боку пацієнтів (часто/іноді)	77.2 $\pm$ 2.4	33.3 $\pm$ 3.4	6.78 (4.51–10.18)	<0,00 1	19,11
3	Тиск через високі очікування пацієнтів (помірно/сильно)	74.1 $\pm$ 2.6	31.7 $\pm$ 3.4	6.17 (4.12–9.22)	<0,00 1	17,53
4	Юридичні погрози або скарги з боку пацієнтів (було)	51.7 $\pm$ 2.9	25.9 $\pm$ 3.2	3.06 (2.05–4.55)	<0,00 1	6,51
5	Стресогенна ситуація: агресивна поведінка пацієнтів/родичів (обрано)	37.1 $\pm$ 2.8	15.9 $\pm$ 2.7	3.12 (1.98–4.93)	<0,00 1	5,22
6	Множинні стресогенні ситуації з боку пацієнтів (≥ 2 одночасно)	76.5 $\pm$ 2.5	61.9 $\pm$ 3.5	2.01 (1.35–2.99)	<0,00 1	2,46

Часта тривога/депресія спостерігалась у 50,0 $\pm$ 2,9% основної групи та 13,2 $\pm$ 2,5% контрольної (OR=6,56 (4,06–10,59); $p < 0,001$; η – 14,05%), що підтверджує значущий внесок психоемоційного дистресу. Серед ресурсних дефіцитів важливим був дефіцит підтримки від сім'ї/друзів: 68,0 $\pm$ 2,7% проти 37,0 $\pm$ 3,5% (OR=3,62 (2,46–5,31); $p < 0,001$; η – 9,28%), а також нерегулярне звернення до лікаря щодо хронічних захворювань: 66,3 $\pm$ 2,8% проти 38,1 $\pm$ 3,5% (OR=3,20 (2,19–4,68); $p < 0,001$; η – 7,68%). Обидва фактори демонструють: коли система підтримки “зовні” слабшає, а самодопомога “всередині” нерегулярна, ризик вигорання зростає різко. Низька фізична активність (≤ 1 раз/тиждень): 52,4 $\pm$ 2,9% проти 31,7 $\pm$ 3,4% (OR=2,37 (1,61–3,47); $p < 0,001$; η – 4,11%). Низький рівень стресостійкості (самооцінка): 20,7 $\pm$ 2,4% проти 11,6 $\pm$ 2,3% (OR=1,99

(1,17–3,36); $p=0,010$; $\eta = 1,39\%$). Індивідуально-ресурсні (ендогенні) фактори ризику відображені в таблиці 4.4.

Таблиця 4.4. Індивідуально-ресурсні (ендогенні) фактори ризику

№	Фактор (аналіз)	Основна група ($P \pm m\%$)	Контрольна група ($P \pm m\%$)	OR (95% ДІ) однофакторний аналіз	p	Сила впливу, η (%)
1	Фізичні симптоми виснаження (постійно/час від часу)	85.4 $\pm$ 2.1	41.3 $\pm$ 3.6	8.31 (5.38–12.82)	<0,001	21,33
2	Часті проблеми зі сном (щодня або кілька разів на тиждень)	63.3 $\pm$ 2.8	18.0 $\pm$ 2.8	7.85 (5.05–12.20)	<0,001	19,69
3	Наявність хронічних захворювань	68.4 $\pm$ 2.7	24.9 $\pm$ 3.1	6.53 (4.33–9.85)	<0,001	18,04
4	Погіршення/загострення хронічних захворювань через робоче навантаження (є)	78.6 $\pm$ 2.4	36.5 $\pm$ 3.5	6.38 (4.25–9.58)	<0,001	17,91
5	Часта тривога/депресія (щодня або кілька разів на тиждень)	50.0 $\pm$ 2.9	13.2 $\pm$ 2.5	6.56 (4.06–10.59)	<0,001	14,05
6	Дефіцит підтримки від сім'ї/друзів у складних професійних ситуаціях	68.0 $\pm$ 2.7	37.0 $\pm$ 3.5	3.62 (2.46–5.31)	<0,001	9,28
7	Нерегулярне звернення до лікаря щодо хронічних захворювань	66.3 $\pm$ 2.8	38.1 $\pm$ 3.5	3.20 (2.19–4.68)	<0,001	7,68
8	Низька фізична активність (≤ 1 раз/тиждень)	52.4 $\pm$ 2.9	31.7 $\pm$ 3.4	2.37 (1.61–3.47)	<0,001	4,11
9	Низький рівень стресостійкості (самооцінка)	61; 20.7 $\pm$ 2.4	11.6 $\pm$ 2.3	1.99 (1.17–3.36)	0,010	1,39

Наступним кроком було визначення основних та другорядних чинників розвитку СЕВ шляхом ранжування виявлених факторів ризику. До основних віднесено фактори з найбільшою силою впливу – $\eta \geq 6\%$. До них увійшли: конфлікти з пацієнтами ($\eta = 23,88\%$); фізичні симптоми виснаження ($\eta = 21,33\%$); часті проблеми зі сном ($\eta = 19,69\%$); емоційний/психологічний тиск з

боку пацієнтів (η – 19,11%); наявність хронічних захворювань (η – 18,04%); загострення хронічних хвороб через навантаження (η – 17,91%); тиск через високі очікування пацієнтів (η – 17,53%); часта тривога/депресія (η – 14,05%); надмірне робоче навантаження (η – 13,73%); ігнорування скарг адміністрацією (η – 13,45%); понаднормові зміни/робота у вихідні (η – 12,04%); дефіцит підтримки від сім'ї/друзів (η – 9,28%); понаднормова робота без оплати (η – 8,31%); нерегулярне звернення до лікаря щодо хронічних хвороб (η – 7,68%); юридичні погрози/скарги з боку пацієнтів (η – 6,51%). Другорядними вважалися фактори з $\eta < 6\%$, зокрема: управлінський тиск (η – 5,42%), агресивна поведінка пацієнтів/родичів (η – 5,22%), низька/відсутня підтримка адміністрації (η – 4,12%), низька фізична активність (η – 4,11%), вікові/професійні характеристики з меншою силою впливу (вік 46–55, психіатрія, стаж >20 років тощо), а також протективні ознаки (вік 26–35 років, спеціалізація педіатрія), які знижували шанси високого ризику СЕВ ($OR < 1$). Ранжування факторів ризику розвитку синдрому емоційного вигорання медичних працівників за показниками сили впливу та інформативності відображено у таблиці 4.5.

4.2. Методика прогнозування ризику розвитку синдрому емоційного вигорання

Прогнозування – процес розробки прогнозу з метою отримання науково обґрунтованих даних. Усі вивчені фактори являються основою розробленої методики прогнозування ризику розвитку синдрому емоційного вигорання.

Якісний аналіз прогнозування ризику виникнення синдрому емоційного вигорання з урахуванням різних груп факторів ризику не можливий без багатофакторного підходу до даної проблеми. Тому було використано розроблену А.А. Гублером методику неоднорідної послідовної процедури

Таблиця 4.5 Ранжування факторів ризику розвитку синдрому емоційного вигорання медичних працівників за показниками сили впливу та інформативності

№	Фактори ризику	Показник сили впливу, η (%)	Показник інформативності	Ранжування показників	
				Сила впливу	Інформативність
1	Конфлікти з пацієнтами, що впливають на емоційний стан	23,88	2,58	1	1
2	Відчуття фізичних симптомів виснаження	21,33	2,01	2	2
3	Часті проблеми зі сном	19,69	2,00	3	3
4	Емоційний/психологічний тиск з боку пацієнтів	19,11	1,81	4	4
5	Наявність хронічних захворювань	18,04	1,76	5	5
6	Погіршення/загострення хронічних захворювань через робоче навантаження	17,91	1,68	6	6
7	Тиск через високі очікування пацієнтів	17,53	1,66	7	7
8	Часта тривога/депресія	14,05	1,48	8	8
9	Надмірне робоче навантаження	13,73	1,27	9	9
10	Ігнорування скарг адміністрацією щодо умов праці/навантаження	13,45	1,25	10	10
11	Понаднормові зміни / робота у вихідні	12,04	1,18	11	11
12	Дефіцит підтримки від сім'ї/друзів у складних професійних ситуаціях	9,28	0,86	12	12

Продовження таблиці 4.5

13	Понаднормова робота без оплати через вимоги адміністрації	8,31	0,78	13	13
14	Нерегулярне звернення до лікаря щодо хронічних захворювань	7,68	0,71	14	14
15	Юридичні погрози або скарги з боку пацієнтів	6,51	0,62	15	15
16	Управлінський тиск щодо додаткових завдань/понаднормової роботи	5,42	0,51	16	17
17	Стресогенна ситуація: агресивна поведінка пацієнтів/родичів	5,22	0,52	17	16
18	Низький/відсутній рівень підтримки з боку адміністрації	4,12	0,40	18	18
19	Низька фізична активність	4,11	0,38	19	19
20	Вік 46–55 років	2,82	0,29	20	20
21	Множинні стресогенні ситуації з боку пацієнтів(завищені очікування, недовіра, недотримання етикету) (≥ 2 одночасно)	2,46	0,22	21	21,5
22	Спеціалізація: Психіатрія	2,09	0,22	22	21,5
23	Стаж роботи у медицині >20 років	1,47	0,14	23	23
24	Низький рівень стресостійкості (самооцінка)	1,39	0,13	24	24
25	Дефіцит дієвих механізмів підтримки при емоційному вигоранні	1,29	0,12	25	25
26	Вік 26–35 років	0,98	0,09	26	26
27	Спеціалізація: Онкологія	0,84	0,07	27	27
28	Стаж роботи в медицині 5–10 років	0,65	0,06	28	28

Продовження таблиці 4.5

29	Відсутність регулярних перерв протягом робочого дня	0,42	0,04	29,5	29,5
30	Спеціалізація: Реанімація та анестезіологія	0,42	0,04	29,5	29,5

розпізнавання, що базується на послідовному аналізі Вальда.

В основі методики прогнозування лежала розробка прогностичної таблиці, що складалася з 30 факторів ризику, розташованих у порядку зменшення інформативності ознаки (тобто від найбільш діагностично “сильних” до менш значущих). Для кожної ознаки розраховували прогностичні коефіцієнти (ПК). Числове значення ПК береться зі знаком “+”, якщо відповідь “Так”, і зі знаком “-”, якщо відповідь “Ні” (відповідно до розрахунку). Для практичного використання ПК округлювали до десятих.

Оцінка груп ризику проводилася на основі визначення суми прогностичних коефіцієнтів, яка порівнювалася з пороговими значеннями. Обчислення припинялося, коли загальна сума досягала більшого або меншого порога (± 13). Якщо сума ПК дорівнювала +13 і більше, це означало, що з імовірністю 95% існує високий ризик СЕВ; якщо сума дорівнювала -13 і менше, ризик вважався відсутнім. Значення суми в межах від -12 до +12 відповідали ймовірному (невизначеному) ризику. Прогностична таблиця для визначення належності до певної групи ризику щодо виникнення синдрому емоційного вигорання відображена у таблиці 4.6.

Таблиця 4.6 Прогностична таблиця для визначення належності до певної групи ризику щодо виникнення синдрому емоційного вигорання

№п/п	Фактор ризику	Градація фактора	Прогностичні коефіцієнти
1	Конфлікти з пацієнтами, що впливають на емоційний стан	Так	+6,8
		Ні	-3,6

Продовження таблиці 4.6.

2	Відчуття фізичних симптомів виснаження	Так	+3,1
		Ні	-6,0
3	Часті проблеми зі сном	Так	+5,4
		Ні	-3,5
4	Емоційний/психологічний тиск з боку пацієнтів	Так	+3,6
		Ні	-4,6
5	Наявність хронічних захворювань	Так	+4,4
		Ні	-3,7
6	Погіршення/загострення хронічних захворювань через робоче навантаження	Так	+3,3
		Ні	-4,7
7	Тиск через високі очікування пацієнтів	Так	+3,7
		Ні	-4,2
8	Часта тривога/депресія	Так	+5,7
		Ні	-2,4
9	Надмірне робоче навантаження	Так	+1,8
		Ні	-6,6
10	Ігнорування скарг адміністрацією щодо умов праці/навантаження	Так	+3,0
		Ні	-3,8
11	Понаднормові зміни / робота у вихідні	Так	+4,1
		Ні	-2,6
12	Дефіцит підтримки від сім'ї/друзів у складних професійних ситуаціях	Так	+2,6
		Ні	-2,9
13	Понаднормова робота без оплати через вимоги адміністрації	Так	+2,9
		Ні	-2,4

Продовження таблиці 4.6.

14	Нерегулярне звернення до лікаря щодо хронічних захворювань	Так	+2,4
		Ні	-2,6
15	Юридичні погрози або скарги з боку пацієнтів	Так	+3,0
		Ні	-1,8
16	Управлінський тиск щодо додаткових завдань/понаднормової роботи	Так	+2,8
		Ні	-1,6
17	Стресогенна ситуація: агресивна поведінка пацієнтів/родичів	Так	+3,6
		Ні	-1,3
18	Низький/відсутній рівень підтримки з боку адміністрації	Так	+3,3
		Ні	-1,1
19	Низька фізична активність	Так	+2,2
		Ні	-1,6
20	Вік 46–55 років	Так	+4,0
		Ні	-0,6
21	Множинні стресогенні ситуації з боку пацієнтів(завищені очікування, недовіра, недотримання етикету) (≥ 2 одночасно)	Так	+0,4
		Ні	-0,3
22	Спеціалізація: Психіатрія	Так	+4,6
		Ні	-0,4
23	Стаж роботи у медицині >20 років	Так	+2,9
		Ні	-0,4
24	Низький рівень стресостійкості (самооцінка)	Так	+2,5
		Ні	-0,5
25	Дефіцит дієвих механізмів підтримки при емоційному вигоранні	Так	+0,7
		Ні	-1,5
26	Вік 26–35 років	Так	-1,3
		Ні	+0,6
27	Спеціалізація: Педіатрія	Так	-1,9
		Ні	+0,3

Продовження таблиці 4.6.

28	Стаж роботи в медицині 5–10 років	Так	–1,0
		Ні	+0,5
29	Відсутність регулярних перерв протягом робочого дня	Так	+0,7
		Ні	–0,5
30	Спеціалізація: Онкологія	Так	+1,3
		Ні	–0,3

На основі отриманих даних виділяють три прогностичні групи:

1 група. Сума прогностичних коефіцієнтів -13 і менше – ризик розвитку синдрому відсутній.

2 група. Сума прогностичних коефіцієнтів від -12 до $+12$ – ризик розвитку синдрому імовірний.

3 група. Сума прогностичних коефіцієнтів $+13$ і більше – ризик розвитку синдрому високий.

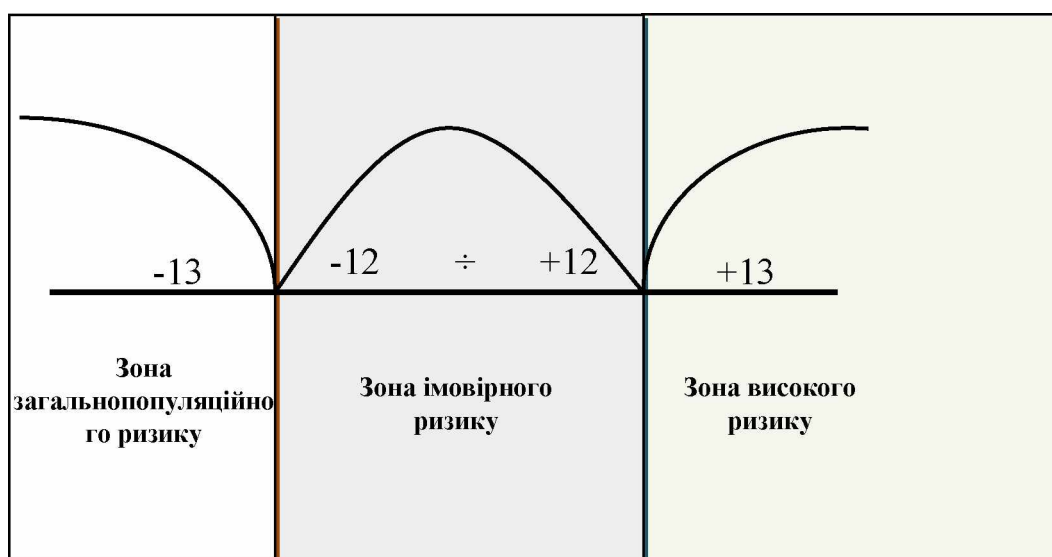


Рис. 4.1 Шкала визначення ступеня ризику розвитку синдрому емоційного вигорання у медичних працівників.

Прогностичні групи		
1-а група	2-а група	3-я група
Відсутній ризик	Імовірний ризик	Високий ризик

Дана методика прогнозування складається з наступних етапів:

1. Визначення належності респондента до певної прогностичної групи щодо ризику виникнення СЕВ.
2. Динамічне спостереження за респондентом у залежності від прогностичної групи.
3. Розробка профілактичних заходів щодо зниження ризику розвитку СЕВ в залежності від прогностичної групи.

Для демонстрації застосування прогностичної таблиці наведено приклад послідовного підрахунку суми ПК. Опитування проводять, послідовно додаючи ПК залежно від відповідей. Приклад опитування Віталія К. наведений у таблиці 4.7.

Таблиця 4.7 Приклад опитування Віталія К.

№п/п	Фактори ризику	Прогностичні коефіцієнти	Відповіді	Сума прогностичних коефіцієнтів
1	Конфлікти з пацієнтами, що впливають на емоційний стан	+6,8	Так	+6,8
		-3,6		
5	Наявність хронічних захворювань	+4,4	Ні	+3,1
		-3,7		
8	Часта тривога/депресія	+5,7	Так	+8,8
		-2,4		
9	Надмірне робоче навантаження	+1,8	Ні	+2,2
		-6,6		

Продовження таблиці 4.7

10	Ігнорування скарг адміністрацією щодо умов праці/навантаження	+3,0	Так	+5,2
		-3,8		
11	Понаднормові зміни / робота у вихідні	+4,1	Так	+9,3
		-2,6		
12	Дефіцит підтримки від сім'ї/друзів у складних професійних ситуаціях	+2,6	Ні	+6,4
		-2,9		
15	Юридичні погрози або скарги з боку пацієнтів	+3,0	Так	+9,4
		-1,8		
16	Управлінський тиск щодо додаткових завдань/понаднормової роботи	+2,8	Так	+12,2
		-1,6		
18	Низький/відсутній рівень підтримки з боку адміністрації	+3,3	Так	+15,5
		-1,1		

Опитування можна припинити, оскільки сума прогностичних коефіцієнтів перевищила +13. Отже, “Віталія К.” слід віднести до 3 групи – з високим ризиком розвитку СЕВ, що обґрунтовує необхідність профілактичних інтервенцій та динамічного спостереження.

Практична цінність представленої методології обумовлена її універсальністю, простотою та можливістю поетапного використання протягом будь-якого з періодів перебігу синдрому з внесенням коректив до лікарської тактики.

4.3 Висновки за розділом

1. За результатами порівняльного аналізу основної (n=294) та контрольної (n=189) груп ідентифіковано та систематизовано 30 факторів, що характеризують ризик розвитку синдрому емоційного вигорання у медичних працівників.

2. Найбільшу силу впливу (η) продемонстрували пацієнт-обумовлені та ендогенні чинники, зокрема конфлікти з пацієнтами ($\eta = 23,88\%$), фізичні симптоми виснаження ($\eta = 21,33\%$) та порушення сну ($\eta = 19,69\%$).

3. Організаційно-управлінські фактори (надмірне навантаження, ігнорування скарг, понаднормова робота) мають суттєвий внесок у формування СЕВ (η до $13,73\%$) і є пріоритетними цілями управлінської профілактики.

4. У межах соціально-демографічних характеристик виявлено ознаки з підвищенням ризику (вік 46–55 років, стаж >20 років, психіатрія) та протективні ознаки (вік 26–35 років, спеціалізація педіатрія).

5. Проведено ранжування факторів ризику та сформовано перелік основних чинників ($\eta \geq 6\%$), що лягли в основу побудови прогностичної таблиці.

6. Розроблено методику прогнозування ризику СЕВ на основі послідовного аналізу Вальда із порогамі інтерпретації суми ПК (± 13), що дозволяє відносити особу до групи відсутнього, ймовірного або високого ризику й обґрунтовувати профілактичні рішення.

РОЗДІЛ 5.

РІВЕНЬ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ, У ЯКИХ ВИЯВЛЕНО ОЗНАКИ СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ

Працездатність медичного працівника в умовах сучасної системи охорони здоров'я є не лише індивідуальною характеристикою, а й показником стійкості професійного середовища: вона відображає здатність персоналу підтримувати якість клінічних рішень, безперервність процесів допомоги та належний рівень комунікації з пацієнтами за високої інтенсивності навантаження. У цьому контексті синдром емоційного вигорання виступає одним із ключових механізмів зниження функціональної спроможності, оскільки поєднує емоційне виснаження, мотиваційні втрати та дефіцит ресурсів відновлення, що поступово трансформується у обмеження професійної ефективності [74]. Саме тому даний розділ присвячено аналізу рівня працездатності медичних працівників з ознаками СЕВ.

5.1. Оцінка працездатності медичних працівників із ознаками синдрому емоційного вигорання

З метою вивчення рівня працездатності медичних працівників з ознаками синдрому емоційного вигорання (СЕВ) було здійснено анкетування 294 респондентів основної групи. Оцінювання проводилося за авторським інструментарієм (опитувальники 1–4), що дозволив розрахувати інтегральний індекс працездатності (ІПР, %), а також низку предикторів, потенційно пов'язаних зі зниженням працездатності: індекс стресового навантаження (X1), індекс підтримки (X2), індекс доступу до допомоги (X3) та індекс навчальної готовності (X4). Пацієнту/респонденту було запропоновано відповісти на питання анкети у письмовій формі; усі показники нормувалися до відсоткової шкали (0–100%). З метою оцінки отриманих результатів для індексу працездатності було використано такі порогові значення: 71–100% – високий

рівень працездатності; 51–70% – середній рівень працездатності; 50% і менше – низький рівень працездатності.

У ході нашого дослідження було встановлено, що середнє значення показника працездатності (ІПР) медичних працівників основної групи становило 42,23%. У чоловіків середній рівень працездатності склав 45,96%, у жінок – 38,81% відповідно.

Під час порівняння показників працездатності в залежності від віку було встановлено, що у віковій групі до 25 років середній показник ІПР становив 37,98%, у групі 26–35 років – 45,45%, у групі 36–45 років – 46,70%, у групі 46–55 років – 35,46%, та у віці 56 років і більше – 33,76% відповідно.

Було виявлено, що більшість медичних працівників основної групи, а саме 81,6%, мали низький рівень працездатності, 9,2% – середній рівень, та 9,2% – високий рівень працездатності (рис. 5.1.1).

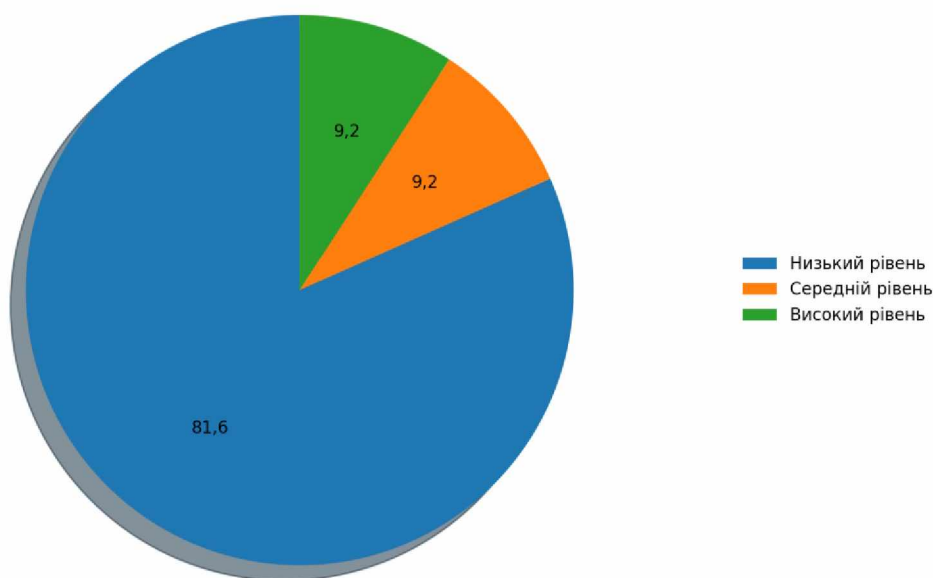


Рис. 5.1.1. Розподіл медичних працівників основної групи за рівнем працездатності (ІПР)

У ході вивчення впливу окремих предикторів на працездатність медичних працівників з ознаками СЕВ було сформовано набір факторних змінних, що відображають ключові компоненти професійного середовища та індивідуальної готовності до профілактики: індекс стресового навантаження (X1), індекс

підтримки (X2), індекс доступу до допомоги (X3) та індекс навчальної готовності (X4).

З метою знизити розмірність матриці факторів і усунути статистично незначущі предиктори було використано непараметричний коефіцієнт кореляції Спірмена. Цей показник було обрано через те, що залежна змінна (ІПР) та всі факторні змінні (X1–X4) розподіляються згідно із законом розподілу, що відрізняється від нормального. Для визначення закону розподілу змінних використовувався критерій Колмогорова–Смірнова з поправкою Лілієфорса та критерій Шапіро–Уїлка. Для ІПР та всіх предикторів X1–X4 $p\text{-value} < 0,05$, отже, є підстави відкинути нульову гіпотезу про нормальність розподілу та надалі використовувати непараметричні критерії.

Було встановлено, що найбільший вплив згідно зі значенням коефіцієнта кореляції Спірмена на працездатність медичних працівників з ознаками СЕВ мав індекс стресового навантаження ($R_{x1y} = -0,451$). Водночас зв'язки з іншими предикторами були слабкими: для індексу підтримки ($R_{x2y} = 0,075$), індексу доступу до допомоги ($R_{x3y} = 0,011$) та індексу навчальної готовності ($R_{x4y} = 0,018$).

Для поглибленого аналізу предикторів, що впливають на працездатність медичних працівників з ознаками СЕВ, було розраховано додаткові коефіцієнти регресійного аналізу, а саме α -коефіцієнт, β -коефіцієнт та Δ -коефіцієнт.

Коефіцієнт еластичності (α -коефіцієнт) застосовується для характеристики залежності між результативною змінною та факторними змінними. За допомогою цього показника можна оцінити, на скільки відсотків зміниться результативний показник, якщо факторна змінна зміниться на 1%. У ході дослідження було встановлено, що показник працездатності (ІПР) матиме найбільше відхилення від середнього рівня при відхиленні на 1% значень індексу стресового навантаження ($\alpha = -0,6671$), тоді як вплив інших предикторів був значно меншим за абсолютною величиною.

Стандартизований коефіцієнт регресії (β -коефіцієнт) використовується для порівняння впливу різних незалежних змінних на залежну змінну. Нами

встановлено, що найбільш виражений стандартизований вплив мав індекс стресового навантаження ($\beta = -0,4761$).

Δ -коефіцієнт показує частку впливу кожного фактора в сумарному впливі всіх факторів на залежну змінну. Було встановлено, що домінуючу питому вагу впливу мав індекс стресового навантаження ($\Delta = 0,9337$), тоді як вклад інших предикторів був значно меншим (табл. 5.1.3).

Таблиця 5.1.3 Вплив предикторів зниження працездатності на показник працездатності медичних працівників з ознаками синдрому емоційного вигорання.

Предиктори	Rxy	α - коефіцієнт	β - коефіцієнт	Δ - коефіцієнт
Індекс стресового навантаження	-0,451	-0,6671	-0,4761	0,9337
Індекс підтримки	0,075	0,3200	0,1739	0,0569
Індекс доступу до допомоги	0,011	-0,0822	-0,0587	0,0027
Індекс навчальної готовності	0,018	0,1288	0,0839	0,0067

Наступним кроком стала побудова математичної моделі прогнозу працездатності медичних працівників з ознаками СЕВ за допомогою множинної лінійної регресії. Використання методу найменших квадратів дало змогу отримати модель оцінки працездатності (ІПР):

$$Y = 54,926 - 0,482 \cdot X_1 + 0,209 \cdot X_2 - 0,059 \cdot X_3 + 0,105 \cdot X_4$$

де:

Y – індекс працездатності (ІПР, %);

X_1 – індекс стресового навантаження;

X_2 – індекс підтримки;

X_3 – індекс доступу до допомоги;

X_4 – індекс навчальної готовності.

Скоригований коефіцієнт детермінації (R^2) дорівнює 0,213, що свідчить про помірну інформативність побудованої моделі в межах даної вибірки. У результаті дослідження встановлено, що сукупний вплив предикторів X_1 – X_4 на

працездатність медичних працівників з ознаками СЕВ становить 22,4%, тоді як частка факторів, які не були враховані моделлю (Н), але мають вплив на працездатність, складає 77,6% (рис. 5.1.2).

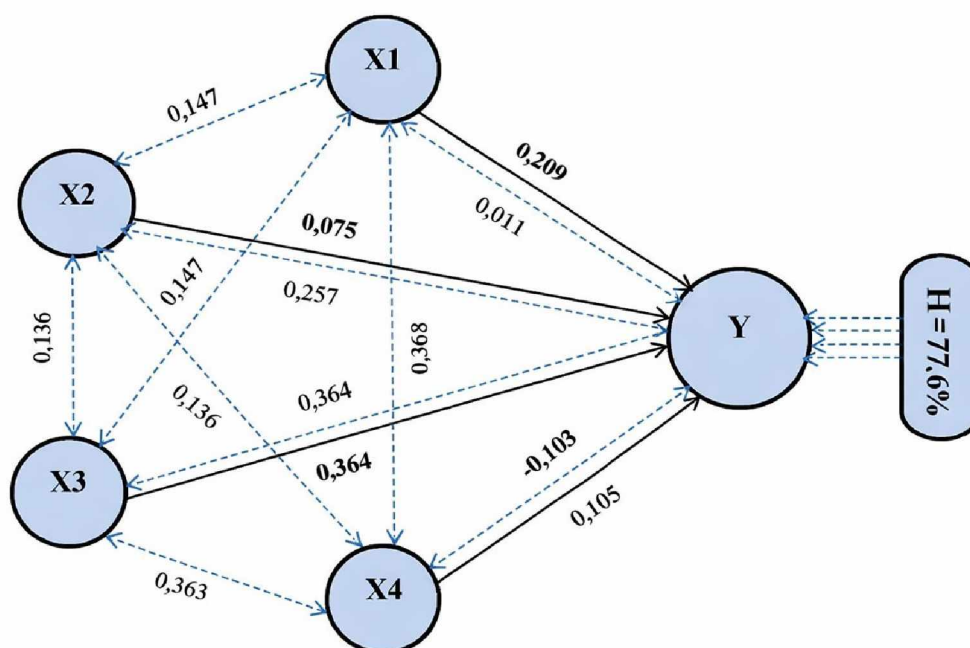


Рис.5.1.2 Модель оцінки рівня працездатності медичних працівників з ознаками синдрому емоційного вигорання

Пояснення до рис. 5.1.2:

X1 – індекс стресового навантаження;

X2 – індекс підтримки;

X3 – індекс доступу до допомоги;

X4 – індекс навчальної готовності;

Н – відсоток неврахованих факторів;

Y – індекс працездатності (ППР);

————— коефіцієнти множинної лінійної регресії,

- - - - - коефіцієнти кореляції Спірмена

Приклад розрахунку працездатності медичного працівника (умовний респондент №1)

Отже, для медичного працівника з наступними значеннями предикторів: $X_1 = 80,00\%$, $X_2 = 54,55\%$, $X_3 = 46,67\%$, $X_4 = 60,00\%$, показник працездатності за моделлю складатиме:

$$Y = 54,926 - 0,482 \cdot 80,00 + 0,209 \cdot 54,55 - 0,059 \cdot 46,67 + 0,105 \cdot 60,00 = 31,34\%.$$

Враховуючи, що середні значення предикторів у групі становлять: $X_1 = 58,44\%$, $X_2 = 64,60\%$, $X_3 = 59,18\%$, $X_4 = 51,72\%$, використавши цю модель можна розрахувати прогнозний рівень працездатності за умови приведення значень предикторів до середньогрупового рівня:

$$Y_{\text{середнє}} = 42,23\%.$$

Отже, якщо реалізувати заходи, спрямовані на зниження стресового навантаження (X_1) та покращення ресурсних компонентів (X_2 – X_4) до середньогрупового рівня, прогнозований показник працездатності даного медичного працівника зросте на 10,9 відсоткових пунктів і становитиме 42,23%.

5.2. Визначення основних предикторів зниження працездатності медичних працівників

До методики оцінювання чинників, що асоційовані зі зниженням рівня працездатності (ІПР) у медичних працівників, входив аналіз відповідей респондентів основної групи за переліком показників, для яких наявність чинника супроводжувалась значним зниженням ІПР. Було відібрано 14 факторів, що відображають фізичний та психоемоційний стан, умови праці, адміністративні впливи, а також компонент навчальної. Загальна кількість позитивних відповідей за всіма 14 факторами склала 1736 (табл. 5.2.1).

Таблиця 5.2.1. Розподіл предикторів, що знижують працездатність медичних працівників залежно від їх поширеності

№	Фактори, що знижують працездатність	Кількість осіб (n)	Відносний показник (%)
1	Симптоми виснаження	279	94,9
2	Недостатнє включення тем профілактики вигорання у професійну підготовку	235	79,9
3	Загострення хронічних хвороб через навантаження	231	78,6
4	Порушення сну	186	63,3
5	Низька фізична активність	154	52,4
6	Юридичні скарги/погрози пацієнтів	152	51,7
7	Тривога/депресія	147	50,0
8	Часті конфлікти з пацієнтами	66	22,4
9	Низька стресостійкість	61	20,7
10	Понаднормові без оплати	58	19,7
11	Ігнорування скарг адміністрацією	50	17,0
12	Недоступність психологічної допомоги на робочому місці	43	14,6
13	Адміністративний тиск	42	14,3
14	Відсутність програми профілактики вигорання в закладі	32	10,9

У більшості випадків респонденти відмічали симптоми виснаження (94,9%), недостатнє включення тем профілактики вигорання у професійну підготовку (не було/частково) (79,9%) та загострення хронічних хвороб через робоче навантаження (78,6%). Високою також була поширеність порушень сну (63,3%). Близько половини респондентів мали низьку фізичну активність

(52,4%), стикалися з юридичними скаргами/погрозами з боку пацієнтів (51,7%) або відмічали тривогу/депресію (50,0%).

Наступними за поширеністю, але такими, що також асоційовані зі зниженням ППР, були часті конфлікти з пацієнтами (22,4%), низька стресостійкість (20,7%), понаднормові без оплати (19,7%) та ігнорування скарг адміністрацією (17,0%).

Менше 15% респондентів відмітили недоступність психологічної допомоги на робочому місці (14,6%) та адміністративний тиск (14,3%). Найрідше серед наведених предикторів фіксувалась відсутність програми профілактики вигорання в закладі (10,9%). Отримані дані свідчать, що зниження працездатності медичних працівників формується переважно за рахунок поєднання соматичного/психоемоційного виснаження, дефіциту навчальної готовності щодо профілактики вигорання, а також організаційно-управлінських і правових стресорів, що в сукупності створюють стійкий фон для погіршення ППР.

ВИСНОВКИ ЗА РОЗДІЛОМ

1. Встановлено, що середній рівень працездатності медичних працівників основної групи ($n=294$) за індексом працездатності (ППР) становив 42,23% та характеризувався високою варіабельністю (коефіцієнт варіації за статтю 34,05–37,38%, за віковими групами 26,45–39,34%).

2. Більшість респондентів основної групи мали низький рівень працездатності (81,6%), тоді як середній та високий рівні зустрічалися однаково рідко – по 9,2%. Середній ППР у чоловіків становив 45,96%, у жінок – 38,81%.

3. Віковий аналіз показав нерівномірність працездатності: найвищі середні значення ППР відмічалися у групах 26–35 років (45,45%) та 36–45 років (46,70%), тоді як нижчі – у віці до 25 років (37,98%), 46–55 років (35,46%) та 56 років і більше (33,76%).

4. За результатами непараметричного аналізу (кореляція Спірмена) найбільш виражений зв'язок із працездатністю мав індекс стресового навантаження X_1 ($R_{x_1y} = -0,451$), тоді як зв'язки ППР з індексом підтримки

(X2), доступу до допомоги (X3) та навчальної готовності (X4) були слабкими ($R_{x2y} = 0,075$; $R_{x3y} = 0,011$; $R_{x4y} = 0,018$). Додаткові регресійні коефіцієнти підтвердили домінуючу роль X1: $\alpha = -0,6671$; $\beta = -0,4761$; $\Delta = 0,9337$, при суттєво меншому внеску X2–X4.

5. Визначено 14 найбільш поширених предикторів, наявність яких асоційована зі значним зниженням ІПР. Найчастіше фіксувалися симптоми виснаження (94,9%), недостатнє включення тем профілактики вигорання у професійну підготовку (79,9%), загострення хронічних хвороб через навантаження (78,6%), а також порушення сну (63,3%). Найрідше відмічалась відсутність програми профілактики вигорання в закладі (10,9%). Отримані дані підтверджують, що зниження працездатності в умовах СЕВ формується насамперед через поєднання високого стресового навантаження, соматичного/психоемоційного виснаження, дефіциту навчальної готовності, а також організаційно-управлінських і правових стресорів.

6. Запропонована методика оцінювання працездатності медичних працівників з ознаками емоційного вигорання дозволяє обґрунтувати та впроваджувати цільові заходи з профілактики СЕВ, а також своєчасно ідентифікувати працівників, які потребують психотерапевтичної (психологічної) підтримки.

РОЗДІЛ 6

СТАН ОРГАНІЗАЦІЇ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА ІНФОРМОВАНІСТЬ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ПРО СУЧАСНІ МЕТОДИ ПРОФІЛАКТИКИ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ

Синдром емоційного вигорання у сучасних класифікаційних підходах визначається як наслідок хронічного робочого стресу, що не був успішно подоланий, і проявляється виснаженням, ментальним дистанціюванням або цинізмом щодо роботи та зниженням професійної ефективності [157]. У медичній сфері такі прояви виходять за межі індивідуального переживання працівника, оскільки супроводжуються зростанням ризику помилок і конфліктів, погіршенням комунікації з пацієнтами, зниженням мотивації та працездатності. У зв'язку з цим профілактика синдрому емоційного вигорання і психотерапевтична (психологічна) підтримка персоналу мають розглядатися як складова системи управління ризиками, а не як епізодична ініціатива або приватний вибір окремого працівника. ВООЗ у сучасних рекомендаціях щодо психічного здоров'я на роботі наголошує на пріоритеті організаційних інтервенцій, зокрема керуванні психосоціальними ризиками, навчанні керівників і працівників, забезпеченні доступу до допомоги та підтримці повернення до роботи, підкреслюючи, що саме структура і процеси доступу визначають реальну ефективність підтримки [158,159].

Емпіричну основу цього розділу становлять результати опитування основної групи – медичних працівників із ознаками синдрому емоційного вигорання або високими значеннями інтегрального індикатора вираженості проявів. У межах аналізу оцінено поінформованість щодо синдрому емоційного вигорання та його профілактики, фактичну доступність психотерапевтичної допомоги, маршрути звернення, практики користування допомогою та бар'єри, організаційні профілактичні заходи в закладах, управлінську підтримку, а також навчальні потреби й прийнятні формати підготовки. Для узагальнення організаційної спроможності використано індексний підхід із розрахунком

індексу доступу до допомоги та індексу навчальної готовності у шкалі 0–100%, що дало змогу комплексно оцінити стан організації психотерапевтичної допомоги та рівень готовності персоналу до опанування сучасних профілактичних практик.

6.1. Поінформованість медичних працівників щодо синдрому емоційного вигорання та сучасних методів його профілактики

Передумовою результативної профілактики синдрому емоційного вигорання є базова поінформованість медичних працівників про сутність цього явища, його прояви та можливі шляхи запобігання. За результатами опитування основної групи встановлено, що $90,8 \pm 1,7\%$ респондентів раніше чули про синдром емоційного вигорання, тоді як $9,2 \pm 1,7\%$ зазначили, що не чули про нього. Самооцінка рівня знань про СЕВ найчастіше визначалася як середня – $53,1 \pm 2,9\%$; низька – $24,5 \pm 2,5\%$; висока – $17,0 \pm 2,2\%$. Таким чином, попри значне загальне поширення інформації про СЕВ, упевнене володіння знаннями про нього характерне не для всіх медичних працівників із ознаками вигорання.

Важливим аспектом є представлення теми профілактики емоційного вигорання у професійній підготовці та доступність відповідних освітніх матеріалів. Установлено, що питання профілактики вигорання у професійному навчанні були висвітлені переважно частково – про це повідомили $58,5 \pm 2,9\%$ опитаних; $20,1 \pm 2,3\%$ зазначили, що ця тема розглядалася докладно, тоді як $21,4 \pm 2,4\%$ вказали, що вона взагалі не була представлена. Разом із тим доступ до спеціальної літератури або навчальних матеріалів щодо вигорання мали $73,8 \pm 2,6\%$ респондентів, тоді як $26,2 \pm 2,6\%$ такого доступу не мали. Отже, освітнє висвітлення проблеми у формальних програмах підготовки залишається неповним, хоча поза ними значна частка працівників все ж має можливість ознайомлюватися з відповідними матеріалами.

Знання про існуючі методи профілактики емоційного вигорання респонденти також оцінювали переважно як неповні. Так, $59,9 \pm 2,9\%$ зазначили,

що знають про них лише частково, $36,1 \pm 2,8\%$ відповіли ствердно, і лише $4,1 \pm 1,2\%$ повідомили про відсутність таких знань. Більш деталізована самооцінка рівня обізнаності показала, що $42,5 \pm 2,9\%$ є частково знайомими з методами профілактики, $28,9 \pm 2,6\%$ чули про них, але не мають детальних знань, $27,6 \pm 2,6\%$ добре знайомі з ними, а $1,0 \pm 0,6\%$ не знайомі взагалі. Це свідчить про те, що навіть за умов високої загальної поінформованості щодо самого синдрому знання про конкретні профілактичні підходи залишаються переважно фрагментарними.

Конкретизація знань про сучасні методи профілактики емоційного вигорання показала переважання індивідуально орієнтованих підходів. Найчастіше респонденти називали регулярну фізичну активність – $75,9 \pm 2,5\%$, індивідуальну психотерапію – $65,6 \pm 2,8\%$, управління стресом, зокрема техніки релаксації та медитацію, – $47,3 \pm 2,9\%$. Значно рідше згадували тайм-менеджмент і контроль робочого навантаження – $29,9 \pm 2,7\%$, групову терапію та підтримку – $24,1 \pm 2,5\%$, підтримку колег та емоційне вираження – $13,9 \pm 2,0\%$. Такий розподіл свідчить, що уявлення медичних працівників про профілактику СЕВ тяжіють насамперед до індивідуальних стратегій подолання напруження, тоді як командні та колегіальні форми підтримки представлені значно слабше.

Під час визначення найважливіших умов профілактики емоційного вигорання респонденти найчастіше відзначали зниження навантаження – $68,0 \pm 2,7\%$, самостійне навчання та роботу над собою – $54,8 \pm 2,9\%$, підвищення заробітної плати – $51,4 \pm 2,9\%$, доступ до психологічної допомоги – $37,8 \pm 2,8\%$. Рідше називали покращення атмосфери в колективі – $23,5 \pm 2,5\%$ і зміну умов праці – $21,8 \pm 2,4\%$. Отже, уявлення медичних працівників про профілактику СЕВ поєднують індивідуальний компонент із виразним запитом на організаційні рішення, пов'язані зі зменшенням навантаження, покращенням ресурсного забезпечення та підвищенням доступності психологічної допомоги.

Таким чином, у основній групі виявлено високий загальний рівень поінформованості про синдром емоційного вигорання, однак знання щодо сучасних методів його профілактики переважно мають частковий характер.

Освітнє покриття цієї теми у професійній підготовці є неповним, а структура наявних уявлень про профілактику тяжіє здебільшого до індивідуальних підходів. Це вказує на необхідність подальшого системного посилення інформаційного та освітнього компонентів профілактики серед медичних працівників.

6.2. Доступність психотерапевтичної допомоги та бар'єри звернення медичних працівників

Ключовим практичним аспектом профілактики синдрому емоційного вигорання є не лише поінформованість про проблему, а й наявність реального, доступного та зрозумілого маршруту отримання психотерапевтичної або психологічної допомоги. За результатами опитування основної групи встановлено, що внутрішньозаказова система підтримки доступна не для всіх медичних працівників. Наявність спеціалізованих служб психотерапевтичної або психологічної допомоги у закладі підтвердили $22,4 \pm 2,4\%$ респондентів, ще $25,5 \pm 2,5\%$ зазначили, що така допомога формально існує, але є неефективною. Водночас $49,3 \pm 2,9\%$ опитаних вказали, що доступу до допомоги у закладі немає, проте є можливість звернутися самостійно поза його межами, а $2,7 \pm 0,9\%$ повідомили про повну відсутність доступу. Таким чином, для значної частки працівників психотерапевтична підтримка не інтегрована в діяльність закладу й фактично залежить від власної ініціативи та зовнішніх ресурсів.

Важливою складовою доступності допомоги є знання про маршрут звернення. Установлено, що $90,8 \pm 1,7\%$ респондентів знають, куди звернутися за психологічною підтримкою у разі емоційного вигорання, тоді як $9,2 \pm 1,7\%$ такого маршруту не знають. Однак високий рівень інформованості про можливість звернення не супроводжується відповідною практикою користування допомогою. Зокрема, $38,4 \pm 2,8\%$ опитаних ніколи не зверталися по психологічну допомогу, $25,9 \pm 2,6\%$ зверталися кілька разів, $24,8 \pm 2,5\%$ зазначили, що хотіли б звернутися, але не мали такої можливості, і лише

10,9±1,8% повідомили про регулярне звернення. Отже, навіть за наявності знань про маршрут допомоги її систематичне використання залишається обмеженим.

Для уточнення причин незвернення окремо було проаналізовано основну причину серед тих, хто ніколи не звертався по допомогу або хотів звернутися, але не мав можливості (n=186). Провідною причиною в цій підгрупі була відповідь «немає потреби» – 50,0±3,7%. Брак часу зазначили 25,3±3,2% респондентів, відсутність довіри до спеціалістів – 11,3±2,3%, фінансові обмеження – 10,2±2,2%, відсутність доступу до фахівців – 3,2±1,3%. Такий розподіл свідчить, що незвернення по допомогу зумовлюється не лише об'єктивними труднощами доступу, а й суб'єктивною недооцінкою потреби у підтримці.

Додатковий аналіз бар'єрів звернення за психологічною допомогою показав, що вони мають переважно часово-ресурсний характер. Найчастіше респонденти вказували на брак часу – 62,2±2,8%, відсутність доступу до якісних фахівців – 43,9±2,9%, фінансові обмеження – 29,9±2,7%, низьку довіру до психологів – 26,5±2,6%. Негативне ставлення колег як перешкоду відзначили лише 3,1±1,0% опитаних. Отже, головними бар'єрами до звернення по психотерапевтичну допомогу є не стільки соціальне неприйняття, скільки дефіцит часу, недостатня доступність якісних фахівців і фінансово-організаційні обмеження.

Таким чином, результати дослідження свідчать, що доступність психотерапевтичної допомоги для медичних працівників із ознаками синдрому емоційного вигорання залишається обмеженою. Попри високий рівень поінформованості щодо маршрутів звернення, фактичне користування допомогою є низьким, а потреба у ній нерідко залишається нереалізованою. Основні перешкоди пов'язані з браком часу, недостатньою доступністю фахівців, фінансовими труднощами та неповною довірою до професійної допомоги.

6.3. Організаційна профілактика емоційного вигорання, навчальні потреби та інтегральна оцінка спроможності системи

Організаційна профілактика синдрому емоційного вигорання у закладах охорони здоров'я передбачає не лише наявність окремих ініціатив, а й регулярність профілактичних заходів, управлінську підтримку та реальне включення теми психічного благополуччя персоналу у практику роботи закладу. За результатами опитування основної групи встановлено, що лише $31,6 \pm 2,7\%$ респондентів відзначили наявність регулярних тренінгів або консультацій щодо запобігання вигоранню. Більшість опитаних вказали, що такі заходи проводяться рідко – $55,8 \pm 2,9\%$, тоді як $12,6 \pm 1,9\%$ повідомили про повну відсутність профілактичних заходів. Оцінка ролі керівництва також засвідчила переважання часткової підтримки над активною участю: $55,4 \pm 2,9\%$ респондентів зазначили, що керівництво частково підтримує такі ініціативи, але без значного впливу; $33,0 \pm 2,7\%$ вказали на активне впровадження програм; $11,6 \pm 1,9\%$ – на відсутність уваги з боку керівництва. Таким чином, профілактика СЕВ у більшості випадків має обмежено інституціоналізований характер і не завжди набуває системного, відтворюваного формату.

Важливою складовою організаційної спроможності є готовність персоналу до навчання та опанування профілактичних практик. Потребу у спеціальному навчанні лікарів методам подолання стресу та вигорання як обов'язкову визначили $51,4 \pm 2,9\%$ респондентів, ще $45,9 \pm 2,9\%$ оцінили його як корисне, але не критичне, і лише $2,7 \pm 0,9\%$ заперечили таку потребу. Разом із тим фактичний досвід навчання залишається неоднорідним. Щодо проходження навчання або тренінгів із профілактики вигорання $18,4 \pm 2,3\%$ опитаних зазначили, що проходили їх регулярно, $23,5 \pm 2,5\%$ – один раз, $39,5 \pm 2,9\%$ – не проходили, але хотіли б, $18,7 \pm 2,3\%$ – не проходили і не бачать необхідності. За іншим формулюванням питання щодо будь-яких курсів або тренінгів $10,2 \pm 1,8\%$ відповіли, що проходили їх неодноразово, $24,5 \pm 2,5\%$ – один раз, $47,3 \pm 2,9\%$ – не проходили, але хотіли б, $18,0 \pm 2,2\%$ – не проходили і

не бачать потреби. Це свідчить про наявність значного запиту на навчання за одночасно обмеженого охоплення регулярною підготовкою.

Структура навчальних потреб свідчить про переважання практично орієнтованого запиту. Найчастіше респондентів цікавили робота з емоціями та саморегуляція – $72,1 \pm 2,6\%$, методи релаксації та медитація – $67,7 \pm 2,7\%$, методи управління стресом – $51,7 \pm 2,9\%$. Значно рідше відзначали інтерес до психологічної підтримки у колективі – $26,9 \pm 2,6\%$, тайм-менеджменту в медицині – $25,2 \pm 2,5\%$, а питання правильного звернення за психологічною допомогою – $7,5 \pm 1,5\%$. Отже, працівники насамперед орієнтовані на набуття прикладних навичок саморегуляції та відновлення.

Прийнятність форматів навчання є важливою умовою впровадження профілактичних програм. Найзручнішим форматом респонденти визнали очні тренінги та майстер-класи – $46,6 \pm 2,9\%$; самостійне навчання з доступом до матеріалів – $24,1 \pm 2,5\%$; онлайн-курси – $17,7 \pm 2,2\%$; вебінари – $11,6 \pm 1,9\%$. Оптимальною тривалістю навчання для більшості є 1–3 години – $50,3 \pm 2,9\%$; до 1 години – $18,4 \pm 2,3\%$; 1 день – $16,3 \pm 2,2\%$; декілька днів – $15,0 \pm 2,1\%$. Готовність навчатися в неробочий час висловили $51,7 \pm 2,9\%$ респондентів, лише у робочий час – $26,2 \pm 2,6\%$, не готові – $22,1 \pm 2,4\%$. Найефективнішою формою навчання найчастіше вважали комбінований підхід – $40,1 \pm 2,9\%$, практичні заняття та тренінги – $26,9 \pm 2,6\%$, індивідуальні консультації з психологом – $13,6 \pm 2,0\%$, групову терапію або обговорення – $12,2 \pm 1,9\%$, теоретичні лекції – $7,1 \pm 1,5\%$. Отже, найбільш прийнятними для медичних працівників є короткі практикоорієнтовані формати з можливістю поєднання очного та дистанційного компонентів.

Бар'єри до навчання мають переважно організаційний характер. Найчастіше респонденти вказували на брак часу – $48,6 \pm 2,9\%$, відсутність доступних курсів – $44,9 \pm 2,9\%$, високу вартість навчання – $31,3 \pm 2,7\%$, недовіру до програм – $24,8 \pm 2,5\%$, відсутність ініціативи від керівництва – $21,8 \pm 2,4\%$, відсутність потреби – $11,2 \pm 1,8\%$. Це свідчить про те, що навіть за наявності

інтересу до профілактичного навчання його реалізація гальмується передусім дефіцитом часу та недостатньою організаційною доступністю.

Запит на інституціоналізацію профілактики вигорання серед медичних працівників є високим. Включення профілактики вигорання у навчальні програми медичних закладів підтримали $91,8 \pm 1,6\%$ респондентів, більше інформації про сучасні методи профілактики хотіли б отримати також $91,8 \pm 1,6\%$. Готовність брати участь у розробці або впровадженні програм профілактики у власному закладі висловили $56,1 \pm 2,9\%$ опитаних, тоді як $43,9 \pm 2,9\%$ не готові до цього. Обов'язковість навчання як частини професійної підготовки $52,0 \pm 2,9\%$ оцінювали як корисну, але не критичну, $44,6 \pm 2,9\%$ – як обов'язкову, $3,4 \pm 1,0\%$ – заперечували. Потребу регулярних психологічних консультацій медичних працівників $62,6 \pm 2,8\%$ визначали як часткову, $29,9 \pm 2,7\%$ – як безумовну, $7,5 \pm 1,5\%$ – заперечували. Необхідність більшої уваги до профілактики вигорання у власному закладі відзначили майже всі респонденти: $34,4 \pm 2,8\%$ відповіли «так», $65,0 \pm 2,8\%$ – «частково», $0,7 \pm 0,5\%$ – «ні». Таким чином, результати свідчать про виражений запит на інтеграцію профілактики у реальні робочі процеси.

Індексний аналіз дозволив узагальнити організаційні параметри доступу до допомоги та навчальної готовності. У основній групі середній індекс доступу до допомоги становив 59,18 ($SD=15,59$), 95% ДІ: 57,39–60,97; медіана – 53,33; міжквартильний інтервал $Q1-Q3$: 53,33–71,66. Категоріально індекс доступу до допомоги розподілився так: $<40\%$ – $9,2 \pm 1,7\%$, $40-70\%$ – $65,6 \pm 2,8\%$, $\geq 70\%$ – $25,2 \pm 2,5\%$. Середній індекс навчальної готовності становив 51,72 ($SD=12,41$), 95% ДІ: 50,30–53,15; медіана – 53,33; $Q1-Q3$: 40,00–60,00. Категоріально індекс навчальної готовності розподілився таким чином: $<40\%$ – $13,6 \pm 2,0\%$, $40-70\%$ – $78,6 \pm 2,4\%$, $\geq 70\%$ – $7,8 \pm 1,6\%$. Установлено позитивний кореляційний зв'язок між індексом доступу до допомоги та індексом навчальної готовності ($r=0,379$; $p<0,001$), що відображає узгодженість організаційного середовища доступності з навчальною включеністю та готовністю персоналу до опанування профілактичних практик.

Індексний аналіз дозволив узагальнити організаційні параметри доступу до допомоги та навчальної готовності. Ключові показники організаційної профілактики емоційного вигорання, навчальних потреб та інтегральної оцінки спроможності системи в основній групі наведено в табл. 6.1.

Таблиця 6.1. Ключові показники організаційної профілактики емоційного вигорання, навчальних потреб та інтегральної оцінки спроможності системи в основній групі

Блок	Показник	Значення
Організація профілактики	Регулярні тренінги/консультації щодо запобігання вигоранню	31,6±2,7%
	Профілактичні заходи проводяться рідко	55,8±2,9%
	Керівництво активно впроваджує програми профілактики вигорання	33,0±2,7%
	Керівництво частково підтримує, але без значного впливу	55,4±2,9%
Навчальні потреби	Потреба у спеціальному навчанні є обов'язковою	51,4±2,9%
	Не проходив(-ла) навчання, але хотів(-ла) би	39,5±2,9%
	Найзручніший формат – очні тренінги та майстер-класи	46,6±2,9%
	Оптимальна тривалість навчання – 1–3 години	50,3±2,9%
	Основний бар'єр до навчання – брак часу	48,6±2,9%

Аналіз чинників, пов'язаних із високим рівнем організаційної спроможності, показав, що наявність спеціалізованих служб у закладі істотно підвищувала ймовірність високого рівня доступу до допомоги (індекс доступу до допомоги $\geq 70\%$): відношення шансів 43,56; 95% ДІ: 36,31–52,36; $p < 0,001$. Активна управлінська підтримка асоціювалася з високою навчальною готовністю (індекс навчальної готовності $\geq 70\%$): відношення шансів 6,76; 95% ДІ: 2,57–17,78; $p < 0,001$. Отже, функціонування спеціалізованих служб і активна

позиція керівництва виступають статистично підтвердженими чинниками, що підсилюють організаційну спроможність системи профілактики.

Нормативно-організаційна рамка для розвитку таких сервісів у системі охорони здоров'я України загалом визначена. Затверджено перелік психосоціальних послуг і порядок їх надання (наказ МОЗ України №2118 від 13.12.2023), а також уніфіковано клінічні підходи щодо стрес-асоційованих станів (наказ МОЗ України №1265 від 19.07.2024) [165,168]. Отже, основною проблемою є не відсутність самої теми чи запиту з боку персоналу, а недостатній рівень інституціоналізації профілактики, що проявляється браком відтворюваних маршрутів допомоги, захищеного часу та внутрішніх сервісів, реально доступних для більшості працівників у межах робочого процесу.

6.4. Висновки за розділом:

1. Встановлено, що у медичних працівників основної групи переважає позазакладова модель доступу до психотерапевтичної допомоги: можливість звертатися лише самостійно поза межами закладу зазначили $49,3 \pm 2,9\%$; наявність спеціалізованих служб у закладі – $22,4 \pm 2,4\%$; формальну, але неефективну допомогу – $25,5 \pm 2,5\%$; повну відсутність доступу – $2,7 \pm 0,9\%$.

2. Показано, що попри високу поінформованість щодо маршруту звернення ($90,8 \pm 1,7\%$), користування допомогою є фрагментарним: $38,4 \pm 2,8\%$ ніколи не зверталися, $24,8 \pm 2,5\%$ хотіли звернутися, але не мали можливості; регулярне звернення становить лише $10,9 \pm 1,8\%$. Провідні причини незвернення серед контингенту незвернень/нереалізованої потреби ($n=186$): «немає потреби» – $50,0 \pm 3,7\%$, «брак часу» – $25,3 \pm 3,2\%$.

3. Виявлено обмежену інституціоналізацію профілактики: регулярні профілактичні заходи у закладах наявні лише у $31,6 \pm 2,7\%$, тоді як $55,8 \pm 2,9\%$ відзначають рідкісні епізодичні ініціативи, а $12,6 \pm 1,9\%$ – повну відсутність заходів. Управлінська підтримка переважно часткова ($55,4 \pm 2,9\%$), активна – $33,0 \pm 2,7\%$.

4. Індексний аналіз засвідчив переважання «обмежених» рівнів: ІДД у групі становив 59,18 (95% ДІ: 57,39–60,97), де зона 40–70% домінує ($65,6 \pm 2,8\%$), а високий рівень ($\geq 70\%$) мають $25,2 \pm 2,5\%$. ІНГ становив 51,72 (95% ДІ: 50,30–53,15), при цьому $\geq 70\%$ досягають лише $7,8 \pm 1,6\%$; між ІДД та ІНГ встановлено позитивний зв'язок ($r=0,379$; $p<0,001$).

5. Доведено статистично значущі організаційні детермінанти: наявність спеціалізованих служб істотно підвищує шанси високого ІДД ($\geq 70\%$) ($OR=43,56$; 95% ДІ: 36,31–52,36; $p<0,001$), а активна управлінська підтримка – шанси високого ІНГ ($\geq 70\%$) ($OR=6,76$; 95% ДІ: 2,57–17,78; $p<0,001$), що підтверджує пріоритет інституціоналізації сервісів і управлінського лідерства для підвищення реальної доступності допомоги та навчальної готовності.

РОЗДІЛ 7

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ МОДЕЛІ РАННЬОГО ВИЯВЛЕННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ СИНДРОМУ ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Синдром емоційного вигорання (СЕВ) у медичних працівників є однією з актуальних проблем сучасної системи охорони здоров'я. Він формується під впливом тривалого професійного стресу та накопичення виробничих і психосоціальних стресорів, що з часом призводить до емоційного виснаження, зниження професійної ефективності та погіршення якості взаємодії з пацієнтами. У практичному вимірі СЕВ виходить за межі індивідуального стану працівника і відображається на функціонуванні закладу охорони здоров'я через зростання ризиків помилок, конфліктності, кадрових втрат і зниження організаційної стійкості.

Раннє виявлення та профілактика СЕВ потребують системного підходу, який ґрунтується не лише на індивідуальних рекомендаціях, а й на організаційно забезпечених механізмах: стандартизованому скринінгу, стратифікації ризику, прогнозуванні та чітко визначеному маршруті доступу до психотерапевтичної (психологічної) допомоги. Відсутність цілісної, відтворюваної моделі профілактики у більшості закладів охорони здоров'я зумовлює фрагментарність заходів, недостатню адресність втручань і низьку керованість результатів.

У зв'язку з цим у даному розділі на підставі результатів власного дослідження, а також аналізу вітчизняного і зарубіжного досвіду, обґрунтовано та розроблено удосконалену модель раннього виявлення і профілактики синдрому вигорання у медичних працівників, яка передбачає багаторівневий підхід та спрямована на підвищення ефективності профілактичних заходів і доступності допомоги.

7.1. Основні компоненти моделі раннього виявлення та профілактики синдрому вигорання у медичних працівників

Основою запропонованої моделі раннього виявлення та профілактики синдрому емоційного вигорання (СЕВ) у медичних працівників слугували дані вітчизняного та зарубіжного досвіду щодо організаційної профілактики професійного вигорання, а також результати власного дослідження (2021–2023 рр.), що включало оцінювання поширеності СЕВ, аналіз детермінант і ступеня їх впливу, прогнозування ризику, оцінювання працездатності та вивчення стану організації психотерапевтичної (психологічної) допомоги й навчальних потреб персоналу.

У ході дослідження встановлено, що за період спостереження відбулися структурні зміни поширеності СЕВ за порогамі індексу емоційного вигорання (ІЕВ): у 2023 році порівняно з 2021 роком зменшилася частка осіб із ІЕВ $<40\%$ (з $354,7\%$ до $314,7\%$) та зросла частка осіб із ІЕВ $>70\%$ (з $191,9\%$ до $231,9\%$) при стабільності «середнього коридору» $40\text{--}70\%$ ($453,4\%$ у 2021 та 2023 рр.). Паралельно виявлено професійну та вікову неоднорідність ІЕВ: найвищі рівні характерні для психіатрії ($581,4\%$) та онкології ($533,1\%$), проміжні – для анестезіології/ІТ ($505,3\%$) і терапії/СМ ($496,5\%$), нижчі – для хірургії ($427,1\%$) та педіатрії ($381,4\%$). У віковому розрізі найвищі значення ІЕВ відзначалися у групах ≤ 25 років ($579,8\%$) та ≥ 56 років ($550,0\%$), найнижчі – у групі 26–35 років ($440,3\%$), що підтверджує потребу в адресній профілактиці з пріоритетом груп підвищеного ризику.

Для визначення чинників, що пов'язані з формуванням СЕВ, проведено порівняльний аналіз основної ($n=294$) і контрольної ($n=189$) груп. За результатами аналізу ідентифіковано 30 факторів ризику та об'єднано їх у чотири групи: соціально-демографічні та професійні; організаційно-управлінські; пацієнт-обумовлені; індивідуально-ресурсні (ендогенні). Ранжування факторів за показниками сили впливу (η) та інформативності дозволило виділити основні чинники ($\eta \geq 6\%$), що формують «ядро» ризику:

конфлікти з пацієнтами ($\eta=23,88\%$), фізичні симптоми виснаження ($\eta=21,33\%$), часті проблеми зі сном ($\eta=19,69\%$), емоційний/психологічний тиск з боку пацієнтів ($\eta=19,11\%$), наявність хронічних захворювань ($\eta=18,04\%$), загострення хронічних хвороб через навантаження ($\eta=17,91\%$), тиск через високі очікування пацієнтів ($\eta=17,53\%$), часта тривога/депресія ($\eta=14,05\%$), надмірне робоче навантаження ($\eta=13,73\%$), ігнорування скарг адміністрацією ($\eta=13,45\%$), понаднормові зміни/робота у вихідні ($\eta=12,04\%$), дефіцит підтримки від сім'ї/друзів ($\eta=9,28\%$), понаднормова робота без оплати ($\eta=8,31\%$), нерегулярне звернення до лікаря щодо хронічних хвороб ($\eta=7,68\%$), юридичні погрози/скарги з боку пацієнтів ($\eta=6,51\%$). Таким чином, структура ризику СЕВ має багаторівневий характер, але містить виразний контур керованих організаційно-управлінських чинників (навантаження, понаднормові, реакція адміністрації, управлінський тиск, підтримка), на які можуть бути спрямовані профілактичні рішення на рівні закладу.

Для практичного застосування ризик-орієнтованого підходу розроблено методику прогнозування ризику розвитку СЕВ на основі послідовного аналізу Вальда (неоднорідна послідовна процедура розпізнавання) із використанням прогностичної таблиці, що включає 30 факторів, упорядкованих за спаданням інформативності. Оцінка виконується шляхом послідовного підсумовування прогностичних коефіцієнтів (ПК) до досягнення порогів інтерпретації: сума ПК ≤ -13 – ризик відсутній; від -12 до $+12$ – ризик імовірний; сума ПК $\geq +13$ – високий ризик (з імовірністю 95%). Наявність такого інструмента забезпечує формалізоване виділення груп ризику та створює основу для запуску профілактичних інтервенцій різної інтенсивності.

Окремого значення набули результати оцінювання працездатності, які відображають функціональні наслідки СЕВ. У медичних працівників з ознаками СЕВ середнє значення індексу працездатності (ІПР) становило $42,23 \pm 0,91\%$ (межі: 11,11–88,89%), при цьому більшість респондентів мали низький рівень працездатності (81,6%), а середній і високий рівні траплялися однаково рідко (по 9,2%). За результатами аналізу предикторів працездатності

встановлено домінуючий вплив індексу стресового навантаження (X_1) на ППР ($R_{x1y} = -0,451$), а побудована регресійна модель працездатності мала вигляд:

$$Y = 54,926 - 0,482 \cdot X_1 + 0,209 \cdot X_2 - 0,059 \cdot X_3 + 0,105 \cdot X_4,$$

де Y – ППР (%), X_1 – індекс стресового навантаження (ІСН), X_2 – індекс підтримки (ІП), X_3 – індекс доступу до допомоги (ІДД), X_4 – індекс навчальної готовності (ІНГ); скоригований коефіцієнт детермінації $R^2 = 0,213$. Отримані дані підтвердили, що профілактика СЕВ має бути орієнтована не лише на зниження проявів вигорання як психоемоційного стану, а й на збереження працездатності як практично значущого результату.

Водночас результати аналізу стану організації психотерапевтичної (психологічної) допомоги показали, що ключовою проблемою залишається не тільки поінформованість персоналу, а реальна доступність підтримки та відтворюваність профілактичних заходів у закладах охорони здоров'я. Для узагальнення організаційної спроможності використано індексний підхід: середній індекс доступу до допомоги (ІДД) становив 59,18% (95% ДІ: 57,39–60,97), індекс навчальної готовності (ІНГ) – 51,72% (95% ДІ: 50,30–53,15); між ІДД та ІНГ встановлено позитивний зв'язок ($r = 0,379$; $p < 0,001$). Показано, що наявність спеціалізованих служб у закладі істотно підвищує шанси високого рівня доступу до допомоги (ІДД $\geq 70\%$) ($OR = 43,56$; $p < 0,001$), а активна управлінська підтримка асоціюється з високою навчальною готовністю (ІНГ $\geq 70\%$) ($OR = 6,76$; $p < 0,001$). Отже, інституціоналізація підтримки (служби, маршрут, час, управлінське лідерство) є критичним елементом профілактики, без якого навіть точний скринінг не забезпечує практичного ефекту.

Таким чином, існуюча модель допомоги медичним працівникам із ознаками СЕВ у більшості випадків має переважно індивідуалізований та позазакладовий характер: внутрішні спеціалізовані служби підтримки наявні не в усіх закладах, профілактичні заходи часто є епізодичними, а звернення по допомогу – нерегулярним. Відсутність стандартизованого скринінгу, формалізованої стратифікації ризику та відтворюваного маршруту доступу до допомоги призводить до того, що навіть за наявності поінформованості

персоналу потреба в підтримці не завжди реалізується на практиці. Саме ці організаційні обмеження зумовили необхідність розробки удосконаленої моделі раннього виявлення та профілактики СЕВ, орієнтованої на системний моніторинг, ризик-стратифікацію, маршрутизацію та оцінку ефективності у динаміці. Функціонально-структурна схема існуючої організації допомоги медичним працівникам з ознаками синдрому емоційного вигорання наведена у рисунку 7.1

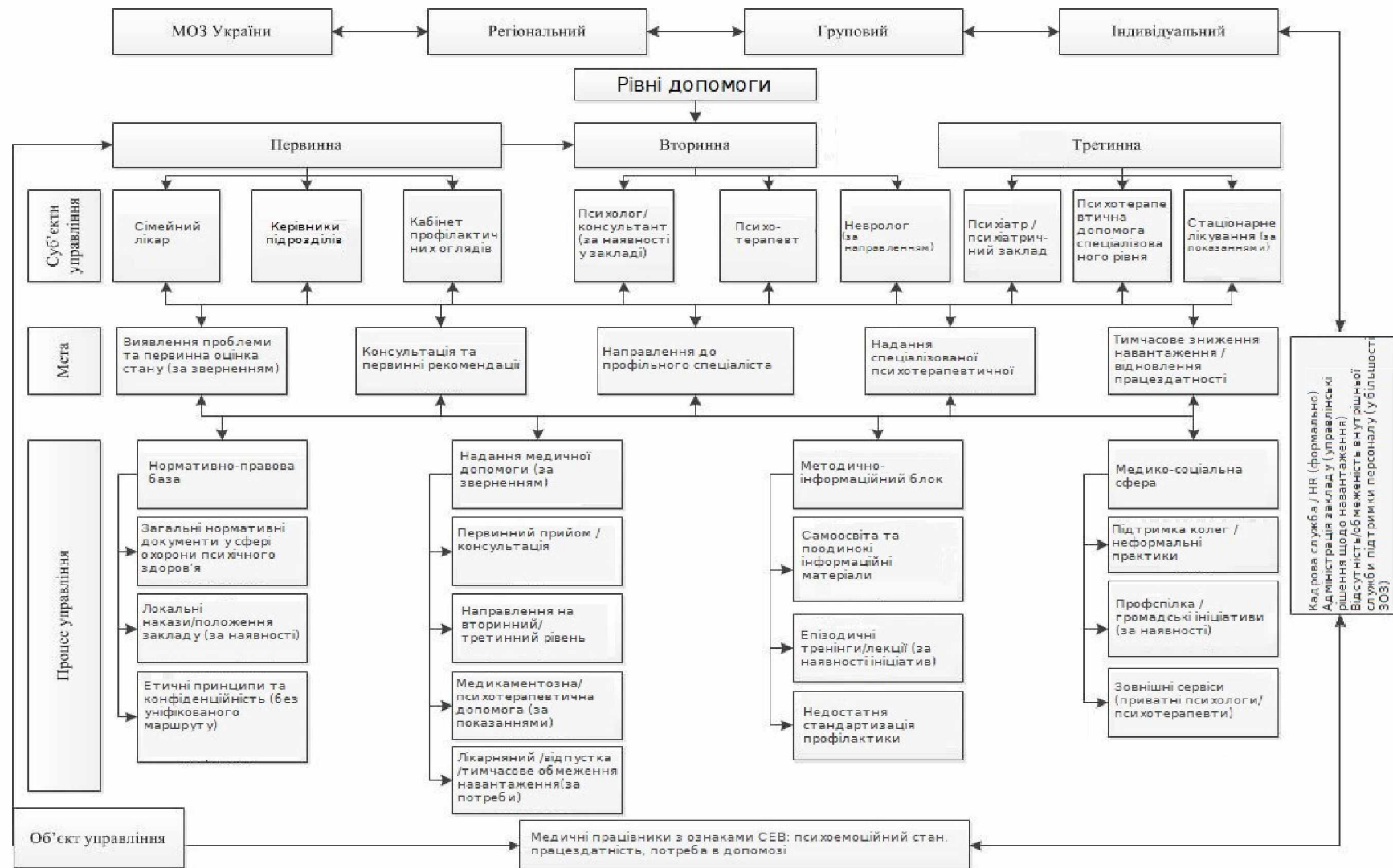


Рис. 7.1. Функціонально-структурна схема існуючої організації допомоги медичним працівникам з ознаками синдрому емоційного вигорання.

На підставі наведеного було розроблено модель раннього виявлення та профілактики СЕВ, що ґрунтується на багаторівневому підході та передбачає інтеграцію скринінгу, ризик-стратифікації, прогнозування, маршрутизації доступу до допомоги і моніторингу результативності через узгоджені інтегральні показники (ІЕВ, ІСН, ІП, ІДД, ІНГ) та функціональний індикатор працездатності (ІПР). Дана модель повинна бути запроваджена на всіх рівнях: державному, регіональному, рівні закладу охорони здоров'я та індивідуальному (рис. 7.2).

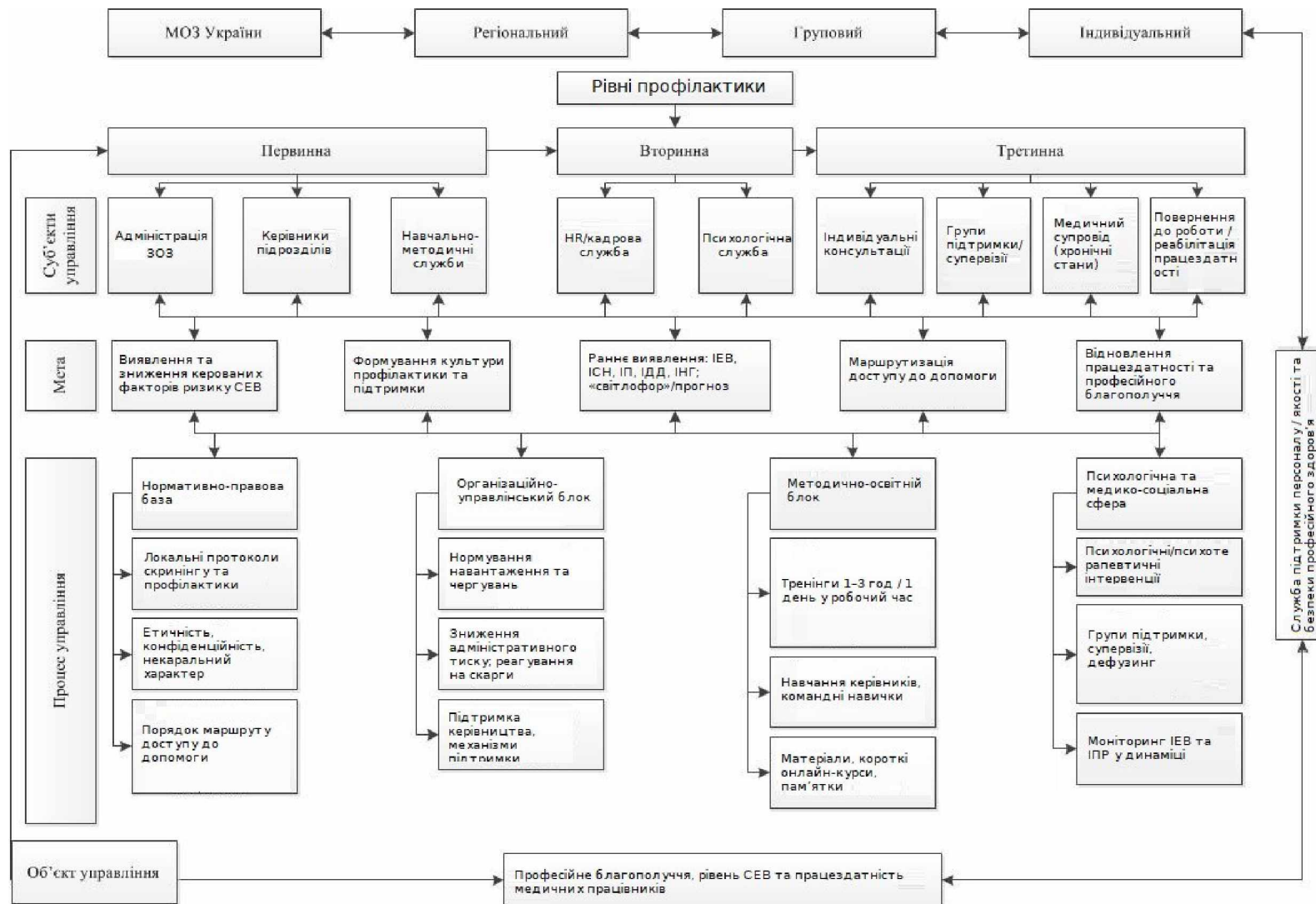


Рис. 7.2. Функціонально-структурна модель раннього виявлення та профілактики синдрому вигорання у медичних працівників.

Основною метою запропонованої моделі є зниження ризику формування та прогресування СЕВ у медичних працівників шляхом своєчасного виявлення груп підвищеного ризику, впровадження адресних профілактичних інтервенцій та забезпечення доступності психотерапевтичної (психологічної) допомоги з оцінкою результативності в динаміці.

Для досягнення мети сформовано наступні принципи:

- своєчасність і превентивність (орієнтація на раннє виявлення та попередження прогресування);
- системність і багаторівневність (взаємодія управлінських рівнів та безперервність профілактичного циклу);
- адресність і ризик-орієнтованість (стратифікація ризику за індексами та прогнозом, пріоритезація груп підвищеного ризику);
- мультидисциплінарність (залучення адміністрації, керівників підрозділів, психологічної/психотерапевтичної служби, кадрового та навчального контурів);
- доступність і конфіденційність допомоги (наявність «вікна входу», захищений час, некаральний характер звернення);
- поєднання організаційних та індивідуальних інтервенцій (з акцентом на керованих чинниках навантаження, підтримки та комунікацій);
- індексний моніторинг і оцінка ефективності (управлінські рішення коригуються за динамікою ІЕВ, ІСН, ІП, ІДД, ІНГ та ІПР).

Дана модель передбачає виконання наступних завдань:

- стандартизація скринінгу та регулярного моніторингу проявів СЕВ і ключових детермінант (ІЕВ, ІСН, ІП, ІДД, ІНГ) з визначенням періодичності вимірювань;
- ризик-стратифікація персоналу за порогами індексів та прогнозним алгоритмом (виділення груп відсутнього, ймовірного та високого ризику);
- формалізація маршруту доступу до психотерапевтичної (психологічної) допомоги на рівні закладу охорони здоров'я;

- впровадження пакетів профілактичних інтервенцій різної інтенсивності (первинна, вторинна, третинна профілактика) з урахуванням домінуючих чинників ризику;
- зниження впливу керованих організаційних чинників (навантаження, понаднормові/чергування, управлінський тиск, реакція на скарги, дефіцит підтримки, конфліктність взаємодії);
- забезпечення навчальних модулів та підвищення навчальної готовності персоналу із пріоритетом практикоорієнтованих форматів у межах робочого процесу;
- оцінка результативності профілактики за динамікою індексів та показників працездатності, з можливістю оперативного коригування управлінських рішень.

Запропонована модель включає як існуючі елементи системи охорони здоров'я, так і часткову зміну організаційних процедур та впровадження нових функціональних компонентів. Переваги моделі полягають у наступному:

- перехід від епізодичних ініціатив до відтворюваного профілактичного циклу «вимірювання → інтервенції → повторне вимірювання»;
- поєднання індивідуального та організаційного контурів профілактики з акцентом на керованих чинниках ризику;
- формалізація маршруту доступу до допомоги й підвищення реальної досяжності підтримки;
- можливість адресного розподілу ресурсів за групами ризику та моніторингу результативності на рівні підрозділів і закладу в цілому;
- орієнтація на збереження працездатності як практичного результату профілактики.

Функціонально-організаційними складовими даної моделі є суб'єкти управління, об'єкт управління та блок наукового регулювання. Суб'єктами управління виступають органи управління охороною здоров'я відповідних рівнів, адміністрація закладів охорони здоров'я, керівники структурних підрозділів, психологічна/психотерапевтична служба (за наявності), кадрові та

навчально-методичні підрозділи, а також професійні та громадські організації (за можливості). Об'єктом управління є ризик формування СЕВ у персоналу та пов'язані з ним організаційні й функціональні наслідки (рівень проявів СЕВ, доступність підтримки, навчальна готовність, працездатність). Блок наукового регулювання (рис 7.3) містить нормативно-правову, організаційно-структурну, ресурсну, кадрову, інформаційну, клініко-профілактичну та науково-методичну складові (рис. 7.4).

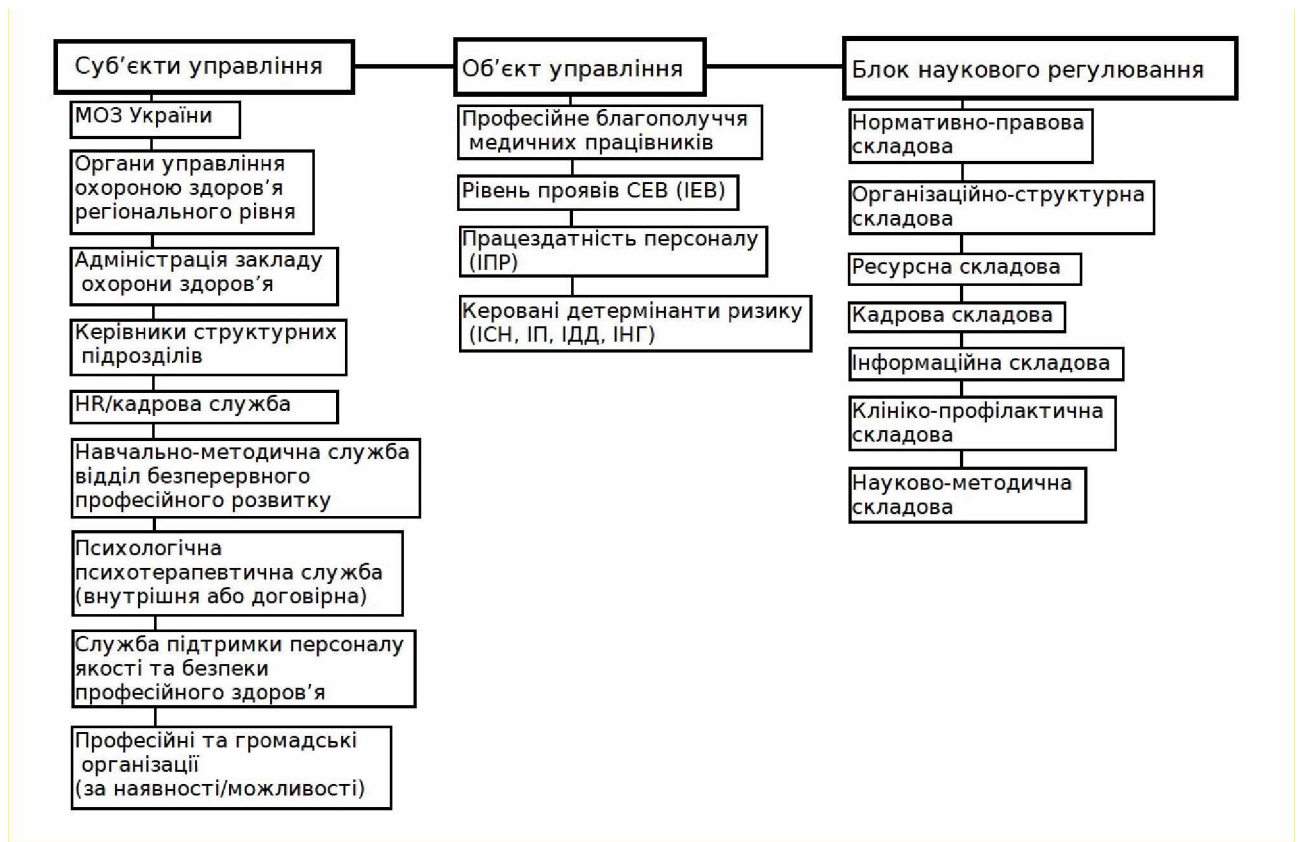


Рис. 7.3. Функціонально-організаційна структура реалізації моделі раннього виявлення та профілактики синдрому вигорання у медичних працівників.

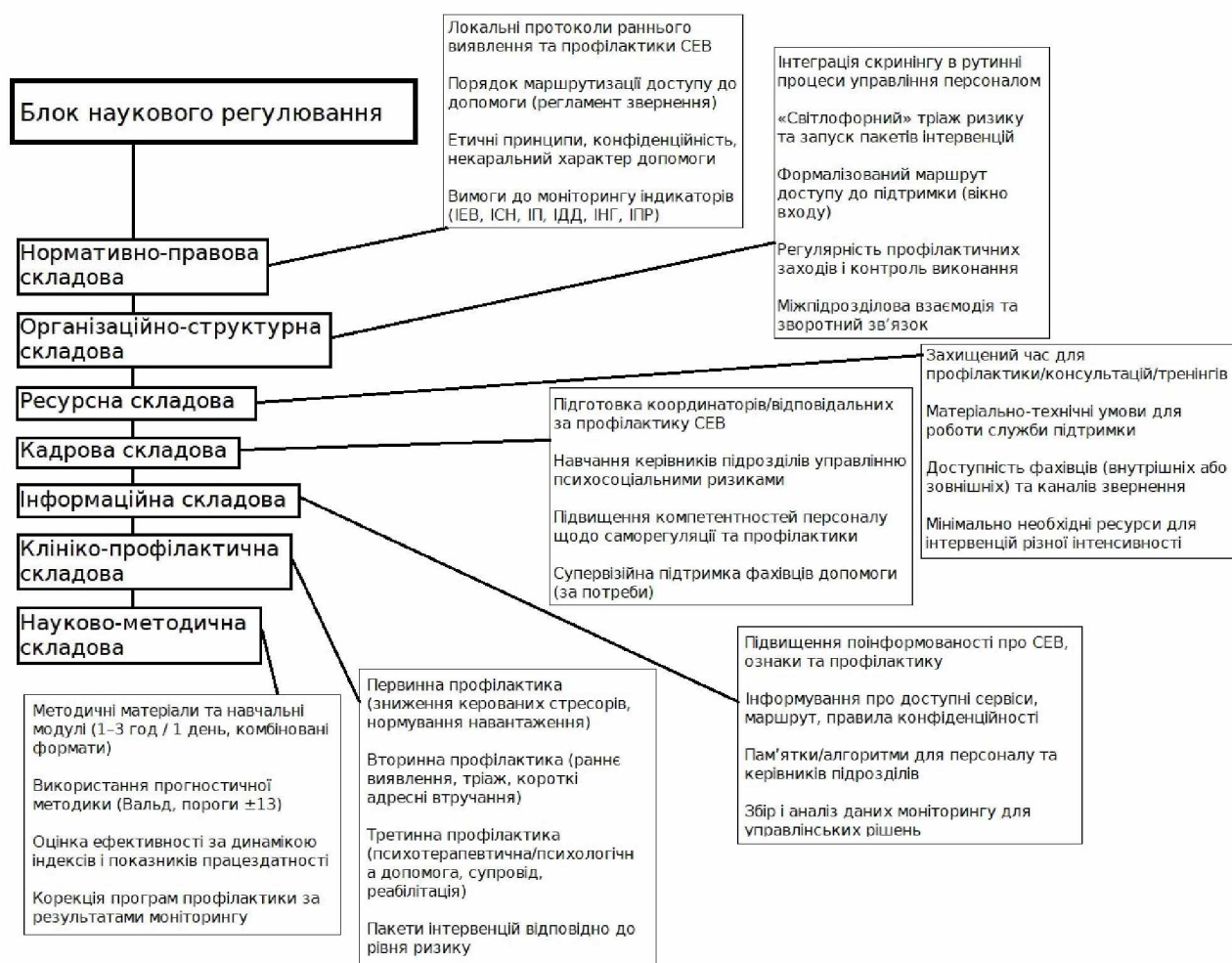


Рис 7.4. Блок наукового регулювання моделі раннього виявлення та профілактики синдрому емоційного вигорання у медичних працівників

Нормативно-правова складова включає впровадження та дотримання документів, що регламентують надання психосоціальних послуг і організацію допомоги при стрес-асоційованих станах, а також визначення меж відповідальності й процедур звернення по допомогу у закладі охорони здоров'я.

Організаційно-структурна складова передбачає інтеграцію скринінгу та індексного моніторингу у рутинні процеси управління персоналом, визначення відповідальних осіб, формалізацію маршруту звернення та забезпечення «вікна входу» до підтримки.

Ресурсна складова включає забезпечення часу й умов для профілактичних заходів (захищений час для консультацій/тренінгів), а також мінімально необхідних організаційних ресурсів для підтримки персоналу.

Кадрова складова містить підготовку фахівців, відповідальних за профілактичні програми, навчання керівників підрозділів базовим підходам до управління психосоціальними ризиками, а також підвищення компетентностей персоналу щодо саморегуляції й звернення по допомогу.

Інформаційне забезпечення спрямоване на підвищення поінформованості про СЕВ, механізми профілактики, наявні ресурси допомоги, правила конфіденційності та некарального характеру звернення.

Клініко-профілактична складова включає реалізацію пакетів інтервенцій для різних груп ризику (від коротких профілактичних модулів і командної підтримки до маршрутизації до фахової допомоги).

Науково-методична складова ґрунтується на використанні індикаторів ефективності, аналізі динаміки індексів та удосконаленні програм профілактики на підставі даних моніторингу.

Шляхи удосконалення моделі реалізуються через:

1. Підвищення ефективності раннього виявлення шляхом стандартизації скринінгу, ризик-стратифікації та регулярного індексного моніторингу.
2. Зниження впливу керованих організаційних чинників ризику шляхом нормування навантаження, оптимізації графіків/чергувань, зменшення адміністративного тиску, забезпечення реакції на скарги персоналу та розвитку управлінської підтримки.
3. Забезпечення ефективної роботи методично-освітнього блоку шляхом впровадження практикоорієнтованих навчальних модулів і коротких форматів підготовки у межах робочого процесу.
4. Покращення доступності психотерапевтичної (психологічної) допомоги шляхом інституціоналізації внутрішніх сервісів підтримки, формалізації маршруту звернення та забезпечення конфіденційності.

Одним із ключових елементів даної моделі є створення та/або функціональне закріплення в закладі охорони здоров'я організаційної одиниці (або відповідальної функції), що координує профілактику СЕВ і підтримку персоналу. Психоемоційна безпека персоналу є необхідною умовою стабільної якості медичної допомоги: коли виснаження набуває масового характеру, зростають ризики помилок, конфліктів та втрати працездатності, що впливає на безперервність процесів надання допомоги. Взаємодія адміністрації, керівників підрозділів та служб підтримки з медичними працівниками має бути спрямована не на формальне декларування профілактики, а на забезпечення реального доступу до допомоги, захищених часових ресурсів та відтворюваних профілактичних процедур. Саме така організаційна побудова дозволяє перевести профілактику СЕВ у площину керованих управлінських рішень і забезпечити її результативність у динаміці.

7.2. Оцінка ефективності моделі раннього виявлення та профілактики синдрому вигорання у медичних працівників

Оцінка ефективності запропонованої моделі проводилась методом експертних оцінок. Даний метод передбачає узагальнення думки фахівців щодо практичної реалізованості, доцільності та очікуваного впливу моделі на ключові організаційно-профілактичні контури. Запропонована модель оцінювалась за 10-бальною шкалою за такими параметрами: профілактична спрямованість, відповідність сучасному міжнародному досвіду, системність, комплексність, економічна доцільність, дієвість та доступність для впровадження в умовах закладу охорони здоров'я (табл. 7.1.).

За результатами експертного оцінювання встановлено, що модель характеризується високою профілактичною спрямованістю ($8,8 \pm 0,28$), економічною доцільністю ($9,1 \pm 0,21$), відповідністю сучасному міжнародному досвіду ($9,2 \pm 0,24$), комплексністю ($9,0 \pm 0,27$), системністю ($8,7 \pm 0,25$), дієвістю

($8,9 \pm 0,26$) та доступністю ($8,2 \pm 0,26$). Отримані оцінки свідчать, що запропонована модель є методично узгодженою та практично придатною для впровадження, оскільки поєднує раннє виявлення, ризик-стратифікацію, прогнозування та організаційно забезпечену маршрутизацію доступу до допомоги із подальшим індексним моніторингом результативності.

Таблиця 7.1. Оцінка експертами параметрів запропонованої моделі раннього виявлення та профілактики синдрому вигорання у медичних працівників (10-бальна шкала).

№	Параметри оцінки	Бали
1	Профілактична спрямованість	8,8
2	Економічна доцільність	9,1
3	Відповідність сучасному міжнародному досвіду	9,2
4	Комплексність	9,0
5	Системність	8,7
6	Дієвість	8,9
7	Доступність	8,2

Поряд із загальними характеристиками моделі експерти оцінили її очікуваний вплив на покращення ключових показників, що відображають керованість профілактичного контуру в закладі охорони здоров'я (табл. 7.2.).

За даними експертних оцінок найвищий очікуваний ефект стосується зменшення частки осіб із високим ризиком/високими значеннями ІЕВ ($8,4 \pm 0,2$). Важливим компонентом ефективності моделі визначено підвищення доступності допомоги (ІДД) ($8,2 \pm 0,2$), а також зростання поінформованості та навчальної готовності персоналу до опанування профілактичних практик ($7,7 \pm 0,2$). Таким чином, модель розглядається як така, що здатна забезпечити не лише виявлення ризику, а й реальне посилення організаційних можливостей його зниження через інституціоналізацію сервісів підтримки, стандартизацію маршруту звернення та навчально-методичний супровід.

Таблиця 7.2. Оцінка експертами очікуваного впливу моделі на покращення ключових показників профілактики синдрому вигорання у медичних працівників (10-бальна шкала).

	Показники	Бали
1	Зменшення частки осіб із високим ризиком/високими значеннями ІЕВ	8,4
2	Підвищення доступності допомоги (ІДД)	8,2
3	Зростання поінформованості та навчальної готовності персоналу до опанування профілактичних практик	8,5
4	Рівень звернень за психологічною підтримкою	7,7
5	Ефективність профілактики	7,6
6	Науково технічний рівень запропонованих інноваційних елементів	7,9
7	Економічність профілактики	7,7

За даними експертних оцінок найвищий очікуваний ефект стосується зменшення частки осіб із високим ризиком/високими значеннями ІЕВ ($8,4 \pm 0,2$). Важливим компонентом ефективності моделі визначено підвищення доступності допомоги (ІДД) ($8,2 \pm 0,2$), а також зростання поінформованості та навчальної готовності персоналу до опанування профілактичних практик ($7,7 \pm 0,2$). Таким чином, модель розглядається як така, що здатна забезпечити не лише виявлення ризику, а й реальне посилення організаційних можливостей його зниження через інституціоналізацію сервісів підтримки, стандартизацію маршруту звернення та навчально-методичний супровід.

Належна експертна оцінка запропонованої моделі дозволяє виокремити основні критерії очікуваної медичної, соціальної та економічної ефективності.

Медична ефективність моделі полягає у своєчасному виявленні працівників із підвищеним ризиком розвитку СЕВ, зниженні вираженості проявів вигорання та пов'язаних із ним психоемоційних і соматичних наслідків, а також у збереженні професійної працездатності персоналу через вплив на керовані детермінанти (насамперед стресове навантаження) і забезпечення доступу до фахової допомоги.

Соціальна ефективність передбачає підвищення організаційної стійкості закладів охорони здоров'я, зменшення конфліктності у взаємодії в системі «медичний працівник – пацієнт/родина», покращення психологічного клімату в колективах, а також зниження ризиків кадрових втрат і професійної дезадаптації працівників унаслідок хронічного виснаження.

Економічна ефективність очікується за рахунок зменшення непрямих втрат, пов'язаних зі зниженням працездатності, вимушеним обмеженням професійної активності, витратами на заміщення кадрів, а також оптимізації використання ресурсів закладу через пріоритезацію профілактичних заходів за результатами ризик-стратифікації та індексного моніторингу.

7.3 Висновки за розділом

1. Обґрунтовано необхідність розробки та впровадження удосконаленої моделі раннього виявлення і профілактики синдрому вигорання у медичних працівників як організаційно керованого процесу, що забезпечує стандартизований скринінг, стратифікацію ризику, прогнозування та чіткий маршрут доступу до психотерапевтичної (психологічної) допомоги з подальшим моніторингом результативності.

2. Доведено, що емпіричні результати дослідження формують підґрунтя для адресної профілактики: у 2023 році порівняно з 2021 роком зменшилася частка осіб із ІЕВ <40% (з 354,7‰ до 314,7‰) та зросла частка осіб із ІЕВ >70% (з 191,9‰ до 231,9‰) при стабільності коридору 40–70% (453,4‰). Виявлено неоднорідність ІЕВ за спеціальностями (найвищі рівні у психіатрії – 581,4‰ та

онкології – 533,1‰) і за віком (підвищені значення у групах ≤ 25 років – 579,8‰ та ≥ 56 років – 550,0‰).

3. Встановлено, що структура ризику СЕВ має багаторівневий характер і включає пацієнт-обумовлені, організаційно-управлінські та індивідуально-ресурсні чинники; проведено ранжування 30 факторів за силою впливу та інформативністю, а також розроблено методику прогнозування ризику на основі послідовного аналізу Вальда з порогоми інтерпретації суми прогностичних коефіцієнтів (± 13), що дозволяє відносити працівника до групи відсутнього, ймовірного або високого ризику та обґрунтовувати інтенсивність профілактичних інтервенцій.

4. Показано, що синдром вигорання має виражені функціональні наслідки у вигляді зниження працездатності: середній індекс працездатності (ІПР) становив $42,23 \pm 0,91\%$, а низький рівень працездатності виявлено у 81,6% працівників, що підтверджує необхідність включення показників працездатності до контуру оцінки ефективності профілактичних заходів.

5. Експертним методом підтверджено прийнятність і перспективну ефективність розробленої моделі: профілактична спрямованість – $8,8 \pm 0,28$, економічна доцільність – $9,1 \pm 0,21$, відповідність сучасному міжнародному досвіду – $9,2 \pm 0,24$, системність – $8,7 \pm 0,25$, комплексність – $9,0 \pm 0,27$, дієвість – $8,9 \pm 0,26$, доступність – $8,2 \pm 0,26$. Очікуваний вплив моделі оцінено як високий щодо зменшення частки осіб із високим ризиком/високим ІЕВ ($8,4 \pm 0,2$), підвищення доступності допомоги ($8,2 \pm 0,2$) та зростання поінформованості й навчальної готовності персоналу ($7,7 \pm 0,2$).

РОЗДІЛ 8

АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

За сучасними підходами синдром емоційного вигорання (СЕВ) у медичних працівників розглядається як наслідок хронічного робочого стресу, що не був успішно подоланий, і проявляється виснаженням, ментальним дистанціюванням/цинізмом щодо роботи та зниженням професійної ефективності. У професійному середовищі охорони здоров'я СЕВ не залишається лише «внутрішнім станом» працівника, а переходить у площину організаційних ризиків: зростає конфліктність взаємодії з пацієнтами та їхніми родичами, погіршується комунікація, знижується працездатність і стійкість персоналу, підвищуються ризики помилок і кадрових втрат. У зв'язку з цим перспективним і необхідним є наукове обґрунтування та розробка удосконаленої моделі раннього виявлення та профілактики СЕВ у медичних працівників як організаційно керованого процесу, що поєднує скринінг, стратифікацію ризику, прогнозування, маршрутизацію допомоги та моніторинг результативності.

Відповідно до мети та завдань дисертаційного дослідження проведено медико-соціологічне опитування медичних працівників у закладах охорони здоров'я КНП ХОР «Обласна дитяча клінічна лікарня», КНП ХОР «Обласна клінічна лікарня», ННМК «Університетська клініка». Емпіричну базу становили 483 анкети. За результатами аналізу сформовано основну групу – 294 медичних працівники з найвищими значеннями індексу емоційного вигорання, та контрольну групу – 189 респондентів із низькими значеннями ІЕВ (без ознак СЕВ за критеріями відбору). Середній вік медичних працівників основної групи становив $35,3 \pm 0,5$ років, контрольної – $35,8 \pm 0,7$ років. В основній групі частка жінок становила $45,2 \pm 2,9\%$, чоловіків – $54,8 \pm 2,9\%$; у контрольній групі відповідно $42,3 \pm 3,6\%$ та $57,7 \pm 3,6\%$.

Дизайн дослідження складався з шести етапів. Перший етап включав вибір напряму дослідження, формування мети й завдань, програми, обґрунтування методів та обсягів. Було проаналізовано 172 інформаційних ресурсів щодо поширеності СЕВ у медичних працівників, його детермінант і наслідків, а також сучасних профілактичних підходів і практик організації психотерапевтичної (психологічної) допомоги. Окрему увагу приділено проблемі працездатності медичних працівників у контексті СЕВ як інтегральному показнику функціональної спроможності персоналу. Додатково виконано аналіз нормативно-організаційних передумов інституціоналізації психосоціальної підтримки персоналу.

Другий етап дослідження передбачав вивчення поширеності синдрому емоційного вигорання серед медичних працівників у динаміці 2021–2023 рр. із використанням порогових зон індексу емоційного вигорання та поданням показників у перерахунку на 1000 медичних працівників (‰). Встановлено несприятливі структурні зміни поширеності: сумарний показник зріс з 472,7‰ у 2021 році до 486,5‰ у 2023 році. При цьому у 2023 році порівняно з 2021 роком зменшилася частка осіб із показниками ІЕВ <40% – з 214,8‰ до 144,9‰, тоді як частка осіб із показниками ІЕВ >70% зросла з 66,4‰ до 159,4‰, що свідчить про зміщення структури поширеності у бік зростання частки осіб із високими значеннями ІЕВ. Гендерний аналіз показав, що поширеність синдрому емоційного вигорання серед чоловіків становила 491,7‰, серед жінок – 481,3‰, при сумарному показнику 486,5‰, що вказує на незначне переважання цього показника серед чоловіків. Поряд із часовою динамікою виявлено професійну неоднорідність поширеності емоційного вигорання: найвищі значення (‰) зафіксовано у психіатрії – 574,5‰ та онкології – 530,6‰; проміжні – в анестезіології / інтенсивній терапії – 500,0‰ і терапії / сімейній медицині – 495,9‰; нижчі – у хірургії – 468,8‰, педіатрії – 443,5‰ та групі інших спеціальностей – 424,2‰. Отримані результати підтвердили доцільність ризик-орієнтованої, адресної профілактики з пріоритетом професійних груп підвищеного ризику.

Третій етап дослідження був спрямований на визначення та аналіз чинників ризику розвитку СЕВ шляхом порівняльного аналізу показників основної та контрольної груп. Для кожної ознаки визначали частоту її наявності в групах, оцінювали асоціацію через відношення шансів (OR, 95% ДІ), статистичну значущість різниці (p), а також силу впливу (η , %). Ідентифіковано 30 факторів із достовірними відмінностями між групами та систематизовано їх у чотири групи: соціально-демографічні та професійні; організаційно-управлінські; пацієнт-обумовлені; індивідуально-ресурсні (ендогенні). Ранжування за силою впливу та інформативністю дозволило виділити «ядро» ризику ($\eta \geq 6\%$), до якого увійшли пацієнт-обумовлені стресори та ендегенні прояви виснаження (зокрема конфлікти з пацієнтами, емоційний тиск, високі очікування, юридичні погрози/скарги, симптоми фізичного виснаження, порушення сну, хронічні захворювання та їх загострення через навантаження, тривога/депресія), а також ключові керовані організаційно-управлінські чинники (надмірне навантаження, понаднормова робота, ігнорування скарг персоналу, робота без оплати). Поряд із цим у багатофакторній моделі незалежний внесок зберігали керовані організаційні детермінанти та ендегенні чинники, зокрема: хронічні стани, що знижують працездатність (OR=4,03; $p<0,001$), управлінський тиск (OR=3,77; $p<0,001$), високі очікування пацієнтів (OR=3,19; $p<0,001$), часті понаднормові/чергування (OR=3,10; $p<0,001$), конфлікти з пацієнтами/родичами (OR=2,49; $p<0,001$) та дефіцит підтримки (OR=1,47; $p<0,001$). Це підтвердило принципову можливість профілактики СЕВ через організаційно-управлінські механізми в поєднанні з розвитком інфраструктури підтримки.

Наступним кроком третього етапу стала розробка методики прогнозування ризику розвитку СЕВ на основі неоднорідної послідовної процедури розпізнавання, що базується на послідовному аналізі Вальда. Методика передбачає використання прогностичної таблиці з набором факторів ризику, упорядкованих за спаданням інформативності, та послідовне підсумовування прогностичних коефіцієнтів (ПК) залежно від відповідей

респондента. Обчислення припиняється при досягненні порогових значень (± 13): сума ПК $\geq +13$ відповідає високому ризику (з імовірністю 95%), сума ≤ -13 – відсутності ризику, а інтервал $-12 \dots +12$ – імовірному (невизначеному) ризику. Практична цінність методики полягає в універсальності, простоті та можливості використання для індивідуального прогнозу з подальшою корекцією профілактичної тактики залежно від групи ризику.

Четвертий етап дослідження був присвячений оцінюванню працездатності медичних працівників з ознаками СЕВ як функціонального наслідку виснаження. Оцінювання проводилося за авторським інструментарієм із розрахунком інтегрального індексу працездатності (ІПР, %) та предикторів, що відображають ключові компоненти професійного середовища і профілактичної спроможності: індекс стресового навантаження (X1), індекс підтримки (X2), індекс доступу до допомоги (X3) та індекс навчальної готовності (X4). Встановлено, що середнє значення ІПР у основній групі становило $42,23 \pm 0,91\%$ (межі 11,11–88,89%), при цьому 81,6% респондентів мали низький рівень працездатності, а середній і високий рівні зустрічалися однаково рідко (по 9,2%). Непараметричний аналіз (кореляція Спірмена) показав найбільш виражений зв'язок між працездатністю та індексом стресового навантаження ($R_{x1y} = -0,451$), тоді як зв'язки з іншими предикторами були слабкими. Побудована математична модель прогнозу працездатності за множинною лінійною регресією мала вигляд: $Y = 54,926 - 0,482 \cdot X1 + 0,209 \cdot X2 - 0,059 \cdot X3 + 0,105 \cdot X4$ при скоригованому коефіцієнті детермінації $R^2 = 0,213$, що підтвердило домінуючу роль стресового навантаження як ключового предиктора зниження працездатності в умовах СЕВ.

П'ятий етап дослідження включав оцінку стану організації психотерапевтичної (психологічної) допомоги та інформованості персоналу щодо сучасних методів профілактики СЕВ. Встановлено, що для значної частини працівників доступ до підтримки не має внутрішнього «вікна входу» у закладі: наявність спеціалізованих служб у закладі підтвердили $22,4 \pm 2,4\%$

респондентів, ще $25,5 \pm 2,5\%$ зазначили, що допомога формально існує, але є неефективною, тоді як $49,3 \pm 2,9\%$ повідомили про відсутність доступу в закладі за наявності можливості звертатися самостійно поза ним; повну відсутність доступу відзначили $2,7 \pm 0,9\%$. Попри високу поінформованість про маршрут звернення, користування допомогою залишалося фрагментарним, що вказує на домінування бар'єрів часу, ресурсів та організаційної доступності. Індексний підхід дозволив узагальнити організаційну спроможність: середній індекс доступу до допомоги (ІДД) становив $59,18\%$ (95% ДІ: $57,39-60,97$), індекс навчальної готовності (ІНГ) – $51,72\%$ (95% ДІ: $50,30-53,15$), між ІДД та ІНГ встановлено позитивний зв'язок ($r=0,379$; $p<0,001$). Виявлено, що наявність спеціалізованих служб у закладі істотно підвищувала ймовірність високого рівня доступу до допомоги (ІДД $\geq 70\%$) (OR=43,56; $p<0,001$), а активна управлінська підтримка асоціювалася з високою навчальною готовністю (ІНГ $\geq 70\%$) (OR=6,76; $p<0,001$). Отже, «вузол проблеми» полягає не у відсутності запиту, а у недостатній інституціоналізації: бракує відтворюваних процедур, захищеного часу та внутрішніх сервісів підтримки, доступних у робочому контексті.

На основі отриманих результатів на попередніх етапах на шостому етапі було обґрунтовано та розроблено удосконалену модель раннього виявлення та профілактики синдрому вигорання у медичних працівників, яка поєднує ранній скринінг, стратифікацію ризику, прогнозування, маршрутизацію допомоги та індексний моніторинг ключових детермінант (ІСН, ІП, ІДД, ІНГ) та індикатора вигорання (ІЕВ), а також орієнтована на збереження працездатності (ІПР) як функціонального результату профілактики. Оцінка ефективності запропонованої моделі проводилася методом експертних оцінок та підтверджувалася даними апробації в процесі виконання дослідження. Запропонована модель оцінювалася за 10-бальною шкалою за параметрами профілактичної спрямованості, економічної доцільності, відповідності сучасному міжнародному досвіду, дієвості, доступності, комплексності та системності. Розроблена модель була оцінена експертами на достатньо

високому рівні: профілактична спрямованість ($8,8 \pm 0,28$), економічна доцільність ($9,1 \pm 0,21$), відповідність сучасному міжнародному досвіду ($9,2 \pm 0,24$), дієвість ($8,9 \pm 0,26$), доступність ($8,2 \pm 0,26$), комплексність ($9,0 \pm 0,27$) та системність ($8,7 \pm 0,25$). Очікуваний вплив моделі оцінено як високий щодо зменшення частки осіб із високим ризиком/високими значеннями ІЕВ ($8,4 \pm 0,2$), підвищення доступності допомоги ($8,2 \pm 0,2$) та зростання поінформованості й навчальної готовності персоналу ($7,7 \pm 0,2$). Таким чином, модель розглядається як практично придатна для впровадження в умовах закладу охорони здоров'я та така, що забезпечує перехід від епізодичних ініціатив до керованого профілактичного циклу «вимірювання $\rightarrow$ інтервенції $\rightarrow$ повторне вимірювання».

Статистичну обробку даних здійснювали з використанням пакетів програм Statistica 8.0 та Microsoft Excel. Узагальнення отриманих результатів дозволяє рекомендувати розроблену удосконалену модель раннього виявлення та профілактики синдрому вигорання у медичних працівників для впровадження в практику охорони здоров'я з метою підвищення ефективності профілактичних заходів, покращення організаційної доступності психотерапевтичної (психологічної) допомоги, збереження працездатності персоналу та підвищення стійкості закладів охорони здоров'я до кадрових і комунікативних ризиків, пов'язаних із синдромом емоційного вигорання.

ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі представлено вирішення одного з актуальних медико-соціальних наукових завдань – проведено комплексне медико-соціологічне дослідження синдрому емоційного вигорання у медичних працівників та на його основі обґрунтовано і розроблено оптимізовану модель раннього виявлення та профілактики синдрому вигорання, що ґрунтується на вітчизняному й світовому досвіді, особистих здобутках автора та спрямована на зниження впливу керованих чинників ризику, підвищення доступності психотерапевтичної (психологічної) допомоги й збереження працездатності медичних працівників. Отримані у ході дослідження науково-практичні результати дають підставу зробити такі висновки:

1. З'ясовано, що у медичних працівників м. Харкова та Харківської області впродовж 2021–2023 рр. відбулися несприятливі структурні зміни поширеності синдрому емоційного вигорання. Сумарна поширеність синдрому емоційного вигорання у досліджуваній когорті становила 472,7‰ у 2021 році та 486,5‰ у 2023 році, що свідчить про тенденцію до її зростання в динаміці спостереження. За порогоми індексу емоційного вигорання (на 1000 медичних працівників, ‰) встановлено, що частка осіб із показниками <40% зменшилася з 214,8‰ у 2021 р. до 144,9‰ у 2023 р., тоді як частка осіб із показниками >70% зросла з 66,4‰ до 159,4‰. Отримані дані свідчать про зміщення структури поширеності синдрому емоційного вигорання у бік збільшення частки осіб із високими значеннями індексу емоційного вигорання та обґрунтовують необхідність посилення заходів раннього виявлення і профілактики.

2. Встановлено гендерну та міжпрофесійну неоднорідність поширеності синдрому емоційного вигорання у медичних працівників. Загальний показник поширеності був дещо вищим у чоловіків – 491,7‰, ніж у жінок – 481,3‰, при сумарному значенні 486,5‰. За спеціалізацією найвищі показники поширеності емоційного вигорання (всього, ‰) зафіксовано у психіатрії – 574,5‰ та онкології – 530,6‰; проміжні – в анестезіології / інтенсивній терапії – 500,0‰ і терапії / сімейній медицині – 495,9‰; нижчі – у хірургії – 468,8‰, педіатрії –

443,5% та групі інших спеціальностей – 424,2%. Це дозволяє розглядати стать і професійну належність як важливі стратифікаційні ознаки при оцінюванні поширеності синдрому емоційного вигорання та обґрунтовує доцільність адресної профілактики з пріоритезацією професійних груп підвищеного ризику.

3. Ідентифіковано та систематизовано за результатами дисперсійного аналізу 4 групи факторів ризику розвитку синдрому вигорання: соціально-демографічні та професійні, організаційно-управлінські, пацієнт-обумовлені та індивідуально-ресурсні. Ранжування за силою впливу та інформативністю показало, що найбільшу силу впливу мають пацієнт-обумовлені та ендogenous чинники, зокрема конфлікти з пацієнтами ($OR=11,33$; $p<0,001$; $\eta=23,88\%$), фізичні симптоми виснаження ($OR=8,31$; $p<0,001$; $\eta=21,33\%$), часті проблеми зі сном ($OR=7,85$; $p<0,001$; $\eta=19,69\%$), а також керовані організаційно-управлінські чинники – надмірне робоче навантаження ($OR=6,92$; $p<0,001$; $\eta=13,73\%$), ігнорування скарг адміністрацією ($OR=4,82$; $p<0,001$; $\eta=13,45\%$) і понаднормові зміни/робота у вихідні ($OR=4,73$; $p<0,001$; $\eta=12,04\%$), що підтверджує можливість профілактики синдрому емоційного вигорання через організаційно-управлінські механізми в поєднанні з інфраструктурою підтримки.

4. Розроблено методику прогнозування ризику розвитку синдрому вигорання із порогамі інтерпретації суми прогностичних коефіцієнтів (± 13): сума прогностичних коефіцієнтів $\geq +13$ відповідає високому ризику (з імовірністю 95%), сума прогностичних коефіцієнтів ≤ -13 – відсутності ризику, інтервал $-12 \dots +12$ – імовірному ризику. Запропонована методика забезпечує формалізоване віднесення медичного працівника до групи ризику та може застосовуватися для планування первинної і вторинної профілактики з визначенням інтенсивності інтервенцій.

5. Встановлено, що синдром вигорання супроводжується вираженими функціональними втратами у вигляді зниження працездатності. У медичних працівників основної групи середній індекс працездатності становив $42,23 \pm 0,91\%$, при цьому 81,6% мали низький рівень працездатності. За даними

непараметричного аналізу найбільш виражений зв'язок із працездатністю мав індекс стресового навантаження ($R_{x1y} = -0,451$), а побудована регресійна модель індексу працездатності підтвердила домінуючу роль стресового навантаження (X_1) у зниженні працездатності в умовах синдрому вигорання.

6. Доведено, що організація психотерапевтичної (психологічної) допомоги та профілактики синдрому вигорання у закладах охорони здоров'я є недостатньо інституціоналізованою. Переважає позазакладова модель доступу до підтримки: наявність спеціалізованих служб у закладі відзначили 22,4±2,4% респондентів, формальну, але неефективну допомогу – 25,5±2,5%, відсутність доступу в закладі за можливості звернення самостійно поза ним – 49,3±2,9%, повну відсутність доступу – 2,7±0,9%. Регулярні профілактичні заходи (тренінги/консультації) у закладах наявні лише у 31,6±2,7%, тоді як у більшості вони мають епізодичний характер або відсутні.

7. Індексний аналіз засвідчив переважання «обмежених» рівнів організаційної спроможності: середній індекс доступу до допомоги становив 59,18% (95% ДІ: 57,39–60,97), середній індекс навчальної готовності – 51,72% (95% ДІ: 50,30–53,15), між індексом доступу до допомоги та індексом навчальної готовності встановлено позитивний зв'язок ($r = 0,379$; $p < 0,001$). Доведено статистично значущі організаційні детермінанти: наявність спеціалізованих служб істотно підвищує шанси високого індексу доступу до допомоги ($\geq 70\%$) ($OR = 43,56$; $p < 0,001$), а активна управлінська підтримка – шанси високого індексу навчальної готовності ($\geq 70\%$) ($OR = 6,76$; $p < 0,001$), що підтверджує пріоритет інституціоналізації сервісів і управлінського лідерства.

8. Обґрунтовано та розроблено оптимізовану модель раннього виявлення та профілактики синдрому емоційного вигорання у медичних працівників, яка поєднує елементи діючої моделі з низкою нових структур (ранній скринінг, оцінка ризику, маршрутизація до відповідної допомоги та моніторинг результативності профілактичних заходів із використанням інтегральних показників). Її реалізація базується на міжсекторальній взаємодії закладів охорони здоров'я, служб громадського здоров'я, органів місцевого

самоврядування, закладів вищої освіти, професійних об'єднань, психологічних і соціальних служб. Перевагами моделі є доступність, поетапність, адаптивність, орієнтація на групи ризику та практична спрямованість. Функціонально-організаційними складовими моделі є суб'єкти управління, об'єкт управління та блок наукового регулювання. Взаємодія всіх елементів забезпечила моделі нові якості й досягнення головної мети дослідження.

9. Встановлено високі якісні характеристики медико-соціальної ефективності та економічної дієвості оптимізованої моделі раннього виявлення та профілактики синдрому вигорання у медичних працівників при її впровадженні в практичну охорону здоров'я на індивідуальному, груповому та популяційному рівнях: профілактична спрямованість – $8,8 \pm 0,28$, економічна доцільність – $9,1 \pm 0,21$, відповідність сучасному міжнародному досвіду – $9,2 \pm 0,24$, дієвість – $8,9 \pm 0,26$, доступність – $8,2 \pm 0,26$, комплексність – $9,0 \pm 0,27$, системність – $8,7 \pm 0,25$; очікуваний вплив оцінено як високий щодо зменшення частки осіб із високим ризиком/високим індексом емоційного вигорання ($8,4 \pm 0,2$), підвищення доступності допомоги ($8,2 \pm 0,2$) та зростання поінформованості й навчальної готовності персоналу ($7,7 \pm 0,2$).

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Отримані результати дисертаційного дослідження дозволяють запропонувати практичні рекомендації щодо впровадження удосконаленої моделі раннього виявлення та профілактики синдрому емоційного вигорання у медичних працівників на різних рівнях системи охорони здоров'я. Рекомендації ґрунтуються на ризик-орієнтованому підході, індексному моніторингу (індекс емоційного вигорання, індекс стресового навантаження, індекс підтримки, індекс доступу до допомоги, індекс навчальної готовності) та поєднанні організаційно-управлінських і підтримувальних інтервенцій із дотриманням етичних гарантій.

1. Міністерству охорони здоров'я України доцільно:

- визначити профілактику синдром емоційного вигорання як складову системи управління якістю медичної допомоги та кадровими ризиками;

- рекомендувати для закладів охорони здоров'я уніфікований індексний моніторинг (індекс емоційного вигорання, індекс стресового навантаження, індекс підтримки, індекс доступу до допомоги, індекс навчальної готовності) із використанням порогової стратифікації ризику (<40%, 40–70%, ≥70%) та описаними алгоритмами організаційних дій відповідної інтенсивності;

- інтегрувати до програм безперервного професійного розвитку керівників закладів і керівників підрозділів модуль з управління професійним виснаженням персоналу (зниження стресового навантаження, нормування понаднормових/чергувань, мінімізація управлінського тиску, управління конфліктами та очікуваннями пацієнтів, розвиток підтримки й доступу до допомоги);

- встановити мінімальні етичні стандарти скринінгу та профілактики СЕВ: добровільність участі, конфіденційність, використання індивідуальних результатів виключно з профілактичною метою, агрегована звітність на рівні підрозділів/закладу, недопустимість дисциплінарного застосування індивідуальних даних.

2. Департаментам охорони здоров'я обласних державних адміністрацій рекомендовано:

- розробити регіональні плани заходів із профілактики СЕВ як частину програм із якості медичної допомоги та кадрової стійкості, визначивши відповідальних осіб, періодичність моніторингу та управлінські точки контролю;

- забезпечити організаційно-методичну підтримку впровадження моделі у закладах різних рівнів, включно з навчанням координаторів і створенням мережі обміну практиками;

- запровадити щорічний цикл узагальненого знеособленого моніторингу індексних показників у розрізі закладів/підрозділів із використанням даних для управлінських рішень (без індивідуальної ідентифікації);

- підтримувати розвиток регіональних ресурсів психологічної/психотерапевтичної допомоги для медичних працівників та стандартів «короткого маршруту входу» (простий канал звернення, захищений час, своєчасний первинний контакт).

3. Керівникам закладів охорони здоров'я доцільно:

- призначити координатора впровадження моделі та створити міждисциплінарну робочу групу (адміністрація, керівники підрозділів, представники персоналу, за можливості – психолог/психотерапевт), відповідальну за цикл: вимірювання → рішення → впровадження → повторне вимірювання → корекція;

- інтегрувати скринінг і повторні вимірювання індексів у план роботи закладу, визначивши контрольні точки моніторингу (базове вимірювання та регулярні повтори);

- застосовувати ризик-стратифікацію (за порогамі індексів та/або прогностичною методикою) як інструмент пріоритезації інтервенцій і ресурсів, із фокусом на керованих організаційних чинниках;

- забезпечити політику «нульової каральності» щодо звернень по допомогу і гарантувати, що результати скринінгу використовуються виключно для профілактики й покращення умов праці;

- забезпечити можливість отримання допомоги та участі у профілактичних заходах без втрати заробітку і без «штрафу часом» для працівника (за можливості – у робочий час).

4. Керівникам структурних підрозділів рекомендовано:

- впроваджувати процесні зміни, орієнтовані на зниження стресового навантаження та відновлення персоналу: нормування навантаження, правила мікроперерв, зменшення непрофільних доручень, регламенти відновлення після чергувань;

- забезпечити механізми адміністративної підтримки персоналу у випадках конфліктів, юридичних скарг/погроз, агресивної поведінки пацієнтів/родичів та надмірних очікувань (алгоритми деескалації, чіткий порядок залучення керівництва);

- у підрозділах інтенсивної терапії/анестезіології – закріпити регламенти післячергового відновлення та короткі командні обговорення після критичних подій;

- у хірургічних підрозділах – забезпечити реалістичне планування інтенсивних періодів роботи та стандарти мікроперерв;

- у первинній ланці – впровадити алгоритми комунікації з пацієнтами щодо очікувань, конфліктів і скарг із чіткими механізмами підтримки з боку адміністрації;

- у психіатричних службах – інституціоналізувати регулярні супервізійні та рефлексійні формати командної підтримки.

5. Організаторам системи доступу до допомоги у закладі доцільно:

- створити «єдине вікно» звернень (простий і зрозумілий канал), визначити відповідальних осіб і порядок запису на консультацію;

- забезпечити доступність коротких індивідуальних консультацій та/або групових підтримувальних заходів, включно із супервізійними/рефлексійними зустрічами;

- забезпечити мультиканальність доступу (онлайн-запис/телефон/через відповідального у відділенні), щоб мінімізувати нерівність доступу між підрозділами;

- для працівників із високим ризиком – забезпечити пріоритетний маршрут та скорочений термін до першого контакту.

6. Закладам вищої освіти та провайдерам безперервного професійного розвитку рекомендовано:

- доповнити освітні програми модулями з профілактики СЕВ, з акцентом на керовані організаційні чинники ризику та алгоритми звернення по допомогу;

- включити до підвищення кваліфікації керівників навчання з індексного моніторингу, ризик-стратифікації та управлінських інтервенцій (організація графіків, захищений час, командна підтримка, маршрутизація допомоги);

- використовувати переважно короткі практикоорієнтовані формати навчання (модулі 1–3 години або одноденні тренінги) з домінуванням практичних вправ.

7. Системі моніторингу та звітності у закладах охорони здоров'я доцільно надати стабільний регламент:

- фіксувати базову лінію для ключових індексів (індекс емоційного вигорання, індекс стресового навантаження, індекс підтримки, індекс доступу до допомоги, індекс навчальної готовності) і здійснювати регулярні повторні вимірювання у визначених контрольних точках;

- у звітах подавати виключно агреговані результати (середні/медіанні значення індексів, розподіли за пороговими зонами, динаміку доступу й користування допомогою) без індивідуальної ідентифікації;

– за відсутності позитивної динаміки запускати управлінську корекцію (перегляд навантаження/графіків, посилення доступу до допомоги, зміна формату навчальних і підтримувальних заходів) із повторною перевіркою.

8. Фінансово-ресурсне забезпечення рекомендовано будувати поетапно з пріоритетом процесних рішень:

– на першому етапі реалізовувати організаційні зміни з мінімальними витратами (корекція графіків, мікроперерви, стандарти відновлення після чергувань, навчальні «вікна», короткі командні зустрічі підтримки);

– на другому етапі – розгортати низьковитратні сервіси підтримки (часткова зайнятість психолога/координатора, групові інтервенції, канали оперативної допомоги);

– на третьому етапі – масштабувати обсяг сервісів відповідно до профілю навантаження підрозділів і результатів моніторингу.

9. Для практичного старту впровадження доцільно застосовувати 90-денний пілот:

– перший місяць: формування команди, комунікаційний план, базове вимірювання, впровадження швидких процесних змін;

– другий місяць: запуск коротких навчальних модулів, регулярних практик підтримки та маршруту доступу до допомоги;

– третій місяць: повторне вимірювання, управлінська корекція та затвердження подальшого циклу моніторингу.

Наведені практичні рекомендації спрямовані на те, щоб профілактика СЕВ функціонувала як керований організаційний процес, заснований на уніфікованому індексному вимірюванні, прозорій стратифікації ризику, доступних маршрутах допомоги та регулярному моніторингу результатів із дотриманням етичних гарантій.

Список використаних джерел

1. Adriaenssens J, De Gucht V, Maes S. Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: a systematic review of 25 years of research. *Int J Nurs Stud*. 2015;52(2):649-661.
2. Akaike H. A new look at the statistical model identification. *IEEE Trans Autom Control*. 1974;19(6):716-23.
3. Amiri S, Mahmood N, Mustafa H, Javaid SF, Khan MA. Occupational Risk Factors for Burnout Syndrome Among Healthcare Professionals: A Global Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2024;21(12):1583. doi:10.3390/ijerph21121583.
4. Arnetz BB, Goetz CM, Arnetz JE, Arble E. Nurse reports of stressful situations: qualitative analysis of the ICU work environment. *J Nurs Care Qual*. 2020;35(3):227-233.
5. Azoulay E, De Waele J, Ferrer R, et al. Symptoms of burnout in intensive care unit specialists facing the COVID-19 outbreak. *Ann Intensive Care*. 2020;10:110. doi:10.1186/s13613-020-00722-3.
6. Botiakova VV. Prevalence of burnout syndrome among medical professionals in Ukraine from 2018 to 2022. *Art of Medicine*. 2023;1(25):92-100. doi:10.21802/artm.2023.1.25.92.
7. Barello S, Palamenghi L, Graffigna G. Burnout and somatic symptoms among frontline healthcare professionals at the peak of the Italian COVID-19 pandemic. *Psychiatry Res*. 2020;290:113129. doi:10.1016/j.psychres.2020.113129.
8. Benjamini Y, Hochberg Y. Controlling the false discovery rate: a practical and powerful approach to multiple testing. *J R Stat Soc B*. 1995;57(1):289-300.
9. Bohman B, et al. Empirical assessment of well-being: the Stanford Model of Occupational Well-Being. *Acad Med*. 2025.
10. Boskma A, van der Braak K, Hooft L, Oerbekke M, Franx A, van der Laan M. Effectiveness of organization-directed interventions on healthcare professionals' well-being: a systematic review. *EClinicalMedicine*. 2025;88:103496. doi:10.1016/j.eclinm.2025.103496.

11. Bradley M, Chahar P. Burnout of healthcare providers during COVID-19. *Cleve Clin J Med*. 2020.
12. Cabinet of Ministers of Ukraine. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року (розпорядження) [Internet]. Київ: КМУ; 2022 [cited 2026 Feb 22]. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua>.
13. CDC/NIOSH. Workplace mental health resources for healthcare workers [Internet]. Atlanta: CDC; 2022–2024 [cited 2026 Feb 22]. Available from: <https://www.cdc.gov/niosh/>.
14. Centers for Disease Control and Prevention. Stress and burnout in healthcare: risk factors and strategies [Internet]. CDC; 2022 [cited 2025 May 20]. Available from: <https://www.cdc.gov/niosh/healthcare/risk-factors/stress-burnout.html>.
15. Chor WPD, Ng WM, Cheng L, et al. Burnout amongst emergency healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a multi-center study. *Am J Emerg Med*. 2021;46:700-702. doi:10.1016/j.ajem.2020.10.040.
16. Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. 2nd ed. Lawrence Erlbaum; 1988.
17. Collins GS, Reitsma JB, Altman DG, Moons KGM. TRIPOD Statement. *Ann Intern Med*. 2015;162(1):55-63.
18. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 1951;16(3):297-334.
19. De Hert S. Burnout in healthcare workers: prevalence, impact and preventative strategies. *Local Reg Anesth*. 2020;13:171-183. doi:10.2147/LRA.S240564.
20. De Kock JH, Latham HA, Leslie SJ, et al. A rapid review of the impact of COVID-19 on the mental health of healthcare workers: implications for supporting psychological well-being. *BMC Public Health*. 2021;21:104. doi:10.1186/s12889-020-10070-3.
21. Dean W, Talbot S, Dean A. Reframing clinician distress: moral injury not burnout. *Fed Pract*. 2019;36(9):400-402.
22. DeChant PF, Acs A, Rhee KB, Boulanger TS, Snowdon JL, Tutty MA, et al. Effect of organization-directed workplace interventions on physician burnout: a

systematic review. *Mayo Clin Proc Innov Qual Outcomes*. 2019;3(4):384-408.
doi:10.1016/j.mayocpiqo.2019.07.006.

23. DeLong ER, DeLong DM, Clarke-Pearson DL. Comparing the areas under two or more correlated ROC curves: a nonparametric approach. *Biometrics*. 1988;44(3):837-845.
24. DeLong ER, DeLong DM, Clarke-Pearson DL. Comparing the areas under correlated ROC curves. *Biometrics*. 1988;44(3):837-45.
25. Denning M, Goh ET, Tan B, et al. Determinants of burnout and other aspects of psychological well-being in healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a multinational cross-sectional study. *PLoS One*. 2021;16(4):e0238666.
doi:10.1371/journal.pone.0238666.
26. Dillman DA, Smyth JD, Christian LM. *Internet, Phone, Mail, and Mixed-Mode Surveys: The Tailored Design Method*. 4th ed. Hoboken (NJ): Wiley; 2014.
27. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*. 1988;260(12):1743-1748.
28. Dyrbye LN, Satele D, Sloan J, Shanafelt TD. Ability of the Physician Well-Being Index to identify residents in distress. *J Grad Med Educ*. 2014;6(1):78-84.
29. Dyrbye LN, Shanafelt TD. A narrative review on burnout experienced by medical students. *Med Educ*. 2016;50(1):132-149.
30. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Medical student distress: causes, consequences, and proposed solutions. *Mayo Clin Proc*. 2005;80(12):1613-1622.
31. Dyrbye LN, West CP, Sinsky CA, et al. Medical licensure questions and physician reluctance to seek care for mental health conditions. *Mayo Clin Proc*. 2017;92(10):1486-1493.
32. Dyrbye LN, West CP, Sinsky CA, et al. Burnout among health care professionals: a call to explore and address this underrecognized threat to safe, high-quality care. *NAM Perspectives*. 2017.
33. Dzau VJ, Kirch D, Nasca T. Preventing a parallel pandemic—A national strategy to protect clinicians' well-being. *N Engl J Med*. 2020;383(6):513-515.
doi:10.1056/NEJMp2011027.

34. European Agency for Safety and Health at Work. Burnout in health care: facts and figures. EU-OSHA; 2020.
35. European Agency for Safety and Health at Work. Work-related stress and psychosocial risks [Internet]. Bilbao: EU-OSHA; 2022 [cited 2026 Feb 22]. Available from: <https://osha.europa.eu>.
36. European Commission. A comprehensive approach to mental health [Internet]. Brussels: European Commission; 2023 [cited 2026 Feb 22]. Available from: https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/mental-health_en.
37. European Commission. EU strategic approach to mental health [Internet]. Brussels: European Commission; 2023 [cited 2025 Feb 22]. Available from: <https://commission.europa.eu>.
38. European Commission. Occupational safety and health–psychosocial risks [Internet]. Brussels: European Commission; 2020–2024 [cited 2026 Feb 22]. Available from: <https://employment-social-affairs.ec.europa.eu>.
39. Freudemberger HJ. Staff burnout. *J Soc Issues*. 1974;30(1):159-165.
40. Galanis P, Vraika I, Fragkou D, Bilali A, Kaitelidou D. Nurses' burnout and associated risk factors during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs*. 2021;77(8):3286-3302. doi:10.1111/jan.14839.
41. Ghaseminejad F, Rich K, Rosenbaum D, et al. Organisational factors associated with burnout among emergency and internal medicine physicians: a qualitative study. *BMJ Open*. 2025;15(1):e085973. doi:10.1136/bmjopen-2024-085973.
42. Granek L, Krzyzanowska MK, Tozer R, Mazzotta P. Difficult patient loss and physician burnout. *Arch Intern Med*. 2012;172(12):964-966.
43. Greenberg N, Docherty M, Gnanapragasam S, Wessely S. Managing mental health challenges faced by healthcare workers during COVID-19 pandemic. *BMJ*. 2020;368:m1211. doi:10.1136/bmj.m1211.
44. Guseva Canu I, Marca SC, Dell'Oro F, et al. Harmonized definition of occupational burnout: a systematic review, semantic analysis, and Delphi consensus

in 29 countries. *Scand J Work Environ Health*. 2021;47(2):95-107.

doi:10.5271/sjweh.3935.

45. Hall LH, Johnson J, Watt I, Tsipa A, O'Connor DB. Healthcare staff wellbeing, burnout, and patient safety: a systematic review. *PLoS ONE*.

2016;11(7):e0159015.

46. Han S, Shanafelt TD, Sinsky CA, et al. Estimating the attributable cost of physician burnout in the United States. *Ann Intern Med*. 2019;170(11):784-790.

doi:10.7326/M18-1422. PMID:31132791.

47. Harrell FE Jr. *Regression Modeling Strategies*. 2nd ed. Cham: Springer; 2015.

48. Haslam A, Tuia J, Miller SL, Prasad V. Systematic review and meta-analysis of randomized trials testing interventions to reduce physician burnout. *Am J Med*.

2024;137(2). doi:10.1016/j.amjmed.2023.10.003.

49. 50 Hennig C. Cluster-wise assessment of cluster stability. *Comput Stat Data Anal*. 2007;52(1):258-71.

50. Herz M, Blaschke S, Gebhard D. Demands, resources, burnout, and work ability in long-term care: A multi-group structural equation model comparing residential and home care. *Int J Nurs Stud*. 2025;173:105255.

doi:10.1016/j.ijnurstu.2025.105255.

51. Hiver C, Villa A, Bellagamba G, Lehucher-Michel MP. Burnout prevalence among European physicians: a systematic review and meta-analysis. *Int Arch Occup Environ Health*. 2022;95(1):259-273. doi:10.1007/s00420-021-01782-z.

52. Hodkinson A, Zhou A, Johnson J, et al. Associations of physician burnout with career engagement and quality of patient care: systematic review and meta-analysis.

BMJ. 2022;378:e070442. doi:10.1136/bmj-2022-070442.

53. Holm S. A simple sequentially rejective multiple test procedure. *Scand J Stat*. 1979;6(2):65-70.

54. Hosmer DW, Lemeshow S, Sturdivant RX. *Applied Logistic Regression*. 3rd ed. Hoboken (NJ): Wiley; 2013.

55. Hu D, Kong Y, Li W, et al. Frontline nurses' burnout, anxiety, depression, and fear statuses and their associated factors during the COVID-19 outbreak in Wuhan,

- China: a large-scale cross-sectional study. *EClinicalMedicine*. 2020;24:100424. doi:10.1016/j.eclinm.2020.100424.
56. ICC/ESOMAR. International Code on Market, Opinion and Social Research and Data Analytics. Amsterdam: ESOMAR; 2016.
 57. International Labour Organization. Workplace stress: a collective challenge [Internet]. Geneva: ILO; 2022 [cited 2026 Feb 22]. Available from: https://www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/resources-library/publications/WCMS_466547/lang--en/index.htm.
 58. International Labour Organization. Mental health at work: employer guidance [Internet]. Geneva: ILO; 2022 [cited 2026 Feb 22]. Available from: <https://www.ilo.org>.
 59. Ishak W, Nikraves R, Lederer S, Perry R, Ogunyemi D, Bernstein C. Burnout in medical students: a systematic review. *Clin Teach*. 2013;10(4):242-245.
 60. ISO. ISO 45003:2021 Occupational health and safety management – Psychological health and safety at work – Guidelines [Internet]. Geneva: International Organization for Standardization; 2021 [cited 2026 Feb 22]. Available from: <https://www.iso.org/standard/64283.html>.
 61. Ivashchenko RO, Ohniev VA. Medico-social substantiation of a model for early detection and prevention of burnout syndrome in healthcare workers. *Experimental and Clinical Medicine*. 2025;94(4). In press. DOI: 10.35339/ekm.2025.94.4.ivo
 62. Iwasaki K, Takahashi M, Nakata A. Health problems due to long working hours in Japan: working hours, workers' compensation (Karoshi), and preventive measures. *Ind Health*. 2006;44(4):537-540.
 63. Jalili M, Niroomand M, Hadavand F, et al. Burnout among healthcare professionals during COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *Int Arch Occup Environ Health*. 2021;94:1345-1352. doi:10.1007/s00420-021-01695-x.
 64. Ju K, et al. Association of work ability with job burnout and sleep quality among biosafety laboratory personnel in Xinjiang, China: a cross-sectional study. *Front Public Health*. 2024;12:1479257. doi:10.3389/fpubh.2024.1479257.

65. Kinnunen U, Feldt T, Mäkikangas A. Testing the effort-recovery model among Finnish managers: longitudinal results. *J Occup Health Psychol.* 2008;13(3):258-267.
66. Kiratipaisarl W, Surawattanasakul V, Sirikul W. Individual and organizational interventions to reduce burnout in resident physicians: a systematic review and meta-analysis. *BMC Med Educ.* 2024;24:1234.
67. Knaak S, Mantler E, Szeto A. Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions. *Healthc Manage Forum.* 2017;30(2):111-116.
68. Kok N, van Gorp J, Teerenstra S, et al. Coronavirus disease 2019 immediately increases burnout symptoms in ICU professionals: a longitudinal cohort study. *Crit Care Med.* 2021;49(3):419-427. doi:10.1097/CCM.0000000000004864.
69. Koutsimani P, Montgomery A, Georganta K. The relationship between burnout, depression, and anxiety: a systematic review and meta-analysis. *Front Psychol.* 2019;10:284. doi:10.3389/fpsyg.2019.00284.
70. Kumar S. Burnout and doctors: prevalence, prevention and intervention. *Healthcare (Basel).* 2016;4(3):37.
71. Lacy BE, Chan JL. Physician Burnout: The Hidden Health Care Crisis. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2018;16(3):311-317.
72. Lai J, Ma S, Wang Y, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open.* 2020;3(3):e203976. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976.
73. Lee C, et al. The association of burnout with work absenteeism and the frequency of thoughts in leaving their job in a cohort of healthcare workers during the COVID-19 pandemic. 2023. PMID:PMC10716445.
74. Lee FJ, Stewart M, Brown JB. Stress, burnout, and strategies for reducing them: what's the situation among Canadian family physicians? *Can Fam Physician.* 2008;54(2):234-235.
75. Leo CG, Sabina S, Tumolo MR, et al. Burnout among healthcare workers in the COVID-19 era: a review of the existing literature. *Front Public Health.* 2021;9:750529. doi:10.3389/fpubh.2021.750529.

76. Little RJA. A test of missing completely at random. *J Am Stat Assoc.* 1988;83(404):1198-202.
77. Lluch C, Galiana L, Doménech P, Sansó N. The impact of the COVID-19 pandemic on burnout, compassion fatigue, and compassion satisfaction in healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(9).
78. Magnavita N, Meraglia I, Viti G, Borghese L. The Work Ability Index (WAI) in the Healthcare Sector: A Cross-Sectional/Retrospective Assessment of the Questionnaire. *Int J Environ Res Public Health.* 2024;21(3):349.
doi:10.3390/ijerph21030349.
79. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav.* 1981;2(2):99-113.
80. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *Maslach Burnout Inventory: Manual.* 4th ed. Menlo Park (CA): Mind Garden; 2016.
81. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *Maslach Burnout Inventory Manual.* 3rd ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1996.
82. Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry.* 2016;15(2):103-111.
83. Maslach C, Leiter MP. *The truth about burnout: how organizations cause personal stress and what to do about it.* San Francisco: Jossey-Bass; 1997.
84. McCray LW, Cronholm PF, Bogner HR, et al. Resident physician burnout: is there hope? *Fam Med.* 2008;40(9):626-632.
85. McDonald RP. *Test Theory: A Unified Treatment.* Mahwah (NJ): Lawrence Erlbaum; 1999.
86. Mehta S, Machado F, Kwizera A, et al. COVID-19: a heavy toll on health-care workers. *The Lancet Respiratory Medicine.* 2021;9(3):226-228.
87. Montgomery A. The inevitability of physician burnout: implications for interventions. *Burn Res.* 2014;1(1):50-56.

88. Montgomery A, Panagopoulou E, Esmail A, Richards T, Maslach C. Burnout in healthcare: the case for organisational change. *BMJ*. 2019;366:14774. doi:10.1136/bmj.14774.
89. Morgantini LA, Naha U, Wang H, et al. Factors contributing to healthcare professional burnout during the COVID-19 pandemic: a rapid turnaround global survey. *PLoS One*. 2020;15(9):e0238217. doi:10.1371/journal.pone.0238217.
90. Morse G, Salyers MP, Rollins AL, et al. Burnout in mental health services: a review of the problem and its remediation. *Adm Policy Ment Health*. 2012;39(5):341-352.
91. Musker M, Othman S. Effective interventions to reduce burnout in nurses: a meta-analysis. *Complement Ther Clin Pract*. 2024;54:101827. doi:10.1016/j.ctcp.2023.101827.
92. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Clinician burnout and professional well-being: a systems approach [Internet]. Washington (DC): National Academies Press; 2019 [cited 2026 Feb 22]. Available from: <https://nap.nationalacademies.org>.
93. National Academy of Medicine. Taking Action Against Clinician Burnout: A Systems Approach to Professional Well-Being. Washington, DC: The National Academies Press; 2019.
94. National Academy of Medicine. Valid and reliable survey instruments to measure burnout, well-being, and other work-related dimensions. 2017.
95. National Academy of Medicine. Action Collaborative on Clinician Well-Being and Resilience (program page).
96. National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). Healthcare workers: stress and burnout resources [Internet]. Atlanta: CDC/NIOSH; 2023 [cited 2026 Feb 22]. Available from: <https://www.cdc.gov/niosh/>.
97. NHS England. NHS staff wellbeing and support: organisational guidance [Internet]. London: NHS England; 2022 [cited 2026 Feb 22]. Available from: <https://www.england.nhs.uk/supporting-our-nhs-people/>.

98. NHS England. Staff wellbeing hubs and support offer [Internet]. London: NHS England; 2021–2023 [cited 2026 Feb 22]. Available from: <https://www.england.nhs.uk/supporting-our-nhs-people/>.
99. Nylund KL, Asparouhov T, Muthén BO. Deciding on the number of classes in LCA. *Struct Equ Modeling*. 2007;14(4):535-69.
100. OECD. Mental health and work: policy responses [Internet]. Paris: OECD; 2021–2024 [cited 2026 Feb 22]. Available from: <https://www.oecd.org>.
101. Oreskovich MR, Shanafelt T, Dyrbye LN, et al. The prevalence of burnout among physicians and medical students and the implications for patient care: a systematic review. *J Med Regul*. 2015;101(4):34-39.
102. Panagioti M, Geraghty K, Johnson J, et al. Association between physician burnout and patient safety, professionalism, and patient satisfaction. *JAMA Intern Med*. 2018;178(10):1317-1330.
103. Panagioti M, Panagopoulou E, Bower P, et al. Controlled interventions to reduce burnout in physicians: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2017;177(2):195-205.
104. Panagioti M, Panagopoulou E, Bower P, Lewith G, Kontopantelis E, Chew-Graham C, et al. Controlled interventions to reduce burnout in physicians: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2017;177(2):195-205.
105. Pei L, et al. The association between doctors' presenteeism and job burnout: a cross-sectional survey study in China. 2020. PMCID:.
106. Prasad K, McLoughlin C, Stillman M, et al. Prevalence and correlates of stress and burnout among health care workers during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2021.
107. Purvanova RK, Muros JP. Gender differences in burnout: a meta-analysis. *J Vocat Behav*. 2010;77(2):168-185.
108. Regehr C, Glancy D, Pitts A, LeBlanc VR. Interventions to reduce the consequences of stress in physicians: a review and meta-analysis. *J Nerv Ment Dis*. 2014;202(5):353-359.

109. Reith TP. Burnout in United States Healthcare Professionals: A Narrative Review. *Cureus*. 2018;10(12):e3681.
110. Riley RD, Ensor J, Snell KIE, et al. Calculating the sample size for developing a prediction model. *BMJ*. 2020;368:m441.
111. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, et al. Prevalence of burnout among physicians: a systematic review. *JAMA*. 2018;320(11):1131-1150.
112. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, Rosales RC, Guille C, Sen S, Mata DA. Prevalence of burnout among physicians: a systematic review. *JAMA*. 2018;320(11):1131-50.
113. Rousseeuw PJ. Silhouettes. *J Comput Appl Math*. 1987;20:53-65.
114. Rubin DB. Multiple Imputation for Nonresponse in Surveys. Wiley; 1987.
115. Salvagioni DAJ, Melanda FN, Mesas AE, et al. Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: a systematic review of prospective studies. *PLoS ONE*. 2017;12(10):e0185781.
116. Salvagioni DAJ, Melanda FN, Mesas AE, González AD, Gabani FL, Andrade SM. Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: a systematic review of prospective studies. *PLoS One*. 2017;12(10):e0185781.
117. Salyers MP, Bonfils KA, Luther L, et al. The Relationship Between Professional Burnout and Quality and Safety in Healthcare: A Meta-Analysis. *J Gen Intern Med*. 2017;32(4):475-482.
118. Sasangohar F, Jones SL, Masud FN, Vahidy FS, Kash BA. Provider burnout and fatigue during the COVID-19 pandemic: lessons learned from a high-volume intensive care unit. *Anesth Analg*. 2020;131(1):106-111.
doi:10.1213/ANE.0000000000004866.
119. Schaufeli WB, Desart S, De Witte H. Burnout Assessment Tool (BAT)—development, validity, and reliability. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(24):9495. doi:10.3390/ijerph17249495.
120. Schwarz G. Estimating the dimension of a model. *Ann Stat*. 1978;6(2):461-4.
121. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians. *Arch Intern Med*. 2012;172(18):1377-1385.

122. Shanafelt TD, Hasan O, Dyrbye LN, 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.
123. Shanafelt TD, Noseworthy JH. Executive leadership and physician well-being: nine organizational strategies to promote engagement and reduce burnout. *Mayo Clin Proc.* 2017;92(1):129-146.
124. Shanafelt TD, Ripp J, Trockel M. Understanding and addressing sources of anxiety among health care professionals during the COVID-19 pandemic. *JAMA.* 2020;323(21):2133-2134. doi:10.1001/jama.2020.5893.
125. Shanafelt TD, West CP, Dyrbye LN, et al. Changes in burnout and satisfaction with work-life integration in physicians during the first 2 years of the COVID-19 pandemic. *Mayo Clin Proc.* 2022;97(12):2248-2258. doi:10.1016/j.mayocp.2022.09.002.
126. Shanafelt TD, West CP, Dyrbye LN, Trockel M, Tutty M, Wang H, Carlasare LE, Sinsky C. Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Integration in Physicians During the First 2 Years of the COVID-19 Pandemic. *Mayo Clin Proc.* 2022;97(12):2248-2258. doi:10.1016/j.mayocp.2022.09.002.
127. Shusterman TY, Nikolenko AY, Plekhanova TM. Burnout and depression in medical interns: causes, impact of war and coping strategies. *Medicni perspektivi.* 2025;30(2). doi:10.26641/2307-0404.2025.2.333442.
128. Snijders TAB, Bosker RJ. *Multilevel Analysis.* 2nd ed. SAGE; 2012.
129. Steyerberg EW. *Clinical Prediction Models.* 2nd ed. Springer; 2019.
130. Tawfik DS, Profit J, Morgenthaler TI, et al. Physician burnout, well-being, and work unit safety grades in relationship to reported medical errors. *Mayo Clin Proc.* 2018;93(11):1571-1580.
131. Tawfik DS, Scheid A, Profit J, et al. Evidence relating health care provider burnout and quality of care: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med.* 2019;171(8):555-567.

132. Thielmann B, Zavgorodnij I, Woitha U, Gonschor C, Böckelmann I. Current incidence of professional burnout among Ukrainian oncologists in Kharkiv. *Int J Occup Med Environ Health*. 2023;36(5):717-731. doi:10.13075/ijomeh.1896.01987.
133. Thomas NK. Resident burnout. *JAMA*. 2004;292(23):2880-2889.
134. Tibshirani R. Regression shrinkage and selection via the lasso. *J R Stat Soc B*. 1996;58(1):267-88.
135. Tjur T. Coefficient of discrimination in logistic models. *Am Stat*. 2009;63(4):366-72.
136. Tonkin T. Burnout hits record high [Internet]. British Medical Association; 2022 Jul 19 [cited 2026 Feb 10]. Available from: <https://www.bma.org.uk/news-and-opinion/burnout-hits-record-high>.
137. Usset TJ, Baker LD, Griffin BJ, et al. Burnout and turnover risks for healthcare workers in the United States: downstream effects from moral injury exposure. *Sci Rep*. 2024;14:24915. Published 22 Oct 2024. doi:10.1038/s41598-024-74086-0.
138. Vittinghoff E, McCulloch CE. Relaxing the rule of ten events per variable. *Am J Epidemiol*. 2007;165(6):710-8.
139. Von Elm E, Altman DG, Egger M, et al.; STROBE Initiative. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement. *PLoS Med*. 2007;4(10):e296.
140. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP; STROBE Initiative. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *PLoS Med*. 2007;4(10):e296.
141. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992;30(6):473-483.
142. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992;30(6):473-83.

143. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2016;388(10057):2272-2281.
144. West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *J Intern Med*. 2018;283(6):516-529.
145. West CP, Dyrbye LN, Sinsky C, et al. Resilience and burnout among physicians and the general US working population. *JAMA Netw Open*. 2020;3(7):e209385.
146. White H. Heteroskedasticity-consistent covariance matrix estimator. *Econometrica*. 1980;48(4):817-38.
147. Williamson V, Murphy D, Greenberg N. COVID-19 and experiences of moral injury in front-line key workers. *Occup Med (Lond)*. 2020;70(5):317-319. doi:10.1093/occmed/kqaa052.
148. Woo T, Ho R, Tang A, Tam W. Global prevalence of burnout symptoms among nurses: a systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res*. 2020;123:9-20. doi:10.1016/j.jpsychires.2019.12.015.
149. World Economic Forum. Mental health at work: employers' guidance [Internet]. Cologny/Geneva: WEF; 2020–2023 [cited 2026 Feb 22]. Available from: <https://www.weforum.org>.
150. World Health Organization. Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases (ICD-11) [Internet]. Geneva: WHO; 2019 May 28 [cited 2026 Feb 22]. Available from: <https://www.who.int/standards/classifications/frequently-asked-questions/burn-out-an-occupational-phenomenon>.
151. World Health Organization. International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11). Geneva: WHO; 2019.
152. World Health Organization. Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak. Geneva: WHO; 2020. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf>.

153. World Health Organization. Guidelines on mental health at work [Internet]. Geneva: WHO; 2022 Sep 28 [cited 2026 Feb 22]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240053052>.
154. World Health Organization. Occupational health: mental health at work (technical resources) [Internet]. Geneva: WHO; 2022–2024 [cited 2026 Feb 22]. Available from: <https://www.who.int>.
155. World Health Organization; International Labour Organization. Mental health at work: policy brief [Internet]. Geneva: WHO/ILO; 2022 Sep 28 [cited 2026 Feb 22]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240057944>.
156. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. JAMA. 2013;310(20):2191-2194.
157. World Medical Association. WMA statement on physicians' well-being [Internet]. Ferney-Voltaire: WMA; 2022 [cited 2026 Feb 22]. Available from: <https://www.wma.net/policies-post/>.
158. Wozniak H, Benzakour L, Moullec G, et al. Mental health outcomes of ICU staff during COVID-19: a systematic review. Intensive Care Med. 2021.
159. Xie Z, Wang A, Chen B. Nurse burnout and patient satisfaction: a systematic review and meta-analysis. J Nurs Manag. 2021.
160. Youden WJ. Index for rating diagnostic tests. Cancer. 1950;3(1):32-5.
161. Zhan YX, Zhao SY, Yuan J, et al. Prevalence and influencing factors on burnout of medical staff during COVID-19: a systematic review and meta-analysis. Front Psychiatry. 2020;11.
162. Zou H, Hastie T. Regularization via the elastic net. J R Stat Soc B. 2005;67(2):301-20.
163. 164 Бойцанюк СІ, Левків МО, Островський ПЮ. Особливості проявів синдрому професійного вигорання медичних сестер стаціонарів в умовах війни. Клінічна та профілактична медицина. 2025;(5):119-126. doi:10.31612/2616-4868.5(2025).08.

164. Міністерство охорони здоров'я України. Наказ №4835 від 07.12.2023 «Про затвердження Порядку надання психіатричної допомоги в стаціонарних умовах». Київ; 2023.
165. Міністерство охорони здоров'я України. Наказ МОЗ України від 19.07.2024 №1265 «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги “Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації”» [Internet]. Київ: МОЗ України; 2024 [cited 2026 Feb 22]. Available from: <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukrayini-vid-19-07-2024-1265-pro-zatverdzhennya-unifikovanogo-klinichnogo-protokolu-pervinnoyi-ta-specializovanoyi-medichnoyi-dopomogi-gostra-reakciya-na-stres-posttravmatichnij-stresovij-rozlad-porushennya-adaptaciyi>.
166. Міністерство охорони здоров'я України. Психічне здоров'я та психосоціальна підтримка: офіційні матеріали/програми [Internet]. Київ: МОЗ України; 2022–2025 [cited 2026 Feb 22]. Available from: <https://moz.gov.ua>.
167. Опитувальники «Блок 4»: організація психотерапевтичної допомоги, обізнаність, навчальна готовність і бар'єри у медичних працівників. Харків: Харківський національний медичний університет; 2025. Рукопис.
168. Перелік психосоціальних послуг з надання психосоціальної допомоги: Наказ МОЗ України від 13.12.2023 №2118 [Internet]. База даних «Законодавство України» / Верховна Рада України; 2024 [cited 2026 Feb 22]. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/go/z0127-24>.
169. Пінчук ЮО, Болотна НБ, Пономаренко ВМ. Професійне вигорання серед лікарів в Україні: поширеність, фактори ризику, підходи до корекції. Збірник наукових праць Асоціації психіатрів України. 2021;4(2):15-21.
170. Іващенко Р.О., Нестеренко В.Г. Дослідження освіченості медичних працівників стосовно синдрому емоційного вигорання. Харків: Харківський національний медичний університет; 2024. 614.253.52:159.944.4.
171. Іващенко РО, Григоров ММ. Ідентифікація екзогенних та ендогенних факторів ризику синдрому емоційного вигорання у медичних працівників.

Експериментальна і клінічна медицина. 2025;94(2):.

doi:10.35339/ekm.2025.94.2.ivh.

172. Іващенко РО, Григоров ММ. Роль нормативної бази у профілактиці професійного (емоційного) вигорання медичних працівників. Медицина сьогодні і завтра. 2025;94(2)

173. Центр громадського здоров'я МОЗ України. Професійне вигорання медичних працівників [Інтернет]. 2024 [цит. 2025 Бер 11]. Доступно з: <https://phc.org.ua/news/profesiynе-vigorannya-medichnikh-pracivnikov>

ДОДАТКИ

Додаток А

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

1. Роль нормативної бази у профілактиці професійного (емоційного) вигорання медичних працівників Іващенко Р.О., Григоров М.М., Медицина сьогодні і завтра ТОМ 94 № 2 (2025), соціальна медицина та охорона громадського здоров'я Оpubліковано June 30, 2025 98с (Дисертанту належать збір та аналіз і обробка матеріалу, написання статті).

2. Ідентифікація екзогенних та ендогенних факторів ризику синдрому емоційного вигорання у медичних працівників Іващенко Р.О., Григоров М.М., Експериментальна і клінічна медицина ТОМ 94 № 2 (2025), соціальна медицина та охорона громадського здоров'я Оpubліковано June 30, 2025 128с (Дисертанту належать збір та аналіз і обробка матеріалу, написання статті).

3. Дослідження освіченості медичних працівників стосовно синдрому емоційного вигорання Іващенко Р.О., Нестеренко В.Г., Актуальні проблеми сучасної медицини Том 25, Випуск 2 (90) 29 травня 2025, 244с (Дисертанту належать збір та аналіз і обробка матеріалу, написання статті).

4. Ivashchenko RO, Ohniev VA. Medico-social substantiation of a model for early detection and prevention of burnout syndrome in healthcare workers. Experimental and Clinical Medicine. 2025;94(4). In press. DOI: 10.35339/ekm.2025.94.4.ivo. (Дисертанту належать збір та аналіз і обробка матеріалу, написання статті).

Праці, які додатково відображають наукові результати дисертації:

5. Prevention of emotional combustion syndrome in medical workers Kharchenko Elina, Ivashchenko Roman, Vlasenko Olga Медицина третього тисячоліття: Збірник тез міжвузівської конференції молодих вчених та студентів (Харків – 20-22 січня 2020р.) Харків, 2019. – 448 с. (Дисертанту належать збір, аналіз матеріалу, написання тез).

6. Пошук нових методів виявлення емоційного вигорання лікарів Іващенко Р. О., Огнєв В. А., Нестеренко В. Г. Перспективи розвитку сучасної профілактичної медицини. Матеріали науково-практичної конференції кафедри гігієни та екології харківського національного медичного університету, Харків, 20 листопада 2024 року. – 21с (Дисертанту належать збір, аналіз матеріалу, написання тез)

7. Професійне вигорання медичних працівників Іващенко Р.О., Власенко О.В., Харченко Е.А Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення: матеріали II науково-практичної конференції з міжнародною участю, 24 жовтня 2019 р. Харків, 2019. 29 с. *(Дисертанту належать збір, аналіз матеріалу, написання тез)*

Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір:

8. Науковий твір «Анкета виявлення емоційного вигорання у медичних працівників» Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір №111411

9. Літературний письмовий твір наукового характеру «Анкета щодо стану організації психотерапевтичної допомоги та інформованість лікарів про сучасні методи профілактики синдрому емоційного вигорання» Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір №139841

10. Науковий твір «Анкета щодо оцінки впливу нормативних та професійних документів на рівень обізнаності про синдром вигорання» Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір №139883

11. Літературний письмовий твір наукового характеру «Анкета щодо встановлення екзогенних та ендогенних чинників ризику розвитку синдрому емоційного вигорання та обґрунтування ступеню їх впливу» Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір №140126

Додаток Б

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

*Ця анкета заповнюється
самостійно
респондентом*

Шановний респонденте!

Дослідницька група буде Вам щиро вдячна за участь у дослідженні, спрямованому на розробку заходів оптимізації раннього виявлення захворювань серед населення. Просимо Вас заповнити пропоновану анкету, що допоможе у виявленні причин захворювань, а також допоможе оцінити якість надання медичної допомоги. Просимо Вас уважно читати питання і відзначати свій варіант відповіді, обводячи його. У часі Ви не обмежені.

Отримані дані будуть використовуватися тільки в узагальненому вигляді.

Інструкція:

Відповідайте на запитання щодо Вашої професійної діяльності та стосунків з колегами та пацієнтами.

Відповідайте якомога швидше. Намагайтесь довго не замислюватися над вибором відповіді.

Потрібну відповідь треба підкреслити.

1. Вступний блок

1.1. Вік _____

1.2. Стать _____

1.3. Посада (лікар, медсестра, фельдшер тощо)

1.4. Спеціалізація _____

1.5. Досвід роботи у медицині (до 5 років, 5–10 років, 11–20 років, понад 20 років)(необхідне підкреслити)

1.6. Місце роботи (державний заклад, приватна клініка, змішана практика)

1.7. Робоче навантаження _____ (годин на тиждень)

2. Загальна обізнаність про синдром емоційного вигорання.

2.1. Чи чули ви раніше про синдром емоційного вигорання?

Так

Ні

2.2. Як би ви оцінили свій рівень знань про синдром вигорання?

Високий

Середній

Низький

Не знайомий(-а) з цим поняттям

2.3. Як би ви визначили синдром емоційного вигорання? (можна вибрати кілька варіантів)

Психоемоційне виснаження

Професійний стрес

Хронічна втома

Депресія

Соціальна ізоляція

Не знаю

2.4. Чи вважаєте ви емоційне вигорання реальною проблемою серед медичних працівників?

Так

Частково

Ні

2.5. Чи стикалися ви з випадками емоційного вигорання серед колег?

Так, багато випадків

Час від часу

Рідко
Ніколи

3. Джерела інформації про емоційне вигорання

(Мета: виявити, звідки медичні працівники отримують інформацію про проблему)

3.1. Звідки ви дізналися про синдром емоційного вигорання? (можна вибрати кілька варіантів)

Медична освіта
Професійна література
Колеги
Наукові конференції, семінари
Нормативні документи (накази МОЗ, міжнародні рекомендації)
Інтернет, соціальні мережі
Не знаю

3.2. Чи включалися теми профілактики емоційного вигорання у вашу професійну підготовку або навчання?

Так, докладно
Частково
Ні

3.3. Чи маєте ви доступ до спеціальної літератури або навчальних матеріалів про емоційне вигорання?

Так
Ні

3.4. Які джерела інформації про емоційне вигорання ви вважаєте найбільш надійними?

Наукові статті
Практичний досвід колег
Медичні конференції та семінари
Інтернет-ресурси
Державні рекомендації

4. Рівень розуміння причин і наслідків емоційного вигорання

(Мета: оцінити, наскільки глибоко медики розуміють фактори ризику та наслідки вигорання)

4.1. Які, на вашу думку, основні причини емоційного вигорання серед медичних працівників? (можна вибрати кілька варіантів)

Високе емоційне навантаження
Велика кількість пацієнтів
Низька оплата праці
Конфлікти у колективі
Недостатня підтримка керівництва
Відсутність відпочинку

Інше (вказати)

4.2. Які наслідки вигорання є найбільш значимими для медичних працівників? (можна вибрати кілька варіантів)

Зниження працездатності

Психічні розлади (депресія, тривожність)

Фізичне виснаження

Помилки у роботі

Втрата інтересу до професії

Інше (вказати)

4.3. Чи вважаєте ви, що емоційне вигорання можна попередити?

Так

Частково

Ні

5. Профілактика емоційного вигорання

(Мета: оцінити рівень обізнаності про методи запобігання вигоранню)

5.1. Чи знаєте ви про методи профілактики емоційного вигорання?

Так

Частково

Ні

5.2. Які методи профілактики вигорання вам відомі? (можна вибрати кілька варіантів)

Робота з психологом

Підтримка колег

Фізична активність

Управління часом

Перерви у роботі

Інше (вказати)

5.3. Чи брали ви участь у тренінгах або семінарах з профілактики емоційного вигорання?

Так

Ні, але хотів(-ла) би

Ні

5.4. Чи впроваджені у вашому закладі заходи з профілактики емоційного вигорання?

Так

Частково

Ні

6. Завершальний блок

(Мета: дати можливість респонденту висловити власну думку)

6.1. Чи вважаєте ви, що необхідно більше уваги приділяти проблемі емоційного вигорання у сфері охорони здоров'я?

Так

Частково

Ні

6.2. Які заходи, на вашу думку, могли б бути ефективними у боротьбі з емоційним вигоранням серед медичних працівників?

(відкрите запитання)

6.3. Чи маєте ви власні пропозиції щодо поліпшення профілактики емоційного вигорання у медичній сфері?

(відкрите запитання)

ІНСТРУКЦІЯ З ОБРОБКИ РЕЗУЛЬТАТІВ ОПИТУВАЛЬНИКА

"Оцінка впливу нормативних та професійних документів на рівень обізнаності про синдром емоційного вигорання"

□ 1. Підготовка даних до аналізу

1. Зібрані анкети пронумеровуються.
2. Усі відповіді вносяться до електронної таблиці (Excel/Google Sheets/SPSS).
3. Для кожного питання створюється окрема колонка з відповідним кодом (наприклад: P2_1, P4_2 тощо).
4. Для питань із множинним вибором створюються **окремі бінарні колонки** на кожну відповідь (1 – обрано, 0 – не обрано).

□ 2. Кодування відповідей

□ Вступний блок (P1)

- Використовується для формування **соціально-демографічного профілю респондента**.
- Питання 1.1, 1.2, 1.4, 1.7 – вводяться у текстовому/числовому вигляді.
- Питання 1.3, 1.5, 1.6 – кодуються числово або у вигляді dummy-змінних (наприклад: 1 – лікар, 2 – медсестра тощо).

□ 3. Скалярне оцінювання (питання з однією відповіддю)

Блок 2. Загальна обізнаність

Питання	Варіант відповіді	Код
2.1	Так / Ні	1 / 0
2.2	Високий / Середній / Низький / Не знаю	3 / 2 / 1 / 0
2.4	Так / Частково / Ні	2 / 1 / 0
2.5	Багато / Час від часу / Рідко / Ніколи	3 / 2 / 1 / 0
4.3	Так / Частково / Ні	2 / 1 / 0
5.1	Так / Частково / Ні	2 / 1 / 0
5.3	Так / Хотів(-ла) би / Ні	2 / 1 / 0
5.4	Так / Частково / Ні	2 / 1 / 0
6.1	Так / Частково / Ні	2 / 1 / 0

□ 4. Обробка питань з множинним вибором

2.3, 3.1, 3.4, 4.1, 4.2, 5.2

- Кожен варіант відповіді кодується **окремою колонкою** як бінарна змінна (1 – обрано, 0 – не обрано).
- Наприклад, 2.3.1 = «Психоемоційне виснаження», 2.3.2 = «Професійний стрес» тощо.
- Підраховується:
 - Частота вибору кожного варіанту
 - Кількість обраних варіантів одним респондентом (загальне розуміння теми)
 - Можна побудувати **індекс глибини знань**:

$$ІГЗ = \frac{\text{кількість правильних / обґрунтованих відповідей}}{\text{загальна кількість відповідей}} \cdot 100\%$$

5. Обробка блоків із запитом джерел інформації (3.1, 3.2, 3.3, 3.4)

- Аналіз кількісно:
 - Які джерела є основними

- Які джерела асоціюються з **вищим рівнем обізнаності** (за питанням 2.2)
- Можна побудувати таблиці перехресного аналізу (крос-табуляції) та порівняння між групами.

6. Розрахунок індексу обізнаності (ІО):

Можна створити інтегральний індекс (0–100%) за шкалою:

- Блок 2.1 (1 бал)
- Блок 2.2 (0–3 бали)
- Блок 2.3 (1 бал за кожен змістовну відповідь, макс. 4 бали)
- Блок 2.4 (0–2 бали)
- Блок 5.1 (0–2 бали)
- Блок 5.4 (0–2 бали)

ІО = (сума балів / макс. сума 14) × 100%

>70% – високий рівень

40–70% – середній

<40% – низький

7. Якісний аналіз відкритих запитань (6.2, 6.3)

- Застосовується **контент-аналіз**:
 - Виділяються ключові теми/пропозиції
 - Підраховується частота повторення ідей
 - Групуються за напрямками: організаційні, освітні, психологічні, фінансові, кадрові, системні

8. Статистичний аналіз (опційно)

Якщо кількість анкет ≥ 100 , рекомендовано:

- Chi-квадрат** – перевірка залежностей (наприклад, між ІО і досвідом роботи)
- ANOVA або t-тест** – порівняння середніх значень ІО у різних групах
- Кореляція (р-Пірсона або Спірмена)** – між ІО та навантаженням, віком, стажем

9. Візуалізація

- Стовпчикові діаграми** – розподіл відповідей на кожне питання
- Кругові діаграми** – джерела інформації, форми навчання
- Гістограми** – розподіл рівнів обізнаності
- Теплові карти** – співвідношення джерел інформації та рівня знань

10. Висновки та звіт

У підсумку необхідно вказати:

- Який % респондентів має високий/низький рівень обізнаності
- Які джерела є найбільш впливовими
- Чи існує зв'язок між інформованістю та участю в навчальних програмах
- Рекомендації: що необхідно змінити на рівні закладу/системи охорони здоров'я

Координатори дослідження:
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ,
Кафедра громадського здоров'я та управління охороною здоров'я
Іващенко Роман Олегович
тел. (099) 54-88-493
Дослідження виконується на громадських засадах та потребує
всебічної підтримки

Додаток В

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

*Ця анкета заповнюється
самостійно
респондентом*

Шановний респонденте!

Дослідницька група буде Вам щиро вдячна за участь у дослідженні, спрямованому на розробку заходів оптимізації раннього виявлення захворювань серед населення. Просимо Вас заповнити пропоновану анкету, що допоможе у виявленні причин захворювань, а також допоможе оцінити якість надання медичної допомоги. Просимо Вас уважно читати питання і відзначати свій варіант відповіді, обводячи його. У часі Ви не обмежені.

Отримані дані будуть використовуватися тільки в узагальненому вигляді.

Інструкція:

Відповідайте на запитання щодо Вашої професійної діяльності та стосунків з колегами та пацієнтами.

Відповідайте якомога швидше. Намагайтесь довго не замислюватися над вибором відповіді. Потрібну відповідь треба підкреслити.

1. Вступний блок

- 1.1. Вік _____
- 1.2. Стать _____
- 1.3. Посада (лікар, медсестра, фельдшер тощо)
- 1.4. Спеціалізація _____
- 1.5. Досвід роботи у медицині (до 5 років, 5–10 років, 11–20 років, понад 20 років)
- 1.6. Місце роботи (державний заклад, приватна клініка, змішана практика)

2. Загальна обізнаність про синдром вигорання

2.1. Чи чули ви раніше про синдром емоційного вигорання?

- Так
- Ні

2.2. Як би ви оцінили свій рівень знань про синдром вигорання?

- Високий
- Середній
- Низький
- Не знаю про цей синдром

2.3. З яких джерел ви дізналися про синдром емоційного вигорання?
(можна вибрати кілька варіантів)

- Медична освіта
- Професійна література
- Колеги
- Наукові конференції
- Нормативні документи (накази МОЗ, міжнародні рекомендації)
- Інтернет, соціальні мережі
- Інше (вказати)

3. Знання про нормативні та професійні документи, що регулюють питання емоційного вигорання

3.1. Чи відомо вам, що ВООЗ визнає синдром емоційного вигорання як професійний феномен?

- Так
- Ні

3.2. Чи знайомі ви з рекомендаціями ВООЗ щодо профілактики та подолання синдрому вигорання?

- Так, добре знайомий(-а)
- Чув(-ла), але не читав(-ла)
- Ні, не знайомий(-а)

3.3. Чи знайомі ви з нормативними документами МОЗ України щодо профілактики вигорання серед медичних працівників?

- Так, добре знайомий(-а)
- Чув(-ла), але не вивчав(-ла)
- Ні, не знайомий(-а)

3.4. Які з перелічених документів вам відомі? (можна вибрати кілька варіантів)

- Накази МОЗ щодо охорони психічного здоров'я медичних працівників
- Національні стандарти охорони праці у сфері медицини
- Протоколи профілактики професійного вигорання
- Директиви ВООЗ та Європейського Союзу щодо психоемоційного благополуччя медиків
- Не знайомий(-а) з жодним документом

4. Використання нормативних документів у професійній діяльності

4.1. Чи використовували Ви нормативні документи щодо вигорання у своїй практиці?

- Так, часто
- Іноді
- Ніколи

4.2. Чи вважаєте ви, що наявні нормативні документи достатньо регулюють питання профілактики вигорання?

- Так, достатньо
- Частково
- Ні, не достатньо
- Важко відповісти

4.3. Якби існувала зручна офіційна інструкція щодо профілактики вигорання, чи використовували б ви її у своїй практиці?

- Так
- Можливо
- Ні
- Ми одразу кажемо що її немає\
- Краще прибрати питання

5. Необхідність удосконалення нормативної бази

5.1. Які заходи, на вашу думку, слід включити до нормативних документів для ефективної боротьби з вигоранням?

(можна вибрати кілька варіантів)

- Скорочення робочого часу для лікарів, які мають симптоми вигорання
- Регулярні обов'язкові психологічні консультації для медичних працівників
- Введення стандартних методик оцінки емоційного вигорання на робочому місці
- Проведення освітніх програм і тренінгів
- Інше (вказати)

5.2. Чи вважаєте ви, що питання емоційного вигорання має стати обов'язковою частиною медичних навчальних програм?

- Так
- Частково
- Ні

5.3. Чи потрібні зміни у нормативно-правовій базі України для кращої профілактики вигорання серед медичних працівників?

- Так
- Ні
- Важко відповісти

6. Завершальний блок

6.1. Чи вважаєте ви важливим підвищення рівня обізнаності медичних працівників про емоційне вигорання?

- Так
- Ні

6.2. Чи маєте ви пропозиції з покращення нормативного регулювання профілактики вигорання?

ІНСТРУКЦІЯ З ОБРОБКИ РЕЗУЛЬТАТІВ ОПИТУВАЛЬНИКА

1. Підготовка до аналізу

1.1. Всі паперові анкети пронумеровуються.

1.2. Відповіді переносяться у **електронну таблицю (Excel / Google Sheets / SPSS)**.

1.3. Кожне питання позначається у вигляді коду:

- P1_1 – Вік
- P2_1 – Чи чули про синдром
- P3_2 – Чи знайомі з рекомендаціями ВООЗ
- P5_1_a – Скорочення часу
- P6_2 – Відкрите запитання

1.4. Для питань з **множинним вибором** створюються **окремі бінарні змінні** для кожного варіанту відповіді (1 – обрано, 0 – не обрано).

2. Кодування відповідей

2.1. Одновибіркові (номінальні) питання

Питання	Варіанти відповіді	Кодування
2.1	Так / Ні	1 / 0
2.2	Високий / Середній / Низький / Не знаю	3 / 2 / 1 / 0
3.1	Так / Ні	1 / 0
3.2, 3.3	Добре знайомий / Чув / Не знайомий	2 / 1 / 0
4.1	Часто / Іноді / Ніколи	2 / 1 / 0
4.2	Так / Частково / Ні / Важко відповісти	3 / 2 / 1 / 0
4.3	Так / Можливо / Ні	2 / 1 / 0
5.2	Так / Частково / Ні	2 / 1 / 0
5.3	Так / Ні / Важко відповісти	2 / 1 / 0
6.1	Так / Ні	1 / 0

2.2. Множинний вибір (бінарні змінні, 1 – обрано, 0 – ні)

Питання:

- 2.3 (джерела інформації)
- 3.4 (відомі документи)
- 5.1 (заходи, які слід включити)

Приклад кодування:

P2_3_1 = Медична освіта, P3_4_3 = Протоколи МОЗ, P5_1_2 = Обов'язкові консультації.

3. Індeksi для узагальнення

Індекс нормативної обізнаності (ІНО):

Мета – оцінити, наскільки добре респонденти знайомі з офіційними джерелами й документами.

Складається з:

- P3_1 – Відомо про ВООЗ (1 бал)
- P3_2 – Рівень знайомства з ВООЗ (0–2)
- P3_3 – Рівень знайомства з документами МОЗ (0–2)
- P3_4 – Кількість документів, які респондент знає (макс. 4 → нормується до 2 балів)
- P4_1 – Практичне використання документів (0–2)
- P4_2 – Достатність нормативної бази (0–3)

Формула:

$$\text{ІНО} = \frac{P3_1 + P3_2 + P3_3 + \left(\frac{\text{Кількість обраних у } P3_4 \times 2}{4} \right) + P4_1 + P4_2}{12} \times 100\%$$

>70% – високий рівень нормативної обізнаності

40–70% – середній

<40% – низький

4. Якісний аналіз

Питання 6.2 (відкрите)

- Застосовується **контент-аналіз**:
 - Виділяються ключові теми (наприклад, «потрібні зміни в МОЗ», «впровадити обов'язкові тренінги»)
 - Кількісно фіксується частота кожної теми
 - Результати подаються у вигляді таблиці або дерева ідей

5. Аналітика: що можна порівняти

- Чи залежить рівень ІНО від:
 - Стажу (P1_5)
 - Посади (P1_3)
 - Джерела інформації (P2_3)
 - Знання ВООЗ або МОЗ документів (P3_2, P3_3)

Методи:

- **Chi-квадрат** – для перевірки залежностей між категоріями (наприклад, "знання ВООЗ" vs "участь у тренінгах")
- **t-тест** або **ANOVA** – якщо аналізується середній ІНО між групами (наприклад, за стажем)

6. Візуалізація результатів

- **Стовпчикові діаграми** – джерела інформації, знання про документи
 - **Кругові діаграми** – відповіді на одновибіркові питання (наприклад, 2.1, 5.2)
 - **Гістограма** – розподіл рівня ІНО
 - **Карта частот** – для відкритих відповідей (6.2)
-

7. Рекомендації для звіту / дисертації

У підсумках обов'язково вказати:

- % медпрацівників, які знають про ВООЗ / МОЗ документи
- Рівень практичного використання нормативної бази
- Найбільш затребувані зміни (за п.5.1)
- Висновок: чи потрібне вдосконалення нормативної бази (за п.5.3)

Координатори дослідження:
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ,
Кафедра громадського здоров'я та управління охороною здоров'я
Іващенко Роман Олегович
тел. (099) 54-88-493
Дослідження виконується на громадських засадах та потребує
всебічної підтримки

Додаток Г

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

*Ця анкета заповнюється
самостійно
респондентом*

Шановний респонденте!

Дослідницька група буде Вам щиро вдячна за участь у дослідженні, спрямованому на розробку заходів оптимізації раннього виявлення захворювань серед населення. Просимо Вас заповнити пропоновану анкету, що допоможе у виявленні причин захворювань, а також допоможе оцінити якість надання медичної допомоги. Просимо Вас уважно читати питання і відзначати свій варіант відповіді, обводячи його. У часі Ви не обмежені.

Отримані дані будуть використовуватися тільки в узагальненому вигляді.

Інструкція:

Відповідайте на запитання щодо Вашої професійної діяльності та стосунків з колегами та пацієнтами.

Відповідайте якомога швидше. Намагайтесь довго не замислюватися над вибором відповіді. Потрібну відповідь треба підкреслити.

1.1. Вік:

- До 25 років
- 26–35 років
- 36–45 років
- 46–55 років
- 56 років і більше

1.2. Стать:

- Чоловіча
- Жіноча
- Інше

1.3. Посада:

- Лікар
- Медична сестра/брат
- Фельдшер
- Лаборант
- Інше (вказати)

1.4. Спеціалізація:

- Терапія
- Хірургія
- Реанімація та анестезіологія
- Педіатрія
- Психіатрія
- Онкологія
- Інше (вказати)

1.5. Досвід роботи у медицині:

- До 5 років
- 5–10 років
- 11–20 років
- Понад 20 років

1.6. Місце роботи:

- Державний медичний заклад
- Приватна клініка
- Змішана практика

Наукова чи викладацька діяльність

1.7. Тривалість робочого тижня:

До 40 годин

41–50 годин

51–60 годин

Понад 60 годин

2. Психологічні та біологічні передумови до емоційного вигорання

2.1 Чи маєте ви хронічні захворювання?

Так

Ні

2.2 Чи відчуваєте ви часті фізичні симптоми виснаження (головний біль, біль у м'язах, проблеми зі сном тощо)?

Так, постійно

Час від часу

Рідко

Ні

2.3. Чи маєте ви хронічні захворювання, які можуть впливати на вашу працездатність?

Так

Ні

2.4. Якщо так, то які саме?

(можна вибрати кілька варіантів)

Захворювання серцево-судинної системи (гіпертонія, ІХС тощо)

Захворювання опорно-рухового апарату (артрит, остеохондроз тощо)

Захворювання нервової системи (мігрень, неврози тощо)

Ендокринні захворювання (цукровий діабет, порушення щитовидної залози)

Порушення сну або хронічна втома

Інше (вказати)

2.5. Чи відчуваєте ви, що ваші хронічні захворювання погіршуються через робоче навантаження?

Так, значно

Так, але не критично

Ні, робота не впливає на стан здоров'я

Важко відповісти

2.6. Чи звертаєтесь ви до лікаря щодо своїх хронічних захворювань?

Регулярно, проходжу огляди

Лише при загостренні

Не звертаюся через брак часу

Не маю необхідності

2.7. Як би ви оцінили свій рівень стресостійкості?

Високий

Середній

Низький

2.8. Як часто ви відчуваєте симптоми тривоги або депресії?

Щодня

Кілька разів на тиждень

Раз на місяць або рідше

Ніколи

2.9. Як часто ви маєте проблеми зі сном?

Щодня

Декілька разів на тиждень

Рідко

Ніколи

2.10. Як часто ви займаєтесь фізичними вправами (спорт, прогулянки, тренування)?

Щодня

Кілька разів на тиждень

Раз на тиждень

Рідко або ніколи

2.11. Чи маєте ви підтримку від сім'ї та друзів у складних ситуаціях?

Так, постійно

Іноді

Ні

2.12. Чи використовуєте ви техніки психологічного розвантаження (медитація, релаксація, психотерапія)?

Так, регулярно

Іноді

Ні

3. Роль професійних навантажень та очікувань пацієнтів у розвитку вигорання

3.1. Чи відчуваєте ви надмірне навантаження на роботі?

Так, постійно

Іноді

Рідко

Ні

3.2. Чи маєте ви можливість зробити перерву протягом робочого дня?

Так, регулярно

Іноді

Рідко

Ніколи

3.3. Чи відчуваєте ви тиск через високі очікування пацієнтів?

Так, дуже сильно

Помірно

Рідко

Ні

3.4. Чи виникають у вас конфлікти з пацієнтами або їхніми родичами?

Так, часто

Іноді

Рідко

Ніколи

3.5. Як би ви оцінили рівень підтримки від адміністрації вашого закладу?

Високий

Середній

Низький

Відсутній

3.6. Чи відчуваєте ви, що ваша професійна діяльність визнається і цінується?

Так, завжди

Іноді

Рідко

Ні

3.7. Як часто ви маєте понаднормові зміни або працюєте у вихідні?

Щотижня

Кілька разів на місяць

Раз на місяць або рідше

Ніколи

3.8. Чи маєте ви можливість отримати психологічну підтримку на роботі?

Так

Ні

3.9. Чи відчуваєте ви емоційний або психологічний тиск з боку пацієнтів?

Так, дуже часто

Іноді

Рідко

Ніколи

3.10. Які ситуації викликають найбільше напруження з боку пацієнтів? (можна вибрати кілька варіантів)

Агресивна поведінка пацієнтів або їхніх родичів

Високі очікування, які неможливо виправдати

Недовіра до моїх рішень та професійних навичок
 Вимога швидкого або особливого обслуговування
 Наявність юридичних погроз або скарг

3.11. Чи виникали у вас конфлікти з пацієнтами, які впливали на ваш емоційний стан?

Так, дуже часто

Іноді

Рідко

Ніколи

3.12. Чи отримуєте ви достатню підтримку керівництва або колег у складних ситуаціях з пацієнтами?

Так, завжди

Іноді

Майже ніколи

Ні, не отримую підтримки

3.13. Чи стикалися ви з юридичними погрозами або скаргами з боку пацієнтів?

Так, неодноразово

Так, один раз

Ні

4. Вплив екзогенних та ендогенних факторів на вигорання

4.1. Які з перелічених факторів найбільше впливають на ваш емоційний стан?

(можна вибрати кілька варіантів)

Високе навантаження

Відсутність підтримки

Конфлікти з пацієнтами

Хронічні захворювання

Нестача сну

Відсутність визнання

4.2. Які заходи, на вашу думку, допомогли б знизити рівень емоційного вигорання у медичних працівників?

(відкрите питання)

4.3. Чи відчуваєте ви тиск з боку адміністрації щодо виконання додаткових завдань або понаднормової роботи?

Так, постійно

Іноді

Рідко

Ніколи

4.4. Чи доводилося вам працювати понаднормово через вимоги адміністрації без додаткової оплати?

Так, регулярно

Іноді

Рідко

Ніколи

4.5. Чи були у вас випадки, коли адміністрація ігнорувала ваші скарги щодо умов праці або високого навантаження?

Так, багато разів

Іноді

Рідко

Ні, адміністрація реагує на звернення

4.6. Чи є у вашому закладі механізми підтримки для працівників, які відчують емоційне вигорання?

Так, є спеціальні програми або служби підтримки

Є часткові ініціативи, але вони не працюють ефективно

Ні, ніякої підтримки немає

4.7. Чи вважаєте ви, що адміністрація вашого закладу має впроваджувати більше заходів для профілактики емоційного вигорання?

Так, обов'язково

Було б корисно, але це не критично

Ні, проблеми вигорання немає

5. Завершальний блок

5.1. Чи вважаєте ви, що необхідно більше уваги приділяти проблемі вигорання серед медиків?

Так

Частково

Ні

5.2. Чи маєте ви пропозиції щодо профілактики емоційного вигорання у сфері медицини? (відкрите питання)

ІНСТРУКЦІЯ З ОБРОБКИ РЕЗУЛЬТАТІВ ОПИТУВАЛЬНИКА

1. Підготовка до аналізу

1. Всі анкети пронумеровуються.
2. Дані переносяться в **електронну таблицю** (Excel/Google Sheets/SPSS).
3. Для кожного питання створюється **окрема колонка** з кодом (наприклад, P1_1 – вік, P2_3 – наявність хронічних захворювань).
4. Для питань із **множинним вибором** (наприклад, P2_4, P3_10, P4_1) створюється **окрема змінна для кожного варіанту відповіді** (1 – обрано, 0 – не обрано).

2. Кодування відповідей

2.1. Категоріальні змінні (один варіант відповіді)

Кодуються числовими значеннями:

Приклад питання	Варіанти	Код
P2_1 (Хронічні захворювання)	Так / Ні	1 / 0
P2_2 (Фізичне виснаження)	Постійно / Час від часу / Рідко / Ні	3 / 2 / 1 / 0
P2_5 (Вплив роботи на захворювання)	Значно / Некритично / Немає / Важко	3 / 2 / 1 / 0
P2_7 (Стресостійкість)	Висока / Середня / Низька	2 / 1 / 0
P3_1 (Навантаження)	Постійно / Іноді / Рідко / Ні	3 / 2 / 1 / 0
P4_3 (Тиск з боку адміністрації)	Постійно / Іноді / Рідко / Ніколи	3 / 2 / 1 / 0

2.2. Множинний вибір (бінарні змінні)

- P2_4 – хронічні захворювання: кожна патологія кодується окремо (P2_4_1, P2_4_2 тощо).
- P3_10 – ситуації напруження з пацієнтами
- P4_1 – чинники, які найбільше впливають на емоційний стан

1 = обрано, 0 = не обрано.

3. Розрахунок індексів (опціонально)

Індекс стресового навантаження (ISN):

Складається з:

- P2_2, P2_5, P2_7, P2_8, P2_9, P3_1, P3_3, P3_4, P3_7, P4_3, P4_4, P4_5

Формула:

$$ICH = \frac{\text{сума балів за обрані питання}}{\text{макс.сума(залежно від кількості питань)}} \times 100\%$$

- ☐ < 40% – низький стрес
- ☐ 40–70% – помірний
- ☐ > 70% – високий ризик вигорання

Індекс підтримки (ІП):

Питання: P2_11, P3_5, P3_8, P3_12, P4_6

(1–2–3 бали за градацією підтримки → нормалізується до 100%)

4. Аналіз відкритих питань

(4.2, 5.2)

- **Контент-аналіз:**
 - Виокремлюються ключові теми (наприклад: "зменшити навантаження", "обов'язкова психологічна підтримка", "гнучкий графік").
 - Підраховується кількість повторів кожної ідеї.
 - Результати подаються у вигляді списку або діаграми частот.

5. Приклади статистичного аналізу

Приклад гіпотези	Метод
Чи впливає стаж (P1_5) на рівень стресу?	ANOVA або t-тест
Залежність між хронічними захворюваннями і ICH	t-тест або Chi-квадрат
Чи є зв'язок між наявністю програм підтримки (P4_6) і рівнем емоційного виснаження (P2_2)	Chi-квадрат

6. Візуалізація

- **Стовпчикові діаграми** – розподіл симптомів, джерел стресу, фізичних навантажень.
- **Кругові діаграми** – наявність підтримки, юридичних скарг.
- **Гістограма** – ICH / ІП
- **Теплові карти** – взаємозв'язки між факторами

7. Висновки

У звіті до дисертації рекомендується відобразити:

- Основні **ендогенні** (хвороби, сну, тривожність) і **екзогенні** (тиск, навантаження, відсутність підтримки) фактори
- % респондентів із **високим ІСН**
- Які ситуації з пацієнтами найчастіше викликають емоційне напруження
- Чи наявна системна підтримка у медзакладах
- Пропозиції від респондентів щодо покращення

Координатори дослідження:

ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ,
Кафедра громадського здоров'я та управління охороною здоров'я

Іващенко Роман Олегович

тел. (099) 54-88-493

Дослідження виконується на громадських засадах та потребує
всебічної підтримки

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

*Ця анкета заповнюється
самостійно
респондентом*

Шановний респонденте!

Дослідницька група буде Вам щиро вдячна за участь у дослідженні, спрямованому на розробку заходів оптимізації раннього виявлення захворювань серед населення. Просимо Вас заповнити пропоновану анкету, що допоможе у виявленні причин захворювань, а також допоможе оцінити якість надання медичної допомоги. Просимо Вас уважно читати питання і відзначати свій варіант відповіді, обводячи його. У часі Ви не обмежені.

Отримані дані будуть використовуватися тільки в узагальненому вигляді.

Інструкція:

Відповідайте на запитання щодо Вашої професійної діяльності та стосунків з колегами та пацієнтами.

Відповідайте якомога швидше. Намагайтесь довго не замислюватися над вибором відповіді.

Потрібну відповідь треба підкреслити.

1. Вступний блок

1.1. Вік:

До 25 років

26–35 років

36–45 років

46–55 років

56 років і більше

1.2. Стать:

Чоловіча

Жіноча

Інше

1.3. Посада:

Лікар

Медична сестра/брат

Фельдшер

Лаборант

Інше (вказати)

1.4. Спеціалізація:

Терапія

Хірургія

Реанімація та анестезіологія

Педіатрія

Психіатрія

Онкологія

Інше (вказати)

1.5. Досвід роботи у медицині:

До 5 років

5–10 років

11–20 років

Понад 20 років

1.6. Місце роботи:

Державний медичний заклад

Приватна клініка

Змішана практика

Наукова чи викладацька діяльність

2. Стан організації психотерапевтичної допомоги

2.1. Чи маєте ви доступ до психотерапевтичної допомоги у вашому закладі?

Так, є спеціалізовані служби

Так, але вона формальна і неефективна

Ні, але є можливість звернутися самостійно

Ні, доступу немає

2.2. Чи знаєте ви, куди звернутися за психологічною підтримкою у разі емоційного вигорання?

Так

Ні

2.3. Чи зверталися ви коли-небудь за психотерапевтичною допомогою через емоційне вигорання?

Так, регулярно

Так, кілька разів

Хотів(-ла) би, але не мав(-ла) можливості

Ні, ніколи

2.4. Якщо ви не зверталися, яка основна причина?

Брак часу

Відсутність довіри до спеціалістів

Немає потреби

Фінансові обмеження

Відсутність доступу до фахівців

2.5. Чи існують у вашому закладі профілактичні заходи щодо запобігання вигоранню?

Так, регулярні тренінги або консультації

Є окремі ініціативи, але вони рідкісні

Немає жодних заходів

2.6. Чи підтримує керівництво вашого закладу ідею психоемоційної підтримки співробітників?

Так, активно впроваджує програми

Частково, але без значного впливу

Ні, керівництво не звертає уваги на цю проблему

3. Обізнаність про методи профілактики емоційного вигорання

3.1. Чи знайомі ви з методами профілактики емоційного вигорання?

Так, добре знайомий(-а)

Частково знайомий(-а)

Чув(-ла), але не маю детальних знань

Ні, не знайомий(-а)

3.2. Які методи профілактики ви знаєте?

(можна вибрати кілька варіантів)

Індивідуальна психотерапія

Групова терапія та підтримка

Управління стресом (техніки релаксації, медитація)

Регулярна фізична активність

Тайм-менеджмент та контроль робочого навантаження

Підтримка колег та емоційне вираження

3.3. Чи проходили ви навчання або тренінги щодо профілактики емоційного вигорання?

Так, регулярно

Один раз

Ні, але хотів(-ла) би

Ні, і не бачу в цьому необхідності

3.4. Які фактори ви вважаєте найважливішими для профілактики емоційного вигорання?

(можна вибрати кілька варіантів)

Зниження навантаження

Зміна умов праці

Підвищення заробітної плати

Покращення атмосфери у колективі

Доступ до психологічної допомоги

Самостійне навчання та робота над собою

3.5. Чи вважаєте ви, що лікарів потрібно спеціально навчати методам подолання стресу та вигорання?

Так, це обов'язково

Було б корисно, але не критично

Ні, це не потрібно

3.6 Потреба у додатковому навчанні

Чи проходили ви раніше будь-які навчальні курси або тренінги з профілактики емоційного вигорання?

Так, неодноразово

Один раз

Ні, але хотів(-ла) би

Ні, і не бачу в цьому необхідності

3.2. Які аспекти профілактики вигорання вас найбільше цікавлять?

(можна вибрати кілька варіантів)

Методи управління стресом

Робота з емоціями та саморегуляція

Психологічна підтримка у колективі

Тайм-менеджмент у медицині

Методи релаксації та медитація

Як правильно звертатися за психологічною допомогою

Інше (вказати)

3.3. У якому форматі вам було б зручно проходити навчання?

Очні тренінги та майстер-класи

Онлайн-курси

Вебінари

Самостійне навчання з доступом до матеріалів

Інше (вказати)

3.4. Яка оптимальна тривалість навчального курсу для вас?

До 1 години

1–3 години

1 день

Декілька днів

3.5. Чи готові ви брати участь у навчанні з профілактики вигорання у неробочий час?

Так

Ні

Лише у робочий час

3.6. Яку форму навчання ви вважаєте найбільш ефективною?

Теоретичні лекції

Практичні заняття та тренінги

Групова терапія та обговорення

Індивідуальні консультації з психологом

Комбінований підхід

4. Бар'єри до навчання

4.1. Що заважає вам проходити навчання щодо профілактики вигорання?

(можна вибрати кілька варіантів)

Брак часу

Відсутність доступних курсів

Висока вартість навчання

Недовіра до таких програм

Відсутність ініціативи від керівництва

Не бачу необхідності

4.2. Чи варто зробити навчання з профілактики вигорання обов'язковою частиною професійної підготовки медичних працівників?

Так, обов'язково

Було б корисно, але не критично

Ні

4.3. Чи варто включати профілактику вигорання у навчальні програми медичних закладів?

Так

Ні

4.4. Чи хотіли б ви отримати більше інформації про сучасні методи профілактики вигорання?

Так

Ні

4.5. Чи бажаєте ви взяти участь у розробці або впровадженні програм профілактики вигорання у вашому закладі?

Так

Ні

4.6. Які ще теми ви б хотіли вивчити у межах навчання щодо профілактики вигорання?
(відкрите питання)

5. Бар'єри в отриманні психоемоційної допомоги

5.1. Що заважає вам звертатися за психологічною допомогою? (можна вибрати кілька варіантів)

Відсутність доступу до якісних фахівців

Брак часу

Фінансові обмеження

Низька довіра до психологів

Негативне ставлення колег до таких звернень

5.2. Чи вважаєте ви, що медичним працівникам варто регулярно отримувати психологічні консультації?

Так

Частково

Ні

6. Завершальний блок

6.1. Чи вважаєте ви, що у вашому закладі необхідно більше уваги приділяти профілактиці вигорання?

Так

Частково

Ні

6.2. Що, на вашу думку, потрібно покращити у системі профілактики вигорання серед медичних працівників?

(відкрите питання)

6.3. Чи хотіли б ви отримати додаткову інформацію або пройти навчання з методів профілактики вигорання?

Так

Можливо

Ні

ІНСТРУКЦІЯ З ОБРОБКИ РЕЗУЛЬТАТІВ

1. Підготовка даних

1. Пронумеруй усі анкети.
2. Внеси відповіді в **електронну таблицю** (Excel, SPSS, R, Google Sheets).
3. Присвой кожному питанню код:
 - P2_1 – доступ до психотерапевтичної допомоги
 - P3_2_1, P3_2_2, ... – методи профілактики (множинний вибір)
 - P5_1_1, P5_1_2, ... – бар'єри до допомоги
 - P6_2_text – відкриті відповіді

2. Кодування відповідей

Одновибіркові запитання (номінальні або порядкові)

Питання	Варіанти відповіді	Коди
P2_1	Спецслужби / Формально / Самостійно / Відсутній	3 / 2 / 1 / 0
P2_2	Так / Ні	1 / 0
P2_3	Регулярно / Кілька разів / Хотів(-ла) / Ніколи	3 / 2 / 1 / 0
P2_5	Так / Ініціативи / Немає	2 / 1 / 0
P2_6	Активно / Частково / Ні	2 / 1 / 0
P3_1	Добре / Частково / Чув / Ні	3 / 2 / 1 / 0
P3_3	Регулярно / Один раз / Хотів(-ла) / Ні	3 / 2 / 1 / 0
P3_5	Так / Корисно / Ні	2 / 1 / 0
P4_2	Обов'язково / Корисно / Ні	2 / 1 / 0
P4_3	Так / Ні	1 / 0
P4_4	Так / Ні	1 / 0
P4_5	Так / Ні	1 / 0
P5_2	Так / Частково / Ні	2 / 1 / 0
P6_1	Так / Частково / Ні	2 / 1 / 0
P6_3	Так / Можливо / Ні	2 / 1 / 0

Множинний вибір – кожен варіант окремо

(1 – обрано, 0 – не обрано)

- P3_2 – знані методи профілактики
- P3_4 – важливі профілактичні фактори
- P3_6 – цікаві аспекти навчання
- P3_7 – зручний формат
- P3_8 – тривалість курсу
- P3_9 – готовність у вільний час

- P3_10 – найефективніший формат
- P4_1 – бар'єри до навчання
- P5_1 – бар'єри до отримання допомоги

3. Побудова індексів

Індекс доступу до допомоги (ІДД)

(оцінює наявність, доступність та досвід користування)

Складається з:

- P2_1 (0–3)
- P2_2 (0–1)
- P2_3 (0–3)
- P2_4 (0–4 – оцінити бар'єри)
- P2_5 (0–2)
- P2_6 (0–2)

Макс. = 15 балів

$\text{ІДД} = \text{Сума балів} / 15 \times 100\%$

- ☐ < 40% – дуже низький рівень доступу
- ☐ 40–70% – обмежений
- ☐ > 70% – задовільний

Індекс навчальної готовності (ІНГ)

Складається з:

- P3_1 – обізнаність (0–3)
- P3_3, P3_6, P3_7, P3_9, P3_10 – участь, бажання, відкритість (0–12)

$\text{ІНГ} = (\text{сума} / 15) \times 100\%$

4. Якісний аналіз відкритих відповідей

P4_6, P6_2 – контент-аналіз:

- Відібрати ключові ідеї
- Групувати за напрямками (організаційні, освітні, комунікаційні, психологічні, фінансові)
- Побудувати частотну таблицю або хмару слів

5. Статистичний аналіз (опціонально)

Гіпотеза	Метод
ІДД залежить від типу закладу (P1_6)	ANOVA
ІНГ залежить від віку / стажу	t-тест / ANOVA
Чи пов'язані бар'єри з участю в навчанні (P4_1, P3_3)	Chi-квадрат
Доступність $\neq$ готовність (ІДД vs ІНГ)	Кореляція

6. Візуалізація

- **Стовпчикові діаграми** – знання методів, бар'єри, бажані формати
- **Кругові діаграми** – думки про потребу в навчанні
- **Гістограми** – ІДД, ІНГ
- **Хмара слів / карта понять** – з відкритих відповідей

7. Висновки

- Скільки % мають доступ до психотерапевтичної допомоги
- Які бар'єри переважають (час, кошти, недовіра)
- Чи готові медпрацівники вчитись
- Які формати й теми є найбільш затребуваними
- Чи підтримує керівництво ініціативу
- Рекомендації для МОЗ і керівників закладів

Координатори дослідження:
 ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ,
 Кафедра громадського здоров'я та управління охороною здоров'я
 Іващенко Роман Олегович
 тел. (099) 54-88-493
 Дослідження виконується на громадських засадах та потребує
 всебічної підтримки

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАРТА ЕКСПЕРТНИХ ОЦІНОК**

**«ЕКСПЕРТНЕ ЗАКЛЮЧЕННЯ НА МОДЕЛЬ РАННЬОГО
ВИЯВЛЕННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ СИНДРОМУ ВИГОРАННЯ
У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ»**

Шановний експерте!

Висловіть, будь-ласка свою думку щодо моделі раннього виявлення та профілактики синдрому вигорання у медичних працівників. Дякуємо за співпрацю!

Прізвище, ініціали експерта _____

Вік _____

Місце роботи _____

Посада _____

Стаж роботи в медицині _____, в т.ч. по теперішній спеціальності _____

Кваліфікаційна категорія _____

Науковий ступінь _____

Вчене звання _____

1) В кожній клітинці рейтингової таблиці проранжуйте рівень досягнення завдань по кожному із елементів моделі. Використовуйте шкалу від 1 до 10. Високий рівень отримує високий бал.

<i>Параметри оцінки</i>	<i>Модель раннього виявлення та профілактики синдрому вигорання у медичних працівників</i>
Профілактична спрямованість	
Економічна доцільність	
Відповідність сучасному міжнародного досвіду	
Дієвість	
Доступність	
Комплексність	
Системність.	
Недоліки (вказіть прописом)	

2) Чи впровадження моделі в практику вплине на покращання показників і як саме:

<i>Назва показника</i>	<i>Імовірні зміни показника</i>
Рівень інформованості вагітних	
Рівень звернень за медичною допомогою	
Задовільність якістю медичної допомоги	
Ефективність медичної допомоги	
Економічність медичної допомоги	
Науково-технічний рівень	
Інші (вказіть які)	

Дата _____

Підпис _____

Додаток Д

**АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ**

Результатів дисертаційного дослідження в навчальний процес.

Пропозиція для впровадження: навчання здобувачів важливості освіченості медичних працівників стосовно синдрому емоційного вигорання.

Установа-розробник: кафедра громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету (Україна, м. Харків, пр. Науки, 4).

Автор: Іващенко Р.О., Нестеренко В.Г.

Джерело інформації: Актуальні проблеми сучасної медицини Том 25 Випуск 2 (90) 2025, «ДОСЛІДЖЕННЯ ОСВІЧЕНОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ СТОСОВНО СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ»

DOI 10.31718/2077-1096.25.2.244

Ким впроваджено: Кафедра гігієни та екології Харківського національного медичного університету (Україна, м. Харків, пр. Науки, 4).

Термін впровадження: 2025–2026 рр.

Форма впровадження: впроваджено у лекційний курс та практичні аудиторні заняття при викладанні щодо проведення профілактичних заходів щодо виникнення синдрому емоційного вигорання у медичних працівників.

Ефективність впровадження: поглиблення знань з питань організації охорони здоров'я на різних рівнях.

Зауваження, пропозиції: немає.

Відповідальний за впровадження:

в.о. Завідувача кафедри

Гігієни та екології

к. мед. наук, доц.

Сергій УСЕНКО



О.В. Кривошопка

2025 року

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

Результатів дисертаційного дослідження в навчальний процес.

Пропозиція для впровадження: навчання здобувачів факторам ризику та ступень їх впливу на розвиток синдрому емоційного вигорання у медичних працівників.

Установа-розробник: кафедра громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету (Україна, м. Харків, пр. Науки, 4).

Автор: Іващенко Р.О., Григоров М.М.

Джерело інформації: Експериментальна і клінічна медицина 94 (2) 2025, «Ідентифікація екзогенних та ендогенних факторів ризику синдрому емоційного вигорання у медичних працівників»
<https://doi.org/10.35339/ekm.2025.94.2.ivh>

Ким впроваджено: Кафедра епідеміології Харківського національного медичного університету (Україна, м. Харків, вул. Трінклера, 12, учбовий корпус Б, 3-й поверх).

Термін впровадження: 2025–2026 рр.

Форма впровадження: впроваджено у лекційний курс та практичні аудиторні заняття при викладанні щодо проведення профілактичних заходів щодо виникнення синдрому емоційного вигорання у медичних працівників.

Ефективність впровадження: поглиблення знань з питань організації охорони здоров'я на різних рівнях.

Зауваження, пропозиції: немає.

Відповідальний за впровадження:

Завідувачка кафедри
 епідеміології
 д. мед. наук, проф.

Тетяна ЧУМАЧЕНКО

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Проректор з навково-педагогічної роботи
Харківського національного медичного

п. Кривошапка О.В.

2025 року

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

Результатів дисертаційного дослідження в навчальний процес.

Пропозиція для впровадження: навчання здобувачів ролі нормативної бази щодо профілактики емоційного вигорання у медичних працівників та ступень її впливу.

Установа-розробник: кафедра громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету (Україна, м. Харків, пр. Науки, 4).

Автор: Іващенко Р.О., Григоров М.М.

Джерело інформації: Медицина сьогодні і завтра 94 (2) 2025, «Роль нормативної бази у профілактиці професійного (емоційного) вигорання медичних працівників»

<https://doi.org/10.35339/msz.2025.94.2.ivh>

Ким впроваджено: Кафедра громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету.

Термін впровадження: 2025–2026 рр.

Форма впровадження: впроваджено у лекційний курс та практичні аудиторні заняття при викладанні щодо проведення профілактичних заходів щодо виникнення синдрому емоційного вигорання у медичних працівників.

Ефективність впровадження: поглиблення знань з питань організації охорони здоров'я на різних рівнях.

Зауваження, пропозиції: немає.

Відповідальний за впровадження:

в.о. Завідувача кафедри

Громадського здоров'я

та управління охороною здоров'я

д. мед. наук, доц.

Валентина НЕСТЕРЕНКО

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
 Генеральний директор філії
 «Університетська лікарня» ХНМУ
 Синько Є.О.
 « _____ » 2025 року



АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

Результатів дисертаційного дослідження в лікувальний процес.

Пропозиція для впровадження: підвищення освіченості медичних працівників стосовно синдрому емоційного вигорання.

Установа-розробник: кафедра громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету (Україна, м. Харків, пр. Науки, 4).

Автор: Іващенко Р.О., Нестеренко В.Г.

Джерело інформації: Актуальні проблеми сучасної медицини Том 25 Випуск 2 (90) 2025, «ДОСЛІДЖЕННЯ ОСВІЧЕНОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ СТОСОВНО СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ»
 DOI 10.31718/2077-1096.25.2.244

Ким впроваджено: Філія «Університетська лікарня» ХНМУ (Україна, м. Харків, 61157, вул. Олександра Шпейєра (Текстильна), 4).

Термін впровадження: 2025–2026 рр.

Форма впровадження: проведення тренінгів для медичних працівників.

Ефективність впровадження: поглиблення знань з питань організації охорони здоров'я на різних рівнях.

Зауваження, пропозиції: немає.

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор КНП Центр первинної медико-санітарної допомоги Люботинської міської ради Харківської області

Чухен О.І.

« 8 743462 » 2025 року



АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

Результатів, отриманих в дисертаційному дослідженні, в лікувальний процес.

Пропозиція для впровадження: Медико-соціальне обґрунтування моделі раннього виявлення та профілактики синдрому вигорання у медичних працівників.

Установа-розробник: кафедра громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету (Україна, м. Харків, пр. Науки, 4).

Автор: Ivashchenko RO, Ohniev VA.

Джерело інформації: Ivashchenko RO, Ohniev VA. Medico-social substantiation of a model for early detection and prevention of burnout syndrome in healthcare workers. Experimental and Clinical Medicine. 2025;94(4). In press. DOI: 10.35339/ekm.2025.94.4.ivo.

Ким впроваджено: Комунальне некомерційне підприємство «ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ» Люботинської міської ради Харківської області (Україна 62433, Харківський р-н, місто Люботин, вулиця Шевченка, будинок, 15-8).

Термін впровадження: 2025–2026 рр.

Форма впровадження: проведення тренінгів для медичних працівників.

Ефективність впровадження: поглиблення знань з питань організації охорони здоров'я на різних рівнях.

Зауваження, пропозиції: немає.



АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

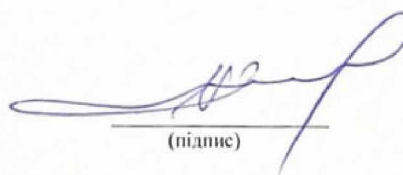
1. Найменування пропозиції: «Анкета виявлення емоційного вигорання у медичних працівників».
2. Ким і коли запропонований: Розробники – асистент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Іващенко Р.О., завідувач кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, д.мед.н., професор Огнєв В.А.
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): НДР кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я: Медико-соціальні аспекти якості життя осіб молодого віку з надлишковою вагою та ожирінням, номер держреєстрації 0121U112044, термін виконання 2021-2023 рр.
4. Де і коли впроваджено: ХНМУ.
5. Результати застосування методу за період з 08.11.2021 по 23.12.2021 рр. Проведено скринінг емоційного вигорання у медичних працівників.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3): звіт за результатами НДР.
7. Зауваження, пропозиції: рекомендується як алгоритм ранньої діагностики емоційного вигорання у медичних працівників.

Відповідальні за впровадження

Професор кафедри
 гігієни та екології № 2
 д.мед.н., проф. І.В. Завгородній

23.12.2021

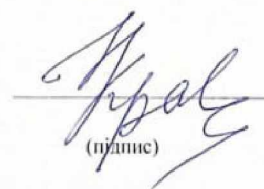
(дата)


 (підпис)

Завідувач кафедри внутрішньої
 медицини №2, клінічної імунології
 та алергології ім. академіка Л.Т. Малої,
 д.мед.н., проф. П. Г. Кравчун

23.12.2021

(дата)


 (підпис)

ПРОТОКОЛ
створення та перевірки кваліфікованого та удосконаленого електронного підпису

Дата та час: 16:33:17 18.03.2026

Назва файлу з підписом: Дисертація Іващенко Р.О..pdf
Розмір файлу з підписом: 4.3 МБ

Перевірені файли:
Назва файлу без підпису: Дисертація Іващенко Р.О..pdf
Розмір файлу без підпису: 4.3 МБ

Результат перевірки підпису: Підпис створено та перевірено успішно. Цілісність даних підтверджено

Підписувач: Іващенко Роман Олегович
П.І.Б.: Іващенко Роман Олегович
Країна: Україна
РНОКПП: 3443213877

Час підпису (підтверджено кваліфікованою позначкою часу для підпису від Надавача): 16:33:07 18.03.2026

Сертифікат виданий: "Дія". Кваліфікований надавач електронних довірчих послуг
Серійний номер: 382367105294AF970400000097440E00078AF903
Тип носія особистого ключа: ЗНКІ криптомодуль ІІТ Гряда-301
Алгоритм підпису: ДСТУ 4145
Тип підпису: Кваліфікований
Тип контейнера: Підписаний PDF-файл (PAdES)
Формат підпису: З повними даними для перевірки (PAdES-B-LT)
Сертифікат: Кваліфікований

Версія від: 2026.03.12 13:00