



Від професійного вигорання до залученості медичного персоналу. Стратегії успішного створення ефективної організаційної культури в медичному закладі (практичні кейси клініки Мейо)

Галина Науменко

Викладачка кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії НМУ імені О.О. Богомольця, тренерка по комунікаціям в Охороні Здоров'я

Система охорони здоров'я швидко змінюється, прагнучи забезпечити якісну допомогу, покращити здоров'я населення та оптимізувати витрати на пацієнтів із хронічними захворюваннями та пацієнтів похилого віку.

Серед змін, що впливають на клінічну практику можна виділити: нові підходи до оплати та постачання лікарськими засобами, електронні медичні записи, портали пацієнтів та публічні звіти про показники якості. Провідниками трансформації являються медичні працівники, щоденна робота яких має вирішальне значення для успіху та вдосконалення системи Охорони Здоров'я.

Варто приймати до уваги, що наслідком системних медичних змін і спричиненого цим додаткового тиску, може бути професійне вигорання медичних працівників. Для попередження виникнення професійного вигорання необхідно розвивати залученість персоналу, що не має бути лише особистою відповідальністю медичного працівника, а повинно являти собою комплексний підхід взаємодії організації та співробітників.

Саме тому помилкою багатьох медичних закладів являється початок зі звужених рішень для формування залученості персоналу. Наприклад за рахунок проведення тренінгів, семінарів по управлінню стресом і т.д. Медичні працівники сприймають дані дії, як нещирі наміри медичного закладу у вирішенні проблем. Організація має продемонструвати власними діями та прикладом турботу про благополуччя своїх працівників (створення зон відпочинку, прозорої система винагород та зворотнього зв'язку, оптимізація/автоматизація процесів для спрощення роботи і т.д.). На прикладі досвіду клініки Мейо*, в даній статті буде розглянуто 9 ефективних стратегій на шляху до вирішення даної мети.

*Клініка Мейо - некомерційна організація (організація, яка не має в якості основної мети своєї діяльності одержання прибутку і не розподіляє отриманий прибуток між учасниками), один з найбільших приватних медичних і дослідницьких центрів світу, заснованих в 1889 році. Станом на 2012 рік клініка Мейо є зразковим медичним центром, в якому працюють 50,9 тисяч осіб, серед яких 3 800 лікарів і вчених. Виручка клініки за 2012 рік перевищила \$ 8,8 млрд; близько \$ 500 млн виділяється на наукові дослідження. Лікувальні установи під егідою Mayo Clinic працюють в 70 містах США, найбільші підрозділи - в Фініксі і Джексонвіллі.

Актуальність питання

Виклики, які виникають перед працівниками сфери Охорони Здоров'я часто призводять до концентрації уваги лише на зовнішніх загрозах. Це може створювати "невидимі зони" на шляху до усвідомлення внутрішніх загроз для здоров'я та ефективного розвитку організації.

Щоб успішно орієнтуватися на зовнішніх викликах, потрібно не тільки сильне керівництво, але й віддані та продуктивні лікарі, які працюють у партнерстві з керівниками.

Управлінська ланка зачасту прагне до того, щоб її працівники були залучені, спритні, стійкі та допомагали у створенні ефективніших моделей надання медичної допомоги, що тим самим підвищувало би продуктивність та ефективність організації [1].

На жаль, сьогоднішні керівники Охорони Здоров'я стикаються з цими викликами, маючи вже достатньо виснажених та зневірених медичних працівників. Національні дослідження свідчать про те, що принаймні 50% лікарів переживають професійне вигорання [2, 3].

Саме тому поява зацікавленості у впровадженні добробуту та комфортних умов для тих, кого наймають, або навчають цілком виправдана, як для системи Охорони Здоров'я, медичних організацій так і навчальних закладів.

Серед ключових проблем і факторів, що впливають на професійну незадоволеність можна виділити:

1. Ступінь професійної автономії.
2. Ефективне лідерство.
3. Колегіальність, справедливість, підтримка колег.
4. Якість та зміст роботи.
5. Підтримка зі сторони Охорони Здоров'я та колег.
6. Зарплата, дохід.
7. Проблеми пов'язані з професійною відповідальністю та регулюванням.
8. Реформа Охорони Здоров'я [4].

Професійне вигорання - синдром, який характеризується виснаженням, цинізмом та зниженою ефективністю [5].

Швидкість вигорання серед лікарів різниться в залежності від клінічної дисципліни, при цьому переважають спеціальності, які перебувають "на передовій" лінії надання медичної допомоги (наприклад, сімейна медицина, загальна внутрішня медицина та екстрена медицина) [2].

Велика кількість досліджень свідчить, що вигорання, пов'язане з робочими факторами стресу [6] та незадоволенням роботою серед медичних працівників [7, 8]. Перенавантаження робочого процесу (наприклад, години роботи, частота дзвінків протягом ночі, співвідношення кількості медсестер на одного пацієнта), дисбаланс роботи та особистого життя, організаційна культура (наприклад, культура управління; розлагоджена взаємодія між лікарем та медичною сестрою, ціннісна невідповідність, відсутність можливості професійного росту та соціальної підтримки), а також погіршення контролю, самостійності та сенсу на роботі були пов'язані із вигоранням серед лікарів та медсестер [9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20].

Моральний дистрес, що виникає як наслідок вищенаведених факторів, виражається у відчутті безсилля, знеціненні власних зусиль та досягнень, неадекватному інформуванні та наданні хибної надії пацієнтам [21], також є вагомими провісниками вигорання серед медсестер [22].

Наслідки вигорання

Вигорання лікаря сприяє порушенню стосунків медичних працівників, алкоголізму та збільшенню самогубств лікарів (Рис. 1) [23, 24, 25, 26, 27, 28, 29]. Дослідження показують, що вигорання лікаря впливає на якість надання допомоги, безпеку та задоволеність пацієнта [30, 31, 32, 33, 34].

Недавнє дослідження клініки Мейо оцінило втрату продуктивності внаслідок вигорання лікаря, як еквівалент ліквідації семи випускних класів у медичних школах [35]. Отже, вигорання може сприяти нестачі лікарів та нестачі медичних сестер.

Дистрес лікаря може проявлятися в зниженні ефективності, підвищенні кількості медичних помилок, зниженні прихильності пацієнтів до терапії, зниженні задоволеності пацієнтів медичними послугами [36].

Вигорання також пов'язане з підвищенням плинності медичних працівників [37, 38, 39, 40]. Фінансові витрати на заміну лікаря (прийом на роботу, навчання, адаптація) оцінюються в 2-3 рази вище від щорічної зарплати лікаря [41, 42].



Рисунок 1. Особистісні та професійні наслідки вигорання

Саме тому будь-яка організація Охорони Здоров'я, яка виявляє системну проблемну, що

загрожує якості надання медичної допомоги, знижує задоволеність пацієнтів, має швидко мобілізувати всі організаційні ресурси для вирішення проблеми. Вигорання є саме такою системною проблемою [43, 44].

Формування залученості персоналу, як протипага виникнення професійного вигорання

Науковці виявили, що протипагою для появи професійного вигорання серед медичних працівників є формування залученості персоналу. Поняття залученості включає в себе 3 складові: сила, лояльність, прихильність до роботи [45, 46].

Хибним твердженням багатьох організацій являється думка, що зменшення професійного вигорання та підвищення залученості персоналу- це справа рук самого персоналу. Але це односторонній підхід у вирішенні складної проблеми, яка потребує комплексного бачення.

Що ми нерідко спостерігаємо на рівні медичних організацій- це виснаження та зневіру лікарів та молодшого медичного персоналу. Будь-які спроби зі сторони керівництва та вищої ланки щодо організації семінарів по управлінню стресом, тренінги по профілактиці професійного вигорання, сприймаються працівниками з недовірою та являються достатньо вузьким рішенням проблем низької залученості, виснаження персоналу та демотивації. Саме тому постає питання у формуванні системних стратегій у вирішенні вищенаведених проблем.

Варто звернути увагу на два поширені міфи, які можуть виступати перешкодами для медичних організацій, що впроваджують ефективні заходи. Перший - це переконання, що кроки, необхідні для покращення добробуту лікаря, будуть суперечити іншим організаційним завданням. Друге - припущення, що всі ефективні втручання, спрямовані на зменшення вигорання, будуть непосильними по затратам. Реальність полягає в тому, що невеликі інвестиції можуть мати великий вплив для досягнення інституційних цілей, а багато ефективних втручань є незначними по витратам.

Широкі докази свідчать про те, що організація та практичне середовище відіграють вирішальну роль у тому, чи залишаються лікарі залученими, чи вигорять (Рис. 2).



Рисунок 2. Драйвери вигорання лікаря

Виділяють 7 факторів, які можуть привести до вигорання, або сформувані залученість персоналу, серед них: робоче навантаження, ефективність, гнучкість/контроль за роботою, баланс між робочим та особистим життям, узгодження індивідуальних та організаційних цінностей, соціальна підтримка/спільнота на роботі та ступінь значення роботи ([Рис. 3](#)) [[47](#), [48](#)].

На кожен із цих вимірів впливають індивідуальні, робочі підрозділи, організаційні та національні фактори [[49](#)]. Враховуючи цей факт, зменшення вигорання та сприяння залученню є спільною відповідальністю окремих лікарів та медичних організацій [[43](#), [50](#), [51](#)].

Той факт, що більше 50% лікарів зараз вигорає, підкреслює необхідність стратегії на рівні системи Охорони Здоров'я [[9](#), [52](#), [53](#), [54](#)]. В даній статті ми зосереджуємось на стратегіях на рівні організації для зменшення вигорання та сприяння залученню.

Нижче будуть наведені 9 організаційних стратегій для покращення організаційної культури та створення комфортних умов для ефективної роботи медичного персоналу, які було розроблено та впроваджено у клініці Мейо. Основоположники даних стратегій підкреслюють, що ці принципи не є вичерпними або остаточними. Швидше, вони представляють відчутні організаційні дії, підкріплені доказами та досвідом. Нижченаведені дев'ять стратегій, призвели до зменшення вигорання на 7% протягом дворічного періоду [[55](#)].

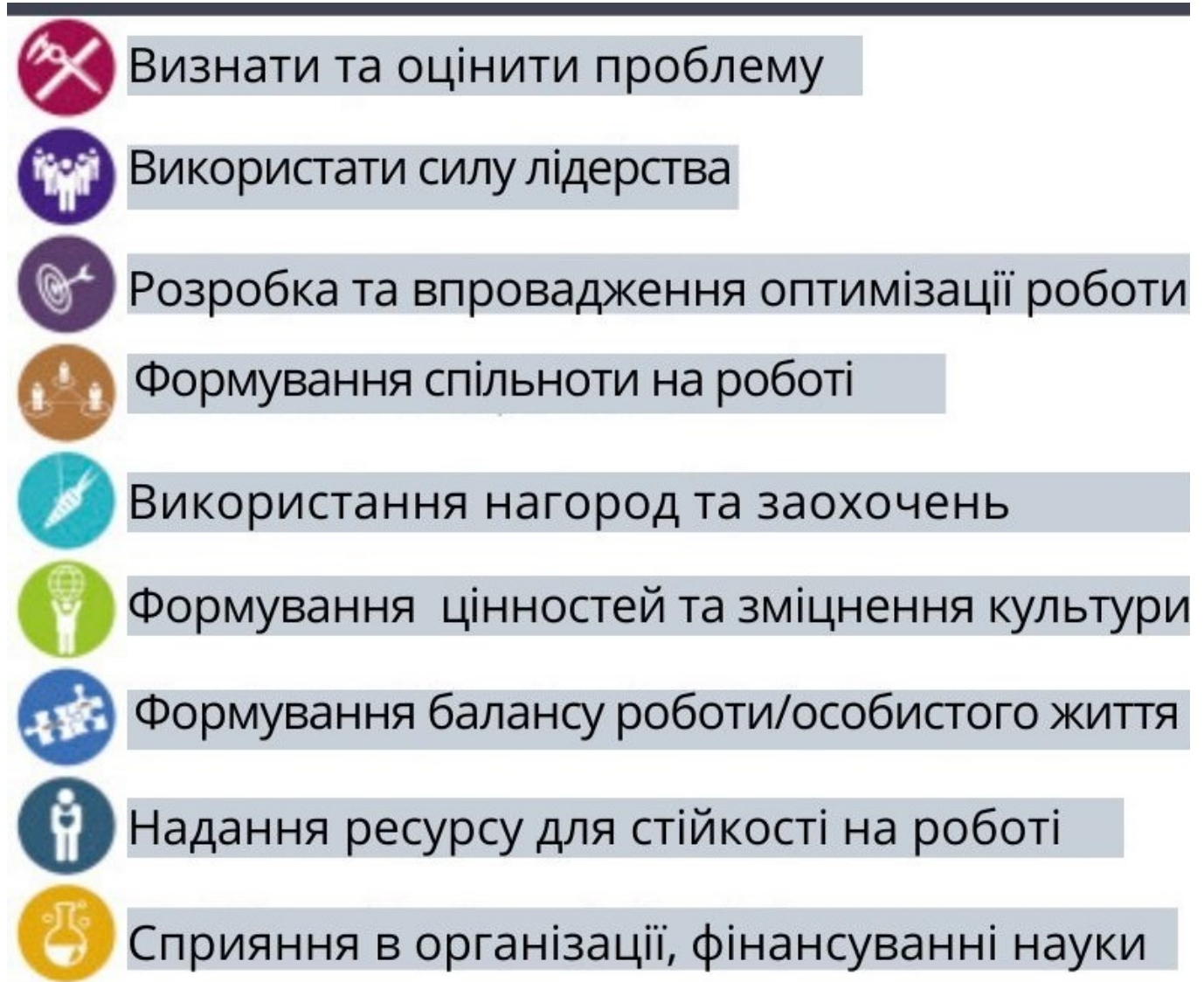


Рисунок 3. 9 стратегій сприяння залученості персоналу та попередження професійного вигорання (досвід клініки Мейо)

Стратегія 1 - Визнати та оцінити проблему

Дана стратегія включає в себе можливість відкритої розмови з керівництвом, ефективної внутрішньої комунікації з наступною демонстрацією того, що організація дбає про благополуччя лікарів. Формати роботи: відеоінтерв'ю, робочі групи, бродкаст розсилки і т.д.

Виявлено, що озвучування та проговорення проблеми та готовність вислухати позицію працівників, сприяє формуванню довіри до лікарів, керівників та сприяє налагодженню партнерських відносин.

Варто застосовувати метрики психологічного самопочуття медичних працівників: вигорання, втома, емоційне здоров'я (стрес), якість життя, задоволення від роботи лікаря, залучення лікаря, баланс робота/особисте життя, задоволеність від роботи.

Керівники закладів Охорони Здоров'я повинні визнати вигорання як системну проблему та пропагувати культуру самопомоги серед своїх працівників, починаючи зверху вниз. Щоб



допомогти досягти цього, деякі лікарні, такі як Стенфорд та Маунт-Сінай, створили адміністративну посаду лікаря, який відповідає за добробут співробітників [56].

Прикладами роботи ефективної внутрішньої комунікації в закладі на рівні медичної команди можуть бути: проведення фокус-групи, спеціальних нарад, сфокусованих на вирішенні робочих проблем та викликів (Табл. 1).

Перед впровадженням будь-якої зміни в медичному закладі, команда в середньому проводить 2-3 фокус-групи (по 60 хв кожна) з лікарями одного робочого підрозділу (n = 7-8).

№	Етап	Пояснення
1	Вступ: "Ми тут, тому що ..." (10 хв)	Забезпечте основу для обговорення, коротко (2 хв) сформулювавши драйвери вигорання. Співробітники мають чітко сформулювати робочі фактори, які викликають напруження та перешкоджають більш ефективній роботі (наприклад, електронна база даних, проблеми з відшкодуванням коштів тощо). Зазначте, що всі коментарі будуть враховані, записані та поширені керівникам. Більшість із цих проблем (наприклад, поліпшення електронної бази даних) вирішуються непросто, і обмежений час (<5 хв) повинен витратитимуться на цей аспект дискусії. Мета - визнати ці виклики / проблеми, які перебувають поза контролем клінічного підрозділу та консультаційної групи, щоб поділитися ними з керівниками вищого рівня в організації, відповідальній за ці аспекти.
2	Визначення конкретних локальних викликів та рішень (50 хв)	Запитайте, який із 7 драйверів розглядається як найактуальніший виклик робочого підрозділу (наприклад, неефективність через надмірне службове навантаження). Учасники мають сформулювати конкретні ознаки як це проявляється (наприклад, немає фільтрації повідомлень, отриманих через портал пацієнтів; повільне виконання рутинних процесів в операційній залі).
	«Які зміни можна зробити для вирішення цієї проблеми швидко, якщо Ваш робочий підрозділ та його керівники зробили це пріоритетним завданням?»	Прийняття ефективних комплексних рішень, направлених на зміни, можливе при сприянні хорошої фасилітації. Спрощені рішення (наприклад, «нам потрібно найняти ще 10 медсестер») повинні бути визнані обома сторонами і має бути отриманий зворотній зв'язок (наприклад, «Це може бути доцільним, але це потребує часу і вимагає розвитку ділової справи. Чи є способи використання існуючого персоналу, щоб швидше надати цю підтримку? Чи є інші способи досягти прогресу у вирішенні проблеми в найближчий термін, поки не прийнято рішення в збільшенні допоміжного персоналу? Що ми могли б зробити, щоб покращити наше життя в наступні 2-3 місяці?»).
3	Передача естафети назад до	Консультаційна група описує

№	Етап	Пояснення
	керівника робочого підрозділу	керівнику місцевого підрозділу 1-2 ключові проблеми, виявлені під час фокус-групи. Виділяють проблему, що викликає найбільше занепокоєння (наприклад, неефективність через надмірне навантаження) з наведенням прикладів того, як це проявляється, а також прикладів типів локальних змін, які були б найбільш корисними з точки зору групи. Зобов'язання з керівником місцевого робочого підрозділу: надати можливість команді розробити та впровадити одну зміну, покликану досягти прогресу в цій площині обраного драйвера. Саме консалтингова група, не керівник підрозділу та його команда, повинна сфокусувати керівника робочого підрозділу на реалізації конкретних змін, які розробляються працівниками.
4	Керівник робочого підрозділу сприяє змінам	Керівник робочого підрозділу веде решту етапів процесу та очолює керування змінами, необхідними для вдосконалення підрозділу. Консалтингова група переймає на себе позицію супроводу та підтримки роботи керівника підрозділу. Керівник робочої групи надає зворотній зв'язок своїм співробітникам по роботі у фокус-групі над вирішенням проблеми. Зазначає, яка проблема була визначена як ключова (один із 7 драйверів), називає особу, яка очолить цільову групу по впровадженні даної зміни в найближчі 8-10 тижнів.
5	Як тільки зміна буде впроваджена, необхідно оцінити її вплив: «Чи допомогла зміна? Чи потрібні доопрацювання/уточнення?»	Навіть якщо результат імплементації зміни не виправдав всіх очікувань, сам процес роботи над вирішенням проблеми може зменшити вигорання та сприяти залученню. Всі учасники відчули значимість власної участі та вкладу у розвиток ідеї, після чого можуть рухатися далі і знайти інший варіант вирішення та повторити процес від початку, поки не досягнуть бажаного результату.

Таблиця 1. Структура проведення фокус-групи

Стратегія 2 - Використати силу лідерства

Важливий акцент повинен робитися на відборі «правильних» лідерів, які мають відповідні компетенції.

Серед ключових навичок успішного лідера в медичній сфері клініка Мейо виділила:

1. Навички активного слухання
2. Надання зворотнього зв'язку
3. Залучення лікарів
4. Допомога в розвитку та наставництво
5. Сприяння адаптації нових працівників



6. Розпізнавання талантів та сильних сторін кожного члена команди
7. Розуміння мотивації окремого лікаря.

Розвиток автономії лікарів досягається керівниками клініки Мейо завдяки чіткому розподіленню робочого дня: 80% часу - задачі, які ставить медична організація та керівництво, 20% часу - активність, яка мотивує лікаря. Наприклад, просвітницька робота, робота з інтернами, студентами, наукова робота, самоосвіта (електронні курси) і т.д.

Не менш важливим являється оцінка управлінців самим персоналом. Серед оцінки успішності лікаря можуть стояти критерії досягнення поставленої цілі організації та оцінка способів, якими цю ціль було досягнуто.

Відповідно медична організація має мати мужність та достатній рівень автономії до зміни керівників у відповідності з їх критеріями ефективності.

Стратегія 3 - Розробка та впровадження оптимізації роботи

Драйверами для вигорання можуть бути наявність або відсутність ефективних процесів та процедур внутрішньої взаємодії та вирішення робочих проблем. Наприклад, оформлення документації, лікарняного, відкритий доступ до міжнародних протоколів та новітніх досліджень.

Також, важливим фактором успішності внутрішніх процесів являється можливість проведення дослідження на рівні різних медичних відділів по критеріям: вигорання, залучення, задоволення від роботи в рамках окремого підрозділу. Дані критерії дозволяють керівникам ідентифікувати підрозділи «з високими можливостями». Після виявлення таких підрозділів, керівництво систематично залучає їх для визначення факторів, які сприяють зменшенню вигорання та підвищенню задоволеності персоналу. Вся взаємодія керівників та підлеглих базується на принципі спільного прийняття рішення [54]. Цей підхід також допомагає трансформувати спосіб мислення лікарів від жертви в «зламаний, застарівший системі», до уповноваженого партнера, який працює спільно з керівниками та покращує спільне майбутнє в організації [57].

Стратегія 4 - Формування спільноти на роботі

Медичні працівники вирішують складні та надважливі питання, пов'язані з якістю життя та здоров'ям пацієнтів. Нерідке явище медичних помилок, або зловживання службовими обов'язками. У вирішенні всіх вищенаведених викликів, працівнику важливо орієнтуватися на підтримку колег. Ця підтримка може виражатися у широкому спектрі заходів. Серед яких: відзначення досягнень (церемонії нагород та вдячностей), вирішення клінічних викликів, пов'язаних зі смертю пацієнта, медичними помилками, судовими позовами, або ж робочі зустрічі, на яких відбувається обмін ідеями щодо покращення ефективності та результатів роботи. Важливим фактором такого об'єднання людей є спільна місія та ціль роботи, співпраця на благо репутації медичних працівників та престижу клініки в якій працюють.

Останніми роками спостерігається зменшення особистої взаємодії між лікарями. Збільшення вимог до документації та зростання електронних ресурсів роботи призвели до того, що медики витрачають все більше часу на комп'ютерні системи. Відсутність простору для медичних працівників (наприклад кімнати відпочинку, їдальня, кімнати зняття стресу) сприяє появі культури ізоляції та недовіри в медичній організації [58].

Хорошим прикладом служить організація Мейо, яка з 2012 р. запровадила раз на 2 тижні зустрічі з колегами за межами медичної організації. А саме, робоча група кількістю 6-8 осіб, кожного другого тижня обирає ресторан/кафе для проведення спільної обідньої перерви.

Триває така зустріч біля 1 години. Перші 20 хв часу зібрання витрачаються на обговорення ідей, щодо поліпшення умов роботи лікаря, способів зниження професійного вигорання, складнощів в медичній практиці, решта часу присвячується невимушеному спілкуванню за обідом. Рандомізоване дослідження виявило покращення показників значимості роботи та рівня професійного задоволення, зниження показників вигорання [59].

Базуючись на цих показниках, клініка Мейо зробили групи КОМПАС доступними для всіх 3755 лікарів та вчених у всіх філіях клініки. Більше 1100 медичних працівників приєднались до груп у перші 10 місяців.

Таким чином, дані свідчать про те, що заохочення солідарності лікарів зменшує вигорання. Коли лікарі Мейо щотижня займалися однією годиною невеликих групових дискусій, вони відчували значне зниження деперсоналізації та емоційного виснаження [60]. Одним з простих способів сприяння взаємодії лікарів може стати створення простору для надання кави та перекусів медичним працівникам. Нещодавно Стенфорд застосував більш креативний підхід, забезпечивши оплату групі лікарів для спільної вечери у місцевих ресторанах [61].

Стратегія 5 - Використання нагород та заохочень

Багато систем Охорони Здоров'я мотивують лікарів фінансовою винагородою, коригуючи зарплату лікарів на основі продуктивності (тобто отримання доходу), або роздаючи бонуси на основі ефективності [62]. Зачасту лікарі підвищують продуктивність праці та дохід за рахунок:

1. скорочення часу, витраченого на пацієнта
2. замовлення більше тестів/процедур
3. подовження робочого часу.

Перші 2 підходи можуть погіршити якість обслуговування, а третій підхід збільшує ризик лікаря вигоріти і, отже, може бути невиправданим в довгостроковій перспективі. Можна зробити висновок, що компенсація базована на продуктивності, збільшує ризик лікаря до вигорання [63, 64].

Іншими індикаторами успішності лікаря можуть бути виміри задоволеності пацієнтів та якості наданих послуг [65, 66, 67, 68]. Але тут постає інша проблема- показники продуктивності можуть зменшуватись, а оцінити фінансові показники можна буде лише в довгостроковій перспективі. Виникає проблема-оплата праці лікаря на основі його продуктивності, підвищує ризик перевтоми та вигорання лікарів.

Моделі компенсації заробітної плати - це спосіб подолати дане питання [65]. Інші інноваційні центри почали включати показники догляду за собою та організацію власного добробуту медичними працівниками, як складові формули розрахунку оплати на основі продуктивності. Дане рішення може попередити появу перевтоми в подальшій роботі.

Важливо відмітити значимість нагород та бонусів для працівників у вигляді більш гнучкого робочого дня, або заохочення виділення робочого часу для реалізації особистісно значущих аспектів роботи (наприклад, робота з підвищення якості, громадська просвітницька робота, дослідження, освіта чи наставництво) може дозволити більш продуктивним лікарям формувати свою роботу для сприяння особистого та професійного зростання. На відміну від цього, використання простого фінансового стимулювання може бути менш ефективним [68, 69, 70] та сприяти перевиконанню робочого часу.

Зрештою, немає правильної чи неправильної моделі компенсації. Однак важливо зважити потенційні ризики кожної моделі, щоб в подальшому сприяти покращенню індивідуального та організаційного здоров'я в довгостроковій перспективі.

Стратегія 6 - Формування цінностей та зміцнення корпоративної культури

Більшість організацій Охорони Здоров'я мають альтруїстичний характер заяв про місію, яка зосереджена на служінні пацієнтам та наданні їм найкращої медичної допомоги.

Культура організації, її цінності та принципи значною мірою визначають, чи досягне вона своєї місії. Важливо розуміти фактори, які впливають на формування культури, проводити перевірку цінностей та відповідно вирівнювати цінності та дії.

У клініці Мейо основна цінність «потреби пацієнта в пріоритеті» вбудована в принципи лідерства лікарів, систему оплати, партнерство лікарів та адміністративного персоналу, мультидисциплінарний підхід, лімітований строк керівництва керівників всіх відділів (в тому числі генерального директора) та організаційну політику, яка сприяє тривалому терміну роботи медичних працівників та низькій плинності кадрів.

Проводиться систематична оцінка серед співробітників того, наскільки заявлені цінності виконуються та створені необхідні умови для їх реалізації. У разі виникнення складнощів на будь-якому рівні реалізації цінностей, створюється робоча група у складі керівників, медичних працівників та науковців, щоб визначити проблему та знайти рішення.

Цей процес моніторингу наявних цінностей сприяє [54]:

- формуванню партнерства між організацією та лікарями, кожен з яких працює на спільну мету;
- забезпечення зворотного зв'язку щодо того, де необхідні вдосконалення;
- створення документу, що визначає принципи, які являються основоположними для партнерства між Клінікою Мейо та її працівниками. Цей документ надалі використовується для набору нових працівників, складає основу внутрішньої комунікації та джерело принципів впровадження спільного прийняття рішення.

Стратегія 7 - Формування балансу роботи/особистого життя

Медична сфера має чимало драйверів для появи професійного вигорання медичних працівників. Враховуючи рушійний вплив даних стресорів на здоров'я й ефективність лікарів, якість медичної допомоги, необхідно систематично проводити моніторинг.

В США дослідження показало, що лікарі майже вдвічі частіше невдоволені балансом між робочим та особистим життям, ніж працівники інших сфер. Ця проблема, ймовірно, частково пояснюється розбіжностями в робочих годинах. Приблизно 45% лікарів працюють більше 60 годин на тиждень порівняно з менш ніж 10% працівників інших спеціальностей в США [2, 3].

Докази свідчать про те, що зменшення годин роботи можуть допомогти медичним працівникам відновитися від вигорання [71]. В залежності від спеціальності та чисельності організації, це не завжди можливо реалізувати. Тим не менш, організації повинні прагнути до цього. Враховуючи спрогнозований «кадровий голод» в найближчі 10 років [72, 73], важливо своєчасно надавати необхідні умови для лікарів завдяки гнучкому робочому графіку [47, 74]. Це може сприяти реалізації стратегії набору та утримання персоналу. Наприклад, дозволити лікарям розпочати робочий день раніше / пізніше або працювати більше годин в одні дні тижня і менше в інші. Даний простий спосіб може суттєво полегшити життя лікаря, завдяки можливості виконувати індивідуальні обов'язання, не зменшуючи при цьому трудових зусиль.

Даний спосіб може бути корисним та безпрограшним для організацій, в яких лікарі працюють неповний робочий день.

Інституції також мають переглянути структуру наявних пільг у відпустці, покриття життєвих подій (народження дітей, хвороба/втрата близьких і т.д.). Іншим рішенням даної проблеми може бути дозвіл лікарям приділяти більше часу своєму улюбленому аспекту роботи (наприклад, догляду за пацієнтами, освіти, адміністрації чи дослідженню). Лікарі, які витрачають щонайменше 20% свого часу на ту частину роботи, яку вони вважають найбільш ефективною, значно знижують шанси на вигорання [75].

На індивідуальному рівні, медики можуть працювати над вдосконаленням навичок управління часом. Вирішення проблеми тайм-менеджменту, який неефективно використовується на роботі, дозволяє більше часу проводити вдома.

Стратегія 8 - Надання ресурсу для стійкості на роботі та розвиток культури самодопомоги

Психічне здоров'я залишається табуованою проблемою серед лікарів, і багато хто неохоче проводить лікування через потенційні ризики: відчуття сорому, втрати доходу чи ліцензування [76]. Організації мають направити зусилля на руйнування даної стигми, розвиваючи серед лікарів культуру самодопомоги, звернення до спеціалістів у разі психологічних проблем.

Важливо зазначити, що індивідуальні стратегії подолання стресових ситуацій на робочому місці повинні бути частиною більш широкої стратегії, яка демонструє, що організація теж робить все залежне від неї для створення необхідних умов для медичних працівників.

Серед таких ресурсів можуть бути заходи, направлені на формування балансу робота/особисте життя. Наприклад: забезпечення здоровим харчуванням у кафетеріях, доступ до кризових психологічних служб допомоги у разі стресових ситуацій на роботі чи вдома, розвиток фізичної культури через надання членства в місцевих тренажерних залах [77]. Крім того, лікарі можуть бути забезпечені додатковим часом, щоб реалізувати дані заходи самодопомоги [47, 78, 79, 80].

Доведено, що лікарі які краще дбають про власне здоров'я, забезпечують ефективніше консультування та обстеження своїх пацієнтів. Тобто, заохочуючи таку поведінку своїх співробітників, організація отримує подвійну вигоду: з однієї сторони- ріст якості послуг, з іншої- ріст задоволеності медичних працівників та попередження виникнення професійного вигорання [81, 82].

Саме тому, важливо, щоб на систематичній основі проводилось навчання навичкам стресостійкості, вирішення складних робочих ситуацій, формування комунікативної компетентності лікаря і т.д. [82, 84, 85, 86].

Стратегія 9 - Сприяння в організації розвитку науки

Розуміння необхідності доказової бази для медичної сфери, актуалізує вкладання ресурсу у розвиток науки (рандомізовані випробовування, аналітика, доступність ресурсів для вивчення та публікацій). Зокрема на прикладі Медичної школи університету Стенфорда, який зробив фінансовий внесок в запуск програми дослідження факторів дистресу серед медичних працівників та сприяння росту медичного благополуччя.

Основна увага таких програм - створення нових знань та доказів того, як зменшити вигорання та сприяти залученню лікарів через організаційну науку.

Враховуючи хороший ефект даної програми на самопочуття лікарів, підвищення якості обслуговування, задоволеності пацієнтів, такі знання будуть критично важливі для здоров'я та життєздатності національної системи надання медичної допомоги [87].

Попередження вигорання серед медичних студентів

Додатково варто зазначити, що проблему професійного вигорання необхідно починати вирішувати з початку навчання в медичному ВУЗі, так як часто на робочі місця в лікарні, нові співробітники потрапляють уже з ознаками вигорання. Даний фактор відображається на якості медичної допомоги. Зокрема резиденти (молодші лікарі) в Ірландії, у яких були присутні ознаки професійного вигорання, мали на 22% вище медичних помилок, у порівнянні з тими резидентами, які не мало вигорання [88]. Також важливо відмітити, що нове покоління лікарів є більш вразливим до критики та робочих викликів, являються менш цілеспрямованими та нетерпеливими [89, 90, 91].

Є приклади успішних кейсів попередження професійного вигорання серед студентів-медиків. Одним з них являється Медична школа університету Вандербільта, що реалізує оздоровчу програму, де студенти пропагують здорові звички та формують відповідальність самопомоги [90]. Мабуть, найбільш кардинальні зміни були внесені в Медичну школу університету Сент-Луїса (СЛУ), де навчальний план був перероблений за останнє десятиліття, щоб зменшити стрес студентів та створити менш токсичне освітнє середовище. Зміни включали впровадження системи оцінювання пропусків / невдач, зменшення непотрібних вимог до курсових робіт та впровадженні факультативів протягом доклінічних років. Як результат, студенти ВНЗ відчували зменшення депресії, стресу та тривоги, зберігаючи стабільний рівень навчальної успішності [89].

Висновки та рекомендації

Професійне вигорання медичних працівників стало основною проблемою для багатьох країн, що приносить суттєві виклики та втрати для медицини 21 століття. Якщо їх не вирішити, епідемія вигорання може продовжувати поширюватись на шкоду як пацієнтів, так і медичних працівників (Табл. 2, [91]). Експерти клініки Мейо визначили хороші стратегії для вирішення цієї проблеми, і настав час і українським медичним закладам починати реалізовувати необхідні дії у цьому напрямку.

Управлінській ланці слід проявляти ініціативу, щодо розуміння проблем по досягненню добробуту лікаря, пропонуючи більш обґрунтовані доказові рішення та своєчасно перевіряючи їх ефективність. Сюди входять своєчасні обстеження з використанням різних доказових шкал, які оперативно вимірюють фізичне, емоційне та розумове виснаження клініцистів. Отримані дані можуть допомогти зрозуміти сфери, необхідні для вдосконалення, і послужать базою для порівняння майбутніх аналогічних опитувань.

Підсилення ролі та впливу відділу Управління людськими ресурсами (HRM) повинно зробити фокус на зменшенні адміністративного навантаження лікарів, включаючи заповнення медичної документації, супровід пацієнтів на діагностичне обстеження і т. д. Ці робочі завдання можна делегувати іншим медичним працівникам, наприклад медичним асистентам, які набувають необхідне навчання. Таким чином, лікарі будуть суттєво підвищувати якість спілкування з пацієнтами та будувати партнерські відносини для сприяння формування прихильності до лікування.

У таких інтенсивних умовах, як швидка медична допомога чи реанімація, керівники повинні пам'ятати про графіки роботи лікарів. Медики постійно оточені ситуаціями захворюваності та смертності, тому ризики виснаження високі. Своєчасні перерви та вихідні дні слід ретельно планувати. Крім того, лікарів слід заохочувати до занять релаксаційними методами, такими як йога, медитація, звернення до кризової психологічної допомоги і т. д. Це може допомогти їм повернутися до роботи відновленими, підвищити їх ефективність та покращити результати роботи.



№	Фактор ризику	Приклад	Стратегії зниження ризику
1	Робоче навантаження	Робочі надвимоги, які перевищують обмеженість співробітника у ресурсі, часі для відновлення. Стрес навантаження, включаючи роботу з термінальними хворими, часті травматичні випадки та смерті на робочому місці.	Стратегії планування часу, надання умов для самопомоги та відновлення.
2	Контроль	Нечіткі та непрозорі очікування зі сторони керівництва викликають рольовий конфлікт, відсутність розуміння напрямку роботи, втрату самостійності на роботі, зменшення контролю за робочим середовищем, неефективне використання часу через адміністративні вимоги та втрату підтримки колег, нонкомплаєнс пацієнтів.	Визначення чітких ролей та очікування керівництва.
3	Нагорода	Невідповідна фінансова, інституційна, соціальна нагорода, нестача визнання від стейкхолдерів (пацієнтів, колег, керівників).	Надання зворотного зв'язку співробітникам, введення прозорої та чіткої системи винагороди, надати доступ до навчання та розвитку, гнучкий графік роботи.
4	Медична спільнота	Невідповідність умов для якісної соціальної взаємодії на роботі; невідповідність розвитку навичок вирішення конфлікту, недостатні умови надання взаємопідтримки, відсутність командної роботи.	Залучати медичний персонал до спільного прийняття рішень, вирішення проблемних ситуацій, інших організаційних процесів.
5	Справедливість	Упередженість керівництва, невідповідність прикладених зусиль медичного працівника до отриманої допомоги.	Прозорість у прийнятті рішень, визнання, стабільність, гнучкі графіки роботи, професійне зростання та адекватний нагляд.
6	Цінності	Індивідуальні цінності відрізняються від організаційних.	Допомога в оцінці, формуванні адекватних очікувань.
7	Особистісна невідповідність робочому місцю	Співробітник не відповідає вимогам організації в розрізі функціональних (професійних) та нефункціональних компетенцій.	Прозорий профіль компетенцій, наявність ресурсу до вимірювання та вирівнювання робочих обов'язків з особистими та професійними очікуваннями (HR відділ).

Таблиця 2. Фактори ризику, пов'язані з вигоранням та стратегії для зменшення ризику вигорання

Додаткова інформація

Конфлікт інтересів

Автори заявляють про відсутність будь-якого конфлікту інтересів.

Посилання

1. Swensen S, Kabcenell A, Shanafelt T. Physician-organization collaboration reduces physician burnout and promotes engagement: the Mayo Clinic experience. *J Healthc Manag.* 2016;61(2):105-27. PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27111930/>
2. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med.* 2012;172(18):1377-85. DOI: <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.3199> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22911330/>
3. 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):1600-13. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2015.08.023> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26653297/>
4. Friedberg MW, Chen PG, Van Busum KR, et al. Factors affecting physician professional satisfaction and their implications for patient care, health systems, and health policy. *Rand Health Q.* 2014;3(4):1. PMID: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28083306>
5. Maslach C, Jackson S, Leiter M. *Maslach Burnout Inventory Manual.* Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1996.
6. Williams ES, Konrad TR, Linzer M, et al. Physician, practice, and patient characteristics related to primary care physician physical and mental health: Results from the Physician Worklife Study. *Health Serv Res.* 2002;37(1):119-41. DOI: <https://dx.doi.org/10.1111%2F1475-6773.00007>
7. Williams ES, Manwell LB, Konrad TR, Linzer M. The relationship of organizational culture, stress, satisfaction, and burnout with physician-reported error and suboptimal patient care: Results from the MEMO study. *Health Care Manag Rev.* 2007;32(3):203-12. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.hmr.0000281626.28363.59> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17666991/>
8. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA.* 2002;288(16):1987-93. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.288.16.1987> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12387650/>
9. McHugh MD, Kutney-Lee A, Cimiotti JP, Sloane DM, Aiken LH. Nurses' widespread job dissatisfaction, burnout, and frustration with health benefits signal problems for patient care. *Health Aff.* 2011;30(2):202-10. DOI: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0100> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21289340/>
10. Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps GJ, et al. Burnout and career satisfaction among American surgeons. *Ann Surg.* 2009;250(3):463-71. DOI: <https://doi.org/10.1097/sla.0b013e3181ac4dfd> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19730177/>
11. Leiter MP, Maslach C. Nurse turnover: The mediating role of burnout. *J Nurs Manag.* 2009;17(33):331-9. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.01004.x> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19426369/>
12. Laschinger HK, Leiter M, Day A, Gilin D. Workplace empowerment, incivility, and burnout: Impact on staff nurse recruitment and retention outcomes. *J Nurs Manag.* 2009;17(3):302-11. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.00999.x> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19426367/>
13. Stone PW, Du Y, Gershon RRM. Organizational climate and occupational health outcomes in hospital nurses. *J Occup Environ Med.* 2007;49(1):50-8. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.jom.0000251622.05429.0c> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17215713/>
14. Balch CM, Shanafelt TD, Dyrbye LN, et al. Surgeon distress as calibrated by hours worked and nights on call. *J Am Coll Surg.* 2010;211(5):609-19. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2010.06.393> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20851643/>
15. Dyrbye LN, Shanafelt TD, Balch C, Satele D, J. F. Relationship between work-home conflicts

- and burnout among American surgeons: A comparison by sex. *Arch Surg*. 2011;146(2):211-7. DOI: <https://doi.org/10.1001/archsurg.2010.310> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21339435/>
16. Dyrbye LN, West CP, Satele D, Sloan JA, TD S. Work-home conflict and burnout among academic internal medicine physicians. *Arch Intern Med*. 2011;171:1207-9. DOI: <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2011.289> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21747018/>
 17. Shanafelt TD, Dyrbye LN, Sinsky C, et al. Relationship between clerical burden and characteristics of the electronic environment with physician burnout and professional satisfaction. *Mayo Clin Proc*. 2016;91(7):836-48. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.05.007> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27313121/>
 18. Woodhead EL, Northrop L, Edelstein B. Stress, social support, and burnout among long-term care nursing staff. *J of Appl Gerontol*. 2016;35(1):84-105. DOI: <https://doi.org/10.1177/0733464814542465> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25098251/>
 19. Rushton CH, Batcheller J, Schroeder K, Donohue P. Burnout and resilience among nurses practicing in high-intensity settings. *Am J Crit Care*. 2015;24(5):412-20. DOI: <https://doi.org/10.4037/ajcc2015291> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26330434/>
 20. Hamric AB, Blackhall LJ. Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: Collaboration, moral distress, and ethical climate. *Crit Care Med*. 2007;35(2):422-9. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.ccm.0000254722.50608.2d> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17205001/>
 21. Shanafelt TD, Balch CM, Dyrbye LN, et al. Special report: suicidal ideation among American surgeons. *Arch Surg*. 2011;146(1):54-62. DOI: <https://doi.org/10.1001/archsurg.2010.292> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21242446/>
 22. Balch CM, Oreskovich MR, Dyrbye LN, et al. Personal consequences of malpractice lawsuits on American surgeons. *J Am Coll Surg*. 2011;213(5):657-67. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2011.08.005> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21890381/>
 23. Fridner A, Belkic K, Minucci D, et al. Work environment and recent suicidal thoughts among male university hospital physicians in Sweden and Italy: the health and organization among university hospital physicians in Europe (HOUPE) study. *Gend Med*. 2011;8(4):269-79. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.genm.2011.05.009> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21727034/>
 24. Oreskovich MR, Shanafelt T, Dyrbye LN, et al. The prevalence of substance use disorders in American physicians. *Am J Addict*. 2015;24(1):30-38. DOI: <https://doi.org/10.1111/ajad.12173> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25823633/>
 25. Shanafelt TD, Boone SL, Dyrbye LN, et al. The medical marriage: a national survey of the spouses/partners of US physicians. *Mayo Clin Proc*. 2013;88(3):216-25. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2012.11.021> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23489448/>
 26. Gabbard GO, Menninger RW. The psychology of postponement in the medical marriage. *JAMA*. 1989;261(16):2378-81. PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2704090/>
 27. Gabbard GO, Menninger RW, Coyne L. Sources of conflict in the medical marriage. *Am J Psychiatry*. 1987;144(5):567-72. DOI: <https://doi.org/10.1176/ajp.144.5.567> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3578565/>
 28. Firth-Cozens J, Greenhalgh J. Doctors' perceptions of the links between stress and lowered clinical care. *Soc Sci Med*. 1997;44(7):1017-22. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(96\)00227-4](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(96)00227-4) PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9089922/>
 29. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med*. 2002;136(5):358-67. DOI: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-136-5-200203050-00008> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11874308/>

30. West CP, Huschka MM, Novotny PJ, et al. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. *JAMA*. 2006;296(9):1071-8. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.296.9.1071> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11874308/>
31. Williams ES, Manwell LB, Konrad TR, Linzer M. The relationship of organizational culture, stress, satisfaction, and burnout with physician-reported error and suboptimal patient care: Results from the MEMO study. *Health Care Manag Rev*. 2007;32(3):203-12. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.hmr.0000281626.28363.59> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17666991/>
32. West CP, Tan AD, Habermann TM, Sloan JA, Shanafelt TD. Association of resident fatigue and distress with perceived medical errors. *JAMA*. 2009;302(12):1294-300. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1389> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19773564/>
33. Benson MA, Peterson T, Salazar L, et al. Burnout in rural physician assistants: An initial study. *J Physician Assist Educ*. 2016;27(2):81-3. DOI: <https://doi.org/10.1097/jpa.000000000000069> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27123598/>
34. Williams ES, Konrad TR, Linzer M, et al. Physician, practice, and patient characteristics related to primary care physician physical and mental health: Results from the Physician Worklife Study. *Health Serv Res*. 2002;37(1):119-41. DOI: <https://dx.doi.org/10.1111%2F1475-6773.00007>
35. Williams ES, Konrad TR, Scheckler WE, et al. Understanding physicians' intentions to withdraw from practice: the role of job satisfaction, job stress, mental and physical health. *Health Care Manage Rev*. 2001;26(1):7-19. DOI: <https://doi.org/10.1097/00004010-200101000-00002> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11233355/>
36. Shanafelt T, Sloan J, Satele D, Balch C. Why do surgeons consider leaving practice. *J Am Coll Surg*. 2011;212(3):421-2. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2010.11.006> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21356491/>
37. Dewa CS, Loong D, Bonato S, Thanh NX, Jacobs P. How does burnout affect physician productivity, a systematic literature review. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:325. DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-325> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25066375/>
38. Shanafelt TD, Raymond M, Kosty M, et al. Satisfaction with work-life balance and the career and retirement plans of US oncologists. *J Clin Oncol*. 2014;32(11):1127-35. DOI: <https://doi.org/10.1200/jco.2013.53.4560> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24616305/>
39. Misra-Hebert AD, Kay R, Stoller JK. A review of physician turnover: rates, causes, and consequences. *Am J Med Qual*. 2004;19(2):56-66. DOI: <https://doi.org/10.1177/106286060401900203> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15115276/>
40. Atkinson W, Misra-Hebert A, Stoller JK. The impact on revenue of physician turnover: an assessment model and experience in a large healthcare center. *J Med Pract Manage*. 2006;21(6):351-5. PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16833069/>
41. Williams ES, Konrad TR, Linzer M, et al. Physician, practice, and patient characteristics related to primary care physician physical and mental health: Results from the Physician Worklife Study. *Health Serv Res*. 2002;37(1):119-41. DOI: <https://dx.doi.org/10.1111%2F1475-6773.00007>
42. Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*. 2016;15(2):103-11. DOI: <https://doi.org/10.1002/wps.20311> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27265691/>
43. Shanafelt TD, Dyrbye LN, Sinsky C, et al. Relationship between clerical burden and characteristics of the electronic environment with physician burnout and professional satisfaction. *Mayo Clin Proc*. 2016;91(7):836-48. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.05.007> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27313121/>
44. Sinsky C, Colligan L, Li L, et al. Allocation of physician time in ambulatory practice: a time

- and motion study in 4 specialties. *Ann Intern Med.* 2016;165(11):753-60. DOI: <http://dx.doi.org/10.7326/M16-0961> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27595430/>
45. Shanafelt TD, Mungo M, Schmitgen J, et al. Longitudinal study evaluating the association between physician burnout and changes in professional work effort. *Mayo Clin Proc.* 2016;91(4):422-31. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.02.001> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27046522/>
 46. Shanafelt TD. Enhancing meaning in work: a prescription for preventing physician burnout and promoting patient-centered care. *JAMA.* 2009;302(12):1338-40. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1385> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19773573/>
 47. Shanafelt TD, Sloan JA, Habermann TM. The well-being of physicians. *Am J Med.* 2003;114(6):513-9. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0002-9343\(03\)00117-7](https://doi.org/10.1016/s0002-9343(03)00117-7) PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12727590/>
 48. 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):2272-81. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31279-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31279-X) PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27692469/>
 49. Shanafelt TD, Sloan JA, Habermann TM. The well-being of physicians. *Am J Med.* 2003;114(6):513-9. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0002-9343\(03\)00117-7](https://doi.org/10.1016/s0002-9343(03)00117-7) PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12727590/>
 50. Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med.* 2014;12(6):573-6. DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.1713> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25384822/>
 51. Spinelli WM. The phantom limb of the triple aim. *Mayo Clin Proc.* 2013;88(12):1356-7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2013.08.017> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24290108/>
 52. Jones CB. Revisiting nurse turnover costs: Adjusting for inflation. *J Nurs Adm* 2008;38(1):11-8. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.nna.0000295636.03216.6f> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18157000/>
 53. Shanafelt TD. Enhancing meaning in work: a prescription for preventing physician burnout and promoting patient-centered care. *JAMA.* 2009;302(12):1338-40. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1385> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19773573/>
 54. Naumenko G. Model of shared decision-making in medical practice. *PMGP.* 2019;3(4):e0304173. DOI: <https://doi.org/10.26766/pmgp.v3i4.173>
 55. Lagnado L. Hospitals address widespread doctor burnout. *WSJ.* 2018;1(1):1. URL: <http://www.wsj.com/articles/hospitals-address-widespread-doctor-burnout-1528542121>
 56. West CP, Dyrbye LN, Rabatin JT, et al. Intervention to promote physician well-being, job satisfaction, and professionalism: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med.* 2014;174(4):527-33. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.14387> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24515493/>
 57. Shanafelt TD, Schein E, Minor LB, Trockel M, Schein P, Kirch D. Healing the Professional Culture of Medicine. *Mayo Clin Proc.* 2019;94(8):1556-66. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2019.03.026> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31303431/>
 58. Lagnado L. Hospitals address widespread doctor burnout. *WSJ.* 2018;1(1):1. URL: <http://www.wsj.com/articles/hospitals-address-widespread-doctor-burnout-1528542121>
 59. Khullar D, Kocher R, Conway P, Rajkumar R: How 10 leading health systems pay their doctors. *Healthc (Amst).* 2015;3(2):60-2. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.hjdsi.2014.11.004> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26179724/>
 60. Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps G, et al. Burnout and medical errors among American surgeons. *Ann Surg.* 2010;251(6):995-1000. DOI: <https://doi.org/10.1097/sla.0b013e3181bfdab3> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19934755/>
 61. Shanafelt TD, Gradishar WJ, Kosty M, et al. Burnout and career satisfaction among US oncologists. *J Clin Oncol.* 2014;32(7):678-86. DOI: <https://doi.org/10.1200/jco.2013.51.8480> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24470006/>

62. Rodriguez HP, von Glahn T, Elliott MN, Rogers WH, Safran DG. The effect of performance-based financial incentives on improving patient care experiences: a statewide evaluation. *J Gen Intern Med.* 2009;24(12):1281-8. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11606-009-1122-6> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19826881/>
63. Glickman SW, Peterson ED. Innovative health reform models: pay-for-performance initiatives. *Am J Manag Care.* 2009;15(10):300-5. PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20088634/>
64. Williams CH, Leatherman S, Christianson JB, Sutherland K. Paying for quality: understanding and assessing physician pay-for-performance initiatives. *Synth Proj Res Synth Rep.* 2007;1(13):24273. PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22051894/>
65. Gavagan TF, Du H, Saver BG, et al. Effect of financial incentives on improvement in medical quality indicators for primary care. *J Am Board Fam Med.* 2010;23(5):622-31. DOI: <https://doi.org/10.3122/jabfm.2010.05.070187> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20823357/>
66. Rosenthal MB, Frank RG. What is the empirical basis for paying for quality in health care? *Med Care Res Rev.* 2006; 63(2):135-157. DOI: <https://doi.org/10.1177/1077558705285291> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16595409/>
67. Berwick DM. The toxicity of pay for performance. *Qual Manag Health Care.* 1995;4(1):27-33. DOI: <https://doi.org/10.1097/00019514-199504010-00003> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10151623/>
68. Shanafelt TD, Sinsky C, Dyrbye LN, West CP. Potential impact of burnout on the U.S. physician workforce. *Mayo Clin Proc.* 2016;91(11):1667-8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.08.016> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27814840/>
69. US Department of Health and Human Services. The physician workforce: projections and research into current issues affecting supply and demand. Rockville: Bureau of Health Workforce; 2008. URL: <https://bhw.hrsa.gov/sites/default/files/bhw/nchwa/projections/physiciansupplyissues.pdf>
70. Shanafelt TD, West CP, Poland GA, LaRusso NF, Menaker R, Bahn RS. Principles to promote physician satisfaction and work-life balance. *Minn Med.* 2008;91(12):41-3. PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19902622/>
71. Shanafelt TD, West CP, Sloan JA, et al.: Career fit and burnout among academic faculty. *Arch Intern Med.* 2009;169(10):990-5. DOI: <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2009.70> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19468093/>
72. Wallace JE: Mental health and stigma in the medical profession. *Health (London).* 2012;16(1):3-18. DOI: <https://doi.org/10.1177/1363459310371080> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21177717/>
73. Thomas LR, Ripp JA, West CP: Charter on physician well-being. *JAMA.* 2018;319(15):1541-2. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2018.1331> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29596592/>
74. Linzer M, Levine R, Meltzer D, Poplau S, Warde C, West CP. 10 bold steps to prevent burnout in general internal medicine. *J Gen Intern Med.* 2014;29(1):18-20. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11606-013-2597-8> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24002633/>
75. Shanafelt TD, Oreskovich MR, Dyrbye LN, et al. Avoiding burnout: the personal health habits and wellness practices of US surgeons. *Ann Surg.* 2012;255(4):625-33. DOI: <https://doi.org/10.1097/sla.0b013e31824b2fa0> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22388107/>
76. Hlubocky FJ, Back AL, Shanafelt TD. Addressing burnout in oncology: why cancer care clinicians are at risk, what individuals can do, and how organizations can respond. *Am Soc Clin Oncol Educ Book.* 2016;35:271-9. DOI: https://doi.org/10.1200/edbk_156120 PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27249706/>
77. Frank E, Rothenberg R, Lewis C, Belodoff BF. Correlates of physicians' prevention-related practices: findings from the Women Physicians' Health Study. *Arch Fam Med.* 2000;9(4):359-67. DOI: <https://doi.org/10.1001/archfami.9.4.359> PMID:

- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10776365/>
78. Asanova A, Khaustova O. Typical difficult situations in doctor-patient interactions. *PMGP*. 2018;3(3):e0303125. DOI: 10.26766/PMGP.V3I3.125
 79. Back AL, Steinhauser KE, Kamal AH, Jackson VA. Building resilience for palliative care clinicians: an approach to burnout prevention based on individual skills and workplace factors. *J Pain Symptom Manage*. 2016;52(2):284-91. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.02.002> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26921494/>
 80. Abdrjahimova C, Mukharovska I, Kleban K, Sapon D, Kalachov O. Communication in the medical team (methodical recommendations). *PMGP*. 2018;3(3):e0501212. DOI: 10.26766/PMGP.V5I1.212
 81. Krasner MS, Epstein RM, Beckman H, et al. Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *JAMA*. 2009;302(12):1284-1293. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1384> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19773563/>
 82. Charon R. The patient-physician relationship: narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust. *JAMA*. 2001;286(15):1897-902. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.286.15.1897> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11597295/>
 83. 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):129-46. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.10.004> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27871627/>
 84. O'Connor P, Lydon S, O'Dea A et al. A longitudinal and multicenter study of burnout and error in Irish junior doctors. *Postgrad Med J*. Epub ahead of print. 2017;93(1105):660-4. DOI: <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2016-134626> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28600343/>
 85. Twenge JM, Campbell WK, Freeman EC. Generational differences in young adults' life goals, concern for others, and civic orientation, 1966-2009. *J Pers Soc Psychol*. 2012;102(5):1045-62. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0027408> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22390226/>
 86. Borges NJ, Manuel RS, Elam CL, Jones BJ. Comparing millennial and generation X medical students at one medical school. *Acad Med*. 2006;81(6):571-6. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.acm.0000225222.38078.47> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16728812/>
 87. Borges NJ, Manuel RS, Elam CL, Jones BJ. Differences in motives between Millennial and Generation X medical students. *Med Educ*. 2010;44(6):570-6. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2010.03633.x> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20604853/>
 88. Drolet BC, Rodgers S. A comprehensive medical student wellness program-design and implementation at Vanderbilt School of Medicine. *Acad Med*. 2010; 85(1):103-10. DOI: <https://doi.org/10.1097/acm.0b013e3181c46963> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20042835/>
 89. Slavin SJ, Schindler DL, Chibnall JT. Medical student mental health 3.0: improving student wellness through curricular changes. *Acad Med*. 2014, 89:573-577. DOI: <https://doi.org/10.1097/acm.000000000000166> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24556765/>
 90. Maslach C, Leiter MP. Early predictors of job burnout and engagement. *J Appl Psychol*. 2008; 93:498-512. DOI: <https://doi.org/10.1037/0021-9010.93.3.498> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18457483/>
 91. Chui MA, Look KA, Mott DA. The association of subjective workload dimensions on quality of care and pharmacist quality of work life. *Res Social Adm Pharm*. 2014;10(2):328-40. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2013.05.007> PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23791360/>