

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КИЇВСЬКИЙ ІНСТИТУТ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ**

Кафедра клінічної психології

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему:

Психологічні чинники алкоголізації лікарів

Виконала:

студентка 2-го курсу групи ПМ - 214
спеціальності 053 Психологія
освітньо-професійна програма Клінічна
психологія

Козловська Анастасія Вікторівна

(прізвище, ім'я, по батькові)

Науковий керівник:

д.мед.н, проф.

(наукова ступінь, вчене звання)

Ситник Сергій Іванович

(прізвище, ім'я, по батькові)

Робота рекомендована до захисту
рішенням кафедри клінічної психології

Протокол № _____ від «_____» червня 2023р.

Зав. кафедри _____ д.психол.н.,с.н.с. Лисенко Ірина Павлівна
підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

Київ – 2023

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	4
ВСТУП	6
РОЗДІЛ I: ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ АЛКОГОЛІЗАЦІЇ ТА ЧИННИКІВ, ЯКІ СПРИЯЮТЬ ЇЇ РОЗВИТКУ	10
1.1. Психологічні чинники алкогольної адикції	10
1.2. Поняття рис особистості, синдрому вигорання та тривожно-депресивних станів	14
1.3. Взаємозв'язок психологічних чинників та алкогольної адикції у лікарів	23
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ I	26
РОЗДІЛ II: ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ ТА АЛКОГОЛІЗАЦІЇ	27
2.1. Підходи до дослідження проблеми алкоголізації та психологічних чинників її розвитку	27
2.2. Організація та проведення емпіричного дослідження	30
2.3. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів	37
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ II	51
РОЗДІЛ III. ПСИХОЛОГІЧНІ ІНТЕРВЕНЦІЇ ПРИ АЛКОГОЛЬНІЙ АДИКЦІЇ У ЛІКАРІВ	53
3.1. Огляд психотерапевтичних підходів, які застосовуються у роботі з алкогольною адикцією	53
3.2. Психокорекційна програма роботи з лікарями, які мають ознаки алкогольної адикції	60

3.3. Рекомендації щодо впровадження психокорекційної програми у реальну практику	68
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ III	72
ВИСНОВКИ	73
ДОДАТКИ	89
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	76

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ДБТ – Діалектико-біхевіоральна терапія

КПТ – когнітивно-поведінкова терапія

МК – Мотиваційне консультування

МКХ – Міжнародна класифікація хвороб

МРО – межовий розлад особистості

ПАР – Психоактивна речовина

УІКПТ – Український інститут когнітивно-поведінкової терапії

УП – Уніфікований протокол

ЦГЗ – Центр громадського здоров'я

АСТ - Acceptance and Commitment Therapy – Терапія прийняття та відповідальності

АРА – American Psychological Association - Американська психологічна асоціація

AUDIT - Alcohol Use Disorders Identification Test - Тест на виявлення розладів вживання алкоголю

BAI - Beck Anxiety Inventory - Шкала тривоги Бека

BDI - Beck Depression Inventory - Шкала депресії Бека

BFI (Big Five Inventory - Опитувальник «Велика п'ятірка»)

BFI-K (Kurzversion des Big Five Inventory – Коротка версія опитувальника «Велика п'ятірка»)

BMJ - British Medical Journal – Британський медичний журнал

CAGE – C (Cut down - обмеження), A (Annoyance - роздратування), G(Guilt - сором), E(Eye opener – відкривання очей)

CDC - Centers for Disease Control and Prevention - Центри з контролю та профілактики захворювань

HAM-D – Hamilton Depression Rating Scale - Шкала Гамільтона для оцінки депресії

HARS - The Hamilton Anxiety Rating Scale - Шкала тривоги Гамільтона

MAST – Michigan Alcoholism Screening Test - Мічиганський скринінг-тест на алкоголізм

MBI-HSS (MP) – The Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey for Medical Personnel – Опитувальник вигорання Маслач для працівників соціальної сфери (медичних працівників).

NEO PI-R (Revised Neuroticism-Extroversion-Openness Personality Inventory - Переглянутий опис особистості NEO, де NEO - Neuroticism-Extroversion-Openness (Нейротизм-Екстраверсія-Відкритість новому досвіду)

PHQ-9 – Patient Health Questionnaire – Анкета здоров'я пацієнта

STAI - State-Trait Anxiety Inventory - Шкала тривоги Спілбергера

TIPI - Ten-Item Personality Inventory, 10- пунктовий опитувальник рис особистості

ВСТУП

Алкоголь — це психоактивна речовина (ПАР), яка широко використовується в багатьох культурах протягом століть та є найбільш часто вживаною ПАР у світі [5, с. 251]. Згідно з даними ресурсу «Our World in Data» («Наш світ у даних»), близько 107 млн людей у світі зловживають алкоголем. Окремо по країнах Європи є дані про те, що близько 23 млн європейців щорічно реєструються як такі, що мають алкогольну залежність [91].

Високий рівень вживання алкоголю є головним фактором ризику розвитку серцево-судинних захворювань, цирозу печінки та окремих онкологічних захворювань [7; 46]. Щороку в світі внаслідок шкідливого вживання алкоголю помирає близько 3 млн людей, що становить 5.3% усіх смертей. Серед людей віком 20-39 років вживання алкоголю є причиною близько 13.5% смертей. Загалом шкідливе вживання алкоголю є причиною 5.1% глобального тягара захворювань [106; 107].

Статистика щодо поширеності проблем, пов'язаних з вживанням алкоголю в Україні, також не є сприятливою. Шкідливе вживання та зловживання алкоголем є найбільш поширеними психічними розладами в Україні [7]. Згідно з даними ресурсу «World Population Review» («Огляд популяції світу»), станом на 2023 рік близько 11.5% чоловіків та 1.4% жінок (загалом – 6% населення) в Україні мають проблеми, пов'язані з вживанням алкоголю [109]. Усереднена позитивна поширеність розладів вживання алкоголю для усього населення складає 13,49% [7]. Катастрофічність медико-біологічних і соціально-економічних наслідків алкоголізації населення сучасної України дає підставу віднести алкогольну залежність до розряду медико-соціальної патології, що становить собою реальну загрозу здоров'ю нації [15, с.1].

Вивченням проблеми алкогольної адикції в Україні займалися численні автори, зокрема Литвиненко В. [13], Чабан О. [18], Чулков О. [26], Аталієва А. [1], Карачевський А. [8] та ін.

Шкідливе вживання алкоголю може розглядатися як варіант дезадаптивної копінг-стратегії щодо стресу [56]. Відтак професії, пов'язані з високим рівнем стресу, можуть асоціюватися з підвищеним ризиком алкоголізації [90]. Спеціальністю, яка пов'язана з високим рівнем стресу та вигорання, є лікувальна справа [65].

Оскільки лікарі часто піддаються високим рівням стресу, це може призвести до високої поширеності зловживання ПАР, зокрема алкоголем.

Серйозність проблеми алкоголізації серед медичних працівників продемонстрували результати нещодавно опублікованого американського дослідження «2022 State of Mental Health: American Healthcare Workers Report» («Стан психічного здоров'я: звіт американських медичних працівників») [83]. Згідно з результатами дослідження, 1 з 7 медичних працівників (14%) зізналися у вживанні алкоголю або інших ПАР під час перебування на робочому місці; більше, ніж 1 з 5 лікарів (21%) вживають алкоголь або інші ПАР декілька разів на день; 1 з 5 опитаних медичних працівників відвідували реабілітаційний заклад або заклад детоксикації за останні три місяці. Автори дослідження зазначають, що «на самопочуття та психічне здоров'я медичних працівників у США різко вплинула пандемія, коли вони стали свідками більше страждань і смертей, ніж будь-коли раніше. Частота та інтенсивність цього впливу викликає безпрецедентну кількість травм і стресу, що призводить до високого рівня вигорання».

Складно переоцінити рівень стресу, якому піддаються українські лікарі, особливо впродовж останніх років, коли їм доводиться працювати в умовах пандемії та війни. Враховуючи високу актуальність алкогольної адикції серед українців та події останнього часу, високий рівень стресу, вигорання та тривожно-депресивних станів серед медичних працівників, дослідження проблеми алкоголізації та психологічних чинників, які можуть їй сприяти, є актуальним.

Об’єкт: алкогольна адикція: шкідливе вживання та побутове пияцтво.

Предмет: психологічні чинники алкоголізації лікарів.

Мета: дослідити проблему алкоголізації лікарів та роль психологічних чинників (синдрому вигорання, тривожно-депресивні станів, особистісних рис) у її розвитку.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати наукову літературу, присвячену проблемі алкогольної адикції, синдрому вигорання, тривожно-депресивних станів та теорії рис;
2. Розробити та провести емпіричне дослідження;
3. Проаналізувати і проінтерпретувати отримані дані;
4. Розробити структуру програми психологічної корекції та надати рекомендації щодо її впровадження.

Методи дослідження:

1. Аналіз наукової літератури;
2. Психодіагностичні дослідження:
 - 1) AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test - тест на виявлення розладів вживання алкоголю) – використовувався для оцінки алкогольної адикції серед лікарів
 - 2) BAI (Beck Anxiety Inventory - шкала тривоги Бека) – використовувався для оцінки вираженості тривожності серед лікарів
 - 3) BDI (Beck Depression Inventory - шкала депресії Бека) - використовувався для оцінки вираженості депресивних проявів серед лікарів
 - 4) MBI-HSS (MP) (The Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey for Medical Personnel – опитувальник вигорання Маслач для працівників соціальної сфери (медичних працівників) -

використовувався для оцінки вираженості синдрому вигорання серед лікарів

- 5) TIPI (Ten-Item Personality Inventory - 10- пунктний опитувальник рис особистості) – використовувався для визначення особистісних рис у лікарів

3. Математико-статистична обробка даних:

- 1) загального розподілу відповідей у вибірці
- 2) показнику Альфа Кронбаха
- 3) коефіцієнту кореляції Пірсона
- 4) регресивного аналізу з визначенням коефіцієнту часткової кореляції
- 5) Т-критерію Стьюдента.

РОЗДІЛ I: ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ АЛКОГОЛІЗАЦІЇ ТА ЧИННИКІВ, ЯКІ СПРИЯЮТЬ ЇЇ РОЗВИТКУ

1.1. Психологічні чинники алкогольної адикції

Феномен адиктивної поведінки. Адиктивна поведінка – це поведінка людини, яка характеризується прагненням до відходу від реальності шляхом штучної зміни свого психічного стану завдяки прийому різноманітних хімічних речовин чи постійної фіксації уваги на певних видах діяльності з метою розвитку та підтримання інтенсивних емоцій [4; 23].

Вперше термін «адиктивна поведінка» ввів у науковий обіг Міллер В. для позначення процесу зловживання різними речовинами, які змінюють психічний стан, включаючи алкоголь, наркотики й тютюн, до того як від них сформується фізична залежність. Личко А. і Бітенський В. визначили адиктивну поведінку як «зловживання різноманітними речовинами, що змінюють психічний стан, включаючи алкоголь і паління тютюну, до того, як від них сформувалася фізична залежність» [4].

Як стверджує Чулков О. та співавтори, «адиктивна поведінка є однією з форм девіантної поведінки і виражається у відході від реальності за допомогою зміни психічного стану. Тобто людина «йде» від реальності, яка її не влаштовує. Суть адиктивної поведінки полягає в прагненні змінити свій психічний стан за допомогою прийому деяких речовин або фіксацією уваги на певних предметах або видах діяльності" [32].

Вивченням адиктивної поведінки займається адиктологія - наука про хімічні та нехімічні залежності, механізми їх формування, розвиток, діагностику, профілактику, лікування та реабілітацію [23].

Як зазначає в своїй дисертаційній роботі Аталієва А., «на сьогоднішній день не існує загальнопсихологічної теорії адикції, а кожна з них зосереджується на деяких аспектах залежності (загальні ознаки залежності, особливості виховання, преморбідні риси характеру, особистісні якості,

психопатологічний фон тощо) та не визначено, як особистісні чинники впливають на розвиток хімічної залежності». Авторка роботи також стверджує, що «незважаючи на значну кількість досліджень, присвячених чинникам формування хімічної залежності, це питання залишається неясними і донині. Засвідчено, що досі поняття «адиктивна поведінка» не підтверджено чіткими критеріями, не розроблений його понятійний апарат, не до кінця з'ясовано, що дає можливість феноменологічної диференціації адиктивних поведінкових патернів» [1].

Загалом більшість авторів мають спільну точку зору щодо того, що «адиктивна поведінка пов'язана з бажанням людини піти з реального життя шляхом зміни стану своєї свідомості» [32]. При цьому адиктивна поведінка може розглядатися як дезадаптивна копінг-стратегія подолання стресу [34]. Чулков О. та співавтори зазначають, що «аддиктивна поведінка характерна для людей з низькою переносимістю психологічних труднощів, які погано адаптуються до швидкої зміни життєвих обставин, які прагнуть в зв'язку з цим швидше і простіше досягти психофізіологічного комфорту. Адикція для них стає універсальним засобом втечі від реального життя» [32].

Історія вивчення проблеми алкоголізації. Алкогольна адикція відома людству протягом тисячоліть. Ще Hippocrates та Galen у своїх роботах згадують про руйнівний вплив шкідливого вживання алкоголю на здоров'я. Але саме наукове вивчення проблеми алкоголізації розпочалося в Європі тільки на початку XIX століття, коли у 1804 р. Trotter Т. охарактеризував тривале, систематичне зловживання спиртними напоями як причину виникнення хвороби, відомої тепер під назвою «алкоголізм», або «алкогольна залежність» [6, с. 9].

У 1852 р. Huss М. – шведський лікар, який ввів термін «алкоголізм», – здійснив докладний опис соматичних та неврологічних розладів, що виникають внаслідок шкідливого вживання алкоголю [6, с. 10].

Велику роль у вивченні клінічної картини алкоголізму відіграла робота Бріль-Крамера К. (1819) «Про запій і його лікування». У цій книзі найбільш детально описана симптоматика запійного пияцтва і дано опис стану, який виникає після припинення багатоденного споживання спиртних напоїв (алкогольний абстинентний синдром). В роботах Kraepelin E. та Bonhoeffer D. підкреслювалося значення патологічного потягу до алкоголю як ознаки, що визначає розвиток та перебіг захворювання [6, с. 10].

Перша спроба розглянути алкоголізм у поступовій динаміці розвитку захворювання належить Корсакову С.. Він вказував, що хронічному алкоголізму передують період випадкового пияцтва, а згодом постійного звичного пияцтва [6, с. 10].

Сучасне розуміння поняття розладів вживання алкоголю. Розлади вживання алкоголю – загальне поняття, яке включає проблеми зловживання алкоголем (також відоме як «побутове пияцтво») та алкогольну залежність, або алкоголізм [7].

Нижче наведені визначення проблем зловживання алкоголем та алкогольної залежності [23]:

- зловживання алкоголем (побутове пияцтво) – це надмірне вживання спиртних напоїв, частіше за все ситуативне, традиційне, або ґрунтоване на невірних переконаннях. В цьому випадку спиртні напої приймаються з різною частотою і в різних дозах – або систематично приймаються невеликі дози алкоголю, або несистематично – велика кількість спиртного. При цьому немає потягу до алкоголю або якихось характерних ознак алкоголізму. Здебільшого зберігається контроль за кількістю випитого, а також за своєю поведінкою в стадії сп'яніння.

- алкогольна залежність, або алкоголізм – це прогресуюче захворювання, яке розвивається внаслідок тривалого зловживання спиртними напоями і характеризується хронічним потягом до алкоголю, зміною реактивності організму, психічною, а потім фізичною залежністю від алкоголю зі

специфічними психічними, неврологічними і соматичними порушеннями, що мають зворотний характер на початку захворювання і незворотний в подальшому та приводять до психічної деградації і тагяря для суспільства.

Згідно з класифікацією ВООЗ [39], розрізняють три варіанти розладів вживання алкоголю:

1. шкідливе вживання алкоголю — це модель споживання алкоголю, яка підвищує ризик шкідливих наслідків для здоров'я, але ще не є побутовим пияцтвом або алкоголізмом;
2. зловживання алкоголем – таке вживання алкоголю, що призводить до наслідків для психічного, фізичного здоров'я і соціального благополуччя, але ще не є сформованою алкогольною залежністю;
3. алкогольна залежність – це сукупність поведінкових, когнітивних і фізіологічних феноменів, які, як правило, включають сильне бажання вживати алкоголь, погіршення контролю над його вживанням, постійне вживання алкоголю, незважаючи на шкідливі наслідки, пріоритезація пияцтва над іншими видами діяльності та обов'язками, підвищена толерантність до алкоголю та реакція відміни при обмеженні вживання алкоголю.

В Міжнародній класифікації хвороб 10 перегляду (МКХ-10) розлади вживання алкоголю розглядаються у розділі «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання ПАР» під кодом F10.

Зловживання спиртними напоями входить в групу хімічної залежності і являється найбільш розповсюдженим [23].

Оскільки вивченням проблеми шкідливого вживання алкоголю та побутового пияцтва займається переважно психологія девіантної поведінки, тоді як алкогольна залежність є предметом медичної науки – наркології [5], - у даній роботі основна увага зосереджена на вивченні проблем шкідливого вживання та зловживання алкоголем (побутового пияцтва).

1.2. Поняття рис особистості, синдрому вигорання та тривожно-депресивних станів

Феномен особистісних рис. Особистість можна розглядати з точки зору різних підходів: психодинамічної теорії, теорії навічіння, теорії рис та ін. Остання є однією з найбільш впливових як в теоретичному, так і емпіричному плані концепцій сучасності. Теорія рис припускає, що існують універсальні риси, у різній мірі притаманні кожній особистості, які визначають характерні для неї патерни реагування. Згідно з теорією рис, особистість можна описати з точки зору вірогідності того, як вона буде діяти, як почуватиме себе та як буде думати – наприклад, буде поводити себе дружелюбно, діяти добросовісно, почувати себе нервозно тощо. Різні автори (Allport G., Eysenck H., Cattell R. та ін.) пропонують різні підходи до визначення рис, які складають основу особистості людини, але більшість з них згодні з тим, що риси – це її фундаментальні «будівельні блоки» [89, с. 257].

П'ятифакторна теорія особистості (Big Five personality traits, «Велика п'ятірка») — теорія, згідно з якою можна виділити п'ять універсальних особистісних рис: екстраверсія, дружелюбність, добросовісність, емоційна стабільність та відкритість новому досвіду. П'ятифакторна теорія особистості виникла як результат численних спроб визначення стрижневих факторів особистості і останні півстоліття утримується як провідна теорія психологічних детермінант особистісних відмінностей. При цьому перераховані вище особистісні риси розглядаються як «універсальні, надкультуральні та демографічні, найбільш загальні характеристики, що дозволяють отримати повні та всебічні характеристики особистості», тоді як сама теорія – «канонічна структура для опису особистості на «побутовому» рівні та в контексті складання особистісних опитувальників» [10].

Нижче перераховані визначення рис особистості згідно з п'ятифакторною теорією рис:

- Екстраверсія (vs. інтроверсія) – це риса, яка відображає патерни взаємодії з соціумом та визначає схильність до соціальної взаємодії [105]. Особи з високим рівнем екстраверсії схильні бути більш комунікабельними, ініціюють соціальну взаємодію, отримують задоволення від спілкування та перебування серед людей, є товариськими і балакучими. Особи з низьким рівнем екстраверсії є більш сором'язливими, надають перевагу самотності та уникненню соціальних активностей [10].
- Дружелюбність – це риса, яка відображає ставлення особистості до стосунків з іншими, її зацікавленості щодо інших, альтруїстичні, дружні та емпатійні якості [105; 10]. Особи з високим рівнем дружелюбності схильні до альтруїзму, чуйності, турботи, допомоги та співчуття до інших. Низький рівень дружелюбності асоціюється з егоцентризмом, сухістю та жорсткістю у стосунках з іншими людьми [10].
- Добросовісність - це риса, яка відображає вдумливість, цілеспрямованість, здатність до контролю своїх імпульсів, рівень організованості [105], мотивації та наполегливості у ставленні людини до цілей та дій. Високий рівень асоціюється з відповідальністю, розсудливістю та надійністю, а також трудоголізмом, схильністю підтримувати порядок і перфекціонізмом. Низький рівень добросовісності асоціюється з недостатньою конкретизацією життєвих цілей та мотивації досягнень, схильністю до гедонізму, імпульсивності у прийнятті рішень, а також спонтанності у діях [10].
- Емоційна стабільність (vs нейротизм) – це риса, яка відображає здатність до емоційної адаптації, подолання стресу, врівноваженості та саморегуляції у разі переживання складного емоційного досвіду (страху, гніву, провини, незадоволення, розгубленості тощо). Високий рівень емоційної стабільності свідчить про здатність контролювати і

долати стрес, низький – про меншу здатність емоційної саморегуляції, схильність до занепокоєння, труднощі у переживанні складних емоційних ситуацій [105].

- Відкритість новому досвіду стосується пізнавальної цікавості до нового, схильності до пошуку, позитивної оцінки нового життєвого досвіду. Висока відкритість досвіду асоціюється з наявністю інтересу до усього, креативності, нетрадиційності, незалежності суджень. Низька відкритість до досвіду асоціюється з консервативністю, прагматичністю інтересів та недовірою до нового [10].

Дослідники галузі професійної поведінки припускають, що риси особистості можуть бути пов'язані з видами кар'єри, які обирають люди, і з тим, як вони діють у цих професіях [89, с. 299]. Крім того, згідно з теорією рис, особистісні характеристики визначають здатність людини до толерування стресу, соціальної взаємодії, пізнання нового, добросовісності та цілеспрямованості – якостей, які асоціюються з успішною лікарською діяльністю. На думку «високий рівень добросовісності, дружелюбності, відкритості до нового досвіду та низький рівень нейротизму являють собою ключову комбінацію для досягнення професійного успіху в медичній професії» [97]. Високий рівень нейротизму також може визначати схильність до розвитку тривожно-депресивних розладів [44].

Соціальна роль лікаря. Соціальна роль – це складні патерни поведінки, які є очікуваними від індивіда у зв'язку з його соціальною позицією (в сім'ї, кар'єрі, освіті тощо) [48, с.649]. Відповідно, соціальна роль лікаря – це вимоги/очікування, які висуває соціум до представника професії «Лікар».

Про вимоги/очікування від компетентностей українського лікаря можна судити з положень Клятви лікаря України - урочистої й офіційної присяги, яку дають випускники вищих навчальних медичних закладів України [11]. Згідно з присягою, від лікарів очікується, що лікарі вони:

1. Усвідомлюють важливість покладених на них обов'язків

2. Віддають усі знання, сили та вміння справі охорони здоров'я і поліпшення здоров'я людей, лікуванню і запобіганню захворювань

3. Незмінно керуються у своїх діях і помислах принципами загальнолюдської моралі

4. Є безкорисливим і чуйним до хворих, визнають свої помилки, гідно продовжують благородні традиції світової медицини

5. Зберігають лікарську таємницю, не використовують її на шкоду людині

6. Дотримуються правил професійної етики

7. Постійно поглиблюють і вдосконалювати свої знання та вміння, у разі необхідності звертаються за допомогою до колег і самі ніколи їм у цьому не відмовляють

8. Власним прикладом сприяють вихованню фізично і морально здорового покоління, утверджують високі ідеали милосердя, любові, злагоди і взаємоповаги між людьми.

У 2002 році в журналі «The BMJ» (British Medical Journal – Британський Медичний Журнал)– одному з найстаріших рецензованих медичних журналів в світі [98], - була опублікована стаття на тему «Що означає бути хорошим лікарем?» [92]. Автор статті визначив, що хороший лікар повинен:

1. Поважати пацієнтів - здорових чи хворих, ким би вони не були

2. Підтримувати пацієнтів та їхніх близьких

3. Зміцнювати здоров'я та лікувати хвороби

4. Використовувати можливості інформаційних і комунікаційних технологій, аби забезпечувати пацієнтів найкращою сучасною інформацією, поважаючи при цьому їхні індивідуальні цінності та вподобання

5. Ставити ввічливі запитання, дозволяти пацієнтам говорити та уважно їх слухати

6. Давати неупереджені поради, дозволяти пацієнтам брати активну участь у всіх рішеннях, пов'язаних з їхнім здоров'ям, ретельно оцінювати кожну ситуацію та допомагати незалежно від неї
7. Використовувати аргументи як інструмент, а не як визначальний фактор практики
8. Приймати смерть як важливу частину життя і допомогти людям якнайкраще підготуватися, коли смерть близько
9. Співпрацювати з іншими членами медичної команди
10. Бути активними захисниками своїх пацієнтів, наставниками для інших медичних працівників і готовими вчитися в інших, незалежно від їх віку, ролі чи статусу.

З описаного вище очевидно, що до особистості лікаря є надзвичайно багато вимог, які насилу підвладні для кожної людини. Деякі автори зазначають, що медична підготовка наголошує на необхідній наявності у лікарів схильності до перфекціонізму, заперечення особистої вразливості та навіть відстрочення власного задоволення як важливих компетентностей [80; 96; 101]. Дослідниця Gazelle G. у своїй роботі «Physician Burnout: Coaching a Way Out» («Лікарське вигорання: коучінг як вихід») зазначає, що такі риси, як компульсивність, почуття провини та самозречення можуть сприяти успіху в медичній освіті та навчанні, однак у довгостроковій перспективі ці ж риси можуть сприяти емоційному вигоранню [57].

Загалом робота лікаря пов'язана з численними стресогенними факторами: комунікація з хворими людьми, діагностика в умовах обмеженості даних (доступності досліджень, часу, фінансових ресурсів), моніторингу ефективності лікування та побічних дій, ненормованим робочим графіком. В одному з досліджень більшість лікарів найбільшими викликами їх професії зазначили тривалі зміни, брак ресурсів і велике робоче навантаження. [84]. Загальновідомою проблемою лікарів в Україні є низька оплата праці, та

відсутність гідного рівня життя, матеріального, соціального і правового забезпечення [21].

Синдром вигорання. Згідно з визначенням ВООЗ, вигорання - це синдром, який розвивається як результат хронічного стресу на робочому місці, з яким не вдалося впоратися. Вигорання включено до 11-го перегляду Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-11) як професійне явище в розділ «Фактори, що впливають на стан здоров'я або звернення до медичних закладів» [108].

Згідно з критеріями, наведеними в МКХ-11, синдром вигорання характеризується такими критеріями:

1. відчуття зниження енергії або виснаження;
2. ментальна відстороненість від роботи або почуття негативізму чи цинізму, пов'язані з роботою;
3. зниження професійної ефективності.

Варто зазначити, що синдром вигорання включено до МКХ-11 як професійне явище. Воно не класифікується як медичний стан, тобто не вважається хворобою [78].

Лікарі – професійна група, яка піддається високому рівню стресу під час виконання своїх обов'язків та є особливо вразливою до синдрому вигорання. Вигорання серед лікарів також підвищує ризик депресії, порушення сну, втоми, зловживання алкоголем і наркотиками і, можливо, навіть самогубства [65].

Джерела стресу в медичній практиці можуть варіюватися від емоцій, що виникають під час спілкування з пацієнтами, до середовища, в якому лікарі практикують. Дослідженню аспектів розвитку синдрому вигорання у медичних працівників присвячено багато сучасних досліджень [52; 54; 110; 112].

Бойко В. у своїй роботі трактує синдром емоційного вигорання як «механізм захисту організму у формі повного або часткового виключення емоцій у відповідь на певні психотравмувальні чинники». На думку вченого,

вигорання є своєрідним «захисним механізмом», оскільки дає змогу людині дозувати й ощадливо витратити енергетичні ресурси [3]. У той же час, можуть виникати також дисфункційні наслідки, коли вигорання негативно позначається на виконанні професійної діяльності [2].

Вивченню психологічних особливостей вигорання лікарів було присвячене українське дослідження Бегези Л. та співавторів, проведене у 2020 році серед 593 лікарів різних спеціальностей. У своїй роботі автори визначають вигорання як процес поступової втрати емоційної та фізичної енергії, який проявляється в симптомах емоційного й фізичного виснаження, особистісної професійної перевтоми, емоційним зниженням задоволення під час виконання поставлених завдань. Згідно з результатами дослідження, прояви вигорання були ідентифіковані у більше, ніж 50% лікарів, які прийняли участь у дослідженні [2].

Варто звернути увагу, що дослідження Бегези Л. та співавторів проводилося у 2020 році – тобто у час розпалу пандемії COVID-19 та високої навантаженості лікарів практично усіх спеціальностей, але у довоєнний час [2]. Сьогоднішні реалії поставили українців, у тому числі українських лікарів, з новим потужним стресогенним фактором – війною, що, імовірно, також негативно відображається на їх загальному психологічному благополуччі.

Депресивні прояви. Згідно з даними, наведеними в роботі Чабана О. та співавторів, станом на 2016 в Україні на депресивні розлади страждало близько 4.52% населення, що робить депресію надзвичайно важливою проблемою нашої держави. При цьому, згідно з даними результатів дослідження Світового банку 2017 року, Україна входить у десятку країн світу з найвищими показниками самогубств [30, с.12].

У ряді досліджень було продемонстровано, що поширеність депресії серед лікарів є вищою, ніж серед населення в цілому. Депресія серед лікарів може бути пов'язана з погіршенням якістю догляду за пацієнтами та збільшенням кількості медичних помилок [73].

Поширеність депресії у лікарів варіюється в різних дослідженнях та становить від 3% до 60% [43; 111]. В Україні дослідження щодо визначення поширеності депресії серед лікарів було проведене у 2017 році професором Віталієм Кривенко та співавторами. Згідно з результатами дослідження, у 20% респондентів були виявлені показники, які відповідали субдепресії, у 5.7% - помірній депресії та 5.7% - вираженій депресії [14]. Варто звернути увагу, що дане дослідження проводилося ще до періоду пандемії та війни.

Депресивні розлади часто є коморбідними з алкогольною адикцією, що обумовлює актуальність вивчення проблеми депресії серед лікарів у структурі даної роботи. Одночасна поява цих розладів пов'язана з більшою тяжкістю та гіршим прогнозом, ніж будь-який розлад окремо [75].

Тривожність. Тривога є універсальною та найпоширенішою адаптаційною емоційною реакцією організму на ситуації загрози, невизначеності або зміни життєвого стереотипу. Сама по собі тривога як емоція є важливою та невід'ємною складовою емоційного досвіду. Тривога входить до структури неспецифічного стресового синдрому, що розвивається у відповідь на психотравмуючі події. Її фізіологічне значення полягає в мобілізації організму для швидкого досягнення адаптації [31].

Деякі автори розрізняють фізіологічну та патологічну тривогу, де остання – це «безпредметне занепокоєння», безпідставне невизначене хвилювання, передчуття небезпеки, загрозливої катастрофи з відчуттям внутрішньої напруги, що не пов'язане з реальною загрозою [31].

Необхідність вивчення тривожності в структурі даної роботи визначається тенденцією тривожних розладів до затяжного перебігу та формування коморбідних співвідношень із депресивною симптоматикою [31], а також з алкогольною адикцією [95].

Взаємозв'язок тривожності та алкоголізації загалом описаний у багатьох роботах [4; 33]. Так, дослідник Anker J. та співавтори (2019) у роботі («Co-Occurring Alcohol Use Disorder and Anxiety: Bridging Psychiatric, Psychological,

and Neurobiological Perspectives») «Коморбідність розладів вживання алкоголю та тривоги: поєднання психіатричних, психологічних та нейробиологічних перспектив» [37] стверджують, що «наявність діагнозу, пов'язаного з тривогою або розладами вживання алкоголю, підвищує потенційний ризик розвитку іншого розладу. Нещодавні дослідження все більше підтверджують нейронаукову точку зору про те, що ці стани мають спільні нейробиологічні процеси, що лежать в основі, що взаємно посилюється».

Робота лікаря пов'язана з високим рівнем психоемоційного навантаження, що призводить до більш високого рівня поширеності та вираженості тривожних розладів, ніж серед населення в цілому [19].

Разом з тим, в Україні дані щодо поширеності та вираженості тривожних розладів серед лікарів є обмеженими. У 2017 році було опубліковане дослідження Мороз Г. та співавторів [19], присвячене оцінці поширеності тривожно-депресивних розладів серед військових лікарів. Згідно з результатами дослідження, тривожно-депресивні розлади було виявлено загалом у $24,5 \pm 4,3\%$ обстежених, що значно перевищувало популяційні показники (8–10%).

Як і депресія, тривожні розлади часто є коморбідними з розладами вживання алкоголю [95], при цьому існують дані щодо спільності нейробиологічних процесів при обох розладах [37]. Це обумовлює доцільність комплексного вивчення тривожних розладів та алкогольної адикції серед лікарів.

1.3. Взаємозв'язок психологічних чинників та алкогольної адикції у лікарів

Темі вивчення поширеності алкогольної адикції серед лікарів, а також взаємозв'язку між алкоголізацією, вигоранням та тривожно-депресивними станами були присвячені численні дослідження, проте результати їх неоднозначні. Нижче наведений короткий огляд останніх із них.

У 2020 році були опубліковані результати крос-секторального французького дослідження, присвяченого вивченню поширеності розладів, пов'язаних з вживанням алкоголю, серед французьких лікарів та чинників, які обумовлювали їх виникнення [99]. У дослідженні прийняли участь 515 лікарів: 108 лікарів загальної практики та 407 терапевтів. Поширеність небезпечного вживання алкоголю склала 12,6 %. Чинниками, незалежно пов'язаними зі шкідливим вживанням алкоголю, були зловживання наркотичними речовинами і наявність робочого контракту на визначений термін для лікарів.

У 2019 були опубліковані результати французького дослідження Lenoir A. та співавт., згідно з яким вигорання було чинником, пов'язаними з вищим ризиком формування алкогольної залежності [66]. Подібні результати були виявленні у роботі Pedersen A. та співавторів (2016), присвяченій вивченню факторів формування алкогольної залежності серед датських лікарів – автори дійшли висновку, шкідливе вживання алкоголю асоціювалося з вигоранням та алекситемією [88].

Масштабне американське дослідження Oreskovich R. та співавторів, в якому взяли участь 27276 лікарів, виявило, що серед опитаних лікарів 12,9% лікарів-чоловіків і 21,4% лікарів-жінок відповідали діагностичним критеріям зловживання алкоголем або алкогольної залежності. Факторами, незалежно пов'язаними зі зловживанням або залежністю від алкоголю, були вік, кількість робочих годин, чоловіча стать, сімейний статус, наявність дітей, а також будь-яка лікарська спеціальність, крім внутрішньої медицини. Зловживання алкоголем або залежність асоціювалися з виснаженням ($p < 0,0001$), депресією

($p < 0,0001$), суїцидальними думками ($p = 0,0004$), нижчою якістю життя та нижчою задоволеністю кар'єрою [85].

Прямий взаємозв'язок між побутовим пияцтвом, вигоранням та тривожно-депресивними розладами серед лікарів був наглядно продемонстрований у дослідженні Wei S. та співавторів [104].

У 2016 році були опубліковані результати норвезького лонгітюдного дослідження тривалістю 15 років щодо контекстуальних факторів та психічних дистресів як можливих предикторів побутового пияцтва серед лікарів. Автори дослідження дійшли висновку, що «робочий стрес лікарів не був пов'язаний із шкідливим вживанням алкоголю, але з ним асоціювалися життєві негаразди, психічні розлади та вживання алкоголю як копінг-стратегія» [62].

У той же час, дослідник Kumar S. та співавтори у своїй роботі «Burnout and Doctors: Prevalence, Prevention and Intervention» («Вигорання та лікарі: поширеність, профілактика та втручання») стверджують, що вживання лікарями алкоголю може бути пов'язане з вигоранням та депресією: «Під час виконання професійної діяльності лікарі піддаються високому рівню стресу та особливо сприйнятливий до вигорання. Вигорання серед лікарів підвищує ризик депресії, тривоги, порушення сну, втоми, зловживання алкоголем і наркотиками» [65].

На питання про те, чи підвищує професійний дистрес ризик вживання алкоголю, поганого самопочуття та проблем зі сном серед лікарів шукали відповідь дослідники з Великобританії Medisauskaite A. та співавтори. Результати дослідження продемонстрували, що серед опитаних 417 лікарів 44% зловживали алкоголем і 5% відповідали критеріям алкогольної залежності. Автори дослідження дійшли висновку, що професійний дистрес збільшує шанси лікарів до формування алкогольної залежності [76].

Також численні дослідження вивчали взаємозв'язок між рисами особистості та схильністю до алкоголізації. Так, у дослідженні Dash G. та

співавторів (2019) було виявлено, що такі риси «Великої п'ятірки», як високий нейротизм, низький рівень дружелюбності і добросовісності пов'язані із загальною схильністю до алкоголізації [50]. Подібні результати були виявлені у дослідженні Luchetti M та співавторів (2019), де високий рівень добросовісності асоціювався з меншою схильністю до розвитку алкогольної адикції [70]. У квітні 2023 року були опубліковані результати аналогічного британського дослідження Kang W., згідно з якими високий рівень екстраверсії має позитивний зв'язок із частотою алкогольного сп'яніння як у чоловіків та жінок, у той час як добросовісність негативно корелює із частотою алкогольного сп'яніння серед жінок [63].

Обмежена кількість досліджень вивчала взаємозв'язок між особистісними рисами та успішністю в лікарській професійній діяльності. Дослідження Costa P. та співавторів (2014) вивчало взаємозв'язок між рисами «Великої п'ятірки» та емпатичністю серед студентів медичних університетів. Згідно з результатами дослідження, такі риси, як дружелюбність і відкритість до досвіду мали пряму кореляцію із рівнем емпатії студентів-медиків [49]. Зважаючи на обмеженість даних щодо взаємозв'язку особистісних рис та схильністю до алкогольної адикції серед лікарської спільноти, цей взаємозв'язок становить науковий інтерес і було розглянуте в межах даного дослідження.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ I

Алкогільна адикція серед лікарів є актуальною проблемою сьогодення у всьому світі. Численні дослідження демонструють високу поширеність алкогільної адикції серед лікарів, а також взаємозв'язок цієї проблеми з вигоранням, депресивними проявами та тривожністю. Результати досліджень також вказують на взаємозв'язок між рисами «Великої п'ятірки» та схильністю до алкогільної адикції, проте дані щодо таких тенденцій серед лікарської спільноти є обмеженими і представляють науковий інтерес.

Існує декілька підходів до визначення та класифікації алкогільної адикції. У даному дослідженні використана класифікація ВООЗ, згідно з якою розрізняють 3 варіанти: шкідливе вживання алкогілью, зловживання алкогільем та алкогільна залежність (остання не є частиною даного дослідження).

Багато авторів схильні до пояснення процесу алкогільзації лікарів як дезадаптивної копінг-стратегії, спрямованої на подолання емоційного дискомфорту, спричиненого високим рівнем стресу у лікарській практиці.

РОЗДІЛ II: ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ ТА АЛКОГОЛІЗАЦІЇ

2.1. Підходи до дослідження проблеми алкоголізації та психологічних чинників її розвитку

Дослідження феномену алкогольної адикції. Існує велика кількість скринінгових опитувальників, які застосовуються для оцінки алкогольної адикції [64].

Одними з найбільш часто застосовуваних скринінгових опитувальників є тест MAST (Michigan Alcoholism Screening Test — Мічиганський алкогольний скринінг-тест), опитувальник CAGE (CAGE – аббревіатура чотирьох питань опитувальника - C (Cut down - обмеження), A (Annoyance - роздратування), G (Guilt - сором), E (Eye opener – відкривання очей) та AUDIT [33; 57].

У ході роботи був проведений аналіз найбільш часто застосовуваних опитувальників щодо оцінки алкогольної адикції серед лікарів. Встановлено, що серед проаналізованих наукових публікацій переважна більшість сучасних дослідників з метою скринінгу використовувала опитувальник AUDIT [56; 62; 76; 88; 99].

Опитувальник AUDIT – стандартизований, надійний та валідний опитувальник, адаптований для українською популяції, що і слугувало причиною використання цього опитувальника у даній роботі [39; 27].

Дослідження синдрому вигорання. Існує ряд методик, які застосовуються для дослідження синдрому вигорання, зокрема методика «Діагностики рівня емоційного вигорання» Бойка В., методика «Визначення психічного «вигорання» Рукавішнікова О. методика «Синдром «вигорання» у професіях системи людина – людина» (Нікіфоров С.) та опитувальник «Професійне вигорання» Maslach (Maslach Burnout Inventory, MBI). Останній визнано однією із провідних методик вимірювання емоційного та професійного вигорання [16].

Серед проаналізованих українських публікацій для вимірювання синдрому вигорання лікарів найчастіше застосовується опитувальник «Професійне вигорання» (Maslach Burnout Inventory, MBI), адаптований Н.Є. Водоп'яною [2; 17; 20]. Останній був обраний для застосування у даній роботі.

Дослідження депресивних проявів. Існує велика кількість методик, які застосовуються з метою скринінгу депресії, зокрема шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory, BDI), PHQ-9 (Patient Health Questionnaire – Анкета здоров'я пацієнта), HAM-D (Hamilton Depression Rating Scale - Шкала Гамільтона для оцінки депресії) та ін. [35].

BDI – один з найбільш часто застосовуваних опитувальників для скринінгу депресії, у тому числі серед лікарів [51; 61; 69; 73; 14]. Висока надійність та валідність даного опитувальника [102], оптимальна кількість запитань, а також доступність україномовного варіанту, представленого на сайті УІКПТ (Українського інституту когнітивно-поведінкової терапії) [25], була основою для обрання цього опитувальника до застосування у даній роботі.

Дослідження тривожності. Існує велика кількість опитувальників, які використовуються для вимірювання рівня тривожності населення - шкала тривоги Спілбергера (State-Trait Anxiety Inventory, STAI), шкала тривоги Бека (Beck Anxiety Inventory, BAI), шкала тривоги Гамільтона (The Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS) та ін. [31].

У даному дослідженні була використаний опитувальник BAI, який характеризується високою надійністю та валідністю [55], є простим у застосуванні та інтерпретації. Україномовна версія опитувальника, використана у дослідженні, взята з архіву онлайн-бібліотеки УІКПТ [26].

Дослідження особистісних рис. Існує велика кількість опитувальників для дослідження рис «Великої п'ятірки», зокрема BFI (Big Five Inventory, опитувальник «Велика п'ятірка»), NEO PI-R (Revised Neuroticism-

Extroversion-Openness Personality Inventory - Переглянутий опис особистості NEO, де NEO - Neuroticism-Extroversion-Openness (Нейротизм-Екстраверсія-Відкритість новому досвіду), компактна шкала «Локатор великої п'ятірки» (The Big Five Locator), а також короткі версії опитувальників для вимірювання рис «Великої п'ятірки» - 21 питання VFI-K (Kurzversion des Big Five Inventory – коротка версія опитувальника «Велика п'ятірка»), TIPI (Ten Item Personality Inventory, 10-пунктовий опитувальник рис особистості) та ін. [10].

У даному дослідженні був використаний опитувальник TIPI, а саме його адаптована україномовна версія Кліманської М. та співавторів [10].

2.2. Організація та проведення емпіричного дослідження

Опис вибірки респондентів. У дослідженні прийняв участь 172 лікарів. Більшість учасників були віком 25-30 років (79,7%; n = 137), 8.1% учасників (n=14) - віком 31-45 років, 7,0% (n=12) - >45 років і 5,2% (n=9) були віком менше 25 років. Розподіл за статтю: 118 жінки (68,6%) та 54 чоловіки (31,4%). Наявність дітей: 45 учасників (26,2%) мали дітей та 127 (73,8%) не мали. Лікарський стаж: 146 учасники (84,9%) мали лікарський стаж < 5 років, 14 учасників (8,1%) – 5-10 років та 12 учасників (7,0%) – більше 10 років. Форма закладу, де працюють респонденти: 87 працюють (50,6%) в державному лікувальному закладі, 41 (23,8%) – в приватному лікувальному закладі, 45 (24,6%) працюють і там, і там.

Опис груп респондентів. Учасників дослідження було розподілено на дві групи: група 1 (n=33) – лікарі, які мали проблеми з вживанням алкоголю згідно з результатами по шкалі AUDIT (значення по шкалі AUDIT \geq 8 балів); група 2 (n=139) – лікарі, які не мали проблем з вживанням алкоголю (значення по шкалі AUDIT < 8 балів).

Організація та проведення дослідження. Відповіді респондентів збиралися через сервіс адміністрування опитувань Google Forms. На початку опитування містився текст інформованої згоди, де респондентів було проінформовано про мету проведення опитування, загальну кількість питань та середній час проходження опитування. Математико-статистична обробка даних проводилася у програмі Jamovi (v. 1.6.23).

Опис методик. Нижче представлений короткий опис методик, які були використані у дослідженні та відповідали критеріям валідності та достатності:

- *AUDIT.* Методика AUDIT була розроблена ВООЗ як опитувальник, адаптований для міжнародного використання у 1989 році на основі дослідження, в якому взяли участь пацієнти з шести країн, які представляли різні регіони світу та різні політичні та економічні системи

(Норвегія, Австралія, Кенія, Болгарія, Мексика та Сполучені Штати Америки) [39].

Методика AUDIT допомагає визначити, чи має людина ознаки шкідливого вживання алкоголю, зловживання алкоголем або алкогольної залежності.

Методика AUDIT містить 10 питань та включає 3 шкали:

1. перша підшкала спрямована на оцінку частоти та кількості вживання алкоголю
2. друга підшкала спрямована на оцінку залежності від алкоголю
3. третя підшкала спрямована на оцінку негативних наслідків вживання алкоголю.

Відповіді на пункти оцінюються в діапазоні від 0 до 4 балів (крім останніх двох питань з можливими оцінками 0, 2 або 4). Діапазон можливих балів для даної методики становить 0–40.

Інтерпретація результатів тесту є наступною [39]:

- 0-7 - низький рівень ризику - ймовірність нанесення шкоди здоров'ю при такому рівні споживання алкоголю невелика.
- 8-15 – шкідливе вживання алкоголю (англ. Hazardous drinking) – це модель споживання алкоголю, яка підвищує ризик шкідливих наслідків, призводить до фізичної чи психологічної шкоди.
- 16-19 – зловживання алкоголем (Harmful use) - вживання алкоголю, що призводить до наслідків для фізичного, психічного здоров'я та соціального благополуччя.
- 20+ - ризик залежності (Alcohol dependence), де алкогольна залежність – це сукупність поведінкових, когнітивних і фізіологічних феноменів, які можуть розвинутиися після повторного вживання алкоголю.
- *MBI-HSS (MP)*. Для вимірювання вигорання лікарів було використано методику MBI-HSS (MP) (The Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey) – «Опитувальник вигорання Маслач для працівників соціальної сфери (медичних працівників)».

Опитувальник MBI-HSS (MP) був розроблений Maslach С. та Jackson S. у 1983 р. та призначений для вимірювання основних показників синдрому професійного вигорання та містить 22 питання. На кожне з питань респондент може відповісти одним із варіантів: «Ніколи», «Декілька разів на рік або рідше», «Раз на місяць або рідше», «Кілька разів на місяць», «Один раз тиждень», «Кілька разів на тиждень», «Щодня», які оцінюються у 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6 балів відповідно. За структурою MBI-HSS (MP) має три шкали, що досліджують складові вигорання: емоційне виснаження, деперсоналізацію та оцінку професійних досягнень [68; 71; 72; 9; 12], де:

- емоційне виснаження - відображає почуття емоційної спустошеності й втоми, зумовлене власною роботою; є ключовим аспектом синдрому і розглядається як його первинний прояв (максимальна сума балів по шкалі – 54).
- деперсоналізація включає дистанціювання та розвиток негативного ставлення до своїх колег і пацієнтів; виникає у відповідь на вищезгадане емоційне виснаження (максимальна сума балів по шкалі – 30).
- оцінка професійних досягнень віддзеркалює самооцінку продуктивності, ефективності, досягнень спеціаліста у професійній діяльності, або виникнення почуття некомпетентності у своїй професійній сфері, усвідомлення неуспіху в ній (максимальна сума балів по шкалі – 48).

Про наявність синдрому вигорання свідчать високі оцінки за шкалами «емоційне виснаження» і «деперсоналізації» та низькі за шкалою «оцінка професійних досягнень» [9].

Оцінювання субшкал за методикою MBI-HSS (MP) представлено у таблиці 2.1 [9]:

Таблиця 2.1.

Інтерпретація результатів опитування за методикою MBI-HSS (MP)

Шкала	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
Емоційне виснаження	≤ 17	18-29	≥ 30
Деперсоналізація	≤ 5	6-11	≥ 12
Оцінка особистісних досягнень	≤ 33	34-39	≥ 40

Також для загального оцінювання відповідей на MBI-HSS (MP) використовується інтегральний показник згідно математичної моделі, запропонованої НППНІ ім. Бехтерева [20; 24]. Інтегральний індекс відображає суму всіх шкальних оцінок та розраховується за формулою [24]:

$$\rho = \sqrt{\frac{(EE_x/54)^2 + (DP_x/30)^2 + (1 - PA_x/48)^2}{3}}$$

де:

- EE_x - значення респондента за шкалою «Емоційне становище».
- 54 - максимальне значення за шкалою «Емоційне становище».
- DP_x - значення респонденту за шкалою «Деперсоналізація».
- 30 - максимальне значення за шкалою «Деперсоналізація».
- PA_x - значення респонденту за шкалою «Оцінка професійних досягнень».
- 48 - максимальне значення за шкалою «Оцінка професійних досягнень».

Інтерпретація значень інтегрального показника: 0 – 0,023 – низький рівень, 0,24 – 0,39 – середній рівень, 0,4 – 1 – високий рівень [24].

- **BDI.** Опитувальник BDI є одним з найбільш популярних опитувальників щодо визначення симптомів депресії в світі, який був використаний у більше, ніж 7000 досліджень. Шкала BDI була розроблена на підставі клінічних спостережень, що дозволили виявити обмежений набір найбільш релевантних і значущих симптомів депресії [61; 30, с. 72].

Перша версія опитувальника була розроблена у 1961 році, після чого BDI зазнав двох основних переглядів: у 1978 році як BDI-IA і в 1996 році як BDI-II. Оновлений BDI-II враховує психологічні та соматичні прояви великого депресивного епізоду. На відміну від оригінальної версії, BDI-II не відображає жодної конкретної теорії депресії [61; 102].

У даному дослідженні використано версію BDI-II. Опитувальник BDI-II містить 21 питання, 4 варіанти відповіді та дві субшкали: когнітивно-поведінкових (пункти 1-13) і соматичних проявів депресії (пункти 14-21) [30, с. 72-73].

Інтерпретація результатів по BDI-II [24]:

1. Відсутність депресивних симптомів: 0-9 балів
 2. Легка депресія (субдепресія): 10-15 балів
 3. Помірна депресія: 16-19 балів
 4. Виражена депресія: 20-29 балів
 5. Дуже тяжка депресія: 30-63 балів
- *ВАІ*. Шкала ВАІ, створена Бек А. та співавторами, є методикою для самооцінки тривоги та включає 21 питання із множинним варіантом відповідей. Шкала ВАІ використовується для вимірювання рівня тривоги у підлітків і дорослих віком від 17 років. Запитання ВАІ стосуються загальних симптомів тривоги у респондента протягом останнього тижня. Опитування в середньому займає від 5 до 10 хвилин. Декілька досліджень продемонстрували високу надійність та валідність опитувальника ВАІ [67; 87].

Інтерпретація результатів по ВАІ [26]:

- Варіант норми: 0-7 балів
- Легка тривожність: 8-15 балів
- Помірна тривожність: 16-25 балів
- Виражена тривожність: > 26 балів

- *TIPI* – короткий опитувальник для визначення рис «Великої п'ятірки», розроблений та опублікований Gosling R. та співторами у 2003 році [59]. Автори опитувальника *TIPI* зазначають, що «за рівних умов довгі опитувальники, як правило, мають кращі психометричні властивості, аніж короткі. Однак витрати, пов'язані з короткими інструментами, не завжди такі великі, як можна побоюватися. Що ще важливіше - є деякі випадки, коли короткі інструменти дозволяють проводити дослідження, які були б неможливими за допомогою довгих інструментів» [59]. Таким чином, автори *TIPI* підкреслюють, що коротка версія опитувальника підходить для великих опитувань, батарея яких включає і інші методики, що в сумі призводить до великої кількості питань, на яку повинні відповісти респонденти. Таким чином, очевидною перевагою використання короткого опитувальника *TIPI* є зменшення рівня нудьги та часто вираженої фрустрації досліджуваних, які можуть негативно впливати на заангажованість та щирість досліджуваних у разі проведення досліджень із використанням великої кількості завдань. Зважаючи на потенційно велику кількість питань, яка запропонована учасникам даного дослідження, а також існування адаптованої для українського населення опитувальника *TIPI* [10], його було використано для вимірювання рис «Великої п'ятірки» серед лікарів.

Інтерпретація результатів по *TIPI*: результати опитування респондентів були порівняні з результатами масштабного міжнародного опитування за участі 306718 учасників, опублікованими на офіційному ресурсі «GOSLING LAB» факультету психології Техаського університету [58]. Значення, з якими проводилося порівняння результатів даного дослідження, відображені у таблиці 2.1.

Таблиця 2.2

Норми значення ТІРІ для жінок та чоловіків (середня значення ± стандартне відхилення)

Вік/Р иса	Жінки					Чоловіки				
	Е	А	С	ES	О	Е	А	С	ES	О
21-30	4.07± 1.61	4.88± 1.19	4.78± 1.41	4.09± 1.45	5.55± 1.12	3.73± 1.54	4.5±1. 2	4.57± 1.39	4.64± 1.46	5.49± 1.13
31-40	4.17± 1.64	5.04± 1.19	4.97± 1.41	4.25± 1.45	5.49± 1.18	3.81± 1.54	4.55± 1.21	4.77± 1.35	4.63± 1.42	5.49± 1.12
41-50	4.2±1. 64	5.28± 1.17	5.18± 1.36	4.49± 1.45	5.46± 1.2	3.85± 1.54	4.7±1. 18	4.96± 1.35	4.72± 1.39	5.41± 1.17

Примітки. (Е (Extraversion) – екстраверсія, А (Agreeableness) – дружелюбність, С (Conscientiousness) – добросовісність, ES (Emotional Stability) – емоційна стабільність, О (Openness) – відкритість).

2.3. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів

Проведено визначення загального розподілу відповідей у вибірці та порівняння їх з аналогічними дослідженнями, вимірювання показнику Альфа Кронбаха, коефіцієнту кореляції Пірсона, здійснено регресивний аналіз з визначенням коефіцієнту часткової кореляції та Т-критерію Стьюдента.

Показник Альфа Кронбаха. Результати визначення показника показника надійності-погодженості Альфа Кронбаха для кожної зі шкал опитувальника відображені у таблиці 2.1.

Таблиця 2.3

Показник надійності-погодженості Альфа Кронбаха для шкал, використаних в опитуванні.

Питання шкали	Показник Альфа Кронбаха
AUDIT	0.697
MBI-HSS (MP) (загальний показник для всіх питань)	0.680
Емоційне виснаження	0.847
Деперсоналізація	0.682
Оцінка професійних досягнень	0.739
BDI-II	0.766
BAI	0.855
TPI	0.599

Отже, для усіх шкал показник Альфа Кронбаха >0.5 – прийнятний, що відображає, що відповіді респондентів на питання опитування були погодженими та можуть використовуватися для подальшої інтерпретації.

Підрахунок сумарних показників у вибірці. Середні значення показників у вибірці представлені у таблиці 2.2.

Таблиця 2.4

Середні значення показників у вибірці за шкалами для визначення алкогольної адикції, синдрому вигорання, депресії та тривожності

Загальна вибірка (n=172)						
AUDIT	Емоційне виснаження	Деперсоналізація	Оцінка професійних досягнень	Інтегральний показник	BDI-II	BAI
4.75	27.2	11.4	32.4	0.419	12.8	12

Таблиця 2.5

Середні значення показників у вибірці по ТІРІ

Вік/Риса	Жінки					Чоловіки				
	Е	А	С	ES	О	Е	А	С	ES	О
21-30	4,70	5,45	5,57	3,60	5,42	5,35	5,36	4,72	4,64	5,12
31-40	3,67	5,50	5,50	4,33	4,67	4,40	5,20	4,00	4,60	4,30
41-50	3,83	5,67	6,33	3,83	4,17	3,00	2,00	3,50	1,50	2,50

Примітки. (Е (Extraversion) – екстраверсія, А (Agreeableness) – дружелюбність, С (Conscientiousness) – добросовісність, ES (Emotional Stability) – емоційна стабільність, О (Openness) – відкритість).

Інтерпретація результатів показників у загальній вибірці:

- Зловживання алкоголем - AUDIT – 4.75 – відповідає низькому рівню ризику, за якого ймовірність нанесення шкоди здоров'ю при такому рівні споживання алкоголю є невеликою.
- Емоційне виснаження – 27.2 – відповідає середньому рівню;
- Деперсоналізація – 11.4 – відповідає середньому рівню;
- Оцінка персональних досягнень – 32.4 – відповідає низькому рівню;
- Інтегральний показник 0.419 – відповідає високому рівню;
- BDI-II – 12.8 – відповідає субдепресії;
- BAI – 12 – відповідає легкому ступеню тривожності
- ТІРІ – усі показники відповідають середньостатистичній нормі у популяції, окрім значення показника екстраверсії у групі чоловіків віком 21-30 років (значення у вибірці: 5,35; значення у популяції: 3.73 ± 1.54 , тобто середнє значення по екстраверсії перебуває за межами одного стандартного відхилення від середніх показників у загальній популяції ($5,35 > 5,27$; $SD=1.54$))

Таким чином, типовий представник вибірки не має проблем із вживанням алкоголю, але має ознаки вираженого емоційного вигорання (згідно з інтегральним показником), субдепресії та легкої тривоги. Чоловіки даної вибірки віком 21-30 років мають дещо вищі показники за шкалою екстраверсії у порівнянні з загальною популяцією.

Розподіл результатів показників у загальній вибірці. На рисунках 2.3-2.9 відображені розподіл відповідей серед учасників дослідження.

Розподіл відповідей респондентів на опитувальник AUDIT:

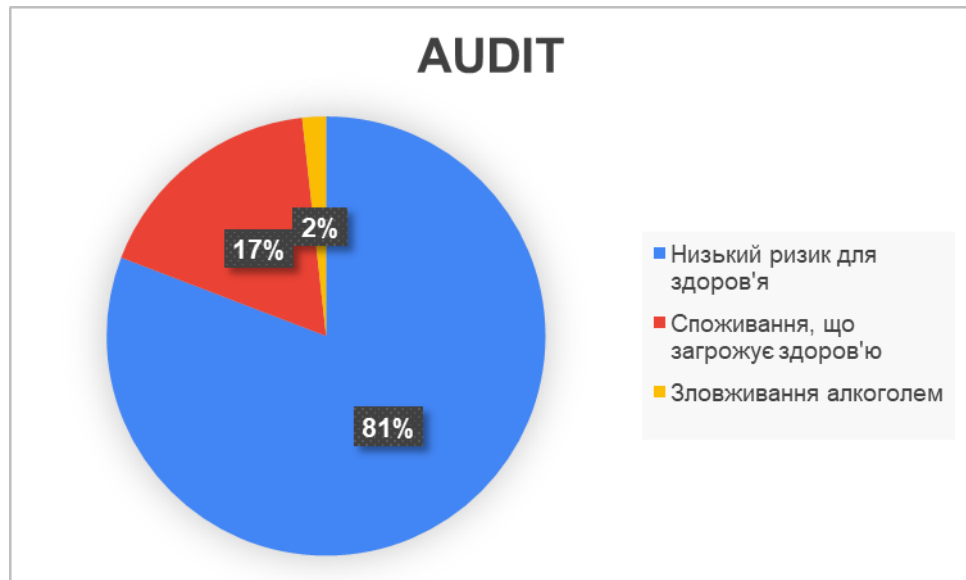


Рисунок 2.3. Результати відповідей респондентів на питання опитувальника AUDIT.

Таким чином, 81% респондентів (n=139) не має проблем із вживанням алкоголю, 17% (n=30) мають вживання, яке загрожує здоров'ю, 2% (n=3) є побутовими пияками. У жодного лікаря не виявлено ознак алкогольної залежності. Для порівняння: у французькому дослідженні Thiebaud P. et al. (2021), в якому прийняло участь 108 лікарів та де рівень алкоголізації також оцінювався за шкалою AUDIT, частка лікарів, які мали проблеми із вживанням алкоголю, становила 12.6% [99], тобто була меншою, ніж у даному дослідженні. Також отримані результати є вищими, аніж в українській популяції загалом згідно з даними ЦГЗ, згідно з якими усереднена пожиттєва поширеність алкогольної адикції для усього населення складає 13,49% [7].

Розподіл відповідей респондентів по шкалах емоційного виснаження, деперсоналізації, оцінки професійних досягнень та інтегрального показника загалом по MBI-HSS (MP) представлений нижче.

Розподіл за шкалою емоційного виснаження:



Рисунок 2.4. Результати відповідей респондентів на питання шкали емоційного виснаження.

Таким чином, лише 14% учасників ($n=24$) мають низький рівень, 47% ($n=80$) - середній та 40% ($n=68$) – високий рівні емоційного виснаження.

Розподіл за шкалою деперсоналізації:

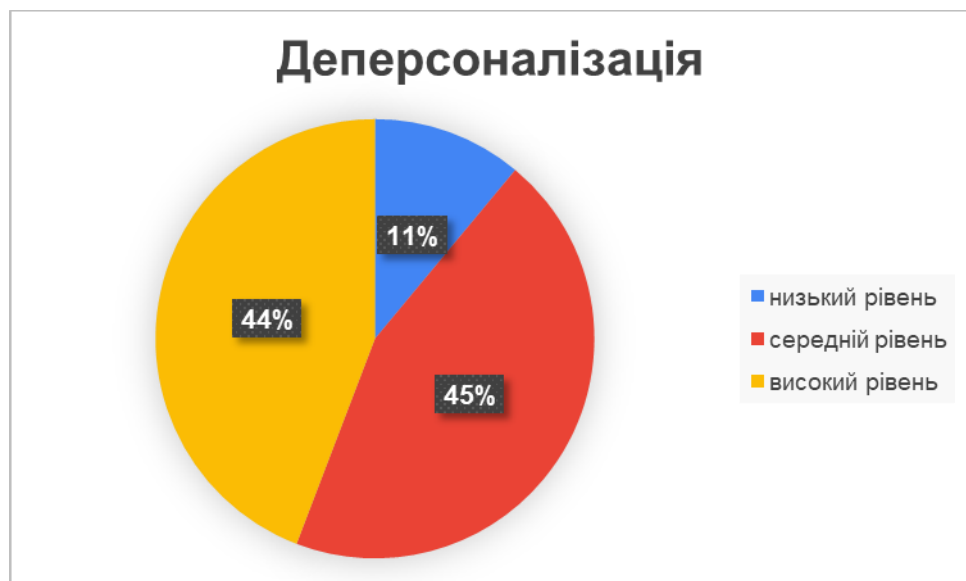


Рисунок 2.5. Результати відповідей респондентів на питання шкали деперсоналізації.

Як видно з рисунку, лише 11% учасників ($n=19$) мають низький рівень, 45% ($n=77$) - середній та 44% ($n=76$) високий рівні деперсоналізації.

Розподіл за шкалою оцінки професійних досягнень:



Рисунок 2.6. Результати відповідей респондентів на питання шкали оцінки професійних досягнень.

Отже, більшість учасників - 62% (n=106), - мають низький рівень оцінки професійних досягнень, 26% (n=45) - середній та 12% (n=21) високий рівні.

Розподіл відповідей респондентів по інтегральному показнику вигорання:



Рисунок 2.7. Результати відповідей респондентів по інтегральному показнику.

Таким чином, більшість лікарів має високий рівень інтегрального показника, що свідчить про вигорання (55%, n=95). У меншій частині лікарів має місце середній рівень вигорання (40%, n=69) та лише у 5% - низький рівень (n=8).

Отримані результати є подібними до тих, які були отримані в українському дослідженні 2020 року Бегези Л. та співавт. [2], де високі рівні компонентів емоційного вигорання були виявлені у більше, ніж 50% лікарів.

Розподіл відповідей респондентів на питання BDI-II:

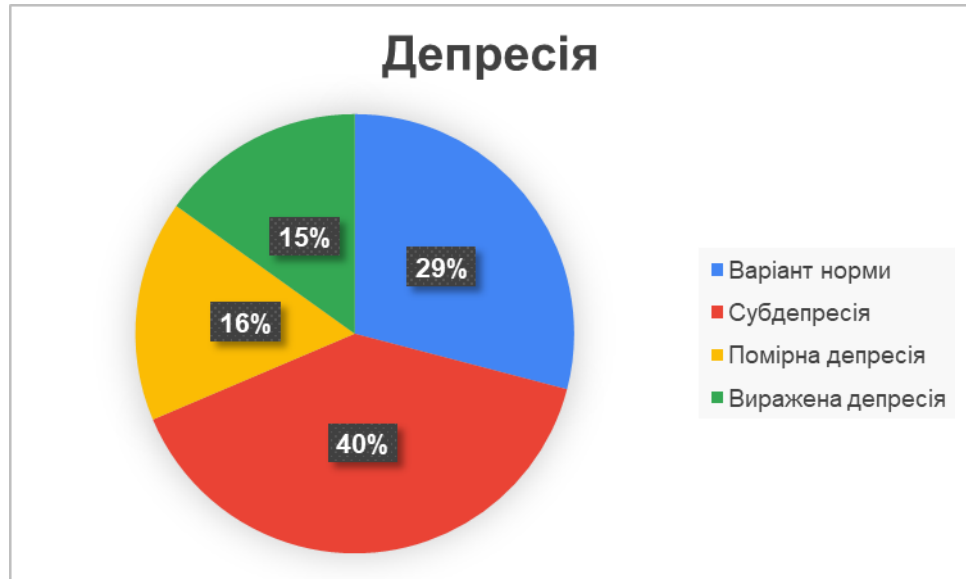


Рисунок 2.8. Результати відповідей респондентів на питання шкали BDI-II.

Таким чином, лише у меншій частини респондентів (29%, n=50) відсутні ознаки депресії, тоді як у 71% (n=122) наявні депресивні ознаки: у 40% (n=68) - стан субдепресії, у 16% (n=28) – помірна, а виражена депресія спостерігається у 15% респондентів (n=26) згідно з результатами BDI-II. Для порівняння – результати дослідження Кривенко В. та співавторів серед українських лікарів у 2017 році: субдепресія була виявлена у 20% лікарів, помірна депресія – у 5.7% та виражена депресія – у 5.7% [19]. На відміну від його дослідження, у вибірці даного дослідження не було виявлено лікарів з вираженою депресією, але більша кількість лікарів загалом мала ознаки депресії (122 з 172 (71%) у даному дослідженні проти 11 з 35 (31%) у дослідженні Кривенко В. та співавторів.

Розподіл відповідей респондентів на питання BAI:



Рисунок 2.9. Результати відповідей респондентів на питання шкали BAI.

Таким чином, лише менша частина респондентів (40%, $n=69$) має мінімальний рівень тривоги, що є варіантом норми, тоді як 60% - тривогу різного ступеню вираженості ($n=103$): 32% ($n=55$) перебуває у стані помірної тривоги, 25% ($n=43$) - у стані легкої тривоги та 3% ($n=5$) - вираженої тривоги. Порівнюючи з дослідженням Мороз Г. та співавторів [19] 2017 року, де тривожно-депресивні стани були виявлені у 24,5% обстежених, ці показники є вищими. Але потрібно враховувати і те, що у дослідженні Мороз Г. для визначення тривоги використовувалася інша шкала - HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale — Клінічну шкала тривоги та депресії).

Коефіцієнт кореляції Пірсона. Таблиця значень коефіцієнтів кореляції Пірсона для усіх показників наведена у додатку А. Значення, за яким оцінювався коефіцієнт кореляції Пірсона, наведено у додатку Б. Нижче представлені результати значення коефіцієнту кореляції між інтегральним показником емоційного вигорання та показником за шкалою AUDIT, депресією (значення за BDI-II) та AUDIT і тривогою (значення за BAI) та AUDIT:

- *Інтегральний показник емоційного вигорання та AUDIT.* Для розрахунку коефіцієнту кореляції встановлено гіпотези: нульову (відсутність кореляції

між інтегральним показником емоційного вигорання та значенням за шкалою AUDIT) та альтернативну (існує позитивна кореляція між інтегральним показником емоційного вигорання та значенням за шкалою AUDIT). Отримане значення коефіцієнта кореляції становить -0.042 ($p=0.746$). Таким чином, коефіцієнт кореляції перебуває у діапазоні від -0.09 до 0.0 , що вказує на те, що кореляція відсутня. Значення $p>0.01$ вказує на те, що імовірність того, що ми могли б отримати таке ж значення коефіцієнту кореляції, якщо вірною є нульова гіпотеза, є вищою, ніж 0.01 , тобто не можна відкинути нульову гіпотезу. Таким чином, не було встановлено позитивного лінійного зв'язку між інтегральним показником емоційного вигорання та значенням за шкалою *AUDIT*.

- *BDI-II та AUDIT*. Для розрахунку коефіцієнту кореляції встановлено гіпотези: нульову (відсутність кореляції між показниками BDI-II та AUDIT) та альтернативну (існує позитивна кореляція між показниками BDI-II та AUDIT). Отримано значення коефіцієнта кореляції, яке становить 0.086 ($p=0.263$). Отже, коефіцієнт кореляції знаходиться в діапазоні від 0.1 до 0.3 , що вказує на відсутність кореляції. Значення $p>0.01$ вказує на те, що імовірність того, що ми могли б отримати таке ж значення коефіцієнту кореляції, якщо вірною є нульова гіпотеза, є більшим 0.01 . Отже, не можна відкинути нульову гіпотезу та прийняти альтернативну – у даному дослідженні не встановлено статистично значущої кореляції між показниками BDI-II та AUDIT.
- *Тривожність та AUDIT*. Для розрахунку коефіцієнту кореляції встановлено гіпотези: нульову (відсутність кореляції між показниками ВАІ та AUDIT) та альтернативну (існує позитивна кореляція між показниками ВАІ та AUDIT). Отримано значення коефіцієнта кореляції, яке становить 0.426 ($p<0.001$). Отже, коефіцієнт кореляції знаходиться в діапазоні від 0.3 до 0.5 , що відповідає середній позитивній лінійній кореляції. Значення $p<0.001$ вказує на те, що імовірність отримати таке або більше значення

коефіцієнту кореляції, як 0.428, якщо вірною є нульова гіпотеза, є меншою 0.001. Кореляція між рівнем тривоги та алкоголізацією серед респондентів відображена на рисунку 2.10:

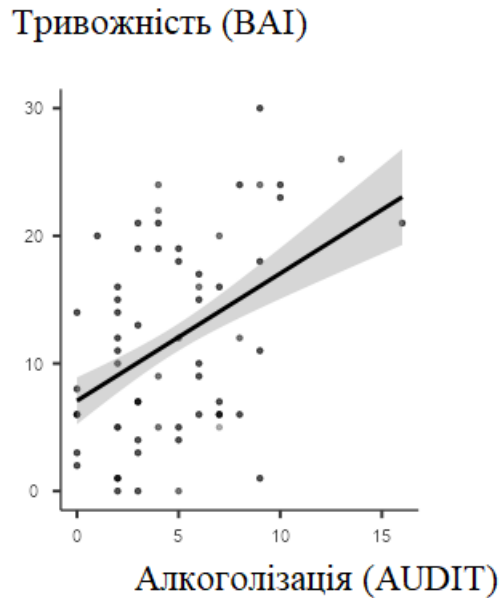


Рисунок 2.10. Позитивна лінійна кореляція між тривогою за шкалою BAI та алкоголізацією за шкалою AUDIT.

Отже, можна прийняти альтернативну гіпотезу – існує прямий лінійний зв'язок між значенням по шкалі BAI та AUDIT.

- *TIPI та AUDIT.* Не виявлено статистично значущого зв'язку між значеннями екстраверсії (-0.004; $p=0.955$), добросовісності (-0.103; $p=0.79$), емоційної стабільності (-0.148; $p=0.53$) та відкритості (0.074; $p=0.338$). Виявлена статистично значуща кореляція між алкоголізацією та дружелюбністю: значення -0.161 при $p<0.05$ (0.035) перебуває в межах -0.3 до -0.1 і вказує на наявність низької негативної лінійної кореляції.
- *Інші статистично значущі кореляції.* У дослідженні були виявлені статистично значущі кореляції між:
 - емоційним виснаженням та депресією ($r=0.591$; $p<0.001$);
 - емоційним виснаженням та тривогою ($r=0.322$; $p<0.001$);
 - оцінкою професійних досягнень та депресією ($r= - 0.440$; $p<0.001$);
 - оцінкою професійних досягнень та тривогою ($r= - 0.310$; $p<0.001$);

- інтегральним показником вигорання та депресією ($r=0.555$; $p<0.001$); інтегральним показником вигорання та тривогою ($r=0.269$; $p<0.001$);
- тривогою та депресією ($r=0.551$; $p<0.001$);
- депресією та особистісними рисами: з дружелюбністю ($r=-0.291$; $p<0.001$), емоційною стабільністю ($r=-0.279$; $p<0.001$) та відкритістю ($r=-0.303$; $p<0.001$);
- тривогою та особистісними рисами: з дружелюбністю ($r=-0.248$; $p<0.001$) та емоційною стабільністю ($r=-0.492$; $p<0.001$).

Таким чином, існує висока позитивна кореляція між емоційним виснаженням та депресією, інтегральним показником та депресією, тривогою та депресією, а також середня негативна кореляція між оцінкою професійних досягнень та депресією, емоційним виснаженням та тривогою, середня позитивна кореляція між емоційним виснаженням та тривогою. Виявлено статистично значущий зв'язок між показниками тривоги, депресії та особистісних рис: негативний зв'язок середньої сили між депресією та відкритістю, тривогою та емоційною стабільністю; негативний зв'язок слабкої сили між депресією та емоційною стабільністю, тривогою та дружелюбністю.

Усі значення коефіцієнтів кореляцій між вимірюваними змінними наведені у додатку А.

Регресивний аналіз – визначення коефіцієнту часткової кореляції. За допомогою регресивного аналізу зі встановленого зв'язку між тривогою та алкоголізацією був виокремлений вплив таких змінних, як вік, стать, сімейний стан, наявність дітей, спеціалізація, лікарський стаж, задоволеність роботою та форма закладу, в якому працює лікар. У таблиці 2.7 показані значення часткового коефіцієнту кореляції за умови виокремлення кожної зі змінних.

Таблиця 2.7

Часткова кореляція між тривогою та алкоголізацією при виокремленні змінних (вік, стать, сімейний стан, наявність дітей, спеціалізація, лікарський стаж, задоволеність роботою та форма закладу, в якому працює лікар).

Змінна, яка виокремлена	Значення коефіцієнта кореляції	Значення р
-	0.428	<0.001
Вік	0.428	<0.001
Стать	0.468	<0.001
Сімейний стан	0.427	<0.001
Наявність дітей	0.421	<0.001
Спеціалізація	0.456	<0.001
Лікарський стаж	0.431	<0.001
Форма закладу	0.453	<0.001
Задоволеність роботою	0.428	<0.001
Всі	0.491	<0.001

Таким чином, такі фактори, як вік та стать не мають статистично значущого впливу на взаємозв'язок тривоги та алкоголізації. Наявність дітей, сімейний стан, спеціалізація, лікарський стаж форма закладу та задоволеність роботою мають незначний вплив на кореляцію, яка з їх виокремленням продовжує залишатись позитивною середньою зі значенням $p < 0.001$. Виокремлення усіх предикторів не призводить до суттєвої зміни зв'язку між тривогою та алкоголізацією. Таким чином, зв'язок між тривогою та алкоголізацією лікарів зберігається після виокремлення інших можливих предикторів, перелічених вище, та не обумовлений ними.

T-критерій Стьюдента для двох незалежних сукупностей. Для розрахунку T-критерію Стьюдента для двох незалежних сукупностей (групи 1 та групи 2) використані середні показники для кожної зі шкал у групах. Значення середніх показників у кожній із груп наведені у таблицях 2.8, 2.9.

Таблиця 2.8

Середні значення показників у групі 1 (n=33) та групі 2 (n=139) за МВІ-НСС (MP), BDI-II та BAI

AUDIT	Емоційне виснаження	Деперсоналізація	Оцінка професійних досягнень	Інтегральний показник	BDI-II	BAI
Група 1 (n=33)						
9.8	26.8	12.3	33.8	0.42	14.1	18.1
Група 2 (n=139)						
3.49	27.6	11.3	32	0.420	12.6	10.3

Таблиця 2.9

Середні значення показників у групі 1 (n=33) та групі 2 (n=139) за ТІРІ

Е	А	С	ES	О
Група 1 (n=33)				
5,0	5,3	5,1	3,7	5,4
Група 2 (n=139)				
4,7	5,4	5,3	4,0	5,1

Примітки. (Е (Extraversion) – екстраверсія, А (Agreeableness) – дружелюбність, С (Conscientiousness) – добросовісність, ES (Emotional Stability) – емоційна стабільність, О (Openness) – відкритість).

Загальна оцінка середніх значень у двох групах. Як видно з таблиці 2.6, типові представники обох груп мали середній рівень емоційного виснаження (в межах 18-29), високий рівень інтегрального показника (в межах 0.4-1) та стан субдепресії (в межах 11-16). Середнє значення оцінки професійних досягнень дещо вище у першій групі (відповідає середньому рівню - ≤ 33), аніж у другій (відповідає низькому рівню - 34-39), тоді як емоційне виснаження у першій групі є дещо нижчим, ніж у другій групі та відповідає середньому рівню (в межах 18-29). Рівень тривожності у першій групі є помірною (в межах 16-25 балів), тоді як у другій – легкою (в межах 8-15 балів).

Значення особистісних рис по ТІРІ, виявлені у групах 1 та 2: по шкалі екстраверсії (5 та 4.7 відповідно), по шкалі дружелюбності (5.3 та 5.4 відповідно), по шкалі добросовісності (5.1 та 5.3 відповідно), по шкалі емоційної стабільності (3.7 та 4 відповідно) та по шкалі відкритості (5.4 та 5.1 відповідно) Отже, середні значення особистісних показників в обох групах

перебувають в межах статистичної норми та відповідають таким у загальній популяції [58].

Порівняння двох груп. При проведенні статистичного аналізу не виявлено статистично значущих відмінностей між групами 1 та 2 за показниками емоційного виснаження ($t = -0.634$; $p = 0.527$), деперсоналізації ($t = 0.969$; $p = 0.334$), оцінки професійних досягнень ($t = 1.906$; $p = 0.058$), інтегрального показника ($t = -0.401$; $p = 0.689$) та депресії ($t = 1.427$; $p = 0.155$). Також не виявлено статистично значущої відмінності між значеннями особистісних рис між двома групами респондентів – по екстраверсії ($t = 1.48$; $p = 0.141$), дружельюбності ($t = -0.379$; $p = 0.705$), добросовісності ($t = 0.924$; $p = 0.357$), емоційної стабільності ($t = -1.246$; $p = 0.214$) та відкритості ($t = 1.127$; $p = 0.261$).

Встановлена статистично значуща відмінність між групами 1 та 2 за рівнем тривоги: у групі 1 рівень тривоги респондентів є статистично вищим, ніж у групі 2 ($t = 5.71$; $p < 0.001$). Таким чином, можна прийняти альтернативну гіпотезу – рівень тривоги у групі 1 є статистично більш високим, ніж у групі 2. При цьому різниця між середніми значеннями груп є у 5.71 разів вищою, ніж стандартна похибка.

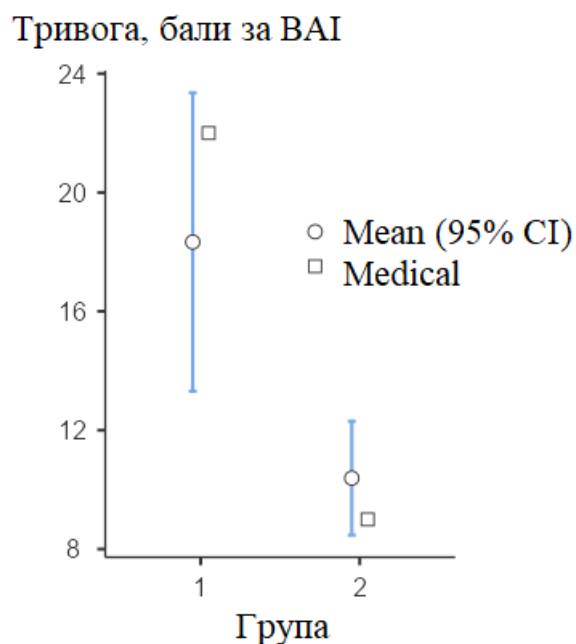


Рисунок 2.11. Статистично значуща відмінність у групах 1 та 2 за показником тривоги.

Не виявлено статистично значущої різниці у показниках AUDIT між групами, виділеними за статтю ($t = -1.74$; $p = 0.083$) та наявністю дітей ($t = 1.49$; $p = 0.139$).

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ II

Згідно з результатами дослідження, типовий представник вибірки респондентів не має проблем із вживанням алкоголю, але має ознаки вираженого емоційного вигорання (згідно з інтегральним показником), субдепресії та легкої тривожності. Емоційне вигорання, субдепресія та тривожність мають місце як серед лікарів, які не мають ознак алкогольної адикції, так і тих, хто вживає алкоголь надміру. Серед опитаних респондентів 19% лікарів мають ознаки алкогольної адикції, зокрема шкідливого вживання та зловживання алкоголем. Такий показник є вищим, аніж виявлений в аналогічному французькому дослідженні Thiebaud P. et al. (2021), де розлади вживання алкоголю були виявлені у 12.6% лікарів. Також він є вищими, ніж у загальній популяції українців, де розлади вживання алкоголю станом на 2023 рік має близько 6% населення.

Не виявлено статистично значущого зв'язку між алкоголізацією та такими станами, як емоційне вигорання та депресія, а також зв'язку між алкоголізацією та особистісними рисами респондентів. Виявлено статистично значущий зв'язок між тривогою та алкоголізацією лікарів: рівень тривоги прямо корелює із рівнем алкоголізації за шкалою AUDIT.

Імовірно, відсутність статистично значущого зв'язку між алкоголізацією та емоційним вигоранням/депресією обумовлена тим, що середні значення в обох групах – як у тій, де лікарі мають проблеми із вживанням алкоголю, так і тій, де проблеми вживання алкоголю не відзначалися, - мають ознаки вигорання та субдепресії. У той же час, виявлена статистично значуща відмінність між рівнем тривожності у двох групах представляє собою науковий інтерес – у групі лікарів, які мають ознаки алкогольної адикції, тривога є статистично вищою, ніж у групі лікарів, яка не має проблем із вживанням. Таким чином, алкоголізація може бути варіантом дезадаптивної

копінг-стратегії у лікарів, які мають труднощі з толеруванням тривоги. У той же час, вживання алкоголю також може підвищувати тривожність.

РОЗДІЛ III. ПСИХОЛОГІЧНІ ІНТЕРВЕНЦІЇ ПРИ АЛКОГОЛЬНІЙ АДИКЦІЇ У ЛІКАРІВ

3.1. Огляд психотерапевтичних підходів, які застосовуються у роботі з алкогольною адикцією

На сьогодні існує широкий спектр психотерапевтичних підходів щодо роботи з алкогольною адикцією. Нижче наведені дані про основні з них [82].

Мотиваційне консультування. Згідно з визначенням, наведеним у монографії «Мотиваційне консультування», мотиваційне консультування (МК), також відоме як мотиваційне інтерв'ю – це «стиль спільної розмови, спрямований на зміцнення особистісної мотивації людини та її готовності до змін [81, с. 46]. На сьогодні на МК посилаються понад 25 000 наукових статей та проведено понад 200 рандомізованих клінічних досліджень, присвячених даному методу [81, с. 16]. Згідно з теорією МК, особи з алкогольною адикцією часто мають неоднозначні почуття та думки щодо наявних у них проблем. З однієї сторони, вони можуть усвідомлювати негативні наслідки, пов'язані з алкогольною адикцією, але з іншої також отримують від цього «задоволення та вигоду» (наприклад, відчуття розслаблення та полегшення соціалізації). Таким чином, особи з алкогольною адикцією є амбівалентними щодо зміни своєї поведінки, доки їхнє сприйняття ризиків і переваг вживання ПАР не зміниться. Розуміння та вирішення цієї амбівалентності є центральним компонентом МК [60]. МК є спрямовуючим клієнт-центрованим стилем взаємодії, що допомагає людям досліджувати їх амбівалентність по відношенню до вживання ПАР та починати змінювати свою поведінку. При цьому психолог, який застосовує МК, використовує у своїй роботі рефлексивне слухання, емпатію та уникає конфронтацій. Терапевтичний стосунок та підтримуючий стиль – невід'ємна частина МК, де психолог та клієнт працюють як одна команда проти спільної проблеми – алкогольної адикції [29]. Ключові процеси в МК включають залучення, фокусування,

спонукання та планування. Психологи, які використовують МК, створюють взаєморозуміння та залучають пацієнта до змін з теплим, неосудливим ставленням. Вони виявляють у пацієнта ідеї та почуття щодо ряду поточних форм поведінки, як вони відповідають його сподіванням і цінностям, і чи може клієнт уявити кращі варіанти, ніж поточна поведінка. Під час цього процесу вони зосереджуються на конкретних змінах, які хоче здійснити пацієнт, і узгоджують програму з його пріоритетами. Психолог з клієнтом працюють над пошуком причин розвитку проблеми та формуванням обґрунтування можливих змін, що називається «розмовою про зміни». МК зазвичай передбачає проведення 1-4 індивідуальних сеансів тривалістю від 15 до 45 хвилин [60].

Когнітивно-поведінкова терапія. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) – це активна, обмежена в часі структурована терапія [42.]. КПТ продемонструвала високу ефективність для низки проблем, зокрема депресії, тривожних розладів, проблем із вживанням алкоголю та наркотичних речовин, проблем у стосунках та розладів харчової поведінки [36]. КПТ має найвищий рівень емпіричної підтримки щодо психотерапевтичної роботи з алкогольною адикцією [45]. З погляду КПТ, розвиток алкогольної адикції може бути проявом «компенсаторного механізму» тоді, коли інші навички регуляції емоцій розвинуті недостатньо. Основні задачі КПТ при алкогольній адикції включають створення довірливих терапевтичних стосунків, заснованих на співпраці, стимуляцію мотивації до змін поведінки, функціональний аналіз поточних проблем клієнта, встановлення та оцінку цілей, а також використання когнітивних та поведінкових методів для їх досягнення з регулярною оцінкою ефективності терапії та її плановим завершенням. Теми, які домінують в терапевтичному плані при роботі з алкогольною адикцією: потяг до вживання алкоголю, мотивація до змін, відповідальність щодо зменшення та контролю вживання алкоголю, навчання навичок відмови від

прийому алкоголю, асертивність, практики релаксації, подолання когнітивного уникнення, техніки планування та вирішення проблем [22].

Терапевтичний план при КПТ алкогольної адикції передбачає проведення трьох фаз:

- Перша фаза – спрямована на усвідомлення клієнтом мотивації та відповідальності щодо змін своєї поведінки
- Друга фаза – спрямована на пошук та застосування нових форм поведінки на практиці, їх тренування та підкріплення. У ході роботи проводиться фокусування на ситуаціях ризику, тренування навичок відмови, а також когнітивна реструктуризація думок щодо вживання алкоголю.
- Третя фаза – підтримання змін в поведінці, створення підтримуючого соціального середовища.

Важлива частина КПТ алкогольної адикції – виявлення патологічних циклів, ідентифікація автоматичних думок, аналіз переваг та недоліків алкогольної адикції, його коротко- і довгострокових наслідків. Основні цілі КПТ алкогольної адикції полягають у тому, щоб допомогти усвідомити та виправити дезадаптивні моделі поведінки, підвищити мотивацію до змін і розвинути адаптивні копінг-стратегії. Прикладами адаптивних копінг-стратегій можуть бути залучення соціальної підтримки, навчання навичкам ефективного спілкування та різні форми фізичних вправ. Тривалість КПТ при алкогольній адикції зазвичай становить 2-3 місяці на щотижневій осн].

Терапія прийняття та відповідальності. Терапія прийняття та відповідальності (Acceptance and commitment therapy, АСТ) - це форма поведінкової терапії, яка використовує стратегії прийняття та самоусвідомлення разом із стратегіями відповідальності та зміни поведінки для підвищення психологічної гнучкості [38]. З точки зору АСТ, психологічна гнучкість - це здатність людини протистояти теперішньому моменту та змінювати свої дії для досягнення бажаного ефекту. Застосування АСТ при

алкогольній адикції асоціюється із великим успіхом. Суть АСТ при лікуванні алкогольній адикції полягає в тому, щоб скеровувати людей приймати бажання та симптоми, пов'язані зі зловживанням алкоголю (прийняття), і використовувати психологічну гнучкість та втручання на основі цінностей, аби зменшити ці бажання та симптоми (відповідальність) [86]. Цілі АСТ при роботі з алкогольною адикцією включають [82]:

- Підвищення здатності людини толерувати та контролювати бажання вживати алкоголь
- Покращення здатності людини сприймати свої думки, емоції та тілесні відчуття без необхідності вживання алкоголю
- Побудова більш здорового способу життя, що передбачає діяльність, не пов'язану із вживанням алкоголю
- Плекання психологічної гнучкості, яка може допомогти людині обирати більш адаптивні дії
- Допомога клієнту зосередитися на його довгострокових цілях, заохочення їх визначення та робота над цінностями, які можуть привести до одужання та більш здорового життя.

Підхід АСТ базується на принципах прийняття та гнучкості, а не на спробі заохотити людей активно змінювати небажані думки і, тим самим, емоції, як це має місце у методі КПТ. З точки зору АСТ, зосередження на уважності та стратегії прийняття є більш ефективним способом досягнення змін у поведінці, зокрема при алкогольній адикції [82].

Діалектико-біхевіоральна терапія. Діалектико-біхевіоральна терапія (ДБТ) - це структурований психотерапевтичний підхід, розроблений доктором Marsha M. Linehan для лікування, в першу чергу, межового розладу особистості (МРО), але також є ефективною і для розладів, які часто супроводжують МРО, зокрема алкогольною адикцією [74;79]. Метою ДБТ є допомогти пацієнтам покращити своє життя шляхом синтезу балансу між бажанням уникнути болючих переживань і потребою прийняти частину

неминучого болю, пов'язаного з життям. Таким чином, метод ДБТ працює через просування двох протилежних цілей — зміни та прийняття. Психотерапія у методі ДБТ при алкогольній адикції зазвичай є комплексною та включає індивідуальні сеанси, групову терапію, зосереджену на формуванні навичок, і телефонні сеанси. У фокусі терапії є зниження вживання ПАР, зменшенні дискомфорту через абстиненцію або тверезість, управління потягом, уникненні тригерів, які призводять до вживання ПАР, скорочення чи усунення поведінки, пов'язаної із вживанням ПАР, посилення соціальної підтримки та заохочення до позитивної та здорової діяльності. Аналогічно з КПТ, ключовим принципом ДБТ є виявлення тригерів і уникнення їх, коли це можливо, та розвиток ефективних навичок копінгу. Тверезість заохочується, але якщо рецидив все-таки трапляється, до нього ставляться з прийняттям, а не з осудом. Навички вирішення проблем використовуються для визначення способів запобігання повторенню подібних подій у майбутньому. Навчання навичок регуляції негативного емоційного досвіду, толерування стресу, усвідомленості, ефективної соціальної взаємодії, а також управління стресовими факторами та підвищення прийнятності речей, які неможливо змінити, є ключовими компонентами програми ДБТ при алкогольній адикції [79].

Уніфікований трансдіагностичний протокол Барлоу. Уніфікований трансдіагностичний протокол (УП – Уніфікований протокол) - один з найбільш визнаних і широко використовуваних трансдіагностичних методів лікування у світі, який базується на КПТ. Даний протокол був розроблений американським психологом David Barlow спільно з групою дослідників Бостонського університету. На відміну від класичної КПТ, УП зосереджений на роботі не з конкретним психічним розладом (наприклад, депресією, тривожними розладами, алкогольною адикцією тощо), а з спектром розладів – так званими «емоційними розладами» [100]. Термін «емоційний розлад» використовується в УП для позначення психічних розладів тривожно-

депресивного спектру, основною проблемою при яких труднощі толерування дискомфортних емоцій. «Емоційний розлад» може позначати багато поширених проблем: соціальну тривогу, генералізований тривожний розлад, obsesивно-компульсивний розлад, депресію, посттравматичний стресовий розлад тощо [100]. Згідно з УП, люди, схильні до розвитку емоційних розладів, мають три спільні риси [40, с. 17]:

1. Темпераментна схильність до частого та інтенсивного переживання емоцій (високий рівень нейротизму)
2. Негативне ставлення до своїх емоційних переживань
1. Розвиток дезадаптивних копінг-стратегій уникнення або приглушення дискомфортних емоційних переживань (зокрема, алкогольної адикції).

У масштабному мета-аналізі 15 досліджень було показано, що застосування УП є ефективним у зменшенні симптомів тривожно-депресивних розладів, а також покращує використання адаптивних стратегій регуляції емоцій [93].

Основна мета УП — допомогти клієнтам навчитися новинам способам реагування на дискомфортні емоції, що, в кінцевому результаті, призводить до зменшення симптомів емоційний розладів [53].

Існують докази ефективності щодо використання УП для клієнтів з емоційними розладами із супутньою алкогольною адикцією. Ефективність застосування УП при алкогольній адикції була обґрунтована у роботі Farchione T. та співавт. (2021). Автори дослідження стверджують, що «саме порушення регуляції емоцій може бути основним механізмом, пов'язаним із розвитком та/або підтримкою емоційних розладів, коморбідних з розладами вживання алкоголю», і «вживання алкоголю для подолання тривоги є потенційним функціональним зв'язком, що лежить в основі коморбідності розладів вживання алкоголю/тривожних розладів». Таким чином, згідно з даними, наведеними у дослідженні, вживання алкоголю як механізм подолання у відповідь на тривогу є дезадаптивною стратегією регулювання емоцій, а відтак

порушення регуляції емоцій може бути багатообіцяючою мішенню для більш ефективного лікування розладів вживання алкоголю/тривожних розладів [53]. Ефективність УП щодо алкогольної адикції також була продемонстрована у дослідженні Ciraulo D. та співавторів (2013) [47].

Ще одним аргументом щодо використання УП для даної вибірки є результати дослідження Carl J. та співавторів (2014), згідно з яким застосування УП призводило до змін рівня нейротизму до та після лікування, що було пов'язано з покращенням симптомів, функціонування та якості життя [44].

Зважаючи на трансдіагностичну спрямованість УП, його доведену ефективність щодо алкогольної адикції та розладів тривожно-депресивного спектру, а також враховуючи результати дослідження, висвітленого у даній роботі (пряма кореляція між високим рівнем тривоги та алкогольною адикцією, вираженість проблем вигорання та депресивних проявів серед лікарів), запропонована далі психокорекційна програма щодо алкогольної адикції базується на моделі УП.

3.2. Психокорекційна програма роботи з лікарями, які мають ознаки алкогольної адикції

Загальна структура УП. Запропонована нижче психокорекційна програма роботи з лікарями, які мають ознаки алкогольної адикції, базується на УП як сучасному трансдіагностичному підході, який має науково доведену ефективність щодо розладів вживання алкоголю [47; 53].

Перевагою побудови психокорекційної програми на основі УП є те, що даний протокол включає елементи МК та усвідомленості, базується на КПТ та є відносно простим для засвоєння і впровадження його у загальну психологічну практику в Україні.

УП передбачає проведення 1 діагностичної сесії та 10-16 терапевтичних сесій, що відповідають 8 модулям. Рекомендована тривалість сесій – 50-60 хв, інтервал між сесіями – 1 тиждень.

Загальна структура проведення УП описана у таблиці 3.1.

Таблиця 3.1.

Загальна структура УП.

Модуль №	Назва модуля	Рекомендована кількість сесій
1	Встановлення цілей та формування мотивації	1
2	Розуміння природи емоцій	1-2
3	Тренування усвідомленості	1-2
4	Розвиток когнітивної гнучкості	1-2
5	Протидія емоційній поведінці	1-2
6	Розуміння та конфронування фізичних відчуттів	1
7	Експозиція	≥ 2
8	Переосмислення досягнень та погляд у майбутнє	1

Психокорекційна програма на основі УП. Нижче описана психокорекційна програма 8 модулів, яка враховує головні теоретичні положення УП та результати даного дослідження.

- *Діагностична сесія (1 сесія).* Головною метою діагностичної сесії є збір інформації щодо актуальних проблем клієнта, їх зв'язок з сильними емоціями та типовими стратегіями уникнення емоцій. Зважаючи на результати даного дослідження, до сильних емоцій може бути віднесена, наприклад, тривога, тоді як вживання алкоголю може виступати типовою

стратегією «зменшення» такого дискомфорту емоційного досвіду. [40, с. 50-57].

- *Модуль 1 - Встановлення цілей та формування мотивації (1 сесія).* Як виходить із назви, модуль «Встановлення цілей та формування мотивації» присвячений визначенню конкретних та досяжних цілей, яких необхідно досягти у результаті психотерапії. Як виходить з теорії УП, цілі не можуть бути сформульовані як, наприклад, «Менше тривожитися» (тому що, як описано вище, негативне ставлення до емоційного досвіду підтримує емоційний розлад), але можуть бути сформульовані як, наприклад, «Навчитися толерувати інтенсивні емоції під час роботи». Після формулювання цілей відбувається встановлення конкретних поведінкових кроків, які необхідно зробити на шляху до досягнення цих цілей. Прикладом таких кроків для лікарів може бути, наприклад, «Завести окремі мобільні телефони для робочих та особистих дзвінків», «Визначити години на обід протягом робочого дня», «Займатися спортом щоденно» тощо. Зазвичай протягом однієї сесії є змога обговорити одну ціль, після чого клієнт отримує домашнє завдання до формулювання ще принаймні двох цілей самостійно. Інша частина даного модулю містить елементи МК та полягає у обговоренні амбівалентності змін, тобто переваг та недоліків збереження теперішнього способу життя та зміни його. При цьому завданням психолога є допомога клієнту в усвідомленні коротко- та довготривалих наслідків його теперішнього способу життя (зокрема, короткотривале «полегшення» від прийому алкоголю та довготривалі негативні наслідки від такої дезадаптивної копінг-стратегії) [40, с. 14, 54-58].
- *Модуль 2 – Розуміння природи емоцій (1-2 сесії).* Даний модуль зосереджений на психоедукації про функціональний та адаптивний характер емоцій. Враховуючи результати даного дослідження, психоедукація лікарів може бути зосереджена на природі та адаптивній

ролі тривоги. Крім обговорення функції тривоги, цей модуль також охоплює багато інших «дискомфортних» емоцій, включаючи гнів, сум, вину та страх, а також позитивні емоції. У результаті психоедукації та сократівського діалогу клієнти повинні почати розуміти, що їхні емоції виконують функціональну та адаптивну роль, надаючи інформацію про навколишнє середовище та мотивуючи їх поведінку. Під час цього модуля пацієнти також розвивають більшу обізнаність щодо власних моделей емоційного реагування, включно з потенційними факторами підтримки таких переживань (наприклад, загальні тригери та/або непередбачені обставини навколишнього середовища – погіршення стану пацієнтів, скарги від родичів тощо), починаючи контролювати та відстежувати ці переживання. Також лікарів знайомлять з трьохкомпонентною моделлю емоційного реагування (Думки, фізичні відчуття/емоційні переживання, поведінка) та ARC-моделлю (A – antecedents (антецеденти), R – response (відповідь, яка включає трьохкомпонентну модель емоційного реагування, C – consequents (консеквенти)) [40, с. 14-15, 64-69].

- *Модуль 3 - Тренування усвідомленості (1-2 сесії).* Метою даного модулю є навчання клієнта навичкам усвідомленості та умінні зосереджувати увагу на емоційних переживань без засудження і оцінки їх. Цей модуль заохочує до плекання позиції «допитливого спостерігача, здатності спостерігати за взаємодією між думками, почуттями та поведінкою під час емоційного досвіду. Викладання цих концепцій відбувається в контексті трьох вправ під час сесії. По-перше, клієнта вводять у керовану медитацію, яка спонукає їх зосередитись на компонентах емоційного досвіду. По-друге, клієнта просять визначити та прослухати пісню, яка викликає у нього сильні емоційні переживання, аби попрактикуватися в застосуванні безосудного, зосередженого усвідомлення в контексті сильних емоцій. По-третє, клієнтів навчають застосуванню цих формальних майндфулнес-вправ «в реальних умовах» [40, с. 15, 82-87].

- *Модуль 4 – Розвиток когнітивної гнучкості (1-2 сесії).* Даний модуль присвячений обговоренню класичного когнітивного принципу КПТ, згідно з яким не ситуації, а інтепретації ситуацій (когніцій) впливають на емоції. При цьому звертається увага клієнта на роль автоматичних інтерпретацій, які можуть відбуватися швидко і не завжди є об'єктивними. Прикладом таких автоматичних думок у лікарській практиці може бути «Мій пацієнт подумав, що я некомпетентний», «Мої колеги вважають мене дурним», «Я – поганий лікар» тощо. Автоматичні думки змушують клієнта виключати інші, потенційно більш відповідні точки зору на ситуацію. Часто автоматичні думки можуть відображати класичні «когнітивні помилки», обговоренню яких також відводиться час під час даного модулю. Дві основні «когнітивні помилки», які повинні бути обговорені в межах даного модулю згідно з УП – це «поспішні висновки» (переоцінка вірогідності, згідно з якою клієнт переходить до висновків про негативний результат, не маючи для цього достатньо доказів або їх взагалі немає) та «катастрофізація» (переконаність у реалізації найгіршого сценарію). Протягом сесій клієнта навчають виявляти ці упередження та заохочують бути більш гнучким у своєму мисленні за допомогою стратегій переоцінки [40, с. 16, 98-106].
- *Модуль 5 – Протидія емоційній поведінці (1-2 сесії).* Цей модуль фокусується на поведінковому компоненті трикомпонентної моделі емоційного реагування. Дана частина модулю спрямована на ідентифікацію моделі поведінки, які допомагають уникнути негативних емоцій (у даному дослідженні такою поведінкою може бути вживання алкоголю). Щоб скласти вичерпний список емоційної поведінки, клієнтам рекомендується розглянути кілька поведінкових категорій. Загалом можна виділити наступні поведінкові категорії емоційної поведінки [40, с.115-119]:

- Поведінка, обумовлена емоційними переживаннями (від англ. «Emotional-driven behaviors») – поведінка, яка виникає на фоні сильних емоційних переживань та спрямована на те, аби зменшити інтенсивність цих емоцій (наприклад, вживання алкоголю для того, аби зменшити відчуття тривоги; інші варіанти – самоушкодження, постійні вибачення, перевіряюча поведінка тощо)
- Поведінка прямого уникнення (від англ. «Overt avoidance») – поведінка, яка полягає в прямому уникненні ситуацій, людей тощо, якщо вони викликають сильні емоції (наприклад, уникнення транспорту, соціальних ситуацій, відмова від участі у заході, уникнення фізичного навантаження тощо)
- Поведінка непрямого уникнення (від англ. «Subtle behavioral avoidance») - поведінка, яка попереджає повне переживання дискомфортних емоцій, коли відкрите уникнення не є можливим (наприклад, перфекціонізм, уникнення зорового контакту, прокрастинація, розмова тихим голосом)
- Когнітивне уникнення (від англ. «Cognitive avoidance») – когнітивні стратегії, які використовуються, аби уникнути емоційних переживань (наприклад, відволікання (читання, прослуховування музики), примушення себе «мислити позитивно», румінація, намагання «відігнати погані думки»)
- Сигнали безпеки – предмети, які використовуються для того, аби відчувати себе більш комфортно та/або не допускати сильного переживання емоцій (наприклад, «предмети удачі», ліки «на всяк випадок», предмети самооборони)
- У даному модулі з клієнтами ще підкреслюються наслідки такої поведінки (тобто зменшення дистресу в короткостроковій перспективі, але його збереження та навіть посилення в довгостроковій перспективі). Алкогольна адикція – це приклад поведінки, обумовленої емоційними переживаннями.

Разом з клієнтом ведеться обговорення того, які є короткострокові наслідки алкогольної адикції (зменшення тривоги, відчуття розслаблення тощо) та довгострокові наслідки (шкода здоров'ю, соціальному життю, збільшення тривоги та депресивних проявів). Після цього з клієнтом проводиться обговорення інших можливих альтернативних стратегій поведінки, які будуть більш адаптивними для толерування емоційного досвіду. Прикладом таких стратегій може бути заняття спортом, прогулянки на свіжому повітрі, заняття іншими ресурсними активностями, а також практика технік, засвоєних на попередніх сесіях – усвідомленості, когнітивної реструктуризації та ін. [40, с. 16-17].

- *Модуль 6 – Розуміння та конфронтування фізичних відчуттів (1 сесія)* - цей модуль зосереджений на підвищенні усвідомлення ролі фізичних відчуттів в емоційних переживаннях. У ході модуля проводиться серія «інтероцептивних вправ», спрямованих на ініціацію фізичних відчуттів, аналогічних тим, які зазвичай пов'язані з сильними емоціями (наприклад, біг на місці, щоб викликати прискорене серцебиття, обертання на стільці, щоб викликати запаморочення тощо). Основні дві стратегії модуля – це навчання толеруванню фізичних відчуттів, яка полягає у виконанні альтернативних дій (наприклад, замість того, аби негайно робити дії для розслаблення м'язів – спеціально практикувати м'язеве напруження та спостерігати за цим досвідом) та виконання вправ, спрямованих на ініціацію дискомфортних фізичних відчуттів (наприклад, присідання, біг на місці тощо). Ці вправи мають на меті розвинути підвищену толерантність до фізичних відчуттів, щоб зменшити їх роль у розвитку аверсивних емоційних реакцій та емоційної поведінки. Цей модуль також дозволяє клієнту почати визначати, як фізичні відчуття впливають на думки та поведінку, а також як думки та поведінка можуть впливати на фізичні відчуття. Перед виконанням вправ важливо переконатися, що клієнт не має соматичних станів, які є протипоказами для них [40, с. 17, 132-138].

- *Модуль 7 – Експозиція (≥ 2 сесії)* – даний модуль дає можливість консолідувати знання з попередніх модулів та застосувати їх «в реальному житті», і саме тут багато клієнтів бачать найбільший прогрес. Експозиція – свідомо провокація тригерів сильних емоційних реакцій, що відбувається з метою набуття нового досвіду та застосування вже набутих протягом попередніх модулів навичок (усвідомлення, орієнтованості на «тут і зараз», неосудливості до емоційного досвіду, технік когнітивної реструктуризації, протидії емоційній поведінці) замість попередньої стратегії уникнення емоційного досвіду. Модуль експозиції зосереджується на впливі як внутрішніх (включно з фізичними відчуттями), так і зовнішніх тригерів емоційних переживань, що надає клієнтам можливість підвищити свою толерантність до емоцій і дозволяє відбутися новому контекстуальному навчанню. Основна увага модулю зосереджена на емоційних переживаннях, які виникають і можуть набувати форми експозицій під час сесії, уявлення та експозиції *in vivo*. Під час модуля вибудовується ієрархія низки ситуацій відповідно до їх емоційного значення та визначаються впливи, що можуть відбутися до кінця терапії. Наприклад, для учасників даного дослідження такими ситуаціями можуть бути комунікація зі «складними» родичами, відстоювання своїх прав перед керівництвом лікувального закладу тощо [40, с. 18, 144-150].
- *Модуль 8 - Переосмислення досягнень та погляд у майбутнє (1 сесія)* – завершальний модуль, присвячений оцінці прогресу клієнта та планування майбутнього після психотерапії, повторенню ключових концепцій психотерапії, заохочення використання вивчених стратегій у майбутньому, визначення ключових областей розвитку та плануванню майбутніх довгострокових цілей. Також на даному модулі обговорюється поняття рецидивів, їх симптомів та проводиться розробка стратегії попередження рецидивів [40, с. 18, 158-159].

Таким чином, запропонована вище програма корекції алкогольної адикції як дезадаптивної копінг-стратегії дискомфортного емоційного розладу базується на УП, який передбачає трансдіагностичний, структурований підхід до корекції емоційних розладів. Перевагою застосування даного підходу для лікарів є його наукова обґрунтованість, широкий спектр показів до застосування (включаючи проблеми, виявлені у ході даного дослідження – синдром вигорання, тривожно-депресивні прояви, алкогольна адикція), структурованість та відносна короткостроковість. У наступному підрозділі описані конкретні рекомендації щодо імплементації даного підходу для широкого кола спеціалістів медичної спільноти.

3.3. Рекомендації щодо впровадження психокорекційної програми у реальну практику

Важливість впровадження програми. Важливо, аби надання якісної психотерапевтичної допомоги було забезпечене не лише пацієнтам, але й самим лікарям. Лікарі – це спеціалісти, які щодня зустрічаються з великою кількістю стресів: труднощами у встановленні діагнозу, переживаннями через потенційні побічні дії ліків, оцінкою результатів лікування (не завжди позитивних), спілкуванням з родичами пацієнта, ненормованим робочим графіком, отримуванням скарг тощо. При цьому на лікаря покладена колосальна відповідальність за свою роботу. Ціною лікарської помилки може бути не лише погіршення професійної репутації, але й позбавлення волі та навіть втрата життя пацієнта. При цьому робота лікаря пов'язана з частими перепрацюваннями, комунікаціями з пацієнтами і родичами в неробочий час та невисокою оплатою праці. Всі ці фактори, безумовно, мають вплив на психічне здоров'я лікарів, які, в першу чергу, є людьми, що, як і їх пацієнти, мають не лише професійні обов'язки, але і людські потреби. Наслідком ігнорування дії цих факторів є явища, які були продемонстровані у даному дослідженні – синдром вигорання, тривожність та депресивні прояви різного ступеню вираженості у більшості респондентів. Розробка і надання якісної психотерапевтичної допомоги лікарям є невід'ємною частиною забезпечення високої якості надання медичної допомоги та розвитку медицини загалом в Україні.

Впровадження запропонованої вище психокорекційної програми на основі УП передбачає наявність фахівців зі сфери охорони психічного здоров'я (психологів, психотерапевтів, лікарів-психіатрів, лікарів-психотерапевтів), які зможуть надавати допомогу лікарям. На сьогодні УП широко застосовується у багатьох країнах світу та демонструє високу ефективність, тож впровадження даної програми в Україні є актуальним.

Потенційні труднощі провадження програми. На даний момент можна виділити наступні труднощі, з якими може бути пов'язане забезпечення надання психотерапевтичної допомоги лікарям на основі вищезазначеної програми:

- Низька доступність психотерапевтичної допомоги – в Україні наразі немає загальноприйнятої практики надання безоплатної психотерапевтичної допомоги лікарям. Проте важливо зазначити, що у цьому напрямку вже здійснюються кроки. Так, від 28 жовтня 2002 року згідно з Наказом МОЗ «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України № 385» від 30.09.2022 № 1782 (далі — Наказ № 1782), до Переліку посад професіоналів із вищою немедичною освітою були включені посади «Клінічний психолог» та «Психотерапевт» з метою забезпечення ефективності надання мультидисциплінарної паліативної та реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я. Впровадження посад «Клінічний психолог» та «Психотерапевт» відбулося також у рамках реалізації Національної програми психічного здоров'я та психосоціальної підтримки населення, ініційованої першою леді України Оленою Зеленською [28].
- Низька критичність лікарів до свого стану – лікарі можуть бути добре проінформованими щодо негативних для здоров'я наслідків вживання алкоголю, а також симптоми тривожно-депресивних розладів. Разом з тим, як зазначається у статті Basky G. та співавторів «Лікар як пацієнт: краще поінформований, але схожий за поведінкою» (2019), «наріжним каменем громадського здоров'я є віра в те, що якщо ви інформуєте пацієнтів про ризики — куріння, відсутність фізичних вправ, надмірне вживання алкоголю — ви можете змінити поведінку, що інформація та освіта є ключовими. Якби це було правдою, то найдосвідченіший, найбільш поінформований споживач знань завжди вибирав би правильний догляд. Проте цього не спостерігається, і лікарі мають ті самі труднощі, що й пацієнти» [41].

- Труднощі, пов'язані зі зміною ролей та стигматизація психотерапевтичної допомоги: лікарі можуть бути більш упередженими до отримання психотерапевтичної допомоги та зміну ролей з «Лікар-пацієнт» на «Психолог-клієнт», де директивна роль лікаря змінюється на роль клієнта, якому самому необхідна допомога. Як зазначає у своїй статті «Лікаря як пацієнти» Silk C. (2018), «Лікарі часто відчують труднощі в пошуку психологічної допомоги, а також проблеми під час психотерапії через зміну ролей» [94].

Кроки на шляху до впровадження програми. Кроки впровадження програми повинні передбачати потенційні труднощі, описані вище, а також ресурси, які необхідні для її імплементації на масовому рівні. Таким чином, можна виділити наступні кроки, необхідні для провадження психотерапевтичної програми:

- Забезпечення сфери охорони здоров'я достатньою кількістю фахівців у галузі здоров'я психічного (клінічних психологів, медичних психологів, психотерапевтів), які могли би надавати лікарям психологічну/психотерапевтичну допомогу
- Оптимізація механізмів фінансування галузі психічного здоров'я, додавання психотерапевтичних методів з науково-обґрунтованою ефективністю (зокрема, КПТ та УП, який базується на КПТ) до переліку послуг, які фінансуються НСЗУ
- Навчання фахівців а галузі психічного здоров'я наданню психотерапевтичної допомоги у відповідності до УП. Перевагою УП є його відносна простота і доступність для спеціалістів у галузі психічного здоров'я, можливість швидкого засвоєння та широкого застосування. На сьогодні доступні міжнародні програми щодо навчання УП – зокрема, тренінг Unified Protocol Institute та курс від Psychwire, які доступні також для українських фахівців
- Проведення скринінгу стану психічного здоров'я лікарів

- Проведення психоедукації серед лікарів щодо актуальних проблем психічного здоров'я серед медичної спільноти, спрямовані на збільшення усвідомлення поширення даних проблем серед лікарів, підвищення критичності та зменшення стигматизації щодо психотерапевтичної допомоги.

Вищезазначені кроки, безсумнівно, потребують великої кількості ресурсів, часу та фахівців, які будуть займатися його впровадженням. Разом з тим, ситуація, яку демонструє дане дослідження, а також ряд інших аналогічних досліджень, свідчать про серйозність та актуальність проблем емоційних розладів серед лікарів. Проблеми психічного здоров'я лікарів, в свою чергу, можуть негативно впливати на якість виконання своїх професійних обов'язків, що матиме відповідні наслідки щодо лікування пацієнтів та медичної системи загалом. Таким чином, пошук засобів вирішення даної проблеми є актуальним та одним із першочергових завдань системи охорони здоров'я. Запропонована вище психокорекція роботи є відносно простою, короткотривалою та покриває широкий спектр проблем психічного здоров'я, характерних для лікарів, зокрема розлади вживання алкоголю, синдром вигорання та тривожно-депресивні стани. Таким чином, вона може бути одним із варіантів інтервенцій щодо покращення стану психічного здоров'я серед фахівців медичної спільноти.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ III

Н сьогодні існує багато психотерапевтичних підходів, які мають науково-обґрунтовану ефективність щодо алкогольної адикції, зокрема МК, КПТ, АСТ, ДБТ та УП. Зважаючи на результати даного дослідження, а саме наявність ознак синдрому вигорання, підвищеної тривожності та депресивних проявів серед більшості респондентів, проблема алкогольної адикції у лікарів, імовірно, не є ізольованою, а виглядає як дезадаптивна копінг-стратегія негативного емоційного досвіду, пов'язаного з лікарською діяльністю. Саме тому запропонована психокорекційна програма базується на УП – трансдіагностичному підході, який може застосовуватися одночасно щодо широкого спектру проблем психічного здоров'я, визначених як «емоційні розлади».

Труднощі, які можуть виникнути на шляху впровадження та проведення даної програми, можуть бути пов'язані з недостатньою кількістю сертифікованих фахівців, а також низькою критичністю лікарів до свого стану та упередженістю щодо отримання психотерапевтичної допомоги. Саме тому її імплементація повинна відбуватися покроково, включаючи розробку її фінансування, забезпечення лікувальних закладів фахівцями психічного здоров'я та відповідне їх навчання, проведення скринінгу стану психічного здоров'я та психоедукації лікарів щодо специфічних для медичної спільноти проблем психічного здоров'я і можливостей їх вирішення.

Забезпечення лікарів якісною психотерапевтичною є важливим завданням сучасної системи охорони здоров'я. Імплементація запропонованої програми потребує великої кількості ресурсів, часу та фахівців, що будуть забезпечувати її впровадження. Проте в довгостроковому плані такі зміни можуть призвести до покращення психічного здоров'я серед лікарів та, як наслідок, покращення якості надання медичної допомоги та розвитку сфери охорони здоров'я загалом.

ВИСНОВКИ

Професія лікаря пов'язана з численними стресогенними чинниками і, як наслідок, ризиком вигорання, алкоголізації, депресії та тривоги. Дане дослідження було проведене з метою дослідження емоційного вигорання як чинника алкоголізації лікарів.

Нижче представлені короткі висновки проведеного дослідження:

1. Аналіз наукової літератури, присвяченій проблемі алкогольної адикції та емоційного вигорання, продемонстрував неоднозначні результати: якщо в одних дослідженнях прослідковувався чіткий взаємозв'язок між вигоранням, тривогою, депресією та алкоголізацією лікарів (Wei S. et al. (2012); Pedersen A. et al. (2016); Lenoir A. et al. (2019); Thiebaud P. et al. (2021), то у норвезькому лонгітюдному дослідженні Javed M. та співавторів (2017) було встановлено, що робочий стрес лікарів не корелював зі зловживанням алкоголем. Процес алкоголізації лікарів може бути пояснена як дезадаптивна копінг-стратегія, спрямовану на подолання дискомфорту, пов'язаного з робочим стресом та вигоранням.

2. Було проведено дослідження щодо наявності взаємозв'язку між вигоранням та алкоголізацією за участі 172 лікарів різних спеціальностей, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу. Лікарів було опитано за допомогою методик AUDIT, MBI-HSS (MP), BDI та BAI. Згідно з результатами дослідження, 19% респондентів мають ознаки розладів вживання алкоголю, 95% - ознаки емоційного вигорання різного ступеню вираженості, 71% - ознаки депресії та 60% - тривожності різного ступеню вираженості. Разом з тим, не виявлено статистично значущого зв'язку між рівнем емоційного вигорання та алкоголізацією, депресією та алкоголізацією та особистісними рисами і алкоголізацією. Також не виявлено статистично значущих відмінностей у рівнях емоційного вигорання, депресії та особистісних рис серед лікарів, які мають ознаки алкогольної адикції та які їх не мають. У той же час, отримано статистично значущий прямий зв'язок

середньої сили між рівнем тривоги та алкоголізацією: $r = 0.428$ ($p < 0.001$). При визначення Т-критерію Стьюдента між групами лікарів з та без ознак алкогольної адикції також виявлена статистично значуща відмінність між групами: $t = 5.71$; $p < 0.001$.

3. Імовірною причиною отриманих результатів (відсутність кореляції між вигоранням та алкоголізацією, а також депресією та алкоголізацією) є те, що проблеми емоційного вигорання та депресії є актуальними як для групи, яка не мала проблем вживання алкоголю, так і групи, яка їх мала. Подібні результати були отримані у норвезькому лонгітюдному дослідженні Javed M. та співавторів (2017), автори якого дійшли висновку, що «робочий стрес лікарів не був пов'язаний із шкідливим вживанням алкоголю, але з ним асоціювалися життєві негаразди, психічні розлади та вживання алкоголю як копінг-стратегія». Наявність ознак вигорання та депресії як серед лікарів, які зловживають алкоголем, так і тих, хто ним не зловживає, вказує на високу актуальність та поширеність цих проблем у медичній спільноті. Разом з тим, отримано статистично значущий прямий зв'язок середньої сили між рівнем тривожності та алкоголізацією. З отриманих результатів не можна стверджувати точно, що є причинним фактором, а що його наслідком – чи алкогольна адикція виникає як дезадаптивна копінг-стратегія у відповідь на підвищену тривожність серед лікарів, чи тривожність є наслідком надмірного вживання алкоголю, або ж має місце формування свого роду «замкненого кола» для взаємозв'язку між тривожністю та алкогольною адикцією. Але отримані результати підкреслюють важливість та необхідність подальшого дослідження даних розладів серед українських лікарів.

4. Запропонована психокорекційна програма щодо роботи з лікарями базується на УП - сучасному трансдіагностичному підході КПТ-модальності. Програма передбачає проведення 8 модулів тривалістю 10-16 сесій, які спрямовані на підвищення толерантності лікарів до дискомфортного емоційного досвіду, навчання їх технікам усвідомленості, когнітивної

реструктуризації та пошуком альтернативних адаптивних копінг-стратегій на заміну алкогольної адикції. Перевагою застосування даної програми є її науково-доведена ефективність, відносна простота та короткотривалість, а також трансдіагностичність підходу, згідно з яким інтервенції є ефективними проти широко спектру проблем психічного здоров'я, у тому числі алкогольної адикції, синдрому вигорання, підвищеної тривожності та депресивних проявів.

Загалом результати дослідження демонструють, що ознаки емоційного вигорання, підвищеної тривожності та депресивних проявів наявні у більшості респондентів, тоді як показники алкогольної адикції серед українських лікарів є вищими, ніж в українській популяції загалом (згідно з даними ЦГЗ) та ніж у аналогічних дослідженнях, які проводились за кордоном. Це підкреслює необхідність більш глибоко дослідження даної проблеми, в тому числі в контексті впливу війни, та реального впровадження психокорекційних заходів, спрямованих на збереження та відновлення психічного здоров'я українських лікарів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аталієва А.О. Взаємодія стресу та особистісних факторів при хімічній залежності. Дисертація. Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна. УДК 159.923:364.272:616.8-085.851(043.5). [Електронний ресурс]. Код доступу: <https://bit.ly/3GwYS11>
2. Бегеза Л. Психологічні особливості емоційного вигорання лікарів. Психологічні перспективи, Вип. 36, 2020, 37–48. УДК 159.923:614.25. [Електронний ресурс]. Код доступу: <https://bit.ly/3OkqABG>
3. Бойко В. Енергія емоцій у спілкуванні: погляд на себе та на інших. Інформаційно-видавничий дім «Філін», 1996.
4. Вакуленко О. та співавт. Теоретико-методичні засади профілактики нехімічної адиктивної поведінки учнів загальноосвітніх навчальних закладів. Electronic National Pedagogical Dragomanov University Repository. Серія 11. Соціальна робота. Соціальна педагогіка. 2016. [Електронний ресурс]. Код доступу: <https://bit.ly/3V7C3H0>
5. Гавенко В.Л., Бітенський В.С., Абрамов В.А. Психіатрія і наркологія Психіатрія і наркологія : підручник, 3-ге видання— видавництво "Медицина», 2020.
6. Гофман А. Клінічна наркологія. Друге видання. Видання «Медичне інформаційне агенство», 2017 рік. [Електронний ресурс]. Код доступу: <https://bit.ly/3D9g247>
7. Звіт за результатами кабінетного дослідження вживання алкоголю та зловживання ним особами, які вживають опіоїди та пацієнтами на ЗПТ та інтервенцій для них. Рекомендації щодо впровадження інтервенцій, спрямованих на скорочення/зупинку вживання алкоголю. Центр Громадського Здоров'я. Київ 2021. [Електронний ресурс]. Код доступу: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/A4_zvit_alko_all.pdf
8. Карачевський А. Подолати алкогольну залежність. Інститут психічного здоров'я УКУ. Видавництво «Свічадо». 2016 рік.

9. Клименко С. та співавт. Вивчення синдрому психоемоційного вигорання у представників різних професійних груп. ISSN 2411-1597. МЕДСЕСТРИНСТВО. 2018. № 2. УДК 616.89-008.19-02:614.256.5. [Електронний ресурс]. Код доступу: <https://bit.ly/3GyJH9g>
10. Кліманська М. та співавт. Українська адаптація короткого п'ятифакторного опитувальника особистості TIPI (TIPI-UKR). Інститут психології ім. Г.В. Костюка. PSYCHOLOGICAL JOURNAL. Volume 5 Issue 9 2019. [Електронний ресурс]. Код доступу: <https://bit.ly/41sStMN>
11. Клятва лікаря України - Верховна Рада України. Законодавство України. Документ 349/92. Прийняття від 15.06.1992. УКАЗ ПРЕЗИДЕНТА УКРАЇНИ "Про Клятву лікаря". [Електронний ресурс]. Код доступу: <https://bit.ly/3HKxOwb>
12. Коваль І. Синдром емоційного вигорання в лікарів онкологічного профілю та шляхи його подолання. Журнал «НейроNEWS: психоневрологія та нейропсихіатрія». 1 (94)' 2018. Код доступу: <https://bit.ly/3gmJ6Nl>
13. Коефіцієнт кореляції Пірсона. Матеріал з Вікіпедії — вільної енциклопедії. [Електронний ресурс]. Код доступу: <https://bit.ly/3ifJ8Yq>
14. Кривенко В. та співавт. Психоемоційний та вегетативний стан лікарів-інтернів на початку професійної діяльності. Електронний архів Запорізького державного медичного університету IRZSMU. УДК 159.942+612.821]:614.23. [Електронний ресурс]. Код доступу: <https://bit.ly/3iaNzne>
15. Литвиненко В. Психосоціалізація у системі психосоціальної реабілітації чоловіків, хворих на алкогольну залежність. Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук. Харківська медична академія післядипломної освіти. УДК: 616.89-008.441.3-055.1:364.62-056.83(043.3). [Електронний ресурс]. Код доступу: <https://bit.ly/3EKssR2>
16. Льошенко О. Діагностика, профілактика, корекція синдрому «емоційного вигорання». Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки.

2021. Випуск 10. С. 105–112. [Електронний ресурс]. Код доступу: <https://bit.ly/3uVAKzZ>
17. Марута Н. та співавт. Особливості емоційного вигорання в працівників сфери охорони неврологічного й психічного здоров'я. Міжнародний неврологічний журнал, 7, 22–30. 2019. [Електронний ресурс]. Код доступу: <https://bit.ly/3uZIX62>
18. Марченко О. Зловживання алкоголем на тлі емоційних розладів: вчасно побачити та допомогти. Медична газета «Здоров'я України 21 сторіччя» № 5-6 (522-523), 2022 р. [Електронний ресурс]. Код доступу: health-ua.com/article/70141-zlovzhivannya-alkogolem--na-tl-emotcjnih-rozladv--vchasno-pobachiti-ta-dopo
19. Мороз Г. та співавт. Поширеність тривожних та депресивних розладів у військових лікарів. УКР. МЕД. ЧАСОПИС, 2017, 23 травня. УДК 616.89+356.331. [Електронний ресурс]. Код доступу: <https://bit.ly/3X2E0Wg>
20. Нестерович Л. Особливості емоційного вигорання медичних працівників, які лікують хворих на COVID-19. Дипломна робота. Національний авіаційний університет. Київ, 2022. [Електронний ресурс]. Код доступу: <https://bit.ly/3OhzZKp>
21. Піддубна А. Сутність принципів поваги та справедливості у медичній діяльності. Буковинський державний медичний університет. Прес-служба. 10.10.2020. [Електронний ресурс]. Код доступу: <https://bit.ly/3laUyxH>
22. Прашко Я. та співавт. Когнітивно-поведінкова терапія психічних розладів. ТРИТОН Прага/Кромнержиш. Інститут загальногуманітарних досліджень. 2015.
23. Пушкар А. та співавт. Психологія адиктивної поведінки. Методичні рекомендації до курсу «Психологія адиктивної поведінки» для студентів IV курсу спеціальності «Психологія». Чернігівський національний педагогічний університет ім. Т.Г. Шевченка. 2012. [Електронний ресурс]. Код доступу: <https://bit.ly/3Gwn7hA>

24. Сарбаєва О. та співавт. Мотиваційні компоненти схильності до емоційного вигорання серед журналістів. Український Католицький Університет. Львів, 2021. [Електронний ресурс]. Код доступу: <https://bit.ly/3BEJ9vi>
25. Український інститут когнітивно-поведінкової терапії. Громадська онлайн-бібліотека УІКПТ. Опитувальники і шкали. Шкала депресії Бека. <https://bit.ly/3Fu6elm>
26. Український інститут когнітивно-поведінкової терапії. Громадська онлайн-бібліотека УІКПТ. Опитувальники і шкали. Шкала тривоги Бека. <https://bit.ly/3uYWivG>
27. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної. (спеціалізованої) медичної допомоги дорослим та дітям: «Алкогольний гепатит». Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 06 листопада 2014 року № 826. [Електронний ресурс]. Код доступу: <https://bit.ly/3Cmcn2w>
28. Устінов О. У лікарнях України введено посади клінічного психолога та психотерапевта. Український медичний часопис. 2022-10-25. [Електронний ресурс]. Код доступу: <https://bit.ly/3nRmZSV>
29. Центр громадського здоров'я МОЗ України. Курс «Розлади психіки та поведінки. Основи психіатричної пропедевтики». Основи мотиваційного консультування. July 2017. [Електронний ресурс]. Код доступу: <https://bit.ly/44f6QqR>
30. Чабан О.С., Хаустова О.О. та співавт. Практична психосоматика: депресія. Видавничий дім МЕДКНИГА. Київ, 2021.
31. Чабан О.С., Хаустова О.О. та співавт. Практична психосоматика: тривога. Видавничий дім МЕДКНИГА. Київ, 2021.
32. Чулков О. та співавт. Типові види залежної поведінки. Клініка, діагностика, лікування: навч.-метод. посіб. до курсу за вибором «Основи адиктології» – Запоріжжя: ЗДМУ, 2017. [Електронний ресурс]. Код доступу: <https://bit.ly/3V92DiT>

33. A Guide to Substance Abuse Services for Primary Care Clinicians. U.S. Department of Health & Human Services. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. 2012. [Электронный ресурс]. Код доступа: <https://bit.ly/3CnehzJ>
34. Addiction as a Coping Mechanism and Healthy Alternatives. American Addiction Centers. Sep 9, 2022. [Электронный ресурс]. Код доступа: <https://bit.ly/2Ob2DOF>
35. American Psychological Association. Depression Assessment Instruments. 2022. [Электронный ресурс]. Код доступа: <https://bit.ly/3jaJHml>
36. American Psychological Association. Society of Clinical Psychology. What is Cognitive Behavioral Therapy? [Электронный ресурс]. Код доступа: <https://bit.ly/2ukAaw7>
37. Anker J. et al. Co-Occurring Alcohol Use Disorder and Anxiety: Bridging Psychiatric, Psychological, and Neurobiological Perspectives. Alcohol Res . 2019 Dec 30;40(1):arcr.v40.1.03. [Электронный ресурс]. Код доступа: <https://bit.ly/3vCDJh3>
38. Association for Contextual Behavioral Science. Acceptance & Commitment Therapy (ACT). Accessed May 3, 2023. [Электронный ресурс]. Код доступа: <https://bit.ly/2JFGAeI>
39. Babor T. et al. AUDIT: the Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary health care. World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Dependence. 18 November 2001. [Электронный ресурс]. Код доступа: <https://bit.ly/3V5axcI>
40. Barlow D. et al. Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders. Therapist Guide. Oxford University Press. Second Edition published in 2018.
41. Basky G. The doctor as patient: better informed but similar in behaviour. Смај News. August 1, 2019. [Электронный ресурс]. Код доступа: <https://bit.ly/3W3YZsl>

42. Bennett-Levy J. Oxford Guide to Behavioural Experiments in Cognitive Therapy. Oxford University Press. 2021.
43. Buddeberg-Fischer B. et al. Stress at work and well-being in junior residents [in German]. *Z Psychosom Med Psychother*. 2005; 51(2):163–178. [Электронный ресурс]. Код доступа: <https://bit.ly/3QcIcAD>
44. Carl J. et al. A preliminary investigation of the effects of the unified protocol on temperament. *Compr Psychiatry*. 2014 Aug; 55(6): 1426–1434. [Электронный ресурс]. Код доступа: <https://bit.ly/3Ms73Ab>
45. Carroll K. et al. Cognitive behavioral interventions for alcohol and drug use disorders: Through the stage model and back again. *Psychol Addict Behav* . 2017 Dec;31(8):847-861. [Электронный ресурс]. Код доступа: <https://bit.ly/40VZoOq>
46. Centers for Disease Control and Prevention: Alcohol and Public Health. April 19, 2022. [Электронный ресурс]. Код доступа: <https://bit.ly/3GDHhwh>
47. Ciraulo D. et al. The effects of venlafaxine and cognitive behavioral therapy alone and combined in the treatment of co-morbid alcohol use-anxiety disorders. *Behav Res Ther* . 2013 Nov;51(11):729-35. [Электронный ресурс]. Код доступа: <https://bit.ly/41b2hLv>
48. Coon D. et al. *Essentials of Psychology: Exploration and Application*. Thomson Wadsworth Publisher. 10th edition. 2005.
49. Costa P. et al. Associations between medical student empathy and personality: a multi-institutional study. *PLoS One* . 2014 Mar 17;9(3):e89254. [Электронный ресурс]. Код доступа: <https://bit.ly/3nVwKzs>
50. Dash G. et al. Big Five personality traits and alcohol, nicotine, cannabis, and gambling disorder comorbidity. *Psychol Addict Behav* . 2019 Jun;33(4):420-429. [Электронный ресурс]. Код доступа: <https://bit.ly/3pwLs0h>
51. Demir F. et al. The prevalence of depression and its associated factors among resident doctors working in a training hospital in Istanbul. *Turk Psikiyatri Derg* . 2007 Spring;18(1):31-7. [Электронный ресурс]. Код доступа: <https://bit.ly/3Qbr8uJ>

52. Deng H. et al. Stress Reactivity Influences the Relationship between Emotional Labor Strategies and Job Burnouts among Chinese Hospital Nurses. *Neural Plast* . 2020 Sep 22; 2020:8837024. [Электронный ресурс]. Код доступа: <https://bit.ly/3gkHkMK>
53. Farchione T. et al. Efficacy of the Unified Protocol for the treatment of comorbid alcohol use and anxiety disorders: Study protocol and methods. *Contemp Clin Trials*. 2021 Sep;108:106512. [Электронный ресурс]. Код доступа: <https://bit.ly/41kCkZM>
54. Fessell D. et al. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Beyond: Micropractices for Burnout Prevention and Emotional Wellness. *J Am Coll Radiol*. 2020 Jun; 17(6): 746–748. [Электронный ресурс]. Код доступа: <https://bit.ly/3hQEXBD>
55. Fydrich T. et al. Reliability and validity of the beck anxiety inventory. *Journal of Anxiety Disorders* Volume 6, Issue 1, 1992, Pages 55-61. [Электронный ресурс]. Код доступа: <https://bit.ly/3Wr5cO1>
56. Gajda. M. et al. Determinants of Alcohol Consumption among Medical Students: Results from POLLEK Cohort Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 5872. [Электронный ресурс]. Код доступа: <https://bit.ly/3Vlr5HY>
57. Gazelle G. et al. Physician Burnout: Coaching a Way Out. *Journal of General Internal Medicine* volume 30, pages 508–513 (2015). [Электронный ресурс]. Код доступа: <https://bit.ly/2UaxvUz>
58. GOSLING LAB. Ten-Item Personality Inventory (TIPI). Department of Psychology. University of Texas. [Электронный ресурс]. Код доступа: <https://bit.ly/3OfRX1L>
59. Gosling R. et al. A very brief measure of the Big-Five personality domains. *Journal of Research in Personality*. Volume 37, Issue 6, December 2003, Pages 504-528. [Электронный ресурс]. Код доступа: <https://bit.ly/3BtVCRT>

60. Ingersoll K. et al. Motivational interviewing for substance use disorders. UpToDate. Mar 01, 2022. [Электронный ресурс]. Код доступа: <https://bit.ly/3NvfgEk>
61. Jackson-Koku G. Beck Depression Inventory. Occupational Medicine 2016;66:174–175. [Электронный ресурс]. Код доступа: <https://bit.ly/3HavyxA>
62. Javed M. et al. Contextual Factors and Mental Distress as Possible Predictors of Hazardous Drinking in Norwegian Medical Doctors: A 15-Year Longitudinal, Nationwide Study. Eur Addict Res. 2017;23(1):19-27. Epub 2016 Nov 11. [Электронный ресурс]. Код доступа: <https://bit.ly/3hw2WWU>
63. Kang W. Understanding the associations between personality traits and the frequency of alcohol intoxication in young males and females: Findings from the United Kingdom. Acta Psychol (Amst) . 2023 Apr;234:103865. [Электронный ресурс]. Код доступа: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36812800/>
64. Kelly T. et al. A comparison of alcohol screening instruments among under-aged drinkers treated in emergency departments. Alcohol and Alcoholism, Volume 37, Issue 5, September 2002, Pages 444–450. [Электронный ресурс]. Код доступа: <https://bit.ly/3Ge3JnK>
65. Kumar S. et al. Burnout and Doctors: Prevalence, Prevention and Intervention. Healthcare (Basel). 2016 Jun 30;4(3):37. [Электронный ресурс]. Код доступа: <https://bit.ly/3GfQx1w>
66. Lenoir A. et al. Alcohol consumption in medical community. Rev Med Liege. 2019 May;74(5-6):253-257. [Электронный ресурс]. Код доступа: <https://bit.ly/3WJc6i7>
67. Leyfer, OT; Ruberg, JL; Woodruff-Borden, J (2006). "Examination of the utility of the Beck Anxiety Inventory and its factors as a screener for anxiety disorders". Journal of Anxiety Disorders. 20 (4): 444–58. [Электронный ресурс]. Код доступа: <https://bit.ly/3Gdu6dv>
68. Lheureux F. et al. The Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS): factor structure, wording effect and psychometric qualities of known

- problematic items. Published 2017. [Электронный ресурс]. Код доступа: <https://bit.ly/3tHbH2T>
- 69.Lopez J. et al. Depression, anxiety and suicide risk symptoms among medical residents over an academic year. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2015 Jan-Feb;53(1):20-8. [Электронный ресурс]. Код доступа: <https://bit.ly/3jJh1AZ>
- 70.Luchetti M. et al. Personality traits and facets linked with self-reported alcohol consumption and biomarkers of liver health. *Addict Behav.* 2018 Jul;82:135-141. [Электронный ресурс]. Код доступа: <https://bit.ly/42SGxoY>
- 71.Maslach Burnout Inventory Instruments and Scoring Guides English : MBI HSS, MBI HSS (MP), MBI ES, MBI GS, and MBI GS (S) French MBI HSS and MBI GS. [Электронный ресурс]. Код доступа: <https://bit.ly/3XffOkg>
- 72.Maslach C. et al. Maslach Burnout Inventory. Received from Mind Garden, Inc. on December 17, 2021. [Электронный ресурс]. Код доступа: <https://bit.ly/3vDlkAH>
- 73.Mata D. et al. Douglas Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA.* 2015 Dec 8; 314(22): 2373–2383. [Электронный ресурс]. Код доступа: <https://bit.ly/3GCwYC6>
- 74.May J. et al. Dialectical behavior therapy as treatment for borderline personality disorder. *Ment Health Clin.* 2016 Mar 8;6(2):62-67. [Электронный ресурс]. Код доступа: <https://bit.ly/44pyykI>
- 75.МcHugh K. et al. Alcohol Use Disorder and Depressive Disorders. *Alcohol Res.* 2019; 40(1): arcr. v40.1.01. [Электронный ресурс]. Код доступа: <https://bit.ly/3GBapO7>
- 76.Medisauskaite A. et al. Does occupational distress raise the risk of alcohol use, binge-eating, ill health and sleep problems among medical doctors? A UK cross-sectional study. *BMJ Open.* 2019; 9(5): e027362. [Электронный ресурс]. Код доступа: <https://bit.ly/3Q8ECYb>

77. Medisauskaite A. et al. Reducing burnout and anxiety among doctors: Randomized controlled trial. *Psychiatry Res.* 2019 Apr; 274:383-390. [Електронний ресурс]. Код доступу: <https://bit.ly/3QdcMd2>
78. МН4U. Що таке вигорання і яким воно буває. [Електронний ресурс]. Код доступу: <https://bit.ly/3Mq1nGU>
79. Miller L. Types of Therapy for Alcoholism. American Addiction Centers. Oct 25, 2022. [Електронний ресурс]. Код доступу: <https://bit.ly/3p6Vg0Q>
80. Miller N. et al. The painful truth: physicians are not invincible. *South Med J.* 2000;93(10):966–73.
81. Miller W. et al. *Motivational Interviewing: Helping People Change.* 3rd edition. Guilford Press. 2013.
82. Mosel S. et al. Acceptance and Commitment Therapy for Substance Use Disorders. American Addiction Centers. Oct 21, 2022. [Електронний ресурс]. Код доступу: <https://bit.ly/3NxRjwn>
83. Nordheimer N. 2022 State of Mental Health: American Healthcare Workers Report. APN.COM. [Електронний ресурс]. Код доступу: <https://bit.ly/3jKClpS>
84. O'Dowd E. et al. Stress, coping, and psychological resilience among physicians. *BMC Health Serv Res.* 2018 Sep 21;18(1):730. [Електронний ресурс]. Код доступу: <https://bit.ly/3JI7nd6>
85. Oreskovich R. et al. The prevalence of substance use disorders in American physicians. *Am J Addict.* 2015 Jan;24(1):30-8. [Електронний ресурс]. Код доступу: <https://bit.ly/3iafNhY>
86. Osaji J. et al. The Use of Acceptance and Commitment Therapy in Substance Use Disorders: A Review of Literature. *J Clin Med Res.* 2020 Oct; 12(10): 629–633. [Електронний ресурс]. Код доступу: <https://bit.ly/411ta4g>
87. Osman, A; Hoffman, J; Barrios, FX; Kopper, BA; Breitenstein, JL; Hahn, SK (April 2002). "Factor structure, reliability, and validity of the Beck Anxiety Inventory in adolescent psychiatric inpatients". *Journal of Clinical Psychology.* 58 (4): 443–56. [Електронний ресурс]. Код доступу: <https://bit.ly/3WJIOkz>

88. Pedersen A. et al. Risky alcohol use in Danish physicians: Associated with alexithymia and burnout? *Drug Alcohol Depend.* 2016 Mar 1;160:119-26. [Электронный ресурс]. Код доступа: <https://bit.ly/3tPi6cd>
89. Pervin L. et al. *Personality: Theory and Research*. 7th edition, 1997. New York: John Wiley & Sons, Inc.
90. Restrepo J. et al. Addressing psychosocial work-related stress interventions: A systematic review. *Work* . 2021;70(1):53-62. [Электронный ресурс]. Код доступа: <https://bit.ly/3jLZHvn>
91. Ritchie H. et al. *Alcohol Consumption*. Our World in Data. April 2018. [Электронный ресурс]. Код доступа: <https://bit.ly/2NSULzC>
92. Rizo C. et al. What's a good doctor and how do you make one? *BMJ*. 2002 Sep 28; 325(7366): 711. [Электронный ресурс]. Код доступа: <https://bit.ly/40vIPts>
93. Sakiris N. et al. A systematic review and meta-analysis of the Unified Protocol as a transdiagnostic emotion regulation based intervention. *Clin Psychol Rev* . 2019 Aug;72:101751. [Электронный ресурс]. Код доступа: <https://bit.ly/3nJEyUT>
94. Silk C. et al. Doctors as patients: How psychological therapists experience the opposing ideologies. *European Journal of Psychotherapy & Counselling* Volume 21, 2019 - Issue 2. [Электронный ресурс]. Код доступа: <https://bit.ly/42CAYes>
95. Smith J. et al. Anxiety and alcohol use disorders: comorbidity and treatment considerations. *Alcohol Res.* 2012;34(4):414-31. [Электронный ресурс]. Код доступа: <https://bit.ly/3i37SmE>
96. Spickard A. et al. Mid-career burnout in generalist and specialist physicians. *JAMA*. 2002;288(12):1447–50. [Электронный ресурс]. Код доступа: <https://bit.ly/3HNYn4F>
97. Suci N. et al. A Holistic Approach of Personality Traits in Medical Students: An Integrative Review. *Int J Environ Res Public Health* . 2021 Dec 5;18(23):12822. [Электронный ресурс]. Код доступа: <https://bit.ly/3O1Od3W>
98. The BMJ. Discover the latest clinical knowledge and opinion. BMJ Publishing Group Ltd. 2020. [Электронный ресурс]. Код доступа: <https://bit.ly/3HYDEek>

99. Thiebaud P. et al. Alcohol consumption among French physicians: A cross-sectional study. *Drug Alcohol Depend.* 2021 Jan 1;218:108356. [Электронный ресурс]. Код доступа: <https://bit.ly/3IgGEUd>
100. Unified Protocol Institute. About The Unified Protocol. [Электронный ресурс]. Код доступа: <https://bit.ly/41fvOnc/>
101. Wallace J. et al. Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet.* 2009;374(9702):1714–21. [Электронный ресурс]. Код доступа: <https://bit.ly/3HteKCe>
102. Wang Y. et al. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: a comprehensive review. *Revista Brasileira de Psiquiatria.* 2013;35:416–431. [Электронный ресурс]. Код доступа: <https://bit.ly/3PQqBhn>
103. Webster A. et al. Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) for Addiction and Substance Abuse. *American Addiction Centers.* Mar 13, 2023. [Электронный ресурс]. Код доступа: <https://bit.ly/422o8Ga>
104. Wei S. et al. Epidemiological study on risk factors for anxiety disorder among Chinese doctors. *J Occup Health.* 2012;54(1):1-8. Epub 2011 Dec 10. [Электронный ресурс]. Код доступа: <https://bit.ly/3UZOHY8>
105. White M. et al. What Are the Big 5 Personality Traits? *Psych Central.* March 31, 2022. [Электронный ресурс]. Код доступа: <https://bit.ly/41zD0uD>
106. World Health Organization. Alcohol. Fact sheets. 9 May 2022. [Электронный ресурс]. Код доступа: <https://bit.ly/2QI9usC>
107. World Health Organization. Alcohol. Health topics. [Электронный ресурс]. Код доступа: <https://bit.ly/2pumhfJ>
108. World Health Organization. Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases. 28 May 2019. [Электронный ресурс]. Код доступа: <https://bit.ly/3tKjXiG>
109. World Population Review. Alcoholism by Country 2023. [Электронный ресурс]. Код доступа: <https://bit.ly/3GfQfaW>

110. Yang, C. et al. Causes of nursing staff burnout: Exploring the effects of emotional exhaustion, work-family conflict, and supervisor support. *Japan journal of nursing science*, e12392. 2020. [Электронный ресурс]. Код доступа: <https://bit.ly/3PwDRrD>
111. Yousuf A, Ishaque S, Qidwai W. Depression and its associated risk factors in medical and surgical post graduate trainees at a teaching hospital: a cross sectional survey from a developing country. *J Pak Med Assoc.* 2011; 61(10):968–973. [Электронный ресурс]. Код доступа: <https://bit.ly/3vAMHeM>
112. Zaghini, F. et al. The role of occupational stress in the association between emotional labor and burnout in nurses: A cross-sectional study. *Applied nursing research*, 54 (151–277). 2020. [Электронный ресурс]. Код доступа: <https://bit.ly/3FBBEX1>

ДОДАТКИ

Додаток А

Значення коефіцієнту кореляції Пірсона для показників алкоголізації (AUDIT), емоційного вигорання (емоційного виснаження, деперсоналізації, оцінки професійних досягнень, інтегрального показника), депресії (BDI-II), тривожності (BAI) та особистісних рис (E – екстраверсії, A – дружелюбності, C – добросовісності, ES – емоційної стабільності, O – відкритості).

7	AUDIT	Емоційне виснаження	Деперсоналізація	Оцінка професійних досягнень	Інтегральний показник	BDI-II	BAI	E	A	C	ES
AUDIT	-										
Емоційне виснаження	-0.084 (p=0.275)	-									
Деперсоналізація	0.003 (p=0.972)	0.613 (p<0.001)	-								
Оцінка професійних досягнень	0.111 (p=0.146)	-0.504 (p<0.001)	-3.99 (p<0.001)	-							
Інтегральний показник	-0.070 (p=0.36)	0.914 (p<0.001)	0.830 (p<0.001)	-0.673 (p<0.001)	-						
BDI-II	0.086 (p=0.263)	0.591 (p<0.001)	0.341 (p<0.001)	-0.440 (p<0.001)	0.555 (p<0.001)	-					
BAI	0.428 (p<0.001)	0.322 (p<0.001)	0.076 (0.319)	-0.310 (p<0.001)	0.269 (p<0.001)	0.551 (p<0.001)	-				
E	-0.004 (p=0.955)	-0.117 (p=0.125)	0.012 (0.881)	0.269 (p<0.001)	-0.127 (p=0.096)	-0.163 (p=0.033)	-0.219 (p=0.091)	-			
A	-0.161 (p=0.035)	-0.302 (p<0.001)	-0.400 (p<0.001)	0.248 (p=0.001)	-0.390 (p<0.001)	-0.291 (p<0.001)	-0.248 (p=0.01)	0.143 (p=0.062)	-		
C	-0.103 (p=0.179)	-0.129 (p=0.091)	-0.175 (p=0.022)	0.028 (p=0.711)	-0.133 (p=0.082)	-0.090 (p=0.242)	0.096 (p=0.210)	- 0.106 (p=0.168)	0.304 (p<0.001)	-	
ES	-0.148 (p=0.053)	-0.185 (p=0.015)	0.054 (p=0.479)	0.167 (p=0.028)	-0.101 (=199)	-0.279 (p<0.001)	-0.492 (p<0.001)	0.175 (p=0.021)	0.346 (p<0.001)	-0.086 (p=0.261)	-
O	0.074 (p=0.338)	-0.272 (p<0.001)	-0.267 (p<0.001)	0.332 (p<0.001)	-0.349 (p<0.001)	-0.303 (p<0.001)	-0.01 (p=0.897)	0.493 (p<0.001)	0.451 (p<0.001)	0.156 (p=0.041)	0.086 (p=0.260)

Додаток Б**Інтерпретація значень коефіцієнту кореляції Пірсона [53]**

Кореляція	Негативна	Позитивна
Відсутня	-0.09 до 0.0	0.0 до 0.09
Низька	-0.3 до -0.1	0.1 до 0.3
Середня	-0.5 до -0.3	0.3 до 0.5
Висока	-1.0 до -0.5	0.5 до 1.0