

**КИЇВСЬКИЙ ІНСТИТУТ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА
ПСИХОТЕРАПІЇ**

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему:

**Взаємозв'язок тривожно-депресивних проявів та вигорання серед
медичних працівників під час війни в Україні**

Здобувача (ки) 2 курсу ПМ-225 групи
Спеціальності 053 Психологія
Освітньо-професійна програма
Клінічна психологія
Стрижевської О.О.
(прізвище та ініціали)
Керівник
д.мед.н.,
Полшкова С.Г.
(вчене звання, науковий ступінь, прізвище та ініціали)

Робота рекомендована до захисту
рішенням кафедри клінічної психології та кафедри соціальної психології

Протокол № 10 від « 24 » червня 2024р.

Зав. кафедри клінічної психології

д.психол.н., с.н.с., Лисенко І.П.
підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

Зав. кафедри соціальної психології

к.психол.н., Трофімова Д.О.
підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

Київ–2024

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	4
ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ФЕНОМЕНУ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ, ТРИВОГИ ТА ДЕПРЕСІЇ СЕРЕД МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ В УКРАЇНІ	11
1.1 Історичний екскурс концепції «професійне вигорання»	11
1.2. Сучасний статус поняття «професійне вигорання» в МКХ-10 та DSM-5.	13
1.3. Моделі професійного вигорання	15
1.4 Дискурс навколо самостійності поняття «професійного вигорання»	18
1.5 Фактори ризику розвитку ПВ серед представників медичних спеціальностей	21
1.6. Тривожні розлади: світова статистика та прояви	25
1.7. Депресивний розлад: світова статистика та прояви	29
1.8. Вплив війни на психічне здоров'я суспільства	31
1.9 Професійне вигорання серед медичних працівників під час війни в Україні.....	32
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1	34
РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ СЕРЕД МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ В УКРАЇНІ	36
2.1 Цілі, задачі та організація даного дослідження	36
2.1.1 Мета та завдання дослідження	36
2.2 Використані методики дослідження	36
2.3 Характеристика вибірки та її параметри (стать, середній вік, приналежність до медичної або немедичної професії).....	40
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ ПРОЯВІВ ТА ВИГОРАННЯ СЕРЕД МЕДИКІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ В УКРАЇНІ	42
3.1. Ступінь внутрішньої узгодженості методик, що використовувались. ..	42

3.2 Виявлення особливостей професійного вигорання серед медичних працівників під час війни в Україні.	43
3.3. Дослідження рівня тривоги та депресії медиків в умовах війни в Україні	47
3.4. Порівняльний аналіз тривожно-депресивних проявів і вигорання медиків та представників немедичних професій.....	53
3.5. Дослідження взаємозв'язку між рівнем депресії та тривожності та ступенем емоційного вигорання серед медиків.....	62
ВИСНОВКИ	72
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	76
ДОДАТОК А.....	83
Описи обраних методик психодіагностики та ключі до них.....	83
3). Методика «Діагностика професійного вигорання» (Маслах, Джексон).....	86

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВООЗ- Всесвітня Організація Охорони Здоров'я

ВПО -внутрішньо переміщенна особа

ГТР- Генералізований тривожний розлад

МКХ-10 -Міжнародна Класифікація Хвороб, десяте видання

МКХ-11 -Міжнародна Класифікація Хвороб, одинадцяте видання

МОЗ -Міністерство Охорони Здоров'я

ПВ- Професійне вигорання

ПТСР -посттравматичний стресовий розлад

СВ- Синдром Вигорання

BDI -Beck Depression Inventory

DSM-5 -Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition

GAD -Generalized anxiety disorder

MBI -Maslach Burnout Inventory

PHQ, PHQ-9-Patients Health Questionnaire

PSS -Perceived stress scale

ВСТУП

Обґрунтування актуальності теми.

Питання професійного вигорання серед медичних працівників, як яскравих представників «допомогаючих професій», особливо гостро стоїть вже з самого початку появи терміну «професійного вигорання». Воно досліджувалось в багатьох країнах серед різних умов праці та спеціальностей лікарів [35]. «Згідно зі світовою статистикою, частота виявлення синдрому професійного вигорання серед медичних працівників коливається у межах 25–75%. Зокрема, за останні 7 років (2017-2021 рр.) емоційне (професійне) вигорання серед лікарів США зросло із 45 до 54 %. Синдром професійного вигорання діагностують у 31,4 % – лікарів Гонконгу, 50 % – лікарів-педіатрів Бразилії, 42,4 % – лікарів Франції, 23,5 % – лікарів невідкладної допомоги та 89,3 % – лікарів-педіатрів України» [16, 35, 32]. «У медичних сестер України, які працюють в кризових умовах, діагностовано синдром професійного вигорання майже 70%» [16, 29, 32].

В той самий час на сьогодні 5% дорослих (4% серед чоловіків і 6% серед жінок) і 5,7% дорослих старше 60 років в світі страждають на депресію та тривогу, які є на сьогодні найбільш розповсюдженими психічними розладами [50]. Як і у випадку вигорання, представники медичних професій є одними з найбільш вразливих верств населення щодо розвитку цих станів. За даними англійських дослідників, серед лікарів виявляють високий рівень тривоги (41 % випадків) і клінічно вираженої депресії (26 % випадків) [16, 29, 32].

Актуальність теми вигорання та тривожно-депресивних проявів серед медичного персоналу ніколи так гостро не стояла для України як сьогодні. Критичний виклик, який стоїть перед всім суспільством через повномасштабне

вторгнення РФ в Україну в 2022 році, має особливе відображення на медичній системі, яка прийняла на себе додаткове навантаження через велику кількість військовослужбовців, яким необхідна допомога, збільшення захворюваності серед іншого населення через стрес війни, зменшення кадрів через міграцію населення та руйнацію медичної інфраструктури, яку зазнала Донецька, Луганська, Херсонська, Запорізьська, Дніпропетровська, Київська, Одеська, Миколаївська, Сумська та Чернігівська області країни. Так, лише за перший рік війни зруйновано або пошкоджено понад 1200 об'єктів сфери медицини, загинуло понад 150 медичних працівників, з них 33- на робочому місці [30]. Це нашаровується на щоденні стресогенні чинники медичної професії. Треба також нагадати, що війна- це був наступний екстремальний виклик для всієї медичної системи на тлі пандемії COVID-19, яка на момент початку повномасштабного вторгнення ще не завершилась. Вже тоді питання професійного вигорання та тривожно-депресивних розладів серед медичних працівників гостро стояло для всієї світової медичної спільноти [37].

Вигорання визначається в Міжнародній класифікації хвороб 10-ого перегляду (далі-МКХ-10) наступним чином: "вигорання - це синдром, який розглядається як результат хронічного стресу на робочому місці, з яким не вдалося успішно впоратися». В той самий час в науковій спільноті точаться певні дебати щодо самостійності терміну «професійне вигорання», адже його прояви дуже схожі на прояви депресії та тривоги [11].

Починаючи з 2022 року, існує обмежена кількість досліджень, щодо впливу війни на вираженість професійного вигорання серед медичних працівників в Україні. Крім того, незважаючи на зростання інтересу суспільства, в тому числі наукового, до питання ментального здоров'я нації під час війни, на сьогодні спостерігається прогалина щодо дослідження тривожно-

депресивних проявів саме серед медиків, які вже третій рік працюють в умовах війни.

Через унікальність історичного моменту, який проходить наша країна та велику соціальну значущість для суспільства даної проблематики, тема вигорання та тривожно-депресивних проявів серед медичних працівників під час війни в Україні була обрана для подальшого дослідження в даній роботі. Взаємозв'язок між вигоранням та тривожно-депресивними проявами та порівняння їх особливостей у представників медичних та немедичних професій буде становити фокус даної роботи.

Теоретико-методологічна основа дослідження:

Дана робота спирається на концепцію вигорання, сформульовані Гербертом Фрейденбергом, Кристини Маслах, Сьюзан Джексен, поняття вигорання саме як «професійного феномену» згідно позиції ВООЗ та положенню цього поняття в МКХ-10, дані щодо професійного вигорання саме серед медичних працівників, що досліджувались вітчизняними авторами (Чабан О., Асонов Д.), в тому числі під час війни в Україні (Мішиєв В., Левін Т.), діагностичні критерії тривоги та депресії згідно визначення ВООЗ, базу даних Google Scholar, PubMed з тематики професійного вигорання та тривожно-депресивних проявів серед медичних працівників.

Мета: дослідити взаємозв'язок тривожно-депресивних проявів та вигорання серед медичних працівників під час війни в Україні.

Об'єкт дослідження: професійне вигорання як психологічне явище.

Предмет дослідження: взаємозв'язок тривожно-депресивних проявів та вигорання серед медичних працівників під час війни в Україні.

Завдання дослідження:

1. Теоретичне дослідження феномену професійного вигорання, тривоги та депресії серед медичних працівників під час повномасштабного вторгнення в Україні;
2. Емпіричне виявлення особливостей професійного вигорання серед медичних працівників під час війни в Україні;
3. Емпіричне вивчення рівня тривоги та депресії медиків в умовах війни в Україні;
4. Порівняльний аналіз тривожно-депресивних проявів та вигорання медиків та представників немедичних професій;
5. Встановлення взаємозв'язку між рівнем депресії та тривожності та ступенем емоційного вигорання серед медиків під час війни в Україні.

Методи дослідження:

У даному дослідженні було використано наступні методи:

1. Теоретичні методи- огляд і аналіз літератури щодо теми професійного вигорання та таких афективних розладів як депресія та тривога.
2. Психодіагностичні методи:
 - Діагностика професійного вигорання (К. Маслах, С. Джексон): в українській адаптації Олійник М., Львів, червень 2021 [5].
 - Опитувальник PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) - скринінгова психологічна експрес-методика для ранньої діагностики депресивних станів (Роберт Шпіцер (Robert L. Spitzer), Джанет Вільямс (Janet B.W. Williams), Курт Кронке (Kurt Kroenke) [31]. Методика адаптована Хобзей М.К. та інші. [31].
 - Шкала депресії Бека (BDI-I) - методика діагностики депресивних станів, в адаптації Нікітчук У.І. (Острог, 2020) [52].

- Опитувальник GAD-7 (Generalized anxiety disorder-GAD) -тест на наявність генералізованого тривожного розладу [52], в адаптації Сахнюк Р.В. (Львів, 2021) [60].

- Опитувальник PSS (perceived stress scale-PSS) в адаптації Вельдбрехт О.О. та Тавровецької Н.І. -шкала, що відображає суб'єктивне сприйняття рівня напруженості ситуації [57,58].

- Анкета власної розробки – для збору наступних даних від респондентів: вік, стать, сімейний статус, стаж в професії (повних років), медична спеціальність (для медиків), наявність нічних чергувань, отримання професійної психологічної підтримки/перебування у терапії, епізоди звернення до психіатра після лютого 2022 р., віддаленність від лінії фронту (область роботи та проживання), наявність пацієнтів-військовослужбовців, наявність негативного впливу робочого стресу на інші сфери життя респондента.

3.Статистичний аналіз – для обробки даних, отриманих від анкетування в інструменті Google Forms, який було розповсюджено серед контактів в соціальній мережі Facebook та серед професійних контактів: аналіз описових статистик, Т-критерій Стюдента, кореляційний аналіз. Програмне забезпечення- пакет Jamovi.

Характеристика вибірки

В дослідженні прийняли участь 168 респондентів, 138 жінок (82%) та 30 чоловіків (30%). Середній вік респондентів складав 44,0 роки (від 19 до 72 років). До представників медичних професій належало 121 (72%) осіб, 47 (28%) осіб -до інших немедичних професій.

Теоретична значущість роботи: Врахуючи унікальність контексту, який наразі існує в Україні у зв'язку повномасштабною агресією РФ, існує лише

мала кількість сучасних досліджень, присвячених проблемі професійного вигорання, як емоційного стану, серед медичних працівників під час війни в Україні. Більшість робіт з даної тематики відносяться до рівня курсових або магістерських робіт українських авторів-науковців. Також, спостерігається прогалина щодо вивчення тривожно-депресивних розладів серед медиків під час війни в Україні та дослідження їх взаємозв'язку з професійним вигоранням.

Крім того, в роботі буде досліджуватися взаємозв'язок професійного вигорання та тривоги та депресії, адже в наукових колах продовжується дискусія щодо тотожності терміну «професійного вигорання» та депресії.

Практична значущість роботи: дана робота висвітлює надважливу соціальну проблему сучасного українського суспільства під час війни: рівень вигорання та тривожно-депресивних розладів серед медиків. Це може мати практичну користь задля адвокації системних заходів, спрямованих на психологічну, соціальну та інші види підтримки спільноти медиків, як однієї з найвразливіших верств населення та одночасно критично важливих для країни професіоналів.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ФЕНОМЕНУ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ, ТРИВОГИ ТА ДЕПРЕСІЇ СЕРЕД МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ В УКРАЇНІ

1.1 Історичний екскурс концепції «професійне вигорання».

Синдром емоційного вигорання (англ. burnout) як поняття з'явився у 1974 році, його було введено американським психіатром Гербертом Фрейденбергером. У 1974 році Фрейденбергер опублікував статтю «Вигорання персоналу» (Staff burnout) у Journal of Social Issues, де він описав свої спостереження за волонтерами (включаючи самого себе) у безкоштовній клініці для наркозалежних, яку він відкрив у 60-ті роки ХХ сторіччя. Фрейденберг описав особливий стан байдужості, розчарування, демотивації, виснаження, фізичних симптомів (головний біль, безсоння, інші соматичні прояви), "спалахування гніву" і ригідне мислення, який розвинувся у більшості співробітників при роботі з такою непростою категорією населення як наркозалежні пацієнти. На основі своїх спостережень стану вигорання, він зробив подальші висновки, що найбільш вразливі до вигорання представники тих професій, які працюють в системі «людина-людина»- медики, педагоги, психологи, соціальні працівники, професії пов'язані із сферою обслуговування та управління. Фрейденбергер вказував на те, що до розвитку цього стану особливо схильні співчуваючі люди, ті, хто ідеалістично ставиться до роботи, схильні до мрійництва і які мають нав'язливі ідеї [5, 23].

Саме ця публікація і підвищила зацікавлення цим явищем, яке згодом переросло у численні дослідження даної проблематики вже в кінці ХХ сторіччя[6].

Так, Крістіна Маслах (Christina Maslach) та група однодумців стали іншими вченими, які продовжили досліджувати професійне вигорання та присвятили цій проблемі все своє професійне життя. Ця плеяда вчених вивчала такі аспекти вигорання як емоційного виснаження, деперсоналізація (дегуманізація, цинічне поводження з клієнтами, студентами та/або колегами, негативні і песимістичні думки про роботу) та зниження професійної ефективності (далі це буде відомо як «трьохфакторна модель К. Маслах).

“Вже 1981 року К. Маслах та Сюзан Джексон (Susan Jackson) опублікували першу методику оцінки вигорання - Maslach Burnout Inventory (МВІ). Спершу опитування було зосереджено на професіоналах, котрі працюють у соціальних сферах (наприклад, вчителі, соціальні працівники), згодом розробили його варіанти для інших сфер, у тому числі для медичних працівників.

1980-ті роки принесли широке визнання професійного вигорання як суспільної проблеми, що має серйозні наслідки як для конкретної організації, так і для працівників . Якщо говорити про більш сучасні обрахунки збитків ПВ, у 2005 році на Європейській конференції ВООЗ ще було зазначено, що третина працюючого населення Європейського союзу страждає від професійного стресу та це потребує 3-4% від валового національного продукту задля вирішення наслідків цієї проблеми [6].

Розробка МВІ у 1981 році стала поворотним моментом у концептуалізації та вимірюванні вигорання, забезпечивши загальний словниковий запас і каталізувавши каскад кількісних досліджень, спрямованих на покращення нашого розуміння природи та наслідків цього відносно "нового" психологічного конструкту” [31]. У 1990-х роках дослідження вигорання почали виходити за межі сфери послуг, і дослідники почали вивчати індивідуальні та організаційні чинники вигорання серед окремих професійних

груп [16] Це призвело до розробки більш загальної версії MBI, MBI-General Survey (MBI-GS), контекстно-нейтрального інструменту, придатного для оцінки вигорання в усіх професійних групах [31].

У цілому, починаючи з 1974 року вийшло друком понад 2500 статей і книг, присвячених вивченню синдрому «професійного вигорання» [6, 12].

Інтерес до даної проблеми продовжує тільки збільшуватися.

Малюнок 1 відображає динаміку кількості публікацій з питання вигорання за даними

Мал.1.1

Динаміка кількості публікацій за темою емоційного вигорання у період 2010-2020 роки (за даними PubMed [32])



1.2. Сучасний статус поняття «професійне вигорання» в МКХ-10 та DSM-5.

На сьогодні професійне вигорання не характеризується як психічний розлад або медичний стан у DSM-5 (Діагностичне та статистичне керівництво з психічних розладів, 2013 р) [19, 31].

Вигорання включено до 10-го перегляду Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-10) як професійний феномен. Важливо зазначити, що хоча його визнано як «професійний феномен», воно не класифікується як медичний стан за МКХ-10 також. В МКХ-10 вигорання описане в розділі: "Фактори, що впливають на стан здоров'я або звернення за медичною допомогою", який включає причини, через які люди звертаються за медичною допомогою, але які не класифікуються як хвороби або стани здоров'я.

Вигорання визначається в МКХ-10 наступним чином: "Вигорання - це синдром, який розглядається як результат хронічного стресу на робочому місці, з яким не вдалося успішно впоратися». Він характеризується трьома критеріями:

- відчуття енергетичного виснаження або виснаження;
- збільшення ментальної дистанції від своєї роботи або почуття негативізму чи цинізму, пов'язаного з роботою; і
- зниження професійної ефективності.

У МКХ-10 також зазначено, що вигорання не слід ідентифікувати за наявності розладів адаптації, пов'язаних зі стресом, тривогою або настрою.

Слід зазначити, що змін стосовно статусу ПВ у МКХ-10 (1993 рік) та МКХ-11 (2019 рік) не було. Про ПВ йдеться в розділі «Фактори, що впливають на стан здоров'я»- у цьому розділі описані причини звернень пацієнтів за медичною допомогою. Ці причини не класифіковані як хвороби або стани здоров'я, та називається «Проблеми, пов'язані з працевлаштуванням або безробіттям»- та кодуються «QD85 Burnout» [24, 30],

Цікавим є те, що на сьогодні “14 європейських країн визнають вигорання легітимним психічним розладом,... але офіційно внесено до переліку професійних захворювань лише в Латвії. У п'яти європейських країнах поширеною практикою є надання працівникам, які страждають від вигорання, фінансової компенсації. В Ісландії, Нідерландах та Швеції, якщо можна довести причинно-наслідковий зв'язок, пов'язаний з умовами праці, будь-яке захворювання або травму можна класифікувати як професійне захворювання, включаючи вигорання. Нідерланди наразі є єдиною країною, яка використовує МВІ як клінічно підтверджений діагностичний інструмент, виданий Королівською голландською медичною асоціацією як стратегію управління розладами, пов'язаними зі стресом. Таким чином, хоча вигорання є поширеним діагнозом у Європі, наразі не існує консенсусу щодо фінансової компенсації, діагностичних критеріїв чи протоколів, а також ролі професійних та індивідуальних детермінант в етіології вигорання” [31].

Проблема щодо чітких діагностичних критеріїв, протоколів діагностики та лікування, та станів/діагнозів виключення відображена в багатьох джерелах та свідчить про певну невизначенність цього поняття в сферах психології та медицини.

1.3. Моделі професійного вигорання

В літературі описані 4 моделі поняття ПВ в залежності від головного критерія включення.

1. Однофакторна модель (А. Pines та Е. Aronson) — така модель бачить тривале включення в ситуацію, яка виснажує емоційні ресурси організму. В цій моделі виснаження розглядається як головний критерій, а інші поведінкові прояви є наслідками виснаження.

2. Двофакторна модель (D. V. Dierendonck and W. B. Schaufeli) — ця модель розглядає поєднання 2 компонентів: виснаження (афективного компоненту) та деперсоналізації (когнітивного компоненту). Причиною тут вбачається невідповідність між очікуваннями та вимогами, які висуває професія.

3. Трифакторна модель (C. Maslach and S. Jackson) — у якій вигорання складається з емоційного виснаження, деперсоналізації та редукції досягнень. На сьогодні це є основною робочою моделлю при описі явища ПВ.

4. Чотирифакторна модель (B. Parman and E. Hartman) — у якій вигорання складається з емоційного виснаження, деперсоналізації професійної діяльності, деперсоналізації суб'єктів професійної діяльності, редукція особистих досягнень. [21, 34].

В даній роботі буде використовуватися класична трифакторна модель вигорання за К.Маслах та С. Джексон.

Крім факторної моделі, існують також декілька динамічних моделей ПВ, де це поняття приймається як процес з певною стадійністю. Таких динамічних моделей було описано декілька: п'ятиступінчата модель Дж. Грінберга (2002), динамічна модель Б. Перлман і Е. А. Хартман (кореляція з 4 фазами стресу), фазова модель Буріша (1994), на прикладі котрої нам буде зручно перелічити загальні симптоми ПВ:

“1 фаза – «попереджуюча»: надмірна участь (надмірна активність, відмова від потреб, не пов'язаних з роботою, витіснення зі свідомості невдач, розчарувань, обмеження соціальних контактів); виснаження (втома, безсоння, загроза нещасних випадків) тощо.

2 фаза – «зниження рівня власної участі» щодо співробітників, пацієнтів: втрата позитивного сприйняття колег, перехід від допомоги до

нагляду та контролю, перекладання провини за власні невдачі на інших людей, поява негуманного підходу до людей; щодо оточуючих: відсутність емпатії, байдужість, цинічні оцінки; щодо професійної діяльності: небажання виконувати свої обов'язки, штучне продовження перерв на роботі, запізнення, скорочення робочого дня, акцент на матеріальному аспекті діяльності, незадоволення роботою; зростання вимог: втрата життєвого ідеалу, концентрація на власних потребах, відчуття переживання того, що інші люди використовують тебе, заздрість. Розвивається цинізм в роботі.

3 фаза – «емоційні реакції»: пригніченність, ігнорування своєї участі в невдачах, відсутність толерантності та здатності до компромісу, підозрілість, конфлікти з оточуючим- потужний афективний компонент.

4 фаза – «фаза деструктивної поведінки»: сфера інтелекту (зниження кон-центрації уваги, нездатність виконувати складні завдання, ригідність мислення, відсутність уяви); мотиваційна сфера (відсутність власної ініціативи, зниження ефективності діяльності, виконання завдань згідно з інструкцією); емоційно-соціальна сфера (байдужість, уникання неформальних контактів, надмірна прив'язаність до конкретної особи або відмова від участі у житті інших людей, уникання тем, пов'язаних з роботою, самодостатність, самотність, відмова від хобі, нудьга).

5 фаза – «психосоматичні реакції»: зниження імунітету, нездатність до релаксації у вільний час, безсоння, сексуальні розлади, підвищення артеріального тиску, тахікардія, головний біль, біль у хребті, розлади травлення, залежність від нікотину, кофеїну, алкоголю.

6 фаза – «розчарування»: негативна життєва установка, відчуття безпомічності та безглуздості життя, екзистенціальний відчай.» [9].

Треба зазначити, як ми бачимо з даної стадійності, за словами самого Буріша, той, хто «вигорає», колись мав «спалахнути»: на початку для людини її професійна реалізація складає головну цінність та сенс існування. Це дуже часто спостерігається серед тих людей, які йдуть працювати у медичну сферу.

Взагалі, «після десятиліть інтенсивних досліджень вигорання визнано критичною професійною проблемою. На сьогоднішній день дослідження показують, що більшість пов'язаних з роботою факторів ризику вигорання можна згрупувати в шість основних категорій:

- а) надмірне робоче навантаження або вимоги до роботи;
- б) відсутність контролю або автономії на роботі;
- в) зовнішні та внутрішні винагороди, що не відповідають очікуванням, або відсутність винагороди чи визнання на роботі;
- г) відсутність соціальної інтеграції на роботі (тобто, підтримки, близькості, командної роботи);
- д) відсутність справедливого та поважного ставлення на роботі;
- е) невідповідність між особистими цінностями та цінностями на робочому місці» [11].

1.4 Дискурс навколо самостійності поняття «професійного вигорання»

Згідно з позиції ВООЗ, вигорання відноситься саме до явищ у професійному контексті і не повинно застосовуватися для опису досвіду в інших сферах життя [16], тим самим виокремлюючи ПВ в окремий феномен. Це було описано вище. Але тут варто зазначити, що незважаючи на те, що ВООЗ не застосовує поняття вигорання на інші сфери життя людини, на цей

феномен варто дивитися з більш широкого ракурсу ніж лише робота, та екстраполювати його на інші сфери сфокусованої діяльності – навчання, професійна та волонтерська діяльність, активна громадська діяльність та сфокусований догляд за домом і дітьми.

«З цього погляду, вигорання – це стан, пов’язаний з психічним, фізичним та емоційним виснаженням, що виникає внаслідок надмірного тривалого стресу у сфері життя, що відповідає саме за сфокусовану діяльність.» [5].

Якщо екстраполювати феномен ПВ на інші сфери життя, де задіяна саме сфокусована діяльність, то тут встає питання саме специфічності явища вигорання як явища виключно професійного контексту. Відповідно, поза професійним контекстом, ми стикаємось перш за все з застосуванням таких діагностичних одиниць як «депресія» та «тривожний розлад» для опису дуже схожих станів.

В літературі можна знайти багато дебатів щодо того, чи можна вважати «професійне вигорання» окремим специфічним станом, відмінним від депресивно-тривожних розладів.

З самого початку Фройденбергер визнав, що люди, які страждають від вигорання і депресії, виглядають і діють схоже. Існує аргумент щодо того, що вигорання і депресія глибоко відрізняються за сферою застосування (професійна сфера чи загальна), інші стверджують, що специфічність сфери застосування не є достатньою для позиціонування вигорання як окремого діагностичного об'єкта та мають наступні аргументи:

1. Вигорання та депресія мають схожу клінічну картину. Це ставить під сумнів існування вигорання як концептуально окремого явища. Дійсно, обидва психологічні конструкти поділяють основні симптоми безпорадності, безнадійності, негативного афекту та відсутності позитивних почуттів.

Дослідження показали, що люди, які переживають вигорання, зазвичай також виявляють симптоми депресії і часто відповідають діагностичним критеріям депресивного розладу. У сукупності симптоми депресії та вигорання суттєво збігаються.

2. Висока кореляція депресії та вигорання між собою.

3. Зокрема, при оцінці за допомогою МВІ компонент емоційного виснаження має тенденцію до найвищих кореляційних зв'язків з депресією, до такої міри, що іноді він корелює з депресією більш високо, ніж з іншими вимірами вигорання. Це ставить потребу у більшій концептуальній ясності щодо валідності вигорання як окремого клінічного явища. Взаємозв'язок вигорання та депресії та тривоги буде ретельно досліджуватися в даній роботі.

4. Лонгітюдні дослідження вказують на те, що зв'язок між вигоранням і депресією є взаємним, що свідчить про те, що страждання від вигорання збільшує ризик депресії у працівників, а депресія також збільшує ризик вигорання. Дві гіпотези оточують ці взаємні асоціації. Одна з них припускає, що вигорання є ранньою, контекстно-залежною фазою розвитку депресії, яка поступово втручається в усі сфери життя. Інша припускає, що депресія має дезадаптивний вплив на робочий досвід працівників, що робить їх більш схильними до вигорання.

Одже нам стає зрозумілим, що для кращого розуміння механізмів, за допомогою яких вигорання і депресія поступово підвищують ризик виникнення іншого стану, потрібні додаткові дослідження. Щодо того, чи є ці конструкти відмінними, деякі дослідники стверджують, що вигорання - це просто депресія, пов'язана з роботою, і її слід вивчати як таку, в той час як інші вважають, що обидва ці явища є теоретично та емпірично різними психологічними конструктами.

Варто ще зазначити, що на сьогодні лікарі в світі частіше схильні діагностувати стан пацієнта як «депресія» через фінансові міркування – лікування за цим діагнозом може бути відшкодовано страховими компаніями [11].

В даному дослідженні цьому питанню надається певна увага. Досліджується кореляція між вираженістю вигорання та вираженістю депресивної симптоматики, вираженістю тривоги.

1.5 Фактори ризику розвитку ПВ серед представників медичних спеціальностей

В професійному житті медичних працівників завжди існувала висока концентрація стресогенних професійних чинників. Серед них: постійний контакт з хворими, в тому числі з важко хворими пацієнтами та пацієнтами з залежностями, контакт з родичами пацієнтів, залученість емпатії в роботі, відповідальність за життя та здоров'я пацієнтів, часто напружені та непрості відносини всередині медичного колективу, незадовільний рівень заробітної плати, незадовільні умови праці, режим постійної конкуренції, відсутність фізичної активності, шкідливі звички, понаднормові години, нічні чергування [30-34].

Таблиця 1.1

Джерела професійного стресу медичних працівників [25, 35]:

Організаційні(робочі)	відсутність достатньої можливості для кар'єрного росту, численні обов'язкові освітні та практичні моменти, слабкі служби підтримки персоналу, бюрократична та адміністративна робота, робота
-----------------------	--

	з хронічно чи невиліковно хворими, велика кількість критичних ситуацій та конфліктів
Соціальні (статусно-рольові)	високе виробниче навантаження, цілодобові чергування, брак знань, необхідність взаємодії з критично налаштованими хворими, наявність різноманіття етичних моментів, відсутність або слабкість служби з надання психологічної підтримки. Характерним для медичних сестер є наступне: комунікація має ще більш обслуговуючий характер, ніж у лікарів, окрім того, вони проводять більше часу з хронічно чи невиліковно хворими, спостерігаючи за їх стражданнями протягом тривалої кількості часу.
Психологічні (індивідуальні, особистісні)	Високий невротизм, низький соціально-економічний статус (характерно для нашої країни), наявні психічні розлади (зловживання алкоголем, психоактивними речовинами), наявність сімейної чи особистісної кризи, конфлікти з персоналом або пацієнтом, смерть пацієнта, з яким встановилися тісні зв'язки, початок роботи в новому відділенні, відсутність достатньої кількості вільного часу
Біологічні та соціально-демографічні	стать – жінки більш схильні до вигорання, дискримінація жінок в професії; вік – молодші лікарі більш схильні до вигорання; вік дітей – наявність дитини, молодшої 21 року; професія

	партнера/партнерки – якщо партнер/партнерка зайнятий/та не в медичній сфері, це підвищує ризик вигорання на 23 %; витрати на освіту.
--	--

Окрім цих характеристик, пов'язаних з роботою, є деякі індивідуальні фактори ризику, що послідовно пов'язані з вигоранням серед медичних працівників [14]:

- високий невротизм (підтверджено в 114 дослідженнях, асоціюється з виснаженням і деперсоналізацією (або цинізмом));

- висока інтровертованість (асоціюється зі зниженим відчуттям професійної ефективності),

- низька сумлінність.

«Психологи умовно виділяють 4 групи працівників, які найбільше піддаються професійному вигоранню:

- 1) інтроверти, індивідуально-психологічні особливості яких не узгоджуються з професійними вимогами комунікативних професій. Вони не мають достатньої життєвої енергії, скромні, сором'язливі, схильні до замкнутості й концентрації на предметі професійної діяльності, що спричиняє емоційний дискомфорт;

- 2) працівники, які відчувають постійний внутрішній конфлікт, пов'язаний із роботою; професія обрана не за особистісним покликанням, відсутність відповідних якостей і властивостей, які пригальмовують процес набуття потрібних компетенцій;

- 3) жінки, які переживають внутрішню суперечність між роботою і сім'єю, а також тиск у зв'язку з необхідністю постійно доводити свою професійну компетентність в умовах жорсткої конкуренції з чоловіками;

4) працівники, професійна діяльність яких проходить в умовах гострої нестабільності та хронічного страху втрати робочого місця; працівники, які на ринку праці займають позицію зовнішніх консультантів, вимушених самостійно шукати собі клієнтів»[3, 9].

«Аларкон та ін. [11] також повідомили про значні зв'язки між вигоранням і нижчим рівнем самооцінки, самоефективності, диспозиційного оптимізму і витривалості (тобто здатності переносити стресові фактори), а також з більш екстернальним локусом контролю. Підкреслюючи переваги відчуття контролю, ця остання група результатів посилює роль характеристик роботи, що перешкоджають автономії працівників на роботі, як критичних чинників вигорання. Важливо, що попередні дані свідчать про те, що особистісні характеристики можуть відігравати навіть сильнішу роль у розвитку вигорання, ніж характеристики, пов'язані з роботою».

Проявами ПВ для медичних працівників буде наступне (згідно критеріїв К. Маслах):

- відчуття емоційної спустошеності та втоми, викликане роботою;
- цинічне ставлення до праці та об'єктів своєї праці (деперсоналізація): негуманне ставлення до пацієнтів, які приходять для лікування, формальна відчуження ставлення до пацієнтів;
- редукція професійних досягнень – відчуття некомпетентності, зникнення потягу до фахового та особистісного вдосконалення, з'являється схильність до прийняття традиційних форм роботи, шаблонних дій.

Встановлено, що лікарі, які мають синдром професійного вигорання, роблять велику кількість медичних помилок і надають пацієнтам неякісну медичну допомогу. За даними літератури, ПВ негативно впливає на якість наданої допомоги та професійне довголіття [10, 7, 18, 39-42].

1.6. Тривожні розлади: світова статистика та прояви

Згідно з останніми статистичними даними, у 2019 році приблизно 301 мільйон людей жили з тривожним розладом, у тому числі 58 мільйонів дітей та підлітків (1). Тривожні розлади характеризуються надмірним страхом і занепокоєнням, а також пов'язаними з ними порушеннями поведінки. Ці симптоми можуть спричиняти значний дистрес і навіть суттєві порушення у функціонуванні. Тривожні розлади класифікуються на кілька типів, включаючи генералізований тривожний розлад, панічний розлад, соціальний тривожний розлад, тривожний розлад, пов'язаний з розлукою та інші. Існує ефективне психологічне лікування, а також може розглядатися медикаментозне лікування залежно від віку та тяжкості стану (48).

Хоча час від часу відчувати тривогу - це нормально, люди з тривожними розладами часто відчують інтенсивне, надмірне і постійне занепокоєння і страх щодо повсякденних ситуацій. Тривожні розлади часто супроводжуються повторюваними епізодами раптового відчуття сильної тривоги, страху або жаху, які досягають піку протягом декількох хвилин, відомими як панічні атаки.

Почуття тривоги і паніки можуть виснажувати і заважати повсякденній діяльності, часто їх важко контролювати. Вони непропорційні реальній небезпеці і можуть тривати тривалий час. Люди можуть уникати місць або ситуацій, які викликають ці почуття. Симптоми можуть початися в дитинстві або підлітковому віці і продовжуватися в дорослому житті.

Можна страждати від більш ніж одного тривожного розладу. У деяких випадках тривога може бути наслідком (симптомом) захворювання, яке потребує лікування.

До загальних ознак і симптомів тривоги відносяться наступні прояви:

- Нервозність, неспокій або напруженість;
- Відчуття небезпеки, що насувається, паніки або приреченості;
- Прискорене серцебиття;
- Прискорене дихання (гіпервентиляція);
- Пітливість;
- Тремтіння;
- Відчуття слабкості або втоми;
- Труднощі з концентрацією уваги або думками про щось інше, окрім поточного занепокоєння;
- Проблеми зі сном;
- Проблеми зі шлунково-кишковим трактом (ШКТ);
- Труднощі з контролем тривоги;
- Бажання уникати речей, які викликають тривогу.

Існує кілька типів тривожних розладів:

Агорафобія - тип тривожного розладу, при якому люди бояться і часто уникають місць або ситуацій, які можуть спровокувати напад паніки, змушуючи їх відчувати себе в пастці, безпорадними або збентеженими.

Тривожний розлад через медичний стан включає симптоми сильної тривоги або паніки, які безпосередньо спричинені фізичними проблемами зі здоров'ям.

Генералізований тривожний розлад включає постійну і надмірну тривогу та занепокоєння щодо діяльності або подій, навіть звичайних і рутинних справ. Занепокоєння непропорційне реальним обставинам, його важко контролювати і воно впливає на фізичне самопочуття. Часто виникає разом з іншими тривожними розладами або депресією.

Панічний розлад включає повторювані епізоди раптового, інтенсивного почуття тривоги, страху або жаху, які досягають піку протягом декількох хвилин, відомі як панічні атаки. Люди можуть відчувати відчуття неминучої смерті, задишку, біль у грудях або прискорене, тріпотливе чи калатаюче серцебиття (пальпітація). Ці панічні атаки можуть призвести до тривоги, що вони можуть повторитися, або до уникнення ситуацій, в яких вони вже траплялися.

Селективний мутизм - це дитячий розлад, який характеризується стійкою нездатністю дітей говорити в певних ситуаціях, наприклад, у школі, хоча вони можуть говорити в інших ситуаціях, наприклад, вдома з близькими членами сім'ї. Це може заважати навчанню, роботі та соціальному функціонуванню.

Тривожний розлад, пов'язаний з розлукою - це дитячий розлад, що характеризується відповідною для розвитку тривогою, пов'язаною з розлукою з батьками або іншими особами, які здійснюють догляд за дитиною.

Соціальний тривожний розлад, також відомий як соціальна фобія, включає високий рівень тривоги, страху та уникнення соціальних ситуацій через почуття збентеження, сором'язливості та занепокоєння, що інші можуть засудити або негативно сприйняти їх.

Специфічні фобії характеризуються сильним занепокоєнням при зіткненні з певним об'єктом або ситуацією і бажанням уникати його. У деяких людей фобії провокують панічні атаки.

Тривожний розлад, викликаний психоактивними речовинами, характеризується симптомами сильної тривоги або паніки, які є прямим наслідком зловживання наркотиками, медикаментами, впливу токсичної речовини або синдрому відміни наркотиків.

Інші специфічні тривожні розлади та неуточнений тривожний розлад - це терміни для позначення тривоги або фобій, які не відповідають точним критеріям будь-яких інших тривожних розладів, але є досить значними, щоб викликати дистрес і деструктивну поведінку.

Тривожні розлади піддаються лікуванню, і два найпоширеніші методи лікування - це психотерапія та медикаментозне лікування. Часто поєднання обох методів лікування може бути найефективнішим. Однак, щоб знайти правильний підхід для вас, може знадобитися деякий час і експерименти.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є найефективнішою формою психотерапії тривожних розладів. КПТ - це короткострокове лікування, яке фокусується на навчанні конкретних навичок, що можуть допомогти поліпшити симптоми і поступово повернути людину до діяльності, якої вона уникала через тривогу. Експозиційна терапія є ключовим компонентом КПТ, коли клієнт поступово піддається впливу об'єкта або ситуації, яка викликає вашу тривогу, що допомагає йому набути впевненості в тому, що він може керувати ситуацією і своїми тривожними симптомами.

Щодо медикаментозної терапії, ліки також використовуються для полегшення симптомів тривоги, залежно від типу тривожного розладу та інших проблем з психічним або фізичним здоров'ям. Деякі антидепресанти також використовуються для лікування тривожних розладів, а також можуть бути призначені заспокійливі ліки (буспірон). У деяких випадках для короткочасного полегшення симптомів тривоги можуть бути призначені седативні препарати (бензодіазепіни) або бета-блокатори. Однак ці ліки призначені для короткочасного застосування і не призначені для довготривалого лікування[49].

1.7. Депресивний розлад: світова статистика та прояви

Депресивний розлад, також відомий як депресія, є поширеним психічним розладом, який вражає приблизно 5% дорослих у всьому світі. Він характеризується тривалим періодом пригніченого настрою або втратою інтересу до діяльності. Депресія може вплинути на всі аспекти життя людини, включаючи роботу, навчання та стосунки. За статистикою, жінки частіше страждають від депресії, ніж чоловіки.

Хоча депресія може виникнути у будь-кого, ті, хто зазнав насильства, серйозних втрат або інших стресових подій, більш схильні до розвитку цього стану. У всьому світі приблизно 280 мільйонів людей страждають на депресію, причому жінки на 50% частіше відчувають її, ніж чоловіки. Більш ніж у 10% вагітних жінок і тих, хто нещодавно народив, розвивається депресія. Самогубство є четвертою основною причиною смерті серед осіб у віці 15-29 років, щорічно через самогубство помирає понад 700 000 людей в світі.

Існує низка факторів, які можуть означати, що пацієнт має ризик розвитку депресії, включаючи особисту або сімейну історію психічних і поведінкових розладів, історію епізодів депресії, хронічні серйозні захворювання, інвалідність, психоемоційний стрес, соціальну ізоляцію та відсутність підтримки з боку міжособистісних стосунків. Для виявлення пацієнтів із ризиком розвитку депресії в закладах первинної медичної допомоги використовується опитувальник PHQ-2 із двома запитаннями. Перший запитує, чи часто пацієнт відчував поганий настрій, почуття безнадійності або смутку протягом останнього місяця, тоді як другий запитує, чи відчував пацієнт труднощі з отриманням задоволення або інтересу від речей, які зазвичай цікавлять або приносять задоволення, в той самий проміжок часу. У разі ствердної хоча б однієї відповіді проводиться подальше обстеження за

допомогою опитувальника PHQ-9, який служить для верифікації діагнозу депресії та визначення її тяжкості [45-48].

Депресію можна класифікувати як легку, помірну або важку залежно від кількості та тяжкості симптомів та їх впливу на функціонування людини. Різні моделі депресивних епізодів включають одноразовий депресивний розлад, рекурентний депресивний розлад і біполярний розлад.

Згідно з DSM, великий депресивний розлад діагностується, якщо 5 з 9 симптомів або більше були присутні протягом "більше половини днів" за останні 2 тижні, і одним з цих симптомів є пригнічений настрій або ангедонія.

Інші симптоми:

- Зміни ваги/апетиту;
- Порушення сну;
- Психомоторні зміни (загальна загальмованність рухів або протилежне);
- Відчуття втоми;
- Почуття провини або нікчемності;
- Погіршення працездатності та когнітивних здібностей;
- Суїцидальні думки[45];

Якщо цей критерій не виконується, можна поставити діагноз іншої неуточненої депресії, якщо від 2 до 4 симптомів були присутні "більше половини днів" протягом останніх 2 тижнів, і одним з цих симптомів є пригнічений настрій або ангедонія [19].

При виявленні депресії пацієнти направляються до психіатра для надання вторинної медичної допомоги. Щоб визначити людей із високим ризиком суїциду, усіх пацієнтів із депресією запитують, чи були у них суїцидальні думки протягом останнього місяця.

Ефективні методи лікування депресії включають психотерапію та медикаменти. Психотерапія є першою лінією лікування депресії та може поєднуватися з антидепресантами у помірних та важких випадках депресії [45-48].

Не зважаючи на те, що існують ефективні методи лікування депресії різної важкості, понад 75% людей у країнах із низьким і середнім рівнем доходу не отримують лікування через недостатні інвестиції в психіатричну допомогу, недостатню кількість навчених медичних працівників та виражену соціальну стигму, пов'язану з психічними розладами.

Депресія може мати значний вплив на всі сфери життя, включаючи суспільство, дім, роботу та школу. Профілактичні програми, такі як шкільні програми для покращення позитивного подолання у дітей і підлітків, втручання для батьків дітей з проблемами поведінки та програми вправ для людей похилого віку, як було показано, зменшують депресію.

1.8. Вплив війни на психічне здоров'я суспільства

Ще до російського вторгнення Україна мала значні потреби у психіатричних ресурсах та допомозі. Наприклад, згідно з даними, опублікованими Всесвітньою організацією охорони здоров'я, до початку збройного конфлікту 12,4 % дорослого населення України мали симптоми, що відповідають клінічному діагнозу депресії. З цієї групи лише 3,2 % отримували лікування (Goto, 2023; Massag et al., 2023)[35].

Вивчення взаємозв'язку між війною та тривожними розладами серед населення України все ще залишається недостатнім, навіть не зважаючи на

суттєвий інтерес на сьогодні до питання ментального здоров'я на всіх рівнях. Однак деякі дослідження дають певне уявлення про це.

Війна та військові конфлікти - це події, які суттєво негативно впливають на всі сфери суспільного життя, в тому числі на психічне здоров'я залучених до них спільнот. Стрес, депресія та тривога, які супроводжують стресові події, пов'язані з війною, можуть глибоко впливати на фізичне здоров'я всього суспільства, його внутрішні відносини та повсякденне життя. Сьогодні відомо, що війна суттєво впливає на виникнення та тяжкість психічних розладів, які спостерігаються у цивільного населення. Зокрема, найбільш поширеними станами є посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресія та тривога. При цьому погіршення вже наявних психічних розладів спостерігається як серед людей, що є військовими або проживають безпосередньо на території військового конфлікту, так і серед внутрішньо переміщених осіб (ВПО) та біженців.

Незважаючи на важливість цього питання та наявність постійних активних військових конфліктів по всьому світі впродовж історії людства, лише кілька досліджень спеціально вивчали взаємозв'язок між активним військовим конфліктом і рівнем тривоги та стресу. Унікальний досвід України може надати світові знання щодо впливу війни на рівень вигорання населення, тривоги, депресії, та інших проявів та досвід того, як з цим справлятися.

1.9 Професійне вигорання серед медичних працівників під час війни в Україні.

Взагалі, феномен професійного вигорання широко досліджувався в галузі охорони здоров'я. Це привернуло значну увагу після спостереження Фройденберга в 1974 році. Згодом було проведено численні дослідження, усі з

яких показали, що вигорання має далекосяжні наслідки для охорони здоров'я. Вигорання впливає на такі організаційні аспекти, як якість медичної допомоги, безпека та задоволеність пацієнтів, а також збільшення кількості прогулів і плинності кадрів. Крім того, це також має індивідуальні наслідки, включаючи депресію, дисбаланс між роботою та особистим життям і погіршення самопочуття.

Дослідження показують, що значна частка лікарів та медичних сестер відповідає критеріям посттравматичних стресових розладів, тривожних розладів і депресії, та це вимірюються перевіреними діагностичними інструментами[35]. Дослідження американських лікарів показало рівень вигорання у 45,5% у 2011 році, 54,4% у 2014 році, 43,9% у 2017 році, 38,2% у 2020 році та аж 62,8% у 2021 році після перших хвиль Covid [33].

Треба пам'ятати, що екстремальному виклику війни в Україні для медиків передували інші унікальні за своїм масштабом виклики - пандемія Covid-19, що погіршило вразливість медиків перед наступним викликом війни. Під час війни особливу значущість набуває проблема ПВ та тісно асоційованої з ним професійної дезадаптації (ДА), коли зменшується кадровий потенціал лікувальних закладів, зростає навантаження на медичних працівників та додається вплив чинників військового стресу. Робота в сучасних умовах висуває підвищені вимоги до фізичних, психічних та психологічних ресурсів медиків. За умови роботи в умовах повітряних тривог, позмінно, з неможливістю повноцінно спілкуватися з рідними та близькими, медичним працівникам, тим не менш, необхідно дотримуватися всіх протоколів лікування та реанімаційних заходів, екстрено приймати клінічно важливі рішення, дотримуватися під час спілкування з пацієнтами принципів медичної етики та деонтології та при цьому неухильно дотримуватися правил безпеки під час роботи в умовах військового стану [2, 4].

Цікаво, що дослідження польських колег показало, що війна не обов'язково посилює професійне вигорання. Насправді це може навіть обмежити його поширеність через надзвичайні обставини, які створюють додаткове відчуття мети серед персоналу в наданні допомоги під час військових дій. Ці результати підтверджують думку про те, що системні фактори, притаманні сучасній охороні здоров'я, сприяють вигоранню порівняно з іншими факторами [33]. Так, редукція особистих досягнень була проаналізована в даній роботі з цікавими спостереженнями.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1

В першому розділі були представлені дані щодо професійного вигорання серед медичних працівників з різноманітних джерел за останні 5 років, надано короткий історичний екскурс концепції «професійне вигорання» та головні особи сфери психологічної науки, які внесли свій вагомий внесок в поняття професійного вигорання. Крім того, було висвітлено статус даного поняття в МКХ-10 та в DSM-5 та надані критерії професійного вигорання за ВООЗ, а саме: відчуття енергетичного виснаження або виснаження; збільшення ментальної дистанції від своєї роботи або почуття негативізму чи цинізму, пов'язаного з роботою; зниження професійної ефективності.

Також були описані 4 моделі професійного вигорання, зосереджено увагу на потрійній моделі вигорання за Маслах (емоційне виснаження, деперсоналізація, редукція особистих досягнень), яка і лежить в основі опитувальника діагностики професійного вигорання, який було використано в цьому дослідженні. Надано увагу темі самостійності самого поняття «професійне вигорання» в психологічній науці (у відриві від діагностичної

одиниці «депресія»), теоретично досліджено 4 основні фактори ризику розвитку професійного вигорання серед медиків, а також особистісні особливості та наслідки професійного вигорання на якість надання медичної допомоги.

Приведені свіжі світові статистичні дані щодо тривоги та депресії в загальному суспільстві, та серед медичного персоналу. Описані клінічні прояви цих станів та критерії діагностики великого депресивного розладу. Підкреслено провідну роль психотерапії при лікуванні цих станів та необхідність поєднання психотерапії та медикаментозної терапії при депресії середнього та важкого ступеня тяжкості. В підрозділі при депресії і тривогу наголошувалось на настороженості щодо суїцидальних тенденцій та великої соціальної значущості цих проблем взагалі для сучасного світу.

В кінці розділу ще раз обґрунтовано актуальність теми взаємозв'язку тривоги, депресії та професійного вигорання медиків під час війни в Україні, підкреслено унікальність контексту на сьогодні та наявність малої кількості досліджень даної проблематики на сьогоднішній день.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ СЕРЕД МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ В УКРАЇНІ

2.1 Цілі, задачі та організація даного дослідження

Дане дослідження проводиться з метою визначення взаємозв'язку професійного вигорання та тривоги та депресії серед медичних працівників під час повномасштабного вторгнення в Україну.

2.1.1 Мета та завдання дослідження

Даний емпіричний етап дослідження має в своїх основних завданнях підбір відповідних релевантних методик психодіагностики для визначення ступеню вираженості професійного вигорання та тривожно-депресивної симптоматики серед медичних працівників під час повномасштабного вторгнення в Україну, емпіричне виявлення особливостей тривоги, депресії та професійного вигорання серед медичних працівників у порівнянні з представниками немедичних професій. Крім того, завдяки даному дослідженню стоїть емпіричне визначення кореляції між професійним вигоранням та тривогою й депресією серед медиків.

2.2 Використані методики дослідження

З метою досягнення мети та завдань даного дослідження, були обрані наступні психодіагностичні методики:

1. Діагностика професійного вигорання (К. Маслах, С. Джексон). Опитувальник складається з 22 питань. За основу було знято трьохфакторну модель вигорання, яка була розроблена К. Маслах та С. Джексон, та яка

включає в себе три базові компоненти (шкали): емоційне виснаження, деперсоналізацію та редукцію професійних досягнень, та допомагає визначити вираженість феномену вигорання серед професійного контингенту, в тому числі медичних працівників. Опитувальник в українському перекладі використано в деяких наукових українських статтях порталу Google Scholar, в тому числі в статті «Дослідження синдрому вигорання. КППТ-орієнтована модель допомоги при емоційному вигоранні» (Олійник М., Львів, червень 2021) [5]

2. Опитувальник PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) Спітзера Р. та Вільямса Д., 1999 - скринінгова психологічна експрес-методика на 9 питань для ранньої діагностики депресивних станів. Чутливість даної методики- 88%, специфічність - 88%, що є підставою для того, щоб обрати саме цей вид опитувальника на депресію в даному дослідженні. Він є частиною «Patient Health Questionnaire», або PHQ, який було розроблено для діагностики п'яти різних розладів командою лікарів у рамках освітнього гранту компанії Pfizer Inc. (Роберт Шпіцер (Robert L. Spitzer), Джанет Вільямс (Janet B.W. Williams), Курт Кронке (Kurt Kroenke) та ін) у 2001 році. Згодом кластер Patient Health Questionnaire, що стосується виявлення саме депресивних симптомів, було виділено в окремий опитувальник, нині відомий як PHQ-9, або Шкала депресії PHQ. Даний опитувальник широко використовується у вітчизняній медичній практиці як скринінг на депресію та затверджений до використання «Уніфікованим клінічним протоколом первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої медичної допомоги «Депресія» (наказ МОЗ України від 25.12.2014 №1003), який був розроблений мультидисциплінарною робочою групою (Хобзей М.К. та інші). [31].

Даний опитувальник складається з 9 питань: 8 питань безпосередньо оцінюють симптоми депресії та 1 запитання, яке оцінює, як депресивні

симптоми впливають на здатність функціонувати. На кожне запитання пропонується 4 варіанти відповідей щодо того, як часто респондент відчуває симптоми депресії: "Зовсім не було" (0 балів), "Кілька днів"(1 бал), "Більше половини днів"(2 бали), "Майже щодня"(3 бали).

Сума балів за опитувальником PHQ-9 від 0 до 4 відповідає "нормальній" або мінімальній депресії. Оцінка від 5 до 9 балів вказує на легку депресію, від 10 до 14 балів - на помірну депресію, від 15 до 19 балів - на помірно важку депресію, а від 20 балів і вище - на важку депресію.

3. Шкала депресії Бека -це скринінгова психологічна методика для ранньої діагностики депресивних станів, в українській адаптації Нікітчук У.І. (Острог, 2020)[50]. Опитувальник складається з 21 питання щодо самопочуття протягом останнього тижня. Існує три версії BDI: оригінальна BDI, вперше опублікована в 1961 році Ароном Беком, потім переглянута, в тому числі переглянута в останній раз після виходу DSM-4, яке змінило діагностичні критерії великого депресивного розладу. В даній роботі використано версію BDI-I. Якщо безпосередньо після створення даного опитувальника, лікар-психіатр зачитував пункти кожного питання пацієнту та відмічав відповіді у анкеті, то потім цей опитувальник почали використовувати як інструмент самоопитування. Шкала може відстежувати динаміку змін стана у часі і забезпечувати об'єктивні показники для оцінки покращення та ефективності чи неефективності методів лікування. Шкала також широко використовується в сфері клінічних досліджень [55, 56].

5. Опитувальник GAD-7 (Generalized anxiety disorder-GAD) - скринінгова психологічна експрес-методика, розроблена Спітцером та його колегами (2006) як інструмент скринінгу та індикатор тяжкості генералізованого тривожного розладу. Українська адаптація методика була здійснена Сахнюк Р.В. (Львів, 2021)[61]. Ця методика має чутливість 89%,

специфічність 82%. Цей опитувальник широко використовують в світі для самодіагностики, а також для скринінгу тривоги на первинній ланці надання медичної допомоги. Він використовувався в більш ніж 2500 рецензованих публікаціях, які були проіндексованих PubMed.

Оцінка за GAD-7 обчислюється шляхом присвоєння балів 0, 1, 2 і 3 категоріям відповідей: "зовсім не відчуваю", "кілька днів", "більше половини днів" та "майже щодня", після чого бали сумуються. Бали 5, 10 і 15 вважаються граничними значеннями для легкої, помірної та сильної тривоги відповідно [40, 53,56].

6. Опитувальник PSS (perceived stress scale-PSS) Шелдона Коена та його колег в адаптації Вельдбрехт О.О. та Тавровецької Н.І. -шкала, що відображає суб'єктивне сприйняття рівня напруженості ситуації [54]. Даний опитувальник допомагає оцінити, як різні життєві ситуації впливають на почуття та сприйняття стресу, а також, наскільки суб'єктивно неконтрольованим і надмірним сприймається життя респондентом протягом останнього місяця.

Шкала сприйняття стресу (Perceived Stress Scale, PSS) була розроблена американським дослідником Шелдоном Коеном та його колегами для визначення того, наскільки люди оцінюють певні життєві ситуації як суб'єктивно стресові, від чого залежить патогенний вплив ситуації на психічне і соматичне здоров'я людини. Шкала оцінює суб'єктивно ступінь того, наскільки останній місяць життя був наповнений важкими, стресовими та непередбачувальними подіями.

Відповідність варіантів відповідей балам: 0 = ніколи, 1 = майже ніколи, 2 = іноді, 3 = досить часто, 4 = дуже часто.

Для підрахунку загального балу PSS, відповіді на чотири пункти-4, 5, 7 і 8 підраховуються зворотньо: тобто 0 => 4; 1 => 3; 2 => 2; 3 => 1; 4 => 0.

Потім шляхом підсумовування балів за всіма пунктами отримується оцінка за шкалою PSS. Вищі бали вказують на вищий рівень стресу, що сприймається.

Сприйманий стрес розглядається як сукупний результат подій життя, процесів подолання та впливу багатьох інших особистих і контекстуальних факторів (наприклад, очікування, накопичений рівень стресу, доступність ресурсів, толерантність до фрустрації, наявність соціальної підтримки тощо). [57, 58].

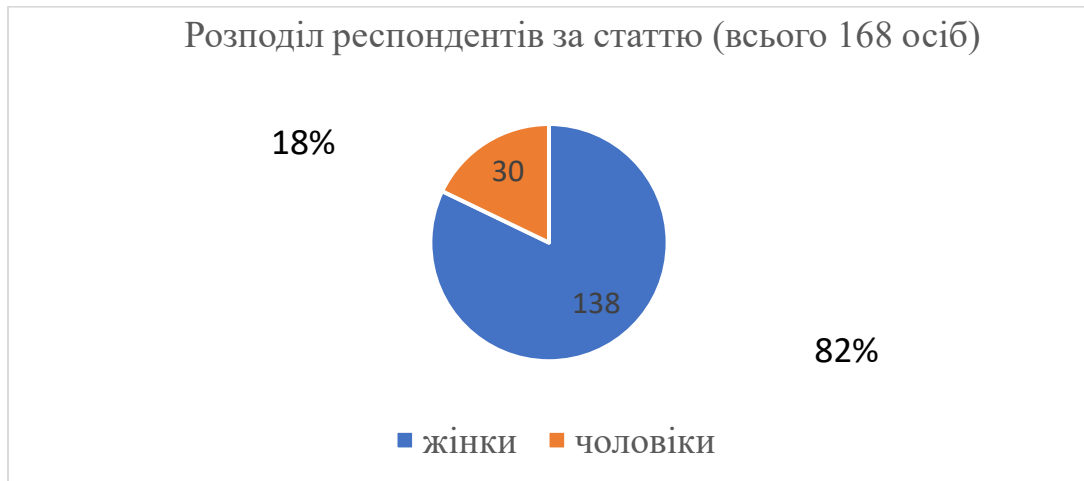
7. Анкета власної розробки – для збору наступних даних від респондентів: вік, стать, сімейний статус, стаж в медицині, медична спеціальність, наявність нічних чергувань, наявність швидливих звичок, отримання професійної психологічної підтримки/перебування у терапії, епізоди звернення до психіатра після лютого 2022 р., віддаленність від лінії фронту (область роботи та проживання), наявність пацієнтів-військовослужбовців, наявність негативного впливу робочого стресу на інші сфери життя респондента.

2.3 Характеристика вибірки та її параметри (стать, середній вік, приналежність до медичної або немедичної професії).

В дослідженні прийняли участь **168** респондентів, 138 жінок (82%) та 30 чоловіків (30%) (Діаграма 1). Середній вік респондентів складав 44,0 роки (від 19 до 72 років). До представників медичних професій належало 121 (72%) осіб, 47 (28%) осіб -до інших немедичних професій (Діаграма 2).

Діаграма 1

Розподіл респондентів за статтю



Діаграма 2



ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2

В даному розділі були описані психодіагностичні методики, які були відібрані задля досягнення основної мети даного дослідження, а саме: вивчення взаємозв'язку між професійним вигоранням та тривогою та депресією серед медичних працівників під час війни в Україні. Методики є релевантними та допоможуть розкрити мету та основні завдання дослідження.

РОЗДІЛ 3

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ ПРОЯВІВ ТА ВИГОРАННЯ СЕРЕД МЕДИКІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ В УКРАЇНІ

3.1. Ступінь внутрішньої узгодженості методик, що використовувались.

Обробка даних проходила в програмі для статистичної обробки даних Jamovi [21].

Спочатку масив отриманих даних було підготовлено для аналізу в програмі для статистичної обробки, та були прораховані «сирі бали» послідовно для всіх опитувальників: PHQ9, Шкала тривоги Бека, GAD-7, PSS-10 та Діагностика професійного вигорання (Маслах, Джексон).

Для оцінки надійності дослідження, для кожного опитувальника та для кожної з 3 субшкал методика діагностики професійного вигорання було прораховано альфа-Кронбаха. Цей показник коливається від 0 до 1, та вище значення вказує на більшу внутрішню узгодженість кожного з використаних конструктів. Прийнятний ступінь внутрішньої узгодженості відповідає значенню альфа-Кронбаха 0,70 та вище.

Таб. 3.1

Значення альфа-Кронбаха для використаних методик дослідження

Назва методики	Альфа- Кронбаха
PHQ-9	0,856
Шкала депресії Бека	0,926

GAD-7	0,885
PSS-10	0,873
Шкала емоційного виснаження (Діагностика проф.вигорання Маслах, Джексон)	0,880
Шкала деперсоналізації (Діагностика проф.вигорання Маслах, Джексон)	0,748
Шкала редукції особистих досягнень (Діагностика проф.вигорання Маслах, Джексон)	0,777

Як видно з даної таблиці, всі окремі методики та також всі субшкали опитувальника діагностики професійного вигорання, мали високий рівень внутрішньої узгодженості, що свідчить про те, що культурні моменти та особливості менталітету, висвітлені в даних методиках, враховані для нашого суспільства, питання методик були зрозумілі, взаємозв'язані між собою та оцінюють одну та саму характеристику. Респонденти відповідально підійшли до процесу тестування та мають достатній ступінь рефлексії.

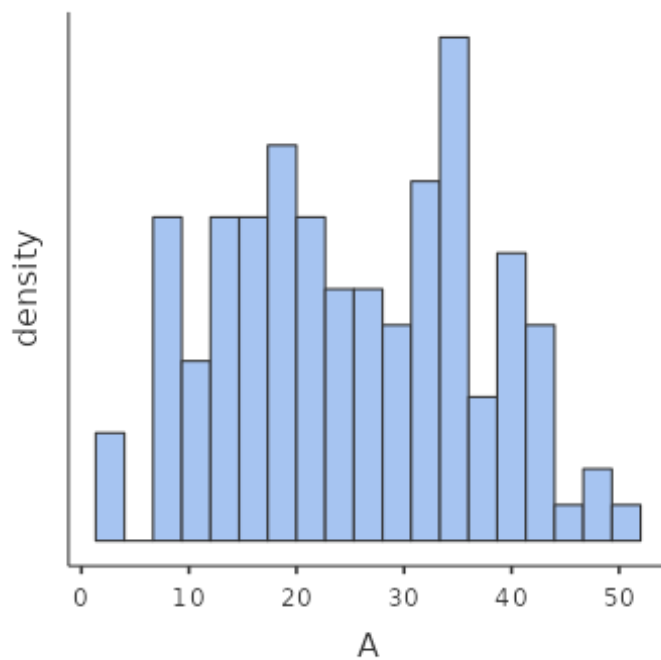
3.2 Виявлення особливостей професійного вигорання серед медичних працівників під час війни в Україні.

Однією із задач даного дослідження було емпіричне виявленні особливостей професійного вигорання серед медичних працівників під час війни в Україні. Для цього було проаналізовано середні значення, отримані при дослідженні професійного вигорання медиків за трьома субшкалами опитувальника діагностики професійного вигорання (Маслах, Джексон).

7. Шкала емоційного виснаження: при максимальному балі в 54, медіана складала 25, стандарне відхилення 11,4. Мінімальний бал серед 121 респондента-медика -2, максимальний-50.

Описові статистики			
		A	
N		121	
Середнє		25.4	
Медіана		25	
Стандартне відхилення		11.4	
Minimum		2	
Maximum		50	

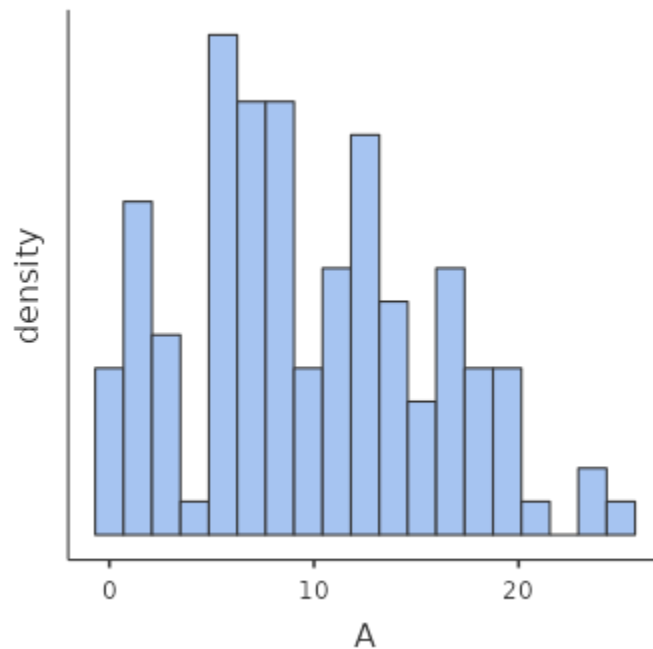
Як видно з гістограми за сумарними балами відповідей для шкали емоційного виснаження серед медиків розподіл являється симетричним.



2). Шкала деперсоналізації: при максимальному балі в 30, середнє значення складало 9,73 зі стандартним відхиленням 5,87, мінімальним балом-0, максимальним 25.

Описові статистики			
Missing		0	
Середнє		9.73	
Медіана		9	
Стандартне відхилення		5.87	
Minimum		0	
Maximum		25	

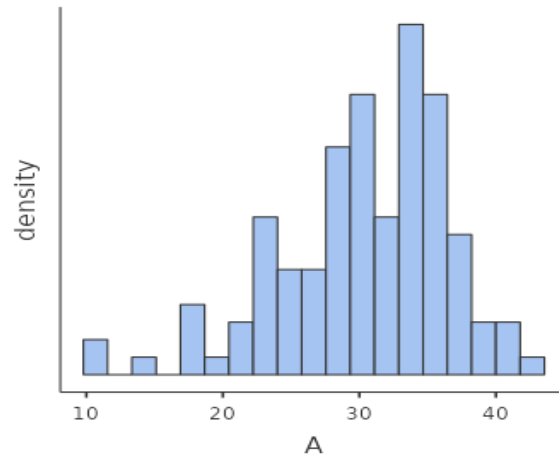
Як ми бачимо з гістограми, розподіл відповідей за цією шкалою є симетричним.



3). Шкала редукції особистих досягнень: при максимальному балі в 48, середнє значення при відповідях медиків становило 30,5, зі стандартним відхиленням в 6,13; мінімальний бал -10, максимальний-42.

Описові статистики			
		А	
N		121	
Середнє		30.5	
Медіана		31	
Стандартне відхилення		6.13	
Minimum		10	
Maximum		42	

Як видно з гістограми нижче, отримано за цією шкалою несиметричний розподіл, що може потребувати подальшого з'ясування причин цього.



3.3. Дослідження рівня тривоги та депресії медиків в умовах війни в Україні

Однією із задач цієї роботи було дослідження рівня тривоги та депресії медиків в умовах війни в Україні.

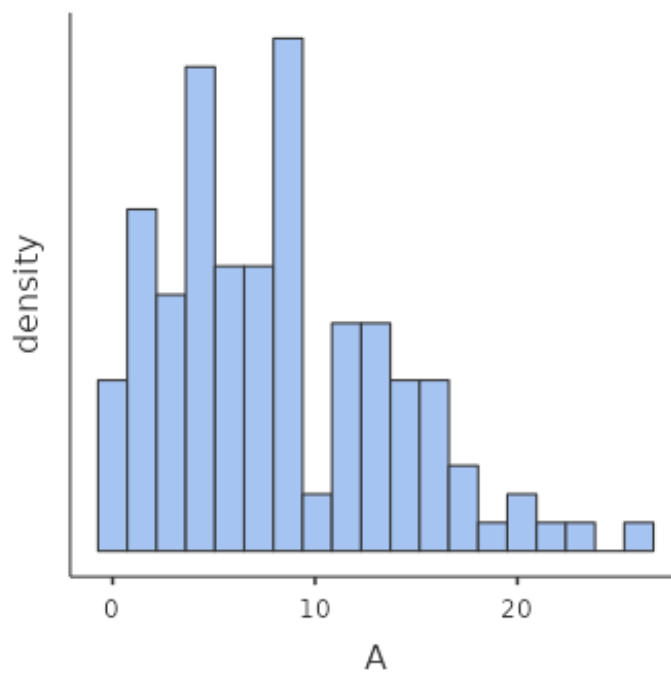
Було проаналізовано описові статистики для дослідження депресивності серед медиків (PHQ-9, Шкала Бека) та тривожності (GAD-7).

1) Описові статистики методики PHQ-9: середнє значення серед медиків становило 8,12, зі стандартним відхиленням в 5,51. При максимально можливому балі в 27, мінімальний бал депресивності серед групи становив 0, максимальний -27.

Описові статистики			
		A	
N		121	
Середнє		8.12	
Медіана		7	

Стандартне відхилення		5.51	
Minimum		0	
Maximum		26	

Як видно з гістограми нижче, розподіл відповідей за цим показником є симетричний:



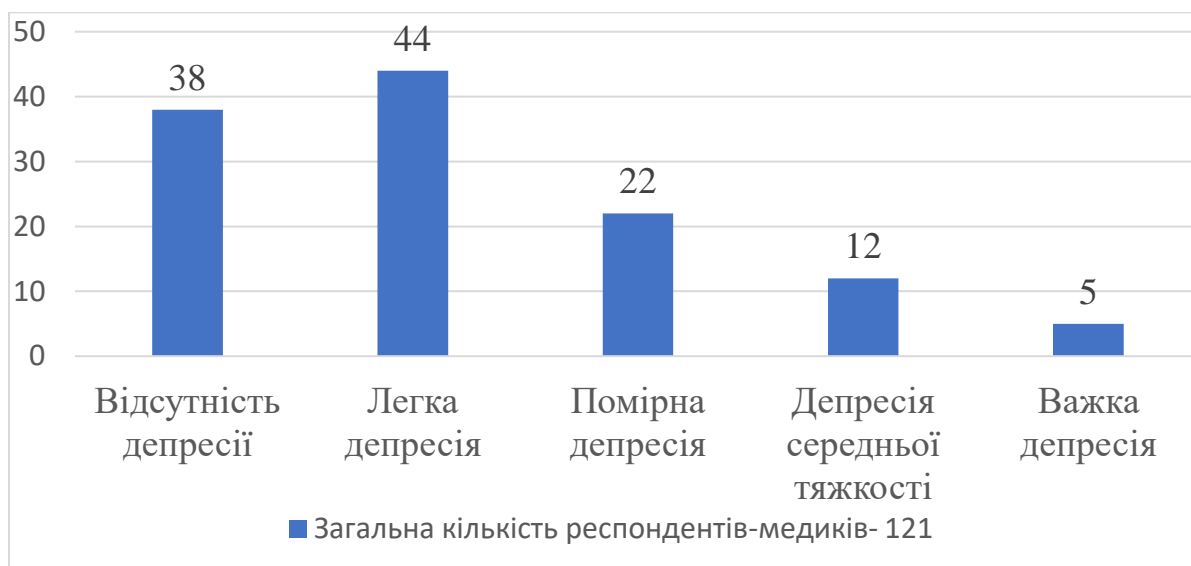
Крім того, було проаналізовано відповіді за тяжкістю депресії згідно методики PHQ-9:

- | | |
|-----|--------------------------------|
| 0-4 | Депресія відсутня |
| 5-9 | Легка («субклінічна») депресія |

10-14	Помірної тяжкості депресія
15-19	Середньої тяжкості депресія
20-27	Тяжка депресія

Діаграма 3.1

Важкість депресії серед медиків за методикою PHQ-9

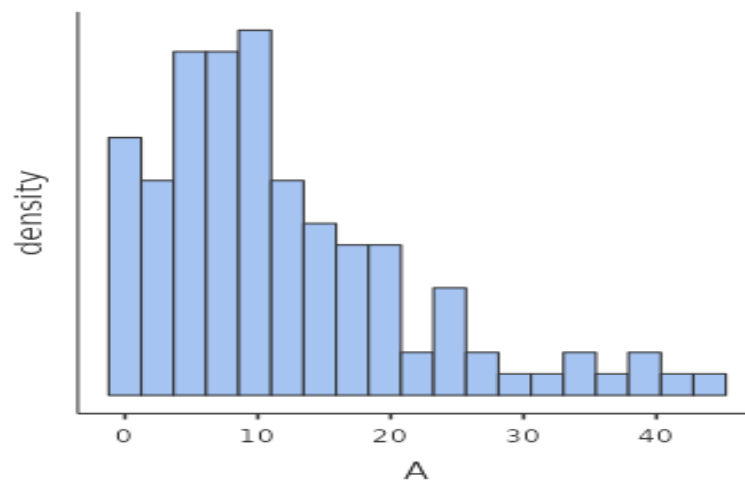


Таким чином, згідно цього опитувальника, депресія відсутня у 31,4% (38 осіб) респондентів-медиків, легка депресія спостерігається у 36,6% (44 особи), помірна депресія- у 18,2% (22 особи), депресія середньої важкості- у 9,9% (12 осіб), важка депресія- у 4,1% (5 осіб). Загалом, депресивні прояви різного ступеню вираженості визначаються у 68,6% (83 осіб).

2) Описові статистики Шкали депресії Бека: середнє значення серед медиків становило 21, зі стандартним відхиленням в 9,69. Максимальний набраний бал-44, мінімальний -0, максимальний можливий бал для даної шкали-63.

Описові статистики	
	A

N		121	
Середнє		12	
Медіана		9	
Стандартне відхилення		9.69	
Minimum		0	
Maximum		44	



Як видно з гістограми вище, розподіл відповідей за цим показником є симетричним.

Також було проаналізовано важкість депресії згідно Шкали депресії Бека серед респондентів-медиків за наступними зазначеними критеріями даної шкали:

0-9 – відсутність депресивних симптомів

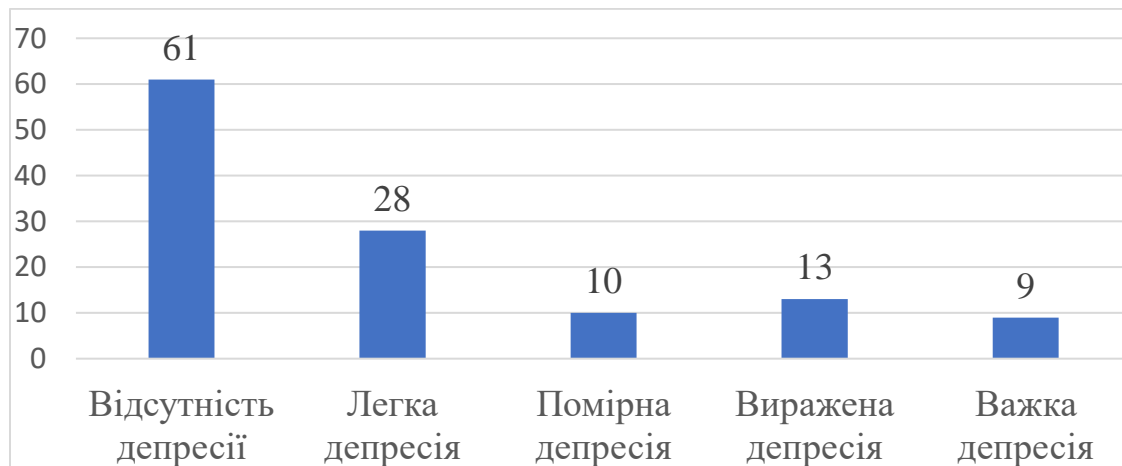
10-15 – легка депресія (субдепресія)

16-19 – помірна депресія

20-29 – виражена депресія (середньої важкості)

30-63 – важка депресія

Діаграма 3.2

Важкість депресії серед медиків за Шкалою депресії Бека

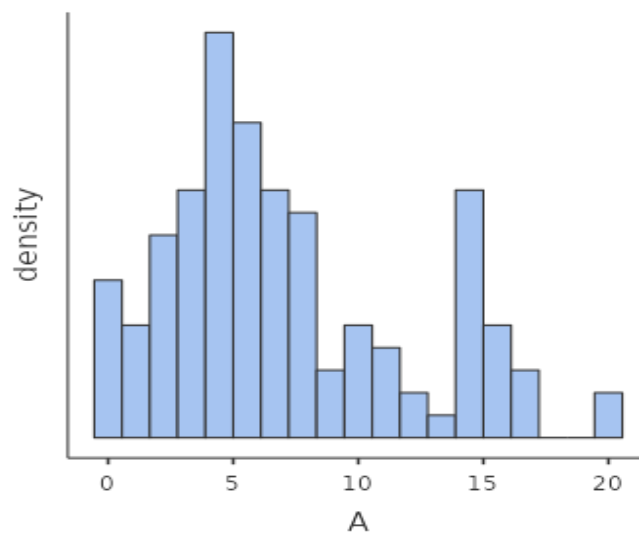
Таким чином, згідно цього опитувальника, депресія відсутня у 50,4% (61 особа) респондентів-медиків, легка депресія спостерігається у 23,1% (28 осіб), помірна депресія- у 8,3% (10 осіб), виражена депресія- у 10,7% (13 осіб), важка депресія- у 7,4% (9 осіб). Загалом, депресивні прояви різного ступеню вираженості визначаються у 49,6% (60 осіб).

3) Описові статистики опитувальника GAD-7 (Generalized anxiety disorder-GAD): середнє значення серед медиків становило 7,16, зі стандартним відхиленням в 4,92. Мінімальний набраний бал-0, максимальний -20, максимальний можливий бал для даної шкали - 21.

Описові статистики			
		A	
N		121	
Середнє		7.16	

Медіана		6	
Стандартне відхилення		4.92	
Minimum		0	
Maximum		20	

Як видно з гістаграми нижче, розподіл відповідей за даним показником серед респондентів-медиків є симетричний:



Також було проаналізовано важкість тривоги за опитувальником GAD-7 (Generalized anxiety disorder-GAD) за наступними критеріями, зазначеними в самому тесті:

0-4 балів – ймовірно, що труднощі з тривогою відсутні.

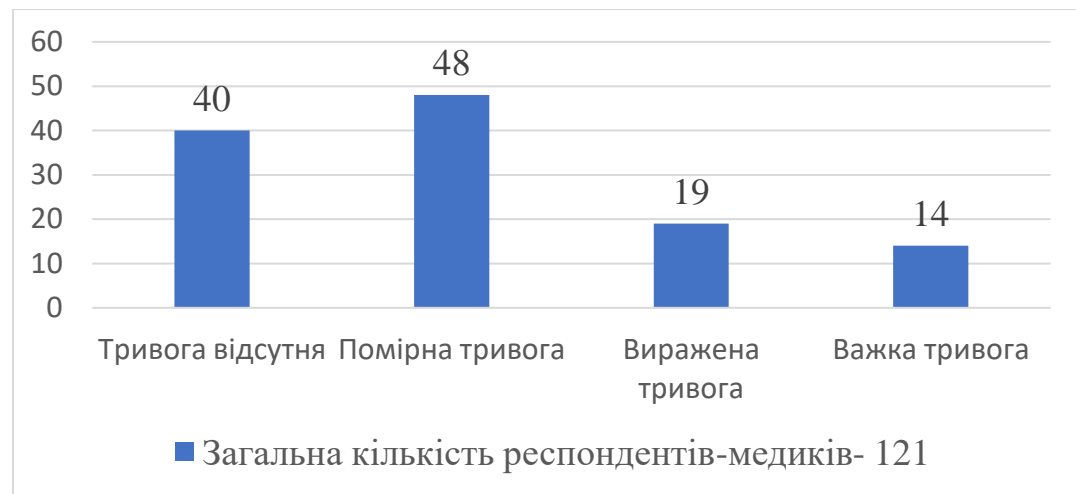
5-9 балів – можливі труднощі з тривогою помірною ступеня.

10-14 балів – можливі труднощі з тривогою вираженого ступеня.

15 – 21 балів – можливі труднощі з тривогою важкого ступеня.

Діаграма 3.3

Важкість тривоги серед медиків згідно Опитувальника GAD-7:



Таким чином, згідно цього опитувальника, тривога відсутня у 33,1% (40 осіб) респондентів-медиків, помірна тривога спостерігається у 39,7% (48 осіб), виражена тривога- у 15,7% (19 осіб), важка тривога- у 11,6% (14 осіб). Загалом, тривожні прояви різного ступеню вираженості визначаються у 66,9% (81 особа).

3.4. Порівняльний аналіз тривожно-депресивних проявів і вигорання медиків та представників немедичних професій.

Наступною задачею даного дослідження стоїть порівняння тривожно-депресивних проявів та вигорання медиків та представників немедичних професій.

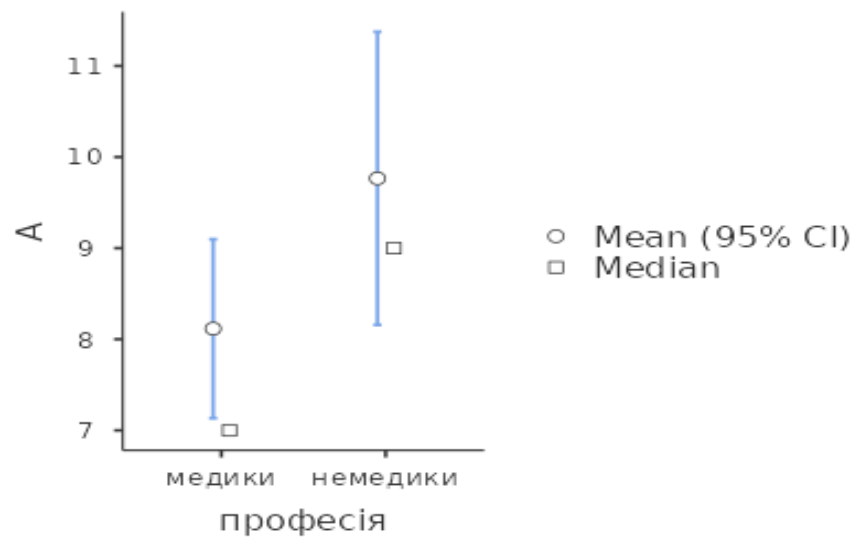
1). Проведено порівняння двох груп респондентів (медики/немедики) за результатами опитувальника PHQ-9.

Було обраховано середні значення та Т-критерій Стьюдента для даного опитувальника:

Таб.3.2

Показники	Медики	Немедики
N	121	47
Середнє значення	8.12	9.77
Т-критерій Стьюдента, t	-1.73	
df	166	
p	0,85	

Також було отримано графік довірчих інтервалів:



На основі отриманих даних можна зробити висновок, що за результатами опитувальника PHQ-9 немає значимої відмінності між рівнем депресивності серед представників медичних та немедичних спеціальностей ($p=0,85$). Це може бути пов'язано з тим, що до групи «немедиків» були віднесені також представники інших допомагаючих професій (педагоги, соціальні робітники, психологи, реабілітологи), які становлять також вразливу когорту щодо депресивності. Крім того, відсутність значимої відмінності може бути пов'язане з універсальним впливом війни на всі верстви населення та гетерогенністю всередині кожної з двох груп досліджених: різна віддаленність

від лінії фронту, різний стаж роботи, можливість отримувати психологічну/психіатричну допомогу тощо. В будь-якому разі, зважаючи на відсутність достатньої кількості досліджень, це питання потребує подальшого вивчення.

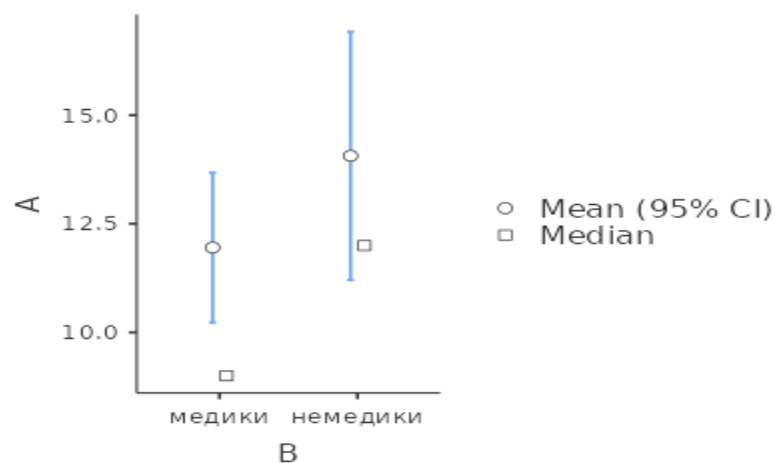
2). Проведено порівняння двох груп респондентів (медики/немедики) за результатами опитувальника Шкала депресії Бека.

Було обраховано середні значення та Т-критерій Стьюдента для даного опитувальника:

Таб.3.3

Показники	Медики	Немедики
N	121	47
Середнє значення	12	14.1
Т-критерій Стьюдента, t	-1,26	
df	166	
p	0,21	

Отримано графік довірчих інтервалів:



На основі отриманих даних можна зробити висновок, що за результатами опитувальника Шкали депресії Бека немає значимої відмінності

між рівнем депресивності серед представників медичних та немедичних спеціальностей ($p=0,21$), тобто обидві групи респондентів мають однаковий рівень депресивності, що може бути пов'язано зі впливом війни та особливістю даної вибірки в цілому.

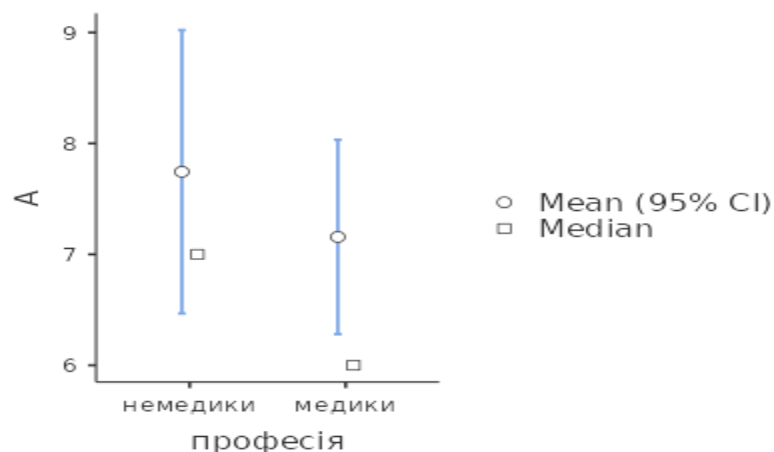
3). Проведено порівняння двох груп респондентів (медики/немедики) за результатами опитувальника тривожності GAD-7.

Було обраховано середні значення та Т-критерій Стьюдента для даного опитувальника:

Таб.3.4

Показники	Медики	Немедики
N	121	47
Середнє значення	7.16	7.74
Т-критерій Стьюдента, t	0.712	
df	166	
p	0.477	

Отримано графік довірчих інтервалів:



На основі отриманих даних можна зробити висновок, що за результатами опитувальника тривожності GAD-7 немає значимої відмінності

між рівнем тривожності серед представників медичних та немедичних спеціальностей ($p=0.477$), тобто медики та немедики мають однаковий рівень тривоги, що може бути пов'язано зі впливом війни та особливістю даної вибірки в цілому.

4). Проведено порівняння двох груп респондентів (медики/немедики) за результатами опитувальника діагностики професійного вигорання (Маслах, Джексон). Результати для двох груп аналізувалися окремо за трьома субшкалами опитувальника.

Було обраховано середні значення та Т-критерій Стьюдента для всіх 3 субшкал опитувальника:

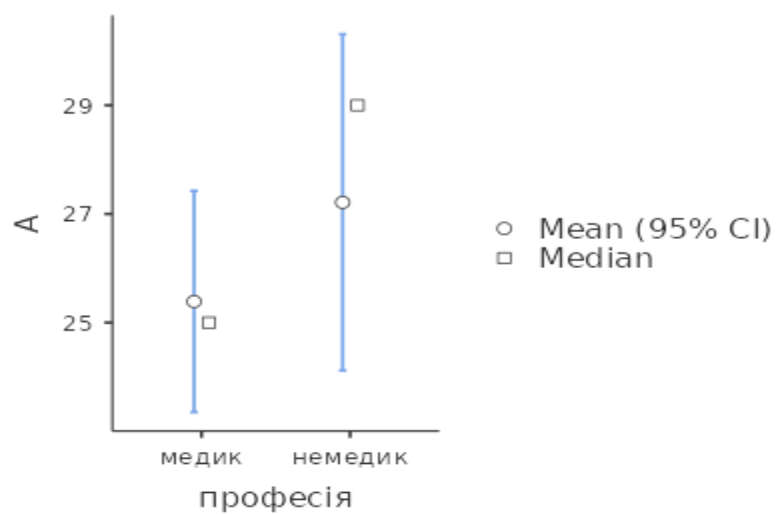
Таб.3.5

Показники	Медики	Немедики
<i>Шкала емоційного виснаження</i>		
N	121	47
Середнє значення	25.4	27.2
Т-критерій Стьюдента, t	-0,947	
df	166	
p	0,347	
<i>Шкала деперсоналізації</i>		
N	121	47
Середнє значення	9,73	11
Т-критерій Стьюдента, t	-1,31	
df	166	
p	0,191	
<i>Шкала редукції особистих досягнень</i>		
N	121	47
Середнє значення	30,5	26,4

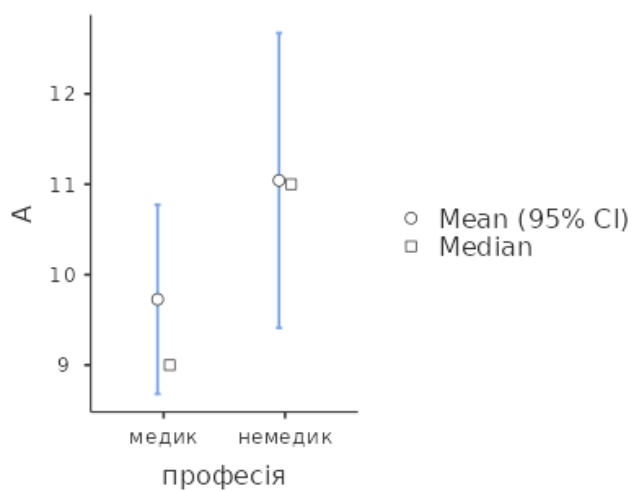
Т-критерій Стьюдента, t	3,87
df	166
p	< .001

Також отримано графіки довірчих інтервалів.

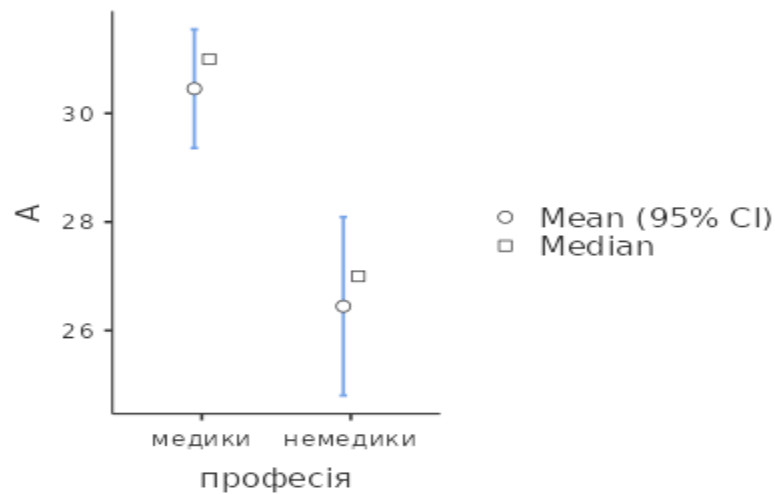
Для шкали емоційного виснаження:



Для шкали деперсоналізації:



Для шкали редукції особистих досягнень:



На основі отриманих даних можна зробити висновки, що за шкалою емоційного виснаження немає значимої відмінності між рівнем емоційного виснаження серед представників медичних та немедичних спеціальностей ($p=0,347$), також за шкалою деперсоналізації немає значимої відмінності між рівнем деперсоналізації при професійному вигоранні серед медиків та немедиків ($p=0,191$). Тобто, такі прояви професійного вигорання як емоційне спустошення та втрата відчуття залученості однаково часто зустрічається серед медиків та немедиків, що може бути наслідком універсального впливу війни на всі верстви населення, та наявності представників інших «допомагаючих» професій у групі немедиків, які також вразливі до вигорання.

Одночасно, за шкалою редукції особистих досягнень є статистично значуща відмінність рівня редукції особистих досягнень між представниками медичних та немедичних професій: медичні працівники більш схильні до редукції особистих досягнень ($p < .001$), тобто медичні працівники більше страждають від відчуття невдоволення собою, зменшення цінності своєї діяльності та негативного самосприйняття в професійній сфері, ніж представники немедичних професій.

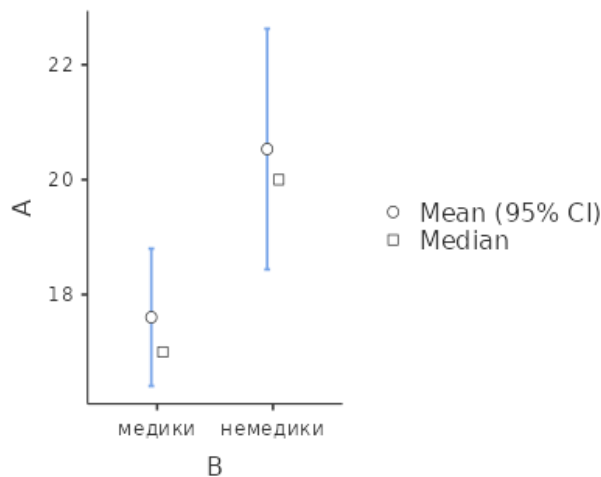
5). Проведено порівняння двох груп респондентів (медики/немедики) за результатами Шкали сприйняття стресу (PSS-10).

Було обраховано середні значення та Т-критерій Стьюдента для даного дослідження:

Таб.3.6

Показники	Медики	Немедики
N	121	47
Середнє значення	17.6	20.5
Т-критерій Стьюдента, t	-2.47	
df	166	
p	0.014	

Також отримано графік довірчих інтервалів:



На основі отриманих даних можна зробити висновки, що за шкалою Шкали сприйняття стресу (PSS-10) є значуща відмінність між рівнем сприйнятого стресу серед представників медичних та немедичних спеціальностей ($p=0.014$), тобто серед немедиків рівень стресу дещо вищий, вони повідомляють про вищий рівень суб'єктивного стресу, сприйняття більшої неконтрольованості, непередбачуваності та більшому

перевантаженні в житті. Це можна пояснити більшою адаптацією медиків до важких критичних ситуацій через особливості своєї професії.

В цілому, отримані дані не виявили значущої відмінності щодо рівня депресії та тривоги та проявів вигорання (емоційне виснаження та деперсоналізація, які проявляються емоційним спустошенням, відчуттям невдоволення собою, зменшення цінності своєї діяльності та негативного самосприйняття в професійній сфері) між медиками та немедиками (що протирічить дослідженням, які були проведені, хоча й не в умовах війни) [16, 29, 32, 61], та було виявлено значущо вищий сприйнятий (суб'єктивний) стрес серед немедиків за шкалою PSS-10, може бути пов'язане з особливостями професійної діяльності: медики більш звиклі до важких та критичних життєвих ситуацій. Крім того, це може бути пов'язано з тим, що до групи «немедиків» були віднесені також представники інших допомагаючих професій (педагоги, соціальні робітники, психологи, реабілітологи), які становлять також вразливу групу щодо високого рівня тривоги, депресії та рівня сприйнятого стресу [16].

Одночасно, статистично значуща відмінність рівня редукції особистих досягнень між представниками медичних та немедичних професій за шкалою редукції особистих досягнень: медичні працівники більш схильні до редукції особистих досягнень, тобто більш страждають від невдоволення собою, зменшення цінності своєї діяльності та негативного самосприйняття у професійній сфері. Це може бути пов'язано з тим, що медики схильні менше цінити свої досягнення, а також з проблемою в самій системі охорони здоров'я [33], що також потребує подальшого дослідження даної проблеми.

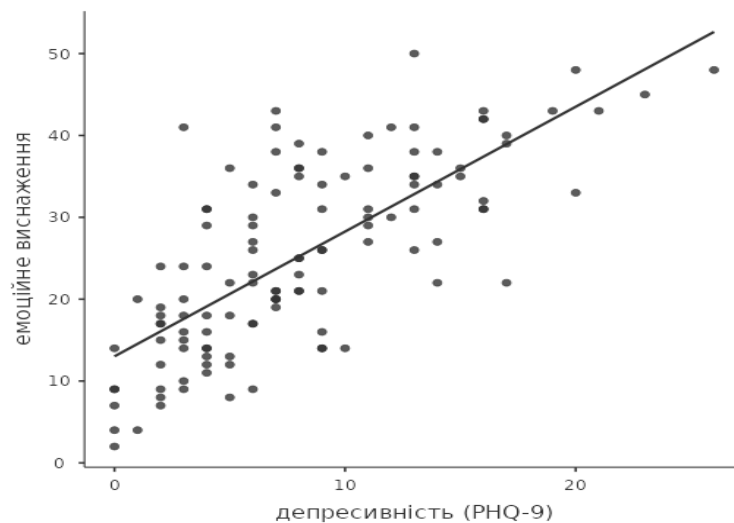
3.5. Дослідження взаємозв'язку між рівнем депресії та тривожності та ступенем емоційного вигорання серед медиків.

Для вирішення цієї задачі дослідження було застосовано метод кореляційного аналізу.

А. Дослідження взаємозв'язку між депресивністю за методикою PHQ-9 та ступенем професійного вигорання серед медичних працівників.

а. Для шкали емоційного виснаження

Діаграма розсіювання:

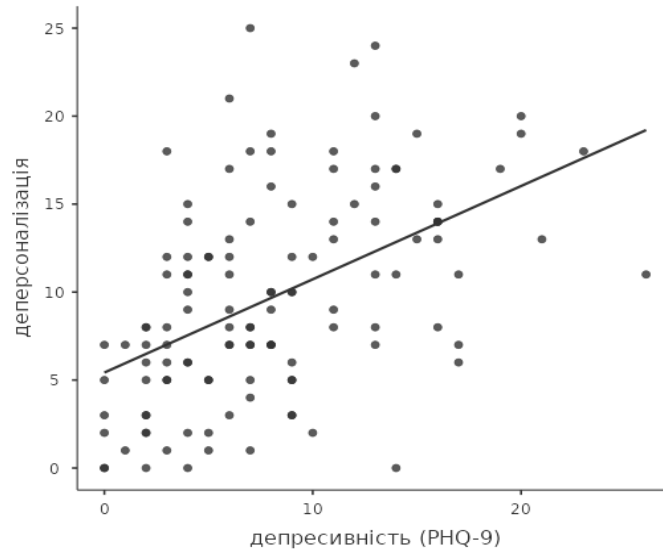


Зважаючи на виражений лінійний зв'язок згідно діаграми розсіювання, було обчислено коефіцієнт Пірсона для даних показників. Враховуючи значення коефіцієнт Пірсона $r=0,735$ ($p < 0,001$), можна сказати, що існує потужний значимий взаємозв'язок між вираженістю депресивності за методикою PHQ-9 та ступенем емоційного виснаження серед медичних працівників: чим більше виражена депресія, тим більше є схильність серед

медичних працівників до емоційного виснаження (стану емоційного спустошення).

в. Для шкали деперсоналізації

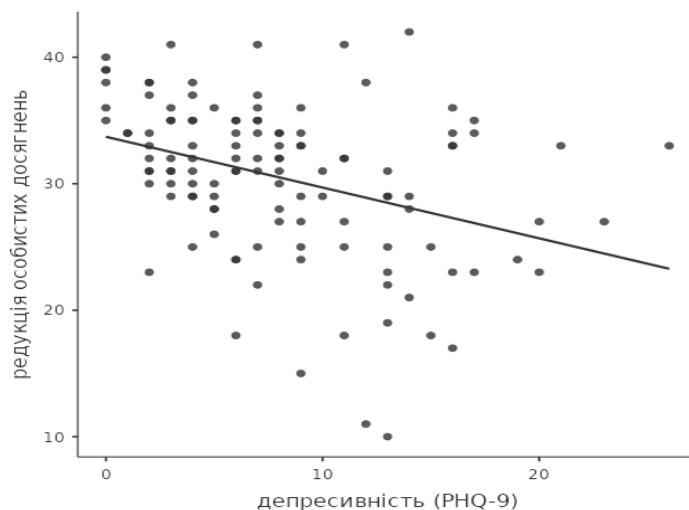
Діаграма розсіювання:



Зважаючи на лінійний зв'язок згідно діаграми розсіювання, було обраховано коефіцієнт Пірсона для даних показників. Враховуючи значення коефіцієнта Пірсона $r = 0,497$ ($p < 0,001$), можна сказати, що існує значимий взаємозв'язок між вираженістю депресивності за методикою PHQ-9 та ступенем деперсоналізації при професійному вигоранні серед медичних працівників, тобто чим вищий рівень депресивності серед медиків, тим більше вони схильні відмежуватися від роботи, менше відчують залученості при спілкуванні з пацієнтами, дратує необхідність спілкування в цілому.

с. Для шкали редукції особистих досягнень:

Діаграма розсіювання:

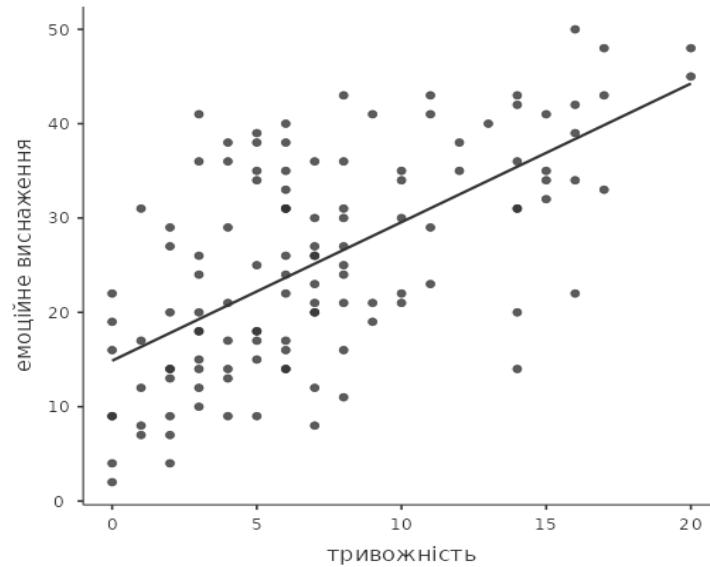


Зважаючи на лінійний зв'язок згідно діаграми розсіювання, було обраховано коефіцієнт Пірсона для даних показників. Враховуючи значення коефіцієнта Пірсона $r = -0,361$ ($p < 0,001$), можна сказати, що існує значимий зворотній взаємозв'язок між вираженістю депресивності за методикою PHQ-9 та ступенем редукції особистих досягнень при професійному вигоранні серед медичних працівників: чим більші прояви депресивності, тим менше медики схильні відчувати свою професійну некомпетентність, невдоволеність собою. При низьких показниках депресивності, спостерігається навпаки більш виражене негативне самосприйняття в професійній сфері.

В. Дослідження взаємозв'язку між тривожністю за методикою GAD-7 та ступенем професійного вигорання.

а. Для шкали емоційного виснаження.

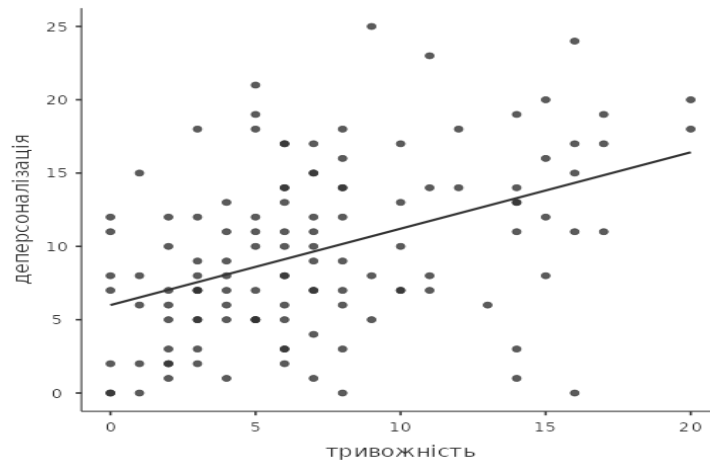
Діаграма розсіювання:



Зважаючи на лінійний зв'язок згідно діаграми розсіювання, було обраховано коефіцієнт Пірсона для даних показників. Враховуючи значення коефіцієнта Пірсона $r=0,632$ ($p < 0,001$), можна сказати, що існує значимий взаємозв'язок між вираженістю тривожності за методикою GAD-7 та ступенем емоційного виснаження при професійному вигоранні серед медичних працівників, тобто чим вище тривожність, тим більш виражений серед медиків стан емоційного спустошення та апатії.

в. Для шкали деперсоналізації

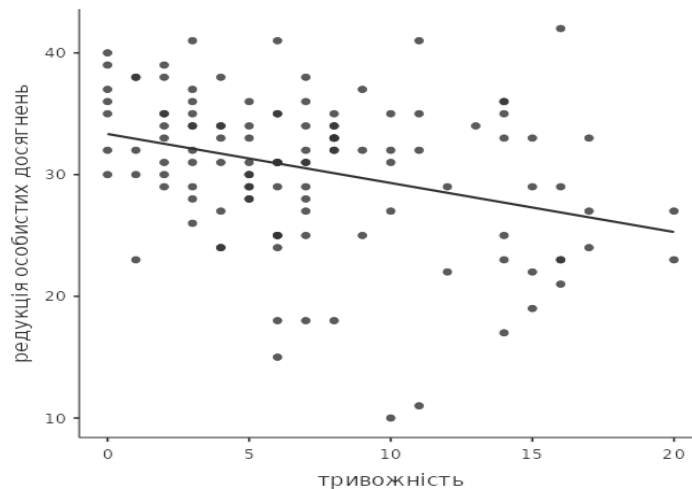
Діаграма розсіювання:



Зважаючи на лінійний зв'язок згідно діаграми розсіювання, було обраховано коефіцієнт Пірсона для даних показників. Враховуючи значення коефіцієнта Пірсона $r=0,437$ ($p < 0,001$), можна сказати, що існує значимий взаємозв'язок середньої сили між вираженістю тривожності за методикою GAD-7 та ступенем деперсоналізації при професійному вигоранні серед медичних працівників: чим більш виражена тривожність, тим більше медичні працівники схильні відмежуватися від роботи, менше відчують залученості при спілкуванні з пацієнтами, їх більше дратує необхідність спілкування в цілому при виконанні професійних обов'язків.

с. Для шкали редукції особистих досягнень

Діаграма розсіювання:



Зважаючи на зворотній лінійний зв'язок згідно діаграми розсіювання, було обраховано коефіцієнт Пірсона для даних показників. Враховуючи значення коефіцієнта Пірсона $r=-0,321$ ($p < 0,001$), можна сказати, що існує значимий зворотній взаємозв'язок середньої сили між вираженістю тривожності за методикою GAD-7 та ступенем редукції особистих досягнень при професійному вигоранні серед медичних працівників: чим більша вираженість тривоги, тим менше медики схильні відчувати свою професійну некомпетентність, невдоволенність собою, тим більше цінують свою професійні успіхи та досягнення. При низьких показниках тривожності, спостерігається навпаки більш виражене негативне самосприйняття в професійній сфері.

Таб.3.7

Кореляція між рівнем депресивності та тривоги та професійним вигоранням серед медиків

Досліджений взаємозв'язок	Коефіцієнт Пірсона, r
Депресивність та емоційне виснаження	0.735
Депресивність та деперсоналізація	0,497
Депресивність та редукція особистих досягнень	-0.361
Тривожність та емоційне виснаження	0.632
Тривожність та деперсоналізація	0.437
Тривожність та редукція особистих досягнень	-0.323

Інші дослідження підтверджують значимий взаємозв'язок між тривожно-депресивними проявами та професійним вигоранням, причому настільки, що навіть триває наукова дискусія щодо самостійності терміну «професійне вигорання»: існує наукова позиція, що професійне вигорання тотожне депресії та описує депресивні прояви саме під час виконання професійної/сфокусованої діяльності [32].

При цьому, такий знайдений феномен, як зворотній значимий зв'язок тривожно-депресивних проявів з рівнем редукції особистих досягнень потребує подальшого дослідження.

Висновки до розділу 3

1. Під час проведення дослідження була здійснена перевірка на внутрішню узгодженість тих методик, які використовувались: шкали оцінки генералізованого тривожного розладу (Generalized Anxiety Disorder Scale-7) Спітзера Р. та Вільямса Д., 2006, опитувальнику стану здоров'я, депресивних симптомів (Patient Health Questionnaire – 9), Шкали депресії Бека, та трьох окремих субшкал методики діагностики професійного вигорання (Маслах.

Джексон). Всі окремі методики та також всі субшкали опитувальника діагностики професійного вигорання, мають достатній рівень внутрішньої узгодженості для даної виборки.

2. Емпірично досліджено особливості депресивних, тривожних проявів та особливості професійного вигорання серед медиків під час війни в Україні, проаналізовано описові статистики. Отримані дані свідчать про те, депресивні прояви різного ступеню вираженості визначаються у 49,6% респондентів медиків за шкалою Бека та у 68,6% медиків згідно методики РНQ-9.

При дослідженні особливостей тривожності медичних працівників, тривожні прояви різного ступеню вираженості визначалися у 66,9% респондентів.

При дослідженні ступеню професійного вигорання звернуло на себе увагу несиметричний розподіл результатів відповідей за шкалою редукції особистих досягнень, з загальним високим показником в групі опитувальних. Є припущення, що несиметричний розподіл пов'язан також з результатами, отриманими при кореляційному аналізі за цією шкалою.

3. Зроблені висновки про те, що не існує значимої відмінності між депресивністю та методикою РНQ-9 та шкалою депресії Бека, рівнем тривожності за методикою GAD-7, рівнем емоційного виснаження та деперсоналізації серед представників медичних та немедичних спеціальностей, тобто для цих показників не було знайдено залежності від приналежності до медичних або немедичних професій.

4. Щодо рівня сприйнятого стресу, можна зробити висновки, що за шкалою Шкали сприйняття стресу (PSS-10) є значуща відмінність між рівнем сприйнятого стресу серед представників медичних та немедичних спеціальностей ($p=0.014$): серед немедиків рівень стресу дещо вищий, вони

більше суб'єктивно переживають непередбачуванність та неконтрольованність життя.

Отримані дані в пункті 3 та 4 можуть бути пов'язані з універсальним впливом війни на все населення України, та наявною гетерогенністю всередині кожної групи досліджених: різна віддаленність від лінії фронту, різний стаж роботи, можливість отримувати психологічну/психіатричну допомогу, сімейний стан тощо, що потребує подальшого дослідження. Існують дослідження, які свідчать про те, що війна не обов'язково підвищує вигорання серед медиків, так як вони мають більше сенсу в своїй роботі під час критичних подій [33]. Крім того, це може бути пов'язано з тим, що до групи «немедиків» були віднесені також представники інших допомагаючих професій, які мають також високу вразливість щодо тривоги, депресії та вигорання. Щодо сприйнятого стресу, отриманий результат можна пояснити особливостями роботи медичних працівників: вони можуть бути більш звиклими до важких стресових подій в житті.

5. Одночасно, статистично значуща відмінність рівня редукції особистих досягнень між представниками медичних та немедичних професій за шкалою редукції особистих досягнень (медичні працівники більш схильні до редукції особистих досягнень), може бути пов'язана скоріше в проблемах в самій системі охорони здоров'я, аніж в впливі війни, і що також потребує подальшого дослідження даної проблеми [33].

6. Проведено кореляційний аналіз між депресивністю та тривожністю та професійним вигоранням серед медиків. Виявлено значимий взаємозв'язок між такими проявами професійного вигорання як емоційне виснаження та деперсоналізація та рівнем депресивності та тривожності, тобто стан спустошення та знецінення стосунів на роботі прямо корелюють з тривожно-депресивними проявами. З іншого боку, виявлено значимий зворотній

взаємозв'язок між редукцією особистих досягнень та рівнем депресивності та тривожності медиків. При збільшенні тривожно-депресивних проявів медики більше схильні цінити результати своєї професійної діяльності, що може бути одним із способів справлятися з тривогою та депресією.

ВИСНОВКИ

1. Теоретично досліджено феномен професійного вигорання, тривоги та депресії серед медичних працівників під час повномасштабного вторгнення в Україні та доведено актуальність даної теми. Не зважаючи на виражений суспільний інтерес до питань психічного здоров'я, на сьогодні існує прогалина щодо досліджень питання вигорання, тривоги та депресії серед медичного персоналу під час війни в Україні. Було підібрано відповідні методики психодіагностики для визначення ступеню вираженості професійного вигорання медичних працівників під час повномасштабного вторгнення в Україні.

2. Емпірично досліджено особливості професійного вигорання серед медичних працівників під час війни в Україні. За шкалою емоційного виснаження, при максимальному балі в 54, середній бал для медиків складав 25,4 (стандартне відхилення 11,4). За шкалою деперсоналізації, при максимальному балі в 30, середній бал для медиків складав 9,73 (стандартне відхилення 5,87). За шкалою редукції особистих досягнень, при максимальному балі в 48, середній бал для медиків складав 30,5 (стандартне відхилення 6,13), що є досить високим значенням показника. Враховуючи несиметричний розподіл результатів за цією шкалою, можна зробити припущення, що феномен вираженої редукції особистих досягнень потребує подальшого вивчення, та, можливо, причини цього лежать в площині системних проблем в системі охорони здоров'я, а не лише впливу війни.

3. Емпірично було досліджено рівень тривоги та депресії серед медичних працівників під час війни в Україні. Згідно дослідження, депресія відсутня у 31,4% (38 осіб) медиків, легка депресія спостерігається у 36,6% (44

особи), помірна депресія- у 18,2% (22 особи), депресія середньої важкості- у 9,9% (12 осіб), важка депресія- у 4,1% (5 осіб). Отримані дані свідчать про те, депресивні прояви різного ступеню вираженості визначаються у 49,6% респондентів медиків за шкалою Бека та у 68,6% медиків згідно методики PHQ-9. Різниця в даних майже на 20% може бути пояснена тим, що методика PHQ-9 як скринінговий інструмент має більшу чутливість, в той час більш детальний опитувальник депресії Бека буде більш специфічний, але й потребуватиме більше часу для проходження, що може дещо обмежувати його широке використання. В цілому, отримані дані співпадають з результатами інших досліджень.

При дослідженні особливостей тривожності медичних працівників, тривожні прояви різного ступеню вираженості визначалися у 66,9% респондентів: помірна тривога спостерігається у 39,7% (48 осіб), виражена тривога- у 15,7% (19 осіб), важка тривога- у 11,6% (14 осіб). Тривога відсутня у третини респондентів-медиків: 33,1% (40 осіб). Отримані дані співпадають з результатами інших наявних досліджень з даної тематики.

4. Проведено порівняння рівня депресії, тривоги та вигорання серед представників медичних та немедичних професій. Не виявлено значущої відмінності рівнів депресії ($t=-1,73$, $p=0,85$ для опитувальника PHQ-9; $t=-1,26$, $p=0,21$ для шкали Бека) та тривоги ($t=0,712$, $p=0,477$) та деякими проявами професійного вигорання ($t=-0,947$, $p=0,347$ для емоційного виснаження; $t=-1,31$, $p=0,191$ для деперсоналізації) між медиками та немедиками, тобто не виявлено залежності від професії (медична/немедична). Також дослідження виявило значущо вищий стрес серед немедиків за шкалою PSS-10 ($t=-2,47$, $p=0,014$), що можна пояснити тим, що медики більш звиклі до стресових важких, непередбачувальних подій в житті. Це також може бути пов'язаним з універсальним впливом війни на всі верстви населення та гетерогенністю

всередині кожної з двох груп досліджених: різна віддаленість від лінії фронту, різний стаж роботи, наявність можливості отримувати психологічну/психіатричну допомогу тощо. Крім того, це може бути пов'язано з тим, що до групи «немедиків» були віднесені також представники інших допомагаючих професій (педагоги, соціальні робітники, психологи, реабілітологи), які становлять також вразливу групу щодо високого рівня тривоги, депресії та рівня сприйнятого стресу [16].

Одночасно виявлено статистично значущу відмінність рівня редукції особистих досягнень між представниками медичних та немедичних професій за шкалою редукції особистих досягнень ($t=3,87$, $p<0,001$) (медичні працівники більш схильні до редукції особистих досягнень, тобто до знецінення результатів своєї роботи), що є дуже характерним проявом професійного вигорання саме для медиків, та може бути пов'язана скоріше в проблемах в самій системі охорони здоров'я [33], аніж в впливі війни, що також потребує подальшого дослідження даної проблеми.

5. Досліджено кореляційний зв'язок між ступенем депресії та тривоги та вираженністю професійного вигорання серед медичних працівників під час війни.

Виявлено значимий взаємозв'язок між вираженністю тривожно-депресивних проявів та такими проявами професійного вигорання як емоційне виснаження та деперсоналізація (для депресивності та емоційного виснаження $r=0,735$; для депресивності та деперсоналізації $r=0,497$; для тривожності та емоційного виснаження $r=0,632$; для тривожності та деперсоналізації $r=0,437$) та спостерігається значимий зворотній зв'язок між вираженністю тривожно-депресивних проявів та редукцією особистих досягнень (для депресивності та

редукції особистих досягнень $r=-0,361$; для тривожності та редукції особистих досягнень $r=-0,323$).

Так як автору даної роботи було особливо цікавим дослідити взаємозв'язок депресивності та вигорання в рамках наукового дискурсу навколо самостійності самого терміну «професійне вигорання», то на основі отриманих даних не можна говорити про те, що ці два терміни тотожні, та що термін «професійне вигорання» описує лише окремі прояви депресії на робочому місці (мова йдеться саме про трьохфакторну модель Маслах-Джексона). Прямий значимий взаємозв'язок існує лише для таких проявів професійного вигорання як емоційне виснаження та деперсоналізація. Одночасно, виявлено значимий зворотній взаємозв'язок між тривожно-депресивними проявами та вираженістю редукції особистих досягнень. Це з одного боку може бути характерним саме для медичних працівників проявом професійного вигорання, та додатково може свідчити про комплексну проблему всередині медичної системи, коли медики відчують незадоволеність собою на робочому місці, зменшення цінності своєї діяльності та негативне самосприйняття. Цей феномен потребує подальших досліджень та, можливо, існує окремо від військової ситуації в країні.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Головенко Х. В. Поширеність синдрому емоційного вигорання у медичного персоналу і фактори, які спричиняють його розвиток / Х. В. Головенко, О. М. Сопель // Медсестринство. – 2017. – № 4. – С. 51–53.
2. Громцева, О. В., & Стрюков, В. В. (2022). Гендерно орієнтований підхід до менеджменту емоційного вигорання у лікарів та середнього медичного персоналу у військовий час. Економічні горизонти, (2-20), 94–110. [https://doi.org/10.31499/2616-5236.2\(20\).2022.263950](https://doi.org/10.31499/2616-5236.2(20).2022.263950)
3. Кормило О. М. Психологічна профілактика синдрому емоційного вигорання у медичних працівників станції швидкої допомоги. Медична освіта. 2014. № 1. С. 41-43. DOI: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mosv_2014_1_145
4. Мішиєв В. Д., Левін Т. І. Структурно-динамічний аналіз клініко психопатологічної складової емоційного вигорання й професійної дезадаптації у лікарів-психіатрів під час війни // Український вісник психоневрології. 2023. Т. 31, вип. 1 (114). С. 77-87
5. Олійник М. «Дослідження синдрому вигорання. КППТ-орієнтована модель допомоги при емоційному вигоранні», Львів, червень 2021.
6. Павлюк Н. Синдром професійного вигорання як проблема сучасної психологічної науки, 2021р.
7. Теренда Н.О., Павлів Т.Б., Теренда О.А. Професійне вигорання - одна з невирішених проблем системи охорони здоров'я. ОІ 10.11603/1681-2786.2021.2.12377.
8. Симакович М. О., Герасіна С.В.: «Синдром професійного вигорання медичних працівників в умовах війни», 2023р.

9. Шкраб'юк В.С., Білик Д.І. Емоційне вигорання особистості: психологічний аналіз проблеми. ДВНЗ «Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника» (стр 294-295).

10. Чабан О. С. Місце нейрорептиків у загальносоматичній практиці, в т. ч. можливості психофармакокорекції сформованого синдрому вигорання медичних працівників [Електронний ресурс] / О. С. Чабан. – Режим доступу :https://health-ua.com/multimedia/user3/4les/3/4les/2021/ZU_5_2021/ZU_05_2021_st38_39.pdf.

11. Alarcon G.M., Eschleman K.J., Bowling N.A. Relationships between personality variables and burnout: A meta-analysis. *Work Stress*. 2009;23:244–263. doi: 10.1080/02678370903282600

12. Assonov D. Emotional burnout of healthcare professionals: models, risk factors and protective factors. *PMGP* [Internet]. 2021 Apr. 15 [cited 2023 Nov. 25];6(2):e0602295.

13. Bachynska A. Profesiine vyhorannia pratsivnykiv orhanizatsii: prychny ta faktory. Kyiv: Bachynska;2017

14. Bodnar A. Emotsiine vyhorannia yak vnutrishnoosobystisnyi konflikt. 2019

15. Brown PA, Slater M, Lofters A. Personality and burnout among primary care physicians: an international study. *Psychol Res Behav Manag*. 2019;12:169-177. Published 2019 Mar 18. doi:10.2147/PRBM.S195633

16. [Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases \(who.int\)](https://www.who.int/classifications/icd-11/burn-out)

17. [Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Integration in Physicians During the First 2 Years of the COVID-19 Pandemic \(mayoclinicproceedings.org\)](https://www.mayoclinicproceedings.org/)

18. Chaudhury S, Chakraborty R, Chatterjee A. Internal predictors of burnout in psychiatric nurses: An Indian study. *Ind Psychiatry J.* 2012;21(2):119. doi:10.4103/0972-6748.119604.

19. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR). Retrieved from: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>

20. Draga T, Myaluk O, Krynytska I. Features of emotional burnout syndrome in health care workers. *Nursing.* 2017;3:48-51. URL: Draga, O. P. Myaluk, I. Ya. Krynytska

21. Jamovi project (2023). *jamovi.* (Version 2.4) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>

22. Hromtseva O. Notion of professional burnout of medical workers and research of its phenomenology. *European Journal of Management Issues.* 2019. Vol. 27, № 3. P. 63-72. URL : <https://doi.org/10.15421/191907>.

23. Freudenberger, Herbert; Richelson, Géraldine (1980). *Burn Out: The High Cost of High Achievement. What it is and how to survive it.* Bantam Books. ISBN 978-0-553-20048-5.

24. [Freudenberger Herbert](#), «Staff Burn-Out», 1974.

ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. Retrieved from: <https://icd.who.int/browse11/lm/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f129180281>

25. Kaminski K. Compassion Fatigue and Burnout in Healthcare Professionals: A Scoping Review. *International Journal of Nursing Student Scholarship.* 2020;7.

26. Khaustova O, Chaban O, Assonov D. Resilience and emotional state of healthcare professionals in Ukraine during lockdown: a pilot study. *European*

Neuropsychopharmacology.2020;40:S370-S371.

doi:10.1016/j.euroneuro.2020.09.480

27.Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB (September 2001). "[The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure](#)". *Journal of General Internal Medicine*. 16 (9):606-613. doi:[10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x](#). PMC [1495268](#). PMID [11556941](#)

28.Kurapov A, Danyliuk I, Loboda A, Kalaitzaki A, Kowatsch T, Klimash T and Predko V (2023) Six months into the war: a first-wave study of stress, anxiety, and depression among in Ukraine. *Front. Psychiatry* 14:1190465. doi: [10.3389/fpsy.2023.1190465](#)

29.Lahad M. The "BASIC PH" Model of Coping and Resiliency -Theory, Research and Cross-Cultural Application / M. Lahad, M. Shacham, O. Ayalon. – London : Jessica Kingsley, 2013.

30.Maslach Christina, Susan E. Jackson, Michael P. Leiter, Wilmar B. Schaufeli, & Richard L. Schwab. The Maslach Burnout Inventory (MBI) and MBI Manual.

31.moz.gov.ua Міністерство охорони здоров'я

32.Nadon [Lindsey](#), [Leon T. De Beer](#) and [Alexandre J. S. Morin](#) “Should Burnout Be Conceptualized as a Mental Disorder?” March 2022.

33.Owoc, Jakub and Mańczak, Małgorzata and Olszewski, Robert and Shevchuk, Oksana and Zaporozhan, Stepan and Korda, Mykhaylo, Can War Help in Better Understanding of Burnout Phenomenon? A Cross Sectional Study of Burnout in Ukrainian Medical Staff. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.4757684>

34.Özdemir Ş, Kerse G. The Effects of COVID 19 on Health Care Workers: Analysing of the Interaction between Optimism, Job Stress and Emotional

Exhaustion. *International and Multidisciplinary Journal of Social Sciences*. 2020. doi:10.17583/rimcis.2020.5849

35. Patryk Rzońca, Marcin Podgórski, Magdalena Łazarewicz, Robert Gałązkowski, Ewa Rzońca, Oryna Detsyk, Dorota Włodarczyk. The prevalence and determinants of PTSD, anxiety, and depression in Ukrainian civilian physicians and paramedics in wartime—An observational cross-sectional study six months after outbreak, *Psychiatry Research*, Volume 334, 2024, <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.115836>.

(<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178124001215>)

36. Perlman B., Hartman E. JI. Burnout: Summary and Future and Research // *Human relations*. 1982. V. 35 (4).

37. Reith TP. Burnout in United States Healthcare Professionals: A Narrative Review. *Cureus*. 2018;10: e3681.

38. Shanafelt T, West C, Sinsky C et al. Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Integration in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2017. *Mayo Clin Proc*. 2019;94(9):1681-94. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2018.10.023>

39. Shkrabiuk V, Bilyk D. Emotsiine vyhorannia osobystosti: psykhologichnyi analiz problemy. *Young Scientist*. 2020;10(86):293-6. DOI: <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2020-10-86-60>

40. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B (May 2006). "[A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7](#)". *Archives of Internal Medicine*. **166** (10): 1092-7. doi:[10.1001/archinte.166.10.1092](https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092). PMID [16717171](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16717171/)

41. Sultana A, Sharma R, Hossain M, Bhattacharya S, Purohit N. Burnout among healthcare providers during COVID-19: Challenges and evidence-based

interventions. Indian J Med Ethics. 2020;5(4):308-11.
DOI: <https://doi.org/10.20529/ijme.2020.73>

42. West C, Dyrbye L, Shanafelt T. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. J Intern Med. 2018;283(6):516-529. doi:10.1111/joim.12752

43. Wilkinson H, Whittington R, Perry L, Eames C. Examining the relationship between burnout and empathy in healthcare professionals: A systematic review. Burn Res. 2017;6:18-29. doi:10.1016/j.burn.2017.06.003

44. Zimmerman M. Using scales to monitor symptoms and treatment of depression (measurement based care). In UpToDate, Rose, BD (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2011.

45. [Настанови щодо діагностики та лікування змішаної депресії | "НейроNEWS: психоневрологія та нейропсихіатрія" \(retrived from: \[neuronews.com.ua\]\(http://neuronews.com.ua\)\)](#)

46. [Depressive disorder \(depression\) \(who.int\)](#)

47. Institute of Health Metrics and Evaluation. Global Health Data Exchange (GHDx). <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>

48. Woody CA, Ferrari AJ, Siskind DJ, Whiteford HA, Harris MG. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. J Affect Disord. 2017;219:86–92.

49. Evans-Lacko S, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, et al. Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. Psychol Med. 2018;48(9):1560-1571.

50. [Mental disorders \(who.int\)](#)

51. [Anxiety disorders - Diagnosis and treatment - Mayo Clinic.](#)

ДОДАТОК А

Описи обраних методик психодіагностики та ключі до них

Методика #1. PHQ-9 - Анкета (опитувальник) пацієнта про стан здоров'я

Опитувальник пацієнта про стан здоров'я (Patient Health Questionnaire - PHQ-9) - шкала самооцінки депресії з дев'яти пунктів, яка використовується в діагностиці депресивних розладів, так само як і для вибору методу/засобу лікування та моніторингу результатів.

#	Питання	Не турбували взагалі	Протягом декількох днів	Більше половини цього часу	Майже кожного дня
1	Дуже низька зацікавленість або задоволення від звичайних справ (відсутність бажання щось робити)	0	1	2	3
2	Поганий настрій, пригніченість або відчуття безпорадності	0	1	2	3
3	Труднощі із засинанням,	0	1	2	3

	переривчастий або занадто тривалий сон				
4	Почуття втоми або знесилення (занепад сил)	0	1	2	3
5	Поганий апетит чи навпаки –переїдання	0	1	2	3
6	Погані (негативні) думки про себе. Ви вважаєте себе невдахою або розчаровані в собі, або вважаєте, що не виправдали сподівань своєї родини	0	1	2	3
7	Труднощі концентрації уваги (наприклад, зосередитися на читанні газети чи	0	1	2	3

	перегляді телепередач)				
8	Ваші рухи або мова були настільки повільними, що оточуючі могли помітити. Або навпаки, Ви були настільки метушливі або збуджені, що рухалися більше, ніж зазвичай	0	1	2	3
9	Думки про те, що Вам краще було б померти або про те, щоб заподіяти собі шкоду будь-яким чином	0	1	2	3

Ключ до оцінки результатів:

Загальний бал

0-4

5-9

Тяжкість депресії

Депресія відсутня

Легка («субклінічна») депресія

10-14	Помірної тяжкості депресія
15-19	Середньої тяжкості депресія
20-27	Тяжка депресія

3). Методика «Діагностика професійного вигорання» (Маслах, Джексон).

Інструкція. Необхідно надати відповідь, як часто у респондента виникають почуття, перелічені нижче в опитувальнику. Для цього на бланку для питань треба відмітити з кожного пункту варіант відповіді: “ніколи”; “дуже рідко”; “деколи”; “часто”; “дуже часто”; “кожний день”.

Опитувальник:

1. Я почуваю себе емоційно знищеним.
2. Після роботи я почуваюся як вичавлений лимон.
3. Зранку я відчуваю втому і небажання йти на роботу.
4. Я добре розумію, що відчувають мої підлеглі й колеги, і стараюся враховувати це в інтересах справи.
5. Я відчуваю, що спілкуюся з деякими підлеглими й колегами як з предметами (без тепла і симпатії до них).
6. Після роботи хочеться на деякий час усамітнитися від усіх і всього.
7. Я вмію знаходити правильне рішення в конфліктних ситуаціях, що виникають у розмові з друзями.
8. Я відчуваю пригніченість і апатію.
9. Я упевнений, що моя робота потрібна людям.

- 10.Останнім часом я став більш черствим до тих, з ким працюю.
- 10.Я помічаю, що моя робота дратує мене.
- 12.У мене багато планів на майбутнє і я вірю у їх здійснення.
- 13.Моя робота все більше мене розчаровує.
- 14.Я думаю, що дуже багато працюю.
- 15.Буває, що дійсно мені байдуже те, що відбувається з ким-небудь із моїх підлеглих і друзів.
- 16.Мені хочеться усамітнитися і відпочити від усього.
- 17.Я легко можу створити атмосферу доброзичливості і співпраці в колективі.
18. Під час роботи я відчуваю приємне задоволення.
- 19.Завдяки своїй роботі я вже зробив у житті багато дійсно цінного.
- 20.Я відчуваю байдужість і втрату цікавості до всього, що задовольняло б мене в моїй роботі.
21. На роботі спокійно справляюсь з емоційними проблемами.
22. Останнім часом я бачу, що друзі і підлеглі все частіше перекладають на мене тягар своїх проблем та обов'язків.

Опрацювання даних

Опитувальник має три шкали: “емоційне виснаження” (9 тверджень), “деперсоналізація” (5 тверджень) і “редукція особистих досягнень” (8 тверджень).

Варіанти відповідей оцінюються так:

- “Ніколи” – 0 балів;
- “Дуже рідко” – 1 бал;
- “Інколи” – 3 бали;

“Часто” – 4 бали;

“Дуже часто” – 5 балів;

“Кожний день” – 6 балів.

Ключ до опитувальника

Нижче перераховуються шкали і відповідні їм пункти опитувальника.

“Емоційне виснаження” – відповіді “так” на запитання 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20 (максимальна сума балів – 54).

“Деперсоналізація” – відповіді “так” на запитання 5, 10, 11, 15, 22 (максимальна сума балів – 30).

“Редукція особистих досягнень” – відповіді “так” на запитання 4, 7, 9, 12, 17, 19, 21 (максимальна сума балів – 48).

Чим більша сума балів з кожної шкали окремо, тим більше в опитуваного виражені різні сторони “вигорання”. Про важкість “вигорання” свідчить сума балів усіх шкал.

4). Шкала сприйнятого стресу (PSS-10)

Запитання в цій шкалі стосуються почуттів і думок протягом місяця. Необхідно для кожного пункту обрати один із наступних варіантів відповіді, що відображує як часто людина відчувала або міркувала в певний спосіб: 0 = ніколи, 1 = майже ніколи, 2 = іноді, 3 = досить часто, 4 = дуже часто.

1. Як часто за останній місяць ви були засмучені через щось, що трапилося несподівано?

2. Як часто за останній місяць ви відчували, що не можете контролювати важливі речі у вашому житті?

3. Як часто за останній місяць ви відчували знервованість та стрес?
4. Як часто за останній місяць ви були впевнені, що зможете вирішити свої особисті проблеми?
5. Як часто за останній місяць ви відчували, що все відбувається по-вашому (відповідно до ваших бажань, планів та поглядів)?
6. Як часто за останній місяць ви відчували, що не можете впоратися з тим, що маєте зробити?
7. Як часто за останній місяць ви були здатні контролювати роздратованість з приводу того, що відбувається у вашому житті?
8. Як часто за останній місяць ви почувалися «господарем становища»?
9. Як часто за останній місяць ви були розсерджені через події, на які не могли впливати?
10. Як часто за останній місяць ви відчували, ніби труднощів накопичилося так багато, що ви не можете їх подолати?

Для підрахунку загального балу PSS, відповіді на чотири пункти-4, 5, 7 і 8 підраховуються зворотно: тобто 0 => 4; 1 => 3; 2 => 2; 3 => 1; 4 => 0. Потім шляхом підсумовування балів за всіма пунктами отримується оцінка за шкалою PSS. Вищі бали вказують на вищий рівень стресу, що сприймається.

5) Шкала депресії Бека: цей опитувальник складається з групи тверджень. Необхідно прочитати кожну групу тверджень і вибрати те, яке найбільш точно характеризує самопочуття, мислення і настрої людини, яка проходить тест, протягом останнього тижня.

№ 1

0. Мені не сумно.

1. Мені сумно, я чуюсь пригніченим.

2. Я увесь час чуюсь сумним, пригніченим і не можу відволіктись від цього стану.

3. Я відчуваю нестерпний сум та тугу.

№2

0. Я спокійно думаю про майбутнє.

1. Думки про майбутнє викликають в мені страх та тривогу.

2. Мені нема чого чекати від майбутнього і на що надіятися.

3. Я відчуваю, що в моєму майбутньому нема нічого доброго і я нічого не можу змінити.

№3

0. Я не відчуваю себе невдахою.

1. Я відчуваю, що в мене більше невдач, ніж у інших людей.

2. Моє життя – це суцільна низка невдач та помилок.

3. Я абсолютний невдаха в усьому (навчанні, праці, сімейному житті і т.д.)

№4

0. Я отримую задоволення від улюблених занять і речей.

1. Я не отримую такого задоволення, як раніше од улюблених занять та речей.

2. Я ні від чого не отримую задоволення.

3. Будь-яке заняття викликає в мені нудьгу та тугу.

№5

0. Я не відчуваю відчуття провини.

1. Я доволі часто відчуваю провину.

2. Я дуже часто чуюсь поганою людиною і мене мучить відчуття провини.

3. Мене мучить постійне відчуття провини.

№6

1. Я не вважаю, що заслуговую покарання.
2. Я допускаю, що заслуговую покарання.
3. Я вважаю, що маю бути покараний.
4. Я відчуваю, що доля карає мене.

№7

0. Я в основному задоволений тим, ким я є.
1. Я незадоволений собою.
2. Я гидкий собі.
3. Я ненавиджу себе.

№8

0. Я не думаю, що я гірший, ніж інші люди.
1. Я критикую себе за слабкості та помилки.
2. Я постійно докоряю собі за різні помилки.
3. Я докоряю собі за усе погане, що діється навколо.

№9

0. У мене не виникає думок про самогубство.
1. У мене бувають думки про самогубство, але я знаю, що не зроблю цього.
2. Я хочу вмерти і планую самогубство.
3. Якщо б була нагода, я б зробив самогубство.

№10

0. Я не плачу більш часто, ніж звичайно.
1. Я плачу частіше, ніж звичайно.
2. Я увесь час плачу.
3. Раніше я часто плакав, але тепер не можу заплакати навіть тоді, коли

мені цього хочеться.

№11

0. Я не дратуюсь частіше, ніж звичайно.

1. Я дратуюся легше, ніж звичайно.

2. Я постійно відчуваю роздратування та почуття внутрішнього незадоволення.

3. Те, що раніше дратувало мене, тепер мені стало байдуже.

№12

0. Я не втратив цікавості до людей.

1. Люди цікавлять мене менше, ніж раніше.

2. Я майже повністю втратив інтерес до людей.

3. Люди мені глибоко байдужі.

№13

0. Мені не є важче, ніж звичайно приймати рішення.

1. Тепер частіше, ніж раніше я зволікаю з прийняттям рішень.

2. Мені дуже важко прийняти будь-яке рішення.

3. Я не в стані приймати жодних рішень.

№14

0. Я не вважаю, що виглядаю гірше, ніж звичайно.

1. Мене турбує, що я виглядаю дещо гірше ніж звичайно і старшим, ніж на свій вік.

2. Я відчуваю, що з кожним днем виглядаю усе гірше.

3. Я переконаний, що виглядаю жахливо.

№15

0. Мені працюється так, як і раніше.

1. Тепер мені часто доводиться змушувати себе братися до праці.

2. Я з великою трудністю змушую себе взятися до праці.

3. Я не в стані працювати.

№16

0. Я сплю не менше і не гірше, ніж раніше.

1. Я сплю гірше, ніж раніше.

2. Я буджуся на 1-2 години раніше, ніж звичайно і мені важко знову заснути.

3. Я буджуся на декілька годин раніше, ніж звичайно і вже не можу заснути.

№17

0. Я не втомлююся більше, ніж звичайно.

1. Я втомлююся значно легше, ніж раніше.

2. Я втомлююся від будь-якого заняття.

3. Я чуюся настільки втомленим, що не в стані будь-чим займатися.

№18

0. У мене нормальний апетит.

1. У мене погіршився апетит.

2. У мене майже відсутній апетит.

3. У мене зовсім нема апетиту.

№19

0. Моя вага залишається незмінною.

1. За останній час я схуд більше ніж на 3 кг.

2. За останній час я схуд більше ніж на 5 кг.

3. За останній час я схуд більше ніж на 7 кг. Я намагаюся схуднути, свідомо обмежуючи себе в їжі: так / ні

№20

0. Моє тілесне здоров'я є добре.

1. Мене турбують наявні у мене фізичні симптоми (наприклад, болі в животі, запори та ін.).
2. Я дуже занепокоєний наявними в мене фізичними симптомами.
3. Я настільки занепокоєний станом свого тілесного здоров'я, що практично не можу думати ні про що інше.

№21

0. Мій інтерес до статевого життя за останній час не зменшився.
1. Статеве життя мене цікавить зараз менше, ніж звичайно.
2. Мій інтерес до статевого життя значно зменшився.
3. Я повністю втратив інтерес до статевого життя.

Після цього сумується загальний бал та оцінюється наступним чином:

- 0-9 – відсутність депресивних симптомів
- 10-15 – легка депресія (субдепресія)
- 16-19 – помірна депресія
- 20-29 – виражена депресія (середньої важкості)
- 30-63 – важка депресія.

б) Опитувальник GAD-7 (Generalized anxiety disorder-GAD): необхідно оцінити, як часто протягом останніх двох тижнів людину, яка проходить тест, турбували будь-які з перерахованих нижче проблем:

1. Ви нервували, відчували тривогу або були дуже напружені

- (0) Ніколи
- (1) Кілька днів
- (2) Більше половини часу
- (3) Майже щодня

2. Ви не могли зупинити або контролювати своє хвилювання

- (0) Ніколи
- (1) Кілька днів
- (2) Більше половини часу
- (3) Майже щодня

3. Ви занадто хвилювались через різні речі

- (0) Ніколи
- (1) Кілька днів
- (2) Більше половини часу
- (3) Майже щодня

4. Вам було важко розслабитись

- (0) Ніколи
- (1) Кілька днів
- (2) Більше половини часу
- (3) Майже щодня

5. Ви були настільки неспокійні, що Вам було важко всидіти на одному місці

- (0) Ніколи
- (1) Кілька днів
- (2) Більше половини часу
- (3) Майже щодня

6. Вам було легко дошкулити або роздратувати

- (0) Ніколи
- (1) Кілька днів
- (2) Більше половини часу
- (3) Майже щодня

7. Ви відчували страх, неначе щось жахливе може статися

(0) Ніколи

(1) Кілька днів

(2) Більше половини часу

(3) Майже щодня

Підрахунок результатів:

Кожна відповідь має свою кількість балів:

Ніколи – 0 балів

Кілька днів – 1 бал

Більше половини часу – 2 бали

Майже щодня – 3 бали

Важкість тривоги згідно загального балу:

0-4 балів – ймовірно що труднощі з тривогою відсутні.

5-9 балів – можливі труднощі з тривогою помірною ступеня.

10-14 балів – можливі труднощі з тривогою вираженого ступеня.

15 – 21 балів – можливі труднощі з тривогою важкого ступеня.

