

*T. I. Levin*

## ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ЯК СКЛАДНИКА ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРЯННЯ Й ПРОФЕСІЙНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У ЛІКАРІВ-ПСИХІАТРІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ

*T. I. Levin*

### COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF PSYCHOSOCIAL FUNCTIONING AS A COMPONENT OF EMOTIONAL BURNOUT AND PROFESSIONAL DISAPPOINTMENT AMONG PSYCHIATRISTS DURING THE WAR

*Ключові слова: емоційне вигоряння, професійна дезадаптація, психосоціальне функціонування, якість життя, лікарі-психіатри, війна*

Мета цієї роботи — порівняльна оцінка показників психосоціального функціонування лікарів-психіатрів щодо наявності й виразності в них проявів професійної дезадаптації (ДА) та емоційного вигоряння (ЕВ), для визначення тактики лікувально-реабілітаційної роботи з цим контингентом. Вибірку дослідження становили 120 лікарів-психіатрів, які працювали у м. Києві у період з 24.02.2022 р. до кінця року. Обстежені були поділені на три групи: перша група — 30,8 % (37 осіб) — лікарі без ознак професійної ДА та з низьким рівнем ЕВ; друга група — 47,5 % (57 осіб) — особи з ознаками професійної ДА та помірним рівнем ЕВ; третя група — 21,7 % (26 осіб) — респонденти з клінічно окресленою й вираженою професійною ДА та високим рівнем ЕВ. Психосоціальний складник професійної ДА та ЕВ оцінювали за параметрами соціально-психологічна адаптація/дезадаптація та якість життя.

У лікарів-психіатрів без ознак професійної ДА з низьким рівнем ЕВ показники соціально-психологічної адаптації є у межах норми, у лікарів з окремими ознаками професійної ДА з помірним рівнем ЕВ — переважно на межі норми/дезадаптації, а лікарям-психіатрам з оформленою ДА та високим рівнем ЕВ притаманна низька адаптація й виражена соціально-психологічна ДА. Встановлено значущу зворотну кореляцію між рівнями професійної ДА і соціально-психологічної адаптації й, відповідно, пряму кореляцію між зростанням рівня професійної ДА та збільшенням проявів соціально-психологічної дезадаптації у лікарів-психіатрів, причому кореляційний зв'язок визначено на рівні помірного та сильного.

Лікарям-психіатрам з ознаками професійної ДА властиві значущі погіршення ЯЖ в усіх ключових сферах, а найбільше зниження ЯЖ спостерігається у лікарів з клінічно окресленою професійною ДА та вираженою соціально-психологічною дезадаптацією. Показники ЯЖ виявили значущі зворотні кореляції з виразністю психопатологічної симптоматики, найміцніші у сфері суб'єктивного благополуччя / задоволеності, менш міцні — у сфері виконання соціального ролей і найменш міцні — у сфері зовнішніх життєвих умов.

Виявлені закономірності треба брати до уваги під час розроблення лікувально-реабілітаційних заходів для лікарів-психіатрів з проявами професійної ДА та ЕВ.

*Keywords: emotional burnout, professional maladjustment, psychosocial function, quality of life, psychiatrists, war*

The purpose of this work was to carry out a comparative assessment of indicators of psychosocial functioning among psychiatrists in terms of the presence and severity of professional maladjustment (PM) and emotional burnout (EB) in them, in order to further determine therapeutic tactics — rehabilitation work with this contingent. The study sample were 120 psychiatrists who worked in Kyiv between February 24, 2022 and the end of the year. Examined were divided into three groups: the first group — 30.8 % (37 people) — doctors without signs of PM, and with a low level of EB; the second group — 47.5 % (57 people) — persons with signs of PM and a moderate level of EB; the third group — 21.7 % (26 people) — respondents with clinically defined and pronounced PM and a high level of EB. The psychosocial component of PM and EB was evaluated according to the parameters of social-psychological adaptation/maladaptation and quality of life.

Psychiatrists without signs of PM with a low level of EB have indicators of social and psychological adaptation within the normal range, doctors with individual signs of PM with a moderate level of EB are mostly on the borderline of norm/maladaptation, and psychiatrists with a formal PM and high level of EB are characterized by low adaptation and pronounced socio-psychological maladaptation.

A significant inverse correlation was established between the levels of PM and social-psychological adaptation, and, accordingly, a direct correlation between the increase in the level of PM and the increase in the manifestations of social-psychological maladjustment among psychiatrists, and the correlation was determined at the level of moderate and strong.

Psychiatrists with signs of PM are characterized by a significant deterioration of quality of life in all key areas, and the greatest decrease in quality of life is observed in doctors with clinically defined PM and pronounced socio-psychological maladjustment. Indicators of quality of life revealed significant inverse correlations with the expressiveness of psychopathological symptoms, the closest in the field of subjective well-being / satisfactions, less close — in the sphere of fulfilling social roles, and the least dense — in the sphere of external living conditions.

The identified regularities should be considered in developing treatment and rehabilitation measures for psychiatrists with manifestations of PM and EB.

Емоційне вигоряння (ЕВ) є вельми поширеним феноменом серед медичних працівників, які з огляду на специфіку професії залучені до психологічних та емоційних переживань своїх пацієнтів, відчувають на собі реакції пацієнтів на фізичні й моральні страждання, змушені брати участь у розв'язанні широкого спектра проблем пацієнтів, включно з мікросоціальним, сімейним, професійним функціонуванням та адаптацією; причому усі ці чинники мають постійний і тривалий у часі характер і поєднуються з ненормованим робочим днем, великою варіабельністю навантаження протягом робочого часу, та браком достатнього відпочинку [1; 2].

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначає професійне вигоряння як синдром, який виникає внаслідок хронічного стресу, пов'язаного з роботою, із симптомами, що характеризуються відчуттям зниження енергії або загального виснаження, підвищенням ментальної віддаленості від роботи або почуттям негативізму чи цинізму, пов'язаним з роботою, та зниженням професійної ефективності. Водночас у заяві, зробленій у травні 2019 року, ВООЗ зазначила, що не відносить синдром ЕВ до психічних розладів і медичних станів і наголошує, що ЕВ використовується у професійному контексті і не повинно застосовуватися для опису досвіду в інших сферах життя [3—5].

Загалом дев'ять європейських країн вважають вигоряння визнаним медичним розладом і класифікують його під одним або кількома кодами МКХ-10 [6].

Водночас, попри визнання медичної і соціальної важливості ЕВ, ця проблема залишається методологічно, клінічно та науково не розробленою. Наприклад, лише дві країни (Італія та Латвія) визнали та класифікували професійне вигоряння як професійне захворювання [7], диференціюючи вигоряння від депресії та тривоги, і лише кілька країн Європи систематично проводять дослідження, які зосереджуються виключно на виснаженні, тоді як інші європейські країни здебільшого вивчають конструкції, пов'язані з вигорянням, як-от професійний стрес або стрес, пов'язаний з роботою. Комплексний підхід до дослідження ЕВ, на думку експертів, сприятиме більшій оптимізації практичних підходів для всіх дослідників, які вивчають професійне вигоряння та чинники стресу, пов'язаного з роботою, що зрештою дасть змогу розробити ефективніші терапевтичні стратегії [7].

У МКХ-11 наявний окремий код QD85 «Вигоряння» (*Burn-out*), де вигоряння описано так:

«Вигоряння — це синдром, який виникає внаслідок хронічного стресу на робочому місці, з яким не вдається впоратися. Симптомами цього синдрому є:

- 1) відчуття виснаження або зменшення енергії;
- 2) підвищена психічна віддаленість від роботи або почуття негативізму чи цинізму, пов'язані з роботою;
- 3) зниження професійної ефективності.

Вигоряння належить конкретно до явищ у професійному контексті і цей термін не варто застосовувати для опису досвіду в інших сферах життя» [8].

Вигоряння класифіковано у розділі «Проблеми, пов'язані з працевлаштуванням або безробіттям» у підрозділі «Чинники, що впливають на стан здоров'я або контакт зі службами охорони здоров'я». Розділ присвячено іншим причинам, окрім визнаних захворювань або станів здоров'я, через які люди звертаються до медичних закладів [3; 9].

Емоційне вигоряння має серйозні клінічні та соціальні наслідки як для лікарів, так і для їх пацієнтів, і для системи охорони здоров'я загалом. Такі наслідки включають неякісну медичну допомогу (невідповідність допомоги стандартам клінічної практики), медичні помилки та зниження безпеки для пацієнтів [10].

З огляду на актуальність зазначеного, метою цієї роботи було порівняльне оцінювання показників психосоціального функціонування у лікарів-психіатрів м. Києва, які працюють під час війни, щодо наявності й вираженості в них проявів професійної дезадаптації (ДА) та ЕВ, для визначення тактики лікувально-реабілітаційної роботи з цим контингентом.

Вибірку дослідження, яка була сформована з дотриманням принципів біомедичної етики та на підставі інформованої згоди, становили 120 лікарів-психіатрів, які працювали у м. Києві у період з 24.02.2022 р. до кінця року. Критерієм стратифікації обстежених на групи була наявність і вираженість проявів професійної ДА у лікарів-психіатрів, що віддзеркалювало рівень їх ЕВ. Досліджували стан лікарів-психіатрів за допомогою опитувальника «Оцінка професійної дезадаптації», розробленого Н. О. Родіною і адаптованого для оцінки стану працівників різних професій М. А. Дмитрієвою (2003), та методики «Діагностика рівня емоційного вигоряння» В. Бойка. За отриманими результатами обстежені були поділені на три групи:

перша група, ОГ1 — 30,8 % (37 осіб) — лікарі без ознак професійної ДА та з низьким рівнем ЕВ;

друга група, ОГ2 — 47,5 % (57 осіб) — особи з ознаками професійної ДА та помірним рівнем ЕВ;

третья група, ОГ3 — 21,7 % (26 осіб) — респонденти з клінічно окресленою й вираженою професійною ДА та високим рівнем ЕВ.

Психосоціальний складник професійної ДА та ЕВ оцінювали за станом таких параметрів: соціально-психологічна адаптація/дезадаптація (за однойменною методикою С. Rogers and R. F. Dymond), та якість життя (за шкалою Н. Mezzich в адаптації Н. О. Марути).

Статистичний аналіз отриманих результатів виконаний за допомогою непараметричного тесту Манна — Уїтні (визначення розбіжностей) та методу рангових кореляцій Спірмена (оцінка кореляційних зв'язків).

Дані кількісного аналізу показників за методикою діагностики соціально-психологічної адаптації С. Rogers and R. F. Dymond наведено у табл. 1.

Таблиця 1. Кількісні показники за методикою діагностики соціально-психологічної адаптації С. Rogers and R. F. Dymond у лікарів-психіатрів з різними ступенями професійної дезадаптації

Показник	Без ознак ДА, n = 37	З окремими ознаками ДА, n = 57	З оформленою ДА, n = 26	p		
				ОГ1 — ОГ2	ОГ1 — ОГ3	ОГ2 — ОГ3
Адаптивність	113,43 ± 22,74	78,37 ± 20,84	59,46 ± 34,94	0,000	0,000	0,030
Дезадаптивність	83,24 ± 46,57	122,79 ± 36,93	169,27 ± 15,03	0,000	0,000	0,000
Брехливість ні	9,70 ± 4,98	11,04 ± 4,35	10,88 ± 5,44	0,072	0,284	0,805
Брехливість так	12,97 ± 2,46	13,18 ± 3,08	11,77 ± 3,58	0,596	0,196	0,093
Прийняття себе	34,14 ± 8,61	24,04 ± 7,34	18,92 ± 13,41	0,000	0,000	0,273
Неприйняття себе	14,78 ± 8,82	22,68 ± 7,76	31,88 ± 4,32	0,000	0,000	0,000
Прийняття інших	18,38 ± 3,67	13,28 ± 3,68	12,00 ± 4,27	0,000	0,000	0,146
Неприйняття інших	21,03 ± 10,07	27,96 ± 6,33	33,23 ± 4,43	0,000	0,000	0,000
Емоційний комфорт	24,38 ± 5,40	14,91 ± 5,21	11,35 ± 6,80	0,000	0,000	0,018
Емоційний дискомфорт	17,84 ± 8,79	26,32 ± 6,70	35,50 ± 3,33	0,000	0,000	0,000
Внутрішній контроль	50,11 ± 9,02	40,89 ± 6,92	35,31 ± 8,91	0,000	0,000	0,008
Зовнішній контроль	24,43 ± 9,99	31,60 ± 7,93	39,85 ± 4,95	0,000	0,000	0,000
Домінування	7,14 ± 2,69	5,63 ± 2,66	4,38 ± 2,89	0,002	0,001	0,116
Веденість	17,41 ± 8,93	23,61 ± 7,31	29,50 ± 2,86	0,000	0,000	0,000
Ескапізм	11,08 ± 6,52	16,14 ± 5,36	24,31 ± 3,62	0,000	0,000	0,000

Примітка. Тут і далі у таблицях показники наведено у форматі (M ± t), бали, де M — середня арифметична, t — помилка середньої арифметичної; p — розбіжності у показниках між групами лікарів-психіатрів

Загальною закономірністю, виявленою у дослідженні, є міцний зв'язок професійної та психосоціальної ДА. Водночас наявність професійної ДА — це вагомий чинник, пов'язаний з соціально-психологічною ДА, що підтверджується суттєво більшими відмінностями між групами лікарів-психіатрів без ознак професійної ДА (ОГ1) та лікарів-психіатрів з окремими ознаками ДА (ОГ2) проти групи лікарів з вираженою ДА (ОГ3).

Зокрема, середнє значення показника адаптивності у лікарів-психіатрів без ознак ДА становило 113,43 ± 22,74 бали, що є доволі високим показником (в межах норми — 68—136 балів), тоді як у лікарів з окремими ознаками ДА середнє значення показника наближалось до нижньої межі норми і становило 78,37 ± 20,84 бали (p < 0,01), а у лікарів з оформленою ДА — 59,46 ± 34,94 бали, що відповідає низькому рівню (p < 0,05) (рис. 1).

Показник дезадаптивності у лікарів з ДА також перебував у межах норми (68—136 балів) і становив 83,24 ± 46,57 балів, у лікарів з окремими ознаками ДА наближався до верхньої межі норми — 122,79 ± 36,93 бали (p < 0,01), а у лікарів з оформленою ДА — відповідав високому рівню — 169,27 ± 15,03 бали (p < 0,01) (див. табл. 1, рис. 1).

Показники негативної і позитивної брехливості у лікарів-психіатрів без ДА та з різними формами професійної ДА були низькими і значуще не відрізнялися в усіх групах: відповідно 9,70 ± 4,98 балів, 11,04 ± 4,35 балів та 10,88 ± 5,44 бали (p > 0,05), і 12,97 ± 2,46 балів, 13,18 ± 3,08 балів та 11,77 ± 3,58 балів (p > 0,05) (див. табл. 1, рис. 1).

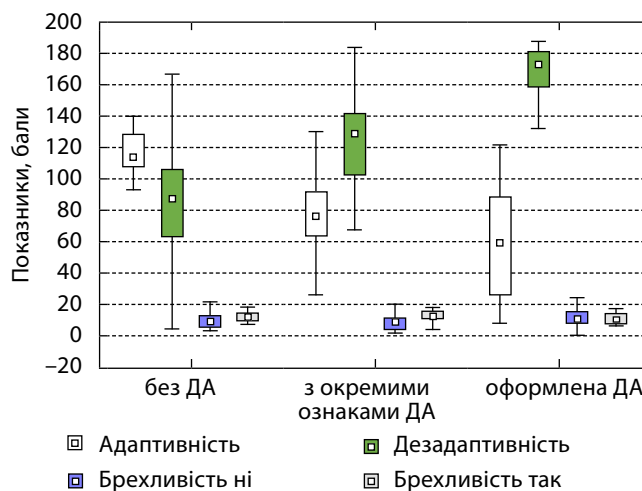


Рис. 1. Показники адаптивності, дезадаптивності та брехливості за методикою діагностики соціально-психологічної адаптації С. Rogers and R. F. Dymond у лікарів-психіатрів з різним ступенем професійної дезадаптації (тут і далі на рисунках квадратами позначені медіани значень, прямокутниками — інтерквартильний діапазон, горизонтальними рисками — діапазон значень показників)

Показник прийняття себе у лікарів без ознак ДА також був в межах норми (22—42 бали) і становив 34,14 ± 8,61 балів, у лікарів з окремими ознаками ДА наближався до нижньої межі норми — 24,04 ± 7,34 бали, а у лікарів з оформленою ДА був нижчим за норму — 18,92 ± 13,41 балів; водночас показник у групах лікарів-психіатрів з різними формами ДА значуще не відрізнявся, але був значуще нижчим як порівняти з лікарями без ознак ДА (рис. 2).

Показник неприйняття себе (див. табл. 1, рис. 2) у лікарів без ознак ДА був низький (відповідав нижній межі норми 14—28 балів) становив  $14,78 \pm 8,82$  бали, у лікарів з окремими ознаками ДА наближався до верхньої межі норми —  $22,68 \pm 7,76$  балів ( $p < 0,01$ ), а у лікарів з оформленою ДА був високий —  $31,88 \pm 4,32$  бали ( $p < 0,01$ ).

Показник прийняття інших у обстежених лікарів був у межах норми (12—24 бали), однак у лікарів без ознак ДА показник був достатньо високий —  $18,38 \pm 3,67$  балів, у лікарів з окремими ознаками ДА наближався до нижньої межі норми —  $13,28 \pm 3,68$  балів ( $p < 0,01$ ), а у лікарів з оформленою ДА — на нижній межі норми —  $12,00 \pm 4,27$  балів ( $p > 0,05$ ) (див. табл. 1, рис. 2).

Значення показника неприйняття інших у лікарів без ознак ДА відповідали нормі (14—28 балів) —  $21,03 \pm 10,07$  балів, у лікарів з окремими ознаками ДА —  $27,96 \pm 6,33$  бали, що відповідає верхній межі норми ( $p < 0,01$ ), у лікарів з оформленою ДА — високому рівню ( $33,23 \pm 4,43$  бали,  $p < 0,01$ ) (див. табл. 1, рис. 2).

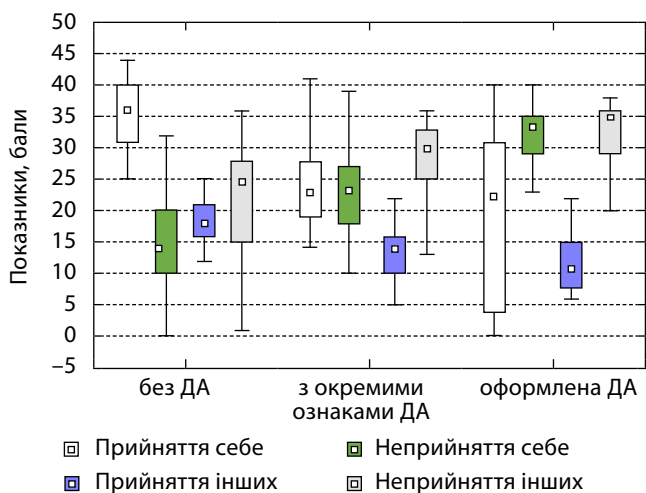


Рис. 2. Показники прийняття себе, неприйняття себе, прийняття інших та неприйняття інших за методикою С. Rogers and R. F. Dymond у лікарів-психіатрів з різним ступенем професійної дезадаптації

Показник емоційного комфорту (рис. 3) у лікарів-психіатрів без ознак ДА є доволі високий, але в межах норми (14—28 балів) —  $24,38 \pm 5,40$  балів, у лікарів з окремими ознаками ДА показник близький до нижньої межі норми —  $14,91 \pm 5,21$  балів ( $p < 0,01$ ), а у лікарів з оформленою ДА — низький ( $11,35 \pm 6,80$  балів,  $p < 0,05$ ). Показник емоційного дискомфорту (див. табл. 1, рис. 3), навпаки, у лікарів-психіатрів без ознак ДА є невисокий, близький до нижньої межі норми (14—28 балів):  $17,84 \pm 8,79$  балів, у лікарів з окремими ознаками ДА — близький до верхньої межі норми —  $26,32 \pm 6,70$  балів ( $p < 0,01$ ), і у лікарів з оформленою ДА — високий ( $35,50 \pm 3,33$  бали,  $p < 0,01$ ).

Показник внутрішнього контролю в усіх групах був у межах норми (26—52 бали), однак у лікарів без ознак ДА він був значуще ( $p < 0,01$ ) вищий, ніж у лікарів з окремими ознаками ДА, а у лікарів з окремими ознаками ДА — значуще ( $p < 0,01$ ) вищий, ніж у лікарів з оформленою ДА: відповідно

$50,11 \pm 9,02$  бали,  $40,89 \pm 6,92$  бали та  $35,31 \pm 8,91$  балів (див. табл. 1, рис. 3). Показник зовнішнього контролю у лікарів без ознак ДА та з окремими ознаками ДА був у межах норми (18—36 балів) і становив відповідно  $24,43 \pm 9,99$  балів та  $31,60 \pm 7,93$  бали ( $p < 0,01$ ), а у лікарів з оформленою ДА — вищий за норму ( $39,85 \pm 4,95$  балів,  $p < 0,01$ ) (див. табл. 1, рис. 3).

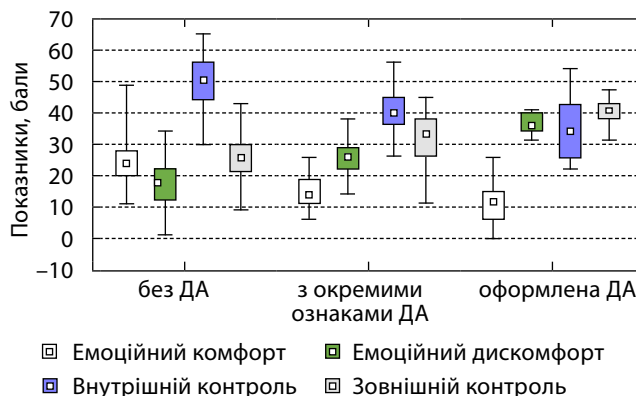


Рис. 3. Показники емоційного комфорту, емоційного дискомфорту, внутрішнього контролю та зовнішнього контролю за методикою С. Rogers and R. F. Dymond у лікарів-психіатрів з різним ступенем професійної дезадаптації

Показник домінування у лікарів без ознак ДА був у межах норми (6—12 балів) і становив  $7,14 \pm 2,69$  балів, у лікарів з окремими ознаками ДА — незначно менший за норму ( $5,63 \pm 2,66$  балів,  $p < 0,01$ ), а у лікарів з оформленою ДА — менший за норму ( $4,38 \pm 2,89$  балів,  $p > 0,05$ ) (рис. 4).

Значення показника веденості у лікарів без ознак ДА було в межах норми (12—24 бали), у лікарів з окремими ознаками ДА — на верхній межі норми: відповідно  $17,41 \pm 8,93$  бали та  $23,61 \pm 7,31$  балів ( $p < 0,01$ ), а у лікарів з оформленою ДА — високе ( $29,50 \pm 2,86$  балів,  $p < 0,01$ ) (див. табл. 1, рис. 4).

Аналогічно показник ескапізму у лікарів без ознак ДА та у лікарів з окремими ознаками ДА був у межах норми (10—20 балів) і становив  $11,08 \pm 6,52$  бали та  $16,14 \pm 5,36$  балів відповідно ( $p < 0,01$ ), а у лікарів з оформленою ДА перевищував норму:  $24,31 \pm 3,62$  бали ( $p < 0,01$ ) (див. табл. 1, рис. 4).

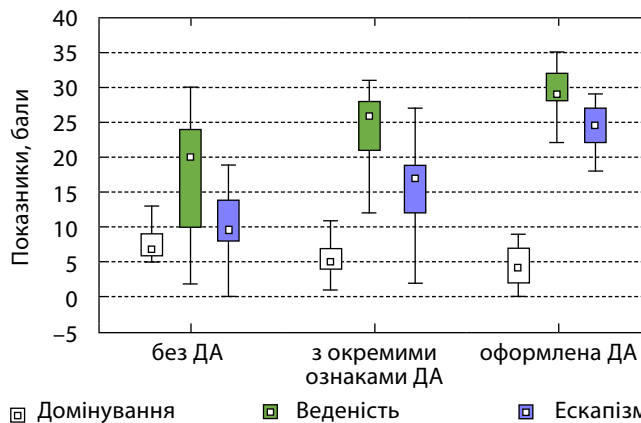


Рис. 4. Показники домінування, веденості та ескапізму за методикою С. Rogers and R. F. Dymond у лікарів-психіатрів з різним ступенем професійної дезадаптації

Інтегральні показники психосоціальної ДА (табл. 2) також виявили загальну тенденцію до посилення проявів психосоціальної ДА з поглибленням професійної ДА. Зокрема, середнє значення показника адаптації у лікарів без ознак ДА становило

60,24 ± 17,79 балів, у лікарів з окремими ознаками ДА — 39,98 ± 12,96 балів, а у лікарів з оформленою ДА — 24,54 ± 11,97 балів. Розбіжності у показниках між усіма дослідженими групами — статистично значущі ( $p < 0,01$ ) (рис. 5).

Таблиця 2. Кількісні показники за інтегральними шкалами методики діагностики соціально-психологічної адаптації С. Rogers and R. F. Dumond у лікарів-психіатрів з різними ступенями професійної дезадаптації

Показник	Без ознак ДА, n = 37	З окремими ознаками ДА, n = 57	З оформленою ДА, n = 26	p		
				ОГ1 — ОГ2	ОГ1 — ОГ3	ОГ2 — ОГ3
Адаптація	60,24 ± 17,79	39,98 ± 12,96	24,54 ± 11,97	0,000	0,000	0,000
Самоприйняття	61,27 ± 18,67	41,06 ± 14,57	24,54 ± 15,05	0,000	0,000	0,000
Прийняття інших	54,53 ± 17,70	36,52 ± 8,87	29,82 ± 8,34	0,000	0,000	0,003
Емоційний комфорт	59,34 ± 15,43	36,21 ± 12,04	23,00 ± 11,83	0,000	0,000	0,000
Інтернальність	61,36 ± 11,43	48,62 ± 7,32	38,43 ± 6,53	0,000	0,000	0,000
Прагнення домінування	48,88 ± 21,44	33,35 ± 15,82	21,25 ± 12,44	0,000	0,000	0,002

Показники, бали

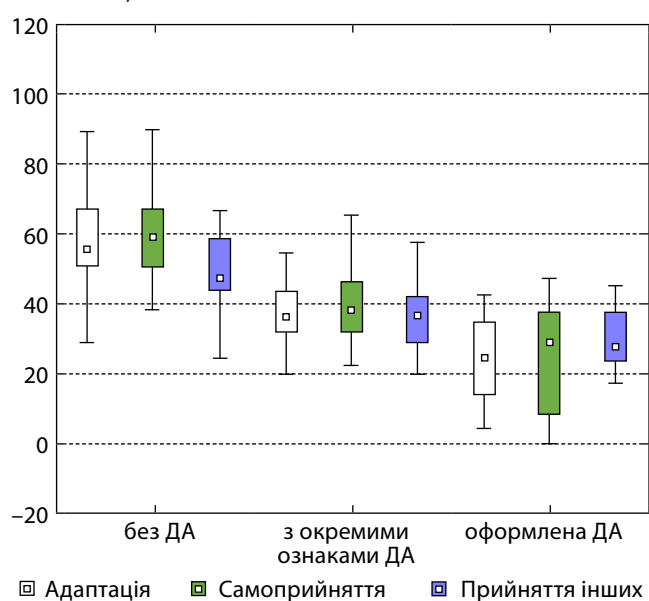


Рис. 5. Показники адаптації, самоприйняття та прийняття інших за методикою С. Rogers and R. F. Dumond у лікарів-психіатрів з різним ступенем професійної дезадаптації

Аналогічно показники самоприйняття і прийняття інших у лікарів-психіатрів без ознак ДА були найвищі — відповідно 61,27 ± 18,67 балів та 54,53 ± 17,70 балів, у лікарів з окремими ознаками ДА — значуще менші: відповідно 41,06 ± 14,57 балів та 36,52 ± 8,87 балів ( $p < 0,01$ ), а у лікарів з оформленою ДА — найнижчі: відповідно 24,54 ± 15,05 балів та 29,82 ± 8,34 бали ( $p < 0,01$ ) (див. табл. 2, рис. 5).

Показник емоційного комфорту також найвищий у лікарів-психіатрів без ознак ДА — 59,34 ± 15,43 бали, у лікарів з окремими ознаками ДА — значуще нижчий: 36,21 ± 12,04 бали і у лікарів з оформленою ДА — найнижчий, 23,00 ± 11,83 бали ( $p < 0,01$ ) (рис. 6). Аналогічно показник інтернальності у лікарів без ознак ДА становив 61,36 ± 11,43 бали, у лікарів з окремими ознаками ДА — значуще нижчий: 48,62 ± 7,32 бали ( $p < 0,01$ ) і у лікарів з оформленою ДА — найнижчий:

38,43 ± 6,53 бали ( $p < 0,01$ ) (див. табл. 2, рис. 6). Показник прагнення домінування у лікарів-психіатрів без ознак ДА становив 48,88 ± 21,44 бали, у лікарів-психіатрів з окремими ознаками ДА — 33,35 ± 15,82 бали ( $p < 0,01$ ) і у лікарів-психіатрів з оформленою ДА — 21,25 ± 12,44 бали ( $p < 0,01$ ) (див. табл. 2, рис. 6).

Показники, бали

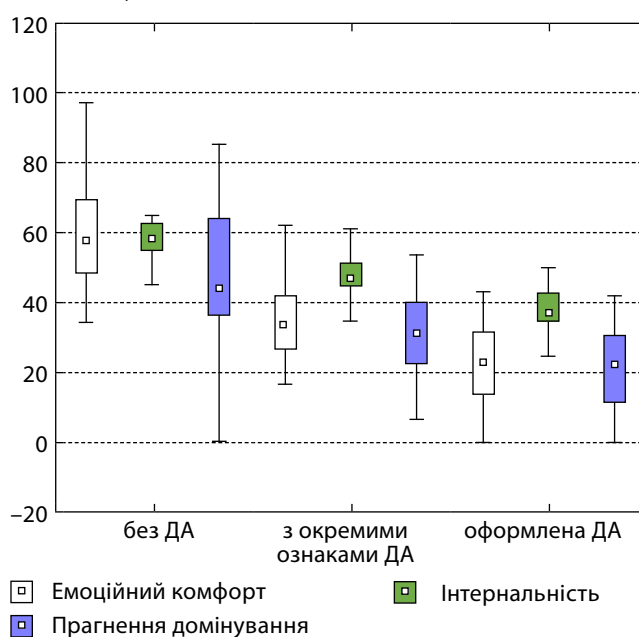


Рис. 6. Показники емоційного комфорту, інтернальності та прагнення домінування за методикою С. Rogers and R. F. Dumond у лікарів-психіатрів з різним ступенем професійної дезадаптації

Виявлені закономірності щодо зв'язку між психосоціальною та професійною ДА підтверджуються даними кореляційного аналізу. Виявлені значущі ( $p < 0,01$ ) зворотні кореляції (зі збільшенням рівня професійної ДА зменшувалися показники психосоціальної адаптації). Кореляційний зв'язок виявився переважно помірним (значення коефіцієнта кореляції від 0,3 до 0,7) та сильним (значення коефіцієнта кореляції — понад 0,7).

Крім того, ми простежили кореляційні зв'язки між вираженістю соціально-психологічної ДА та клініко-психопатологічними характеристиками професійної ДА та ЕВ (рис. 7). Зокрема, показник адаптації значуще корелював з показником депресії за шкалою М. Hamilton ( $r_s = -0,703, p < 0,01$ ), з показником тривоги за шкалою М. Hamilton ( $r_s = -0,712, p < 0,01$ ), показником депресії за шкалою А. Бека ( $r_s = -0,717, p < 0,01$ ), показниками реактивної ( $r_s = -0,721, p < 0,01$ ) та особистісної ( $r_s = -0,717, p < 0,01$ ) тривожності. Аналогічні закономірності виявлені для показника самоприйняття:  $r_s = -0,751, p < 0,01$ ;  $r_s = -0,761, p < 0,01$ ;  $r_s = -0,760, p < 0,01$ ;  $r_s = -0,763, p < 0,01$ ;  $r_s = -0,764, p < 0,01$ ; прийняття інших:  $r_s = -0,646, p < 0,01$ ;  $r_s = -0,658, p < 0,01$ ;  $r_s = -0,660, p < 0,01$ ;  $r_s = -0,666, p < 0,01$ ;  $r_s = -0,666, p < 0,01$ ; емоційного комфорту:  $r_s = -0,583, p < 0,01$ ;  $r_s = -0,589, p < 0,01$ ;  $r_s = -0,594, p < 0,01$ ;  $r_s = -0,598, p < 0,01$ ;  $r_s = -0,596, p < 0,01$ ; інтернальності:  $r_s = -0,700, p < 0,01$ ;  $r_s = -0,711, p < 0,01$ ;  $r_s = -0,712, p < 0,01$ ;  $r_s = -0,715, p < 0,01$ ;  $r_s = -0,716, p < 0,01$ ; та прагнення домінування:  $r_s = -0,643, p < 0,01$ ;  $r_s = -0,654, p < 0,01$ ;  $r_s = -0,655, p < 0,01$ ;  $r_s = -0,657, p < 0,01$ ;  $r_s = -0,659, p < 0,01$ .

Результати аналізу показників ЯЖ у різних сферах у лікарів-психіатрів, що працюють в умовах війни, показали подібні тенденції (табл. 3).

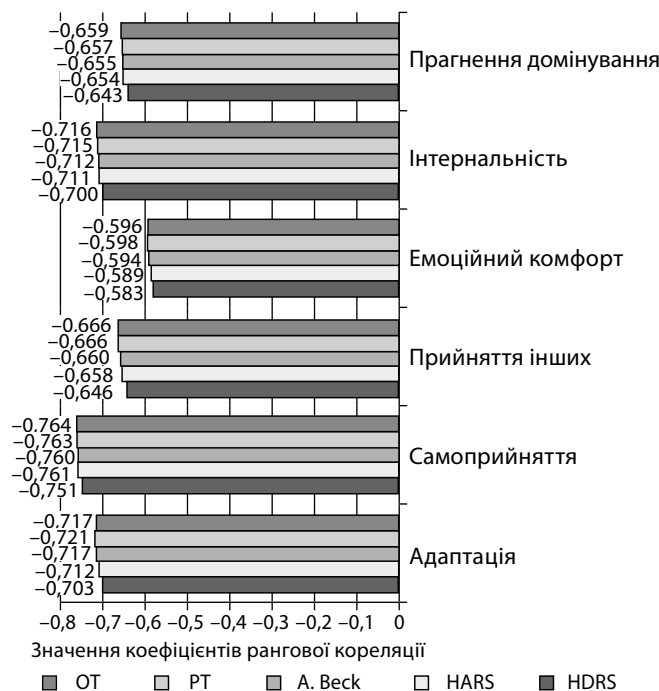


Рис. 7. Кореляційні зв'язки між показниками професійної, соціально-психологічної дезадаптації та клініко-психопатологічними проявами емоційного вигорання у лікарів-психіатрів

Таблиця 3. Кількісні показники якості життя в основних сферах за методикою оцінки якості життя I. Mezzich et al. в адаптації Н. О. Марути у лікарів-психіатрів з різними ступенями професійної дезадаптації

Показник	Без ознак ДА, n = 37	З окремими ознаками ДА, n = 57	З оформленою ДА, n = 26	p		
				ОГ1 — ОГ2	ОГ1 — ОГ3	ОГ2 — ОГ3
Фізичне благополуччя	7,16 ± 1,44	6,39 ± 1,58	5,54 ± 1,70	0,025	0,001	0,044
Психологічне (емоційне) благополуччя	6,73 ± 1,59	5,16 ± 1,85	3,88 ± 1,07	0,000	0,000	0,008
Самообслуговування і незалежність дій	7,46 ± 0,87	6,32 ± 1,57	5,15 ± 1,67	0,001	0,000	0,004
Працездатність	6,92 ± 1,72	5,60 ± 1,53	4,81 ± 2,12	0,000	0,000	0,034
Міжособистісна взаємодія	7,92 ± 1,09	7,07 ± 1,31	6,00 ± 1,81	0,001	0,000	0,023
Соціоемоційна підтримка	8,78 ± 1,65	8,12 ± 1,83	7,15 ± 2,13	0,052	0,001	0,044
Громадська і службова підтримка	8,35 ± 1,01	6,72 ± 1,36	5,04 ± 1,43	0,000	0,000	0,000
Особистісна реалізація	7,49 ± 1,37	6,65 ± 1,52	6,31 ± 1,95	0,009	0,018	0,674
Духовна реалізація	8,97 ± 1,04	7,86 ± 1,49	7,69 ± 1,23	0,000	0,000	0,578
Загальне сприйняття життя	6,59 ± 1,71	4,79 ± 1,57	3,92 ± 1,41	0,000	0,000	0,014

Найнижчими виявилися показники ЯЖ у сферах психологічного (емоційного) благополуччя, працездатності та загального сприйняття життя, дещо вищими — у сферах фізичного здоров'я, самообслуговування і незалежності дій, міжособистісної взаємодії, громадської і службової підтримки, особистісної реалізації, і найвищими — у сферах соціоемоційної підтримки та духовної реалізації (див. табл. 3).

Зокрема, показник ЯЖ за сферою фізичного благополуччя (рис. 8), що охоплює відчуття енергії, брак соматичного дискомфорту (включно з болювими відчуттями), у лікарів-психіатрів без ознак ДА (ОГ1) становив 7,16 ± 1,44 бали, у лікарів з окреми-

ми проявами ДА (ОГ2) — 6,39 ± 1,58 балів, у лікарів з оформленою ДА (ОГ3) — 5,54 ± 1,70 балів (див. табл. 3). Показник за цією сферою у лікарів без ознак ДА — вищий за середній рівень і відповідає віковим характеристикам обстеженого контингенту. У лікарів з окремими проявами ДА показник за сферою фізичного благополуччя був значуще ( $p < 0,05$ ) нижчий, а у лікарів з оформленою ДА — найнижчий. Невисокі показники за сферою фізичного благополуччя у лікарів з різними ступенями ДА відображують насамперед відчуття зниження енергетичного потенціалу, виснаженості, астенизації, що супроводжують розвиток невротизації.

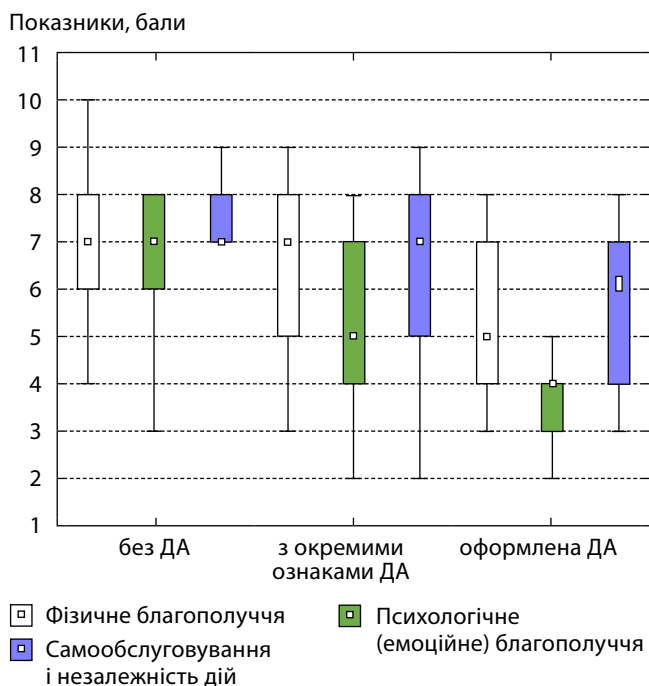


Рис. 8. Показники якості життя у сферах фізичного благополуччя, психологічного (емоційного) благополуччя, самообслуговування і незалежності дій у лікарів-психіатрів з різним ступенем професійної дезадаптації

Показники за сферою психологічного (емоційно-го) благополуччя (див. табл. 3, рис. 8), що включає суб'єктивну оцінку індивідом власного самопочуття, задоволеність собою, відчуття психологічного комфорту і задоволеність власною психічною діяльністю, у лікарів-психіатрів, загалом, є найнижчими з усіх сфер. У лікарів без ознак ДА кількісне значення показника — вище за середній рівень —  $6,73 \pm 1,59$  балів, тоді як у лікарів з окремими ознаками ДА відповідає середньому рівню —  $5,16 \pm 1,85$  балів, а у лікарів з оформленою ДА — істотно нижчий за середній рівень —  $3,88 \pm 1,07$  балів. Таке сприйняття ЯЖ у сфері психологічного благополуччя у лікарів з проявами ДА відображує погіршення психічного стану, зокрема депресивні і тривожні тенденції, які ми виявили у цих лікарів, а також відчуття загального психологічного дискомфорту, що є закономірним проявом професійної та психосоціальної ДА.

Показник за сферою самообслуговування і незалежності дій, що оцінює здатність індивіда до виконання повсякденних життєвих завдань і прийняття власних рішень (див. табл. 3, рис. 8), у лікарів-психіатрів без ознак ДА виявився достатньо високим —  $7,46 \pm 0,87$  балів, тоді як у лікарів з окремими ознаками ДА він був значуще нижчий —  $6,32 \pm 1,57$  балів, а у лікарів з оформленою ДА — найнижчий —  $5,15 \pm 1,67$  балів.

У сфері працездатності, що включає здатність індивіда виконувати трудові чи домашні обов'язки (рис. 9), показник у лікарів без ознак ДА виявився доволі високим —  $6,92 \pm 1,72$  бали, тоді як у лікарів з окремими ознаками ДА показник був суттєво

нижчий —  $5,60 \pm 1,53$  бали, а у лікарів з оформленою ДА — низький:  $4,81 \pm 2,12$  балів, що є закономірним відображенням професійної ДА і зниження здатності до виконання професійних обов'язків.

У сферах міжособистісної взаємодії (здатність встановлювати і підтримувати гарні відносини з родиною, друзями, соціальними групами) та соціо-емоційної підтримки (наявність людей, яким обстежуваний довіряє, і які можуть запропонувати йому допомогу та емоційну підтримку) (див. табл. 3, рис. 9) показники у лікарів-психіатрів загалом виявилися достатньо високими. Однак у лікарів з окремими ознаками ДА і, особливо, у лікарів з оформленою ДА показники за цими сферами були суттєво нижчі: відповідно  $7,92 \pm 1,09$  балів,  $7,07 \pm 1,31$  балів і  $6,00 \pm 1,81$  балів, та  $8,78 \pm 1,65$  балів,  $8,12 \pm 1,83$  бали і  $7,15 \pm 2,13$  балів. Очевидно, наявні прояви ДА (як професійної, так і пов'язаної з нею психосоціальної) у лікарів-психіатрів накладають відбиток на якість міжособистісних стосунків та сприйняття емоційної підтримки з боку мікросоціального оточення.

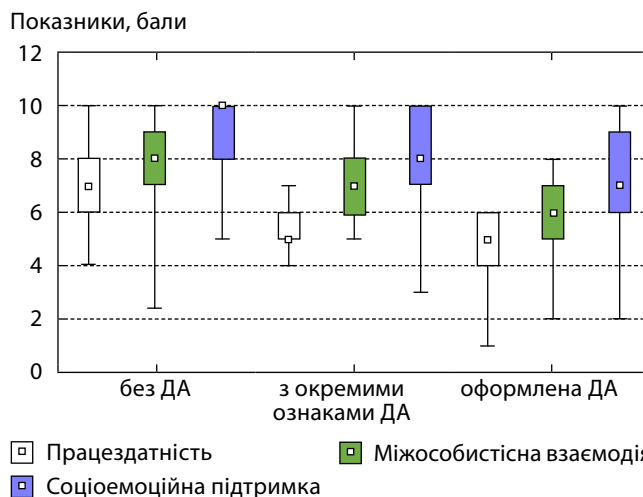


Рис. 9. Показники якості життя у сферах працездатності, міжособистісної взаємодії та соціоемоційної підтримки у лікарів-психіатрів з різним ступенем професійної дезадаптації

Показник за сферою громадської і службової підтримки, що включає приємних і безпечних сусідів, доступ до фінансових, інформаційних та інших ресурсів (рис. 10), у лікарів-психіатрів без проявів ДА виявився достатньо високим:  $8,35 \pm 1,01$  балів, а у лікарів з окремими ознаками ДА і у лікарів з оформленою ДА — істотно зниженими:  $6,72 \pm 1,36$  балів та  $5,04 \pm 1,43$  бали відповідно, що, очевидно, відображує насамперед прояви професійної ДА зі зниженням якості професійного функціонування.

Відносно високими виявилися показники у сферах особистісної реалізації (що включає почуття рівноваги, власної солідарності, одержання задоволення від сексу, мистецтва тощо) та духовної реалізації (що охоплює почуття віри, релігійність і вихід за межі звичайного матеріального життя) (див. табл. 3, рис. 10); водночас виявлено значущі відмінності у показниках

за цими сферами між лікарями без ознак ДА та лікарями з різними ступенями ДА, тоді як розбіжності у показниках між групами лікарів-психіатрів з окремими ознаками ДА та оформленою ДА виявилися статистично не значущими:  $7,49 \pm 1,37$  балів,  $6,65 \pm 1,52$  бали і  $6,31 \pm 1,95$  балів, та  $8,97 \pm 1,04$  бали,  $7,86 \pm 1,49$  балів і  $7,69 \pm 1,23$  бали відповідно.

За сферою загального сприйняття життя, яка включає відчуття задоволеності і щастя у житті взагалі (див. табл. 3, рис. 10), виявлено ту саму тенденцію, що була притаманна показнику за сферою психологічного (емоційного) благополуччя: у лікарів-психіатрів без ознак ДА показник був вищий за середній рівень ( $6,59 \pm 1,71$  балів), тоді як у лікарів з окремими ознаками ДА — незначно нижчий за середній рівень ( $4,79 \pm 1,57$  балів), а у лікарів з оформленою ДА — істотно нижчий ( $3,92 \pm 1,41$  балів). Таке зниження ЯЖ у сфері загального сприйняття життя є закономірним відображенням наявної у лікарів з проявами ДА психопатологічної симптоматики тривожно-депресивного спектра, а також впливу психосоціальної ДА.

У інтегральних сферах ЯЖ зберігалася та сама закономірність: найвищі показники, наближені до норми, виявлені у лікарів без ознак ДА, тоді як у лікарів

з окремими проявами ДА показники були значуще нижчі, а у лікарів з оформленою ДА — найнижчі (табл. 4).

Показники, бали

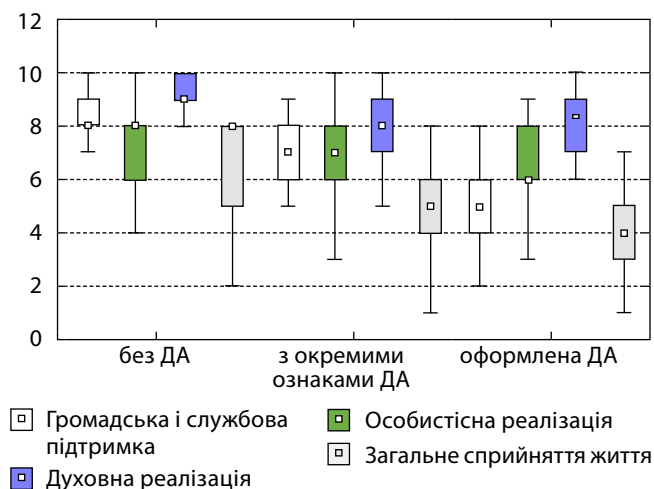


Рис. 10. Показники якості життя у сферах громадської і службової підтримки, особистісної реалізації, духовної реалізації та загального сприйняття життя у лікарів-психіатрів з різним ступенем професійної дезадаптації

Таблиця 4. Кількісні показники якості життя в інтегральних сферах за методикою оцінки якості життя I. Mezzich et al. в адаптації Н. О. Марути у лікарів-психіатрів з різними ступенями професійної дезадаптації

Інтегральна сфера якості життя	Без ознак ДА, n = 37	З окремими ознаками ДА, n = 57	З оформленою ДА, n = 26	p		
				ОГ1 — ОГ2	ОГ1 — ОГ3	ОГ2 — ОГ3
Суб'єктивне благополуччя / задоволеність	20,49 ± 2,71	16,33 ± 4,15	13,35 ± 3,54	0,000	0,000	0,002
Виконання соціальних ролей	29,78 ± 3,76	25,63 ± 4,69	22,27 ± 5,76	0,000	0,000	0,012
Зовнішні життєві умови	26,11 ± 2,55	22,70 ± 2,98	19,88 ± 2,94	0,000	0,000	0,000
Загальний показник якості життя	7,64 ± 0,65	6,47 ± 0,97	5,55 ± 1,03	0,000	0,000	0,000

Зокрема, показник за сферою суб'єктивного благополуччя/задоволеності (рис. 11, табл. 4) у лікарів без ознак ДА становив  $20,49 \pm 2,71$  балів, у лікарів з окремими ознаками ДА —  $16,33 \pm 4,15$  балів, а у лікарів з оформленою ДА —  $13,35 \pm 3,54$  бали ( $p < 0,01$ ), показник за сферою виконання соціальних ролей — відповідно  $29,78 \pm 3,76$  балів,  $25,63 \pm 4,69$  балів та  $22,27 \pm 5,76$  балів ( $p < 0,01$ ), показник за сферою зовнішніх життєвих умов — відповідно  $26,11 \pm 2,55$  балів,  $22,70 \pm 2,98$  балів та  $19,88 \pm 2,94$  бали ( $p < 0,01$ ).

Загальний показник ЯЖ у лікарів-психіатрів без ознак ДА виявився доволі високим —  $7,64 \pm 0,65$  балів, у лікарів з окремими проявами ДА він був значуще нижчим —  $6,47 \pm 0,97$  балів, а у лікарів з оформленою ДА був помітно зниженим —  $5,55 \pm 1,03$  бали.

Проведений кореляційний аналіз дав змогу встановити наявність значущих ( $p < 0,01$ ) кореляційних зв'язків між ЯЖ і виразністю психопатологічних проявів (рис. 12). Усі кореляційні зв'язки — зворотні (зі збільшенням виразності психопатологічної симптоматики ЯЖ в усіх сферах знижується), переважно

помірної сили (значення коефіцієнта рангової кореляції — від 0,230 до 0,815).

Показники, бали

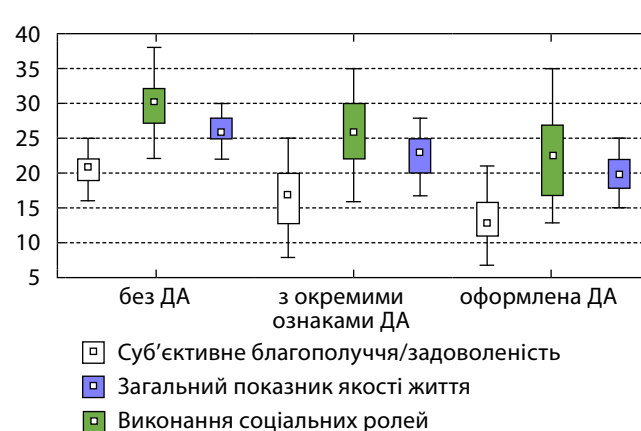


Рис. 11. Показники якості життя у інтегральних сферах суб'єктивного благополуччя / задоволеності, виконання соціальних ролей та зовнішніх життєвих умов у лікарів-психіатрів з різним ступенем професійної дезадаптації



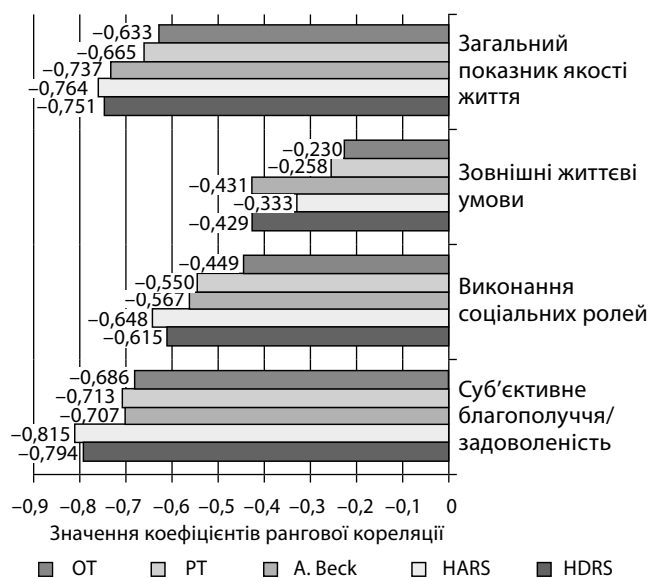


Рис. 12. Кореляційні зв'язки між показниками якості життя та шкалами HDRS, HARS, депресії А. Beck, особистісної та реактивної тривожності у лікарів-психіатрів (наведено значущі  $(p < 0,01)$  кореляційні зв'язки)

Найміцніший зв'язок показника ЯЖ виявлений з показником тривоги за шкалою М. Hamilton ( $r_s = -0,764$ ), депресії за шкалою М. Hamilton ( $r_s = -0,751$ ), депресії за шкалою А. Beck ( $r_s = -0,737$ ), дещо менш міцний — з показниками PT ( $r_s = -0,665$ ) і OT ( $r_s = -0,633$ ).

Показник за сферою суб'єктивного благополуччя/задоволеності також найміцніше корелював з показником тривоги за шкалою М. Hamilton ( $r_s = -0,815$ ), депресії за шкалою М. Hamilton ( $r_s = -0,794$ ), менш міцно — з показником PT ( $r_s = -0,713$ ), показником депресії за шкалою А. Beck ( $r_s = -0,707$ ) і з показником OT ( $r_s = -0,686$ ).

У сфері виконання соціальних ролей найміцніші кореляції виявлено з показником тривоги за шкалою М. Hamilton ( $r_s = -0,648$ ), менш міцно — з показником депресії за шкалою А. Beck ( $r_s = -0,567$ ), з показником PT ( $r_s = -0,550$ ), і з показником OT ( $r_s = -0,449$ ).

Найменш міцні кореляції були виявлені для сфери зовнішніх життєвих умов; очевидно, зниження оцінки ЯЖ у цій сфері зі зростанням психопатологічної симптоматики пов'язане з гіршим суб'єктивним сприйняттям обстежуваними з тривожними і депресивними проявами наявних зовнішніх умов та інтерпретацією їх через призму власних психопатологічних проявів. У цій сфері найміцніший зв'язок показника ЯЖ був виявлений з показником депресії за шкалою А. Beck ( $r_s = -0,431$ ) та депресії за шкалою М. Hamilton ( $r_s = -0,429$ ), менш міцні зв'язки — з показниками тривоги за шкалою М. Hamilton ( $r_s = -0,333$ ), PT ( $r_s = -0,258$ ) і OT ( $r_s = -0,230$ ).

Результати проведеного дослідження дали змогу дійти таких висновків.

1. У більшості лікарів-психіатрів, що працюють в період війни у м. Києві, встановлено ті чи ті прояви соціально-психологічної ДА різної вираженості та погіршення ЯЖ, наявність і вираженість яких залежать від рівня професійної ДА та ЕВ.

2. У лікарів-психіатрів без ознак професійної ДА з низьким рівнем ЕВ показники соціально-психологічної адаптації є у межах норми, у лікарів з окремими ознаками професійної ДА з помірним рівнем ЕВ — переважно на межі норми/дезадаптації, а лікарям-психіатрам з оформленою ДА та високим рівнем ЕВ притаманні низька адаптація й виражена соціально-психологічна ДА.

3. Встановлено значущу зворотну кореляцію між рівнями професійної ДА і соціально-психологічної адаптації й, відповідно, пряму кореляцію між зростанням рівня професійної ДА та збільшенням проявів соціально-психологічної дезадаптації у лікарів-психіатрів, причому кореляційний зв'язок визначено на рівні помірного та сильного.

4. Лікарям-психіатрам з ознаками професійної ДА притаманне істотне погіршення ЯЖ у всіх ключових сферах, а найбільше зниження ЯЖ спостерігається у лікарів з клінічно окресленою професійною ДА та вираженою соціально-психологічною дезадаптацією.

5. Як показники соціально-психологічної адаптації, так і показники якості життя демонструють значущі зворотні кореляції з виразністю психопатологічної симптоматики, яка становить психопатологічний кластер професійної ДА і ЕВ. Значущу міцну зворотну кореляцію мають показники соціально-психологічної адаптації та депресії й тривоги (як за об'єктивною, так і за суб'єктивною оцінкою), а показники ЯЖ виявили значущі зворотні кореляції з виразністю психопатологічної симптоматики, найміцніші — у сфері суб'єктивного благополуччя / задоволеності, менш міцні — у сфері виконання соціальних ролей, і найменш міцні — у сфері зовнішніх життєвих умов.

6. Виявлені закономірності слід брати до уваги під час розроблення лікувально-реабілітаційних заходів для лікарів-психіатрів з проявами професійної та дезадаптації та емоційного вигорання.

#### Список літератури

1. The effect of perceived organisational support on burnout among community health nurses in China: The mediating role of professional self-concept [Cao X., Chen L., Tian L., Diao Y.] // *J Nurs Manag.* Vol. 24, Issue 1. January 2016 P. E77–E86. DOI: 10.1111/jonm.12292.
2. Predictors of occupational burnout among nurses: a dominance analysis of job stressors / Sun J. W., Bai H. Y., Li J. H. [et al.] // *J Clin Nurs.* 2017. 26 (23–24). 4286–4292. DOI: 10.1111/jocn.13754.
3. Burn-out an “occupational phenomenon”: International Classification of Diseases. WHO. 28 May 2019. URL: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>.
4. Марута Н. О. Особливості емоційного вигорання у працівників сфери охорони неврологічного та психічного здоров'я / Н. О. Марута, О. С. Чабан // *Український вісник психоневрології.* 2021. Т. 29, вип. 2 (107) С. 14–20. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V29-is2-2021-2>.
5. Psycho-Emotional Burnout of the Personality in the Conditions of War / Н. Prib, L. Beheza, M. Markova [et al.] //

Journal of Intellectual Disability — Diagnosis and Treatment. 2023 Jan; Vol. 11, 1 (23): 36—46. DOI: <https://doi.org/10.6000/2292-2598.2023.11.01.5>

6. Burnout syndrome as an occupational disease in the European Union: an exploratory study Lastovkova A., Carder M., Rasmussen H. M. [et al.] // *Industrial Health*. 2018. 56 (2). 160—165. DOI: 10.2486/indhealth.2017-0132.

7. Aumayr-Pintar Christine, Burnout in the Workplace: A Review of Data and Policy Responses in the EU / Christine Aumayr-Pintar; Catherine Cerf; Agnès Parent-Thirion. Publications Office of the European Union [Eurofound]. Luxembourg, 2018. URL: <https://hdl.handle.net/1813/87391>.

8. International classification of diseases — Mortality and Morbidity Statistics. Chapter 24: Factors influencing health status or contact with health services. URL: <https://www.certifico.com/component/attachments/download/13559>. Дата звернення: 13.12.2022.

9. Evidence Relating Health Care Provider Burnout and Quality of Care: a Systematic Review and Meta-analysis / Tawfik D. S., Scheid A., Profit J. [et al.] // *Ann Intern Med*. 2019. 171 (8). 555—567. DOI: 10.326/M19-1152.

## References

1. Cao X., Chen L., Tian L., Diao Y. The effect of perceived organisational support on burnout among community health nurses in China: The mediating role of professional self-concept. *J Nurs Manag*. 2016. 24(1). E77–E86. doi: 10.1111/jonm.12292.

2. Sun JW, Bai HY, Li JH, Lin PZ, Zhang HH, Cao FL. Predictors of occupational burnout among nurses: a dominance analysis of job stressors. *J Clin Nurs*. 2017 Dec;26(23-24):4286-4292. doi: 10.1111/jocn.13754. Epub 2017 Mar 27. PMID: 28177546.

3. Burn-out an “occupational phenomenon”: *International Classification of Diseases*. WHO. 28 May 2019. URL: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>.

4. Maruta N. O., Chaban O. S. Osoblyvosti emotsiinoho vyhoriannia u pratsivnykiv sfery okhorony nevrolohichnoho ta psykhiichnoho zdorov'ia. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohii*. 2021. T. 29, vyp. 2 (107) S. 14—20. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V29-is2-2021-2>. (In Ukrainian).

5. Prib H., Beheza L., Markova M., Raievska Y., Lapinska T., Markov A. Psycho-Emotional Burnout of the Personality in the Conditions of War. *Journal of Intellectual Disability — Diagnosis and Treatment*. 2023 Jan; Vol. 11, 1 (23): 36—46. DOI: <https://doi.org/10.6000/2292-2598.2023.11.01.5>

6. Lastovkova A, Carder M, Rasmussen HM, Sjoberg L, Groene GJ, Sauni R, Vevoda J, Vevodova S, Lasfargues G, Svartengren M, Varga M, Colosio C, Pelclova D. Burnout syndrome as an occupational disease in the European Union: an exploratory study. *Ind Health*. 2018 Apr 7;56(2):160-165. doi: 10.2486/indhealth.2017-0132. Epub 2017 Nov 3. PMID: 29109358; PMCID: PMC5889935.

7. Aumayr-Pintar, Christine; Cerf, Catherine; Parent-Thirion, Agnès. Eurofound (2018). *Burnout in the workplace: A review of data and policy responses in the EU*. Publications Office of the European Union, Luxembourg. URL: <https://hdl.handle.net/1813/87391>.

8. *International classification of diseases — Mortality and Morbidity Statistics. Chapter 24: Factors influencing health status or contact with health services*. URL: <https://www.certifico.com/component/attachments/download/13559>.

9. Tawfik DS, Scheid A, Profit J, Shanafelt T, Trockel M, Adair KC, Sexton JB, Ioannidis JPA. Evidence Relating Health Care Provider Burnout and Quality of Care: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Intern Med*. 2019 Oct 15;171(8):555-567. doi: 10.7326/M19-1152. Epub 2019 Oct 8. PMID: 31590181; PMCID: PMC7138707.

Надійшла до редакції 7.05.2023

**ЛЕВІН Тарас Ігорович**, аспірант кафедри загальної, дитячої, судової психіатрії і наркології Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика Міністерства охорони здоров'я України, м. Київ, Україна

**LEVIN Taras**, Postgraduate Student of Department of General, Child, Forensic Psychiatry and Narcology of the P. L. Shupyk's National University of Health Care of Ukraine of the Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine