

УДК: 616.89-008.454:614.253.83

DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V34-is1-2026-6>

Н.О. Марута, Т.В. Панько, В.В. Федченко, О.Є. Семікіна, В.В. Ярий, І.А. Гончаренко
**ОСОБЛИВОСТІ СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ ПІД ЧАС ВІЙНИ
 У ЛІКАРІВ-НАРКОЛОГІВ В УКРАЇНІ**

N.O. Maruta, T.V. Panko, V.V. Fedchenko, O.Ye. Semikina, V.V. Yaryi, I.A. Honcharenko

**PECULIARITIES OF EMOTIONAL BURNOUT SYNDROME DURING THE WAR
 AMONG NARCOLOGISTS IN UKRAINE**

Ключові слова: емоційне ви-
 горання, лікарі-наркологи, війна

Актуальність проблеми емоційного вигорання медичних працівників галузі ментального здоров'я пов'язана зі специфікою умов роботи (негативний вплив професійного навантаження та суб'єктивних труднощів через використання неоптимальних копінг-стратегій поведінки та ставлення, особливо в складних умовах військових конфліктів, коли професійна діяльність людини може ставати потужним негативним чинником).

Мета дослідження: оцінити стан емоційного вигорання та його компонентів у лікарів-наркологів під час війни, проаналізувати його детермінанти (особистісні та професійні).

Обстежено 59 лікарів-наркологів з різних закладів України з надання психіатричної допомоги. Обстеження проводили після попереднього надання інформованої згоди на участь у дослідженні на платформі REDCAP.

Використано комплексний підхід: соціодемографічний: «Анкета соціодемографічних показників у медичних працівників сфери психічного здоров'я під час війни», психометричний та психодіагностичний методи: «Шкала якості професійного життя» (ProQOL-5), опитувальник для вимірювання вигорання (BAT-1 та BAT-2), опитувальник К. Маслач, С. Джексон, методика діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і Р. Даймонд, опитувальник «Копінг-стратегії» Р. Лазаруса. Отримані результати підлягали статистичній обробці з використанням методів описової та інференційної статистики. Достовірність відмінностей між групами оцінювали за *t*-критерієм Стьюдента. Оцінку кореляційних зв'язків розраховували за коефіцієнтом кореляції Пірсона.

На підставі результатів дослідження встановлено наявність різних стадій синдрому емоційного вигорання у 93,22 % обстежених лікарів-наркологів та визначено певні їх особливості. У 6,78 % проявів синдрому емоційного вигорання не виявлено.

Keywords: emotional burnout,
 narcologists, war

The relevance of the problem of emotional burnout among mental health professionals is related to the specifics of working conditions (the negative impact of professional workload and subjective difficulties due to the use of suboptimal coping strategies of behavior and attitude, especially in difficult conditions of military conflicts, when a person's professional activity can become a powerful negative factor).

The purpose of the study: to assess the state of emotional burnout and its components in narcologists during the war, to analyze its determinants (personal and professional).

59 narcologists from various psychiatric care institutions in Ukraine were surveyed. The survey was administered after obtaining prior informed consent to participate in the study via the REDCap platform.

A comprehensive approach was used: sociodemographic: "Questionnaire of sociodemographic indicators in mental health workers during the war", psychometric and psychodiagnostic methods: "Professional Quality of Life Questionnaire" (ProQOL-5), questionnaire for measuring burnout (BAT-1 and BAT-2), questionnaire K. Maslach, S. Jackson, methodology for diagnosing socio-psychological adaptation by K. Rogers and R. Diamond, questionnaire "Coping strategies" by R. Lazarus. The results obtained were subjected to statistical processing using descriptive and inferential statistics. Student's *t*-test assessed the reliability of differences between groups. The assessment of correlations was calculated by Pearson's correlation coefficient.

Based on the results of the study, the presence of various stages of emotional burnout syndrome (EBS) was established in 93.22% of the surveyed narcologists and certain features were identified. In 6.78%, no manifestations of EBS were detected.

Всесвітня організація охорони здоров'я визначила, що синдром емоційного вигорання (СЕВ) — це стан фізичного, емоційного, психічного чи мотиваційного виснаження, що розвивається внаслідок хронічного стресу та характеризується порушенням продуктивності, втомою, безсонням, підвищеною схильністю до соматичних захворювань, розвитком зниженої

самооцінки, негативного ставлення до роботи, втрати розуміння та співчуття щодо клієнтів [1; 2].

Оцінення емоційного вигорання серед лікарів неврологів та психіатрів (196 лікарів з усіх регіонів України) під час проведення дослідження EMOTION (2019) показало, що частота СЕВ у обстежених становила 68,4 %, серед них 30,6 % обстежених були у фазі напруги та виявляли незадоволеність собою, відчуття «загнаності в кут», переживання ситуацій, тривожність;

© Марута Н.О., Панько Т.В., Федченко В.В., Семікіна О.Є., Ярий В.В., Гончаренко І.А., 2026

20,4 % були у фазі резистентності та відзначали такі симптоми: вибіркоче емоційне реагування, економія емоцій, редукція професійних обов'язків, 17,3 % — у фазі виснаження з емоційним дефіцитом та відстороненістю, психосоматичними порушеннями [3].

Наслідки СЕВ у медиків можна поділити на три групи, а саме: вплив безпосередньо на медичних працівників, вплив на пацієнтів та вплив на галузь охорони здоров'я в цілому. Щодо стану самих фахівців — це зниження продуктивності праці, низька самооцінка професійної компетентності, погіршення фізичного здоров'я, зміна діяльності, психосоціальні труднощі. СЕВ у лікарів відбивається на стані пацієнтів через порушення прихильності до терапії, недовірливе ставлення до медицини, формування ятрогенії [4; 5].

Вплив на систему охорони здоров'я включає зниження ефективності лікування, погіршення якості медичної допомоги, зниження показників здоров'я населення, звільнення кваліфікованих працівників, негативне ставлення населення до медичної сфери [3].

Отримані дані свідчать про актуальність проблеми вигорання медичних працівників, зокрема фахівців галузі ментального здоров'я, з урахуванням спеціалізації. Це пов'язано зі специфікою роботи, де ключовою ланкою є фокусування на емоційній сфері людини і через це лікарі можуть зазнавати подвійного негативного впливу через нашарування професійного навантаження та суб'єктивних труднощів через використання неоптимальних копінг-стратегій поведінки та ставлення, особливо в складних умовах військових конфліктів, коли професійна діяльність людини може ставати потужним чинником, своєрідною охоронною нішею, яка дає змогу зберігати емоційну рівновагу індивідуума. До специфічних патогенних чинників слід віднести вторинний травматичний стрес, анозогнозію, відсутність комплаєнсу, суїцидальну поведінку.

Треба продовжити досліджування СЕВ у фахівців ментальної сфери в критичних умовах і визначити межі між плідною натхненною професійною діяльністю, що зміцнює особистість та якість надання допомоги, та зайвим зануренням та перенавантаженням, які можуть викликати психологічні, емоційні, фізичні проблеми, та розробити напрямки їх подолання на організаційному, міжособистісному та індивідуальному рівнях [6; 7].

Мета дослідження: оцінити стан емоційного вигорання та його компонентів у лікарів-наркологів під час війни, проаналізувати його детермінанти (особистісні та професійні).

З метою оцінки стану професійного вигорання було проведено обстеження 59 лікарів-наркологів із різних лікувальних закладів України: Комунальне некомерційне підприємство (КНП) «Київська міська клінічна лікарня № 10» виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації); Територіальне медичне об'єднання «Психіатрія» в місті Києві; КП «Дніпропетровська багатопрофільна клінічна лікарня з надання психіат-

ричної допомоги» Дніпропетровської обласної ради; Вінницька обласна клінічна психоневрологічна лікарня ім. акад. О.І. Ющенка Вінницької обласної ради, КНП «Хмельницький обласний заклад охорони здоров'я з надання психіатричної допомоги» Хмельницької обласної ради; КНП Харківської обласної ради «Обласна клінічна наркологічна лікарня»; Державна установа «Інститут неврології, психіатрії та наркології ім. П.В. Волошина Національної академії медичних наук України».

Обстеження проводили на платформі REDCAP після попереднього надання інформованої згоди на участь у дослідженні.

Для реалізації мети та завдань в рамках дослідження використано комплексний підхід, який поєднував соціодемографічний, психометричний, психодіагностичний методи та математичну обробку отриманих даних.

Серед соціодемографічних методів досліджування використовували розроблену «Анкету соціодемографічних показників у медичних працівників сфери психічного здоров'я під час війни» для ретельного аналізу соціального стану (професія, місце роботи, стаж роботи, сімейний стан, задоволеність умовами роботи — відносинами з керівництвом, колегами, фінансовою складовою, наявністю хобі та проведення часу, вільного від роботи) та зміни цих показників під час війни. Оброблення отриманих результатів проводили як кількісно, так і якісно, що давало змогу отримати більш повну інформацію [8].

Психометричний метод досліджування використовували для оцінення актуального психічного стану обстежених осіб за допомогою «Шкали якості професійного життя» (ProQOL-5) [9], опитувальника для вимірювання вигорання (Work-Related Burnout Assessment Tool — BAT) (версія, пов'язана з роботою) — 1 частина та 2 частина [10], опитувальника К. Маслач, С. Джексона [11], методики діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і Р. Даймонда [12], опитувальника «Копінг-стратегії» Р. Лазаруса [13].

ProQOL-5 являє собою опитувальник, що дає змогу оцінити три аспекти якості професійного життя за трьома шкалами — Шкала задоволеності співчуттям, Шкала вигорання, Шкала вторинного травматичного стресу. Анкета включає 30 тверджень, по 10 тверджень на кожну шкалу. Кожне твердження оцінюють від 1 до 5 балів (Ніколи = 1 бал, зрідка = 2 бали, інколи = 3 бали, часто = 4 бали, дуже часто = 5 балів). Отримані за кожною шкалою результати оцінюють як низькі, середні та високі. В кожній групі виділяють підгрупи залежно від суми отриманих балів: з низькими, середніми та високими показниками [9].

Опитувальник для вимірювання вигорання (версія, пов'язана з роботою) складається з двох частин (BAT-1 та BAT-2). Перша частина дає змогу оцінити чотири компоненти — Виснаження (Exhaustion), Психічне дистанціювання (Mental Distance), Когнітивні порушення (Cognitive Impairment), Емоційні порушення (Emotional Impairment). Друга частина

дає змогу оцінити вторинний компонент — Психосоматичні скарги (Psychosomatic Complaints). Кожний компонент опитувальника має певний перелік питань, які визначені безпосередньо в опитувальнику. Обчислюють середнє значення кожного компонента у кожного обстеженого. За результатами отриманих балів проводять розподіл обстежених на чотири підгрупи — з низькими, середніми, високими та дуже високими показниками і обчислюють середній бал для кожного компонента [10].

Опитувальник К. Маслач, С. Джексон дає змогу оцінити основні компоненти емоційного вигорання — «емоційне виснаження» (9 тверджень), «деперсоналізація» (5 тверджень) і «редукція особистих досягнень» (8 тверджень). Залежно від суми отриманих балів обстежених розподіляють на три підгрупи: з низькими, середніми та високими показниками. Чим більша сума балів за окремою шкалою, тим більше в опитуваного виражений цей компонент вигорання. Про важкість «вигорання» свідчить сума балів за усіма шкалами.

Методика діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і Р. Даймонд дає змогу оцінити переживання, думки, звички, стиль поведінки на підставі висловлювань про людину, про її спосіб життя, що співвідносяться із власним способом життя обстеженого. Оцінювання проводять за вісьмома показниками — Адаптивність/Деадаптивність; Брехливість; Прийняття себе / Неприйняття себе; Прийняття інших / Неприйняття інших; Емоційний комфорт / Емоційний дискомфорт; Внутрішній контроль / Зовнішній контроль; Домінування/Підкорення; Ескапізм (уникнення проблем) [12].

Опитувальник «Копінг-стратегії» Р. Лазаруса дає змогу визначити поведінкові копінги впорання зі стресом як цілеспрямовану соціальну поведінку, що відбиває можливість впоратися з важкою життєвою ситуацією (або стресом) відповідно до особистісних особливостей через усвідомлені стратегії дій, що спрямовані на активну зміну, перетворення ситуації, контроль. Опитувальник включає оцінку таких копінгів: Конфронтаційний, Дистанціювання, Самоконтроль, Пошук соціальної підтримки, Прийняття відповідальності, Втеча-уникнення, Планування розв'язання проблеми, Позитивна переоцінка [13].

Отримані результати піддавали статистичному обробленню з використанням методів описової та інференційної статистики. Розраховували середні значення показників (m) та стандартні помилки середнього. Достовірність відмінностей між групами оцінювали за t -критерієм Стьюдента. Оцінку кореляційних зв'язків розраховували за коефіцієнтом кореляції Пірсона.

Дослідження починалося з оцінювання соціодемографічних показників, для чого використовували розроблену «Анкету соціодемографічних показників у медичних працівників сфери психічного здоров'я під час війни». За результатами оцінювання встановлено переважання лікарів жіночої статі — 52,54 %, чоловіків було 47,46 %. Вік обстежених респондентів лежав в діапазоні від 31 року до 67 років, середній вік

становив $(48,86 \pm 1,67)$ років. Половина обстежених лікарів-наркологів проживала у містах з кількістю мешканців понад мільйон — 50,8 %, у містах з кількістю мешканців від 100 тис. до мільйона жителів проживало 22,03 %, у містах з кількістю мешканців від 10 тис. до 100 тис. — 11,86 %, у селі — 6,78 %. Оцінка сімейного стану лікарів-наркологів свідчила, що майже половина обстежених були одружені та мали повну сім'ю — 47,45 %; неодружених та тих, що не мали партнера, було 20,34 %; одружених, які проживали окремо, — 13,55 %; вдовів/вдовців було 8,47 %; були неодружені, але мали партнера — 5,08 %; розлучених — 5,08 %. Оцінка наявності дітей у респондентів показала, що переважали обстежені, які мають дітей — 74,58 %; менша кількість обстежених не мала дітей — 25,42 %. Оцінка стану здоров'я обстежених спеціалістів показала наявність різних захворювань. Зокрема, серед обстежених лікарів-наркологів соматичні розлади були у 32 осіб (54,24 %), інші захворювання — у 19 осіб (32,20 %) і лише 13,56 % заперечували наявність у себе будь-яких захворювань.

Аналіз професійної діяльності показав, що у 47,46 % обстежених лікарів-наркологів стаж роботи становив понад 20 років, у 18,64 % — від 15 до 20 років, у 16,95 % — від 10 до 15 років, у 13,56 % — від 5 до 10 років, 3,39 % мали стаж роботи від 1 до 5 років. Середній час перебування на роботі становив $10,65 \pm 0,83$ годин на добу. Також у обстежених оцінено задоволеність умовами праці — організаційними, фінансовою складовою, психологічними умовами, відносинами з колегами та з керівництвом. За отриманими даними визначено, що більшість лікарів-наркологів (86,44 %) оцінювала відносини з керівництвом як задовільні і 13,56 % — як незадовільні. Стосунки з колегами лікарі-наркологи оцінювали у 88,13 % як задовільні, відповідно 11,83 % — як незадовільні. Оцінюючи психологічні умови праці, більшість (66,10 %) обстежених визначала їх як задовільні, 33,90 % висловлювали незадоволеність психологічними умовами праці. Значна кількість обстежених (67,80%) була незадоволена фінансовою складовою умов праці, 32,20 % були задоволені цим складником. Оцінка організаційного складника умов праці свідчить про задоволеність цим складником у 71,19 %, незадоволеними були 28,81 %.

Зміни умов та характеру праці під час війни наведені в таблиці 1.

Таблиця 1. Оцінка умов праці у лікарів-наркологів під час війни

Характер змін умов праці	n	%
Погіршилися психологічні умови	22	37,29
Зросла напруженість	16	27,12
Збільшилась кількість пацієнтів	27	45,76
Погіршилися фінансове забезпечення організації робочого процесу	21	35,59
Умови і характер не змінилися	5	8,47
Умови і характер покращилися	1	1,69

Наведені дані свідчать про певні зміни в умовах праці під час війни у більшості обстежених. Зміни умов праці під час війни у лікарів-наркологів характеризувалися погіршенням психологічних умов праці у 37,29 % респондентів, зростанням напруженості умов праці — у 27,12 %, збільшенням навантаження (збільшилась кількість пацієнтів) — у 45,76 %, погір-

шенням фінансового забезпечення організації робочого процесу — у 35,59 %. Тільки 8,47 % зазначили, що умови і характер праці не змінилися, і ще 1,69 % вважали, що умови і характер праці покращилися.

Крім оцінки умов та характеру праці у обстежених проводили оцінювання стратегій відновлення (форми відпочинку та хобі) (рис. 1).

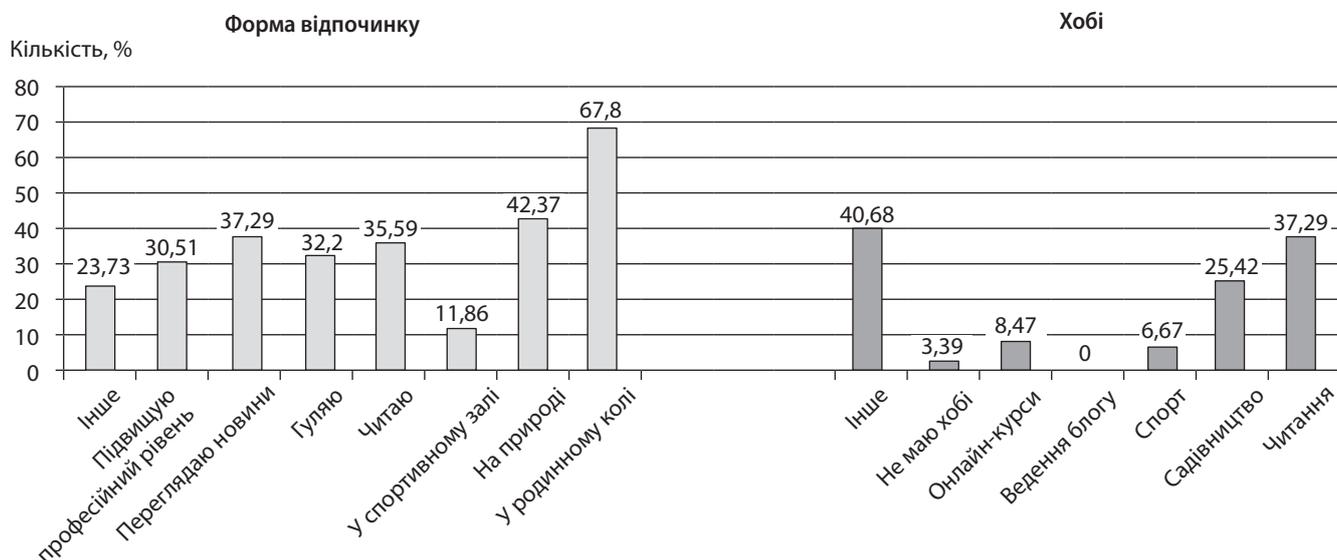


Рис. 1. Оцінка стратегії відновлення у формі відпочинку та хобі у обстежених лікарів-наркологів під час війни

Аналіз стратегій відновлення у формі відпочинку у лікарів-наркологів показав, що відпочинок у родинному колі як переважний вид відпочинку обрали 67,80 %, на природі — 42,37 %, за читанням — 35,59 %, за переглядом новин — 37,29 %, за підвищенням професійного рівня — 30,51 %. У переважній кількості респондентів (83,05 %) реєструвалося поєднання різних форм відпочинку (у родинному колі, на природі, у спортивному залі, за читанням, під час прогулянок, за переглядом новин, за підвищенням професійного рівня).

Вивчення хобі у лікарів-наркологів показало, що 96,61 % обстежених відзначили наявність у себе поєднання різноманітних хобі — читання, садівництво, спорт, відвідування курсів. 37,29 % зазначили хобі у вигляді читання, 25,42 % мали як хобі садівництво, 6,67 % — спорт, 8,47 % — онлайн-курси. Інші, не зазначені в анкеті, види хобі, відзначили 40,68 %. Відсутність хобі зазначили 3,39 % обстежених.

У процесі вивчення якості життя в обстежених за методикою «Шкала якості професійного життя» оцінювання проводили за трьома субшкалами «Задоволеність співчуттям», «Вигорання» та «Втома від співчуття / Вторинний травматичний стрес» (табл. 2).

Як свідчать отримані дані за субшкалою «Задоволеність співчуттям», встановлено, що серед лікарів-наркологів переважна більшість опитуваних (83,05 %) оцінила цей показник на середньому рівні — (32,80 ± 0,62) балів; 10,17 % — на низькому (20,67 ± 0,88 балів) та 6,78 % на високому рівні (42,33 ± 0,33 бали). За субшкалою «Вигорання»

дещо більше половини лікарів-наркологів визначили стан цієї проблеми на середньому рівні — (27,93 ± 0,84) бали (52,54 %), 47,46 % — на низькому (19,17 ± 0,62) бали. За субшкалою «Втома від співчуття / Вторинний травматичний стрес» 40,68 % обстежених мали середній рівень — (27,71 ± 0,72) балів, у 59,32 % був низький рівень — (18,46 ± 0,54) балів. Високих показників за останніми двома субшкалами не зафіксовано у жодного учасника дослідження.

Таблиця 2. Результати обстеження лікарів-наркологів під час війни за «Шкалою якості професійного життя»

Рівень показника	Значення показника, бали	Кількість обстежуваних	
		n	%
Субшкала «Задоволеність співчуттям»			
Низький	20,67 ± 0,88	6	10,17
Середній	32,80 ± 0,62	49	83,05
Високий	42,33 ± 0,33	4	6,78
Субшкала «Вигорання»			
Низький	19,17 ± 0,62	28	47,46
Середній	27,93 ± 0,84	31	52,54
Високий	—	—	—
Субшкала «Втома від співчуття / Вторинний травматичний стрес»			
Низький	18,46 ± 0,54	35	59,32
Середній	27,71 ± 0,72	24	40,68
Високий	—	—	—

Отримані результати свідчать про середній рівень проявів виснаження, розчарування, злості, депресії і наявність проявів вторинного травматичного стресу у вигляді негативного почуття внаслідок страху і травматичних подій під час роботи у респондентів.

Емоційне вигорання оцінювали за опитувальником К. Маслач, С. Джексон з визначенням рівня емоційного виснаження, деперсоналізації та редукції особистісних досягнень. Аналіз отриманих результатів показав, що у 93,22 % обстежених виявляли ознаки СЕВ різного ступеня виразності, у 6,78 % лікарів-наркологів не виявлено будь-яких проявів емоційного вигорання. У цих обстежених показники за шкалами «Емоційне виснаження», «Деперсоналізація» і «Редукція особистісних досягнень» були низькими, що свідчило про відсутність ризику вигорання.

Оцінка кількісних показників СЕВ за цією методикою дала змогу визначити ступінь їх виразності як складників емоційного вигорання (табл. 3).

Таблиця 3. Показники емоційного вигорання за методикою К. Маслач, С. Джексон у лікарів-наркологів під час війни

Показник	Кількість обстежуваних		Значення показника, бали
	n	%	
«Емоційне виснаження»			
Низький	5	8,47	6,67 ± 0,33
Середній	22	37,29	11,85 ± 0,62
Високий	32	54,24	27,36 ± 1,47
«Деперсоналізація»			
Низький	24	40,68	1,80 ± 0,34
Середній	17	28,81	7,33 ± 0,45
Високий	18	30,51	14,13 ± 0,88
«Редукція особистісних досягнень»			
Низький	8	13,56	17,80 ± 1,59
Середній	8	13,56	26,00 ± 0,89
Високий	43	72,88	39,95 ± 0,79

Як свідчать отримані дані за шкалою «Емоційне виснаження», у більшості обстежених лікарів-наркологів (у 54,24 %) спостерігався високий рівень емоційного виснаження — (27,36 ± 1,47) балів, у 37,29 % — середній рівень (11,85 ± 0,62) балів, і лише у 8,47 % — низький рівень (6,67 ± 0,33) балів. Шкала «Емоційне виснаження» віддзеркалює наявність відчуття зниженого емоційного тону, підвищення психічної виснаженості, афективної лабільності, втрату інтересу, зацікавленості та позитивних почуттів до людей, що оточують, зокрема близьких, та зовнішніх обставин, відчуття виснаженості від роботи, незадоволеність життям в цілому. Чим вищі показники за цією шкалою, тим вище відчуття психічної виснаженості, емоційного перенапруження, афективної лабільності, байдужості, втрати мотивації.

За шкалою «Деперсоналізація» високі показники спостерігалися у 30,51 % респондентів (14,13 ± 0,88) балів, середні показники були у 28,81 % (7,33 ± 0,45) балів, низькі показники були у 40,68 % і становили (1,80 ± 0,34) балів. Шкала «Деперсоналізація» відображає формування змінених, переважно деструктивних, взаємин в сім'ї, колективі, оточенні, прояви байдужості, формальне поверхове виконання професійних обов'язків без особистісної залученості та співчуття, а іноді негативізм та формування цинізму до оточення. Зовнішньо спостерігаються зміни на поведінковому рівні у вигляді самовпевненості та зневажливої поведінки, використання професійного сленгу, не завжди зрозумілого оточенню, негативного гумору, тенденцій навішувати ярлики на людей. Високі показники за цією шкалою відображають деформацію стосунків з оточенням, що може проявлятися у погіршенні ставлення до колег, відсутності включеності у взаємодію з пацієнтами, формальному виконанні професійних обов'язків, а в деяких випадках — зростанні негативізму та цинічності.

Оцінка за шкалою «Редукція особистісних досягнень» свідчила про переважання респондентів з високими показниками — (39,95 ± 0,79) балів (72,88 %); середні показники з оцінкою (26,00 ± 0,89) балів були у 13,56 % обстежених, низькі показники (17,80 ± 1,59) балів — у 13,56 %. Показники за цією шкалою свідчать про тенденцію до негативної оцінки власної компетентності та продуктивності, зниження професійної мотивації, зростання негативізму щодо службових обов'язків, схильність до зняття з себе відповідальності, тенденцію до ізоляції від оточення та уникнення участі у роботі. Чим вищі показники за шкалою, тим більше виражена схильність до негативного оцінювання себе, власних професійних досягнень та успіхів, негативізм щодо службових обов'язків. У ряді випадків виявлена тенденція до уникнення оточення, зняття з себе відповідальності та ігнорування професійних обов'язків.

Результати оцінки дали змогу також визначити стадії емоційного вигорання, на яких перебували респонденти (напруга — початкова стадія, стадія стресу — емоційного виснаження, стадія вираженого вигорання — пізня стадія та фінальна стадія — деперсоналізація особистості) (рис. 2).



Рис. 2. Стадії емоційного вигорання за опитувальником К. Маслач, С. Джексон у лікарів-наркологів під час війни

Оцінка даних за опитувальником К. Маслач, С. Джексон показала, що обстежені лікарі-наркологи перебували на різних стадіях СЕВ. Найчастіше у обстежених спостерігалася стадія стресу / емоційного виснаження — у 32,20 %; питому вагу становила стадія вираженого вигорання (пізня стадія), яка була у 23,73 %; початкова стадія вигорання виявлялася у 27,12 %; рідше — у 10,17 % обстежених спостерігалася фінальна стадія.

Комплексна оцінка за опитувальником К. Маслач, С. Джексон свідчить про те, що початкова стадія вигорання була визначена у 27,12 % лікарів-наркологів. Початкова стадія емоційного вигорання характеризувалася сполученням високого рівня показників за шкалою «Емоційне виснаження», низького або середнього рівня за шкалою «Деперсоналізація» та високого або середнього рівня за шкалою «Редукція особистісних досягнень». На рівні порушень ця стадія проявлялася у симптомах сильної втоми та її накопичення, відчутті перенавантаження, зростанні емоційного виснаження. Але при цьому зберігається інтерес до роботи, віра у власні сили.

Стадія стресу/емоційного виснаження виявлена у 32,20 % лікарів-наркологів. Ця стадія характеризувалася середнім рівнем показників за шкалою «Емоційне виснаження», низькими або середніми показниками за шкалою «Деперсоналізація» та низькими показниками за шкалою «Редукція особистісних досягнень». На цій стадії спостерігається зростання байдужості до людей, втрачається відчуття значущості своєї роботи, редукція особистісних досягнень дещо підвищується.

Стадія вираженого вигорання (пізня стадія) була у 23,73 % респондентів. Ця стадія проявлялася високим рівнем показників за шкалою «Емоційного вигорання» (відчуття, що немає сил, усе виснажує), показниками середнього рівня за шкалою

«Деперсоналізація» з проявами відчуження, іноді цинізмом, зниженням редукції особистісних досягнень, зниженою самооцінкою та відчуттям власної нікчемності.

Фінальна стадія (повне вигорання / ризик депресії) виявлена у 10,17 % лікарів-наркологів. Ця стадія характеризувалася високим рівнем показників за шкалою «Емоційне вигорання» (емоційна відмова, втрата інтересу до професії, депресивні розлади) та шкали «Деперсоналізація» з проявами цинізму, відмовою від контактів, редукцією особистісних досягнень з низькою самооцінкою та відчуттям, що людина нічого не варта.

Слід зазначити, що лікарі, які перебувають на фінальній стадії вигорання, становлять групу ризику для розвитку клінічно розвиненої депресії або інших психічних розладів.

Визначення проявів вигорання у обстежених лікарів-наркологів проводили за опитувальником «Оцінка професійного вигорання», який є інструментом для оцінення рівня симптомів вигорання, до яких належать симптоми виснаження, психічного дистанціювання, когнітивні, емоційні, психологічні та психосоматичні порушення (рис. 3, 4).

Отримані дані свідчать про наявність різного рівня виразності симптомів вигорання. Переважна більшість обстежених за складником «Виснаження» відзначали середній (2,24 ± 0,08) бали (45,76 %) та високий рівень симптомів (3,13 ± 0,06) бали (33,90 %). У меншій кількості обстежених прояви за складником «Виснаження» були дуже високими (13,56 %, 4,13 ± 0,11 бали) та низькими (6,78 %, 1,42 ± 0,04 бали). Оцінка за складником «Виснаження» включає як розумову, так і фізичну виснаженість під час робочого процесу, потребу докладати зусилля під час виконання роботи, знижену активність вже з самого ранку після пробудження, підвищену втомлюваність.

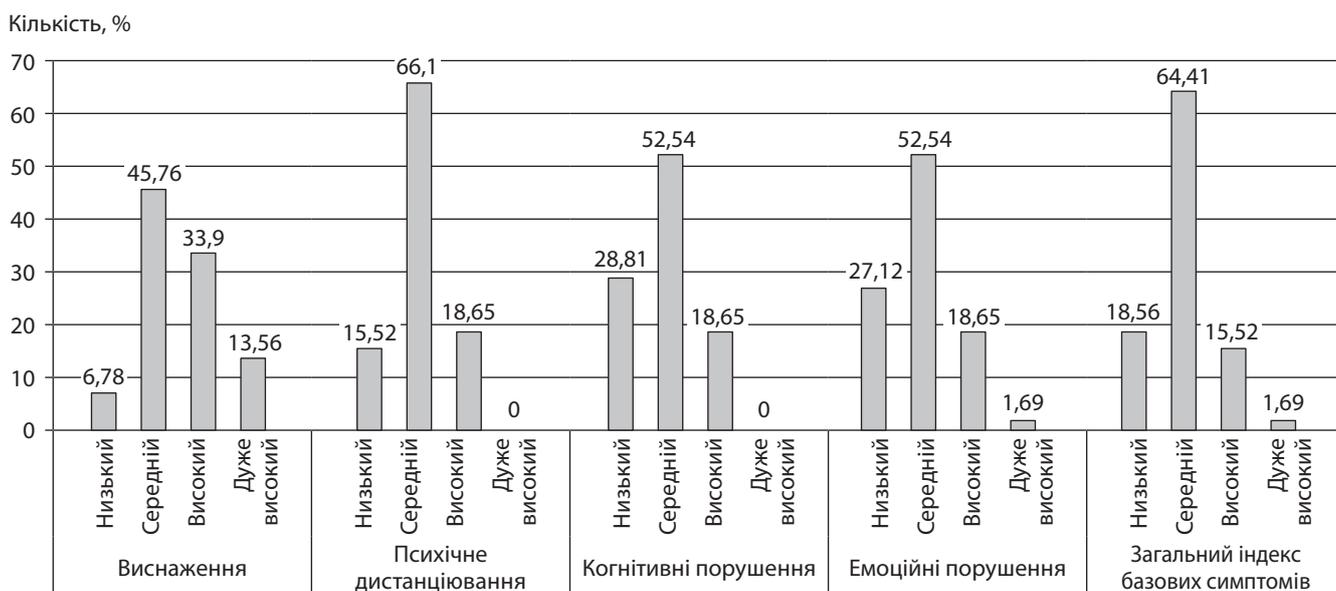


Рис. 3. Оцінка рівня базових симптомів вигорання за опитувальником «Оцінка професійного вигорання» (частина BAT-1) у лікарів-наркологів під час війни

За складником «Психічне дистанціювання» у 66,10% обстежених спостерігались симптоми середнього рівня ($2,03 \pm 0,05$) бали, високий рівень був у 18,65% ($3,16 \pm 0,10$) бали, низький рівень виразності симптомів спостерігався у 15,25% ($1,27 \pm 0,07$) бали. Високий рівень виразності симптомів «Психічного дистанціювання» характеризується проявами зниження або відсутності ентузіазму щодо своєї роботи, відчуття відрази, байдужості або цинізму до роботи.

«Когнітивні порушення» більше ніж у половини осіб (52,54%) мали середній рівень — ($2,07 \pm 0,06$) бали. Показники низького рівня — ($1,26 \pm 0,04$) бали спостерігались у 28,81% лікарів-наркологів; високі показники ($3,10 \pm 0,07$) бали були виявлені у меншій кількості обстежених — 18,65%. Показники за шкалою «Когнітивні порушення» включають зниження концентрації на роботі, важкість чітко та ясно мислити, розсіяність та забудькуватість, наявність помилок в роботі.

Показники за шкалою «Емоційні порушення» також у більшості (52,54%) обстежених мали середній рівень виразності — ($2,10 \pm 0,08$) бали. Низькі

показники займали друге місце за частотою та спостерігались у 27,12% ($1,17 \pm 0,05$) бали; високі показники виявлені у 18,65% ($3,04 \pm 0,08$) бали. Емоційний складник характеризувався зниженням контролю за власними емоціями, незвичною емоційною реакцією, проявами підвищеної дратівливості, проявами безпричинного смутку на робочому місці.

Оцінка загального індексу базових симптомів показала у 64,41% обстежених середній рівень показників ($2,21 \pm 0,06$) бали; на другому місці були низькі показники ($1,42 \pm 0,03$) бали) у 18,56%, рідше спостерігались високі та дуже високі показники — ($3,08 \pm 0,11$) бали у 15,25% та ($3,83 \pm 0,00$) балів у 1,69%.

За частиною 2 опитувальника ВАТ-2 оцінювали також вторинні симптоми вигорання — психологічні (порушення сну, наявність хвилювання, напруги, стресу, тривоги та панічних атак) та психосоматичні (кардіальні: серцебиття, біль в грудях, шлунково-кишкові розлади, головний біль, біль у м'язах тіла, схильність до частих захворювань) (рис. 4).



Рис. 4. Оцінка рівня вторинних симптомів вигорання за опитувальником «Оцінка професійного вигорання» (частина ВАТ-2) у лікарів-наркологів під час війни

Отримані результати свідчать про наявність психологічних та психосоматичних симптомів різного ступеня виразності у обстежених спеціалістів. Зокрема, найчастіше в обстежених був середній рівень виразності як психологічного, так і психосоматичного складників за частиною опитувальника ВАТ-2. Середній рівень психологічних проявів був у 52,54% і становив ($2,15 \pm 0,07$) бали. Високі показники вторинних психологічних симптомів були у 25,43% і становили ($2,45 \pm 0,11$) бали. Рідше спостерігались низькі та дуже високі показники. Низькі показники виявлені у 10,17% лікарів-наркологів ($1,24 \pm 0,10$) бали), дуже високі — у 11,86% респондентів і становили ($3,05 \pm 0,07$) бали.

Оцінка психосоматичних симптомів також показала їх наявність різного ступеня виразності. Встановлено, що найчастіше у обстежених спостерігався середній рівень виразності ознак психосоматичного спектра — ($2,16 \pm 0,06$) бали у 47,46% лікарів-наркологів. Високий рівень показників спостерігався у 33,90% респондентів — ($3,00 \pm 0,06$) бали. Низький і дуже високий рівень виразності психосоматичних

симptomів у обстежених спостерігались рідше. Низькі показники ($1,23 \pm 0,03$) бали) — у 11,86% лікарів-наркологів, дуже високі показники ($3,80 \pm 0,20$) бали) виявлені у 6,78% лікарів-наркологів.

Отже, за опитувальником «Оцінка професійного вигорання» у обстежених лікарів-наркологів отримані такі дані (див. рис. 3):

— за складником «Виснаження» спостерігається значна частка високих (33,90%) та дуже високих показників (13,56%), що свідчить про наявність хронічної стомлюваності та енергетичного дефіциту;

— за складником «Психічне дистанціювання» виявлено середній рівень показників у 66,10% обстежених; високий рівень — у 18,65%, що віддзеркалює тенденцію до емоційної відстороненості як захисного механізму від професійного стресу;

— когнітивні порушення характеризувались переважанням середнього рівня показників у 52,54% і свідчили про когнітивне виснаження у вигляді зниження концентрації уваги, пам'яті, мотивації;

— за складником «Емоційні порушення» переважали показники середнього рівня (52,54%), проте були

і високі показники у 18,65 %, що свідчить про симптоми підвищеної роздратованості, тривожності, емоційної нестабільності, які є типовими для спеціалістів, що працюють з емоційно важкими випадками;

— за складником «Психологічні скарги» спостерігався середній та високий рівень показників, що свідчило про наявність симптомів порушення сну, проявів хвилювання, напруження, стресу, тривоги та панічних атак;

— за психосоматичним складником ВАТ-2 також переважали показники середнього та високого рівня, що відбивало наявність таких симптомів: кардіальні (серцебиття, біль в грудях), шлунково-кишкові розлади, головний біль, біль у м'язах тіла, схильність до частих захворювань.

У межах дослідження для вивчення особливостей міжособистісних стосунків та особистісної адаптації використано методику діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса, Р. Даймонд, яка дає можливість оцінити рівень адаптованості особистості до соціального середовища, прийняття себе та інших, емоційного комфорту/дискомфорту, внутрішнього контролю та домінування.

Як свідчать отримані дані, у лікарів-наркологів виявлені середні показники за шкалою «Адаптивність» та високі за шкалою «Деадаптивність» (63,13 та 157,09 балів відповідно), що свідчить про можливість пристосування до вимог та обмежень середовища, певну гнучкість реагування на зміни у поєднанні з високим рівнем напруження та переживання труднощів.

За шкалою «Прийняття/Неприйняття себе» виявлені середні та низькі показники (45,87 та 11,32 бали), що відображають наявність задоволеності собою, власними рисами та позитивне ставлення до себе загалом у поєднанні з певними внутрішніми сумнівами у власній ефективності.

Аналіз показників за шкалою «Прийняття/Неприйняття інших» показав наявність їх низьких та високих значень (14,04 та 25,28 балів), що проявлялося у низькій готовності позитивного сприйняття оточення на тлі роздратованості та дистанціювання з оточенням, включно з пацієнтами.

Вивчення показників за шкалою «Емоційний комфорт/Дискомфорт» показало середній рівень емоційного комфорту і високий рівень дискомфорту (13,02 та 22,23 бали), що корелює з великою емоційною напруженістю, тривогою та внутрішньою нестабільністю при середніх можливостях емоційної саморегуляції, стабільності і задоволеності собою.

Аналіз показників за шкалою «Внутрішній/Зовнішній контроль» свідчив про високі показники першого і низькі — другого (54,02 та 14,32 балів). Таке співвідношення проявляється у вигляді високої відповідальності за події, які з ними відбуваються, та низької залежності від зовнішніх обставин (система охорони здоров'я, адміністративні обмеження, нормативи тощо).

Шкала «Домінування/Підкорення» відображує наявність невисоких показників за обома субшка-

лами (9,72 та 15,23 бали), що свідчить про достатньо збалансовану позицію без вираженої потреби в домінуванні та без тенденції до пасивного підкорення.

Оцінки копінг-стратегій, що отримані під час досліджування лікарів-наркологів, виявили різноманітні способи подолання стресових ситуацій (адаптивні, умовно адаптивні та дезадаптивні).

До адаптивних копінгів належать копінгі «Планування розв'язання проблем», «Пошук соціальної підтримки», «Позитивна переоцінка», «Прийняття відповідальності».

Під час аналізу копіngu «Планування розв'язання проблем» виявлено переважання осіб з високими показниками — 66,10 % ($15,66 \pm 0,28$) бали, з середнім рівнем показників було 33,90 % обстежених ($10,22 \pm 0,43$) бали, осіб з низькими балами не було. Стратегія «Планування розв'язання проблем» спрямована на подолання проблеми завдяки розумінню та аналізу ситуацій та можливих варіантів розвитку подій та власної поведінки, формуванню стратегії для розв'язання проблем та власних дій з урахуванням об'єктивних умов, власного попереднього досвіду та наявних ресурсів.

Оцінка копіngu «Пошук соціальної підтримки» показала, що у 62,72 % випадків спостерігався середній рівень виразності копіngu — ($10,41 \pm 0,28$) балів, у 35,59 % — високий рівень ($14,07 \pm 0,42$) балів та у 1,69 % — низький ($2,00 \pm 0,00$) бали. Цей копінг спрямований на реалізацію пошуку можливостей розв'язання проблеми завдяки залученню зовнішніх (соціальних) ресурсів, пошуку інформаційної, емоційної, взаємодії з іншими людьми, очікуванню уваги, поради, співчуття. В умовах активності цього копіngu можливо формування залежної позиції та/або надмірних очікувань стосовно оточення.

Оцінка копіngu «Позитивна переоцінка» у більшості обстежених — 71,19 % лікарів-наркологів характеризувалась високими показниками — ($15,66 \pm 0,29$) бали, середні показники ($10,22 \pm 0,43$) бали були у 28,81 %, обстежених з низькими балами не було. Така копінг-стратегія спрямована на подолання негативних переживань у зв'язку з тією чи тією проблемою через її переосмислення з негативної в більш позитивну. Такий підхід сприяє кращій орієнтованості та осмисленню проблемної ситуації, включенню її до переробки і особистісному зростанню.

Вивчення копінг-стратегії «Прийняття відповідальності» у лікарів-наркологів показало таке: у 67,80 % обстежених показники були середнього рівня ($8,72 \pm 0,23$) балів, у 32,20 % — низького рівня ($5,17 \pm 0,39$) балів). Стратегія «Прийняття відповідальності» передбачає визнання особистістю власної ролі в виникненні проблеми та відповідальності за її розв'язання, що може супроводжуватися самокритикою та самозвинуваченням. У разі помірного використання ця стратегія відбиває прагнення особистості розуміти залежність між власними діями та їх наслідками, готовність аналізувати свою поведінку, шукати причини актуальних труднощів у особистих недоліках та помилках. Водночас виразність

цієї стратегії у поведінці може призводити до невинуватливої самокритики, переживання почуття провини та незадоволеності собою.

Умовно адаптивні копінги включають копінги «Стратегія самоконтролю» та «Дистанціювання».

Структура використання копінгу «Стратегія самоконтролю» у лікарів-наркологів характеризувалась переважанням осіб з високими показниками копінгу — $(15,10 \pm 0,28)$ балів (62,72 %), дещо менше було осіб з показниками середнього рівня — $(9,71 \pm 0,40)$ балів — 35,59 %, осіб з низькими показниками ($(5,00 \pm 0,00)$ бали) було 1,69 %. Використання копінгу «Стратегія самоконтролю» свідчить про тенденції до подолання негативних переживань у зв'язку з проблемою через цілеспрямоване придушення та стримування емоцій, мінімізацію їх впливу на оцінку ситуації та вибір стратегії поведінки, високий контроль поведінки. Наявність таких можливостей у обстежених, з одного боку, сприяє уникненню емоціогенних імпульсних вчинків, переважанню раціонального підходу до проблемних ситуацій, з іншого — призводить до труднощів вираження переживань, потреб і спонукань у зв'язку з проблемною ситуацією, підвищеного контролю поведінки.

Під час аналізу використання копінгу «Дистанціювання» у лікарів-наркологів спостерігалась аналогічна картина: низькі показники копінгу ($(5,43 \pm 0,30)$ балів) визначені у 20,34 %, середні показники ($(10,10 \pm 0,31)$ бали) — у 59,32 %, низькі показники ($(14,43 \pm 0,57)$ бали) — у 20,34 %. Цей копінг відображає спроби подолання негативних переживань у зв'язку з проблемною ситуацією завдяки зниженню її значущості та ступеня емоційної залученості до неї. В процесі реалізації копінгу «Дистанціювання» особа використовує інтелектуальні прийоми раціоналізації, перемикає увагу, усунення, гумор, знецінення. Такий підхід призводить до зниження суб'єктивної значущості важкорозв'язних ситуацій та запобігання інтенсивним емоційним реакціям на фрустрацію. Слід брати до уваги, що у разі переважання цього копінгу можливо знецінення власних переживань, недооцінка значущості та можливостей дієвого подолання проблемних ситуацій.

До неадаптивних копінгів належать «Конфронтаційний копінг» та «Уникнення».

У 59,32 % лікарів-наркологів виявлені середні показники «Конфронтаційного копінгу» ($(9,53 \pm 0,28)$ балів, низькі показники ($(5,13 \pm 0,35)$ бали) були у 22,03 % та високі ($(13,67 \pm 0,33)$ бали) — у 18,65 % обстежених. Конфронтаційний копінг характеризує активне протистояння стресору, що включає рішучі дії, іноді пов'язані з ризиком. Ця стратегія мобілізує внутрішні ресурси та енергію, але потребує вміння контролювати агресивні імпульси.

Оцінка використання копінгу «Уникнення» свідчила про переважання осіб з показниками середнього та високого рівня — по 47,46 % ($(10,19 \pm 0,29)$ та $(16,35 \pm 0,59)$ балів відповідно), у 5,08 % показники були низькими і становили $(6,00 \pm 0,00)$ балів. Стратегія передбачає спроби подолання особою

негативних переживань у зв'язку з труднощами через реагування на кшталт ухилення: заперечення проблеми, фантазування, невиправданих очікувань, відволікання тощо. Цю стратегію вважають неадаптивною, проте вона може бути корисною в окремих ситуаціях, особливо в короткостроковій перспективі та при гострих стресогенних ситуаціях.

Аналіз кореляційних зв'язків показав таке.

Оцінка підтримки з боку керівництва у зіставленні з опитувальником К. Маслач, С. Джексон показала, що за відсутності такої підтримки рівень емоційного виснаження достовірно вищий як порівняти з її наявністю ($r = 0,52, p = 0,001$). Також виявлені значущі відмінності за показниками емоційного виснаження і підтримки з боку колег — респонденти, що не отримують такої підтримки, демонструють достовірно вищий рівень емоційного виснаження ($r = 0,41, p = 0,002$). Оцінка психологічної підтримки на роботі свідчить про достовірне зростання емоційного виснаження за її відсутності ($r = 0,51, p = 0,001$) та деперсоналізації ($r = 0,37, p = 0,005$). Відсутність задоволеності фінансовою складовою на роботі має значущий зв'язок з емоційним виснаженням ($r = 0,44, p = 0,001$). Відсутність організаційної підтримки асоціюється з підвищеним рівнем емоційного виснаження ($r = 0,49, p < 0,001$).

Показник вторинного травматичного стресу за шкалою ProQOL-5 свідчить про позитивні кореляції з усіма підшкалами опитувальника К. Маслач, С. Джексон. Встановлено помірний позитивний зв'язок між показниками вторинного травматичного стресу за шкалою ProQOL та показниками емоційного виснаження за опитувальником К. Маслач, С. Джексон ($r = 0,55; p = 0,001$), що свідчить про зростання емоційної виснаженості зі збільшенням вторинної травматизації. Кореляція з професійною ефективністю є слабшою, але статистично значущою ($r = 0,29; p = 0,025$), що свідчить про поєднання суб'єктивної продуктивності та хронічного стресу. Зв'язок між вторинним травматичним стресом та деперсоналізацією має помірний позитивний зв'язок ($r = 0,33, p = 0,011$), що відображає тенденцію до емоційного дистанціювання за умов накопичення травматичного досвіду.

Оцінка кореляційних зв'язків між показниками «Особистісні досягнення» (за опитувальником К. Маслач, С. Джексон) та копінг-стратегіями за Р. Лазарусом свідчить, що зі збільшенням виразності копінг-стратегій «Активне впорання зі стресом» ($r = 0,61, p = 0,001$), «Пошук соціальної підтримки» ($r = 0,60, p = 0,001$), «Раціональне розв'язання проблем» ($r = 0,50, p = 0,001$) зростає рівень суб'єктивного відчуття професійної ефективності та успішності.

Отже, сформулюємо основні висновки.

1. На підставі результатів комплексного дослідження встановлено наявність СЕВ у 93,22 % обстежених лікарів-наркологів, у 6,78 % проявів СЕВ не виявлено. Ступінь виразності СЕВ був різним і свідчив про наявність початкової стадії вигорання у 27,12 % обстежених, стадії стресу / емоційного виснаження — у 32,20 % осіб, стадії вираженого виго-

рання — у 23,73 % осіб, фінальної стадії — у 10,17 % обстежених.

2. Оцінка умов праці у лікарів-наркологів під час війни характеризувалася збільшенням навантаження (45,76 %), погіршенням психологічних умов праці (37,29 %), погіршенням фінансового забезпечення (35,59 %), зростанням напруженості умов праці (27,12 %).

3. Під час вивчення рівня «Емоційного вигорання» у більшості обстежених встановлені показники, що відбивають середній рівень вигорання (27,93 балів), який характеризується наявністю негативних наслідків для професійної діяльності — труднощів у виконанні професійної діяльності, сумнівів у якісному виконанні власних професійних обов'язків, відчуття невідповідності між затраченими зусиллями та кінцевими результатами. Результати оцінки за шкалою «Втома від співчуття / Вторинний травматичний стрес» свідчили про наявність середнього та низького рівня (відповідно 27,71 та 18,50 балів), лікарям-наркологам з такими показниками були притаманні прояви виснаження, для якого характерні відчуття розчарування, злості, проявів депресії і прояви вторинного травматичного стресу у вигляді негативного почуття, внаслідок страху і травматичних подій під час роботи.

4. Прояви СЕВ характеризувались наявністю високого рівня показників за шкалою «Емоційне виснаження» у 54,24 % обстежених ((27,36 ± 1,47) балів), що свідчить про відчуття психічної виснаженості, емоційного перенасичення, афективної лабільності, байдужості, втрати мотивації; за шкалою «Деперсоналізація» високі показники встановлені у 30,51 % респондентів ((14,13 ± 0,88) балів), що відображає формування змінених, переважно деструктивних, взаємин в сім'ї, колективі, оточенні, прояви байдужості, формальне поверхове виконання професійних обов'язків без особистісної залученості та співчуття, а іноді негативізм та формування цинізму щодо оточення; за шкалою «Редукція особистісних досягнень» високі показники встановлені у 72,88 % ((39,95 ± 0,79) балів), що свідчить про тенденцію до негативної оцінки своєї компетентності та продуктивності, зниження професійної мотивації, зростання негативізму щодо службових обов'язків, схильність до зняття з себе відповідальності, тенденцію до ізоляції від оточення та уникнення участі у роботі.

5. Оцінка резильєнтності свідчить про різний рівень стресостійкості в обстежених: низькі показники встановлені у 10,17 %, показники нижчі за середні — у 18,64 %, показники середнього рівня — у 28,81 %, вищі за середні — у 30,52 %, високі показники — у 11,86 %. За результатами оцінки резильєнтності визначено, що лікарі-наркологи мають вразливість до професійного стресу.

6. Аналіз використання копінг-стратегій показав, що лікарі-наркологи використовують як адаптивні, так і неадаптивні стратегії подолання стресу. Серед адаптивних копінгів з високим рівнем показників переважали копінги «Планування розв'язання проблем» у 66,10 % обстежених та «Позитивна переоцін-

ка» у 71,19 %. Достовірно частіше серед неадаптивних копінгів використовували копінг «Уникнення» з високими показниками у 47,46 % обстежених.

7. Задоволеність співчуттям за шкалою ProQOL являє собою захисний та ресурсний чинник професійної діяльності та статистично значущо пов'язана з вищим рівнем професійних досягнень (за опитувальником К. Маслач, С. Джексон). Вторинний травматичний стрес є ключовим фактором ризику розвитку професійного вигорання — зростання показників вторинного травматичного стресу супроводжується підвищенням емоційного виснаження та деперсоналізації, що відбиває факт кумулятивного впливу травматичного досвіду на психоемоційний стан лікарів-наркологів.

8. Отримані результати свідчать про нагальну потребу профілактичних та інтервенційних програм, які спрямовані як на зниження симптомів вигорання, так і на підтримку ресурсних чинників, як-от задоволеність професійною допомогою, усвідомлення власної професійної значущості.

Список літератури

1. Kenney Erin. Attacks on Health Care: Prevent • Protect • Provide. World Health Organization; 2016:14 p. URL: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/eadee65f-22eb-4804-9fd7-3594ab6f69db/content>
2. Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases. WHO; 2019. URL: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>
3. Марута Н.О. Особливості емоційного вигорання у працівників сфери охорони неврологічного й психічного здоров'я / Н.О. Марута, О.С. Чабан, Г.Ю. Каленська // Міжнародний неврологічний журнал. 2019. Т. 7. С. 22—30. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mnzh_2019_7_6
4. Емоційне вигорання серед медичних працівників в галузі ментального здоров'я в умовах війни — клініко-соціальні аспекти та шляхи подолання (огляд літератури) / Марута Н.О., Панько Т.В., Семікіна О.Є. [та ін.] // Український вісник психоневрології. 2025. Т. 33, вип. 1 (122). С. 69—75. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V33-is1-2025-11>
5. Сучасний стан проблеми емоційного вигорання у працівників сфери охорони психічного здоров'я (аналітичний огляд літератури) / Марута Н.О., Панько Т.В., Семікіна О.Є. [та ін.] // Український вісник психоневрології. 2025. Т. 33, вип. 2 (123). С. 64—73. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V33-is1-2025-11>
6. World Employment and Social Outlook: Trends 2022. Geneva: International Labour Office, 2022. URL: https://www.ilo.org/global/research/global-reports/weso/trends2022/WCMS_834081/lang--en/index.htm, Accessed August 26, 2022.
7. Burnout and Satisfaction with Work-Life Balance Among US Physicians Relative to the General US Population / Shanafelt TD, Boone S, Tan L, [et al.] // Arch Intern Med. 2012;172(18):1377-1385. DOI: 10.1001/archinternmed.2012.3199
8. Марута Н.О., Панько Т.В., Федченко В.Ю., Явдак І.О., Семікіна О.Є. Анкета соціодемографічних показників у медичних працівників сфери психічного здоров'я для виявлення емоційного вигорання під час війни. Свідцтво про реєстрацію авторського права на твір № 139896. 2025.
9. Stamm V.H. Professional quality of life: Compassion satisfaction and fatigue subscales, Version V (ProQOL). Center for Victims of Torture. 2009. URL: https://proqol.org/ProQol_Test.html

10. Burnout Assessment Tool. Ukrainian Version. Опитувальник для вимірювання вигорання (BAT); версія, пов'язана з роботою. Українська версія. 2019. 6 с. URL: <https://burnoutassessment-tool.be/wp-content/uploads/2020/08/BAT-Ukrainian.pdf>

11. Maslach C. The Measurement of Experienced Burnout / C. Maslach, S.E. Jackson // *Journal of Occupational Behaviour*. 1981. Vol. 2. P. 99—113. DOI: <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>

12. Rogers C.R. *Psychotherapy and Personality Change: Coordinated Research Studies in the Client-Centered Approach* / C.R. Rogers, R.F. Dymond. Chicago: University of Chicago Press; 1954. 446 p.

13. Lazarus R.S. *Stress, Appraisal and Coping* / R.S. Lazarus, S. Folkman. New York: Springer Publishing Company, 1984. 456 p.

References

1. Kenney Erin. *Attacks on Health Care: Prevent • Protect • Provide*. World Health Organization; 2016:14 p. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/eadee65f-22eb-4804-9fd7-3594ab6f69db/content>

2. *Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases*. WHO; 2019. <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>

3. Maruta NO, Chaban OS, Kalenska HYu. [Peculiarities of emotional burnout in workers in the field of neurological and mental health care] *Mizhnarodnyi nevrolohichnyi zhurnal [International Journal of Neurology]*. 2019;7:22-30. http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mnzh_2019_7_6. (In Ukrainian).

4. Maruta N.O., Panko T.V., Semikina O., Fedchenko V.Yu., Shevchenko-Bitenskiy K.V., Yavdak I.O. [Emotional burnout among medical workers in the field of mental health in wartime conditions — clinical and social aspects and ways of overcoming (literature review)]. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohii [Ukrainian Bulletin of Psychoneurology]*. 2025. Vol. 33, issue 1 (122). P. 69-75. <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V33-is1-2025-11>. (In Ukrainian).

5. Maruta N.O., Panko T.V., Semikina O.Ye., Fedchenko V.Yu., Yavdak I.O. [Current status of the problem of emotional burnout in mental health workers (analytical review of the literature)]. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohii [Ukrainian Bulletin of Psychoneurology]*. 2025. Vol. 33, issue 2 (123). P. 64-73. <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V33-is1-2025-11>. (In Ukrainian).

6. *World Employment and Social Outlook: Trends 2022*. Geneva: International Labour Office, 2022. https://www.ilo.org/global/research/global-reports/weso/trends2022/WCMS_834081/lang-en/index.htm, Accessed August 26, 2022.

7. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med*. 2012;172(18):1377-1385. doi:10.1001/archinternmed.2012.3199

8. Maruta NO, Panko TV, Fedchenko VYu, Yavdak IO, Semikina OYe. [Questionnaire of sociodemographic indicators in medical workers in the field of mental health to identify emotional burnout during the war]. Certificate of registration of copyright for the work No. 139896. 2025. (In Ukrainian).

9. Stamm B.H. *Professional quality of life: Compassion satisfaction and fatigue subscales, Version V (ProQOL)*. Center for Victims of Torture. 2009. https://proqol.org/ProQol_Test.html. (In Ukrainian).

10. *Burnout Assessment Tool Ukrainian Version*. 6 p. <https://burnoutassessmenttool.be/wp-content/uploads/2020/08/BAT-Ukrainian.pdf>. (In Ukrainian).

11. Maslach C, Jackson SE. The Measurement of Experienced Burnout. *Journal of Occupational Behaviour*. 1981;2:99-113. doi: <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>

12. Rogers CR, Dymond RF. *Psychotherapy and Personality Change: Coordinated Research Studies in the Client-Centered Approach*. Chicago: University of Chicago Press; 1954:446.

13. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company; 1984:456.

Надійшла до редакції 5.03.2026

Прийнято до друку 12.03.2026

Відомості про авторів

МАРУТА Наталія Олександрівна, доктор медичних наук, професор, заступник директора з наукової роботи, завідувач відділу*; <https://orcid.org/0000-0002-6619-9150>; e-mail: mscience@ukr.net

ПАНЬКО Тамара Василівна, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник, провідний науковий співробітник відділу*; <https://orcid.org/0000-0003-0026-3882>; e-mail: tamarapanko@ukr.net

ФЕДЧЕНКО Вікторія Юріївна, доктор медичних наук, провідний науковий співробітник відділу*; <https://orcid.org/0000-0002-9169-8787>; e-mail: vfedchenko83@ukr.net

СЕМІКІНА Олена Євгенівна, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник, провідний науковий співробітник відділу*; доцент кафедри неврології, психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна Міністерства освіти і науки України; м. Харків, Україна; <https://orcid.org/0000-0003-1197-855X>; e-mail: osemikina@ukr.net

ЯРИЙ Володимир Володимирович, директор Комунального некомерційного підприємства «Київська міська клінічна лікарня № 10» виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації), м. Київ, Україна; <https://orcid.org/0000-0001-8245-1363>

ГОНЧАРЕНКО Ігор Андрійович, молодший науковий співробітник відділу*; <https://orcid.org/0009-0007-2542-5688>

* — відділ пограничної психіатрії Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології імені П.В. Волошина Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна

Information about the authors

MARUTA Nataliya, Doctor of Medical Sciences, Professor, Deputy Director of Scientific Work, Head of the Department**; <https://orcid.org/0000-0002-6619-9150>; e-mail: mscience@ukr.net

PANKO Tamara, MD, PhD, Senior Researcher, Leading Researcher of Department**; <https://orcid.org/0000-0003-0026-3882>; e-mail: tamarapanko@ukr.net

FEDCHENKO Viktoriya, Doctor of Medical Sciences, Leading Researcher of Department**; <https://orcid.org/0000-0002-9169-8787>; e-mail: vfedchenko83@ukr.net

SEMIKINA Olena, MD, PhD, Senior Researcher, Leading Researcher at the Department**; Associate Professor of the Department of Neurology, Psychiatry, Drug and Medical Psychology of V.N. Karazin Kharkiv National University of the Ministry of Education and Science of Ukraine; Kharkiv, Ukraine; <https://orcid.org/0000-0003-1197-855X>; e-mail: osemikina@ukr.net

YARYI Volodymyr, Director of the Municipal Non-Profit Enterprise "Kyiv City Clinical Hospital No. 10" of the executive body of the Kyiv City Council (Kyiv City State Administration), Kyiv, Ukraine; <https://orcid.org/0000-0001-8245-1363>

HONCHARENKO Ihor, Junior Researcher of the Department**; <https://orcid.org/0009-0007-2542-5688>

** — Department of Border Psychiatry of the State Institution "P.V. Voloshyn Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv, Ukraine