

В.В. Огоренко, 
Т.К. Мавропуло, 
І.С. Борисова, 
Т.Й. Шустерман, 
А.Є. Ніколенко*, 
Т.М. Плеханова 

ВИГОРАННЯ ТА ДЕПРЕСІЯ В ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ: ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ, ВПЛИВ ВІЙНИ ТА СПОСОБИ ПОДОЛАННЯ

Дніпровський державний медичний університет
 вул. Володимира Вернадського, 9, Дніпро, 49044, Україна
 Dnipro State Medical University
 Volodymyra Vernadskoho str., 9, Dnipro, 49044, Ukraine
 *e-mail: allanikosha@gmail.com

Цитування: Медичні перспективи. 2025. Т. 30, № 2. С. 108-119

Cited: Medicni perspektivi. 2025;30(2):108-119

Ключові слова: вигорання, депресія, лікарі-інтерни, війна, подолання
Key words: burnout, depression, intern doctor, war, coping

Реферат. Вигорання та депресія в лікарів-інтернів: причини виникнення, вплив війни та способи подолання. Огоренко В.В., Мавропуло Т.К., Борисова І.С., Шустерман Т.Й., Ніколенко А.Є., Плеханова Т.М. У статті наведено результати дослідження причин виникнення, впливу війни та способів подолання вигорання та депресії в лікарів-інтернів. Метою дослідження було виявлення причин виникнення, впливу війни на вигорання та депресію в лікарів-інтернів, способи подолання цих станів (на думку респондентів) для подальшої розробки профілактичних та психоедукативних заходів. Було обстежено 63 лікарів-інтернів Дніпровського державного медичного університету, що проходили навчання на кафедрі психіатрії, наркології і медичної психології та кафедрі педіатрії 3 та неонатології. За спеціальністю лікарів-інтернів були розподілені на дві групи: «Психіатрія» (група 1) – 31 особа; «Педіатрія» (група 2) – 32 особи. У дослідженні застосовувався психодіагностичний метод з використанням авторської анкети-опитувальника, прототипом якої стала анкета з ресурсу Medscape щодо виявлення вигорання та депресії в лікарів-інтернів в умовах війни, яка складалася з 21 запитання, що були структуровані на 5 кластерів. Дослідження виявило високий рівень поширення ознак депресії та синдрому професійного вигорання. Зокрема, 51,6% осіб групи 1 та 56,3% осіб групи 2 зазначили наявність таких симптомів. Війна суттєво вплинула на психологічний стан респондентів, про що повідомили 67,7% та 96,9% учасників відповідно. Серед основних факторів були інформаційне перевантаження, повітряні тривоги та робота з постраждалими під час війни. Особи жіночої статі частіше зазначали значний вплив війни, тоді як чоловіки вказували на зменшення уваги та роздратованість у стосунках з колегами. Близько 22% респондентів мали думки про зміну професії через вигорання, частіше серед учасників групи 2 (34,4% проти 9,7%). Основними стратегіями подолання симптомів були спілкування з близькими (68,3%) та створення комфортного робочого середовища (84,1%). Проте частина респондентів, особливо з групи 1, зверталася до ізоляції або вживання психоактивних речовин (25,8%). Незважаючи на поширеність проблеми, за психологічною допомогою звертались лише 25,4%, причому частина приховувала б цей факт через стигматизацію. Отримані результати підкреслюють необхідність розробки диференційованих психоедукативних та профілактичних програм щодо подолання професійного вигорання й депресії, особливо в умовах війни та в повоєнний період.

Abstract. Burnout and depression in medical interns: causes, impact of war and coping strategies. Ogorenko V.V., Mavropulo T.K., Borysova I.S., Shusterman T.Y., Nikolenko A.Ye., Plekhanova T.M. This article presents the findings of a study on the causes, impact of war and coping strategies for burnout and depression among medical interns. The study aimed to identify the factors contributing to burnout and depression in interns, the effects of war on these conditions, and respondents' suggested strategies for managing them, to develop preventive and psychoeducational measures. The study involved 63 medical interns from the Dnipro State Medical University, undergoing training at the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology, and the Department of Pediatrics 3 and Neonatology. The interns were divided into two groups based on their specialty: "Psychiatry" (Group 1) – 31 individuals, and "Pediatrics" (Group 2) – 32 individuals. A psychodiagnostic method was employed, utilizing a custom-designed questionnaire inspired by a Medscape survey. The questionnaire focused on burnout and depression in medical interns during wartime and consisted of 21 questions structured into five clusters. The study revealed a high prevalence of symptoms of depression and burnout syndrome. Specifically, 51,6% of Group 1 and 56,3% of Group 2 reported such symptoms. War significantly impacted the psychological state of respondents, as reported by 67,7% of Group 1 and 96,9% of Group 2. Key factors included information overload, air raid alarms, and working with war-affected individuals.

Female respondents were more likely to report a significant impact of war, while male respondents noted reduced attentiveness and irritability in workplace relationships. Approximately 22% of participants considered changing their profession due to burnout, with higher rates observed in Group 2 (34,4% versus 9,7%). The main coping strategies were communication with loved ones (68,3%) and creating a comfortable work environment (84,1%). However, some respondents, particularly from Group 1, resorted to isolation or psychoactive substance use (25,8%). Despite the prevalence of these issues, only 25,4% sought psychological help, with some avoiding disclosure due to stigma. The findings highlight the urgent need to develop targeted psychoeducational and preventive programs to address professional burnout and depression, particularly during wartime and in the post-war period.

Згідно з визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), синдром вигорання – це фізичне, емоційне або мотиваційне виснаження, що характеризується порушенням продуктивності в роботі, втому, безсонням, підвищеною схильністю до соматичних захворювань, а також вживанням алкоголю або інших психоактивних речовин, з метою отримати тимчасове полегшення з тенденцією до розвитку фізичної залежності та (у багатьох випадках) суїцидальної поведінки. Синдром вигорання зазвичай розцінюється як стрес-реакція у відповідь на безжальні виробничі та емоційні вимоги, що походять від зайвої відданості людини своїй роботі із супутньою байдужістю до сімейного життя або відпочинку. У Міжнародній класифікації хвороб десятого перегляду (МКХ-10) синдром вигорання виділено в окремий діагностичний таксон – Z73 (проблеми, пов'язані з труднощами управління своїм життям) та шифрується Z73.0 – «вигорання» [1].

28 травня 2019 року ВООЗ було ухвалено рішення про внесення синдрому професійного вигорання до МКХ-11, яка набула чинності у світі з 1 січня 2022 року. Стан отримав чіткіші критерії визначення, тобто професійне вигорання – це синдром, визнаний результатом хронічного стресу на робочому місці, який не вдалося успішно подолати. Виділено ознаки синдрому вигорання, а саме: відчуття мотиваційного та фізичного виснаження; психічне усунення професійних обов'язків, що наростає, чи відчуття негативізму/цинізму щодо професійних обов'язків і зниження працездатності. Незважаючи на це, вигорання все ще не класифікується як захворювання чи медичний стан і віднесено до класу «Фактори, що впливають на стан здоров'я населення та звернення до закладів охорони здоров'я» (шифр QD85) [2, 3].

Через різноманітність критеріїв і шкал в іноземних оглядах літератури робилися висновки про неможливість оцінювання поширеності вигорання [4]. За даними Medscape, половина лікарів відзначають у себе ознаки вигорання, спостерігається зростання цього показника на чверть за останні 4 роки, а лікарі-жінки найчастіше страждають від вигорання [5]. Виявлено, що 70,0% респондентів самі відчувають пов'язані зі стресом емоційні проблеми та проблеми зі здоров'ям або спостерігають їх у своїх

колег, у той час як 60,0% відзначають, що симптоми вигорання турбують їх постійно [6].

Основними факторами, що впливають на розвиток вигорання, є робоче навантаження та взаємини, робота з документацією, тривале перебування на роботі та комп'ютеризація медичних послуг [7].

На основі метааналізу досліджень, у психіатрів поширеність таких складових синдрому вигорання, як емоційне виснаження, становить 40,0%, деперсоналізація – 22,0%, низький рівень особистих досягнень – 19,0%, серед педіатрів 39% осіб помічають у себе ознаки вигорання [8]. У дослідженні сингапурських психіатрів виявлено, що фахівці з досвідом роботи менше 5 років відзначають у себе найвищий рівень стресу та професійного вигорання [9].

Тільки 37,0% працівників психіатричної служби почуваються щасливими чи дуже щасливими на робочому місці. Як психіатри, так і педіатри в якості чинника щодо підтримки власного психічного здоров'я та почуття щастя відмічають час, проведений з родиною або друзями – 82% та 83% відповідно [10].

Війна є надпотужним джерелом стресу, яке впливає на ментальне здоров'я медичних працівників, часто порушуючи їх звичні способи подолання труднощів та збільшуючи ризики формування синдрому професійного вигорання. В умовах воєнного стану стає важливим своєчасно діагностувати ознаки вигорання задля його профілактики та корекції [11].

Таким чином, проблема професійного вигорання, зокрема в лікарів-інтернів, є актуальною, що потребує подальшого вивчення та вирішення, особливо під час та після війни.

Метою дослідження було дослідити причини виникнення, вплив війни на вигорання та депресію в лікарів-інтернів, способи подолання цих станів (на думку респондентів) для подальшої розробки профілактичних та психоосвітніх заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Було обстежено 63 лікарів-інтернів Дніпровського державного медичного університету (ДДМУ), що проходили навчання на кафедрі психіатрії, наркології і медичної психології та кафедрі педіатрії 3 та неонатології. Серед лікарів-інтернів жінок було 46 (70%) осіб, чоловіків – 17 (30%) осіб. Середній

вік обстежуваних становив 24,7 (Me – 25; IQR 24-25) року. За спеціальністю лікарі-інтерни були розподілені на дві групи: «Психіатрія» (група 1) – 31 особа; «Педіатрія» (група 2) – 32 особи. У групі 1 (Г1) на 1-му році навчання перебувало 16 (51,6%) осіб, на 2-му – 15 (48,4%) осіб. У групі 2 (Г2) на 1-му році навчання перебувало 14 (43,7%) інтернів, на 2-му – 18 (56,3%) інтернів. Чоловіків у Г1 було 13 (41,9%), у групі Г2 – 4 (12,5), відмінності за статевим складом між групами були достовірними ($p=0,0111$). Середній вік обстежуваних групи Г1 становив 24,8 (Me – 25; IQR 24-25) року, Г2 – 24,6 (Me – 25; IQR 24-25) року.

Дослідження проводилось із суворим дотриманням принципів біоетики згідно з Гельсінською декларацією «Етичні принципи медичних досліджень за участю людей», розробленою Всесвітньою медичною асоціацією, «Загальною декларацією про біоетику та права людини (ЮНЕСКО)» й схвалено комісією з питань біомедичної етики ДДМУ (протокол № 24 від 25.01.2025 р.) [12, 13].

Критеріями включення в дослідження були: отримання згоди на проходження дослідження; лікарі-інтерни вищезазначених спеціальностей. Дослідження проводили на засадах добровільності та анонімності шляхом заповнення запропонованої анкети-опитувальника на платформі Google Forms (Alphabet Inc.), у період з травня до червня 2024 року, на третьому році війни. У дослідженні застосовувався психодіагностичний метод з використанням авторської анкети-опитувальника, прототипом якої стала анкета з ресурсу Medscape щодо виявлення вигорання та депресії в лікарів-інтернів в умовах війни.

Анкета складалася з 21 запитання, які були структуровані на 5 кластерів:

1-й – чотири запитання для виявлення соціодемографічних показників (запитання № 1-4: стать, кількість повних років, спеціальність, рік навчання);

2-й – шість запитань про вплив війни на синдром вигорання/депресію (запитання № 5-10: «Чи помічаєте Ви у себе ознаки депресії?», «Чи помічаєте Ви у себе ознаки синдрому професійного вигорання?», «Чи помічали Ви, що війна вплинула на ознаки депресії/вигорання?», «Якщо так, наскільки сильно?», «Які фактори війни вплинули на Ваш синдром вигорання/депресію найбільше?», «Що вносить великий внесок у Ваш синдром вигорання/депресії?»);

3-й – чотири запитання про вплив професійної діяльності на особистість та відносини (запитання № 11-14: «Як впливає синдром вигорання/депресія на Вашу роботу/навчання?», «Як Ваш синдром

вигорання/депресія впливає на Ваші взаємини з колегами та іншим персоналом?», «Як сильно симптоми депресії/синдрому вигорання впливають на Ваше професійне життя?», «Як Ви справляєтеся із синдромом вигорання чи депресією?»);

4-й – два запитання про суїцидальну поведінку (запитання № 15 та 16: «Чи були у Вас суїцидальні думки?» та «Кому Ви озвучували суїцидальні думки?»);

5-й – п'ять запитань про способи подолання депресії та професійного вигорання й рівень щастя на робочому місці (запитання № 17-21: «Ви коли-небудь зверталися за психологічною допомогою?», «Чи плануєте Ви звернутися за допомогою щодо ознак депресії/ синдрому вигорання?», «До кого конкретно Ви звернулися б за психологічною допомогою?», «Як часто ви відчуваєте себе щасливим на робочому місці?», «Як, на Вашу думку, можна вплинути на синдром вигорання/депресію на робочому місці?»).

Запитання № 9, 10, 11, 12, 14 передбачали можливість множинного вибору.

Статистичний аналіз проводився з використанням статистичного пакету STATISTICA 6.1 (StatSoft Inc., Серійний № AGAR909E415822FA). При виборі статистичного критерію орієнтувались на характер ознаки (кількісна, порядкова, якісна), тип розподілу, кількість груп, що порівнюються (є вони залежними чи незалежними), мету певного етапу статистичної обробки. Статистична обробка проводилась з використанням методів оцінювання ефекту при альтернативній формі результату реакції (точний критерій Фішера, двосторонній тест) і кореляційного аналізу (метод рангової кореляції Спірмена). Значущими вважали відмінності при статистичній значущості результату $p<0,05$ [14].

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Відповіді на запитання 1-го кластера анкети-опитувальника (запитання № 1-4) наведено під час опису матеріалів дослідження.

При відповіді на запитання 2-го кластера анкети-опитувальника «Чи помічаєте Ви у себе ознаки депресії?» (запитання № 5) та «Чи помічаєте Ви у себе ознаки синдрому професійного вигорання?» (запитання № 6) по 16 (51,6%) учасників Г1 відповіли «Так», у Г2 – 20 (62,5%) та 18 (56,3%) відповідно. Достовірні відмінності між групами не були виявлені.

На запитання «Чи помічали Ви, що війна вплинула на ознаки депресії/вигорання?» (запитання № 7) 21 (67,7%) особа з Г1 та 31 (96,9%) з Г2 надали позитивну відповідь (достовірність відмінності між

групами згідно з визначенням двостороннього точного критерію Фішера, $p=0,0027$).

Серед респондентів Г1, що відповіли «Так» на попереднє запитання, надаючи відповідь на запитання № 8 («Якщо так, наскільки сильно?»), інтенсивність впливу війни на власний синдром вигорання та депресію оцінили як легкий – 4 (12,9%), помірний – 12 (38,7%) та значний – 8 (25,8%). У 7 (22,6%) випадках відповідь не була надана. Відповіді респондентів Г2 розподілилися таким чином: легкий вплив – 4 (12,5%), помірний – 20 (62,5%) та значний – 7 (21,9%) відповідно. В 1 (3,1%) випадку відповідь не була надана. Визначалась лише тенденція до зменшення кількості респондентів Г1, які обрали помірну силу

власного синдрому вигорання, без підтвердження достовірності ($p=0,0505$ для одностороннього точного тесту Фішера, $p=0,0793$ для двостороннього точного тесту Фішера).

Досліджуючи фактори війни, які, на думку лікарів-інтернів, вплинули на синдром вигорання/депресію (запитання № 9 – «Які фактори війни вплинули на Ваш синдром вигорання/депресію найбільше?»), було виявлено, що найчастіше респонденти Г1 відзначили в якості такого фактора – спілкування з родичами загиблих та постраждалих під час війни, зокрема дітей – 13 (41,9%); у той час як більшість учасників Г2 – 22 (68,8%) відмітили інформаційне перевантаження новинами про воєнні події (табл. 1).

Таблиця 1

**Фактори війни, які вплинули на синдром вигорання/депресію
(на думку лікарів-інтернів)**

Фактори	Г1		Г2		p*
	n	%	n	%	
Повітряні тривоги	11	35,5	20	62,5	$p=0,0446$
Спілкування з родичами загиблих та постраждалих під час війни, зокрема дітей	13	41,9	20	62,5	$p=0,1328$
Спілкування з військовослужбовцями	10	32,3	7	21,9	$p=0,4048$
Відсутність додаткових вихідних після свят	6	19,4	9	28,1	$p=0,5561$
Інформаційне перевантаження новинами про воєнні події	10	32,3	22	68,8	$p=0,0055$

Примітка. * – рівень значущості критерію оцінки ефекту при альтернативній формі результату реакції (точного критерію Фішера, двостороннього тесту).

При цьому повітряні тривоги, як фактор війни, що вплинув на синдром вигорання/депресію, зазначили 62,5% інтернів-педіатрів і лише 35,5% інтернів-психіатрів ($p=0,0446$). Також інформаційне перевантаження новинами про воєнні події зазначили 68,8% інтернів-педіатрів, на відміну від меншої частки інтернів-психіатрів – 32,3% ($p=0,0055$).

При аналізі факторів, які, на думку лікарів-інтернів, робили великий внесок у формування синдрому вигорання/депресії (запитання № 10 – «Що вносить великий внесок у Ваш синдром вигорання/депресію?»), виявлено, що найчастіше респонденти Г1 та Г2 відзначили низьку заробітну плату – 29 (93,5%) та 25 (78,1%) відповідно (табл. 2). Достовірні відмінності відповідей Г1 і Г2 не було відзначено.

Аналізуючи відповіді на запитання 3-го класера анкети-опитувальника, визначено, що більшість респондентів (69,8%) відзначили негатив-

ний вплив симптомів вигорання/депресії на роботу/навчання (запитання № 11 – «Як впливає вигорання/депресія на Вашу роботу/навчання?»). Дані про вплив симптомів вигорання/депресії по групах учасників дослідження наведено в таблиці 3. Достовірні відмінності відповідей Г1 і Г2 також не були виявлені.

Оцінюючи вплив вигорання на взаємини з колегами та іншим персоналом (запитання № 12 – «Як Ваш синдром вигорання/депресія впливає на Ваші взаємини з колегами та іншим персоналом?»), майже половина респондентів (14 (45,2%) осіб Г1 та 14 (43,8%) осіб Г2) відмітили, що можуть запізнюватися на роботу/навчання. Третина респондентів стверджувала, що вигорання ніяк не впливає на поведінку на робочому місці, кожний четвертий лікар-інтерн зі спеціальності «Психіатрія» та кожний третій лікар-інтерн зі спеціальності «Педіатрія» могли відкрито

висловлювати власні емоції перед колегами та персоналом. Привертає увагу, що лікарі-інтерни Г1 поводитись з колегами та персоналом більш

роздратовано – 6 (19,4%), у той час як Г2 більше робили помилок, які б не зробили в іншому стані, – 8 (25,0%) (табл. 3).

Таблиця 2

Фактори, що робили великий внесок у формування синдрому вигорання/депресії (на думку лікарів-інтернів)

Фактори	Г1		Г2		p*
	n	%	n	%	
Навчальне навантаження на очній частині інтернатури	2	6,5	3	9,4	p=1,0000
Я проводжу забагато часу на роботі	9	29,0	9	28,1	p=1,0000
Доводиться виконувати величезний обсяг завдань	12	38,7	8	25,0	p=0,2869
Збільшення комп'ютеризації на роботі	7	22,6	10	31,3	p=0,5722
Відсутність поваги з боку адміністрації, колег та медичного персоналу	6	19,4	9	28,1	p=0,5561
Відсутність поваги з боку пацієнта	5	16,1	8	25,0	p=0,5356
Низька заробітна плата	29	93,5	25	78,1	p=0,1477

Примітка. * – рівень значущості критерію оцінки ефекту при альтернативній формі результату реакції (точного критерію Фішера, двостороннього тесту).

Загалом серед усієї вибірки у відповідь на запитання №13 «Як сильно симптоми депресії/синдрому вигорання впливають на Ваше професійне життя?» майже чверть опитаних (22,2%) зазначила, що симптоми вигорання впливали на

їхнє професійне життя настільки сильно, що в них з'являлися думки змінити професію, зокрема 3 (9,7%) особи Г1 та 11 (34,4%) осіб Г2 (достовірні відмінності між групами, p=0,0319).

Таблиця 3

Вплив симптомів вигорання/депресії на роботу/навчання (на думку лікарів-інтернів)

Фактори	Г1		Г2		p*
	n	%	n	%	
Ніяк не впливає на мою взаємодію з пацієнтами	10	32,3	9	28,1	p=0,7879
Мене можуть трохи дратувати пацієнти	0	0	0	0	p=1,0000
Я став(-ла) менш уважним(-ною) при спілкуванні з пацієнтами або заповненні медичної документації	11	35,5	9	28,1	p=0,5950
Я можу зірватися на пацієнта	0	0	0	0	p=1,0000
Я став(-ла) менш уважним(-ною) на лекціях та практичних заняттях	20	64,5	14	43,8	p=0,1313
Я роблю такі помилки, які не здійснював(-ла) б у нормальному стані	7	22,6	11	34,4	p=0,4079
Я поводжусь з колегами та персоналом більш роздратовано	6	19,4	2	6,3	p=0,1477
Я можу відкрито висловлювати свої емоції перед колегами та персоналом	7	22,6	9	28,1	p=0,7735
Ніяк не впливає на мою поведінку на робочому місці (взаємодію з колегами та персоналом)	9	29,0	10	31,3	p=1,0000
Я можу запізнюватися на роботу/навчання	14	45,2	14	43,8	p=1,0000

Примітка. * – рівень значущості критерію оцінки ефекту при альтернативній формі результату реакції (точного критерію Фішера, двостороннього тесту).

Аналізуючи способи подолання симптомів вигорання/депресії, які обирають лікарі-інтерни, було виявлено, що більшість віддала перевагу спілкуванню з членами сім'ї або близькими дру-

зями – 43 (68,3%). Розподіл відповідей на запитання «Як Ви справляєтеся із синдромом вигорання чи депресією?» (запитання № 14) в осіб Г1 та Г2 наведено в таблиці 4.

Таблиця 4

Способи подолання симптомів вигорання/депресії (на думку лікарів-інтернів, %)

Фактори	Г1		Г2		p*
	n	%	n	%	
Займаюсь спортом	9	29,0	13	40,6	p=0,4302
Спілкуюсь із членами сім'ї або близькими друзями	20	64,5	23	71,9	p=0,5950
Просто ізолюю себе від суспільства	9	29,0	11	34,4	p=0,5733
Сплю	22	72,2	22	68,8	p=1,0000
Слухаю музику	17	54,8	21	65,6	p=0,4455
Їм не дуже корисну їжу	13	41,9	12	37,5	p=0,7994
Звертаюсь до релігії	1	3,2	1	3,1	p=1,0000
Вживаю алкоголь	7	22,6	2	6,3	p=0,0816
Курю, вживаю іншу продукцію, що містить нікотин	6	19,4	4	12,5	p=0,5092
Вживаю анксиолітики або снодійні препарати	5	16,1	6	18,8	p=1,0000
Вживаю марихуану або іншу продукцію, що містить канабіс	1	3,2	0	0	p=0,4921

Примітка. * – рівень значущості критерію оцінки ефекту при альтернативній формі результату реакції (точного критерію Фішера, двостороннього тесту).

Достовірні відмінності між групами стосовно відповідей на окремі запитання виявлені не були, але якщо поєднати відповіді на запитання про вживання алкоголю та марихуани, то позитивна відповідь у Г1 виявлялась достовірно частіше: 8 (25,8%) і 2 (6,3%), p=0,0433.

При аналізі відповідей на перше запитання 4-го кластера анкети-опитувальника (запитання № 15 – «Чи були у Вас суїцидальні думки?») було вияв-

лено, що в загальній вибірці переважна більшість респондентів (46-73,0%) не мала суїцидальних думок. Наявність суїцидальних думок при відсутності спроб самогубства підтвердили 16 (25,4%) осіб; мав суїцидальні думки та робив спроби – 1 (1,6%) учасник дослідження. У таблиці 5 наведені дані щодо наявності/відсутності суїцидальних думок/спроб у лікарів-інтернів по групах.

Таблиця 5

Показники наявності/відсутності суїцидальних думок/спроб суїциду в лікарів-інтернів обох груп

Показник	Г1		Г2		p*
	n	%	n	%	
Не має	22	71,0	24	75,0	p=0,7816
Так, але в мене не було спроб	9	29,0	7	21,9	p=0,5722
Так, і в мене були суїцидальні спроби	0	0	1	3,1	p=1,0000

Примітка. * – рівень значущості критерію оцінки ефекту при альтернативній формі результату реакції (точного критерію Фішера, двостороннього тесту).

Переважна більшість лікарів-інтернів обох груп заперечувала наявність суїцидальних думок (Г1 – 71,0%, Г2 – 75,0%). У Г1 осіб, які мали суїцидальні думки, було відносно більше, ніж у Г2 (29,0% та 21,9% відповідно). Привертає увагу наявність в 1 особи (3,1%) з Г2 суїцидальних думок та спроб самогубства впродовж життя, за відсутності такого показника в осіб Г1. Достовірні ж відмінності між групами виявлені не були.

Ті, хто на попереднє запитання надав позитивну відповідь, на запитання «Кому Ви озвучували суїцидальні думки?» (запитання № 16) відповіли таким чином: у Г1 (членам сім'ї – 6,5%, пси-

хотерапевтові – 6,5%, друзям чи колегам – 6,5%, нікому – 9,7%, консультантам гарячої психологічної лінії – 0), у Г2 (членам сім'ї – 3,1%, психотерапевтові – 3,1%, друзям чи колегам – 6,3%, нікому – 6,3%). Також у Г2 були особи, які вибрали декілька варіантів відповіді: членам сім'ї та психотерапевтові – 3,1%, членам сім'ї та консультантам гарячої психологічної лінії – 3,1%, членам сім'ї та друзям/колегам – 3,1%.

Розподіл відповідей лікарів-інтернів на перше запитання 5-го кластера, а саме: «Ви коли-небудь звертались за психологічною допомогою?» (запитання № 17), наведено в таблиці 6.

Таблиця 6

Факт звернення/не звернення за психологічною допомогою серед учасників обох груп

Показник	Г1		Г2		p*
	n	%	n	%	
Так	8	25,8	8	25,0	p=1,0000
Ні, але я б приховував (-ла) факт звернення	4	12,9	3	9,4	p=0,7078
Ні, і я б не приховував(-ла) факт звернення	19	61,3	21	65,6	p=0,7966

Примітка. * – рівень значущості критерію оцінки ефекту при альтернативній формі результату реакції (точного критерію Фішера, двостороннього тесту).

Більшість респондентів в обох групах за психологічною допомогою не зверталась і в разі звернення цей факт не приховувала б. Водночас серед лікарів-інтернів Г1 факт звернення за психологічною допомогою приховували би 12,9% осіб, що відносно більше, ніж у Г2. Це можна пояснити негативними психологічними наслідками стигматизації спеціальності «Психіатрія» та сфери охорони психічного здоров'я в цілому.

Водночас, кожний четвертий лікар-інтерн звертався за психологічною допомогою (Г1 – 25,8%, Г2 – 25,0%) та повідомив про факт звернення.

На момент опитування плани щодо звернення за професійною допомогою (запитання № 18 – «Чи плануєте Ви звернутися за допомогою щодо ознак депресії/синдрому вигорання?») мали лише 2 (6,5%) особи в Г1 та 3 (9,4%) у Г2 (табл. 7).

Таблиця 7

Розподіл відповідей респондентів обох груп на запитання «Чи плануєте Ви звернутися за допомогою щодо ознак депресії/синдрому вигорання?»

Показник	Г1		Г2		p*
	n	%	n	%	
Так, саме зараз у пошуку професійної допомоги	2	6,5	3	9,4	p=1,0000
Так, колись планую почати щось із цим робити	5	16,1	12	37,5	p=0,0879
Ні, але в минулому був досвід професійної допомоги	6	19,4	3	9,4	p=0,4729
Ні, і ніколи не звертався за професійною допомогою	18	58,1	14	43,7	p=0,3171

Примітка. * – рівень значущості критерію оцінки ефекту при альтернативній формі результату реакції (точного критерію Фішера, двостороннього тесту).

Більше половини лікарів-інтернів Г1 ніколи не зверталися за професійною допомогою і не планують цього робити, у Г2 таких осіб виявилось дещо менше половини.

На запитання «До кого конкретно Ви звернулися б за психологічною допомогою?» (запитання № 19) отримано такі відповіді (табл. 8).

На перше місце серед фахівців, до яких звернулися б респонденти Г1, віднесли психотера-

певтів – 13 (41,9%). Учасники дослідження Г2 в 9 (28,1%) випадках відповідно вибрали психолога (що статистично достовірно частіше, ніж у Г1, $p=0,0127$) та психіатра в якості фахівця, до якого б вони звернулись за психологічною допомогою. Привертає увагу, що в Г2 жодний респондент не вибрав колег в якості осіб, до яких би вони звернулись; у Г1 такий варіант відповіді теж не є частим, лише 9,7%.

Таблиця 8

**Розподіл відповідей респондентів обох груп на запитання
«До кого конкретно Ви звернулися б за психологічною допомогою?»**

Показник	Г1		Г2		p*
	n	%	n	%	
Ні до кого	5	16,1	4	12,5	$p=0,7323$
До друзів	3	9,7	3	9,4	$p=1,0000$
До колег	3	9,7	0		
Тільки до кандидата психологічних/медичних наук		0	0		$p=1,0000$
До психотерапевта	13	41,9	7	21,9	$p=0,1132$
До психолога	1	3,2	9	28,1	$p=0,0127$
До психіатра	6	19,4	9	28,1	$p=0,5561$

Примітка. * – рівень значущості критерію оцінки ефекту при альтернативній формі результату реакції (точного критерію Фішера, двостороннього тесту).

На наступне запитання «Як часто Ви відчуваєте себе щасливим на робочому місці?» (запитання № 20) 54% учасників обох груп відповіли, що відчували себе щасливими на робочому місці більшу частину часу (Г1 – 17 (54,8%), Г2 – 17 (53,1%)). На другому місці за поширеністю виявився варіант відповіді «Рідко» – 39,7% (Г1 – 11 (35,5%), Г2 – 14 (43,8%)). Варіант відповіді «Завжди» вибрали 6,3% учасників дослідження (Г1 – 3 (9,7%), Г2 – 1 (3,1%)). Варіант відповіді «Ніколи» не обрав жодний респондент. Достовірні відмінності між групами виявлені не були.

Надаючи відповідь на останнє запитання анкети-опитувальника «Як, на Вашу думку, можна вплинути на синдром вигорання/депресію на робочому місці?» (запитання № 21) переважна більшість респондентів у загальній вибірці (84,1%) в якості стратегії подолання вигорання та депресії вказала на організацію робочого процесу таким чином, щоб лікарям було психологічно комфортно. Розподіл відповідей на це запитання по групах наведений у таблиці 9.

Таблиця 9

Стратегії подолання вигорання та депресії (на думку лікарів-інтернів, %)

Показник	Г1		Г2		p*
	n	%	n	%	
Зменшити кількість робочих годин	9	29,0	9	28,1	$p=1,0000$
Змінити деякі правила внутрішнього розпорядку	15	48,4	9	28,1	$p=0,1235$
Організувати робочий процес так, щоб лікарям було психологічно комфортно	24	77,4	29	90,6	$p=0,1836$
Укомплектувати штат лікарів у повному обсязі	22	71,0	13	40,6	$p=0,0226$
Зменшити тиск з боку керівництва	14	45,1	12	37,5	$p=0,6131$

Примітка. * – рівень значущості критерію оцінки ефекту при альтернативній формі результату реакції (точного критерію Фішера, двостороннього тесту).

При аналізі даних таблиці 9 привертає увагу, що респонденти вибірки Г1 достовірно частіше вказували на необхідність укомплектувати штат лікарів у повному обсязі для подолання депресії та вигорання ($p=0,0226$). Визначалась тенденція до збільшення кількості респондентів Г1, які визначали необхідність змінити деякі правила внутрішнього розпорядку.

Навряд чи можливо виявлені відмінності між групами Г1 та Г2 пояснити тільки різними спеціальностями інтернів.

Як зазначалось раніше, чоловіків у Г1 було 13 (41,9%), що достовірно більше ($p=0,0111$), ніж у групі Г2 – 4 (12,5%). Серед респондентів-чоловіків інтенсивність впливу війни на власний синдром вигорання та депресію оцінили як легкий – 3 (17,6%), помірний – 8 (47,1%) та значний – 3 (17,6%). У трьох випадках не було відповіді. Відповіді респондентів-жінок розподілилися таким чином: легкий вплив – 5 (10,9%), помірний – 24 (52,1%) та значний – 12 (26,1%) відповідно. У п'яти випадках не було відповіді. Жінки частіше зазначали значний вплив війни на власний синдром вигорання та депресію, але достовірні відмінності з чоловіками виявлені не були ($p=0,7400$).

Були виявлені достовірні кореляційні зв'язки (слабкі та помірні) між статтю респондентів та позитивними відповідями на низку запитань. Так, на запитання № 7 – «Чи помічали Ви, що війна вплинула на ознаки депресії/вигорання?» – позитивно відповіли 11 із 17 чоловіків та 41 із 46 жінок (згідно з підрахунком точного критерію Фішера $p=0,0333$ для одностороннього тесту і $p=0,0550$ для двостороннього тесту). Варіант відповіді «Спілкування з родинами загиблих та постраждалих» на запитання «Які фактори війни вплинули на Ваш синдром вигорання/депресію найбільше?» (запитання № 9) обрали 4 із 17 чоловіків і 29 із 46 жінок ($p=0,0095$). Відповідаючи на запитання № 11 «Як впливає вигорання/депресія на Вашу роботу/навчання?», варіант «Я став (-ла) менш уважним (-ною) при спілкуванні з пацієнтами або заповненні медичної документації» обрали 9 із 17 чоловіків й 11 із 46 жінок ($p=0,0367$). Відповідаючи на запитання № 12 «Як Ваш синдром вигорання/депресія впливає на Ваші взаємини з колегами та іншим персоналом?», варіант «Я поведуюся з ними більш роздратовано» обрали 5 із 17 чоловіків і 3 із 46 жінок ($p=0,0341$).

Виявлені також достовірні кореляційні зв'язки помірної сили між віком респондентів та негативною відповіддю на запитання № 5 «Чи помічаєте Ви у себе ознаки депресії» ($r_s=0,355$, $p<0,05$).

Відповідно до даних нашого дослідження, 51,6% інтернів-психіатрів та 56,3% інтернів-

педіатрів помічають у себе ознаки синдрому професійного вигорання. Опубліковані результати систематичного огляду, який містив дані 182 досліджень, проведених у 45 країнах, показав значну варіабельність поширеності синдрому вигорання серед лікарів – від 0 до 80,5% [15]. Наслідками синдрому вигорання є зниження задоволеності роботою, прояви неоптимального догляду за пацієнтами, що зрештою може призвести до медичних помилок. Синдром вигорання на роботі також впливає і на особисте життя та призводить до тривоги, депресії, зловживання психоактивними речовинами [16]. Згідно з результатами нашого дослідження, 51,6% інтернів-психіатрів і 62,5% інтернів-педіатрів помічають у себе ознаки депресії. Повідомляють про те, що вони здатні робити такі помилки, які не здійснювали б у нормальному стані, 22,6% інтернів-психіатрів та 34,4% інтернів-педіатрів.

Безліч запропонованих пояснювальних моделей вказує на складність синдрому вигорання, і жодна модель не здатна вмістити всі аспекти його етіопатогенезу. Модель інтеграції етіологічних факторів, пов'язаних із особистістю та навколишнім середовищем, була визнана найбільш вірогідною [17]. У цій моделі передумовою для розвитку синдрому вигорання є взаємодоповнювальна взаємодія факторів особистості працівника та чинників навколишнього середовища [18].

Згідно з рейтингом випадків вигорання за медичними спеціальностями Національного звіту Medscape серед 29 медичних спеціальностей, «Педіатрія» (частота синдрому вигорання 41%) посіла 17-те місце, а «Психіатрія» (частота синдрому вигорання 35%) – 26-те [19]. Хоча в нашому дослідженні й не відмічались достовірні відмінності між групами, все ж у Г2 спостерігалась тенденція до збільшення частоти випадків синдрому вигорання порівняно з Г1 (56,3% проти 51,6%) та депресії (62,5% проти 51,6%).

Що стосується гендерного впливу на частоту синдрому вигорання, то відповіді літературних джерел є далеко не однозначними. У дослідженні Sanfilippo F. et al. не спостерігалось конкретного зв'язку між вигоранням і статтю або сімейним станом [20]. Однак автори підкреслювали, що невелика кількість включених досліджень разом з великими відмінностями в їхній методології та підході до звітності ускладнюють достовірні висновки та вимагають подальших досліджень. Інші дослідження показали, що лікарі-жінки частіше страждають від вигорання – 48% проти 37% [19]. Водночас у дослідженні Al-Youbi R.A. et al. чоловіки-педіатри частіше досягали категорії

тяжкого вигорання порівняно з жінками (40% проти 31%; $p=0,012$) [21].

Як показали результати нашої роботи, жінки частіше зазначають вплив війни на наявність та появу депресії/вигорання і в якості такого фактора впливу частіше вказують на спілкування з родинами загиблих та постраждалих. Але в той же час особи чоловічої статі є більш схильними до таких наслідків синдрому вигорання/депресії, як зменшення уваги при спілкуванні з пацієнтами або заповненні медичної документації та схильність до роздратованої поведінки під час спілкування з колегами.

Проведене нами дослідження довело ті факти, що під час війни фахівці з меншим досвідом роботи найчастіше страждають від вигорання. Це підтверджують літературні джерела. «Середина кар'єри – це, як правило, період найбільшого вигорання» [19]. Зокрема в дослідженні Rivas-García A. et al. показано, що збільшував ризик розвитку синдрому вигорання досвід роботи 9 років або менше (OR, 2,31; 95% ДІ, 1,37-3,90). Окрім цього, захисними факторами, які запобігали розвитку синдрому вигорання, є відчуття визнання колегами (OR, 0,48; 95% ДІ, 0,30-0,79), визнання керівником (OR, 0,62; 95% ДІ, 0,41-0,93), зменшення робочого навантаження (OR, 2,05; 95% ДІ, 1,01-4,16) [22].

Зокрема, результати нашого дослідження показали, що переважна більшість респондентів у загальній вибірці (84,1%) в якості стратегії подолання вигорання та депресії вказала на організацію робочого процесу таким чином, щоб лікарям було психологічно комфортно.

Є різні методи пом'якшення синдрому вигорання. Серед методів пом'якшення синдрому професійного вигорання дослідники найчастіше виділяють такі: розуміння того, як можна впоратися зі стресовими факторами, пов'язаними з роботою, які можуть підвищити загрозу вигорання; залучення підтримки керівництва, колег і друзів, які можуть допомогти впоратися зі стресом на роботі; планування перерв у роботі; навчання отримувати задоволення від роботи; практикування таких методів, як рефреймінг та оптимізм, при стресовій роботі [23]. Аналізуючи способи подолання симптомів вигорання/депресії, які вибрали наші лікарі-інтерни, було виявлено, що більшість з них віддала перевагу спілкуванню з членами сім'ї або близькими друзями.

За даними звіту Medscape, самостійно впоратися із синдромом вигорання є нормою майже для двох третин лікарів, що не суперечить результатам власного дослідження, у якому 58,1% інтернів-психіатрів та 43,7% інтернів-педіатрів також не

збираються звертатись за професійною допомогою для корекції професійного вигорання [19].

Особливу увагу привертає факт, що серед лікарів-інтернів Г2 виявлено одну особу (3,1%), яка не лише мала суїцидальні думки, але й здійснювала спробу самогубства протягом життя. Такий випадок підкреслює необхідність глибшого обстеження для виключення клінічної депресії чи інших психічних і поведінкових розладів, що могли спровокувати суїцидальну поведінку. Враховуючи наявність високого рівня стресу серед лікарів-інтернів, особливо в педіатрії, який пов'язаний зі складністю роботи та відповідальністю за здоров'я дітей, важливо проводити психоедукацію та регулярний психологічний моніторинг, зокрема за допомогою скринінгових психодіагностичних інструментів. Важливо також забезпечити лікарям-інтернам доступ до психологічної підтримки та створити довірливе середовище для своєчасного звернення за психологічною допомогою.

ВИСНОВКИ

1. Серед лікарів-інтернів спеціальностей «Психіатрія» та «Педіатрія» спостерігався високий рівень поширеності ознак депресії та синдрому професійного вигорання, однак достовірні відмінності між групами за цими показниками відсутні. Війна суттєво вплинула на психологічний стан інтернів, що підтвердили 67,7% учасників Г1 та 96,9% Г2 ($p=0,0027$). Інтерни-педіатри частіше вказували на інформаційне перевантаження (68,8% проти 32,3%, $p=0,0055$) та повітряні тривоги (62,5% проти 35,5%, $p=0,0446$) як ключові фактори впливу. Низька заробітна плата залишалася основним чинником синдрому вигорання в обох групах.

2. Учасники дослідження жіночої та чоловічої статі оцінювали вплив війни на власний синдром вигорання та депресію з певними відмінностями: значний вплив частіше зазначали жінки (26,1% проти 17,6%), хоча різниця не була достовірною ($p=0,7400$). Стать респондентів частіше корелювала з позитивною відповіддю на питання «Чи помічали Ви, що війна вплинула на ознаки депресії/вигорання?» (позитивно відповіли 64,7% чоловіків і 89,1% жінок, $p=0,0333$), з визначенням спілкування з родинами загиблих та постраждалих як фактора ризику синдрому вигорання (вказали на це 23,5% чоловіків і 63,0% жінок, $p=0,0095$); із зазначенням впливу вигорання/депресії у вигляді зменшення уваги при спілкуванні з пацієнтами або заповненні медичної документації (вибрали 52,9% чоловіків і 23,9% жінок, $p=0,0367$) та у вигляді більш роздратованого поводження з колегами (вибрали 29,4%

чоловіків і 6,5% жінок, $p=0,0341$). Встановлено кореляцію між віком респондентів та негативною відповіддю на запитання №5 «Чи помічаєте Ви у себе ознаки депресії» ($r_s=-0,355$, $p<0,05$).

3. Симптоми депресії та синдрому вигорання негативно впливали на роботу/навчання більшості респондентів (69,8%) без значущих відмінностей між групами. Вигорання частіше проявлялось як запізнення на роботу/навчання (45,2% Г1 і 43,8% Г2) та зниження уважності (64,5% Г1 проти 43,8% Г2). При цьому 22,2% учасників дослідження зазначили, що через вигорання виникали думки змінити професію (значущо частіше в Г2: 34,4% проти 9,7%, $p=0,0319$). Основним способом подолання симптомів було спілкування з близькими (68,3%), однак респонденти Г1 частіше вдавались до ізоляції та вживання алкоголю чи марихуани (25,8% проти 6,3%, $p=0,0433$).

4. Переважна більшість лікарів-інтернів обох груп заперечувала наявність суїцидальних думок (71,0% у Г1 та 75,0% у Г2), без достовірних відмінностей між групами. Суїцидальні думки без спроб самогубства зазначили 29,0% осіб Г1 та 21,9% осіб Г2. Лише 1 учасник з Г2 (3,1%) повідомив про наявність як думок, так і спроб самогубства. Серед тих, хто мав суїцидальні думки, більшість ні з ким ними не ділилася (9,7% у Г1 та 6,3% у Г2). Звернення до членів сім'ї, друзів чи колег, психотерапевта або консультантів гарячої лінії відзначалося в поодиноких випадках, частіше в Г2.

5. Чверть лікарів-інтернів обох груп (25,8% у Г1 і 25,0% у Г2) зверталася за психологічною допомогою, але значна частина респондентів (12,9% у Г1 і 9,4% у Г2) приховувала б цей факт через стигматизацію. У Г2 37,5% респондентів планували звертатися за допомогою в майбутньому, а психологів як фахівців обирали достовірно частіше, ніж у Г1 (28,1% проти 3,2%).

Більшість респондентів (54,8% у Г1 і 53,1% у Г2) почувались щасливими на роботі більшу частину часу, але майже половина (35,5% у Г1 і 43,8% у Г2) рідко відчувала це. Основною стратегією боротьби з вигоранням 84,1% респондентів визначили створення комфортного робочого середовища. Лікарі-інтерни Г1 частіше наголошували на необхідності укомплектування штату (71,0% проти 40,6% у Г2).

6. Отримані результати мають сприяти ранньому виявленню причин виникнення, впливу війни та способів подолання вигорання та депресії в лікарів-інтернів різних спеціальностей та бути підґрунтям для розробки диференційованих програм превенції та психоедукації для цього контингенту осіб.

Внески авторів:

Огоренко В.В. – концептуалізація, методологія, адміністрування проєкту;

Мавропуло Т.К. – концептуалізація, статистична обробка результатів дослідження, написання, рецензування та редагування;

Борисова І.С. – формальний аналіз, написання – початковий проєкт, перевірка, ресурси;

Шустерман Т.Й. – концептуалізація, методологія, дослідження, написання – початковий проєкт, написання – рецензування та редагування, ресурси;

Ніколенко А.Є. – концептуалізація, методологія, дослідження, написання – початковий проєкт, написання – рецензування та редагування, ведення, ресурси, курація даних;

Плеханова Т.М. – формальний аналіз, дослідження, написання – початковий проєкт, перевірка, візуалізація, ресурси, ведення.

Фінансування. Дослідження не мало зовнішніх джерел фінансування.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

REFERENCES

- Khan R, Hodges BD, Martimianakis MA. Constructing "Burnout": A Critical Discourse Analysis of Burnout in Postgraduate Medical Education. *Acad Med*. 2023 Nov 1;98(11S):S116-S122. doi: <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000005358>
- Khatib Z, Hanna K, Rofaie A, Wang C, Maung R, Yousef GM. Pathologist workload, burnout, and wellness: connecting the dots. *Crit Rev Clin Lab Sci*. 2024 Jun;61(4):254-74. doi: <https://doi.org/10.1080/10408363.2023.2285284>
- Kramuschke M, Renner A, Kersting A. [Burnout: Symptoms, diagnostics and treatment approaches]. *Nervenarzt*. 2024 May;95(5):484-93. German. doi: <https://doi.org/10.1007/s00115-024-01649-x>
- Vinkers CH, Schaafsma FG. Burnout urgently needs robust research. *Nature*. 2021 Apr;592(7853):188. doi: <https://doi.org/10.1038/d41586-021-00896-1>
- Panse N, Panse S, Ravi S, Mankar H, Karanjkar A, Sahasrabudhe P. Burnout among Plastic Surgery Residents in India: An Observational Study. *Indian J Plast Surg*. 2020 Dec;53(3):387-93. doi: <https://doi.org/10.1055/s-0040-1719238>
- Smoktunowicz E, Lesnierowska M, Cieslak R, et al. Efficacy of an Internet-based intervention for job stress and burnout among medical professionals: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2019;20(338):1-12. doi: <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3401-9>

7. Rotstein S, Hudaib AR, Facey A, Kulkarni J. Psychiatrist burnout: a meta-analysis of Maslach Burnout Inventory means. *Australas Psychiatry*. 2019 Jun;27(3):249-54. doi: <https://doi.org/10.1177/1039856219833800>
8. Zhang XJ, Song Y, Jiang T, Ding N, Shi TY. Interventions to reduce burnout of physicians and nurses: An overview of systematic reviews and meta-analyses. *Medicine (Baltimore)*. 2020 Jun 26;99(26):e20992. doi: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000020992>
9. Yang S, Tan GJK, Sim K, Lim LJH, Tan BYQ, Kanneganti A, et al. Stress and burnout amongst mental health professionals in Singapore during Covid-19 endemicity. *PLoS One*. 2024 Jan 11;19(1):e0296798. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0296798>
10. Negri L, Cilia S, Falautano M, Grobberio M, Nicolai C, Pattini M, et al. Job satisfaction among physicians and nurses involved in the management of multiple sclerosis: the role of happiness and meaning at work. *Neurol Sci*. 2022 Mar;43(3):1903-10. doi: <https://doi.org/10.1007/s10072-021-05520-8>
11. Tsybuliak N, Suchikova Y, Shevchenko L, Popova A, Kovachev S, Hurenko O. Burnout dynamic among Ukrainian academic staff during the war. *Sci Rep*. 2023 Oct 20;13(1):17975. doi: <https://doi.org/10.1038/s41598-023-45229-6>
12. The Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. *International Social Science Journal*. 2005;57(186):745-53. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1468-2451.2005.00592.x>
13. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki. *JAMA*. 2013;310(20):2191-4. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
14. Cataldo R, Arancibia M, Stojanova J, Papuzinski C. General concepts in biostatistics and clinical epidemiology: Observational studies with cross-sectional and ecological designs. *Medwave*. 2019 Sep 25;19(8):e7698. doi: <https://doi.org/10.5867/medwave.2019.08.7698>
15. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, Rosales RC, Guille C, et al. Prevalence of Burnout Among Physicians: A Systematic Review. *JAMA*. 2018 Sep 18;320(11):1131-50. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2018.12777>
16. De Hert S. Burnout in Healthcare Workers: Prevalence, Impact and Preventative Strategies. *Local Reg Anesth*. 2020 Oct 28;13:171-83. doi: <https://doi.org/10.2147/LRA.S240564>
17. du Prel JB, Koscec Bjelajac A, Franić Z, Henfling L, Brborović H, Schernhammer E, et al. The Relationship Between Work-Related Stress and Depression: A Scoping Review. *Public Health Rev*. 2024 May 1;45:1606968. doi: <https://doi.org/10.3389/phrs.2024.1606968>
18. De Hert S. Burnout in Healthcare Workers: Prevalence, Impact and Preventative Strategies. *Local Reg Anesth*. 2020 Oct 28;13:171-83. doi: <https://doi.org/10.2147/LRA.S240564>
19. Medscape National Physician Burnout & Suicide Report 2020: The Generational Divide [Internet]. [cited 2025 Feb 20]. Available from: <https://www.medscape.com/slideshow/2020-lifestyle-burnout-6012460>
20. Sanfilippo F, Palumbo GJ, Noto A, Pennisi S, Minneri M, Vasile F, et al. Prevalence of burnout among intensive care physicians: a systematic review. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2020 Jul-Sep;32(3):458-67. doi: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20200076>
21. Al-Youbi RA, Jan MM. Burnout syndrome in pediatric practice. *Oman Med J*. 2013 Jul;28(4):252-4. doi: <https://doi.org/10.5001/omj.2013.71>
22. Rivas-García A, Míguez-Navarro MC, Ferrero-García-Loygorri C, Marañón R, Vázquez-López P; en representación del Grupo para el estudio del Burnout de la Red de Investigación de la Sociedad española de Urgencias Pediátricas (RISeuP-SPERG). Burnout syndrome in paediatricians working in paediatric emergency care settings. Prevalence and associated factors: a multilevel analysis. *An Pediatr (Engl Ed)*. 2023 Feb;98(2):119-28. doi: <https://doi.org/10.1016/j.anpede.2023.01.004>
23. Jagannath G. Burnout syndrome in healthcare professionals. *Telangana J Psychiatry*. 2020;6(2):105-9. doi: <https://doi.org/10.18231/j.tjp.2020.023>

Стаття надійшла до редакції 31.01.2025;
затверджена до публікації 25.03.2025

