

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ**

Кваліфікаційна наукова праця  
на правах рукопису

**БОТЯКОВА ВІКТОРІЯ ВІКТОРІВНА**

УДК 616.89-008.44:[61-051:316.362]::[616.1:613.6.027](043.3)

**ДИСЕРТАЦІЯ  
ФАКТОРИ СЕРЦЕВО-СУДИННОГО РИЗИКУ  
У ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ  
ІЗ СИНДРОМОМ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ**

Спеціальність 222 – Медицина

Галузь знань 22 – Охорона здоров'я

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

\_\_\_\_\_ **В.В. Ботякова**

Науковий керівник: **Барна Ольга Миколаївна**, доктор медичних наук,  
професор

Київ – 2023

## АНОТАЦІЯ

*Ботякова В.В.* Фактори серцево-судинного ризику у лікарів загальної практики – сімейних лікарів із синдромом професійного вигорання. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії в галузі знань 22 «Охорона здоров'я» за спеціальністю 222 – «Медицина» – Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Міністерство охорони здоров'я України. – Київ, 2023.

Неінфекційні захворювання щороку спричинюють смерть 41 мільйону осіб, що еквівалентно 74% усіх смертей у світі, зокрема щороку 17 мільйонів осіб помирають від НІЗ у віці до 70 років (ВООЗ, 2022). З усіх смертей від НІЗ 77% припадає на країни з низьким і середнім рівнем доходу, відповідно смертність від серцево-судинних захворювань найбільша поміж НІЗ, або складає 17,9 мільйона осіб щорічно (ВООЗ, 2022). Варто наголосити на тому, що модифікація факторів СС ризику надає змогу суттєво знизити серцево-судинну захворюваність, а також смертність у осіб із вже діагностованими та/або невиявленими ССЗ (Катеренчук, І.П., Циганенко, І.В., 2017). Слід зазначити, що науковці також надають підтвердження щодо наявності зв'язку між СПВ та порушенням сну, порушенням функції імунітету, системним запаленням, психосоматичними захворюваннями, порушеннями адаптації, тяжкими наслідками щодо серцево-судинних захворювань, нездоровим способом життя, що вказує на масштабний вплив СПВ на здоров'я особи (Іванчук, А.О. та ін., 2020; Меламед, С. та ін., 2006; Пріб, Г. та ін., 2019). Відповідно до положень МКХ-11 синдром професійного вигорання (код – QD85) трактується як синдром, що концептуалізується як результат впливу хронічного стресу саме на робочому місці, із яким індивіду не вдалось успішно впоратись, відповідно характеризується 3 ознаками: а) почуття втрати енергії чи виснаження; б) збільшення ментального дистанціювання щодо роботи чи

наявне почуття негативізму або навіть цинізму щодо роботи; в) почуття неефективності й нестачі досягнень (МКХ-11, 2019).

Мета дослідження полягала в удосконаленні заходів профілактики на основі вивчення факторів ризику розвитку синдрому професійного вигорання у лікарів загальної практики – сімейних лікарів шляхом модифікації способу життя та оптимізації умов праці.

Задля досягнення поставленої мети нами були поставлені наступні завдання: вивчити фактори серцево-судинного ризику у лікарів загальної практики – сімейних лікарів та їх вплив на виникнення синдрому професійного вигорання; проаналізувати біопсихосоціальні чинники синдрому професійного вигорання у лікарів загальної практики – сімейних лікарів на індивідуальному рівні в межах родини та організаційні чинники всередині робочого колективу; дослідити взаємозв'язок між психологічними чинниками, якістю життя та синдромом професійного вигорання у лікарів загальної практики – сімейних лікарів; провести порівняльну оцінку вагомості виявлених факторів ризику розвитку синдрому професійного вигорання щодо оптимізації заходів профілактики; розробити групи заходів профілактики синдрому професійного вигорання відповідно до порівняльної оцінки вагомості виявлених факторів ризику.

Об'єкт дослідження – синдром професійного вигорання у лікарів загальної практики – сімейних лікарів.

Предмет дослідження – фактори серцево-судинного ризику у лікарів загальної практики – сімейних лікарів із синдромом професійного вигорання.

У дослідженні брали участь 263 лікарів загальної практики – сімейних лікарів, 237 (90,11%) жінок й 26 (9,89%) чоловіків, віком від 24 до 69 років (середній вік яких становив  $46,51 \pm 12,58$  років). Основну групу склали 199 (75,67%) лікарів загальної практики – сімейних лікарів із наявними ознаками синдрому професійного вигорання (профілі СПВ: 61 особа (23,19%) – вигорівший, 63 особи (23,95%) – перенапружений, 68 осіб (25,87%) – неефективний, 7 осіб (2,66%) – незалучений), середній вік  $46,34 \pm 12,98$  років,

натомість групу порівняння складали 64 лікарів ЗПСЛ без ознак синдрому професійного вигорання (профіль залучений мали 64 особи (24,33%), середній вік  $47,02 \pm 11,31$  років, що визначався за допомогою україномовної версії опитувальника Maslach Burnout Inventory Human Service Survey (MBI-HSS) (Maslach C. et al, 2018) щодо виявлення синдрому професійного вигорання, на використання якої нами була отримана ліцензія ([www.mindgarden.com](http://www.mindgarden.com)).

Здійснення обстежень було проведено відповідно до чинного законодавства України й положень Гельсінської декларації ВМА «Етичні принципи медичних досліджень за участю людини у якості об'єкта дослідження» (WMA Declaration of Helsinki, 1964). Усіх респондентів було ознайомлено із метою, завданнями, методами дослідження, а також отримано добровільну згоду щодо участі у дослідженні у формі підписаної інформованої згоди.

З усіма лікарями ЗПСЛ було проведене напівструктуроване інтерв'ю щодо вивчення анамнестичних особливостей життя й здоров'я респондентів, зокрема спектру факторів серцево-судинного ризику, біопсихосоціальних та організаційних чинників, антропометричні вимірювання, виявлення показників ліпідного спектру крові, глюкози крові натще, проводився вимір АТ, ЧСС, анкетування за допомогою україномовної версії опитувальника Maslach Burnout Inventory Human Service Survey (MBI-HSS) (Маслач К. та ін, 2018) щодо виявлення синдрому професійного вигорання, тесту щодо оцінки розладів пов'язаних із вживанням алкоголю AUDIT, розрахунок інтенсивності паління у вигляді показника пачко-роки, шкала оцінки якості життя (CQLS), оцінка загального 10-річного ризику розвитку СС подій за допомогою шкали SCORE2, шкала депресії А. Бека, чотирьохвимірний анкета симптомів (4DSQ), Пітсбурський опитувальник якості сну (PSQI).

Задля вирішення поставленого нами завдання нами було вивчено фактори серцево-судинного ризику у лікарів загальної практики – сімейних лікарів та їх вплив на виникнення синдрому професійного вигорання. В результаті проведеного дослідження нами було виявлено, що найбільш

значимими факторами серцево-судинного ризику, що асоціювались із підвищенням ризику синдрому професійного вигорання були наступні: ІМТ більше  $25 \text{ кг/м}^2$  (OR=1,96, 95% CI: 1,11–3,47;  $p=0,020$ ), вік до 35 років (OR=2,39, 95% CI: 1,11–5,17;  $p=0,023$ ), вживання нездорової їжі (OR=2,85, 95% CI: 1,0–8,39;  $p=0,048$ ), недостатній рівень фізичної активності (OR=2,09, 95% CI: 1,18–3,70;  $p=0,011$ ), високий та дуже високий серцево-судинний ризик за шкалою SCORE2 (OR=2,76, 95% CI: 1,41–5,41;  $p=0,003$ ), систолічний артеріальний тиск більше 140 мм.рт.ст. (OR=5,08, 95% CI: 1,17–21,94;  $p=0,017$ ), тахікардія (OR=2,07, 95% CI: 1,15–3,74;  $p=0,015$ ), абдомінальний тип ожиріння (OR=2,33, 95% CI: 1,24–4,38;  $p=0,008$ ).

Також нами було проаналізовано біопсихосоціальні чинники синдрому професійного вигорання у лікарів загальної практики – сімейних лікарів на індивідуальному рівні в межах родини та організаційні чинники всередині робочого колективу задля вирішення поставленого нами завдання. В ході проведеного дослідження нами було виявлено, що найбільш значимими біопсихосоціальними чинниками, що асоціювались із підвищенням ризику СПВ були наступні: наявність хвороб системи кровообігу (OR=2,02, 95% CI: 1,06–3,85;  $p=0,031$ ) та органів дихання (OR=4,51, 95% CI: 1,56–13,07;  $p=0,003$ ), негативна самооцінка стану здоров'я (OR=3,83, 95% CI: 1,56–9,38;  $p=0,002$ ), негативний вплив СПВ на особисті відносини (OR=5,14, 95% CI: 2,23–11,85;  $p=0,000$ ), недостатня підтримка родини (OR=2,43, 95% CI: 1,10–6,04;  $p=0,049$ ), проблеми, пов'язані із відносинами партнерів або подружжям (OR=5,50, 95% CI: 1,28–23,71;  $p=0,011$ ), незадоволеність балансом життя-робота (OR=7,04, 95% CI: 1,1–53,53;  $p=0,029$ ), самоізоляція (OR=2,81, 95% CI: 1,26–6,27;  $p=0,009$ ), перевтома (OR=2,63, 95% CI: 1,39–4,98;  $p=0,002$ ), недостатність розслаблення й відпочинку (OR=2,30, 95% CI: 1,16–4,58;  $p=0,015$ ), відчуття незадоволеності (OR=2,79, 95% CI: 1,49–5,18;  $p=0,000$ ), підвищена пітливість (OR=2,07, 95% CI: 1,15–3,74;  $p=0,015$ ), відчуття нестачі повітря (OR=2,51, 95% CI: 1,26–5,01;  $p=0,008$ ).

Натомість найбільш значимими організаційними чинниками, що асоціювались із підвищенням ризику СПВ у лікарів ЗПСЛ були наступні чинники, а саме: понад 50 годин роботи на тиждень (OR=3,75, 95% CI: 1,11–12,72; p=0,024), надмірне адміністрування робочого процесу (OR=2,54, 95% CI: 1,37–4,71; p=0,003), багато «важких» пацієнтів (OR=3,15, 95% CI: 1,56–6,35; p=0,001), відсутність поваги з боку адміністрації (OR=3,07, 95% CI: 1,69–5,60; p=0,000) та пацієнтів (OR=3,08, 95% CI: 1,71–5,53; p=0,000), стаж роботи менше 20 років (OR=1,93, 95% CI: 1,06–3,55; p=0,021), відчуття неповної професійної реалізації (OR=2,37, 95% CI: 1,19–4,64; p=0,006), потреба у зменшенні професійного навантаження (OR=2,62, 95% CI: 1,25–5,47; p=0,009), відчуття себе як «білка у колесі» (OR=2,99, 95% CI: 1,49–6,01; p=0,001), напружений графік роботи (OR=2,28, 95% CI: 1,23–4,25; p=0,008), недостатність соціального страхування та підтримання добробуту (OR=1,78, 95% CI: 1,00–3,16; p=0,048).

Зокрема нами було досліджено взаємозв'язок між психологічними чинниками, якістю життя та синдромом професійного вигорання у лікарів загальної практики – сімейних лікарів задля вирішення поставленого нами завдання. В ході проведеного дослідження нами було виявлено, що найбільш значимими психологічними чинниками та показниками якості життя, що асоціювались із підвищенням ризику СПВ були наступні, а саме: наявність за шкалою 4DSQ помірного та високого рівня дистресу (OR=2,00, 95% CI: 1,13–3,53; p=0,016), депресії (OR=2,45, 95% CI: 1,04–5,74; p=0,035), тривоги (OR=2,12, 95% CI: 1,18–3,79; p=0,011), соматизації (OR=2,33, 95% CI: 1,27–4,30; p=0,006); вираженої та важкої депресії (OR=4,14, 95% CI: 1,32–13,01; p=0,010) за шкалою депресії А.Бека; CQLS - незадовільної якості життя (OR=2,54, 95% CI: 1,35–4,79; p=0,003); PSQI- порушення сну (OR=2,34, 95% CI: 1,14–4,83; p=0,019); а також наявності відчуття (за шкалою 4DSQ) безпричинного страху (OR=1,79, 95% CI: 1,00–3,19; p=0,047), страху незрозумілого походження (OR=3,35, 95% CI: 1,78–6,30; p=0,000), журби (OR=1,96, 95% CI: 1,11–3,47; p=0,020), байдужості до оточуючого (OR=3,04, 95% CI: 1,60–5,78; p=0,000), відсутності сенсу будь-чого (OR=3,48, 95% CI:

1,67–7,24;  $p=0,001$ ), неможливості щось робити ( $OR=5,99$ , 95% CI: 2,30–15,63;  $p=0,000$ ), відсутності зацікавленості у людях й речах ( $OR=11,25$ , 95% CI: 2,66–47,63;  $p=0,000$ ), відчуття, що більше не справляєтеся ( $OR=16,09$ , 95% CI: 3,82–67,80;  $p=0,000$ ), зацикленості мислення ( $OR=1,84$ , 95% CI: 1,04–3,26;  $p=0,034$ ), відчуття невідомої небезпеки ( $OR=2,45$ , 95% CI: 1,27–4,73;  $p=0,006$ ), негативного погляду на події ( $OR=2,34$ , 95% CI: 1,31–4,19;  $p=0,004$ ). Також було виявлено позитивний кореляційний зв'язок середньої сили між емоційним виснаженням та результатом за шкалою дистресу за анкетною 4DSQ ( $r = 0,521$ ;  $p = 0,000$ ), результатом за шкалою депресії за анкетною 4DSQ ( $r = 0,455$ ;  $p = 0,000$ ), результатом за шкалою депресії А.Бека ( $r = 0,415$ ;  $p = 0,000$ ), результатом за шкалою тривоги за анкетною 4DSQ ( $r = 0,363$ ;  $p = 0,000$ ), результатом за шкалою соматизації за анкетною 4DSQ ( $r = 0,399$ ;  $p = 0,000$ ), прямий кореляційний зв'язок середньої сили між деперсоналізацією та результатом за шкалою дистресу (4DSQ) ( $r = 0,427$ ;  $p = 0,000$ ), результатом за шкалою депресії за анкетною 4DSQ ( $r = 0,361$ ;  $p = 0,000$ ), результатом за шкалою тривоги (4DSQ) ( $r = 0,301$ ;  $p = 0,000$ ). Зокрема було зафіксовано негативний кореляційний зв'язок середньої сили між емоційним виснаженням і якістю життя ( $r = - 0,406$ ;  $p = 0,000$ ).

Варто також наголосити, що в ході проведеного дослідження нами була здійснена порівняльна оцінка вагомості виявлених факторів ризику розвитку СПВ щодо оптимізації заходів профілактики, відповідно виявлені фактори ризику синдрому професійного вигорання ми ранжували за силою впливу на ймовірність розвитку СПВ, задля вирішення поставленого нами завдання – провести порівняльну оцінку вагомості виявлених факторів ризику розвитку синдрому професійного вигорання щодо оптимізації заходів профілактики. А саме: незадоволеність балансом життя-робота (ранг 1), проблеми, пов'язані із взаємовідносинами подружжя або партнерів (ранг 2), систолічний артеріальний тиск більше 140 мм.рт.ст. (ранг 3), наявність захворювань органів дихання (ранг 4), негативна самооцінка стану здоров'я (ранг 5), понад 50 годин роботи на тиждень (ранг 6), багато «важких» пацієнтів (ранг 7), відчуття себе наче «білка

в колесі» (ранг 8), вживання нездорової їжі (ранг 9), високий і дуже високий серцево-судинний ризик за шкалою SCORE2 (ранг 10), надмірне адміністрування робочого процесу (ранг 11), незадовільний рівень якості життя (ранг 12), депресія (ранг 13), порушення сну (ранг 14), соматизація (ранг 15), тривога (ранг 16), недостатній рівень фізичної активності (ранг 17), дистрес (ранг 18), ІМТ більше 25 кг/м<sup>2</sup> (ранг 19).

Відповідно до виявлених значущих 19 рангів факторів ризику розвитку СПВ розроблено групи заходів профілактики синдрому професійного вигорання, окремі елементи яких, включали в себе різну питому вагу компонентів модифікації способу життя та оптимізації умов праці.

Простота та доступність використаних в роботі методик для комплексної діагностики СПВ доводить доцільність їх застосування в реальній клінічній практиці не лише для дослідження медичних працівників, але й для населення України зокрема, наприклад в амбулаторних умовах лікарем ЗПСЛ або медичним працівником іншої спеціальності.

За характером і змістом дослідження дисертаційна робота є першою в Україні всебічною комплексною науково-дослідною працею, яка присвячена дослідженню факторів серцево-судинного ризику в контексті синдрому професійного вигорання у лікарів загальної практики – сімейних лікарів. Конкретний внесок здобувача в наукове розроблення означеної проблеми полягає у виявленні взаємозв'язку між факторами серцево-судинного ризику, біопсихосоціальними, організаційними, психологічними чинниками, якістю життя та синдромом професійного вигорання у лікарів загальної практики – сімейних лікарів, а також проведенні порівняльної оцінки вагомості виявлених факторів ризику розвитку синдрому професійного вигорання щодо оптимізації заходів профілактики та розробці груп заходів профілактики синдрому професійного вигорання відповідно до порівняльної оцінки вагомості виявлених факторів ризику.

**Ключові слова:** синдром емоційного/професійного вигорання, артеріальна гіпертензія, тривога, депресія, фактори ризику, серцево-судинні



захворювання, хронічні неінфекційні захворювання, коморбідність, порушення сну, стрес, емоційна виснаженість, розлад адаптації, психосоматичні захворювання, надмірна маса тіла, ожиріння.

## SUMMARY

*Botiakova V.V.* Cardiovascular risk factors in family doctors with burnout syndrome. – Qualification scientific work as the manuscript.

The dissertation for obtaining the degree of Doctor of Philosophy (PhD) in the field of knowledge 22 "Health care", specialty 222 – Medicine - O. Bogomolets National Medical University, the Ministry of Health of Ukraine. - Kyiv, 2023.

Noncommunicable diseases (hereinafter - NCDs) cause 41 million deaths each year, that are 74% of all deaths worldwide, including 17 million deaths from NCDs each year under the age of 70 (WHO, 2022). Among all NCD deaths, 77% occur in low- & middle-income countries, that makes the level of cardiovascular diseases' death the highest among NCDs (17.9 million deaths annually (WHO, 2022). The modification of cardiovascular risk factors makes it possible to significantly reduce cardiovascular morbidity, as well as mortality in persons with already diagnosed and/or undetected CVDs (Katerenchuk, I.P., Tsyganenko, I.V., 2017). It should be mentioned, that scientists also provide confirmation of the existence of a relationship between burnout syndrome and sleep disorders, impaired immune function, systemic inflammation, psychosomatic diseases, mental adaptation disorders, severe consequences for cardiovascular diseases, and unhealthy lifestyles, that indicate a large-scale impact of burnout syndrome on a person's health (Ivanchuk, A.O. et al., 2020; Melamed, S. et al., 2006; Prib, H. et al., 2019). According to the ICD-11, burnout syndrome (code – QD85) is interpreted as a syndrome conceptualized as the result of exposure to chronic stress at the workplace, with which the individual could not successfully cope, and is characterized by 3 signs: a) feeling of loss of energy or exhaustion; b) increased mental distancing in

relation to work or an existing feeling of negativism or even cynicism in relation to work; c) a sense of inefficiency and a lack of accomplishment (ICD-11, 2019).

The purpose of the study was to improve preventive measures of burnout syndrome by modification of lifestyle and optimization of working conditions based on the study of risk factors of burnout syndrome development in family doctors.

In order to achieve the purpose of the study, we set the following tasks: to study cardiovascular risk factors in family doctors and their influence on the formation of burnout syndrome; to analyze the biopsychosocial factors of burnout syndrome among family doctors at the individual level within the family and analyze organizational factors within the work team; to study the relationship between psychological factors, quality of life and burnout syndrome among family doctors; carry out a comparative assessment of the importance of the identified risk factors of the development of burnout syndrome regarding the optimization of prevention measures; to develop groups of preventive measures of burnout syndrome in accordance with a comparative assessment of the importance of the identified risk factors.

The object of the research is burnout syndrome in family doctors.

The subject of the study is cardiovascular risk factors in family doctors with burnout syndrome.

263 family doctors, 237 (90.11%) women and 26 (9.89%) men, aged from 24 to 69 years (the average age of which was  $46.51 \pm 12.58$  years) participated in the study. The main group consisted of 199 (75.67%) family doctors with signs of burnout syndrome (burnout syndrome profiles: 61 individuals (23.19%) – burnout, 63 individuals (23.95%) - overextended, 68 individuals (25.87%) - ineffective, 7 individuals (2.66%) - disengaged), average age  $46.34 \pm 12.98$  years, whereas, the comparison group consisted of 64 family doctors without signs of burnout syndrome (64 individuals (24.33%) had the engaged profile), the average age was  $47.02 \pm 11.31$  years, burnout syndrome was determined using the Ukrainian-language version of the Maslach Burnout Inventory Human Service Survey (MBI-HSS) (Maslach C. et al,

2018) for the detection of burnout syndrome on which we had license ([www.mindgarden.com](http://www.mindgarden.com)).

Examinations were carried out in accordance with the current legislation of Ukraine and the provisions of the WMA Declaration of Helsinki "Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects" (WMA Declaration of Helsinki, 1964). All respondents were familiarized with the purpose, tasks, and methods of the study, and voluntarily signed consent to participate in the study.

A semi-structured interview was conducted with all family doctors to study the spectrum of cardiovascular risk factors, biopsychosocial and organizational factors, anthropometric measurements were performed; detection of indicators of the blood lipid spectrum, fasting blood glucose, blood pressure, and heart rate were performed; questionnaires using the Ukrainian version of the Maslach Burnout Inventory Human Service Survey (MBI-HSS) (Maslach K. et al., 2018) on the detection of burnout syndrome, Alcohol Use Disorders Identification Test, calculation of smoking intensity as a pack-years index, Chaban Quality of Life Scale (CQLS), evaluation of the overall 10-years risk of developing CVD events using the SCORE2 scale, the Beck Depression Inventory, Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ), Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) were conducted.

In order to solve our task, we studied the cardiovascular risk factors in family doctors and their influence on the formation of burnout syndrome. As a result of the study, we found that the most significant cardiovascular risk factors associated with an increased risk of burnout syndrome were the following: BMI more than 25 kg/m<sup>2</sup> (OR=1.96, 95% CI: 1.11–3.47; p=0.020), age under 35 years (OR=2.39, 95% CI: 1.11–5.17; p=0.023), consumption of unhealthy food (OR=2.85, 95% CI: 1.0–8.39; p=0.048), insufficient level of physical activity (OR=2.09, 95% CI: 1.18–3.70; p=0.011), high and very high cardiovascular risk according to the SCORE2 scale (OR=2.76, 95% CI: 1.41–5.41; p=0.003), systolic blood pressure greater than 140 mmHg (OR=5.08, 95% CI: 1.17–21.94; p=0.017), tachycardia (OR=2.07, 95% CI: 1.15–3.74; p=0.015), abdominal type of obesity (OR=2.33, 95% CI: 1.24–4.38; p=0.008).

We also conducted an analysis of the biopsychosocial factors of burnout syndrome among family doctors at the individual level within the family and analyzed the organizational factors within the work team, in order to solve the task set by us. In the result of the study, we found that the most significant biopsychosocial factors that associated with an increased risk of burnout syndrome were the following: the presence of diseases of the circulatory system (OR=2.02, 95% CI: 1.06–3.85; p=0.031) and respiratory organs (OR=4.51, 95% CI: 1.56–13.07; p=0.003), negative individual self-assessment of health status (OR=3.83, 95% CI: 1.56–9.38; p=0.002), negative impact of burnout syndrome on personal relationships (OR=5.14, 95% CI: 2.23– 11.85; p=0.000), insufficient family support (OR=2.43, 95% CI: 1.10–6.04; p=0.049), problems related to partner or spouse relationships (OR=5.50, 95% CI: 1.28–23.71; p=0.011), dissatisfaction with work-life balance (OR=7.04, 95% CI: 1.1–53.53; p=0.029), self-isolation (OR=2.81, 95% CI: 1.26–6.27; p=0.009), fatigue (OR=2.63, 95% CI: 1.39–4.98; p=0.002), insufficiency relaxation and rest (OR=2.30, 95% CI: 1.16–4.58; p=0.015), feeling dissatisfied (OR=2.79, 95% CI: 1.49–5.18; p= 0.000), increased sweating (OR=2.07, 95% CI: 1.15–3.74; p=0.015), feeling shortness of breath (OR=2.51, 95% CI: 1.26–5.01 ; p=0.008).

Moreover, the most significant organizational factors that associated with an increased risk of burnout syndrome among family doctors were the following: more than 50 hours of work per week (OR=3.75, 95% CI: 1.11–12.72; p=0.024), excessive workflow administration (OR=2.54, 95% CI: 1.37–4.71; p=0.003), a lot of “difficult” patients (OR=3.15, 95% CI: 1.56– 6.35; p=0.001), lack of respect from administration (OR=3.07, 95% CI: 1.69–5.60; p=0.000) and from patients (OR=3.08, 95% CI: 1.71–5.53; p=0.000), less than 20 years of work experience (OR=1.93, 95% CI: 1.06–3.55; p=0.021), feeling of incomplete professional fulfillment (OR=2.37, 95% CI: 1.19–4.64; p=0.006), the need to reduce professional workload (OR=2.62, 95% CI: 1.25–5.47; p=0.009), feeling like a "cog in a wheel" (OR=2.99, 95% CI: 1.49–6.01; p=0.001), busy work schedule (OR=2.28, 95% CI: 1.23–4.25; p=0.008),

insufficient social insurance & welfare support (OR=1.78, 95% CI: 1.00–3.16;  $p=0.048$ ).

In particular, we studied the relationship between psychological factors, quality of life and burnout syndrome among family doctors in order to solve the task we set. In the result of the research, we found that the most significant psychological factors and components of quality of life that associated with an increased risk of burnout syndrome were the following, namely: the presence of a moderate and high level of distress on the 4DSQ scale (OR=2.00, 95% CI: 1.13–3.53;  $p=0.016$ ), depression (OR=2.45, 95% CI: 1.04–5.74;  $p=0.035$ ), anxiety (OR=2.12, 95% CI: 1.18–3.79;  $p=0.011$ ), somatization (OR=2.33, 95% CI: 1.27–4.30;  $p=0.006$ ); moderate and severe depression (OR=4.14, 95% CI: 1.32–13.01;  $p=0.010$ ) according to Beck's Depression Inventory; CQLS – unsatisfactory level of quality of life (OR=2.54, 95% CI: 1.35–4.79;  $p=0.003$ ); PSQI - sleep disturbance (OR=2.34, 95% CI: 1.14–4.83;  $p=0.019$ ); as well as the presence of a feeling (according to the 4DSQ scale) of sudden shock of no reason (OR=1.79, 95% CI: 1.00–3.19;  $p=0.047$ ), indefinable feeling of fear (OR=3.35, 95% CI: 1.78–6.30;  $p=0.000$ ), sadness (OR=1.96, 95% CI: 1.11–3.47;  $p=0.020$ ), indifference to others (OR=3.04, 95% CI: 1.60–5.78;  $p=0.000$ ), lack of meaning in anything (OR=3.48, 95% CI: 1.67–7.24;  $p=0.001$ ), inability to do something (OR=5.99, 95% CI: 2.30–15.63;  $p=0.000$ ), lack of interest in people and things (OR=11.25, 95% CI: 2.66–47.63;  $p=0.000$ ), feeling that you are no longer able to cope (OR=16.09, 95% CI: 3.82–67.80;  $p=0.000$ ), obsessive thinking (OR=1.84, 95% CI: 1.04–3.26;  $p=0.034$ ), feeling of unknown danger (OR=2.45, 95% CI: 1.27–4.73;  $p=0.006$ ), negative view of events (OR=2.34, 95% CI: 1.31–4.19;  $p=0.004$ ). A positive correlation of medium strength was found between emotional exhaustion and the result of the distress scale of the 4DSQ ( $r = 0.521$ ;  $p = 0.000$ ), the result of the depression scale of the 4DSQ ( $r = 0.455$ ;  $p = 0.000$ ), the result of depression scale of Beck's Depression Inventory ( $r = 0.415$ ;  $p = 0.000$ ), the result of anxiety scale of the 4DSQ ( $r = 0.363$ ;  $p = 0.000$ ), the result of the somatization scale of the 4DSQ ( $r = 0.399$ ;  $p = 0.000$ ), direct correlation of medium strength was found between depersonalization and the score on the distress scale (4DSQ) ( $r = 0.427$ ;  $p =$

0.000), the score on the depression scale on the 4DSQ ( $r = 0.361$ ;  $p = 0.000$ ), the score on the anxiety scale (4DSQ) ( $r = 0.301$ ;  $p = 0.000$ ). In particular, a negative correlation of medium strength was identified between emotional exhaustion and quality of life ( $r = -0.406$ ;  $p = 0.000$ ).

In the course of the conducted research, we carried out a comparative assessment of the importance of the identified risk factors for the development of burnout syndrome regarding the optimization of prevention measures of burnout syndrome. We ranked the identified risk factors of burnout syndrome according to the strength of their influence on the probability of the development of burnout syndrome, in order to solve the task set by us - carry out a comparative assessment of the importance of the identified risk factors of the development of burnout syndrome regarding the optimization of prevention measures. Namely: dissatisfaction with work-life balance (rank 1), problems related to partner or spouse relationships (rank 2), systolic blood pressure greater than 140 mmHg (rank 3), presence of respiratory diseases (rank 4), negative individual self-assessment of health status (rank 5), more than 50 hours of work per week (rank 6), many "difficult" patients (rank 7), feeling like a "cog in the wheel" (rank 8), consumption of unhealthy food (rank 9), high and very high cardiovascular risk according to the SCORE2 scale (rank 10), excessive workflow administration (rank 11), unsatisfactory level of quality of life (rank 12), depression (rank 13), sleep disturbances (rank 14), somatization (rank 15), anxiety (rank 16), insufficient level of physical activity (rank 17), distress (rank 18), BMI more than 25 kg/m<sup>2</sup> (rank 19).

In accordance with the identified 19 significant ranks of risk factors for the development of burnout syndrome, groups of preventive measures to the burnout syndrome were developed, the individual elements of which included different specific weights of the components of lifestyle modification and optimization of working conditions.

The simplicity and accessibility of the methods used in the study for the complex diagnosis of burnout syndrome prove the feasibility of their use in real clinical practice not only for the study of medical workers, but also for the population

of Ukraine in particular, for example, in outpatient settings by a family physician or a medical worker of another specialty.

According to the nature and content of the research, the dissertation is the first comprehensive research in Ukraine, which is devoted to the study of cardiovascular risk factors in the context of burnout syndrome among family doctors. The author's specific contribution to the scientific development of the specified problem consists in identifying the relationship between cardiovascular risk factors, biopsychosocial, organizational, psychological factors, quality of life and burnout syndrome in family doctors, as well as carrying out a comparative assessment of the importance of the identified risk factors of the development of burnout syndrome regarding the optimization of prevention measures and development of groups of preventive measures of burnout syndrome in accordance with a comparative assessment of the importance of the identified risk factors.

**Keywords:** emotional/professional burnout syndrome, arterial hypertension, anxiety, depression, risk factors, cardiovascular diseases, chronic non-communicable diseases, comorbidity, sleep disorders, stress, emotional exhaustion, mental adaptation disorders, psychosomatic diseases, overweight, obesity/adiposity.

## **СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ**

*в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:*

1. Botiakova, V. (2023). Current State of Burnout Syndrome Frequency in European Medical Professionals. *Сучасна медицина, фармація та психологічне здоров'я*, (1(10), 18-25. <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2023-1-2>.

2. Botiakova, V. (2023). Prevalence of Burnout Syndrome in Healthcare Workers in North and South America, and Asia from 2018 to 2022. *Art of Medicine*, 26(2), 205-213. <https://doi.org/10.21802/artm.2023.2.26.205>.

3. Botiakova, V. (2023). Prevalence of Burnout Syndrome among Medical Professionals in Ukraine from 2018 to 2022. *Art of Medicine*, 25(1), 92-100. <https://doi.org/10.21802/artm.2023.1.25.92>.

4. Botiakova, V. (2023). The Relationship Between Burnout Syndrome, Quality of Life and Cardiovascular Risk Factors in Family Doctors. *Перспективи та інновації науки*, 13(31), 611-630. [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-13\(31\)-611-631](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-13(31)-611-631).

5. Botiakova, V. (2023). The Dependence Analysis of Burnout Syndrome on Adiposity as Cardiovascular Risk Factor, Depression, Anxiety, Somatization and Distress among Family Doctors. *Перспективи та інновації науки*, 15(33), 952-963. [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-15\(33\)-952-963](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-15(33)-952-963).

*які засвідчують апробацію матеріалів дисертаційної роботи:*

6. Botiakova, V.V. (2021). Das Burnout-Syndrom und Seine Entstehung. *The European Journal of Biomedical and Life Sciences*, (3), 3-8. <https://doi.org/10.29013/elbls-21-3-3-8>

7. Botiakova, V. (2023). Bewertung Kardiovaskulärer Risikofaktoren: Alter, Blutdruck, Score2-Skala Zur Entwicklung Eines Burnout-Syndroms Bei Allgemeinmediziner – Hausärzten. *Conference Proceedings of the IX International Scientific and Practical Conference "Promising ways of information technology development"* (C. 143-145). Bilbao, Spain: The European Conference.

8. Botiakova, V. (2023). Zusammenhang Zwischen Burnout-Syndrom, Kardiovaskulären Risikofaktoren Und Lebensqualität Bei Allgemeinen Ärzten – Hausärzten. *Proceedings of the II International Scientific and Practical Conference «Young scientists and methods of improving modern theories»* (C. 96-100). Milan: International Science Group.

9. Botiakova, V. (2023). Practical Recommendations on the Optimization of Preventive Measures of Burnout Syndrome Risk Factors Development among Family Doctors of Ukraine. *Conference Proceedings of the II International Scientific and Practical Conference «Creation of new ideas of learning in modern conditions»* (C. 109-110). Bordeaux, France: The European Conference.

10. Botiakova V.V. (2023). Causative Factors of Burnout Syndrome among Medical Professionals. *Тези доповідей 92-ої науково-практичної конференції студентів та молодих вчених із міжнародною участю «Інновації в медицині та*



фармації» (С. 180-181). Івано-Франківськ : Івано-Франківський національний медичний університет.

11. Botiakova, V.V. (2022). The impact of war on burnout syndrome among medical professionals. *Чорноморські наукові студії: матеріали VIII Всеукраїнської мультидисциплінарної конференції* (С. 253-256). Одеса: Міжнародний гуманітарний університет.

12. Botiakova, V. (2022). Modelle des Burnout-Syndroms bei Medizinischem Personal. *Integration of scientific and modern ideas into practice: Proceedings of the VIII International Scientific and Practical Conference* (С. 353-356). Stockholm: International Science Group. DOI: 10.46299/ISG.2022.2.8.

13. Botiakova, V.V. (2021). Burnout Syndrome Takes Over the World. In: Koenig L (Editor), *Proceedings of the 11<sup>th</sup> International conference Science and society – Methods and problems of practical application* (С. 29-31). Vancouver: Accent Graphics Communications & Publishing.

14. Botiakova, V.V. (2019). The Definition of Burnout and its Origins. In: Hong Han (Editor), *Proceedings of the 6<sup>th</sup> International Conference Innovations and Development Patterns in Technical and Natural Sciences* (С. 36-40). Vienna: Premier Publishing s.r.o.

## ЗМІСТ

<b>ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ.....</b>	<b>20</b>
<b>ВСТУП.....</b>	<b>22</b>
<b>РОЗДІЛ 1. СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ СИНДРОМУ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ В УКРАЇНІ ТА СВІТІ.....</b>	<b>30</b>
1.1. Теоретико-методологічні та практичні аспекти синдрому професійного вигорання в сучасному світі.....	30
1.2. Теоретико-методологічні та практичні аспекти факторів серцево-судинного ризику у медичних працівників.....	50
1.3. Невирішені питання щодо факторів серцево-судинного ризику у лікарів загальної практики – сімейних лікарів із синдромом професійного вигорання.....	61
<b>РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ Й МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....</b>	<b>64</b>
2.1. Дизайн та методи дослідження.....	64
2.2. Загальна характеристика досліджуваних.....	75
<b>РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНИХ ТА КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНИХ ХАРАКТЕРИСТИК, ОРГАНІЗАЦІЙНИХ ТА ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ СИНДРОМУ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ У ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ.....</b>	<b>79</b>
3.1. Основні соціально-демографічні та клініко-анамнестичні характеристики досліджуваного контингенту.....	79
3.2. Аналіз організаційних та психологічних чинників синдрому професійного вигорання у лікарів загальної практики – сімейних лікарів.....	88
<b>РОЗДІЛ 4. АНАЛІЗ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ФАКТОРІВ СЕРЦЕВО-СУДИННОГО РИЗИКУ, БІОПСИХОСОЦІАЛЬНИХ, ОРГАНІЗАЦІЙНИХ, ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ, ЯКОСТІ ЖИТТЯ ІЗ СИНДРОМОМ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ У ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ.....</b>	<b>101</b>

4.1. Вивчення факторів серцево-судинного ризику у взаємозв'язку із синдромом професійного вигорання у лікарів загальної практики – сімейних лікарів.....	101
4.2. Аналіз біопсихосоціальних, організаційних чинників у взаємозв'язку із синдромом професійного вигорання у лікарів загальної практики – сімейних лікарів.....	107
4.3. Дослідження психологічних чинників, якості життя у взаємозв'язку із синдромом професійного вигорання у лікарів загальної практики – сімейних лікарів.....	126
4.4. Порівняльна оцінка вагомості виявлених факторів ризику розвитку синдрому професійного вигорання щодо оптимізації заходів профілактики...	139
<b>РОЗДІЛ 5. АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ.....</b>	<b>144</b>
<b>ВИСНОВКИ.....</b>	<b>159</b>
<b>ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ.....</b>	<b>161</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....</b>	<b>163</b>
<b>ДОДАТКИ.....</b>	<b>204</b>

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

- АГ – артеріальна гіпертензія
- АССЗ – атеросклеротичні серцево-судинні захворювання
- АТ – артеріальний тиск
- ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я
- ГІМ – гострий інфаркт міокарду
- ГКС – гострий коронарний синдром
- ДАТ – діастолічний артеріальний тиск
- ЗОЗ – заклад охорони здоров'я
- ЗХС – загальний холестерин
- ІА – індекс атерогенності
- індекс ОТ/ОС – індекс обхват талії/обхват стегон
- ІМТ – індекс маси тіла
- МКХ-10 – Міжнародна класифікація хвороб 10 перегляду
- МКХ-11 – Міжнародна класифікація хвороб 11 перегляду
- МОЗ – Міністерство охорони здоров'я України
- НІЗ – неінфекційні захворювання
- САТ – систолічний артеріальний тиск
- СГХС – сімейна гіперхолестеринемія
- СПВ – синдром професійного вигорання
- ССЗ – серцево-судинні захворювання
- СС ризик – серцево-судинний ризик
- ТГ – тригліцериди
- ТІА – транзиторна ішемічна атака
- ХС ЛПВЩ – холестерин ліпопротеїдів високої щільності
- ХС ЛПДНЩ – холестерин ліпопротеїдів дуже низької щільності
- ХС ЛПНЩ – холестерин ліпопротеїдів низької щільності

ХС не-ЛПВЩ – холестерин не-ліпопротеїдів високої щільності

ХХН – хронічна хвороба нирок

ЦД – цукровий діабет

ЧСС – частота серцевих скорочень

4DSQ - The Four-Dimensional Symptom Questionnaire

AUDIT – Alcohol Use Disorders Identification Test

CQLS – Chaban’s Quality of Life Scale

DP – depersonalization

EE – emotional exhaustion

ESC – European Society of Cardiology

PA – personal accomplishment

PSQI - Pittsburgh Sleep Quality Index

SCORE2 – Systematic COronary Risk Evaluation 2

SCORE2-OP – Systematic COronary Risk Evaluation 2 for Older Persons

## ВСТУП

**Обґрунтування теми дослідження.** Неінфекційні захворювання щороку спричинюють смерть 41 мільйону осіб, що еквівалентно 74% усіх смертей у світі, зокрема щороку 17 мільйонів осіб помирають від НІЗ у віці до 70 років [155]. З усіх смертей від НІЗ 77% припадає на країни з низьким і середнім рівнем доходу, відповідно смертність від серцево-судинних захворювань найбільша поміж НІЗ, або складає 17,9 мільйона осіб щорічно, далі йдуть онкологічні захворювання (9,3 мільйона осіб), хронічні респіраторні захворювання (4,1 мільйона осіб) й цукровий діабет (2,0 мільйона осіб, включаючи смертність від захворювань нирок, спричинених цукровим діабетом), відповідно на дані чотири групи захворювань припадає понад 80% усіх передчасних смертей від НІЗ [155]. Відповідно до даних ВООЗ, паління тютюну є причиною понад 8 мільйонів смертей щороку (включаючи наслідки пасивного куріння), натомість 830 000 смертей щорічно можна пояснити недостатньою фізичною активністю [155]. Варто зазначити, що в Україні НІЗ є причиною не лише більше 80% втрачених років у осіб потенційного життя внаслідок передчасної інвалідності або/та смертності, але й майже «...90% всіх смертей з високим рівнем передчасної смертності» [258]. Близько 80% загальної частки померлих в Україні становить від хвороб системи кровообігу, органів дихання й новоутворень, зокрема дана ситуація також негативно впливає й на «...рівень середньої очікуваної тривалості життя...», що складає 72 роки (жінки – 76,3 роки, чоловіки – 66,3 роки) та є значно нижчим щодо тривалості життя інших європейських країн [258].

Слід наголосити на тому, що модифікація факторів СС ризику надає змогу суттєво знизити серцево-судинну захворюваність, а також смертність у осіб із вже діагностованими та/або невиявленими ССЗ [268, с. 145]. Відповідно фактори серцево-судинного ризику розділяють на модифіковані та немодифіковані [268, с. 146]. До останніх належать вік (із збільшенням віку, зростає СС ризик), стать, спадковість (наявність випадків передчасної смерті

щодо ССЗ чи розвитку ССЗ, а також перенесені аортокоронарне шунтування чи ангіопластика у родичів: жінки віком менше 65 років та чоловіки віком менше 55 років, наявність у родині гіперхолестеринемії) [268, с. 146]. Щодо основних модифікованих факторів СС ризику виділяють: підвищений АТ  $\geq 140/90$  мм.рт.ст., дисліпідемія, надлишкова маса тіла/ожиріння, недостатня фізична активність, паління тютюну (зокрема й пасивне), вживання алкоголю, нездорове харчування, тощо [268, с. 146; 250, с. 937; 155; 284, с. 154; 222; 258; 141, с. 422; 14, с. 1061; 71, с. 397; 110; 49; 226; 117; 127; 181; 245; 24; 199; 189; 185; 123; 83; 244; 51; 130; 184; 100; 219; 190; 16; 186; 86; 223; 188; 3; 209].

Варто звернути увагу на той факт, що наявність зв'язку між психосоціальними факторами й негативним прогнозом щодо перенесених серцево-судинних захворювань (наприклад, ГКС) було широко досліджено й підтверджено незалежно від наявності традиційних факторів СС ризику таких, як підвищений АТ, паління, дисліпідемія, зокрема наявність депресії й тривоги сприяють підвищенню смертності, захворюваності у осіб із ГКС [205]. Натомість СПВ пов'язане із більш несприятливими наслідками щодо серцево-судинних захворювань (зокрема ІМ), відповідно С.Меламед та ін. зазначають, що СПВ є більш значимим фактором ризику ніж традиційні фактори ризику СС, як ІМТ, дисліпідемія, паління, підвищений АТ [145, с. 327-331]. Науковці надають підтвердження щодо наявності зв'язку між СПВ й метаболічним синдромом, системним запаленням, порушенням сну, фізичною активністю [151, с. 477], депресією, тривогою [172, с. 84, 92-93], підвищеним АТ [224], порушенням функції імунітету, психосоматичними захворюваннями [97, с. 44], порушеннями адаптації [288], а також нездоровим способом життя, що вказує на масштабний вплив СПВ на здоров'я особи [145, с. 327]. Варто також підкреслити, що СПВ є предиктором поганої якості життя [109], а також довшого фізичного відновлення після перших епізодів ГКС [252]. Зокрема Х.С. Азфар та ін. встановили, що особи з ССЗ мають вищий ризик розвитку порушення сну та СПВ [22].

Відповідно до положень МКХ-11 синдром професійного вигорання (код – QD85) трактується як синдром, що концептуалізується як результат впливу хронічного стресу саме на робочому місці, із яким індивіду не вдалось успішно впоратись, відповідно характеризується 3 ознаками: а) почуття втрати енергії чи виснаження; б) збільшення ментального дистанціювання відносно роботи чи наявне почуття негативізму або навіть цинізму щодо роботи; в) почуття неефективності й нестачі досягнень [234]. Синдром професійного вигорання у медичних працівників (зокрема й лікарів ЗПСЛ) є достатньо поширеним явищем та зазвичай може мати негативні наслідки за рахунок неналежного надання медичної допомоги пацієнтам [68]. Відповідно до ч. 1 ст. 78 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 року № 2801-ХІІ [285] та Міжнародного кодексу медичної етики [232] медичні працівники (лікарі ЗПСЛ зокрема) зобов'язані надавати якісну, своєчасну, кваліфіковану медичну допомогу із повною моральною незалежністю, співчуттям та повагою щодо людської гідності пацієнтам. Слід наголосити, що ст. 3 Конституції України [270] проголошує, що життя й здоров'я будь-якої людини, зокрема й медичних працівників (відповідно й лікарів ЗПСЛ) є найвищою соціальною цінністю в державі.

В умовах сучасного суспільства наявні підвищені вимоги щодо кваліфікації спеціалістів (зокрема лікарів ЗПСЛ), а також їх продуктивності й якості надання медичної допомоги, зокрема означене можливо в результаті наявності професійної компетентності фахівця, його фізичного/психічного здоров'я та стресостійкості щодо формування негативних станів, що зумовлені характером праці [290, с. 123].

На сьогодні проблема щодо дослідження факторів серцево-судинного ризику в контексті синдрому професійного вигорання у лікарів загальної практики – сімейних лікарів не знайшла свого належно висвітлення. Усе означене вище є свідченням актуальності обраної нами теми дослідження.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.**  
Дослідження виконано в межах науково-дослідної роботи кафедри загальної



практики (сімейної медицини) Національного медичного університету імені О.О. Богомольця «Особливості організації роботи сімейного лікаря в сучасних умовах: від профілактичних програм до умов пандемії» (номер державної реєстрації 0121U108288).

**Мета дослідження:** удосконалення заходів профілактики на основі вивчення факторів ризику розвитку синдрому професійного вигорання у лікарів загальної практики – сімейних лікарів шляхом модифікації способу життя та оптимізації умов праці.

**Завдання дослідження:**

1. Вивчити фактори серцево-судинного ризику у лікарів загальної практики – сімейних лікарів та їх вплив на виникнення синдрому професійного вигорання.

2. Проаналізувати біопсихосоціальні чинники синдрому професійного вигорання у лікарів загальної практики – сімейних лікарів на індивідуальному рівні в межах родини та організаційні чинники всередині робочого колективу.

3. Дослідити взаємозв'язок між психологічними чинниками, якістю життя та синдромом професійного вигорання у лікарів загальної практики – сімейних лікарів.

4. Провести порівняльну оцінку вагомості виявлених факторів ризику розвитку синдрому професійного вигорання щодо оптимізації заходів профілактики.

5. Розробити групи заходів профілактики синдрому професійного вигорання відповідно до порівняльної оцінки вагомості виявлених факторів ризику.

*Об'єкт дослідження* – синдром професійного вигорання у лікарів загальної практики – сімейних лікарів.

*Предмет дослідження* – фактори серцево-судинного ризику у лікарів загальної практики – сімейних лікарів із синдромом професійного вигорання.

*Методи дослідження* – антропометричні, лабораторні, інструментальні, анамнестичні, психодіагностичні, статистичні.

**Наукова новизна одержаних результатів** полягає в тому, що за характером і змістом дослідження дисертаційна робота є першою в Україні комплексною науково-дослідною працею, яка присвячена дослідженню факторів серцево-судинного ризику в контексті синдрому професійного вигорання у лікарів загальної практики – сімейних лікарів.

Вперше в Україні проведено дослідження щодо виявлення взаємозв'язку між синдромом професійного вигорання у лікарів загальної практики – сімейних лікарів та біопсихосоціальними, організаційними, психологічними чинниками, факторами серцево-судинного ризику, а також якістю життя.

Зокрема найбільш значимими факторами серцево-судинного ризику, що асоціювались із підвищенням ризику синдрому професійного вигорання у лікарів ЗПСЛ були наступні: ІМТ більше  $25 \text{ кг/м}^2$ , вік до 35 років, вживання нездорової їжі, недостатній рівень фізичної активності, високий та дуже високий серцево-судинний ризик за шкалою SCORE2, систолічний артеріальний тиск більше 140 мм.рт.ст., тахікардія, абдомінальний тип ожиріння. Натомість найбільш значимими біопсихосоціальними чинниками, що асоціювались із підвищенням ризику СПВ були наступні: наявність хвороб системи кровообігу та органів дихання, перевтома, негативна самооцінка стану здоров'я, відчуття нестачі повітря, підвищена пітливість; негативний вплив СПВ на особисті відносини, недостатня підтримка родини, проблеми, пов'язані із відносинами партнерів або подружжям; незадоволеність балансом життя-робота, самоізоляція, недостатність розслаблення й відпочинку, відчуття незадоволеності. Відповідно найбільш значимими організаційними чинниками, що асоціювались із підвищенням ризику СПВ у лікарів ЗПСЛ були наступні чинники, а саме: понад 50 годин роботи на тиждень, надмірне адміністрування робочого процесу, багато «важких» пацієнтів, відсутність поваги з боку адміністрації та пацієнтів, стаж роботи менше 20 років, відчуття неповної професійної реалізації, потреба у зменшенні професійного навантаження, відчуття себе як «білка у колесі», напружений графік роботи, недостатність соціального страхування та підтримання добробуту. Відповідно найбільш

значимими психологічними чинниками та якістю життя, що асоціювались із підвищенням ризику СПВ були наступні, а саме: наявність за шкалою 4DSQ помірного та високого рівня дистресу, депресії, тривоги, соматизації; вираженої та важкої депресії за шкалою депресії А.Бека; незадовільної якості життя (CQLS); порушення сну (PSQI); а також наявності відчуття (за шкалою 4DSQ) безпричинного страху, страху незрозумілого походження, журби, байдужості до оточуючого, відсутності сенсу будь-чого, неможливості щось робити, відсутності зацікавленості у людях й речах, відчуття, що більше не справляєтеся, зацикленості мислення, відчуття невідомої небезпеки, негативного погляду на події.

Були ранжовані за силою впливу на ймовірність розвитку СПВ виявлені фактори ризику розвитку СПВ, зокрема фактори серцево-судинного ризику, біопсихосоціальні, організаційні, психологічні чинники, якість життя у лікарів ЗПСЛ в результаті здійсненої порівняльної оцінки їх вагомості щодо оптимізації заходів профілактики. Відповідно до виявлених значущих 19 рангів факторів ризику розвитку СПВ розроблено та впроваджено в практику групи заходів профілактики СПВ, окремі елементи яких, включали в себе різну питому вагу компонентів модифікації способу життя та оптимізації умов праці.

**Практичне значення отриманих результатів.** За результатами проведеного дослідження виявлено основні фактори ризику розвитку синдрому професійного вигорання у лікарів загальної практики – сімейних лікарів (значимі фактори серцево-судинного ризику, біопсихосоціальні, організаційні, психологічні чинники, якість життя), які слід в подальшому враховувати при діагностиці у досліджуваних із СПВ та задля розробки комплексних профілактичних напрямків реалізації заходів профілактики СПВ шляхом модифікації способу життя та оптимізації умов праці.

Простота та доступність використаних в роботі методик для комплексної діагностики СПВ доводить доцільність їх застосування в реальній клінічній практиці не лише для дослідження медичних працівників, але й для

населення України зокрема, наприклад в амбулаторних умовах лікарем ЗПСЛ або медичним працівником іншої спеціальності.

Сформульовані й аргументовані у дисертаційній роботі теоретичні положення, висновки, а також практичні рекомендації можуть бути використані задля удосконалення законодавства в сфері охорони здоров'я щодо означеної проблеми, зокрема й у лікувально-діагностичній роботі КНП «ЦПМСД №1» Шевченківського району м. Києва (акт впровадження результатів наукового дослідження у лікувально-діагностичну роботу КНП «ЦПМСД №1» Шевченківського району м. Києва від 23 жовтня 2023 року) та ТОВ «Превентклініка» (акт впровадження результатів наукового дослідження у лікувально-діагностичну роботу ТОВ «Превентклініка» від 23 жовтня 2023 року), у навчальному процесі кафедри загальної практики – сімейної медицини Національного медичного університету імені О.О.Богомольця й відповідно, як матеріал щодо викладання навчальних дисциплін «Основи психосоматики та психогенетики», «Загальна психологія», «Соціальна психологія», «Психологія особистості» (акт впровадження результатів наукового дослідження у навчальному процесі «Київський університет інтелектуальної власності та права» від 22 вересня 2023 року).

**Особистий внесок здобувача.** Дисертаційна робота є самостійним завершеним науковим дослідженням, виконаною на кафедрі загальної практики (сімейної медицини) Національного медичного університету імені О.О.Богомольця. Здобувачем особисто визначено мету, завдання й методи дослідження, здійснено огляд літературних джерел, а також теоретичний аналіз означеної проблеми, виконано відбір лікарів ЗПСЛ задля участі у дослідженні та проведено обстеження респондентів, особисто проведено обробку й статистичний аналіз результатів наукового дослідження, зокрема самостійно сформульовано висновки й практичні рекомендації. Усі надані в дисертаційній роботі наукові результати отримані здобувачем самостійно. Усі розділи дисертаційної роботи були написані дисертантом особисто. Автором написано, оформлено та опубліковано статті й тези за темою дисертації самостійно.

Відповідно визначені й обґрунтовані в дисертації наукові положення, висновки, а також практичні рекомендації є особистим внеском автора й самостійним доробком здобувача.

**Апробація результатів дисертації.** Основні результати, висновки і практичні рекомендації, що були сформульовані у даному дослідженні оприлюднені на міжнародних та республіканських науково-практичних конференціях, міжнародному журналі: «Innovations and Development Patterns in Technical and Natural Sciences» (Vienna, 2019), «Science and society – Methods and problems of practical application» (Vancouver, 2021), «European Journal of Biomedical and Life Sciences» (Vienna, 2021), «Integration of scientific and modern ideas into practice» (Stockholm, 2022), «Чорноморські наукові студії» (м. Одеса, 2022), «Інновації в медицині та фармації» (м. Івано-Франківськ, 2023), «Young scientists and methods of improving modern theories» (Milan, 2023), «Creation of new ideas of learning in modern conditions» (Bordeaux, 2023), «Promising ways of information technology development» (Bilbao, 2023).

**Публікації.** За матеріалами дисертації було опубліковано 14 наукових праць, а саме 5 статей у наукових виданнях, що внесені в оновлений перелік фахових видань категорії Б із медичних наук МОН України, які зареєстровані й проіндексовані у міжнародних наукометричних каталогах, а також базах даних, 1 стаття у періодичному науковому виданні іншої держави, яке входить до Організації економічного співробітництва та розвитку Європейського Союзу та 8-а тезами науково-практичних конференцій.

**Структура та обсяг дисертації.** Дисертаційна робота викладена українською мовою на 220 сторінках друкованого тексту й складається із вступу, огляду літератури, опису матеріалів й методів дослідження, п'яти розділів власних досліджень, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел (305 найменувань) та п'яти додатків. Дисертація ілюстрована 20 таблицями та 19 рисунками.

## РОЗДІЛ 1

### СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ СИНДРОМУ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ В УКРАЇНІ ТА СВІТІ

#### 1.1. Теоретико-методологічні та практичні аспекти синдрому професійного вигорання в сучасному світі

В умовах сучасного суспільства наявні підвищені вимоги щодо кваліфікації спеціалістів (зокрема лікарів ЗПСЛ), а також їх продуктивності й якості надання медичної допомоги, зокрема означене можливо в результаті наявності професійної компетентності фахівця, його фізичного/психічного здоров'я та стресостійкості щодо формування негативних станів, що зумовлені характером праці [290, с. 123], наприклад розвиток синдрому професійного вигорання.

Варто зазначити, що, напевно, найдавнішим прикладом, в якому термін «вигорати» (to burnout) [40; 41], пов'язаний із виснаженням в зарубіжній літературі, походить від У. Шекспіра, який написав у 1599 році у збірці поем «Пристрасний пілігрим» (The Passionate Pilgrim): «Вона горіла коханням, як солома вогнем; Вона вигоріла від кохання, як перегоріла солома» [194, с. 311; 202]. Термін «вигорання персоналу» (staff burnout) вперше був застосований Г.Бредлі у 1969 році у його дослідженні службовців, які охороняли неповнолітніх злочинців [43, с. 366; 194, с. 311]. Пізніше у 1974 році американський психіатр Г. Фройденбергер вивчав даний феномен серед волонтерів, які працювали з наркозалежними та вважається засновником концепції СПВ [76, с. 159; 194, с. 312].

Задля правильного розуміння поняття «синдром професійного вигорання», вважаємо за доцільне розглянути етимологію кожного із зазначених термінів «синдром», «професійний» та «вигорання». Наведемо тлумачення означених термінів, яке надає «Великий тлумачний словник

сучасної української мови» В.Т. Бусела, зокрема: термін «синдром» визначається, як «...Комплекс характерних для певного захворювання симптомів» [257, с. 1316], термін «професійний» означає «...Пов'язаний з певною професією. // Який об'єднує людей однієї професії чи близьких професій» [257, с. 1177], поняття «вигорання» містить наступне тлумачення «...Стан за знач. вигорати», відповідно термін «вигорати» тлумачиться, як «...Знищуватись від вогню, пожежі...» [257, с. 131]. Слушним, на нашу думку, є також визначення СПВ, що дає «Психологічна енциклопедія», а саме - це психічний стан, що характеризується виникненням почуттів емоційної спустошеності та втоми, які викликані власною роботою, зокрема поєднує у собі емоційну спустошеність, деперсоналізацію, а також редукцію трудових досягнень; відповідно СПВ пов'язують із повним регресом професійного розвитку, адже воно охоплює індивіда загалом, зокрема руйнуючи його, а також має негативний вплив на персональну ефективність щодо виробничої діяльності [289, с. 53-54]. Натомість згідно з «Collins English Dictionary» термін «burn out» означає спричинення виснаження внаслідок перевтоми чи неувважності; повна втрата енергій та інтересу, а також нездатність ефективно функціонувати, що виникає завдяки невідповідності надмірних вимог професійної діяльності й особистих ресурсів індивіда чи хронічної перевтоми [55, с. 216], наявне й інше визначення даного терміну, під яким варто розуміти фізичне або емоційне виснаження в результаті дії довготривалого стресу [214, с. 257]. Отже, маючи чіткі контури дослідження, маємо можливість розпочати аналіз змісту феномену СПВ.

З огляду на той факт, що феномен СПВ зазвичай розуміють у контексті професійної діяльності, зокрема у МКХ-11 СПВ (burnout) має код QD85 (натомість у МКХ-10 – код Z73.0 [235]) й трактується як синдром, що концептуалізується як результат хронічного стресу саме на робочому місці, із яким індивіду не вдалось успішно впоратись, відповідно характеризується 3 ознаками: а) почуття втрати енергії чи виснаження; б) збільшення ментального дистанціювання відносно роботи чи наявне почуття негативізму або навіть

цинізму щодо роботи; в) почуття неефективності й нестачі досягнень [234], а також термін «професійний», що пов'язаний із вигоранням є найбільш уживаним та загально визнаним (К. Маслач, В.Б. Шауфелі, М.П. Лейтер, М. Тадеуш [140; 180, с. 1-259], Л.М. Карамушка, Г.В. Гнускіна, В.М. Івкін [106, с. 74-78], В.М. Тесленко [297, с. 226-230] тощо), а тому вважаємо за доцільне використовувати у нашому дослідженні поняття «синдром професійного вигорання». Проте ми не виключаємо можливості застосування й інших термінів науковцями у контексті даної теми дослідження, оскільки на сьогодні відсутня класифікація означених видів вигорання, а також критеріїв, що надають змогу встановити їхні відмінності.

В.Б. Шауфелі, М.П. Лейтер, К. Маслач порівнювали СПВ із виснаженням енергії, «гасінням вогню чи свічі», зокрема означена метафора описувала вичерпування здатності працівників підтримувати інтенсивну залученість, що мало значний вплив на роботу [198, с. 205]. А. Пайнс та Е. Аронсон розглядають СПВ, як стан фізичного, емоційного, а також психічного виснаження, що спричинене тривалим знаходженням особистості у емоційно напружених ситуаціях [176, с. 9]. К. Маслач та М.П. Лейтер стверджують, що СПВ являє собою ерозію цінностей, гідності, духу та волі – ерозія людської душі, що поширюється поступово й тривало у часі, розвивається по низхідній спіралі, зокрема від якої важко відновитися [137, с. 17]. Натомість Ф. Дж. Сторлі зазначає, що СПВ є наслідком конфронтації із реальністю, зокрема коли дух людини надто виснажився у боротьбі із обставинами, що вже важко змінити, й відповідно кінцевим результатом є «професійний аутизм», а також науковець наголошує, що СПВ – це «колапс людського духу» [206, с. 2108].

Відповідно до Лексикону крос-культурних термінів, що стосуються психічного здоров'я ВООЗ, поняття СПВ (burnout) варто розуміти, як синдром фізичного, емоційного, а також мотиваційного виснаження, зокрема який характеризується порушенням продуктивності у здійсненні професійної діяльності, безсонням, втому, підвищеною схильністю щодо соматичних захворювань, вживанням алкоголю та/або певних психоактивних речовин,



зادля отримання тимчасового полегшення й має тенденцію щодо розвитку фізіологічної залежності і (у деяких випадках) навіть суїцидальної поведінки [237, с. 9].

В.Б. Шауфелі та Д. Ензманом була запропонована інтегративна модель синдрому професійного вигорання, що схематично сумує загальні моменти, які були присутні у досліджених науковцями 19 підходах щодо проблеми СПВ на 4 рівнях (індивідуальному, міжособистісному, організаційному й соціальному) та виділяють 3 основні теми із наявних підходів: сильна початкова мотивація є необхідною умовою для розвитку СПВ; синдром професійного вигорання асоціюється із несприятливим робочим середовищем; процес вигорання зберігається тривалий час внаслідок використання неадекватних копінг-стратегій [197, с. 139-140]. Науковці сформулювали визначення СПВ, як стійкий, негативний, пов'язаний із роботою стан розуму «нормальних» людей, що в першу чергу характеризується виснаженням, яке супроводжується дистресом, почуттям зниженої ефективності та мотивації, а також розвитком дисфункціональних установок і поведінки на роботі, зокрема означений стан розвивається поступово, але може тривалий час лишатись непоміченим особистістю та формується в результаті невідповідності між намірами індивіда й реальністю щодо роботи, натомість зберігається деякий час як наслідок застосування неадекватних копінг-стратегій спеціалістом [197, с. 36].

Б. Перлман та Е. А. Хартман описали синдром професійного вигорання, як відповідь на хронічний емоційний стрес, що містить 3 компоненти: а) емоційне або/та фізичне виснаження, б) знижену виробничу продуктивність, в) надмірну деперсоналізацію [171, с. 293]. Дж. Еделвіч й А. Бродський визначили СПВ, як прогресуючу втрату ідеалів, цілі й енергії у осіб, робота яких пов'язана із допомогою людям, внаслідок впливу виробничих обставин [66, с. 14]. П.Л. Брілл запропонував визначення синдрому професійного вигорання, як виключно професійно обумовлений, дисфоричний та дисфункціональний стан у людини, що не мала раніше будь-яких психічних розладів, адекватно й продуктивно виконувала свої трудові обов'язки протягом тривалого часу у

межах певної робочої обстановки, і яка не може відновитися до попереднього рівня без сторонньої допомоги або відповідних змін робочого середовища [44, с. 15].

А. Ленглі, досліджуючи СПВ із екзистенціально-аналітичної точки зору, стверджує, що під синдромом професійного вигорання варто розуміти зтяжний стан виснаження, який виникає внаслідок здійснення професійної діяльності [120, с. 109]. Автор класифікував СПВ, як особливу форму екзистенціального вакууму, відповідно в якому виснаження – є основним симптомом й ключовою характеристикою СПВ, від якого саме й виникають усі інші симптоми; зокрема стан виснаження спочатку стосується лише самопочуття людини, далі може безпосередньо впливати не лише на переживання, але й на позиції, рішення, установки, а також дії особистості, тобто поступово охоплює три виміри людського буття (описаного В.Е. Франклом [74, с. 237]): соматичний, психічний і ноетичний вимір [120, с. 109-110].

А. Широм розглядає СПВ, як афективний стан, що характеризується відчуттям виснаження фізичної, емоційної й когнітивної енергії, зокрема проявляється комбінацією фізичної, когнітивної втоми й емоційного виснаження [203, с. 250]. С.Т. Майер визначив СПВ, як стан, в якому людина має низькі очікування винагороди від здійсненої роботи й зокрема очікує на значне покарання, внаслідок недостатнього підкріплення цінностей, неконтрольованих результатів та недостатньої особистої компетенції, а також автор наголошує, що СПВ є результатом комплексу невірних очікувань особистості, які не відповідають дійсній робочій обстановці, відповідно описані 3 види очікувань: підкріплення очікувань, очікування результату, очікування ефективності [144, с. 899-905].

А.Р. Дроздова наголошує, що під поняттям СПВ слід розуміти «...тривалий процес, що проявляється у вигляді особистісної відстороненості, редукції професійних досягнень, у формі повного або часткового виключення емоцій, загального виснаження у відповідь на пов'язані з професійною сферою

конфлікти різного характеру...», а також науковець розглядає даний синдром як «...полісистемно детермінований симптомокомплекс, що пов'язаний з низкою змін у поведінці, певними копінг-стратегіями і захисними механізмами, викривленням процесу самоактуалізації (зокрема і у роботі) і розвитку особистості...» [263, с. 18]. О.С. Юрков та І.О. Соломка розуміють СПВ, як вироблений індивідом механізм захисту у вигляді повного чи часткового виключення емоцій (зниження їх енергетики) у відповідь саме на обрані психотравмуючі впливи [302, с. 213]. На думку Т. Щербан та І. Брецько під СПВ варто розуміти динамічний процес, що виникає поетапно, зокрема коли є в наявності усі 3 фази стресу: 1) нервово напруження, 2) резистенція (опір) та 3) виснаження [300, с. 132]. Л.М. Мухіна стверджує, що СПВ розвивається в результаті хронічного стресу й внаслідок внутрішнього накопичення негативних емоцій, відповідно без можливості розвантаження [283, с. 139]. О.О. Романовська зазначає, що СПВ «...розвивається на фоні хронічного стресу що призводить до виснаження емоційно-енергетичних та особистісних ресурсів працюючої людини...» [291, с. 359].

Надалі вважаємо за доцільне дослідити структуру й динаміку синдрому професійного вигорання.

Варто зазначити, що на сьогодні в зарубіжній та вітчизняній науковій літературі відсутня єдність поглядів щодо структури й динаміки синдрому професійного вигорання [31].

А. Пайнс та Е. Аронсон запропонували однофакторну модель СПВ (Рис. 1.1.1), відповідно до якої розуміють його, як стан фізичного, емоційного, а також психічного виснаження, що спричинене тривалим знаходженням особистості у емоційно напружених ситуаціях [176, с. 9]. Науковці стверджують, що основним фактором даної моделі є виснаження, натомість інші поведінкові прояви варто розглядати як його наслідки [176, с. 9-17].

В. Б. Шауфелі та Д.В. Дірендонк описали двофакторну модель щодо якої СПВ розглядають, як двокомпонентний конструкт, відповідно який складається із емоційного виснаження й негативних установок, зокрема: а)

афективний компонент – відчуття емоційного виснаження, спустошення, скарги на погіршення самопочуття, нервову напругу, тощо та б) установчий компонент – негативні установки щодо реципієнтів/пацієнтів (деперсоналізація), а також щодо трудової діяльності й власної професійної ефективності (редукція особистих досягнень) [196, с. 631, 634, 642].

К. Маслач та С. Джексон запропонували трьохфакторну модель СПВ, що є трьохкомпонентним конструктом та включає: 1) емоційне виснаження, 2) деперсоналізацію, а також 3) редукцію особистих досягнень [136, с. 99; 135, с. 3-5; 139, с. 103; 38; 42]. Емоційне виснаження є основною складовою СПВ й характеризується авторами, як відчуття спустошеності (виснаження) власних емоційних ресурсів, емоційним перенапруженням, втому, що пов'язане із здійсненням професійної діяльності; деперсоналізація – негативне, бездушне, знеособлене, формальне та/або цинічне ставлення до реципієнтів/пацієнтів/колег, зокрема наявна підвищена дратівливість; редукція особистих досягнень – зниження продуктивності, самоефективності, не лише професійної, але й особистої мотивації зокрема, проявляється також почуттям неспроможності, некомпетентності, негативізмом щодо службових обов'язків, незадоволенням собою й власними професійними досягненнями [136, с. 99; 135, с. 3-5; 139, с. 103]. Означена трьохфакторна модель СПВ буде використана нами щодо оцінки синдрому професійного вигорання у лікарів загальної практики – сімейних лікарів.

Чотирьохфакторна модель СПВ характеризується розділенням одного із компонентів означеної вище трьохкомпонентної моделі (наприклад, деперсоналізації) на два окремих фактори (Рис. 1.1.1.), зокрема: емоційне виснаження, редукція особистих досягнень, деперсоналізація професійної діяльності, а також деперсоналізація суб'єктів трудової діяльності (Е. Іваницький, Р. Шваб) [98, с. 1167-1168] або цинізм, деперсоналізація, емоційне виснаження й редукція професійної ефективності (М. Саланова, В.Б. Шауфелі та ін.) [191, с. 807-817].

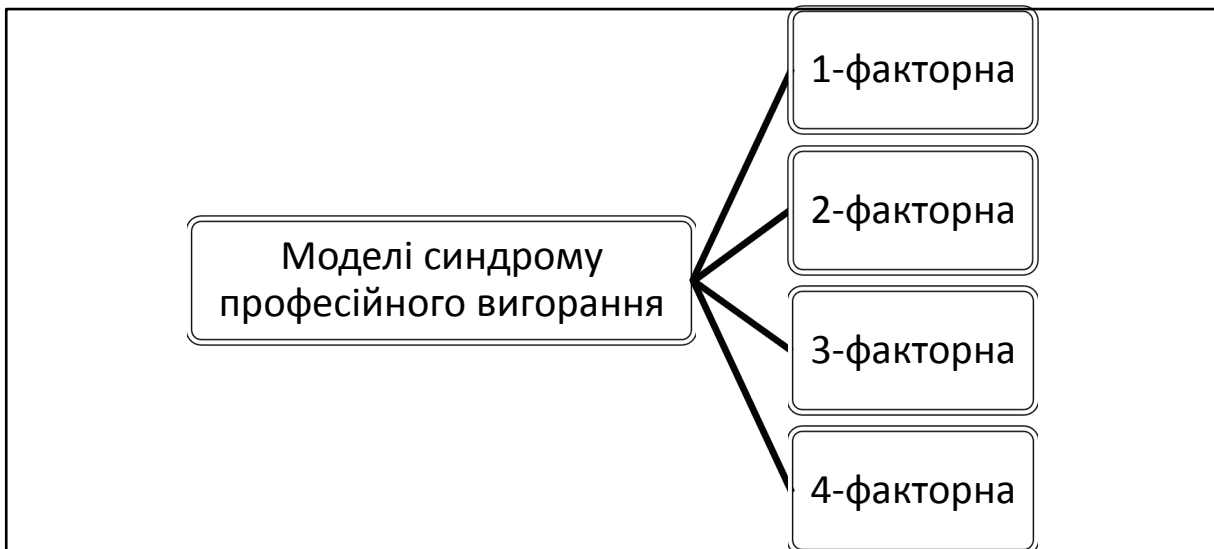


Рис. 1.1.1. Моделі синдрому професійного вигорання

Слід звернути увагу на той факт, що окрім означених вище концепцій, науковці розглядають синдром професійного вигорання й у межах наявного процесуального підходу, щодо якого розуміють СПВ як процес, що проходить певні стадії/етапи/фази, тощо [220, с. 36-73; 82, с. 313-314; 227, с. 438; 66, с. 28-29, 164-167; 122, с. 29-31; 75, с. 19; 171, с. 296-298; 81, с. 177-182; 79, с. 60].

Р.Л. Венінга, Дж. П. Спредлі [220, с. 36-73] та Дж. С. Грінберг [82, с. 313-314] стверджують, що синдром професійного вигорання варто розглядати, як прогресуючий п'ятиступеневий процес, який проходить щодо свого розвитку 5 стадій: 1) стадія перша – «медовий місяць»: на даній стадії працівник зазвичай задоволений завданнями та своєю роботою, відповідно ставиться до них саме із ентузіазмом, проте згодом (по мірі продовження означеної стадії) робітник стає все менш енергійним та з меншим задоволенням виконує свої обов'язки; 2) стадія друга – «недостача палива» характеризується появою апатії, втоми, втратою інтересу, зниженням продуктивності та відстороненням від своїх професійних обов'язків, можуть виникати проблеми зі сном; 3) стадія третя – «хронічні симптоми»: на цій стадії надмірна робота призводить до: а) фізичні прояви – виснаження та схильність до захворювань, а також б) психологічні прояви – загострення злоби, дратівливості, почуття пригніченості; 4) стадія четверта – «криза»: виникнення хронічних соматичних захворювань,

внаслідок чого, фізична особа втрачає працездатність, зокрема наявна поява песимізму, незадоволеності власною ефективністю, сумніви в собі, що також може призвести до погіршення якості життя й сімейних відносин; 5) стадія п'ята – «пробивання стіни» : на означеній стадії психологічні й фізичні проблеми перейшли у гостру форму та можуть спровокувати розвиток небезпечного захворювання, яке може загрожувати життю працівника, зокрема кар'єра останнього під загрозою.

Р.С. Уейнберг та Д. Гоулд зазначають, що процес вигорання триває певний час та не виникає раптово, зокрема людина зазвичай проходить певні етапи, що призводять до формування СПВ, відповідно, науковці виділяють 4 етапи його розвитку:

- втрата індивідуальності (деперсоналізація) проявляється емоційним відстороненням, уникненням контактів із колегами;
- знижене відчуття особистого внеску: людина відчуває, що більше не вносить свій внесок у спільну справу, не виконує свої професійні обов'язки та не отримує задоволення від роботи;
- ізоляція: виражена добровільна ізоляція від колег та наявність причин/виправдань аби не виконувати доручені справи й обов'язки;
- емоційне та фізичне виснаження: людина відчуває, що повністю «зруйнована» емоційно чи/та фізично, зокрема у фізичної особи немає ані сил, ані бажання продовжувати здійснювати роботу [227, с. 438].

Дж. Еделвіч й А. Бродський описали СПВ, як прогресуючий процес розчарування, що послідовно проходить 4 етапи: «ентузіазм» – це перший етап, на якому працівник сумлінно працює, сповнений енергії, надій на майбутнє, нереалістичних очікувань та високо оцінює значимість своєї роботи; «стагнація» – на даному етапі високі очікування робітника поступово значно знижуються, зокрема відбувається зміщення акценту на задоволення власних потреб, питаннях матеріального благополуччя, графіку роботи замість надмірної ідентифікації з клієнтами й залученості щодо їх проблем; «фрустрація» характеризується появою сумнівів у суб'єкта не лише щодо

ефективності, але й до значення здійснення своєї професійної діяльності загалом, а також наростаючим почуттям безпорадності внаслідок нездійснення ідеалістичних очікувань 1 й 2 етапу, зокрема наявна поява емоційних, фізичних та поведінкових симптомів СПВ; «апатія» є природним захисним механізмом від фрустрації, зокрема вона виникає коли фахівець хронічно розчарований/«фрустрований» на роботі, однак потребує її, аби вижити; спостерігаються цинізм, байдужість, емоційне відчуження, а також прагнення працювати, кількість соціальних контактів з колегами/клієнтами – мінімальне, адже «робота – це лише робота» [66, с. 28-29, 164-167].

М. Лодердейл підкреслює, що СПВ не виникає раптово й прогресує поступово та виділяє 3 стадії: 1) збентеження – особистість відчуває занепокоєння, що «щось відбувається не так», а також з'являються скарги на головний біль, напруженість, безсоння, втрату енергії; 2) фрустрація, що проявляється злістю, невдоволенням, дратівливістю, фізичні симптоми значно посилюються, зокрема можливі й болі у спині, мігрень; вживання алкоголю з метою отримання тимчасового полегшення; можлива зміна роботи; 3) розпач: зневіра в себе, знецінення власних професійних досягнень, цинізм, відчуття втоми навіть при незначних виробничих навантаженнях, замкнутість та апатія [122, с. 29-31].

Г. Дж. Фройденбергер та Г. Норт [75, с. 19, 88] запропонували 12 стадій циклу розвитку синдрому професійного вигорання, досліджуючи його серед жінок (рис. 1.1.2.). Автори наголошують, що тривалість й ефективність всіх стадій обумовлені особистісними властивостями спеціаліста, його самосприйняттям, а також ефективністю подолання стресу [75, с. 19].

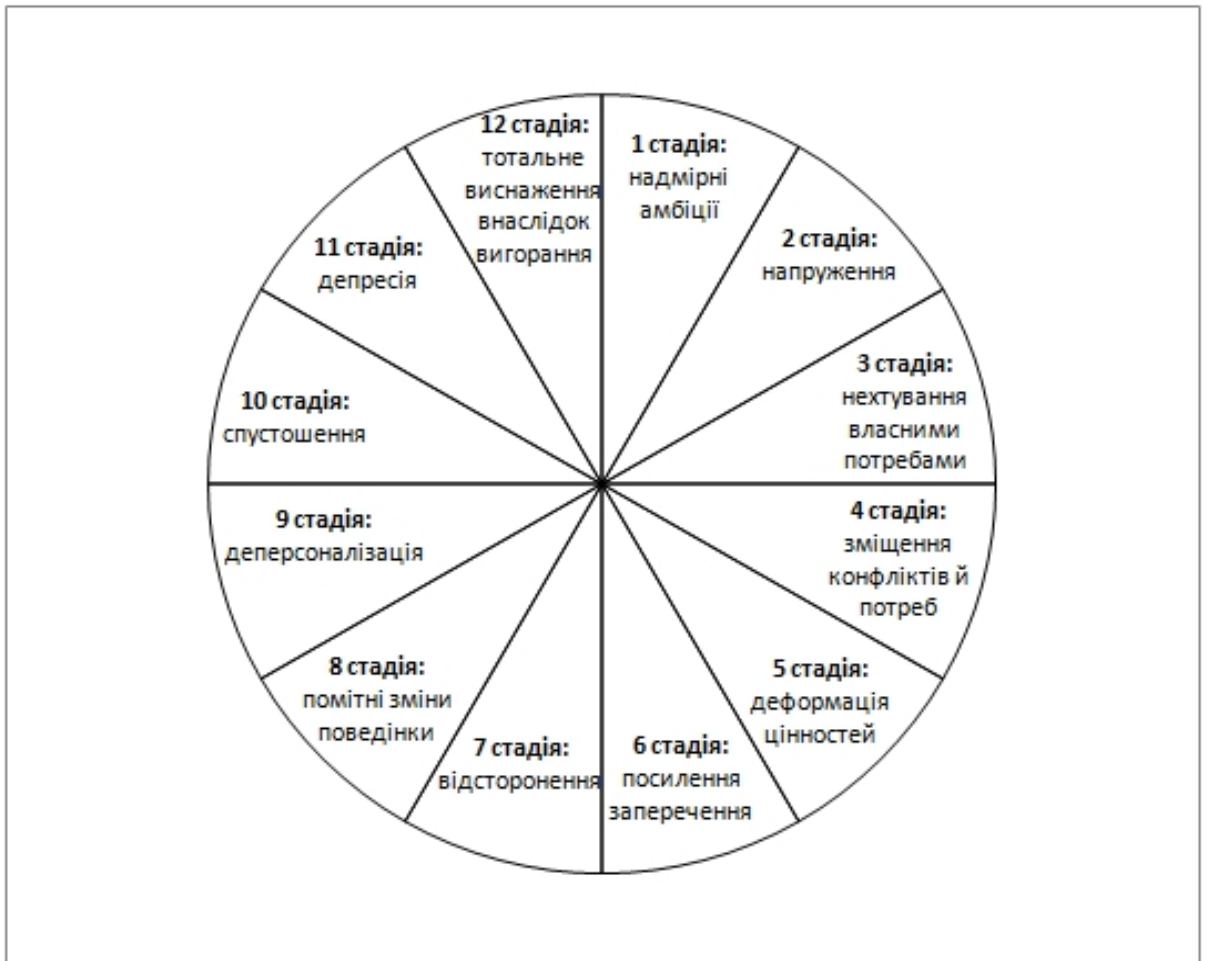


Рис. 1.1.2. Цикл розвитку 12 стадій СПВ за Г. Дж. Фройденбергером та Г. Нормом [75, с. 19, 88]

Б. Перлман та Е. А. Хартман розробили власну динамічну модель, відповідно до якої, розвиток процесу СПВ розуміють, як прояв 3-х основних класів реакцій саме на організаційні стреси: а) фізіологічні реакції, б) афективно-когнітивні реакції та в) поведінкові реакції [171, с. 296]. Означена модель містить 4 стадії, що мають послідовний характер: стадія перша – умови адаптації спричинюють напруження щодо ситуаційних професійних вимог, зокрема авторами описані виникнення 2-х найбільш типових ситуацій, які його викликають: індивідуальних умінь і навичок спеціаліста недостатньо аби відповідати виробничим та статусно-рольовим вимогам або робота не відповідає щодо цінностей, потреб й очікуванням фахівця, відповідно дані й інші ситуації викликають протиріччя між виробничим оточенням й суб'єктом,



що спонукають саме до початку розвитку стресу; стадія друга – інтенсивні відчуття та переживання стресу, зокрема науковці наголошують, що не лише від організаційних та статусно-рольових змінних, але й від ресурсів особистості залежить перехід від 1 до 2 стадії; стадія третя – наявні фізіологічні, афективно-когнітивні, а також поведінкові реакції відповідно в індивідуальних варіаціях; четверта стадія – синдром професійного вигорання, що є комплексним переживанням особистості хронічного психологічного стресу [171, с. 296-298].

Р.Т. Голембієвський та Р.Ф. Манзейнрайдер розглядають СПВ як вірулентний процес, що призводить до погіршення здоров'я, зниження продуктивності професійної діяльності, а також до негативних наслідків не лише для працівника, але й для організації загалом, зокрема містить 8 фаз та трикомпонентну структуру, що різняться між собою взаємовідношенням показників компонентів СПВ [81, с. 177-182; 79, с. 60], діагностованими за допомогою опитувальника «МВІ» К. Маслач та С. Джексон [134]. В означеній фазовій моделі науковці виділяють 3 рівні СПВ: високий – 6-8 фаза, середній – 4-5 фаза, низький рівень СПВ – 1-3 фаза [80, с. 36]. Варто звернути увагу на той факт, що автори даного підходу надають власне розуміння щодо черговості формування складових СПВ у його процесі розвитку, зокрема: 1) деперсоналізація; 2) редукція професійних досягнень та 3) емоційне виснаження [81, с. 177].

Спираючись за екзистенціальну психологію, А. Пайнс розробила мотиваційний підхід щодо синдрому професійного вигорання, зокрема основною причиною якого є невдалий пошук сенсу життя у професійній діяльності [177, с. 36]. Автор стверджує, що до СПВ можуть бути схильні лише особистості з високою мотивацією, оскільки вони ідентифікують себе із роботою, мають амбітні цілі й занадто високі очікування [178, с. 83; 177, с. 42], зокрема аби вигоріти, спочатку треба «горіти», адже індивід без внутрішньої мотивації, на думку автора, може відчувати стрес, відчуженість, депресію, екзистенціальний криз чи втому, проте не вигорання [177, с. 41]. Згідно з означеним підходом, А. Пайнс розрізняє 3 типи мотивації працівників, що

містять відповідні цілі й очікування: 1) універсальна трудова мотивація (мати значний вплив/авторитет, успіх, визнання); 2) спеціально-професійна трудова мотивація (допомагати тим, хто цього потребує; мати значний вплив на життя інших чи справити особливе враження на них; робота розглядається, як покликання); 3) особистісна трудова мотивація – основою якої є потаємний «романтичний образ» роботи, що сформований в результаті значущої події, людини, персонажу книги/фільму для даного спеціаліста (наприклад, медична сестра обрала дану професію внаслідок порятунку її життя в дитинстві медичними працівниками); зокрема поєднання цих типів мотивації формують у працівника певне очікування, що професійна діяльність грає вирішальну роль в житті індивіда та лише завдяки роботі можливо досягти успіху, знайти ціль та сенс буття [177, с. 42-43; 178, с. 83]. На думку науковця, СПВ є кінцевим результатом процесу розчарування у виробничій діяльності [177, с. 36, 42].

Надалі вважаємо за доцільне дослідити симптоми СПВ. Слід підкреслити, що синдром професійного вигорання може виникати не лише на індивідуальному, але й на колективному рівні, зокрема він є психологічним досвідом, що включає почуття, мотиви, відносини, очікування, а також СПВ є й негативним переживанням, яке саме підкреслює проблеми, дисфункцію, дистрес або негативні наслідки [240, с. 91]. СПВ викликає соматичні, емоційні, а також психічні ознаки й симптоми : фізичне виснаження може проявлятися у нестачі енергії, почутті хронічної втоми, стомлюваності, слабкості, схильності до соматичних захворювань, а також проявлятися частими головними болями, болями у спині, гіпертонусом м'язів тіла, іншими соматичними скаргами та порушенням сну; емоційне виснаження може характеризуватись почуттям пригніченості, безнадійності, безпорадності, зростанням напруженості у відносинах й конфліктах із родичами/близькими, збільшенням частоти й інтенсивності негативних емоцій (наприклад, дратівливість, гнів, нетерпіння), а також зниженням рівня позитивних емоцій (наприклад, ввічливість, дружелюбність, турботливість); психічне виснаження може включати

незадоволеність та негативне ставлення щодо себе, роботи й життя загалом [240, с. 91-92].

Зокрема, ми вважаємо слушною класифікацію симптомів СПВ запропоновану В. Шауфелі й Д. Ензманом, відповідно до якої наявні 5 груп симптомів: а) афективні; б) когнітивні; в) фізичні; г) поведінкові та д) мотиваційні, зокрема автори наголошують, що означені симптоми СПВ проявляються на індивідуальному, міжособистісному й організаційному рівнях [197, с. 20-25]. Афективні симптоми: похмурий, плаксивий, пригнічений настрій, можливі швидкі зміни настрою, наявний загальний занепад духом, зокрема переважає сумний, песимістичний настрій, емоційні ресурси індивіда виснажені, оскільки занадто багато енергії було витрачено протягом тривалого часу, спостерігається знижений емоційний контроль, що може призвести до тривожності, невизначених страхів й знервованості; в інтерперсональних контактах індивід із СПВ може бути не лише дратівливим і надмірно чутливим, але й холодним та беземоційним, наявне зниження рівню емпатії до інших, зокрема можливі спалахи гніву, внаслідок зниження емоційного контролю; спеціаліст почувається на роботі некомфортно й спостерігається незадоволеність професійною діяльністю (організаційний рівень) [197, с. 20-25]. Когнітивні симптоми: почуття безсилля, безпорадності й безнадійності; внаслідок втрати контролю та неможливості змінити виробниче середовище, іноді у фахівця із СПВ виникає страх «збожеволіти» або з'являється відчуття перебування «у пастці», із якої немає виходу, що може призвести до низької самооцінки («я не придатний для цієї роботи»), почуття вини, фрустрація, агресія, зрідка можливе виникнення суїцидальних думок; погіршення когнітивних навичок також можливе у працівника із СПВ, зокрема забудькуватість, зниження рівня концентрації протягом тривалого періоду часу, помилки у професійній діяльності; спостерігаються труднощі щодо виконання складних завдань й прийняття рішень, які формують схильність щодо занурення у світ мрій та фантазій, замість активного подолання проблемних ситуацій, мислення стає більш схематичним, ригідним (чорно-білим) [197, с.

20-26]. На міжособистісному рівні наявний знижений рівень залученості щодо проблем реципієнта, зокрема цинічне та негуманне сприйняття оточуючих, що характеризується негативізмом, зниженим рівнем емпатії, песимізмом, стереотипізацією, відповідно шляхом приниження й звинувачення особистість створює психологічну дистанцію, яка її захищає, а також підвищує почуття своєї значимості й правоти; зниження ефективності, цинізм щодо роботи, критичне ставлення до інших, можливі прояви агресивної поведінки, недовіри щодо колег й керівництва, тривожність (організаційний рівень) [197, с. 21-26]. Фізичні симптоми містять 3 категорії: 1 категорія – всі види невизначених скарг на фізичний дистрес, зокрема запаморочення, головний біль, нудота, нервові тики, втома, біль у м'язах (наприклад, шиї та спини), сексуальні розлади, збільшення або втрата ваги, порушення сну, фізичне виснаження; 2 категорія – психосоматичні захворювання, зокрема розлади шлунково-кишкового тракту, а також серцево-судинні захворювання; 3 категорія – певні фізіологічні реакції, зокрема підвищення АТ, збільшення ЧСС і ЧД, високий рівень холестерину тощо [197, с. 21-27]. Поведінкові симптоми на індивідуальному рівні проявляються підвищеним загальним рівнем збудження спеціаліста, зокрема спеціаліст із СПВ непосидючий, гіперактивний, неспроможний концентруватись, не розглядаючи альтернативні варіанти, діє імпульсивно, прямолінійно, натомість з іншого боку – наявні прокрастинація, нерішучість, сумніви, можливе вживання стимуляторів: кави, тютюну, алкоголю, певних психоактивних речовин з метою зменшення напруги від роботи, переїдання чи недоїдання також може спостерігатись; на міжособистісному рівні виявляються дві форми поведінки: а) тенденція до агресивної чи насильницької поведінки щодо інших, внаслідок зниженого емоційного контролю, що створює конфлікти не лише з колегами/керівництвом, але й з рідними/близькими зокрема; б) тенденція щодо соціальної ізоляції, відстороненості, уникнення контактів з іншими; на організаційному рівні спостерігається знижена ефективність, результативність, продуктивність виробничої діяльності, часті запізнення на роботу, відкриття лікарняних листів, прогули, при нагоді залишається вдома,

йде раніше з роботи, часто дивиться на годинник, надмірний опір змінам, високий рівень байдужості щодо виконання професійних обов'язків [197, с. 21-29]. Мотиваційні симптоми: зменшення виробничої мотивації, втрата інтересу, ентузіазму, значущості та сенсу власної професійної діяльності, внаслідок невідповідності ідеалістичних очікувань щодо професії й реальності, оскільки очікування спеціаліста не були виправдані, наявні почуття деморалізації та розчарування останнього; міжособистісний рівень характеризується втратою інтересу, байдужістю щодо суб'єктів трудової діяльності та їх проблем, використання реципієнтів з метою реалізації особистих й соціальних потреб, загальний занепад духом; організаційний рівень характеризується низьким моральним духом, зниженням рівня трудової ініціативи та відсутністю прагнення здійснювати професійну діяльність [197, с. 21-29].

Варто звернути увагу на той факт, що на сьогодні у вітчизняній й зарубіжній науковій літературі відсутня єдина класифікація чинників, що спричинюють розвиток СПВ [39, с. 180-181].

К. Маслач й М.П. Лейтер сформулювали підхід щодо якого СПВ виникає внаслідок невідповідності особливостей індивіда й вимог професійної діяльності (незалежно від виду професії), відповідно чим означена невідповідність більша, тим вища вірогідність виникнення СПВ, зокрема науковці зазначають 6 сфер професійного життя щодо даної невідповідності та розглядають їх як предиктори СПВ:

– «перенавантаження»: невідповідність між вимогами виробничої діяльності щодо особистісних ресурсів спеціаліста;

– «контроль»: невідповідність між авторитарною політикою адміністрації певної організації та бажанням фахівця отримати самостійність щодо прийняття рішень в роботі й обрання способів для досягнення запланованих результатів;

– «винагорода»: невідповідність між бажаною й реальною винагородою працівника, зокрема не лише зовнішньою у вигляді заробітної платні, але й

внутрішньою – визнання досягнутих успіхів та значущості спеціаліста у певній організації;

– «колектив»: невідповідність між очікуванням й почуттям відсутності можливості щодо позитивної взаємодії із суб'єктами професійної діяльності (зокрема, вимушена ізоляція внаслідок виконання певного проекту чи конфлікти на робочому місці);

– «справедливість»: невідповідність між прагненням на поважне і справедливе ставлення індивіда як фахівця певної організації й наявністю відсутності означеного;

– «цінності»: невідповідність між морально-етичними принципами спеціаліста й вимогами професійної діяльності [137, с. 9-17; 138, с. 44-47].

Зокрема науковцями був розроблений опитувальник щодо дослідження означених аспектів «Areas of Worklife Survey» (AWS), за допомогою якого можливо встановити джерела СПВ у виробничому середовищі, а також вплинути на них [124].

Т.В. Зайчикова сформулювала модель детермінант формування СПВ, а саме:

– соціально-економічні детермінанти СПВ: а) економічна нестабільність; б) складні політичні процеси; в) соціальний статус професії; г) інтенсифікація професійної діяльності; д) рівень соціального захисту, а також е) рівень оплати праці у цій галузі тощо;

– соціально-психологічні детермінанти СПВ: а) бажання працювати у вибраній організації або сфері діяльності; б) мотиви праці; в) фактори ефективності праці; г) ставлення співробітника щодо взаєностосунків в колективі; д) конфліктність колективу, а також е) задоволеність життєдіяльністю колективу тощо;

– індивідуально-психологічні детермінанти СПВ: 1) особистісні: а) рівень тривожності, б) фрустрованості, в) агресивності, г) ригідності, а також д) рівень суб'єктивного контролю тощо; 2) соціально-демографічні й професійні:

а) вік, б) стать, в) сімейний статус, г) стаж професійної діяльності тощо [265, с. 9-10].

Е.Л. Махер встановила 3 групи факторів (структурні, ситуативні та особистісні), які впливають на розвиток СПВ, зокрема до них належать: а) надмірне навантаження спеціаліста «складними» клієнтами (під поняттям «клієнт» варто розуміти й пацієнтів, студентів, клієнтів соціальних служб тощо); б) робоче навантаження (відсутність вихідних днів, збільшена тривалість робочого дня тощо); в) неоднозначні вимоги щодо спеціаліста та/або навантаження фахівця внаслідок надмірної кількості другорядних обов'язків, зокрема адміністративних завдань; г) відсутність почуття контролю над результатами роботи; д) монотонність праці; е) соціальна ізоляція або напружені відносини з колегами, керівництвом чи клієнтами; є) дефіцит власних ресурсів щодо подолання стресових ситуацій на роботі; ж) деформація особистості, зокрема наявність нереалістичних очікувань та почуття вини [129, с. 391].

Натомість Х. Даграда, П. Вербанк та К. Корнрайх сформулювали 2 групи факторів ризику СПВ для лікарів загальної практики – сімейних лікарів, зокрема 1) зовнішні: організація професійної діяльності, емоційна взаємодія з пацієнтами, певні формальні вимоги й обмеження, нестача визнання й заохочень, а також конфлікт між особистою й професійною сферою; 2) внутрішні: ідеалізм, гіпервідповідальність, афективні розлади, складнощі у комунікації, особливості особистості й характеру [58, с. 407].

Зважаючи на особливості медичної діяльності, вважаємо слушною думку Л.Н. Юр'євої, яка, досліджуючи медичних працівників, визначила наступні причини формування СПВ: тривала й жорстка рольова деформація, низький морально-етичний рівень у колективі, рольовий конфлікт й рольова невизначеність, патерналістський підхід щодо підлеглих, зокрема придушення ініціативи, можливості самореалізації й зниження самооцінки фахівців, директивний стиль спілкування та сувора ієрархія відносин між працівниками, відсутність почуття впливу на робочу ситуацію чи контролю над нею,

відсутність стимулів для особистісного й професійного росту, а також рутинізація виробничої діяльності персоналу, соціальна незахищеність фахівців, необхідність вести постійне щохвилинне спостереження за великою кількістю пацієнтів, зокрема серед яких є соціально небезпечні, агресивні, схильні до суїцидальних й імпульсивних дій (наприклад, характерно для лікаря-психітра) та «важкі» хворі, постійна, найчастіше несвідома тривога щодо своєї фізичної безпеки (обумовлені особливостями взаємовідносин в колективі, рольовими відносинами й специфікою роботи з пацієнтами); емпатія, м'якість, гуманність, фанатичність, ідеалізованість, захопленість, інтровертність, низький рівень толерантності щодо фрустрації, невротична тривога, поведінка типу А (вирішення ситуації агресивно, нестримано, будь-якою ціною, у суперництві), низький рівень самооцінки та екстернальний локус контролю, гнучкість (наприклад, фахівцю важко відповісти відмовою на додаткові вимоги й встановити особисті кордони), роботоголізм (особистісні характеристики працівника) [301, с. 147-149].

Задля визначення сучасного стану щодо проблеми поширеності синдрому професійного вигорання у медичних працівників (зокрема й лікарів загальної практики – сімейних лікарів) в Україні порівняно зі світовими науковими дослідженнями щодо означеного питання нами було здійснено аналіз літературних джерел із використанням оглядових статей, мета-аналізів й систематичних оглядів. Відповідно пошук статей англійською та українською мовами був здійснений згідно наступних ключових слів: «burnout syndrome», «prevalence», «healthcare workers», «physician», «nurse», «medical professionals», «family doctors», «синдром професійного вигорання», «синдром емоційного вигорання», «лікар», «поширеність», «медичний працівник», «сімейні лікарі», що були опубліковані з січня 2018 року по грудень 2022 року. Відповідно початковий пошук вказав 2616 статей (PubMed, Google Scholar, Scopus, Web of Science). Надалі після використання додаткових фільтрів щодо аналізу лишилось 100 статті, які увійшли в даний огляд.



У результаті проведеного аналізу літературних джерел щодо з'ясування поширеності СПВ серед медичних працівників України, Північної та Південної Америки й Азії з 2018 по 2022 роки було встановлено, що серед медичних працівників України виявлено наявність СПВ у межах від 1,27% до 94% [299, с. 53-60; 278, с. 22-29; 286, с. 111-112; 303, с. 70-73; 254, с. 37-45; 261, с. 137-142; 273, с. 148-150; 264, с. 186-195; 280, с. 406-409; 290, с. 123-127; 304, с. 116; 296, с. 29-31; 118, с. 61-62; 160, с. 147-151; 256, с. 23-27; 292, с. 284; 262, с. 40-41; 276, с. 180-184; 274, с. 159-168; 277, с. 19; 175, с. 199-200; 293, с. 150; 260, с. 100-101; 305, с. 69; 267, с. 84-85; 42, с. 255; 271, с. 35; 294, с. 30; 272, с. 82; 212, с. 168], натомість у медичних працівників Південної Америки й Азії поширеність СПВ знаходилась в межах від 1,3% до 82,1%. Окрім того, поширеність СПВ серед медичних працівників у Північній та Південній Америці коливалася у межах від 1,3% до 73,5%, тоді як в Азії - від 5,2% до 82,1%. З'ясовано, що більшість наукових досліджень щодо визначення поширеності СПВ з 2018 по 2022 роки були проведені серед медичних працівників таких країн Північної та Південної Америки, як: Канада [146, с. 288-289; 111; 204, с. ре60; 46, с. 1150], Сполучені Штати Америки [46, с. 1150; 5, с. 683; 92; 200, с. 2081], Федеративна Республіка Бразилія [61, с. ре393-ре399; 143, с. 553; 163, с. 341-342] та Аргентинська Республіка [61, с. ре393-ре399; 17, с. 317-318] тощо, тоді як більшість таких досліджень щодо виявлення поширеності СПВ у медичних працівників спостерігалось серед наступних країн Азії: Китаї [200, с. 2081; 243; 72; 225], Японії [200, с. 2081; 150; 108, с. 226], Індії [200, с. 2081; 112, с. 664], Пакистані [18, с. 2185], Ірані [251], Лівані [248; 247], Саудівській Аравії [200, с. 2081; 11, с. 4624; 12], Туреччині [52], Омані [10, с. 205], Кіпрі [105], Ізраїлі [217], Йорданії [153], Казахстані [221] тощо. Також виявлено, що особливими категоріями серед медичних працівників, що мають високий ризик розвитку СПВ, є лікарі загальної практики – сімейні лікарі, лікарі-анестезіологи, лікарі фізичної й реабілітаційної медицини, клінічні ординатори, лікарі-онкологи, лікарі-хірурги та лікарі з медицини невідкладних станів.

Натомість більшість наукових досліджень щодо виявлення розповсюдженості СПВ в Європі були проведені серед медичних працівників Польщі [116; 218; 162, с. 626], Чехії [107, с. 75-76], Угорщини [116; 4], Великої Британії [218; 229; 91], Литви [116; 253; 148, с. 105], Боснії та Герцеговини [116; 147, с. 482], Хорватії [116; 179, с. 255], Італії [116; 121; 132, с. 45-46], Сербії [116; 218; 15, с. 669-670], Португалії [25], Іспанії [218; 187, с. 2398-2402], Словенії [116; 170, с. 155-158], Німеччини [65] та Франції [119, с. 93-94; 70, с. 395] тощо. В результаті проведеного аналізу літературних джерел щодо визначення сучасного стану розповсюдженості СПВ у медичних працівників Європи було виявлено наявність СПВ в межах від 3,7% до 77%. Зокрема щодо проведеного аналізу визначено, що підвищений ризик розвитку СПВ мають лікарі загальної практики – сімейної медицини, лікарі-ординатори, лікарі-онкологи, медичні працівники, які надають первинну медичну допомогу, лікарі-психотерапевти й лікарі-анестезіологи.

Зокрема, варто також зазначити, що поширеність синдрому професійного вигорання в Україні та світі у лікарів загальної практики – сімейних лікарів коливалась в межах від 10,74% до 80% [62; 56; 64; 59; 67; 57; 158; 159; 89; 183; 47; 114; 53; 60; 87; 128; 90; 9; 45; 78; 85; 21], що є свідченням значної розповсюдженості даного феномена у лікарів ЗПСЛ та потребує їх комплексного і більш детального дослідження.

## **1.2. Теоретико-методологічні та практичні аспекти факторів серцево-судинного ризику у медичних працівників**

Неінфекційні захворювання (далі - НІЗ) щороку спричиняють смерть 41 мільйону осіб, що еквівалентно 74% усіх смертей у світі, зокрема щороку 17 мільйонів осіб помирають від НІЗ у віці до 70 років [155]. З усіх смертей від НІЗ 77% припадає на країни з низьким і середнім рівнем доходу, відповідно смертність від серцево-судинних захворювань найбільша поміж НІЗ, або

складає 17,9 мільйона осіб щорічно, далі йдуть онкологічні захворювання (9,3 мільйона осіб), хронічні респіраторні захворювання (4,1 мільйона осіб) й цукровий діабет (2,0 мільйона осіб, включаючи смертність від захворювань нирок, спричинених цукровим діабетом), відповідно на дані чотири групи захворювань припадає понад 80% усіх передчасних смертей від НІЗ [155]. Відповідно до даних ВООЗ, паління тютюну є причиною понад 8 мільйонів смертей щороку (включаючи наслідки пасивного куріння), натомість 830 000 смертей щорічно можна пояснити недостатньою фізичною активністю [155].

Варто також зазначити, що в Україні НІЗ є причиною не лише більше 80% втрачених років у осіб потенційного життя внаслідок передчасної інвалідності або/та смертності, але й майже «...90% всіх смертей з високим рівнем передчасної смертності» [258]. Близько 80% загальної частки померлих в Україні становить від хвороб системи кровообігу, органів дихання й новоутворень, зокрема дана ситуація також негативно впливає й на «...рівень середньої очікуваної тривалості життя...», що складає 72 роки (жінки – 76,3 роки, чоловіки – 66,3 роки) та є значно нижчим щодо тривалості життя інших європейських країн [258].

Задля правильного розуміння поняття «фактори серцево-судинного ризику», вважаємо за доцільне розглянути етимологію кожного із зазначених термінів «фактор», «серцево-судинний» та «ризик». Наведемо тлумачення означених термінів, яке надає «Великий тлумачний словник сучасної української мови» В.Т. Бусела, зокрема: термін «фактор» - це «...Умова, рушійна сила будь-якого процесу, явища; чинник...» [257, с. 1526], термін «серцево-судинний» визначається, як «...Стос. до серця і судин...» [257, с. 1310], зокрема поняття «ризик» означає «...Усвідомлена можливість небезпеки...» [257, с. 1221], відповідно поняття «фактор ризику» містить наступне тлумачення «...фактор, що збільшує можливість виникнення певного захворювання...» [257, с. 1526].

Натомість відповідно до «Енциклопедії охорони праці» (Encyclopaedia of occupational health and safety) факторами ризику є генетичні, поведінкові,

фізіологічні, а також соціально-економічні характеристики особистостей, які мають більшу ймовірність розвитку конкретного захворювання, аніж решта населення; індивідуальні характеристики, що впливають на ймовірність розвитку певного захворювання чи групи хвороб протягом певного майбутнього періоду часу [69, с. 3.4].

Відповідно до положень рекомендацій Європейського товариства кардіологів щодо профілактики серцево-судинних захворювань 2021 року для оцінки ступеня серцево-судинного ризику, що визначається, як абсолютна ймовірність (представлена у %) розвитку впродовж майбутніх 10 років фатальної та нефатальної серцево-судинної події у осіб, які не мали попередніх серцево-судинних захворювань чи цукрового діабету віком від 40 до 69 років використовують шкалу SCORE2 та для осіб віком понад 70 років застосовують шкалу SCORE2-OP для країн, які мають низький, помірний, високий, а також дуже високий ризик [222; 199].

Варто зазначити, що фактори СС ризику зазвичай відповідають 3 вимогам [284, с. 155]: а) із збільшенням його рівня також підвищується захворюваність й смертність спричинені певною хворобою; б) пацієнти, які мають клінічні прояви захворювання також мають вищий рівень факторів ризику у порівнянні із здоровими; в) при медикаментозному, а також немедикаментозному зниженні наявного рівня фактора ризику, частота ускладнень й смертності щодо захворювань зменшується.

Фактори серцево-судинного ризику розділяють на модифіковані та немодифіковані [268, с. 146]. До останніх належать вік (із збільшенням віку, зростає СС ризик), стать, спадковість (наявність випадків передчасної смерті щодо ССЗ чи розвитку ССЗ таких, як інфаркт міокарда, інсульт, а також перенесені аортокоронарне шунтування чи ангіопластика у родичів: жінки віком менше 65 років та чоловіки віком менше 55 років, наявність у родині гіперхолестеринемії) [268, с. 146; 26]. Щодо основних модифікованих факторів СС ризику виділяють: АГ (АГ  $\geq 140/90$  мм.рт.ст.), дисліпідемія, цукровий діабет, порушення толерантності до глюкози, надлишкова маса тіла/ожиріння,

недостатня фізична активність, паління тютюну (зокрема й пасивне), вживання алкоголю тощо [268, с. 146; 222; 155; 284, с. 154, 176; 250, с. 937; 199; 141, с. 422; 14, с. 1061; 71, с. 397; 110; 49; 226; 117; 127; 181; 245; 24; 199; 189; 185; 123; 83; 244; 51; 130; 184; 100; 219; 190; 16; 186; 86; 223; 188; 3; 209]. З огляду на той факт, що ми проводили дослідження щодо відносно здорових осіб, до яких належать, згідно рекомендацій ESC 2021 року, особи, в яких не виявлено й не встановлено атеросклеротичних ССЗ (далі - АССЗ), ЦД, ХХН та/або рідкісних/генетичних порушень ліпідного обміну [222], надалі слід проаналізувати такі фактори серцево-судинного ризику, як: а) немодифіковані: стать, вік, спадковість; б) модифіковані: підвищений АТ, дисліпідемія, надлишкова маса тіла/ожиріння, недостатня фізична активність, паління тютюну, вживання алкоголю [250].

Варто зазначити, що порушення ліпідного обміну (дисліпідемія) протягом останніх десятиліть досліджень визначається одним із основних факторів СС ризику [222]. Відповідно до дослідження Global Burden of Disease Study, що є комплексною регіональною й світовою дослідницькою програмою «тягаря» хвороб, яка оцінює смертність й інвалідність від хвороб, травм й факторів ризику з 1990 року по 2019 рік виявлено, що у 2019 році майже 4,4 мільйона смертей в усьому світі були пов'язані із підвищеним рівнем ХС ЛПНЩ, натомість в Україні даний показник на 2019 рік складав 164 тисячі осіб [93].

Важливо наголосити, що одні з перших точних даних щодо підвищеного рівня ХС як фактора ризику, який спричинює ІХС були отримані у популяційному дослідженні The Framingham Study, зокрема, наприклад, при підвищеному рівні вмісту ХС у крові у чоловіків віком від 40 до 59 років ризик розвитку ІХС був у 3 рази вищий, ніж при низькому [104, с. 48-49; 284, с. 155].

Слід зауважити, що у молодих людей загальний вміст ХС в крові більшою мірою корелює із ризиком розвитку ІХС, аніж у людей похилого віку [284, с. 156]. З віком рівень ХС підвищується та становить в середньому 5,2 ммоль/л у осіб до 40 років, натомість до 50 років даний показник різко

підвищується й протягом майбутніх 10 років суттєво не змінюється, відповідно у жінок означений показник має найвищі значення у віці з 65 до 74 років та у чоловіків із 45 до 54 років, зокрема, враховуючи вищевказане, обов'язково слід враховувати вік при оцінці рівня ХС саме як фактора, який зумовлює розвиток атеросклерозу, а також ІХС [284, с. 156].

Підвищений рівень ХС ЛПНЩ є фактором ризику розвитку ІХС, зокрема зниження рівня ХС ЛПНЩ на кожні 1,0 ммоль/л буде відповідати зниженню рівня смертності від серцево-судинних захворювань, а також не смертельних ІМ відповідно на 20-25% [268, с. 217], натомість зворотній зв'язок наявний між вмістом ХС ЛПВЩ й ІХС є свідченням щодо їх захисних властивостей, відповідно підвищений рівень ХС в крові визначається основним з показників ризику розвитку ІХС; важливу роль щодо розвитку атеросклерозу також відіграє підвищення рівня ТГ, зокрема відповідно до проведених досліджень (наприклад, Helsinki Heart Study, PROCAM, Stockholm Prospective Study, тощо) виявлено, що підвищення рівня ТГ більше 2,3 ммоль/л та співвідношення ХС ЛПНЩ/ХС ЛПВЩ більше 5 є суттєвим предиктором розвитку ІХС [131, с. 37; 19, с. 733; 50, с. 207; 284, с. 157]. Згідно результатів дослідження INTERHEART дисліпідемія є одним із найбільш сильних прогностичних факторів щодо розвитку гострого інфаркту міокарда, зокрема незалежно від віку, статі чи/та етнічної приналежності [250, с. 937, 951].

Відповідно до положень рекомендацій ESC щодо профілактики серцево-судинних захворювань 2021 року ХС не-ЛВЩ використовується як параметр в алгоритмах систематичної оцінки коронарного ризику 2 (SCORE2), а також систематичної оцінки коронарного ризику 2 для осіб похилого віку (SCORE2-OP), включає усі атерогенні апоВ-вмісні ліпопротеїди, зокрема розраховується як загальний холестерин мінус ХС ЛПВЩ, відповідно зв'язок ССЗ із ХС не-ЛВЩ такий же сильний, як і з ХС-ЛНЩ [222].

Доцільно підкреслити, що коливання поширеності гіперхолестеринемії спричинені генетичними особливостями, способом життя, відмінностями щодо характеру харчування, тощо [284, с. 156]. Необхідно акцентувати увагу на тому,

що загальний ризик розвитку ІХС істотно зростає за умови поєднання такого фактора СС ризику як підвищений рівень ХС із наявністю АГ, ожиріння, тютюнопаління, ЦД, порушення толерантності до глюкози [284, с. 157].

Артеріальна гіпертензія є одним із основних факторів ризику розвитку ССЗ, а також розвитку передчасної захворюваності й смертності [284, с. 158; 222]. АГ діагностується за умови офісного значення САТ $\geq$ 140 мм.рт.ст. або/та ДАТ $\geq$ 90 мм.рт.ст. (табл. 1.2.1) [230; 222]. Від АГ страждають більше ніж 150 мільйонів осіб в Європі, а також понад 1 мільярд осіб в усьому світі із поширеністю 30-45% у дорослих, зокрема зі збільшенням до 60% в осіб у віці понад 60 років [222]. Натомість щорічна смертність від причин пов'язаних із АГ (зокрема підвищений САТ) складає 10 мільйонів осіб у світі [230; 93]. Ризик смерті або інсульту лінійно зростає починаючи від 90 мм.рт.ст. й вище для САТ, а також 75 мм.рт.ст. й вище для ДАТ [228; 125, с. 1903; 222]. Варто акцентувати увагу на тому, що відповідно до проведеного ВООЗ дослідження STEPS щодо поширеності факторів ризику неінфекційних захворювань в Україні 2019 року, 34,8% населення мали підвищений тиск чи АГ, або приймали препарати щодо підвищеного АТ на той момент [258].

Показник загальної смертності мультиплікативно підвищується щодо кількості супутніх факторів ризику АГ, зокрема у чоловіків відносний ризик СС смерті зростає від 1,0 при наявній ізольованій АГ до 7,9 за умови поєднання АГ із 3 факторами ризику, натомість у жінок відповідно від 1,0 до 3,4 [284, с. 160].

Слід зазначити той факт, що підвищений АТ є фактором ризику ІХС, СН, цереброваскулярної хвороби, фібриляції передсердь, хронічної хвороби нирок, а також захворювань артерій нижніх кінцівок [222]. Зокрема чим вищий рівень АТ, тим є вищим ризик розвитку ІХС й мозкового інсульту, відповідно у пацієнтів із наявною АГ ризик виникнення ІХС вищий у 3-4 рази, натомість мозкового інсульту – у 7 разів у порівнянні із особами, що мають нормальні показники АТ [284, с. 158].

Таблиця 1.2.1

## Класифікація АГ за рівнем офісного АТ [222]

Категорія	САТ (мм.рт.ст.)		ДАТ (мм.рт.ст.)
Оптимальний	<120	й	<80
Нормальний	120-129	або/й	80-84
Високий нормальний	130-139	або/й	85-89
АГ 1-го ступеня	140-159	або/й	90-99
АГ 2-го ступеня	160-179	або/й	100-109
АГ 3-го ступеня	≥180	або/й	≥110
Ізольована систолічна АГ	≥140	або	<90

За результатами проведеного дослідження STEPS щодо поширеності факторів ризику неінфекційних захворювань 2019 року було виявлено, що 59,1% населення України мали надмірну вагу (ІМТ більше 25 кг/м<sup>2</sup>), зокрема 24,8% мали ожиріння (ІМТ більше 30 кг/м<sup>2</sup>) [258]. Варто наголосити, що надлишкова маса тіла має позитивний кореляційний зв'язок із рівнем АТ, малорухомим способом життя, ЦД, вмістом ТГ й ХС в плазмі крові, а також негативно корелює з рівнем ХС ЛПВЩ [284, с. 169]. Відповідно підвищення АТ при наявності ожиріння відзначається частіше у 2,0-4,6 рази, ніж за наявності нормальної маси тіла, натомість при умові наявності дисліпідемії, підвищеного АТ, паління виявляється підвищений ризик смерті в 6,2 рази у осіб із надлишковою масою тіла та у майже 8 разів із ожирінням [284, с. 171].

Під час паління нікотин різко підвищує рівень АТ, відповідно гіпертензивний ефект окремої сигарети може тривати приблизно 30 хвилин, зокрема на першій хвилині після випалювання сигарети систолічний артеріальний тиск зростає на 15 мм.рт.ст, натомість на четвертій хвилині підвищується на 25 мм.рт.ст. [284, с. 161]. Слід наголосити, що ІХС, відповідно ІМ, раптова коронарна смерть, а також церебральні судинні порушення є найпоширенішим захворюваннями/патологічними станами ССС, що спричинені палінням [284, с. 163]. За умови наявності однакових рівнів АТ, ІХС та мозковий інсульт поміж активних курців виникають частіше у 2-3 рази, аніж



у тих осіб, які не палять [284, с. 161]. Відповідно при випалюванні навіть 1 сигарети ризик розвитку ІХС збільшується на 48% для чоловіків та на 57% для жінок, натомість ризик розвитку інсульту збільшується на 25% та 31% для чоловіків та жінок [84]. Особа, яка палить все своє життя має ймовірність у 50% померти від наслідків тютюнопаління, втративши при цьому в середньому 10 років життя [222; 63].

Відповідно до рекомендацій ВООЗ щодо питань фізичної активності та малорухливого способу життя, дорослим й людям похилого віку слід займатись щонайменше від 150 до 300 хвилин на тиждень фізичною активністю середньої інтенсивності з аеробним навантаженням або щонайменше від 75 до 150 хвилин на тиждень фізичною активністю високої інтенсивності з аеробним навантаженням, й особам які мають хронічні захворювання та/або інвалідність [242, с. 2-13]. Натомість недостатня фізична активність асоціюється із АГ, ІХС, ожирінням, мозковим інсультом, інсулін незалежним цукровим діабетом та остеопорозом [284, с. 173], зокрема зниження загальної смертності від й смертності від ІХС саме на 27-31% можливо за рахунок підвищення інтенсивності фізичних навантажень відповідно до вимог ВООЗ [242, с. 2-13; 284, с. 173].

Варто зазначити, що 19,7% населення України споживають 6 та більше доз алкоголю за 1 епізод вживання відповідно до даних за результатами проведеного дослідження STEPS щодо поширеності факторів ризику неінфекційних захворювань 2019 року [258]. Зокрема згідно рекомендацій МОЗ України щодо здорового харчування дорослих від 08 грудня 2017 року – 1 стандартна доза алкоголю відповідає 30 мл горілки, 300 мл пива чи 100 мл вина [279]. Надмірне вживання алкоголю підвищує АТ, збільшує ризик розвитку мозкового інсульту, а також спричинює розвиток застійної кардіоміопатії, відповідно смертність від ІХС є вищою на 35,5% та розвиток мозкового інсульту на 40% у осіб, що зловживають алкоголем [284, с. 175-176].

З огляду на той факт, що вік є одним із основних факторів СС ризику, користь від проведеного лікування факторів СС ризику у молодих людей

протягом життя є вищою, відповідно й порогові ССР щодо його початку є нижчими (табл.1.2.2) [222].

Таблиця 1.2.2.

**Категорії ССР наявні на основі шкал SCORE2 й SCORE2-OP у відносно здорових осіб у відповідності до віку [222]**

Категорії ризику	<50 років	50-69 років	≥70 років
Низький чи помірний ризик: лікування факторів СС ризику загалом не рекомендується	<2,5%	<5%	<7,5%
Високий ризик: варто розглянути лікування факторів СС ризику	2,5-7,5%	5-10%	7,5-15%
Дуже високий ризик: лікування факторів СС ризику загалом рекомендовано	≥7,5%	≥10%	≥15%

З метою оцінки загального 10-річного ризику розвитку СС подій за допомогою шкали SCORE2 чи й SCORE2-OP, варто спочатку визначити кластер країн та відповідну таблицю ризиків щодо статі, статусу паління та віку, а також далі знайти відповідний осередок у таблиці, що є найближчим за показником АТ й ХС не-ЛПВЩ [222].

Відповідно до положень рекомендацій Європейського товариства кардіологів щодо профілактики серцево-судинних захворювань 2021 року SCORE2 й SCORE2-OP відкалібровані щодо 4 кластерів країн: 1) низький, 2) помірний, 3) високий та 4) дуже високий ССР (зокрема Україна), що згруповані враховуючи національні показники смертності щодо ССЗ, які опубліковані ВООЗ [222].

Відповідно до положень рекомендацій Європейського товариства кардіологів щодо профілактики серцево-судинних захворювань 2021 року проведення систематичної глобальної оцінки факторів СС ризику рекомендовано особам із наявним будь-яким основним фактором СС ризику, а саме: СГХС, сімейний анамнез передчасних ССЗ, такі фактори ризику ССЗ, як АГ, паління, підвищений рівень ліпідів, ЦД, ожиріння чи супутні захворювання, які підвищують ймовірність ССЗ (клас I, рівень C); у відносно здорових осіб молодше 70 років без виявлених АССЗ, ХХН, ЦД,

рідкісних/генетичних порушень ліпідів надається оцінка 10-річного ризику фатальних чи нефатальних ССЗ за шкалою SCORE2 (клас I, рівень B); у відносно здорових осіб  $\geq 70$  років без виявлених АССЗ, ХХН, ЦД, рідкісних/генетичних порушень ліпідів надається оцінка 10-річного ризику фатальних чи нефатальних ССЗ за шкалою SCORE2-OP (клас I, рівень B); пацієнти із виявленими АССЗ чи/та ЦД, чи/та середнього або тяжкого ступеня нирковою недостатністю, чи/та рідкісними/генетичними порушеннями ліпідів відносять до категорії високого чи дуже високого ССР (клас I, рівень A), відповідно шкали SCORE2 чи SCORE2-OP у даних пацієнтів не застосовуються; систематична оцінка ССР у чоловіків молодше 40 років й жінок молодше 50 років без наявних факторів СС ризику не рекомендована (клас IIb, рівень C) [222].

Зокрема також даним документом встановлені основні 5 категорії пацієнтів щодо яких слід визначати ризик ССЗ: а) відносно здорові особи (віком до 50 років, від 50 до 69 років, а також понад 70 років) без встановлених АССЗ, ЦД, ХХН, а також сімейної гіперхолестеринемією (далі - СГХС); б) особи з ХХН й без ЦД та АССЗ; в) особи з наявною СГХС; г) особи з ЦД; д) особи із встановленими АССЗ [222].

Варто звернути увагу на той факт, що медичні працівники (відповідно й лікарі ЗПСЛ) також мають ризик розвитку ССЗ, зокрема і з огляду на те, що часто ведуть малорухливий спосіб життя [88]. С.К.Б. Хежд та ін. [88] виявили, що майже у 50% медичних працівників Індії був високий ризик розвитку ССЗ, натомість К. Агабіті Росей та ін., досліджуючи поширеність факторів СС ризику встановили, що 19,4% медичних працівників Італії палили, у 17,7% наявна дисліпідемія, 26,3% мали підвищений АТ, 11,3% мали надмірну вагу та 8,1% ожиріння [6, с. 255-257]. М.Е.Ф.Тексеїра та ін. в ході проведеного дослідження 555 лікарів-кардіологів отримали наступні результати, а саме: 22,9% мали низький рівень фізичної активності, 78,2% вживали алкоголь, 56,1% мали надмірну вагу, а також АГ (32,4%) і дисліпідемію (49,7%) [208, с. 151-152]. Відповідно З.В. Лашкул та В.Л. Курочка виявили надлишкову вагу у

87,7% лікарів різних фахових груп (зокрема й лікарів ЗПСЛ), 85,1% - підвищений АТ, 79,8% - малорухливий спосіб життя, 71,9% - паління [275, с. 23-24]. Натомість Г.З Мороз та ін. встановили у 63,3% лікарів надлишкову масу тіла й ожиріння, 38,5% мали недостатній рівень фізичної активності, 16,35% палили, 12,5% мали підвищений рівень АТ [282, с. 58-59]. Крос-секційне дослідження, проведене М.М. Абосереа та М.М. Залат, виявило значну поширеність факторів СС ризику у лікарів Саудівської Аравії, а саме: 55,9% вели малорухливий спосіб життя, 48,8% мали надмірну вагу та ожиріння, 42,8% - паління, 39,3% - спадковість щодо ССЗ, 30,9% - АТ, 13,1% вживали алкоголь [2]. Дж. Ю та ін., проводячи дослідження серед медичних працівників Китаю встановили наступні фактори СС ризику у респондентів, зокрема 10,54% мали АТ, 17,15% - дисліпідемію, 39,84% мали надмірну вагу, 9,87% - паління, 21,75% - вживання алкоголю [249]. В.С. Пічіка та ін. виявили поширеність у 75% щодо вживання алкоголю серед медичних працівників (м. Делі, Індія), 42% мали низький рівень фізичної активності, 15% - паління, 40% - підвищення рівня ЗХС, 21% і 32% - підвищення рівня ЛПВЩ і ТГ [173, с. 1392]. Натомість С.Дж. Кпормеджбе, досліджуючи медичних працівників Республіки Гана, встановив наявність АТ у 26,7%, зокрема 24,4% у лікарів та 27,6% у медичних сестер, а також наявність зв'язку ( $p < 0,05$ ) між АТ та стажем роботи, рівнем фізичної активності, спадковістю щодо АТ [115]. Схожі результати були отримані іншими науковцями [174, с. 232; 96; 20; 154; 101, с. 30; 213; 157, с. 41; 231; 201; 281, с. 4].

Слід зазначити, що наявна незначна кількість наукових публікацій щодо дослідження факторів серцево-судинного ризику у лікарів загальної практики – сімейних лікарів, зокрема більшість з яких стосуються таких факторів СС ризику, як паління, надлишкова вага/ожиріння, низький рівень фізичної активності, підвищений АТ [295, с. 182-184; 192, с. 17-18; 13, с. 31; 7, с. 87; 142; 99, с. 33; 27].

### **1.3. Невирішені питання щодо факторів серцево-судинного ризику у лікарів загальної практики – сімейних лікарів із синдромом професійного вигорання**

Згідно нещодавнього дослідження Міжнародної організації праці та ВООЗ було встановлено, що надмірні години роботи (більше 55 годин на тиждень) спричинили смерть в результаті інсульту чи ІХС у 745 тис. осіб [169]. Також варто наголосити, що смертність від серцево-судинних захворювань найбільша поміж НІЗ та складає 17,9 мільйона осіб щорічно, 2,8 мільйона осіб помирає щороку внаслідок надмірної ваги чи ожиріння, паління тютюну є причиною понад 8 мільйонів смертей щороку (включаючи наслідки пасивного куріння), натомість 830 000 смертей щорічно можна пояснити недостатньою фізичною активністю [155; 239].

Варто наголосити, що синдром професійного вигорання підвищує ризик розвитку ССЗ [126; 8; 215, с. 840; 145, с. 327-331; 109]. Зокрема Ф. Аламері та ін. виявили, що у медичних працівників, які мали синдром професійного вигорання був наявний підвищений ризик розвитку ССЗ, досліджуючи медичних працівників під час пандемії COVID-19 [8]. Натомість С. Токер, С. Меламед та ін. стверджують, що синдром професійного вигорання є незалежним фактором ризику розвитку ССЗ, адже в результаті проведеного дослідження автори встановили, що СПВ підвищує ризик розвитку ССЗ у 1,4 рази (OR=1,41, 95% CI: 1,08-1.85; p=0.01) [215, с. 840].

СПВ також пов'язаний із більш несприятливими наслідками щодо серцево-судинних захворювань (зокрема ІМ), відповідно С.Меламед та ін. зазначають, що СПВ є більш значимим фактором ризику ніж традиційні фактори ризику СС, як ІМТ, дисліпідемія, паління, підвищений АТ [145, с. 327-331]. Науковці надають підтвердження щодо наявності зв'язку між СПВ й метаболічним синдромом, системним запаленням, порушенням сну, фізичною активністю [151, с. 477], депресією, тривогою [172, с. 84, 92-93], підвищеним АТ [224], порушенням функції імунітету, а також нездоровим способом життя,

що вказує на масштабний вплив СПВ на здоров'я особи [145, с. 327]. Варто також підкреслити, що СПВ є предиктором поганої якості життя [109], а також довшого фізичного відновлення після перших епізодів ГКС [252]. Зокрема Х.С. Азфар та ін. встановили, що особи з ССЗ мають вищий ризик розвитку порушення сну та СПВ [22].

Слід підкреслити, що наявна лише незначна кількість наукових публікацій щодо дослідження факторів серцево-судинного ризику у лікарів загальної практики – сімейних лікарів, зокрема більшість з яких стосуються таких факторів СС ризику, як паління, надлишкова вага/ожиріння, низький рівень фізичної активності, підвищений АТ [295, с. 182-184; 192, с. 17-18; 13, с. 31; 7, с. 87; 142; 99, с. 33; 27], а також проблема щодо дослідження факторів серцево-судинного ризику в контексті синдрому професійного вигорання у лікарів загальної практики – сімейних лікарів взагалі не мала свого висвітлення. Усе зазначене вище є свідченням актуальності обраної нами теми дослідження.

З огляду на означене вище, ми вважали за необхідне більш детально і комплексно дослідити модифіковані та немодифіковані фактори СС ризику в контексті синдрому професійного вигорання у лікарів загальної практики – сімейних лікарів із удосконаленням заходів профілактики на основі вивчення факторів ризику розвитку синдрому професійного вигорання у лікарів загальної практики – сімейних лікарів шляхом модифікації способу життя та оптимізації умов праці. Відповідно результати дослідження представлені у розділах 3, 4 та 5.

Основні наукові публікації дисертанта, у яких представлені результати розділу 1:

1. Botiakova, V. (2023). Current State of Burnout Syndrome Frequency in European Medical Professionals. *Сучасна медицина, фармація та психологічне здоров'я*, (1(10), 18-25. <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2023-1-2>.

2. Botiakova, V. (2023). Prevalence of Burnout Syndrome in Healthcare Workers in North and South America, and Asia from 2018 to 2022. *Art of Medicine*, 26(2), 205-213. <https://doi.org/10.21802/artm.2023.2.26.205>.

3. Botiakova, V. (2023). Prevalence of Burnout Syndrome among Medical Professionals in Ukraine from 2018 to 2022. *Art of Medicine*, 25(1), 92-100. <https://doi.org/10.21802/artm.2023.1.25.92>.
4. Botiakova, V.V. (2021). Das Burnout-Syndrom und Seine Entstehung. *The European Journal of Biomedical and Life Sciences*, (3), 3-8. <https://doi.org/10.29013/elbls-21-3-3-8>
5. Botiakova V.V. (2023). Causative Factors of Burnout Syndrome among Medical Professionals. *Тези доповідей 92-ої науково-практичної конференції студентів та молодих вчених із міжнародною участю «Інновації в медицині та фармації»* (С. 180-181). Івано-Франківськ : Івано-Франківський національний медичний університет.
6. Botiakova, V.V. (2022). The impact of war on burnout syndrome among medical professionals. *Чорноморські наукові студії: матеріали VIII Всеукраїнської мультидисциплінарної конференції* (С. 253-256). Одеса: Міжнародний гуманітарний університет.
7. Botiakova, V. (2022). Modelle des Burnout-Syndroms bei Medizinischem Personal. *Integration of scientific and modern ideas into practice: Proceedings of the VIII International Scientific and Practical Conference* (С. 353-356). Stockholm: International Science Group. DOI: 10.46299/ISG.2022.2.8.
8. Botiakova, V.V. (2021). Burnout Syndrome Takes Over the World. In: Koenig L (Editor), *Proceedings of the 11<sup>th</sup> International conference Science and society – Methods and problems of practical application* (С. 29-31). Vancouver: Accent Graphics Communications & Publishing.
9. Botiakova, V.V. (2019). The Definition of Burnout and its Origins. In: Hong Han (Editor), *Proceedings of the 6<sup>th</sup> International Conference Innovations and Development Patterns in Technical and Natural Sciences* (С. 36-40). Vienna: Premier Publishing s.r.o.

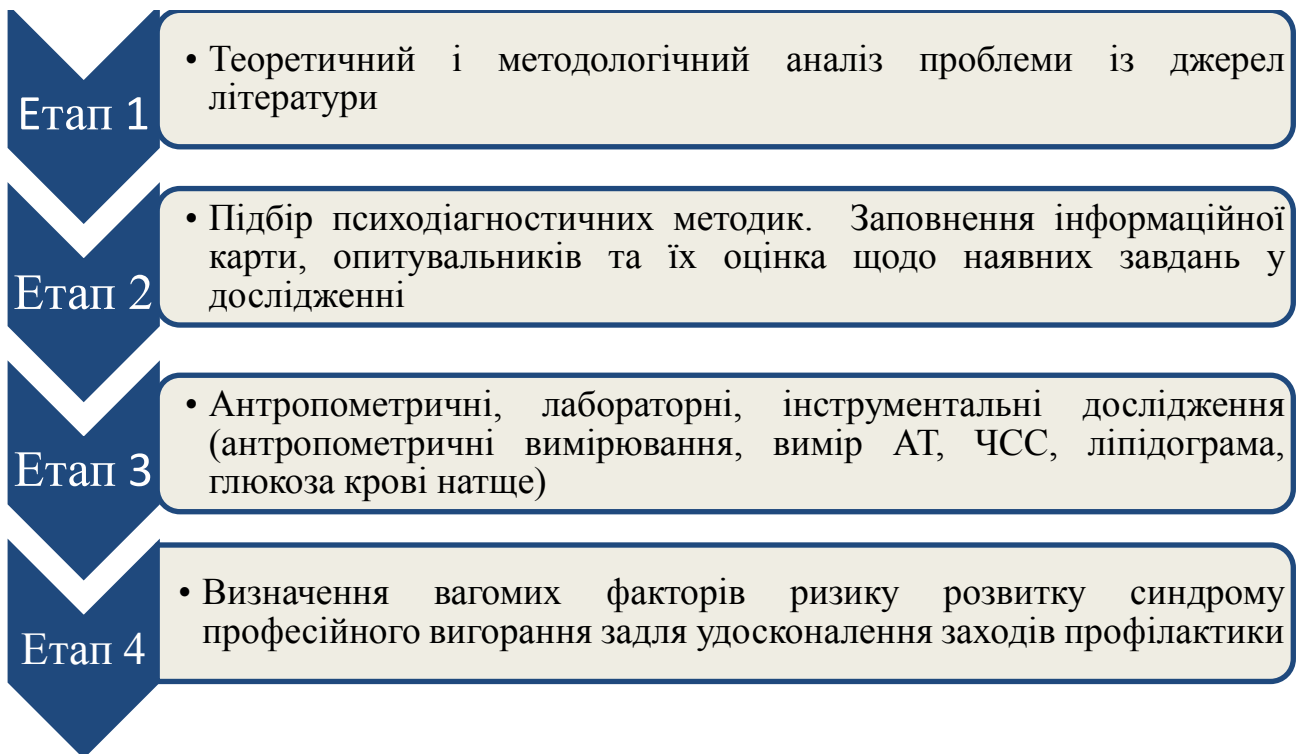
## РОЗДІЛ 2

### МАТЕРІАЛИ Й МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

#### 2.1. Дизайн та методи дослідження

*Дизайн дослідження.* Усіх респондентів було ознайомлено із метою, завданнями, методами дослідження, а також отримано добровільну згоду щодо участі у дослідженні у формі підписаної інформованої згоди. Протокол дослідження був затверджений комісією із питань біоетичної експертизи й етики наукових досліджень Національного медичного університету імені О.О.Богомольця (Протокол №116 від 29.11.2018). Здійснення обстежень було проведено відповідно до чинного законодавства України й положень Гельсінської декларації ВМА «Етичні принципи медичних досліджень за участю людини у якості об'єкта дослідження» [259]. Дослідження було проведено на клінічних базах кафедри загальної практики (сімейної медицини) та Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. Означене дослідження проходило у кілька етапів, які відповідали вирішенню поставлених нами завдань (Рис. 2.1.1.). Критеріями включення респондентів у дослідження були: підписана інформована згода на проведення всіх пов'язаних із дослідженням процедур; освіта вища медична за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина». Критерії виключення: вік респондента до 24 років та старше 70 років; участь в іншому дослідженні; тяжкі декомпенсовані соматичні захворювання, які унеможливають участь респондентів у дослідженні; набуття в період здійснення дослідження захворювання, що обмежує можливість щодо участі в означеному дослідженні; невиконання процедур передбачених дослідженням; відмова пацієнта від подальшої участі в дослідженні або відмова чи неспроможність надати інформовану згоду.





**Рис. 2.1.1.** Етапи дослідження

Етап 1 полягав у проведенні аналізу наукової літератури щодо теоретико-методологічних аспектів синдрому професійного вигорання та факторів серцево-судинного ризику у медичних працівників (лікарів загальної практики – сімейних лікарів зокрема) (Розділ 1).

Етап 2 полягав у здійсненні підбору психодіагностичних методик, заповненні інформаційної карти, опитувальників та їх оцінка щодо наявних завдань у дослідженні. З усіма лікарями ЗПСЛ було проведене напівструктуроване інтерв'ю щодо вивчення анамнестичних особливостей життя й здоров'я респондентів, зокрема спектру факторів серцево-судинного ризику, біопсихосоціальних та організаційних чинників; розрахунок інтенсивності паління у вигляді показника пачко-роки [266, с. 108]; анкетування проводилось за допомогою: україномовної версії опитувальника Maslach Burnout Inventory Human Service Survey (MBI-HSS) [134] щодо виявлення синдрому професійного вигорання, тесту щодо оцінки розладів пов'язаних із вживанням алкоголю AUDIT [233], шкали оцінки якості життя (CQLS) [287, с. 147-149], оцінка загального 10-річного ризику розвитку СС подій за допомогою шкали SCORE2 [222], шкали депресії А. Бека [287, с. 37-

40], чотирьохвимірної анкети симптомів (4DSQ) [211; 287, с. 32-34; 210], Пітсбурського опитувальника якості сну (PSQI) [287, с. 111-114; 48, с. 193-213]. На даному Етапі 2 відбувалось ознайомлення усіх респондентів із метою, завданнями, методами дослідження, а також отримувалась добровільна згода щодо участі у дослідженні у формі підписання інформованої згоди, скринінг щодо відповідності критеріям включення/виключення в означене дослідження. Відповідно на даному етапі 44 заявки щодо участі у дослідженні було вилучені. Аналіз отриманих результатів здійснений із використанням методів аналітичної статистики та представлений у Розділах 3, 4 та 5.

Етап 3 полягав у проведенні антропометричних, лабораторних, інструментальних досліджень. Відповідно антропометричні вимірювання містили визначення зросту, маси тіла, індексу маси тіла, обхвату стегон, обхвату талії, індексу ОТ/ОС респондентів. Проводився вимір АТ, ЧСС, а також виявлення показників ліпідного спектру крові, глюкози крові натще. Після проведення Етапу 2 респонденти були розподілені на 2 групи: основну групу, яку склали 199 лікарів загальної практики – сімейних лікарів із наявними ознаками синдрому професійного вигорання та групу порівняння, яку склали 64 лікарів ЗПСЛ без ознак синдрому професійного вигорання. Аналіз отриманих результатів проведений із використанням методів аналітичної статистики та представлений у Розділах 3, 4 та 5.

Етап 4 полягав у визначенні вагомих факторів ризику розвитку синдрому професійного вигорання задля удосконалення заходів профілактики. В результаті проведеного дослідження були виявлені вагомі фактори ризику розвитку синдрому професійного вигорання, які ми ранжували за силою впливу на ймовірність розвитку СПВ задля оптимізації заходів профілактики. Зокрема в ході проведеного дослідження нами були розроблені групи заходів профілактики синдрому професійного вигорання відповідно до виявлених рангів факторів ризику розвитку СПВ, що були сформовані в результаті проведеної порівняльної оцінки вагомості визначених факторів ризику. Аналіз

отриманих результатів здійснений із використанням методів аналітичної статистики та представлений у Розділах 4 та 5.

*Методи дослідження.* З усіма лікарями ЗПСЛ було проведене напівструктуроване інтерв'ю щодо вивчення анамнестичних особливостей життя й здоров'я респондентів, зокрема спектру факторів серцево-судинного ризику, біопсихосоціальних та організаційних чинників, антропометричні вимірювання, виявлення показників ліпідного спектру крові, глюкози крові натще, проводився вимір АТ, ЧСС, анкетування за допомогою україномовної версії опитувальника Maslach Burnout Inventory Human Service Survey (MBI-HSS) [134] щодо виявлення синдрому професійного вигорання, тесту щодо оцінки розладів пов'язаних із вживанням алкоголю AUDIT [233], розрахунок інтенсивності паління у вигляді показника пачко-роки [266, с. 108], шкала оцінки якості життя (CQLS) [287, с. 147-149], оцінка загального 10-річного ризику розвитку СС подій за допомогою шкали SCORE2 [222], шкала депресії А. Бека [287, с. 37-40], чотирьохвимірний анкета симптомів (4DSQ) [211; 287, с. 32-34; 210], Пітсбурзький опитувальник якості сну (PSQI) [287, с. 111-114; 48, с. 193-213].

За результатами проведеного напівструктурованого інтерв'ю була заповнена «Інформаційна карта» (Додаток Б) щодо біопсихосоціальних, організаційних чинників та факторів серцево-судинного ризику, зокрема прототипами до створення «Інформаційної карти» (Додаток Б) послуговували опитувальники для щорічних національних звітів Medscape щодо СПВ [103; 164; 165; 166; 167; 168] з додаванням критеріїв діагностики СПВ (шифр Z 73.0) за МКХ-10 [236].

Відповідно до біопсихосоціальних чинників належать: вік, стать, вага, індекс маси тіла, зріст, атестаційна категорія, науковий ступінь, сімейний стан, кількість дітей, перенесені/супутні захворювання, стан здоров'я, наявність атеросклеротичних ССЗ, вплив СПВ на особисті відносини, сфера професійної діяльності, сумісництво, викидні, менопауза у жінок, боротьба із СПВ (спілкування із сім'єю чи близькими друзями, ізоляція, сон, прослуховування

музики чи гра на музичних інструментах, переїдання, медикаментозна терапія), звернення на допомогу щодо СПВ, причини за якими не звертались за допомогою щодо СПВ, задоволеність балансом робота-життя, проведення вільного часу (подорожі, культурні заходи, їжа та вино, інтернет, соціальні мережі, читання книжок, проведення часу із сім'єю, близькими друзями, музика, спів, гра на музичних інструментах, мистецтво, садівництво, полювання та риболовля, управління фінансами, інвестування, колекціонування, літературна діяльність); достатній заробіток, збалансований графік роботи щодо особистого/сімейного життя, відпустка, відчуття щастя вдома та на роботі, відсутність житла, конфлікти із квартирантами/сусідами та/або хазяїном житла, незадовільні житлові умови, низький рівень доходу, злидні, проживання на самоті, проблеми взаємовідносин із батьками, а також родичами дружини або чоловіка, недостатня підтримка родини, проблеми, що пов'язані із взаємовідносинами партнерів або подружжя, перевтома, недостатність розслаблення й відпочинку. Питання щодо факторів серцево-судинного ризику стосувались спадковості, віку, статі, паління, вживання алкоголю, нездорової їжі, фізичної активності. Натомість до організаційних чинників належать: години роботи на тиждень, стаж роботи, професійне навантаження (кількість ставок), занадто багато «бюрократичних» завдань, надмірне адміністрування робочого процесу, низька заробітна платня, відчуття себе як «білка у колесі», занадто багато «важких» пацієнтів, багато пацієнтів на прийом; мало часу на 1 пацієнта, відчуття неповної професійної реалізації, проблеми у взаємовідносинах з медичним персоналом, недостатнє матеріально-технічне забезпечення медичного закладу та робочого місця, понаднормова робота: у вихідні, святкові дні, вночі, надмірна робота за комп'ютером, відсутність поваги з боку адміністрації, колег чи медичного персоналу та пацієнтів, конфлікти з керівництвом; зниження СПВ (підвищення заробітної платні, збалансований графік роботи, підвищення поваги з боку адміністрації, колег чи медичного персоналу, пацієнтів, зменшення адміністрування робочого процесу, зменшення професійного навантаження, безперервний професійний

розвиток), програма запобігання СПВ у ЗОЗ; модальний аналіз наявних проблем - загроза втратити роботу, зміна роботи, конфлікт із керівником й співробітниками, напружений графік роботи, недостатність соціального страхування, а також підтримання добробуту.

Антропометричні вимірювання містили визначення зросту, маси тіла, індексу маси тіла, обхвату стегон, обхвату талії, індексу ОТ/ОС. Зріст вимірювали за допомогою ростоміра із точністю виміру до 0,5 см, масу тіла виявляли медичними вагами РП-150МГ, без наявного взуття на особі. Відповідно до стандартів ВООЗ [156] обхват талії був виміряний у досліджуваного в положенні стоячи, зокрема область талії знаходилась без одягу та після звичайного видиху – проводився вимір посередині в ділянці між гребенем клубової кістки та задньою частиною бічної реберної дуги. Індекс маси тіла (далі – ІМТ) виявляє загальне ожиріння та розраховується як відношення маси тіла (показник у кг) до зросту (показник у м<sup>2</sup>), натомість показник обводу талії (далі – ОТ) свідчить про абдомінальний тип ожиріння, відповідно класифікація ІМТ здійснювалась згідно положень ВООЗ та NHLBI [156; 241]. Обвід талії у чоловіків >102 см та > 88 м у жінок відображає наявність абдомінального типу ожиріння та є фактором ризику АГ, цукрового діабету, серцево-судинних захворювань, зокрема з метою розрахунку індексу обвід талії/обвід стегон ми враховували обвід стегон, відповідно показник ОТ/ОС для чоловіків  $\geq 0,90$  та  $\geq 0,85$  для жінок свідчить про наявність абдомінального типу ожиріння [156; 241].

Вимірювання АТ, ЧСС нами було проведено 3 рази, використовуючи автоматичний тонометр OMRON з універсальною манжетою, зокрема у положенні сидячі після 5-хвилинного відпочинку з інтервалом 1-2 хвилини. Показник АТ визначали як середнє значення останніх 2 вимірювань та вираховували за наступною формулою:  $\text{СерАТ} = \text{ДАТ} + 1/3 (\text{САТ} - \text{ДАТ})$  [255]. Артеріальну гіпертензію було діагностовано при наявності САТ  $\geq 140$  мм.рт.ст. й ДАТ  $\geq 90$  мм.рт.ст. відповідно до рекомендацій ESC 2021 року [222] та рекомендацій ISH 2020 [216].

Оцінка загального 10-річного ризику розвитку СС подій була проведена за допомогою шкали SCORE2 (табл.2.1.1), з огляду на той факт, що ми проводили дослідження щодо відносно здорових осіб віком до 69 років включно (<https://u-prevent.com/calculators/score2>) [222].

З метою об'єктивізації даних респондентам було здійснено одноразово визначення рівнів ліпопротеїдів й ліпідів плазми крові та глюкози крові натще, а також проаналізовано отримані результати дослідження.

*Таблиця 2.1.1*

**Категорії ССР наявні на основі шкал SCORE2  
у відносно здорових осіб у відповідності до віку [222]**

<b>Категорії ризику</b>	<b>&lt;50 років</b>	<b>50-69 років</b>
Низький чи помірний ризик: лікування факторів СС ризику загалом не рекомендується	<2,5%	<5%
Високий ризик: варто розглянути лікування факторів СС ризику	2,5%-7,5%	5-10%
Дуже високий ризик: лікування факторів СС ризику загалом рекомендовано	≥7,5%	≥10%

Задля оцінки ліпідного обміну виявляли рівні загального холестерину (далі – ЗХС), холестерину ліпопротеїдів високої щільності (далі – ХС ЛПВЩ), холестерину ліпопротеїдів низької щільності (далі – ХС ЛПНЩ), холестерину ліпопротеїдів дуже низької щільності (далі – ХС ЛПДНЩ), холестерину не-ліпопротеїдів високої щільності (далі – ХС не-ЛПВЩ), тригліцеридів (далі - ТГ) у сироватці крові натще відповідно до стандартних біохімічних методик. Відповідно виявлення вмісту ЗХС, ХС ЛПВЩ, ТГ здійснювалось за допомогою багатофункціонального біохімічного аналізатора фірми «Human» («Humalyzer», Німеччина) на базі ТОВ «Превентклініка». Задля цього у досліджуваних натще проводили забір крові в об'ємі 5 мл у центрифужну пробірку. Відповідно рівні показників ЗХС та ТГ були визначені за допомогою ферментативно-колориметричного методу, зокрема ХС ЛПВЩ за допомогою методу

преципітації, натомість вміст ХС ЛПНЩ був розрахований із застосуванням формули Фрідвальда [77, с. 500]:

$$\text{ХС ЛПНЩ} = 3\text{ХС} - (\text{ЛПВЩ} - \text{ТГ})/2,2 \text{ (ммоль/л)},$$

тоді як ХС ЛПДНЩ – за наступною формулою [298]:

$$\text{ХС ЛПДНЩ} = 3\text{ХС} - (\text{ХС ЛПНЩ} + \text{ХС ЛПВЩ}),$$

натомість індекс атерогенності – за формулою [298]:

$$\text{ІА} = (\text{3ХС} - \text{ХС ЛПВЩ})/\text{ХС ЛПВЩ},$$

зокрема ХС не-ЛПВЩ – за наступною формулою [222]:

$$\text{ХС не-ЛПВЩ} = 3\text{ХС} - \text{ХС ЛПВЩ}.$$

Рівні означених показників оцінювались згідно рекомендації NCEP АТР ІІІ [152].

Визначення глюкози у цільній крові здійснювалось за допомогою портативного глюкометра «OneTouch Select» фірми «LifeSkan Inc.» (США) у ммоль/л натще. Рівень даного показника оцінювались згідно «Рекомендації ESC 2023 року щодо лікування серцево-судинних захворювань у пацієнтів з цукровим діабетом» [133].

Також нами було досліджена інтенсивність зайняття фізичною активністю серед респондентів, зокрема відповідно до рекомендацій ВООЗ щодо питань фізичної активності та малорухливого способу життя, дорослим й людям похилого віку слід займатись щонайменше від 150 до 300 хвилин на тиждень фізичною активністю середньої інтенсивності з аеробним навантаженням або щонайменше від 75 до 150 хвилин на тиждень фізичною активністю високої інтенсивності з аеробним навантаженням, й особам які мають хронічні захворювання та/або інвалідність [242, с. 2-13].

Нами також був розрахований показник інтенсивності паління, що визначається у пачко-роках, відповідно вираховується як кількість пачок цигарок, які випалені за день, помножених на кількість років паління, зокрема 1 пачко-рік відповідає палінню 20 цигарок на добу протягом 1 року [266, с. 108].

Щодо оцінки розладів пов'язаних із вживанням алкоголю тест AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), який складається із 10 запитань, що

оцінюються від 0 до 4 балів [233]. Максимальна кількість балів – 40, зокрема низький рівень загрози здоров'ю – від 0 до 7 балів; споживання загрожує здоров'ю – від 8 до 15 балів; зловживання алкоголю – від 16 до 19 балів; можлива алкогольна залежність – більше 20 балів [233].

Синдром професійного вигорання був виявлений за допомогою опитувальника MBI-HSS, що містить 22 запитання, що оцінюються від 0 (ніколи) до 6 (щодня), зокрема оцінки низького, середнього, високого рівня шкал емоційного виснаження, деперсоналізацій, особистих досягнень й поділ на профілі - вигорівший, незалучений, перенапружений, неефективний, залучений проведені за допомогою керівництва щодо СПВ MBI Manual 4 випуск (К.Маслач та ін., 2018) [134]. Щодо використання україномовної версії опитувальника MBI-HSS нами була отримана ліцензія ([www.mindgarden.com](http://www.mindgarden.com)).

Щодо виявлення депресії у лікарів ЗПСЛ ми використали шкалу депресії А.Бека [287, с. 37-40], яка містить 21 запитання та 4 варіанти відповіді, зокрема 0 балів нараховується за відповідь «а», 1 бал за відповідь «б», 2 бали – відповідь «в» та 3 бали за відповідь «г». Дана шкала має дві субшкали: 1) когнітивно-афективних проявів депресії (1-13 запитання), а також соматичних проявів депресії (14-21 запитання) [287, с. 37-40]. Підраховується загальна сума балів, відповідно до якої: відсутність депресивних симптомів становлять 0-9 балів, легка депресія – 10-15 балів, помірна депресія – 16-19 балів, виражена депресія – 20-29 балів, а також важка депресія – 30-63 бали [287, с. 37-40].

Також був використаний чотирьохвимірний опитувальник для оцінки дистресу, депресії, тривоги та соматизації (4DSQ), що містить 50 пунктів та 4 шкали - дистрес, депресія, тривога та соматизація, створений Б. Терлуїном [211; 287, с. 32-34; 210]. Відповіді оцінюються від 0 до 2 балів, а саме: відповідь «ні» складає 0 балів, «іноді» нараховує 1 бал, «регулярно», «часто», а також «дуже часто/постійно» оцінюються в 2 бали [211; 287, с. 32-34; 210]. Під час обробки результатів кількість балів підсумовується щодо окремих шкал: 1) шкала дистресу має 16 пунктів (17, 19, 20, 22, 25, 26, 29, 31, 32, 36, 37, 38, 39, 41, 47, 48), відповідно загальна сума балів становить від 0 до 32; 2) шкала



депресії має 6 пунктів (28, 30, 33, 34, 35, 46), загальна сума балів становить від 0 до 12; 3) шкала тривоги має 12 пунктів (18, 21, 23, 24, 27, 40, 42, 43, 44, 45, 49, 50), відповідно загальна сума балів становить від 0 до 24; 4) шкала соматизації має 16 пунктів (1-16), загальна сума балів становить від 0 до 32 [211; 287, с. 32-34; 210]. Інтерпретація результатів чотирьохвимірною опитувальника для оцінки дистресу, депресії, тривоги та соматизації (4DSQ) представлена в таблиці 2.1.2.

*Таблиця 2.1.2.*

**Інтерпретація результатів чотирьохвимірною опитувальника для оцінки дистресу, депресії, тривоги та соматизації (4DSQ) [211; 287, с. 32-34; 210]**

<b>Субшкала</b>	<b>Низький рівень - немає</b>	<b>Помірний рівень</b>	<b>Високий рівень</b>
<b>Дистрес</b>	0-10	11-20	21-32
<b>Депресія</b>	0-2	3-5	6-12
<b>Тривога</b>	0-3	4-9	10-24
<b>Соматизація</b>	0-10	11-20	21-32

Якість життя респондентів досліджувалась за допомогою шкали оцінки якості життя (CQLS), зокрема даний опитувальник містить 10 запитань щодо різних аспектів життя респондентів й варто вказати кількість балів, що підходить найбільше, зокрема від 0 (зовсім не задоволений) й до 10 (надзвичайно задоволений) [287, с. 147-149]. Відповідно оцінки якості життя здійснюється за допомогою розрахунку загального балу (від 0 до 100), зокрема вкрай низький рівень якості життя – від 0 до 56 балів, низький рівень – від 57 до 66, середній рівень – від 67 до 75 балів, високий рівень – від 76 до 82 бали, дуже високий рівень – від 83 до 100 балів [287, с. 147-149].

За допомогою Пітсбурзького опитувальника якості сну (PSQI), нами була оцінена якість сну й порушення сну у респондентів [287, с. 111-114; 48, с. 193-213], що має 11 пунктів, 19 окремих елементів та 7 «компонентів», а саме: 1) суб'єктивна якість сну; 2) латентність сну; 3) тривалість сну; 4) ефективність

сну; 5) порушення сну; 6) використання снодійних ліків та 7) порушення денного функціонування, відповідно сума за означеними компонентами визначає загальну оцінку якості сну. Діапазон значень відповідей на запитання від 0 до 3 балів для питань, починаючи з 5 по 10 питання, відповідно найбільший ступінь певних порушень окремого елемента становить 3 бали [287, с. 111; 48, с. 193-213]. Респонденти обов'язково мають надати відповіді на запитання 1-9, зокрема за умови надання відповіді в межах діапазону, наприклад 20-50 хвилин, як відповідь на питання №2, слід усереднити показник та зазначити 35 хвилин [287, с. 111; 48, с. 193-213]. Компонент 1 – суб'єктивна якість сну оцінюється за питанням №6: 0 балів – дуже висока, 1 бал – досить висока, 2 бали – швидше низька, 3 бали – дуже низька [287, с. 111; 48, с. 193-213]. Компонент 2 – латентність сну оцінюється за питаннями №2 та №5а наступним чином: на запитання №2 - 0 балів отримує респондент, якщо надана відповідь в межах від 0 до 15 хвилин, 1 бал нараховується при зазначенні від 15 до 30 хвилин, 2 бали – від 30 до 60 хвилин, 3 бали за умови вказання понад 60 хвилин; натомість на запитання №5а при відповіді досліджуваного «жодного разу за останній місяць» нараховується 0 балів, «менше ніж раз на тиждень» - 1 бал, «1-2 рази на тиждень» – 2 бали, «3 та більше разів на тиждень» - 3 бали; надалі слід підсумувати отримані бали із запитань №2 та №5а та інтерпретувати їх таким чином: 0-0 балів, 1-2 бали – 1 бал, 3-4 бали – 2 бали, 5-6 балів – 3 бали [287, с. 111; 48, с. 193-213]. Компонент 3 – тривалість сну оцінюється за питанням №4, а саме 0 балів отримує респондент, якщо зазначає більше 7 годин, 1 бал – в межах від 7 до 6 годин, 2 бали – між 5 та 6 годинами, а також 3 бали нараховуються, за умови вказання менше 5 годин [287, с. 111-112; 48, с. 193-213]. Компонент 4 – ефективність сну оцінюється за питаннями №3, №4, №1, відповідно спочатку слід дізнатись кількість годин проведено у ліжку (відповідь на питання №3 відняти від отриманої відповіді на питання №1), далі вираховується ефективність сну за формулою: тривалість сну (відповідь на запитання №4) / кількість годин проведених у ліжку x 100; респондент отримує 0 балів за умови отримання понад 85%, 1 бал – 75-84%, 2 бали – 65-74%, 3 бали

– менше 65% [287, с. 111-112; 48, с. 193-213]. Компонент 5 – порушення сну оцінюється за сумою відповідей на питання 5б, 5в, 5г, 5 г, 5д, 5е, 5є, 5ж, зокрема «жодного разу за останній місяць» нараховується 0 балів, «менше ніж раз на тиждень» - 1 бал, «1-2 рази на тиждень» – 2 бали, «3 та більше разів на тиждень» - 3 бали; результати отриманих даних оцінюються таким чином: 0 балів – 0, 1 бал – 1-9, 2 бали – 10-18, 3 бали – 19-27 [287, с. 111-112; 48, с. 193-213]. Компонент 6 - використання снодійних ліків оцінюється від 0 до 3 балів за питанням №7, натомість компонент 7 – порушення денного функціонування вираховується як сума оцінки питань № 8 (оцінка як в питанні №5а) та №9 (0 балів – зовсім не складно, 1 бал – лише трохи складно, 2 бал – в деякій мірі складно, 3 бал – дуже складно), а саме: 0 балів – 0, 1 бал – 1-2, 2 бали – 3-4, 3 бали – 5-6 [287, с. 111-112; 48, с. 193-213]. Сумарний бал поєднує усі 7 компонентів від 0 (найкраща якість сну) до 21 (найгірша якість сну), відповідно гарна якість сну оцінюється при наявності сумарного показника менше 5 балів, натомість 5 балів та більше є свідченням значного порушення сну [287, с. 111-112; 48, с. 193-213].

Статистичну обробку отриманих даних було проведено методами параметричної, а також непараметричної статистики за допомогою використання пакету статистичних програм для Windows IBM SPSS Statistics Base version 22, а також «MS Excel». Кількісні дані були представлені через середнє значення (M), а також стандартне відхилення (SD). Натомість якісні дані представлені через %. Кореляційний аналіз було здійснено з використанням критерію Спірмана. Відмінності розподілу вибірок було оцінено за допомогою критерію хі-квадрат. Ступінь впливу факторних ознак визначався за показником відношення шансів (OR). Пороговою величиною рівня значимості при всіх статистичних розрахунках ми визначали при  $p < 0,05$ .

## **2.2. Загальна характеристика досліджуваних**

У дослідженні брали участь 263 лікарів загальної практики – сімейного лікаря міста Києва, 237 (90,11%) жінок й 26 (9,89%) чоловіків, віком від 24 до

69 років (середній вік яких становив  $46,51 \pm 12,58$  років). Основну групу складала 199 (75,67%) лікарів загальної практики – сімейних лікарів із наявними ознаками синдрому професійного вигорання (профілі СПВ: 61 особа (23,19%) – вигорівший, 63 особи (23,95%) – перенапружений, 68 осіб (25,87%) – неефективний, 7 осіб (2,66%) – незалучений), натомість групу порівняння складала 64 лікарів ЗПСЛ без ознак синдрому професійного вигорання (профіль залучений мали 64 особи (24,33%), зокрема СПВ визначався за допомогою україномовної версії опитувальника Maslach Burnout Inventory Human Service Survey (MBI-HSS) [134] щодо виявлення синдрому професійного вигорання, на використання якої нами була отримана ліцензія ([www.mindgarden.com](http://www.mindgarden.com)).

З усіма лікарями загальної практики – сімейними лікарями було проведено напівструктуроване інтерв'ю щодо вивчення анамнестичних особливостей життя й здоров'я респондентів, зокрема спектру факторів серцево-судинного ризику, біопсихосоціальних та організаційних чинників, антропометричні вимірювання, виявлення показників ліпідного спектру крові, глюкози крові натще, проводився вимір АТ, ЧСС, анкетування за допомогою україномовної версії опитувальника Maslach Burnout Inventory Human Service Survey (MBI-HSS) [134] щодо виявлення синдрому професійного вигорання, тесту щодо оцінки розладів пов'язаних із вживанням алкоголю AUDIT [233], розрахунок інтенсивності паління у вигляді показника пачко-роки [266, с. 108], шкала оцінки якості життя (CQLS) [287, с. 147-149], оцінка загального 10-річного ризику розвитку СС подій за допомогою шкали SCORE2 [222], шкала депресії А. Бека [287, с. 37-40], чотирьохвимірний анкетний симптомів (4DSQ) [211; 287, с. 32-34; 210], Пітсбурзький опитувальник якості сну (PSQI) [287, с. 111-114; 48, с. 193-213].

Загальна характеристика груп дослідження містила наступні показники: вік, стать, атестаційна категорія, сімейний стан та кількість дітей (табл.2.2.1.).

Таблиця 2.2.1.

## Загальна характеристика груп дослідження

Ознака	Лікарі ЗПСЛ із ознаками СПВ n=199		Лікарі ЗПСЛ без ознак СПВ n=64		Всього n=263	
	n	%	n	%	n	%
Стать						
Жіноча стать	179	89,95	58	90,62	237	90,11
Чоловіча стать	20	10,05	6	9,38	26	9,89
Вік						
24-44 років	88	44,22	26	40,62	114	43,35
45-59 років	72	36,18	28	43,75	100	38,02
60-69 років	39	19,60	10	15,63	49	18,63
Атестаційна категорія						
Відсутня	47	23,62	11	17,19	58	22,05
Друга	27	13,57	7	10,94	34	12,93
Перша	28	14,07	9	14,06	37	14,07
Вища	97	48,74	37	57,81	134	50,95
Сімейний стан						
Вперше одружений/заміжня	132	66,33	42	65,62	174	66,16
Одружений/заміжня 2 та більше разів	18	9,05	2	3,13	20	7,60
Спільне проживання	4	2,01	4	6,25	8	3,04
Неодружений/незаміжня	18	9,05	3	4,69	21	7,99
Розлучений(а)	13	6,53	8	12,50	21	7,99
Вдівець/вдова	14	7,03	5	7,81	19	7,22
Кількість дітей						
1	82	41,21	29	45,31	111	42,21
2	76	38,19	27	42,19	103	39,16
3	7	3,52	1	1,56	8	3,04
4 та більше	1	0,50	0	0,00	1	0,38
Не має дітей	33	16,58	7	10,94	40	15,21

Серед респондентів основної групи, яку склали 199 лікарів загальної практики – сімейних лікарів із наявними ознаками синдрому професійного вигорання, середній вік становив  $46,34 \pm 12,98$  років, мінімальний вік – 24 років, максимальний вік – 69 років, з них 179 жінок (89,95%) та 20 чоловіків (10,05%), натомість групу порівняння склали 64 лікарів ЗПСЛ без ознак синдрому професійного вигорання, середній вік яких становив  $47,02 \pm 11,31$  років,

мінімальний вік – 26 років, максимальний вік – 69 років, з них 58 жінок (90,62%) та 6 чоловіків (9,38%).

Відповідно до отриманих результатів, серед лікарів ЗПСЛ із наявними ознаками СПВ та лікарів ЗПСЛ без наявних ознак СПВ – 97 осіб (48,74%) та 37 осіб (57,81%) мали вищу атестаційну категорію, 47 осіб (23,62%) та 11 осіб (17,19%) - не мали атестаційної категорії, першу атестаційну категорію мали 28 осіб (14,07%) та 9 осіб (14,06%), натомість другу атестаційну категорію мали 27 осіб (13,57%) та 7 осіб (10,94%) відповідно. Зокрема серед досліджуваних основної групи та групи порівняння вперше одружений/заміжня були 132 особи (66,33%) та 42 особи (65,62%), неодружений/незаміжня – 18 осіб (9,05%) й 3 особи (4,69%), розлучений(а) – 13 осіб (6,53%) і 8 осіб (12,50%), одружений/заміжня 2 та більше разів – 18 осіб (9,05%) та 2 особи (3,13%), вдівець/вдова – 14 осіб (7,03%) і 5 осіб (7,81%), спільне проживання – 4 особи (2,01%) та 4 особи (6,25%) відповідно. Щодо кількості дітей лікарі ЗПСЛ із наявними ознаками СПВ та лікарі ЗПСЛ без наявних ознак СПВ мали такі результати, а саме: 82 особи (41,21%) та 29 осіб (45,31%) мали 1 дитину, 76 осіб (38,19%) та 27 осіб (42,19%) – 2 дитини, 33 особи (16,58%) та 7 осіб (10,94%) – не мали дітей, 7 осіб (3,52%) та 1 особа (1,56%) – 3 дитини відповідно, а також 1 респондент (0,50%) основної групи мав 4 та більше дітей. За всіма наведеними ознаками групи були співставні ( $p>0,05$ ).

Основні наукові публікації дисертанта, у яких представлені результати розділу 2: 1. Botiakova, V. (2023). The Relationship Between Burnout Syndrome, Quality of Life and Cardiovascular Risk Factors in Family Doctors. *Перспективи та інновації науки*, 13(31), 611-630. [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-13\(31\)-611-631](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-13(31)-611-631).

2. Botiakova, V. (2023). Zusammenhang Zwischen Burnout-Syndrom, Kardiovaskulären Risikofaktoren Und Lebensqualität Bei Allgemeinen Ärzten – Hausärzten. *II International Scientific and Practical Conference «Young scientists and methods of improving modern theories»* (С. 96-100). Milan: International Science Group.

**РОЗДІЛ 3**  
**АНАЛІЗ СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНИХ ТА**  
**КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНИХ ХАРАКТЕРИСТИК,**  
**ОРГАНІЗАЦІЙНИХ ТА ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ**  
**СИНДРОМУ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ У ЛІКАРІВ**  
**ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ**

**3.1. Основні соціально-демографічні та клініко-анамнестичні характеристики досліджуваного контингенту**

З огляду на той факт, що ми проводили дослідження щодо відносно здорових осіб віком до 69 років включно, оцінка загального 10-річного ризику розвитку СС подій була проведена за допомогою шкали SCORE2 (<https://u-prevent.com/calculators/score2>) [222]. Слід підкреслити, що згідно рекомендацій Європейського товариства кардіологів щодо профілактики серцево-судинних захворювань 2021 року до відносно здорових осіб належать особи, в яких не виявлено й не встановлено атеросклеротичних ССЗ (далі - АССЗ), ЦД, ХХН та/або рідкісних/генетичних порушень ліпідного обміну [222]. Враховуючи означене вище, ми проводили дослідження таких факторів серцево-судинного ризику, як: а) немодифіковані: стать, вік, спадковість; б) модифіковані: підвищений АТ, дисліпідемія, надлишкова маса тіла/ожиріння, недостатня фізична активність, паління тютюну, вживання алкоголю [222].

Варто зазначити, що такі показники, як стать та вік, що належать до немодифікованих факторів СС ризику [222] були описані вище, натомість щодо наявності спадкових захворювань (МКХ-10 [236]) респонденти вказали [36] наступне: 124 особи (47,15%) – захворювання системи кровообігу (у 139 осіб (52,85%) – відсутні), 61 особа (23,19%) – ендокринні захворювання, розлади харчування та порушення обміну речовин (у 202 осіб (76,81%) – відсутні), 48 осіб (18,25%) – новоутворення (у 215 осіб (81,75%) – відсутні), 40 осіб (15,21%) – захворювання органів травлення (у 223 осіб (84,79%) – відсутні), 32 особи

(12,17%) – захворювання ока і придаткового апарату (у 231 (87,83%) – відсутні), 30 осіб (11,41%) – захворювання кістково-м'язової системи і сполучної тканини (у 233 осіб (88,59%) – відсутні), 14 осіб (5,32%) – захворювання нервової системи (у 249 осіб (94,68%) – відсутні), 6 осіб (2,28%) – розлади психіки і поведінки (у 257 осіб (97,72%) – відсутні) та 5 осіб (1,90%) зазначили «інше» (258 осіб (98,10%) – не обрали даний варіант).

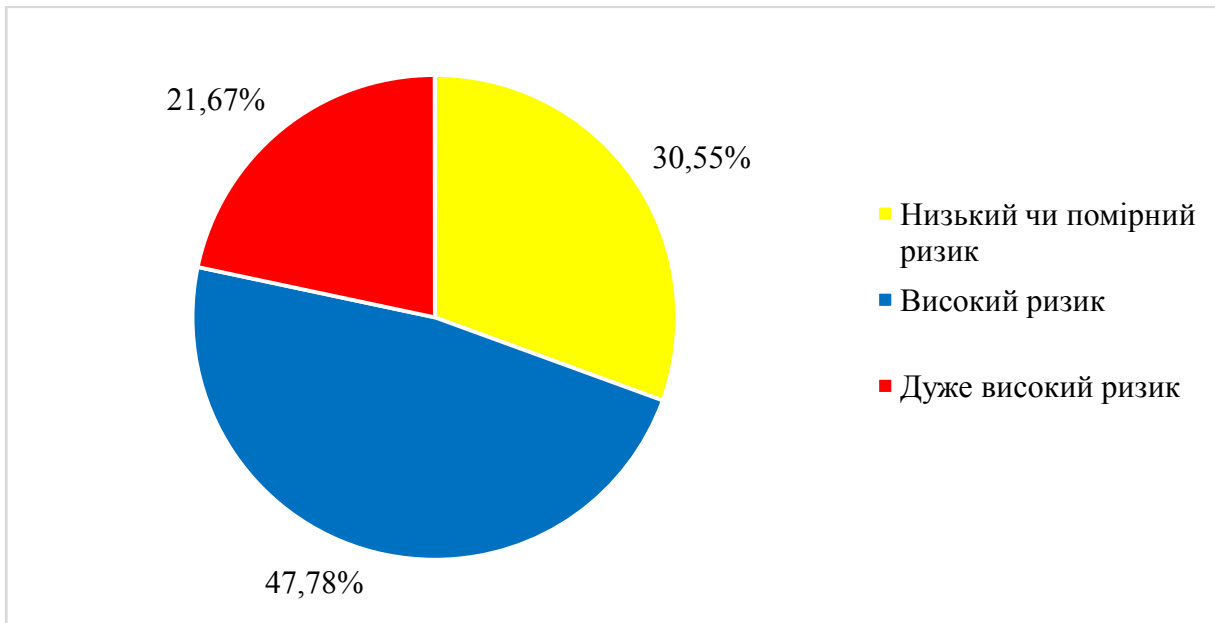
Далі за результатами проведеного дослідження у лікарів ЗПСЛ було виявлено наступні модифіковані фактори СС ризику [222]: у 203 осіб (77,19%) респондентів артеріальна гіпертензія була відсутня, натомість у 60 осіб (22,81%) вона наявна, зокрема 203 особи (77,19%) – не мали стадії АГ, II стадія АГ – 34 особи (12,92%), I стадія АГ – 26 осіб (9,89%), III стадія АГ – 0%. 203 особи (77,19%) не мали ступінь АГ, 35 осіб (13,30%) мали 1 ступінь АГ, 25 осіб (9,51%) – 2 ступінь АГ, 0% – 3 ступінь АГ. У 49 осіб (18,63%) досліджуваних була наявна потреба щодо постійного лікування АГ (у 214 осіб (81,37%) – відсутня). Зокрема у тих, хто мав АГ тривалість артеріальної гіпертензії становила  $8,71 \pm 7,35$  років. Відповідно середній показник систолічного артеріального тиску складав  $118,77 \pm 12,8$  мм.рт.ст., діастолічний артеріальний тиск –  $75,43 \pm 9,08$  мм.рт.ст, ЧСС –  $76,01 \pm 10,45$  уд./хв., що відповідало нормальним показникам САТ, ДАТ, ЧСС.

Відповідно до положень рекомендацій ESC 2021 року для оцінки ступеня серцево-судинного ризику, що визначається, як абсолютна ймовірність (представлена у %) розвитку впродовж майбутніх 10 років фатальної та нефатальної серцево-судинної події у осіб, які не мали попередніх серцево-судинних захворювань чи цукрового діабету віком від 40 до 69 років, використовують шкалу SCORE2 для країн, які мають низький, помірний, високий, а також дуже високий ризик (відповідно Україна належить до країн із дуже високим ризиком) [222; 199].

Оцінка загального 10-річного ризику розвитку СС подій за допомогою шкали SCORE2 [222] проводилась у 180 респондентів віком від 40 до 69 років, зокрема 83 особи були молодше 40 років та даний показник за шкалою SCORE2



[222] у них не визначався. Відповідно до отриманих результатів респонденти розподілились на наступні групи: 86 осіб (47,78%) мали високий ризик, 55 осіб (30,55%) мали низький чи помірний ризик, 39 осіб (21,67%) мали дуже високий ризик (Рис.3.1.1).



*Рис. 3.1.1. Оцінка загального 10-річного ризику розвитку СС подій за допомогою шкали SCORE2 у респондентів (у %)*

Наступний фактор СС ризику, що був нами досліджений – це модифікований фактор СС ризику надмірна маса тіла або ожиріння [156; 241], відповідно, варто зазначити, що під час обстеження виявлено, що показник ваги тіла респондентів знаходився в межах від 43 до 112 кг, середній показник ваги тіла становив  $71,39 \pm 13,78$  кг, натомість показник зросту був у діапазоні від 1,50 до 1,95 м, середній показник –  $1,66 \pm 0,07$  м. Відповідно за показником індексу маси тіла [156; 241] досліджувані розподілились наступним чином: у 115 осіб (43,73%) – нормальна маса тіла, у 86 осіб (32,70%) – надмірна маса тіла, у 45 осіб (17,11%) – ожиріння I ступеню, у 7 осіб (2,66%) – ожиріння II ступеню, у 8 осіб (3,07%) – дефіцит маси тіла, у 2 осіб (0,76%) – ожиріння III ступеню. Середній показник індексу маси тіла (далі – ІМТ) складав  $25,93 \pm 4,79$  кг/м<sup>2</sup>, що вказує на надмірну масу тіла. Щодо індексу ОТ/ОС та обхвату талії [156; 241] респонденти розподілились відповідним чином: у 160 осіб (60,84%) й у 174 осіб (66,16%) – індекс ОТ/ОС й обхват талії знаходились в межах норми, а також

у 103 осіб (39,16%) й у 89 осіб (33,84%) – наявність абдомінального типу ожиріння (індекс ОТ/ОС й обхват талії), зокрема середні показники індексу ОТ/ОС та обхвату талії знаходились в межах норми  $0,82 \pm 0,1$  та  $83,5 \pm 13,76$  см відповідно, тобто означений факт не свідчить про наявність абдомінального типу ожиріння у більшості респондентів.

На запитання «Як часто Ви займаєтесь спортом/фізичною активністю» (Додаток Б) досліджувані розподілились на такі групи: 81 особа (30,80%) – 1 раз на тиждень, 75 осіб (28,52%) – не займаюсь, 70 осіб (26,61%) – 2-3 рази на тиждень, 37 осіб (14,07%) – 4 та більше разів на тиждень. 205 осіб (77,94%) займались фізичною активністю менше 150 хвилин на тиждень, натомість лише 58 осіб (22,05%) - регулярно й в достатній мірі займаються фізичною активністю. Зокрема за результатами проведеного модального аналізу наявності проблем (МКХ-10 [236]) у лікарів ЗПСЛ було виявлено, що 143 особи (54,37%) мали недостатню фізичну активність (у 120 осіб (45,63%) даний чинник відсутній). Натомість середній показник зайняття фізичною активністю середньої інтенсивності складав  $93,69 \pm 131,52$  хвилин на тиждень, що також вказує на недостатню фізичну активність досліджуваних, тобто більшість респондентів ведуть малорухомий спосіб життя [242, с. 2-13]. Відповідно малорухливий спосіб життя підвищує ризик смертності від серцево-судинних захворювань, онкологічних захворювань, зокрема сприяє поширеності серцево-судинних захворювань, новоутворень й ЦД 2 типу [242, с. 3].

Наступним фактором СС ризику, що підлягав дослідженню - паління [222], зокрема 233 респонденти (88,59%) вказали, що вони не палять (Додаток Б), 30 осіб (11,41%) зазначили, що є активними курцями, натомість середня кількість випалених цигарок на добу, років паління, пачко-років поміж тих, хто палить становила  $9,75 \pm 4,93$  цигарок/добу й  $15,43 \pm 10,21$  років, а також  $8,39 \pm 8,52$  пачко-років.

За результатами лабораторних досліджень у 113 досліджуваних (42,97%) спостерігалось підвищення ( $>5,2$  ммоль/л) рівня загального холестерину (у 150 осіб (57,03%) – в межах норми), у 32 осіб (12,17%) респондентів був наявний

підвищений ( $>1,7$  ммоль/л) вміст ТГ сироватки крові (у 231 осіб (87,83%) – в межах норми), відповідно середні показники ЗХ, ТГ становили  $5,11 \pm 0,85$  ммоль/л й  $1,21 \pm 0,39$  ммоль/л, що відповідає нормальним значенням даних показників, адже дослідження проводилось поміж відносно здорових осіб. Середні показники ХС ЛПНЩ, ХС ЛПВЩ, ХС ЛПДНЩ, ІА, ХС не-ЛПВЩ, глюкози крові також знаходились в межах нормальних значень.

З метою оцінки вживання алкоголю нами був використаний тест щодо оцінки розладів пов'язаних із вживанням алкоголю AUDIT [233], щодо якого респонденти розподілились таким чином: 252 особи (95,81%) мали низький рівень загрози щодо здоров'я, у 9 осіб (3,42%) споживання алкоголю загрожувало здоров'ю, 1 особа (0,38%) зловживала алкоголем та 1 особа (0,38%) мала можливу алкогольну залежність. Середній показник за шкалою AUDIT [233] складав  $1,95 \pm 2,54$  бали, що вказувало на низький рівень загрози здоров'ю. Відповідно слід зазначити, що більшість респондентів (95,81%) мали низький рівень загрози своєму здоров'ю й вірогідність щодо нанесення шкоди здоров'ю вживанням такого рівня алкоголю була незначною. На запитання «Наскільки часто Ви вживаєте алкоголь?» (Додаток Б) респонденти розподілились наступним чином: 166 осіб (63,12%) вживають менше 1 стандартної дози на добу, 83 особи (31,56%) взагалі не вживають алкоголь, 10 осіб (3,8%) вживають 1 стандартну дозу на добу, 4 особи (1,52%) вказали, що вживають 2 та більше стандартних доз на добу. Відповідно до рекомендацій МОЗ України щодо здорового харчування дорослих від 08 грудня 2017 року – 1 стандартна доза алкоголю відповідає 30 мл горілки, 300 мл пива чи 100 мл вина [279].

Відповідно до отриманих результатів (Додаток Б) сфера професійної діяльності у 258 осіб (98,10%) була пов'язана із лікувальною роботою (5 осіб (1,90%) відповіли негативно), та у 32 осіб (12,17%) була пов'язана із адміністративною роботою (231 особи (87,83%) відповіли негативно). 211 осіб (80,23%) опитуваних зазначили, що мають сумісництво в рамках професії, натомість у 52 осіб (19,77%) воно відсутнє.

Варто також зазначити, що отримані дані щодо наявності перенесених/супутніх захворювань (МКХ-10 [236]) у досліджуваних засвідчили такі особливості стану здоров'я лікарів ЗПСЛ: 91 особа (34,60%) – захворювання системи кровообігу (у 172 осіб (65,40%) – відсутні), 82 особи (31,18%) – захворювання органів травлення (у 181 особи (68,82%) – відсутні), 67 осіб (25,48%) – захворювання ока і придаткового апарату (у 196 осіб (74,52%) – відсутні), 59 осіб (22,43%) – захворювання кістково-м'язової системи і сполучної тканини (у 204 осіб (77,57%) – відсутні), 50 осіб (19,01%) – захворювання органів дихання (у 213 осіб (80,99%) – відсутні), 48 осіб (18,25%) – ендокринні захворювання, розлади харчування та порушення обміну речовин (у 215 осіб (81,75%) – відсутні), 31 особа (11,79%) – захворювання сечостатевої системи (у 232 осіб (88,21%) – відсутні), 30 осіб (11,41%) – захворювання нервової системи (у 233 осіб (88,59%) – відсутні), 20 осіб (7,60%) – захворювання шкіри і підшкірної клітковини (у 243 осіб (92,40%) – відсутні), 16 осіб (6,08%) – інші захворювання (у 247 осіб (93,92%) – відсутні), 3 особи (1,14%) – розлади психіки і поведінки (у 260 осіб (98,86%) – відсутні), 3 особи (1,14%) – захворювання вуха і соскоподібного відростка (у 260 осіб (98,86%) – відсутні) (Додаток Б). 220 осіб (92,82%) не мали викиднів (жінки), натомість 17 осіб (7,17%) мали, серед яких 12 осіб (5,06%) - 1 раз, 4 респонденти (1,69%) - 2 рази, 1 особа (0,42%) - 5 разів; 96 осіб (40,51%) мали менопаузу (жінки), у 141 особи (59,49%) вона була відсутня. Відповідно вік, коли наступила менопауза був в межах від 38 років до 60 років, зокрема середній вік настання менопаузи становив  $49,81 \pm 3,94$  роки. 263 респонденти (100%) не мали цукрового діабету та встановлених атеросклеротичних серцево-судинних захворювань (Додаток Б), а саме: ГКС, ГІМ, процедура коронарної реваскуляризації чи реваскуляризації артерій в іншому басейні, інсульт, ТІА, аневризма аорти, захворювання перефіричних артерій, тощо.

Слід також зауважити, що 126 лікарів ЗПСЛ (47,91%) повідомили про задовільний стан здоров'я, 72 особи (27,38%) - добрий стан із незначними відхиленнями, 40 осіб (15,21%) - суттєві проблеми зі станом здоров'я, 17 осіб

(6,46%) - незадовільний стан здоров'я та тільки 8 осіб (3,04%) вказали про відмінне здоров'я. Відповідно більшість респондентів (206 осіб - 78,33%) мали належний стан здоров'я (задовільний, добрий, відмінний) (Додаток Б).

Важливо наголосити на тому, що більшість лікарів ЗПСЛ (186 осіб - 70,72%) проводять свій вільний час із сім'єю, близькими друзями (77 осіб (29,28%) - не вказують), 117 осіб (44,49%) - обирають Інтернет (146 осіб (55,51%) - не обирають), 104 особи (39,54%) - спорт, фізична активність (159 осіб (60,46%) - не обирають), 102 особи (38,78%) - читання книжок (161 особа (61,22%) - не обирають), 101 особа (38,40%) - культурні заходи (театр, кіно, музей) (162 особи (61,60%) не обирають), 95 осіб (36,12%) - подорожі (168 осіб (63,88%) - не обирають), 78 осіб (29,66%) - садівництво (185 осіб (70,34%) - не обирають), 68 осіб (25,86%) - соціальні мережі (195 осіб (74,14%) - не обирають), 41 особа (15,59%) - музика, спів, гра на музичних інструментах (222 особи (84,41%) - не обирають), 40 осіб (15,21%) - їжа та вино (223 особи (84,79%) - не обирають), 21 особа (7,98%) - мистецтво (живопис, скульптура, фотографія та ін.) (242 особи (92,02%) - не обирають), 13 осіб (4,94%) - полювання та риболовля (250 осіб (95,06%) - не обирають), 12 осіб (4,56%) вказали інше (251 особа (95,44%) - не обирають), 7 осіб (2,66%) - літературна діяльність (написання книг – не медичного характеру) (256 особи (97,34%) - не обирають), 4 особи (1,52%) - управління фінансами, інвестування (259 осіб (98,48%) - не обирають), а також 4 особи (1,52%) - колекціонування (259 осіб (98,48%) - не обирають) (Додаток Б).

Щодо запитання «Як Ви справляєтесь із стресом/синдромом професійного вигорання?» (Додаток Б) у респондентів була можливість обрати декілька варіантів відповідей, а саме: 193 особи (73,38%) зазначили спілкування з сім'єю чи близькими друзями (70 осіб (26,62%) – відсутнє), 142 особи (53,99%) – фізична активність (121 особи (46,01%) – відсутня), 145 осіб (55,13%) – сон (118 особи (44,87%) – відсутнє), 89 осіб (33,84%) – прослуховування музики чи гра на музичних інструментах (174 особи (66,16%) – відсутнє), 65 осіб (24,71%) – ізоляція від інших (198 особи (75,29%) –

відсутнє), 37 особи (14,07%) – споживання нездорової їжі (226 осіб (85,93%) – відсутнє), 23 особи (8,75%) – медикаментозна терапія (240 осіб (91,25%) – відсутнє), 17 осіб (6,46%) – переїдання (246 осіб (93,54%) – відсутнє), 15 осіб (5,70%) – вживання алкоголю (248 осіб (94,30%) – відсутнє), 15 осіб (5,70%) - паління (248 осіб (94,30%) – відсутнє), 8 осіб (3,04%) - жодний варіант (255 особи (96,96%) - відсутнє), 7 осіб (2,66%) – інше (256 осіб (97,34%) - відсутнє), тобто більшість респондентів справлялись із стресом/професійним вигоранням за рахунок спілкування з сім'єю чи близькими друзями, зайняттям фізичною активністю та сну. 84 лікарів ЗПСЛ (31,94%) наголосили, що синдром професійного вигорання має негативний вплив на їх особисті відносини (96 осіб (36,50%) - відсутній вплив), 83 особи (31,56%) вказали, що їм важко відповісти.

Також ми вважали за доцільне дізнатись, чи планують лікарі ЗПСЛ звертатись за професійною допомогою щодо СПВ, відповідно нами були отримані наступні дані: 162 особи (61,60%) відповіли негативно й раніше не звертались за професійною допомогою, 73 особи (27,76%) вважають за краще не відповідати, лише 16 осіб (6,08%) планують звернутись за професійною допомогою, 8 осіб (3,04%) наразі шукають професійної допомоги, а також 4 особи (1,52%) не планують, проте отримували професійну допомогу щодо СПВ в минулому (Додаток Б). Щодо причини не звернення за професійною допомогою з приводу СПВ респонденти відповіли наступне: 96 осіб (36,50%) могли самі із усім впоратись без професійної допомоги, 83 особи (31,56%) вказали, що їх симптоми були не достатньо виражені/тяжкі, 41 особа (15,59%) - занадто зайняті, 27 осіб (10,27%) - інше, 12 осіб (4,56%) - не хотіли ризикувати розголошенням інформації, а також 4 особи (1,52%) не довіряли фахівцям із психічного здоров'я (Додаток Б). З огляду на означене вище, можливо бачити, що більшість респондентів не звертались за професійною допомогою щодо СПВ, а також не планували цього робити в майбутньому.

За результатами проведеного аналізу, нами були досліджені рівні задоволеності балансом життя-робота респондентів, що розподілились таким

чином: 95 осіб (36,12%) почувались нейтрально щодо свого балансу життя-робота, 81 особа (30,80%) – не задоволені, 48 осіб (18,25%) – задоволені, 33 особи (12,55%) – дуже не задоволені та лише 6 осіб (2,28%) – дуже задоволені балансом життя-робота, тобто варто наголосити, що лише 54 особи (20,53%) зазначили про гармонійний баланс життя-робота (Додаток Б).

Зокрема нами також було проаналізовано наявність достатнього заробітку й активів задля досягнення життєвих цілей у лікарів ЗПСЛ, відповідно більшість респондентів (147 осіб - 55,89%) зазначили, що на даний час не мають достатнього заробітку й активів, проте сподіваються у майбутньому їх буде достатньо, натомість 85 осіб (32,32%) вказали, що не впевнені, що буде достатньо, однак 31 особа (11,79%) відповіли позитивно (Додаток Б).

Необхідно акцентувати увагу на тому, що більшість досліджуваних (168 осіб - 63,88%) використовують більше 24 днів відпустки, 79 осіб (30,04%) від 14 до 24 днів відпустки, 13 осіб (4,94%) - менше 14 днів та 3 особи (1,14%) - не використовують днів відпустки (Додаток Б). Відповідно 93 лікарів ЗПСЛ (35,36%) погодились із твердженням «Мій робочий графік мені лишає достатньо часу щодо сімейного/особистого життя», 85 осіб (32,32%) не погодились із даним твердженням та 85 осіб (32,32%) - важко було відповісти (Додаток Б).

Досліджуючи щастя лікарів ЗПСЛ вдома й на роботі нами було виявлено, що вдома 110 респондентів (41,82%) були щасливими, 67 осіб (25,48%) - максимально щасливими, 45 осіб (17,11%) - дуже щасливими, 36 осіб (13,69%) почувались нейтрально, 3 особи (1,14%) - нещасливими, 2 особи (0,76%) - дуже нещасливими, 0% - максимально нещасливими. Натомість на роботі більшість досліджуваних (145 осіб - 55,13%) почувались нейтрально, 73 особи (27,76%) були щасливими, 21 особа (7,98%) - нещасливими, 11 осіб (4,18%) - дуже щасливими, 6 осіб (2,28%) - дуже нещасливими, 4 особи (1,52%) - максимально щасливими та 3 особи (1,14%) - готові звільнитись з роботи. Маємо усі підстави аби стверджувати, що вдома 222 респонденти (84,41%)

були щасливими (максимально щасливий, дуже щасливий, щасливий), проте на роботі дуже/щасливими були лише 88 осіб (33,46%), як ми й вже вказали більшість (145 осіб - 55,13%) почувалась нейтрально (Додаток Б).

За результатами проведеного модального аналізу наявних проблем у лікарів ЗПСЛ, що базувався на МКХ-10 [236] нами були отримані наступні дані: більшість респондентів (219 осіб - 83,27%) мали недостатність розслаблення й відпочинку (44 особи (16,73%) - відсутнє), 208 осіб (79,09%) - перевтому (55 осіб (20,91%) - відсутня), 156 осіб (59,32%) - низький рівень доходу (107 осіб (40,68%) - відсутнє), 46 осіб (17,49%) - недостатню підтримку родини (217 осіб (82,51%) - відсутнє), 37 осіб (14,07%) - відсутність житла (226 осіб (85,93%) - відсутнє), 32 особи (12,17%) - проблеми пов'язані із взаємовідносинами партнерів або подружжя (231 особи (87,83%) - відсутнє), 26 осіб (9,89%) - проживання на самоті (237 осіб (90,11%) - відсутнє), 26 осіб (9,89%) - незадовільні житлові умови (237 осіб (90,11%) - відсутнє), 20 осіб (7,60%) - проблеми взаємовідносин із батьками, а також родичами дружини або чоловіка (243 особи (92,40%) - відсутнє), 12 осіб (4,56%) - конфлікти із квартирантами/сусідами та/або хазяїном житла (251 осіб (95,44%) - відсутнє) та 1 особа (0,38%) - злидні (99,62% - відсутнє) (Додаток Б). Отже, основними наявними проблемами у більшості лікарів ЗПСЛ були недостатність розслаблення й відпочинку, перевтома, низький рівень доходу та недостатня підтримка родини.

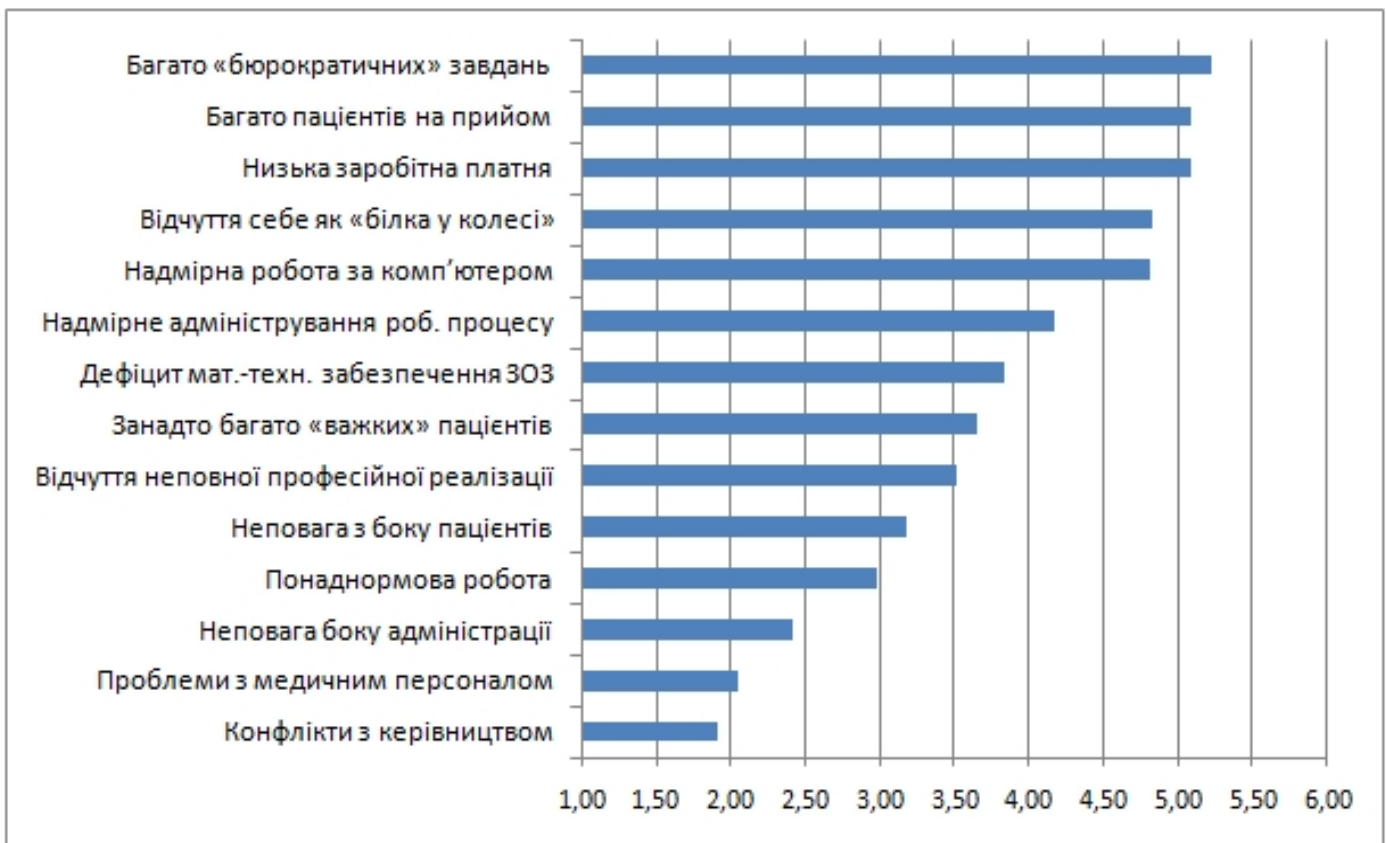
### **3.2. Аналіз організаційних та психологічних чинників синдрому професійного вигорання у лікарів загальної практики – сімейних лікарів**

Також нами були досліджені організаційні чинники (Додаток Б) у лікарів загальної практики – сімейних лікарів. За результатами проведеного дослідження було виявлено, що середній стаж роботи лікарів ЗПСЛ становив  $22,42 \pm 13,30$  роки, натомість щодо годин роботи на тиждень респонденти розподілились наступним чином: від 40 до 49 годин на тиждень – 119 осіб



(45,25%), до 40 годин на тиждень – 110 осіб (41,83%), від 50 до 59 годин на тиждень – 22 особи (8,37%), від 60 до 69 годин на тиждень – 4 особи (1,52%), від 70 до 79 годин на тиждень – 5 осіб (1,90%), більше 80 годин на тиждень – 3 особи (1,14%). Щодо робочого навантаження (кількість ставок) лікарі ЗПСЛ вказали наступне: 219 осіб (83,27%) мали 1 ставку, 19 осіб (7,22%) - 1,25 ставки, 12 осіб (4,56%) - 1,5 ставки, 6 осіб (2,28%) - 0,5 ставки, 5 осіб (1,90%) - 0,25 ставки, 2 особи (0,76%) - 0,75% ставки. 263 лікаря ЗПСЛ (100%) не мали наукового ступеня (к.мед.н (PhD), д.мед.н.).

На запитання «Які фактори, на Вашу думку, впливають на формування у Вас синдрому професійного вигорання?» (Додаток Б) респонденти відповідали за шкалою від 1 до 7, де 1 - ніяк не впливає, 7 – максимально впливає та обирали декілька варіантів відповідей (Рис. 3.1.2).



*Рис.3.1.2. Оцінка результатів респондентів за окремими організаційними факторами (середній бал)*

Як можливо бачити з рисунку 3.1.2. основними факторами, що на думку респондентів впливають на формування у них СПВ були: занадто «бюрократичних» завдань (паперової роботи, тощо) ( $5,23 \pm 1,86$ ), багато пацієнтів на прийом; мало часу на 1 пацієнта ( $5,09 \pm 1,84$ ), низька заробітна платня ( $5,08 \pm 1,99$ ), відчуття себе як «білка у колесі» ( $4,83 \pm 2,00$ ), надмірна робота за комп'ютером ( $4,81 \pm 2,03$ ), надмірне адміністрування робочого процесу ( $4,17 \pm 1,98$ ), недостатнє матеріально-технічне забезпечення медичного закладу та робочого місця ( $3,83 \pm 2,00$ ), занадто багато «важких» пацієнтів ( $3,66 \pm 1,83$ ) тощо.

Досліджуванним також була надана можливість оцінити власний рівень СПВ за шкалою від 1 (відсутність впливу СПВ на життя) до 7 (максимальний вплив СПВ), відповідно нами були виявлено, що 115 респондентів (43,73%) вказують на низький (1-3) вплив СПВ на власне життя, 87 осіб (33,08%) - сильний вплив (5-7) СПВ, 61 лікаря ЗПСЛ (23,19%) вказують на середній (4) вплив СПВ на власне життя (Додаток Б).

Важливо звернути увагу на той факт, що більшість досліджуваних (197 осіб - 74,90%) стверджують, що підвищення заробітної платні допоможе знизити їх рівень СПВ (66 осіб (25,10%) – відсутнє), натомість 75 осіб (28,52%) зазначають зменшення професійного навантаження (188 осіб (71,48%) – відсутнє), 74 особи (28,14%) – підвищення поваг з боку пацієнтів (189 особи (71,86%) – відсутнє), 72 особи (27,38%) – більш збалансований графік роботи (191 особа (72,62%) – відсутнє), 72 особи (27,38%) – більше можливостей для безперервного професійного розвитку (191 особа (72,62%) – відсутнє), 64 особи (24,33%) – зменшення адміністрування робочого процесу (199 осіб (75,67%) – відсутнє), 46 осіб (17,49%) – підвищення поваги з боку адміністрації, колег чи медичного персоналу (217 осіб (82,51%) – відсутнє), 8,37% – інше (91,63% – відсутнє), як можливі чинники щодо зниження СПВ (Додаток Б). 190 досліджуваних (72,24%) підкреслюють, що заклад охорони здоров'я в якому вони працюють не пропонує програми щодо зменшення синдрому професійного вигорання/професійного стресу, натомість 37 осіб (14,07%)

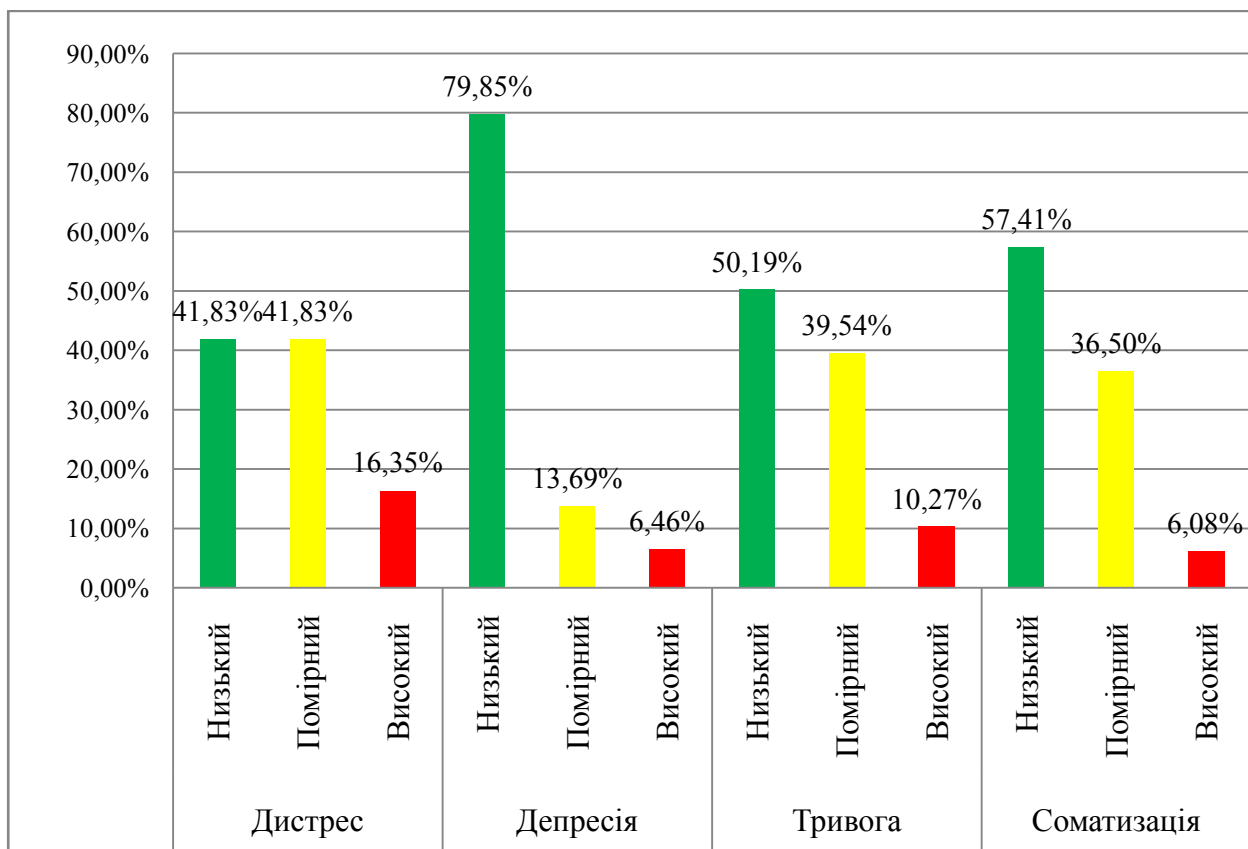
вказують на наявність останньої, а також 36 осіб (13,69%) – важко відповісти (Додаток Б).

В ході модального аналізу наявних проблем у лікарів ЗПСЛ, що базувався на МКХ-10 [236] були отримані наступні дані: 131 респондент (49,81%) зазначали про наявність недостатності соціального страхування, а також підтримання добробуту (132 особи (50,19%) - відсутнє), 107 осіб (40,68%) - напружений графік роботи (156 осіб (59,32%) - відсутнє), 65 осіб (24,71%) - загроза втратити роботу (198 осіб (75,29%) - відсутнє), 14 осіб (5,32%) мали конфлікти із керівником й співробітниками (249 осіб (94,68%) - відсутнє), 1 особа (0,38%) бажала змінити роботу (262 особи (99,62%) - відсутнє) (Додаток Б).

За результатами проведеного дослідження нами були проаналізовані психологічні чинники та рівень якості життя у лікарів ЗПСЛ.

Важливо звернути увагу на те, що у науковій літературі (W.Shaufeli, H. De Witte, R. Kok [195, с. 41-45]) наявна думка щодо доцільності дослідження синдрому професійного вигорання у поєднанні із виявленням таких показників, як дистрес, депресія, тривога, соматизація за допомогою 4DSQ (n=5791), відповідно з огляду на означене вище, ми вважали за необхідне дослідити дані показники. За допомогою чотирьохвимірною опитувальника щодо оцінки дистресу, депресії, тривоги, а також соматизації (4DSQ) [211; 287, с. 32-34; 210] нами були отримані такі дані: 1) дистрес: 110 осіб (41,83%) мали низький рівень, 110 осіб (41,83%) - помірний рівень, 43 особи (16,35%) - високий рівень; 2) депресія: 210 осіб (79,85%) - низький рівень, 36 осіб (13,69%) - помірний рівень, 17 осіб (6,46%) - високий рівень; 3) тривога: 132 особи (50,19%) - низький рівень, 104 особи (39,54%) - помірний рівень, 27 осіб (10,27%) - високий рівень; 4) соматизація: 150 осіб (57,03%) - низький рівень, 97 осіб (36,88%) - помірний рівень, 16 осіб (6,08%) - високий рівень (Рис.3.1.3.). Використовуючи метод середнього ми виявили наступне: за шкалою дистресу респонденти мали  $12,99 \pm 7,22$  бали, що відповідало помірному рівню дистресу; за шкалою депресії -  $1,32 \pm 2,06$  бали, що відповідало низькому рівню; за

шкалою тривоги –  $4,33 \pm 4,2$  бали, що вказувало на помірний рівень; за шкалою соматизації –  $9,8 \pm 6,27$  бали, що відповідало низькому рівню. Загалом досліджувані мали помірні рівні дистресу й тривоги, а також низькі рівні депресії та соматизації, зокрема означене свідчить про наявну необхідність щодо зниження рівня дистресу й тривоги, адже це може погіршувати якість життя, продуктивність, що може призвести до неналежного надання медичної, лікарської та/або реабілітаційної допомоги хворим лікарями ЗПСЛ або також підвищити рівень ймовірності медичних помилок під час виконання своїх функціональних обов'язків.



*Рис. 3.1.3. Рівні дистресу, депресії, тривоги, соматизації (4DSQ) у респондентів (у %)*

Враховуючи той факт, що між синдромом професійного вигорання та депресією виявляється двонаправлено причинно-наслідковий зв'язок, зокрема СПВ може слугувати предиктором депресії, натомість депресія може збільшувати ймовірність розвитку СПВ [246; 102], ми вважали за потрібне

більш детально дослідити даний показник за допомогою шкали депресії А.Бека [287, с. 37-40]. Відповідно респонденти розподілились на такі групи: 113 осіб (42,96%) - відсутність депресивних симптомів, 73 особи (27,76%) - легка депресія (субдепресія), 37 осіб (14,07%) - помірна депресія, 33 особи (12,55%) - виражена депресія, 7 осіб (2,66%) - важка депресія. Середній показник депресії складав  $12,06 \pm 7,46$ , що відповідав легкій депресії та був свідченням того, що більшість респондентів (150 особи (57,04%) - легка, помірна, виражена, важка депресія) страждали через низький настрій, знижену здатність щодо повсякденної діяльності, нестачу енергії, втрату інтересу та концентрації, мали втому після невеликих зусиль, відчували почуття провини й нікчемності, тощо [23, с. 47].

З огляду на те, що якість життя є важливим аспектом фізичного та психологічного здоров'я будь-якої особи, зокрема й лікарів загальної практики – сімейних лікарів, а також того факту, що відповідно до даних літературних джерел між синдромом професійного вигорання та якістю життя наявний достовірний зворотній зв'язок [149; 113; 1; 28], ми вважали за доцільне також оцінити рівні якості життя у респондентів. З метою дослідження якості життя нами була використана шкала оцінки рівня якості життя (CQLS) [287, с. 147-149], зокрема досліджувані розподілились на наступні групи: 112 осіб (42,59%) мали вкрай низький рівень якості життя, 55 осіб (20,91%) – низький рівень, 40 осіб (15,21%) – середній рівень, 29 осіб (11,03%) – високий рівень, 27 осіб (10,27%) – дуже високий рівень (Рис.3.1.4). Середній показник якості життя складав  $60,06 \pm 16,7$  балів, що відповідало низькому рівню якості життя. Відповідно варто також зазначити, що 167 осіб (63,50%) мали низький/вкрай низький рівень якості життя, що у більшості досліджуваних було свідченням незадоволеності власним життям, наявності значних проблем, які не вирішуються, відчуттям порожнечі, безперспективності, а також відсутності радості від життя [287, с. 149].

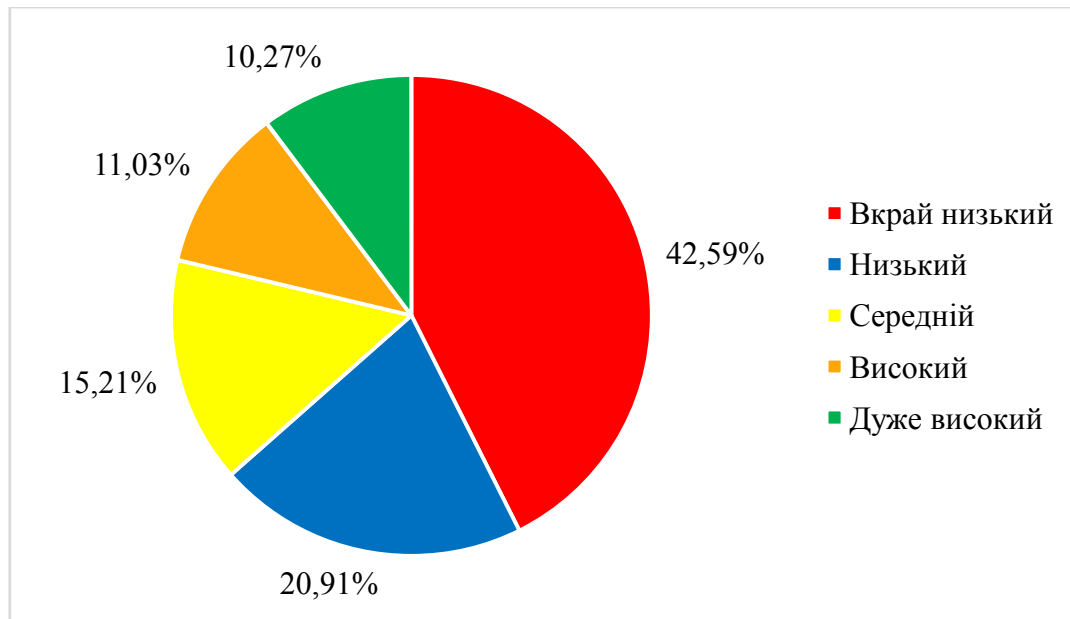


Рис. 3.1.4. Рівні якості життя у досліджуваних (у %)

Відповідно щодо дослідження синдрому професійного вигорання [134], респонденти розподілились наступним чином: 1) емоційне виснаження: 30,42% мали низький рівень, 21,29% – помірний рівень, 48,29% – високий рівень; 2) деперсоналізація: 4,56% – низький рівень, 69,58% – помірний рівень, 25,86% – високий рівень; 3) особисті досягнення: 51,71% – низький рівень, 7,22% – помірний рівень, 41,06% – високий рівень. Щодо розподілу за профілям СПВ респонденти мали наступні дані: 24,33% – залучений, 25,87% – неефективний, 23,95% – перенапружений, 2,66% – незалучений, 23,19% – вигорівший. З огляду на означене вище, можемо стверджувати, що більшість респондентів (75,67%) мали ознаки СПВ, що відповідає поширеності СПВ в Україні у медичних працівників [33].

Щодо оцінки якості сну, а також його порушення ми використали Пітсбурзький опитувальник якості сну (PSQI) [287, с. 111-114; 48, с. 193-213], адже відповідно до даних наукової літератури (n=4777) погана якість сну (PSQI) прогресивно та лінійно пов'язана із 3 шкалами синдрому професійного вигорання (EE, DP, PA) [54]. Даний опитувальник вимірює 7 компонентів та сумарний бал якості сну, зокрема нами були отримані наступні результати у лікарів ЗПСЛ: 1 компонент - суб'єктивна якість сну: 127 респондентів (48,29%) мали скоріше низьку суб'єктивну якість сну (майже половина вибірки), 82

особи (31,18%) - досить високу, 51 особа (19,39%) - дуже низьку та 3 особи (1,14%) - дуже високу суб'єктивну якість сну (Рис.3.1.5). Середній показник за даною шкалою був  $1,86 \pm 0,73$  балів та загалом 178 досліджуваних (67,68%) мали скоріше низьку й дуже низьку суб'єктивну якість сну.

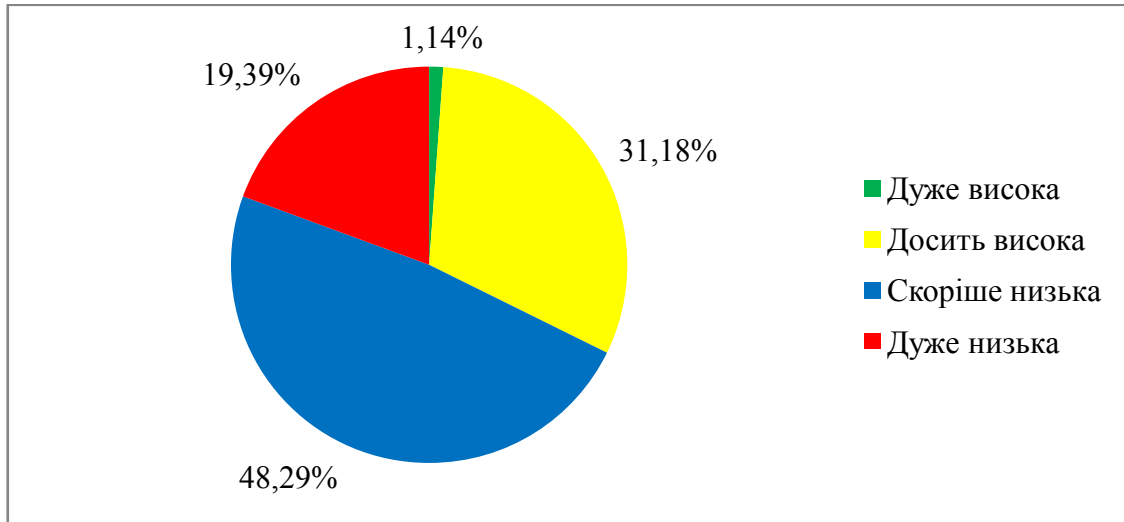


Рис. 3.1.5. Характеристика суб'єктивної якості сну у лікарів ЗПСЛ (у %)

2 компонент - латентність сну: 97 лікарів ЗПСЛ (36,88%) мали 2 бали, 93 особи (35,36%) - 1 бал, 39 особи (14,83%) - 0 балів, 34 особи (12,93%) - 3 бали (Рис.3.1.6). Середній показник за даною шкалою складав  $1,48 \pm 0,90$  бали, що вказує на певні незначні утруднення саме латентності сну, зокрема майже половина (131 особа (49,81%) - 3 бали та 2 бали) мали деяку важкість латентності сну.

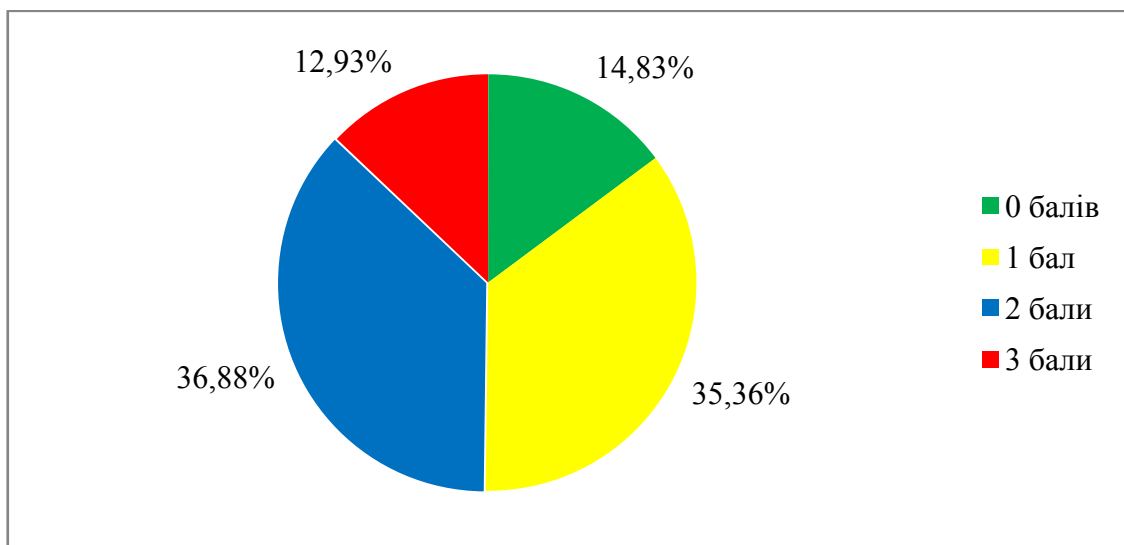
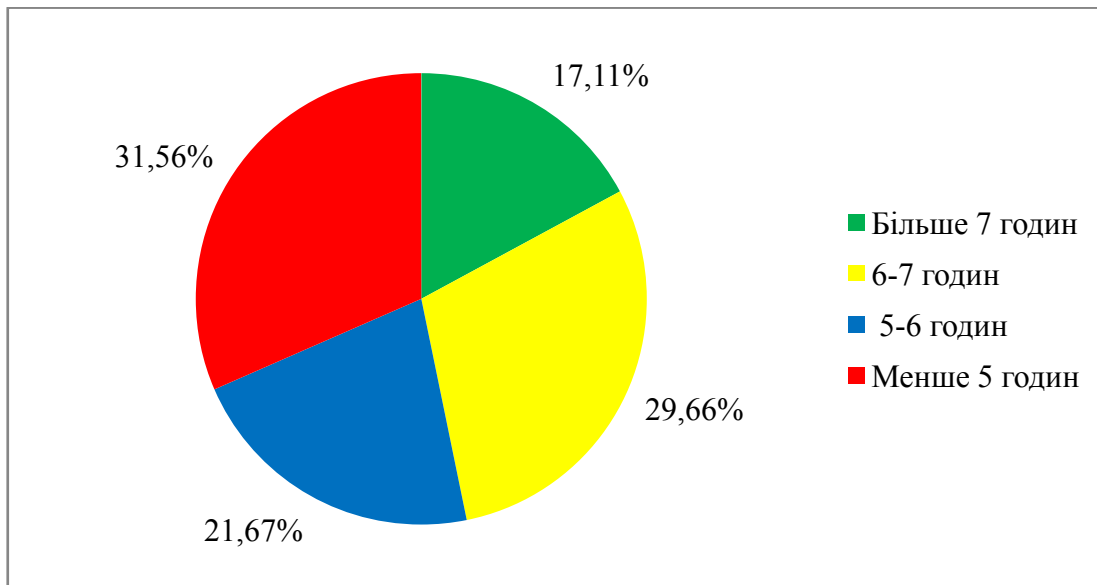


Рис. 3.1.6. Характеристика латентності сну у лікарів ЗПСЛ (у %)

3 компонент - тривалість сну: 83 досліджуваних (31,56%) спали менше 5 годин, 78 осіб (29,66%) - 6-7 годин, 57 осіб (21,67%) – 5-6 годин, лише 45 осіб (17,11%) - більше 7 годин (Рис.3.1.7.). Середній показник тривалості сну склав  $1,67 \pm 1,09$  бали та вказував на той факт, що тривалість сну у опитуваних була в межах від 5 до 6 годин, відповідно більшість респондентів (140 осіб - 53,23%) спали менше 6 годин.



*Рис. 3.1.7. Характеристика тривалості сну у лікарів ЗПСЛ (у %)*

4 компонент - ефективність сну: 203 особи (77,19%) мали понад 85% ефективність сну, 33 лікарів (12,55%) мали 75%-84%, 15 осіб (5,70%) - 65%-74%, 12 осіб (4,56%) - менше 65% ефективності сну (Рис. 3.1.8.). Зокрема, середній показник ефективності сну склав  $0,37 \pm 0,79$  балів, що вказує на гарну ефективність сну без ускладнень, адже більшість вибірки (203 особи - 77,19%) мали понад 85% ефективність сну.



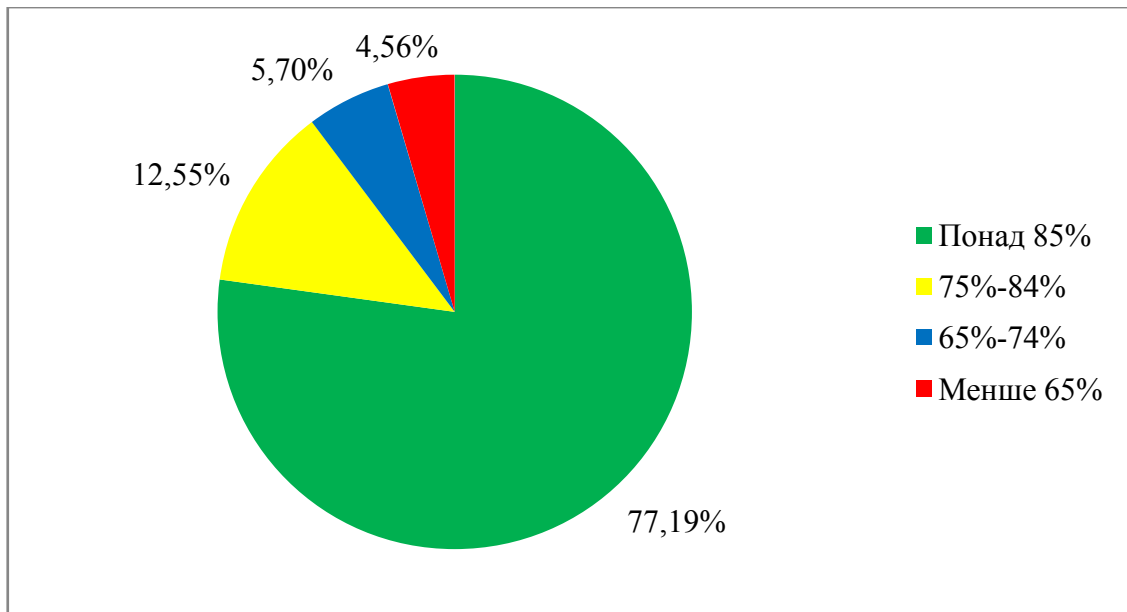


Рис. 3.1.8. Характеристика ефективності сну у лікарів ЗПСЛ (у %)

5 компонент - порушення сну: 145 осіб (55,13%) мали 1 бал, 98 осіб (37,26%) - 2 бали, 16 осіб (6,08%) - 3 бали, 4 особи (1,52%) - 0 балів (Рис. 3.1.9.). Середній показник за даною шкалою був  $1,48 \pm 0,63$  балів, натомість більше третини (114 осіб (43,34%) - 3 бали та 2 бали) досліджуваних мали певні утруднення щодо порушення сну.

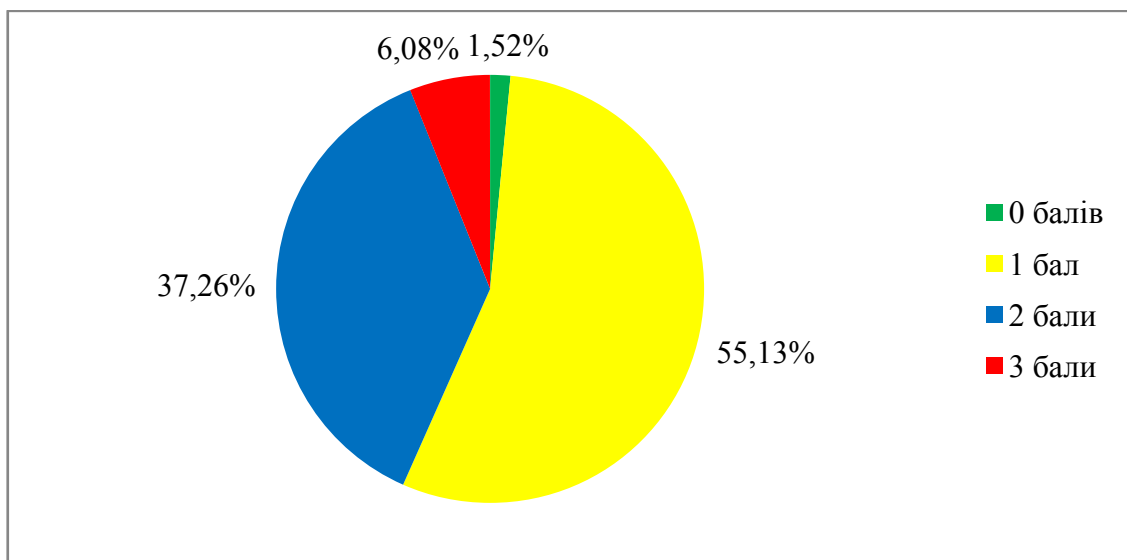


Рис. 3.1.9. Характеристика порушення сну у лікарів ЗПСЛ (у %)

6 компонент - використання снодійних ліків: 193 особи (73,38%) респондентів жодного разу за останній місяць не використовували снодійних

ліків, 33 особи (12,55%) - менше ніж 1 раз на тиждень, 19 осіб (7,22%) - 3 та більше разів на тиждень, 18 осіб (6,84%) - 1-2 рази на тиждень використовували снодійні ліки (Рис. 3.1.10). Середній показник за даною шкалою склав  $0,48 \pm 0,90$  бали, що вказує на не використання снодійних ліків більшістю (193 осіб - 73,38%) досліджуваних.

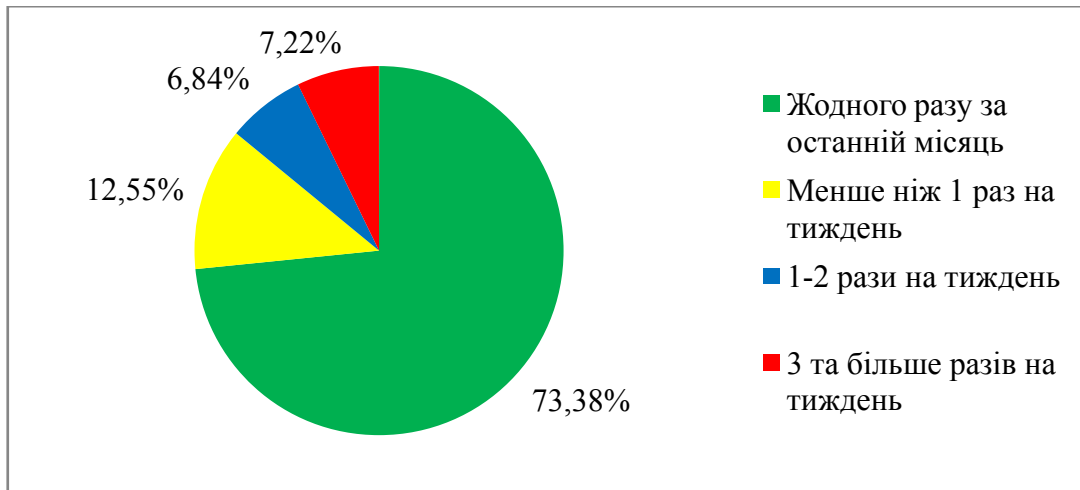


Рис. 3.1.10. Характеристика показника використання снодійних ліків у лікарів ЗПСЛ (у %)

7 компонент - порушення денного функціонування: 165 осіб (62,74%) мали 1 бал, 48 осіб (18,25%) - 2 бали, 40 осіб (15,21%) - 0 балів та 10 осіб (3,80%) - 3 бали (Рис. 3.1.11.). Середній показник порушення денного функціонування -  $1,11 \pm 0,69$  бали, що вказує на певні незначні утруднення щодо денного функціонування.

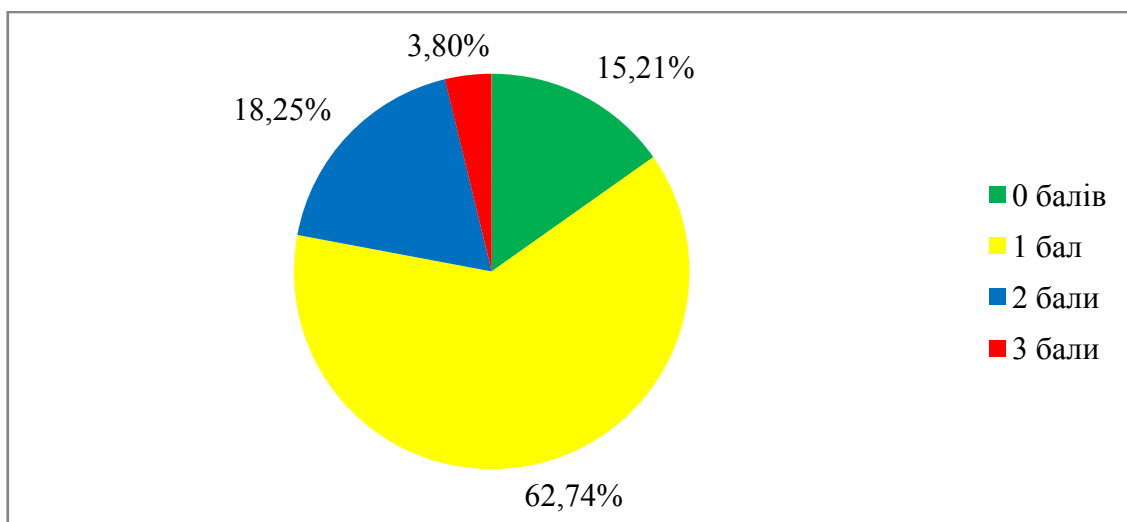


Рис. 3.1.11 Характеристика показника порушення денного функціонування у лікарів ЗПСЛ (у %)

Сумарний бал щодо означеного опитувальника (PSQI) [287, с. 111-114; 48, с. 193-213], який поєднує усі 7 компонентів складав  $8,45 \pm 3,62$  бала, що є свідченням значного (незадовільного) порушення сну. Відповідно 225 респонденти (85,55%) мали значні порушення сну та тільки 38 досліджуваних (14,45%) мали хорошу якість сну (Рис. 3.1.12).

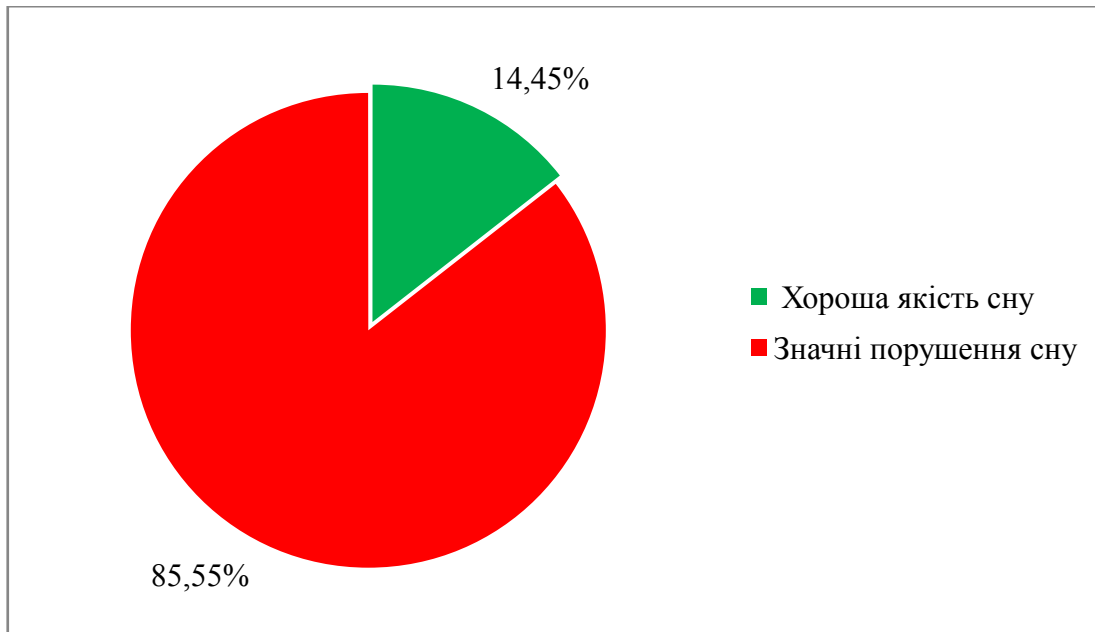


Рис. 3.1.12. Якість сну у лікарів ЗПСЛ (у %)

З огляду на вищевказане, можливо зробити припущення, що внаслідок таких компонентів як суб'єктивна якість сну, латентність сну, тривалість сну та порушення сну респонденти мали значне (незадовільне) порушення/якість сну, проте означене твердження є перспективою для подальших наукових досліджень, адже не входило в перелік завдань нашої наукової роботи та потребує більш ретельного вивчення.

Основні наукові публікації дисертанта, у яких представлені результати розділу 3:

1. Botiakova, V. (2023). The Relationship Between Burnout Syndrome, Quality of Life and Cardiovascular Risk Factors in Family Doctors. *Перспективи та інновації науки*, 13(31), 611-630. [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-13\(31\)-611-631](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-13(31)-611-631).

2. Botiakova, V. (2023). Zusammenhang Zwischen Burnout-Syndrom, Kardiovaskulären Risikofaktoren Und Lebensqualität Bei Allgemeinen Ärzten – Hausärzten. *II International Scientific and Practical Conference «Young scientists and methods of improving modern theories»* (C. 96-100). Milan: International Science Group.

3. Botiakova, V. (2023). Prevalence of Burnout Syndrome among Medical Professionals in Ukraine from 2018 to 2022. *Art of Medicine*, 25(1), 92-100. <https://doi.org/10.21802/artm.2023.1.25.92>.

4. Botiakova, V. (2023). The Dependence Analysis of Burnout Syndrome on Adiposity as Cardiovascular Risk Factor, Depression, Anxiety, Somatization and Distress among Family Doctors. *Перспективи та інновації науки*, 15(33), 952-963. [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-15\(33\)-952-963](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-15(33)-952-963).

5. Botiakova, V. (2023). Bewertung Kardiovaskulärer Risikofaktoren: Alter, Blutdruck, Score2-Skala Zur Entwicklung Eines Burnout-Syndroms Bei Allgemeinmedizinern – Hausärzten. *Conference Proceedings of the IX International Scientific and Practical Conference "Promising ways of information technology development"* (C. 143-145). Bilbao, Spain: The European Conference.

## РОЗДІЛ 4

### АНАЛІЗ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ФАКТОРІВ СЕРЦЕВО-СУДИННОГО РИЗИКУ, БІОПСИХОСОЦІАЛЬНИХ, ОРГАНІЗАЦІЙНИХ, ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ, ЯКОСТІ ЖИТТЯ ІЗ СИНДРОМОМ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ У ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ

#### **4.1. Вивчення факторів серцево-судинного ризику у взаємозв'язку із синдромом професійного вигорання у лікарів загальної практики – сімейних лікарів**

В результаті проведеного дослідження нами був здійснений аналіз взаємозв'язку між факторами серцево-судинного ризику та синдромом професійного вигорання, який включав аналіз 2 груп респондентів: основної групи – 199 лікарів загальної практики – сімейних лікарів із ознаками синдрому професійного вигорання та групи порівняння – 64 лікарів загальної практики – сімейного лікаря без ознак синдрому професійного вигорання задля вирішення поставленого нами завдання – вивчити фактори серцево-судинного ризику у лікарів загальної практики – сімейних лікарів та їх вплив на виникнення синдрому професійного вигорання.

Як ми вже зазначали раніше у підрозділі 2.1, ми досліджували наступні фактори серцево-судинного ризику: а) немодифіковані: стать, вік, спадковість; б) модифіковані: підвищений АТ, дисліпідемія, надлишкова маса тіла/ожиріння (вага, ІМТ, ОТ, ОС, індекс ОТ/ОС), недостатня фізична активність, паління тютюну, вживання алкоголю, нездорової їжі [222]. Дані чинники досліджувались під час проведення напівструктурованого інтерв'ю, за допомогою шкали SCORE2 [222], тесту AUDIT [233], антропометричних вимірювань, виявлення показників ліпідного спектру крові, глюкози крові натще, вимір АТ, ЧСС, а також був розрахований показник інтенсивності паління, що визначався у пачко-роках. Отримані результати були представлені

у двох таблицях (табл. 4.1.1, табл.4.1.2), які нами будуть послідовно проаналізовані.

Таблиця 4.1.1.

**Порівняльна частота виявлення ознак СПВ залежно від наявності окремих факторів серцево-судинного ризику**

Ознака	Всього n=263	Частота виявлення ознак СПВ		OR (95%CI)	p
		Лікарі ЗПСЛ із ознаками СПВ n=199	Лікарі ЗПСЛ без ознак СПВ n=64		
ІМТ більше 25 кг/м <sup>2</sup>	140	114 (81,4%)	26 (18,6%)	1,96 (1,11- 3,47)	0,020 *
ІМТ менше 25 кг/м <sup>2</sup>	123	85 (69,1%)	38 (30,9%)		
Вік до 35 років	65	56 (86,2%)	9 (13,8%)	2,39 (1,11- 5,17)	0,023 *
Вік старше 35 років	198	143 (72,2%)	55 (27,8%)		
Вживання нездорової їжі	37	33 (89,2%)	4 (10,8%)	2,85 (1,00- 8,39)	0,048 *
Збалансоване харчування	226	166 (74,3%)	60 (25,7%)		
Недостатня фізична активність	143	117 (81,8%)	26 (18,2%)	2,09 (1,18- 3,70)	0,011 *
Достатня фізична активність	120	82 (68,3%)	38 (31,7%)		
Високий та дуже високий серцево-судинний ризик (шкала SCORE2)	125	96 (76,8%)	29 (23,2%)	2,76 (1,41- 5,41)	0,003 *
Низький чи помірний серцево-судинний ризик (шкала SCORE2)	55	30 (54,5%)	25 (45,5%)		
САТ більше 140 мм.рт.ст.	30	28 (93,3%)	2 (6,7%)	5,08 (1,17- 21,94)	0,017 *
САТ менше 140 мм.рт.ст.	233	171 (73,4%)	62 (26,6%)		
Абдомінальний тип ожиріння	103	87 (84,5%)	16 (15,5%)	2,33 (1,24- 4,38)	0,008 *
Індекс ОТ/ОС в межах норми	160	112 (70,0%)	48 (30,0%)		
Підвищене серцебиття	121	100 (82,6%)	21 (17,4%)	2,07 (1,15- 3,74)	0,015 *
В межах норми	142	99 (69,7%)	43 (30,3%)		

Примітка. \*- статистично значима різниця між показниками (p<0,05)

Із таблиці 4.1.1. можливо бачити, що серед лікарів ЗПСЛ з ІМТ вище 25 кг/м<sup>2</sup> (надмірна маса тіла та ожиріння [156; 241]) було виявлено суттєве підвищення частоти встановлення ознак СПВ – 81,4% у порівнянні з підгрупою, що мали ІМТ нижче 25 кг/м<sup>2</sup> – 69,1%, натомість питома вага

респондентів без ознак вигорання із ІМТ нижче  $25 \text{ кг/м}^2$  є суттєво вищою – 30,9% та зменшується при підвищенні маси тіла (ІМТ вище  $25 \text{ кг/м}^2$ ) до 18,6%,  $p=0,020$ . Фактор надмірної ваги (ІМТ вище  $25 \text{ кг/м}^2$ ) визначає підвищення ризику СПВ у 1,96 рази –  $OR=1,96$  (1,11-3,47).

Респонденти, які були молодше 35 років частіше мали статистично значиме підвищення частоти виявлення ознак СПВ – 86,2% проти тих, хто був старше 35 років – 72,2% ( $p=0,023$ ). Відповідно вік молодше 35 років є фактором, що виявляє підвищення ризику СПВ у 2,39 рази –  $OR=2,39$  (1,11-5,17).

Натомість у сімейних лікарів, які мали абдомінальний тип ожиріння (індекс обхват талії/обхват стегон для чоловіків  $\geq 0,90$  та  $\geq 0,85$  для жінок [156; 241]) встановлено статистично значиме підвищення частоти наявності ознак синдрому професійного вигорання – 84,5% порівняно із досліджуваними, що мали індекс ОТ/ОС в межах норми – 70,0%, зокрема частка респондентів групи порівняння є суттєво вищою при наявності показника індекс ОТ/ОС в межах норми 30,0% проти 15,5% при показнику індекс ОТ/ОС  $\geq 0,90$  для чоловіків та  $\geq 0,85$  для жінок,  $p=0,008$ . Слід наголосити, що наявність абдомінального типу ожиріння (індекс обхват талії/обхват стегон для чоловіків  $\geq 0,90$  та  $\geq 0,85$  для жінок [156; 241]) встановлює підвищення ризику синдрому професійного вигорання у 2,33 рази –  $OR=2,33$  (1,24-4,38).

Зокрема фактор вживання нездорової їжі суттєво підвищує ризик синдрому професійного вигорання у 2,85 рази,  $OR=2,85$  (1,00-8,39). Частота СПВ у досліджуваних, що вживають нездорову їжу є вищою – 89,2% порівняно із лікарями ЗПСЛ, які дотримуються принципів збалансованого харчування – 74,3%,  $p=0,048$ .

Сімейні лікарі, що мали систолічний артеріальний тиск в середньому, вище 140 мм.рт.ст., а також тахікардію мали статистично значиме підвищення частоти встановлення ознак СПВ – 93,3% й 82,6% проти тих, що мали показники САТ, ЧСС в межах норми 73,4% та 69,7%, зокрема питома вага респондентів без ознак СПВ є суттєво вищою 26,6% та 30,3% при наявності

нормального рівня САТ та ЧСС проти 6,7% і 17,4% при САТ вище 140 мм.рт.ст. й тахікардії,  $p=0,017$  та  $p=0,015$  відповідно. Варто вказати, що підвищений систолічний артеріальний тиск (вище 140 мм.рт.ст.) виявляє підвищення ризику СПВ у 5,08 рази –  $OR=5,08$  (1,17-21,94), натомість тахікардія – у 2,07 рази –  $OR=2,07$  (1,15-3,74).

Вважаємо за доцільне наголосити, що у лікарів ЗПСЛ, які мали високий та дуже високий серцево-судинний ризик для оцінки 10-річного ризику фатальних та нефатальних серцево-судинних захворювань за шкалою SCORE2 [222], було встановлено суттєве підвищення частоти наявних ознак СПВ – 76,8% у порівнянні із підгрупою, що мали низький чи помірний серцево-судинний ризик за шкалою SCORE2 – 54.5%, відповідно частка досліджуваних групи порівняння є суттєво вищою – 45,5% при наявності низького чи помірного серцево-судинного ризику за шкалою SCORE2 проти 23,2% із високим та дуже високим серцево-судинним ризиком (шкала SCORE2),  $p=0,003$ . Зокрема наявність фактору, як високий та дуже високий серцево-судинний ризик за шкалою SCORE2 [222] визначає підвищення ризику синдрому професійного вигорання у 2,76 рази –  $OR=2,76$  (1,41-5,41).

Слід також підкреслити, що у респондентів, які мали недостатній рівень фізичної активності визначено суттєве підвищення частоти ознак СПВ – 81,8% проти лікарів із достатнім рівнем фізичної активності – 68,3%, зокрема частка респондентів групи порівняння, що мали достатній рівень фізичної активності статично значимо вище - 31,7% порівняно із тими, хто недостатньо займались фізичною активністю – 18,2%,  $p=0,011$ . Недостатня фізична активність є фактором, що виявляє підвищення ризику СПВ у 2,09 рази,  $OR=2,09$  (1,18-3,70).

Дані результати, можливо, формуються за рахунок недотримання лікарями ЗПСЛ принципів здорового способу життя, зокрема недостатнього рівня фізичної активності, недотримання дієти чи/та принципів повноцінного збалансованого харчування, надмірної маси тіла/ожиріння, а у осіб молодше 35 років, ймовірно, пов'язано із нестачею професійного й життєвого досвіду, психоемоційним перенавантаженням, підвищенням частоти наявності



негативних емоцій, відсутності особистого росту, монотонності роботи, схильності до соматичних захворювань, недостатній кількості енергії щодо здійснення професійних обов'язків у вигляді належного надання якісної, своєчасної та кваліфікованої медичної допомоги [29].

Зокрема слід також розглянути чинники, що суттєво не змінюють частоту виявлення ознак синдрому професійного вигорання (табл. 4.1.2).

Таблиця 4.1.2.

**Порівняльна частота виявлення ознак СПВ за групою факторів серцево-судинного ризику, що суттєво не змінюють частоту ознак СПВ**

Ознака	Всього n=263	Частота виявлення ознак СПВ		OR (95%CI)	p
		Лікарі ЗПСЛ із ознаками СПВ n=199	Лікарі ЗПСЛ без ознак СПВ n=64		
Паління	30	26 (86,7%)	4 (13,3%)	2,25 (0,76- 6,72)	0,136
Відсутність паління	233	173 (74,2%)	60 (25,8%)		
Низький рівень загрози здоров'ю щодо вживання алкоголю	252	189 (75,0%)	63 (25,0%)	0,30 (0,04- 2,39)	0,229
Надмірне вживання алкоголю	11	10 (90,9%)	1 (9,1%)		
Жіноча стать	237	179 (75,5%)	58 (24,5%)	0,93 (0,35- 2,42)	0,875
Чоловіча стать	26	20 (76,9%)	6 (23,1%)		

Варто зазначити, що була виявлена тенденція (табл. 4.1.2) щодо підвищення частоти наявності ознак СПВ у досліджуваних, які палять – 86,7% у порівнянні із респондентами, які не були активними курцями – 74,2%, відповідно питома вага сімейних лікарів є вищою при наявній відсутності паління у останніх 25,8% проти 13,3%, що були активними курцями,  $p=0,136$ ,  $OR=2,25$  (0,76-6,72).

Вживання алкоголю в об'ємі, що містить низький рівень загрози здоров'ю (тест AUDIT [233]) знижує ризик СПВ на 70%,  $OR=0,30$  (0,04-2,39). Частота виявлення ознак СПВ у лікарів ЗПСЛ, які мали низький рівень загрози здоров'ю щодо вживання алкоголю (тест AUDIT [233]) є нижчою – 75,0%

порівняно із тими, хто споживав більшу кількість алкоголю, що могла нести загрозу здоров'я (зокрема зловживання та/або алкогольна залежність) – 90,9%,  $p=0,229$ .

У жінок виявлено зниження ризику СПВ на 0,07%,  $OR=0,93$  (0,35-2,42). Відповідно частота СПВ у респондентів жіночої статі є нижчою 75,5% проти лікарів ЗПСЛ чоловічої статі – 76,9%,  $p=0,875$ .

Означені тенденції, можливо, формуються за рахунок дотримання респондентами нездорового способу життя й наявності шкідливих звичок, таких як паління, вживання алкоголю; підвищеного рівня ефективності й концентрації внаслідок здатності до багатозадачності (у жінок).

Слід також зазначити, що наявність/відсутність спадкових захворювань, дисліпідемії, гіперглікемії не проявляється суттєвою зміною частоти синдрому професійного вигорання, тобто не була виявлена залежність між синдромом професійного вигорання та означеними чинниками.

Відповідно провідні фактори серцево-судинного ризику для розвитку СПВ наведені на рисунку 4.1.1.

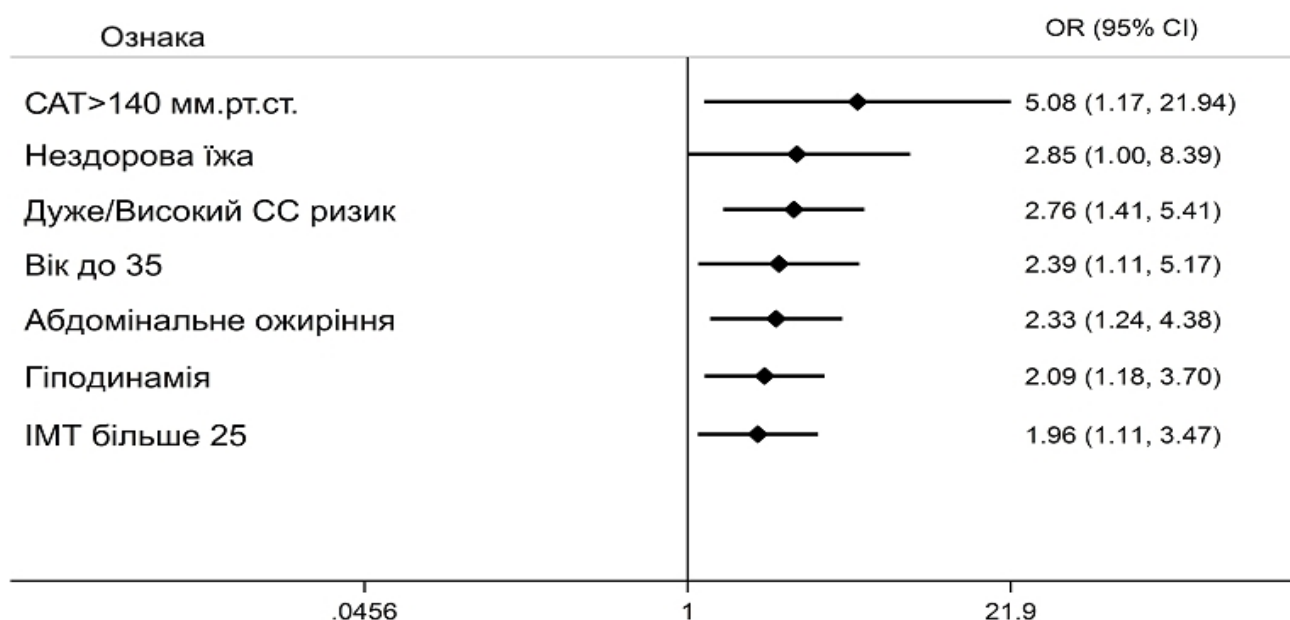


Рис. 4.1.1. Оцінка провідних факторів серцево-судинного ризику для розвитку СПВ

З огляду на означене вище, варто підкреслити, що найбільш значимими факторами серцево-судинного ризику, що асоціювались із підвищенням ризику

синдрому професійного вигорання були наступні: ІМТ більше 25 кг/м<sup>2</sup>, вік до 35 років, вживання нездорової їжі, недостатній рівень фізичної активності, високий та дуже високий серцево-судинний ризик за шкалою SCORE2, систолічний артеріальний тиск більше 140 мм.рт.ст., тахікардія, абдомінальний тип ожиріння.

#### **4.2. Аналіз біопсихосоціальних, організаційних чинників у взаємозв'язку із синдромом професійного вигорання у лікарів загальної практики – сімейних лікарів**

В результаті проведеного дослідження нами був здійснений аналіз взаємозв'язку між біопсихосоціальними, організаційними чинниками та синдромом професійного вигорання у лікарів загальної практики – сімейних лікарів задля вирішення поставленого нами завдання – проаналізувати біопсихосоціальні чинники синдрому професійного вигорання у лікарів загальної практики – сімейних лікарів на індивідуальному рівні в межах родини та організаційні чинники всередині робочого колективу.

Як ми вже зазначали раніше у підрозділі 2.1, до біопсихосоціальних чинників належать: вік, стать, вага, індекс маси тіла, зріст, атестаційна категорія, науковий ступінь, сімейний стан, кількість дітей, перенесені/супутні захворювання, стан здоров'я, наявність атеросклеротичних ССЗ, вплив СПВ на особисті відносини, сфера професійної діяльності, сумісництво, викидні, менопауза у жінок, боротьба із СПВ (спілкування із сім'єю чи близькими друзями, ізоляція, сон, прослуховування музики чи гра на музичних інструментах, переїдання, медикаментозна терапія), звернення на допомогу щодо СПВ, причини за якими не звертались за допомогою щодо СПВ, задоволеність балансом робота-життя, проведення вільного часу (подорожі, культурні заходи, їжа та вино, інтернет, соціальні мережі, читання книжок, проведення часу із сім'єю, близькими друзями, музика, спів, гра на музичних інструментах, мистецтво, садівництво, полювання та риболовля, управління

фінансами, інвестування, колекціонування, літературна діяльність); достатній заробіток, збалансований графік роботи щодо особистого/сімейного життя, відпустка, відчуття щастя вдома та на роботі, відсутність житла, конфлікти із квартирантами/сусідами та/або хазяїном житла, незадовільні житлові умови, низький рівень доходу, злидні, проживання на самоті, проблеми взаємовідносин із батьками, а також родичами дружини або чоловіка, недостатня підтримка родини, проблеми, що пов'язані із взаємовідносинами партнерів або подружжя, перевтома, недостатність розслаблення й відпочинку.

Натомість до організаційних чинників належать: години роботи на тиждень, стаж роботи, професійне навантаження (кількість ставок), занадто «бюрократичних» завдань, надмірне адміністрування робочого процесу, низька заробітна платня, відчуття себе як «білка у колесі», занадто багато «важких» пацієнтів, багато пацієнтів на прийом; мало часу на 1 пацієнта, відчуття неповної професійної реалізації, проблеми у взаємовідносинах з медичним персоналом, недостатнє матеріально-технічне забезпечення медичного закладу та робочого місця, понаднормова робота: у вихідні, святкові дні, вночі, надмірна робота за комп'ютером, відсутність поваги з боку адміністрації, колеґ чи медичного персоналу та пацієнтів, конфлікти з керівництвом; зниження СПВ (підвищення заробітної платні, збалансований графік роботи, підвищення поваги з боку адміністрації, колеґ чи медичного персоналу, пацієнтів, зменшення адміністрування робочого процесу, зменшення професійного навантаження, безперервний професійний розвиток), програма запобігання СПВ у ЗОЗ; модальний аналіз наявних проблем - загроза втратити роботу, зміна роботи, конфлікт із керівником й співробітниками, напружений графік роботи, недостатність соціального страхування, а також підтримання добробуту.

Дані чинники досліджувались під час проведення напівструктурованого інтерв'ю, за допомогою чотирьохвимірної анкети симптомів (4DSQ) [211; 287, с. 32-34; 210] та антропометричних вимірювань. Отримані результати в ході проведеного дослідження були представлені у восьми таблицях, біопсихосоціальні чинники у табл.4.2.1, табл.4.2.2, табл.4.2.3, табл.4.2.4 й

організаційні чинники в табл.4.2.5, табл.4.2.6, табл.4.2.7, табл.4.2.8, які ми будемо послідовно аналізувати.

Як видно із даних, що представлені в таблиці 4.2.1, у лікарів ЗПСЛ із наявними супутніми та/або перенесеними захворюваннями органів дихання та системи кровообігу встановлено суттєве підвищення частоти виявлення ознак СПВ – 92,0% та 83,5% порівняно із тими, хто означених захворювань не мав – 71,8% й 71,5%,  $p=0,003$  та  $p=0,031$  відповідно. Питома вага респондентів групи порівняння є суттєво вищою при відсутності супутньої та/або перенесеної патології органів дихання та системи кровообігу 28,2% і 28,5% проти 8% та 16,5% при наявності означених захворювань відповідно. Фактори наявності супутніх та/або перенесених захворювань органів дихання та системи кровообігу визначають підвищення ризику СПВ у 4,51 рази –  $OR=4,51$  (1,56-13,07) та у 2,02 рази –  $OR=2,02$  (1,06-3,85) відповідно.

Оцінка таких біопсихосоціальних чинників для розвитку СПВ, як вік, стать, ІМТ вже була проведена у підрозділі 4.1.

Слід звернути увагу на той факт, що негативна самооцінка стану здоров'я суттєво підвищує ризик синдрому професійного вигорання у 3,83 рази,  $OR=3,83$  (1,56-9,38). Зокрема у лікарів ЗПСЛ, які зазначали про незадовільний стан здоров'я чи суттєві проблеми із здоров'ям частота СПВ є вищою – 89,5% порівняно із тими, хто мав задовільний (добре, відмінне здоров'я) стан здоров'я – 68,9%, відповідно питома вага досліджуваних групи порівняння із позитивною самооцінкою стану здоров'я є статистично значимо вище 31,1% проти 10,5%, що відзначали негативну самооцінку стану здоров'я,  $p=0,002$ .

Таблиця 4.2.1

**Порівняльна частота виявлення ознак СПВ залежно від наявності окремих біопсихосоціальних факторів (частина 1)**

Ознака	Всього n=263	Частота ознак СПВ		OR (95%CI)	p
		Лікарі ЗПСЛ із ознаками СПВ n=199	Лікарі ЗПСЛ без ознак СПВ n=64		
Наявність хвороб системи кровообігу	91	76 (83,5%)	15 (16,5%)	2,02 (1,06-3,85)	0,031*
Відсутність хвороб системи кровообігу	172	123 (71,5%)	49 (28,5%)		
Наявність хвороб органів дихання	50	46 (92,0%)	4 (8,0%)	4,51 (1,56-13,07)	0,003*
Відсутність хвороб органів дихання	213	153 (71,8%)	60 (28,2%)		
Негативна самооцінка стану здоров'я	57	51 (89,5%)	6 (10,5%)	3,83 (1,56-9,38)	0,002*
Позитивна самооцінка стану здоров'я	206	142 (68,9%)	64 (31,1%)		
Негативний вплив СПВ на особисті відносини	84	77 (91,7%)	7 (8,3%)	5,14 (2,23-11,85)	0,000*
Відсутність впливу СПВ на особисті відносини	179	122 (68,2%)	57 (31,8%)		
Недостатня підтримка родини	46	40 (87,0%)	6 (13,0%)	2,43 (1,10-6,04)	0,049*
Достатня підтримка родини	217	159 (73,3%)	58 (26,7%)		
Проблеми, пов'язані із відносинами партнерів	32	30 (93,8%)	2 (6,2%)	5,50 (1,28-23,71)	0,011*
Гармонійні відносини в сім'ї	231	169 (73,2%)	62 (26,8%)		

Примітка. \*- статистично значима різниця між показниками ( $p < 0,05$ )

У досліджуваних, що мали порушення особистих відносин (на їх думку) за рахунок негативного впливу синдрому професійного вигорання на особисті відносини частіше виявлялось суттєве підвищення частоти наявності ознак СПВ – 91,7% у порівнянні із тими, вплив СПВ на особисті відносини яких був відсутній – 68,2%,  $p=0,000$ . Порушення особистих відносин за рахунок негативного впливу синдрому професійного вигорання на особисті відносини визначає підвищення ризику СПВ у 5,14 рази –  $OR=5,14$  (2,23-11,85).

При недостатній підтримці родини у результатах досліджуваних було встановлено статистично значиме підвищення частоти виявлення ознак СПВ – 87,0% порівняно із респондентами, що отримували достатню підтримку від родини – 73,3%, відповідно питома вага респондентів без ознак вигорання, що мали достатню підтримку родини є суттєво вищою – 26,7% проти 13,0%, що отримували її не в достатній кількості,  $p=0,049$ . Означений фактор недостатньої підтримки родини визначає підвищення ризику СПВ у 2,43 рази –  $OR=2,43$  (1,10-6,04).

Натомість фактор наявності проблем, пов'язаних із взаємовідносинами партнерів або подружжя суттєво підвищує ризик синдрому професійного вигорання у 5,50 рази,  $OR=5,50$  (1,28-23,71). Частота СПВ у лікарів ЗПСЛ, що мали сімейні проблеми є вищою – 93,8% проти респондентів, які мали гармонійні відносини в сім'ї – 73,2%, зокрема частка досліджуваних групи порівняння, у яких були гармонійні відносини статистично значимо вище – 26,8% у порівнянні із тими, хто мав проблеми в сім'ї чи з партнерами – 6,2%,  $p=0,011$ .

Означені результати, ймовірно, формуються за рахунок недотримання лікарями ЗПСЛ принципів здорового способу життя, зокрема малорухомий спосіб життя та наявність нерегулярної фізичної активності, недотримання принципів повноцінного збалансованого харчування, вживання алкоголю, паління, необхідності зміцнення здоров'я шляхом загартовування організму, нерегулярного проходження профілактичних медичних оглядів, недотримання в колі сім'ї принципів толерантності, довіри, поваги й взаєморозуміння, зокрема у осіб молодше 35 років, можливо, пов'язано із нестачею професійного, а також життєвого досвіду.

Надалі вважаємо за необхідне, розглянути наступні статистично значимі біопсихосоціальні фактори ризику розвитку синдрому професійного вигорання, що представлені у таблиці 4.2.2.

Таблиця 4.2.2.

**Порівняльна частота виявлення ознак СПВ залежно від наявності окремих біопсихосоціальних факторів (частина 2)**

Ознака	Всього n=263	Частота ознак СПВ		OR (95%CI)	p
		Лікарі ЗПСЛ із ознаками СПВ n=199	Лікарі ЗПСЛ без ознак СПВ n=64		
Незадоволеність балансом життя-робота	21	20 (95,2%)	1 (4,8%)	7,04 (1,00-53,53)	0,029*
Задоволеність балансом життя-робота	242	179 (74,0%)	63 (26,0%)		
Самоізоляція	65	57 (87,7%)	8 (12,3%)	2,81 (1,26-6,27)	0,009*
Відсутність даного чинника	198	142 (71,7%)	56 (28,3%)		
Перевтома	208	166 (79,8%)	42 (20,2%)	2,63 (1,39-4,98)	0,002*
Відсутність перевтоми	55	33 (60,0%)	22 (40,0%)		
Недостатність розслаблення й відпочинку	219	172 (78,5%)	47 (21,5%)	2,30 (1,16-4,58)	0,015*
Збалансований графік роботи й відпочинку	44	27 (61,4%)	17 (38,6 %)		
Відчуття незадоволеності	175	144 (82,3%)	31 (17,7%)	2,79 (1,49-5,18)	0,000*
Відчуття щастя	88	55 (62,5%)	33 (37,5%)		
Підвищена пітливість	121	100 (82,6%)	21 (17,4%)	2,07 (1,15-3,74)	0,015*
Відсутність підвищеної пітливості	142	99 (69,7%)	43 (30,3%)		
Відчуття нестачі повітря	85	73 (85,9%)	12 (14,1%)	2,51 (1,26-5,01)	0,008*
Відсутність відчуття нестачі повітря	178	126 (70,8%)	52 (29,2%)		

Примітка. \*- статистично значима різниця між показниками ( $p < 0,05$ )

Важливо звернути увагу на той факт, що лікарі ЗПСЛ, які були незадоволені своїм балансом життя-робота (табл. 4.2.2) мали статистично значиме підвищення частоти ознак СПВ – 95,2% проти респондентів, які були задоволені своїм балансом життя-робота – 74,0%, натомість питома вага респондентів без ознак СПВ є суттєво вищою при наявності незадоволеності



щодо дисбалансу життя-робота – 26,0% проти 4,8%, що відчували незадоволеність щодо свого балансу життя-робота,  $p=0,029$ . Відповідно фактор незадоволеність балансом життя-робота виявляє підвищення ризику СПВ у 7,04 рази –  $OR=7,04$  (1,00-53,53).

При наявності таких чинників, як перевтома та недостатність розслаблення й відпочинку у респондентів було виявлено статистично значиме підвищення частоти ознак СПВ (79,8% та 78,5% відповідно) проти лікарів ЗПСЛ, що не відмічали перевтому й мали збалансований графік роботи й відпочинку (60% й 61,4%), зокрема частка досліджуваних групи порівняння із наявністю відсутності перевтоми й збалансованого графіку роботи та відпочину є суттєво вищою – 40,0% й 38,6% проти 20,2% й 21,5%, які відмічали перевтому та недостатність розслаблення й відпочинку,  $p=0,002$  та  $p=0,015$  відповідно. Наявність означених факторів перевтоми та недостатності розслаблення й відпочинку визначають підвищення ризику синдрому професійного вигорання у 2,63 рази,  $OR=2,63$  (1,39-4,98) та у 2,30 рази,  $OR=2,30$  (1,16-4,58) відповідно.

Серед лікарів ЗПСЛ, які не були щасливими на роботі виявлено статистично значиме підвищення частоти наявності ознак СПВ – 82,3% проти респондентів, які були щасливими (дуже/максимально/щасливий) на роботі – 62,5%, натомість питома вага досліджуваних без ознак СПВ, які зазначили, що відчують себе щасливими на роботі є суттєво вищою 37,5% проти 17,7%, які вказали протилежне,  $p=0,000$ . Фактор не відчуття щастя на роботі виявляє підвищення ризику синдрому професійного вигорання у 2,79 рази,  $OR=2,79$  (1,49-5,18).

У респондентів, що зазначили самоізоляцію як спосіб боротьби із СПВ встановлено статистично значиме підвищення частоти наявності ознак синдрому професійного вигорання – 87,7% у порівнянні із лікарями, що даний чинник не зазначали – 71,7%,  $p=0,009$ . Фактор самоізоляції виявляє підвищення ризику СПВ у 2,81 рази,  $OR=2,81$  (1,26-6,27).

Сімейні лікарі, які скаржились на наявність підвищеної пітливості, відчуття нестачі повітря (4DSQ [211; 287, с. 32-34; 210]) частіше мали статистично значиме підвищення частоти виявлення ознак СПВ – 82,6% й 85,9% проти респондентів, що дані фактори не вказували – 69,7% та 70,8% відповідно, натомість питома вага досліджуваних без ознак СПВ є суттєво вищою при відсутності даних чинників, а саме підвищеної пітливості – 30,3% та відчутті нестачі повітря – 29,2% проти 17,4% й 14,1% при наявності означених факторів,  $p=0,015$  і  $p=0,008$  відповідно. Зазначені вище фактори встановлюють підвищення ризику синдрому професійного вигорання, відповідно: наявність підвищеної пітливості у 2,07 рази,  $OR=2,07$  (1,15-3,74), відчуття нестачі повітря у 2,51 рази,  $OR=2,51$  (1,26-5,01).

Означені результати, можливо, формуються за рахунок наявної потреби щодо підвищення компетенції лікарів ЗПСЛ внаслідок безперервного професійного розвитку, проведення недостатньої кількості часу із родиною чи близькими друзями задля активного відпочинку, туристичних подорожей, зайняттям хобі, читанням книжок, прослуховуванні музики, співам чи грі на музичних інструментах, садівництві тощо, а також за рахунок порушення сну, поганій якості життя, недостатньої фізичної активності, хронічного психоемоційного перенапруження, знеособленого, формального ставлення до пацієнтів, колег, відсутності збалансованого графіку роботи й відпочинку, обмеженої спроможності до релаксації, постійної втоми, знецінення особистих професійних досягнень тощо.

Далі вважаємо за доцільне, звернутись до даних, що стосуються порівняльної частоти виявлення ознак СПВ за групою наступних біопсихосоціальних факторів представлених у таблиці 4.2.3.

Проведення дозвілля за читанням книжок суттєво знижує ризик синдрому професійного вигорання на 46%,  $OR=0,54$  (0,31-0,96). Частота синдрому професійного вигорання у лікарів ЗПСЛ, які проводять своє дозвілля за читанням книжок є нижчою (68,6%) порівняно із тими, хто не проводив дозвілля за читанням книжок (80,1%),  $p=0,034$ .

Таблиця 4.2.3

**Порівняльна частота виявлення ознак СПВ залежно від наявності окремих біопсихосоціальних факторів (частина 3)**

Ознака	Всього n=263	Частота ознак СПВ		OR (95%CI)	P
		Лікарі ЗПСЛ із ознаками СПВ n=199	Лікарі ЗПСЛ без ознак СПВ n=64		
Читання книжок у вільний час	102	70 (68,6%)	32 (31,4%)	0,54 (0,31-0,96)	0,034*
Відсутність даного чинника	161	129 (80,1%)	32 (19,9%)		
Достатній заробіток	178	125 (70,2%)	53 (29,8%)	0,35 (0,17-0,71)	0,003*
Недостатній заробіток	85	74 (87,1%)	11 (12,9%)		
Спілкування з сім'єю, друзями	193	137 (71,0%)	56 (29,0%)	0,32 (0,14-0,70)	0,003*
Відсутність даного чинника	70	62 (88,6%)	8 (11,4%)		
Боротьба із СПВ – сон	145	104 (71,7%)	41 (28,3%)	0,61 (0,34-1,10)	0,099
Відсутність даного чинника	118	95 (80,5%)	23 (19,5%)		

Примітка. \*- статистично значима різниця між показниками ( $p < 0,05$ )

У респондентів, що мали достатній заробіток для досягнення життєвих цілей виявлено статистично значиме зниження частоти наявності ознак СПВ – 70,2% проти досліджуваних, які не мали достатнього заробітку для досягнення життєвих цілей – 87,1%, зокрема питома вага лікарів ЗПСЛ без ознак СПВ є суттєво вищою при наявності достатнього заробітку – 29,8% проти 12,9%, які зазначили про недостатній заробіток – 12,9%,  $p=0,003$ . Достатній заробіток для досягнення життєвих цілей статистично значимо знижує ризик синдрому професійного вигорання на 65%,  $OR=0,35$  (0,17-0,71).

Варто зазначити, що спілкування із сім'єю, близькими друзями як спосіб боротьби із СПВ також суттєво знижує ризик СПВ на 68%,  $OR=0,32$  (0,14-0,70). Частота синдрому професійного вигорання у лікарів ЗПСЛ, які обирали спілкування із сім'єю, близькими друзями щодо боротьби із СПВ є нижчою

(71,0%) у порівнянні із респондентами, що не обирали спілкування із сім'єю, близькими друзями щодо боротьби із СПВ (88,6%),  $p=0,003$ .

Також слід звернути увагу на той факт, що сон знижує ризик СПВ на 39%,  $OR=0,61$  (0,34-1,10). Відповідно у сімейних лікарів, що обирали сон як спосіб боротьби із СПВ частота виявлення ознак СПВ була нижчою (71,7%) проти тих, хто означений чинник не обирав (80,5%),  $p=0,099$ .

Ймовірно, дані результати формуються за рахунок високого рівня якості життя та залученості, гармонійного режиму роботи й відпочинку, зокрема проведенням вільного часу, повсякденною активністю, задоволення своїм соціальним статусом, оточенням, професійною діяльністю, фінансовим благополуччям, а також гарною якістю сну [287, с. 147-149].

Також вважаємо за доцільне розглянути біопсихосоціальні чинники, що суттєво не змінюють частоту виявлення ознак синдрому професійного вигорання (табл. 4.2.4).

Таблиця 4.2.4

**Порівняльна частота ознак СПВ за групою біопсихосоціальних факторів, що суттєво не змінюють частоту ознак СПВ**

Ознака	Всього n=263	Частота ознак СПВ		OR (95%CI)	p
		Лікарі ЗПСЛ із ознаками СПВ n=199	Лікарі ЗПСЛ без ознак СПВ n=64		
Вільний час: їжа та вино	40	35 (87,5%)	5 (12,5%)	2,52 (0,94-6,73)	0,058
Здорове дозвілля	223	164 (73,5%)	59 (26,5%)		
Вільний час: інтернет	117	88 (75,2%)	29 (24,8%)	0,96 (0,54-1,69)	0,879
Здорове дозвілля	146	111 (76,0%)	35 (24,0%)		
Вільний час: сім'я, близькі друзі	186	135 (72,6%)	51 (27,4%)	0,54 (0,27-1,06)	0,070
Самостійне дозвілля	77	64 (83,1%)	13 (16,9%)		

Зокрема також наявна тенденція до підвищення частоти виявлення ознак СПВ у респондентів, що обирали їжу та вино, як спосіб проведення вільного

часу – 87,5% проти тих, хто мав здорове дозвілля 73,5%, відповідно питома вага респондентів без ознак СПВ є вищою при проведенні здорового дозвілля 26,5% проти 12,5% при проведенні вільного часу за споживанням їжі та вина,  $p=0,058$ . Їжа та вино, як спосіб проведення вільного часу є фактором, що визначає підвищення ризику синдрому професійного вигорання у 2,52 рази,  $OR=2,52$  (0,94-6,73).

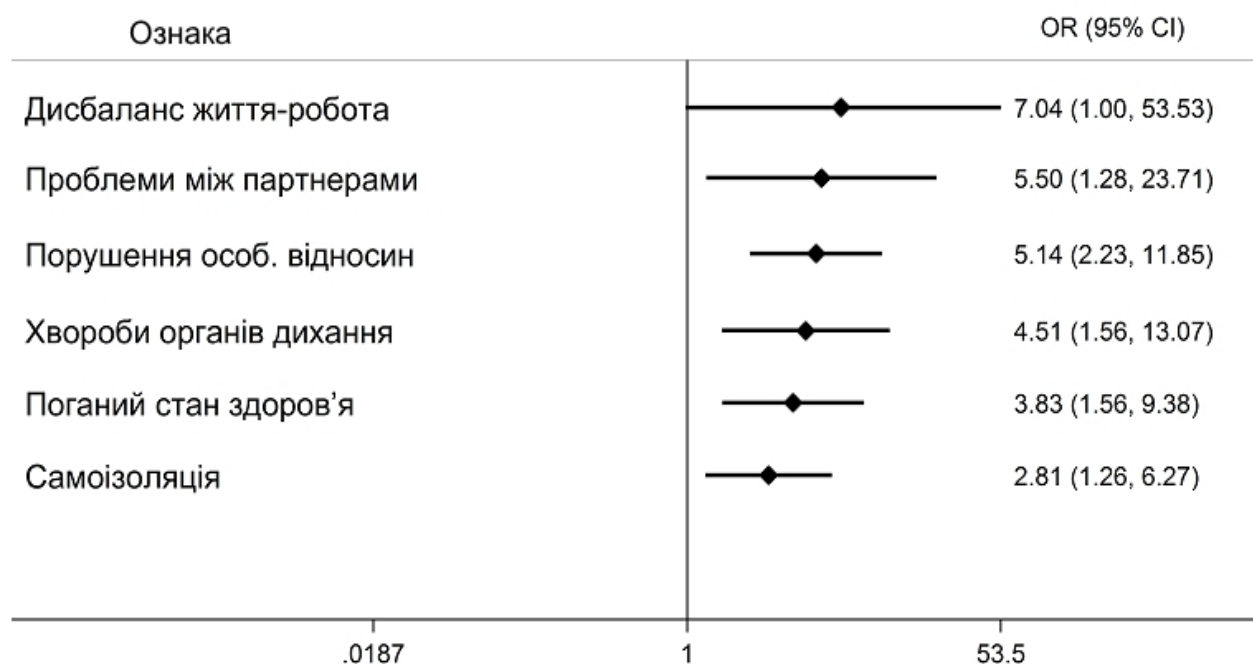
Натомість проведення вільного часу в інтернеті та в колі сім'ї, близьких друзів знижує ризик синдрому професійного вигорання на 0,04%,  $OR=0,96$  (0,54-1,69) та на 46%,  $OR=0,54$  (0,27-1,06) відповідно. Частота синдрому професійного вигорання у лікарів ЗПСЛ, які проводили свій вільний час в інтернеті (75,2%) та в колі сім'ї, близьких друзів (72,6%) проти досліджуваних, які мали здорове дозвілля без використання гаджетів задля доступу в інтернет (76,0%) та мали самостійне дозвілля (83,1%) відповідно.

Ймовірно, зазначені тенденції формуються за рахунок недотримання принципів здорового способу життя, вживання нездорової їжі та алкоголю, надмірне використання й проведення значного часу в інтернеті; наявності гармонійних відносин в сім'ї та з близькими друзями.

Варто також вказати, що наявність/відсутність наступних параметрів, а саме: зріст, атестаційна категорія, науковий ступінь, сімейний стан, кількість дітей, наявність атеросклеротичних ССЗ, сфера професійної діяльності, сумісництво, викидні, менопауза у жінок, боротьба із СПВ (прослуховування музики чи гра на музичних інструментах, переїдання, медикаментозна терапія, сон), звернення на допомогу щодо СПВ, причини, за якими не звертались за допомогою щодо СПВ, проведення вільного часу (подорожі, культурні заходи, їжа та вино, інтернет, соціальні мережі, проведення часу із сім'єю, близькими друзями, музика, спів, гра на музичних інструментах, мистецтво, садівництво, полювання та риболовля, управління фінансами, інвестування, колекціонування, літературна діяльність), відпустка, відсутність житла, конфлікти із квартирантами/сусідами та/або хазяїном житла, незадовільні житлові умови, низький рівень доходу, злидні, проживання на самоті, проблеми

взаємовідносин із батьками, а також родичами дружини або чоловіка не проявляється суттєвою зміною частоти синдрому професійного вигорання, тобто не була виявлена залежність між синдромом професійного вигорання та означеними чинниками.

Відповідно провідні біопсихосоціальні фактори ризику для розвитку СПВ наведені на рисунку 4.2.1.



*Рис. 4.2.1. Оцінка провідних біопсихосоціальних факторів ризику для розвитку СПВ*

З огляду на означене вище, слід зазначити, що найбільш значимими біопсихосоціальними чинниками, що асоціювались із підвищенням ризику синдрому професійного вигорання були наступні: наявність хвороб системи кровообігу та органів дихання, перевтома, негативна самооцінка стану здоров'я, підвищена пiтливiсть, вiдчуття нестачi повітря; негативний вплив СПВ на особисті відносини, недостатня підтримка родини, проблеми, пов'язані із відносинами партнерів або подружжям; незадоволеність балансом життя-робота, самоізоляція, недостатність розслаблення й відпочинку, відчуття незадоволеності тощо.

Далі варто дослідити статистично значимі організаційні чинники у взаємозв'язку із синдромом професійного вигорання, що представлені у таблиці 4.2.5.

Із таблиці 4.2.5. можливо бачити, що фактори кількості годин роботи на тиждень (понад 50 годин на тиждень) та стаж роботи менше 20 років визначають підвищення ризику синдрому професійного вигорання у 3,75 рази –  $OR=3,75$  (1,11-12,72) та у 1,93 рази –  $OR=1,93$  (1,06-3,55) відповідно. В результатах лікарів загальної практики – сімейних лікарів, які працюють понад 50 годин на тиждень – 91,2% та мають стаж роботи менше 20 років – 80,4% було виявлено статистично значиме підвищення частоти виявлення ознак СПВ у порівнянні із підгрупою респондентів, що працюють менше 50 годин на тиждень – 73,4% та стаж роботи яких, становить більше 20 років – 68,0%, натомість питома вага досліджуваних без ознак СПВ є суттєво вищою при наявності тривалості робочого часу менше 50 годин на тиждень – 26,6% та стажу роботи більше 20 років – 32,0% проти 8,8% й 19,6%, що мали тривалість робочого часу більше 50 годин на тиждень й стаж роботи менше 20 років,  $p=0,024$  й  $p=0,021$  відповідно.

Натомість при надмірному адмініструванні робочого процесу наявне суттєве підвищення частоти виявлення ознак СПВ - 80,1% проти 61,3% у підгрупі із демократичним стилем керівництва закладу охорони здоров'я ( $p=0,003$ ). Фактор надмірного адміністрування робочого процесу виявляє підвищення ризику СПВ у 2,54 рази –  $OR=2,54$  (1,37-4,71).

Результати лікарі ЗПСЛ, які мають багато «важких» пацієнтів та відчуття неповної професійної реалізації частіше мають підвищення частоти наявності ознак СПВ – 79,4% й 79,5% у порівнянні із підгрупою без означених чинників – 55% та 62,1% ( $p=0,001$  і  $p=0,006$  відповідно). Зокрема багато «важких» пацієнтів та відчуття неповної професійної реалізації є факторами, що визначають підвищення ризику СПВ у 3,15 рази –  $OR=3,15$  (1,56-6,35) та у 2,37 рази –  $OR=2,37$  (1,19-4,64) відповідно.

Таблиця 4.2.5

**Порівняльна частота виявлення ознак СПВ залежно від наявності окремих організаційних факторів (частина 1)**

Ознака	Всього n=263	Частота ознак СПВ		OR (95%CI)	p
		Лікарі ЗПСЛ із ознаками СПВ n=199	Лікарі ЗПСЛ без ознак СПВ n=64		
Понад 50 годин роботи на тиждень	34	31 (91,2%)	3 (8,8%)	3,75 (1,11-12,72)	0,024*
Менше 50 годин роботи на тиждень	229	168 (73,4%)	61 (26,6%)		
Стаж менше 20 років	138	111 (80,4%)	27 (19,6%)	1,93(1,06-3,55)	0,021*
Стаж більше 20 років	125	85 (68,0%)	40 (32,0%)		
Надмірне адміністрування робочого процесу	201	161 (80,1%)	40 (19,9%)	2,54 (1,37-4,71)	0,003*
Демократичний стиль керівництва	62	38 (61,3%)	24 (38,7%)		
Багато «важких» пацієнтів	223	177 (79,4%)	46 (20,6%)	3,15 (1,56-6,35)	0,001*
Відсутність даного чинника	40	22 (55,0%)	18 (45,0%)		
Відсутність поваги з боку адміністрації	136	116 (85,3%)	20 (14,7%)	3,07 (1,69-5,60)	0,000*
Шанобливе ставлення з боку адміністрації	127	83 (65,4%)	44 (34,6%)		
Відсутність поваги з боку пацієнтів	149	126 (84,6%)	23 (15,4%)	3,08 (1,71-5,53)	0,000*
Шанобливе ставлення з боку пацієнтів	114	73 (64,0%)	41 (36,0%)		
Відчуття неповної професійної реалізації	205	163 (79,5%)	42 (20,5%)	2,37 (1,19-4,64)	0,006*
Відсутність даного чинника	58	36 (62,1%)	22 (37,9%)		

Примітка. \*- статистично значима різниця між показниками ( $p < 0,05$ )

При наявності таких чинників, як відсутність поваги (неповага) з боку адміністрації та пацієнтів у респондентів було визначено суттєве підвищення частоти виявлення ознак СПВ (85,3% та 84,6% відповідно) порівняно із підгрупами, які зазнавали шанобливого ставлення з боку адміністрації та



пацієнтів (65,4% й 64% відповідно),  $p=0,000$  та  $p=0,000$ . Дані фактори визначають підвищення ризику СПВ у 3,07 рази –  $OR=3,07$  (1,69-5,60) та у 3,08 рази –  $OR=3,08$  (1,71-5,53).

Дані результати можливо формуються за рахунок наявності демократичного стилю керівництва закладів охорони здоров'я щодо сприяння оптимізації лікувального процесу, наявній необхідності щодо підвищення компетенції лікарів ЗПСЛ внаслідок постійного безперервного професійного розвитку [32]; низького рівня заробітної платні, низького рівня кар'єрної мотивації, несприятливого робочого середовища, а також низького рівня професійної мотивації.

Надалі проаналізуємо наступні статистично значимі організаційні чинники, що представлені у таблиці 4.2.6.

Таблиця 4.2.6

**Порівняльна частота виявлення ознак СПВ залежно від наявності окремих організаційних факторів (частина 2)**

Ознака	Всього n=263	Частота ознак СПВ		OR (95%CI)	p
		Лікарі ЗПСЛ із ознаками СПВ n=199	Лікарі ЗПСЛ без ознак СПВ n=64		
Потреба у зменшенні професійного навантаження	75	65 (86,7%)	10 (13,3%)	2,62 (1,25-5,47)	0,009*
Відсутність означеної потреби	188	134 (71,3%)	54 (28,7%)		
«Білка у колесі»	222	176 (79,3%)	46 (20,7%)	2,99 (1,49-6,01)	0,001*
Відсутність даного чинника	41	23 (56,1%)	18 (43,9%)		
Напружений графік роботи	107	90 (84,1%)	17 (15,9%)	2,28 (1,23-4,25)	0,008*
Збалансований графік роботи	156	109 (69,9%)	47 (30,1%)		
Недостатність соціального страхування та підтримання добробуту	131	106 (80,9%)	25 (19,1%)	1,78 (1,00-3,16)	0,048*
Достатній рівень соціального захисту	132	93 (70,5%)	39 (29,5%)		

Примітка. \*- статистично значима різниця між показниками ( $p<0,05$ )

Потреба у зменшенні професійного навантаження (інтенсивне навантаження) статистично значимо підвищує частоту виявлення ознак СПВ у досліджуваних – 86,7% у порівнянні із підгрупою, які означеної потреби не мали 71,3% ( $p=0,009$ ) (Табл. 4.2.6). Фактор наявності потреби у зменшенні професійного навантаження виявляє підвищення ризику синдрому професійного вигорання у 2,62 рази –  $OR=2,62$  (1,25-5,47).

У лікарів загальної практики – сімейних лікарів, які відчували себе як «білка у колесі» (багатозадачність) та мали напружений графік роботи, частіше виявлялось суттєве підвищення частоти наявності ознак СПВ – 79,3% та 84,1% відповідно проти 56,1% й 69,9% у підгрупах зі збалансованим графіком роботи ( $p=0,001$  та  $p=0,008$  відповідно). Означені фактори виявляють підвищення ризику СПВ у 2,99 рази –  $OR=2,99$  (1,49-6,01) та у 2,28 рази –  $OR=2,28$  (1,23-4,25) відповідно.

Натомість при недостатньому соціальному страхуванні й підтриманні добробуту у лікарів ЗПСЛ було встановлено статистично значиме підвищення частоти виявлення ознак СПВ – 80,9% порівняно із підгрупою, що мали достатній рівень соціального страхування – 70,5%, зокрема питома вага респондентів без ознак СПВ є суттєво вищою при наявності достатнього рівня соціального страхуванні й підтримання добробуту – 29,5% проти 19,1%, що зазначили про недостатній рівень соціального страхування,  $p=0,048$ . Наявність фактору недостатнього соціального страхуванні й підтримання добробуту визначає підвищення ризику СПВ у 1,78 рази –  $OR=1,78$  (1,00-3,16).

Означені фактори, ймовірно формуються в результаті відсутності у лікарів ЗПСЛ раціонального режиму праці й відпочинку, зокрема відсутності гнучкого графіку роботи, неефективного тайм-менеджменту, зниженого рівня продуктивності й трудової ініціативи, відсутності задоволення щодо виконання професійних обов'язків, низькому рівню власних енергетичних ресурсів, а також недостатнього рівня соціальної підтримки і кар'єрного росту.

Також варто звернути увагу на отримані дані представлені у таблиці 4.2.7, відповідно до яких конфлікти з керівництвом статистично значимо

знижують ризик СПВ на 60%, OR=0,40 (0,21-0,77). Відповідно частота СПВ у респондентів, які мають конфлікти із керівництвом є нижчою (70,1%) проти тих у кого вони відсутні (85,4%),  $p=0,005$ .

Натомість підвищення заробітної плати суттєво знижує ризик СПВ на 53%, OR=0,47 (0,23-0,99). Зокрема частота СПВ у досліджуваних, які вбачають підвищення заробітної плати чинником щодо зниження СПВ є нижчою (72,6%) проти тих, хто означений фактор не зазначали (84,8%),  $p=0,045$ .

Зазначені вище фактори, можливо, формуються внаслідок неефективної системи внутрішніх комунікацій та зворотного зв'язку між керівництвом й лікарями ЗПСЛ, а також дефіциту матеріальної та моральної (подяка, схвалення) винагороди щодо здійснення професійних обов'язків.

Таблиця 4.2.7

**Порівняльна частота виявлення ознак СПВ залежно від наявності окремих організаційних факторів (частина 3)**

Ознака	Всього n=263	Частота виявлення ознак СПВ		OR (95%CI)	p
		Лікарі ЗПСЛ із ознаками СПВ n=199	Лікарі ЗПСЛ без ознак СПВ n=64		
Конфлікти з керівництвом	167	117 (70,1%)	50 (29,9%)	0,40 (0,21-0,77)	0,005*
Відсутність конфліктів з керівництвом	96	82 (85,4%)	14 (14,6%)		
Підвищення заробітної плати	197	143 (72,6%)	54 (27,4%)	0,47 (0,23-0,99)	0,045*
Означений фактор не зазначали	66	56 (84,8%)	10 (15,2%)		

Примітка. \*- статистично значима різниця між показниками ( $p<0,05$ )

Відповідно слід дослідити окремі організаційні чинники, що суттєво не змінюють частоту виявлення ознак СПВ (табл. 4.2.8).

Таблиця 4.2.8

**Порівняльна частота виявлення ознак СПВ за групою організаційних факторів, що суттєво не змінюють частоту виявлення ознак СПВ**

Ознака	Всього n=263	Частота виявлення ознак СПВ		OR (95%CI)	p
		Лікарі ЗПСЛ із ознаками СПВ n=199	Лікарі ЗПСЛ без ознак СПВ n=64		
Багато пацієнтів на прийом; мало часу на 1 пацієнта	248	189 (76,2%)	59 (23,8%)	1,60 (0,53- 4,87)	0,403
Організований режим праці	15	10 (66,7%)	5 (33,3%)		
Низька заробітна плата	227	173 (76,2%)	54 (23,8%)	1,23 (0,56- 2,72)	0,604
Достатній розмір заробітної плати	36	26 (72,2%)	10 (27,8%)		

Частота СПВ у респондентів, які мають багато пацієнтів на прийом та мало часу на 1 пацієнта є вищою (76,2%) у порівнянні із лікарями ЗПСЛ, що мають організований режим праці (66,7%), OR=1,60 (0,53-4,87), p=0,403 (табл. 4.2.8). Також наявна тенденція щодо підвищення частоти виявлення ознак СПВ у лікарів ЗПСЛ із низькою заробітною платою (76,2%) порівняно із сімейними лікарями, які мають достатній розмір заробітної плати (72,2%), OR=1,23 (0,56-2,72).

Дані результати, ймовірно, формуються за рахунок надмірного професійного навантаження, низького рівня залученості, незадоволеності респондентів своїми умовами праці та рівнем доходів.

Слід також вказати, що наявність/відсутність наступних чинників, а саме: професійне навантаження (кількість ставок), занадто «бюрократичних» завдань, низька заробітна платня, багато пацієнтів на прийом; мало часу на 1 пацієнта, проблеми у взаємовідносинах з медичним персоналом, недостатнє матеріально-технічне забезпечення медичного закладу та робочого місця, понаднормова робота: у вихідні, святкові дні, вночі, надмірна робота за комп'ютером; зниження СПВ (збалансований графік роботи, підвищення

поваги з боку адміністрації, колеґ чи медичного персоналу, пацієнтів, зменшення адміністрування робочого процесу, безперервний професійний розвиток), програма запобігання СПВ у ЗОЗ; модальний аналіз наявних проблем - загроза втратити роботу, зміна роботи, конфлікт із керівником й співробітниками не проявляється суттєвою зміною частоти СПВ, тобто не була виявлена залежність між синдромом професійного вигорання та означеними чинниками.

Відповідно провідні організаційні фактори ризику для розвитку СПВ наведені на рисунку 4.2.2.

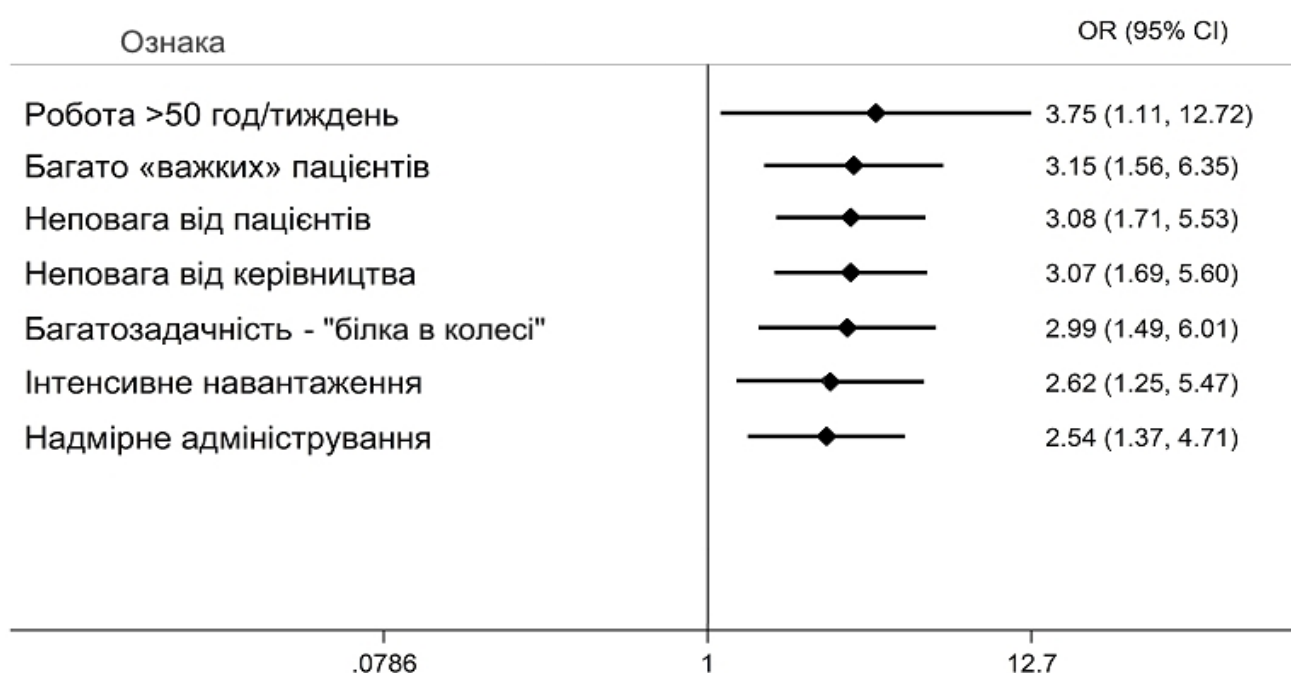


Рис. 4.2.2. Оцінка провідних організаційних факторів ризику розвитку СПВ

Загалом, вважаємо за доцільне наголосити, що найбільш значимими організаційними чинниками, що асоціювались із підвищенням ризику СПВ у лікарів ЗПСЛ були наступні, а саме: понад 50 годин роботи на тиждень, надмірне адміністрування робочого процесу, багато «важких» пацієнтів, відсутність поваги з боку адміністрації та пацієнтів, стаж роботи менше 20 років, відчуття неповної професійної реалізації, потреба у зменшенні професійного навантаження, відчуття себе як «білка у колесі», напружений графік роботи, недостатність соціального страхування та підтримання добробуту.

### **4.3. Дослідження психологічних чинників, якості життя у взаємозв'язку із синдромом професійного вигорання у лікарів загальної практики – сімейних лікарів**

В результаті проведеного дослідження нами був проведений аналіз взаємозв'язку між психологічними чинниками, якістю життя та синдромом професійного вигорання задля вирішення поставленого нами завдання - дослідити взаємозв'язок між психологічними чинниками, якістю життя та синдромом професійного вигорання у лікарів загальної практики – сімейних лікарів.

Як ми вже зазначали раніше у підрозділі 2.1 до психологічних чинників належать депресія, тривога, дистрес, соматизація, а також нами були досліджені якість життя та якість сну.

Дані чинники досліджувались за допомогою шкали депресії А. Бека [287, с. 37-40], шкали оцінки рівня якості життя (CQLS) [287, с. 147-149], чотирьохвимірної анкети симптомів (4DSQ) [211; 287, с. 32-34; 210], Пітсбурзького опитувальника якості сну (PSQI) [287, с. 111-114; 48, с. 193-213] та під час проведення напівструктурованого інтерв'ю. Отримані результати в ході проведеного дослідження були представлені у чотирьох таблицях (табл. 4.3.1, табл.4.3.2, табл.4.3.3, табл.4.3.4), які ми будемо послідовно аналізувати.

Таблиця 4.3.1. наглядно демонструє, що серед лікарів ЗПСЛ, що мали дистрес (помірний та високий рівень за шкалою дистресу - анкета 4DSQ [211; 287, с. 32-34; 210]) встановлено суттєве підвищення частоти встановлення ознак синдрому професійного вигорання – 81,0% порівняно із респондентами, які мали низький рівень за шкалою дистресу – 68,2%, натомість частка досліджуваних без ознак СПВ є суттєво вищою при наявності дистресу низького рівня (4DSQ) 31,8% проти 19,0% із помірним та високим рівнем дистресу (4DSQ),  $p=0,016$ . Варто зазначити, що фактор дистресу (помірний та високий рівень за шкалою дистресу - анкета 4DSQ [211; 287, с. 32-34; 210]) виявляють підвищення ризику СПВ у 2,00 рази,  $OR=2,00$  (1,13-3,53). Зокрема,

було виявлено позитивний кореляційний зв'язок середньої сили між емоційним виснаженням та результатом за шкалою дистресу за анкетною 4DSQ ( $r = 0,521$ ;  $p = 0,000$ ), прямий кореляційний зв'язок середньої сили між деперсоналізацією та результатом за шкалою дистресу (4DSQ) ( $r = 0,427$ ;  $p = 0,000$ ). Відповідно кореляційний аналіз вказує на те, що респонденти із високим рівнем емоційного виснаження, деперсоналізації мають вищі показники за шкалою дистресу за анкетною 4DSQ та навпаки.

Таблиця 4.3.1

**Порівняльна частота виявлення ознак СПВ залежно від наявності окремих психологічних факторів (частина 1)**

Ознака	Всього n=263	Частота виявлення ознак СПВ		OR (95%CI)	p
		Лікарі ЗПСЛ із ознаками СПВ n=199	Лікарі ЗПСЛ без ознак СПВ n=64		
Дистрес (помірний, високий рівень)	153	124 (81,0%)	29 (19,0%)	2,00 (1,13- 3,53)	0,016*
Дистрес (низький рівень)	110	75 (68,2%)	35 (31,8%)		
Депресія (помірний, високий рівень)	53	46 (86,8%)	7 (13,2%)	2,45 (1,04- 5,74)	0,035*
Депресія (низький рівень)	210	153 (72,9%)	57 (27,1%)		
Виражена та важка депресія	40	36 (90,0%)	4 (10,0%)	4,14 (1,32- 13,01)	0,010*
Легка депресія	73	50 (68,5%)	23 (31,5%)		
Тривога (помірний, високий рівень)	131	108 (82,4%)	23 (17,6%)	2,12 (1,18- 3,79)	0,011*
Тривога (низький рівень)	132	91 (68,9%)	41 (31,1%)		
Соматизація (помірний, високий рівень)	113	95 (84,1%)	18 (15,9%)	2,33 (1,27- 4,30)	0,006*
Соматизація (низький рівень)	150	104 (69,3%)	46 (30,7%)		

Примітка. \*- статистично значима різниця між показниками ( $p < 0,05$ )

Зокрема наявність помірного та високого рівня за шкалою депресії за анкетною 4DSQ [211; 287, с. 32-34; 210; 35] встановлює підвищення ризику

СПВ у 2,45 рази,  $OR=2,45$  (1,04-5,74), а також вираженої й важкої депресії за шкалою депресії А.Бека [287, с. 37-40] виявляє підвищення ризику синдрому професійного вигорання у 4,14 рази,  $OR=4,14$  (1,32-13,01). Частота СПВ у респондентів із депресією помірного та високого рівня за шкалою депресії – анкета 4DSQ [211; 287, с. 32-34; 210] (86,8%) та вираженою й важкою депресією за шкалою депресії А.Бека [287, с. 37-40] (90,0%) є вищою проти досліджуваних, що мали низький рівень депресії за анкетною 4DSQ (72,9%), а також легку депресію за шкалою депресії А.Бека (68,5%), відповідно питома вага лікарів ЗПСЛ без ознак СПВ статистично значимо вище 27,1% та 31,5% при наявності низького рівня депресії за анкетною 4DSQ та легкої депресію за шкалою депресії А.Бека проти 13,2% та 10,0% при помірному та високому рівні за анкетною 4DSQ, а також вираженій і важкій депресії за шкалою депресії А.Бека,  $p=0,035$  та  $p=0,010$  відповідно. Також було зафіксовано позитивний кореляційний зв'язок середньої сили між емоційним виснаженням та результатом за шкалою депресії за анкетною 4DSQ ( $r = 0,455$ ;  $p = 0,000$ ), результатом за шкалою депресії А.Бека ( $r = 0,415$ ;  $p = 0,000$ ), прямий кореляційний зв'язок середньої сили між деперсоналізацією та результатом за шкалою депресії за анкетною 4DSQ ( $r = 0,361$ ;  $p = 0,000$ ). Відповідно у респондентів із високим рівнем емоційного виснаження наявні вищі показники за шкалою депресії за анкетною 4DSQ та за шкалою депресії А.Бека, у досліджуваних із високим рівнем деперсоналізації наявні вищі показники за шкалою депресії за анкетною 4DSQ та навпаки.

При наявності тривоги (помірний та високий рівень за шкалою тривоги - 4DSQ [211; 287, с. 32-34; 210]) в результатах сімейних лікарів виявлено статистично значиме підвищення частоти наявності ознак СПВ – 82,4% у порівнянні із підгрупою, що мали низький рівень за шкалою тривоги – 68,9%, частка респондентів групи порівняння є суттєво вищою 31,1% при наявності тривоги низького рівня (4DSQ) проти 17,6% із помірним та високим рівнем тривоги (4DSQ),  $p=0,011$ . Тривога (помірний та високий рівень за шкалою тривоги - 4DSQ [211; 287, с. 32-34; 210]) є фактором, що визначає підвищення



ризиком синдрому професійного вигорання у 2,12 рази,  $OR=2,12$  (1,18-3,79). Зокрема було виявлено позитивний кореляційний зв'язок середньої сили між емоційним виснаженням та результатом за шкалою тривоги за анкетною 4DSQ ( $r = 0,363$ ;  $p = 0,000$ ), прямий кореляційний зв'язок середньої сили між деперсоналізацією та результатом за шкалою тривоги (4DSQ) ( $r = 0,301$ ;  $p = 0,000$ ). Відповідно кореляційний аналіз вказує на те, що респонденти із високим рівнем емоційного виснаження, деперсоналізації мають вищі показники за шкалою тривоги за анкетною 4DSQ та навпаки.

Варто звернути увагу на той факт, що у лікарів ЗПСЛ, які мали помірний та високий рівня за шкалою соматизації – анкета 4DSQ [211; 287, с. 32-34; 210] встановлено суттєве підвищення частоти встановлення ознак СПВ – 84,1% проти досліджуваних, які мали низький рівень за шкалою соматизації – 69,3%, зокрема питома вага респондентів без ознак СПВ статистично значимо вища 30,7% при наявності низького рівня соматизації (4DSQ) порівняно з 15,9% із помірним та високим рівнем соматизації (4DSQ),  $p=0,006$ . Фактор соматизації (помірний та високий рівень за шкалою соматизації - анкета 4DSQ [211; 287, с. 32-34; 210]) виявляють підвищення ризику СПВ у 2,33 рази,  $OR=2,33$  (1,27-4,30). Відповідно було також зафіксовано позитивний кореляційний зв'язок середньої сили між емоційним виснаженням та результатом за шкалою соматизації за анкетною 4DSQ ( $r = 0,399$ ;  $p = 0,000$ ). Зокрема у лікарів ЗПСЛ із високим рівнем емоційного виснаження наявні вищі показники за шкалою соматизації за анкетною 4DSQ та навпаки.

Надалі слід розглянути наступні статистично значимі психологічні чинники, якість життя та якість сну у взаємозв'язку із синдромом професійного вигорання, що представлені у таблиці 4.3.2.

Таблиця 4.3.2

**Порівняльна частота виявлення ознак СПВ за групою психологічних факторів та якості життя**

Ознака	Всього n=263	Частота виявлення ознак СПВ		OR (95%CI)	p
		Лікарі ЗПСЛ із ознаками СПВ n=199	Лікарі ЗПСЛ без ознак СПВ n=64		
Якість життя (вкрай низький, низький, середній рівень)	207	165 (79,7%)	42 (20,3%)	2,54 (1,35-4,79)	0,003*
Якість життя (високий, дуже високий рівень)	56	34 (60,7%)	22 (39,3%)		
Порушення сну	225	176 (78,2%)	49 (21,8%)	2,34 (1,14-4,83)	0,019*
Гарна якість сну	38	23 (60,5%)	15 (39,5%)		
Особиста оцінка СПВ (ніяк не впливає)	34	17 (50,0%)	17 (50,0%)	0,26 (0,12-0,54)	0,000*
Особиста оцінка СПВ (наявність впливу)	229	182 (79,5%)	47 (20,5%)		

Примітка. \*- статистично значима різниця між показниками ( $p < 0,05$ )

Слід наголосити, що низький рівень якості життя (вкрай низький, низький, середній рівень ЯЖ – CQLS [287, с. 147-149]) встановлює підвищення ризику синдрому професійного вигорання у 2,54 рази, OR=2,54 (1,35-4,79) (табл. 4.3.2). Відповідно частота СПВ у респондентів, що мали низький рівень якості життя (вкрай низький, низький, середній рівень ЯЖ – CQLS [287, с. 147-149]) є вищою – 79,7% проти підгрупи із високим рівнем якості життя (високий та дуже високий рівень ЯЖ – CQLS) – 60,7%, натомість частка лікарів ЗПСЛ без ознак СПВ статистично значимо вища 39,3% при наявності гарної якості життя 39,3% проти 20,3% із поганою якістю життя,  $p=0,003$ . Зокрема також було зафіксовано негативний кореляційний зв'язок середньої сили між емоційним виснаженням і якістю життя ( $r = - 0,406$ ;  $p = 0,000$ ). Лікарі ЗПСЛ із високим рівнем емоційного виснаження більше незадоволені власною якістю життя (шкала CQLS [287, с. 147-149; 37]) та навпаки.

Важливо зазначити, що у досліджуваних, які мали порушення сну (Пітсбурзький опитувальник якості сну – PSQI [287, с. 111-114; 48, с. 193-213]) визначено статистично значиме підвищення частоти ознак СПВ – 78,2% проти підгрупи із гарною якістю сну – 60,5%, відповідно питома вага сімейних лікарів групи порівняння є суттєво вищою 39,5% при наявності гарної якості сну порівняно з 21,8%, що мали незадовільну якість сну,  $p=0,019$  (табл. 4.3.2). Зокрема фактор порушення сну виявляє підвищення ризику синдрому професійного вигорання у 2,34 рази,  $OR=2,34$  (1,14-4,83).

У лікарів ЗПСЛ, які при особистій оцінці СПВ вказали, що синдром професійного вигорання ніяк не впливає на їх життя було виявлено суттєве зниження частоти наявності ознак СПВ – 50,0% порівняно із респондентами на яких синдром професійного вигорання мав вплив – 79,5%,  $p=0,000$ . Відповідно фактор особистої суб'єктивної оцінки відсутності впливу СПВ суттєво знижує ризик синдрому професійного вигорання на 73%,  $OR=0,26$  (0,12-0,54).

Далі проаналізуємо статистично значимі психологічні чинники, що представлені у таблиці 4.3.3.

У респондентів, які відчували безпричинний страх та страх незрозумілого походження (4DSQ [211; 287, с. 32-34; 210]) встановлено суттєве підвищення частоти ознак СПВ – 81,1% та 86,8% проти лікарів ЗПСЛ, що означені чинники не зазначали – 70,6% й 66,2%, зокрема частка досліджуваних без ознак синдрому професійного вигорання є суттєво вищою 29,4% та 33,8% при відсутності чинників безпричинного страху та страху незрозумілого походження (4DSQ) порівняно з 18,9% і 13,2%, що мали означені фактори,  $p=0,047$  та  $p=0,000$  відповідно (табл. 4.3.3). Фактори безпричинний страх та страх незрозумілого походження встановлюють підвищення ризику СПВ у 1,79 рази,  $OR=1,79$  (1,00-3,19) та у 3,35 рази,  $OR=3,35$  (1,78-6,30) відповідно.

Таблиця 4.3.3

**Порівняльна частота виявлення ознак СПВ залежно  
від наявності окремих психологічних факторів (частина 2)**

Ознака	Всього n=263	Частота ознак СПВ		OR (95%CI)	p
		Лікарі ЗПСЛ із ознаками СПВ n=199	Лікарі ЗПСЛ без ознак СПВ n=64		
Безпричинний страх	127	103 (81,1%)	24 (18,9%)	1,79 (1,00- 3,19)	0,047 *
Відсутність даного фактора	136	96 (70,6%)	40 (29,4%)		
Страх незрозумілого походження	121	105 (86,8%)	16 (13,2%)	3,35 (1,78- 6,30)	0,000 *
Відсутність даного фактора	142	94 (66,2%)	48 (33,8%)		
Журба	140	114 (81,4%)	26 (18,6%)	1,96 (1,11- 3,47)	0,020 *
Відсутність даного фактора	123	85 (69,1%)	38 (30,9%)		
Байдужість до оточуючого	111	96 (86,5%)	15 (13,5%)	3,04 (1,60- 5,78)	0,000 *
Відсутність даного фактора	152	103 (67,8%)	49 (32,2%)		
Відсутність сенсу будь-чого	88	78 (88,6%)	10 (11,4%)	3,48 (1,67- 7,24)	0,001 *
Відсутність даного фактора	175	121 (69,1%)	54 (30,9%)		
Неможливість щось роботи	72	67 (93,1%)	5 (6,9%)	5,99 (2,30- 15,63)	0,000 *
Відсутність даного фактора	191	132 (69,1%)	59 (30,9%)		
Відсутність зацікавленості до оточуючого	55	53 (96,4%)	2 (3,6%)	11,25 (2,66- 47,63)	0,000 *
Відсутність даного фактора	208	146 (70,2%)	62 (29,8%)		
Більше не справляєтесь	70	68 (97,1%)	2 (2,9%)	16,09 (3,82- 67,80)	0,000 *
Відсутність даного фактора	193	131 (67,9%)	62 (32,1%)		
Відчуття невідомої небезпеки	95	81 (85,3%)	14 (14,7%)	2,45 (1,27- 4,73)	0,006 *
Відсутність даного фактора	168	118 (70,2%)	50 (29,8%)		
Зацикленість мислення	161	129 (80,1%)	32 (19,9%)	1,84 (1,04- 3,26)	0,034 *
Відсутність даного фактора	102	70 (68,6%)	32 (31,4%)		
Негативний погляд на події	136	113 (83,1%)	23 (16,9%)	2,34 (1,31- 4,19)	0,004 *
Відсутність даного фактора	127	86 (67,7%)	41 (32,3%)		

Примітка. \*- статистично значима різниця між показниками ( $p < 0,05$ )

При наявності байдужості до оточуючого та відсутності зацікавленості (інтересу) у людях й речах, що навколо (4DSQ [211; 287, с. 32-34; 210]) у

досліджуваних наявне суттєве підвищення частоти виявлення ознак СПВ – 86,5% та 96,4% у порівнянні із підгрупою, у яких дані чинники були відсутні – 67,8% та 70,2%, зокрема питома вага лікарів ЗПСЛ без ознак СПВ статистично значимо вища 32,2% при відсутності байдужості до оточуючого та 29,8% при наявності зацікавленості у людях й речах, що навколо (4DSQ) проти 13,5% й 3,6%, що вказали протилежне,  $p=0,000$  й  $p=0,000$  відповідно. Означені фактори наявності байдужості до оточуючого та відсутності зацікавленості у людях й речах, що навколо виявляють підвищення ризику СПВ у 3,04 рази,  $OR=3,04$  (1,60-5,78) та у 11,25 рази,  $OR=11,25$  (2,66-47,63) відповідно.

Натомість у лікарів загальної практики – сімейних лікарів, які відчували журбу та відсутність сенсу будь-чого (4DSQ [211; 287, с. 32-34; 210]) визначено статистично значиме підвищення частоти наявності ознак синдрому професійного вигорання – 81,4% і 88,6% порівняно із досліджуваними, що означені чинники не зазначали – 69,1% та 69,1%, частка респондентів групи порівняння є суттєво вищою 30,9% й 30,9% при відсутності журби й відчуття відсутності сенсу будь-чого проти 18,6% та 11,4%, які зазначили протилежне,  $p=0,020$  та  $p=0,001$  відповідно. Фактори наявності журби та відсутності сенсу будь-чого визначають підвищення ризику СПВ у 1,96 рази,  $OR=1,96$  (1,11-3,47) та у 3,48 рази,  $OR=3,48$  (1,67-7,24) відповідно.

Зокрема фактор відчуття, що більше не справляєтесь (4DSQ [211; 287, с. 32-34; 210]) суттєво підвищує ризик синдрому професійного вигорання у 16,09 рази,  $OR=16,09$  (3,82-67,80). Частота СПВ у досліджуваних, які зазначали, що більше не справляються (перенавантаженість) є вищою – 97,1% проти підгрупи у яких даний чинник був відсутній – 67,9%,  $p=0,000$ .

У респондентів, які зазначали, що більше не можуть нічого робити (4DSQ [211; 287, с. 32-34; 210]) виявлено статистично значиме підвищення частоти ознак СПВ – 93,1% у порівнянні із лікарями ЗПСЛ, які були повні сил щодо виконання роботи – 69,1%,  $p=0,000$ . Фактор неможливості щось робити виявляє підвищення ризику синдрому професійного вигорання у 5,99 рази,  $OR=5,99$  (2,30-15,63).

Варто наголосити, що фактори зацикленості мислення (прокручування у голові думки/спогадів щодо події з життя, які засмучували – 4DSQ) та негативного погляду на події (було важко відганяти від себе неприємні думки про подію, яка засмучує – 4DSQ [211; 287, с. 32-34; 210]) суттєво підвищують ризик синдрому професійного вигорання у 1,84 рази,  $OR=1,84$  (1,04-3,26) та у 2,34 рази,  $OR=2,34$  (1,31-4,19) відповідно. Частота СПВ у досліджуваних, які вказували на наявність зацикленості мислення (прокручування у голові думки/спогадів щодо події з життя, які засмучували – 4DSQ) та негативного погляду на події (було важко відганяти від себе неприємні думки про подію, яка засмучує – 4DSQ [211; 287, с. 32-34; 210]) є вищою – 80,1% та 83,1% проти підгрупи, що означені чинники не зазначали – 68,6% і 67,7%, натомість питома вага лікарів ЗПСЛ без ознак СПВ статистично значимо вища 31,4% й 32,3% при відсутності цих факторів порівняно з 19,9% й 16,9% при наявності вказаних факторів,  $p=0,034$  та  $p=0,004$  відповідно.

У лікарів ЗПСЛ, які відчували загрозу невідомої небезпеки (4DSQ [211; 287, с. 32-34; 210]) встановлено статистично значиме підвищення частоти виявлення ознак синдрому професійного вигорання – 85,3% порівняно із респондентами, у яких цей чинник був відсутній – 70,2%, відповідно частка досліджуваних без ознак СПВ є суттєво вищою 29,8% при відсутності означеного фактора проти 14,7% при наявності відчуття загрози невідомої небезпеки (4DSQ),  $p=0,006$ . Фактор наявності відчуття невідомої небезпеки визначає підвищення ризику синдрому професійного вигорання у 2,45 рази,  $OR=2,45$  (1,27-4,73).

Зокрема вважаємо за необхідне дослідити чинники, що суттєво не змінюють частоту виявлення ознак синдрому професійного вигорання (табл. 4.3.4).

Частота синдрому професійного вигорання у респондентів, що мали поганий/пригнічений настрій – 77,4%, тривогу, панічні атаки – 80,5% та напруження (4DSQ [211; 287, с. 32-34; 210]) – 76,9% є вищою у порівнянні із лікарями загальної практики – сімейними лікарями, що мали гарний настрій –

67,4%, OR=1,66 (0,83-3,32), p=0,150, була відсутня тривога, панічні атаки – 72,0%, OR=1,61 (0,89-2,89), p=0,110, а також відсутнє напруження – 70,9%, OR=1,37 (0,70-2,66), p=0,355.

Таблиця 4.3.4

**Порівняльна частота виявлення ознак СПВ за групою психологічних факторів, що суттєво не змінюють частоту ознак СПВ**

Ознака	Всього n=263	Частота ознак СПВ		OR (95%CI)	p
		Лікарі ЗПСЛ із ознаками СПВ n=199	Лікарі ЗПСЛ без ознак СПВ n=64		
Пригнічений настрій	217	168 (77,4%)	49 (22,6%)	1,66 (0,83- 3,32)	0,150
Відсутність даного фактора	46	31 (67,4%)	15 (32,6%)		
Тривога, панічні атаки	113	91 (80,5%)	22 (19,5%)	1,61 (0,89- 2,89)	0,110
Відсутність даного фактора	150	108 (72,0%)	42 (28,0%)		
Напруження	208	160 (76,9%)	48 (23,1%)	1,37 (0,70- 2,66)	0,355
Відсутність даного фактора	55	39 (70,9%)	16 (29,1%)		
Небажання активної діяльності	121	96 (79,3%)	25 (20,7%)	1,45 (0,82- 2,58)	0,200
Відсутність даного фактора	142	103 (72,5%)	39 (27,5%)		
Погіршення ясності думки	121	98 (81,0%)	23 (19,0%)	1,73 (0,97- 3,09)	0,063
Відсутність даного фактора	142	101 (71,1%)	41 (28,9%)		
Проблеми з засинанням	176	137 (77,8%)	39 (22,2%)	1,42 (0,79- 2,54)	0,242
Відсутність даного фактора	87	62 (71,3%)	25 (28,7%)		
Нестабільність психологічного стану	168	130 (77,4%)	38 (22,6%)	1,29 (0,72- 2,30)	0,389
Відсутність даного фактора	95	69 (72,6%)	26 (27,4%)		

Зокрема наявна тенденція щодо підвищення частоти виявлення ознак СПВ у досліджуваних, які мали небажання активної діяльності (відчуття, що нічим не хочеться займатись – 4DSQ) – 79,3%, погіршення ясності думки (міркували не так ясно, як раніше – 4DSQ) – 81,0%, проблеми із засинанням – 77,8% та нестабільність психологічного стану (було легко схвилювати – 4DSQ)

проти підгруп, у яких були відсутні небажання активної діяльності (відчуття, що нічим не хочеться займатись – 4DSQ) – 72,5%, OR=1,45 (0,82-2,58), p=0,200, погіршення ясності думки (міркували не так ясно, як раніше – 4DSQ) – 71,1%, OR=1,73 (0,97-3,09), p=0,063, проблеми із засинанням – 71,3%, OR=1,42 (0,79-2,54), p=0,242, нестабільність психологічного стану (було легко схвилювати – 4DSQ [211; 287, с. 32-34; 210]) – 72,6%, OR=1,29 (0,72-2,30), p=0,389.

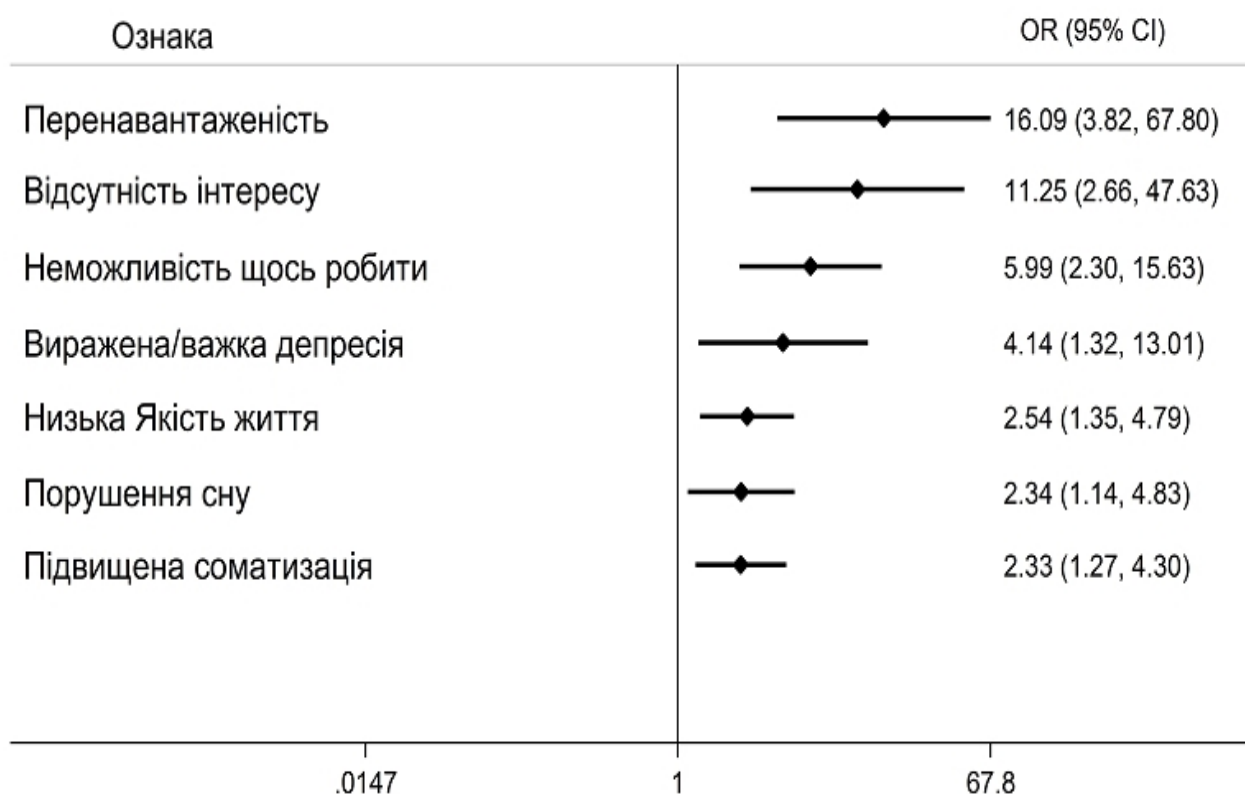
Варто зазначити, що дані результати, які представлені у таблицях 4.3.1, 4.3.2, 4.3.3, 4.3.4, ймовірно, зумовлені низьким рівнем стресостійкості, надмірним психічним перенавантаженням, незадоволеністю стосовно власної професійної ефективності, відсутністю соціальної підтримки співробітників, постійним почуттям безпредметного страху і занепокоєння, постійним невдоволенням собою, апатією, відсутністю бажання виконувати виробничі завдання, збільшенням частоти й інтенсивності негативних емоцій (наприклад, дратівливість, гнів, нетерпіння, песимізм, відрізка до себе, самозвинувачення, почуття провини, безпричинний страх, журба, страх незрозумілого походження), а також зниженням рівня позитивних емоцій (наприклад, ввічливість, дружелюбність, турботливість); почуттям хронічної втоми, стомлюваності, слабкості, сльозливості, нерішучості, втратою апетиту й ваги, байдужості до оточуючих, відсутності сенсу будь-чого, неможливості щось робити, відсутності зацікавленості до оточуючого, зацікленості мислення, негативним поглядом на події, відчуттям невідомої небезпеки, погіршенням ясності думки, нестабільністю психологічного стану, напруженням, пригніченим настроєм, панічними атаками, небажанням здійснення активної діяльності, порушенням сну, низькою якістю життя, зокрема наявністю незадоволення щодо свого життя, повсякденною й соціальною активністю, фінансовим благополуччям, професійною реалізацією, безперспективністю, зниженням рівня концентрації щодо тривалого періоду часу, зменшенням виробничої мотивації, втратою інтересу, ентузіазму, значущості та сенсу власної професійної діяльності, високою відповідальністю щодо результатів спілкування/виконання завдань/функцій/операцій; наявністю цілодобових



чергувань без подальшого повноцінного відпочинку; високою моральною й юридичною ціною за помилку; надмірною емоційною взаємодією з пацієнтами та їх родичами, а також за рахунок невідповідності між вимогами виробничої діяльності щодо особистісних ресурсів спеціаліста; невідповідності між авторитарною політикою адміністрації певної організації та бажанням фахівця отримати самостійність щодо прийняття рішень в роботі й обрання способів для досягнення запланованих результатів; невідповідності між бажаною й реальною винагородою працівника, зокрема не лише зовнішньою у вигляді заробітної платні, але й внутрішньою – визнання досягнутих успіхів та значущості спеціаліста у певній організації; невідповідності між очікуванням й почуттям відсутності можливості щодо позитивної взаємодії із суб'єктами професійної діяльності (зокрема, вимушена ізоляція внаслідок виконання певного проекту чи конфлікти на робочому місці) [193; 73, с. 37-44; 240, с. 91-92; 287, с. 37, 147-149; 197, с. 20-26; 137, с. 9-17; 138, с. 44-47] тощо.

Слід наголосити, що наявність/відсутність чинників означених в решті питань, які містили шкала депресії А. Бека [287, с. 37-40], шкала оцінки рівня якості життя (CQLS) [287, с. 147-149], чотирьохвимірна анкета симптомів (4DSQ) [211; 287, с. 32-34; 210], Пітсбурський опитувальник якості сну (PSQI) [287, с. 111-114; 48, с. 193-213], окрім вказаних вище, не проявляється суттєвою зміною частоти СПВ, тобто не була виявлена залежність між СПВ та даними чинниками.

Зокрема провідні психологічні фактори ризику, якість життя щодо розвитку СПВ наведені на рисунку 4.3.1.



*Рис. 4.3.1. Оцінка провідних психологічних факторів ризику, якості життя для розвитку СПВ*

Загалом, вважаємо за доцільне підкреслити, що найбільш значимими психологічними чинниками, а також якість життя, що асоціювались із підвищенням ризику синдрому професійного вигорання були наступні, а саме: наявність дистресу, депресії, тривоги, соматизації (помірного та високого рівня), вираженої та важкої депресії, незадовільної якості життя, порушення сну, наявності відчуття безпричинного страху, страху незрозумілого походження, журби, байдужості до оточуючого, відсутності сенсу будь-чого, неможливості щось робити, відсутності зацікавленості у людях й речах, відчуття, що більше не справляєтеся, зацикленості мислення, відчуття невідомої небезпеки, негативного погляду на події.

#### 4.4. Порівняльна оцінка вагомості виявлених факторів ризику розвитку синдрому професійного вигорання щодо оптимізації заходів профілактики

В ході проведеного дослідження нами була здійснена порівняльна оцінка вагомості виявлених факторів ризику розвитку синдрому професійного вигорання щодо оптимізації заходів профілактики, відповідно виявлені фактори ризику синдрому професійного вигорання ми ранжували за силою впливу на ймовірність розвитку СПВ (табл. 4.4.1).

Таблиця 4.4.1

##### Порівняльна оцінка вагомості виявлених факторів ризику розвитку СПВ

Ознака	OR	Ранг
Незадоволеність балансом життя-робота	7,04	1
Проблеми, пов'язані із взаємовідносинами подружжя або партнерів	5,50	2
Систолічний артеріальний тиск більше 140 мм.рт.ст.	5,08	3
Наявність захворювань органів дихання	4,51	4
Негативна самооцінка стану здоров'я	3,83	5
Понад 50 годин роботи на тиждень	3,75	6
Багато «важких» пацієнтів	3,15	7
Відчуття себе наче «білка в колесі»	2,99	8
Вживання нездорової їжі	2,85	9
Високий і дуже високий СС ризик за шкалою SCORE2	2,76	10
Надмірне адміністрування робочого процесу	2,54	11
Незадовільний рівень якості життя	2,54	12
Депресія	2,45	13
Порушення сну	2,34	14
Соматизація	2,33	15
Тривога	2,12	16
Недостатня фізична активність	2,09	17
Дистрес	2,00	18
ІМТ більше 25 кг/м <sup>2</sup>	1,96	19

Для факторів ризику розвитку синдрому професійного вигорання означених у таблиці 4.4.1 можуть бути розроблені наступні групи заходів

профілактики: група біопсихосоціальних заходів профілактики, група виробничих заходів профілактики, група заходів профілактики факторів серцево-судинного ризику та група психологічних заходів профілактики.

Відповідно група біопсихосоціальних заходів профілактики може бути застосована для таких параметрів, що представлені в таблиці 4.4.1, як: незадоволеність балансом життя-робота (ранг 1), проблеми, пов'язані із взаємовідносинами подружжя або партнерів (ранг 2), наявність захворювань органів дихання (ранг 4), негативна самооцінка стану здоров'я (ранг 5), ІМТ більше 25 кг/м<sup>2</sup> (ранг 19) шляхом оптимізації балансу життя-робота, нормалізації/гармонізації сімейних стосунків, дотримання здорового способу життя, спрямування вільного часу на проведення більшої кількості часу із родиною, друзями для активного відпочинку, зайняттям хобі, туристичних подорожей, прослуховуванні музики, читанням книжок, співам чи грі на музичних інструментах, садівництві, створення сприятливого мікроклімату в родині з дотриманням принципів толерантності, довіри, поваги та взаєморозуміння тощо. Варто також зазначити, що група біопсихосоціальних заходів профілактики також може бути застосована для менш вагомих факторів ризику СПВ, що зокрема має враховуватись в практиці лікаря загальної практики – сімейного лікаря, а саме: наявність хвороб кровообігу, тахікардія, підвищена пітливість, відчуття нестачі повітря, недостатня підтримка родини, самоізоляція, перевтома, недостатність розслаблення і відпочинку.

Натомість група виробничих заходів профілактики може бути застосована не лише для представлених в таблиці 4.4.1 чинників, а саме: кількість годин роботи на тиждень (понад 50 годин на тиждень – ранг 6), багато «важких» пацієнтів (ранг - 7), відчуття себе як «білка у колесі» (ранг - 8), надмірне адміністрування робочого процесу (ранг - 11), але й для менш вагомих факторів ризику синдрому професійного вигорання – відсутність поваги з боку адміністрації та пацієнтів, потреба у зменшенні професійного навантаження, напружений графік роботи, відчуття неповної професійної реалізації, недостатність соціального страхування й підтримання добробуту тощо шляхом

переважання демократичного стилю керівництва закладів охорони здоров'я, удосконалення професійної та комунікативної компетентності лікаря ЗПСЛ за рахунок безперервного професійного розвитку, оптимізації взаємозв'язку з профспілковими комітетами працівників закладів охорони здоров'я щодо посилення соціального захисту медичних працівників, оптимізації режиму праці й відпочинку, зниження професійного навантаження, проведення тренінгів в рамках ЗОЗ із залученням лікарів-психологів в для підвищення стресостійкості лікарів загальної практики – сімейних лікарів у спілкуванні зі складними пацієнтами, підвищення професійної мотивації та рівня залученості, нормалізації тайм-менеджменту, формування ефективної системи внутрішніх комунікацій та зворотного зв'язку між керівництвом й лікарями загальної практики – сімейними лікарями.

Вважаємо за доцільне наголосити, що група заходів профілактики факторів серцево-судинного ризику може бути застосована для таких параметрів, що представлені в таблиці 4.4.1, як: систолічний артеріальний тиск більше 140 мм.рт.ст. (ранг - 3), вживання нездорової їжі (ранг - 9), високий і дуже високий серцево-судинний ризик за шкалою SCORE2 (ранг - 10), недостатній рівень фізичної активності (ранг - 17), ІМТ більше 25 кг/м<sup>2</sup> (ранг - 19) шляхом запровадження модифікації способу життя лікарів загальної практики - сімейних лікарів шляхом виконання на постійній основі рекомендації з модифікації способу життя, впроваджені Європейськими та вітчизняними протоколами та настановами, оптимізації режиму сну, а також, за умови наявної необхідності, проведенні консультування із відповідними фаховими спеціалістами, наприклад, лікарем-кардіологом, лікарем-гастроентерологом тощо.

Слід звернути увагу на той факт, що група психологічних заходів профілактики може бути застосована не лише для представлених в таблиці 4.4.1 чинників, а саме: депресія (ранг - 13), незадовільний рівень якості життя (ранг - 12), порушення сну (ранг - 14), соматизація (ранг - 15), тривога (ранг - 16), дистрес (ранг - 18), але й для менш вагомих факторів ризику синдрому

професійного вигорання, як наявність відчуття безпричинного страху, страху незрозумілого походження, журби, байдужості до оточуючого, відсутності сенсу будь-чого, неможливості щось робити, відсутності зацікавленості у людях й речах, відчуття, що більше не справляєтеся, зацикленості мислення, негативного погляду на події та відчуття невідомої небезпеки шляхом покращення якості життя, дотримання принципів здорового способу життя, повноцінного сну, оптимізації використання вільного часу задля нормалізація режиму відпочинку, медитації, підвищення рівня емоційного, соціального, адаптивного, позитивного інтелекту, а також регулярний моніторинг (раз на півроку) синдрому професійного вигорання у лікарів загальної практики - сімейних лікарів особливо віком до 35 років, зокрема консультування у лікаря-психолога щодо ознак СПВ, тривоги, депресії, дистресу, соматоформних порушень тощо.

Загалом, вважаємо за необхідне підкреслити, що в результаті проведення порівняльної оцінки вагомості факторів ризику розвитку синдрому професійного вигорання щодо оптимізації заходів профілактики, нами були виявлені найбільш вагомими біопсихосоціальні, організаційні, психологічні чинники, які асоціювались із підвищенням ризику синдрому професійного вигорання, а саме: незадоволеність балансом життя-робота, проблеми, пов'язані із взаємовідносинами подружжя або партнерів, систолічний артеріальний тиск більше 140 мм.рт.ст., наявність захворювань органів дихання, негативна самооцінка стану здоров'я, понад 50 годин роботи на тиждень, багато «важких» пацієнтів, відчуття себе наче «білка в колесі», вживання нездорової їжі, високий і дуже високий серцево-судинний ризик за шкалою SCORE2, надмірне адміністрування робочого процесу, незадовільний рівень якості життя, депресія, порушення сну, соматизація, тривога, недостатній рівень фізичної активності, дистрес, ІМТ більше 25 кг/м<sup>2</sup>.

Основні наукові публікації дисертанта, у яких представлені результати розділу 4:

1. Botiakova, V. (2023). The Relationship Between Burnout Syndrome, Quality of Life and Cardiovascular Risk Factors in Family Doctors. *Перспективи та інновації науки*, 13(31), 611-630. [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-13\(31\)-611-631](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-13(31)-611-631).

2. Botiakova, V. (2023). Zusammenhang Zwischen Burnout-Syndrom, Kardiovaskulären Risikofaktoren Und Lebensqualität Bei Allgemeinen Ärzten – Hausärzten. *II International Scientific and Practical Conference «Young scientists and methods of improving modern theories»* (C. 96-100). Milan: International Science Group.

3. Botiakova, V. (2023). Prevalence of Burnout Syndrome among Medical Professionals in Ukraine from 2018 to 2022. *Art of Medicine*, 25(1), 92-100. <https://doi.org/10.21802/artm.2023.1.25.92>.

4. Botiakova, V. (2023). The Dependence Analysis of Burnout Syndrome on Adiposity as Cardiovascular Risk Factor, Depression, Anxiety, Somatization and Distress among Family Doctors. *Перспективи та інновації науки*, 15(33), 952-963. [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-15\(33\)-952-963](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-15(33)-952-963).

5. Botiakova, V. (2023). Bewertung Kardiovaskulärer Risikofaktoren: Alter, Blutdruck, Score2-Skala Zur Entwicklung Eines Burnout-Syndroms Bei Allgemeinmedizinerinnen – Hausärzten. *Conference Proceedings of the IX International Scientific and Practical Conference "Promising ways of information technology development"* (C. 143-145). Bilbao, Spain: The European Conference.

6. Botiakova, V. (2023). Practical Recommendations on the Optimization of Preventive Measures of Burnout Syndrome Risk Factors Development among Family Doctors of Ukraine. *The II International Scientific and Practical Conference «Creation of new ideas of learning in modern conditions»* (C. 109-110). Bordeaux: The European Conference.

## РОЗДІЛ 5

### АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Неінфекційні захворювання щороку спричиняють смерть 41 мільйону осіб, що еквівалентно 74% усіх смертей у світі, зокрема щороку 17 мільйонів осіб помирають від НІЗ у віці до 70 років [155]. З усіх смертей від НІЗ 77% припадає на країни з низьким і середнім рівнем доходу, відповідно смертність від серцево-судинних захворювань найбільша поміж НІЗ, або складає 17,9 мільйона осіб щорічно, далі йдуть онкологічні захворювання (9,3 мільйона осіб), хронічні респіраторні захворювання (4,1 мільйона осіб) й цукровий діабет (2,0 мільйона осіб, включаючи смертність від захворювань нирок, спричинених цукровим діабетом), відповідно на дані чотири групи захворювань припадає понад 80% усіх передчасних смертей від НІЗ [155]. Відповідно до даних ВООЗ, паління тютюну є причиною понад 8 мільйонів смертей щороку (включаючи наслідки пасивного куріння), натомість 830 000 смертей щорічно можна пояснити недостатньою фізичною активністю [155].

Варто зазначити, що в Україні НІЗ є причиною не лише більше 80% втрачених років у осіб потенційного життя внаслідок передчасної інвалідності або/та смертності, але й майже «...90% всіх смертей з високим рівнем передчасної смертності» [258]. Близько 80% загальної частки померлих в Україні становить від хвороб системи кровообігу, органів дихання й новоутворень, зокрема дана ситуація також негативно впливає й на «...рівень середньої очікуваної тривалості життя...», що складає 72 роки (жінки – 76,3 роки, чоловіки – 66,3 роки) та є значно нижчим щодо тривалості життя інших європейських країн [258].

Слід наголосити на тому, що модифікація факторів СС ризику надає змогу суттєво знизити серцево-судинну захворюваність, а також смертність у осіб із вже діагностованими та/або невиявленими ССЗ [268, с. 145]. Відповідно фактори серцево-судинного ризику розділяють на модифіковані та немодифіковані [268, с. 146]. До останніх належать вік (із збільшенням віку,



зростає СС ризик), стать, спадковість (наявність випадків передчасної смерті щодо ССЗ чи розвитку ССЗ, а також перенесені аортокоронарне шунтування чи ангіопластика у родичів: жінки віком менше 65 років та чоловіки віком менше 55 років, наявність у родині гіперхолестеринемії) [268, с. 146]. Щодо основних модифікованих факторів СС ризику виділяють: підвищений АТ  $\geq 140/90$  мм.рт.ст., дисліпідемія, надлишкова маса тіла/ожиріння, недостатня фізична активність, паління тютюну (зокрема й пасивне), вживання алкоголю, психосоціальні фактори (наприклад, стрес, тривога, депресія чи їх поєднання), нездорове харчування, тощо [268, с. 146; 250, с. 937; 155; 284, с. 154; 222; 258; 141, с. 422; 14, с. 1061; 71, с. 397; 110; 49; 226; 117; 127; 181; 245; 24; 199; 189; 185; 123; 83; 244; 51; 130; 184; 100; 219; 190; 16; 186; 86; 223; 188; 3; 209].

Варто звернути увагу на той факт, що наявність зв'язку між психосоціальними факторами й негативним прогнозом щодо перенесених серцево-судинних захворювань (наприклад, ГКС) було широко досліджено й підтверджено незалежно від наявності традиційних факторів СС ризику таких, як підвищений АТ, паління, дисліпідемія, зокрема наявність депресії й тривоги сприяють підвищенню смертності, захворюваності у осіб із ГКС [205]. Натомість СПВ пов'язаний із більш несприятливими наслідками щодо серцево-судинних захворювань (зокрема ІМ), відповідно С.Меламед та ін. зазначають, що СПВ є більш значимим фактором ризику ніж традиційні фактори ризику СС, як ІМТ, дисліпідемія, паління, підвищений АТ [145, с. 327-331]. Науковці надають підтвердження щодо наявності зв'язку між СПВ й метаболічним синдромом, системним запаленням, порушенням сну, фізичною активністю [151, с. 477], депресією, тривогою [172, с. 84, 92-93], підвищеним АТ [224], порушенням функції імунітету, а також нездоровим способом життя, що вказує на масштабний вплив СПВ на здоров'я особи [145, с. 327]. Варто також підкреслити, що СПВ є предиктором поганої якості життя [109], а також довшого фізичного відновлення після перших епізодів ГКС [252]. Зокрема Х.С. Азфар та ін. встановили, що особи з ССЗ мають вищий ризик розвитку порушення сну та СПВ [22].

Відповідно до положень МКХ-11 синдром професійного вигорання (код – QD85) трактується як синдром, що концептуалізується як результат впливу хронічного стресу саме на робочому місці, із яким індивіду не вдалось успішно впоратись, відповідно характеризується 3 ознаками: а) почуття втрати енергії чи виснаження; б) збільшення ментального дистанціювання відносно роботи чи наявне почуття негативізму або навіть цинізму щодо роботи; в) почуття неефективності й нестачі досягнень [234]. Вато зазначити, що поширеність синдрому професійного вигорання серед медичних працівників Південної та Північної Америки і Азії з 2018 по 2022 рік коливалась в межах від 1,3% до 82,1%, зокрема наявність СПВ серед медичних працівників Південної й Північної Америки знаходилась в межах від 1,3% до 73,5%, натомість в Азії поширеність СПВ була в межах від 5,2% до 82,1% [34]. Сучасний стан розповсюдженості СПВ у медичних працівників Європи був в межах від 3,7% до 77% [30]. Натомість в Україні поширеність СПВ серед медичних працівників знаходилась в межах від 1,27% до 94% [33].

З огляду на означене вище можливо бачити, що синдром професійного вигорання у медичних працівників (зокрема й лікарів ЗПСЛ) є достатньо поширеним явищем та зазвичай може мати негативні наслідки за рахунок неналежного надання медичної допомоги пацієнтам [68]. Відповідно до ч. 1 ст. 78 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 року № 2801-XII [285] та Міжнародного кодексу медичної етики [232] медичні працівники (лікарі ЗПСЛ зокрема) зобов'язані надавати якісну, своєчасну, кваліфіковану медичну допомогу із повною моральною незалежністю, співчуттям та повагою щодо людської гідності пацієнтам. Слід наголосити, що ст. 3 Конституції України [270] проголошує, що життя й здоров'я будь-якої людини, зокрема й медичних працівників (відповідно й лікарів ЗПСЛ) є найвищою соціальною цінністю в державі.

В умовах сучасного суспільства наявні підвищені вимоги щодо кваліфікації спеціалістів (зокрема лікарів ЗПСЛ), а також їх продуктивності й якості надання медичної допомоги, зокрема означене можливо в результаті

наявності професійної компетентності фахівця, його фізичного/психічного здоров'я та стресостійкості щодо формування негативних станів, що зумовлені характером праці [290, с. 123].

Слід підкреслити, що наявна лише незначна кількість наукових публікацій щодо дослідження факторів серцево-судинного ризику у лікарів загальної практики – сімейних лікарів, зокрема більшість з яких стосуються таких факторів СС ризику, як паління, надлишкова вага/ожиріння, низький рівень фізичної активності, підвищений АТ [295, с. 182-184; 192, с. 17-18; 13, с. 31; 7, с. 87; 142; 99, с. 33; 27], а також проблема щодо дослідження факторів серцево-судинного ризику в контексті синдрому професійного вигорання у лікарів загальної практики – сімейних лікарів взагалі не мала свого висвітлення. Усе зазначене вище є свідченням актуальності обраної нами теми дослідження.

Відповідно тому, мета нашого дослідження полягала в удосконаленні заходів профілактики на основі вивчення факторів ризику розвитку синдрому професійного вигорання у лікарів загальної практики – сімейних лікарів шляхом модифікації способу життя та оптимізації умов праці. Задля досягнення поставленої мети нами були поставлені наступні завдання:

1. Вивчити фактори серцево-судинного ризику у лікарів загальної практики – сімейних лікарів та їх вплив на виникнення синдрому професійного вигорання.

2. Проаналізувати біопсихосоціальні чинники синдрому професійного вигорання у лікарів загальної практики – сімейних лікарів на індивідуальному рівні в межах родини та організаційні чинники всередині робочого колективу.

3. Дослідити взаємозв'язок між психологічними чинниками, якістю життя та синдромом професійного вигорання у лікарів загальної практики – сімейних лікарів.

4. Провести порівняльну оцінку вагомості виявлених факторів ризику розвитку синдрому професійного вигорання щодо оптимізації заходів профілактики.

5. Розробити групи заходів профілактики синдрому професійного вигорання відповідно до порівняльної оцінки вагомості виявлених факторів ризику.

Об'єкт дослідження – синдром професійного вигорання у лікарів загальної практики – сімейних лікарів.

У дослідженні брали участь 263 лікарів загальної практики – сімейного лікаря, 237 (90,11%) жінок й 26 (9,89%) чоловіків, віком від 24 до 69 років (середній вік яких становив  $46,51 \pm 12,58$  років). Основну групу склали 199 (75,67%) лікарів загальної практики – сімейних лікарів із наявними ознаками синдрому професійного вигорання (профілі СПВ: 61 особа (23,19%) – вигорівший, 63 особи (23,95%) – перенапружений, 68 осіб (25,87%) – неефективний, 7 осіб (2,66%) – незалучений), середній вік  $46,34 \pm 12,98$  років, натомість групу порівняння склали 64 лікарів ЗПСЛ без ознак синдрому професійного вигорання (профіль залучений мали 64 особи (24,33%), середній вік  $47,02 \pm 11,31$  років, що визначався за допомогою україномовної версії опитувальника Maslach Burnout Inventory Human Service Survey (MBI-HSS) [134] щодо виявлення синдрому професійного вигорання, на використання якої нами була отримана ліцензія ([www.mindgarden.com](http://www.mindgarden.com)).

Здійснення обстежень було проведено відповідно до чинного законодавства України й положень Гельсінської декларації ВМА «Етичні принципи медичних досліджень за участю людини у якості об'єкта дослідження» [259]. Усіх респондентів було ознайомлено із метою, завданнями, методами дослідження, а також отримано добровільну згоду щодо участі у дослідженні у формі підписаної інформованої згоди.

З усіма лікарями ЗПСЛ було проведене напівструктуроване інтерв'ю щодо вивчення анамнестичних особливостей життя й здоров'я респондентів, зокрема спектру факторів серцево-судинного ризику, біопсихосоціальних та організаційних чинників, антропометричні вимірювання, виявлення показників ліпідного спектру крові, глюкози крові натще, проводився вимір АТ, ЧСС, анкетування за допомогою україномовної версії опитувальника Maslach Burnout

Inventory Human Service Survey (MBI-HSS) [134] щодо виявлення синдрому професійного вигорання, тесту щодо оцінки розладів пов'язаних із вживанням алкоголю AUDIT [233], розрахунок інтенсивності паління у вигляді показника пачко-роки [266, с. 108], шкала оцінки якості життя (CQLS) [287, с. 147-149], оцінка загального 10-річного ризику розвитку СС подій за допомогою шкали SCORE2 [222], шкала депресії А. Бека [287, с. 37-40], чотирьохвимірний анкета симптомів (4DSQ) [211; 287, с. 32-34; 210], Пітсбурський опитувальник якості сну (PSQI) [287 с. 111-114; 48, с. 193-213].

Задля вирішення поставленого нами завдання – вивчити фактори серцево-судинного ризику у лікарів загальної практики – сімейних лікарів та їх вплив на виникнення синдрому професійного вигорання нами був здійснений аналіз взаємозв'язку між факторами серцево-судинного ризику та синдромом професійного вигорання, який включав аналіз 2 груп респондентів: основної групи – 199 лікарів ЗПСЛ із ознаками синдрому професійного вигорання та групи порівняння – 64 лікарів ЗПСЛ без ознак СПВ.

Відповідно ми досліджували наступні фактори серцево-судинного ризику: а) немодифіковані: стать, вік, спадковість; б) модифіковані: підвищений АТ, дисліпідемія, надлишкова маса тіла/ожиріння (вага, ІМТ  $\text{кг}/\text{м}^2$ , ОТ, ОС, індекс ОТ/ОС), недостатня фізична активність, паління тютюну, вживання алкоголю, нездорової їжі [222].

В результаті проведеного дослідження нами було виявлено, що найбільш значимими факторами серцево-судинного ризику, що асоціювались із підвищенням ризику синдрому професійного вигорання були наступні: ІМТ більше  $25 \text{ кг}/\text{м}^2$  (OR=1,96, 95% CI: 1,11–3,47;  $p=0,020$ ), вік до 35 років (OR=2.39, 95% CI: 1,11–5,17;  $p=0,023$ ), вживання нездорової їжі (OR=2,85, 95% CI: 1,0–8,39;  $p=0,048$ ), недостатній рівень фізичної активності (OR=2,09, 95% CI: 1,18–3,70;  $p=0,011$ ), високий та дуже високий серцево-судинний ризик за шкалою SCORE2 (OR=2,76, 95% CI: 1,41–5,41;  $p=0,003$ ), систолічний артеріальний тиск більше 140 мм.рт.ст. (OR=5,08, 95% CI: 1,17–21,94;  $p=0,017$ ), тахікардія (OR=2,07, 95% CI: 1,15–3,74;  $p=0,015$ ), абдомінальний тип ожиріння

(OR=2,33, 95% CI: 1,24–4,38; p=0,008). Отримані дані співпадають із наявними даними літературних джерел [146, с. 288; 94, с. 376; 95; 143, с. 553; 112, с. 664; 251; 248; 296, с. 29; 4; 207].

Слід також зазначити, що наявність/відсутність спадкових захворювань, дисліпідемії, гіперглікемії не проявлялась суттєвою зміною частоти синдрому професійного вигорання, тобто не була виявлена залежність між синдромом професійного вигорання та означеними чинниками.

Задля вирішення поставленого нами завдання – проаналізувати біопсихосоціальні чинники синдрому професійного вигорання у лікарів загальної практики – сімейних лікарів на індивідуальному рівні в межах родини та організаційні чинники всередині робочого колективу нами був проведений аналіз взаємозв'язку між біопсихосоціальними, організаційними чинниками та синдромом професійного вигорання у лікарів загальної практики – сімейних лікарів.

В ході проведеного дослідження нами було виявлено, що найбільш значимими біопсихосоціальними чинниками, що асоціювались із підвищенням ризику СПВ були наступні: наявність хвороб системи кровообігу (OR=2,02, 95% CI: 1,06–3,85; p=0,031) та органів дихання (OR=4,51, 95% CI: 1,56–13,07; p=0,003), негативна самооцінка стану здоров'я (OR=3,83, 95% CI: 1,56–9,38; p=0,002), негативний вплив СПВ на особисті відносини (OR=5,14, 95% CI: 2,23–11,85; p=0,000), недостатня підтримка родини (OR=2,43, 95% CI: 1,10–6,04; p=0,049), проблеми, пов'язані із відносинами партнерів або подружжям (OR=5,50, 95% CI: 1,28–23,71; p=0,011), незадоволеність балансом життя-робота (OR=7,04, 95% CI: 1,1–53,53; p=0,029), самоізоляція (OR=2,81, 95% CI: 1,26–6,27; p=0,009), перевтома (OR=2,63, 95% CI: 1,39–4,98; p=0,002), недостатність розслаблення й відпочинку (OR=2,30, 95% CI: 1,16–4,58; p=0,015), відчуття незадоволеності (OR=2,79, 95% CI: 1,49–5,18; p=0,000), підвищена пітливість (OR=2,07, 95% CI: 1,15–3,74; p=0,015), відчуття нестачі повітря (OR=2,51, 95% CI: 1,26–5,01; p=0,008). Отримані дані підтверджуються даними літератури [212, с. 168; 148, с. 105-107; 65; 200, с. 2089].

Слід також зазначити, що наявність/відсутність наступних параметрів, а саме: зріст, сімейний стан, кількість дітей, атестаційна категорія, сфера професійної діяльності, сумісництво, науковий ступінь, наявність атеросклеротичних ССЗ, викидні, менопауза у жінок, боротьба із СПВ (прослуховування музики чи гра на музичних інструментах, медикаментозна терапія, переїдання, сон), звернення на допомогу щодо СПВ, причини, за якими не звертались за допомогою щодо СПВ, проведення вільного часу (подорожі, їжа та вино, культурні заходи, інтернет, соціальні мережі, проведення часу із сім'єю, близькими друзями, мистецтво, садівництво, музика, спів, гра на музичних інструментах, управління фінансами, інвестування, полювання та риболовля, колекціонування, літературна діяльність), відпустка, відсутність житла, незадовільні житлові умови, конфлікти із квартирантами/сусідами та/або хазяїном житла, злидні, низький рівень доходу, проживання на самоті, проблеми взаємовідносин із батьками, а також родичами дружини або чоловіка не проявляється суттєвою зміною частоти СПВ, тобто не була виявлена залежність між СПВ та даними чинниками.

Вважаємо за доцільне наголосити, що в результаті проведеного дослідження нами було встановлено найбільш значимі організаційні чинники, що асоціювались із підвищенням ризику СПВ у лікарів ЗПСЛ, а саме: понад 50 годин роботи на тиждень (OR=3,75, 95% CI: 1,11–12,72; p=0,024), надмірне адміністрування робочого процесу (OR=2,54, 95% CI: 1,37–4,71; p=0,003), багато «важких» пацієнтів (OR=3,15, 95% CI: 1,56–6,35; p=0,001), відсутність поваги з боку адміністрації (OR=3,07, 95% CI: 1,69–5,60; p=0,000) та пацієнтів (OR=3,08, 95% CI: 1,71–5,53; p=0,000), стаж роботи менше 20 років (OR=1,93, 95% CI: 1,06–3,55; p=0,021), відчуття неповної професійної реалізації (OR=2,37, 95% CI: 1,19–4,64; p=0,006), потреба у зменшенні професійного навантаження (OR=2,62, 95% CI: 1,25–5,47; p=0,009), відчуття себе як «білка у колесі» (OR=2,99, 95% CI: 1,49–6,01; p=0,001), напружений графік роботи (OR=2,28, 95% CI: 1,23–4,25; p=0,008), недостатність соціального страхування та підтримання добробуту (OR=1,78, 95% CI: 1,00–3,16; p=0,048). Отримані дані

співпадають із наявними даними літературних джерел [204, с. ре060; 5, с. 683; 92; 94, с. 376; 95; 108, с. 226; 251; 248; 10, с. 205; 105; 153; 269, с. 348; 160, с. 147].

Варто підкреслити, що наявність/відсутність наступних чинників, а саме: професійне навантаження (кількість ставок), низька заробітна платня, багато пацієнтів на прийом; мало часу на 1 пацієнта, занадто «бюрократичних» завдань, проблеми у взаємовідносинах з медичним персоналом, понаднормова робота: у вихідні, святкові дні, вночі, надмірна робота за комп'ютером, недостатнє матеріально-технічне забезпечення медичного закладу та робочого місця; зниження СПВ (збалансований графік роботи, зменшення адміністрування робочого процесу, підвищення поваги з боку адміністрації, колег чи медичного персоналу, пацієнтів, безперервний професійний розвиток), програма запобігання СПВ у ЗОЗ; модальний аналіз наявних проблем - конфлікт із керівником й співробітниками, загроза втратити роботу, зміна роботи не проявляється суттєвою зміною частоти СПВ, тобто не була виявлена залежність між СПВ та даними чинниками.

Задля вирішення поставленого нами завдання - дослідити взаємозв'язок між психологічними чинниками, якістю життя та синдромом професійного вигорання у лікарів загальної практики – сімейних лікарів нами був здійснений аналіз взаємозв'язку між психологічними чинниками, якістю життя та синдромом професійного вигорання.

Відповідно до психологічних чинників, які ми аналізували належать депресія, тривога, дистрес, соматизація, а також нами були досліджені якість життя та якість сну.

В ході проведеного дослідження нами було виявлено, що найбільш значимими психологічними чинниками та якістю життя, що асоціювались із підвищенням ризику СПВ були наступні, а саме: наявність за шкалою 4DSQ помірного та високого рівня дистресу (OR=2,00, 95% CI: 1,13–3,53; p=0,016), депресії (OR=2,45, 95% CI: 1,04–5,74; p=0,035), тривоги (OR=2,12, 95% CI: 1,18–3,79; p=0,011), соматизації (OR=2,33, 95% CI: 1,27–4,30; p=0,006);



вираженої та важкої депресії (OR=4,14, 95% CI: 1,32–13,01; p=0,010) за шкалою депресії А.Бека; CQLS - незадовільної якості життя (OR=2,54, 95% CI: 1,35–4,79; p=0,003); PSQI- порушення сну (OR=2,34, 95% CI: 1,14–4,83; p=0,019); а також наявності відчуття (за шкалою 4DSQ) безпричинного страху (OR=1,79, 95% CI: 1,00–3,19; p=0,047), страху незрозумілого походження (OR=3,35, 95% CI: 1,78–6,30; p=0,000), журби (OR=1,96, 95% CI: 1,11–3,47; p=0,020), байдужості до оточуючого (OR=3,04, 95% CI: 1,60–5,78; p=0,000), відсутності сенсу будь-чого (OR=3,48, 95% CI: 1,67–7,24; p=0,001), неможливості щось робити (OR=5,99, 95% CI: 2,30–15,63; p=0,000), відсутності зацікавленості у людях й речах (OR=11,25, 95% CI: 2,66–47,63; p=0,000), відчуття, що більше не справляєтеся (OR=16,09, 95% CI: 3,82–67,80; p=0,000), зацикленості мислення (OR=1,84, 95% CI: 1,04–3,26; p=0,034), відчуття невідомої небезпеки (OR=2,45, 95% CI: 1,27–4,73; p=0,006), негативного погляду на події (OR=2,34, 95% CI: 1,31–4,19; p=0,004). Також було виявлено позитивний кореляційний зв'язок середньої сили між емоційним виснаженням та результатом за шкалою дистресу за анкетною 4DSQ ( $r = 0,521$ ;  $p = 0,000$ ), результатом за шкалою депресії за анкетною 4DSQ ( $r = 0,455$ ;  $p = 0,000$ ), результатом за шкалою депресії А.Бека ( $r = 0,415$ ;  $p = 0,000$ ), результатом за шкалою тривоги за анкетною 4DSQ ( $r = 0,363$ ;  $p = 0,000$ ), результатом за шкалою соматизації за анкетною 4DSQ ( $r = 0,399$ ;  $p = 0,000$ ), прямий кореляційний зв'язок середньої сили між деперсоналізацією та результатом за шкалою дистресу (4DSQ) ( $r = 0,427$ ;  $p = 0,000$ ), результатом за шкалою депресії за анкетною 4DSQ ( $r = 0,361$ ;  $p = 0,000$ ), результатом за шкалою тривоги (4DSQ) ( $r = 0,301$ ;  $p = 0,000$ ). Зокрема було зафіксовано негативний кореляційний зв'язок середньої сили між емоційним виснаженням і якістю життя ( $r = - 0,406$ ;  $p = 0,000$ ). Відповідно отримані дані підтверджуються літературними джерелами [94, с. 376; 95; 161, с. 3063; 129, с. 390; 238, с. 18; 15, с. 669; 261, с. 137-142; 274, с. 159-168; 182; 1; 28; 246; 247; 54].

Слід наголосити, що наявність/відсутність чинників означених в решті питань, які містили шкала депресії А. Бека [287, с. 37-40], шкала оцінки рівня

якості життя (CQLS) [287, с. 147-149], чотирьохвимірний анкета симптомів (4DSQ) [211; 287, с. 32-34; 210], Пітсбурзький опитувальник якості сну (PSQI) [287, с. 111-114; 48, с. 193-213], окрім вказаних вище, не проявляється суттєвою зміною частоти СПВ, тобто не була виявлена залежність між СПВ та даними чинниками.

В ході проведеного дослідження нами була здійснена порівняльна оцінка вагомості виявлених факторів ризику розвитку СПВ щодо оптимізації заходів профілактики. Відповідно виявлені фактори ризику синдрому професійного вигорання ми ранжували за силою впливу на ймовірність розвитку СПВ, задля вирішення поставленого нами завдання – провести порівняльну оцінку вагомості виявлених факторів ризику розвитку синдрому професійного вигорання щодо оптимізації заходів профілактики. А саме: незадоволеність балансом життя-робота (ранг 1), проблеми, пов'язані із взаємовідносинами подружжя або партнерів (ранг 2), систолічний артеріальний тиск більше 140 мм.рт.ст. (ранг 3), наявність захворювань органів дихання (ранг 4), негативна самооцінка стану здоров'я (ранг 5), понад 50 годин роботи на тиждень (ранг 6), багато «важких» пацієнтів (ранг 7), відчуття себе наче «білка в колесі» (ранг 8), вживання нездорової їжі (ранг 9), високий і дуже високий серцево-судинний ризик за шкалою SCORE2 (ранг 10), надмірне адміністрування робочого процесу (ранг 11), незадовільний рівень якості життя (ранг 12), депресія (ранг 13), порушення сну (ранг 14), соматизація (ранг 15), тривога (ранг 16), недостатній рівень фізичної активності (ранг 17), дистрес (ранг 18), ІМТ більше 25 кг/м<sup>2</sup> (ранг 19).

Для виявлених факторів ризику розвитку СПВ можуть бути реалізовані наступні напрями профілактики: група біопсихосоціальних заходів профілактики, група виробничих заходів профілактики, група заходів профілактики факторів серцево-судинного ризику та група психологічних заходів профілактики.

Зокрема група біопсихосоціальних заходів профілактики може бути застосована для таких параметрів, як: незадоволеність балансом життя-робота

(ранг 1), проблеми, пов'язані із взаємовідносинами подружжя або партнерів (ранг 2), наявність захворювань органів дихання (ранг 4), негативна самооцінка стану здоров'я (ранг 5), ІМТ більше 25 кг/м<sup>2</sup> (ранг 19) шляхом оптимізації балансу життя-робота, дотримання здорового способу життя, нормалізації/гармонізації сімейних стосунків, спрямування вільного часу на проведення більшої кількості часу із родиною, друзями для активного відпочинку, зайняттям хобі, прослуховуванні музики, туристичних подорожей, співам чи грі на музичних інструментах, читанням книжок, садівництві, створення сприятливого мікроклімату в родині з дотриманням принципів толерантності, довіри, поваги та взаєморозуміння тощо. Слід вказати, що група біопсихосоціальних заходів профілактики також може бути застосована для менш вагомих виявлених факторів ризику СПВ.

Натомість група виробничих заходів профілактики може бути застосована до наступних чинників, а саме: кількість годин роботи на тиждень (понад 50 годин на тиждень – ранг 6), багато «важких» пацієнтів (ранг - 7), відчуття себе як «білка у колесі» (ранг - 8), надмірне адміністрування робочого процесу (ранг - 11), шляхом переважання демократичного стилю керівництва закладів охорони здоров'я, удосконалення професійної та комунікативної компетентності лікаря ЗПСЛ за рахунок безперервного професійного розвитку, оптимізації режиму праці й відпочинку, оптимізації взаємозв'язку з профспілковими комітетами працівників закладів охорони здоров'я щодо посилення соціального захисту медичних працівників, підвищення професійної мотивації та рівня залученості, зниження професійного навантаження, формування ефективної системи внутрішніх комунікацій та зворотного зв'язку між керівництвом й лікарями загальної практики – сімейними лікарями, нормалізації тайм-менеджменту, проведення тренінгів в рамках ЗОЗ із залученням лікарів-психологів в для підвищення стресостійкості лікарів загальної практики – сімейних лікарів у спілкуванні зі складними пацієнтами. Група виробничих заходів профілактики також може бути застосована для менш вагомих виявлених факторів ризику СПВ.

Слід підкреслити, що група заходів профілактики факторів серцево-судинного ризику може бути застосована для таких чинників, як: систолічний артеріальний тиск більше 140 мм.рт.ст. (ранг - 3), вживання нездорової їжі (ранг - 9), високий і дуже високий серцево-судинний ризик за шкалою SCORE2 (ранг - 10), недостатній рівень фізичної активності (ранг - 17), ІМТ більше 25 кг/м<sup>2</sup> (ранг - 19) шляхом модифікації способу життя лікарів загальної практики - сімейних лікарів шляхом виконання на постійній основі рекомендації з модифікації способу життя, впроваджені Європейськими та вітчизняними протоколами та настановами, оптимізації режиму сну, а також, за умов наявної необхідності, проведенні консультування із відповідними фаховими спеціалістами, наприклад, лікарем-гастроентерологом, лікарем-кардіологом, тощо.

Слід звернути увагу на той факт, що група психологічних заходів профілактики може бути застосована для наступних чинників, а саме: депресія (ранг - 13), незадовільний рівень якості життя (ранг - 12), порушення сну (ранг - 14), соматизація (ранг - 15), тривога (ранг - 16), дистрес (ранг - 18), шляхом покращення якості життя, повноцінного сну, підвищення рівня емоційного, соціального, адаптивного, позитивного інтелекту, дотримання принципів здорового способу життя, оптимізації використання вільного часу задля нормалізації режиму відпочинку, медитації, а також регулярний моніторинг (раз на півроку) синдрому професійного вигорання у лікарів загальної практики - сімейних лікарів особливо віком до 35 років, зокрема консультування у лікаря-психолога щодо ознак СПВ, тривоги, депресії, дистресу, соматоформних порушень тощо.

Відповідно до виявлених значущих 19 рангів факторів ризику розвитку СПВ розроблено групи заходів профілактики синдрому професійного вигорання, окремі елементи яких, включали в себе різну питому вагу компонентів модифікації способу життя та оптимізації умов праці.

Таким чином, маємо усі підстави аби стверджувати, що на основі результатів проведеного дослідження нами було удосконалено заходи

профілактики на основі вивчення факторів ризику розвитку синдрому професійного вигорання у лікарів загальної практики – сімейних лікарів шляхом модифікації способу життя та оптимізації умов праці.

Основні наукові публікації дисертанта, у яких представлені результати розділу 5:

1. Botiakova, V. (2023). Current State of Burnout Syndrome Frequency in European Medical Professionals. *Сучасна медицина, фармація та психологічне здоров'я*, 1(10), 18-25. <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2023-1-2>.

2. Botiakova, V. (2023). Prevalence of Burnout Syndrome in Healthcare Workers in North and South America, and Asia from 2018 to 2022. *Art of Medicine*, 26(2), 205-213. <https://doi.org/10.21802/artm.2023.2.26.205>.

3. Botiakova, V. (2023). The Relationship Between Burnout Syndrome, Quality of Life and Cardiovascular Risk Factors in Family Doctors. *Перспективи та інновації науки*, 13(31), 611-630. [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-13\(31\)-611-631](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-13(31)-611-631).

4. Botiakova, V. (2023). Zusammenhang Zwischen Burnout-Syndrom, Kardiovaskulären Risikofaktoren Und Lebensqualität Bei Allgemeinen Ärzten – Hausärzten. II International Scientific and Practical Conference «Young scientists and methods of improving modern theories» (С. 96-100). Milan: International Science Group.

5. Botiakova, V. (2023). Prevalence of Burnout Syndrome among Medical Professionals in Ukraine from 2018 to 2022. *Art of Medicine*, 25(1), 92-100. <https://doi.org/10.21802/artm.2023.1.25.92>.

6. Botiakova, V. (2023). The Dependence Analysis of Burnout Syndrome on Adiposity as Cardiovascular Risk Factor, Depression, Anxiety, Somatization and Distress among Family Doctors. *Перспективи та інновації науки*, 15(33), 952-963. [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-15\(33\)-952-963](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-15(33)-952-963).

7. Botiakova, V. (2023). Bewertung Kardiovaskulärer Risikofaktoren: Alter, Blutdruck, Score2-Skala Zur Entwicklung Eines Burnout-Syndroms Bei Allgemeinmedizinern – Hausärzten. *Conference Proceedings of the IX International*

*Scientific and Practical Conference "Promising ways of information technology development"* (C. 143-145). Bilbao, Spain: The European Conference.

8. Botiakova, V. (2023). Practical Recommendations on the Optimization of Preventive Measures of Burnout Syndrome Risk Factors Development among Family Doctors of Ukraine. *The II International Scientific and Practical Conference «Creation of new ideas of learning in modern conditions»* (C. 109-110). Bordeaux: The European Conference.

## ВИСНОВКИ

У дисертації вирішено актуальне питання сучасної сімейної медицини щодо удосконалення заходів профілактики на основі вивчення факторів ризику розвитку синдрому професійного вигорання у лікарів загальної практики – сімейних лікарів шляхом модифікації способу життя та оптимізації умов праці. Поширеність синдрому професійного вигорання серед медичних працівників України коливалась в межах від 1,27% до 94% та становила 75,67% у лікарів загальної практики - сімейних лікарів, що брали участь в дослідженні.

1. Найбільш значимими факторами серцево-судинного ризику, що асоціювались із підвищенням ризику синдрому професійного вигорання були наступні: ІМТ більше  $25 \text{ кг/м}^2$ , вік до 35 років, вживання нездорової їжі, недостатній рівень фізичної активності, високий та дуже високий серцево-судинний ризик за шкалою SCORE2, систолічний артеріальний тиск більше 140 мм.рт.ст., тахікардія, абдомінальний тип ожиріння. Поширеність синдрому професійного вигорання серед медичних працівників України коливалась в межах від 1,27% до 94% та становила 75,67% у лікарів загальної практики - сімейних лікарів, що брали участь в дослідженні.

2. Найвагомими біопсихосоціальними чинниками, що асоціювались із підвищенням ризику синдрому професійного вигорання були наступні: наявність хвороб системи кровообігу та органів дихання, перевтома, підвищена пітливість, відчуття нестачі повітря, негативна самооцінка стану здоров'я; негативний вплив синдрому професійного вигорання на особисті відносини, недостатня підтримка родини, проблеми із відносинами партнерів/подружжя; незадоволеність балансом життя-робота, самоізоляція, недостатність розслаблення й відпочинку, відчуття незадоволеності. Натомість найбільш значимі організаційні чинники, що асоціювались із підвищенням ризику синдрому професійного вигорання у лікарів ЗПСЛ були наступні: понад 50 годин роботи на тиждень, надмірне адміністрування робочого процесу, багато «важких» пацієнтів, відсутність поваги з боку адміністрації та пацієнтів, стаж

роботи до 20 років, відчуття неповної професійної реалізації, потреба у зменшенні професійного навантаження, відчуття себе наче «білка у колесі», напружений графік роботи, недостатність соціального страхування й підтримання добробуту.

3. Найбільш вагомими психологічними чинниками, що супроводжувалось зниженням якості життя за шкалою CQLS на тлі підвищеного ризику синдрому професійного вигорання були наступні: наявність за шкалою 4DSQ помірного та високого рівня дистресу, депресії, тривоги, соматизації; вираженої та важкої депресії за шкалою депресії А.Бека; порушення сну (PSQI).

4. Виявлені нами фактори ризику розвитку синдрому професійного вигорання були ранжовані за силою впливу на ймовірність розвитку синдрому професійного вигорання: незадоволеність балансом життя-робота (ранг 1), проблеми, пов'язані із взаємовідносинами подружжя або партнерів (ранг 2), систолічний артеріальний тиск більше 140 мм.рт.ст. (ранг 3), наявність захворювань органів дихання (ранг 4), негативна самооцінка стану здоров'я (ранг 5), понад 50 годин роботи на тиждень (ранг 6), багато «важких» пацієнтів (ранг 7), відчуття себе наче «білка в колесі» (ранг 8), вживання нездорової їжі (ранг 9), високий і дуже високий серцево-судинний ризик за шкалою SCORE2 (ранг 10), надмірне адміністрування робочого процесу (ранг 11), незадовільний рівень якості життя (ранг 12), депресія (ранг 13), порушення сну (ранг 14), соматизація (ранг 15), тривога (ранг 16), недостатній рівень фізичної активності (ранг 17), дистрес (ранг 18), ІМТ більше 25 кг/м<sup>2</sup> (ранг 19).

5. Відповідно до виявлених значущих 19 рангів факторів ризику розвитку синдрому професійного вигорання розроблено та впроваджено в практику групи заходів профілактики синдрому професійного вигорання, окремі елементи яких, включали в себе різну питому вагу компонентів модифікації способу життя та оптимізації умов праці.



## ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

На основі теоретичного й емпіричного дослідження нами були розроблені практичні рекомендації щодо оптимізації заходів профілактики факторів ризику розвитку синдрому професійного вигорання у лікарів загальної практики – сімейних лікарів, а саме:

- регулярний моніторинг (раз на півроку) синдрому професійного вигорання у лікарів загальної практики - сімейних лікарів особливо віком до 35 років, зокрема консультування у лікаря-психолога щодо ознак СПВ, тривоги, депресії, дистресу, соматоформних порушень тощо (ранг 13, 15, 16, 18);

- запровадження модифікації способу життя лікарів загальної практики - сімейних лікарів шляхом виконання на постійній основі рекомендації з модифікації способу життя, впроваджені Європейськими та вітчизняними протоколами та настановами (ранг 3, 4, 5, 9, 10, 12, 14, 17, 19);

- спрямування вільного часу на проведення більшої кількості часу із родиною, друзями для активного відпочинку, туристичних подорожей, зайняттям хобі, читанням книжок тощо (ранг 1, 2, 12);

- створення сприятливого мікроклімату в родині з дотриманням принципів толерантності, довіри, поваги та взаєморозуміння тощо (ранг 2, 12);

- удосконалення професійної та комунікативної компетентності лікаря ЗПСЛ за рахунок безперервного професійного розвитку (ранг 1, 6, 7, 8).

Зокрема адміністраціям закладів охорони здоров'я України задля оптимізації заходів профілактики факторів ризику розвитку синдрому професійного вигорання у лікарів загальної практики – сімейних лікарів надані рекомендації щодо запровадження:

- переважання демократичного стилю керівництва закладів охорони здоров'я задля сприяння оптимізації лікувального процесу (ранг 11);

- співпраці закладів охорони здоров'я України із страховими організаціями, а також підвищення заробітної платні медичним працівникам (лікарям ЗПСЛ зокрема) (ранг 12);

- оптимізації взаємозв'язку з профспілковими комітетами працівників закладів охорони здоров'я щодо посилення соціального захисту медичних працівників (лікарів ЗПСЛ зокрема), а також забезпечення санаторно-курортним лікуванням (за потреби) тощо (ранг 1, 3, 4, 5, 10, 12, 14, 19);

- проведення тренінгів в рамках ЗОЗ із залученням лікарів-психологів в для підвищення стресостійкості лікарів загальної практики – сімейних лікарів у спілкуванні зі складними пацієнтами (ранг 7, 8, 12).

Нами були означені можливі механізми оптимізації заходів профілактики факторів ризику розвитку синдрому професійного вигорання у лікарів загальної практики - сімейних лікарів, проте варто зазначити, що вибір оптимального механізму щодо нормалізації виявлених факторів ризику (ранг 1-19) розвитку СПВ, за умови наявної необхідності, вбачається також у проведенні консультування із відповідними фаховими спеціалістами, наприклад, лікарем-психологом, лікарем-кардіологом, лікарем-гастроентерологом тощо.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Abduljabbar, F. H., Teles, A. R., Ouellet, J. A., Ferland, C. E., Wong, C. C., & Barbagallo, G. et al. (2021). Spine Surgeons Burnout and Quality of Life: Results of a Worldwide Survey. *Spine*, 46(20), 1418–1927. <https://doi.org/10.1097/BRS.0000000000004038>
2. Aboserea, M.M., & Zalat, M.M. (2013). Frequency of Cardiovascular Disease Risk Factors among Physicians at Jazan King Fahd Central Hospital (KFCH), Kingdom Saudi Arabia. *Research Journal of Medicine and Medical Sciences*, 8(1), 1-8.
3. Accardo, A., Silveri, G., Ajčević, M., Miladinović, A., & Pascazio, L. (2021). Influence of smoking and other cardiovascular risk factors on heart rate circadian rhythm in normotensive and hypertensive subjects. *PloS one*, 16(9), e0257660. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257660>
4. Adam, S., Mohos, A., Kalabay, L., & Torzsa, P. (2018). Potential correlates of burnout among general practitioners and residents in Hungary: the significant role of gender, age, dependant care and experience. *BMC Family Practice*, 19(1), 193. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0886-3>
5. Afonso, A. M., Cadwell, J. B., Staffa, S. J., Zurakowski, D., & Vinson, A. E. (2021). Burnout Rate and Risk Factors among Anesthesiologists in the United States. *Anesthesiology*, 134(5), 683–696. <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000003722>
6. Agabiti Rosei, C., Del Pinto, R., Grassi, G., Muiesan, M. L., & Ferri, C. (2023). Prevalence of Cardiovascular Risk Factors and Related Medical and Lifestyle Interventions Among Italian Cardiovascular Specialists: A Proof-of-Concept Study. *High blood pressure & cardiovascular prevention : the official journal of the Italian Society of Hypertension*, 30(3), 255–264. <https://doi.org/10.1007/s40292-023-00578-1>

7. Ageel, A. (2019). Physical Activity Among Family Medicine Trainees in Makkah Almukarramah City, Saudi Arabia. *International Journal of Medical Research Professionals*, 5(2); 87-93. Взято 3  
[https://ijmrp.com/Admin\\_Portal/Upload/Vol5Issue2/20%20IJMRP%205\(2\)%2087-93.pdf](https://ijmrp.com/Admin_Portal/Upload/Vol5Issue2/20%20IJMRP%205(2)%2087-93.pdf)
8. Alameri, F., Aldaheri, N., Almesmari, S., Basaloum, M., Albeshr, N. A., & Simsekler, M. C. E. et al. (2022). Burnout and Cardiovascular Risk in Healthcare Professionals During the COVID-19 Pandemic. *Frontiers in psychiatry*, 13, 867233. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.867233>
9. Aldubai, S. A. R., Aljohani, A. M., Alghamdi, A. G., Alghamdi, K. S., Ganasegeran, K., & Yenbaawi, A. M. (2019). Prevalence and associated factors of burnout among family medicine residents in Al Madina, Saudi Arabia. *Journal of family medicine and primary care*, 8(2), 657–662. [https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe\\_268\\_18](https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe_268_18)
10. Al-Hashemi, T., Al-Huseini, S., Al-Alawi, M., Al-Balushi, N., Al-Senawi, H., & Al-Balushi, M., et al. (2019). Burnout Syndrome Among Primary Care Physicians in Oman. *Oman medical journal*, 34(3), 205–211. <https://doi.org/10.5001/omj.2019.40>
11. Alshreem, R. M., Baraja, M., & Almogbel, E. S. (2022). Prevalence of burnout and its impact on self-reported patient care among primary health care physicians at King Abdul-Aziz Medical City in Riyadh region. *Journal of family medicine and primary care*, 11(8), 4624–4630. [https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe\\_1622\\_21](https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe_1622_21)
12. Alwashmi, A. H., & Alkhamees, A. A. (2021). Burnout and the Psychological Impact among Psychiatrists in Saudi Arabia during COVID-19. *International journal of environmental research and public health*, 18(18), 9621. <https://doi.org/10.3390/ijerph18189621>
13. Alyafei, M., Alchawa, M., Farooq, A., Selim, N., & Bougmiza, I. (2023). Physical Activity among Primary Health Care Physicians and Its Impact on

Counseling Practices. *Biomedicine hub*, 8(1), 31–41.  
<https://doi.org/10.1159/000530085>

14. Aminian, O., Saraei, M., Najieb Pour, S., & Eftekhari, S. (2021). Association between type of physical activity and risk factors for cardiovascular disease, Islamic Republic of Iran. *Eastern Mediterranean health journal = La revue de sante de la Mediterranee orientale = al-Majallah al-sihhiyah li-sharq al-mutawassit*, 27(11), 1061–1068. <https://doi.org/10.26719/emhj.21.060>

15. Andrijic, M., Tepavcevic, D. K., Nikitovic, M., Miletic, N., & Pekmezovic, T. (2021). Prevalence of burnout among healthcare professionals at the Serbian National Cancer Center. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 94(4), 669–677. <https://doi.org/10.1007/s00420-020-01621-7>

16. An, L., Wang, Y., Cao, C., Chen, T., Zhang, Y., Chen, L., et al. (2021). Screening cardiovascular risk factors of diabetes patients in the primary diabetes clinics. *Medicine*, 100(30), e26722. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000026722>

17. Appiani, F. J., Rodríguez Cairoli, F., Sarotto, L., Yaryour, C., Basile, M. E., & Duarte, J. M. (2021). Prevalence of stress, burnout syndrome, anxiety and depression among physicians of a teaching hospital during the COVID-19 pandemic. *Archivos argentinos de pediatria*, 119(5), 317–324. <https://doi.org/10.5546/aap.2021.eng.317>

18. Asghar, M. S., Yasmin, F., Alvi, H., Shah, S. M. I., Malhotra, K., & Farhan, S. A., et al. (2021). Assessing the Mental Impact and Burnout among Physicians during the COVID-19 Pandemic: A Developing Country Single-Center Experience. *The American journal of tropical medicine and hygiene*, 104(6), 2185–2189. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.21-0141>

19. Assmann, G., & Schulte, H. (1992). Relation of high-density lipoprotein cholesterol and triglycerides to incidence of atherosclerotic coronary artery disease (the PROCAM experience). Prospective Cardiovascular Münster study. *The American journal of cardiology*, 70(7), 733–737. [https://doi.org/10.1016/0002-9149\(92\)90550-i](https://doi.org/10.1016/0002-9149(92)90550-i)

20. Awal, A., Tareq, N., Bhattacharjee, B., Chowdhury, I., Dey, A., & Das, P. K., et al. (2018). Prediction of 10 Years and Lifetime Atherosclerotic Cardiovascular Disease (ASCVD) Risk Among Working Physician of CMCH. *University Heart Journal*, 12(2), 68–75. Взято з <https://doi.org/10.3329/uhj.v12i2.36386>
21. Aygun, O., & Mevsim, V. (2019). The impact of family physicians' thoughts on self-efficacy of family physician's core competencies on burnout syndrome in İzmir: A nested case-control study. *Nigerian journal of clinical practice*, 22(2), 167–173. [https://doi.org/10.4103/njcp.njcp\\_77\\_18](https://doi.org/10.4103/njcp.njcp_77_18)
22. Azfar, H. S., Dzhusupov, K. O., Orru, H., Nordin, S., Nordin, M., & Orru, K. (2021). Cardiovascular Disease and Mental Distress Among Ethnic Groups in Kyrgyzstan. *Frontiers in public health*, 9, 489092. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.489092>
23. Babinets, L. S., & Kotsaba, Y. Y. (2020). Ключові аспекти ведення пацієнта з депресією у практиці сімейного лікаря. *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*, (1), 46–52. <https://doi.org/10.11603/1811-2471.2020.v.i1.11068>
24. Baldissera, S., Minardi, V., Masocco, M., & Ferrante, G. (2022). Cardiovascular risk and protective factors in adults with and without diabetes mellitus (Italy, 2016-19). *European journal of public health*, 32(4), 617–623. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac037>
25. Baptista, S., Teixeira, A., Castro, L., Cunha, M., Serrão, C., & Rodrigues, A., et al. (2021). Physician Burnout in Primary Care during the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study in Portugal. *Journal of Primary Care & Community Health*, 12, 21501327211008437. <https://doi.org/10.1177/21501327211008437>
26. Bays, H. E. (2020). Ten things to know about ten cardiovascular disease risk factors ("ASPC Top Ten - 2020"). *American journal of preventive cardiology*, 1, 100003. <https://doi.org/10.1016/j.ajpc.2020.100003>
27. Besson, A., Tarpin, A., Flaudias, V., Brousse, G., Laporte, C., & Benson, A., et al. (2021). Smoking Prevalence among Physicians: A Systematic Review and

Meta-Analysis. *International journal of environmental research and public health*, 18(24), 13328. <https://doi.org/10.3390/ijerph182413328>

28. Borges, M. M. S., Nunes, V. R., Pires, M. P., Lima, B. G., Hipólito, U. V., & Almeida, M. C. D. S. (2023). Quality of life at work and Burnout in family health strategy workers. *Revista gaucha de enfermagem*, 44, e20220279. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2023.20220279.en>

29. Botiakova, V. (2023). Bewertung Kardiovaskulärer Risikofaktoren: Alter, Blutdruck, Score2-Skala Zur Entwicklung Eines Burnout-Syndroms Bei Allgemeinmedizinerinnen – Hausärzten. *Conference Proceedings of the IX International Scientific and Practical Conference "Promising ways of information technology development"* (C. 143-145). Bilbao, Spain: The European Conference.

30. Botiakova, V. (2023). Current State of Burnout Syndrome Frequency in European Medical Professionals. *Сучасна медицина, фармація та психологічне здоров'я*, (1(10), 18-25. <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2023-1-2>

31. Botiakova, V. (2022). Modelle des Burnout-Syndroms bei Medizinischem Personal. *Integration of scientific and modern ideas into practice: Proceedings of the VIII International Scientific and Practical Conference* (C. 353-356). Stockholm: International Science Group. DOI: 10.46299/ISG.2022.2.8

32. Botiakova, V. (2023). Practical Recommendations on the Optimization of Preventive Measures of Burnout Syndrome Risk Factors Development among Family Doctors of Ukraine. *Conference Proceedings of the II International Scientific and Practical Conference «Creation of new ideas of learning in modern conditions»* (C. 109-110). Bordeaux, France: The European Conference.

33. Botiakova, V. (2023). Prevalence of Burnout Syndrome among Medical Professionals in Ukraine from 2018 to 2022. *Art of Medicine*, 25(1), 92-100. <https://doi.org/10.21802/artm.2023.1.25.92>

34. Botiakova, V. (2023). Prevalence of Burnout Syndrome in Healthcare Workers in North and South America, and Asia from 2018 to 2022. *Art of Medicine*, 26(2), 205-213. <https://doi.org/10.21802/artm.2023.2.26.205>

35. Botiakova, V. (2023). The Dependence Analysis of Burnout Syndrome on Adiposity as Cardiovascular Risk Factor, Depression, Anxiety, Somatization and Distress among Family Doctors. *Перспективи та інновації науки*, 15(33), 952-963. [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-15\(33\)-952-963](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-15(33)-952-963)

36. Botiakova, V. (2023). The Relationship Between Burnout Syndrome, Quality of Life and Cardiovascular Risk Factors in Family Doctors. *Перспективи та інновації науки*, 13(31), 611-630. [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-13\(31\)-611-631](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-13(31)-611-631)

37. Botiakova, V. (2023). Zusammenhang Zwischen Burnout-Syndrom, Kardiovaskulären Risikofaktoren Und Lebensqualität Bei Allgemeinen Ärzten – Hausärzten. *Proceedings of the II International Scientific and Practical Conference «Young scientists and methods of improving modern theories»* (C. 96-100). Milan: International Science Group.

38. Botiakova, V.V. (2021). Burnout Syndrome Takes Over the World. In: Koenig L. (Editor), *Proceedings of the 11<sup>th</sup> International conference Science and society – Methods and problems of practical application* (C. 29-31). Vancouver: Accent Graphics Communications & Publishing.

39. Botiakova, V.V. (2023). Causative Factors of Burnout Syndrome among Medical Professionals. *Тези доповідей 92-ої науково-практичної конференції студентів та молодих вчених із міжнародною участю «Інновації в медицині та фармації»* (C. 180-181). Івано-Франківськ : Івано-Франківський національний медичний університет.

40. Botiakova, V.V. (2021). Das Burnout-Syndrom und Seine Entstehung. *The European Journal of Biomedical and Life Sciences*, (3), 3-8. <https://doi.org/10.29013/elbls-21-3-3-8>

41. Botiakova, V.V. (2019). The Definition of Burnout and its Origins. In: Hong Han (Editor), *Proceedings of the 6<sup>th</sup> International Conference Innovations and Development Patterns in Technical and Natural Sciences* (C. 36-40). Vienna: Premier Publishing s.r.o.



42. Botiakova, V.V. (2022). The impact of war on burnout syndrome among medical professionals. *Чорноморські наукові студії: матеріали VIII Всеукраїнської мультидисциплінарної конференції* (С. 253-256). Одеса: Міжнародний гуманітарний університет.

43. Bradley, H. B. (1969). Community-based Treatment for Young Adult Offenders. *Crime & Delinquency*, 15(3), 359-370. <https://doi.org/10.1177/001112876901500307>

44. Brill, P. L. (1984). The need for an operational definition of burnout. *Family & community health*, 6(4), 12–24. <https://doi.org/10.1097/00003727-198402000-00005>

45. Brown, P. A., Slater, M., & Lofters, A. (2019). Personality and burnout among primary care physicians: an international study. *Psychology research and behavior management*, 12, 169–177. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S195633>

46. Brunsberg, K. A., Landrigan, C. P., Garcia, B. M., Petty, C. R., Sectish, T. C., & Simpkin, A. L., et al. (2019). Association of Pediatric Resident Physician Depression and Burnout With Harmful Medical Errors on Inpatient Services. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 94(8), 1150–1156. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002778>

47. Buck, K., Williamson, M., Ogbeide, S., & Norberg, B. (2019). Family Physician Burnout and Resilience: A Cross-Sectional Analysis. *Family medicine*, 51(8), 657–663. <https://doi.org/10.22454/FamMed.2019.424025>

48. Buysse, D. J., Reynolds, C. F., 3rd, Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry research*, 28(2), 193–213. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)

49. Cai, A., Nie, Z., Ou, Y., Wang, J., Chen, Y., & Lu, Z., et al. (2022). Association between sociodemographic status and cardiovascular risk factors burden in community populations: implication for reducing cardiovascular disease burden. *BMC public health*, 22(1), 1996. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14374-4>

50. Carlson, L. A., & Böttiger, L. E. (1985). Risk factors for ischaemic heart disease in men and women. Results of the 19-year follow-up of the Stockholm Prospective Study. *Acta medica Scandinavica*, 218(2), 207–211. <https://doi.org/10.1111/j.0954-6820.1985.tb08848.x>
51. Castel-Feced, S., Maldonado, L., Aguilar-Palacio, I., Malo, S., Moreno-Franco, B., & Mur-Vispe, E., et al.(2021). Evolution of Cardiovascular Risk Factors in a Worker Cohort: A Cluster Analysis. *International journal of environmental research and public health*, 18(11), 5610. <https://doi.org/10.3390/ijerph18115610>
52. Celik, S. U., Aslan, A., Coskun, E., Coban, B. N., Haner, Z., & Kart, S., et al. (2021). Prevalence and associated factors for burnout among attending general surgeons: a national cross-sectional survey. *BMC health services research*, 21(1), 39. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-06024-5>
53. Charoentanyarak, A., Anothaisintawee, T., Kanhasing, R., & Poonpetcharat, P. (2020). Prevalence of Burnout and Associated Factors Among Family Medicine Residency in Thailand. *Journal of medical education and curricular development*, 7, 2382120520944920. <https://doi.org/10.1177/2382120520944920>
54. Chen, Z., Foo, Z. S. T., Tang, J. Y., Sim, M. W. C., Lim, B. L., Fong, K. Y., & Tan, K. H. (2023). Sleep quality and burnout: A Singapore study. *Sleep medicine*, 102, 205–212. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2022.12.026>
55. Collins English Dictionary. (1994). Eds. A. Grandison et al. 3-rd ed. Updated ed. Glasgow : HarperCollins Publishers.
56. Crawford, P. F., 3rd, Rupert, J., Jackson, J. T., Walkowski, S., & Ledford, C. J. W. (2019). Relationship of Training in Acupuncture to Physician Burnout. *Journal of the American Board of Family Medicine : JABFM*, 32(2), 259–263. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2019.02.180204>
57. Creager, J., Coutinho, A. J., & Peterson, L. E. (2019). Associations Between Burnout and Practice Organization in Family Physicians. *Annals of family medicine*, 17(6), 502–509. <https://doi.org/10.1370/afm.2448>

58. Dagrada, H., Verbanck, P., & Kornreich, C. (2011). Le burn-out du médecin généraliste: hypothèses etiologiques [General practitioner burnout: risk factors]. *Revue medicale de Bruxelles*, 32(4), 407–412.

59. Dai, M., Willard-Grace, R., Knox, M., Larson, S. A., Magill, M. K., & Grumbach, K., et al. (2020). Team Configurations, Efficiency, and Family Physician Burnout. *Journal of the American Board of Family Medicine : JABFM*, 33(3), 368–377. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2020.03.190336>

60. Davis, C., Krishnasamy, M., Morgan, Z. J., Bazemore, A. W., & Peterson, L. E. (2021). Academic Achievement, Professionalism, and Burnout in Family Medicine Residents. *Family medicine*, 53(6), 423–432. <https://doi.org/10.22454/FamMed.2021.541354>

61. De la Cerda-Vargas, M. F., Stienen, M. N., Campero, A., Pérez-Castell, A. F., Soriano-Sánchez, J. A., & Nettel-Rueda, B., et al. (2022). Burnout, Discrimination, Abuse, and Mistreatment in Latin America Neurosurgical Training During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *World neurosurgery*, 158, e393–e415. <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2021.10.188>

62. De Marchis, E., Knox, M., Hessler, D., Willard-Grace, R., Olayiwola, J. N., & Peterson, L. E., et al. (2019). Physician Burnout and Higher Clinic Capacity to Address Patients' Social Needs. *Journal of the American Board of Family Medicine : JABFM*, 32(1), 69–78. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2019.01.180104>

63. Doll, R., Peto, R., Boreham, J., & Sutherland, I. (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ (Clinical research ed.)*, 328(7455), 1519. <https://doi.org/10.1136/bmj.38142.554479.AE>

64. Douglas, M., Coman, E., Eden, A. R., Abiola, S., & Grumbach, K. (2021). Lower Likelihood of Burnout Among Family Physicians From Underrepresented Racial-Ethnic Groups. *Annals of family medicine*, 19(4), 342–350. <https://doi.org/10.1370/afm.2696>

65. Dreher, A., Theune, M., Kersting, C., Geiser, F., & Weltermann, B. (2019). Prevalence of burnout among German general practitioners: Comparison of

physicians working in solo and group practices. *PloS One*, 14(2), e0211223. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211223>

66. Edelwich, J., & Brodsky, A. (1980). *Burn-out: Stages of Disillusionment in the Helping Professions*. New York : Human Sciences Press.

67. Eden, A. R., Jabbarpour, Y., Morgan, Z. J., Dai, M., Coffman, M., & Bazemore, A. (2020). Gender Differences in Personal and Organizational Mechanisms to Address Burnout Among Family Physicians. *Journal of the American Board of Family Medicine : JABFM*, 33(3), 446–451. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2020.03.190344>

68. Edwards, S. T., Marino, M., Balasubramanian, B. A., Solberg, L. I., Valenzuela, S., & Springer, R., et al. (2018). Burnout Among Physicians, Advanced Practice Clinicians and Staff in Smaller Primary Care Practices. *Journal of general internal medicine*, 33(12), 2138–2146. <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4679-0>

69. Encyclopaedia of Occupational Health and Safety. (1998). Ed. J.M. Stellman 4<sup>th</sup> Edition. Geneva : International Labor Office.

70. Faivre, G., Marillier, G., Nallet, J., Nezelof, S., Clment, I., & Obert, L. (2019). Are French orthopedic and trauma surgeons affected by burnout? Results of a nationwide survey. *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research : OTSR*, 105(2), 395–399. <https://doi.org/10.1016/j.otsr.2018.12.009>

71. Fares, S., & Soliman, S. (2022). Prevalence and determinants of normal, high-normal and high blood pressure and association with cardiovascular risk in Egypt. *Eastern Mediterranean health journal = La revue de sante de la Mediterranee orientale = al-Majallah al-sihhiyah li-sharq al-mutawassit*, 28(6), 397–406. <https://doi.org/10.26719/emhj.22.041>

72. Feng, J., Sang, W., Lei, Z., Qu, G., Li, X., & Ferrier, A., et al. (2023). The impact of burnout on turnover intention among Chinese general practitioners: The mediating effect of job satisfaction and the moderating effect of professional identity. *The International journal of social psychiatry*, 69(3), 705–713. <https://doi.org/10.1177/00207640221133939>

73. Fischer, A.W. (2006). *Beanspruchungsmuster im Pflegeberuf: eine Studie an österreichischem Pflegepersonal im Schnittpunkt von persönlichkeits-, gesundheits-und arbeitspsychologischem Herangehen*. (Doctoral thesis). Universität Potsdam, Potsdam. Взято з [https://publishup.uni-potsdam.de/opus4-ubp/frontdoor/deliver/index/docId/716/file/fischer\\_diss.pdf](https://publishup.uni-potsdam.de/opus4-ubp/frontdoor/deliver/index/docId/716/file/fischer_diss.pdf)

74. Frankl, V.E. (1959). Der dimensionalontologische Gesichtspunkt. B V.E. Frankl, V.E.F. von Gebattel, J.H. Schultz, *Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie* (C. 233-241). München : Urban & Schwarzenberg.

75. Freudenberger, H.J., & North, G. (1986). *Women's Burnout: How to Spot It, How to Reverse It, and How to Prevent It*. New York: Penguin Books.

76. Freudenberger, H. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30 (1), 159-165. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>

77. Friedewald, W. T., Levy, R. I., & Fredrickson, D. S. (1972). Estimation of the concentration of low-density lipoprotein cholesterol in plasma, without use of the preparative ultracentrifuge. *Clinical chemistry*, 18(6), 499–502.

78. Gold, K. J., Kuznia, A. L., Laurie, A. R., & Williams, C. B. (2021). Gender Differences in Stress and Burnout: Department Survey of Academic Family Physicians. *Journal of general internal medicine*, 36(6), 1811–1813. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-06287-y>

79. Golembiewski, R.T., Boudreau, R.A., Sun, B.-C., & Luo, H. (1998). Estimates of Burnout in Public Agencies: Worldwide, How Many Employees Have Which Degrees of Burnout, and with What Consequences? *Public Administration Review*, 58(1), 59-65. <https://doi.org/10.2307/976890>

80. Golembiewski, R. T., Boudreau, R., Deckard, G., Goto, K., Harrison, E., & Munzenrider, R. F., et al. (1994). Reports of Task Force on Burnout Norms. *Journal of Health and Human Services Administration*, 17(1), 32-47.

81. Golembiewski, R.T, & Munzenrider, R.F. (1990). Phases of Burnout, Modes and Social Support: Contributions to Explaining Differences in Physical Symptoms. *Journal of Managerial Issues*, 2(2), 176-183.

82. Greenberg, J.S. (2008). *Comprehensive Stress Management*. (10<sup>th</sup> ed.) NY: McGraw-Hill.
83. Gulayin, P. E., Irazola, V., Gutierrez, L., Elorriaga, N., Lanas, F., & Mores, N., et al. (2020). Association between drinking patterns and cardiovascular risk: a population-based study in the Southern Cone of Latin America. *Journal of public health (Oxford, England)*, 42(1), 107–117.
84. Hackshaw, A., Morris, J. K., Boniface, S., Tang, J. L., & Milenković, D. (2018). Low cigarette consumption and risk of coronary heart disease and stroke: meta-analysis of 141 cohort studies in 55 study reports. *BMJ (Clinical research ed.)*, 360, j5855. <https://doi.org/10.1136/bmj.j5855>
85. Hansen, N., Jensen, K., MacNiven, I., Pollock, N., D'Hont, T., & Chatwood, S. (2021). Exploring the impact of rural health system factors on physician burnout: a mixed-methods study in Northern Canada. *BMC health services research*, 21(1), 869. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06899-y>
86. Hassan, S., Magny-Normilus, C., Galusha, D., Adams, O. P., Maharaj, R. G., & Nazario, C. M., et al. (2022). Glycemic control and management of cardiovascular risk factors among adults with diabetes in the Eastern Caribbean Health Outcomes Research Network (ECHORN) Cohort Study. *Primary care diabetes*, 16(1), 107–115. <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2021.06.011>
87. Hedden, L., Banihosseini, S., Strydom, N., & McCracken, R. (2021). Family physician perspectives on primary care reform priorities: a cross-sectional survey. *CMAJ open*, 9(2), E466–E473. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20200102>
88. Hegde, S. K., Vijayakrishnan, G., Sasankh, A. K., Venkateswaran, S., & Parasuraman, G. (2016). Lifestyle-associated risk for cardiovascular diseases among doctors and nurses working in a medical college hospital in Tamil Nadu, India. *Journal of family medicine and primary care*, 5(2), 281–285. <https://doi.org/10.4103/2249-4863.192355>
89. Hogue, A., & Huntington, M. K. (2019). Family Physician Burnout Rates in Rural versus Metropolitan Areas: A Pilot Study. *South Dakota medicine : the journal of the South Dakota State Medical Association*, 72(7), 306–308.

90. Hooker, S. A., Post, R. E., & Sherman, M. D. (2020). Awareness of Meaning in Life is Protective Against Burnout Among Family Physicians: A CERA Study. *Family medicine*, 52(1), 11–16. <https://doi.org/10.22454/FamMed.2019.562297>
91. Houdmont, J., Daliya, P., Theophilidou, E., Adiamah, A., Hassard, J., Lobo, D. N., & East Midlands Surgical Academic Network (EMSAN) Burnout Study Group (2022). Burnout Among Surgeons in the UK During the COVID-19 Pandemic: A Cohort Study. *World Journal of Surgery*, 46(1), 1–9. <https://doi.org/10.1007/s00268-021-06351-6>
92. Hughes, F., Francis, A. P., & Sciscione, A. C. (2020). Physician Burnout among Members of the Society for Maternal-Fetal Medicine. *American journal of perinatology*, 37(11), 1115–1122. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1692185>
93. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). (2020). GBD 2019 Cause and Risk Summary. Seattle, USA: IHME, University of Washington. Взято з <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>
94. Intriago, M., Maldonado, G., Guerrero, R., Soriano, E., Moreno, L., & Rios, C. (2021). POS0302 Burnout in Rheumatologists in Latin America. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 80 (Suppl 1), 376.2-377. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2021-eular.4078>
95. Intriago, M., Maldonado, G., Soriano, E., Toro, C., Moreno, L., & Ríos, C. (2022). Burnout in Rheumatologists in Latin America. *Journal of clinical rheumatology : practical reports on rheumatic & musculoskeletal diseases*, 28(1), 1–6. <https://doi.org/10.1097/RHU.0000000000001795>
96. Isayeva, A., Vovchenko, M., Rieznik, L., & Isakova, E. (2017). Behavioral factors of cardiovascular risk in medical doctors of different specialties. *Health and Primary Care*, 1(3). Взято з <https://doi.org/10.15761/hpc.1000113>
97. Ivanchuk, A., Kravchenko, A., & Mikhaliev, K. (2020). The Features of Occupational Burnout in Civil Servants. *Clinical and Preventive Medicine*, (4), 44-51. [https://doi.org/10.31612/2616-4868.4\(14\).2020.03](https://doi.org/10.31612/2616-4868.4(14).2020.03)

98. Iwanicki, E. F., & Schwab, R. L. (1981). A cross validation study of the Maslach Burnout Inventory. *Educational and Psychological Measurement*, 41(4), 1167–1174. <https://doi.org/10.1177/001316448104100425>
99. Jossieran, L., King, G., Guilbert, P., Davis, J., & Brücker, G. (2005). Smoking by French general practitioners: behaviour, attitudes and practice. *European journal of public health*, 15(1), 33–38. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cki108>
100. Kähönen, E., Aatola, H., Lehtimäki, T., Haarala, A., Sipilä, K., & Juonala, M., et al. (2021). Influence of early life risk factors and lifestyle on systemic vascular resistance in later adulthood: the cardiovascular risk in young Finns study. *Blood pressure*, 30(6), 367–375. <https://doi.org/10.1080/08037051.2021.1980372>
101. Kamal, M. A., & Sahib, A. A. A. (2021). Association between Occupational Stress and Hypertension in a Sample of Female Physicians. *Iraqi Journal of Community Medicine*, 34(1), 30-36. Взято з <https://www.iasj.net/iasj/download/9f22abe81977e77d>
102. Kane L. (2021). Death by 1000 Cuts: Medscape National Physician Burnout & Suicide Report 2021. *Medscape*. Взято з <https://www.medscape.com/slideshow/2021-lifestyle-burnout-6013456>
103. Kane, L. (2019). Medscape National Physician Burnout, Depression & Suicide Report 2019. Взято з <https://www.medscape.com/slideshow/2019-lifestyle-burnout-depression-6011056#1>
104. Kannel, W. B., Dawber, T. R., Kagan, A., Revotskie, N., & Stokes, J., 3rd (1961). Factors of risk in the development of coronary heart disease--six year follow-up experience. The Framingham Study. *Annals of internal medicine*, 55, 33–50. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-55-1-33>
105. Kapetanios, K., Mazeri, S., Constantinou, D., Vavlitou, A., Karaiskakis, M., & Kourouzidou, D., et al. (2021). Exploring the factors associated with the mental health of frontline healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Cyprus. *PloS one*, 16(10), e0258475. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258475>
106. Karamushka, L.M., Gnuskina, G.V., & Ivkin, V.M. (2016). Occupational burnout: the relationships with internal and external professional characteristics of



businessmen. *Організаційна психологія. Економічна психологія*, (2-3 (5-6), 74-80. Взято з <http://orgpsy-journal.in.ua/index.php/orep/article/view/187>

107. Kastnerová, M., Babinets, L.S., Vorovyk, I.O., Botsyuk, N.Ye., & Migenko, B.O. (2018). Синдром вигорання – важлива проблема підготовки медичних сестер (досвід Південної Чехії). *Медична освіта*, (1), 75-8. Взято з <https://doi.org/10.11603/me.2414-5998.2018.1.8825>

108. Kawamura, Y., Takayashiki, A., Ito, M., Maeno, T., Seo, E., & Maeno, T. (2018). Stress Factors Associated With Burnout Among Attending Physicians: A Cross-Sectional Study. *Journal of clinical medicine research*, 10(3), 226–232. <https://doi.org/10.14740/jocmr3299w>

109. Khammissa, R. A. G., Nemutandani, S., Feller, G., Lemmer, J., & Feller, L. (2022). Burnout phenomenon: neurophysiological factors, clinical features, and aspects of management. *The Journal of international medical research*, 50(9), 3000605221106428. <https://doi.org/10.1177/03000605221106428>

110. Khandia, R., Puranik, N., Lodhi, N., Gautam, B., Alqahtani, T., & Alqahtani, A. M., et al. (2021). Comparing heart risk scores to identify the most important risk factors for cardiovascular diseases. *European review for medical and pharmacological sciences*, 25(24), 7947–7963. [https://doi.org/10.26355/eurrev\\_202112\\_27645](https://doi.org/10.26355/eurrev_202112_27645)

111. Khan, N., Palepu, A., Dodek, P., Salmon, A., Leitch, H., & Ruzycki, S., et al. (2021). Cross-sectional survey on physician burnout during the COVID-19 pandemic in Vancouver, Canada: the role of gender, ethnicity and sexual orientation. *BMJ open*, 11(5), e050380. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050380>

112. Khasne, R. W., Dhakulkar, B. S., Mahajan, H. C., & Kulkarni, A. P. (2020). Burnout among Healthcare Workers during COVID-19 Pandemic in India: Results of a Questionnaire-based Survey. *Indian journal of critical care medicine : peer-reviewed, official publication of Indian Society of Critical Care Medicine*, 24(8), 664–671. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10071-23518>

113. Khatatbeh, H., Pakai, A., Al-Dwaikat, T., Onchonga, D., Amer, F., Prémusz, V., & Oláh, A. (2022). Nurses' burnout and quality of life: A systematic review and critical analysis of measures used. *Nursing open*, 9(3), 1564–1574. <https://doi.org/10.1002/nop2.936>

114. Kosan, Z., Aras, A., Cayir, Y., & Calikoglu, E. O. (2019). Burnout among family physicians in Turkey: A comparison of two different primary care systems. *Nigerian journal of clinical practice*, 22(8), 1063–1069. [https://doi.org/10.4103/njcp.njcp\\_355\\_17](https://doi.org/10.4103/njcp.njcp_355_17)

115. Kpormegbe, S.J. (2019). Prevalence of Hypertension among Healthcare Workers in Korle Bu Teaching Hospital: An Assessment of Work and Lifestyle Related Factors. *University of Ghana*. Взято 3 <https://ugspace.ug.edu.gh/handle/123456789/32997>

116. Kust, D., Murgic, J., Vukovic, P., Kruljac, I., Prpic, M., & Zilic, A., et al. (2020). Oncologist Burnout Syndrome in Eastern Europe: Results of the Multinational Survey. *JCO Oncology Practice*, 16(4), e366–e376. <https://doi.org/10.1200/JOP.19.00470>

117. Kwiatek-Wrzosek, A., Kowalik, E., Kowalski, M., & Hoffman, P. (2021). The burden of cardiovascular risk factors among seniors with congenital heart disease: A single tertiary center experience. *Kardiologia polska*, 79(11), 1251–1255. <https://doi.org/10.33963/KP.a2021.0129>

118. Lalymenko, O. S., Zavorodnii I. V., Kapustnyk, V. A., Boeckelmann, I., Zabashta, V. F., & Stytsenko, M. O. (2022). Medical-psychological aspects of professional deformation of personality development among emergency medical staff. *Zaporozhye Medical Journal*, 24(1(130)), 61–69. <https://doi.org/10.14739/2310-1210.2022.1.239108>

119. Lange, M., Joo, S., Couette, P. A., Le Bas, F., & Humbert, X. (2022). Impact on mental health of the COVID-19 outbreak among general practitioners during the sanitary lockdown period. *Irish Journal of Medical Science*, 191(1), 93–96. <https://doi.org/10.1007/s11845-021-02513-6>

120. Längle, A. (2003). Burnout – Existential Meaning and Possibilities of Prevention. *European Psychotherapy*, 4(1), 107-121.

121. Lasalvia, A., Rigon, G., Rugiu, C., Negri, C., Del Zotti, F., & Amaddeo, F., et al. (2022). The psychological impact of COVID-19 among primary care physicians in the province of Verona, Italy: a cross-sectional study during the first pandemic wave. *Family Practice*, 39(1), 65–73. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmab106>

122. Lauderdale, M. (1982). *Burnout: Strategies for Personal and Organizational Life Speculations on Evolving Paradigms*. Austin, Tex.: Learning Concepts.

123. Lee, S. H., Kim, M. K., & Rhee, E. J. (2020). Effects of Cardiovascular Risk Factor Variability on Health Outcomes. *Endocrinology and metabolism (Seoul, Korea)*, 35(2), 217–226. <https://doi.org/10.3803/EnM.2020.35.2.217>

124. Leiter, M.P., & Maslach, C. (2006). *Areas of Worklife Survey Manual* (4<sup>th</sup> ed). Взято з <https://www.mindgarden.com/274-areas-of-worklife-survey>

125. Lewington, S., Clarke, R., Qizilbash, N., Peto, R., Collins, R., & Prospective Studies Collaboration (2002). Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet*, 360(9349), 1903–1913. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(02\)11911-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(02)11911-8)

126. Lo, E. V., Wei, Y. H., & Hwang, B. F. (2020). Association between occupational burnout and heart rate variability: A pilot study in a high-tech company in Taiwan. *Medicine*, 99(2), e18630. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000018630>

127. Lopez-Jaramillo, P., Lopez-Lopez, J. P., Tole, M. C., & Cohen, D. D. (2022). Muscular Strength in Risk Factors for Cardiovascular Disease and Mortality: A Narrative Review. *Anatolian journal of cardiology*, 26(8), 598–607. <https://doi.org/10.5152/AnatolJCardiol.2022.1586>

128. Lu, H., Huang, Q., & Yang, D., et al. (2019). Family Doctor Team Burnout and Influencing Factors : a Survey [J]. *Chinese General Practice*, 22(10), 1223-1228. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2019.10.018

129. Maher, E. L. (1983). Burnout and commitment: A theoretical alternative. *Personnel & Guidance Journal*, 61(7), 390–393. <https://doi.org/10.1111/j.2164-4918.1983.tb00051.x>

130. Mahoney, M. C., Rivard, C., Hammad, H. T., Blanco, C., Sargent, J., & Kimmel, H. L., et al. (2021). Cardiovascular Risk Factor and Disease Measures from the Population Assessment of Tobacco and Health (PATH) Study. *International journal of environmental research and public health*, 18(14), 7692. <https://doi.org/10.3390/ijerph18147692>

131. Manninen, V., Tenkanen, L., Koskinen, P., Huttunen, J. K., Mänttari, M., Heinonen, O. P., & Frick, M. H. (1992). Joint effects of serum triglyceride and LDL cholesterol and HDL cholesterol concentrations on coronary heart disease risk in the Helsinki Heart Study. Implications for treatment. *Circulation*, 85(1), 37–45. <https://doi.org/10.1161/01.cir.85.1.37>

132. Mannocci, A., Sestili, C., Carnevale, F., Minotti, C., De Giusti, M., & Villari, P., et al. (2019). Valutazione del burnout nel personale dipendente del reparto di Ematologia di un Policlinico Universitario [Assessment of burnout in health care personnel in hematological unit of a teaching hospital]. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia – Italian Journal of Occupational Medicine and Ergonomics*, 41(1), 45–51. Взято з <https://gimle.unipv.it/volumi/volume-xli-41-n-1-gennaio-marzo-2019-art-7/?wpdmdl=172&ind=1546300805>

133. Marx, N., Federici, M., Schütt, K., Müller-Wieland, D., Ajjan, R. A., & Antunes, M. J., et al. (2023). 2023 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease in patients with diabetes. *European heart journal*, 44(39), 4043–4140. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad192>

134. Maslach, C., Leiter, M.P., & Jackson, S.E., et al. (2018). *Manual - Maslach Burnout Inventory*. 4th ed. Mind Garden. Взято з <https://www.mindgarden.com/maslach-burnout-inventory-mbi/685-mbi-manual.html#horizontalTab>

135. Maslach, C. (1982). *Burnout, the cost of caring*. Englewood Cliffs, N.J. : Prentice-Hall.

136. Maslach, C., & Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2(2), 99-113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>

137. Maslach, C., & Leiter, M.P. (1997). *The Truth About Burnout : How Organizations Cause Personal Stress and What to Do About It*. San Francisco, CA : Jossey-Bass.

138. Maslach, C., & Leiter, M.P. (2017). Understanding Burnout : New Models. B C.L. Cooper, J.C. Quick (Eds.), *The Handbook of Stress and Health: A Guide to Research and Practice* (C. 36-56). Wiley Blackwell. Взято з <https://doi.org/10.1002/9781118993811.ch3>

139. Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World psychiatry*, 15(2), 103–111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>

140. Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>

141. Matsumura, T., Sankai, T., Yamagishi, K., Kubota, Y., Hayama-Terada, M., & Muraki, I. et al. (2022). Impact of Major Cardiovascular Risk Factors on the Incidence of Cardiovascular Disease among Overweight and Non-Overweight Individuals: The Circulatory Risk in Communities Study (CIRCS). *Journal of atherosclerosis and thrombosis*, 29(3), 422–437. <https://doi.org/10.5551/jat.60103>

142. Mayne, R. S., Hart, N. D., & Heron, N. (2021). Sedentary behaviour among general practitioners: a systematic review. *BMC family practice*, 22(1), 6. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01359-8>

143. Medeiros, A. I. C., Mesquita, R. B., Macêdo, F. S., Matos, A. G. C., & Pereira, E. D. (2022). Prevalence of burnout among healthcare workers in six public referral hospitals in northeastern Brazil during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *Sao Paulo medical journal = Revista paulista de medicina*, 140(4), 553–558. <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2021.0287.R1.291021>

144. Meier, S. T. (1983). Toward a theory of burnout. *Human Relations*, 36(10), 899–910. <https://doi.org/10.1177/001872678303601003>

145. Melamed, S., Shirom, A., Toker, S., Berliner, S., & Shapira, I. (2006). Burnout and risk of cardiovascular disease: evidence, possible causal paths, and promising research directions. *Psychological bulletin*, 132(3), 327–353. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.3.327>

146. Mercuri, M., Clayton, N., Archambault, P., Wallner, C., Boulos, M. E., & Chan, T. M., et al. (2022). Canadian emergency medicine physician burnout: a survey of Canadian emergency physicians during the second wave of the COVID-19 pandemic. *CJEM*, 24(3), 288–292. <https://doi.org/10.1007/s43678-021-00259-9>

147. Mijić Marić, A., Palameta, M., Zalihić, A., Bender, M., Mabić, M., Berberović, M., & Kostić, S. (2022). Prevalence of burnout among health care workers in the Federation of Bosnia and Herzegovina during the coronavirus disease-2019 pandemic: a cross-sectional study. *Croatian medical journal*, 63(5), 482–489. <https://doi.org/10.3325/cmj.2022.63.482>

148. Mikalauskas, A., Benetis, R., Širvinskas, E., Andrejaitienė, J., Kinduris, Š., Macas, A., & Padaiga, Ž. (2018). Burnout Among Anesthetists and Intensive Care Physicians. *Open medicine*, 13, 105–112. <https://doi.org/10.1515/med-2018-0017>

149. Moraes, G. de M., Hitora, V. B., & Verardi, C. E. L. (2019). The relationship between burnout and quality of life. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*, 19(1), 51-64. Взято з <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/cpgdd/article/view/11831/7648> DOI: <https://dx.doi.org/10.5935/cadernosdisturbios.v19n1p51-64>

150. Morisawa, F., Nishizaki, Y., Irie, Y., Nojiri, S., Matsuo, T., & Kobayashi, D., et al. (2022). Association between physiotherapist burnout and working environment during the coronavirus disease 2019 pandemic in Japan: A multicenter observational study. *PloS one*, 17(9), e0275415. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0275415>

151. Naczenski, L. M., Vries, J. D., Hooff, M. L. M. V., & Kompier, M. A. J. (2017). Systematic review of the association between physical activity and

burnout. *Journal of occupational health*, 59(6), 477–494.  
<https://doi.org/10.1539/joh.17-0050-RA>

152. National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) (2002). Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) final report. *Circulation*, 106(25), 3143–3421. <https://doi.org/10.1161/circ.106.25.3143>

153. Nimer, A., Naser, S., Sultan, N., Alasad, R. S., Rabadi, A., & Abu-Jubba, M., et al. (2021). Burnout Syndrome during Residency Training in Jordan: Prevalence, Risk Factors, and Implications. *International journal of environmental research and public health*, 18(4), 1557. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041557>

154. Nobahar, M., & Razavi, M. R. (2015). Lifestyle and the Most Important Risk Factors of Cardiovascular Disease in Physicians, Nurses, and Faculty Members. *Middle East Journal of Rehabilitation and Health Studies*, 2(2), e28882. <https://doi.org/10.17795/mejrh-28882>

155. Noncommunicable diseases. (2022). World Health Organization. Взято з <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

156. North American Association for the Study of Obesity. (2000). *The practical guide: Identification, evaluation, and treatment for overweight and obesity in adults*. Bethesda, MD : U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute. Взято з [https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/prctgd\\_c.pdf](https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/prctgd_c.pdf)

157. Obiebi, I. P. , Moeteke, N. S. , & Umuago, G. U. E. I. J. (2020). Prevalence and Correlates of Hypertension among Healthcare Professionals in Nigeria: Lessons from a Tertiary Hospital in South-South Nigeria. *American Journal of Public Health Research*, 8(2), 41-46. DOI: 10.12691/ajphr-8-2-1

158. Ofei-Dodoo, S., Loo-Gross, C., & Kellerman, R. (2021). Burnout, Depression, Anxiety, and Stress Among Family Physicians in Kansas Responding to

the COVID-19 Pandemic. *Journal of the American Board of Family Medicine : JABFM*, 34(3), 522–530. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2021.03.200523>

159. Ofei-Dodoo, S., Mullen, R., Pasternak, A., Hester, C. M., Callen, E., & Bujold, E. J., et al. (2021). Loneliness, Burnout, and Other Types of Emotional Distress Among Family Medicine Physicians: Results From a National Survey. *Journal of the American Board of Family Medicine : JABFM*, 34(3), 531–541. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2021.03.200566>

160. Oliynyk, O., Ślifirczyk, A., Prokop, I., Oliynyk, J., & Venger, O. (2019). Burnout in the anaesthesiologists of western Ukraine and its possible causative factors. *Health Problems of Civilization*, 13(2), 147-151. <https://doi.org/10.5114/hpc.2019.81338>

161. Ong, J., Ong, A. M. L., Ong, S., Xin, X., Lee, Y. Y., & Pausawasdi, N., et al. (2021). The impact of the coronavirus disease 2019 pandemic on gastroenterologists in Southeast Asia: A mixed-methods study. *Journal of gastroenterology and hepatology*, 36(11), 3056–3068. <https://doi.org/10.1111/jgh.15594>

162. Owoc, J., Mańczak, M., Tombarkiewicz, M., & Olszewski, R. (2021). Burnout, well-being, and self-reported medical errors among physicians. *Polish Archives of Internal Medicine*, 131(7-8), 626–632. <https://doi.org/10.20452/pamw.16033>

163. Paiva, B. S. R., Mingardi, M., Valentino, T. C. O., de Oliveira, M. A., & Paiva, C. E. (2021). Prevalence of burnout and predictive factors among oncology nursing professionals: a cross-sectional study. *Sao Paulo medical journal = Revista paulista de medicina*, 139(4), 341–350. <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2020.0606.R1.1202021>

164. Peckham, C. (2014). Medscape Physician Lifestyle Report 2014. Взято з <https://www.medscape.com/features/slideshow/lifestyle/2014/public/overview#1>

165. Peckham, C. (2015). Medscape Physician Lifestyle Report 2015. Взято з [https://www.medscape.com/slideshow/lifestyle-2015-overview-6006535?icd=login\\_success\\_email\\_match\\_norm#1](https://www.medscape.com/slideshow/lifestyle-2015-overview-6006535?icd=login_success_email_match_norm#1)



166. Peckham, C. (2016). Medscape Lifestyle Report 2016: Bias and Burnout. Взято з <https://www.medscape.com/slideshow/lifestyle-2016-overview-6007335#1>
167. Peckham, C. (2018). Medscape National Physician Burnout & Depression Report 2018. Взято з <https://www.medscape.com/slideshow/2018-lifestyle-burnout-depression-6009235>
168. Peckham, C. (2013). Physician Lifestyles -- Linking to Burnout: A Medscape Survey. Взято з <https://www.medscape.com/features/slideshow/lifestyle/2013/public#1>
169. Pega, F., Náfrádi, B., Momen, N. C., Ujita, Y., Streicher, K. N., & Prüss-Üstün, et al. (2021). Global, regional, and national burdens of ischemic heart disease and stroke attributable to exposure to long working hours for 194 countries, 2000-2016: A systematic analysis from the WHO/ILO Joint Estimates of the Work-related Burden of Disease and Injury. *Environment international*, 154, 106595. <https://doi.org/10.1016/j.envint.2021.106595>
170. Penšek, L., & Selič, P. (2018). Empathy and Burnout in Slovenian Family Medicine Doctors: The First Presentation of Jefferson Scale of Empathy Results. *Zdravstveno varstvo*, 57(3), 155–165. <https://doi.org/10.2478/sjph-2018-0020>
171. Perlman, B., & Hartman, E.A. (1982). Burnout: Summary and Future Research. *Human Relations*, 35(4), 283-305. <https://doi.org/10.1177/001872678203500402>
172. Peterson, U., Demerouti, E., Bergström, G., Samuelsson, M., Asberg, M., & Nygren, A. (2008). Burnout and physical and mental health among Swedish healthcare workers. *Journal of advanced nursing*, 62(1), 84–95. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04580.x>
173. Pichika, V. S., Tibrewal, A. O., Singh, N. P., Chowdhary, P. N., & Agarwal, R. K. (2020). Prevalence of risk factors for non-communicable diseases, undiagnosed diabetes and dyslipidemia among doctors as compared with age and gender matched adults in Delhi NCR: a hospital based study. *International Journal*

*Of Community Medicine And Public Health*, 7(4), 1392–1396.  
<https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20201443>

174. Pillay, R., Rathish, B., Philips, G. M., Kumar, R. A., & Francis, A. (2020). Cardiovascular and stroke disease risk among doctors: a cross-sectional study. *Tropical doctor*, 50(3), 232–234. <https://doi.org/10.1177/0049475520911233>

175. Pinchuk, I.Y., Pishel, V.Y., Polyvianaia, M.Y., Yachnik, Y.V., & Virchenko, V.V. (2021). Occupational Stress in Healthcare Workers during a COVID-19 Pandemic. *Медичні перспективи*, 26(4), 196-204. <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2021.4.248232>

176. Pines, A.M., & Aronson, E. (1988). *Career Burnout: Causes and Cures*. New York: Free Press.

177. Pines, A.M. (1993). Burnout: An Existential Perspective. B W. Schaufeli, C. Maslach, T. Marek (Eds.), *Professional Burnout : Recent Development in Theory and Research* (C. 33-51). Washington, DC : Taylor & Francis.

178. Pines, A.M. (1996). *Couple Burnout : Causes and Cures*. New York: Routledge.

179. Pintarić Japec, V., Vučemilo, L., Kust, D., Babacanli, A., Dodig, D., & Štefančić, V., et al. (2019). Burnout among Croatian physicians: a cross sectional national survey. *Croatian medical journal*, 60(3), 255–264. <https://doi.org/10.3325/cmj.2019.60.255>

180. Professional Burnout : Recent Development in Theory and Research (1993). Ed. W. Schaufeli, C. Maslach, T. Marek. Washington, DC : Taylor & Francis.

181. Poznyak, A. V., Litvinova, L., Poggio, P., Sukhorukov, V. N., & Orekhov, A. N. (2022). Effect of Glucose Levels on Cardiovascular Risk. *Cells*, 11(19), 3034. <https://doi.org/10.3390/cells11193034>

182. Quijada-Martínez, P. J., Cedeño-Idrogo, I. R., & Terán-Ángel, G. (2021). Quality of Professional Life and Burnout of the Nursing Staff at an Intensive Care Unit in Venezuela. *Investigacion y educacion en enfermeria*, 39(2), e08. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v39n2e08>

183. Račić, M., Virijević, A., Ivković, N., Joksimović, B. N., Joksimović, V. R., & Mijovic, B. (2019). Compassion fatigue and compassion satisfaction among family physicians in the Republic of Srpska, Bosnia and Herzegovina. *International journal of occupational safety and ergonomics : JOSE*, 25(4), 630–637. <https://doi.org/10.1080/10803548.2018.1440044>

184. Ras, J., Kengne, A. P., Smith, D. L., Soteriades, E. S., & Leach, L. (2023). Association between Cardiovascular Disease Risk Factors and Cardiorespiratory Fitness in Firefighters: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International journal of environmental research and public health*, 20(4), 2816. <https://doi.org/10.3390/ijerph20042816>

185. Rhee, E. J. (2020). Prevalence and Current Management of Cardiovascular Risk Factors in Korean Adults Based on Fact Sheets. *Endocrinology and metabolism (Seoul, Korea)*, 35(1), 85–94. <https://doi.org/10.3803/EnM.2020.35.1.85>

186. Rinkūnienė, E., Petrulionytė, E., Dženkevičiūtė, V., Petrulionienė, Ž., Senulytė, A., & Purnaitė, R., et al. (2022). Prevalence of Cardiovascular Risk Factors in Middle-Aged Lithuanian Men Based on Body Mass Index and Waist Circumference Group Results from the 2006-2016 Lithuanian High Cardiovascular Risk Prevention Program. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 58(12), 1718. <https://doi.org/10.3390/medicina58121718>

187. Riquelme, I., Chacón, J. I., Gándara, A. V., Muro, I., Traseira, S., & Monsalve, V., et al. (2018). Prevalence of Burnout among Pain Medicine Physicians and its Potential Effect upon Clinical Outcomes in Patients with Oncologic Pain or Chronic Pain of Nononcologic Origin. *Pain Medicine*, 19(12), 2398–2407. <https://doi.org/10.1093/pm/pnx335>

188. Rosoff, D. B., Davey Smith, G., Mehta, N., Clarke, T. K., & Lohoff, F. W. (2020). Evaluating the relationship between alcohol consumption, tobacco use, and cardiovascular disease: A multivariable Mendelian randomization study. *PLoS medicine*, 17(12), e1003410. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003410>

189. Rouberte, E. S. C., Araujo, T. L., Sousa, D. F., Nogueira, D. M. C., Maia, R. S., & Moreira, R. P., et al. (2022). Cardiovascular risk and cardiovascular risk factors in adolescents. *Revista brasileira de enfermagem*, 75(4), e20210278. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0278>

190. Ruiz González, S. D. R., Monroy Torres, R., Malacara, J. M., & Guardado-Mendoza, R. (2022). Sensitivity and specificity of body mass index and main risk factors for cardiovascular disease in middle-income urban participants in Guanajuato, Mexico. Sensibilidad y especificidad del índice de masa corporal y principales factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en participantes de zona urbana de ingresos medios en Guanajuato, México. *Nutricion hospitalaria*, 39(5), 1027–1036. <https://doi.org/10.20960/nh.04074>

191. Salanova, M., Llorens, S., García-Renedo, M., Raül, B., Bresó, E., & Schaufeli, W. B. (2005). Towards a Four-Dimensional Model of Burnout: A Multigroup Factor-Analytic Study Including Depersonalization and Cynicism. *Educational and Psychological Measurement*, 65(5), 807–819. <https://doi.org/10.1177/0013164405275662>

192. Sarısaltık, A., Tiryakioğlu, A., Yılmaz, A. S., Alibaş, B. A., Seyhan, E., & Zümbül, N. et al. (2023). Aile hekimlerinde fiziksel aktivite düzeyleri ve fiziksel aktivite danışmanlığı uygulamaları [Physical activity levels and physical activity counseling practices of family physicians]. *The Journal of Turkish Family Physician*, 14(1), 17-29. Doi: 10.15511/tjtfp.23.00117

193. Schaarschmidt, U., & Fischer, A.W. (2008). *AVEM – Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster. Handanweisung (3. überarbeitete und erweiterte Aufl.)*. London: Pearson. Взято з <https://www.testzentrale.de/shop/arbeitsbezogenes-verhaltens-und-erlebensmuster.html>

194. Schaufeli, W.B., & Buunk, B.P. (1996). Professional burnout. In: M.J. Schabracq, J.A.M. Winnubst, C.L. Cooper (Eds.), *Handbook of work and health psychology* (C. 311-346). Chichester England : Wiley. Взято з <https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/082.pdf>

195. Schaufeli, W.B., De Witte, H., & Kok, R. (2022). Inzet van vragenlijsten bij stressgerelateerde aandoeningen: Het verschil maken met BAT and 4DKL [The use of questionnaires for stress-related disorders: Making a difference with the BAT and 4DSQ]. *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringeneeskunde (TBV)*, 30(3), 41–45. <https://doi.org/10.1007/s12498-022-1476-9>
196. Schaufeli, W.B., & Dierendonck, V.D. (1993). The construct validity of two burnout measures. *Journal of Organizational Behavior*, 14(7), 631-647.
197. Schaufeli, W., & Enzmann, D. (1998). *The Burnout Companion to Study and Practice: A Critical Analysis*. London: CRC Press. <https://doi.org/10.1201/9781003062745>
198. Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *The Career Development International*, 14(3), 204–220. <https://doi.org/10.1108/13620430910966406>
199. SCORE2 working group and ESC Cardiovascular risk collaboration (2021). SCORE2 risk prediction algorithms: new models to estimate 10-year risk of cardiovascular disease in Europe. *European heart journal*, 42(25), 2439–2454. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab309>
200. See, K. C., Zhao, M. Y., Nakataki, E., Chittawatanarat, K., Fang, W. F., & Faruq, M. O., et al. (2018). Professional burnout among physicians and nurses in Asian intensive care units: a multinational survey. *Intensive care medicine*, 44(12), 2079–2090. <https://doi.org/10.1007/s00134-018-5432-1>
201. Selvaraj, C. S., & Abdullah, N. (2022). Physically active primary care doctors are more likely to offer exercise counselling to patients with cardiovascular diseases: a cross-sectional study. *BMC primary care*, 23(1), 59. <https://doi.org/10.1186/s12875-022-01657-3>
202. Shakespeare William. (1599). *The Passionate Pilgrim*. Взято з <https://www.nosweatshakespeare.com/poems/the-passionate-pilgrim/>

203. Shirom, A. (2003). Job-related burnout: A review. B J. C. Quick & L. E. Tetrick (Eds.), *Handbook of occupational health psychology* (C. 245–264). American Psychological Association. Взято з <https://doi.org/10.1037/10474-012>
204. Singh, S., Farrelly, A., Chan, C., Nicholls, B., Nazeri-Rad, N., & Bellicoso, D., et al. (2022). Prevalence and Workplace Drivers of Burnout in Cancer Care Physicians in Ontario, Canada. *JCO oncology practice*, 18(1), e60–e71. <https://doi.org/10.1200/OP.21.00170>
205. Sirois, B. C., & Burg, M. M. (2003). Negative emotion and coronary heart disease. A review. *Behavior modification*, 27(1), 83–102. <https://doi.org/10.1177/0145445502238695>
206. Storlie, F.J. (1979). Burnout: The Elaboration of a Concept. *The American Journal of Nursing*, 79(12), 2108-2111. <https://doi.org/10.2307/3469867>
207. Taylor, C. E., Scott, E. J., & Owen, K. (2022). Physical activity, burnout and quality of life in medical students: A systematic review. *The clinical teacher*, 19(6), e13525. <https://doi.org/10.1111/tct.13525>
208. Teixeira, M. E. F., Vitorino, P. V. O., Amodeo, C., Martinez, T., Brandão, A. A., & Barbosa, E. C. D., et al. (2021). Cardiovascular Risk Factors in Cardiology Specialists from the Brazilian Society of Cardiology. Fatores de Risco Cardiovascular em Cardiologistas Especialistas pela Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arquivos brasileiros de cardiologia*, 116(4), 774–781. <https://doi.org/10.36660/abc.20200125>
209. Teo, K. K., & Rafiq, T. (2021). Cardiovascular Risk Factors and Prevention: A Perspective From Developing Countries. *The Canadian journal of cardiology*, 37(5), 733–743. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2021.02.009>
210. Terluin, B., Oosterbaan, D. B., Brouwers, E. P., van Straten, A., van de Ven, P. M., & Langerak, W. et al. (2014). To what extent does the anxiety scale of the Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ) detect specific types of anxiety disorder in primary care? A psychometric study. *BMC Psychiatry*, 14(1), 121. <https://doi.org/10.1186/1471-244x-14-121>

211. Terluin B., Rhenen, W. V., Schaufeli, W. B., & De Haan, M. (2004). The four-dimensional symptom questionnaire (4DSQ): measuring distress and other mental health problems in a working population. *Work & Stress*, 18(3), 187–207. <https://doi.org/10.1080/0267837042000297535>
212. Ternavska, T. A. (2021). Research of the phenomenon of professional burnout of employees of the socio-pedagogical sphere. *Educational Dimension*, 56(4), 162–170. <https://doi.org/10.31812/educdim.v56i4.4438>
213. Thabit, H. A. & Abdullah, M.A. (2021). Prevalence of Hypertension among Doctors and Risk Factors in Al-Thawra Hospital, Sanaa in 2019. *Biomedical Journal of Scientific & Technical Research*, 36(2), 28438-28448. DOI: 10.26717/BJSTR.2021.36.005838
214. The American Heritage Dictionary of the English Language (1992). A.H. Soukhanov (Ex.ed.). 3-rd ed. Boston, New York : Houghton Mifflin Company.
215. Toker, S., Melamed, S., Berliner, S., Zeltser, D., & Shapira, I. (2012). Burnout and risk of coronary heart disease: a prospective study of 8838 employees. *Psychosomatic medicine*, 74(8), 840–847. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31826c3174>
216. Unger, T., Borghi, C., Charchar, F., Khan, N. A., Poulter, N. R., & Prabhakaran, D., et al. (2020). 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. *Hypertension (Dallas, Tex. : 1979)*, 75(6), 1334–1357. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15026>
217. Uziel, N., Meyerson, J., Birenzweig, Y., & Eli, I. (2019). Professional burnout and work stress among Israeli dental assistants. *Psychology, health & medicine*, 24(1), 59–67. <https://doi.org/10.1080/13548506.2018.1475679>
218. van Hoy, A., Rzeszutek, M., Pięta, M., Mestre, J. M., Rodríguez-Mora, Á., & Midgley, N., et al. (2022). Burnout among psychotherapists: a cross-cultural value survey among 12 European countries during the coronavirus disease pandemic. *Scientific reports*, 12(1), 13527. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-17669-z>
219. van Oort, S., Beulens, J. W. J., van Ballegooijen, A. J., Burgess, S., & Larsson, S. C. (2021). Cardiovascular risk factors and lifestyle behaviours in relation

to longevity: a Mendelian randomization study. *Journal of internal medicine*, 289(2), 232–243. <https://doi.org/10.1111/joim.13196>

220. Veninga, R.L., & Spradley, J.P. (1981). *The Work/Stress Connection: How to Cope with Job Burnout*. Boston, Mass: Little, Brown and Company.

221. Vinnikov, D., Dushpanova, A., Kodashbaev, A., Romanova, Z., Almukhanova, A., & Tulekov, Z., et al.(2019). Occupational burnout and lifestyle in Kazakhstan cardiologists. *Archives of public health = Archives belges de sante publique*, 77, 13. <https://doi.org/10.1186/s13690-019-0345-1>

222. Visseren, F. L. J., Mach, F., Smulders, Y. M., Carballo, D., Koskinas, K. C., & Böck, M., et al. (2021). 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Developed by the Task Force for cardiovascular disease prevention in clinical practice with representatives of the European Society of Cardiology and 12 medical societies with the special contribution of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC). *European Heart Journal*, 42(34), 3227–3337. Взято з <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab484>

223. Volpe, M., Borghi, C., Cameli, M., Cianflone, D., Cittadini, A., & Maggioni, A. P., et al. (2023). How cardiologists can manage excess body weight and related cardiovascular risk. An expert opinion. *International journal of cardiology*, 381, 101–104. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2023.03.054>

224. von Känel, R., Princip, M., Holzgang, S. A., Fuchs, W. J., van Nuffel, M., Pazhenkottil, A. P., & Spiller, T. R. (2020). Relationship between job burnout and somatic diseases: a network analysis. *Scientific reports*, 10(1), 18438. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-75611-7>

225. Wang, J., Hu, B., Peng, Z., Song, H., Cai, S., & Rao, X., et al. (2021). Prevalence of burnout among intensivists in mainland China: a nationwide cross-sectional survey. *Critical care*, 25, 8. <https://doi.org/10.1186/s13054-020-03439-8>

226. Wei, D., González-Marrachelli, V., Melgarejo, J. D., Liao, C. T., Hu, A., & Janssens, S., et al. (2023). Cardiovascular risk of metabolically healthy obesity in two european populations: Prevention potential from a metabolomic



study. *Cardiovascular diabetology*, 22(1), 82. <https://doi.org/10.1186/s12933-023-01815-6>

227. Weinberg, R. S., & Gould, D. (2007). *Foundations of sport and exercise psychology* (4th ed.). Human Kinetics.

228. Whelton, S. P., McEvoy, J. W., Shaw, L., Psaty, B. M., Lima, J. A. C., & Budoff, M., et al. (2020). Association of Normal Systolic Blood Pressure Level With Cardiovascular Disease in the Absence of Risk Factors. *JAMA cardiology*, 5(9), 1011–1018. <https://doi.org/10.1001/jamacardio.2020.1731>

229. Whitehead, I. O., Moffatt, S., Jagger, C., & Hanratty, B. (2022). A national study of burnout and spiritual health in UK general practitioners during the COVID-19 pandemic. *PloS one*, 17(11), e0276739. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0276739>

230. Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., Agabiti Rosei, E., Azizi, M., & Burnier, M., et al. (2018). 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *European heart journal*, 39(33), 3021–3104. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339>

231. Wilson, J., Tanuseputro, P., Myran, D. T., Dhaliwal, S., Hussain, J., & Tang, P., et al. (2022). Characterization of Problematic Alcohol Use Among Physicians: A Systematic Review. *JAMA network open*, 5(12), e2244679. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.44679>

232. WMA International Code of Medical Ethics.(2022). *Adopted by the 3rd General Assembly of the World Medical Association, London, England, October 1949*. Взято з <https://www.wma.net/policies-post/wma-international-code-of-medical-ethics/>

233. World Health Organization, Babor T.F., Higgins-Biddle J.C., Saunders J. B., & Monteiro M.G. (2001). *AUDIT: the alcohol use disorders identification test : guidelines for use in primary health care*. 2nd ed. Geneva: World Health Organization. Взято з <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67205>

234. World Health Organization. (2022). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics* (version 02/2022): QD85 Burnout. Взято з <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2f%2fid%2fentity%2f129180281>

235. World Health Organization. (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision* (version 2019): Z73.0 Burnout. Взято з <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/Z73.0>

236. World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (10th ed.). Взято з <https://icd.who.int/browse10/2019/en>

237. World Health Organization. (1997). *Lexicon of cross-cultural terms in mental health*. Geneva: World Health Organization. Взято з <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41948>

238. World Health Organization. (1994). *Lexicon of psychiatric and mental health terms*. 2nd ed. Geneva: World Health Organization. Взято з <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39342>

239. World Health Organization. (2021). Obesity. Взято з <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/6-facts-on-obesity>

240. World Health Organization. (1998). *Primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders*. Geneva: World Health Organization. Взято з <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42043>

241. World Health Organization. (2011). *Waist circumference and waist-hip ratio : report of a WHO expert consultation*. 8-11 December 2008. Geneva: World Health Organization. Взято з <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44583>

242. World Health Organization. (2020). *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour*. Geneva: World Health Organization. Взято з <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>

243. Xiao, Y., Dong, D., Zhang, H., Chen, P., Li, X., & Tian, Z., et al. (2022). Burnout and Well-Being Among Medical Professionals in China: A National Cross-Sectional Study. *Frontiers in public health*, 9, 761706. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.761706>

244. Yang, X., Liu, Q., Fan, Y., Ding, L., Wang, R., Hu, G., & Liu, M. (2021). Cardiovascular Risk Factor Status in Hospitalized Patients With Type 2 Diabetes in China. *Frontiers in endocrinology*, 12, 664183. <https://doi.org/10.3389/fendo.2021.664183>
245. Yeh, E. J., Grigolon, R. B., Rodrigues, S. R., & A Bueno, A. P. (2023). Systematic literature review and meta-analysis of cardiovascular risk factor management in selected Asian countries. *Journal of comparative effectiveness research*, 12(4), e220085. <https://doi.org/10.57264/cer-2022-0085>
246. Yellowlees, P., & Rea, M. (2022). Burnout. *Patient Safety Network*. Взято з <https://psnet.ahrq.gov/primer/burnout>
247. Youssef, D., Abboud, E., Abou-Abbas, L., Hassan, H., & Youssef, J. (2022). Prevalence and correlates of burnout among Lebanese health care workers during the COVID-19 pandemic: a national cross-sectional survey. *Journal of pharmaceutical policy and practice*, 15(1), 102. <https://doi.org/10.1186/s40545-022-00503-2>
248. Youssef, D., Youssef, J., Abou-Abbas, L., Kawtharani, M., & Hassan, H. (2022). Prevalence and correlates of burnout among physicians in a developing country facing multi-layered crises: a cross-sectional study. *Scientific reports*, 12(1), 12615. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-16095-5>
249. Yu, J., Jia, H., Zheng, Z., Cao, P., & Yu, X. (2021). Prevalence and Clustering of Cardiovascular Risk Factors among Medical Staff in Northeast China. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 9(9), 1227. <https://doi.org/10.3390/healthcare9091227>
250. Yusuf, S., Hawken, S., Ôunpuu, S., Dans, T., Avezum, A., & Lanan, F., et al. (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*, 364(9438), 937–952. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(04\)17018-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(04)17018-9)
251. Zarei, E., Ahmadi, F., Sial, M. S., Hwang, J., Thu, P. A., & Usman, S. M. (2019). Prevalence of Burnout among Primary Health Care Staff and its

Predictors: A Study in Iran. *International journal of environmental research and public health*, 16(12), 2249. <https://doi.org/10.3390/ijerph16122249>

252. Zhang, M., Shi, Y., Yang, Y., Liu, L., Xiao, J., & Guo, T., et al. (2017). Burnout is associated with poor recovery of physical performance and low quality of life in patients after their first episode of acute coronary syndrome: A hospital-based prospective cohort study. *International journal of cardiology*, 227, 503–507. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2016.10.114>

253. Žutautienė, R., Radišauskas, R., Kaliniene, G., & Ustinaviciene, R. (2020). The Prevalence of Burnout and Its Associations with Psychosocial Work Environment among Kaunas Region (Lithuania) Hospitals' Physicians. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(10), 3739. <https://doi.org/10.3390/ijerph17103739>

254. Бегеза, Л. (2020). Психологічні особливості емоційного вигорання лікарів. *Psychological Prospects Journal*, (36), 37–48. <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2020-36-37-48>

255. Бережний, В.В., Марушко, Т.В., & Романкевич І.В. (2010). Використання добового моніторингу артеріального тиску у педіатричній практиці (огляд літератури). *Сучасна педіатрія*, 2(30), 57-62. Взято з <https://med-expert.com.ua/journals/ua/publishing-activity-uk/sovremennaya-pediatriya-publishing-activity-uk/suchasna-pediatrija-%E2%84%96-2-2010/>

256. Бондар, О. В., Рибін, А. І., & Пацков, А. О. (2021). Емоційне вигорання і питання професійної психологічної підготовки лікарів-онкологів. *Медична освіта*, (3), 23–30. <https://doi.org/10.11603/m.2414-5998.2021.3.12424>

257. Великий тлумачний словник сучасної української мови (з дод. і допов.) (2005). Уклад. і голов. ред. В. Т. Бусел. Київ, Ірпінь : ВТФ «Перун».

258. Всесвітня організація охорони здоров'я. Європейське регіональне бюро. (2020). STEPS поширеність факторів ризику неінфекційних захворювань. Україна 2019. Всесвітня організація охорони здоров'я. Європейське регіональне бюро. Взято з <https://apps.who.int/iris/handle/10665/336643>

259. Гельсінська декларація Всесвітньої медичної асоціації "Етичні принципи медичних досліджень за участю людини у якості об'єкта дослідження" : Декларація Всесвіт. мед. асоц. від 01.06.1964 р. (2008). Взято з [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/990\\_005#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/990_005#Text)

260. Громцева, О. В., & Стрюков, В. В. (2022). Гендерне орієнтований підхід до менеджменту емоційним вигоранням у лікарів та середнього медичного персоналу в військовий час. *Економічні горизонти*, (2(20), 94–110. [https://doi.org/10.31499/2616-5236.2\(20\).2022.263950](https://doi.org/10.31499/2616-5236.2(20).2022.263950)

261. Данильчук, Г.О., Венгер, Я.І., & Лагода, Д.О. (2019). Оцінка ступеня емоційного вигорання у лікарів та лікарів-інтернів на етапі післядипломної освіти. *Медична освіта*, 2, 137-142. <https://doi.org/10.11603/me.2414-5998.2019.2.10355>

262. Драга, Т.М., Ханас, Т.Б., & Криницька, І.Я. (2018). Особливості синдрому емоційного вигорання у медичних сестер терапевтичних та хірургічних відділень. *Медсестринство*, 2, 40-41. <https://doi.org/10.11603/2411-1597.2018.2.9165>

263. Дроздова, А.Р. (2013). *Психологічні чинники прояву синдрому «емоційного вигорання» у представників різних типів професій і безробітних.* (Дис. канд. психол. наук). Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, Харків.

264. Єхалов, В., Кравець, О., Башкірова, Н., & Гайдук, О. (2021). Синдром емоційного вигорання на етапах навчання у лікарів з фаху "Загальна практика-сімейна медицина". *Věda a perspektivy*, (1 (1)), 186-199. [https://doi.org/10.52058/2695-1584-2021-1\(1\)-186-199](https://doi.org/10.52058/2695-1584-2021-1(1)-186-199)

265. Зайчикова, Т.В. (2005). *Соціально-психологічні детермінанти синдрому «професійного вигорання» у вчителів.* (Автореф. дис. канд. психол.наук). Інститут психології імені Г.С. Костюка, Київ.

266. Калугін, І.В. (2018). *Оптимізація терапії психічних розладів у пацієнтів похилого віку з поліморбідністю.* (Дис. канд. мед. наук). Державна

установа «Науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України», Київ.

267. Кальниш, В. В., Опанасенко, В. В., Зайцев, Д. В., & Алексєєва, Л. М. (2021). Трансформація відчуттів, пов'язаних з рівнем емоційного вигорання, при відновленні функціонального стану військовослужбовців в умовах стаціонарного лікування. *Український журнал з проблем медицини праці*, 17(2), 84-92. <https://doi.org/10.33573/ujoh2021.02.084>

268. Катеренчук, І.П., & Циганенко, І.В. (2017). *Ендотеліальна дисфункція та кардіоваскулярний ризик: причини, механізми розвитку, клінічні прояви, лікування і профілактика*. Київ : Видавничий дім Медкнига.

269. Комуникативні навички лікаря: підруч. для студ. вищих мед. навч. закл. та фахівців практ. мед. (2021). О.С. Чабана, О.О. Хаустова, І.А. Коваль та ін.; за заг. ред. О.С. Чабана. 2-ге вид., переробл. і доповн. Київ: Видавець Заславський О.Ю.

270. Конституція України : Закон України від 28 червня 1996 року № 254к/96-ВР. (1996). *Відомості Верховної Ради України*, 30, 141. Взято з <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>

271. Куліш, О. В., & Сіпко, Л. О. (2022). Вплив емпатії на формування синдрому емоційного вигорання у медичних працівників. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*, (1), 32-36. <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2022.1.6>

272. Кульбашна, Я.А., Маланчук, В.О., Нагірний, Я.П., & Литовченко Н.М. (2019). Формування синдрому професійного вигорання у викладачів медичних закладів вищої освіти. *Медична освіта*, (1), 82–87. <https://doi.org/10.11603/me.2414-5998.2019.1.10088>

273. Лазарчук, Т.Б., Самогальська, О.Є., & Мерецька І.В. (2019). Роль післядипломного навчання в профілактиці синдрому емоційного вигорання у лікарів первинної ланки. *Медична освіта*, (2), 148-151. <https://doi.org/10.11603/me.2414-5998.2019.2.10356>

274. Лазорко, О., & Шевцова, Т. (2020). Емпіричні референти емоційної безпеки професіонала. *Психологічні перспективи*, (36), 159-173. <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2020-36-159-173>

275. Лашкул, З. В., & Курочка, В. Л. (2014). Соціально-гігієнічне дослідження факторів ризику серцево-судинних захворювань серед лікарів різних фахових груп, з'ясування ставлення лікарів до проблем профілактики. *Запорізький медичний журнал*, (3), 23-25.

276. Лембрик, І.С., & Приймак, Р.Ю. (2018). Синдром емоційного вигорання у викладача медичного вузу. *Лікарська справа*, (5-6), 180-186. [https://doi.org/10.31640/jvd.5-6.2018\(31\)](https://doi.org/10.31640/jvd.5-6.2018(31))

277. Лотоцька, О.В., Литвинюк, В.В., Сопель, О.М., Крицька, Г.А., & Кучер, С.В. (2020). Гігієнічні аспекти профілактики синдрому емоційного вигорання у середнього медичного персоналу різнопрофільних відділень лікарні. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*, (3 (85)), 19-23. <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2020.3.11616>

278. Марута, Н.О., Чабан, О.С., & Каленська, Г.Ю. (2021). Особливості емоційного вигорання в працівників сфери охорони неврологічного й психічного здоров'я. *Міжнародний неврологічний журнал*, 7(109), 22–30. <https://doi.org/10.22141/2224-0713.7.109.2019.183009>

279. Міністерство охорони здоров'я України. (2017). Рекомендації щодо здорового харчування дорослих від 08 грудня 2017 року. Взято з [https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/%D0%B4%D0%BE%D0%BA%D1%83%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D1%82%D0%B8/01122017\\_Basic\\_Recommendations-1.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/%D0%B4%D0%BE%D0%BA%D1%83%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D1%82%D0%B8/01122017_Basic_Recommendations-1.pdf)

280. Млиниська, М.М., & Гасюк, М.Б. (2019). Синдром «емоційного вигорання» у медичного персоналу. *Молодий вчений*, 10(74), 406-410. <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2019-10-74-87>

281. Мороз, Г.З., Гідзинська, І.М., & Ласиця, Т.С. (2019). Самооцінка пацієнтами та лікарями виконання вимог здорового способу життя й готовності до змін поведінкових факторів ризику серцево-судинних захворювань. *Клінічна*

та профілактична медицина, (1), 4-10. [https://doi.org/10.31612/2616-4868.1\(7\).2019.01](https://doi.org/10.31612/2616-4868.1(7).2019.01)

282. Мороз, Г. З., Ласиця, Т. С., Гідзинська, І. М., Римаренко, П. В., & Сімак, І. М. (2014). Оцінка поширеності чинників ризику серцево-судинних захворювань у лікарів. *Сучасні аспекти військової медицини*, (21), 58-64. Взято з [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Savm\\_2014\\_21\\_10](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Savm_2014_21_10)

283. Мухіна, Л.М. (2014). Проблема емоційного вигорання співробітників кримінально-виконавчої системи. *Науковий вісник Миколаївського національного університету імені В.О. Сухомлинського. Серія : Психологічні науки*, (2.12), 135-140.

284. Настанова з кардіології (2009). За ред. В.М. Коваленка. Київ : МОРІОН.

285. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 № 2801-ХІІ. (1993). *Відомості Верховної Ради України*(4), 19. Взято з <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>

286. Погрібна, А.О., & Ярцева, Т.В. (2022). Особливості емоційного вигорання медичних працівників. *Актуальні питання сучасної науки та освіти: збірка наукових праць факультету гуманітарної та економічної освіти до Всеукраїнської науково-практичної конференції*. (С. 105-114). Слов'янськ: МОН України ДВНЗ «Донбаський державний педагогічний університет».

287. Практична психосоматика: діагностичні шкали. Навчальний посібник. (2021). За заг. ред. О.С. Чабана, О.О. Хаустової. 3-є вид., випр. і доп. Київ: Видавничий дім Медкнига.

288. Пріб, Г.А., & Лапінська, Т. В. (2019). Подолання розладів адаптації як чинник успішного професійного розвитку та кар'єрного зростання в осіб, які працюють в умовах підвищеної стресогенності. *Психологічний часопис*, 5(11), 237–252. <https://doi.org/10.31108/1.2019.5.11.16>

289. Психологічна енциклопедія. (2006). Автор-упорядник О.М. Степанов. Київ : «Академвидав».



290. Ровенська, В.В., & Саржевська, Є.О. (2020). Особливості розвитку та проявів синдрому емоційного вигорання у лікарів. *Економічний вісник Донбасу*, (1(59)), 123-129. [https://doi.org/10.12958/1817-3772-2020-1\(59\)-123-129](https://doi.org/10.12958/1817-3772-2020-1(59)-123-129)

291. Романовська, О.О. (2017). Синдром емоційного вигорання в професійній діяльності викладача ВНЗ як психологічна і педагогічна проблема. *Проблеми інженерно-педагогічної освіти*, (54-55), 357-366.

292. Снісар, О.А. (2022). Проблема емоційного вигорання у медичних сестер та шляхи їх подолання. *Здобутки та досягнення прикладних та фундаментальних наук XXI століття : матеріали III Міжнародної наукової конференції*. (С. 283-285). Міжнародний центр наукових досліджень. Вінниця: Європейська наукова платформа.

293. Сургунд, Н.А., & Примуш, Н.М. (2021). Аналіз динаміки прояву синдрому професійного вигорання у медичних працівників в умовах COVID-19. *Psychology Travelogs*, (1), 150-159. <https://doi.org/10.31891/pt-2021-1-13>

294. Танасійчук, О.М., & Чигринська, Л.П. (2019). Психологічний аналіз показників емоційного вигорання медичних сестер. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*, (4), 30-36. Взято з <http://pj.journal.kspu.edu/index.php/pj/article/download/982/936/> DOI: 10.32999/ksu2312-3206/2019-4-4

295. Ткачук, І. М., & Михайлик, О. П. (2018). Оцінка способу життя та поширення факторів ризику серцево-судинних захворювань серед лікарів військової первинної медичної допомоги. *Лікарська справа*, (1-2), 182-184. Взято з [http://nbuv.gov.ua/UJRN/LiSp\\_2018\\_1-2\\_33](http://nbuv.gov.ua/UJRN/LiSp_2018_1-2_33)

296. Теренда, Н.О., Павлів, Т.Б., & Слободян, Н.О. (2021). Професійне вигорання працівників екстреної медичної допомоги (на прикладі Львівської області). *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*, (1(87)), 29-32. <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2021.1.12139>

297. Тесленко, В. М. (2016). Психологічні особливості професійного вигорання педагогів. *Правничий вісник Університету «КРОК»*, (23), 226-230. Київ: Вищий навчальний заклад «Університет економіки та права «КРОК».

Взято з <https://library.krok.edu.ua/media/library/category/zhurnali/pravnychyivisnyk-universytetu-krok/pravnychyivisnyk-universytetu-krok-n23.pdf>

298. Христич, Т. М. (2014). Ліпідний спектр крові при хронічному панкреатиті за коморбідності з ішемічною хворобою серця: можливості корекції. *Гастроентерологія - Gastroenterologia*, (3.53), 56–63. <https://doi.org/10.22141/2308-2097.3.53.2014.82120>

299. Чорна, В.В., Махнюк, В. М., Могильний, С. М., Хлестова, С. С., Подолян, В. М., & Фурман, Л. Б. та ін. (2022). Стан професійного стресу у медичних працівників, протидії та його подолання. *Environment & Health*, (2), 53-62. <https://doi.org/10.32402/dovkil2022.02.053>

300. Щербан, Т., & Брецько, І. (2018). Особливості, що зумовлюють емоційне вигорання підлітків у процесі спілкування з дорослими. *Наука і освіта*, (1), 131-138.

301. Юр'єва, Л.М. (2004). *Професійне вигорання у медичним працівників: формування, профілактика і корекція*. Київ: Сфера.

302. Юрков, О.С., & Соломка, І.О. (2017). Синдром емоційного вигорання медичних працівників. *Науковий вісник Мукачівського державного університету. Серія «Педагогіка та психологія»*, (1(5), 213-215.

303. Юрченко, І., Савченко, І., & Димчук, О. (2021). Особливості та поширеність прояву професійного вигорання медичних працівників наркологічних і психіатричних закладів Луганської області за сучасних умов. *Медсестринство*, (2), 70-74. Взято з <https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/nursing/article/download/12292/11599> DOI: 10.11603/2411-1597.2021.2.12292

304. Яворська, Т.П. (2018). Особливості прояву синдрому емоційного вигорання у лікарів, які надають допомогу пацієнтам із цереброваскулярними захворюваннями. *Архів психіатрії*, Т.24, (2(93), 116-120.

305. Яковицька, Л.С. (2022). Професійне вигорання фахівців в умовах війни. *Міжгрупова взаємодія в умовах війни: ідентичності, картини світу, долання травми*: матеріали круглого столу. (С. 67-69). За наук. ред. П.П.

Горностая, Л.Г. Черної; Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології, Асоціація політичних психологів України. Київ: Талком. Взято з [https://ispp.org.ua/wp-content/uploads/2022/08/Intergroup\\_interaction\\_in\\_War\\_Time.pdf](https://ispp.org.ua/wp-content/uploads/2022/08/Intergroup_interaction_in_War_Time.pdf)



### АКТ

**про впровадження результатів дисертаційного дослідження Ботякової**  
**Вікторії Вікторівни на тему: «Фактори серцево-судинного ризику у лікарів**  
**загальної практики – сімейних лікарів із синдромом професійного**  
**вигорання» в освітній процес та наукову діяльність**  
**у Київський університет інтелектуальної власності та права**

Комісія у складі: завідувачки кафедрою філософії та психології Кивлюк Ольги Петрівни, доктора філософії, професорки; доцента кафедри філософії та психології Чернякової Лесі Володимирівни, кандидата психологічних наук, доцента; доцента кафедри філософії та психології Вітомського Юрія Леонідовича кандидата психологічних наук Київського університету інтелектуальної власності та права склала цей акт про те, що розроблені та надіслані за наслідками дисертаційного дослідження **Ботякової Вікторії Вікторівни** наукові висновки і пропозиції використовуються в освітньому процесі Київського університету інтелектуальної власності та права в рамках навчальних дисциплін «Основи психосоматики та психогенетики», «Загальна психологія», «Соціальна психологія», «Психологія особистості» для здобувачів денної та заочної форм навчання першого, другого та третього рівнів вищої освіти, а також у науковій діяльності ЗВО.

Зокрема, в якості рекомендованих джерел використовуються такі надані публікації автора:

**Статті у наукових фахових виданнях, внесених до оновленого переліку фахових видань з медичних дисциплін МОН України:**

1. Botiakova, V. (2023). Prevalence of Burnout Syndrome among Medical Professionals in Ukraine from 2018 to 2022. *Art of Medicine*, 25(1), 92-100. <https://doi.org/10.21802/artm.2023.1.25.92>.
2. Botiakova, V. (2023). Current State of Burnout Syndrome Frequency in European Medical Professionals. *Сучасна медицина, фармація та психологічне здоров'я*, (1(10), 18-25. <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2023-1-2>.
3. Botiakova, V. (2023). Prevalence of Burnout Syndrome in Healthcare Workers in North and South America, and Asia from 2018 to 2022. *Art of Medicine*, 26(2), 205-213. <https://doi.org/10.21802/artm.2023.2.26.205>.
4. Botiakova, V. (2023). The Relationship Between Burnout Syndrome, Quality of Life and Cardiovascular Risk Factors in Family Doctors. *Перспективи та інновації науки*, 13(31), 611-630. [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-13\(31\)-611-631](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-13(31)-611-631)

**Статті у періодичних наукових виданнях інших держав, які входять до Організації економічного співробітництва та розвитку та/або ЄС, з наукового напрямку, за яким підготовлено дисертацію здобувача:**

5. Botiakova, V.V. (2021). Das Burnout-Syndrom und Seine Entstehung. *The European Journal of Biomedical and Life Sciences*, (3), 3-8. <https://doi.org/10.29013/elbls-21-3-3-8>

**Публікації у збірниках матеріалів науково-практичних конференцій:**

6. Botiakova, V. (2023). Zusammenhang Zwischen Burnout-Syndrom, Kardiovaskulären Risikofaktoren Und Lebensqualität Bei Allgemeinen Ärzten – Hausärzten. *II International Scientific and Practical Conference «Young scientists and methods of improving modern theories»* (P. 96-100). Milan: International Science Group.
7. Botiakova V.V. (2023). Causative Factors of Burnout Syndrome among Medical Professionals. Tezy dopovidei 92-oi nauково-praktychnoi konferentsii studentiv ta molodykh vchenykh iz mizhnarodnoiu uchastiu «Innovatsii v medytsyni ta farmatsii» [Abstracts of 92nd Scientific and Practical Conference of Students and Young Scientists with International Participation «Innovations in Medicine and



Pharmacy»] (P. 180-181). Ivano-Frankivsk : Ivano-Frankivskyi natsionalnyi medychnyi universytet.

8. Botiakova, V.V. (2022). The impact of war on burnout syndrome among medical professionals. *Chornomorski naukovi studii : materialy 8-oi Vseukrainskoi multidystyplinarnoi konferentsii [Black Sea scientific studies: materials of the 8<sup>th</sup> All-Ukrainian multidisciplinary conference]* (P. 253-256). Odesa: Mizhnarodnyi humanitarnyi universytet.

9. Botiakova, V. (2022). Modelle des Burnout-Syndroms bei Medizinischem Personal. *Integration of scientific and modern ideas into practice: Proceedings of the VIII International Scientific and Practical Conference* (P. 353-356). Stockholm: International Science Group. DOI: 10.46299/ISG.2022.2.8.

10. Botiakova, V.V. (2021). Burnout Syndrome Takes Over the World. In: Koenig L (Editor), *Proceedings of the 11<sup>th</sup> International conference Science and society – Methods and problems of practical application* (P. 29-31). Vancouver: Accent Graphics Communications & Publishing.

11. Botiakova, V.V. (2019). The Definition of Burnout and its Origins. In: Hong Han (Editor), *Proceedings of the 6<sup>th</sup> International Conference Innovations and Development Patterns in Technical and Natural Sciences* (P. 36-40). Vienna: Premier Publishing s.r.o.

**Завідувачка кафедрою філософії**

**та психології,**

**доктор філософських наук, професор**



**О.П. Кивлюк**

**доцент кафедри філософії**

**та психології**

**кандидат психологічних наук, доцент**

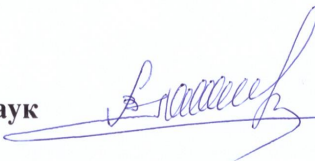


**Л. В. Чернякова**

**доцент кафедри філософії**

**та психології**

**кандидат психологічних наук**



**Ю. Л. Вітомський**

## Додаток А-1



«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор КНП «ЦПМСД №1»  
Шевченківського району м. Києва

Валентина РЕЙФ

«03» вересня 2023 р.

## АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції про впровадження: Оптимізація заходів профілактики факторів ризику розвитку синдрому професійного вигорання у лікарів загальної практики – сімейних лікарів (медичних працівників зокрема).
2. Ким запропоновано: Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра загальної практики (сімейної медицини), м. Київ, вул. М.Пимоненко, 10а, Ботякова В.В.
3. Джерело інформації: Botiakova V. (2023). Practical Recommendations on the Optimization of Preventive Measures of Burnout Syndrome Risk Factors Development among Family Doctors of Ukraine. *Creation of new ideas of learning in modern conditions: Proceedings of the II International Science Conference* (P. 109-110). Bordeaux, France: European Conference; Botiakova, V. (2023). The Relationship Between Burnout Syndrome, Quality of Life and Cardiovascular Risk Factors in Family Doctors. *Перспективи та інновації науки*, 13(31), 611-630. [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-13\(31\)-611-631](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-13(31)-611-631).
4. Де та коли впроваджено:

КНП «ЦПМСД №1» Шевченківського району м. Києва

назва лікувального закладу

27.09.2023

дата початку впровадження

Загальна кількість спостережень: 31.

5. Результати застосування методу: з 27.09.2023 по 20.10.2023

Позитивні (кількість спостережень) – 31.

Негативні (кількість спостережень) – 0.

Невизначені (кількість спостережень) – 0.

6. Ефективність впровадження: Оптимізація превентивних заходів щодо запобігання формування синдрому професійного вигорання шляхом профілактики факторів ризику розвитку синдрому професійного вигорання у лікарів загальної практики – сімейних лікарів (медичних працівників зокрема) задля зниження ризику розвитку синдрому професійного вигорання, покращення рівня якості життя, а також сприяння належного надання якісної, своєчасної, кваліфікованої медичної допомоги пацієнтам.

7. Зауваження, пропозиції: продовжити впровадження.

«03» вересня 2023 року

(дата)

(підпис)



«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Керівник закладу охорони здоров'я,  
директор ТОВ «Превентклініка»  
Владислава МАЛЄЄВА

«3» вересня 2023 р.

## АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції про впровадження: Оптимізація заходів профілактики факторів ризику розвитку синдрому професійного вигорання у лікарів загальної практики – сімейних лікарів (медичних працівників зокрема).
2. Ким запропоновано: Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра загальної практики (сімейної медицини), м. Київ, вул. М.Пимоненко, 10а, Ботякова В.В.
3. Джерело інформації: Botiakova V. (2023). Practical Recommendations on the Optimization of Preventive Measures of Burnout Syndrome Risk Factors Development among Family Doctors of Ukraine. *Creation of new ideas of learning in modern conditions: Proceedings of the II International Science Conference* (P. 109-110). Bordeaux, France: European Conference; Botiakova, V. (2023). The Relationship Between Burnout Syndrome, Quality of Life and Cardiovascular Risk Factors in Family Doctors. *Перспективи та інновації науки*, 13(31), 611-630. [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-13\(31\)-611-631](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-13(31)-611-631).

4. Де та коли впроваджено:

Медичний центр товариства з обмеженою відповідальністю «Превентклініка»

назва лікувального закладу

27.09.2023

дата початку впровадження

Загальна кількість спостережень: 13.

5. Результати застосування методу: з 27.09.2023 по 20.10.2023

Позитивні (кількість спостережень) – 13.

Негативні (кількість спостережень) – 0.

Невизначені (кількість спостережень) – 0.

6. Ефективність впровадження: Оптимізація превентивних заходів щодо запобігання формування синдрому професійного вигорання шляхом профілактики факторів ризику розвитку синдрому професійного вигорання у лікарів загальної практики – сімейних лікарів (медичних працівників зокрема) задля зниження ризику розвитку синдрому професійного вигорання, покращення рівня якості життя, а також сприяння належного надання якісної, своєчасної, кваліфікованої медичної допомоги пацієнтам.

7. Зауваження, пропозиції: продовжити впровадження.«3» вересня 2023 р.

Керівник закладу охорони здоров'я,  
директор ТОВ «Превентклініка»



Владислава МАЛЄЄВА



**ІНФОРМАЦІЙНА КАРТА****1. Стать:**

- 1) жіноча;
- 2) чоловіча.

**2. Вік** \_\_\_\_\_**3. Атестаційна категорія:**

- 1) не маю;
- 2) друга;
- 3) перша;
- 4) вища.

**4. Науковий ступінь:**

- 1) не маю;
- 2) є (який) \_\_\_\_\_

**5. Стаж роботи (роки)** \_\_\_\_\_**6. Години роботи на тиждень (середнє):**

- 1) до 40;
- 2) 40-49;
- 3) 50-59;
- 4) 60-69;
- 5) 70-79;
- 6) більше 80.

**7. Ваше навантаження (кількість ставок):**

- 1) 0.25;
- 2) 0.5;
- 3) 0.75;
- 4) 1;
- 5) 1.25;
- 6) 1.5;

**8. Сімейний стан:**

- 1) вперше одружений/заміжня;
- 2) одружений/заміжня 2 та більше разів;
- 3) спільне проживання;
- 4) неодружений/незаміжня;
- 5) розлучений (а);
- 6) вдівець/вдова.

**9. Кількість дітей:**

- 1) 1;
- 2) 2;
- 3) 3;
- 4) 4 та більше;
- 5) немає дітей.

**10. Перенесені та супутні захворювання (які саме та коли):**

1. захворювання системи кровообігу \_\_\_\_\_
2. захворювання нервової системи \_\_\_\_\_
3. ендокринні захворювання, розлади харчування та порушення обміну речовин \_\_\_\_\_
4. захворювання ока і придаткового апарату \_\_\_\_\_
5. захворювання вуха і соскоподібного відростка \_\_\_\_\_
6. захворювання органів дихання \_\_\_\_\_
7. захворювання органів травлення \_\_\_\_\_
8. захворювання шкіри і підкірної клітковини \_\_\_\_\_
9. захворювання кістково-м'язової системи і сполучної тканини \_\_\_\_\_
10. захворювання сечостатевої системи \_\_\_\_\_
11. розлади психіки і поведінки \_\_\_\_\_
12. інші захворювання \_\_\_\_\_

**11. Сфера професійної діяльності:**

- 1) адміністративна робота;
- 2) лікувальна робота;
- 3) інше \_\_\_\_\_

**12. Сумісництво в рамках професії:**

- 1) так;
- 2) ні.

**13. Ви палите?**

- 1) так; тривалість паління (роки) \_\_\_\_\_
- 2) ні;
- 3) кинув(ла) < 5 років тому;
- 4) кинув(ла) > 5 років тому.

**14. Скільки цигарок на добу Ви викурюєте?**

Ваша відповідь \_\_\_\_\_

**15. Цукровий діабет:**

- 1) так, ІЗЦД;
- 2) так, ІНЦД;
- 2) ні.

**16. Встановлені атеросклеротичні серцево-судинні захворювання (оберіть наявне/і, можливі кілька варіантів):**

- 1) ні;
- 2) ГКС;
- 3) ГІМ;
- 4) процедура коронарної реваскуляризації чи реваскуляризація артерій в іншому басейні;
- 5) інсульт;
- 6) ТІА;
- 7) аневризма аорти;
- 8) захворювання периферичних артерій;
- 9) інше \_\_\_\_\_

**17. Наявність артеріальної гіпертензії:**

- 1) так; 2) ні.

**18. Тривалість АГ (роки) \_\_\_\_\_****19. Стадія:**

- 1) I; 2) II; 3) III; 4) не має.

**20. Ступінь: 1) 1; 2) 2; 3) 3; 4) не має.****21. Потреба у постійному лікуванні АГ: 1) так, 2) ні.****22. Спадковість:**

1. захворювання системи кровообігу \_\_\_\_\_

2. захворювання нервової системи \_\_\_\_\_

3. ендокринні захворювання, розлади харчування та порушення обміну речовин \_\_\_\_\_

4. захворювання ока і придаткового апарату \_\_\_\_\_

5. захворювання органів травлення \_\_\_\_\_

6. новоутворення \_\_\_\_\_

7. захворювання кістково-м'язової системи і сполучної тканини \_\_\_\_\_

8. розлади психіки і поведінки \_\_\_\_\_

9. інші захворювання \_\_\_\_\_

### 23. Викидні:

1) так, скільки разів \_\_\_\_\_

2) ні.

### 24. Менопауза:

1) так;

2) ні.

25. Вік, коли наступила менопауза \_\_\_\_\_

### 26. На Вашу думку, які фактори, впливають на розвиток у Вас синдрому професійного вигорання?

Зазначте, будь ласка, за шкалою 1-7, де 1 – мінімальний вплив; 7 – максимальний вплив.

Фактори	1	2	3	4	5	6	7
Занадто «бюрократичних» завдань(паперової роботи, тощо)							
Надмірне адміністрування робочого процесу							
Низька заробітна платня							
Відчуття себе наче «білка у колесі»							
Надто багато «важких» пацієнтів							
Багато пацієнтів на прийом; мало часу на 1 пацієнта							
Відчуття неповної професійної реалізації							
Проблеми у взаємовідносинах з медичним персоналом							
Недостатнє матеріально-технічне забезпечення медичного закладу та робочого							

місяця							
Понаднормова робота: у вихідні, святкові дні, вночі							
Надмірна робота за комп'ютером							
Відсутність поваги з боку адміністрації, колег чи мед.персоналу							
Відсутність поваги з боку пацієнтів							
Конфлікти з керівництвом							

**27. Як би ви оцінили свій власний рівень синдрому професійного вигорання?**

Вкажіть, будь ласка, за шкалою 1-7, де 1 – мінімальний вплив; 7 – максимальний вплив.

Ваша відповідь \_\_\_\_\_

**28. Як Ви справляєтесь зі стресом/синдромом професійного вигорання (можливі кілька відповідей)?**

- 1) фізична активність;
- 2) спілкування з сім'єю чи близькими друзями;
- 3) ізоляція від інших;
- 4) сон;
- 5) прослуховування музики чи гра на музичних інструментах;
- 6) споживання нездорової їжі;
- 7) вживання алкоголю;
- 8) переїдання;
- 9) медикаментозна терапія;
- 10) паління;
- 11) жодний варіант;
- 12) інше \_\_\_\_\_

**29. Чи має синдром професійного вигорання негативний вплив на Ваші особисті відносини?**

- 1) ні;
- 2) так;
- 3) важко відповісти.

**30. Що, на Вашу думку, допоможе знизити Ваш рівень синдрому професійного вигорання (можливі кілька відповідей)?**

- 1) підвищення заробітної платні;
- 2) більш збалансований графік роботи;
- 3) підвищення поваги з боку адміністрації, колег чи медичного персоналу;
- 4) підвищення поваги з боку пацієнтів;
- 5) зменшення адміністрування робочого процесу;

- 6) зменшення професійного навантаження;
- 7) більше можливостей для безперервного професійного розвитку;
- 8) інше \_\_\_\_\_

**31. Чи пропонує Вам заклад охорони здоров'я, де Ви працюєте програму щодо зменшення професійного стресу чи синдрому професійного вигорання?**

- 1) ні;
- 2) так;
- 3) важко відповісти.

**32. Чи плануєте Ви звертатись за професійною допомогою щодо синдрому професійного вигорання?**

- 1) так, зараз шукаю професійної допомоги;
- 2) так, планую звернутись за професійною допомогою;
- 3) ні, але в минулому отримував(а) професійну допомогу щодо цього;
- 4) ні, я раніше не звертався(лась) за професійною допомогою;
- 5) вважаю за краще не відповідати.

**33. Чому Ви не звертались за професійною допомогою щодо синдрому професійного вигорання?**

- 1) не хочу ризикувати розголошенням інформації щодо цього;
- 2) не довіряю фахівцям із психічного здоров'я;
- 3) можу сам(а) із усім впоратись без професійної допомоги;
- 4) занадто зайнятий(а);
- 5) мої симптоми не достатньо виражені/тяжкі;
- 6) інше \_\_\_\_\_

**34. Наскільки Ви задоволені своїм балансом життя-робота?**

- 1) дуже задоволений(а);
- 2) задоволений(а)
- 3) нейтрально
- 4) не задоволений
- 5) дуже не задоволений(а)

**35. Як би Ви оцінили свій власний стан здоров'я?**

- 1) незадовільний стан;
- 2) наявні суттєві проблеми щодо стану здоров'я;
- 3) задовільний стан;
- 4) добрий стан, незначні відхилення;
- 5) відмінне здоров'я.

**36. Як Ви проводите свій вільний час? Оберіть, будь ласка, із означених варіантів (1 або кілька) чи надайте свій варіант.**

- 1) подорожі;

- 2) спорт, фізична активність;
- 3) культурні заходи (театр, кіно, музей);
- 4) їжа та вино;
- 5) інтернет;
- 6) соціальні мережі;
- 7) читання книжок;
- 8) проводити час із сім'єю, близькими друзями;
- 9) музика, спів, гра на музичних інструментах;
- 10) мистецтво (живопис, скульптура, фотографія та ін.)
- 11) садівництво;
- 12) полювання та риболовля;
- 13) управління фінансами, інвестування;
- 14) колекціонування;
- 15) літературна діяльність (написання книг тощо – не медичного напрямку);
- 16) інше \_\_\_\_\_

**37. Як часто Ви займаєтесь спортом/фізичною активністю?**

- 1) чотири та більше разів на тиждень;
- 2) два або три рази на тиждень;
- 3) один раз на тиждень;
- 4) не займаюсь.

**38. Скільки хвилин на тиждень Ви займаєтесь спортом/фізичною активністю середньої інтенсивності?**

Ваша відповідь (хвилини) \_\_\_\_\_

**39. Наскільки часто Ви вживаєте алкоголь?**

- 1) не вживаю;
- 2) < одної стандартної дози/добу;
- 3) одна стандартна дози/добу;
- 4) дві та більше стандартних доз/добу.

**40. Чи наявний у Вас достатній заробіток й активи щодо досягнення Ваших життєвих цілей?**

- 1) так;
- 2) наразі – ні, але сподіваюсь, що у майбутньому їх буде достатньо;
- 3) ні та не впевнений(а), що їх буде достатньо.

**41. Чи згодні Ви із твердженням: «Мій робочий графік мені лишає достатньо часу щодо сімейного/особистого життя»?**

- 1) згоден(а);
- 2) не згоден(а);
- 3) важко відповісти.

**42. Яку максимальну кількість днів в рік Ви використовуєте задля відпустки?**

- 1) менше 14 днів;
- 2) 14-24 дні;
- 3) більше 24 днів;
- 4) не використовую дні відпустки.

**43. Наскільки щасливим(ою) Ви відчуваєте себе вдома та на роботі?**

Оберіть, будь ласка, в кожній таблиці по одній відповіді.

	Дім	Робота
щасливий(а) максимально		
дуже щасливий(а)		
щасливий(а)		
нейтральні відчуття		
нещасливий(а)		
дуже нещасливий(а)		
готовий звільнитись з роботи/ нещасливий(а) максимально		

**44. Модальний аналіз наявних проблем у лікарів загальної практики – сімейних лікарів:**

Зазначте, будь ласка, ті моменти, які наявні у Вашому житті на СЬОГОДНІ:

	є	немає
Загроза втратити роботу		
Зміна роботи		
Конфлікт із керівником й співробітниками		
Напружений графік роботи		
Відсутність житла		
Конфлікти із квартирантами/сусідами та/або хазяїном житла		
Незадовільні житлові умови		
Низький рівень доходу		
Недостатність соціального страхування, а також підтримання добробуту		
Злидні		
Проживання на самоті		
Проблеми взаємовідносин із батьками, а також родичами дружини або чоловіка		
Недостатня підтримка родини		
Проблеми, що пов'язані із взаємовідносинами партнерів або подружжя		



Недостатня фізична активність		
Перевтома		
Недостатність розслаблення й відпочинку		

**СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧКИ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ:**

*в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:*

1. Botiakova, V. (2023). Current State of Burnout Syndrome Frequency in European Medical Professionals. *Сучасна медицина, фармація та психологічне здоров'я*, (1(10), 18-25. <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2023-1-2>.

2. Botiakova, V. (2023). Prevalence of Burnout Syndrome in Healthcare Workers in North and South America, and Asia from 2018 to 2022. *Art of Medicine*, 26(2), 205-213. <https://doi.org/10.21802/artm.2023.2.26.205>.

3. Botiakova, V. (2023). Prevalence of Burnout Syndrome among Medical Professionals in Ukraine from 2018 to 2022. *Art of Medicine*, 25(1), 92-100. <https://doi.org/10.21802/artm.2023.1.25.92>.

4. Botiakova, V. (2023). The Relationship Between Burnout Syndrome, Quality of Life and Cardiovascular Risk Factors in Family Doctors. *Перспективи та інновації науки*, 13(31), 611-630. [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-13\(31\)-611-631](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-13(31)-611-631).

5. Botiakova, V. (2023). The Dependence Analysis of Burnout Syndrome on Adiposity as Cardiovascular Risk Factor, Depression, Anxiety, Somatization and Distress among Family Doctors. *Перспективи та інновації науки*, 15(33), 952-963. [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-15\(33\)-952-963](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-15(33)-952-963).

*які засвідчують апробацію матеріалів дисертаційної роботи:*

6. Botiakova, V.V. (2021). Das Burnout-Syndrom und Seine Entstehung. *The European Journal of Biomedical and Life Sciences*, (3), 3-8. <https://doi.org/10.29013/elbls-21-3-3-8>

7. Botiakova, V. (2023). Bewertung Kardiovaskulärer Risikofaktoren: Alter, Blutdruck, Score2-Skala Zur Entwicklung Eines Burnout-Syndroms Bei Allgemeinmediziner – Hausärzten. *Conference Proceedings of the IX International Scientific and Practical Conference "Promising ways of information technology development"* (C. 143-145). Bilbao, Spain: The European Conference.

8. Botiakova, V. (2023). Zusammenhang Zwischen Burnout-Syndrom, Kardiovaskulären Risikofaktoren Und Lebensqualität Bei Allgemeinen Ärzten – Hausärzten. *Proceedings of the II International Scientific and Practical Conference «Young scientists and methods of improving modern theories»* (С. 96-100). Milan: International Science Group.

9. Botiakova, V. (2023). Practical Recommendations on the Optimization of Preventive Measures of Burnout Syndrome Risk Factors Development among Family Doctors of Ukraine. *Conference Proceedings of the II International Scientific and Practical Conference «Creation of new ideas of learning in modern conditions»* (С. 109-110). Bordeaux, France: The European Conference.

10. Botiakova V.V. (2023). Causative Factors of Burnout Syndrome among Medical Professionals. *Тези доповідей 92-ої науково-практичної конференції студентів та молодих вчених із міжнародною участю «Інновації в медицині та фармації»* (С. 180-181). Івано-Франківськ : Івано-Франківський національний медичний університет.

11. Botiakova, V.V. (2022). The impact of war on burnout syndrome among medical professionals. *Чорноморські наукові студії: матеріали VIII Всеукраїнської мультидисциплінарної конференції* (С. 253-256). Одеса: Міжнародний гуманітарний університет.

12. Botiakova, V. (2022). Modelle des Burnout-Syndroms bei Medizinischem Personal. *Integration of scientific and modern ideas into practice: Proceedings of the VIII International Scientific and Practical Conference* (С. 353-356). Stockholm: International Science Group. DOI: 10.46299/ISG.2022.2.8.

13. Botiakova, V.V. (2021). Burnout Syndrome Takes Over the World. In: Koenig L (Editor), *Proceedings of the 11<sup>th</sup> International conference Science and society – Methods and problems of practical application* (С. 29-31). Vancouver: Accent Graphics Communications & Publishing.

14. Botiakova, V.V. (2019). The Definition of Burnout and its Origins. In: Hong Han (Editor), *Proceedings of the 6<sup>th</sup> International Conference Innovations and*

*Development Patterns in Technical and Natural Sciences* (С. 36-40). Vienna: Premier Publishing s.r.o.

### **Відомості щодо апробації результатів дисертації**

Основні результати, висновки і практичні рекомендації, що були сформульовані у даному дослідженні оприлюднені на міжнародних та республіканських науково-практичних конференціях, міжнародному журналі: «Innovations and Development Patterns in Technical and Natural Sciences» (Vienna, 2019), «Science and society – Methods and problems of practical application» (Vancouver, 2021), «European Journal of Biomedical and Life Sciences» (Vienna, 2021), «Integration of scientific and modern ideas into practice» (Stockholm, 2022), «Чорноморські наукові студії» (м. Одеса, 2022), «Інновації в медицині та фармації» (м. Івано-Франківськ, 2023), «Young scientists and methods of improving modern theories» (Milan, 2023), «Creation of new ideas of learning in modern conditions» (Bordeaux, 2023), «Promising ways of information technology development» (Bilbao, 2023).