

УДК 614.253.1/.2-051:316.36]:614.254:616-07-08:616.8-009.17:355.01

[https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-6\(52\)-2167-2177](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-6(52)-2167-2177)

Чухрієнко Неонілла Дмитрівна доктор медичних наук, професор, професор кафедри сімейної медицини та пропедевтики внутрішніх хвороб ФПО Дніпровський державний медичний університет, м. Дніпро, тел.: (050) 652-03-77, <https://orcid.org/0000-0003-2101-3882>

Черниловський Андрій Володимирович кандидат медичних наук, асистент кафедри сімейної медицини та пропедевтики внутрішніх хвороб ФПО Дніпровський державний медичний університет, м. Дніпро, тел.: (050) 607-52-81, <https://orcid.org/0000-000-3034-6291>

ОСОБЛИВОСТІ КОНСУЛЬТУВАННЯ ХВОРИХ СІМЕЙНИМ ЛІКАРЕМ В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ В ПАРАДИГМІ ПАЦІЄНТ-ОРІЄНТОВАНОЇ СТРАТЕГІЇ

Анотація. Умови воєнного часу наклали свій негативний відбиток на всі сторони нашого життя. Суттєво це торкнулось роботи лікарів, в тому числі лікарів загальної практики-сімейних лікарів, які є лікарями першого контакту для цивільного населення. В роботі зроблено акцент на особливостях консультативної роботи лікаря в умовах війни. В сучасних умовах змінився склад пацієнтів. Так до сімейного лікаря звертаються переселенці зі східних регіонів України, (це як правило, люди похилого віку), ветерани бойових дій, з наслідками бойових травм, поранень, хвороб, які можуть проявитися через тривалий проміжок часу і мати різні клінічні ознаки. Одною з основних проблем є прояви посттравматичного синдрому. Такі пацієнти не вписуються в поведінкову реакцію населення мирного часу, тому сучасний лікар не достатньо підготовлений до ведення консультативного прийому в нових умовах, не завжди може адекватно відреагувати на проблеми і скарги пацієнта. Цей факт потребує нових знань стосовно психологічних особливостей пацієнтів – ветеранів і населення, яке живе в умовах хронічного стресу, пов'язаного з війною.

Постійний стрес, високі вимоги до якості своєї роботи, а саме, намагання зробити її максимально пацієнт-орієнтованою і при цьому досягти комплаєнса у відносинах з ним – теж впливають на психологічний стан лікаря і поступово ведуть до його емоційного вигорання. Це, в свою чергу, негативно відображується на роботі.

В статті наведені дані деяких досліджень проявів синдрому емоційного вигорання (СЕВ) у практикуючих сімейних лікарів, лікарів – інтернів і викладачів сімейної медицини, які ведуть лікувальну роботу. Надані рекомендації, які зможуть запобігти його розвитку.

Ключові слова: сімейний лікар, ветеран, бойова травма, психічні розлади, професійне вигорання лікарів, особливості консультування

Chukhrienko Neonilla Dmytrivna Doctor of Medical Sciences, Professor, Professor of the Department of Family Medicine and Propaedeutics of Internal Medicine, Dnipro State Medical University, Dnipro, tel.: (050) 652-03-77, <https://orcid.org/0000-0003-2101-3882>

Chernilovsky Andriy Volodymyrovych, Candidate of Medical Sciences, Assistant Department of Family Medicine and Propaedeutics of Internal Diseases, Dnipro State Medical University, Dnipro, tel.: (050) 607-52-81, <https://orcid.org/0000-0003-3034-6291>

FEATURES OF CONSULTING PATIENTS BY A FAMILY DOCTOR IN WARTIME CONDITIONS IN THE PATIENT-ORIENTED STRATEGY PARADIGM

Abstract. Wartime conditions have left their negative imprint on all aspects of our lives. This has significantly affected the work of doctors, including general practitioners-family doctors, who are the first contact doctors for the civilian population. The work focuses on the features of a doctor's consultative work in wartime. In modern conditions, the composition of patients has changed. For example, displaced persons from the eastern regions of Ukraine turn to a family doctor, as a rule, elderly people, veterans of hostilities, with the consequences of combat injuries, wounds, and diseases that can manifest themselves after a long period of time and have various manifestations. One of the main ones is the manifestation of post-traumatic syndrome. Such patients do not fit into the behavioral reaction of the population in peacetime, therefore a modern doctor is not prepared to conduct a consultative reception in new conditions and cannot always respond adequately. This fact requires new knowledge regarding the psychological characteristics of patients - veterans and the population living in conditions of chronic stress associated with the war.

Constant stress, high demands on the quality of one's work, namely, efforts to make it as patient-oriented as possible and achieve compliance in relations with the patient - also affect the psychological state of the doctor and gradually lead to emotional burnout. This, in turn, is negatively reflected in his work.

The paper presents data from some studies of burnout manifestations in practicing family doctors, interns and family medicine teachers who conduct medical work. Recommendations are provided that can prevent the development of emotional burnout syndrome (EBS).

Keywords: family doctor, veteran, combat trauma, mental disorders, professional burnout of doctors, features of counseling

Постановка проблеми. В умовах війни змінився контингент пацієнтів, які звертаються до сімейного лікаря. В багатьох випадках це люди з перенесеною тяжкою психологічною травмою, яка нашаровується на соматичну, що призводить до нетипових проявів хвороби, обтяжуючи діагностику.

Наявність посттравматичного синдрому, пережита контузія, формує агресивну поведінку пацієнта, змінює його сприйняття оточення. Це вимагає від лікаря інших, в багатьох випадках незнайомих, методів ведення консультативного прийому.

Надмірно емоційна насиченість при контакті з пацієнтами, їх родичами, колегами, веде до такого багатогранного явища як синдром емоційного вигорання (СЕВ).

Страждають перш за все висококваліфіковані і високомотивовані лікарі сімейної медицини і викладачі. Фізичне, емоційне або мотиваційне виснаження веде до зниження трудової мотивації і продуктивності в лікувальній роботі.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Війна породжує ряд екстремальних ситуацій, які впливають на населення, в тому числі на медичних працівників, а саме, на лікарів первинного контакту – сімейних лікарів. Крім того, з'явилась достатньо велика група ветеранів війни.

Цей факт знайшов засвідчення в зростанні розуміння необхідності аналізу рекомендації, щодо ведення консультативного прийому лікарями в умовах воєнного часу. Це зображено не тільки фактом змін в контингенті пацієнтів з посттравматичним синдромом, але і необхідністю зберегти ментальне здоров'я лікаря, а саме, запобігти розвитку у нього синдрому емоційного вигорання.

На проблему емоційного вигорання медичних працівників звертали увагу Юрченко І., Савченко І., Буряк О., [1], Русанова В. [2].

Емоційне вигорання сучасного викладача ВНЗ висвітлені в роботі Плахотнюк Н.П. з соавт. [3]. Особливості ведення пацієнтів з посттравматичними стресовими розладами в роботі сімейного лікаря Юрьєвою Л.Н. [4], загальні питання соціально-стресових розладів в мирний час досліджувались Панченко О.А. і Кутько Н.А [4].

Сучасний аналіз контингенту ветеранів війни відображений в методичних матеріалах в рамках проекту JREX «Програма реінтеграції ветеранів [5].

В наших дослідженнях увага акцентована на особливостях ведення прийому лікарем загальної практика – сімейним лікарем, який завжди повинен бути спрямований на досягнення комплаєнсу з пацієнтом. В нових умовах – а саме умовах воєнного часу це може стати складною задачею.

Надалі деякі рекомендації стосовно методичних прийомів, необхідних для ефективної лікарської діяльності. Крім того, наведені власні дослідження стосовно розвитку професійного вигорання у лікарів-інтернів, працюючих лікарів і викладачів сімейної медицини. Узагальнені деякі рекомендації стосовно запобігання синдрому у лікарів. У зв'язку з проаналізованими матеріалами виникає необхідність включення в програму медичних вузів циклів по збереженню ментального здоров'я і формуванню стресостійкості у лікарів.

Мета статті. Визначити особливості пацієнт-орієнтованого консультативного прийому лікарем загальної практики-сімейної медицини в умовах війни і надати йому рекомендації задля запобігання виникнення синдрому емоційного вигорання.

Виклад основного матеріалу. Війна накладає свій негативний відбиток на процес спілкування лікаря в умовах консультативного прийому. Змінився склад пацієнтів, тепер до сімейного лікаря звертаються все більше переселенці, ветерани війни, які часто не вписуються в уявлення про пацієнтів мирного часу і в багатьох випадках сімейний лікар виявляється не підготовленим до адекватного їх сприйняття.

Завжди основою відносин лікар-пацієнт були, як базові знання по спеціальності (Hard skills), так і інтелект і емоційна компонента лікаря (Soft skills). Але зараз під час війни лікар працює в умовах постійного стресу, обмежених ресурсів, високих вимог до якості своєї роботи, стикається з новим для нього контингентом пацієнтів з особливостями поведінки, з одного боку він не підготовлений, а з другого стає емоційно вразливим.

Перед сімейним лікарем, як ніколи раніше, гостро стоять питання: як налагодити ефективну комунікацію з пацієнтом і досягнути комплаєнсу в спілкуванні, що стає запорукою побудови довгострокових відносин між ним і пацієнтом, як базової цілі лікувальної роботи лікаря.

Виходячи з більш глибокого розуміння поняття комплаєнс (англ. - compliance), яке в перекладі означає згоду, відповідність стандарту поведінки по відношенню до хворого і включає в себе як справедливе відношення до нього, так і захист конфіденційної інформації, сімейний лікар налаштовується на етичні норми у відносинах з пацієнтом.

Таким чином, комплаєнс в консультуванні хворих – це інтегральна і головна якість сімейного лікаря в процесі консультативного прийому. На сучасному етапі саме відповідність оцінки стану пацієнта стає запорукою ефективного лікування сучасних складних пацієнтів: це ветерани війни, люди, які повернулися з полону, їх родини, переселенці і внутрішньо переміщені особи. І саме такі пацієнти потребують особливої уваги [2].

Основною задачею комунікативних навичок сімейного лікаря є вміння налагодити з пацієнтом довгострокові відносини, що багато в чому залежить від першої консультації. Важливим є той факт (з досвіду американських колег), що ветерани часто не отримують належну медичну допомогу на первинному рівні саме через проблеми з комунікацією [6]. Тому величезну роль відіграють комунікативні навички лікаря, які стають вирішальними в подальшій реалізації фаховості діагностики і лікування [3].

Спілкуючись з пацієнтом треба враховувати його вік, стан, його психологічні особливості. При спілкуванні з ветеранами війни звернути увагу на такі можливі наслідки участі в бойових діях як: порушення слуху, зору, неврологічні порушення, травми та хвороби опорно-рухової системи.

Лікар повинен намагатися спілкуватися мовою, доступною пацієнту, виключаючи складні медичні терміни. Можна рекомендувати індивідуально підібрані слова, темп розмови. Треба говорити достатньо голосно, це надає впевненості словам лікаря. При цьому необхідно спостерігати за реакцією пацієнта не ігнорувати трансактивний аналіз. І головне – зберігати спокій, не дратуватися. Дуже важливим моментом, особливо в роботі з ветеранами є умова не підвищувати голос, не підходити ззаду, не робити різких рухів, тому як на рівні підсвідомості у них може спрацювати рефлекс надання фізичного опору.

При консультуванні сучасного контингенту пацієнтів важливим стає правильно побудований діалог з пацієнтом, що є основою до комплексного лікування, яке будується на біопсихосоціальної моделі.

Кожен сімейний лікар повинен розуміти, поранення, контузія, хвороба дезорганізує психічну рівновагу [6].

Слід розуміти, що більшість психологічних наслідків є нормальними реакціями на сильні емоційні переживання. Але, за даними науково-дослідного центру гуманітарних проблем, станом на 2017 рік в Україні вже були ознаки посттравматичного синдрому (ПТСР), які спостерігалися у кожного четвертого військовослужбовця, а сучасні міжнародні дослідження показали, що ця цифра коливається вже в межах 4% - 25%. [7].

Правда, що не кожен ветеран, який прийшов на прийом до сімейного лікаря, матиме цей діагноз, але в подальшому його не можна випускати з уваги.

ПТСР виникає внаслідок прямого впливу травми, тяжкого поранення, вперше побаченої смерті. Ця психопатологія може виникнути внаслідок опосередкованого впливу травматичних подій. Треба враховувати, що не тільки розум, але і тіло може переживати стрес і бути в стані напруження після пережитої тяжкої події, можливе повторне переживання, коли нервова система «застрягає» на події. Виникають додаткові симптоми ПТСР: намагання до соціальної ізоляції, суїцидальні думки та поведінка, панічні напади, нав'язливі думки, почуття провини, які нашаровуються на соматичні прояви і тим самим утруднюють діагностику. А також з'являються соматичні скарги незрозумілої етіології [5,7]. Виходячи з цього, лікар повинен уникати в процесі консультування розпитування, яке привело б до нагадування повторних переживань почуттів травматичної події.

Для того, щоб запобігти конфліктним ситуаціям, професійне спілкування з пацієнтом повинно будуватися на повазі, конфіденційності, чесності, намагання в розмові уникати оціночних суджень стосовно особистості пацієнта.

Лікар повинен звертати увагу на те, що у ветеранів і пацієнтів з ПТСР формується відчуття підвищеної поточної загрози. Це веде до підвищеної пильності до слів і дій лікаря. Відмічається посилена реакція на несподівані подразники, оберігання себе від небезпеки. Тому не треба дивуватися, якщо пацієнт на підсвідомому рівні не сідає спиною до дверей. Не треба також несподівано підходити ззаду чи раптово підвищувати голос. Це може призвести

до неадекватної поведінки пацієнта. Дуже поширеним стає розлад сну. Безсоння, що виникає після травматичних подій стає значним фактором ризику для подальшого розвитку і дестабілізуючим ефектом ПТСР [8]. Приєднується депресія і зростання щорічної захворюваності, яка складає 4,5% (проте вона, нажаль, часто залишається поза увагою сімейного лікаря). Серед пацієнтів збільшується кількість людей з біполярним афективним розладом – тобто з емоційними змінами настрою від тривалої депресії до нестримної радості (манії) [8,10].

Декілька слів про спілкування по телефону. В цьому контакті з пацієнтом дуже важливою зброєю лікаря є переконливий голос і виконання деяких правил: говорити треба ясно, чітко, повільно, якщо це доречно, бути усміхненим – пацієнт на емоційному рівні запам'ятовує почуте. Важливо структурувати розмову: чітко сформулювати ціль дзвінка, надання відповідних рекомендацій. При завершенні розмови треба перевірити правильність розуміння пацієнтом наданих рекомендацій. Закінчення розмови пацієнт сприймає як керівництво до дії [9].

В умовах воєнного часу все населення України, в тому числі і лікарі, знаходяться під підвищеним тиском відмінних емоцій. Ще більш тяжким тягарем на лікарів лягають складнощі спілкування з пацієнтами, серед яких багато переселенців, людей похилого віку і ветеранів війни. Серед них багато складних пацієнтів.

Специфіка спілкування, відповідальність і складнощі у відношеннях – все це лягає тягарем на лікарів і веде до формування синдрому професійного вигорання (СЕВ).

Синдром емоційного вигорання частково функціональний захисний тип, що відображує стан фізичного, психічного і емоціонального виснаження, викликане тривалим включенням в ситуацію, яка пред'являє високі вимоги до емоційної сфери і негативно позначається на виконанні професійної діяльності.

Цікаво, що причинами професійного вигорання у медичного працівника стає навіть емпатія, співпереживання емоційного стану пацієнта, коли лікар приймає проблеми пацієнта на особистому рівні [1,6].

Важливо вибрати оптимальний діапазон емпатії до пацієнта : від легкого емоційного відгуку до майже повного занурення в його проблеми і це почуття, що може призвести до виснаження ментального здоров'я самого лікаря.

Таким чином, лікар в процесі своєї повсякденної роботи зі складними групами населення може стати неефективним співробітником на своєму робочому місці.

Нами було проведено невелике дослідження з метою виявлення проявів СЕВ у осіб, пов'язаних з лікувальним процесом.

В дослідження були включені 30 пацієнтів - лікарів за фахом «Загальна практика - сімейна медицина». Критерієм набору хворих була наявність ознак синдрому емоційного вигорання.

Використані такі методики:

1) Методика діагностики рівня емоційного вигорання В. В. Бойко, яка використовувалась як критерій набору пацієнтів (визначальні кількісні показники розвитку фаз стресу - «напруги», «резистенції» і «виснаження»).

Їх оцінювали за 120 бальною шкалою: - 36 і менше балів - фаза не сформувалася; - 37- 60 балів - фаза в стадії формування; - 61 і більше балів - фаза СЕВ, який сформувався.

2) Багатофазний особистісний тест (БОТ- ММІ в адаптації Березина Ф. Б.) для виявлення змін профілю особистості за 8 шкалами: іпохондрія, депресія, стероїдність, психопатія, паранойяльність, психастенія, шизоїдність, гіпоманія оцінки ефективності лікування;

3) Електроенцефалографію (ЕЕГ) для оцінки стану структур головного мозку, визначення рівня функціональної активності всього мозку, яка залежить від злагодженої роботи його систем. Оцінювання проводили на телеметричному електроенцефалографі «БХ-ЕХРЕТ ТМ Уісіео» до і після лікування.

Були сформовані 3 групи: група 10 лікарів – інтернів, група лікарів - зі стажем лікарської практики, група викладачів сімейної медицини, які ведуть лікарську роботу.

Дослідження дало результати відхилення від норми. Так у 70% пацієнтів в більшій чи меншій мірі були виявлені: ознаки дисфункції неспецифічних серединних структур головного мозку, нестійкість і нерегулярність коркової ритміки; атиповість α -активності в передніх відділах кори; значне зменшення надходження біоелектричних сигналів з правої півкулі.

Майже у всіх обстежених відзначалося зниження невербального інтелекту і творчих здібностей, а потім емоційне оглушення. Це об'єктивізувало скарги на що було розцінено як синдром професійного вигорання (СЕВ) емоційне вигорання у осіб даної групи випробування.

Синдром емоційного вигорання (СЕВ) у лікарів ЗПСМ виявлено згідно його фази розвитку наступним чином: *I фаза напруги* - не сформувалась у 13 (41,3%), знаходиться формування у 13 (41,3%), вже сформувалась у 4 (13,3%); *II фаза резистенції* - не сформувалась у 11 (36,6%), знаходиться формування у 14 (21,4%), вже сформувалась у 5 (6,0%); *III фаза виснаження* - не сформувалась у 17 (56,6%), знаходиться формування у 10 (30,3%), вже сформувалась у 3 (10%).

У лікарів були виявлені всі три фази у 9-ти з 10-ти переважанням фаз резистенції і у 6-ти - вже у фазі виснаження.

У лікарів, які живуть в сільській місцевості, бачимо переважання фази напруги (у 6 з 10) і в рівних співвідношеннях фази резистенції і виснаження (5 з 10). У інтернів, які не мають стажу лікарської роботи, але живуть в мегаполісі, вже виявлені фази напруги (у 4 з 10) і резистенції (у 5 з 10), а в 2-х випадках навіть виснаження.

Враховуючи позитивний ефект ноотропів [4] і їх вплив на когнітивну функцію, нами була проведена відповідна терапія.

Після проведеного курсу лікування комбінованим ноотропним препаратом (пірацетам та аминалон) у всіх групах значно зменшилися скарги хворих на поганий психічний і фізичний стан, ефект був більш виражений на другому місяці прийому.

Результати, отримані нами в 1-й групі (10 викладачів вищої школи, середній вік 54,5 років, свідчили про виражений позитивний вплив лікування на 7 з 8 оцінюваних показників тесту БОТ, що трактувалось як зменшення симптомів депресії на 12,3%, істерії - на 6,2%, психопатії - на 8,6%, паранойяльності - на 9,8%, психастенії - на 24,4%, шизоїдності - на 15,5% гіпоманії - на 9,4%.

Результати в 2-й групі (10 лікарів-інтернів, середній вік 25,9 років, що працюють в умовах мегаполісу) свідчили про дещо менш виражений позитивний вплив на показники тесту БОТ в порівнянні з 1-ю групою. З восьми оцінюваних показників, 4 мали істотну тенденцію до зниження симптоматики: депресії - на 8,8%, психастенії - на 10,5%, шизоїдності - на 9,6%, гіпоманії - на 9,6%.

Результати по 3-й групі (10 лікарів-курсантів, середній вік становив 43,7 років), свідчили про виражений і позитивний вплив на показники тесту БОТ (зменшення іпохондрії - на 0,3%, депресії - на 14,9%, істерії - на 10%, шизоїдності - на 12,9%, гіпоманії - на 24%, психастенії - на 25,7%, психопатії - на 6,5%) .

При контрольному проведенні ЕЕГ у всіх групах у спостережуваних пацієнтів після прийому комбінованого ноотропного препарату (пірацетам + аминалон) в 60% регресувала і в 40% знизилася дисфункція неспецифічних структур головного мозку, покращилися показники основного ритму - α -ритм став більш регулярним, організованим, модульованим, в цілому нормалізувалася біоелектрична активність мозку [11].

Також було відзначено значуще збільшення відносної потужності домінуючого α -діапазону частот при зменшенні відносної потужності

Δ -хвиль, згладжування міжпівкульної асиметрії і збільшення амплітуди компонентів ТВП, яке свідчило про полегшення іррадіації збудження всередині і між півкулями мозку [11].

В повсякденній практиці для закріплення отриманих результатів можна рекомендувати спорт та активний відпочинок, які також сприяють зняттю стреса.

Досягнення повної терапевтичної релаксації можливе лише при поєднанні фізичних і певних дихальних практик, що може стати актуальним після прийому тяжких хворих. Релаксація всього тіла настає у результаті зосередження на внутрішніх процесах, таких як дихання. М'язи розслаблюються, кров'яний тиск знижується, зменшується занепокоєння. Релаксацийне дихання можна виконувати сидячи або лежачи; найбільш ефективне воно тоді, коли використовується разом з релаксацийними позами. Спочатку — вдих звичайним способом через ніс; потім — видих так само; перед наступним вдихом рахувати про себе: “Одна

тисяча один, одна тисяча два...». За цей час видих повинен природно завершитися. Продовжувати дихати таким чином радять протягом кількох хвилин. Під час дихання треба тримати очі заплющеними та спрямованими вниз. Але коли під час вдиху погляд самовільно переводитиметься догори — треба протидіяти цій тенденції. Радять також не намагатися вдихати глибоко або дихати повільно, і якщо така потреба виникла — вдихнути глибше, але потім повернутися до релаксаційного дихання. Зазначається, що більшість людей не робить повного видиху і починає кожний вдих тоді, коли повітря від попереднього вдиху ще повністю не вийшло. При релаксаційному диханні, на відміну від звичайного, перед вдихом роблять паузу, під час якої необхідно природно та повністю видихнути. Саме повний невимушений видих допомагає диханню і мозок стає розслабленим. При м'якому та постійному зосередженні на диханні стрес поступається місцем розслабленню.

Висновки: Лікар загальної практики-сімейний лікар в умовах воєнного часу при проведенні консультативного прийому стикається з пацієнтами, які часто не вписуються в уявлення пацієнтів мирного часу – це ветерани бойових дій, внутрішні переміщені особи, які здебільшого є людьми похилого віку. В багатьох випадках це люди з тяжкою психологічною травмою, з ознаками посттравматичного синдрому (ПТС), що накладає свій відбиток на соматичні прояви і поведінку. Вищеприведене, створює додаткові труднощі в консультативній роботі сімейного лікаря і вимагає від нього певного розуміння стану пацієнта, що впливає на побудову відношень лікар-пацієнт на основі пацієнт-орієнтованої стратегії. Як наслідок додаткова емоційна насиченість лікарського прийому веде до формування емоційного вигорання у найбільш мотивованих сімейних лікарів. Розуміння поведінки пацієнта, його психосоматичного стану надає лікарю контроль над ситуацією, а це в комплексі з дихальними, фізичними і медикаментозними чинниками може запобігти виникненню синдрому емоційного вигорання. Важливим заходом досягнення, необхідним для побудови лікарем довгострокових відносин з пацієнтом і при цьому запобігання СЕВ, є внесення в програму навчання сімейних лікарів циклів по ментальному здоров'ю, направлених на формування психологічно зрілої особистості.

Наведені нами данні стосовно аналізу емоційного вигорання у різних груп сімейних лікарів, доводять необхідність проведення комплексної терапії, в тому числі з призначенням ноотропних препаратів.

Література:

1. Юрченко І., Савченко І., Буряк О. Професійне вигорання медичних працівників за сучасних умов// Медсестринство, № 2020, стор.11-15
2. Професійне вигорання медичних працівників в умовах війни: історичний аналіз, сучасні дослідження та авторське визначення Volodymyr Rusanov Bogomolets National Medical University Психосоматична медицина та загальна практика Том 9 № 3 (2024)
3. Плахотнюк Н. П. Левківська К.В., Макаревич О.О., Кравченко А. О. Емоційне вигорання сучасного викладача ВНЗ: проблематика і шляхи подолання.// Академічні візії . Випуск 31/2024 Юрьева Л. Н. Особенности ведения пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством в практике семейного врача. Семейная медицина. 2015. № 5(61). С. 69-72.

4. Юрьева Л. Н. Особенности ведения пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством в практике семейного врача. Семейная медицина. 2015. № 5(61). С. 69-72.
5. Методичні рекомендації щодо роботи з пацієнтами-ветеранами та учасниками бойових дій./ Проект IREX. «Програма реінтеграції ветеранів». 2024. - 106 с.
6. Vest B, Kulak J, Hall V, Homish G. Addressing patients' veteran status: Primary care providers' knowledge, comfort, and educational needs. Family Medicine, <https://journals.stfm.org/familymedicine/2018/june/vest-2017-0409/>. Accessed July 31, 2021.
7. Перша психологічна допомога: Посібник для працівників на місцях. <https://www.google.com/url?q=https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44615/9786176150787-ukr.pdf;jsessionid%3D43D3E7EF8A7080E79F7F48EA589EF9FF?sequence%3D72&sa=D&source=editors&ust=1629146312882680&usg=AOvVaw1UdrUdjiGyWEdhyZ0FbA7r>
8. VA.gov. Veterans Affairs. Sleep Problems in Veterans with PTSD. https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/cooccurring/sleep_problems_vets.asp
9. Чекалкін Д. Людський фактор/. Дмитро Чекалкін.-К.Саміт-книга, 2021.-332с.
10. Bipolar Disorder: Practice Essentials, Background, Pathophysiology. Emedicine.medscape.com. <https://emedicine.medscape.com/article/286342-overview>. Published 2021. Accessed July 31, 2021.
11. Chukhrienko N., Vasylevska I. Mental health care for family physicians management of mental disorders. In: Traditional medicine and pharmacology. Achievements, innovations, and alternatives. International Science Group. Boston: Primedia eLaunch; 2021. p. 50-55. DOI: 10.46299/ISG.2021.MONO.MED.II-50-55

References:

1. Yurchenko, I., Savchenko, I., Buriak, O. (2020). Profesiine vyhorannia medychnykh pratsivnykiv za suchasnykh umov [Professional burnout of medical workers in modern conditions]. *Medsestrynstvo - Nursing*, 4, 11-15 [in Ukrainian].
2. Rusanov, V. (2024). Profesiine vyhorannia medychnykh pratsivnykiv v umovakh viiny: istorychnyi analiz, suchasni doslidzhennia ta avtorske vyznachennia. [Professional burnout of medical workers in wartime: historical analysis, modern research and author's definition]. *Psykhosomatychna medytsyna ta zahalna praktyka - Psychosomatic medicine and general practice*, 9 (3). Retrieved from: <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v9i3.529>
<https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/529> [in Ukrainian].
3. Plakhotniuk, N.P., Levkivska, K.V., Makarevych, O.O., & Kravchenko, A.O. (2024). Emotsiine vyhorannia suchasnoho vykladacha VNZ: problematyka i shliakhy podolannia [Emotional burnout of modern university professors: issues and ways to overcome]. *Akademichni vizii - Academic visions*, 31, 1-10 [in Ukrainian].
4. Yureva, L. N. (2015). Osobennosti vedennia patsyentov s posttravmatycheskym stressovym rasstroistvom v praktyke semeinoho vracha [Peculiarities of managing patients with post-traumatic stress disorder in the practice of a family doctor]. *Semeinaia medytsyna - Family medicine*, 5(61), 69-72 [in Russian].
5. *Metodychni rekomendatsii shchodo roboty z patsientamy-veteranamy ta uchasnykamy boiovykh dii. Proekt IREX. Prohrama reintehratsii veteraniv. [Methodological recommendations for working with veteran patients and combatants. IREX Project. Veterans Reintegration Program]. (2024). KNT [in Ukrainian].*
6. Vest, B.M., Kulak, J., Hall, V.M., & Homish, G.G. (2018). Addressing patients' veteran status: Primary care providers' knowledge, comfort, and educational needs. *Family medicine*, 50(6), 455-459.
7. Persha psykholohichna dopomoha : Posibnyk dlia pratsivnykiv na Mistiakh [Psychological First Aid: A Guide for Field Workers]. (2017). Kyiv: Universytetske vydavnytstvo PULSARY. Retrieved from: <https://www.google.com/url?q=https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44615/9786176150787-ukr.pdf;jsessionid%3D43D3E7EF8A7080E79F7F48EA589EF9FF?sequence%3D72&sa=D&source=editors&ust=1629146312882680&usg=AOvVaw1UdrUdjiGyWEdhyZ0FbA7r> [in Ukrainian].

8. Gehrman, P. (2025). Sleep problems in veterans with PTSD. National Center for PTSD, U.S. Department of Veterans Affairs. Retrieved from:
https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/cooccurring/sleep_problems_vets.asp
9. Chekalkin, D. (2021). Liudskyi factor [Human factor]. Kyiv: Samit-knyha. [in Ukrainian].
10. Soreff, S., Xiong, G.L., & Talavera, F. (2024). Bipolar Disorder: Practice Essentials. Background. Pathophysiology. *Medscape*. Retrieved from:
<https://emedicine.medscape.com/article/286342-overview?form=fpf>
11. Chukhrienko, N., & Vasylevska I. (2021). Mental health care for family physicians management of mental disorders. In: *Traditional medicine and pharmacology. Achievements, innovations, and alternatives*. International Science Group. Boston: Primedia eLaunch.