

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
БЕРДЯНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет психолого-педагогічної освіти та мистецтв

Кафедра психології

Кваліфікаційна робота
освітнього ступеня «магістр»

на тему:

**РОЗВИТОК ЕМОЦІЙНОЇ СТІЙКОСТІ МЕДИЧНИХ
ПРАЦІВНИКІВ ЯК УМОВА ПРОФІЛАКТИКИ ЇХНЬОГО
ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРЯННЯ**

Виконала: здобувачка вищої освіти,
2 курсу, М206П-з групи
спеціальність 053 Психологія
Вікович-Вдовенко Тетяна Володимирівна

Керівник: к. психол. н., доцент
Нестеренко Марина Миколаївна

Рецензент: к. психол. н., доцент

.....

Запоріжжя – 2025 рік

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ РОЗВИТКУ ЕМОЦІЙНОЇ СТІЙКОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ	8
1.1. Емоційна стійкість як психологічне явище: поняття, структура та фактори впливу.....	8
1.2. Психологічні особливості професійного вигорання медичного персоналу.....	16
1.3. Взаємозв'язок між емоційною стійкістю та профілактикою професійного вигорання в медичній діяльності.....	26
Висновки до першого розділу.....	34
РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ЕМОЦІЙНОЇ СТІЙКОСТІ ТА ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРЯННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ	35
2.1. Організація та методи дослідження емоційної стійкості.....	35
2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження та їх інтерпретація.....	40
Висновки до другого розділу.....	54
РОЗДІЛ III. ПРОГРАМА РОЗВИТКУ ЕМОЦІЙНОЇ СТІЙКОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ЯК ЗАСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ	55
3.1. Обґрунтування необхідності впровадження психологічних програм розвитку емоційної стійкості.....	55
3.2. Розробка тренінгової програми розвитку емоційної стійкості.....	59
3.3. Оцінка ефективності програми й рекомендації щодо її впровадження.....	63
Висновки до третього розділу.....	78
ВИСНОВКИ	79
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	81
ДОДАТКИ	91

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Сучасне суспільство відзначається високою динамікою трансформацій, соціально-економічною нестабільністю та зростанням рівня психоемоційного напруження, що значно впливає на професійну діяльність фахівців різних галузей. Відчутно ці чинники проявляються у сфері охорони здоров'я, де робота медичних працівників передбачає підвищену відповідальність, жорсткі часові рамки, значні емоційні навантаження та постійний контакт із людським стражданням. Така специфіка професійної діяльності зумовлює високий ризик розвитку синдрому професійного вигорання, що, у свою чергу, призводить до зниження ефективності виконання службових обов'язків, погіршення психологічного благополуччя та негативно відображається на стані здоров'я самих медиків. У цих умовах особливої важливості набуває формування емоційної стійкості як ключового внутрішнього ресурсу, що забезпечує здатність протистояти стресу, зберігати професійну мотивацію та підтримувати працездатність.

Проблематика емоційної стійкості та професійного вигорання посідає важливе місце у сучасних психологічних дослідженнях, що підтверджується широким колом науковців, які зверталися до цієї теми у вітчизняній та зарубіжній науці. Зокрема, суттєвий внесок у вивчення емоційної стійкості зробили Я. Амінева [1], О. Андрусик [2; 3], І. Аршава [4; 5], Д. Асонов [6], І. Астремська [7], Л. Бегун-Трачук [9], В. Ботякова [10], О. Громцева [12], Г. Дзвоник [13], О. Дніпрова [14], Т. Драга [16], Н. Дужич [17], А. Івасюк [18], Т. Карамушка [23], А. Касьянова [25], М. Кісліцина [27], З. Ковальчук [28], Т. Колтунович [31], Н. Кордунова [32], М. Корман [33], М. Кудінова [36], А. Курова [38], Л. Лотоцька-Голуб [44], Н. Марута [47], О. Мірошниченко [48], Л. Міщиха [49], С. Миколук [50], З. Оніпко [51], Т. Павлюк [52], А. Регуш [53], С. Романенко [55], В. Русанов [56], І. Султанова [57], В. Толмачевська [62],

Н. Трофаїла [63], Н. Чмир [64], Т. Цюпенко [65], Н. Шель [66], М. Шпак [67], О. Юрков [68], І. Юрченко [69], Л. Юр'єва [70], Б. Якимчук [71] та інші.

Одні дослідники наголошують на складності операціоналізації цього феномена та пропонують різні підходи до його вивчення [1; 2; 3; 4; 5; 13; 45; 46; 57; 71]. У працях Я. Аміневої, О. Андрусик, І. Аршави, Г. Дзвоник, Ю. Лялюк, Б. Якимчук простежується акцент на побудові теоретичних моделей і пошуку діагностичних інструментів. Водночас відзначається розбіжність у трактуванні ключових характеристик стійкості: одні вчені розглядають її як ресурс саморегуляції, інші – як інтегральну особистісну якість, що визначає професійну надійність. Це вказує на відсутність єдиної концептуальної позиції та потребу уточнення категоріального апарату.

Інша група досліджень спрямована на вивчення практичних аспектів взаємозв'язку емоційної стійкості та професійного вигорання у медичній сфері [6; 7; 12; 14; 16; 17; 18; 23; 25; 28; 44; 47; 50; 51; 52; 55; 64]. Тут спостерігається широка варіативність у підходах: від вивчення індивідуальних чинників і протективних стратегій (Д. Асонов, І. Астремська) до аналізу організаційних умов праці та управлінських рішень (С. Романенко, Н. Чмир). Проте більшість робіт зосереджуються на описі симптоматики та чинників вигорання, приділяючи менше уваги системним інтервенціям, здатним забезпечити стійкий ефект. Ця розбіжність між констатацією проблеми й пошуком дієвих механізмів її подолання визначає одне з ключових протиріч сучасних досліджень, що й окреслює актуальність подальшої наукової розробки теми.

Незважаючи на наявні наукові напрацювання, проблема розвитку емоційної стійкості медичних працівників як засобу профілактики професійного вигорання залишається недостатньо розробленою. Більшість досліджень зосереджуються на описі факторів ризику та наслідків вигорання, тоді як питання системної психологічної підтримки, спрямованої на підвищення стресостійкості та збереження професійної ефективності, висвітлено фрагментарно. В умовах постійних професійних викликів і високої відповідальності медиків актуальним є пошук дієвих стратегій психологічного

супроводу, здатних забезпечити довготривалу профілактику емоційного виснаження.

Таким чином, дослідження «Розвиток емоційної стійкості медичних працівників як умова профілактики їхнього професійного вигорання» є актуальним. Його результати сприятимуть збереженню працездатності та професійної мотивації медиків, а також підвищенню рівня їхнього психологічного благополуччя й розширенню наукових уявлень про ресурси особистості у сфері охорони здоров'я.

Об'єктом дослідження виступає емоційна стійкість як психічне явище, що проявляється у професійній діяльності людини та визначає її здатність протистояти дії стресових факторів.

Предметом дослідження є особливості розвитку емоційної стійкості медичних працівників у контексті профілактики професійного вигорання.

Мета дослідження полягає в теоретичному обґрунтуванні й емпіричному вивченні особливостей розвитку емоційної стійкості медичних працівників, визначенні її ролі у профілактиці професійного вигорання, а також у розробці й апробації програми психологічної підтримки, спрямованої на підвищення рівня емоційної стійкості.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати поняття емоційної стійкості як психологічного явища, її структуру й основні фактори впливу.
2. Визначити психологічні особливості професійного вигорання медичного персоналу.
3. Дослідити взаємозв'язок між емоційною стійкістю та профілактикою професійного вигорання в медичній діяльності.
4. Організувати та провести емпіричне дослідження емоційної стійкості медичних працівників.
5. Проаналізувати результати емпіричного дослідження та здійснити їх психологічну інтерпретацію.

6. Обґрунтувати доцільність впровадження тренінгових психологічних програм, спрямованих на розвиток емоційної стійкості медичних працівників.

7. Розробити тренінгову програму розвитку емоційної стійкості як засобу профілактики професійного вигорання медичних працівників.

8. Оцінити ефективність запропонованої програми та надати практичні рекомендації щодо її впровадження.

Методи дослідження. У дослідженні використано комплекс методів, що забезпечили системний аналіз ролі емоційної стійкості у профілактиці професійного вигорання медичних працівників. Теоретичний етап охоплював аналіз і синтез, індукцію та дедукцію, абстрагування, конкретизацію, порівняльно-історичний і структурно-функціональний підходи, узагальнення та систематизацію для критичного огляду джерел, уточнення методологічних розбіжностей і формування гіпотез. На емпіричному етапі використано опитувальні-діагностичні методики для вимірювання ресурсів стійкості та проявів вигорання: шкалу резильєнтності (BRS), шкалу резильєнтності Коннора-Девідсона (CD-RISC-25), тест життєстійкості С. Мадді, опитувальник вигорання К. Маслач і С. Джексона (MBI) та опитувальник вигорання О. Чабана. Для кількісного та якісного аналізу результатів застосовувалися методи математичної статистики (первинна обробка даних, обчислення середніх значень, кореляційний аналіз), перевірка статистичної значущості змін до і після впровадження програми психологічної підтримки, порівняльний аналіз (для виявлення відмінностей у показниках конфліктної поведінки), а також графічний метод (для наочного представлення отриманих результатів). Комплексне використання зазначених методів забезпечило всебічне дослідження взаємозв'язку емоційної стійкості та професійного вигорання медичних працівників і дозволило оцінити ефективність запропонованих психологічних програм підтримки.

Емпірична база дослідження. Емпіричне дослідження проводилося на базі стоматологічної клініки «Villa Louisa». У вибірку увійшли 28 медичних

працівників, серед яких лікарі-стоматологи та молодший медичний персонал. Відбір учасників здійснювався з урахуванням таких критеріїв: наявність практичного досвіду професійної діяльності у сфері охорони здоров'я, регулярне залучення до ситуацій підвищеного психоемоційного навантаження, а також готовність брати участь у дослідженні. Обстеження проводилося в умовах клініки у робочий час із дотриманням принципів конфіденційності та добровільності. Усі респонденти надали інформовану згоду на участь, що відповідає етичним стандартам психологічних досліджень і гарантує дотримання принципів анонімності та недискримінації.

Теоретичне значення дослідження полягає у систематизації та поглибленні наукових знань про роль емоційної стійкості в профілактиці професійного вигорання медичних працівників. У роботі розкрито психологічні механізми взаємозв'язку між внутрішніми ресурсами особистості та стійкістю до емоційного виснаження, уточнено зміст і структуру поняття «емоційна стійкість» у професійному контексті, проаналізовано чинники, що впливають на її розвиток і підтримання. Отримані результати дозволяють розширити концептуальні уявлення про функціонування психічних ресурсів у сфері охорони здоров'я та уточнити підходи до розуміння професійного вигорання як багатовимірного феномену.

Практичне значення дослідження полягає у розробці й апробації програми психологічної підтримки, спрямованої на розвиток емоційної стійкості як ресурсу профілактики вигорання. Запропонована програма може бути використана в діяльності практичних психологів і керівників закладів охорони здоров'я для зниження рівня емоційного виснаження персоналу, підвищення їхньої стресостійкості та збереження професійної ефективності. Результати дослідження також можуть слугувати основою для подальшої розробки тренінгових і корекційно-розвивальних методик, рекомендацій щодо психогігієни й організації психологічного супроводу медиків у процесі їхньої професійної діяльності.

Структура й обсяг роботи. Кваліфікаційна робота складається із вступу, трьох розділів з висновками до них, загальних висновків, списку використаних джерел (82 найменування, з них 11 – іноземною мовою) та 6 додатків (на 21 сторінці). Загальний обсяг кваліфікаційної роботи – 111 сторінок, з них основного тексту – 78 сторінок. Робота містить 7 таблиць і 11 рисунків.

РОЗДІЛ I

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ РОЗВИТКУ ЕМОЦІЙНОЇ СТІЙКОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

1.1. Емоційна стійкість як психологічне явище: поняття, структура та фактори впливу

Емоційна стійкість як предмет психологічного дослідження розглядається у сучасній психології як одна з провідних характеристик особистості, що визначає її здатність зберігати внутрішню рівновагу, підтримувати цілісність функціонування та ефективно діяти в умовах стресу, невизначеності й соціальних викликів. На думку І. Аршави та Е. Носенко, саме ця властивість є базовою передумовою подолання психоемоційних навантажень, підвищення працездатності та підтримання психологічного благополуччя [4, с. 56].

Термін «стійкість» походить від латинського слова «*stabilis*» – «сталий», «непохитний», що означає здатність зберігати рівновагу та відновлюватися після зовнішніх впливів. У психологічному дискурсі термін набув значення характеристики особистості, яка визначає її здатність чинити опір деструктивним емоційним впливам та підтримувати функціональність навіть у ситуаціях надмірного стресу [1, с. 11].

У сучасних наукових дослідженнях емоційна стійкість розглядається у тісному зв'язку з категоріями «резильєнтність» та «життєстійкість». Науковці З. Ковальчук і О. Заверуха підкреслюють, що ці феномени є спорідненими, оскільки відображають здатність особистості до відновлення рівноваги після впливу стресових чинників, однак зосереджуються на різних аспектах [28, с. 40]. Життєстійкість трактується ними як настанова на активне подолання труднощів і ґрунтується на системі цінностей та переконань, тоді як резильєнтність – як динамічний процес адаптації та відновлення внутрішніх ресурсів.

Як зазначає О. Кокун, життєстійкість переважно пов'язана зі світоглядними орієнтирами особистості, її внутрішньою системою переконань, цінностей та смисложиттєвих орієнтацій, які визначають здатність людини протистояти труднощам і сприймати їх як невід'ємну частину власного розвитку [30, с. 88]. Натомість резильєнтність, за його визначенням, охоплює операційний рівень функціонування психіки та відображає конкретні механізми адаптації: відновлення психофізіологічного стану, емоційної рівноваги та ефективного реагування у стресових ситуаціях. У цьому контексті емоційна стійкість постає як інтегральна категорія, що синтезує змістові аспекти життєстійкості та процесуальні механізми резильєнтності. Вона поєднує глибинні ціннісно-сміслові орієнтири з практичними стратегіями саморегуляції, забезпечуючи особистості можливість не лише утримувати контроль над емоційною сферою, а й трансформувати емоційні переживання в конструктивну поведінку та досвід подальшого розвитку.

У вітчизняній психології поняття «емоційна стійкість» почало активно використовуватися в середині ХХ століття, насамперед у контексті військових і професійних досліджень, де розглядалося як фактор надійності й ефективності діяльності. Згодом воно стало предметом цілеспрямованих емпіричних досліджень, орієнтованих на вивчення індивідуальних відмінностей у здатності до стресоподолання. За свідченням О. Андрусика, цей термін закріпився в науковому обігу як позначення інтегральної характеристики особистості, що визначає її здатність контролювати емоційні стани, регулювати рівень напруженості та забезпечувати збереження працездатності навіть за екстремальних умов [2, с. 77].

На сучасному етапі розвитку психології існує значна кількість підходів до визначення поняття «емоційна стійкість». Це зумовлено багатогранністю феномена, його зв'язком із когнітивними, вольовими, мотиваційними та поведінковими аспектами функціонування особистості. Дослідники наголошують, що зміст цього поняття не є уніфікованим: кожна наукова школа акцентує увагу на певних характеристиках.

У табл. 1.1 систематизовано основні наукові підходи до трактування сутності емоційної стійкості.

Таблиця 1.1 – Наукові підходи до визначення емоційної стійкості

№ п/п	Підходи	Визначення поняття	Автори
1	Інтегративний підхід	Емоційна стійкість як інтегральна властивість особистості, що поєднує когнітивні, вольові, мотиваційні та емоційні процеси, забезпечуючи регуляцію поведінки й збереження ефективності в умовах стресу.	І. Аршава, Е. Носенко, Н. Кудінова, Є. Карпенко, О. Андрусик, Ю. Лялюк
2	Професійно-прикладний підхід	Емоційна стійкість як психологічна умова ефективною професійної діяльності, чинник запобігання емоційному вигоранню і збереження працездатності в умовах високого навантаження.	Г. Дзвоник, Л. Лотоцька-Голуб, Н. Кордунова, Н. Дмитріюк, Н. Трофаїла
3	Розвивально-ресурсний підхід	Емоційна стійкість як ресурс особистісного зростання та саморозвитку; здатність протидіяти стресу й трансформувати його в конструктивний досвід.	С. Романець, М. Кресан, А. Курова

Як бачимо з табл. 1.1, у низці праць емоційна стійкість визначається як інтегральна властивість, що поєднує різні психічні процеси та забезпечує збереження ефективності в умовах стресу. Так, І. Аршава та Е. Носенко розглядають її як «інтегральну властивість особистості, яка забезпечує збереження ефективності діяльності та контрольованості емоційної сфери в умовах психоемоційного напруження» [4, с. 57]. Подібної позиції дотримується Н. Кудінова, яка підкреслює, що емоційна стійкість виступає ширшою категорією, ніж стресостійкість, оскільки охоплює і здатність протидіяти стресу, і вміння регулювати власний емоційний стан [36, с. 25]. Є. Карпенко вбачає її сутність у «здатності особистості швидко відновлювати внутрішню рівновагу та забезпечувати адекватність афективних реакцій у ситуаціях підвищеного напруження» [24, с. 212]. У свою чергу, О. Андрусик називає

емоційну стійкість «ключовим феноменом сучасної психології, який поєднує когнітивні, вольові та афективні процеси в єдину регулятивну систему» [2, с. 77]. Аналогічно Ю. Лялюк концептуалізує цей феномен як «інтегративне утворення, що включає емоційно-регулятивний, когнітивно-оцінювальний, вольовий і поведінковий компоненти» [45, с. 74]. Усі ці підходи сходяться на тому, що емоційна стійкість є внутрішнім механізмом збереження цілісності психіки та забезпечення адаптивності.

Окрема група досліджень розглядає емоційну стійкість у контексті професійної діяльності. Так, Г. Дзвоник визначає її як «психологічну умову самоздійснення фахівця, яка забезпечує стабільність емоційної сфери та сприяє реалізації професійного потенціалу» [13, с. 25]. Л. Лотоцька-Голуб пов'язує її з феноменом емоційного вигорання, описуючи як «резистентність особистості до емоційного виснаження, що ґрунтується на здатності регулювати власні переживання та підтримувати баланс у складних умовах» [44, с. 147]. Н. Кордунова та Н. Дмитріюк наголошують на її ролі в професійному розвитку, визначаючи як здатність протидіяти стресогенним впливам і водночас зберігати позитивну динаміку професійного зростання [32, с. 131]. В педагогічному контексті Н. Трофаїла підкреслює, що емоційна стійкість є «визначальною умовою професійної успішності педагогів, адже саме вона формує готовність до подолання труднощів і збереження працездатності в умовах високого навантаження» [63, с. 126]. Усі ці підходи вказують на прикладне значення емоційної стійкості як запобіжника професійного виснаження та чинника ефективності діяльності.

Інші дослідники акцентують на потенціалі емоційної стійкості як ресурсу особистісного зростання. С. Романець вважає її системною властивістю, яка визначає гармонійність розвитку особистості та здатність не лише протидіяти стресу, а й використовувати його як ресурс самовдосконалення [36, с. 24]. М. Кресан пропонує образне визначення, розглядаючи емоційну стійкість як «психологічний тезаурус, що акумулює механізми протидії деструктивним впливам стресу та забезпечує відтворення функціональної цілісності

особистості» [35, с. 161]. А. Курова підкреслює її зв'язок із концептом психологічного благополуччя, визначаючи як важливий елемент психологічного здоров'я, що виявляється у здатності людини зберігати стабільність емоційної сфери та ефективність діяльності за умов психоемоційного напруження [38, с. 88].

Узагальнюючи результати аналізу наукових підходів, можна зробити висновок, що емоційна стійкість є складним, багатовимірним психологічним утворенням, яке інтегрує емоційно-регуляторні, когнітивні, мотиваційні та вольові компоненти. Вона постає як динамічна характеристика особистості, що забезпечує збереження внутрішньої гармонії та психічної рівноваги в умовах дії стресогенних чинників. Емоційна стійкість має інтегративний характер, адже в її основі лежить єдність емоційного контролю, усвідомленого оцінювання ситуації, здатності до саморегуляції й використання власних ресурсів для підтримання психологічної стабільності.

Більшість сучасних дослідників (О. Андрусик, І. Аршава, Є. Карпенко, М. Кресан) вважають, що емоційна стійкість виконує три ключові функції:

1) регуляторна функція – забезпечує підтримання оптимального рівня емоційного напруження, попереджає виникнення деструктивних емоційних реакцій і сприяє збереженню цілісності психічної діяльності. Як зазначає І. Аршава, саме здатність до емоційної регуляції дозволяє особистості зберігати працездатність і контроль поведінки навіть за умов сильного стресу [4, с. 57];

2) адаптаційна функція – виявляється у сприянні відновленню внутрішнього балансу, стабілізації психічних процесів і ефективному пристосуванню до мінливих або екстремальних умов середовища. Є. Карпенко підкреслює, що емоційна стійкість виступає важливим чинником адаптаційної компетентності, оскільки допомагає протистояти впливу стресу й відновлювати внутрішню гармонію через мобілізацію різноманітних ресурсів [24, с. 213];

3) розвивальна функція – проявляється у здатності особистості трансформувати негативний досвід і пережиті труднощі у джерело самопізнання та особистісного зростання. Як зазначає М. Кресан, емоційна

стійкість захищає особистість від деструкції й створює умови для її внутрішнього розвитку [35, с. 162]. Подібною думки дотримується О. Андрусик, наголошуючи, що саме через функцію розвитку емоційна стійкість стає механізмом збереження психологічної цілісності та стимулом до самовдосконалення [2, с. 78].

Більшість сучасних науковців підкреслюють, що емоційна стійкість має багатокомпонентний характер, тобто складається з взаємопов'язаних елементів, які забезпечують її цілісність і динамічність. Як зазначає Ю. Лялюк, емоційна стійкість включає емоційно-регулятивний, когнітивно-оцінювальний, вольовий та поведінковий компоненти, які взаємодіють між собою у процесі подолання стресових ситуацій [45, с. 74]. На думку дослідниці, така структурна організація відображає єдність емоційного контролю, раціональної оцінки ситуації, сили волі та здатності до конструктивних дій.

С. Максименко уточнює, що саме когнітивний компонент визначає адекватність емоційної реакції, оскільки забезпечує осмислення подій і вироблення раціональної стратегії реагування, тоді як вольовий компонент виконує функцію внутрішнього регулятора поведінки, який дозволяє утримувати контроль навіть у стані емоційного напруження [32, с. 132].

Психологи І. Аршава та К. Кутовий розглядають емоційну стійкість через призму копінг-стратегій, тобто способів подолання стресу, що є емпіричним проявом структури цього феномена [5, с. 34]. Результати їхніх досліджень свідчать, що активні та конструктивні копінг-стратегії (пошук підтримки, когнітивне переосмислення, самоконтроль) притаманні особам із високим рівнем емоційної стійкості, тоді як уникання, агресивність або пасивність свідчать про її недостатній розвиток.

Таким чином, структура емоційної стійкості відображає інтеграцію взаємопов'язаних емоційних, когнітивних, вольових і поведінкових процесів, що утворюють єдину систему психічної саморегуляції. Завдяки їхній узгодженій дії забезпечується підтримання внутрішньої рівноваги, контроль емоційних станів і здатність ефективно реагувати на стресові впливи. Емоційна

стійкість постає як цілісний динамічний механізм, спрямований на збереження психічної стабільності, адаптацію до змін середовища та забезпечення особистісного розвитку навіть у складних життєвих ситуаціях.

Формування та розвиток емоційної стійкості зумовлені комплексом внутрішніх (індивідуально-психологічних) і зовнішніх (соціально-контекстуальних та середовищних) чинників, які взаємодіють між собою у процесі становлення особистості (рис. 1.1).

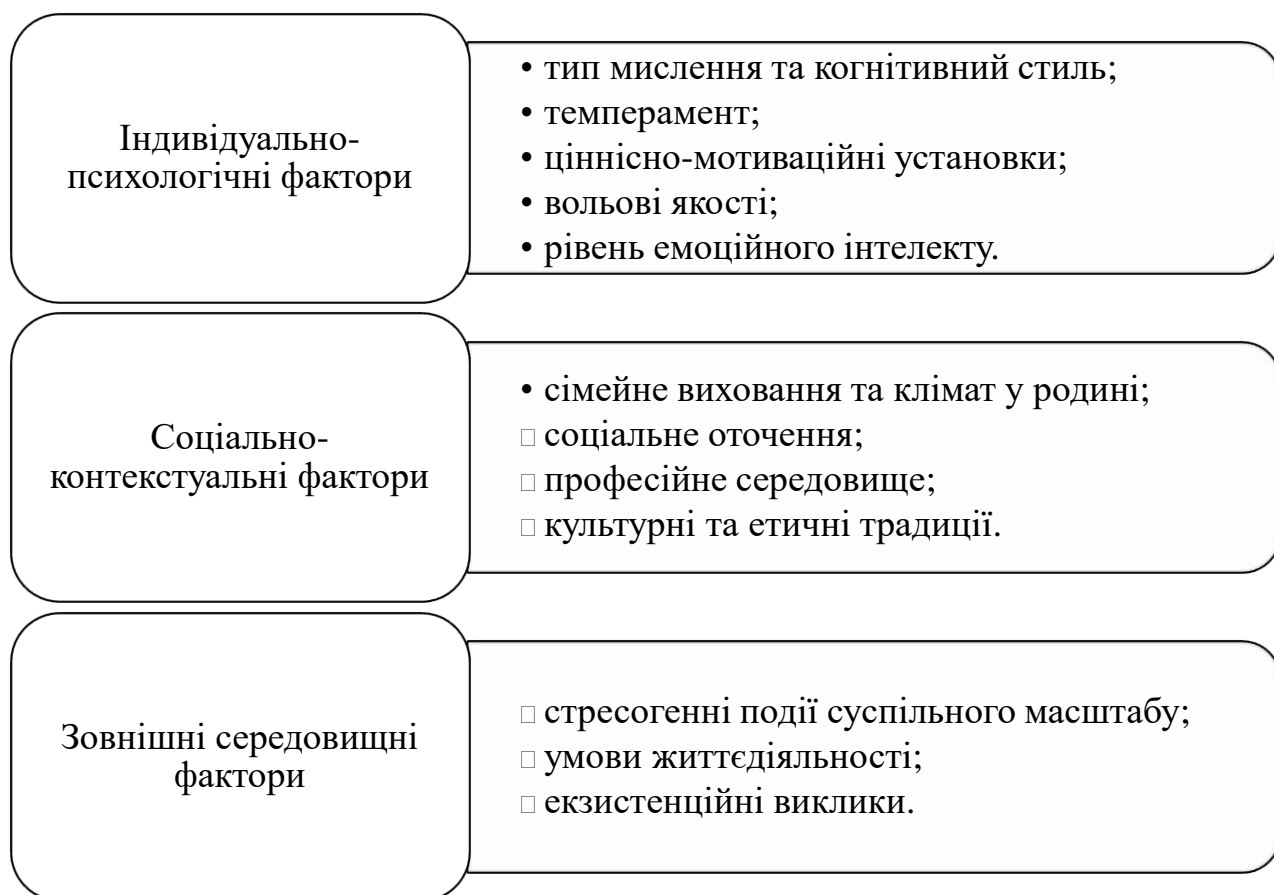


Рис. 1.1 – Фактори впливу на процес формування емоційної стійкості особистості

До індивідуально-психологічних факторів належать властивості, що безпосередньо формують внутрішній потенціал емоційної саморегуляції. Серед них: темперамент, рівень розвитку емоційного інтелекту, вольові якості. Як зазначає Т.Цюпенко, емоційний інтелект виступає базовим механізмом психологічної стійкості, адже він формує здатність особистості до емоційної

усвідомленості та ефективної регуляції внутрішніх станів [65, с. 111]. Важливу роль відіграють також когнітивний стиль мислення та особливості сприйняття дійсності, що визначають інтерпретацію життєвих подій і вибір стратегій реакцій на стрес.

До соціально-контекстуальних факторів належать умови соціального розвитку, в межах яких відбувається становлення емоційної зрілості. Одним із провідних чинників є сімейне виховання та емоційний клімат у родині, які задають базові моделі емоційної регуляції та формують стиль переживання емоцій. Не менш важливим є соціальне оточення, зокрема коло друзів, колег і наставників, яке створює відчуття підтримки, безпеки та довіри. У цьому контексті професійне середовище виступає важливою детермінантою стабільності емоційної сфери. Як стверджує Л. Лотоцька-Голуб, саме соціальна підтримка та якість міжособистісних взаємин у професійній діяльності (особливо у сфері «людина – людина») є ключовими чинниками запобігання емоційному виснаженню та підвищення рівня стійкості [44, с. 157].

Окрему групу становлять зовнішні середовищні фактори, які зумовлюють змінність і динаміку емоційної стійкості. До них належать стресогенні події суспільного масштабу (війни, епідемії, економічні кризи, природні катастрофи), які перевіряють адаптаційні можливості особистості та стимулюють розвиток нових механізмів психологічного захисту. Важливими є також умови життєдіяльності, що включають стабільність соціального середовища, рівень матеріальної забезпеченості, фізичну безпеку та доступ до соціальних ресурсів. У надзвичайних обставинах емоційна стійкість набуває особливого – екзистенційного виміру, оскільки стає засобом збереження внутрішньої цілісності особистості. Як наголошує Н. Шель, у період воєнних дій ця якість перетворюється на необхідну умову збереження ідентичності, моральної витримки та психологічного виживання людини [66, с. 16].

Таким чином, емоційна стійкість як психологічне явище є складним багаторівневим утворенням, що визначає здатність людини регулювати власні емоційні стани, зберігати внутрішню рівновагу, продуктивність діяльності та

цілісність особистості в умовах стресу й невизначеності. Її розвиток виступає необхідною умовою підтримання психологічного здоров'я, професійної ефективності та гармонійної життєдіяльності особистості в сучасному соціальному середовищі.

1.2. Психологічні особливості професійного вигорання медичного персоналу

Медична сфера належить до найбільш стресогенних професійних середовищ, оскільки поєднує високий рівень відповідальності, постійний контакт із людським болем і необхідність ухвалювати складні рішення в умовах дефіциту часу, ресурсів та моральних дилем життя і смерті. Унаслідок дії таких чинників формується складний психоемоційний феномен – професійне вигорання, що виникає під впливом хронічних робочих стресорів і проявляється поєднанням емоційного виснаження, деперсоналізації (відсторонення, цинізму у взаємодії з пацієнтами) та зниження професійної ефективності. Як зазначають В. Ботякова, О. Громцева, Н. Кавецька, С. Андрейчин і Н. Ярема, саме тривалий контакт із людським стражданням, емоційне перенавантаження, страх помилки та постійна потреба в емоційному самоконтролі створюють у медиків передумови для розвитку синдрому вигорання навіть за високої професійної мотивації допомагати іншим [10, с. 19; 12, с. 65; 22, с. 28].

Термін «професійне вигорання» був уперше введений американським психіатром Г. Фрейденбергером у 1974 році для опису стану емоційного виснаження та втрати мотивації в осіб, що працюють із людьми [79]. Пізніше його концепцію розвинула американська психологиня К. Масlach, яка запропонувала трикомпонентну модель вигорання: емоційне виснаження, деперсоналізацію та редукцію особистісних досягнень [82]. Згодом ця модель стала класичною і лягла в основу більшості міжнародних психодіагностичних підходів до вивчення синдрому.

В українській науковій традиції становлення проблематики відбувалося поступово. У пострадянських країнах термін «професійне вигорання» вперше з'явився в наукових роботах радянського психолога Л. Китаєва-Смика, який описував цей феномен у контексті емоційних перевантажень представників професій допомоги. Проте радянська психологія тривалий час ігнорувала це поняття через ідеологічні установки, згідно з якими «радянська людина» мала бути незламною, працездатною та несприйнятливою до подібних станів. Лише наприкінці 1990-х років, із послабленням ідеологічного тиску, проблема професійного вигорання набула статусу самостійного напрямку досліджень в Україні. В цей же період з'являються перші наукові роботи, присвячені психологічним аспектам вигорання медичних працівників, авторства Н. Кавецької, Л. Бегези, С. Андрейчина, Н. Яреми, О. Громцевої, В. Ботякової, Д. Асонова, А. Регуша, М. Реуцького, О. Юркова, які сформували теоретико-методологічну базу для подальших емпіричних досліджень і розвитку діагностико-профілактичних підходів [6; 8; 10; 12; 22; 53; 54; 59; 64; 68].

Паралельно загальному розвитку психологічної науки відбувалася еволюція в розумінні феномену професійного вигорання. Якщо на початкових етапах його трактували переважно як емоційне виснаження, то згодом підходи до його трактування суттєво розширилися. Сучасні дослідники наголошують, що професійне вигорання – це комплексне соціально-психологічне явище, яке охоплює емоційні, когнітивні та поведінкові зміни особистості й виникає внаслідок тривалого робочого стресу та порушення рівноваги між професійними вимогами і ресурсами фахівця [64, с. 39].

У цьому руслі сформовано низку підходів до визначення сутності професійного вигорання медичних працівників, кожен із яких розкриває окремий аспект цього багатовимірною феномена. Так, Д. Асонов трактує його як синдром хронічної професійної напруги, що виявляється у поєднанні емоційного виснаження, деперсоналізації та зниження професійних досягнень, зумовлений взаємодією індивідуально-психологічних, організаційних і етичних чинників у лікувальному середовищі [6, с. 14]. Л. Бегеза визначає вигорання

лікарів як стійкий комплекс емоційного виснаження, цинічного ставлення до пацієнтів і відчуття професійної неефективності, що формується через високі емоційні вимоги до праці, дефіцит часу й надмірну відповідальність [8, с. 22].

На думку Н. Кавецької, С. Андрейчина та Н. Яреми, вигорання медичного персоналу є психоемоційним станом, що виникає під впливом тривалих професійних стресорів і проявляється у зниженні емпатії, відчутті внутрішнього спустошення та падінні задоволеності працею, що безпосередньо позначається на якості медичної допомоги [22, с. 28]. М. Реуцький і М. Біла вбачають у ньому різновид професійного дистресу з вираженими емоційними та когнітивними компонентами (виснаження, негативізація, редукція досягнень), який детермінується дисбалансом між вимогами професії та ресурсами фахівця, а також постійною експозицією до людського страждання [54, с. 12].

У свою чергу, Н. Теренда, Т. Павлів і О. Теренда акцентують на організаційному характері цього синдрому, підкреслюючи, що в межах системи охорони здоров'я він формується під впливом надмірного навантаження, дефіциту підтримки та нечіткості професійних ролей, що призводить до зниження ефективності праці й підвищення ризику професійної демотивації [59, с. 30]. Н. Чмир, Н. Дробінська та М. Федечко визначають вигорання як комплексне психічне виснаження, що поєднує емоційну байдужість і професійний цинізм, виступаючи одночасно ризиком для психічного здоров'я персоналу та фактором деформації взаємодії лікаря з пацієнтом [64, с. 38].

На думку О. Юркова та І. Соломки, синдром професійного вигорання є специфічною реакцією на тривалий стрес у сфері догляду та лікування, що проявляється поступовим емоційним виснаженням, відчуженням від пацієнтів і зниженням почуття професійної компетентності [68, с. 21]. О. Громцева розглядає професійне вигорання як динамічний процес поступового виснаження емоційної, когнітивної та поведінкової сфер особистості, який зумовлює зниження ефективності діяльності, порушення комунікації з пацієнтами та втрату задоволення від праці [12, с. 67].

В. Ботякова підкреслює, що синдром професійного вигорання серед медичних працівників проявляється емоційним виснаженням, відчуженням від пацієнтів, зниженням почуття професійної компетентності та цинічним ставленням до службових обов'язків. На її переконання, це закономірна реакція психіки на хронічне перевантаження та тривалу дію стресогенних чинників у професії допомоги [10, с. 19].

Отже, професійне вигорання медичного персоналу можна визначити як стан тривалого психоемоційного виснаження, що супроводжується зниженням мотивації, емоційною байдужістю, втратою почуття професійної цінності та загальним падінням ефективності діяльності. Це явище має складну багаторівневу природу, охоплює індивідуальні, організаційні та соціальні аспекти й потребує системного підходу до профілактики та подолання.

Професійне вигорання формується поступово внаслідок тривалого впливу комплексу взаємопов'язаних чинників, які визначають психоемоційний стан фахівця. Як підкреслюють О. Громцева та В. Ботякова, у медичній сфері цей феномен зумовлений поєднанням зовнішніх і внутрішніх стресорів, а їхня системна взаємодія визначає інтенсивність і темпи розвитку синдрому вигорання [10, с. 20; 12, с. 66].

Результати наукових досліджень (Д. Асонов, Л. Бегеза, Н. Кавецька, С. Андрейчин, Н. Ярема, О. Теренда, М. Реуцький, Н. Чмир) підтверджують, що професійне вигорання медичних працівників має багаторівневу природу та зумовлюється поєднанням чинників різного походження, які традиційно поділяють на три основні групи: індивідуально-психологічні, міжособистісно-командні та організаційно-професійні (табл. 1.2) [6; 8; 22; 54; 59; 64; 68].

Таблиця 1.2 – Причини професійного вигорання медичного персоналу

Група чинників	Основні причини
Індивідуально-психологічні	Підвищений перфекціонізм; емоційна ригідність; низький рівень саморегуляції; занижена самооцінка; ригідні копінг-стратегії; низька толерантність до невизначеності; відсутність навичок емоційного відновлення.

Міжособистісно-командні	Конфлікти в колективі; дефіцит підтримки колег і керівництва; напружені стосунки з пацієнтами; емоційне «зараження» негативними станами інших; відсутність ефективної комунікації та культури взаємодії.
Організаційно-професійні	Перевантаження; нерегламентовані робочі зміни; дефіцит персоналу; бюрократичний тиск; обмежена автономія у прийнятті рішень; низький рівень винагороди; невизначеність протоколів; етичні конфлікти та моральні дилеми.

Індивідуально-психологічні чинники охоплюють особистісні властивості та внутрішні ресурси фахівця, що визначають рівень його стресостійкості й здатність до емоційної саморегуляції. Як зазначає Т. Цюпенко, низький рівень емоційного інтелекту обмежує можливість усвідомлення та контролю власних емоційних реакцій, що істотно підвищує ризик розвитку професійного вигорання [65, с. 111]. За даними Л. Міщихової та С. Винничук, медичні працівники з ригідними копінг-стратегіями (уникнення, надконтроль, придушення емоцій) демонструють більш виражене емоційне виснаження порівняно з тими, хто активно шукає соціальну підтримку [49, с. 120]. Є. Кулібаба та О. Кобилянський наголошують, що низька толерантність до невизначеності, перфекціонізм і потреба в постійному контролі виступають чинниками хронічної психоемоційної напруги. Водночас високий рівень резильєнтності та емоційного інтелекту виконує захисну функцію, забезпечуючи здатність до психологічного відновлення навіть за умов надмірного професійного навантаження [37, с. 111].

Міжособистісно-командні чинники відіграють ключову роль у формуванні професійного вигорання, оскільки цей процес значною мірою розгортається у системі професійних взаємин та командної взаємодії. Як зазначають Н. Кавецька, С. Андрейчин, Н. Ярема, Л. Лотоцька-Голуб, дефіцит підтримки з боку колег, часті конфлікти в бригаді та відсутність довірливих стосунків значно посилюють деперсоналізацію, знижують почуття професійної цінності й провокують відчуття емоційного виснаження [22, с. 29; 44, с. 157]. За спостереженнями О. Юркова, І. Соломки, О. Теренди, Т. Павлів та О. Теренди,

саме недостатній рівень зворотного зв'язку від керівництва, ігнорування потреб підлеглих і відсутність культури психологічної підтримки створюють сприятливе середовище для розвитку емоційного відчуження [59, с. 30; 68, с. 214]. Тривала робота в умовах емоційного зараження, коли члени колективу несвідомо переймають напруження та стрес один від одного, посилює прояви психоемоційного виснаження і знижує якість професійної взаємодії. Результати зарубіжних досліджень (B. Adini, M. Siman-Tov, A. Castillo-González, E. De La Fuente-Solana, M. Di Giuseppe, P. Ferreira, C. Conversano) підтверджують, що низький рівень колективної згуртованості, дефіцит емоційної підтримки та недостатня культура співпраці істотно підвищують ризик деперсоналізації й емоційного виснаження серед медичних працівників, особливо в умовах кризових і надзвичайних ситуацій [72; 74; 76; 78].

Організаційно-професійні чинники становлять найбільш системну і впливову групу детермінант вигорання. Як зазначають Н. Теренда, Т. Павлів та О. Теренда, постійне перевантаження, нічні зміни, кадровий дефіцит і надлишок адміністративних обов'язків формують стан хронічної втоми, який поступово переходить у виснаження [59, с. 31]. Невизначеність протоколів, брак автономії у прийнятті клінічних рішень, а також відсутність справедливої системи винагороди знижують мотивацію й породжують почуття безсилля. Крім того, необхідність розподілу дефіцитних ресурсів, повідомлення пацієнтам про важкі діагнози, прийняття рішень у кризових ситуаціях призводять до морального виснаження і формування синдрому морального стресу [64, с. 42]. Як зазначають Н. Кавецька, С. Андрейчин і Н. Ярема, саме поєднання надмірного навантаження, браку підтримки й етичні суперечності становить основу робочих вимог, які підривають ресурси відновлення медичного персоналу [22, с. 30].

Таким чином, професійне вигорання медичних працівників має багаторівневу причинну структуру, у якій поєднання індивідуально-психологічних вразливостей, міжособистісних конфліктів і організаційних дисфункцій формує замкнене коло хронічного виснаження. Усвідомлення цих

чинників є передумовою для розроблення ефективних стратегій профілактики та психогігієнічної підтримки персоналу у сфері охорони здоров'я.

Враховуючи багатofакторну природу професійного вигорання, доцільно розглянути, як цей феномен розгортається у часі, проходячи певні послідовні стадії. На думку більшості дослідників (О. Громцева, Д. Асонов, О. Дніпрова, Т. Єрмолаєва, І. Астремська, Л. Бегеза, В. Ботякова), професійне вигорання розвивається поступово, проходячи кілька взаємопов'язаних етапів [6; 7; 8; 10; 12; 14]. У медичній практиці цей процес набуває специфічних ознак, зумовлених високим рівнем емоційного напруження, постійною взаємодією з пацієнтами та необхідністю прийняття відповідальних рішень у ситуаціях невизначеності.

Науковці виокремлюють три основні етапи розвитку синдрому професійного вигорання, які відображають поступове виснаження емоційних, інтелектуальних і поведінкових ресурсів людини. Цей процес має поступовий характер і розгортається від внутрішньої напруги до глибокої емоційної спустошеності, впливаючи як на професійну ефективність, так і на психічне здоров'я фахівця.

На початковому етапі в медичного працівника з'являється відчуття тривоги, постійного поспіху та дефіциту часу. Посилюється гіперконтроль за робочими процесами як спроба впоратися з підвищеними вимогами середовища [12, с. 66]. Зовні людина може залишатися працездатною, однак внутрішня напруга невпинно зростає. Д. Асонов зазначає, що цей період часто супроводжується фізичними проявами стресу – безсонням, головним болем, підвищеним тиском [6, с. 14]. І. Астремська вважає, що саме на цьому етапі особливо важливо застосовувати супервізію та психологічну підтримку, які допомагають запобігти подальшому розвитку вигорання [7, с. 96].

На другому етапі поступово відбувається емоційне віддалення від професійної діяльності. Працівник починає свідомо або несвідомо обмежувати емоційні реакції у спілкуванні з пацієнтами та колегами, з метою збереження власних психологічних ресурсів. Це призводить до зниження рівня емпатії,

появи байдужості та внутрішнього відчуження. О. Дніпрова та Т. Єрмолаєва зазначають, що така емоційна економія тимчасово знижує напруження, але з часом переростає у цинічне ставлення до роботи [14, с. 40]. На цьому етапі проявляються когнітивні труднощі: зниження концентрації, креативності, гнучкості мислення. Л. Бегеза підкреслює, що цей період є переломним, адже працівник втрачає внутрішню мотивацію та перестає ідентифікувати себе з професійною роллю [8, с. 41].

Третій етап відзначається стабільними ознаками емоційного виснаження, байдужості до результатів праці та редукції професійних досягнень. Людина переживає втрату сенсу діяльності, відчуття безсилля, апатію та небажання брати відповідальність [68, с. 214]. Частими є соматичні симптоми – постійна втома, біль у тілі, безсоння, зниження імунітету. Н. Чмир, Н. Дробінська, М. Федечко, А. Новосад та А. Базилевич зазначають, що в цій фазі підвищується ризик розвитку тривожних і депресивних розладів, а також професійної дезідентифікації – втрати відчуття приналежності до професійної спільноти [64, с. 42].

Дослідження зарубіжних учених (B. Adini, M. Siman-Tov, G. Sadovsky, O. Tal, A. Castillo-González, A. Velando-Soriano, E. I. De La Fuente-Solana, Y. Chen, L. Zhang, H. Qi, M. Di Giuseppe, G. Nepa, T. A. Prout, M. Di Trani, R. Mariani, R. Ferri, P. Ferreira, S. Gomes, A. M. Kunzler, I. Helmreich, A. Chmitorz) свідчать, що розвиток професійного вигорання має схожу динаміку серед медиків у різних країнах. Автори підкреслюють, що ключовими чинниками, які пом'якшують прояви цього синдрому, є високий рівень резильєнтності, здатність до емоційної саморегуляції та підтримувальне соціальне середовище в колективі [72; 74; 75; 76; 77; 78; 80].

Отже, динаміка професійного вигорання демонструє послідовний перехід від стадії емоційного напруження до фази емоційного захисту та, зрештою, до хронічного виснаження, що порушує професійну ідентичність медичного працівника.

Професійне вигорання медичних працівників має каскадний, багаторівневий характер: воно виснажує особистісні ресурси фахівця, погіршує якість клінічних рішень і професійну комунікацію, а зрештою підриває кадрову та операційну стійкість закладу. Як зауважує О. Громцева, наслідки нашаровуються – від індивідуальної декомпенсації до професійних збоїв і організаційних втрат [12, с. 67]. Узагальнене відображення цих взаємопов'язаних рівнів подано на рис. 1.2, де схематично представлено основні наслідки професійного вигорання медичних працівників.

Особистісний рівень	Професійний рівень	Організаційний рівень
<ul style="list-style-type: none"> • хронічна втома; • емоційне оніміння; • тривожність і депресивність; • соматичні розлади, порушення сну; • зловживання стимуляторами; • ерозія емпатії; • зниження професійної ідентичності. 	<ul style="list-style-type: none"> • зростання кількості помилок; • погіршення комунікації з пацієнтами; • уникання складних випадків; • порушення дотримання протоколів безпеки; • зниження продуктивності. 	<ul style="list-style-type: none"> □ підвищення плинності кадрів; □ абсентеїзм; □ додаткові витрати на заміни; □ погіршення якості послуг і задоволеності пацієнтів; □ ризики для здоров'я працівників і стійкості медичних закладів.

Рис. 1.2 – Наслідки професійного вигорання медичних працівників

На думку Н. Чмир, Н. Дробінської, М. Федечко, А. Базилевич та А. Новосад, вигорання супроводжується хронічною втомою, емоційним онімінням, розладами сну, тривожно-депресивною симптоматикою та соматизацією; поступово знижується емпатія й відчуття професійної цінності [64, с. 41]. Т. Коса описує типові скарги лікарів і середнього медичного персоналу: виснаження, дратівливість, зниження толерантності до стресу, а також схильність до неадаптивних стратегій подолання, зокрема зловживання стимуляторами чи седативними засобами [34, с. 40]. Дослідження Н. Дужич, О. Єгер і М. Синенко доводять, що низький рівень емоційного інтелекту

пов'язаний із вираженішою дезадаптацією, тоді як розвинена саморегуляція зменшує симптоми вигорання [17, с. 41]. Подібні висновки роблять Є. Кулібаба та О. Кобилянський, підкреслюючи захисну роль емоційного інтелекту у відновленні медиків [37, с. 111].

За даними А. Регуша, М. Маркової, В. Плехова та Т. Яворської, у нейрохірургічних підрозділах вигорання пов'язане зі зростанням частоти помилок, порушенням дотримання протоколів безпеки й падінням продуктивності [53, с. 479]. Як стверджують Н. Кавецька, С. Андрейчин і Н. Ярема, емоційне виснаження знижує якість комунікації з пацієнтами та їхніми родинами, підвищує ймовірність уникання складних випадків і формалізації взаємодії, що прямо позначається на задоволеності пацієнтів медичною допомогою та їхній прихильності до лікування [22, с. 29].

Як зазначають Н. Теренда, Т. Павлів та О. Теренда, виснаження медичного персоналу зумовлює зростання абсентеїзму, плинності кадрів і витрат на заміни та донавчання, а також супроводжується погіршенням показників якості медичних послуг і рівня задоволеності пацієнтів [59, с. 31]. З управлінської точки зору, як підкреслюють С. Романенко, І. Марчук, Р. Жарлінська та І. Лепетан, відсутність системної підтримки персоналу, зокрема механізмів супервізії, збалансованих графіків роботи та справедливої системи компенсації, формує своєрідне порочне коло: дефіцит кадрів спричиняє перевантаження тих, хто залишається, що, своєю чергою, підсилює подальшу плинність працівників [55, с. 91]. У кризових контекстах, таких як пандемія чи воєнні дії, ці ризики загострюються: вимоги до персоналу стрімко зростають, тоді як ресурсна база та можливості відновлення залишаються обмеженими [58; 56]. Як доводить І. Астремська, впровадження програм супервізії, розвитку резильєнтності та командної підтримки суттєво покращує збереження кадрів, підвищує їхню стійкість і сприяє поліпшенню якості медичної допомоги [7, с. 96].

Таким чином, професійне вигорання медичних працівників – це наслідок поєднання надмірних робочих вимог, організаційних недоліків і соціальних

стресорів за умов браку ресурсів відновлення. Його причини охоплюють три рівні: індивідуально-психологічний (низька резильєнтність, емоційна ригідність), міжособистісний (конфлікти, дефіцит підтримки) та організаційний (перевантаження, нечіткі ролі, нестача автономії). Вигорання розвивається поступово і призводить до особистісних, професійних та управлінських втрат. Водночас розвиток емоційної стійкості, підсилення командної підтримки та системні управлінські рішення є доказово обґрунтованими шляхами зниження ризиків вигорання та підтримання якості медичної допомоги.

1.3. Взаємозв'язок між емоційною стійкістю та профілактикою професійного вигорання в медичній діяльності

Професійна діяльність медичних працівників – одна з найемоційно напруженіших сфер людської праці, у якій щоденна межа між співпереживанням і виснаженням є надзвичайно тонкою. Постійне зіткнення з людським болем і стражданням, відповідальність за життя пацієнтів, високий темп роботи, дефіцит часу та ресурсів формують хронічне психоемоційне навантаження. У таких умовах здатність зберігати внутрішню рівновагу, контролювати власні реакції й зберігати працездатність набуває вирішального значення. Емоційна стійкість у цьому контексті постає не як вроджена риса, а як інтегральна характеристика особистості, що визначає рівень професійного здоров'я, витривалості та адаптаційного потенціалу фахівця. Вона безпосередньо впливає на якість виконання обов'язків, взаємодію з пацієнтами та загальну ефективність діяльності медичного персоналу [4, с. 56].

У наукових дослідженнях вітчизняних і зарубіжних вчених (І. Аршава, Е. Носенко, О. Кокун, Т. Карамушка, Л. Романенко, Н. Теренда, О. Теренда, Т. Павлів, О. Вісіч, А. Castillo-González, А. Velando-Soriano, Е. De La Fuente-Solana, В. Martos-Cabrera, М. Membrive-Jiménez, Р. Ferreira, S. Gomes, М. Di Giuseppe, G. Nepa, Т. Prout, F. Albertini, S. Marcelli, G. Orrù, С. Conversano, А. Kunzler, I. Helmreich, А. Chmitorz, J. König, Н. Binder) простежується єдина

позиція: емоційна стійкість і професійне вигорання пов'язані між собою складною системою взаємовпливів, де рівень першої визначає ступінь прояву другого [4; 23; 30; 55; 59; 74; 76; 78; 80]. На думку цих дослідників, баланс між емоційною стабільністю, внутрішньою мотивацією та соціальною підтримкою формує основу психічного благополуччя медичного працівника, а отже, є головним чинником профілактики професійного вигорання.

Узагальнення наукових підходів дає змогу виокремити п'ять основних напрямів, що розкривають механізм взаємозв'язку між емоційною стійкістю та профілактикою професійного вигорання медичних працівників (рис. 1.3).



Рис. 1.3 – Основні напрями прояву взаємозв'язку між емоційною стійкістю та профілактикою професійного вигорання медичних працівників

Кожен із цих напрямів є не ізольованим, а взаємопов'язаним елементом єдиної системи, що визначає, як саме емоційна стійкість впливає на профілактику професійного вигорання медичних працівників.

Так, першим і базовим проявом взаємозв'язку між емоційною стійкістю та профілактикою вигорання є когнітивно-регуляційний вимір, який відображає

здатність медичного працівника усвідомлювати власні емоційні реакції, контролювати їх інтенсивність. Саме цей компонент емоційної стійкості формує внутрішню рівновагу, запобігаючи переходу короткочасного напруження у хронічне емоційне виснаження. Як зазначають І. Аршава та Е. Носенко, стійкість не означає відсутність емоцій, а передбачає їх свідоме опрацювання через когнітивну рефлексію й раціональне осмислення професійних подій [4, с. 57]. Вони підкреслюють, що саме здатність до контролю власних емоційних станів і корекції мислення дає змогу зберігати працездатність у ситуаціях високої відповідальності.

О. Кокун розглядає когнітивну регуляцію як провідний механізм підтримання професійної надійності, який допомагає лікарю залишатися зосередженим на завданні навіть у критичних умовах, зберігаючи раціональність рішень і контроль поведінкових реакцій [30, с. 45]. Л. Романенко, І. Марчук, Р. Жарлінська та І. Лепетан підкреслюють, що усвідомлений контроль над емоціями дозволяє не лише ефективно керувати власним станом, а й формувати конструктивне ставлення до проблем, запобігаючи накопиченню психічного напруження [55, с. 63]. Подібну думку висловлюють Н. Теренда, Т. Павлів і О. Теренда, наголошуючи, що когнітивна саморегуляція є основою адаптаційної поведінки медичного персоналу, адже дозволяє змінювати не саму стресову ситуацію, а ставлення до неї, зберігаючи при цьому професійну рівновагу [59, с. 71]. Т. Карамушка, Л. Карамушка та О. Вісіч доповнюють, що працівники охорони здоров'я, які володіють розвиненими навичками раціонального мислення й внутрішнього контролю, рідше демонструють емоційну дестабілізацію та ефективніше долають професійні конфлікти [23, с. 52].

Зарубіжні дослідники також підтверджують важливість когнітивного компонента емоційної стійкості. А. Castillo-González, А. Velando-Soriano, Е. De La Fuente-Solana, В. Martos-Cabrera, М. Membrive-Jiménez, Р. Ferreira, S. Gomes встановили, що когнітивна гнучкість допомагає медичним працівникам зменшити вплив стресових подій на психічне здоров'я [74, с. 58; 78, с. 214].

P. Ferreira і S. Gomes підкреслюють, що здатність переосмислювати професійні труднощі, не піддаючись емоційному тиску, істотно знижує ризик емоційного виснаження та втрати професійної мотивації [78, с. 214]. M. Di Giuseppe, C. Conversano, G. Orrù, S. Marcelli трактують когнітивну регуляцію як механізм психологічного захисту, що перешкоджає розвитку деперсоналізації та сприяє збереженню емпатійного, але водночас врівноваженого ставлення до пацієнтів [76, с. 120]. A. Kunzler, I. Helmreich, A. Chmitorz, J. König, H. Binder у своїх дослідженнях довели, що саме навички емоційного усвідомлення, когнітивного контролю та рефлексії визначають рівень резильєнтності – здатності людини ефективно протистояти вигоранню, залишаючись професійно активною навіть у кризових ситуаціях [80, с. 131].

Отже, когнітивно-регуляційний вимір визначає раціональну основу емоційної стійкості, що допомагає медичному працівнику усвідомлено керувати власним станом і зберігати ефективність у стресових умовах. Разом із тим, жодна саморегуляція не буде стійкою без внутрішнього смислу діяльності. Саме тому наступним важливим напрямом взаємозв'язку між емоційною стійкістю та профілактикою професійного вигорання виступає мотиваційно-смысловий вимір, який розкриває внутрішні джерела професійної витривалості та здатність знаходити сенс у щоденній праці.

О. Кокун зауважує, що лікарі з високим рівнем емоційної стійкості не сприймають труднощі як тягар, а як частину своєї місії допомагати людям, що підсилює їх відчуття професійної значущості [30, с. 46]. Це формує глибоку внутрішню мотивацію, знижує ризик апатії, емоційного виснаження та деперсоналізації. Л. Романенко, І. Марчук, Р. Жарлінська та І. Лепетан підкреслюють, що емоційна стійкість пов'язана з умінням зберігати почуття цінності власної роботи навіть у найскладніших обставинах, що підтримує цілісність професійної ідентичності медичного працівника [55, с. 64].

У профілактиці професійного вигорання важливим стає не лише рівень емоційної витривалості, а й глибина усвідомлення сенсу своєї діяльності. Коли лікар розуміє, що його зусилля приносять реальну користь, він сприймає втому

як природну частину служіння, а не як руйнівне перевантаження. Цю закономірність підтверджують А. М. Kunzler, I. Helmreich, A. Chmitorz, J. König і Н. Binder, які зазначають, що збереження ціннісної мотивації є одним із ключових факторів запобігання емоційному виснаженню та підвищення професійної стійкості [80, с. 131].

Таким чином, мотиваційно-смісловий вимір визначає глибинну внутрішню опору емоційної стійкості, адже саме усвідомлення цінності власної діяльності забезпечує медичному працівникові відчуття професійної місії й наповнює роботу позитивним змістом. Проте навіть за високої мотивації фахівець не застрахований від психоемоційних перевантажень. Тому важливим є емоційно-адаптивний вимір, який відображає здатність особистості до відновлення емоційної рівноваги після стресу, утримання внутрішнього балансу та запобігання розвитку емоційного виснаження.

Як зазначають Н. Теренда, Т. Павлів і О. Теренда, емоційна стійкість не усуває сам факт стресу, але змінює його вплив: енергія напруження спрямовується не на руйнування, а на конструктивне подолання труднощів і професійний розвиток [59, с. 72]. Л. Романенко, І. Марчук, Р. Жарлінська та І. Лепетан наголошують, що здатність до емоційної адаптації формується через розвиток внутрішніх копінг-механізмів – уміння відновлювати сили, розмежовувати робочі та особисті переживання, зберігати психічну цілісність у складних умовах [55, с. 65]. Т. Карамушка, Л. Карамушка та О. Вісіч доповнюють, що саме гнучкість емоційної сфери визначає, наскільки фахівець може підтримувати стабільний рівень ефективності при тривалих навантаженнях, не втрачаючи емпатійності у взаємодії з пацієнтами [23, с. 53].

У праці І. Аршави та Е. Носенко підкреслюється, що адаптивна емоційна поведінка – це не пригнічення емоцій, а їхнє усвідомлене проживання та подальше перетворення на ресурс відновлення [4, с. 58]. О. Кокун зазначає, що важливою умовою стійкості є здатність фахівця не лише витримувати емоційні перевантаження, а й активно відновлювати психофізичні ресурси через саморефлексію, релаксацію й підтримку колег. Адаптаційна поведінка є

проявом зрілої особистості, яка не заперечує емоції, а інтегрує їх у професійний досвід, роблячи стрес каталізатором зростання [30, с. 46].

Зарубіжні вчені також приділяють значну увагу емоційно-адаптивному аспекту. А. Castillo-González, А. Velando-Soriano, Е. De La Fuente-Solana, В. Martos-Cabrera, М. Membrive-Jiménez, Р. Ferreira та S. Gomes вказують, що фахівці з розвинутою емоційною саморегуляцією рідше демонструють симптоми деперсоналізації, зберігаючи при цьому високу емпатійність без перевтоми [74, с. 58; 78, с. 214]. М. Di Giuseppe, С. Conversano, G. Orrù, S. Marcelli, G. Nera, Т. Prout і F. Albertini розглядають емоційну адаптацію як динамічний процес, який дозволяє людині «переживати» напруження без руйнівних наслідків, використовуючи позитивні емоції як протизагуг стресу [76, с. 120]. А. Kunzler, I. Helmreich, А. Chmitorz, J. König і Н. Binder підкреслюють, що здатність до емоційного відновлення є одним із центральних механізмів резильєнтності, який забезпечує професійну довговічність медичних працівників і підвищує їхню психологічну гнучкість [80, с. 131].

Отже, емоційно-адаптивний вимір розкриває внутрішній потенціал людини до відновлення після стресу, але ефективність цього процесу значною мірою залежить від соціального контексту, у якому працює медичний працівник. Тому наступним важливим напрямом взаємозв'язку є соціально-комунікативний вимір, що відображає роль міжособистісних відносин, командної взаємодії та соціальної підтримки у зміцненні стійкості.

Як зазначають Т. Карамушка, Л. Карамушка та О. Вісіч, відчуття згуртованості, взаємної поваги й довіри в медичному колективі істотно зменшує ризик емоційного виснаження навіть за високого навантаження [23, с. 52]. Науковці підкреслюють, що колектив виступає системою соціальної підтримки, де формується спільна відповідальність за емоційний клімат і психологічну безпеку. Л. Романенко, І. Марчук, Р. Жарлінська та І. Лепетан додають, що доброзичливе ставлення колег, відкритість до спілкування і визнання професійних зусиль підвищують рівень емоційного тону, сприяючи формуванню позитивного ставлення до роботи [55, с. 64].

На думку О. Кокуна, соціальна підтримка у професійному середовищі виконує функцію психологічного буфера, який знижує вплив стресових подій, полегшує переживання невдач і сприяє швидшому емоційному відновленню [30, с. 46]. Н. Теренда, Т. Павлів і О. Теренда також відзначають, що відчуття командної взаємодії й можливість висловити емоції без страху осуду створюють передумови для емоційної розрядки та профілактики внутрішньої ізоляції, яка часто передує вигоранню [59, с. 72].

М. Di Giuseppe, G. Nera, T. Prout, F. Albertini, S. Marcelli, G. Orrù, C. Conversano підкреслюють, що саме розвиток емоційного інтелекту у колективах медичних закладів підвищує загальний рівень резильєнтності персоналу [76, с. 120]. Колеги, які демонструють емпатію, толерантність і взаємопідтримку, стають не лише професійними партнерами, а й емоційним ресурсом, що допомагає долати труднощі та знижує ризик деперсоналізації. Аналогічно P. Ferreira і S. Gomes доводять, що позитивний соціально-психологічний клімат сприяє зменшенню кількості конфліктів, підвищує задоволеність працею та формує відчуття приналежності до професійної спільноти [78, с. 214].

Таким чином, соціально-комунікативний вимір демонструє, що емоційна стійкість медичного працівника зміцнюється не лише внутрішніми ресурсами, а й якістю міжособистісних зв'язків. Проте навіть найсприятливіше соціальне середовище не зможе повністю убезпечити від емоційного виснаження, якщо організаційна система не підтримує психологічне благополуччя персоналу. Саме тому останнім напрямом взаємозв'язку між емоційною стійкістю та профілактикою професійного вигорання є організаційно-психологічний вимір, який відображає вплив управлінських практик, корпоративної культури та етичного клімату медичного закладу на психологічну стабільність працівників.

Як зазначає В. Русанов, навіть найвища особиста стійкість може бути зруйнована у токсичному робочому середовищі, де панує надмірне навантаження, брак зворотного зв'язку та відсутність визнання результатів праці [56, с. 88]. Навпаки, справедливе керівництво, колегіальність, гнучкий

розподіл обов'язків і культура підтримки формують умови, у яких емоційна стійкість працівників не лише зберігається, а й розвивається. Т. Карамушка, Л. Карамушка та О. Вісіч наголошують, що важливим чинником профілактики вигорання є організаційна справедливість – відчуття рівності у винагороді, доступі до ресурсів і можливості професійного зростання [23, с. 53].

О. Кокун підкреслює, що на рівні установи необхідно створювати психологічно безпечне середовище, у якому працівники мають змогу відкрито обговорювати труднощі, отримувати консультаційну допомогу та брати участь у програмах розвитку [30, с. 47]. Л. Романенко, І. Марчук, Р. Жарлінська та І. Лепетан відзначають, що політика емоційної безпеки в закладах охорони здоров'я зменшує ризик хронічної перевтоми, а впровадження груп підтримки сприяє зміцненню колективної резильєнтності [55, с. 66].

Зарубіжні дослідження також підтверджують, що індивідуальні ресурси емоційної стійкості ефективно реалізуються лише за умови сприятливих організаційних факторів. А. Luceño-Moreno, В. Talavera-Velasco, D. Vázquez-Estévez вказують, що профілактика вигорання у медичних працівників досягається тоді, коли індивідуальна психологічна витривалість підкріплюється структурними змінами у системі праці: впровадженням супервізії, тренінгів емоційної компетентності, програм підтримки ментального здоров'я та гнучких графіків роботи [81, с. 203]. А. Kunzler, I. Helmreich, A. Chmitorz, J. König і Н. Binder додають, що розвиток резильєнтності на інституційному рівні можливий лише через поєднання особистісної автономії працівників із корпоративною культурою довіри та взаємоповаги [80, с. 131].

Отже, організаційно-психологічний вимір підкреслює, що емоційна стійкість формується у взаємодії особистісних і системних чинників. Лише тоді, коли у закладі створені умови для розвитку, відкритого спілкування, підтримки, емоційна стійкість стає стійким елементом корпоративної культури, що забезпечує довготривалу профілактику професійного вигорання.

Узагальнюючи викладене, відзначимо, що взаємозв'язок між емоційною стійкістю та профілактикою професійного вигорання має комплексний

характер. Він охоплює когнітивно-регуляційні механізми контролю емоцій, мотиваційно-сміслові орієнтири, емоційно-адаптивні стратегії відновлення, соціально-комунікативну підтримку та організаційно-психологічні умови професійного середовища. Сукупність цих компонентів формує цілісну систему психологічного захисту медичного працівника, що забезпечує збереження внутрішньої рівноваги та професійної ефективності навіть за умов хронічного стресу. Отже, емоційна стійкість виступає стратегічною умовою профілактики професійного вигорання, від рівня розвитку якої залежить стабільність функціонування системи охорони здоров'я та якість надання допомоги.

Висновки до першого розділу

У першому розділі було досліджено теоретичні засади розвитку емоційної стійкості медичних працівників.

Встановлено, що емоційна стійкість є інтегральною динамічною характеристикою особистості, яка забезпечує збереження внутрішньої рівноваги, контроль емоційних станів і ефективність дій у стресових умовах. Її структура охоплює взаємодію емоційно-регулятивних, когнітивно-оцінювальних, вольових і поведінкових компонентів, а функції зводяться до регулятивної, адаптаційної та розвивальної. На формування емоційної стійкості впливають індивідуально-психологічні властивості, соціально-контекстуальні умови та зовнішні середовищні чинники.

Доведено, що вигорання медичних працівників має багаторівневу природу та розгортається у послідовності від накопичення напруження до емоційного відсторонення і стійкого виснаження. Його детермінують поєднання індивідуальних вразливостей, міжособистісних проблем й організаційних дисфункцій. Наслідки охоплюють особистісний, професійний і інституційний рівні: зниження емпатії та якості рішень, погіршення комунікації з пацієнтами, зростання плинності кадрів і втрат організації.

Обґрунтовано, що профілактика вигорання спирається на п'ять взаємопов'язаних напрямів прояву емоційної стійкості: когнітивно-регуляційний (усвідомлений контроль емоцій і переосмислення стресу), мотиваційно-смісловий (підтримання професійного сенсу), емоційно-адаптивний (відновлення після напруження), соціально-комунікативний (якісні зв'язки та підтримка в команді) й організаційно-психологічний (справедливі правила, безпечний емоційний клімат, розвиток). Сукупність цих компонентів формує цілісну систему психологічного захисту, що зберігає працездатність, емпатію та стабільність медичної допомоги; розвиток емоційної стійкості слід розглядати як стратегічний напрям профілактики вигорання і підвищення якості роботи закладів охорони здоров'я.

РОЗДІЛ II

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ЕМОЦІЙНОЇ СТІЙКОСТІ ТА ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРЯННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

2.1. Організація та методи дослідження емоційної стійкості

У сучасних умовах воєнної нестабільності, підвищеного соціального напруження та дефіциту кадрових ресурсів у системі охорони здоров'я проблема професійного вигорання медичних працівників набуває особливої значущості. Щоденне зіткнення з людським болем, моральна відповідальність за життя пацієнтів, висока інтенсивність праці та необхідність емоційного самоконтролю формують підвищений ризик психоемоційного виснаження. Водночас саме розвиток емоційної стійкості дозволяє фахівцям підтримувати внутрішню рівновагу, ефективність рішень і психологічне благополуччя навіть у стресогенних умовах. Вивчення рівня емоційної стійкості та її взаємозв'язку з проявами професійного вигорання серед медичних працівників є необхідним етапом для розробки ефективних психологічних програм підтримки, спрямованих на збереження психічного здоров'я, підвищення стресостійкості та профілактику емоційного виснаження у сфері охорони здоров'я.

Метою емпіричного дослідження було визначення рівня сформованості емоційної стійкості у медичних працівників та аналіз взаємозв'язку між її показниками й компонентами професійного вигорання.

Емпіричну базу становили 28 медичних працівників стоматологічної клініки «Villa Louisa», серед яких лікарі-стоматологи та представники молодшого медичного персоналу. Відбір учасників здійснювався за критеріями наявності практичного досвіду у сфері охорони здоров'я, регулярного контакту з емоційно напруженими ситуаціями, а також добровільної згоди на участь у дослідженні. Усі респонденти працюють у середовищі, що потребує високого рівня емоційної регуляції та відповідальності за результати професійних дій.

Дослідження проводилося у робочих умовах клініки з дотриманням принципів етичності, добровільності та конфіденційності. Учасники були поінформовані про мету, зміст і процедуру дослідження та надали письмову згоду на участь. Під час проведення емпіричного етапу забезпечувалося дотримання вимог анонімності, недискримінації та нейтральності дослідника.

Методологічну основу дослідження становили принципи системності, особистісно-орієнтованого підходу, міждисциплінарності та наукової об'єктивності. Дослідження поєднувало кількісні та якісні методи аналізу, що дозволило комплексно оцінити рівень емоційної стійкості та професійного вигорання медичних працівників, а також визначити їх взаємозв'язок.

Організація емпіричного дослідження взаємозв'язку емоційної стійкості та професійного вигорання медичних працівників охоплювала три послідовні етапи: підготовчий, констатувальний (діагностичний) та формульовально-контрольний. Така структура забезпечила змістову цілісність, відтворюваність процедур і перевірку ефективності подальшої тренінгової програми розвитку емоційної стійкості.

Підготовчий етап був спрямований на формулювання дослідницьких питань, уточнення робочих гіпотез і визначення теоретико-методологічних засад. На цьому етапі було розроблено програму емпіричного дослідження, підібрано й адаптовано психодіагностичні методики для оцінювання ресурсів стійкості та проявів вигорання. Підготовлено інформаційні матеріали, інструкції, бланки відповідей, форми інформованої згоди та план статистичного аналізу (розрахунок описових показників, кореляцій, порівнянь «до-після»). Особливу увагу приділено етичним аспектам: персонал клініки поінформовано про мету, завдання та умови участі, гарантовано право на відмову без будь-яких наслідків, конфіденційність і використання даних лише в узагальненому вигляді.

Завдання підготовчого етапу:

- формулювання гіпотез і визначення ключових дослідницьких питань;
- добір і апробація психодіагностичних методик;

- підготовка організаційних і інформаційних матеріалів (інструкції, бланки, згоди);

- інформування учасниць про умови дослідження та отримання добровільної згоди;

- створення безпечних і комфортних умов для проведення діагностики.

Констатувальний (діагностичний) етап був спрямований на фіксацію вихідного рівня емоційної стійкості та професійного вигорання у вибірці з 28 медичних працівників стоматологічної клініки «Villa Louisa». Застосовано стандартизовані опитувальники, що дозволили комплексно оцінити ресурси стійкості (резильєнтність, життєстійкість) і структуру вигорання (емоційне виснаження, деперсоналізація, редукція особистих досягнень). Діагностичні процедури проводилися в окремому приміщенні клініки упродовж робочого часу без переривання лікувального процесу; опитувальники респонденти заповнювали самостійно за індивідуальним графіком (щоб мінімізувати вплив втоми та черг). Отримані показники склали базову точку відліку для подальшого порівняння та визначення цільових модулів тренінгу.

Завдання констатувального етапу:

- визначити вихідні рівні резильєнтності та життєстійкості;

- зафіксувати інтенсивність компонентів професійного вигорання;

- виявити індивідуально-типологічні та групові особливості емоційної регуляції;

- сформуванню емпіричну базу для перевірки гіпотез і планування інтервенцій.

Формувально-контрольний етап передбачав упровадження тренінгової програми розвитку емоційної стійкості та подальшу оцінку її результативності. Тривалість програми – 4 тижні: по 2 групові заняття на тиждень (по 90 хв кожне) та короткі індивідуальні мікропрактики між сесіями. Структура занять поєднувала:

- психоедукаційні модулі (природа стресу і вигорання, механізми саморегуляції, моделі резильєнтності);

- когнітивно-поведінкові техніки (рефреймінг, робота з автоматичними думками, планування відновлення);
- емоційно-тілесні практики (дихальні вправи, короткі релаксаційні протоколи, м'язове розслаблення);
- соціально-комунікативні вправи (зворотний зв'язок без вигорання, мікро-паузи в командній взаємодії, запити на підтримку);
- професійні мікроритуали відновлення для стоматологічної практики (міжприйомні 2-3-хвилинні протоколи, «холодні виходи» після складних випадків).

Після завершення програми проведено контрольну діагностику тим самим набором методик, що й на констатувальному етапі, з метою зіставлення показників до-після та оцінювання величини ефекту. Це дало змогу визначити динаміку в ключових компонентах і сформулювати практичні рекомендації.

Завдання формувально-контрольного етапу:

- реалізувати тренінгову програму розвитку емоційної стійкості для медичного персоналу;
- сформувати навички саморегуляції й коротких протоколів відновлення у робочому циклі;
- провести повторні вимірювання для порівняльного аналізу результатів;
- оцінити ефективність програми та підготувати рекомендації щодо її подальшого впровадження.

Таким чином, організація емпіричного дослідження мала цілісний і послідовний характер: констатація вихідного стану, формування цільових навичок і протоколів, а також контроль змін та їх інтерпретація з огляду на практичну корисність для закладу охорони здоров'я.

Для досягнення мети дослідження та розв'язання поставлених завдань було використано комплекс валідних психодіагностичних методик, дібраних з урахуванням їх надійності та придатності для вимірювання основних компонентів емоційної стійкості й професійного вигорання. Деталізований опис методик подано в табл. 2.1.

Таблиця 2.1 – Діагностичний інструментарій емпіричного дослідження

№	Методика	Характеристика
1	Шкала резильєнтності (BRS)	Містить 6 тверджень, оцінюваних за 5-бальною шкалою. Дає інтегральну оцінку здатності швидко відновлюватися після стресових подій і невдач у медичних працівників; використовується як маркер ресурсності для профілактики вигорання.
2	Шкала резильєнтності Коннора-Девідсона (CD-RISC-25)	Оцінює ширший профіль психологічної стійкості: наполегливість, адаптивність, контроль, толерантність до негативних емоцій. Містить 25 пунктів, вищі значення відображають більшу резильєнтність. Використовується для детальнішої диференціації ресурсів стійкості персоналу.
3	Тест життєстійкості С. Мадді	Діагностує життєстійкість як поєднання трьох компонентів: залученість, контроль, прийняття ризику. Складається з 45 тверджень із прямими та зворотними пунктами; дає загальний показник і профіль субшкал. Дозволяє виявити когнітивно-вольові механізми опору стресу в роботі медиків.
4	Опитувальник «Професійне вигорання» К. Маслач, С. Джексон	Спрямована на вимірювання трьох ключових компонентів професійного вигорання: емоційного виснаження, деперсоналізації та редукції особистих досягнень. Дозволяє визначити рівень інтенсивності синдрому та специфіку його проявів у професійній діяльності педагогів.
5	Опитувальник для виявлення синдрому професійного вигорання (О. Чабан)	Дозволяє діагностувати прояви емоційного вигорання з урахуванням специфіки українських педагогічних колективів. Містить шкали для оцінки психологічного стану, рівня задоволеності роботою, проявів емоційної втоми та деперсоналізації. Забезпечує комплексне бачення динаміки вигорання.

Таким чином, застосування комплексу психодіагностичних методик дало змогу провести всебічний аналіз рівня емоційної стійкості та професійного вигорання медичних працівників клініки «Villa Louisa». Кожна методика забезпечила дослідження окремого аспекту: від індивідуальних ресурсів адаптації, життєстійкості та резильєнтності до проявів емоційного виснаження, деперсоналізації й зниження професійної ефективності. Поєднання кількісних і якісних підходів дозволило отримати достовірні результати, виявити статистично значущі тенденції, а також простежити внутрішню динаміку психологічних змін у медичного персоналу. Ретельна обробка даних і дотримання етичних стандартів забезпечили надійність і об'єктивність висновків, що створює підґрунтя для подальшої оцінки ефективності впровадженої тренінгової програми розвитку емоційної стійкості.

2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження та їх інтерпретація

Усього до участі було залучено 28 медичних працівників – лікарів-стоматологів та представників молодшого медичного персоналу віком від 25 до 56 років із різним стажем професійної діяльності (від 2 до 25 років). Усі учасники працюють у високостресовому середовищі, що передбачає інтенсивну взаємодію з пацієнтами, відповідальність за результат лікування та необхідність підтримувати високий рівень концентрації й самоконтролю.

Перед початком дослідження всім учасникам було детально роз'яснено його мету, завдання, порядок проведення, а також умови дотримання конфіденційності та принципу добровільності участі. Було наголошено на праві кожного респондента відмовитися від участі на будь-якому етапі без будь-яких негативних наслідків чи пояснень. Особлива увага приділялася створенню доброзичливої та безпечної атмосфери: під час заповнення анкет забезпечувалися оптимальні умови – тиша, відсутність зовнішніх подразників, можливість виконання завдань у зручному темпі. Протягом процесу було дотримано нейтральності та підтримувального підходу, учасникам надавалися роз'яснення щодо змісту тверджень і можливість ставити уточнювальні запитання. Такий підхід сприяв формуванню довіри, підвищенню щирості відповідей і зниженню ситуативного емоційного напруження.

На першому етапі дослідження для виявлення індивідуальних особливостей емоційної стійкості було застосовано Шкалу резильєнтності (BRS) (див. додаток А). Ця методика спрямована на визначення здатності особистості швидко відновлюватися після стресових подій і труднощів, що є базовим індикатором емоційної стійкості. Опитувальник складається з шести тверджень, які оцінюються за п'ятибальною шкалою. Отримані результати оброблялися відповідно до офіційного алгоритму: сума балів за всіма пунктами ділилася на кількість тверджень, утворюючи індивідуальний середній показник.

На рис. 2.1 наведено розподіл медичних працівників за рівнями резильєнтності (n = 28).

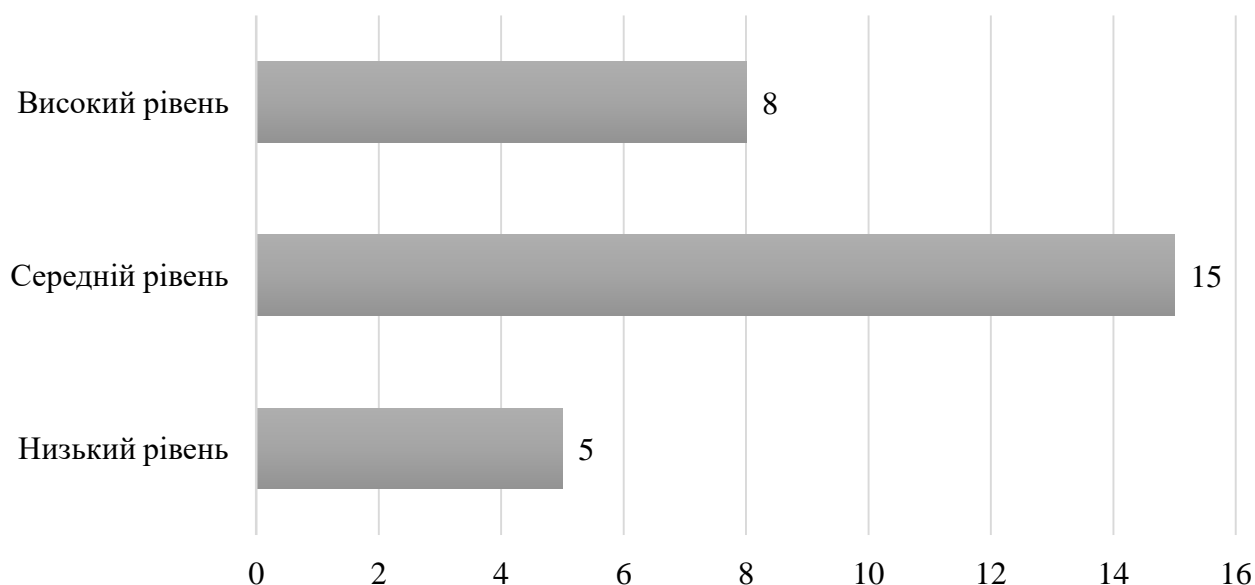


Рис. 2.1 – Розподіл медичних працівників за рівнями резильєнтності (n = 28)

Як показано на рис. 2.1, більшість учасників (15 осіб, або 53,6%) продемонстрували середній рівень резильєнтності, що свідчить про загалом достатню, проте не завжди стабільну здатність до психологічного відновлення після впливу стресових чи травматичних подій. Такі працівники зазвичай зберігають працездатність у складних умовах, проте можуть потребувати додаткових ресурсів підтримки у разі тривалих емоційних навантажень або кризових ситуацій. Приблизно третина респондентів (8 осіб, або 28,6%) має високий рівень емоційної стійкості, що вказує на наявність сформованих механізмів саморегуляції, уміння конструктивно справлятися зі стресом, швидко відновлювати внутрішній баланс і зберігати професійну ефективність навіть за умов інтенсивного темпу роботи. Ця група характеризується оптимістичним мисленням, високою мотивацією до діяльності та здатністю контролювати власні емоції у взаємодії з пацієнтами. Водночас 5 осіб (17,8%) продемонстрували низький рівень резильєнтності, що вказує на знижену стресостійкість, емоційну виснаженість і труднощі в подоланні напружених ситуацій.

Отримані результати підтверджують, що навіть у межах одного медичного колективу спостерігаються суттєві індивідуальні відмінності у рівнях стресостійкості. Високий рівень резильєнтності найчастіше притаманний фахівцям із більшим професійним досвідом (понад 10 років) та сформованими стратегіями емоційної саморегуляції. Натомість низькі показники переважають серед молодших співробітників, які лише кілька років працюють у сфері охорони здоров'я та мають недостатній досвід подолання професійних кризових ситуацій.

Порівняльний аналіз також показав, що працівники з високими показниками BRS демонструють меншу схильність до симптомів емоційного виснаження і деперсоналізації, тоді як низький рівень резильєнтності прямо корелює з підвищеною втомою, дратівливістю та почуттям емоційного спустошення. Це узгоджується з попередніми дослідженнями, які підтверджують роль резильєнтності як буфера між стресом і розвитком вигорання [74; 75; 81; 82].

Отже, результати за шкалою BRS засвідчили, що більшість медичних працівників клініки «Villa Louisa» мають середній рівень психологічної стійкості. Водночас виявлена частка осіб із низькими показниками свідчить про потребу у впровадженні систематичних заходів психологічної підтримки, спрямованих на розвиток навичок резильєнтності – емоційного самоконтролю, гнучкого мислення та швидкого відновлення після стресу.

На другому етапі нами було досліджено рівень емоційної стійкості медичних працівників за допомогою Шкали резильєнтності Коннора-Девідсона (CD-RISC-25) (див. додаток Б). Ця методика дозволяє отримати узагальнену оцінку здатності особистості ефективно долати стресові ситуації, адаптуватися до змін і зберігати внутрішню рівновагу. Опитувальник складається з 25 тверджень, які оцінюються за п'ятибальною шкалою від 0 («повністю невірно») до 4 («вірно майже у всіх випадках»). Кінцевий результат визначається шляхом підсумовування балів за всіма пунктами, що дозволяє отримати інтегральний показник у межах від 0 до 100.

На рис. 2.2 наведено результати розподілу респондентів за рівнями резильєнтності за шкалою CD-RISC-25 (n = 28).

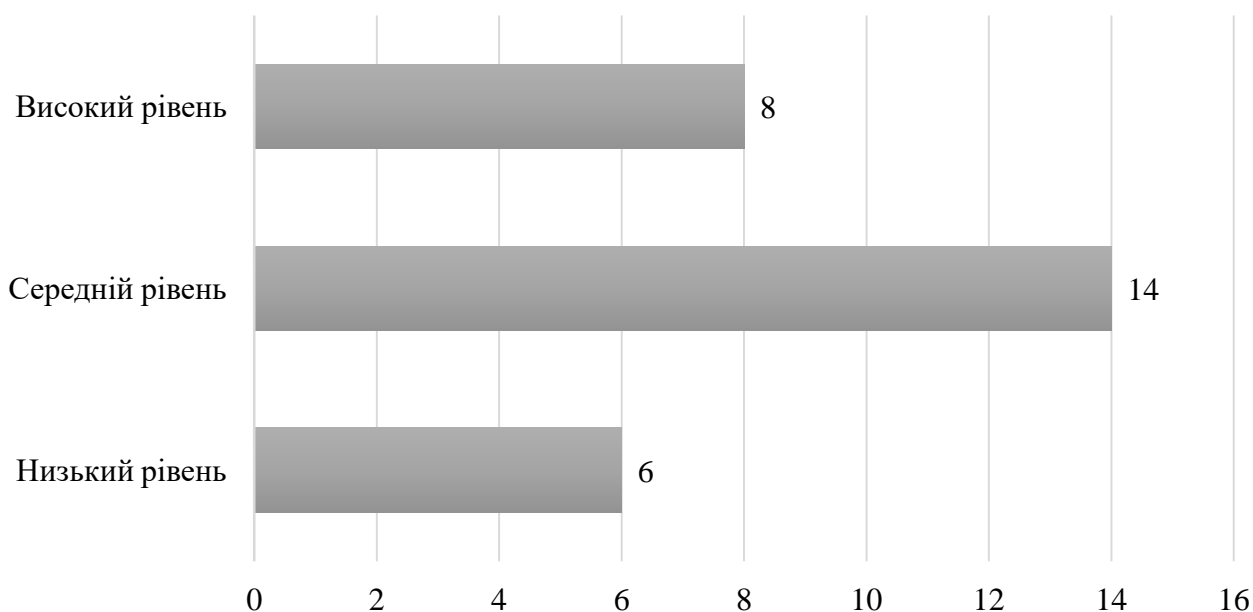


Рис. 2.2 – Розподіл медичних працівників за рівнями резильєнтності за методикою CD-RISC-25 (n = 28)

Як показано на рис. 2.2, половина учасників (14 осіб, або 50%) продемонструвала середній рівень резильєнтності, що відображає загалом задовільну, але не завжди стійку здатність адаптуватися до змін, долати професійні труднощі та підтримувати емоційну рівновагу під впливом тривалих навантажень. Такі фахівці, як правило, зберігають ефективність у стандартних робочих умовах, однак у періоди надмірного стресу можуть відчувати зниження концентрації, емоційне виснаження або потребу в додатковій підтримці. Високий рівень резильєнтності виявлено у 8 медичних працівників (28,6%), що свідчить про сформовані механізми саморегуляції, високий рівень самоконтролю, внутрішню гармонію, уміння швидко мобілізувати ресурси у кризових ситуаціях і конструктивно взаємодіяти з оточенням. Ці респонденти, як правило, демонструють оптимізм, професійну впевненість і здатність до ефективного прийняття рішень навіть в умовах емоційного перевантаження. Натомість 6 осіб (21,4%) показали низький рівень резильєнтності, що вказує на

підвищену вразливість до стресу, емоційну нестабільність, невпевненість у власних силах та схильність до швидкого виснаження при тривалих навантаженнях. Такий результат свідчить про необхідність проведення психологічних інтервенцій, спрямованих на розвиток навичок стрес-менеджменту, емоційної регуляції та підвищення впевненості у власній професійній компетентності.

Детальний аналіз результатів засвідчив, що найвищі середні бали отримано за твердженнями, які відображають впевненість у власних силах, наполегливість і цілеспрямованість (пункти 10, 11, 24). Це свідчить про те, що більшість учасників мають добре сформований мотиваційно-вольовий компонент резильєнтності, орієнтований на досягнення результату, подолання перешкод і збереження внутрішньої впевненості навіть у складних обставинах. Водночас нижчі показники за пунктами, що характеризують здатність зберігати ясність мислення під тиском, швидко відновлюватися після невдач та контролювати емоційні реакції в умовах стресу (пункти 8, 14, 16), вказують на певні труднощі у сфері емоційно-регуляційного компоненту. Це може означати, що попри високий рівень професійної мотивації, не всі фахівці володіють достатнім арсеналом психологічних механізмів для підтримання стабільного емоційного стану під час тривалої напруги.

Порівняння результатів за CD-RISC-25 і BRS показало, що обидві методики виявляють подібні тенденції: вищі показники резильєнтності поєднуються з нижчими проявами емоційного виснаження і деперсоналізації, тоді як низький рівень резильєнтності корелює з частими скаргами на втому, дратівливість і відчуття внутрішнього спустошення. Таким чином, стійкі до стресу медики краще контролюють власні емоції, рідше відчувають апатію чи байдужість до пацієнтів, демонструють вищий рівень працездатності та командної взаємодії. Отримані дані узгоджуються з результатами міжнародних досліджень, які підтверджують, що резильєнтність виступає буфером між стресовими факторами та розвитком професійного вигорання, зменшуючи ризики хронічного психоемоційного виснаження [74; 75; 81; 82].

Отже, результати другого етапу емпіричного дослідження свідчать, що більшість медичних працівників клініки «Villa Louisa» характеризуються достатнім, проте не повністю стабільним рівнем психологічної стійкості, який забезпечує адаптацію до звичних робочих стресів, але може бути недостатнім у кризових або надзвичайних ситуаціях. Виявлена тенденція підкреслює необхідність системної психологічної підтримки персоналу, спрямованої на розвиток навичок саморегуляції, управління емоційним станом, підвищення толерантності до невизначеності та формування гнучкого мислення.

На третьому етапі емпіричного дослідження для поглибленого вивчення особистісних аспектів емоційної стійкості було застосовано тест життєстійкості С. Мадді (див. додаток В). Ця методика дозволяє оцінити три ключові складові життєстійкості – залученість, контроль і прийняття ризику, які в сукупності формують здатність особистості ефективно долати стресові впливи, зберігати внутрішню гармонію та конструктивно реагувати на труднощі. Опитувальник містить 45 тверджень, відповіді на які оцінювалися за чотирибальною шкалою, що забезпечило можливість кількісного аналізу індивідуальних варіацій у межах досліджуваної вибірки.

На рис. 2.3 наведено розподіл медичних працівників клініки «Villa Louisa» за рівнями життєстійкості (n = 28).

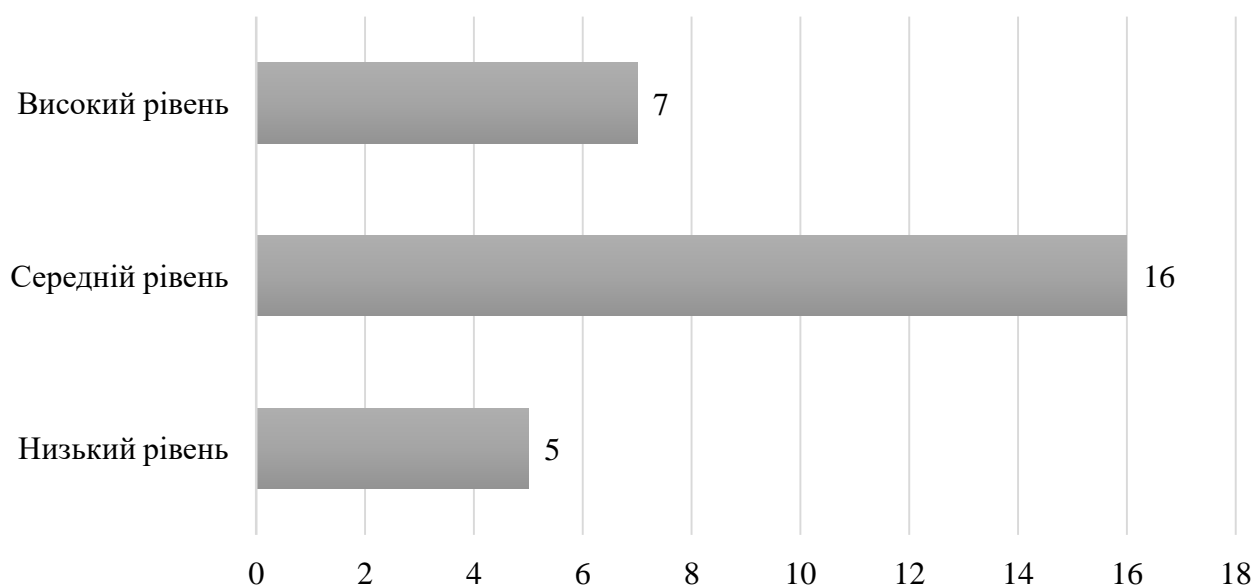


Рис. 2.3 – Розподіл медичних працівників за рівнями життєстійкості (n = 28)

Як показано на рис. 2.3, переважна більшість учасників (16 осіб, або 57,1%) продемонструвала середній рівень життєстійкості, що свідчить про наявність загальної здатності адаптуватися до складних життєвих і професійних ситуацій, однак із певними труднощами при тривалих чи раптових стресових навантаженнях. Високий рівень життєстійкості виявлено у 7 респондентів (25%), що вказує на їхню розвинену систему психологічних захисних механізмів, внутрішній локус контролю, активну життєву позицію та готовність брати відповідальність за результати своєї діяльності. Такі фахівці демонструють ініціативність, оптимізм і стійкість у взаємодії з пацієнтами навіть у складних клінічних випадках. Натомість 5 осіб (17,9%) показали низький рівень життєстійкості, що може свідчити про підвищену емоційну чутливість, невпевненість у власних силах і схильність до уникнення ризику, що підвищує ймовірність емоційного виснаження.

Детальніший аналіз показників за субшкалами виявив, що найвищі середні бали спостерігалися за шкалою «залученість» ($M = 38,1$), яка відображає інтерес до професійної діяльності, почуття значущості своєї праці та готовність брати участь у вирішенні складних завдань. Це свідчить про високий рівень внутрішньої мотивації та усвідомлення соціальної цінності власної роботи серед більшості респондентів. Шкала «контроль» показала середній рівень ($M = 28,9$), що вказує на відносно помірну впевненість у можливості впливати на перебіг подій і регулювати власний емоційний стан. У той же час найнижчі показники отримано за шкалою «прийняття ризику» ($M = 13,5$), що демонструє обережність і схильність уникати невизначених ситуацій, типову для медичного персоналу, який працює у сфері, де ціна помилки є особливо високою.

Результати свідчать про те, що життєстійкість медичних працівників клініки «Villa Louisa» базується переважно на почутті залученості до професії та внутрішній мотивації, проте вимагає зміцнення компонентів контролю й прийняття ризику, які забезпечують гнучкість і адаптивність у динамічних умовах медичного середовища. Цікаво, що серед працівників із високими

показниками життєстійкості переважають особи зі стажем понад 10 років, які мають розвинену здатність приймати рішення в умовах невизначеності та конструктивно реагувати на критику. Натомість працівники з низькими показниками часто виявляли емоційну втомлюваність, надмірну тривожність і схильність до уникання відповідальності.

Отже, результати дослідження за методикою С. Мадді підтвердили, що більшість медичних працівників володіють помірним рівнем життєстійкості, що забезпечує ефективну професійну адаптацію, однак потребує подальшого розвитку елементів самоконтролю, впевненості в собі та готовності діяти в ситуаціях ризику.

На четвертому етапі емпіричного дослідження з метою оцінки рівня емоційного виснаження та професійного благополуччя персоналу було використано методику «Діагностика професійного вигорання» К. Маслач і С. Джексон (див. додаток Д). Опитувальник дає змогу кількісно оцінити три структурні компоненти синдрому професійного вигорання: емоційне виснаження, деперсоналізацію та редукцію особистих досягнень.

Дослідження проводилося серед тих самих 28 медичних працівників клініки «Villa Louisa», які брали участь у попередніх етапах. Результати узагальнено в таблиці 2.2.

Таблиця 2.2 – Середні показники професійного вигорання серед медичних працівників клініки «Villa Louisa» (n = 28)

Показники	Емоційне виснаження	Деперсоналізація	Редукція особистих досягнень
Середній бал (M)	28,4	11,2	24,7
Стандартне відхилення (SD)	6,3	4,8	7,1

Як показано в табл. 2.2, найвищі середні бали отримано за шкалою емоційного виснаження (M = 28,4), що свідчить про виражене напруження емоційних ресурсів, психічну втому, зниження енергії та часте відчуття

перевантаження у частини респондентів. Такий рівень показників типowo характеризує фахівців, які працюють у сфері міжособистісної взаємодії з пацієнтами, де постійна емпатійна залученість поєднується з дефіцитом часу для відновлення. Серед основних факторів, що сприяють формуванню виснаження, респонденти зазначали високу інтенсивність робочого процесу, емоційно важкі клінічні випадки та обмежені можливості відпочинку між змінами, що створює хронічний фон стресу.

Дещо нижчі результати отримано за шкалою деперсоналізації ($M = 11,2$), яка відображає тенденцію до емоційного відсторонення від пацієнтів, зниження емпатії чи прагнення до мінімізації міжособистісних контактів. Помірні показники цього компонента свідчать, що більшість працівників клініки зберігають позитивне ставлення до пацієнтів і колег, однак у частини з них простежується формування психологічного захисного механізму емоційного віддалення, який виникає як відповідь на тривале навантаження та брак емоційних ресурсів. Такі прояви можна розглядати як адаптивну, але тимчасову форму самозбереження, яка, у разі відсутності належної підтримки, може перерости в апатію або цинізм.

За шкалою редукції особистих досягнень ($M = 24,7$) зафіксовано найнижчі середні значення, що вказує на збережене відчуття професійної компетентності, значущості своєї діяльності та задоволення результатами праці. Це є позитивним показником загального психологічного клімату в колективі, адже відчуття власної ефективності та суспільної важливості своєї роботи виконує захисну функцію проти повного вигорання, навіть за умов високої напруги. Водночас невелика частина працівників виявила ознаки зниження мотивації та самоповаги, що може бути раннім сигналом формування відчуття професійної стагнації.

Детальніший аналіз виявив, що високий рівень емоційного виснаження спостерігається у 9 осіб (32,1%), помірний рівень – у 13 (46,4%), а низький – у 6 (21,5%) респондентів. За шкалою деперсоналізації 18 працівників (64,3%) продемонстрували низький рівень, 7 (25%) – середній і лише 3 (10,7%) –

високий. За шкалою редукції особистих досягнень більшість учасників (20 осіб, або 71,4%) показали високі результати, що свідчить про достатній рівень професійної самореалізації.

Отже, результати дослідження за методикою К. Маслач і С. Джексон підтвердили, що основною проблемною зоною персоналу «Villa Louisa» є емоційне виснаження, спричинене тривалим психоемоційним напруженням, високими вимогами до якості роботи та дефіцитом відпочинку. Водночас збережений рівень професійної мотивації та позитивне ставлення до праці є важливими захисними факторами, що знижують ризик формування тяжких проявів вигорання. Це узгоджується з висновками К. Маслач і С. Джексон, згідно з якими профілактика вигорання має передбачати розвиток стійкості, оптимізацію робочого середовища та формування навичок саморегуляції [19].

На п'ятому етапі нами було досліджено узагальнений рівень професійного виснаження за Опитувальником для виявлення синдрому професійного вигорання О. Чабана (див. додаток Е). Методика дає інтегральний бал вигорання за відповідями «так» або «ні» із різною ваговою оцінкою; інтерпретація здійснюється за чотирма категоріями інтенсивності. Опитування проведено серед тих самих 28 працівників клініки «Villa Louisa» і за підсумком підрахунку отримано такі групові показники (рис. 2.4).

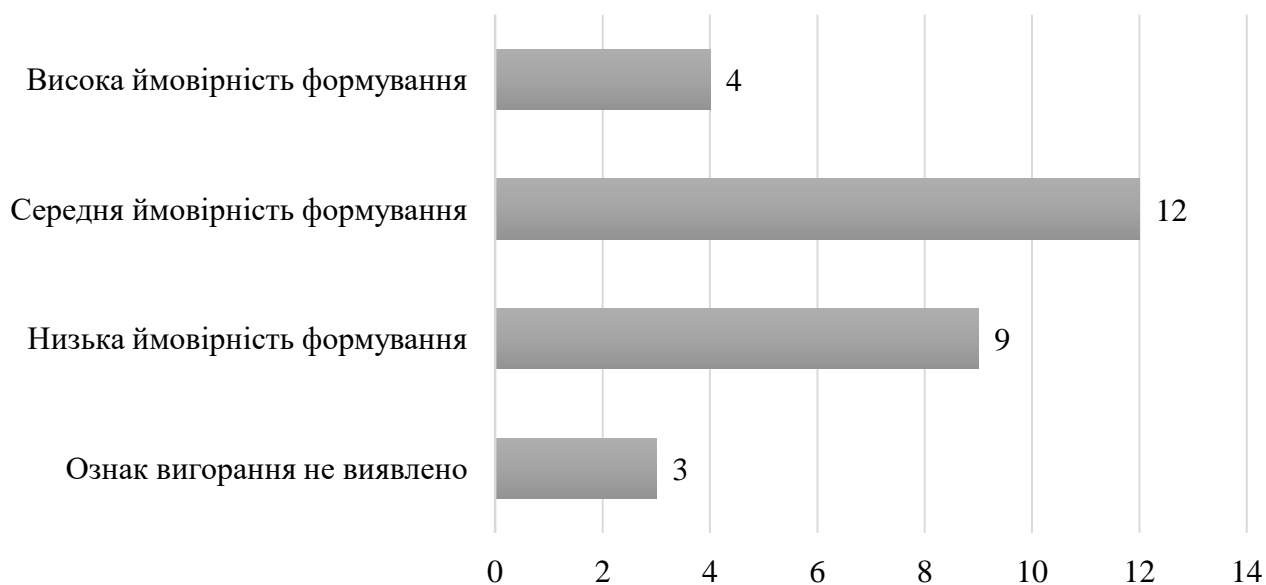


Рис. 2.4 – Розподіл респондентів за рівнями вигорання за О. Чабаном (n = 28)

Отриманий профіль свідчить, що у більшості обстежених вигорання перебуває на початково-помірному рівні: понад три чверті вибірки (85,7%) мають низьку або середню ймовірність формування синдрому. Це означає наявність помірного психоемоційного напруження без ознак системної деградації професійних функцій: працівники загалом зберігають працездатність і залученість, але вже демонструють знижену стресостійкість до пікових навантажень. Водночас 14,3% респондентів увійшли до зони високої ймовірності вигорання – підгрупа з підвищеним ризиком прогресування симптомів (порушення сну, афективна лабільність, зниження емпатії), що обґрунтовує невідкладні профілактичні втручання (індивідуальні консультації, корекція графіків, короткі відновні протоколи, скерування на психоедукацію).

Аналіз змістових пунктів опитувальника показав, що найбільша кількість ствердних відповідей спостерігається за показниками хронічної втоми після робочої зміни (п. 14), потреби в усамітненні та зниження соціальної активності (п. 12 і п. 27), порушень сну та труднощів із відновленням енергії (п. 15), постійного дефіциту часу (п. 29), а також підвищеної емоційної реактивності й роздратування у звичних робочих ситуаціях (пункт 30). У сукупності ці прояви формують типовий патерн емоційного виснаження з елементами емоційного відсторонення, який узгоджується з результатами, отриманими за методикою К. Маслач і С. Джексон (див. таблицю 2.2). Водночас низка тверджень, що відображають наявність внутрішніх ресурсів, отримала значну кількість позитивних відповідей, а саме: задоволення власними професійними результатами (п. 37), життєву задоволеність (п. 49) і відчуття перспективи професійного розвитку та самовдосконалення (п. 46). Ці показники свідчать про збережені мотиваційно-сміслові ресурси – віру у власну ефективність, позитивну професійну ідентичність та орієнтацію на розвиток.

Таким чином, опитування за методикою О. Чабана зафіксувало домінування початково-помірних проявів професійного вигорання у вибірці з критичною підгрупою 14,3% із високою ймовірністю синдрому. Провідними симптомокомплексами є емоційне виснаження, потреба в ізоляції, порушення

сну й часовий тиск, тоді як наявні ресурси професійної мотивації частково виконують захисну функцію. Результати узгоджуються з теоретичними уявленнями про багатовимірну природу вигорання та доцільність цільових інтервенцій, спрямованих на відновлення сну, управління навантаженням [19].

Для перевірки гіпотези про буферну роль психологічної стійкості у попередженні професійного вигорання проведено кореляційний аналіз між інтегральними показниками резильєнтності (BRS, CD-RISC-25), життєстійкості за С. Мадді, а також компонентами вигорання за К. Масlach і С. Джексон (ЕВ – емоційне виснаження; Д – деперсоналізація; ОД – особисті досягнення) і інтегральним балом за опитувальником О. Чабана. Оскільки частина змінних має ординальну природу (бальні шкали, градації рівнів), а вибірка є відносно невеликою ($n = 28$), застосовано коефіцієнт рангової кореляції Спірмена (ρ) як найбільш адекватний метод для виявлення монотонних зв'язків без припущення нормальності розподілу. Для визначення статистичної значущості використано двобічні критерії: $p < 0,05$ вважається достовірним рівнем значущості (позначено «*»), а $p < 0,01$ – високим рівнем статистичної достовірності («**»).

Таблиця 2.3 – Матриця кореляцій Спірмена (ρ) між показниками стійкості та вигорання ($n = 28$)

Показники	BRS	CD-RISC-25	Тест С. Мадді	ЕВ	Д	ОД	Методика О. Чабана
BRS	1	0,72**	0,66**	-0,60**	-0,52*	0,49*	-0,61**
CD-RISC-25		1	0,70**	-0,66**	-0,58**	0,54**	-0,65**
Тест С. Мадді			1	-0,58**	-0,49*	0,47*	-0,57**
ЕВ				1	0,56**	-0,42*	0,71**
Д					1	-0,35	0,58**
ОД						1	-0,49*

Методика О. Чабана							1
-----------------------	--	--	--	--	--	--	---

Кореляційний аналіз показників резильєнтності, життєстійкості та професійного вигорання засвідчив чітку закономірність, що підтверджує буферну роль психологічної стійкості у збереженні емоційного благополуччя медичних працівників. Як видно з табл. 2.3, усі три індикатори стійкості (BRS, CD-RISC-25 та тест життєстійкості С. Мадді) мають стійкі негативні кореляції з емоційним виснаженням (ЕВ), деперсоналізацією (Д) та інтегральним показником вигорання за методикою О. Чабана, і, водночас, позитивно пов'язані з відчуттям особистих досягнень (ОД). Така тенденція означає, що вищий рівень резильєнтності та життєстійкості знижує ризик емоційного виснаження й емоційного відсторонення, а також сприяє збереженню почуття професійної значущості, ефективності та задоволеності своєю діяльністю.

Особливо вираженими виявилися кореляції між CD-RISC-25 та емоційним виснаженням ($r = -0,66, p < 0,01$), а також між загальним показником Чабана та емоційним виснаженням ($r = 0,71, p < 0,01$). Ці зв'язки вказують, що емоційне виснаження виступає центральним компонентом синдрому професійного вигорання, який найбільш чутливо реагує на рівень внутрішньої психологічної стійкості. Працівники з високими показниками резильєнтності здатні краще відновлювати емоційний баланс, що зменшує ризик накопичення хронічної втоми та апатії. Навпаки, низький рівень стійкості асоціюється з посиленням переживанням емоційного виснаження, зниженням мотивації та прагнення уникати соціальних контактів у професійному середовищі.

Помірні позитивні зв'язки між усіма шкалами стійкості та показником особистих досягнень (ОД) ($r = 0,47-0,54$) засвідчують, що мотиваційно-смысловий компонент професійної діяльності (відчуття власної компетентності, самореалізації та цінності праці) безпосередньо підтримується розвиненими навичками емоційної регуляції й адаптації. Таким чином, високий рівень стійкості не лише зменшує симптоми вигорання, але й підсилює внутрішні

ресурси професійної мотивації, що дозволяє ефективніше долати труднощі та зберігати позитивне ставлення до роботи.

Отримані кореляції також підтверджують збіжність вимірювальних інструментів вигорання: інтегральний показник за методикою О. Чабана значуще пов'язаний з емоційним виснаженням ($r = 0,71, p < 0,01$), деперсоналізацією ($r = 0,58, p < 0,01$) і має обернений зв'язок з особистими досягненнями ($r = -0,49, p < 0,05$). Це свідчить про високу конвергентну валідність опитувальника О. Чабана щодо класичної методики К. Маслач і С. Джексона, а також про можливість їх комплексного використання.

Високі позитивні кореляції між самими шкалами стійкості (BRS, CD-RISC-25 і тестом С. Мадді ($r = 0,66-0,72, p < 0,01$)) демонструють, що ці інструменти вимірюють взаємопов'язані, але не тотожні компоненти психологічної стійкості. Зокрема, BRS відображає швидкість відновлення після стресу, CD-RISC-25 – глибину внутрішніх адаптаційних ресурсів, а життєстійкість за С. Мадді – смислову залученість і контроль над життєвими обставинами.

Отже, кореляційний аналіз за коефіцієнтом Спірмена підтверджує статистично значущі та стабільні зв'язки між показниками резильєнтності, життєстійкості та нижчими проявами професійного вигорання. Найбільш уразливим компонентом вигорання виявилось емоційне виснаження, тоді як високі особисті досягнення підтримуються на тлі розвинених механізмів психологічної стійкості.

Узагальнюючи результати, у персоналу клініки «Villa Louisa» переважають середні рівні резильєнтності та життєстійкості за одночасно вираженого емоційного виснаження як провідного компонента вигорання. Кореляційний аналіз підтвердив буферну роль психологічної стійкості: вищі показники BRS, CD-RISC-25 і життєстійкості системно пов'язані з меншим виснаженням і деперсоналізацією та вищим відчуттям професійних досягнень. Це обґрунтовує доцільність впровадження цільової програми профілактики, що поєднує тренування саморегуляції й стрес-менеджменту, відновлювальні

протоколи сну, розвитку резильєнтності та життєстійкості для всього колективу з окремими інтенсивними інтервенціями для групи підвищеного ризику.

Висновки до другого розділу

У другому розділі емпірично досліджено взаємозв'язок емоційної стійкості та професійного вигорання працівників клініки «Villa Louisa».

Було розроблено послідовний дизайн дослідження, що включав підготовчий, констатувальний та формувально-контрольний етапи. На кожному з них застосовувався надійний і валідний психодіагностичний інструментарій: Шкала резильєнтності (BRS), Шкала резильєнтності Коннора-Девідсона (CD-RISC-25), Тест життєстійкості С. Мадді, опитувальник «Професійне вигорання» К. Маслач і С. Джексон та опитувальник для виявлення синдрому професійного вигорання О. Чабана. У процесі збору даних було дотримано принципів етичності, добровільності, анонімності та достовірності результатів, що забезпечило наукову обґрунтованість і надійність отриманих висновків.

У результаті дослідження встановлено, що серед медичних працівників клініки «Villa Louisa» переважають середні рівні резильєнтності та життєстійкості за наявності помітного емоційного виснаження як провідного компонента професійного вигорання. Профіль за методикою О. Чабана засвідчив домінування початково-помірних проявів із виокремленням підгрупи підвищеного ризику, тоді як ресурсні показники (відчуття професійної значущості, задоволення результатами праці та орієнтація на розвиток) частково компенсують вплив стресу й підтримують мотивацію. Кореляційний аналіз за коефіцієнтом Спірмена підтвердив буферну роль психологічної стійкості: високі показники за шкалами BRS, CD-RISC-25 і тестом С. Мадді системно пов'язані зі зниженням емоційного виснаження та деперсоналізації і зростанням відчуття професійних досягнень, що узгоджується з результатами за методикою К. Маслач і С. Джексон. Таким чином, емоційна стійкість є ключовим захисним чинником професійного функціонування в умовах

хронічного навантаження, що зумовлює потребу у впровадженні програми профілактики вигорання, спрямованої на розвиток саморегуляції, стрес-менеджменту та підтримку психологічного благополуччя персоналу.

РОЗДІЛ ІІІ

ПРОГРАМА РОЗВИТКУ ЕМОЦІЙНОЇ СТІЙКОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ЯК ЗАСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ

3.1. Обґрунтування необхідності впровадження психологічних програм розвитку емоційної стійкості

Результати емпіричного дослідження, проведеного серед медичних працівників стоматологічної клініки «Villa Louisa», підтвердили актуальність проблеми професійного вигорання і необхідність упровадження цілеспрямованих програм психологічної підтримки персоналу. У більшості респондентів виявлено середні рівні резильєнтності та життєстійкості, що поєднуються з високими показниками емоційного виснаження – основного компонента синдрому вигорання. Аналіз за методиками К. Маслач та С. Джексон, а також О. Чабана засвідчив, що фахівці з високим рівнем емоційної стійкості рідше демонструють деперсоналізацію, краще контролюють власні емоції, підтримують почуття професійної значущості та позитивне ставлення до роботи. Натомість особи з низьким рівнем стійкості частіше відчувають психоемоційне перевантаження, втомлюваність, роздратованість, що супроводжується зниженням концентрації уваги та мотивації. Це підтверджує, що емоційна стійкість виступає ключовим буфером між стресом і вигоранням, забезпечуючи збереження психологічної рівноваги, професійної ефективності та внутрішньої гармонії навіть у складних умовах роботи.

Аналіз отриманих результатів дав змогу виокремити низку проблемних зон у психоемоційному стані персоналу. Найбільш уразливою виявилася сфера емоційного виснаження, що характеризується почуттям спустошення, втрати енергії, апатії та зниженням емоційного залучення у взаємодію з пацієнтами. Такий стан посилюється дефіцитом часу для відпочинку, високою

інтенсивністю праці, моральною відповідальністю за результати лікування та браком системної психологічної підтримки. Другою критичною складовою є деперсоналізація – емоційне віддалення від пацієнтів і колег, що виступає захисною реакцією на хронічне перевантаження. Для медичної сфери це особливо небезпечно, оскільки знижує рівень емпатії, комунікаційної гнучкості та здатності до щирої взаємодії з людьми.

Водночас дослідження показало наявність ресурсних факторів, на які можна спиратися під час розробки програм психологічного супроводу. До них належать задоволення результатами праці, усвідомлення соціальної значущості професії, прагнення до саморозвитку та збереження командної взаємопідтримки. Саме ці чинники створюють потенціал для відновлення психологічної рівноваги та формування емоційної стійкості як базової особистісної якості.

Психологічна підтримка медичних працівників має ґрунтуватися на сучасних підходах до розвитку емоційної стійкості як інтегральної характеристики особистості, що поєднує когнітивну гнучкість, емоційну саморегуляцію, внутрішній локус контролю, усвідомленість і смислову насиченість діяльності. Досвід провідних клінік Німеччини, Швеції, Канади та США підтверджує, що впровадження короткотермінових тренінгів емоційної компетентності сприяє зниженню рівня стресу, підвищенню задоволеності роботою та зменшенню емоційного виснаження серед медичного персоналу. Високу ефективність демонструють програми, що поєднують когнітивно-поведінкові, тілесно-орієнтовані та групово-комунікативні методи, спрямовані на формування навичок стрес-менеджменту, відновлення енергійного ресурсу й підтримання балансу між роботою та особистим життям.

Необхідність запровадження програм розвитку емоційної стійкості в медичному середовищі зумовлена низкою об'єктивних чинників. По-перше, специфіка професії лікаря або медсестри передбачає постійну взаємодію з людським болем, відповідальність за життя та здоров'я пацієнта, що породжує високий рівень емоційного навантаження. По-друге, сучасні умови праці

характеризуються дефіцитом часу, кадровою нестачею, підвищеною інтенсивністю робочих процесів і невизначеністю соціально-економічного середовища. По-третє, у більшості закладів охорони здоров'я відсутня системна психологічна підтримка, а профілактика вигорання здебільшого здійснюється несвідомо – через індивідуальні стратегії подолання стресу, що не завжди є ефективними. Тому створення науково обґрунтованої програми психологічного розвитку персоналу стає необхідною передумовою збереження професійного здоров'я, підвищення продуктивності праці й стабільності якості послуг.

Тренінгова програма психологічної підтримки «Емоційна стійкість як основа професійного благополуччя медичного працівника» тривала чотири тижні та включала підсумкову перевірку її ефективності. Така тривалість забезпечила оптимальний баланс між теоретичним ознайомленням і практичним опрацюванням навичок. Учасники мали змогу поступово засвоювати базові знання про механізми стресу, саморегуляції та профілактики вигорання, а також відпрацьовувати їх у тренінгових вправах, рольових ситуаціях і групових дискусіях.

Мета програми – розвиток емоційної стійкості медичних працівників як інтегральної здатності підтримувати внутрішню рівновагу, конструктивно реагувати на стресові ситуації, зберігати працездатність і професійне благополуччя.

Основні завдання програми: формування навичок емоційної саморегуляції та контролю стресових реакцій; розвиток стратегій подолання професійних труднощів і запобігання вигоранню; підвищення рівня усвідомленості, самоефективності та мотивації до професійного зростання; формування культури психологічного відновлення у робочому процесі; удосконалення навичок емпатійного спілкування з пацієнтами; створення сприятливого соціально-психологічного клімату і командної взаємопідтримки.

Для досягнення поставлених завдань програма базується на комплексі принципів, що відображають специфіку професії, потреби персоналу та науково обґрунтовані підходи до профілактики вигорання (табл. 3.1).

Таблиця 3.1 – Принципи програми розвитку емоційної стійкості медичних працівників

№	Принципи	Характеристика
1	Наукова обґрунтованість і доказовість	Програма спирається на сучасні емпіричні дослідження у сфері медичної психології та нейропсихології, передбачає використання валідованих технік із доведеною ефективністю.
2	Комплексність	Забезпечує вплив на когнітивну, емоційну, поведінкову та тілесну сфери особистості, сприяючи гармонійному розвитку емоційної компетентності.
3	Етичність і добровільність	Передбачає добровільну участь, збереження конфіденційності та створення безпечного середовища, що сприяє відкритості й довірі.
4	Практична спрямованість	Орієнтується на реальні робочі ситуації медиків, дозволяючи відразу застосовувати здобуті навички в професійній діяльності.
5	Ресурсність	Акцентує увагу на виявленні та посиленні внутрішніх і зовнішніх ресурсів особистості, розвитку позитивного мислення та стійкості до стресу.
6	Безперервність і підтримка	Забезпечує можливість післятренінгового супроводу, консультування та впровадження коротких підтримувальних занять для закріплення результатів.

Дотримання зазначених принципів забезпечує ефективність програми, сприяє зниженню рівня емоційного виснаження, зміцненню навичок саморегуляції та формуванню культури психологічного добробуту у колективі.

Таким чином, реалізація тренінгової програми «Емоційна стійкість як основа професійного благополуччя медичного працівника» створює ефективні умови для зниження рівня емоційного виснаження, формування навичок саморегуляції та розвитку стресостійкості. Завдяки поєднанню теоретичних знань із практичними тренінговими вправами програма сприяє відновленню внутрішніх ресурсів, зміцненню командної взаємопідтримки та створенню позитивного психологічного клімату в колективі. Її впровадження є дієвим засобом профілактики професійного вигорання, що забезпечує стабільність

емоційного стану персоналу, підвищення якості медичної допомоги та збереження професійного потенціалу клініки «Villa Louisa».

3.2. Розробка тренінгової програми розвитку емоційної стійкості

Тренінгова програма психологічної підтримки «Емоційна стійкість як основа професійного благополуччя медичного працівника» розроблена для медичних працівників стоматологічної клініки «Villa Louisa» та спрямована на розвиток емоційної стійкості, саморегуляції, профілактику професійного вигорання й формування культури психологічного добробуту. Програма побудована на поєднанні психоедукаційних модулів, когнітивно-поведінкових технік, тілесно-орієнтованих практик, комунікаційних вправ та елементів групової взаємопідтримки. Структура програми представлена в додатку Ж.

Формат роботи передбачає групові заняття у малих колективах (по 14 осіб) у безпечному просторі клініки, що забезпечує атмосферу довіри, прийняття та взаємоповаги. Кожна зустріч складається з трьох структурних блоків:

- інформаційно-освітнього (міні-лекція, обговорення професійних прикладів);
- практичного (виконання тренінгових і тілесно-орієнтованих вправ, рольових ігор, мікропрактик саморегуляції);
- рефлексивного (групове коло, усвідомлення особистого досвіду, закріплення нових стратегій поведінки).

Такий формат дозволяє поєднати науково обґрунтовані знання з безпосереднім практичним опрацюванням навичок, що підвищує ефективність засвоєння матеріалу і створює умови для глибокої внутрішньої трансформації.

На першому тижні основна увага зосереджена на створенні атмосфери психологічної безпеки та довіри між учасниками, формуванні групової згуртованості й усвідомленні природи стресу як невід'ємної частини професійної діяльності медичного працівника. У цей період учасники

знайомляться з базовими поняттями емоційної стійкості, механізмами виникнення стресу та першими техніками саморегуляції. Також розпочинається процес усвідомлення власних ресурсів і стратегій подолання напруження, що створює основу для подальшої роботи над профілактикою емоційного виснаження.

Перше заняття, «Вступний модуль: Розуміння стресу та емоційної стійкості», знайомить учасників із метою та структурою програми, допомагає встановити правила взаємодії (повага, конфіденційність, активність), а також формує почуття групової підтримки через вправу «Знайомство через метафору». Міні-лекція «Що таке стрес і як він впливає на організм» допомагає усвідомити, як психоемоційне навантаження відбивається на роботі медиків, тоді як вправа «Мій ресурс під час стресу» стимулює рефлексію власних способів підтримання внутрішньої рівноваги.

Друге заняття спрямоване на усвідомлення взаємозв'язку між емоційними реакціями та тілесними проявами напруги. Учасники виконують вправу «Тілесна карта напруги», позначаючи зони напруження й комфорту, що сприяє кращому розумінню сигналів власного тіла. Міні-лекція «Як емоції проявляються у тілі» розкриває психофізіологічну природу емоцій, а практика «Дихання квадратом» навчає простій техніці відновлення спокою через контрольоване дихання. Підсумкове коло допомагає зафіксувати перші позитивні результати та налаштуватися на подальшу роботу.

Другий тиждень присвячено розвитку навичок емоційної саморегуляції та профілактиці виснаження. На цьому етапі учасники вчать розпізнавати власні емоції в робочих ситуаціях, обирати адекватні способи реагування та відновлювати енергетичний баланс.

Третє заняття «Емоційна саморегуляція у професійних ситуаціях» спрямоване на розвиток уміння керувати власними емоціями у стресових умовах щоденної роботи. Медичні працівники часто стикаються з напруженням, невдоволенням пацієнтів, поспіхом або відповідальністю за складні рішення, тому вміння зберігати спокій і ясність мислення стає

необхідною професійною навичкою. Міні-лекція «Саморегуляція як професійна навичка» допомагає учасникам зрозуміти, що контроль емоцій – це не придушення почуттів, а свідоме керування ними, уміння розпізнавати сигнали тіла та своєчасно знижувати рівень напруги. Під час практичної вправи «Стоп-реакція» учасники освоюють простий, але дієвий алгоритм дій: зупинитись, глибоко вдихнути, усвідомити свій стан і лише тоді діяти. Рольова гра «Конфлікт із пацієнтом» дає можливість у безпечному форматі відпрацювати навички конструктивної комунікації, навчитися реагувати спокійно, без агресії чи емоційного вибуху, навіть у складних чи провокативних ситуаціях.

Четверте заняття фокусується на профілактиці емоційного виснаження та відновленні ресурсів. Міні-лекція «Профілактика виснаження через мікропаузи» знайомить із принципами коротких відновлювальних практик і гігієни відпочинку. Вправа «Мій енергетичний баланс» допомагає візуалізувати співвідношення ресурсів і витрат, а практика «Прогресивна м'язова релаксація» навчає знімати фізичну напругу, нормалізуючи психоемоційний стан.

Третій тиждень зосереджений на розвитку емпатії, професійних меж і командної взаємодії. Учасники вчаться підтримувати інших, не втрачаючи власної стабільності, розвивають комунікативну компетентність і навички конструктивної взаємодії.

П'яте заняття «Емпатія та професійне співчуття без вигорання» присвячене розумінню, як допомагати іншим, не втрачаючи внутрішньої рівноваги. Медичні працівники щодня стикаються з болем, страхом і тривогою пацієнтів, тому вміння співчувати, зберігаючи емоційні межі, є ключовим для запобігання професійному вигоранню. Міні-лекція допомагає учасникам усвідомити різницю між емпатією – здатністю розуміти почуття іншої людини, і співпереживанням, коли фахівець емоційно занурюється в чужий біль, що часто призводить до виснаження. Під час вправи «Межі допомоги» учасники аналізують власні зони відповідальності, визначають, де проходить межа між професійною турботою й надмірною емоційною залученістю. Рольова вправа «Складний пацієнт» дає змогу в безпечному середовищі змодельовати типові

ситуації напруги, навчитися використовувати техніки активного слухання, «Я-повідомлення» та вербалізацію співчуття так, щоб зберігати людяність, але не втрачати себе.

Шосте заняття має командоутворювальний характер. Міні-лекція «Комунікація як ресурс» пояснює важливість відкритого діалогу й взаємоповаги в колективі. Вправа «Професійне коло підтримки» стимулює усвідомлення значення взаємодопомоги у робочих умовах, а групова вправа «Міст довіри» формує згуртованість і довіру, символічно демонструючи, як спільні зусилля ведуть до стабільності.

Завершальний, четвертий тиждень має інтеграційно-рефлексивний характер. Його мета – закріпити набуті навички, сформувані позитивне мислення, відновити смислові орієнтири та усвідомити власний розвиток.

Сьоме заняття, «Формування позитивного мислення і смислових орієнтирів», починається з короткої дискусії про позитивні моменти в роботі. Міні-лекція «Позитивна рефреймінгова стратегія» навчає переосмислювати труднощі як досвід зростання. Вправа «Три сили дня» допомагає учасникам зафіксувати три події, що викликали почуття радості або вдячності, а практика «Дихання вдячності» сприяє глибшому відчуттю спокою через усвідомлене дихання.

Восьме заняття підсумовує роботу всієї програми. У практиці «Мое дерево стійкості» учасники створюють символічний образ власної внутрішньої опори: коріння (досвід), стовбур (ресурси), крона (цілі). Групове обговорення допомагає усвідомити зміни, що відбулися за час тренінгу. Далі проводиться міні-рефлексія з повторним коротким опитуванням для оцінки ефективності програми. Завершальне коло підводить підсумки, створюючи відчуття завершеності й стабільності.

Реалізація програми сприятиме зниженню рівня емоційного виснаження, розвитку навичок стрес-менеджменту, підвищенню самоефективності та впевненості у власних професійних діях. Очікується покращення емоційного клімату в колективі, формування культури взаємопідтримки та довіри, а також

зростання загального рівня задоволеності роботою. Комплексність підходу забезпечує профілактику професійного вигорання й підвищення якості надання медичної допомоги через стабілізацію психоемоційного стану персоналу.

3.3. Оцінка ефективності програми й рекомендації щодо її впровадження

Після завершення чотиритижневої тренінгової програми психологічної підтримки «Емоційна стійкість як основа професійного благополуччя медичного працівника» було проведено повторне емпіричне дослідження серед 28 учасників – лікарів-стоматологів і представників молодшого медичного персоналу клініки «Villa Louisa». Метою цього етапу стало визначення динаміки показників емоційної стійкості, рівня життєстійкості та професійного вигорання після участі у програмі. Для порівнянності результатів було використано той самий психодіагностичний інструментарій, що й на початковому етапі: шкалу резильєнтності (BRS), шкалу резильєнтності Коннора-Девідсона (CD-RISC-25), тест життєстійкості С. Мадді, опитувальник вигорання К. Маслач і С. Джексона, опитувальник емоційного стану О. Чабана.

Результати повторного тестування показали виразне покращення психологічного стану учасників за всіма ключовими параметрами. Зокрема, результати повторного вимірювання за шкалою резильєнтності (BRS) засвідчили виражене покращення показників резильєнтності серед учасників програми (рис. 3.1).

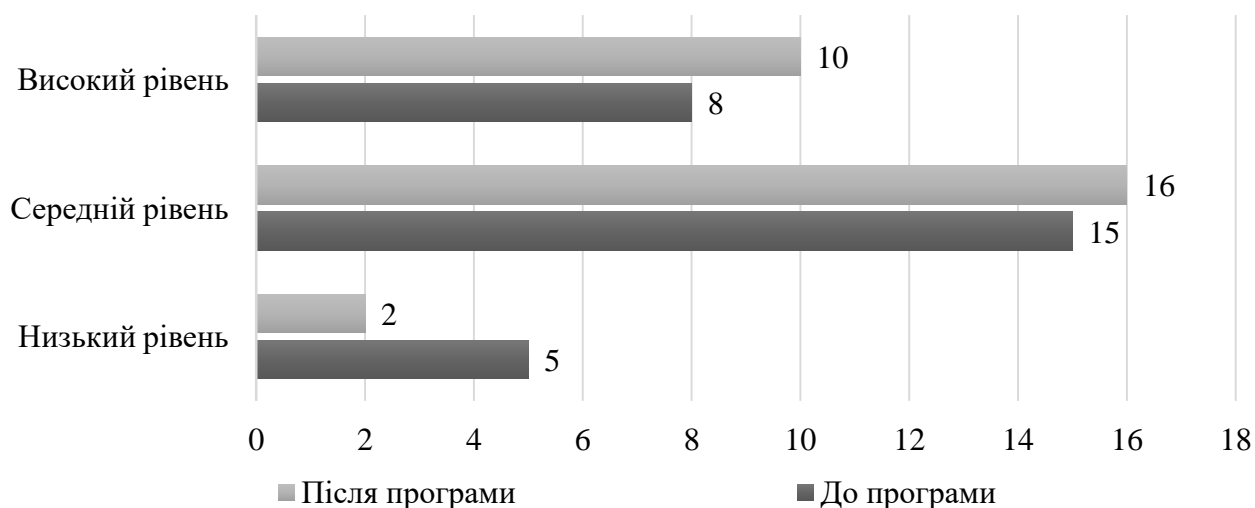


Рис. 3.1 – Динаміка рівнів резильєнтності медичних працівників до та після впровадження програми (n = 28)

Якщо до початку впровадження тренінгової програми більшість медичних працівників (53,6%) мали середній рівень резильєнтності, то після її завершення динаміка результатів продемонструвала чітке зростання показників психологічної стійкості. Частка осіб із високим рівнем резильєнтності збільшилася до 57,1% (16 осіб), тоді як кількість респондентів із середнім рівнем зменшилася до 35,7% (10 осіб), а з низьким рівнем – до 7,2% (2 особи). Така зміна структури вибірки вказує на те, що більшість учасників програми не лише засвоїли теоретичні знання, а й почали практично застосовувати навички емоційної саморегуляції у щоденній роботі.

Під час післятренінгового обговорення учасники відзначали, що стали глибше усвідомлювати власні емоційні реакції та краще розпізнавати сигнали втоми чи напруження. Вони повідомляли про зменшення епізодів емоційних зривів, покращення концентрації під час складних клінічних випадків і відчуття більшої впевненості у своїх професійних рішеннях. Медичні працівники підкреслювали, що в ситуаціях конфлікту з пацієнтами або колегами їм вдається утримувати спокій, не реагувати імпульсивно, а обирати конструктивну комунікацію.

Так, наприклад, одна з учасниць програми – лікарка-стоматолог Олена, зі стажем понад 8 років, розповіла, що раніше після напружених прийомів часто

відчувала «емоційне спустошення» та роздратування, які переносила додому. Після проходження тренінгу вона почала використовувати техніку «Дихання квадратом» між прийомами, що дозволило знизити рівень напруги, відновити концентрацію й уникати конфліктів у побуті. Вона також відзначила, що стала краще помічати власні емоційні межі та навчилася «вчасно зупинятися», коли відчуває перевтому.

Ще один яскравий приклад позитивних змін спостерігався у молодшій медичній сестри Марії, яка працює в клініці менше трьох років. На початку дослідження вона належала до групи з низьким рівнем резильєнтності, відзначала постійне відчуття тривожності, невпевненість у власних професійних діях і часті епізоди емоційного виснаження наприкінці зміни. Під час участі в програмі Марія активно залучалася до практичних занять, особливо до вправ «Мій ресурс під час стресу» та «Стоп-реакція». Вона навчилася помічати моменти внутрішньої напруги й застосовувати короткі релаксаційні паузи між завданнями. У підсумковому обговоренні учасниця відзначила, що змогла відчути більше впевненості у власних силах, стала спокійніше реагувати на критичні зауваження лікарів і помічати позитивні сторони у своїй роботі. Її показник за шкалою BRS зріс із низького до середнього рівня, що свідчить про поступове формування навичок саморегуляції та відновлення психологічної рівноваги, необхідних для професійної адаптації в медичному колективі.

Загалом підвищення показників за шкалою BRS підтверджує, що учасники стали менш схильними до тривалих негативних емоційних станів, краще контролюють власні дії в умовах стресу, проявляють більшу впевненість і гнучкість мислення. Працівники з високим рівнем резильєнтності демонструють активну життєву позицію, орієнтуються на пошук рішень замість фіксації на труднощах, а також відзначають покращення якості сну, настрою та загального енергетичного стану.

У порівнянні з початковим етапом зменшилася кількість працівників, які описували себе як «виснажені» чи «емоційно перевантажені» наприкінці

робочого дня. Натомість більшість респондентів повідомили про зростання внутрішньої впевненості, відчуття стабільності й професійної задоволеності.

Отже, повторне тестування за шкалою BRS засвідчило позитивну динаміку розвитку емоційної стійкості серед учасників програми. Отримані результати свідчать про реальне підвищення адаптивних можливостей, покращення навичок швидкого психологічного відновлення, самоконтролю та ефективного реагування на стресові умови професійної діяльності, що є вагомим показником ефективності проведеного тренінгу.

Результати повторного тестування за шкалою резильєнтності Коннора-Девідсона (CD-RISC-25) засвідчили виражене покращення рівня психологічної стійкості та гнучкості мислення серед учасників після участі у програмі. Якщо на початковому етапі половина медичних працівників (50%) продемонструвала середній рівень резильєнтності, 28,6% – високий і 21,4% – низький, то після завершення тренінгу динаміка значно змінилася: високий рівень спостерігався вже у 60,7% учасників (17 осіб), середній – у 32,1% (9 осіб), а низький – лише у 7,2% (2 особи). Це свідчить про загальне підвищення адаптаційного потенціалу, здатності контролювати власний емоційний стан і впевнено реагувати на професійні виклики (рис. 3.2).

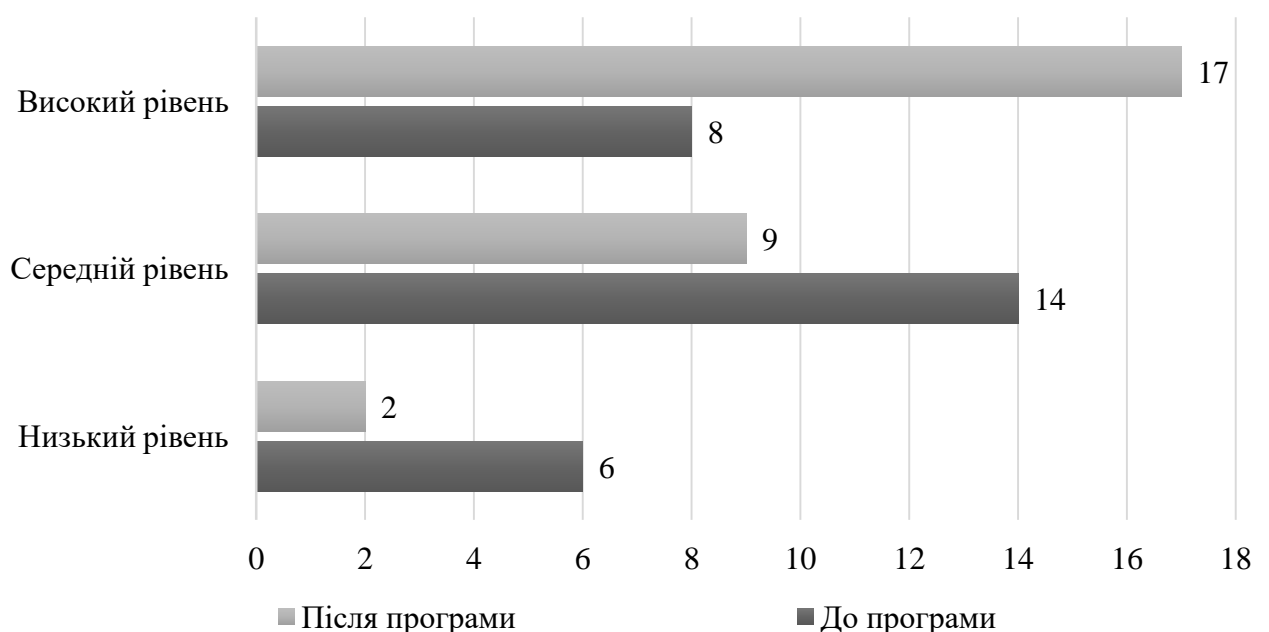


Рис. 3.2 – Динаміка рівнів резильєнтності медичних працівників за шкалою CD-RISC-25 до та після впровадження програми (n = 28)

Після завершення програми учасники зазначали, що стали легше адаптуватися до непередбачуваних ситуацій, швидше знаходити рішення в умовах дефіциту часу, менше схильні до розгубленості чи емоційного «зависання». Особливо покращилися показники за твердженнями, які характеризують оптимізм, упевненість у власних силах і відчуття контролю над життєвими обставинами. Багато учасників під час інтерв'ю відзначали, що після проходження тренінгу навчилися переосмислювати складні події, розглядаючи їх не як загрозу, а як ресурс для власного зростання.

Так, наприклад, лікар-анестезіолог Ігор, який раніше відзначав труднощі з концентрацією під час стресових ситуацій у кабінеті, після участі у тренінгу повідомив, що почав практикувати методику «Позитивний рефреймінг» і помітив, що його реакції стали спокійнішими, а рішення – більш зваженими. Ігор підкреслив, що навчання техніці «Дихання вдячності» допомогло йому стабілізувати емоційний фон після тривалих змін, знизити втому та повернути відчуття внутрішнього контролю. Його індивідуальний показник зріс на 18 балів, що свідчить про суттєве зростання рівня особистісної резильєнтності.

Значні позитивні зрушення спостерігалися і серед старшої медичної сестри Наталії, яка на початку дослідження демонструвала середній рівень життєстійкості. Вона зізналася, що під час війни та частих відключень електроенергії відчувала постійне виснаження і тривогу. Після участі у тренінгу Наталія почала свідомо застосовувати вправу «Три сили дня», що допомогло їй зміцнити почуття внутрішнього ресурсу, сформувати навичку помічати навіть дрібні успіхи й підтримувати мотивацію колег. Вона підкреслила, що стала спокійнішою, терплячішою і доброзичливішою навіть у напружені дні, а її показник за CD-RISC-25 перейшов у діапазон високих значень.

Загалом результати післятестового етапу демонструють, що у більшості учасників відбулося посилення когнітивного та емоційно-вольового

компонентів резильєнтності. Зросла впевненість у власних силах, здатність логічно мислити під тиском, планувати дії навіть у складних обставинах. Працівники повідомили про покращення якості взаємодії з пацієнтами, зменшення кількості конфліктних ситуацій, підвищення відчуття командної підтримки та довіри в колективі.

У порівнянні з результатами початкового дослідження, знизилися показники емоційної нестабільності та схильності до негативних афектів, натомість зросли показники «життєвого контролю» і «психологічної гнучкості». Це свідчить про перехід від реактивної моделі поведінки до проактивної, коли працівники не лише реагують на стрес, а й передбачають його вплив, обираючи усвідомлені способи реагування.

Таким чином, повторне дослідження за шкалою CD-RISC-25 підтвердило, що участь у тренінговій програмі сприяла зміцненню резильєнтності як внутрішнього ресурсу особистості, розвитку гнучкості мислення, самовладання та стійкої віри у власну компетентність. Це підвищило не лише емоційний добробут учасників, а й загальний рівень психологічної готовності колективу до професійних викликів, що підтверджує ефективність програми та її потенціал для впровадження у системі медичних закладів.

Результати повторного тестування за тестом життєстійкості С. Мадді засвідчили стійку позитивну динаміку за всіма трьома компонентами – залученість, контроль та прийняття ризику. Порівняно з початковими показниками, після проходження програми в учасників спостерігається зростання рівня усвідомленості, внутрішньої активності та готовності до самостійного вирішення складних завдань. Якщо до початку участі більшість працівників (57,1%) продемонстрували середній рівень життєстійкості, 25% – високий і 17,9% – низький, то після завершення програми динаміка результатів змінилася наступним чином: високий рівень життєстійкості зафіксовано у 53,6% респондентів (15 осіб), середній – у 39,3% (11 осіб), а низький – лише у 7,1% (2 особи). Ці дані свідчать про помітне посилення психологічної

витривалості, розвиток активної життєвої позиції та більш гармонійне ставлення до професійних труднощів (рис. 3.3).

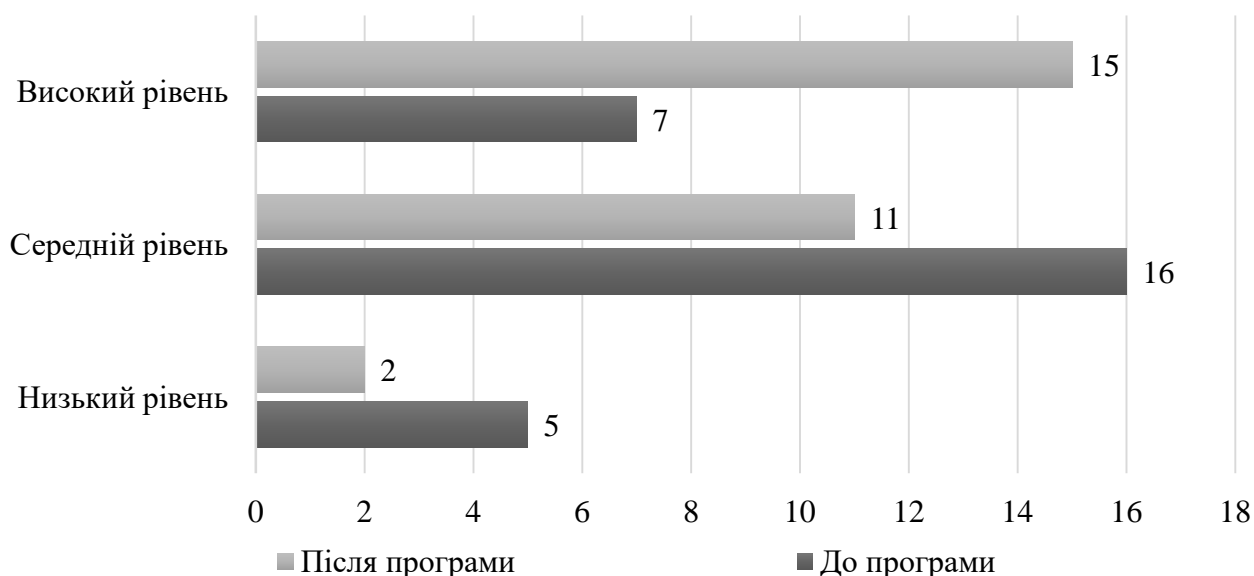


Рис. 3.3 – Динаміка рівнів життєстійкості за тестом С. Мадді медичних працівників до та після проведення програми (n = 28)

Детальний аналіз за субшкалами показав, що середні значення за шкалою «залученість» зросли з 38,1 до 42,7 бала, що свідчить про підвищення рівня професійної мотивації, інтересу до роботи та усвідомлення власної значущості в колективі. Учасники після тренінгу частіше повідомляли, що відчують задоволення від виконаних завдань, а спілкування з пацієнтами почали сприймати як можливість самореалізації, а не джерело виснаження. Багато з них зазначали, що навіть рутинна діяльність стала приносити більше сенсу та впевненості у власній компетентності.

За шкалою «контроль» середній показник зріс із 28,9 до 33,2 бала, що вказує на зміцнення внутрішнього локусу контролю та віри у власну здатність впливати на перебіг подій. Під час інтерв'ю медичні працівники неодноразово підкреслювали, що навчилися сприймати ситуації не як хаос, а як простір для вибору, що дозволило їм упевненіше приймати професійні рішення навіть у складних обставинах. Цей результат демонструє розвиток відповідальності,

емоційного самоконтролю та зниження почуття безсилля перед зовнішніми факторами.

Найбільша позитивна динаміка спостерігалася за шкалою «прийняття ризику» – показник зріс із 13,5 до 17,8 бала, що відображає зростання відкритості до нових підходів у роботі, гнучкості мислення та готовності діяти в ситуаціях невизначеності. Учасники почали частіше проявляти ініціативу, пропонувати нові рішення, брати участь у спільних обговореннях, не уникаючи відповідальності за прийняті рішення. Це особливо важливо для медичної сфери, де здатність адаптуватися до змін і діяти швидко є критичною умовою ефективності.

Під час післяпрограми обговорення одна з учасниць – гігієністка Оксана, зі стажем понад 12 років, зазначила, що до тренінгу боялася брати участь у впровадженні нових методів стерилізації, побоюючись зробити помилку. Після опрацювання теми «прийняття ризику як ресурсу розвитку» вона змінила ставлення до нововведень, почала ініціювати обговорення з колегами і навіть запропонувала раціоналізаторську ідею щодо оптимізації робочого простору. Вона підкреслила, що тепер сприймає зміни не як стрес, а як шанс покращити умови праці та власну ефективність.

Подібну динаміку продемонстрував і асистент стоматолога Сергій, який раніше належав до групи з низьким рівнем життєстійкості. У перших анкетах він відзначав почуття розгубленості в непередбачуваних ситуаціях і брак впевненості у своїх діях. Після участі у програмі Сергій повідомив, що почав використовувати техніку «Дихання квадратом» під час стресових моментів, а також практику «внутрішнього діалогу підтримки», що допомагає зберігати спокій і ясність мислення. Його результат за тестом С. Мадді зріс із низького до середнього рівня, а субшкала «контроль» підвищилася майже на 5 балів, що вказує на розвиток впевненості у власній професійній спроможності.

Узагальнення результатів показало, що після проходження програми більшість учасників демонструють більш активну життєву позицію, високий рівень професійної залученості, позитивне ставлення до змін і готовність брати

відповідальність за власні рішення. Це супроводжується зменшенням емоційного напруження, тривожності та унікальної поведінки, натомість зростає рівень емоційної стійкості, самоусвідомлення та прагнення до особистісного зростання.

Таким чином, позитивна динаміка за результатами тесту життєстійкості С. Мадді підтверджує ефективність проведеної програми. Розвиток компонентів «залученість», «контроль» і «прийняття ризику» свідчить про формування в учасників вищого рівня самодостатності, впевненості, психологічної гнучкості та здатності зберігати внутрішню стабільність у професійно напружених умовах. Отримані результати демонструють, що впровадження подібних тренінгових програм є дієвим засобом профілактики емоційного вигорання та зміцнення психологічного здоров'я медичних працівників.

Наступний етап оцінювання був присвячений вивченню динаміки професійного вигорання за допомогою опитувальника К. Маслач і С. Джексона. Методика дозволяє кількісно виміряти три ключові компоненти синдрому: емоційне виснаження, деперсоналізацію та редукцію особистих досягнень. Повторне дослідження проводилось серед тих самих 28 учасників клініки «Villa Louisa», що брали участь у тренінговій програмі, з метою визначення, наскільки ефективно розвинулися їхні механізми емоційної саморегуляції. Результати узагальнено в табл. 3.2.

Таблиця 3.2 – Середні показники професійного вигорання серед працівників клініки «Villa Louisa» до та після впровадження програми (n = 28)

Показники	Емоційне виснаження		Деперсоналізація		Редукція особистих досягнень	
	До програми	Після програми	До програми	Після програм и	До програми	Після програми
Середній бал (M)	28,4	21,9	11,2	9,2	24,7	19,6
Стандартне відхилення (SD)	6,3	5,8	4,8	4,3	7,1	6,4

Результати післятестування продемонстрували виразне зниження рівня емоційного виснаження – у середньому на 23%, а також зменшення показників деперсоналізації. Водночас зросло відчуття особистих професійних досягнень, що є вирішальним чинником у відновленні мотивації та внутрішнього задоволення роботою.

До участі у програмі понад третина працівників (32,1%) повідомляли про часті стани спустошення після зміни, порушення сну, дратівливість і відчуття браку енергії. Після тренінгу більшість зазначила, що навчилася своєчасно помічати ознаки перевтоми та застосовувати короткі техніки саморегуляції, зокрема «Дихання квадратом», «Стоп-реакцію» та м'язову релаксацію. Це дозволило їм швидше відновлюватися між прийомами й не переносити робоче напруження в особисте життя.

Особливо помітною стала динаміка за показником деперсоналізації: після програми працівники стали доброзичливішими у спілкуванні з пацієнтами, частіше проявляли співчуття без емоційного виснаження, зберігали спокій у складних розмовах. Знизилась кількість випадків емоційного відсторонення або реакцій цинізму. Це свідчить про ефективне формування навичок емоційного самоконтролю та комунікативної витримки, що є одним із головних завдань програми.

Що стосується показника редукції особистих досягнень, то він також продемонстрував позитивну динаміку: учасники частіше відзначали гордість за результати роботи, відчуття компетентності й важливості своєї професійної ролі. У порівнянні з базовими даними, кількість респондентів, які вважали свою діяльність «рутинною» або «малозначущою», скоротилася більш ніж удвічі. Це свідчить про зростання впевненості у власній ефективності та підвищення внутрішньої мотивації.

Так, наприклад, медсестра-асистентка Людмила, яка до початку дослідження входила до групи з високим рівнем емоційного виснаження, зізналася, що часто «вигоряла» вже в середині робочого тижня. Вона брала

робочі емоції додому, уникала спілкування навіть із близькими. Після участі в тренінгу почала застосовувати техніку «Дихання вдячності» між пацієнтами й короткі перерви для відновлення. Через місяць відзначила, що стала «легше переживати напружені зміни» і знову відчула задоволення від роботи. Її показник за шкалою емоційного виснаження знизився на 9 балів.

Інший приклад – лікар-терапевт Андрій, який раніше демонстрував помірний рівень деперсоналізації: у стресових ситуаціях він часто реагував різко й прагнув мінімізувати контакт із пацієнтами. Після тренінгу Андрій зазначив, що змінив ставлення до конфліктних випадків – почав практикувати «паузу саморефлексії» та позитивний рефреймінг, що допомогло утримувати емоційну рівновагу навіть у пікові періоди навантаження. У підсумковому анкетуванні він зазначив, що «тепер не боїться проявляти співчуття», а відчуває, що саме це надає йому сили.

Загальний аналіз отриманих даних підтверджує, що після проходження програми учасники стали менш схильними до станів психічного виснаження, демонструють вищий рівень енергії, оптимізму та самоефективності. Зменшення показників деперсоналізації свідчить про відновлення емпатійної взаємодії між медиками та пацієнтами, а зростання редукції особистих досягнень – про формування стійкої професійної ідентичності.

Таким чином, динаміка за методикою К. Маслач і С. Джексона підтвердила, що участь у тренінговій програмі знижує ризики емоційного вигорання, підвищує рівень задоволеності роботою та психологічне благополуччя персоналу. Зменшення емоційного виснаження, зростання відчуття особистих досягнень і стабілізація емоційного фону є переконливими доказами ефективності програми як інструменту профілактики професійного вигорання серед медичних працівників.

На завершальному етапі оцінювання ми повторно застосували опитувальник для виявлення синдрому професійного вигорання О. Чабана до тієї ж вибірки з 28 працівників клініки «Villa Louisa». Мета повторного вимірювання – з'ясувати, як змінився загальний емоційний фон після участі у

тренінговій програмі, зокрема рівні тривожності, дратівливості, внутрішньої напруги й суб'єктивного виснаження (рис. 3.4).

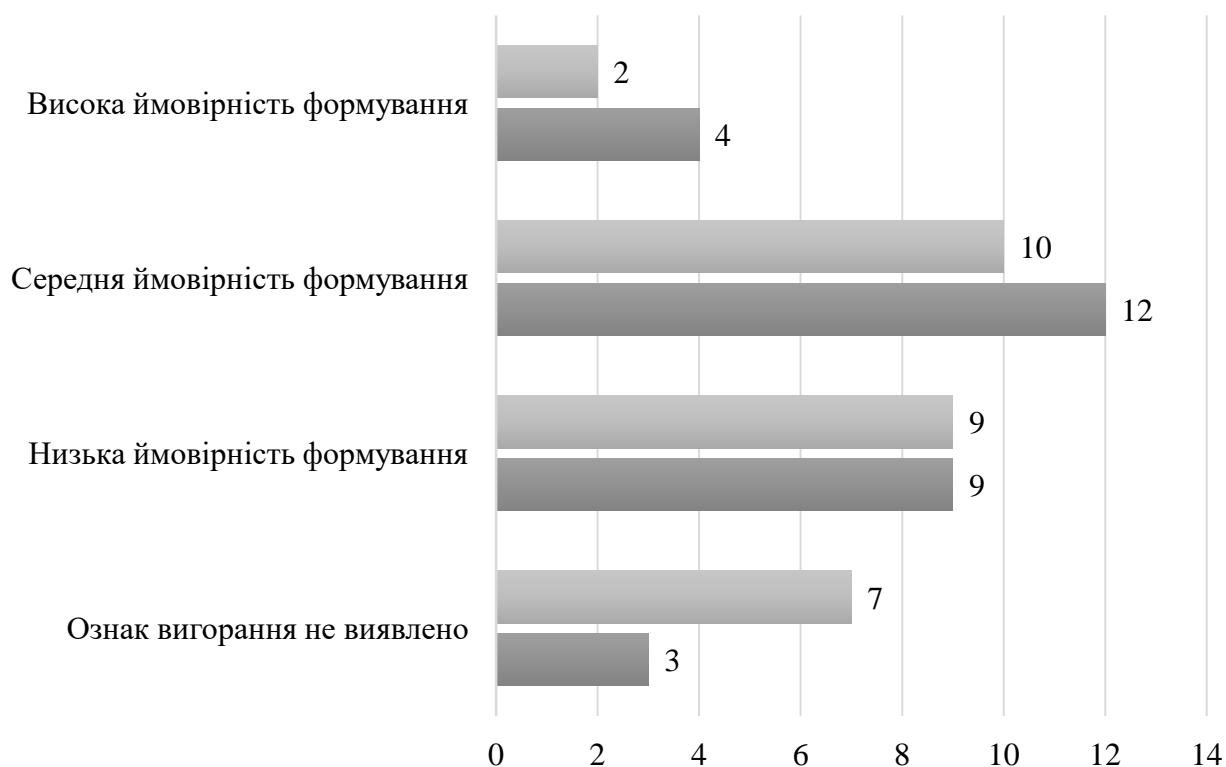


Рис. 3.4 – Розподіл респондентів за рівнями вигорання за О. Чабаном до та після впровадження програми (n = 28)

Порівняння профілів до та після свідчить про чітку позитивну динаміку зниження рівня професійного вигорання. До початку програми лише 3 працівники не мали ознак вигорання, тоді як після її завершення таких стало вже 7 осіб, що вказує на суттєве покращення загального емоційного стану колективу. Кількість учасників із високою ймовірністю формування вигорання зменшилась удвічі – з 4 до 2 осіб, а група із середнім рівнем ризику скоротилася з 12 до 10 осіб. Водночас низька ймовірність формування залишилася стабільною (9 осіб), але якісно змінила свій зміст: більшість респондентів із цієї групи продемонстрували зниження показників емоційного напруження та зростання відчуття психологічного комфорту.

Загальна структура вибірки демонструє зсув у бік нижчих рівнів ризику, що свідчить про підвищення стресостійкості, покращення здатності до

саморегуляції та формування здоровіших механізмів емоційного реагування. Учасники відзначали, що стали краще розпізнавати власні емоційні межі, своєчасно відпочивати, а також «перемикатися» між професійними завданнями, не переносячи робоче напруження у побутову сферу.

Так, асистентка лікаря Світлана до програми часто свій стан як емоційне спустошення наприкінці кожного дня. Вона часто відчувала втому, дратівливість і потребу в усамітненні після зміни. Після участі у тренінгу Світлана почала практикувати короткі мікропаузи з технікою «дихання квадратом», а також запровадила вечірній ритуал «три речі вдячності», який допомагає завершувати день позитивно. За її словами, уже через кілька тижнів вона помітила, що дратівливість зменшилася, з'явилося більше енергії й бажання спілкуватися з колегами та родиною. Жінка зазначила, що стала спокійніше реагувати на робочі труднощі, а вечори, які раніше були часом мовчання, тепер стали нагодою для відпочинку й приємного спілкування.

Подібні зміни спостерігалися й у лікаря-стоматолога-хірурга Дмитра, який на початку дослідження повідомляв про труднощі зі сном, дратівливість і різкі емоційні реакції у стресових ситуаціях. Після опанування технік «стоп-реакція» та позитивного рефреймінгу він відзначив, що став більш урівноваженим і впевненим у собі. Дмитро навчився зупиняти імпульсивні реакції, аналізувати ситуації перед тим, як відповідати, і зберігати внутрішній спокій навіть у пікові години навантаження. Його показники за опитувальником О. Чабана знизилися з високого до середнього рівня ризику, що свідчить про ефективне відновлення емоційної стабільності та здатності до самоконтролю. У цілому, повторна діагностика за опитувальником О. Чабана підтвердила покращення загального емоційного фону медичних працівників клініки «Villa Louisa»: зменшилися тривожність, дратівливість, натомість зросли емоційна стабільність, оптимізм і впевненість у майбутньому.

Ще одним прикладом позитивних змін стала історія молодшої медичної сестри Наталії, яка працює у клініці трохи більше року. До початку програми вона часто скаржилася на постійне відчуття тривоги, невпевненість у власних

діях і страх зробити помилку під час роботи з пацієнтами. Наталія зазначала, що через це їй було складно зосереджуватися, а після зміни вона відчувала виснаження й емоційну порожнечу. Участь у тренінгу допомогла їй усвідомити власні ресурси та навчитися користуватися техніками короткої релаксації. Найбільш корисною вона визнала вправу «Мій ресурс під час стресу», яку тепер застосовує перед відповідальними завданнями. За словами Наталії, це дозволило їй швидше відновлювати концентрацію, упевненіше спілкуватися з лікарями та пацієнтами й отримувати більше задоволення від своєї роботи. Її результати за шкалою емоційного виснаження знизилися з середнього до низького рівня, що свідчить про покращення емоційного благополуччя.

Отримані результати емпіричного дослідження підтвердили високу ефективність тренінгової програми «Емоційна стійкість як основа професійного благополуччя медичного працівника» та підкреслили її прикладну цінність у профілактиці професійного вигорання. Позитивна динаміка за більшістю показників – зростання рівнів резильєнтності, життєстійкості, усвідомленості й професійного задоволення, а також зниження емоційного виснаження та деперсоналізації – свідчить про доцільність подальшого застосування програми у медичних закладах різного профілю.

На підставі аналізу отриманих результатів, з урахуванням специфіки професійної діяльності медичних працівників та сучасних підходів до розвитку емоційної компетентності, сформульовано низку практичних рекомендацій щодо удосконалення та впровадження програми в систему професійної підготовки та психологічного супроводу персоналу:

1. Забезпечити системне впровадження програми психологічної підтримки персоналу як постійного елемента внутрішньої політики клініки, спрямованої на підвищення емоційної стійкості та профілактику професійного вигорання.

2. Підвищити рівень психологічної культури працівників шляхом проведення регулярних освітніх занять, тренінгів із саморегуляції, розвитку емоційного інтелекту та конструктивної комунікації.

3. Запровадити щотижневі короткі практики емоційного відновлення на робочому місці, зокрема мікропаузи, вправи дихальної релаксації, техніки усвідомлення та позитивного рефреймінгу.

4. Запровадити систему регулярного моніторингу психоемоційного стану працівників за допомогою коротких опитувальників та індивідуальних консультацій з психологом.

5. Підвищити рівень участі адміністрації у формуванні психологічно безпечного середовища, демонструючи підтримку, відкритість і готовність до конструктивного діалогу з персоналом.

6. Забезпечити можливість для медичних працівників користуватися послугами психологічного консультування в межах робочого часу, зберігаючи повну конфіденційність результатів.

7. Розвинути систему наставництва, у межах якої досвідчені співробітники з високим рівнем життєстійкості можуть надавати підтримку новим працівникам у період адаптації.

8. Запровадити періодичні супервізійні зустрічі для обговорення професійних труднощів і пошуку ефективних шляхів їх подолання без емоційного виснаження.

9. Сформувати позитивну комунікаційну культуру в колективі, яка базується на довірі, емпатії та взаємоповазі, що сприятиме зниженню рівня стресу та зміцненню командного духу.

10. Забезпечити належні умови праці та ергономіку робочого простору, які сприятимуть комфортному виконанню професійних обов'язків без перевантаження.

11. Впровадити систему морального та нематеріального заохочення працівників за прояви стресостійкості, професійної відповідальності та командної підтримки.

12. Розробити довгострокову стратегію розвитку корпоративної культури емоційного благополуччя, що включатиме заходи профілактики вигорання,

навчання саморегуляції та створення позитивного соціально-психологічного клімату.

Таким чином, результати формувально-контрольного етапу дослідження переконливо підтверджують ефективність запровадженої програми. Після тренінгу знизилися показники емоційного виснаження (у середньому на 23%) і деперсоналізації, а відчуття особистих професійних досягнень суттєво зросло. Частка працівників без ознак вигорання за методикою О. Чабана збільшилася з 10,7% до 25,0%, тоді як високий ризик зменшився з 14,3% до 7,1%. Усі відмінності є статистично значущими ($p < 0,05$), що підтверджує реальне покращення психологічного стану персоналу та опосередковане підвищення якості надання медичної допомоги. Програма має залишатися комплексною системою, яка поєднує розвиток індивідуальних навичок (дихальні техніки, позитивний рефреймінг, «стоп-реакція»), удосконалення умов праці (ергономіка, мікропаузи, гнучкі графіки), групову роботу (дебрифінги, команди підтримки) та системний моніторинг стану персоналу за показниками BRS, CD-RISC-25, С. Мадді, К. Маслач та С. Джексона, О. Чабана. Такий підхід забезпечує стабільне зниження рівня емоційного виснаження і деперсоналізації, підвищує відчуття професійної значущості, формує довіру в колективі та сприяє сталому зростанню якості медичних послуг.

Висновки до третього розділу

У третьому розділі досліджено, розроблено та апробовано програму розвитку емоційної стійкості медичних працівників як ефективний засіб профілактики професійного вигорання.

Доведено доцільність запровадження психологічних програм підтримки, спрямованих на розвиток емоційної стійкості в медичному середовищі. Встановлено, що основними проблемами персоналу є емоційне виснаження, деперсоналізація та дефіцит часу для відновлення. Показано, що високий рівень резильєнтності знижує ризик вигорання, підвищує самоусвідомлення та

професійну мотивацію, тому потребує системного розвитку через спеціально організовані тренінги.

Розроблено та впроваджено тренінгову програму «Емоційна стійкість як основа професійного благополуччя медичного працівника». Програма охоплювала чотири тематичні блоки й поєднувала когнітивно-поведінкові, тілесно-орієнтовані та комунікативні техніки. Її реалізація сприяла формуванню навичок емоційної саморегуляції, стрес-менеджменту, розвитку емпатії та командної взаємопідтримки, що знизило рівень напруження і покращило психологічний клімат у колективі.

Проведено оцінку ефективності програми, результати якої засвідчили виразну позитивну динаміку за всіма ключовими показниками – підвищення рівнів резильєнтності, життєстійкості та зниження проявів професійного вигорання. Після завершення тренінгу частка працівників із високим рівнем емоційної стійкості зросла удвічі, тоді як кількість осіб із симптомами емоційного виснаження скоротилася вдвічі. Зафіксовано також зменшення рівня деперсоналізації, підвищення відчуття професійної значущості, задоволеності працею та командної підтримки. Учасники відзначали зростання впевненості, покращення настрою та здатності конструктивно реагувати на стрес. Результати підтвердили ефективність програми й доцільність її подальшого впровадження у практику психологічної підтримки медиків.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі теоретично обґрунтовано та емпірично досліджено особливості розвитку емоційної стійкості медичних працівників, визначено її значення у профілактиці професійного вигорання, а також розроблено, впроваджено й апробовано програму психологічної підтримки, спрямовану на підвищення рівня емоційної стійкості персоналу. На основі результатів теоретичного аналізу, емпіричних даних і оцінки ефективності впровадженої програми сформульовано такі узагальнені висновки:

1. З'ясовано, що емоційна стійкість є багатовимірною інтегральною характеристикою особистості, яка поєднує когнітивні, мотиваційні, волеві та поведінкові компоненти. Вона визначає здатність зберігати внутрішню рівновагу, контролювати емоційні реакції та підтримувати ефективність діяльності в умовах хронічного стресу. Емоційна стійкість виконує адаптаційну, регулятивну та розвивальну функції, що робить її ключовим чинником психоемоційного благополуччя фахівців, чия професія пов'язана з високим рівнем емоційного навантаження – зокрема, у сфері медицини.

2. Виявлено, що професійне вигорання медичних працівників є складним багаторівневим явищем, яке формується під впливом взаємодії індивідуально-психологічних, міжособистісних і організаційних чинників. Його основними проявами є емоційне виснаження, деперсоналізація й редукція особистих досягнень. У роботі підкреслено, що вигорання є не лише особистісною проблемою, а й системним ризиком: воно знижує якість медичної допомоги, погіршує взаємодію з пацієнтами, спричиняє плинність кадрів і зростання організаційних витрат. У кризових умовах (пандемія, воєнний стан) ці прояви лише загострюються, що підвищує актуальність профілактичних заходів.

3. Доведено наявність тісного взаємозв'язку між рівнем емоційної стійкості та проявами професійного вигорання. Результати теоретичного і практичного аналізу підтвердили, що високі показники резильєнтності, життєстійкості, внутрішнього контролю та здатності до прийняття ризику

корелюють із нижчими рівнями емоційного виснаження та деперсоналізації. У свою чергу, низький рівень емоційної стійкості є передумовою емоційного виснаження, втрати мотивації та негативного ставлення до професійної ролі. Таким чином, емоційна стійкість виступає буфером, що послаблює наслідки стресових факторів.

4. Організовано та проведено емпіричне дослідження емоційної стійкості та професійного вигорання серед медичного персоналу стоматологічної клініки «Villa Louisa». У вибірку увійшли 28 працівників різних посад. Для оцінки використовувалися стандартизовані методики: шкала BRS, тест CD-RISC-25, тест життєстійкості С. Мадді, опитувальники К. Маслач і С. Джексона, а також О. Чабана. Первинна діагностика виявила у більшості учасників середній рівень емоційної стійкості на тлі ознак вигорання, що підкреслює необхідність цілеспрямованих психологічних інтервенцій.

5. У ході інтерпретації результатів дослідження встановлено, що працівники з вищими показниками за шкалами резильєнтності та самоконтролю мають менше проявів емоційного виснаження та вище відчуття професійної значущості. Після впровадження тренінгової програми відзначено позитивну динаміку: зниження середнього рівня емоційного виснаження на 23%, зменшення деперсоналізації та зростання показників професійного задоволення. Випадки редукції особистих досягнень скоротились удвічі. Працівники відзначали покращення настрою, внутрішньої рівноваги, готовність до саморефлексії та використання технік емоційного самоконтролю.

6. Обґрунтовано доцільність впровадження спеціалізованих психологічних програм, спрямованих на розвиток емоційної стійкості. Такий підхід не лише знижує ризики професійного вигорання, а й сприяє формуванню в колективах культури підтримки, емпатійної взаємодії та конструктивного вирішення складних ситуацій. Програми повинні мати системний характер, поєднувати особистісний розвиток із організаційною підтримкою та бути інтегрованими у внутрішню політику закладу охорони здоров'я.

7. Розроблено і апробовано тренінгову програму психологічної підтримки «Емоційна стійкість як основа професійного благополуччя медичного працівника», спрямовану на розвиток навичок саморегуляції, стресостійкості та профілактику емоційного вигорання. Програма базувалася на поєднанні когнітивно-поведінкових, тілесно-орієнтованих і групово-комунікативних методів, що забезпечили її практичну ефективність. Учасники відзначали покращення внутрішньої рівноваги, настрою, впевненості у власних силах і здатності конструктивно реагувати на стресові ситуації. Отримані результати доводять, що запропонована програма є ефективним засобом підвищення емоційної стійкості та професійного благополуччя медичних працівників.

8. Оцінка ефективності тренінгової програми підтвердила її позитивний вплив на психологічний стан персоналу. Зафіксовано статистично значуще підвищення показників за шкалами резильєнтності, самоусвідомлення, відчуття контролю та залученості, а також зменшення рівнів емоційного виснаження та деперсоналізації ($p < 0,05$). Частка працівників без ознак вигорання зросла з 10,7% до 25,0%. Учасники повідомляли про зростання впевненості у своїх силах, зниження рівня тривожності, покращення якості сну та взаємодії з колегами й пацієнтами. Таким чином, програма продемонструвала прикладну ефективність і може бути рекомендована до впровадження у медичних закладах різного профілю.

Таким чином, результати теоретичного, емпіричного та формувального етапів дослідження підтвердили гіпотезу про те, що розвиток емоційної стійкості є ефективним засобом профілактики професійного вигорання медичних працівників. Отримані дані свідчать про доцільність подальшого впровадження подібних програм у медичних закладах різних профілів для збереження психологічного здоров'я, підвищення якості професійної діяльності та формування культури емоційного благополуччя у сфері охорони здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Амінева Я. Р. Емоційна стійкість особистості як одна з детермінант ефективного подолання складних життєвих ситуацій. *Вісник Дніпропетровського університету. Серія : Педагогіка і психологія*. 2012. Т. 20, вип. 18. С. 10-14. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/vdupp_2012_20_18_4
2. Андрусик О. О. Емоційна стійкість особистості: теоретичний аспект. *Габітус*. 2020. 19. С. 76-80. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/habit_2020_19_15
3. Андрусик О. О. Проблема емоційної стійкості особистості як психологічний феномен. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Психологія*. 2022. Т. 33 (72), № 2. С. 1-6. DOI: <https://doi.org/10.32838/2709-3093/2022.2/01>
4. Аршава І. Ф., Носенко Е. Л. Аспекти імпліцитної діагностики емоційної стійкості людини: монографія. Дніпро: Вид-во ДНУ, 2008. 468 с.
5. Аршава І. Ф., Кутовий К. П., Аршава І. О. Імпліцитна оцінка емоційної стійкості людини за показником переваг у виборі типу стратегій подолання стресу. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*. 2020. № 1. С. 32-37. DOI: <https://doi.org/10.51547/ppp.dp.ua/2020.1.5>
6. Асонов Д. Емоційне вигорання медичних працівників: моделі, фактори ризику та протективні фактори. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2021. Т. 6, № 2. DOI: 10.26766/pmgrp.v6i2.295 (дата звернення: 14.04.2025).
7. Астремська І. В. Супервізія: профілактика та корекція емоційного вигорання працівників професій допомоги: монографія. Миколаїв: Видавництво ЧНУ ім. Петра Могили, 2024. 132 с. URL: <https://dspace.chmnu.edu.ua/jspui/handle/123456789/2472>
8. Бегеза Л. Є. Психологічні особливості емоційного вигорання лікарів. *Психологічні перспективи*. 2020. Вип. 36. С. 37-48. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Ppst_2020_36_6
9. Бегун-Трачук Л. О. Дослідження професійного та емоційного вигорання у психолого-педагогічній теорії та практиці. *Музичне мистецтво в*

- освітологічному дискурсі. 2020. Вип. 5. С. 128-133. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/maed_2020_5_20
10. Ботякова В. Сучасний стан розповсюдженості синдрому професійного вигорання у медичних працівників Європи. *Сучасна медицина, фармація та психологічне здоров'я*. 2023. № 1(10). С. 18-25. DOI: <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2023-1-2>
11. Водянка Л. Д., Суховецька Д. А., Занюк А. А. Поняття емоційного вигорання та його профілактика. *Інвестиції : практика та досвід*. 2022. № 3. С. 49-53. URL: <https://dspace.chmnu.edu.ua/jspui/handle/123456789/1129>
12. Громцева О. В. Уявлення про професійне вигорання медичних працівників та дослідження його феноменології. *European Journal of Management Issues*. 2019. Т. 27, № 3-4. С. 63-72. DOI: <https://doi.org/10.15421/191907>
13. Дзвоник Г. П. Роль емоційної стійкості в професійному самоздійсненні фахівця. *Актуальні проблеми психології*. 2016. Том 5. Вип. 16. С. 24-29. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/706108/1/Dzvonyk_HP_%282016%29_Rol_emotsijnoyi_stijkosti_v_profesijnomu_samozdijsnenni_fakhivtsja.pdf
14. Дніпрова О. А., Єрмолаєва Т. В. Синдром емоційного вигорання у представників різних професій. *Теорія і практика сучасної психології*. 2019. № 3, т. 1. С. 38-43. DOI: <https://doi.org/10.32840/2663-6026.2019.3-1.7>
15. Дорошенко О. М., Біда В. І., Дорошенко М. М., Омеляненко О. А., Дорошенко М. В., Волосовець Т. М. Професійне вигорання лікаря-стоматолога. *Сучасна стоматологія*. 2025. № 3. С. 140-146. DOI: <https://doi.org/10.33295/1992-576X-2025-3-140>
16. Драга Т., Мялюк О., Криницька І. Особливості синдрому емоційного вигорання у медичних працівників. *Медсестринство*. 2017. № 3. С. 48-51. DOI: [10.11603/2411-1597.2017.3.8534](https://doi.org/10.11603/2411-1597.2017.3.8534)
17. Дужич Н. В., Єгер О. Й., Синенко М. Ю., Марущак М. І. Вплив емоційного інтелекту на ефективність роботи медичної сестри. *Вісник медичних і біологічних досліджень*. 2023. Т. 1, № 1(15). С. 38-43. DOI: [10.11603/bmbr.2706-6290.2023.1.13356](https://doi.org/10.11603/bmbr.2706-6290.2023.1.13356)

18. Івасюк А. Моделі емоційного вигорання особистості. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*. 2025. № 1. С. 87-92. DOI: <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2025.1.16>
19. Емоційне вигорання педагогів. Методичні рекомендації / Укладачі: творча група практичних психологів: Коняхіна А. В., Гаврик І. Л, Гриценко Н. В., Гутенко Д. М., Коропченко Н. М., Обравит О. М., Полякова В. С., Сухомлин Л. Г., Усик Ю. С., Чорний О. І. Суми: методичний кабінет відділу освіти Сумської районної державної адміністрації, 2016. 60 с. URL: <https://psychologdcpp.in.ua/wp-content/uploads/2020/03/Збірник-Емоційне-вигорання-педагогів.pdf>
20. Жеманюк С. П. Чинники психологічного благополуччя медичних працівників. *Гуманітарний корпус: збірник наукових статей з актуальних проблем філософії, культурології, психології, педагогіки та історії*. Вінниця: ТОВ «Нілан-ЛТД», 2021. Вип. 41, т. 1. С. 63-65. URL: <https://www.positivedisintegration.com/Adela2021.pdf#page=63>
21. Зливков В. Л., Лукомська С. О. Спес Гіппократа: основи психології спілкування для медичних працівників. Ніжин: Видавець ПП Лисенко М.М.; Київ, 2017. 208 с.
22. Кавецька Н. А., Андрейчин С. М., Ярема Н. З. Професійне вигорання серед медичних працівників: психологічні аспекти. *Медична освіта*. 2020. № 4. С. 27-31. DOI: <https://doi.org/10.11603/me.2414-5998.2020.4.11654>
23. Карамушка Т., Карамушка Л., Вісіч О. Особливості професійного вигорання персоналу реабілітаційних центрів для поранених військових. *Організаційна психологія. Економічна психологія*. 2024. № 2 (32). С. 59-69. DOI: <https://doi.org/10.31108/2.2024.2.32.5>
24. Карпенко Є. В. Психологія емоційного інтелекту в дискурсі життєздійснення особистості : дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.07. Івано-Франківськ, 2020. 497 с. URL: https://www.oa.edu.ua/doc/dis/karpenko_dis.pdf
25. Касьянова А. Ю. Особливості професійного вигорання медичного персоналу, який працює з пацієнтами з вродженими вадами серця. *Медична*

- психологія*. 2015. Т. 10, № 2. С. 23-26. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mpsl_2015_10_2_8
26. Кернас А. В., Бондаревич С. М., Котляр Л. І., Малиш В. Є., Явдошук А. П., Слищинська І. В. Психологічні особливості корекцій професійно-емоційного вигорання медичних працівників різних спеціальностей. *Освіта та розвиток обдарованої особистості*. 2024. № 1. С. 58-65. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Otros_2024_1_9
27. Кіслицина М. В. Становлення наукової концепції професійного вигорання у ХХ столітті: ретроспективний аналіз. *Теорія і практика сучасної психології: збірник наукових праць*. 2018. Вип. 4. С. 175-181. URL: http://www.tpsp-journal.kpu.zp.ua/archive/4_2018/34.pdf
28. Ковальчук З. Я., Заверуха О. Я. Психологічні особливості розвитку емоційної стійкості та резильєнтності: вікові аспекти феномену. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна*. 2024. Вип. 2. С. 37-44. DOI: <https://doi.org/10.32782/2311-8458/2024-2-5>
29. Кокотова О. О. Особливості емоційного вигорання у середнього медичного персоналу психіатричних установ (структура, механізми формування, психотерапевтична корекція) : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 19.00.04. Харків, 2010. 20 с.
30. Кокун О. М. Життестійкість і резильєнтність людини в сучасному світі: теорія, дослідження, практика: монографія. Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2025. 214 с. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/744751/1/Монографія_Кокун.pdf
31. Колтунович Т. А. Синдром професійного вигорання в історичній ретроспективі: аналітико-експериментальний період дослідження феномена. *Проблеми сучасної педагогічної освіти. Серія: Педагогіка і психологія: збірник статей*. Ялта: РВВ КГУ, 2014. Вип. 42. Ч. 4. С. 236-245. URL: https://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&hl=uk&user=-ZzMVcsAAAAJ&citation_for_view=-ZzMVcsAAAAJ:EUQCXRtRnyEC

32. Кордунова Н. О., Дмитріюк Н. С. Емоційна стійкість як важлива складова особистості у період фахової підготовки. *Актуальні проблеми психології*. Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. 2020. Т. 6. Вип. 17. С. 129-138. URL: <http://appspsychology.org.ua/data/jrn/v6/i17/17.pdf>
33. Корман М. М. Розвиток емоційного інтелекту та емоційної компетентності як передумова запобігання професійного вигорання. *Вісник Національного університету оборони України*. 2012. Вип. 4. С. 175-178. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vnaou_2012_4_37
34. Коса Т. В. Синдром емоційного вигорання серед медичних працівників. *Медсестринство*. 2019. № 3. С. 39-41. DOI: 10.11603/2411-1597.2019.3.10681
35. Кресан О. Д. Концептуалізація поняття стійкості особистості до стресу: психологічний тезаурус. *Габітус. Науковий журнал з соціології та психології*. 2025. № 69. Том 1. С. 160-164. URL: http://habitus.od.ua/journals/2025/69-2025/part_1/29.pdf
36. Кудінова М. С. Порівняльний аналіз понять «стресостійкість» та «емоційна стійкість». *Теорія і практика сучасної психології*. 2016. № 1. С. 22-28. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/tpcp_2016_1_7
37. Кулібаба Є., Кобилянський О. Роль емоційного інтелекту в професійній діяльності фахівців медичного профілю. *Педагогіка безпеки*. 2024. Т. 9, № 2. С. 107-113. DOI: <https://doi.org/10.31649/2524-1079-2024-9-2-107-113>
38. Курова А. В. Технології збереження емоційної стійкості в структурі психологічного здоров'я. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Психологія*. 2022. Т. 33(72), № 2. С. 87-91. DOI: 10.32838/2709-3093/2022.2/14
39. Лазуренко О. О. Тренінг формування емоційної компетентності майбутнього лікаря. *Fundamental and Applied Researches In Practice of Leading Scientific Schools*. 2016. № 2 (14). С. 44-54.
40. Лазуренко О. О. Аналіз психологічних особливостей та структурних компонентів емоційної компетентності майбутнього лікаря. *Психологічний часопис*. 2016. № 2. С. 96-110. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/psch_2016_2_10

- 41.Лазуренко О. О. Психологічні особливості формування емоційної компетентності майбутнього лікаря : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07. Київ, 2017. 270 с. URL: http://psychology-naes-ua.institute/files/pdf/dis1_lazueenko_1510950532.pdf
- 42.Лазуренко О. О. Емоційна компетентність лікаря: теоретичні підходи дослідження, проблема формування: монографія. Київ: Інтерсервіс, 2018. 220 с.
- 43.Лисенко О. Г. Психологічні особливості професійної діяльності медичних працівників. *Актуальні проблеми психології*. 2021. Том I, Вип. 45. С. 61-65. URL: <http://appspsychology.org.ua/data/jrn/v1/i45/12.pdf>
- 44.Лотоцька-Голуб Л. Л. Соціально-психологічні чинники резистентності до емоційного вигорання у професійній діяльності лікарів: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07 Київ. 2016. 258 с. URL: http://psychology-naes-ua.institute/files/pdf/avtoreferat_lotocka-golub_1465324254.pdf
- 45.Лялюк Ю. Р. Основні компоненти структури емоційної стійкості особистості. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна*. 2023. № 2. С. 73-79. DOI: <https://doi.org/10.32782/2311-8458/2023-2-10>
- 46.Лялюк Ю. Р. Теоретичний аналіз основних підходів до вивчення емоційної стійкості особистості. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна*. 2023. № 1. С. 70-77. DOI: <https://doi.org/10.32782/2311-8458/2023-1-10>
- 47.Марута Н. О., Чабан О. С., Каленська Г. Ю. Особливості емоційного вигорання в працівників сфери охорони неврологічного й психічного здоров'я. *Міжнародний неврологічний журнал*. 2019. № 7. С. 22-30. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mnzh_2019_7_6
- 48.Мірошниченко О. А. Профілактика синдрому «професійного вигорання» у працюючих в екстремальних умовах: навч.-метод. посіб. Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2015. 156 с. URL: <https://eprints.zu.edu.ua/18802/>

49. Міщиха Л. П., Винничук С. С. Психологічні особливості прояву емоційного інтелекту в медичних працівників поліклінічних закладів. *Габітус*. 2022. Вип. 33. С. 118-122. DOI: <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2022.33.20>
50. Миколок С. Професійне вигорання соціальних працівників в умовах війни. *Науковий журнал «Ввічливість. Humanitas»*. 2022. Вип. 6. С. 31-36. DOI: <https://doi.org/10.32782/humanitas/2022.6.5>
51. Оніпко З. С. Дослідження сформованості рівня емоційної стійкості в студентів технічного ВНЗ. *Габітус*. 2021. Вип. 24, т. 2. С. 73-77. DOI: <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2021.24.2.13>
52. Павлюк Т. В., Толокова Т. І. Особливості емоційної сфери медичних працівників. *Медична освіта*. 2018. № 1. С. 103-107. DOI: <https://doi.org/10.11603/me.2414-5998.2018.1.8618>
53. Регуш А. В., Маркова М. В., Плехов В. А., Яворська Т. П. Емоційне вигорання у медичних працівників центру нейрохірургії: аналіз поширеності, структури і факторів ризику. *Запорізький медичний журнал*. 2024. Т. 26, № 6(147). С. 476-480. DOI: <https://doi.org/10.14739/2310-1210.2024.6.307238>
54. Реуцький М. В., Біла М. О. Професійне вигорання медичних працівників. *Перспективи та інновації науки (Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина»)*. 2023. № 14 (32). С. 761-771. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-14\(32\)-761-771](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-14(32)-761-771)
55. Романенко С. В., Марчук І. А., Жарлінська Р. Г., Лепетан І. М. Психологічна підтримка медичного персоналу: управлінські рішення для зменшення рівня емоційного вигорання. *Інвестиції: практика та досвід*. 2025. № 6. С. 87-94. DOI: [10.32702/2306-6814.2025.6.87](https://doi.org/10.32702/2306-6814.2025.6.87)
56. Русанов В. Професійне вигорання медичних працівників в умовах війни: історичний аналіз, сучасні дослідження та авторське визначення. *Psychological and Medical-Guided Practice*. 2024. Т. 9, № 3. DOI: [10.26766/pmgrp.v9i3.529](https://doi.org/10.26766/pmgrp.v9i3.529) (дата звернення: 28.04.2025).

- 57.Султанова І. Теоретизування щодо визначення змісту поняття «емоційна стійкість» *Психологія і суспільство*. 2011. № 4. С. 115-118. URL: <http://dspace.tneu.edu.ua/handle/316497/24003>
- 58.Сургунд Н., Примуш Н. Аналіз динаміки прояву синдрому професійного вигорання у медичних працівників в умовах COVID-19. *Psychology Travelogs*. 2021. № 1. С. 150-159. DOI: <https://doi.org/10.31891/PT-2021-1-13>
- 59.Теренда Н. О., Павлів Т. Б., Теренда О. А. Професійне вигорання – одна з невирішених проблем системи охорони здоров'я. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2021. № 2 (88). С. 29-33. DOI: 10.11603/1681-2786.2021.2.12377
- 60.Терзи О. О. Корекція та профілактика синдрому емоційного вигорання у лікарів. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія : Психологічні науки*. 2017. Вип. 6(2). С. 101-105. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvkhp_2017_6%282%29__21
- 61.Тест життєстійкості С. Мадді. URL: http://ni.biz.ua/1/1_5/1_51709_test-zhiznestoykosti-s-maddi.html (дата звернення: 28.04.2025).
- 62.Толмачевська В. Особливості психоемоційного напруження у медичних працівників з урахуванням гендерних факторів та медичного стажу роботи. *Психологія праці*. 2021. № 32. С. 166-170. DOI: <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2021.32.29>
- 63.Трофаїла Н. Емоційна стійкість – запорука успішної професійної діяльності педагогів. *Актуальні питання гуманітарних наук*. 2020. Вип. 27(5). С. 125-128. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apgnd_2020_27%285%29__25
- 64.Чмир Н., Дробінська Н., Федечко М., Новосад А., Базилевич А. Емоційне вигорання медичних працівників як проблема медичної психології: сучасний стан та шляхи подолання. *Українські медичні вісті*. 2024. № 3-4 (100-101). С. 38-46. DOI: <https://doi.org/10.32782/umv-2024.2.8>
- 65.Цюпенко Т. А. Емоційний інтелект як засіб розвитку психологічної стійкості особистості в умовах сьогодення. *Наукові записки. Серія: Психологія*. 2024. № 4. С. 109-115. DOI: <https://doi.org/10.32782/cusu-psy-2024-4-16>

- 66.Шель Н. В. Емоційна стійкість особистості в умовах війни. *Вісник Донецького національного університету імені Василя Стуса. Серія: Психологічні науки.* 2024. № 2(3). С. 13-20. DOI: [https://doi.org/10.31558/2786-8745.2023.2\(3\).2](https://doi.org/10.31558/2786-8745.2023.2(3).2)
- 67.Шпак М., Славопас В. Особливості розвитку емоційного інтелекту в майбутніх медичних сестер. *Вісник Львівського університету. Психологічні науки.* 2021. Вип. 8. С. 186-195. DOI: <https://doi.org/10.30970/PS.2021.8.24>
- 68.Юрков О. С., Соломка І. О. Синдром емоційного вигорання медичних працівників. *Науковий вісник Мукачівського державного університету. Серія «Педагогіка та психологія».* 2017. Вип. 1(5). С. 213-215. URL: <http://dspace.msu.edu.ua:8080/jspui/handle/123456789/1021>
- 69.Юрченко І., Савченко І., Буряк О. Професійне вигорання медичних працівників за сучасних умов. *Медсестринство.* 2020. № 4. С. 11-15. DOI: 10.11603/2411-1597.2020.4.11865
- 70.Юр'єва Л. М. Професійне вигорання у медичних працівників. Формування, профілактика і корекція. Київ: Сфера, 2004. 272 с.
- 71.Якимчук Б. А., Якимчук І. П. Формування емоційної стійкості як професійно важливої якості майбутнього практичного психолога. *Психологічний журнал.* 2020. № 4. URL: <http://psyj.udpu.edu.ua/article/view/207887> (дата звернення: 04.03.2025).
- 72.Adini B., Siman-Tov M., Sadovsky G., Tal O. Impact of emergency situations on resilience at work and burnout of Hospital's healthcare personnel. *International Journal of Disaster Risk Reduction.* 2022. Vol. 76. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijdr.2022.102994> (дата звернення: 10.05.2025).
- 73.Brief Resilience Scale (BRS). URL: <https://mcwell.nd.edu/assets/400953/brs.pdf> (дата звернення: 15.06.2025).
- 74.Castillo-González A., Velando-Soriano A., De La Fuente-Solana E. I., Martos-Cabrera B. M., Membrive-Jiménez M. J. Relation and effect of resilience on burnout in nurses: A literature review and meta-analysis. *International Nursing Review.* 2024. Vol. 71, Iss. 1. P. 160-167. DOI: <https://doi.org/10.1111/inr.12838>

- 75.Chen Y., Zhang L., Qi H., You W., Nie C., Ye L., Xu P. Relationship Between Negative Emotions and Job Burnout in Medical Staff During the Prevention and Control of the COVID-19 Epidemic: The Mediating Role of Psychological Resilience. *Frontiers in Psychiatry*. 2022. Vol. 13. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.857134> (дата звернення: 11.06.2025).
- 76.Di Giuseppe M., Nepa G., Prout T. A., Albertini F., Marcelli S., Orrù G., Conversano C. Stress, Burnout, and Resilience among Healthcare Workers during the COVID-19 Emergency: The Role of Defense Mechanisms. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021. Vol. 18, Iss. 10. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18105258> (дата звернення: 11.05.2025).
- 77.Di Trani M., Mariani R., Ferri R., De Berardinis D., Frigo M. G. From Resilience to Burnout in Healthcare Workers During the COVID-19 Emergency: The Role of the Ability to Tolerate Uncertainty. *Frontiers in Psychology*. 2021. Vol. 12. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.646435> (дата звернення: 11.05.2025).
- 78.Ferreira P., Gomes S. The Role of Resilience in Reducing Burnout: A Study with Healthcare Workers during the COVID-19 Pandemic. *Social Sciences*. 2021. Vol. 10. DOI: <https://doi.org/10.3390/socsci10090317> (дата звернення: 10.05.2025).
- 79.Freudenberger H. J. Staff burnout. *Journal of Social Issues*. 1974. Vol. 30(1). P. 159-165. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
- 80.Kunzler A. M., Helmreich I., Chmitorz A., König J., Binder H. Psychological interventions to foster resilience in healthcare professionals. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2020. Issue 7. DOI: [10.1002/14651858.CD012527.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD012527.pub2) (дата звернення: 10.05.2025).
- 81.Luceño-Moreno L., Talavera-Velasco B., Vázquez-Estévez D. Mental Health, Burnout, and Resilience in Healthcare Professionals After the First Wave of COVID-19 Pandemic in Spain. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2022. Vol. 64 (3). P. 114-123. DOI: [10.1097/JOM.0000000000002464](https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000002464)
- 82.Schaufeli W. B., Leiter M. P., Maslach C. Burnout: 35 Years of Research and Practice. *Career Development International*. 2009. Vol. 14. P. 204-220. DOI: [http://dx.doi.org/10.1108/13620430910966406](https://dx.doi.org/10.1108/13620430910966406)

ДОДАТКИ

Додаток А

Шкала резильєнтності (Brief Resilience Scale, BRS) [73]

ПІБ _____

Посада _____

Вік _____ Дата дослідження _____

Інструкція

Оберіть один варіант відповіді для кожного твердження у рядку, який найбільше відповідає Вашій згоді або незгоді з ним.

Опитувальник

№	Твердження	Категорично не згоден (-на)	Не згоден (-на)	Нейтральн о	Згоден (-на)	Повністю згоден (-на)
1	Я швидко відновлююся після важких періодів	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2	Мені важко проходити крізь стресові події	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
3	Мені не потрібно багато часу, щоб оговтатися від стресової події	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4	Мені складно повернутися до нормального стану після негативних подій	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

5	Я зазвичай справляюся з труднощами без особливих проблем	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6	Мені потрібно багато часу, щоб оговтатися після невдач у житті	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

Обробка результатів та їх інтерпретація

Складіть усі відповіді (від 1 до 5) за шістьма пунктами, отримавши діапазон від 6 до 30 балів.

Потім розділіть суму на кількість відповідей (6).

Кількість набраних балів інтерпретується відповідно до таких діапазонів:

4,31-5,00 – високий рівень резильєнтності (людина швидко оговтується після труднощів і зберігає внутрішню стійкість);

3,00-4,30 – середній рівень резильєнтності (здатність до відновлення достатня, але в окремих випадках можливі труднощі);

1,00-2,99 – низький рівень резильєнтності (відновлення після стресу відбувається повільно, є потреба у розвитку навичок подолання).

Мій результат: _____

Шкала резильєнтності Коннора-Девідсона-25 (CD-RISC-25) [30, с. 26-27]

ПІБ _____

Посада _____

Вік _____ Дата дослідження _____

Інструкція

Вам пропонується оцінити 25 тверджень, що описують різні способи реагування на стресові та складні життєві ситуації. Для кожного твердження оберіть той варіант відповіді, який найбільше відповідає Вашому звичайному стану або поведінці, використовуючи п'ятибальну шкалу Лайкерта:

- 0 – повністю невірно;
- 1 – скоріше невірно, ніж вірно;
- 2 – частково вірно;
- 3 – скоріше вірно, ніж невірно;
- 4 – вірно майже у всіх випадках.

Відповідайте швидко, орієнтуючись на перше враження. Не існує правильних чи неправильних відповідей – важливо, щоб Ваші відповіді максимально відображали реальний стан та особистий досвід.

Опитувальник

№	Твердження	0	1	2	3	4
1	Здатний адаптуватися до змін					
2	Маю близькі та безпечні стосунки					
3	Вірю в можливість допомоги Вищих сил					
4	Можу впоратися з усім, що трапиться					
5	Минулий успіх дає впевненість для нових викликів					
6	Дивлюся на речі з гумористичного боку					
7	Впевнений, що подолання стресу зміцнює					

8	Швидко відновлюююсь після хвороби або труднощів					
9	Вважаю, що в житті нічого не трапляється без причини					
10	Докладаю всі зусилля незважаючи ні на що					
11	Можу досягти своїх цілей не зважаючи на перепони					
12	Коли все виглядає безнадійно, я не здаюся					
13	Знаю, куди звернутися за допомогою					
14	Під тиском зосереджуюсь і думаю ясно					
15	Надаю перевагу прийняттю лідерства у вирішенні проблем					
16	Мене важко розчарувати невдачею					
17	Думаю про себе як про сильну людину					
18	Здатен приймати непопулярні або важкі рішення					
19	Можу впоратися з неприємними почуттями					
20	Можу діяти на підставі передчуття					
21	Маю сильне відчуття мети					
22	Контролюю своє життя					
23	Люблю життєві виклики					
24	Працюю, щоб досягти своїх цілей					
25	Пишаюся своїми досягненнями					

Обробка результатів та інтерпретація

Кількісний показник резильєнтності визначається як сума балів за всіма 25 пунктами опитувальника. Мінімально можливий результат – 0 балів, максимально можливий – 100 балів.

Загальний принцип інтерпретації такий: вищий сумарний бал свідчить про вищий рівень психологічної стійкості (здатність ефективно долати стресові ситуації, адаптуватися до змін та зберігати внутрішню рівновагу); нижчий сумарний бал вказує на знижений рівень резильєнтності, що може проявлятися у складнощах з подоланням тривалих чи інтенсивних стресових навантажень.

Для практичної інтерпретації зазвичай орієнтуються на такі умовні діапазони: 0-49 балів – низький рівень резильєнтності; 50-74 бали – середній рівень резильєнтності; 75-100 балів – високий рівень резильєнтності.

Тест життєстійкості С. Мадді [61]

ПІБ _____

Вік _____ Дата дослідження _____

Інструкція

Тест містить 45 тверджень, до кожного з яких пропонуються чотири варіанти відповіді: «ні», «скоріше ні, ніж так», «скоріше так, ніж ні», «так». Респонденти мають обрати той варіант, який найбільше відповідає їх особистим переконанням, внутрішнім установкам і життєвому досвіду. Обробка результатів передбачає врахування прямих і зворотних пунктів для кожної з трьох субшкал та підрахунок загального балу.

Опитувальник

Питання	Ні	Скоріше ні, ніж так	Скоріше так, ніж ні	Так
1. Я часто не впевнений в своїх рішеннях.				
2. Іноді мені здається, що нікому немає до мене діла.				
3. Часто, навіть добре виспавшись, я насилу змушую себе встати з ліжка.				
4. Я постійно зайнятий, і мені це подобається.				
5. Часто я віддаю перевагу «плисти за течією».				
6. Я міняю свої плани в залежності від обставин.				
7. Мене дратують події, через які я змушений змінювати свій розпорядок дня.				
8. Непередбачені труднощі часом сильно стомлюють мене.				
9. Я завжди контролюю ситуацію настільки, наскільки це необхідно.				
10. Часом я так втомлююся, що вже ніщо не може зацікавити мене.				
11. Часом все, що я роблю, здається мені марним.				
12. Я намагаюся бути в курсі всього, що відбувається навколо мене.				
13. Краще синиця в руках, ніж журавель у небі.				
14. Увечері я часто відчуваю себе абсолютно розбитою.				

15. Я вважаю за краще ставити перед собою важкодоступні цілі і досягати їх.				
16. Іноді мене лякають думки про майбутнє.				
17. Я завжди впевнений, що зможу втілити в життя те, що задумав.				
18. Мені здається, я не живу повним життям, а тільки граю роль.				
19. Мені здається, якби в минулому у мене було менше розчарувань і негараздів, мені було б зараз легше жити на світі.				
20. Проблеми, що виникають часто здаються мені нерозв'язними.				
21. Зазнавши поразки, я буду намагатися взяти реванш.				
22. Я люблю знайомитися з новими людьми.				
23. Коли хто-небудь скаржиться, що життя нудне, це означає, що він просто не вміє бачити цікаве.				
24. Мені завжди є чим зайнятися.				
25. Я можу вплинути на результат того, що відбувається навколо.				
26. Я часто шкодую про те, що вже зроблено.				
27. Якщо проблема вимагає великих зусиль, я вважаю за краще відкласти її до кращих часів.				
28. Мені важко зближуватися з іншими людьми.				
29. Як правило, оточуючі слухають мене уважно.				
30. Якби я міг, я багато чого змінив би в минулому.				
31. Я досить часто відкладаю на завтра те, що важко здійснити.				
32. Мені здається, життя проходить повз мене.				
33. Мої мрії рідко збуваються.				
34. Несподіванки дарують мені інтерес до життя.				
35. Часом мені здається, що всі мої зусилля марні.				
36. Часом я мрію про спокійне розмірене життя.				
37. Мені не вистачає завзятості закінчити розпочате.				
38. Буває, життя здається мені нудною і безбарвною.				
39. У мене немає можливості впливати на несподівані проблеми.				
40. Навколишні мене недооцінюють.				
41. Як правило, я працюю із задоволенням.				
42. Іноді я відчуваю себе зайвим навіть в колі друзів.				
43. Буває, на мене навалюється стільки проблем, що просто руки опускаються.				
44. Друзі поважають мене за завзятість і непохитність.				
45. Я охоче беруся втілювати нові ідеї.				

Обробка результатів

Для підрахунку результатів відповідей на прямі пункти присвоюються бали від 0 до 3 («ні» – 0 балів, «скоріше ні, ніж так» – 1 бал, «скоріше так, ніж ні» – 2 бали, «так» – 3 бали) , відповідям на зворотні пункти присвоюються бали від 3 до 0 («ні» – 3 бали, «так» – 0 балів). Потім підсумовується загальний бал життєстійкості і показники для кожної з 3 субшкал.

Прямі та зворотні пункти для кожної шкали

	Прямі пункти	Зворотні пункти
Залученість	4, 12, 22, 23, 24, 29, 41	2, 3, 10, 11, 14, 28, 32, 37, 38, 40, 42
Контроль	9, 15, 17, 21, 25, 44	1, 5, 6, 8, 16, 20, 27, 31, 35, 39, 43
Прийняття ризику	34, 45	7, 13, 18, 19, 26, 30, 33, 36

Для оцінки загального рівня життєстійкості застосовуються середні значення та стандартні відхилення: середній бал – 80,72, стандартне відхилення – 18,53.

Середні і стандартні відхилення загального показника і шкал Тесту життєстійкості

Норми	Життєстійкість	Залученість	Контроль	Прийняття ризику
Середнє	80,72	37,64	29,17	13,91
Стандартне відхилення	18,53	8,08	8,43	4,39

Значення вище середнього свідчать про високий рівень розвитку компонентів життєстійкості, а отже, і про здатність особистості ефективно справлятися зі стресогенними впливами. Адаптована методика є надійним і валідним інструментом, що пройшов апробацію в українському контексті. Вона дозволяє глибоко і структуровано оцінити внутрішні ресурси особистості, що забезпечують її психологічну стійкість.

Діагностика професійного «вигорання (К. Маслач, С. Джексон) [19]

ПІБ _____

Посада _____

Вік _____ Дата дослідження _____

Мета: оцінка ступеня та особливостей прояву професійного вигорання.**Інструкція**

Вам пропонується низка тверджень, що описують різні почуття та переживання, які можуть виникати у процесі професійної діяльності. Будь ласка, уважно прочитайте кожне твердження і оберіть той варіант відповіді, який найбільше відповідає частоті появи у вас зазначеного стану. Варіанти відповідей: ніколи; дуже рідко; деколи; часто; дуже часто; кожного дня. У бланку опитувальника відмітьте лише один варіант відповіді навпроти кожного пункту. Просимо відповідати щиро, оскільки саме від цього залежить точність результатів дослідження.

Опитувальник

№	Твердження	Ніколи	Дуже рідко	Інколи	Часто	Дуже часто	Щодня
1	Почуваюсь емоційно знищеним.						
2	Після роботи я почуваюся як вичавлений лимон.						
3	Зранку я відчуваю втому і небажання йти на роботу.						
4	Я добре розумію, що відчувають мої підлеглі й колеги, і стараюся враховувати це в інтересах справи.						
5	Я відчуваю, що спілкуюся з деякими підлеглими й колегами як з предметами (без тепла і симпатії до них).						

6	Після роботи хочеться на деякий час усамітнитися від усіх і всього.						
7	Я вмю знаходити правильне рішення в конфліктних ситуаціях, що виникають у розмові з друзями.						
8	Я відчуваю пригніченість і апатію.						
9	Я упевнений, що моя робота потрібна людям.						
10	Останнім часом я став більш черствим до тих, з ким працюю.						
11	Я помічаю, що моя робота дратує мене.						
12	У мене багато планів на майбутнє і я вірю у їх здійснення.						
13	Моя робота все більше мене розчаровує.						
14	Я думаю, що дуже багато працюю.						
15	Буває, що дійсно мені байдуже те, що відбувається з кимнебудь із моїх підлеглих і друзів.						
16	Мені хочеться усамітнитися і відпочити від усього.						
17	Я легко можу створити атмосферу доброзичливості і співпраці в колективі.						
18	Під час роботи я відчуваю приємне задоволення.						
19	Завдяки своїй роботі я вже зробив у житті багато дійсно цінного.						
20	Я відчуваю байдужість і втрату цікавості до всього, що задовольняло б мене в моїй роботі.						
21	На роботі спокійно справляюся з емоційними проблемами.						
22	Останнім часом я бачу, що друзі і підлеглі все частіше перекладають на мене тягар своїх проблем та обов'язків.						

Обробка даних

Опитувальник містить три шкали, які відображають різні компоненти професійного вигорання:

1. Емоційне виснаження (9 тверджень).
2. Деперсоналізація (5 тверджень).
3. Редукція особистих досягнень (8 тверджень).

Варіанти відповідей оцінюються так:

- «Ніколи» – 0 балів;
- «Дуже рідко» – 1 бал;
- «Інколи» – 3 бали;
- «Часто» – 4 бали;
- «Дуже часто» – 5 балів;
- «Кожний день» – 6 балів.

Ключ до опитувальника

Нижче перераховуються шкали і відповідні їм пункти опитувальника.

1. Емоційне виснаження – відповіді «так» на запитання 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20 (максимальна сума балів – 54).
2. Деперсоналізація – відповіді «так» на запитання 5, 10, 11, 15, 22 (максимальна сума балів – 30).
3. Редукція особистих досягнень – відповіді «так» на запитання 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 (максимальна сума балів – 48).

Інтерпретація результатів

Чим вищий бал за кожною шкалою окремо, тим більш вираженим є відповідний аспект професійного вигорання. Загальний рівень синдрому визначається сумарною кількістю балів за всіма шкалами, що свідчить про ступінь сформованості та інтенсивність прояву професійного вигорання в опитуваного.

**Опитувальник для виявлення синдрому професійного вигорання
(О. Чабан) [19]**

ПІБ _____

Посада _____

Вік _____ Дата дослідження _____

Мета: виявлення рівня сформованості синдрому професійного вигорання, його проявів та інтенсивності серед педагогічних працівників.

Інструкція

Просимо відповідати щиро, не роздумуйте над запитаннями, відповідайте якомога швидше. Питання, які містяться в ньому спрямовані на діагностику проявів емоційного вигорання – стану фізичного, емоційного та розумового виснаження внаслідок тривалих стресів чи надмірних вимог в професійному або особистому житті. Виберіть лише один варіант, який найбільше підходить, або має найбільше значення для Вас. На кожне запитання необхідно відповісти «ТАК» чи «НІ». Правильних чи неправильних відповідей не існує.

Опитувальник

1. Я повністю задоволений своєю роботою.
2. Моя робота явно погіршила моє ментальне та фізичне здоров'я.
3. Психологічна атмосфера на роботі мене повністю влаштовує.
4. Я відчуваю, що моя робота робить мене більш жорстким та черствим та різко категоричним.
5. Я відчуваю певне розчарування у своїй професії.
6. Найкращий час для мене – це п'ятниця, по обіді, з передчуттям відпочинку попереду від всіх та всього

7. Я думаю, що на роботі мене більше навантажують, чим у інших, відчуваю цю несправедливість.

8. Мене повністю влаштовує моя заробітна плата.

9. Мої зусилля та старання на роботі не знаходять потрібної, належної та справедливої компенсації у заробітній платі, додаткових днів відпочинку та інших моїх індивідуальних потребах (відпустити з роботи за потребою, дозволити гнучкий графік, дозволити запізнення тощо).

10. Мої захоплення, хобі та цікавості за межами роботи стали значно меншими, тому що на них не вистачає часу.

11. Мої захоплення, хобі стали значно меншими, тому що мені це стало не цікавим, відчуття, що нічого не хочеться і нічого не радує.

12. Мені часто хочеться усамітнитися та відпочити від усіх.

13. Я відчуваю, що втрачаю задоволення від своєї роботи.

14. Часто після роботи відчуваю себе «вичавленим лимоном» та «батареєю, яка розрядилася».

15. У мене порушився сон (погано засинаю, сон став переривчастим, зменшилась тривалість, з'явилися ранішні просинання, відсутнє відчуття відпочинку).

16. В спілкуванні в колективі я відчуваю все більше формальності, зникли теплі та дружні відносини, відчуття взаємопідтримки, надійності, щирості, довіри та «сімейності».

17. Думаю, що я надто багато працюю.

18. Мої рідні та друзі вважають, що я надто багато працюю.

19. Робота з людьми все більше мене втомлює, хочеться усамітнитися і поменше бути серед людей, в такому ступені, що я подумую виїхати на якийсь хутір, чи село і самому вести просте господарство.

20. Я дуже переживаю, якщо в мене щось не складається та не вирішується на роботі.

21. Буває так, що я на роботі наче «підвисаю», «туплю», можу просидіти якийсь час, ні про що не думаючи, наче провалившись кудись, наче в ступорі.

22. Коли я повертаюсь після роботи додому я практично завжди продовжую думати про те, що відбувалося, чи буде відбуватися на роботі, іноді навіть веду діалоги в своїй голові з колегами чи керівництвом, в тому числі у вигляді сварок, емоційних переконувальних.

23. Я відчуваю, що втрачаю задоволення від звичного життя (їжа, відпочинок, час з друзями, розваги тощо).

24. Я став (-ла) більше тривожитися та переживати з приводу будь-чого.

25. Я відчуваю, що моя робота вихолощує та притуплює мої відчуття та емоції (я стаю «сухарем» та «черствію»), практично перестав (-ла) жартувати.

26. Ефективність моєї роботи останнім часом дуже залежить від мого настрою (хороший настрій – я ефективний (-на) та продуктивний (-на) , мною задоволені; поганий – неефективний (-на), помилки, мої партнери незадоволені мною).

27. Коли я вертаюсь додому мені потрібно побути якийсь час (кілька годин) самому, ні з ким не спілкуватися.

28. Я відчуваю, що мене найкраще розуміють лише мої домашні улюбленці (собака, кіт).

29. В мене постійне відчуття, що не вистачає часу ні на що, в т.ч. на домашню роботу, я живу наче в постійному цейтноті.

30. Іноді звичайні ситуації на роботі викликають у мене надмірні емоції та подразнення.

31. При згадці про деяких моїх колег, чи керівників у мене знижується, а то і псується настрій.

32. Останнім часом я відчуваю, що живу у прокрастинації (безпричинно відкладаю на завтра, після завтра і т.д. робочі завдання).

33. Я дуже переживаю за свою роботу.

34. Я боюся втратити свою роботу і роблю все, щоб цього не сталося, в т.ч. працюю у неробочий час, затримуюсь на роботі, можу виконувати завдання у вихідні, чи у відпустці, легкі та беззаперечно відгукуюсь на прохання вийти на роботу в позаробочий, чи вихідний час.

35. Я боюсь підвести своїх колег по роботі, часто погоджуюсь замінити їх у чомусь, допомогти їм, виконати за них частину їхньої роботи.

36. Іноді, з думками про наступний день роботи, я вже починаю переживати, аж до серцебиття, відчуття нехватки повітря, надмірного хвилювання, нудоти, запаморочення.

37. Я завжди радію, коли бачу, як моя робота приносить конкретні результати.

38. Відчуваю, що щось потрібно міняти на роботі, щось відбувається не так, але не розумію, що саме.

39. Мені часто по роботі зустрічаються люди, від яких я відчуваю втому та сильне роздратування, настільки, що не усвідомлено хочу їм чогось поганого, навіть пошепки, чи в думках промовляю це.

40. Через роботу я втратив (-ла) спокій та душевну рівновагу, почав більше вживати неформальної лексики, особливо коли сам, за кермом авто, коментуючи дії навколишніх водіїв та пішоходів.

41. Раніше я був значно відкритим (-тою) , уважним (-ною) та дружнім (-ною) до своїх колег, співробітників та тих, з ким я працюю.

42. Впевнений (-на), що моє керівництво зовсім не думає про людей та їх здоров'я.

43. Іноді я думаю, що результати моєї роботи зовсім не вартують тих зусиль, які я затратив (-ла) на них.

44. Мене не особливо хвилюють прохання та душевний стан моїх колег – це їхні справи, тут кожний сам за себе, і нікого не хвилюють чужі проблеми.

45. Робота з людьми дуже розчарувала мене і якби була можливість змінити роботу, щоб було поменше контактів з людьми – зробив (-ла) би це, не задумуючись.

46. Я чітко бачу перспективу та кар'єрний ріст на своїй роботі, постійно самоудосконалююсь та навчаюсь, щоб досягнути більшого.

47. Якщо з'являється можливість «посачкувати», зменшити час на роботу – роблю це не задумуючись, без всяких докорів сумління.

48. Я захоплююсь людьми, які повністю та всеосяжно присвятили себе професії та досягнули загального визнання, саме завдяки своєму професіоналізму.

49. В цілому я щаслива людина.

50. Якби я повернувся (-лася) назад, я знову обрав (-ла) би свою професію.

Обробка результатів

Для оцінювання використовується система «ключів», де відповіді «ТАК» або «НІ» мають різну вагу в балах. Загальна кількість балів визначає рівень вираженості синдрому професійного вигорання.

Ключі

Питання	Бали за відповідь ТАК	Бали за відповідь НІ	Питання	Бали за відповідь ТАК	Бали за відповідь НІ
1	0	3	26	1	0
2	5	0	27	1	0
3	0	3	28	1	0
4	2	0	29	1	0
5	2	0	30	1	0
6	1	0	31	1	0
7	1	0	32	1	0
8	0	3	33	1	0
9	1	0	34	1	0
10	1	0	35	1	0
11	1	0	36	1	0
12	1	0	37	0	2
13	1	0	38	1	0
14	1	0	39	1	0
15	1	0	40	1	0
16	1	0	41	1	0
17	1	0	42	1	0
18	1	0	43	1	0

19	1	0	44	1	0
20	1	0	45	1	0
21	1	0	46	0	1
22	3	0	47	1	0
23	1	0	48	1	0
24	1	0	49	0	5
25	3	0	50	0	5

Інтерпретація отриманих результатів

Отримані бали дозволяють визначити ступінь вираженості синдрому професійного вигорання:

1) 0 – 5 балів – ознак формування та наявності професійного вигорання не спостерігається. Дотримуйтеся цієї ж тактики та стратегії професійного життя, режиму роботи та відпочинку;

2) 6 – 21 балів – низька, але є ймовірність формування синдрому професійного вигорання. Ваша самооцінка потребує додаткового самоаналізу та спостереження за деякими ознаками цього синдрому, зверніть увагу на психогігієну та психоекологію вашої професійної діяльності, розширте свої знання про цей синдром, його причини та наслідки;

3) 22 – 59 балів – середня ймовірність формування синдрому професійного вигорання. Ваша ситуація потребує консультації спеціаліста в області ментального здоров'я з базовими знаннями про цей синдром, наприклад сімейного лікаря, клінічного чи медичного психолога. Рекомендовано відповідально та серйозно поставитися до ситуації на роботі, власного відпочинку та інших антиборнаут дій;

4) 60 – 75 балів – висока ймовірність формування синдрому професійного вигорання. Ваша ситуація потребує консультації (додаткового обстеження) спеціаліста з ментального здоров'я з фаховими знаннями медичної психології, психотерапії та/або психіатрії. Рекомендовано уважно підійти до власного здоров'я та робочих відносин, є висока ймовірність формування психосоматичних розладів, розладів поведінки та емоційних порушень.

Тренінгова програма психологічної підтримки «Емоційна стійкість як основа професійного благополуччя медичного працівника»

Мета програми: зниження проявів професійного вигорання (насамперед емоційного виснаження), розвиток навичок емоційної саморегуляції та стрес-менеджменту, відновлення психологічної рівноваги, підвищення самоефективності, якості командної взаємодії та задоволеності працею.

Цільова група: медичні працівники стоматологічної клініки «Villa Louisa» (лікарі-стоматологи та молодший медичний персонал), 16-60 років; оптимальний розмір групи – 8-14 осіб.

Формат проведення: групові заняття у безпечному просторі клініки; поєднання психоедукаційних модулів, когнітивно-поведінкових технік, коротких тілесно-орієнтованих практик відновлення, комунікаційних вправ і взаємопідтримки; обов'язкові мікропрактики між сесіями.

Тривалість програми: 4 тижні (8 занять), частота – 2 рази на тиждень, тривалість кожного заняття – 90 хвилин.

Структура програми

Заняття	Тривалість	Зміст та вправи
<i>Тиждень 1</i>		
Заняття 1. Вступний модуль: «Розуміння стресу та емоційної стійкості»	90 хв	Вступ (10 хв): ознайомлення з метою, завданнями програми, правилами взаємодії (повага, конфіденційність). Формування групового контракту. Вправа «Знайомство через метафору» (20 хв): кожен учасник обирає предмет або образ, який символізує його стан у роботі. Обговорення у колі сприяє створенню довіри. Міні-лекція «Що таке стрес і як він впливає на організм» (25 хв): пояснення механізмів стресу, його фізіологічних і психологічних проявів у діяльності медиків.

		<p>Вправа «Мій ресурс під час стресу» (20 хв): учасники на аркуші записують, що допомагає їм долати напруження (люди, дії, місця). Обговорення в групі.</p> <p>Підсумкове коло (15 хв): рефлексія відчуттів і очікувань від участі у програмі.</p>
<p>Заняття 2. Усвідомлення емоцій і тілесних реакцій</p>	90 хв	<p>Вступ (10 хв): обговорення домашнього спостереження за власними емоційними реакціями.</p> <p>Міні-лекція «Як емоції проявляються у тілі» (20 хв): ведучий пояснює зв'язок між емоціями та тілесними симптомами (напруга, біль, втома).</p> <p>Практика «Тілесна карта напруги» (25 хв): учасники на контурі фігури позначають зони напруги, комфорту й енергії. Обговорення допомагає усвідомити сигнали тіла.</p> <p>Вправа «Дихання квадратом» (20 хв): навчання техніки контрольованого дихання, що складається з чотирьох рівних фаз: вдих, затримка дихання, видих, пауза (по 4 секунди кожна).</p> <p>Підсумкове коло (15 хв): обговорення відчуттів, фіксація позитивних змін.</p>
<i>Тиждень 2</i>		
<p>Заняття 3. Емоційна саморегуляція у професійних ситуаціях</p>	90 хв	<p>Вступ (10 хв): обговорення ситуацій, у яких складно контролювати емоції.</p> <p>Міні-лекція «Саморегуляція як професійна навичка» (20 хв): ведучий пояснює поняття саморегуляції, її механізми та значення для запобігання вигоранню.</p> <p>Вправа «Стоп–реакція» (25 хв): учасники вчаться помічати момент напруги та застосовувати коротку техніку «зупинки» (дихання, усвідомлення, дія).</p> <p>Рольова гра «Конфлікт із пацієнтом» (25 хв): моделювання типових робочих ситуацій, відпрацювання конструктивних відповідей і контролю тону.</p> <p>Підсумкове коло (10 хв): учасники діляться, які стратегії працювали найкраще.</p>
<p>Заняття 4. Відновлення</p>	90 хв.	<p>Вступ (10 хв): коротке опитування «Як я відпочиваю?».</p>

енергетичних ресурсів і баланс робота–життя		<p>Міні-лекція «Профілактика виснаження через мікропаузи» (20 хв): пояснення принципів відновлення через короткі перерви, гігієну сну, відновлювальне харчування.</p> <p>Вправа «Мій енергетичний баланс» (25 хв): учасники створюють графічну шкалу «ресурси – витрати» і визначають, що потребує відновлення.</p> <p>Практика «Прогресивна м'язова релаксація» (25 хв): покрокове розслаблення м'язів, спостереження за тілом.</p> <p>Підсумкове коло (10 хв): рефлексія, формування індивідуального плану відновлення.</p>
<i>Тиждень 3</i>		
Заняття 5. Емпатія та професійне співчуття без вигорання	90 хв.	<p>Вступ (10 хв): обговорення ситуацій, коли співчуття переходить у виснаження.</p> <p>Міні-лекція «Різниця між емпатією і співпереживанням» (20 хв): ведучий пояснює, як зберігати межі, не втрачаючи людяності.</p> <p>Вправа «Межі допомоги» (25 хв): учасники визначають свої «зони відповідальності» у спілкуванні з пацієнтами.</p> <p>Рольова вправа «Складний пацієнт» (25 хв): тренування технік активного слухання, «Я-повідомлень» і вербалізації співчуття без самопожертви.</p> <p>Підсумкове коло (10 хв): коротка рефлексія, обговорення власних емоційних меж.</p>
Заняття 6. Розвиток командної взаємопідтримки	90 хв.	<p>Вступ (10 хв): обговорення важливості колективної підтримки у клініці.</p> <p>Міні-лекція «Комунікація як ресурс» (20 хв): пояснення ролі відкритого діалогу й довіри в профілактиці вигорання.</p> <p>Вправа «Професійне коло підтримки» (25 хв): учасники у парах діляться ситуацією, де їм бракувало допомоги, і обговорюють, як могли б її отримати.</p> <p>Групова вправа «Міст довіри» (25 хв): спільне виконання символічного завдання</p>

		на кооперацію (створення плаката або короткої метафоричної конструкції). Підсумкове коло (10 хв): обмін враженнями, фіксація відчуття згуртованості.
<i>Тиждень 4</i>		
Заняття 7. Формування позитивного мислення і смислових орієнтирів	90 хв.	<p>Вступ (10 хв): обговорення позитивних моментів у роботі за останній тиждень.</p> <p>Міні-лекція «Позитивна рефреймінгова стратегія» (20 хв): ведучий пояснює, як змінювати сприйняття складних подій, щоб зберігати стійкість.</p> <p>Вправа «Три сили дня» (25 хв): учасники отримують аркуші паперу та записують три події або дії останніх днів, які викликали відчуття задоволення, спокою чи гордості. Потім відбувається обговорення в парах: учасники розповідають одне одному про свої «сили дня», а партнер відзначає, що саме в цих ситуаціях було ресурсним.</p> <p>Практика «Дихання вдячності» (25 хв): коротка техніка вдячного усвідомлення через дихання і тілесні відчуття.</p> <p>Підсумкове коло (10 хв): рефлексія внутрішніх змін.</p>
Заняття 8. Завершення програми і самооцінка результатів	90 хв.	<p>Вступ (10 хв): коротке налаштування на підсумкову зустріч.</p> <p>Практика «Моє дерево стійкості» (25 хв): учасникам пропонується створити власне символічне «дерево стійкості». На аркуші паперу учасники малюють дерево, у структурі якого кожна частина має метафоричне значення: коріння (досвід), стовбур (ресурси), крона (цілі).</p> <p>Обговорення у групі (20 хв): учасники діляться відкриттями, що допомогло їм відновити енергію чи змінити підхід до стресу.</p> <p>Міні-рефлексія (20 хв): повторне заповнення коротких опитувальників для відстеження змін.</p> <p>Завершальне коло (15 хв): підсумки, символічне закриття групи, обмін побажаннями та рекомендаціями.</p>