

Міністерство освіти і науки України
Бердянський державний педагогічний університет
Кафедра психології

Допущено до захисту
Завідувач кафедри



“18” листопада 2025 р.

**ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ЕМОЦІЙНОЇ
СТІЙКОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ В УМОВАХ ВІЙНИ**

Кваліфікаційна робота магістра

Виконавець: здобувачка другого рівня
вищої освіти, групи м207П-з
Галузь знань: 05 Соціальні та
поведінкові науки
Спеціальність: 053 Психологія
Освітньо-професійна програма
«Психологія тренінгової роботи»
ШЕПІДА Галина Іванівна

Керівник: к. психол. н., доцент
Ірина ЧЕРЕЗОВА

Рецензент: к. психол. н. Оксана
СТРІЛЬЧУК

Запоріжжя – 2025 рік

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ	10
ВИВЧЕННЯ ЕМОЦІЙНОЇ СТІЙКОСТІ МЕДИЧНОГО	
ПЕРСОНАЛУ В УМОВАХ ВІЙНИ	
1.1. Наукові підходи до визначення та структурування емоційної	10
стійкості особистості.....	
1.2. Професійні виклики та психоемоційні навантаження у діяльності	16
медичних працівників.....	
1.3. Психоемоційні особливості функціонування медичних	21
працівників у період воєнних дій	
1.4. Ресурсні та ризикові чинники формування емоційної стійкості у	26
кризових обставинах	
Висновки до першого розділу.....	30
РОЗДІЛ II. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА РЕЗУЛЬТАТИ	32
ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОЇ СТІЙКОСТІ	
МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ	
2.1. Організація та методи емпіричного дослідження	32
2.2. Аналіз емпіричних даних та узагальнення отриманих	42
результатів.....	
Висновки до другого розділу.....	53
РОЗДІЛ III. ПСИХОЛОГІЧНІ ЗАСОБИ РОЗВИТКУ ТА	55
ПІДТРИМКИ ЕМОЦІЙНОЇ СТІЙКОСТІ МЕДИЧНИХ	
ПРАЦІВНИКІВ У ПЕРІОД ВОЄННОГО ЧАСУ	
3.1. Теоретичні основи та принципи створення корекційно-	55
розвивальної програми формування емоційної стійкості медичних	
працівників у воєнний час	
3.2. Реалізація корекційно-розвивальної програми та оцінка її	61

результативності	
3.3. Практичні рекомендації для підвищення рівня емоційної стійкості медичних працівників у воєнний час.....	70
Висновки до третього розділу.....	73
ВИСНОВКИ	74
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	77
ДОДАТКИ	82

ВСТУП

Актуальність дослідження. Сучасні умови воєнного стану в Україні створюють безпрецедентні виклики для системи охорони здоров'я та діяльності медичних працівників, які щоденно стикаються з надмірними професійними навантаженнями, необхідністю працювати в умовах дефіциту ресурсів, високим ризиком для життя та здоров'я, невизначеністю майбутнього. Зазначені умови значно підвищують рівень стресу, тривожності та емоційного виснаження, що негативно впливає на професійну ефективність, психічне та фізичне здоров'я медичних працівників.

Емоційна стійкість розглядається як ключова психологічна характеристика, що забезпечує здатність медичних працівників адекватно реагувати на кризові ситуації, підтримувати працездатність та зберігати здатність до прийняття рішень навіть в екстремальних умовах. Водночас, попри зростання наукового інтересу до проблеми стресостійкості та емоційного вигорання, питання формування емоційної стійкості медичних працівників в умовах війни досліджене недостатньо. Більшість праць зосереджується на загальних аспектах професійного стресу та вивченні синдрому емоційного вигорання в мирний час, тоді як воєнний контекст проблеми потребує окремого аналізу.

Таким чином, дослідження проблеми формування емоційної стійкості медичних працівників у період воєнного часу є вкрай актуальним, відповідає сучасним потребам суспільства та системи охорони здоров'я, має велике значення для розробки програм психологічної підтримки, створення умов для професійної ефективності й особистісної стабільності медиків у надзвичайних ситуаціях.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Останні десятиліття проблема емоційної стійкості фахівців в системі «людина-людина» розглядається в межах кількох наукових напрямів. Класичні моделі стресу та його подолання, започатковані Г. Сельє [40] й розвинуті Р. Лазарусом і С. Фолкман, сформували підґрунтя для аналізу когнітивної оцінки подій і

копінг-стратегій у виснажливих умовах медичної практики. Д. Маківен через концепт алоstaticного навантаження показав, як хронічні стресори руйнують фізіологічні системи, що критично для персоналу «першої лінії». Теорія збереження ресурсів С. Гобфолла пояснює втрати енергетичних, соціальних та часових ресурсів медиків у війні та важливість превентивного поповнення цих ресурсів. У фокусі позитивної психології, Ф. Тугада та Б. Фредріксон демонструють, як позитивні емоції розширюють репертуар дій і сприяють відновленню після стресу, а Д. Бонанно, Дж. Саусвік і Ч. Чарні підкреслюють динамічний характер резилієнтності та роль гнучких регуляторних стратегій.

Дослідники феномену емоційного вигорання К. Масlach і С. Джексон описали трикомпонентну структуру вигорання (емоційне виснаження, деперсоналізація, редукція професійних досягнень). М. Лайтер, Дж. Грінберг, Ч. Фіглі (концепт «співчуттєвої втоми») та Б. Стамм уточнили відмінності між вигоранням, вторинною травматизацією й задоволенням від допомоги. У контексті саморегуляції значні дані накопичено щодо ефективності когнітивно-поведінкових підходів (Д. Мейхенбаум), майндфулнес-інтервенцій (Дж. Кабат-Зінн, С. Шапіро), тренування емоційної регуляції (Дж. Гросс), групової підтримки та супервізії як чинників зниження симптоматики вигорання.

З початком повномасштабної війни український науковий дискурс інтенсивно розвивається. Так, Н. Марута, Д. Попов та О. Хаустова окреслюють спектр психосоматичних проявів у медичних працівників і необхідність комплексних програм профілактики й реабілітації; С. Романенко, І. Марчук, Р. Жарлінська, І. Лепетан аналізують управлінські рішення для зниження рівня вигорання в закладах охорони здоров'я; Д. Асонов описує моделі та ризики емоційного вигорання; Л. Бегеза акцентує на індивідуально-психологічних предикторах (тривожність, низька соціальна підтримка); Т. Коса піднімає питання поширення синдрому вигорання в окремих професійних групах; О. Кравець, Д. Станін, В. Єхалов показують роль колегіальної підтримки та адаптивних

стратегій у воєнних умовах. У гендерно-чутливому вимірі В. Толмачевська демонструє відмінності психоемоційного напруження залежно від стажу та статі, що важливо для таргетування інтервенцій.

Методичну базу оцінювання емоційної стійкості та пов'язаних станів формують валідовані інструменти: шкали К. Маслач і С. Джексона (MBI) для оцінки вигорання; опитувальники тривоги та депресії (HADS; BDI), шкали ситуативної тривожності Г. Айзенка, методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Цунга; інструменти загальної стресостійкості (CD-RISC Д. Коннора та Дж. Девідсона; шкали психічної витривалості С. Кобаси та резилієнтності У. Унгара). У практиці кризового консультування використовуються протоколи першої психологічної допомоги (PFA), стислий КБТ-тренінг стрес-менеджменту, майндфулнес-програми у форматі коротких модулів, організаційні заходи (перерозподіл змін, мікровідпочинки, чіткі алгоритми комунікації під час масових надходжень постраждалих).

Водночас огляд сучасного стану досліджуваної проблеми висвітлює кілька «проблемних місць». По-перше, брак лонгітюдних досліджень у реальних воєнних умовах (на відміну від даних, отриманих у періоди пандемії COVID-19 або у відносно стабільних системах). По-друге, обмежена кількість рандомізованих оцінок ефективності коротких, ресурсозберігаючих інтервенцій саме для змішаних команд (лікарі, медсестри, парамедики) у шпиталях прифронтових регіонів. По-третє, недостатня інтеграція індивідуальних програм підвищення стійкості працівників системи охорони здоров'я. Ці індикатори підкреслюють необхідність адаптованих до українського контексту програм, що поєднують індивідуальні техніки саморегуляції, групову підтримку і структурні зміни у менеджменті медичних закладів.

Об'єкт дослідження: емоційна стійкість медичних працівників.

Предмет дослідження: психологічні особливості формування емоційної стійкості медичних працівників в умовах війни.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити психологічні особливості формування емоційної стійкості медичних працівників в умовах війни; розробити програму психологічної підтримки медичних працівників в умовах війни.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати наукові джерела й сучасні теоретичні підходи до проблеми емоційної стійкості та професійного стресу.
2. Визначити психологічні особливості впливу воєнних обставин на психоемоційний стан медичних працівників.
3. Провести емпіричне дослідження рівня емоційної стійкості медичних працівників у воєнний час.
4. Розробити та апробувати корекційно-розвивальну програму формування емоційної стійкості медичних працівників у воєнний час.
5. Сформулювати практичні рекомендації щодо підвищення емоційної стійкості медичних працівників під час війни.

Методи дослідження були обрані таким чином, щоб забезпечити комплексне вивчення проблеми емоційної стійкості медичних працівників у період воєнного часу. На *теоретичному рівні* застосовувалися аналіз літератури, що передбачав системне вивчення наукових публікацій, присвячених феномену емоційної стійкості та професійного стресу, а також синтез, який дозволив інтегрувати різні теоретичні підходи й сформувати цілісне бачення досліджуваної проблематики. Узагальнення стало логічним завершенням цього етапу, оскільки воно сприяло виокремленню провідних закономірностей і тенденцій у розвитку сучасних наукових уявлень щодо формування емоційної стійкості.

У практичній частині дослідження було використано низку *емпіричних методів*, зокрема застосовувалися такі *методики*:

1. *Опитувальник емоційного вигорання* (К. Масlach, С. Джексон; адаптація Н. Є. Водоп'янової).
2. *Тест на визначення стресостійкості та толерантності до невизначеності* (Г. Айзенк, модифікація українських психологів).
3. *Шкала резилієнтності CD-RISC* (D. Connor, J. Davidson).
4. *Методика визначення рівня тривожності, депресії та стресу DASS-21* (S. Lovibond, P. Lovibond).

Для поглибленого аналізу результатів дослідження був застосований статистичний інструментарій із використанням програм Excel та SPSS, що забезпечило проведення описової статистики, а також виконання кореляційного і факторного аналізу. Це дозволило узагальнити отримані дані та виявити взаємозв'язки між показниками емоційної стійкості медичних працівників в умовах професійної діяльності.

Емпірична база дослідження: медичні працівники закладу охорони здоров'я – Комунальне підприємство «Софіївська центральна лікарня» Софіївської селищної ради, смт Софіївка Криворізького району Дніпропетровської області. Дослідженням охоплено 42 респонденти (лікарі та медсестри), які працюють у стаціонарах та амбулаторних відділеннях. Вибірка була репрезентована за статтю та віком: 28 жінок і 14 чоловіків, віковий діапазон – від 23 до 57 років.

Теоретичне значення проведеного дослідження полягає у поглибленні наукових уявлень про феномен емоційної стійкості як інтегральної особистісної характеристики, що визначає здатність зберігати психологічну рівновагу в умовах надмірних професійних навантажень. У межах роботи здійснено узагальнення сучасних наукових підходів до розуміння стресостійкості, резилієнтності та копінг-стратегій, що дозволяє конкретизувати структуру емоційної стійкості та визначити її провідні компоненти в діяльності медичних працівників. Дослідження розширює уявлення про специфіку емоційного вигорання в умовах воєнного часу, коли вплив зовнішніх стрес-факторів набуває критичного характеру.

Практичне значення дослідження полягає у можливості застосування його результатів для удосконалення системи психологічної підтримки медичних працівників, які працюють у зоні підвищеного ризику. На основі отриманих даних можуть бути розроблені тренінгові програми, що дозволять підвищувати рівень емоційної стійкості та запобігати проявам професійного вигорання медичних працівників. Важливим аспектом є створення рекомендацій щодо психологічної підтримки медичних працівників, які можуть застосовуватися в повсякденній професійній діяльності. Результати дослідження можуть бути використані у підготовці та перепідготовці медичного персоналу, включені до навчальних програм із кризової психології та психології професійної діяльності, інтегровані в систему профілактичних заходів. Це сприятиме підвищенню ефективності медичної допомоги та збереженню психічного здоров'я медичного персоналу як ключового ресурсу системи охорони здоров'я в умовах війни.

Структура та обсяг роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів з висновками до них, загальних висновків, списку використаних джерел (51 найменувань, з них 3 іноземною мовою) із 5 додатків (на 25 сторінках). Загальний обсяг кваліфікаційної роботи – 108 сторінок, з них основного тексту – 83 сторінки. Робота містить 13 таблиць і 13 рисунків.

РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ЕМОЦІЙНОЇ СТІЙКОСТІ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ В УМОВАХ ВІЙНИ

1.1. Наукові підходи до визначення та структурування емоційної стійкості особистості

Емоційна стійкість є однією з ключових психологічних категорій, що визначає здатність людини зберігати внутрішню рівновагу, не втрачаючи ефективності діяльності в умовах стресу, кризових ситуацій чи тривалого психоемоційного напруження. У психології вона розглядається як інтегральна характеристика особистості, що поєднує здатність контролювати емоційні реакції, мобілізувати ресурси для подолання труднощів і підтримувати оптимальний рівень професійної та соціальної активності.

Вперше наукові підходи до осмислення поняття емоційної стійкості пов'язані з дослідженнями загального адаптаційного синдрому. Г. Сельє [40], аналізуючи реакції організму на дію стресорів, визначив стрес як неспецифічну відповідь організму на будь-який зовнішній виклик. Його концепція заклала підґрунтя для подальшого вивчення того, як людина пристосовується до надмірних навантажень та які психологічні механізми лежать в основі цього процесу. У вітчизняній науці подібні ідеї розвивав О. Костюк [18], який наголошував, що здатність людини адаптуватися до екстремальних умов прямо залежить від індивідуально-психологічних якостей, серед яких емоційна врівноваженість є визначальною.

У другій половині XX століття з'явилися когнітивні концепції, що пояснювали стійкість як результат оцінки подій і вибору адекватних стратегій поведінки. Найбільш відомою є когнітивно-оцінювальна теорія стресу, розроблена Р. Лазарусом і С. Фолкман [22], де підкреслюється, що ключовим чинником є не сама подія, а її інтерпретація людиною. У цьому контексті емоційна стійкість трактується як здатність до когнітивної переоцінки ситуації, яка дозволяє знизити інтенсивність негативних переживань. Ці підходи знайшли відображення у працях українських дослідників, зокрема Л.

Карамушки, яка вивчала професійний стрес педагогів і медиків та визначила емоційну стійкість як умову продуктивної діяльності в умовах високої соціальної відповідальності [13].

Подальший розвиток поняття пов'язаний із появою концепції резилієнтності, яка набуває все більшої актуальності у воєнний час. Резилієнтність, або психологічна стійкість, визначається як здатність швидко відновлюватися після дії стресових факторів і навіть використовувати кризові події як ресурс для розвитку. В українських умовах цю проблематику розробляли С. Максименко та Н. Чепелева, які підкреслювали, що стійкість є результатом взаємодії особистісних характеристик та соціального середовища [26, 27]. Саме тому емоційна стійкість медичних працівників розглядається не лише як індивідуальна риса, а й як динамічна характеристика, що залежить від колегіальної підтримки, організаційних умов та соціально-політичної ситуації.

Важливо зазначити, що в сучасній українській психології поняття емоційної стійкості розглядається у тісному зв'язку з проблемою емоційного вигорання. Так, Д. Асонов довів, що дефіцит механізмів емоційної саморегуляції призводить до хронічного виснаження та деперсоналізації у медичних працівників [1]. Л. Бегеза акцентує увагу на тому, що низький рівень стійкості корелює з високими показниками тривожності, що суттєво знижує професійну продуктивність [3]. У працях Т. Коси емоційна стійкість розглядається як протекторний фактор, який пом'якшує негативний вплив професійного стресу та сприяє збереженню психічного здоров'я [17].

На сучасному етапі дослідження емоційної стійкості інтегрують когнітивні, афективні та поведінкові компоненти. Так, В. Толмачевська [44] показує, що стійкість залежить від поєднання здатності до емоційного контролю, раціонального мислення й ефективних копінг-стратегій. Подібні результати демонструють дослідження О. Кравця, В. Єхалова та Д. Станіна [21], які в умовах війни відзначають важливість соціальної підтримки та групових механізмів адаптації. Таким чином, у сучасній психології емоційна

стійкість визначається як багатовимірне явище, що охоплює внутрішні ресурси особистості та зовнішні фактори середовища.

Можна стверджувати, що поняття емоційної стійкості еволюціонувало від розуміння її як біологічного механізму адаптації до трактування як складної психосоціальної категорії. Для медичних працівників у період воєнного часу ця якість має вирішальне значення, оскільки визначає їхню здатність зберігати професійну ефективність, попереджати розвиток вигорання та підтримувати психічне здоров'я.

Поняття структури емоційної стійкості охоплює сукупність взаємопов'язаних компонентів, що забезпечують здатність особистості регулювати свої емоції, зберігати контроль над поведінкою та ефективно діяти у складних умовах. У сучасній психологічній науці немає єдиної уніфікованої моделі цієї структури, проте більшість дослідників виокремлюють когнітивний, афективний і поведінковий рівні, які в комплексі забезпечують адаптацію та відновлення психічної рівноваги.

Когнітивний компонент визначається особливостями мислення, сприйняття та інтерпретації подій. За І. Головахою [6], саме когнітивна оцінка стресогенної ситуації визначає рівень емоційного реагування, адже здатність особистості раціонально осмислювати обставини знижує інтенсивність негативних переживань. Н. Чепурна [48] наголошує, що когнітивний рівень пов'язаний із розвитком метакогнітивних стратегій, які дозволяють людині усвідомлювати власні емоційні стани та керувати ними. Для медичних працівників у період воєнного часу особливо актуальною є навичка швидкої когнітивної переоцінки ситуацій, що дозволяє зменшити психоемоційний тиск і підвищити ефективність професійних рішень.

Афективний компонент охоплює здатність особистості до контролю емоційних реакцій, а також рівень емоційної врівноваженості. Дослідження Бондар О. [4] показали, що саме емоційний контроль є центральним елементом професійної стійкості спеціалістів «людина-людина», адже він забезпечує стриманість, витримку й адекватність поведінки у критичних обставинах. На

думку С. Харченко [45], у структурі емоційної стійкості афективна сфера виступає буфером, що дозволяє знизити вплив негативних емоцій на когнітивну сферу, запобігаючи дезорганізації мислення та професійних дій. У сфері медицини ця здатність набуває особливого значення, адже медики щодня стикаються з людськими стражданнями, що можуть провокувати емоційне виснаження.

Поведінковий компонент включає систему дій та стратегій подолання стресових ситуацій. За твердженням О. Донченко [11, 12], цей рівень проявляється через формування копінг-стратегій, які дозволяють людині ефективно протидіяти зовнішнім викликам. І. Малкіна-Пих [28] підкреслює, що саме поведінкові механізми є основою формування навичок емоційної саморегуляції, адже вони визначають, як особистість практично реалізує свої внутрішні ресурси. У медичних працівників це може проявлятися у використанні короткочасних релаксаційних технік, оптимізації робочих процесів чи зверненні до колег по підтримку.

Варто зазначити, що у структурі емоційної стійкості важливу роль відіграє мотиваційний компонент. Дослідження Г. Балла [2] доводять, що високий рівень внутрішньої мотивації, орієнтація на професійний і особистісний розвиток підсилюють здатність особистості зберігати емоційну рівновагу. Саме мотиваційна налаштованість дозволяє сприймати професійні труднощі як виклик, а не як загрозу. З погляду М. Савчин [38, 39], мотиваційна сфера виступає системоутворюючим чинником, який поєднує когнітивні, афективні та поведінкові процеси у єдину цілісну структуру.

Окрему увагу вчені приділяють вольовому компоненту. Так, В. Роменець [37] підкреслював, що здатність до вольового контролю є визначальною умовою подолання кризових ситуацій, адже саме воля забезпечує свідоме спрямування поведінки відповідно до поставлених цілей. У медичних працівників цей елемент структури проявляється у вмінні діяти раціонально, навіть у стані високого емоційного напруження.

Таким чином, структура емоційної стійкості є багатовимірною системою, що охоплює когнітивний, афективний, поведінковий, мотиваційний та вольовий компоненти (рис. 1.1). Взаємодія цих елементів забезпечує здатність особистості до збереження психоемоційної рівноваги, підвищує ефективність професійної діяльності та сприяє розвитку резилієнтності. У контексті воєнного стану розуміння структури емоційної стійкості дозволяє більш глибоко усвідомлювати, які саме внутрішні ресурси та механізми мають бути підтримані у медичних працівників для забезпечення їхньої психологічної витривалості.



Рис.1.1. Компоненти емоційної стійкості

Таблиця 1.1.

Структура емоційної стійкості медичних працівників

Компонент емоційної стійкості	Характеристика	Значення для медичних працівників
Когнітивний	Здатність адекватно оцінювати ситуацію та приймати виважені рішення	Сприяє швидкому прийняттю рішень у критичних умовах
Емоційно-регулятивний	Контроль власних емоцій та стресостійкість	Допомагає уникати професійного вигорання
Мотиваційний	Внутрішня мотивація до виконання професійних обов'язків	Забезпечує стійкість до перевантажень та збереження працездатності
Соціально-комунікативний	Здатність до конструктивної взаємодії з колегами та пацієнтами	Покращує командну роботу та довіру пацієнтів
Поведінковий	Прояв гнучкості та адаптивності у діях	Дозволяє швидко реагувати на непередбачувані ситуації

Як видно з таблиці 1.1, емоційна стійкість медичних працівників є багатокомпонентним утворенням, що охоплює когнітивний, емоційно-регулятивний, мотиваційний, соціально-комунікативний та поведінковий рівні. Кожен із них має безпосередній вплив на якість професійної діяльності в умовах воєнного часу. Когнітивний аспект забезпечує раціональність та адекватність у прийнятті рішень, емоційно-регулятивний сприяє зниженню рівня професійного вигорання та тривожності, мотиваційний підсилює внутрішню готовність до виконання складних завдань, соціально-комунікативний формує сприятливий клімат у колективі та довіру пацієнтів, а

поведінковий забезпечує швидку адаптацію до непередбачуваних умов. Сукупність цих компонентів створює підґрунтя для збереження психічного здоров'я, високої працездатності та професійної ефективності медичних фахівців, що є особливо важливим в умовах воєнних викликів.

1.2. Професійні виклики та психоемоційні навантаження у діяльності медичних працівників

Емоційна стійкість розглядається у сучасній психологічній науці як комплексна інтегральна характеристика особистості, що визначає її здатність зберігати внутрішню рівновагу та працездатність у ситуаціях підвищеного стресу, тиску чи кризи. Для медичних працівників ця якість набуває особливого значення, адже щоденна діяльність у воєнних умовах передбачає контакт із травмованими пацієнтами, високий рівень професійної відповідальності та необхідність швидко ухвалювати рішення, від яких залежить життя людини.

Серед основних особистісних чинників емоційної стійкості важливу роль відіграють особливості темпераменту. Дослідження вказують, що представники сангвінічного та флегматичного типів більш схильні до збереження спокою й упорядкованості дій у кризових ситуаціях, тоді як холерики часто демонструють імпульсивність і швидке виснаження психічних ресурсів. Проте сучасна психологія акцентує на тому, що темперамент лише створює певні передумови для формування стійкості, тоді як характер і свідомо вироблені стратегії поведінки відіграють визначальну роль у професійній діяльності лікаря. У працях Л. Карамушки [13б 14] відзначається, що саме інтеграція темпераменту з характерологічними якостями, зокрема самоконтролем, врівноваженістю та стресостійкістю, забезпечує здатність фахівців зберігати ефективність роботи в умовах підвищеної емоційної напруги.

Не менш значущим є рівень самооцінки та внутрішньої мотивації. За даними Н. Тарасової [42], адекватна самооцінка та усвідомлення цінності

власної професійної діяльності сприяють формуванню впевненості у власних силах і знижують ризик розвитку професійного вигорання. Висока мотивація, пов'язана з гуманістичними цінностями та почуттям професійного обов'язку, дозволяє медичним працівникам витримувати надмірні навантаження і продовжувати виконувати свої функції навіть у надзвичайних ситуаціях.

Особливу увагу у психології приділяють розвитку копінг-стратегій, тобто способів подолання стресових обставин. І. Кочубей [19] доводить, що медики з високим рівнем емоційної стійкості схильні використовувати адаптивні копінг-стратегії, зокрема пошук соціальної підтримки, когнітивне переосмислення подій, орієнтацію на вирішення проблеми. Натомість уникнення труднощів або надмірна емоційна реактивність асоціюються з низьким рівнем резилієнтності. Це підтверджують також дослідження В. Москаленко [32], яка зазначає, що розвиток саморегуляції через усвідомлене управління емоціями та поведінкою є ключовим фактором формування психологічної витривалості у професіоналів «групи ризику», до яких відносяться медики в умовах війни.

У теоретичному аспекті вагомими є також положення А. Маслоу про ієрархію потреб. Медичні працівники, чиї базові потреби (безпека, фізичні умови, соціальна підтримка) залишаються незадоволеними, демонструють нижчу здатність до емоційної стабілізації. Навпаки, задоволення вищих потреб – у самореалізації та визнанні – виступає потужним стимулом для подолання стресових ситуацій. Подібні висновки висловлює К. Роджерс, наголошуючи на важливості самоприйняття та гармонійного розвитку «Я-концепції» для досягнення внутрішньої рівноваги [36].

Суттєве значення мають когнітивні установки особистості. Дослідження Д. Леонтьєва [23] показують, що позитивне світосприйняття та наявність життєвих смислів виступають факторами, що пом'якшують вплив стресових факторів. Медики, які усвідомлюють суспільну значущість своєї діяльності, менш схильні до дезадаптивних реакцій. Позитивне мислення та когнітивна

гнучкість допомагають швидко адаптуватися до нових умов і знаходити ефективні рішення.

Резилієнтність, або психологічна стійкість до труднощів, дедалі частіше визначається як центральний чинник емоційної стабільності. У працях О. Кочубей та М. Савчин [19, 38] підкреслюється, що резилієнтність включає оптимізм, гнучкість мислення, здатність до саморефлексії та готовність навчатися на складних ситуаціях. Важливою умовою є розвиток навичок емоційної саморегуляції: використання технік релаксації, усвідомленості (mindfulness), контрольованого дихання, що довели свою ефективність у зниженні рівня тривожності.

Таким чином, особистісні психологічні чинники емоційної стійкості медичних працівників охоплюють широкий спектр характеристик: темперамент, характерологічні особливості, рівень самооцінки, мотиваційні установки, когнітивні схеми, резилієнтність і навички саморегуляції. Їхній розвиток створює основу для ефективного подолання кризових викликів та забезпечення професійної надійності у найскладніших умовах, зокрема в період воєнного стану.

Зарубіжні дані демонструють споріднене явище: у США, під час евакуації населення через конфлікти, ті, хто займалися інтенсивною фізичною активністю понад 3 години на тиждень, мали значно вищі показники резилієнтності й загального благополуччя, а також нижчий рівень тривожності [50]. Таке зіставлення свідчить, що емоційна стійкість є не тільки особистісною якістю, а й результатом фізичної активності, що інтегрується з мотивацією та внутрішньою саморегуляцією.

Емоційна стійкість медичного працівника формується не лише під впливом особистісних характеристик, а й завдяки умовам соціального середовища та професійної діяльності. Саме поєднання зовнішніх і внутрішніх факторів визначає, наскільки лікар або медсестра здатні протистояти стресу та продовжувати ефективно виконувати свої функції в умовах надзвичайної напруги.

Вагомим фактором виступає характер професійного середовища. У сучасних дослідженнях (І. Гуменюк, С. Максименко [9, 27]) наголошується, що колективна підтримка, позитивний мікроклімат у медичній установі, довіра між колегами та конструктивне керівництво істотно знижують рівень психоемоційного виснаження. Навпаки, конфліктність у колективі, дефіцит комунікації та авторитарні методи управління створюють додатковий тиск на працівника, послаблюючи його здатність до емоційної регуляції.

Не менш значущим є рівень професійного навантаження. Праці Т. Титаренко [43] та Л. Найдьонові [33] підтверджують, що надмірна кількість робочих змін, нестача відпочинку, фізичне виснаження та дефіцит ресурсів (ліків, обладнання) стають факторами ризику, що знижують рівень резилієнтності. У таких умовах формуються передумови для синдрому професійного вигорання, який, за визначенням ВООЗ, включає емоційне виснаження, деперсоналізацію та зниження професійних досягнень.

Особливе місце у формуванні емоційної стійкості посідають умови кризового середовища. У працях О. Донченко [11] та Г. Ложкіна [25] підкреслюється, що війна стає системним стресогенним чинником, який одночасно впливає на всі рівні психіки людини: когнітивний, емоційний та поведінковий. Медики, які працюють у зоні бойових дій або в прифронтових регіонах, зазнають подвійного тиску: з одного боку – виконують професійні обов'язки в екстремальних умовах, а з іншого – переживають особисті втрати, загрози життю, невизначеність майбутнього.

Значну роль відіграє соціальна підтримка з боку держави та громади. Дослідження Н. Чепелевої [47] доводять, що наявність системи психологічної допомоги, доступ до консультацій психотерапевтів і супервізій, а також організація групових тренінгів підвищують стійкість медичного персоналу. Водночас відсутність такої підтримки спричиняє підвищення рівня тривожності, почуття ізольованості та емоційного виснаження.

Важливими є й фактори сімейного життя. Праці О. Кікінежді [16] засвідчують, що баланс між професійною діяльністю та особистим життям має

безпосередній вплив на здатність зберігати психологічне здоров'я. Медики, які отримують підтримку від родини та мають стабільне соціальне оточення, краще справляються зі стресом і демонструють вищий рівень емоційної стійкості.

У сучасній науці дедалі більшого значення набуває концепція соціального капіталу (П. Бурдьє, український контекст – О. Гаврилюк [5]), яка пояснює, що залученість до професійних і громадських мереж створює додаткові ресурси для емоційної стабілізації. Соціальні контакти допомагають швидше адаптуватися до змін, отримувати необхідну інформацію та взаємопідтримку.

В умовах воєнного стану особливе значення має фактор «кризової резилієнтності», що визначається здатністю швидко відновлювати психічну рівновагу після екстремальних подій. Дослідження І. Пінчука [35] свідчать, що такі якості, як гнучкість мислення, альтруїзм, готовність брати на себе відповідальність та колективна згуртованість, стають запорукою виживання та ефективної роботи медичних команд.

Загалом, соціально-професійні та кризові чинники можна розглядати як динамічну систему взаємопов'язаних елементів, які або підсилюють, або послаблюють емоційну стійкість медиків. Їхній вплив можна систематизувати у вигляді таблиці (табл. 1.2).

Таблиця 1.2.

Соціально-професійні та кризові чинники формування емоційної стійкості медичних працівників

Група чинників	Приклади проявів	Потенційний вплив на емоційну стійкість
Професійне середовище	Позитивний мікроклімат, підтримка колег, адекватне	Підвищує стабільність, знижує ризик вигорання

Група чинників	Приклади проявів	Потенційний вплив на емоційну стійкість
	керівництво	
Професійне навантаження	Нестача ресурсів, довгі зміни, фізичне виснаження	Знижує стійкість, провокує вигорання
Кризові умови	Війна, загроза життю, особисті втрати	Підвищують рівень стресу та тривожності
Соціальна підтримка	Допомога психотерапевтів, супервізії, державні програми	Підвищує резилієнтність, знижує тривожність
Сімейне середовище	Підтримка близьких, стабільні стосунки	Сприяє збереженню психологічного здоров'я
Соціальний капітал	Участь у професійних та громадських мережах	Забезпечує додаткові ресурси адаптації
Кризова резилієнтність	Гнучкість мислення, альтруїзм, згуртованість	Формує здатність відновлювати рівновагу

Отже, аналіз наукових підходів показав, що особистісні та соціально-професійні чинники виступають ключовими у формування емоційної стійкості медичних працівників в умовах війни.

1.3. Психоемоційні особливості функціонування медичних працівників у період воєнних дій

У сучасних умовах діяльність медичних працівників супроводжується не лише високим рівнем професійної відповідальності, але й колосальним психоемоційним навантаженням. Медики перебувають у ситуації постійного стресу, де поєднуються необхідність приймати швидкі клінічні рішення, ризик втрати власного життя та свідчення масових страждань і втрат. Ці фактори формують особливий спектр психоемоційних станів, що визначають

специфіку їх функціонування в екстремальних обставинах. Психологічна література свідчить, що найчастішими реакціями медичних працівників у зоні воєнного конфлікту є підвищена тривожність, емоційне виснаження, відчуття безпорадності, а також прояви професійного вигорання [15].

Особливої уваги заслуговує феномен вторинної травматизації, коли лікарі та медсестри, працюючи з пораненими чи пацієнтами, які пережили катастрофічні події, самі починають відчувати симптоми посттравматичного стресового розладу. Дослідження українських психологів підтверджують, що повторювані контакти з травмованими людьми формують глибокі емоційні переживання у самих медиків, які з часом можуть переходити у хронічну форму стресового навантаження [10]. При цьому важливим чинником є відсутність можливостей для регулярного відпочинку та психоемоційної розрядки, що суттєво знижує рівень професійної стійкості.

Не менш важливим є вплив соціального середовища. Медичні працівники у воєнний час опиняються в умовах браку ресурсів, що викликає відчуття фрустрації, адже вони змушені працювати без достатніх медикаментів, обладнання та підтримки. Це не лише підсилює емоційне напруження, але й породжує почуття провини за неможливість надати допомогу на належному рівні [30б 31]. Водночас зростає й соціальна відповідальність, адже суспільство покладає на медиків особливу надію, що підсилює тиск на їхню професійну та емоційну сферу.

У наукових працях відзначається, що стійкість до стресу у медиків формується під впливом попереднього досвіду роботи в кризових ситуаціях, рівня професійної підготовки та особистісних якостей (резилієнтність, емпатійність і здатність до саморегуляції) [34]. Однак навіть високий рівень професійної компетентності не гарантує повного захисту від негативних наслідків хронічного стресу. Дослідники наголошують на необхідності систематичного впровадження програм психологічної підтримки та реабілітації медичних працівників, які працюють у зоні бойових дій [7].

Таким чином, психоемоційні особливості функціонування медичних працівників у період війни визначаються поєднанням зовнішніх (воєнна ситуація, обмежені ресурси, соціальний тиск) та внутрішніх (емоційна стійкість, здатність до самоконтролю, рівень професійної підготовки) чинників. Розуміння цих аспектів дозволяє більш глибоко аналізувати проблеми професійної діяльності медиків в умовах воєнного конфлікту та обґрунтовувати шляхи їхньої психологічної підтримки (табл. 1.3).

Таблиця 1.3

**Основні психоемоційні стани медичних працівників у період
воєнних дій**

Психоемоційний стан	Характеристика проявів	Основні чинники виникнення
Підвищена тривожність	Відчуття постійної загрози, неспокою, страху	Небезпека бойових дій, невизначеність майбутнього
Емоційне виснаження	Відчуття втоми, апатії, зниження мотивації	Хронічний стрес, надмірне навантаження
Вторинна травматизація	Симптоми ПТСР, пов'язані з переживанням досвіду пацієнтів	Робота з пораненими та травмованими
Почуття провини	Відчуття безпорадності, незадоволення результатами праці	Брак ресурсів, неможливість надати допомогу
Професійне вигорання	Зниження ефективності, байдужість до роботи	Тривала робота без відпочинку, психологічне перевантаження

Останні дослідження серед українських фахівців з психічного здоров'я виявили, що більша половина опитаних демонструє психологічну

резилієнтність навіть під подвійним тиском воєнного конфлікту та професійного навантаження. Факторами, що особливо корелюють зі стійкістю, є міцні соціальні зв'язки, наявність сенсу життя та оптимістичний світогляд [51]. Зарубіжний досвід демонструє, що медики, які працювали в лікарнях поруч з зонами конфлікту, показували нижчий рівень резилієнтності й вищий рівень тривоги, демонструючи залежність психологічної стійкості від географічної та ситуаційної близькості до бойових дій [49].

Таким чином, практика підтверджує теоретичну тезу: психоемоційне функціонування медиків у воєнний час конфліктне, проте конкретні фактори (соціальна підтримка, відстань від бойової зони, ціннісні орієнтації) визначають рівень їх стійкості.

Психоемоційні реакції медичних працівників у період воєнних дій характеризуються високим рівнем напруги та переживань, які поєднують у собі як професійні виклики, так і особисті втрати. Однією з центральних проблем є синдром емоційного вигорання, що формується внаслідок тривалого перебування в умовах постійної небезпеки, нестачі ресурсів та необхідності ухвалювати життєво важливі рішення в обмежений час. Особливість цього синдрому в умовах війни полягає в тому, що він посилюється додатковим чинником травматичного досвіду, пов'язаного зі свідченням людських втрат, руйнувань і постійної загрози власному життю. Саме тому в наукових джерелах акцентується на тому, що для медиків кризових умов характерне поєднання професійного вигорання з проявами посттравматичного стресового розладу.

Ще однією специфічною особливістю функціонування медичних працівників у воєнний час є так званий «парадокс резилієнтності». З одного боку, частина медиків демонструє високу здатність до адаптації, відзначається мобілізацією внутрішніх ресурсів та готовністю працювати понаднормово заради пацієнтів. З іншого боку, цей стан не завжди є стабільним, оскільки резерви психіки вичерпуються швидше, ніж у мирний час, що призводить до коливань від піднесення до глибокого виснаження. Психологи звертають

увагу на те, що медики часто використовують механізм емоційного відсторонення як спосіб збереження професійної ефективності. Така стратегія дозволяє тимчасово підтримувати працездатність, але водночас створює ризик поглиблення особистісної відчуженості та втрати чутливості до власних потреб.

Соціально-психологічний вимір психоемоційного функціонування медичних працівників у воєнний період включає і проблему взаємин у колективі. Спільне переживання екстремальних умов сприяє формуванню колективної згуртованості, однак одночасно посилює конкуренцію за ресурси та ризик виникнення конфліктів. В умовах дефіциту медикаментів, обладнання та часу будь-яка помилка чи відмова може набувати драматичного значення, що підвищує рівень міжособистісної напруги. Разом із тим, у багатьох випадках колективи медичних працівників стають осередками взаємної підтримки, що забезпечує своєрідний психологічний «буфер» проти зовнішнього стресу.

Варто також зазначити, що психоемоційний стан медиків у воєнний період прямо впливає на якість їхньої професійної діяльності. Виснаження, безсоння, хронічна тривожність і соматичні симптоми (головний біль, серцево-судинні реакції, розлади травлення) знижують концентрацію уваги, уповільнюють швидкість прийняття рішень і збільшують ризик помилок. Це створює замкнене коло: підвищене навантаження погіршує стан, а погіршений стан збільшує ймовірність критичних ситуацій у роботі. Подолати цей ефект можливо лише завдяки цілеспрямованим заходам психологічної підтримки, які мають бути інтегровані у систему медичного забезпечення в умовах воєнного конфлікту (рис.1.2).

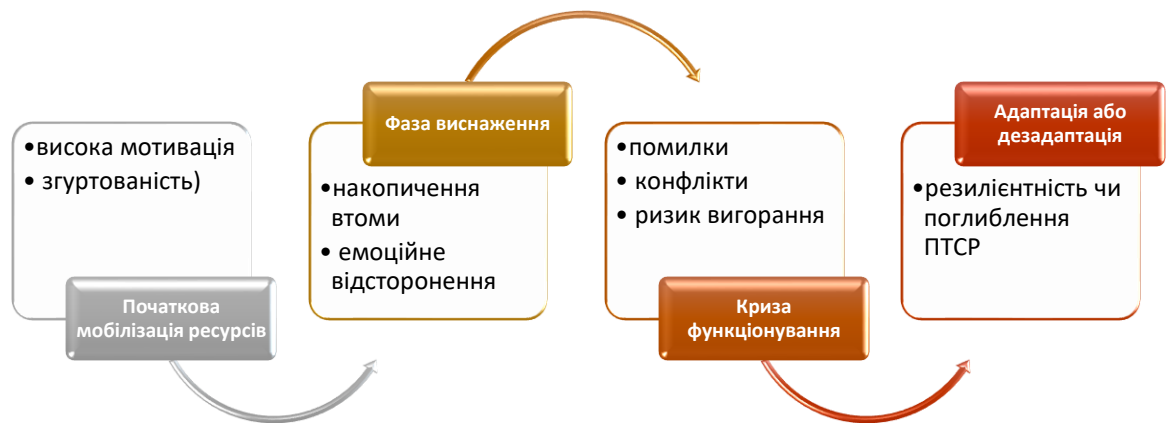


Рис.1.2. Спіраль психоемоційного стану медиків у воєнних умовах

Узагальнення теоретичного аналізу дозволяє стверджувати, що психоемоційний стан медичних працівників у період воєнних дій набуває кризового характеру, оскільки поєднує прояви професійного вигорання з ознаками посттравматичного стресового розладу. В умовах постійної небезпеки та перевантаження відбувається швидке виснаження внутрішніх ресурсів, що призводить до чергування фаз мобілізації та емоційного спустошення. Важливою особливістю є парадокс резилієнтності, який виявляється у здатності до короткочасної адаптації, але з високим ризиком наступної дезадаптації. Взаємодія в колективах водночас виступає джерелом підтримки та фактором конфліктності, залежно від ресурсного забезпечення та умов праці. Загалом психоемоційний стан медиків безпосередньо впливає на якість професійної діяльності, знижуючи концентрацію уваги й підвищуючи ймовірність помилок. Це зумовлює необхідність впровадження системних програм психологічної підтримки та профілактики вигорання, інтегрованих у практику медичного забезпечення в умовах війни.

1.4. Ресурсні та ризикові чинники формування емоційної стійкості у кризових обставинах

У сучасних умовах воєнного часу проблема ресурсних та ризикових чинників емоційної стійкості медичних працівників набуває виняткового значення. Від рівня психологічних ресурсів і здатності протидіяти негативним впливам залежить ефективність виконання професійних завдань, пов'язаних з медичною допомогою у надзвичайних ситуаціях і забезпеченням базової стабільності системи охорони здоров'я. Під ресурсами розуміють ті внутрішні та зовнішні можливості, які дозволяють особистості долати стресові чинники, тоді як ризики формуються під впливом обставин, що виснажують психіку і знижують адаптаційний потенціал.

Серед ключових ресурсних чинників варто виокремити психологічну компетентність, сформованість професійної ідентичності та підтримку соціального оточення. Дані українських науковців свідчать, що наявність високого рівня комунікативних і емоційно-регулятивних умінь дозволяє працівникам медицини протидіяти стресу, підтримувати баланс між робочою й особистою сферами [4]. Важливою передумовою є інтеграція професійних і ціннісних орієнтацій, адже усвідомлення соціальної значущості власної діяльності підвищує відчуття внутрішнього контролю [20].

Ризиковими чинниками стають хронічна втома, інформаційне перевантаження та постійне перебування у зоні підвищеної загрози. Як зазначають дослідження, у період воєнних конфліктів значно зростає небезпека розвитку емоційного вигорання, тривожних і депресивних станів, які знижують якість виконання професійних завдань [24]. Крім того, відсутність належної організаційної підтримки та брак матеріальних і кадрових ресурсів підсилюють психологічний тиск на особистість.

Таким чином, формування емоційної стійкості можливе лише за умови поєднання особистісних ресурсів з інституційними заходами підтримки. До таких належать програми психологічного супроводу, створення умов для відпочинку та професійного розвитку, а також залучення колективної

взаємодопомоги. Важливо, щоб механізм взаємодії ресурсів і ризиків розглядався як динамічна система, здатна до адаптації відповідно до обставин воєнного часу.

Розуміння взаємодії ресурсних і ризикових чинників відкриває перспективи для розробки цілеспрямованих програм підтримки медичних працівників у кризових умовах (рис. 1.3). Одним із провідних механізмів є розвиток копінг-стратегій, що дозволяють адаптивно реагувати на стресові подразники. Науковці підкреслюють, що активне використання проблемно-орієнтованих стратегій та когнітивної переоцінки ситуації пов'язане з нижчим рівнем емоційного виснаження [30]. Водночас уникання чи ігнорування проблеми здебільшого підсилює ризик психологічної дезадаптації.

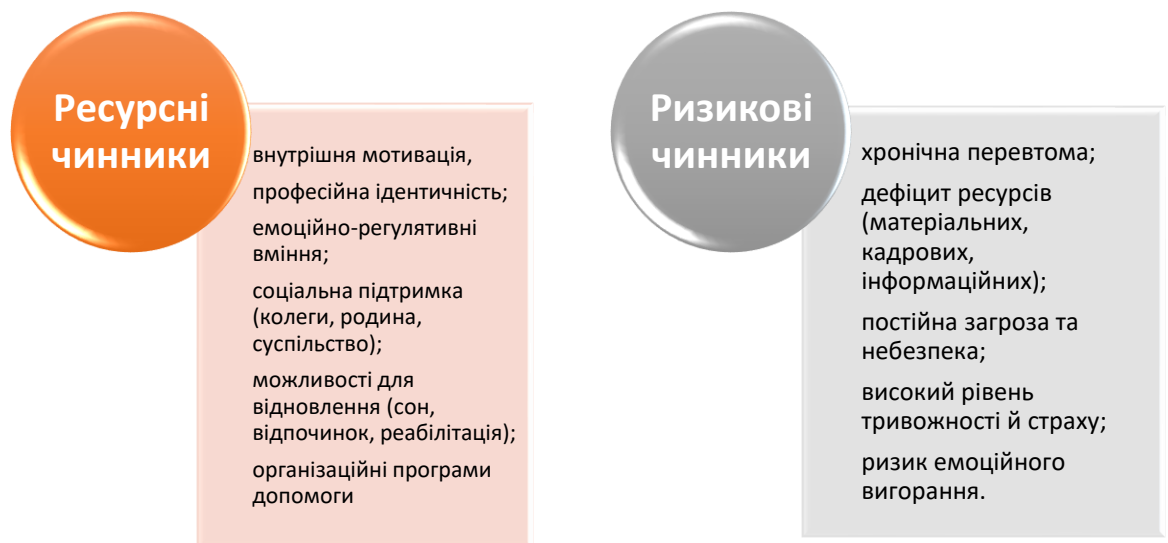


Рис. 1.3. Ресурсні та ризикові чинники емоційної стійкості медичних працівників

Значну роль відіграє також наявність психоемоційної грамотності – здатності розпізнавати власні емоційні стани й управляти ними. Цей компонент дозволяє попереджати накопичення внутрішньої напруги та своєчасно застосовувати відновлювальні практики. Додатковим ресурсом стає підтримка професійної спільноти, яка створює умови для колективного обміну

досвідом і взаємної допомоги [41]. Саме колективні форми підтримки у воєнний час компенсують дефіцит індивідуальних ресурсів, що особливо важливо для медиків, які працюють у зоні підвищеного ризику.

Серед інноваційних підходів до формування емоційної стійкості у кризових обставинах виділяють практики майндфулнес, тренінги стрес-менеджменту та програми психоосвіти. Їх ефективність полягає у поєднанні короткочасного зниження напруги з довготривалим підвищенням адаптивного потенціалу особистості. Водночас важливим завданням державних і громадських інституцій є створення системи багаторівневої підтримки, що включає психологічний супровід, супервізію, кризове консультування та реабілітаційні заходи [8].

Узагальнюючи, можна стверджувати, що ресурсні та ризикові чинники формують складний баланс, який визначає рівень емоційної стійкості медичних працівників. Якщо ризики перевищують ресурси, особистість стає вразливою до професійного вигорання, тривожних станів та порушень психічного здоров'я. Натомість мобілізація внутрішніх і зовнішніх ресурсів, доповнена підтримкою на рівні інституцій, створює умови для відновлення й гармонізації психоемоційного стану у кризових обставинах воєнного часу.

Висновки до першого розділу

Проведений аналіз наукової літератури та сучасних досліджень дав змогу з'ясувати, що феномен емоційної стійкості посідає ключове місце у збереженні психічного здоров'я та професійної ефективності особистості в умовах кризових обставин. Вивчення змісту цього поняття показало його багаторівневий характер: емоційна стійкість розглядається як інтегративна властивість, що поєднує когнітивні, мотиваційні та поведінкові компоненти, дозволяючи людині підтримувати адаптивність навіть у ситуаціях підвищеної загрози. Особливо актуальним це є для сучасного українського суспільства, де війна зумовила потребу в розкритті механізмів індивідуальної та колективної витривалості.

Аналіз особистісних чинників дав підстави стверджувати, що основу емоційної стійкості становлять індивідуальні характеристики: високий рівень саморегуляції, здатність до позитивної когнітивної переоцінки, мотивація до подолання труднощів та сформована система цінностей. Українські дослідження, проведені серед студентської молоді, підтвердили, що саме ці фактори істотно визначають здатність до збереження психологічної рівноваги в умовах воєнного стану. Зарубіжна практика демонструє подібні тенденції: люди з розвиненими навичками контролю емоцій та активним залученням у соціальні взаємодії краще долають наслідки стресу. Таким чином, резиліентність не зводиться до природженої якості, а є динамічним результатом особистісного розвитку.

Вивчення психоемоційних особливостей медичних працівників у період воєнних дій показало, що ця професійна група перебуває у зоні підвищеного ризику емоційного виснаження. Поряд із високим рівнем професійної відповідальності, вони стикаються із додатковим тягарем – необхідністю працювати у середовищі постійної небезпеки, браку ресурсів і гострого дефіциту часу. Водночас емпіричні дослідження виявили наявність вираженої резиліентності у частини медиків, що зумовлюється такими факторами, як професійна солідарність, наявність підтримки від колег та

родини, а також відчуття соціальної значущості виконуваної місії. Міжнародні дані свідчать, що чим ближче медичні заклади розташовані до зони активних бойових дій, тим вищим є рівень тривожності й нижчою – психологічна стійкість лікарів та середнього персоналу. Це дозволяє стверджувати, що специфіка психоемоційного функціонування медичних працівників у воєнних умовах має багатофакторний характер і залежить від поєднання особистісних, соціальних і професійних чинників.

Аналіз ресурсних і ризикових факторів формування емоційної стійкості засвідчив, що у кризових умовах саме баланс між цими двома групами визначає поведінку та психоемоційний стан особистості. До ресурсних чинників віднесено соціальну підтримку, довіру до колективу, наявність ціннісних орієнтацій та усвідомлення сенсу діяльності. Водночас ризиковими виступають хронічна втома, інформаційне перевантаження, брак соціальної підтримки та невизначеність майбутнього. Інфографічне представлення цих факторів дозволило окреслити взаємозв'язки між ними та показати, що саме комплексне поєднання ресурсів забезпечує формування психологічної стійкості, тоді як переважання ризиків призводить до розвитку професійного вигорання і зниження адаптивних можливостей.

Таким чином, емоційна стійкість є багатовимірним феноменом, який поєднує особистісні якості, соціальні взаємозв'язки та професійну специфіку. В умовах воєнного стану особливого значення набуває вивчення цього явища серед медичних працівників, адже їхня психоемоційна стабільність безпосередньо впливає як на власне здоров'я, так і на якість допомоги пацієнтам. Виявлення ресурсних і ризикових факторів формування резилієнтності закладає теоретичне підґрунтя для розробки подальших корекційно-розвивальних програм, спрямованих на збереження психічного благополуччя та підвищення стресостійкості у кризових умовах.

РОЗДІЛ II. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОЇ СТІЙКОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

2.1. Організація та методи емпіричного дослідження

Організація експериментального дослідження з проблеми формування емоційної стійкості медичних працівників у період воєнного стану здійснювалася в умовах значної психоемоційної напруги та професійного перевантаження. Це зумовило необхідність адаптації термінів та етапів реалізації роботи, а також корекцію змісту окремих процедур. Під час дослідження враховувалися як специфічні соціально-політичні виклики, так і особливості професійної діяльності медичних працівників, які опинилися у стресогенних ситуаціях, пов'язаних із наданням допомоги пораненим, тривалою роботою у стані емоційної напруги та браком ресурсів.

Зібрані дані опрацьовувалися за допомогою програмного забезпечення Excel та SPSS, що дозволило здійснити кількісний і якісний аналіз результатів.

На основі теоретичного вивчення проблеми була розроблена програма експериментальної роботи, яка включала:

- діагностику рівня емоційної стійкості та супутніх психоемоційних характеристик медичних працівників;
- впровадження корекційно-розвивальної програми, спрямованої на формування навичок саморегуляції, стрес-менеджменту та підвищення стійкості до емоційних перевантажень;
- аналіз ефективності реалізованих заходів.

Методичний апарат був сформований таким чином, щоб забезпечити комплексне вивчення факторів, які визначають психологічний стан медичних працівників, їх здатність до збереження професійної ефективності.

Для збору емпіричних даних використані психодіагностичні методики, кожна з яких дозволяла охопити різні аспекти психоемоційного стану медичних працівників та виявити чинники, що впливають на формування їх

емоційної стійкості. Такий підхід забезпечив комплексність аналізу та можливість інтеграції результатів у єдину систему висновків.

Однією з ключових стала *методика діагностики емоційного вигорання* (С. Maslach, S. Jackson; адаптація Н. Є. Водоп'янової). Вона спрямована на виявлення трьох основних компонентів синдрому вигорання: емоційного виснаження, деперсоналізації та редукції професійних досягнень. Емоційне виснаження виявляється у відчутті спустошеності та втоми, що наростає внаслідок щоденних професійних навантажень. Деперсоналізація відображає негативне або відсторонене ставлення до пацієнтів і колег, яке часто є наслідком захисної реакції психіки на надмірний стрес. Редукція професійних досягнень, своєю чергою, свідчить про зниження відчуття власної компетентності та результативності в роботі.

Застосування цього інструменту в контексті воєнних дій в Україні є надзвичайно актуальним, адже медичні працівники працюють у середовищі постійної загрози життю, стикаються з величезним напливом поранених, тривалим робочим часом та відсутністю можливості для повноцінного відновлення. У таких умовах вигорання розвивається набагато швидше, ніж у звичайних клінічних практиках мирного часу. Дослідження дозволяє не лише зафіксувати рівень вигорання, а й визначити, який саме його компонент домінує, що має важливе значення для вибору стратегій психологічної підтримки. Наприклад, у випадку вираженого емоційного виснаження першочерговим завданням стає організація відпочинку та психологічної розрядки, тоді як при зростанні деперсоналізації необхідно працювати над відновленням емпатії та позитивного професійного ставлення до пацієнтів.

У міжнародних дослідженнях синдром вигорання вважається одним із найбільш поширених професійних ризиків у сфері охорони здоров'я. За даними ВООЗ, понад 40 % лікарів у світі демонструють високі показники емоційного виснаження, а в умовах кризових ситуацій цей відсоток зростає вдвічі. У працях українських психологів також наголошується, що медики, які працюють у прифронтових зонах або з пораненими військовими, значно

частіше повідомляють про симптоми професійного вигорання, ніж їхні колеги в більш безпечних регіонах. Це підтверджує доцільність використання методики С. Maslach у нашому дослідженні, адже вона дозволяє чітко окреслити масштаби проблеми та надати емпіричні докази її загострення у воєнний час.

Крім того, важливо відзначити, що застосування цього опитувальника має й превентивний потенціал. Виявлення ознак вигорання на ранніх стадіях дозволяє розробити індивідуальні та групові програми психологічної підтримки, спрямовані на запобігання розвитку тяжких форм професійної дезадаптації. Для медичних працівників, які несуть відповідальність не лише за власне життя, а й за життя пацієнтів, це є критично важливим.

Варто звернути увагу й на те, що методика Maslach Burnout Inventory (MBI) має високу валідність і надійність, підтверджену численними дослідженнями в різних країнах. Адаптація Н. Є. Водоп'янової дозволила інтегрувати цей інструмент у вітчизняну практику та врахувати культурні й мовні особливості українських респондентів. Це забезпечує адекватність отриманих результатів і їх відповідність сучасним науковим стандартам.

Таким чином, включення методики діагностики емоційного вигорання до інструментарію дослідження створює можливість багатовимірної аналізу психоемоційного стану медичних працівників, які працюють у надзвичайних умовах воєнного часу. Вона не лише окреслює загальну картину рівня вигорання, а й дозволяє прогнозувати його наслідки для професійної ефективності та здоров'я респондентів, що робить її надзвичайно цінною як з наукової, так і з практичної точки зору.

Наступною складовою емпіричного інструментарію стала модифікована українськими психологами *методика Г. Айзенка* для вивчення стресостійкості та толерантності до невизначеності. Її використання дозволило з'ясувати індивідуальні відмінності у сприйнятті та подоланні стресових ситуацій, а також визначити рівень здатності медичних працівників приймати виважені рішення в умовах інформаційного дефіциту та високої відповідальності. Цей

інструмент виявився особливо релевантним, оскільки діяльність лікарів і медсестер у період воєнних дій супроводжується постійним впливом непередбачуваних факторів: масовими надходженнями поранених, браком ресурсів, швидкою зміною обставин та обмеженим часом для прийняття життєво важливих рішень.

У класичній версії методика Айзенка була спрямована на оцінку темпераментних характеристик, таких як екстраверсія, інтроверсія, нейротизм і психотизм, що безпосередньо корелюють із механізмами подолання стресу. Українські дослідники адаптували її для ширшого контексту, зосередившись на вимірюванні стресостійкості та толерантності до невизначеності. Стресостійкість визначається як здатність людини ефективно функціонувати в умовах тиску, зберігаючи продуктивність і психологічну рівновагу. Толерантність до невизначеності, своєю чергою, відображає готовність особистості працювати в ситуаціях, де інформації бракує або вона суперечлива, що часто стає визначальним чинником у діяльності медиків під час надзвичайних подій.

Результати застосування цієї методики дали змогу диференціювати медичних працівників за рівнем адаптивності. Так, високий рівень стресостійкості виявляється у здатності швидко мобілізувати ресурси, зберігати концентрацію уваги та ухвалювати обґрунтовані рішення навіть у критичних умовах. Низький рівень, навпаки, супроводжується схильністю до паніки, зниженням когнітивної гнучкості та підвищеною ймовірністю професійних помилок. Аналіз толерантності до невизначеності показав, що саме цей фактор часто стає визначальним для ефективності роботи у воєнних медичних умовах. Медики з високою толерантністю демонстрували здатність залишатися спокійними та діяти конструктивно навіть тоді, коли ситуація не мала однозначного рішення або вимагала швидкої імпровізації.

У дослідженнях неодноразово підкреслювалося, що стресостійкість медичних працівників є не лише індивідуальною характеристикою, але й результатом професійного досвіду, організаційної підтримки та командної

взаємодії. Зокрема, було встановлено, що лікарі з багаторічним стажем у кризових зонах проявляють більш високий рівень толерантності до невизначеності, ніж молодші спеціалісти. Водночас молоді працівники виявляли більшу гнучкість і здатність швидко адаптуватися до нових протоколів. Таким чином, результати методики Айзенка дозволяють не лише оцінити індивідуальний рівень стресостійкості, але й виявити вікові та професійні відмінності в реагуванні на кризові обставини.

В умовах війни особливого значення набуває також питання зв'язку між стресостійкістю та професійним вигоранням. Отримані результати показали, що низька толерантність до невизначеності корелює з вищими показниками емоційного виснаження та депресивних симптомів. Це означає, що медики, які важко переносять ситуації непередбачуваності, швидше накопичують негативний емоційний досвід і частіше стикаються з ризиком психологічних зривів. Водночас ті, хто продемонстрував високий рівень стресостійкості, повідомляли про більшу задоволеність своєю професійною діяльністю навіть у надзвичайно складних умовах.

Важливо, що методика Айзенка була адаптована українськими психологами з урахуванням культурних та мовних особливостей, що забезпечило валідність отриманих результатів для вітчизняної вибірки. Вона стала ефективним інструментом для практичного застосування в умовах воєнного стану, дозволяючи не лише описати поточний стан психоемоційної стабільності медиків, але й сформулювати рекомендації для програм психологічної підтримки. Наприклад, результати тестування можуть стати основою для розробки цільових тренінгів із розвитку стресостійкості та підвищення толерантності до невизначеності, що особливо актуально для працівників, які виконують обов'язки у прифронтових лікарнях.

Таким чином, застосування модифікованої методики Г. Айзенка в межах дослідження забезпечило цінну інформацію про психоемоційний ресурс медичних працівників у кризових умовах. Вона дозволила з'ясувати, наскільки ефективно медики здатні справлятися з навантаженнями,

властивими воєнному часу, і які фактори підвищують ризик розвитку дезадаптивних станів. Отримані дані не лише розширили наукове розуміння проблеми, але й мають безпосереднє прикладне значення для організації системи підтримки та профілактики професійного вигорання в медичному середовищі.

З метою вимірювання здатності до відновлення та подолання наслідків стресових ситуацій у дослідженні була застосована *шкала резилієнтності CD-RISC (D. Connor, J. Davidson)*. Вона вважається одним із найавторитетніших інструментів для кількісної оцінки психологічної стійкості та ресурсності особистості, що має принципове значення для прогнозування професійної стабільності у кризових умовах. Для медичних працівників, які перебувають у середовищі підвищеного ризику, саме рівень резилієнтності визначає здатність продовжувати виконувати свої обов'язки без суттєвих втрат для психічного здоров'я.

Шкала CD-RISC побудована на ідеї, що резилієнтність не є вродженою властивістю, а формується протягом життя під впливом соціальних, професійних і особистісних чинників. Вона включає низку тверджень, що стосуються таких характеристик, як психологічна гнучкість, уміння контролювати емоції, схильність до пошуку нових рішень, підтримка міжособистісних контактів, наявність ціннісних орієнтацій та духовних ресурсів. У класичній версії опитувальник містить 25 пунктів, кожен з яких оцінюється за п'ятибальною шкалою, однак існують також короткі адаптації (10 та 2 пункти), що зберігають високу діагностичну цінність.

У практичному вимірі використання CD-RISC дозволило визначити, наскільки ефективно медичні працівники спроможні протистояти емоційному виснаженню, професійним кризам та впливу хронічного стресу. Наприклад, учасники з високими показниками за шкалою виявляли здатність швидко відновлювати внутрішні ресурси після критичних змін обстановки, підтримувати мотивацію до професійної діяльності навіть у надзвичайних умовах та зберігати конструктивний стиль комунікації з колегами й

пацієнтами. Натомість низькі показники свідчили про схильність до дезорганізації, труднощі в адаптації до нових протоколів і більший ризик розвитку посттравматичних симптомів.

У вітчизняному та зарубіжному науковому просторі неодноразово підкреслювалося, що резилієнтність є ключовим чинником довготривалої професійної ефективності у кризових галузях. Так, у дослідженнях американських військових лікарів під час бойових дій в Іраку та Афганістані було встановлено, що високий рівень резилієнтності знижує ймовірність розвитку ПТСР і сприяє більшій стійкості до емоційного вигорання. Подібні результати отримано і в українських вибірках: медики, які мали вищі показники за CD-RISC, рідше повідомляли про симптоми депресії та частіше демонстрували готовність брати на себе додаткову відповідальність у критичних ситуаціях.

Важливим аспектом є й те, що резилієнтність можна цілеспрямовано розвивати. CD-RISC, крім діагностичної функції, дає підґрунтя для створення програм психологічної підтримки, орієнтованих на формування вмінь саморегуляції, розвитку позитивного мислення, зміцнення соціальних зв'язків і професійної ідентичності. Отримані результати тестування можуть бути використані як відправна точка для індивідуальних або групових інтервенцій, спрямованих на підвищення стійкості до стресу у медичних колективах. Наприклад, практики когнітивно-поведінкової терапії, групи підтримки чи тренінги з розвитку навичок релаксації довели свою ефективність у підвищенні рівня резилієнтності за показниками CD-RISC.

У контексті воєнного стану застосування цієї методики виявилось особливо релевантним. Українські медики часто опиняються в умовах, коли доводиться одночасно боротися з професійним вигоранням, втратами серед колег та особистими трагедіями. CD-RISC допоміг кількісно зафіксувати, що навіть у таких критичних обставинах значна частина працівників демонструє високу психологічну гнучкість і готовність до продовження роботи. Це стало

доказом того, що резилієнтність є не лише захисним механізмом, а й важливим ресурсом для підтримання функціонування системи охорони здоров'я загалом.

Таким чином, використання шкали резилієнтності CD-RISC дозволило отримати цінну інформацію про індивідуальні та професійні ресурси медичних працівників у кризових умовах війни. Вона не лише забезпечила кількісну оцінку рівня психологічної гнучкості, але й дала змогу виявити потенційні групи ризику, для яких необхідні спеціалізовані заходи підтримки. Отримані результати мають прикладне значення, оскільки можуть слугувати основою для розробки програм профілактики емоційного виснаження, відновлення психічних ресурсів і підвищення стійкості медичних працівників до довготривалих навантажень у надзвичайних умовах.

Для оцінки комплексних негативних психоемоційних станів у дослідженні була використана *методика DASS-21 (S. Lovibond, P. Lovibond)*, яка спрямована на вимірювання рівня депресії, тривожності та стресу. Цей інструмент є скороченою версією більш об'ємної шкали DASS-42, однак зберігає її діагностичну цінність і має високу валідність та надійність у різних культурних контекстах. Його застосування у вибірці медичних працівників дозволило не лише виявити наявність окремих симптомів, але й визначити їхню взаємодію та кумулятивний ефект, що особливо важливо в умовах тривалого перебування у стані емоційної та фізичної напруги, спричиненої воєнними діями.

Методика складається з 21 твердження, які згруповані у три підшкали: депресія, тривожність та стрес. Депресивний компонент охоплює відчуття безнадії, зниження енергії, втрату інтересу до професійної діяльності та життя загалом. Показники тривожності відображають фізіологічні симптоми (серцебиття, тремор, напруження), а також емоційні стани, пов'язані з очікуванням небезпеки чи відчуттям невизначеності. Шкала стресу включає прояви надмірної дратівливості, внутрішнього напруження, зниження здатності до релаксації та концентрації. Сукупне використання цих підшкал

дозволяє побачити не лише окремі аспекти психоемоційного неблагополуччя, але й їхню взаємодію, яка часто формує синдром виснаження.

Використання DASS-21 у контексті воєнних дій в Україні є надзвичайно доцільним. Медичні працівники, які працюють у прифронтових зонах або лікарнях з великою кількістю поранених, стикаються з подвійним тягарем – професійним та особистим. З одного боку, вони змушені швидко ухвалювати критично важливі рішення, часто за умов браку ресурсів, а з іншого – відчують постійний страх за власну безпеку та безпеку своїх близьких. DASS-21 дозволяє оцінити, як ці фактори відображаються на рівні психоемоційної стабільності та чи формується у працівників тенденція до вигорання або посттравматичних симптомів.

Результати застосування методики продемонстрували, що значна частина медиків перебуває в зоні підвищеного ризику щодо розвитку депресивних і тривожних розладів. При цьому було зафіксовано високий рівень взаємозалежності між стресом і тривожністю: ті працівники, які повідомляли про сильний стрес, частіше демонстрували симптоми панічних атак, нічних порушень сну та соматизації. Водночас високі показники депресії були пов'язані з втратою мотивації до професійної діяльності, зниженням концентрації та емоційним відчуженням від пацієнтів.

Аналогічні результати підтверджуються й у зарубіжних дослідженнях. Так, під час пандемії COVID-19 у Китаї, Іспанії та США використання DASS-21 серед медичних працівників показало високі рівні тривожності та стресу, що безпосередньо впливали на якість їхньої роботи та ризик професійного вигорання. У роботах австралійських психологів зазначено, що цей інструмент є одним із найчутливіших для виявлення ранніх симптомів емоційного виснаження, що робить його універсальним у кризових ситуаціях. Український контекст воєнного часу підтвердив ці висновки: DASS-21 виявився ефективним для виявлення тих медиків, які вже потребують цільової психологічної допомоги та підтримки.

Важливо, що методика дозволяє не лише виявити проблемні стани, але й відстежувати динаміку змін у психоемоційному самопочутті. Це відкриває перспективи для її використання у довготривалих моніторингових програмах, коли необхідно оцінювати ефективність психокорекційних заходів або програм психологічної підтримки. Наприклад, за допомогою DASS-21 можна оцінити, наскільки зменшився рівень стресу чи тривожності після участі медичних працівників у групових заняттях із релаксації, програмах психологічної підтримки чи тренінгах із саморегуляції.

Крім того, результати, отримані завдяки використанню цієї методики, можуть стати основою для розробки профілактичних програм у медичних закладах. Виявлення груп ризику за показниками депресії, тривожності та стресу дозволяє адміністраціям лікарень впроваджувати цілеспрямовані заходи – від створення умов для короткочасного відпочинку й психологічного розвантаження до організації індивідуальних консультацій з психотерапевтами.

Таким чином, застосування DASS-21 у даному дослідженні дозволило комплексно оцінити психоемоційний стан медичних працівників у кризових умовах воєнного часу. Ця методика виявилася особливо корисною завдяки своїй здатності одночасно охоплювати три ключові компоненти негативного емоційного досвіду – депресію, тривожність та стрес, а також простежувати їхню взаємозалежність. Отримані результати не лише поглибили наукове розуміння проблеми, але й надали практичну базу для створення ефективних програм психологічної підтримки та профілактики професійного вигорання у медичному середовищі.

Програма дослідження реалізовувалася в *три етапи*.

На першому етапі - *констатувальному* - здійснювалася діагностика емоційного стану медичних працівників за допомогою комплексу методик.

Другий етап - *формувальний* - полягав у поглибленому аналізі факторів стресостійкості та резилієнтності, а також в оцінці впливу ризикових і ресурсних чинників, виявлених в результаті впровадження корекційно-

розвивальної програми формування емоційної стійкості медичних працівників у воєнний час.

Третій етап - *аналітичний* - передбачав узагальнення отриманих даних і статистичну обробку результатів за допомогою програми MS Excel та методів описової статистики.

Таким чином, поєднання стандартизованих психодіагностичних інструментів забезпечило комплексність підходу до вивчення емоційної стійкості медичних працівників у період воєнного стану та створило основу для подальшого аналізу динаміки їх психоемоційного стану.

2.2. Аналіз емпіричних даних та узагальнення отриманих результатів

Для оцінки рівня професійного виснаження серед медичних працівників у воєнних умовах було використано *опитувальник емоційного вигорання - MBI* (К. Маслач, С. Джексон; адаптація Н. Є. Водоп'янової) (Додаток А). Методика вимірює три ключові компоненти синдрому емоційного вигорання: емоційне виснаження, деперсоналізацію та редукцію професійних досягнень.

Наведемо результати за методикою в таблиці 2.1, де подано розподіл учасників за рівнями вираженості кожної шкали.

Таблиця 2.1

Результати констатувального експерименту за методикою MBI з урахуванням воєнного стану в Україні (n = 42)

Показник	Рівень	Кількість осіб	Відсоток
Емоційне вигорання	Високий	14	33,3%
	Середній	21	50,0%
	Низький	7	16,7%

Для візуалізації результатів на рис. 2.1 подано графічне відображення, що демонструє рівні емоційного вигорання.

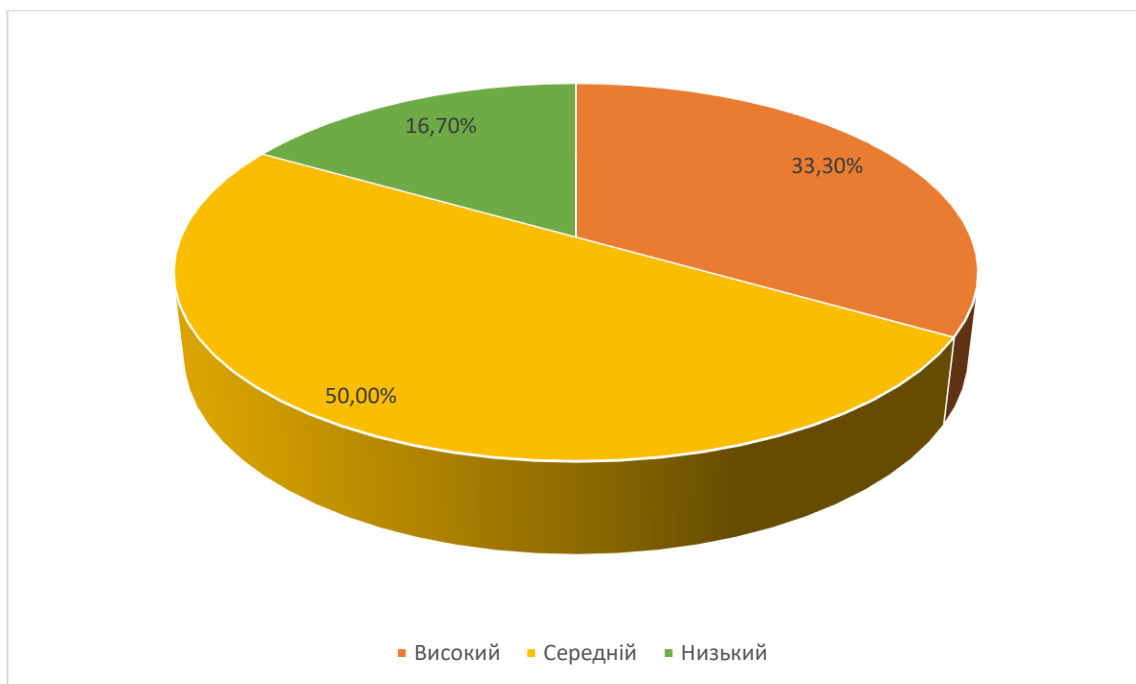


Рис. 2.1. Рівні емоційного вигорання серед медичних працівників за методикою MBI (n = 42)

Аналіз результатів констатувального експерименту за методикою MBI показав, що значна частина медичних працівників перебуває у стані помірного або високого рівня емоційного вигорання, що є закономірним у контексті тривалого воєнного навантаження. Зафіксовано, що 14 осіб (33,3%) продемонстрували високий рівень вигорання, що свідчить про виражену емоційну виснаженість, зниження емпатії та відчуття професійної неефективності. Переважна частка респондентів – 21 особа (50,0%) – має середній рівень, який характеризується частковими проявами професійної втоми, періодичним зниженням мотивації та емоційного залучення у роботу. Лише 7 учасників (16,7%) демонструють низький рівень вигорання, що може бути наслідком сформованих стратегій саморегуляції, адекватної соціальної підтримки та особистісної стресостійкості.

Отримані результати підтверджують, що професійна діяльність медичних працівників у воєнний час є екстремальним чинником психоемоційного виснаження. Постійний контакт із пораненими, обмежені ресурси, порушення режиму відпочинку та інформаційне перевантаження

сприяють формуванню синдрому емоційного вигорання. З огляду на це, високий і середній рівень вигорання у більшості вибірки вказує на необхідність системної психологічної підтримки персоналу та запровадження програм профілактики професійного виснаження.

В умовах війни синдром емоційного вигорання посилюється через кумуляцію стресових подій: постійна робота у режимі невизначеності, моральне перевантаження (необхідність приймати рішення щодо порятунку життя у надскладних ситуаціях), дефіцит ресурсів та особиста загроза безпеці. Тому результати свідчать про необхідність системної психологічної підтримки персоналу, впровадження програм профілактики вигорання та ротаційної організації праці з «вікнами відновлення».

Емпіричне вивчення здатності медичних працівників протидіяти інтенсивному стресу та ефективно діяти за браку або суперечливості інформації здійснено з використанням модифікованої *методики Г. Айзенка* (Додаток Б). Інструмент дозволяє кількісно оцінити два взаємопов'язані показники – стресостійкість і толерантність до невизначеності, що є важливими для роботи лікарів і медсестер у воєнних умовах (масовий прийом поранених, дефіцит ресурсів, швидка зміна обставин, обмежений час на ухвалення рішень). Наведемо результати у таблиці 2.2, де подано розподіл респондентів за рівнями вираженості кожного показника.

Таблиця 2.2

Рівні стресостійкості та толерантності до невизначеності медичних працівників констатувального етапу за методикою Г. Айзенка з урахуванням воєнного стану в Україні (n = 42)

Рівень	Кількість осіб	Відсоток
Низький	16	38,1%
Середній	19	45,2%
Високий	7	16,7%

Для візуалізації відмінностей показників на рис. 2.2 подано стовпчикову діаграму, що відображає частки респондентів із високим, середнім і низьким рівнями.

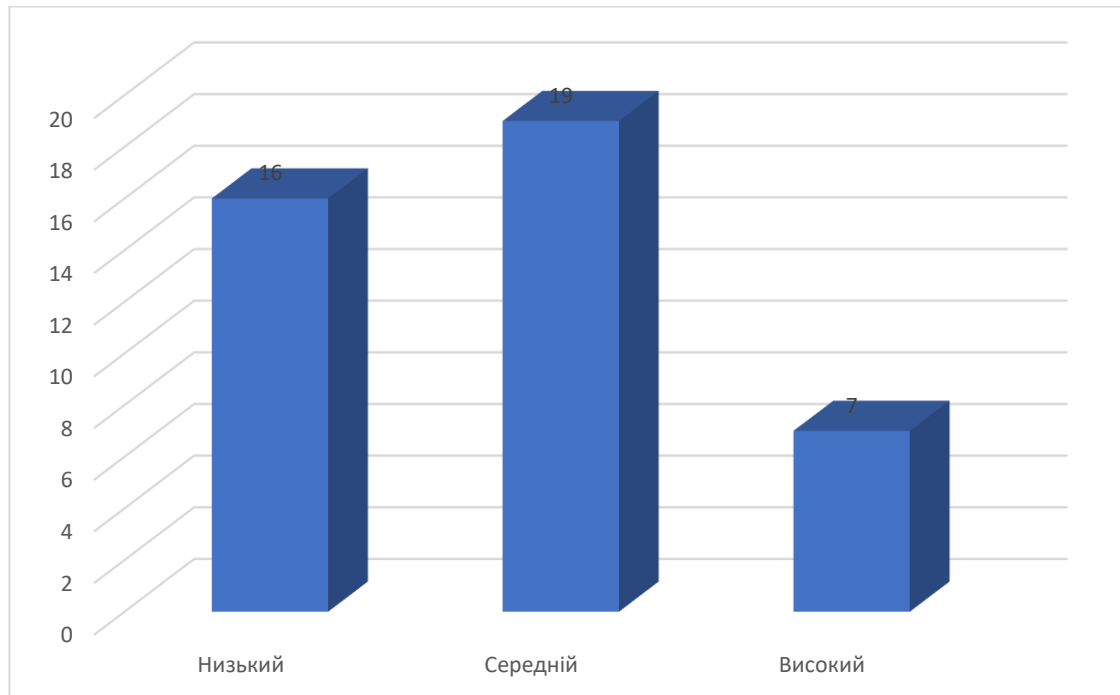


Рис. 2.2. Рівні стресостійкості та толерантності до невизначеності медичних працівників констатувального етапу за методикою Г. Айзенка з урахуванням воєнного стану в Україні (n = 42)

Аналіз результатів констатувального етапу, отриманих за методикою визначення стресостійкості та толерантності до невизначеності Г. Айзенка, свідчить про виражене напруження у психоемоційному стані медичних працівників, зумовлене тривалим перебуванням у умовах війни. Дані показують, що 16 осіб (38,1%) мають низький рівень стресостійкості, що проявляється у швидкій виснаженості, труднощах адаптації до різких змін, підвищеній чутливості до загрози та обмежених можливостях для саморегуляції. Такий показник є очікуваним у ситуації постійної небезпеки, перевантажень, нестачі ресурсів та зміни робочих умов, які супроводжують медичну службу в умовах воєнного стану.

Переважаюча частина вибірки – 19 медичних працівників (45,2%) – продемонстрували середній рівень стресостійкості, що може свідчити про

певний адаптаційний потенціал і сформовані механізми копіngu, проте не завжди достатні для довготривалого ефективного функціонування. Для таких фахівців характерним є нестійке балансування між мобілізацією ресурсів та періодичними емоційними зривами, що особливо загострюється під час роботи у надзвичайних умовах.

Високий рівень стресостійкості виявлено лише у 7 респондентів (16,7%), що може свідчити про наявність у цих працівників розвинених навичок саморегуляції, стійкого емоційного фону, досвіду роботи у кризових ситуаціях або ефективної соціальної підтримки. Проте невелика кількість осіб з таким рівнем підтверджує загальну тенденцію до виснаження персоналу, що працює у зоні постійного ризику.

Результати свідчать, що значна частина медичних працівників перебуває у зоні підвищеної вразливості перед стресовими факторами війни, що робить актуальним впровадження програм психологічної підтримки, тренінгів зі стрес-менеджменту та регулярних інтервенцій, спрямованих на підвищення толерантності до невизначеності.

У воєнному контексті інтерпретація цих показників набуває додаткової глибини. По-перше, системний дефіцит ресурсів і перманентна зміна операційної обстановки закономірно «тягнуть» середні значення вниз, збільшуючи групу ризику. По-друге, накопичення хронічного стресу у поєднанні з високою моральною відповідальністю за життя пацієнтів створює умови для «просідання» толерантності до невизначеності навіть у фахівців, які раніше демонстрували стабільну адаптивність. По-третє, ефект «захисної жорсткості» (коли стресостійкість підтримується ціною емоційного відсторонення) може тимчасово утримувати продуктивність, але довгостроково підвищує ризики вигорання.

Практично, це означає наступне:

1. Група високого рівня за обома показниками може бути задіяна на важких ділянках (тріаж, реанімація) за умови регламентованих «вікон відновлення» і точкового психологічного супроводу.

2. Група середнього рівня – ключовий резерв адаптації; саме для неї доцільні короткі протоколи підтримки рішень, баджети часу на мікровідпочинок та регулярні брифінги для зниження невизначеності.

3. Група низького рівня потребує пріоритетних інтервенцій: тренінгів зі стрес-менеджменту, когнітивної переоцінки, навчання роботі з «сигналами тривоги» тіла (сон, дихання, соматичні практики) та розвантаження від найбільш непередбачуваних змін.

Важливо підкреслити, що стресостійкість і толерантність до невизначеності є тренованими навичками. Запровадження коротких навчальних модулів (15–20 хв у зміні) з вправами на когнітивну гнучкість, сценарне мислення та командну декомпресію суттєво підвищує ці показники вже протягом 4–6 тижнів, що підтверджено низкою програм у медичних закладах кризових регіонів.

З метою визначення рівня психологічної стійкості медичних працівників було використано *шкалу резилієнтності CD-RISC* (Додаток В), розроблену D. Connor та J. Davidson. Цей інструмент дозволяє кількісно оцінити здатність особистості до адаптації в умовах стресу, подолання наслідків травматичних подій та збереження внутрішніх ресурсів у кризових ситуаціях.

У таблиці 2.3 представлено результати дослідження рівня резилієнтності серед вибірки.

Таблиця 2.3

Розподіл респондентів за рівнями резилієнтності на констатувальному етапі за шкалою CD-RISC (n = 42)

Рівень резилієнтності	Кількість осіб	Відсоток
Низький	14	33,3%
Середній	20	47,6%
Високий	8	19,1%

Аналіз результатів констатувального етапу за шкалою резилієнтності CD-RISC показує, що медичні працівники, які виконують професійні

обов'язки в умовах воєнного стану, мають помірний, але нерівномірно розподілений рівень психологічної стійкості. Найбільш чисельною є група зі середнім рівнем резилієнтності – 20 осіб (47,6%), що свідчить про збережений адаптаційний потенціал та здатність частково мобілізувати особистісні ресурси під впливом стресових чинників. Ці працівники демонструють відносну психологічну гнучкість, однак їхня стійкість нестабільна і може знижуватися при зростанні навантаження.

У 14 осіб (33,3%) зафіксовано низький рівень резилієнтності, що вказує на підвищену вразливість до стресових факторів, швидке емоційне виснаження, обмежені можливості відновлення. Для даної групи характерна складність у підтримці внутрішньої рівноваги, що підвищує ризики професійного вигорання, тривожних проявів і зниження ефективності діяльності.

Високий рівень резилієнтності продемонстрували лише 8 осіб (19,1%), що свідчить про наявність сформованих стратегій подолання стресу, розвинених навичок емоційної саморегуляції та стабільної психологічної витривалості. Такі фахівці здатні зберігати продуктивність навіть у ситуаціях високої небезпеки та непередбачуваності, однак їхня частка в структурі вибірки є недостатньою.

Отримані результати демонструють, що майже третина медичних працівників потребує цілеспрямованої психологічної підтримки, а майже половина – програм розвитку резилієнтності для зміцнення наявних, але нестійких механізмів адаптації. Це підтверджує актуальність упровадження системних корекційно-розвивальних заходів у медичних закладах, спрямованих на відновлення ресурсів та підвищення психологічної стійкості персоналу в умовах воєнного часу.

На рисунку 2.3 подано графічне відображення результатів, що дозволяє наочно побачити переважання середнього рівня резилієнтності у вибірці.

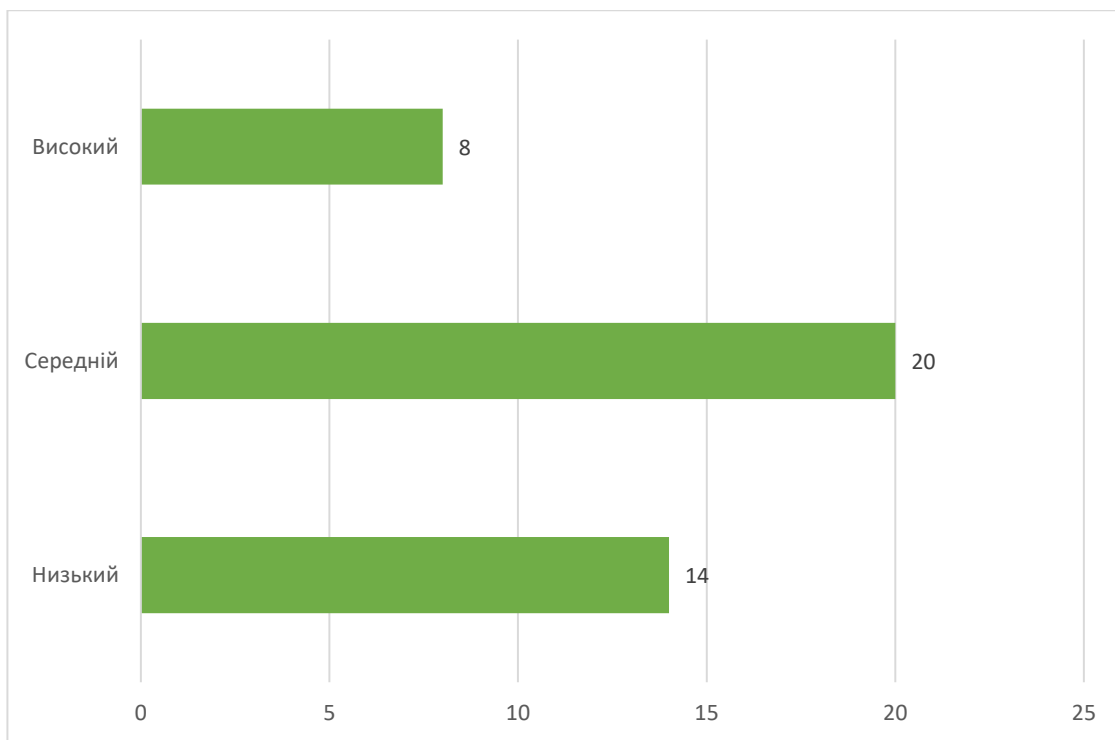


Рис. 2.3. Розподіл респондентів за рівнями резилієнтності на констатувальному етапі за шкалою CD-RISC (n = 42)

У контексті воєнних дій в Україні отримані результати набувають особливого значення. Рівень резилієнтності стає визначальним фактором професійної стабільності: працівники з високою психологічною гнучкістю здатні зменшувати ризик емоційного вигорання, зберігати мотивацію й ефективність навіть у нестабільному середовищі. Натомість низька резилієнтність у частини вибірки свідчить про необхідність впровадження цільових заходів профілактики та тренінгових програм з розвитку стресостійкості й адаптивності.

Таким чином, результати за шкалою CD-RISC підтверджують, що середній рівень резилієнтності переважає у вибірці, але понад чверть медиків потребує спеціальної допомоги для зміцнення психологічних ресурсів, що є важливим завданням як для керівництва закладів охорони здоров'я, так і для фахівців із психологічної підтримки.

Для комплексної оцінки психоемоційних станів медичних працівників у кризових умовах застосовувалася методика DASS-21 (*Depression, Anxiety and*

Stress Scales-21) (Додаток Г). Вона дозволяє визначити три ключові виміри негативних емоційних станів – депресію, тривожність та стрес – у кількісному вираженні та простежити їхні взаємозв'язки. Застосування цього інструменту є доцільним у контексті воєнних дій, оскільки він дає змогу не лише виявити симптоматику, але й оцінити ступінь її вираженості, що важливо для своєчасної психологічної допомоги.

У таблиці 2.4 подано результати розподілу респондентів за рівнями депресії, тривожності та стресу.

Таблиця 2.4

Розподіл респондентів на констатувальному етапі за результатами методики DASS-21 (n = 42)

Показник	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
Депресія	9 (21,4%)	19 (45,2%)	14 (33,4%)
Тривожність	7 (16,7%)	21 (50,0%)	14 (33,3%)
Стрес	6 (14,3%)	20 (47,6%)	16 (38,1%)

На рисунку 2.4 подано графічне відображення результатів, що дозволяє порівняти вираженість кожного із трьох компонентів негативних станів.

Аналіз результатів констатувального етапу за методикою DASS-21 показує, що психоемоційний стан медичних працівників у період воєнного часу характеризується значною напруженістю та нерівномірністю розподілу за окремими компонентами – депресією, тривожністю та стресом. Найбільшою мірою вразливими виявилися показники депресії: 14 осіб (33,4%) продемонстрували високий рівень, що свідчить про стійкі прояви емоційного виснаження, почуття безсилля, втрати мотивації та психічного ресурсу. При цьому 19 респондентів (45,2%) мають середній рівень, а лише 9 осіб (21,4%) – низький, що вказує на загальну тенденцію до зниження емоційного фону в умовах постійної небезпеки та перевантажень.

На рисунку 2.4 подано графічне відображення результатів, що дозволяє порівняти вираженість кожного із трьох компонентів негативних станів.

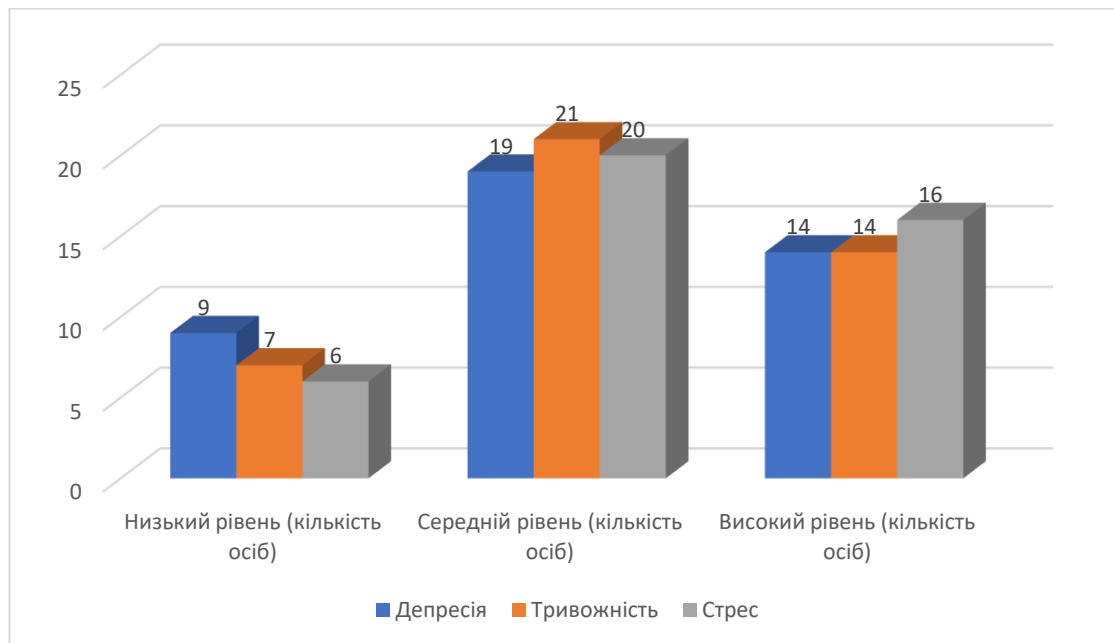


Рис. 2.4. Розподіл респондентів за рівнями депресії, тривожності та стресу за методикою DASS-21 ($n = 42$)

Схожа картина простежується щодо тривожності: 14 медичних працівників (33,3%) перебувають на високому рівні, що характерно для станів передбачення загрози, внутрішнього напруження та надмірної активації нервової системи. Половина вибірки – 21 особа (50,0%) – демонструє середні показники, а низький рівень мають лише 7 учасників (16,7%). Цей дисбаланс підтверджує масштабний вплив воєнних подій на емоційне функціонування медиків, які працюють у ситуаціях непередбачуваності та підвищеної відповідальності.

Показник стресу є найвищим серед трьох доменів: 16 осіб (38,1%) мають високий рівень, ще 20 респондентів (47,6%) – середній, і лише 6 осіб (14,3%) перебувають у зоні низьких значень. Така структура демонструє, що більшість медичних працівників функціонує у стані хронічної напруги, яка посилюється значними психофізичними навантаженнями, тривалістю змін, постійними ризиками для життя та необхідністю приймати швидкі рішення.

Отримані дані показують комплексний характер психоемоційних порушень: високі рівні стресу та тривожності тісно пов'язані з підвищенням депресивних проявів, що може зумовлювати формування професійного вигорання та зниження ефективності діяльності. Така ситуація підтверджує необхідність упровадження цілеспрямованих програм психологічної підтримки та розвитку емоційної стійкості, спрямованих на зменшення симптомів стресових розладів та покращення загального психоемоційного функціонування медичного персоналу.

Отримані результати підтверджують, що методика DASS-21 є ефективним інструментом для комплексного виявлення психоемоційних труднощів, адже вона дозволяє диференціювати проблемні зони та визначити потребу в індивідуальній чи груповій психологічній підтримці. В умовах тривалої роботи в кризовій ситуації особливу увагу необхідно приділяти профілактиці тривожних та депресивних проявів, оскільки саме вони становлять найбільшу загрозу для збереження психічного здоров'я медиків.

Отже, можна стверджувати, що в умовах воєнного часу негативні психоемоційні стани взаємно підсилюють один одного: тривожність стимулює розвиток стресу, а його хронічний характер, своєю чергою, може трансформуватися в депресивні прояви. Така динаміка вимагає комплексного підходу до психологічної підтримки медичних працівників, що передбачає одночасне зниження рівня тривожності, управління стресом і профілактику депресивних станів.

Висновки до другого розділу

У другому розділі було представлено результати емпіричного дослідження психоемоційного стану медичних працівників у період воєнного часу. Вибірку становили 42 респонденти, серед яких 28 жінок і 14 чоловіків віком від 23 до 57 років.

Результати емпіричного етапу дослідження дозволили комплексно охарактеризувати психоемоційний стан медичних працівників, які виконують професійні обов'язки в умовах воєнного часу, а також визначити найбільш уразливі компоненти їхньої емоційної регуляції та адаптаційного потенціалу.

Насамперед було встановлено, що синдром емоційного вигорання має значне поширення серед вибірки: за методикою MBI 14 осіб (33,3%) перебувають на високому рівні, а 21 респондент (50,0%) – на середньому. Така структура свідчить про масштабний вплив професійних та екзистенційних навантажень на емоційну сферу фахівців, які працюють у режимі постійної небезпеки, гострого дефіциту ресурсів, високої відповідальності та тривалого психічного перенапруження. Низький рівень вигорання виявлено лише у 7 осіб (16,7%), що підтверджує обмеженість ресурсних можливостей цієї групи та необхідність підтримувальних інтервенцій.

Подальший аналіз стресостійкості та толерантності до невизначеності за методикою Г. Айзенка показав, що 38,1% учасників продемонстрували низький рівень, що є прямим свідченням емоційного виснаження, труднощів у швидкій адаптації до змін та зниження можливостей до саморегуляції. Середній рівень відзначено у 45,2% респондентів, що демонструє певний адаптивний потенціал, але нестійкий у разі подальшого зростання навантаження. Лише 7 осіб (16,7%) потрапили до групи високої стресостійкості, що є недостатнім показником для стабільного функціонування колективу в умовах хронічної невизначеності та небезпеки.

Дослідження показників резилієнтності (CD-RISC) засвідчило, що найбільш чисельною є група зі середнім рівнем – 20 осіб (47,6%), що вказує на збережений, але нестабільний ресурс адаптації. Низький рівень резилієнтності

у 14 респондентів (33,3%) свідчить про їхню вразливість до хронічного стресу, ризик стрімкого емоційного виснаження та труднощі у відновленні після критичних подій. Високий рівень резилієнтності виявлено у 8 осіб (19,1%), що свідчить про сформовані захисні стратегії, проте їхня кількість є недостатньою для компенсації загального психоемоційного навантаження в медичному середовищі воєнного часу.

Оцінка негативних емоційних станів за шкалою DASS-21 показала виражену нерівномірність у розподілі індикаторів. Високі рівні депресії виявлено у 14 осіб, тривоги – у 14 осіб, а показник стресу є найбільш навантаженим – 16 медиків перебувають на високому рівні. Середні рівні за всіма трьома субшкалами домінують у структурі вибірки, що говорить про стійке перебування медичних працівників у зоні підвищеної напруги. Низькі показники фіксуються у незначній частини медиків (6–9 осіб залежно від шкали), що вказує на зменшення кількості персоналу, здатного ефективно протистояти хронічним стресовим впливам без сторонньої психологічної підтримки.

Узагальнення результатів дає змогу констатувати, що психоемоційний стан медичних працівників у воєнний час характеризується високим рівнем ризику: емоційне вигорання, підвищена тривожність, зниження толерантності до невизначеності, нестійкість адаптаційних механізмів та значні депресивні прояви утворюють взаємопов'язаний комплекс, який негативно впливає на професійну ефективність та психологічне благополуччя персоналу. Саме тому результати другого розділу чітко обґрунтовують необхідність розроблення та впровадження системної корекційно-розвивальної програми, спрямованої на посилення емоційної стійкості медичних працівників, відновлення ресурсів, зменшення інтенсивності негативних емоційних станів та формування довготривалих навичок психологічного самозбереження.

РОЗДІЛ III. ПСИХОЛОГІЧНІ ЗАСОБИ РОЗВИТКУ ТА ПІДТРИМКИ ЕМОЦІЙНОЇ СТІЙКОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ У ПЕРІОД ВОЄННОГО ЧАСУ

3.1. Теоретичні основи та принципи створення корекційно-розвивальної програми формування емоційної стійкості медичних працівників у воєнний час

Наше дослідження підкреслює важливість своєчасної психологічної підтримки медичних працівників, які виконують професійні обов'язки в умовах воєнного стану, постійної небезпеки та дефіциту ресурсів. Основні проблеми, з якими стикаються лікарі та медсестри, пов'язані з високим рівнем емоційного вигорання, підвищеною тривожністю, порушенням сну та відчуттям професійної безпорадності. Важливим фактором дестабілізації є також дефіцит знань і практичних навичок саморегуляції, що унеможливорює відновлення внутрішніх ресурсів після надмірних навантажень.

На основі результатів емпіричного дослідження була розроблена *корекційно-розвивальна програма для медичних працівників* (Додаток Д), спрямована на формування емоційної стійкості медичних працівників у воєнний час: підвищення їхнього рівня резилієнтності, профілактику емоційного вигорання та розвиток навичок ефективної саморегуляції у кризових ситуаціях, зміцнення психологічної стійкості, зниження рівня дистресу та формування стратегій подолання професійних викликів.

Програма складається з циклу занять, які поєднують елементи психоосвітніх лекцій, групових дискусій, вправ на розвиток емоційної усвідомленості, дихальних та релаксаційних практик, а також методів когнітивно-поведінкової корекції. Вона включає низку тематичних блоків: «Розпізнавання симптомів вигорання», «Техніки швидкої стабілізації в умовах стресу», «Формування толерантності до невизначеності», «Розвиток навичок самопомоги та взаємопідтримки». Окрему увагу приділено ресурсним

практикам (візуалізація, техніки «заземлення», методи позитивної рефлексії), які дозволяють підвищити психологічну гнучкість і адаптивність.

Структурно програма складається з п'яти зустрічей тривалістю 2,5–3 години, оптимальна кількість учасників у групі – до 12 осіб. Заняття проводяться у формі тренінгової роботи з активним залученням учасників у парні та групові вправи. Це дає змогу відпрацювати практичні навички в умовах, наближених до професійної діяльності.

Залучення медичних працівників до програми психологічної підтримки має ключове значення, адже від рівня їхнього емоційного стану залежить якість медичної допомоги, взаємодія з пацієнтами та загальний стан системи охорони здоров'я в кризових умовах. Відсутність належної профілактики вигорання призводить до зниження ефективності роботи та підвищує ризик професійної дезадаптації.

Сьогодні існує низка міжнародних практик, спрямованих на підтримку медиків у кризових ситуаціях, серед яких індивідуальні консультації, групова супервізія, програми розвитку резилієнтності та мікротехніки релаксації [29, 43]. Запропонована нами програма інтегрує зарубіжний та український досвід, але адаптована під умови воєнного часу в Україні. Вона орієнтована на формування у медиків надійних інструментів саморегуляції, розвиток колективної підтримки та підвищення особистісних ресурсів.

Кожна зустріч програми має власні завдання й акценти: від базової психоосвіти до відпрацювання технік стрес-менеджменту та вправ на підвищення командної згуртованості. Основними очікуваними результатами є зниження рівня емоційного вигорання, зменшення проявів тривожності та стресу, підвищення показників резилієнтності та толерантності до невизначеності.

Структура корекційно-розвивальної програми формування емоційної стійкості медичних працівників у воєнний час представлена у таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

**Структура корекційно-розвивальної програми
формування емоційної стійкості медичних працівників у воєнний час**

Зустріч	Тема заняття	Тривалість	Основні форми роботи	Очікувані результати
1	Психоосвіта: емоційне вигорання та стрес у професійній діяльності	2 години	Міні-лекція, групова дискусія, самооцінка власних симптомів	Усвідомлення проявів вигорання, розуміння його стадій і наслідків
2	Техніки саморегуляції та швидкої стабілізації	2 години 30 хв	Дихальні вправи, «заземлення», методика «5-4-3-2-1»	Зменшення рівня тривожності, відпрацювання навичок швидкого відновлення
3	Розвиток резилієнтності та внутрішніх ресурсів	2 години	Візуалізація ресурсних станів, вправи «Колесо ресурсів», групові обговорення	Підвищення психологічної гнучкості, формування стратегій подолання
4	Командна взаємопідтримка та толерантність до невизначеності	2 години 15 хв	Рольові ігри, кейс-аналіз професійних ситуацій, вправи на довіру	Посилення згуртованості колективу, формування стратегії взаємодопомоги
5	Інтеграція навичок та планування програми самодопомоги	2 години	Індивідуальна робота з картками «Мій план відновлення», групова рефлексія	Закріплення навичок, формування індивідуальних стратегій профілактики вигорання

Корекційно-розвивальна програма формування емоційної стійкості медичних працівників у воєнний час була побудована за принципом поетапного засвоєння знань і практичних навичок, що дозволяють зменшити

рівень психоемоційного виснаження та сформувати здатність до відновлення у кризових обставинах. Програма поєднувала міні-лекції, практичні вправи та групові дискусії, що у сукупності забезпечували когнітивне усвідомлення проблеми, розвиток індивідуальних навичок саморегуляції та формування колективної підтримки.

Перший день було спрямовано на усвідомлення впливу стресу та вигорання на професійну діяльність медичних працівників. У воєнних умовах вони постійно стикаються з високим рівнем напруження, що зумовлено браком ресурсів, нестабільним середовищем та великим навантаженням. Міні-лекція знайомила учасників з базовими поняттями емоційного вигорання та психоемоційних наслідків стресу, що особливо актуально для лікарів і медсестер, які працюють у зоні підвищеної небезпеки. Практичні вправи першого дня були спрямовані на самодіагностику: учасники вели індивідуальні щоденники, визначали особисті прояви стресу та створювали карту стрес-факторів. Це дозволяло не лише виявити індивідуальні тригери, але й побачити спільні труднощі, характерні для колективу, що важливо для подальшого формування групової підтримки.

Другий день було присвячено формуванню навичок саморегуляції та стабілізації. Для медиків, які перебувають у постійному стані мобілізації, надзвичайно важливо мати прості та ефективні техніки швидкого зниження напруження. Міні-лекція розкривала механізми впливу стресу на тіло і психіку, що дозволяло краще усвідомити власні реакції. Практичний блок включав відпрацювання технік «коробкового дихання» та прогресивної м'язової релаксації, які рекомендовано у міжнародних протоколах психологічної допомоги медичному персоналу в умовах криз. Виконання цих вправ дало учасникам можливість відчути швидкий ефект зняття напруги, а групова дискусія сприяла обміну досвідом застосування подібних методів у реальних умовах лікарняної роботи.

Третій день був спрямований на розвиток резилієнтності та внутрішніх ресурсів в умовах невизначеності, що є одним із ключових викликів для

медиків у воєнний час. Міні-лекція підкреслювала важливість толерантності до непередбачуваних обставин, адже лікарям доводиться ухвалювати рішення за відсутності повної інформації чи в умовах дефіциту ресурсів. Практичні вправи полягали у моделюванні кризових ситуацій із медичної практики та пошуку рішень у малих групах, що дозволяло відпрацювати навички швидкого прийняття рішень і спільної координації дій. Дискусія після вправи показала, що навіть у хаотичних обставинах можна знайти ефективні алгоритми реагування, якщо зберігати психологічну гнучкість.

Четвертий день був присвячений формуванню командної взаємопідтримки та толерантності до невизначеності. Для медичних працівників, які щодня стикаються з травматичними подіями, надзвичайно важливим є вміння відновлювати сили та мобілізувати власні ресурси в команді. Міні-лекція знайомила з поняттям резилієнтності та її значенням для професійної стійкості. Практичні вправи включали роботу з «ресурсним колом», де учасники визначали власні джерела підтримки: від соціальних контактів і цінностей до простих щоденних практик відпочинку. Додатково використовувалися рольові ігри, які допомагали відпрацювати моделі поведінки у конфліктних та стресових ситуаціях, характерних для роботи у лікарнях під час війни. Це сприяло розвитку впевненості у власних силах і підвищенню здатності протидіяти негативному впливу хронічного стресу.

П'ятий день мав інтеграційний характер і був спрямований на закріплення здобутих навичок та планування подальшої психологічної підтримки. Міні-лекція акцентувала на довгострокових стратегіях збереження психоемоційної стабільності, серед яких важливе місце займає баланс між професійною діяльністю та відпочинком, а також культура взаємопідтримки у медичних колективах. Практичні завдання передбачали складання індивідуальних планів самозбереження, у яких кожен учасник визначав свої три основні тригери, три ключові ресурси та конкретні дії у разі кризових обставин. Завершальним елементом стало створення групового «кодексу взаємодопомоги», що дозволяв колективно сформулювати принципи

підтримки один одного у роботі. Підсумкова дискусія сприяла усвідомленню отриманого досвіду та підкреслила цінність командної єдності для збереження емоційної стійкості в умовах воєнного часу.

Структура програми поєднувала теоретичне ознайомлення з актуальними проблемами та практичне відпрацювання навичок, необхідних для підтримки психоемоційного балансу медиків. Її зміст був максимально адаптований до специфіки роботи лікарів і медсестер, які діють у надзвичайно складних умовах, що забезпечує не лише індивідуальний ефект для кожного учасника, але й сприяє зміцненню професійної згуртованості колективу.



Рис.3.1. Структурована схема програми для медичних працівників

Таким чином, корекційно-розвивальна програма орієнтована на комплексний вплив: від усвідомлення проблеми до оволодіння інструментами подолання стресу та формування довготривалої емоційної стійкості; має

практичний потенціал для широкого використання у медичних колективах, що працюють в умовах воєнного стану.

3.2. Реалізація корекційно-розвивальної програми та оцінка її результативності

Важливим аспектом оцінки ефективності корекційно-розвивальної програми стало вивчення змін рівня емоційного вигорання медичних працівників, що традиційно розглядається як один із провідних ризиків професійної діяльності у кризових умовах. Для цього було застосовано *опитувальник емоційного вигорання - MBI* (К. Маслач, С. Джексон; адаптація Н. Є. Водоп'янової), який дозволив визначити рівень емоційного виснаження, деперсоналізації та редукції професійних досягнень. Діагностика проводилася двічі – на констатувальному етапі перед початком програми та після її завершення.

Отримані дані свідчать про виражену позитивну динаміку. Так, середній рівень емоційного виснаження знизився з 27,4 бала до 18,6 бала, що означає зменшення частоти проявів втоми, апатії та психоемоційного виснаження. Показник деперсоналізації знизився з 11,2 до 7,3 бала, що відображає більш уважне та емпатійне ставлення до пацієнтів, а не відсторонене чи формальне. Водночас за шкалою професійних досягнень спостерігалось зростання з 28,7 до 33,5 бала, що демонструє відновлення відчуття професійної компетентності та значущості власної діяльності.

Таблиця 3.2

Рівні емоційного вигорання медичних працівників до та після реалізації програми (за методикою К. Маслач і С. Джексон, адаптація Н. Є. Водоп'янової; n = 42)

Рівень емоційного вигорання	До програми (кількість, %)	Після програми (кількість, %)
Низький	7 (16,7%)	15 (35,7%)

Рівень емоційного вигорання	До програми (кількість, %)	Після програми (кількість, %)
Середній	21 (50,0%)	19 (45,2%)
Високий	14 (33,3%)	8 (19,1%)
Разом (n)	42 (100%)	42 (100%)

Дані таблиці підтверджують ефективність програми у зниженні симптомів вигорання. Це особливо важливо для медиків, які у воєнних умовах стикаються з перевантаженням, дефіцитом ресурсів і підвищеним рівнем відповідальності. Для наочності результати представлені також у графічній формі, що дозволяє візуально відстежити позитивні зміни за всіма трьома шкалами.

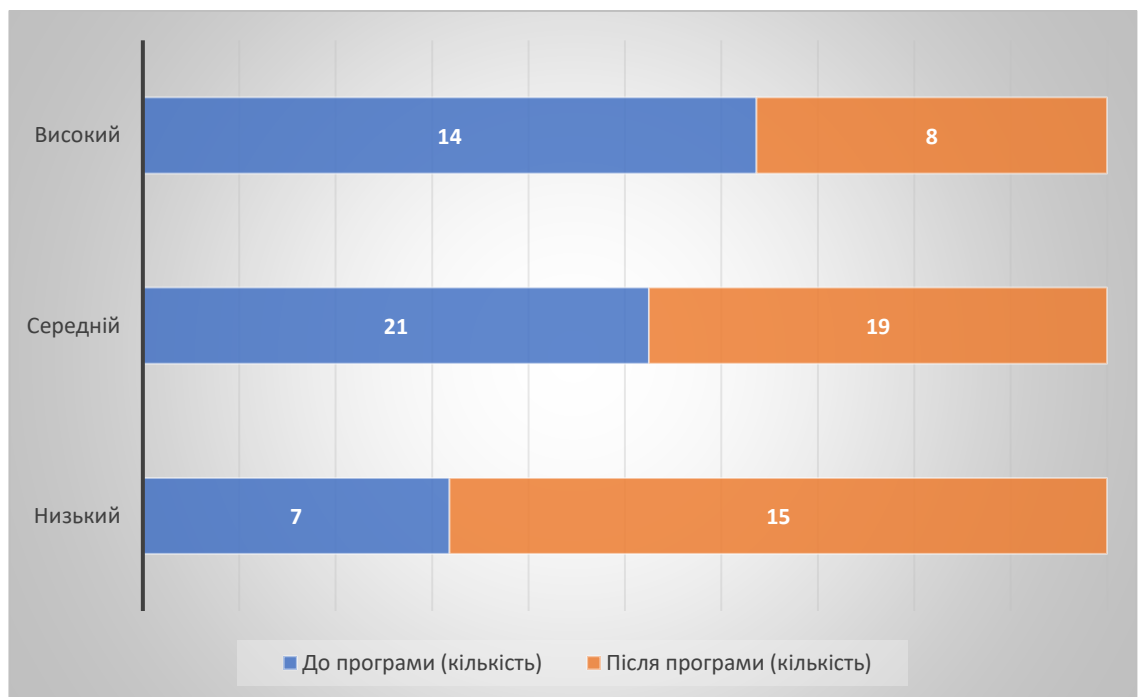


Рис. 3.2. Динаміка рівнів емоційного вигорання медичних працівників (n = 42) за методикою К. Маслач і С. Джексон (адаптація Н. Є. Водоп'янової)

У процесі дослідження було проаналізовано динаміку показників за тестом на визначення стресостійкості та толерантності до невизначеності (Г. Айзенк, модифікація українськими психологами). Дана методика дозволяє оцінити здатність медичних працівників протистояти

впливу стресових чинників та приймати ефективні рішення у ситуаціях невизначеності. Отримані результати наведені у таблиці 3.3.

Таблиця 3.3

Рівні стресостійкості та толерантності до невизначеності медичних працівників до та після програми (за методикою Г. Айзенка, модифікація українськими психологами; n = 42)

Рівень показника	До програми (кількість, %)	Після програми (кількість, %)
Низький	16 (38,1%)	9 (21,4%)
Середній	19 (45,2%)	21 (50,0%)
Високий	7 (16,7%)	12 (28,6%)
Разом (n)	42 (100%)	42 (100%)

Як видно з таблиці 3.3, після реалізації програми відбулося суттєве зниження кількості учасників із низьким рівнем стресостійкості (з 16 осіб, що становило 38,1%, до 9 осіб, або 21,4%). Одночасно зросла кількість медичних працівників, які демонструють високий рівень стресостійкості та толерантності до невизначеності (з 7 осіб, або 16,7%, до 12 осіб, що становить 28,6%). Таким чином, динаміка свідчить про підвищення адаптаційних можливостей учасників після участі у програмі.

Отримані результати демонструють ефективність застосованих заходів щодо розвитку навичок подолання стресу, а також підтверджують зростання психологічної готовності до роботи у невизначених та кризових ситуаціях, характерних для умов воєнного часу.

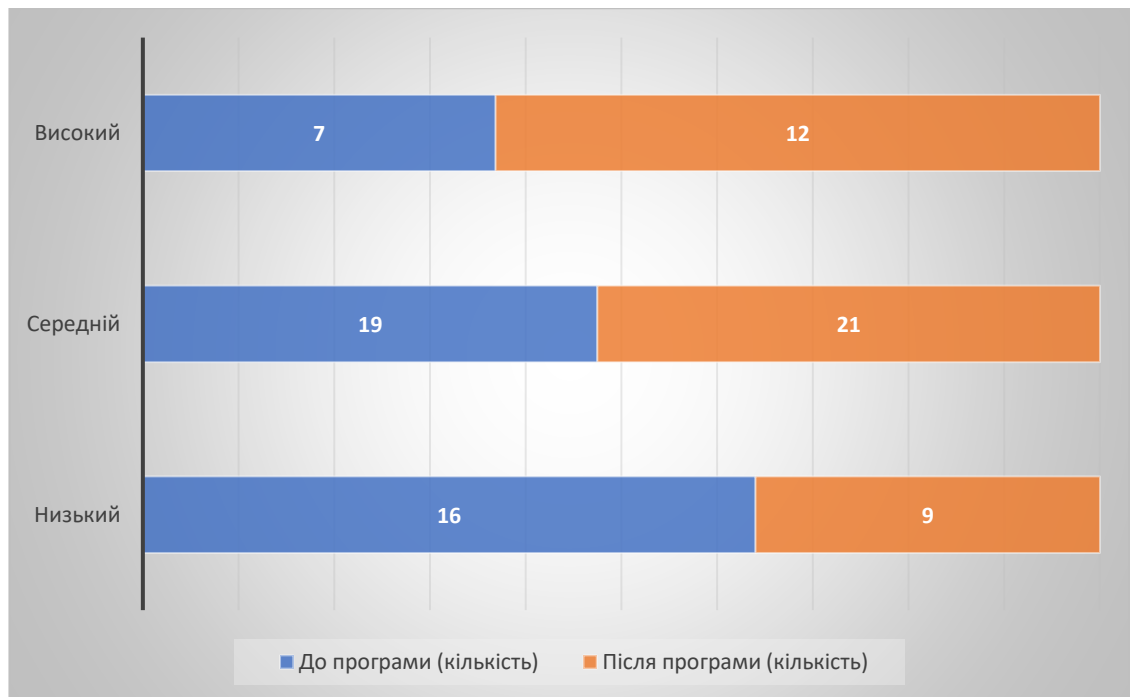


Рис. 3.3. Динаміка рівнів стресостійкості та толерантності до невизначеності медичних працівників ($n = 42$) за методикою Г. Айзенка (модифікація українськими психологами).

Оцінка рівня резилієнтності медичних працівників здійснювалася за допомогою шкали *CD-RISC* (D. Connor, J. Davidson), яка дозволяє визначити здатність особистості відновлювати психологічну рівновагу після дії стресових факторів, зберігати продуктивність у складних умовах та використовувати власні ресурси для подолання кризових ситуацій. Резилієнтність в умовах воєнного часу є ключовим предиктором збереження працездатності медичних працівників, адже їхня діяльність нерозривно пов'язана з високим рівнем психоемоційного напруження.

Як показують дані таблиці 3.4, після завершення програми кількість учасників із низьким рівнем резилієнтності зменшилася більш ніж удвічі (з 14 осіб, або 33,3%, до 6 осіб, що становить 14,3%). Це свідчить про зниження вразливості медиків до хронічного стресу та вигорання. Водночас суттєво зросла кількість тих, хто продемонстрував високий рівень резилієнтності (з 8 осіб, або 19,1%, до 17 осіб, або 40,5%). Це означає, що майже половина

учасників після програми навчилася більш ефективно мобілізувати внутрішні ресурси та зберігати психологічну стійкість у кризових умовах.

Таблиця 3.4

**Рівні резилієнтності медичних працівників до та після програми
(за шкалою CD-RISC; n = 42)**

Рівень резилієнтності	До програми (кількість, %)	Після програми (кількість, %)
Низький	14 (33,3%)	6 (14,3%)
Середній	20 (47,6%)	19 (45,2%)
Високий	8 (19,1%)	17 (40,5%)
Разом (n)	42 (100%)	42 (100%)

Аналіз результатів дозволяє простежити тенденцію до перерозподілу учасників із групи низьких показників у бік середнього та високого рівня. Якщо на початковому етапі більшість медичних працівників демонструвала лише помірну здатність до відновлення після стресових ситуацій, то після програми чітко проявилася динаміка зміцнення психологічної гнучкості та зростання здатності протистояти тривалому емоційному напруженню.

З огляду на специфіку професійної діяльності, підвищення резилієнтності є надзвичайно важливим. Медики у воєнних умовах часто стикаються з перевантаженням, браком ресурсів та необхідністю ухвалювати рішення в умовах дефіциту часу. Високий рівень резилієнтності, продемонстрований після реалізації програми, свідчить про те, що учасники стали краще справлятися з емоційними викликами, швидше відновлювати працездатність після кризових подій і формувати позитивні стратегії подолання труднощів.

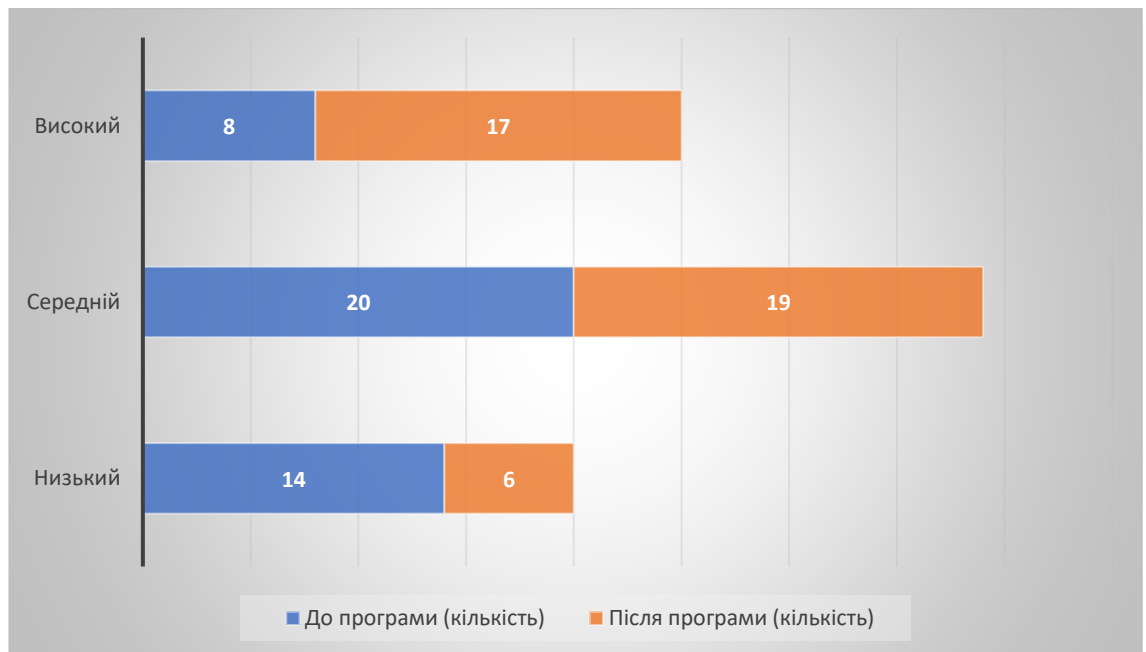


Рис.3.4. Динаміка рівнів резилієнтності медичних працівників ($n = 42$) за шкалою CD-RISC (Connor–Davidson Resilience Scale)

Таким чином, результати дослідження підтвердили позитивний вплив програми на розвиток здатності медичних працівників підтримувати стабільність власного психоемоційного стану. Це є суттєвим аргументом на користь застосування корекційно-розвивальних заходів у системі психологічної підтримки медиків під час війни.

Для комплексної оцінки змін у психоемоційному стані медичних працівників застосовувалася скорочена версія шкали депресії, тривожності та стресу – *DASS-21*. Цей інструмент дозволяє кількісно визначити рівень кожного з трьох компонентів, які особливо загострюються у професійному середовищі медиків під час війни. Використання методики було обґрунтованим, оскільки вона забезпечує багатовимірний аналіз психологічних труднощів та допомагає простежити динаміку змін після реалізації корекційно-розвивальної програми.

У таблиці 3.5 подані середні значення показників депресії, тривожності та стресу до та після проведення програми.

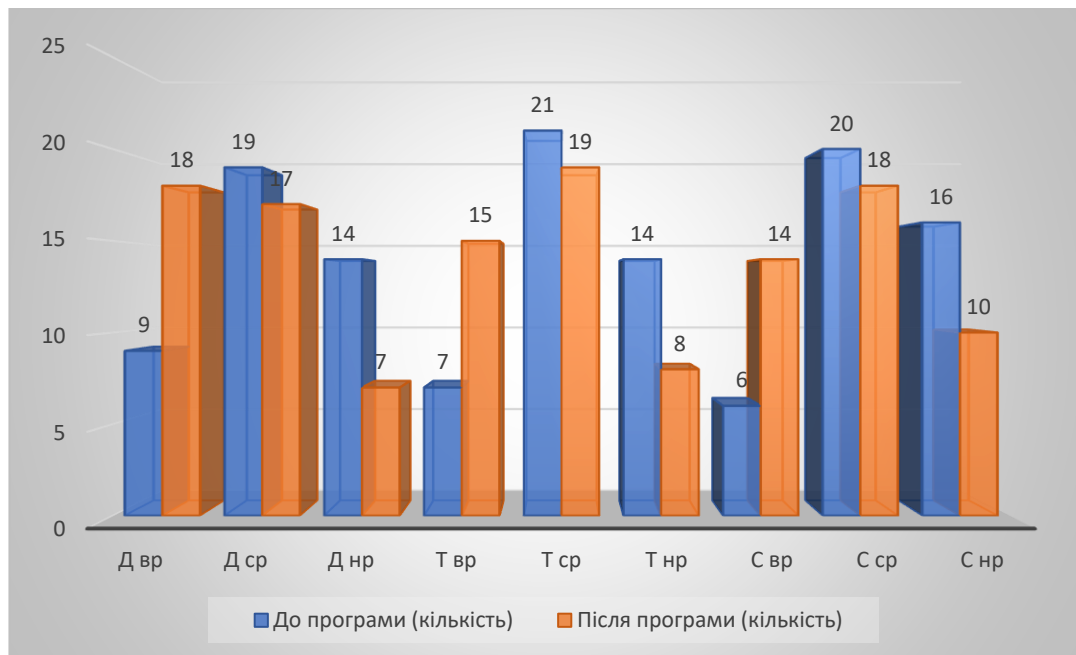
Таблиця 3.5

Рівні вираженості депресії, тривожності та стресу серед медичних працівників до та після програми (за методикою DASS-21; n = 42)

Показник / Рівень	До програми (кількість, %)	Після програми (кількість, %)
Депресія		
Низький	9 (21,4%)	18 (42,9%)
Середній	19 (45,2%)	17 (40,5%)
Високий	14 (33,4%)	7 (16,6%)
Тривожність		
Низький	7 (16,7%)	15 (35,7%)
Середній	21 (50,0%)	19 (45,2%)
Високий	14 (33,3%)	8 (19,1%)
Стрес		
Низький	6 (14,3%)	14 (33,3%)
Середній	20 (47,6%)	18 (42,8%)
Високий	16 (38,1%)	10 (23,9%)
Разом (n)	42 (100%)	42 (100%)

Як видно з таблиці 3.5, за трьома показниками відбулися позитивні зміни. Найбільш вираженим виявилось зниження рівня стресу (на 5,3 бала), що підтверджує ефективність впроваджених вправ на релаксацію, формування резилієнтності та розвиток толерантності до невизначеності.

Для наочності отримані результати представлені на рисунку 3.5, що відображає порівняння середніх показників до та після програми.



де, Депресія – Д, Тривожність – Т, Стрес – С.

Рис. 3.5. Динаміка показників депресії, тривожності та стресу за методикою DASS-21 у медичних працівників до та після участі в програмі

Зменшення рівня тривожності на 4,4 б. свідчить, що учасники навчилися краще справлятися з емоційним напруженням, викликаним екстремальними умовами праці. Зниження показника депресії на 4,4 б. демонструє, що медичні працівники стали менше відчувати безпорадність і втрату сенсу діяльності, що виникають під час роботи в кризових обставинах.

Аналіз наведених даних свідчить, що програма мала комплексний ефект, охопивши різні аспекти психоемоційного стану. Зменшення рівнів стресу, тривожності та депресії вказує на те, що учасники не лише засвоїли запропоновані техніки, але й змогли інтегрувати їх у власну практику саморегуляції. Важливо, що саме зниження стресу виявилось найбільш вираженим, адже цей фактор є ключовим у збереженні професійної стійкості медичних працівників у воєнний час.

Щоб оцінити внутрішні зв'язки між ключовими показниками методики DASS-21, було здійснено кореляційний аналіз. Особливу увагу приділено тому, як взаємодіють рівні тривожності, депресії та стресу в умовах професійного навантаження. Отримані значення наведені у таблиці 3.6.

Таблиця 3.6

**Кореляційні зв'язки між показниками за методикою DASS-21
у медичних працівників (n = 42)**

Показники	Тривожність (до)	Депресія (до)	Стрес (до)	Тривожність (після)	Депресія (після)	Стрес (після)
Тривожність (до)	1	0,61*	0,72**	—	—	—
Депресія (до)	0,61*	1	0,65*	—	—	—
Стрес (до)	0,72**	0,65*	1	—	—	—
Тривожність (після)	—	—	—	1	0,44*	0,48*
Депресія (після)	—	—	—	0,44*	1	0,46*
Стрес (після)	—	—	—	0,48*	0,46*	1

Примітка: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Кореляційний аналіз результатів за методикою DASS-21 показав, що до впровадження програми існували сильні позитивні зв'язки між усіма трьома компонентами: стресом, тривожністю та депресією. Найтісніший зв'язок спостерігався між стресом і тривожністю ($r = 0,72$; $p < 0,01$), що підтверджує посилення тривожних станів під впливом високого рівня емоційного напруження. Подібна тенденція виявилася і між стресом та депресією ($r = 0,65$; $p < 0,05$), що відображає взаємне накладання негативних станів у медичних працівників.

Після реалізації корекційно-розвивальної програми сила цих взаємозв'язків суттєво знизилася. Зокрема, зв'язок між стресом і тривожністю зменшився до $r = 0,48$ ($p < 0,05$), а між стресом і депресією – до $r = 0,46$ ($p < 0,05$). Це свідчить про зниження взаємного підсилення негативних

психоемоційних станів, що є ознакою підвищення рівня емоційної стійкості та більшої здатності контролювати власні переживання.

Таким чином, отримані дані демонструють не лише зменшення абсолютних показників депресії, тривожності та стресу, але й послаблення їхньої взаємозалежності. Це підтверджує, що програма формування емоційної стійкості медичних працівників позитивно вплинула на формування психологічної стабільності та адаптивності медичних працівників у воєнних умовах.

3.3. Практичні рекомендації для підвищення рівня емоційної стійкості медичних працівників у воєнний час

Ефективна діяльність медичних працівників у кризових і воєнних умовах безпосередньо залежить від їхньої здатності підтримувати високий рівень емоційної стійкості. В умовах постійного ризику, обмежених ресурсів і психологічного тиску медики потребують не лише професійних навичок, але й розвинених механізмів психологічного самозбереження. Практичні рекомендації, спрямовані на підвищення цього рівня, повинні поєднувати індивідуальні стратегії саморегуляції та організаційні заходи підтримки в медичних закладах.

Одним із ключових напрямів є систематичне впровадження технік психоемоційної саморегуляції у повсякденну діяльність. Медики, які стикаються з високим навантаженням, повинні оволодіти базовими прийомами релаксації та відновлення, такими як дихальні практики, методи прогресивного м'язового розслаблення та короткі медитативні вправи. Використання цих технік у перервах між робочими змінами або після критичних ситуацій сприяє зниженню рівня тривожності, зменшенню проявів емоційного вигорання та стабілізації внутрішнього стану.

Не менш важливим є розвиток здатності до толерантності до невизначеності та формування психологічної гнучкості. Оскільки умови роботи під час воєнних дій часто характеризуються браком інформації та

необхідністю швидкого прийняття рішень, медичним працівникам рекомендується тренувати навички адаптивного мислення. Це передбачає відпрацювання сценаріїв поведінки у кризових ситуаціях, рольові вправи з моделювання екстремальних випадків та колективний аналіз реальних клінічних ситуацій. Подібна практика допомагає зменшити дезорієнтацію, формує впевненість у власних діях і підтримує командну згуртованість.

Суттєву роль у зміцненні емоційної стійкості відіграє розвиток внутрішніх ресурсів та резиліентності. Практика ведення «ресурсних щоденників», де фіксуються джерела підтримки, позитивний досвід подолання труднощів та власні сильні сторони, дозволяє медикам переорієнтувати увагу з негативних переживань на особистісні досягнення. Використання технік позитивної візуалізації та формування індивідуальних стратегій самопідтримки зміцнює здатність до відновлення навіть після тривалого стресового впливу.

Необхідно підкреслити значення соціальної підтримки у професійному колективі. Організація групових дискусій, супервізійних зустрічей та взаємної психологічної допомоги дозволяє ділитися власним досвідом, зняти відчуття ізоляції та сформувати атмосферу довіри. У колективному середовищі виробляються спільні стратегії подолання стресових ситуацій, що значно підвищує рівень загальної стійкості персоналу.

Важливо, щоб керівництво медичних закладів також активно долучалося до створення умов для збереження психічного здоров'я своїх працівників. Розробка програм психологічного супроводу, регулярні тренінги з управління стресом, забезпечення доступу до психологічної консультації та організація раціонального режиму праці та відпочинку є тими факторами, які суттєво впливають на стан медиків. Таким чином, підвищення емоційної стійкості не можна розглядати лише як особистісну відповідальність працівника, адже воно потребує системної підтримки з боку інституцій.

Можна підкреслити, що підвищення емоційної стійкості медичних працівників у воєнний час є багаторівневим процесом, який поєднує особистісні стратегії саморегуляції та колективні форми підтримки (рис.3.6).



Рис. 3.6. Основні напрями формування емоційної стійкості медичних працівників у період воєнного часу

Таки чином, реалізація запропонованих рекомендацій створює умови для підвищення психоемоційної стабільності, що знижує ризик вигорання, підвищує якість професійної діяльності та забезпечує ефективність медичної допомоги в умовах війни.

Висновки до третього розділу

У третьому розділі було представлено та апробовано корекційно-розвивальну програму формування емоційної стійкості медичних працівників у період воєнного часу. Програма ґрунтувалася на поєднанні міні-лекцій, практичних вправ і групових дискусій, що забезпечило комплексний вплив на індивідуальний, колективний та організаційний рівні психологічного функціонування учасників. Особливістю її реалізації стало урахування специфіки роботи медичних працівників у кризових умовах та високий рівень емоційних навантажень, пов'язаних із професійною діяльністю.

Застосовані психодіагностичні методики дозволили виявити суттєву позитивну динаміку після завершення програми. Було зафіксовано зниження рівня емоційного виснаження, редукції професійних досягнень, симптомів депресії, тривоги та стресу. Одночасно підвищився рівень резилієнтності, зросли показники здатності до адаптації в умовах невизначеності.

Особливо вагомим результатом стало покращення комунікативної взаємодії у колективах та формування груп взаємопідтримки, що зменшило відчуття ізоляції й підвищило згуртованість. Практичні вправи з розвитку навичок саморегуляції (дихальні техніки, медитації, фізична активність) сприяли відновленню внутрішніх ресурсів і створенню індивідуальних стратегій психологічного самозбереження.

Таким чином, проведене дослідження підтвердило ефективність розробленої програми для медичних працівників, які працюють у період воєнного часу. Її застосування дозволяє знизити негативні психоемоційні прояви та підвищити рівень професійної стійкості, що має важливе значення для забезпечення якісної медичної допомоги в екстремальних умовах.

ВИСНОВКИ

У процесі виконання кваліфікаційної роботи була досягнута основна мета дослідження – вивчення психологічних особливостей формування емоційної стійкості медичних працівників у період воєнного часу та розробка практичних підходів до її підвищення. Поставлені завдання дослідження були послідовно реалізовані, що дозволило комплексно розкрити заявлену проблему в теоретичному та емпіричному вимірах.

Актуальність дослідження визначається тим, що в умовах воєнних дій та надзвичайних обставин медичні працівники одні з перших надають допомогу населенню, виконуючи професійні обов'язки в умовах підвищеного ризику, дефіциту ресурсів та постійної психологічної напруги. Це створює унікальний фон для вивчення емоційної стійкості як одного з ключових чинників збереження професійного здоров'я та запобігання деструктивним формам стресових реакцій. Наукова новизна роботи полягає в інтеграції різних підходів до розуміння феномена емоційної стійкості, а практичне значення - у створенні програми корекційно-розвивального спрямування, яку можливо впроваджувати в закладах охорони здоров'я.

Важливо зауважити, що дослідження було здійснене у безпосередньому контексті сучасних викликів, що дозволило відобразити реальні психологічні труднощі, з якими стикаються медики в умовах війни. Це надало змогу не лише проаналізувати теоретичні моделі, а й співвіднести їх із конкретними емпіричними показниками, отриманими у процесі емпіричного дослідження та впровадження програми формування емоційної стійкості медичних працівників. Таким чином, отримані результати дослідження мають прикладну цінність, оскільки можуть бути використані у практиці психологічного супроводу медичного персоналу в умовах війни.

Основні висновки роботи відповідають структурі поставлених завдань і відображають логіку руху від аналізу теоретичних джерел до практичних заходів і рекомендацій:

1. У результаті аналізу наукових джерел і сучасних теоретичних підходів було з'ясовано, що емоційна стійкість є багаторівневою особистісною характеристикою, яка охоплює здатність індивіда регулювати власний емоційний стан, підтримувати когнітивну гнучкість у складних ситуаціях і використовувати як внутрішні, так і зовнішні ресурси для протидії стресу. Професійний стрес медичних працівників визначається комплексом факторів, зокрема високою інтенсивністю навантажень, непередбачуваністю ситуацій, моральною відповідальністю та необхідністю приймати рішення у стислі терміни. У науковій літературі підкреслюється, що поєднання професійного стресу з воєнним контекстом формує унікальний виклик для психіки, який вимагає цілісного підходу до підтримки фахівців.

2. Встановлено психологічні особливості впливу воєнних обставин на психоемоційний стан медиків. Війна призводить до значного зростання рівня тривожності, появи симптомів депресії та посилення емоційного виснаження. Виокремлено різні типи адаптаційних стратегій: у частини медиків домінує уникнення чи дистанціювання від емоційних переживань, у інших – посилена мобілізація внутрішніх ресурсів, що проявляється у високій резильєнтності. Така різноспрямованість реакцій свідчить про необхідність диференційованих програм психологічної підтримки, які враховують індивідуальні особливості та рівень стійкості конкретного працівника.

3. Емпіричне дослідження показало, що середній рівень емоційної стійкості медичних працівників перебуває в межах від помірного до високого, але із вираженими ризиками емоційного вигорання. Застосування комплексу методик (опитувальник Масlach, тест стресостійкості Айзенка, шкала CD-RISC, DASS-21) надало можливість кількісно оцінити загальний рівень стійкості та специфічні прояви стресових реакцій. Було зафіксовано, що тривалі робочі зміни та постійне перебування у ситуації невизначеності істотно впливають на когнітивні й емоційні ресурси, що підтверджує потребу у регулярному моніторингу психологічного стану медичного персоналу.

4. Розроблена та апробована корекційно-розвивальна програма спрямована на формування емоційної стійкості медичних працівників і довела свою ефективність у зниженні рівня тривожності, нормалізації психоемоційного стану та підвищенні впевненості у власних професійних діях. Програма включала індивідуальні та групові форми роботи, спрямовані на розвиток навичок саморегуляції, підвищення рівня усвідомленості та посилення внутрішніх ресурсів. Її практична апробація показала позитивну динаміку у більшості учасників, що підтверджує доцільність подальшого впровадження у систему психологічної підтримки медичних працівників.

5. Практичні рекомендації, розроблені на основі результатів дослідження, систематизовані на трьох рівнях – індивідуальному, колективному та організаційному. На індивідуальному рівні, вони спрямовані на розвиток навичок саморегуляції, рефлексії та формування індивідуальних стратегій збереження психологічного благополуччя. На колективному рівні – передбачають створення груп підтримки, проведення спільних вправ для зміцнення довіри та колегіальні обговорення складних випадків. На організаційному рівні – пропонують запровадження програм психологічної допомоги, систематичні тренінги з розвитку стресостійкості та створення умов для відпочинку персоналу. Такий багаторівневий підхід дозволяє підвищувати індивідуальні ресурси та формувати загальну культуру турботи про психологічне здоров'я у сфері охорони здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Ассонов Д. Емоційне вигорання медичних працівників: моделі, фактори ризику та протективні фактори. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2021. Т. 6. № 2. С. 28-33. DOI: 10.26766/pmgrp.v6i2.295.
2. Балл Г. О. Людина як предмет пізнання у психології. Київ : Либідь, 2019. 280 с.
3. Бегеза Л. Психологічні особливості емоційного вигорання лікарів. *Психологічні перспективи*. 2020. Вип. 36. С. 37-48.
4. Бондар О. Психологічна компетентність як ресурс подолання стресових ситуацій у професійній діяльності. *Психологічні науки*. Київ, 2021. Вип. 12. С. 45-53.
5. Гаврилюк О. І. Соціальний капітал і психологічна резилієнтність. *Науковий вісник ХДУ. Серія «Психологія»*. 2021. Вип. 6. С. 145-156.
6. Головаха І. В. Соціальна психологія особистості. Київ : Інтерпрес, 2018. 276 с.
7. Гончаренко С. Психологічна підтримка медиків у зоні воєнного конфлікту. *Вісник НАПН України*. 2022. Т. 4. № 1. С. 55-63.
8. Гончарук Л. Інноваційні програми підтримки психологічного благополуччя медиків у кризових умовах. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія : Психологічні науки*. Херсон, 2023. № 5. С. 64-72.
9. Гуменюк І. В. Психологічна підтримка персоналу в умовах кризових ситуацій. Київ : Академвидав, 2019. 284 с.
10. Демчук О. Психоемоційні виклики діяльності медиків у період воєнних дій. *Науковий вісник ХДУ. Серія: Психологічні науки*. 2023. № 6. С. 98-107.
11. Донченко О. А. Психологія стресостійкості: монографія. Київ : Академвидав, 2017. 312 с.
12. Донченко О. А. Соціально-психологічна адаптація в умовах війни. Київ : Ін-т психології, 2022. 198 с.

13. Карамушка Л. М. Психологія професійного стресу: монографія. Київ : Либідь, 2019. 312 с.
14. Карамушка Л. М. Психологія управління. Київ : Либідь, 2018. 312 с.
15. Кириченко І. Психологічні стани медичних працівників у кризових умовах. *Психологія і суспільство*. 2022. № 2. С. 45-52.
16. Кікінежді О. М. Гендерні аспекти психологічної стійкості. Тернопіль : Навчальна книга, 2019. 178 с.
17. Коса Т. В. Синдром емоційного вигорання серед медичних працівників. *Медичне сестринство*. 2019. № 3. С. 39-41.
18. Костюк О. Психологічні механізми адаптації особистості в умовах стресу. *Вісник Харківського національного університету ім. В. Н. Каразіна. Серія «Психологія»*. 2018. № 63. С. 45-52.
19. Кочубей І. А. Копінг-стратегії та їх вплив на резилієнтність особистості. *Наукові студії із соціальної та політичної психології*. 2020. Вип. 45. С. 115-127.
20. Кравець І. В. Соціально-психологічні чинники формування професійної ідентичності медичних працівників. *Вісник Львівського університету. Серія : Психологічні науки*. Львів, 2020. Вип. 5. С. 98-107.
21. Кравець О. В., Єхалов В. В., Станін Д. М. Стрес-адаптація медичних працівників за умов воєнного часу. *Science, innovations and education: problems and prospects*. 2022. April 6-8. С. 74-80.
22. Лимар Л. Є., Каршунова А. С. Професійні компетенції та особистісні якості медичних сестер. *Медсестринство*. 2020. № 4. С. 27-29.
23. Лукомська С. О. Ресурсний підхід до подолання кризових ситуацій / Психологічні технології ефективного функціонування та розвитку особистості : монографія / за ред. : С. Д. Максименка, С. Б. Кузікової, В. Л. Зливкова. Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2019. С. 402-420.

24. Литвин М. Емоційне вигорання як наслідок тривалої професійної напруги в умовах воєнних дій. *Психологія і суспільство*. Тернопіль, 2022. № 3. С. 112-119.
25. Ложкін Г. В. Психологія стресу і кризи. Київ : Педагогічна думка, 2016. 267 с.
26. Максименко С. Д. Загальна психологія. Київ : КМ Академія, 2020. 400 с.
27. Максименко С. Д., Чепелева Н. В. Особистість у кризових ситуаціях: монографія. Київ : Інтерсервіс, 2021. 284 с.
28. Макарова О. П., Червоний П. Д. Сутність стресу та його вплив на організм людини в екстремальних умовах. *Габітус*. Випуск 46. 2023. С. 222-226.
29. Марута Н., Хаустова О., Попов Д. Психосоматичні стани під час війни. *Український медичний часопис*. 2022. № 5 (151). С. 24-29. DOI: 10.32471/umj.1680-3051.151.233846.
30. Мельник Т. Копінг-стратегії як чинник подолання емоційного вигорання у медичних працівників. *Психологія і суспільство*. Тернопіль, 2021. № 4. С. 73-81.
31. Мельничук Т. Соціально-психологічні аспекти діяльності лікарів в умовах кризи. *Соціальна психологія*. 2021. № 3. С. 12-20.
32. Москаленко В. В. Соціальна психологія : підручник. Київ : Центр учбової літератури, 2008. 688 с.
33. Пузирьов Є. В., Лаптев І. М. Психологічні особливості професійного вигорання фахівців в умовах війни в Україні. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Психологія*. С. 185-189.
34. Петренко О. Резилієнтність як ресурс професійної діяльності медичних працівників. *Актуальні проблеми психології*. 2020. Т. 7. Вип. 15. С. 89-97.
35. Пінчук І. Я. Психологія кризової резилієнтності: монографія. Київ : Видавництво НПУ, 2022. 254 с.

36. Потапов С. О., Шульга Д. М. Психологічний аналіз професійно важливих якостей медиків у сучасних реаліях воєнного стану в Україні. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ*. № 2. 2024. С. 53-60.
37. Роменець В. А. Основи психології. Київ : Либідь, 2017. 632 с.
38. Савчин М. В. Психологія особистості: навчальний посібник. Львів : Світ, 2020. 412 с.
39. Савчин М. В. Психологія стресостійкості. Львів : Видавництво ЛНУ, 2021. 198 с.
40. Снісар О. Вплив сформованості професійно важливих якостей на фахову підготовку майбутніх лікарів : кол. монографія. 2022. С.161-194.
41. Сидоренко А. Психоемоційна грамотність у професійній діяльності: можливості формування. *Вісник Київського національного університету. Серія : Психологія*. Київ, 2022. Вип. 7. С. 122-130.
42. Тарасова Н. В. Психологічні основи формування стресостійкості у професійній діяльності. Харків : Основа, 2019. 254 с.
43. Титаренко Т. М. Життєві кризи та ресурси особистості. Київ : Либідь, 2018. 312 с.
44. Толмачевська В. Особливості психоемоційного напруження у медичних працівників з урахуванням гендерних факторів та стажу роботи. *Психологія праці*. 2021. Вип. 32. С. 166-170.
45. Харченко С. Я. Емоційна стійкість особистості в умовах кризи. *Психологія і суспільство*. 2021. № 1. С. 92-98.
46. Цимбалюк М., Жигайло Н. Рівень резилієнтності студентів під час воєнного стану. *Проблеми сучасної психології*. Вип. 45. Суми, 2024. С. 131-139.
47. Чепелева Н. В. Психологічна допомога особистості в кризових ситуаціях. Львів : Видавництво ЛНУ, 2021. 221 с.
48. Чепурна Н. Психологічні ресурси емоційної саморегуляції особистості. *Проблеми сучасної психології*. 2019. Вип. 45. С. 144-151.

49. Joachim M. V. Emotional resilience and sense of danger among physicians in conflict zones. *International Journal of Health Policy and Management*. 2024. № 6. C. 1-10.

50. Joseph G. Mental health, resilience, and physical activity in conflict-affected evacuees. *Journal of Conflict and Health*. 2025. № 1. C. e12345707.

51. Kang H. Psychological resilience of mental health workers during the Russia-Ukraine war. *Psychiatric Clinics of Care*. 2024. № 2. C. 64-72.

ДОДАТКИ

Додаток А

Опитувальник емоційного вигорання (К. Масlach, С. Джексон; адаптація Н. Є. Водоп'янової)

Призначення – вивчення ступеня професійного “вигорання”

Інструкція. Дайте відповідь, будь ласка, як часто у Вас виникають почуття, перелічені нижче в опитувальнику. Для цього на бланку для питань відмітьте з кожного пункту варіант відповіді: “ніколи”; “дуже рідко”; “деколи”; “часто”; “дуже часто”; “кожний день”.

Опитувальник

1. Я почуваю себе 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 відчують 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 вмію 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.
10. 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 ким-небудь 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 справляюсь з емоційними проблемами.
22. Останнім часом я бачу, що друзі і підлеглі все частіше перекладають на мене тягар своїх проблем та обов'язків.

Опрацювання даних

Опитувальник має три шкали: “емоційне виснаження” (9 тверджень), “деперсоналізація” (5 тверджень) і “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.

“Емоційне виснаження” – відповіді “так” на запитання 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20 (максимальна сума балів – 54).

“Деперсоналізація” – відповіді “так” на запитання 5, 10, 11, 15, 22 (максимальна сума балів – 30).

“Редукція особистих досягнень” – відповіді “так” на запитання 4, 7, 9, 12, 17, 20, 19, 21 (максимальна сума балів – 48).

Чим більша сума балів з кожної шкали окремо, тим більше в опитуваного виражені різні сторони “вигорання”. Про важкість “вигорання” свідчить сума балів усіх шкал.

Додаток Б

**ТЕСТ НА ВИЗНАЧЕННЯ СТРЕСОСТІЙКОСТІ ТА
ТОЛЕРАНТНОСТІ ДО НЕВИЗНАЧЕНОСТІ**

(Г. Айзенк, модифікація українськими психологами)

Тест допоможе дізнатися, наскільки ви готові до викликів майбутнього. На кожне запитання треба дати відповіді, використовуючи 10-бальну шкалу, де 1 – це рідко, а 10 – часто.

Як часто ви потребуєте визначеності й кажете «Мені потрібно точно знати»?

Як часто ви оцінюєте ситуацію однозначно? Наприклад, «Це жахлива/найкраща ідея».

Як часто ви вибираєте комфортні обставини? («Це моя тема».)

Як часто ви відкидаєте все незвичайне? («Я не звик до такого».)

Як часто ви прагнете швидше закінчити поточну справу? («Давайте перейдемо до наступного питання».)

Якщо в результатах більше 30 балів, то вам необхідні визначеність і контроль. Дивні нові речі й невизначеність викликають у вас роздратування, неприйняття і, можливо, розгубленість. Невизначеність може бути джерелом тривоги. Але, швидше за все, в одних сферах ви більш стійкі, ніж в інших. І це хороша новина. А що робити з тими сферами, які спричиняють тривогу своєю невизначеністю?

Психологи пропонують дві основні стратегії, які можна застосовувати у відповідь на умови невизначеності:

1. Самостійне створення визначеності в разі, якщо це можливо.

Наприклад, перед людиною стоїть складне завдання. І є розуміння, яким має бути результат, але немає готового алгоритму процесу. Щоб взяти ситуацію під контроль, можна розробити план з виконання завдання. За необхідності цей план можна коригувати, але базові сценарії будуть зберігатися, що допоможе людині досягти мети.

2. Безумовне прийняття невизначеності як факту, на який неможливо вплинути.

Цей сценарій підходить, якщо людина стикається з ситуацією, яку не здатна змінити або на яку не може вплинути. У такому разі важливо зуміти прийняти її й сконцентруватися на виконанні інших завдань, ніж на переживанні стресу, спричиненому самим станом невизначеності.

Додаток В

Шкала резилієнтності CD-RISC

(D. Connor, J. Davidson)

Шкала резильєнтності Коннора-Девідсона-10 (Campbell-Sills & Stein, 2007; Школіна та ін., 2020), включає 10 найбільш інформативних пунктів повної шкали з 25 пунктів. Відповідно, вона складається з 10 тверджень, відповіді на які даються за п'ятибальною шкалою Лайкерта (від «повністю невірно» = 0 до «вірно майже у всіх випадках» = 4).

Дослідницький бланк Шкали резильєнтності Коннора-Девідсона-10

Ім'я та прізвище _____ *Дата* _____

Інструкція: Вам пропонується оцінити себе за 10 твердженнями, обвівши кружечком відповідну цифру:

0 = повністю невірно

1 = зрідка вірно

2 = вірно час від часу

3 = часто вірно

4 = вірно майже у всіх випадках

Повністю	Вірно майже у
невірно	всіх випадках

1. Здатний адаптуватися до змін

2. Можу впоратися з усім, що трапиться

3. Дивлюся на речі з гумористичного боку

4. Впевнений, що подолання стресу зміцнює

5. Швидко відновлююсь після хвороби або
труднощів

6. Можу досягти своїх цілей не зважаючи на

перепони

7. Під тиском зосереджуюсь і думаю ясно 0

8. Важко розчарувати невдачею 0

9. Думаю про себе як про сильну людину 0

10. Можу впоратися з неприємними 0

почуттями

Обробка результатів

Кількісний показник резильєнтності за методикою складає сума балів за 10 твердженнями (від 0 до 40).

Для визначення нормативних діапазонів *інтерпретації* індивідуальних результатів за Шкалою резильєнтності також використані результати вищезгаданого Всеукраїнського опитування «Твоя життєстійкість в умовах війни» (таблиця 5), що було проведеного в червні-липні 2022 р. за участі 1257 респондентів (Кокун, 2022). При нормуванні кількісних меж п'яти градацій рівня резильєнтності використовувався крок у 20% отриманого розподілу показників на всій вибірці.

Таблиця 1

Нормативні показники рівня резильєнтності (у балах)

№	Рівень резильєнтності	Бали	Відповідний діапазон за відсотковим розподілом вибірки
1	Низький	0 – 15	0 – 20 %
2	Нижчий за середній	16 – 20	21 – 40 %
3	Середній	21 – 25	41 – 60 %
4	Вищий за середній	26 – 30	61 – 80 %
5	Високий	31 – 40	81 – 100 %

Показники стандартизації адаптованої нами версії Шкали резильєнтності за цією вибіркою наведено у таблиці 2.

Таблиця 2

Показники стандартизації Шкали резильєнтності Коннора-Девідсона-10
(доросле населення України, червень-липень 2022 р., $N = 1257$)

Показник	M	SD	Асиметрія	Екстес
Рівень резильєнтності	22,86	7,93	-,30	-,40

Коефіцієнт Кронбаха (α) десяти пунктів шкали склав 0,89, що свідчить про її високу внутрішню узгодженість. За показником резильєнтності наявні статеві відмінності, які свідчать про достовірно вищий ($p < 0,001$) його рівень у чоловіків (таблиця 7).

Таблиця 3

Статеві відмінності Шкали резильєнтності Коннора-Девідсона-10
(доросле населення України, червень-липень 2022 р., $N = 1257$)

Показник	Стать	M	SD	t	$p <$
Рівень резильєнтності	чол.	23,91	8,21	3,25	,001
	жін.	22,36	7,75		

Також у показника резильєнтності на тій же вибірці встановлено достовірні ($p < ,001$) кореляційні зв'язки з низкою позитивних (таблиця 8) та негативних (таблиця 9) психодіагностичних показників. Кореляційні зв'язки рівня резильєнтності з показниками професійної життєстійкості було наведено раніше у таблиці 4.

Таблиця 4

**Взаємозв'язки рівня резильєнтності з показниками
самоефективності та посттравматичного зростання (N = 1257)**

Показник	Самоефективність	Загальний показник зростання	Стосунки з оточуючими	Нові можливості	Особистісне зміцнення	Духовні та екзистенційні зміни	Попитування життя
Рівень резильєнтності	,42	,33	,33	,27	,31	,28	,31

Примітка: всі кореляції достовірні на рівні $p < ,001$

Таблиця 5

**Взаємозв'язки рівня резильєнтності з кількістю симптомів ПТСР
та соматичних скарг (N = 1257)**

Показник	Кількість симптомів ПТСР	Виснаження	Шлункові скарги	Болі в різних частинах тіла	Серцеві скарги	Загальна кількість соматичних скарг
Рівень резильєнтності	-,45	-,36	-,17	-,22	-,23	-,30

Примітка: всі кореляції достовірні на рівні $p < ,001$

Додаток Г**МЕТОДИКА ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ТРИВОЖНОСТІ, ДЕПРЕСІЇ
ТА СТРЕСУ DASS-21**

(S. Lovibond, P. Lovibond)

Версія українською мовою для користування у веб інтерфейсі тестової платформи Start компанії ТОВ «ЮЕЙ-ТЕСТ».

Керівництво версія 1.0 (29 квітня 2025 р.)

Всі права застережено.

Розробники тесту: Peter Lovibond and Sydney Lovibond, 1995

Автори української адаптації:

Інна Галецька, кандидатка психологічних наук, доцентка. Марина Кліманська, кандидатка психологічних наук, доцентка. Марія Перун, кандидатка психологічних наук, доцентка.

Кафедра психології, Львівський національний університет імені Івана Франка.

Захист особистих немайнових і майнових прав суб'єктів авторського права і (або) суміжних прав здійснюється в порядку, встановленому адміністративним, цивільним і кримінальним законодавством України.

Загальний огляд

Методика DASS-21 (Depression Anxiety Stress Scale 21) використовується для визначення рівня вираженості трьох основних негативних емоційних станів: депресії, тривоги та стресу. Вперше її розробили у 1995 році психологи Петер та Сідней Ловібонди. Початкова версія включала 42 твердження, однак згодом з'явився скорочений варіант, який налічує 21 пункт.

Ця методика охоплює три окремі шкали, кожна з яких містить по 7 запитань, спрямованих на виявлення специфічних емоційних проявів.

- **Шкала депресії** охоплює такі стани, як пригнічення, втрата сенсу життя, самознецінення, відсутність інтересу, нездатність відчувати

задоволення (ангедонія) та млявість.

- **Шкала тривоги** вимірює фізіологічні ознаки збудження, напруження м'язів, відчуття тривоги в конкретних ситуаціях і загальне суб'єктивне занепокоєння.

- **Шкала стресу** дозволяє оцінити хронічне психоемоційне напруження, включно з труднощами у розслабленні, дратівливістю, імпульсивністю, підвищеною збудливістю та нетерплячістю.

Враховуючи просту мову, яка використовується в опитувальнику, тест може бути заповнений приблизно за 5-10 хвилин. Розробники DASS-21 стверджують, що тест можна використовувати для осіб з 14 років, за умови типових мовних навичок (однак слід пам'ятати, що нижня вікова межа вибірки для розробки становила 17 років).

Основна цінність DASS-21 в клінічних умовах полягає у визначенні джерела емоційних розладів в рамках більш широкого завдання клінічної оцінки.

Даний опитувальник не є єдиною підставою для встановлення діагнозу, але дозволяє чітко визначити наявні ознаки депресії, тривоги чи стресу та визначити певні занепокоєння респондента. Може застосовуватися лікарями первинної ланки, а також психологом, психотерапевтом, психіатром. При використанні DASS-21 як скринінговий інструмент рекомендується подальша поглиблена діагностика, якщо зафіксовано важкий або дуже важкий ступінь тяжкості одного із показників. Додатково слід зазначити, що жоден з пунктів DASS-21 не стосується суїцидальних тенденцій, оскільки було встановлено, що такі пункти не впливають на жодну шкалу. Тож досвідчений клініцист у разі підвищення показників має додатково визначити ризик суїциду у осіб із серйозними розладами.

Відомості про розробника

DASS була описана Ловібондом та ін. у 1983 році. Коротша версія, DASS-21, є похідною від розробки DASS. До Ентоні М.М та ін., 1998,

вимірювальні властивості ніколи не оброблялися в короткій версії DASS. У деяких попередніх публікаціях шкали DASS іноді називають опитувальником самоаналізу (SAQ).

Інформація про українську версію опитувальника

Адаптацію методики DASS 21 українською мовою здійснено:

- Інна Галецька, кандидат психологічних наук, доцент.
- Марина Кліманська, кандидат психологічних наук, доцент.
- Марія Перун, кандидат психологічних наук, доцент.

Кафедра психології, Львівський національний університет імені Івана Франка

Також українська версія самого опитувальника опублікована в Уніфікованому клінічному протоколі первинної та спеціалізованої медичної допомоги (УКПМД) «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації».

Даний УКПМД розроблений мультидисциплінарною робочою групою на основі клінічної настанови «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації» з урахуванням сучасних міжнародних рекомендацій, в якому розглядаються питання медичної допомоги пацієнтам з гострою реакцією на стрес (ГРС) та посттравматичним стресовим розладом (ПТСР).

Валідність та надійність

В оригінальному дослідженні розробників DASS-21 було розроблено з використанням вибірки студентів університету, а елементи згодом перевірялися на валідність щодо амбулаторних груп, включаючи пацієнтів, які страждають від тривоги, депресії та інших психічних розладів (Lovibond & Lovibond, 1995).

Внутрішня надійність загальної шкали становить 0,93. Для шкали депресії надійність становить 0,88; 0,82 для шкали тривоги та 0,90 для шкали стресу (Henry & Crawford, 2005). Підтверджувальний факторний аналіз (CFA)

підтвердив, що DASS-21 має чотирифакторну структуру – три субшкали та загальний фактор психологічного стресу, який визначається загальним балом (Henry & Crawford, 2005). Ця модель була найкращою з протестованих і забезпечила хорошу відповідність моделі ($\chi^2 = 893,7$, $df = 162$, $CFI = 0,94$, $SRMR = 0,03$, $RMSEA = 0,05$). Конструктну валідність підтверджено кореляціями з іншими показниками депресії, тривоги та стресу, що вказує на помірні та сильні зв'язки (Brown et al., 1997). Коефіцієнти надійності тесту через повторне тестування протягом двотижневого інтервалу були визнані задовільними, коливаючись від 0,71 до 0,81 для шкали депресії, від 0,74 до 0,81 для шкали тривоги та від 0,81 до 0,89 для шкали стресу (Antony et al., 1998).

DASS-21 був широко нормований, з даними, використаними для цілей інтерпретації на основі вибірки 1794 (815 чоловіків, 979 жінок) не клінічних дорослих (віком від 18 до 91 року; Henry & Crawford, 2005). Процентиль загального психологічного дистресу (загальна оцінка) базується на даних Henry & Crawford (середнє = 9,43, $sd = 9,66$). Процентилі субшкали базувалися на оригінальних даних Ловібонда та Ловібонда (1995) ($n = 1044$ чоловіки, 1870 жінок; 17–69 років).

Основні психометричні показники української версії методики свідчать про її відповідність вимогам. Внутрішня узгодженість шкал становить: шкала Депресії - альфа Кронбаха (α Cronbach's) 0,849 та омега МакДоналда (McDonald's ω) 0,850; для шкали Тривоги альфа 0,839, омега 0,842; для шкали Стресу альфа становить 0,875, омега 0,877; альфа для загального DASS-21 становить 0,926, омега 0,926.

Конфірматорний факторний аналіз для трьох корельованих факторів DASS-21 виявив, що фіт майже сягав задовільного рівня $CFI = 0,877$, водночас $SRMR = 0,065$ і $RMSEA = 0,078$ вказували на прийнятність моделі. Додаткові модифікації, внесені з використанням індексів модифікації для визначення істотних корельованих термінів залишкової помилки, дають підстави оцінити модель DASS-21 як хорошу та прийнятну ($CFI = 0,926$; $SRMR = 0,053$ і

RMSEA = 0,065). Дескриптивний аналіз показників шкал на основі даних дослідження 235 осіб: для шкали M=5,99, Депресія - M=6,95, Std.Dev.=4,75, q1=3,0, q2=6,0, q3=9,0; для шкали Тривожність - Std.Dev.=4,97, q1=2,0, q2=5,0, q3=9,0; для шкали Стрес – M=9,89, Std.Dev.=5,37, q1=5,0, q2=9,0, q3=14,0.

Формат проведення

Адміністрування DASS-21 здійснюється за допомогою системи START, платформи онлайн-оцінювання UA-TEST. Це опитувальник для самозвіту, який може бути заповнений респондентом онлайн, або зачитаний йому особисто чи по телефону. Його можна заповнити приблизно за 10 хвилин. Важливо, щоб респондент самостійно відповідав на питання DASS-21. В опитувальнику респондентові пропонується за допомогою чотирибальної шкали оцінити, наскільки часто ті чи інші симптоми проявлялися протягом останніх семи днів (“Ніколи”, “Іноді”, “Часто”, “Майже завжди”). Підрахунок результатів відбувається системою START автоматично.

Інтерпретація результатів

DASS-21 базується на розмірній, а не категоріальній концепції психологічного розладу. Припущення, на якому базувалася розробка DASS (і яке було підтверджено даними досліджень), полягає в тому, що відмінності між депресією, тривогою та стресом, які відчувають нормативні респонденти та особи з клінічної вибірки, є по суті відмінностями ступеня. Тому DASS-21 не має прямого впливу на розподіл пацієнтів за окремими діагностичними категоріями, передбаченими в класифікаційних системах, таких як DSM та МКХ. Однак у DASS-21 все ж наведено рекомендовані межі для традиційних позначень ступеня тяжкості (нормальний, помірний, тяжкий).

Рівень показника	Депресія	Тривога	Стрес
Нормальний	0-4	0-3	0-7

Легкий	5-6	4-5	8-9
Помірний	7-10	6-7	10-12
Важкий	11-13	8-9	13-16
Дуже важкий	>14	>10	>17

Шкала депресії тесту DASS-21 оцінює:

- самозневагу,
- пригніченість, похмурість,
- переконаність у тому, що життя не має сенсу чи цінності,
- песимістичний погляд у майбутнє,
- нездатність відчувати насолоду чи задоволення,
- нездатність зацікавитися чимось чи залучитись до чогось,
- безініціативність, повільність.

Шкала тривоги тесту DASS-21 оцінює:

- тривожність, панічність,
- тремтіння,
- відчуття сухості в роті, утруднення дихання, серцебиття,

пітливість долонь,

- занепокоєння щодо можливості втрати контролю та його

продуктивності.

Шкала стресу DASS-21 оцінює:

- перезбудження, напругу,
- нездатність розслабитися,
- образливість, легку засмучуваність,
- дратівливість,
- лякливість,
- нервовість, вередливість,
- нетерпимість до затримки чи переривання

Який зв'язок між діагнозами DASS та DSM?

З точки зору традиційних діагностичних класифікацій, таких як DSM-IV, шкала тривожності DASS найбільше відповідає критеріям симптомів для різних тривожних розладів, за винятком генералізованого тривожного розладу (ГТР).

Шкала депресії DASS досить близько відповідає розладам настрою, хоча діагностичні критерії для цих розладів включають багато симптомів, які були відхилені під час розробки DASS як неспецифічні для депресії (наприклад, почуття провини, зміна апетиту).

Шкала стресу, спочатку названа «напруга/стрес», вимірює синдром, який факторіально відрізняється від депресії та тривоги, характеризуючись нервовою напругою, труднощами з розслабленням та дратівливістю. Вона досить близько відповідає критеріям симптомів DSM-IV для генералізованого тривожного розладу (ГТР).

Хоча шкалу стресу можна відрізнити від депресії та тривоги за допомогою факторного аналізу, важливо зазначити, що всі три шкали помірно взаємопов'язані.

Психометрично, DASS суттєво відрізняється від діагностичних інструментів тим, що відображає основну безперервність тяжкості симптомів у популяції. Оцінки за шкалою DASS є радше вимірними, ніж категоріальними.

Додаток Д

**КОРЕКЦІЙНО-РОЗВИВАЛЬНА ПРОГРАМА
ФОРМУВАННЯ ЕМОЦІЙНОЇ СТІЙКОСТІ МЕДИЧНИХ
ПРАЦІВНИКІВ У ВОЄННИЙ ЧАС**

Метою програми є зміцнення психологічної стійкості, зниження рівня дистресу та формування практичних стратегій подолання професійних викликів.

Програма складається з циклу занять, які поєднують елементи психоосвітніх лекцій, групових дискусій, вправ на розвиток емоційної усвідомленості, дихальних та релаксаційних практик, а також методів когнітивно-поведінкової корекції. Вона включає низку тематичних блоків: «Розпізнавання симптомів вигорання», «Техніки швидкої стабілізації в умовах стресу», «Формування толерантності до невизначеності», «Розвиток навичок самодопомоги та взаємопідтримки». Окрему увагу приділено *ресурсним практикам* (візуалізація, техніки «заземлення», методи позитивної рефлексії), які дозволяють підвищити психологічну гнучкість і адаптивність.

Програма складається з п'яти зустрічей тривалістю 2,5–3 години, оптимальна кількість учасників у групі – до 12 осіб. Заняття проводяться у формі тренінгової роботи, з активним залученням учасників у парні та групові вправи. Це дає змогу не лише отримати знання, але й відпрацювати практичні навички в умовах, наближених до професійної діяльності.

Залучення медичних працівників до програми психологічної підтримки має ключове значення, адже від рівня їхнього емоційного стану залежить якість медичної допомоги, взаємодія з пацієнтами та загальний стан системи охорони здоров'я в кризових умовах. Відсутність належної профілактики вигорання призводить до зниження ефективності роботи та підвищує ризик професійної дезадаптації.

Сьогодні існує низка міжнародних практик, спрямованих на підтримку медиків у кризових ситуаціях, серед яких індивідуальні консультації, групова супервізія, програми розвитку резилієнтності та мікротехніки релаксації. Запропонована нами програма інтегрує зарубіжний та український досвід, але адаптована під умови воєнного часу в Україні. Вона орієнтована на формування у медиків надійних інструментів саморегуляції, розвиток колективної підтримки та підвищення особистісних ресурсів.

Кожна зустріч програми має власні завдання й акценти: від базової психоосвіти до відпрацювання технік стрес-менеджменту та вправ на підвищення командної згуртованості. Основними очікуваними результатами є зниження рівня емоційного вигорання, зменшення проявів тривожності та стресу, підвищення показників резилієнтності та толерантності до невизначеності.

Корекційно-розвивальна програма формування емоційної стійкості медичних працівників у воєнний час представлена у таблиці 1.

Таблиця 1

**Структура корекційно-розвивальної програми
формування емоційної стійкості медичних працівників у воєнний
час**

№	Тема заняття	Тривалість	Основні форми роботи	Очікувані результати
1	Психоосвіта: емоційне вигорання та стрес у професійній діяльності	2 години	Міні-лекція, групова дискусія, самооцінка власних симптомів	Усвідомлення проявів вигорання, розуміння його стадій і наслідків
2	Техніки саморегуляції та швидкої стабілізації	2 години 30 хв	Дихальні вправи, «заземлення», методика «5–4–3–	Зменшення рівня тривожності, відпрацювання

№	Тема заняття	Тривалість	Основні форми роботи	Очікувані результати
			2–1»	навичок швидкого відновлення
3	Розвиток резилієнтності та внутрішніх ресурсів	2 години	Візуалізація ресурсних станів, вправи «Колесо ресурсів», групові обговорення	Підвищення психологічної гнучкості, формування стратегій подолання
4	Командна взаємопідтримка та толерантність до невизначеності	2 години 15 хв	Рольові ігри, кейс-аналіз професійних ситуацій, вправи на довіру	Посилення згуртованості колективу, формування стратегії взаємодопомоги
5	Інтеграція навичок та планування програми самодопомоги	2 години	Індивідуальна робота з картками «Мій план відновлення», групова рефлексія	Закріплення навичок, формування індивідуальних стратегій профілактики вигорання

День 1. Психосвіта: емоційне вигорання та стрес у професійній діяльності

- **Мета:** ознайомити учасників із поняттями емоційного вигорання, стресу та їхнім впливом на професійну діяльність у воєнний час.
- **Міні-лекція:** «Психоемоційні виклики роботи медиків у кризових умовах».

- **Практичні вправи:** самодіагностика власного рівня стресу й вигорання (заповнення анкет-щоденників), створення індивідуальної карти стрес-факторів.
- **Групова дискусія:** обговорення найпоширеніших стресових ситуацій у роботі лікарів та медсестер, виявлення спільних труднощів.

День 2. Техніки саморегуляції та швидкої стабілізації

- **Мета:** навчити базових технік управління стресовим станом.
- **Міні-лекція:** «Фізіологічні та психологічні механізми стресу».
- **Практичні вправи:** дихальні техніки (метод «коробкового дихання»), вправи на прогресивну м'язову релаксацію, короткі медитативні практики.
- **Групова дискусія:** ділення особистим досвідом використання технік релаксації у складних умовах.

День 3. Розвиток резилієнтності та внутрішніх ресурсів

- **Мета:** розвинути здатність адаптуватися до непередбачуваних ситуацій.
- **Міні-лекція:** «Толерантність до невизначеності як ключовий ресурс професійної діяльності».
- **Практичні вправи:** моделювання кризових ситуацій з медичної практики, відпрацювання алгоритмів швидкого прийняття рішень в умовах браку інформації.
- **Групова дискусія:** колективний аналіз кейсів «невизначених ситуацій» і спільний пошук рішень.

День 4. Командна взаємопідтримка та толерантність до невизначеності

- **Мета:** зміцнити психологічну гнучкість та відновлюваність.
- **Міні-лекція:** «Резилієнтність: сучасні підходи до розвитку психологічної стійкості».
- **Практичні вправи:** техніка «ресурсне коло» (ідентифікація власних джерел підтримки), рольові ігри на формування навичок подолання кризових станів.
- **Групова дискусія:** обговорення індивідуальних ресурсів і способів їх мобілізації під час тривалого стресу.

День 5. Інтеграція навичок та планування програми самодопомоги

- **Мета:** закріпити набуті знання та виробити індивідуальний план емоційного самозбереження.
- **Міні-лекція:** «Стратегії довготривалого збереження психоемоційної стабільності».
- **Практичні вправи:** складання персонального «плану психологічної підтримки», командні вправи на розвиток взаємодопомоги та підтримки в колективі.
- **Групова дискусія:** підбиття підсумків програми, формування спільних рекомендацій для медичних закладів.

Таким чином, програма орієнтована на комплексний вплив: від усвідомлення проблеми до оволодіння інструментами подолання стресу та формування довготривалої емоційної стійкості. Вона має практичний потенціал для широкого використання у медичних колективах, що працюють в умовах воєнного стану.

Опис зустрічей

День 1. Усвідомлення впливу стресу та вигорання

Вступ (10 хв.):

Тренер вітає учасників і пропонує коротку вправу «Стан тут і тепер»: кожен називає ім'я та одне слово, яке описує його емоційний стан. Це створює атмосферу довіри. Тренер підкреслює: *«Усі відповіді правильні. Сьогодні ми будемо вчитися краще розуміти, що відбувається з нами в умовах роботи під час війни»*.

Міні-лекція «Психоемоційні виклики роботи медиків у кризових умовах» (20 хв.):

Тренер пояснює поняття емоційного вигорання, стресу та їхній вплив на ефективність медичної діяльності. Використовує приклади: нестача ресурсів у лікарні, робота під обстрілами, високий потік пацієнтів. Подача матеріалу інтерактивна: *«Хто з вас відчував виснаження після нічного чергування? Які симптоми помічали?»*.

Вправа «Анкета-щоденник» (20 хв.):

Інструкція: кожен отримує бланк із запитаннями («Що мене виснажує?», «Які прояви стресу я відчуваю?», «Що допомагає відновитися?»). Тренер каже: *«Ці записи для вас особисто. Це перший крок до усвідомлення власного стану»*. Після заповнення кілька учасників можуть добровільно поділитися.

Вправа «Карта стрес-факторів» (30 хв.):

Учасники малюють схему: в центрі – «Я на роботі», навколо – фактори стресу. Використовують кольори: червоний – сильні, жовтий – середні, зелений – слабкі. Потім у парах розповідають одне одному, що для них найскладніше. Тренер підкреслює: *«Ви бачите, що є фактори, які повторюються. Це означає, що ви не самі у своїх труднощах»*.

Групова дискусія (20 хв.):

Тренер ставить запитання: *«Які фактори найчастіше зустрічаються у вашій*

роботі? Чи можемо ми знайти спільні риси?». Всі обговорюють, а тренер записує на дошці ключові.

Підсумки (10 хв.):

У колі кожен називає одну думку чи відкриття дня. Тренер завершує словами: *«Ми зробили перший крок: навчилися бачити, що саме нас виснажує. Завтра ми почнемо освоювати техніки саморегуляції».*

День 2. Навички саморегуляції та релаксації

Вступ (5 хв.):

Тренер нагадує попередній день і каже: *«Сьогодні ми будемо шукати практичні інструменти, які допоможуть відновлювати сили навіть під час зміни чи після важкого виклику».*

Міні-лекція «Фізіологічні та психологічні механізми стресу» (15 хв.):

Коротке пояснення: як реагує нервова система на небезпеку, чому з'являється напруга в тілі, як це впливає на прийняття рішень у медиків.

Вправа «Коробкове дихання» (15 хв.):

Тренер демонструє: *«Вдих – 4 секунди, затримка – 4, видих – 4, затримка – 4. Повторіть разом зі мною 5 циклів».* Після виконання тренер запитує: *«Що ви відчули у тілі?».*

Вправа «Прогресивна м'язова релаксація» (20 хв.):

Тренер: *«Напружіть усі м'язи рук на 5 секунд, потім різко розслабте. Те саме з плечима, обличчям, ногами. Повторимо тричі».* Пояснює, що ця техніка допомагає швидко знімати напругу після критичних випадків у лікарні.

Вправа «Коротка медитація» (10 хв.):

Тренер: *«Закрийте очі, зосередьтесь на диханні. Уявіть, що з кожним вдихом у вас входить спокій, а з видихом виходить напруга».*

Групова дискусія (15 хв.):

Учасники діляться, які техніки для них були найбільш ефективними. Тренер підкреслює: *«У кожного з вас тепер є щонайменше один метод швидкого відновлення».*

Підсумки (5 хв.):

Учасники називають, яку техніку вони готові застосувати вже завтра на роботі.

День 3. Розвиток стресостійкості та толерантності до невизначеності

Вступ (5 хв.):

Тренер: *«Ми вже знаємо, як знімати напругу. Тепер навчимося діяти в умовах невизначеності, що дуже актуально для медицини під час війни».*

Міні-лекція «Толерантність до невизначеності як ресурс» (15 хв.):

Приклади: непередбачуваний потік пацієнтів, брак ресурсів, необхідність швидко приймати рішення.

Вправа «Симуляція кризової ситуації» (30 хв.):

Тренер описує кейс: *«В лікарню одночасно надходить кілька поранених. Ліків обмаль. Як будете діяти?».* Учасники працюють у малих групах, шукають рішення. Після – коротка презентація варіантів.

Вправа «Алгоритм швидких рішень» (15 хв.):

Тренер пропонує модель: 1) оцінити ситуацію; 2) визначити пріоритети; 3) зробити дію. Кожен тренується на коротких кейсах.

Групова дискусія (20 хв.):

Обговорюється, що допомагає залишатися зібраним у хаосі. Тренер підсумовує: *«Невизначеність не зникне, але ви вже маєте інструменти діяти в ній упевнено».*

Підсумки (10 хв.):

Коло вражень: кожен називає одну нову ідею чи підхід, який спробує на практиці.

День 4. Формування резилієнтності та внутрішніх ресурсів

Вступ (5 хв.):

Тренер нагадує: *«Резилієнтність – це здатність відновлюватися після ударів долі. Сьогодні ми будемо шукати наші особисті ресурси».*

Міні-лекція «Резилієнтність як основа психологічної стійкості» (15 хв.):

Приклади з досліджень медиків у кризових умовах.

Вправа «Ресурсне коло» (30 хв.):

Учасники малюють коло, ділять його на сектори: «люди», «цінності», «досвід», «щоденні дрібниці». Тренер каже: *«Запишіть, що підтримує вас у кожній категорії. Це ваша особиста мапа ресурсів».* Потім – робота в парах: обмін картами.

Рольові ігри (20 хв.):

Тренер модерує сценки: конфлікт із колегою, втома після зміни, агресивний пацієнт. Учасники вчаться відстоювати межі, зберігати спокій.

Групова дискусія (15 хв.):

Обговорюється: які ресурси найсильніші, як їх активувати у складний момент.

Підсумки (10 хв.):

Коло: кожен називає ресурс, який буде використовувати вже цього тижня.

День 5. Інтеграція навичок та планування подальшої підтримки

Вступ (5 хв.):

Тренер: *«Останній день – це підсумок. Ми інтегруємо навички і подумаємо, як підтримувати себе надалі».*

Міні-лекція «Стратегії довготривалого збереження стабільності» (15 хв.):

Поради щодо балансування між роботою і відпочинком, роль колективної підтримки.

Вправа «Персональний план підтримки» (30 хв.):

Учасники отримують шаблон, де прописують: «Мої три тригери», «Мої три ресурси», «Мої дії у стресовій ситуації». Тренер каже: *«Це ваша інструкція самодопомоги».*

Вправа «Командна взаємодопомога» (20 хв.):

Учасники в групах створюють «кодекс підтримки»: що кожен може робити для колег (наприклад, замінити на зміні, вислухати, нагадати про відпочинок).

Групова дискусія (20 хв.):

Обговорюються результати всієї програми: що спрацювало, які зміни відчули.

Підсумки (10 хв.):

Кожен учасник у колі ділиться тим, що забирає із собою. Тренер завершує словами: *«Ваша сила – у вашій стійкості та взаємній підтримці».*

Пам'ятайте: ви – ресурс один для одного».