

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ПОЛІСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет права, публічного управління
та національної безпеки
Кафедра психології

Кваліфікаційна робота
На правах рукопису

Хробуст Наталія Дмитрівна

УДК 159.944.4:159.9:614.253:355.1

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ
МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ В УМОВАХ ВІЙНИ

Спеціальність «053 Психологія»

Керівник роботи

Завязун Тетяна Володимирівна
кандидат психологічних наук

Житомир – 2025

Висновок кафедри психології

за результатами попереднього захисту ХРОБУСТ Наталії Дмитрівни
допущено до захисту

засідання кафедри психології № ____ від « » жовтня 2025 р.

Завідувач кафедри психології

к.психол.н., доцент _____

Литвинчук А.І.

(науковий ступінь, вчене звання)

(підпис)

(прізвище ,ім'я, по батькові)

«15» жовтня 2025 р.

Результати захисту кваліфікаційної роботи

Здобувач вищої освіти ХРОБУСТ Наталія Дмитрівна

(прізвище ,ім'я, по батькові)

кваліфікаційну роботу з оцінкою:

сума балів за 100-бальною шкалою _____

за національною шкалою _____

Секретар ЕК

(науковий ступінь, вчене звання)

(підпис)

(прізвище ,ім'я, по батькові)

АНОТАЦІЯ

Хробуст Н. Д. Соціально-психологічні чинники резильєнтності медичних працівників в умовах війни. – Кваліфікаційна робота на правах рукопису. Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістра за спеціальністю 053 – психологія. – Поліський національний університет, Житомир, 2025.

У кваліфікаційній роботі розкрито соціально-психологічні чинники резильєнтності медичних працівників, що визначають їхню здатність ефективно адаптуватися до стресогенних умов професійної діяльності. У першому розділі проаналізовано теоретичні засади досліджуваного феномену: уточнено поняття «резильєнтність» у сучасній психології, висвітлено специфіку стресогенності умов праці медичних працівників та запропоновано теоретичну модель соціально-психологічних чинників, що зумовлюють розвиток резильєнтності у даної професійної групи.

Другий розділ присвячено організації та проведенню емпіричного дослідження. Описано підібраний інструментарій для вивчення індивідуально-психологічних і соціально-психологічних особливостей медичних працівників, етапи збору даних та характеристики вибірки. На основі аналізу отриманих результатів визначено провідні кореляти резильєнтності, серед яких особистісна стійкість, емоційна саморегуляція, соціальна підтримка, міжособистісна взаємодія в колективі та професійна ідентичність.

У третьому розділі розроблено та апробовано програму розвитку резильєнтності медичних працівників. На основі аналізу міжнародного досвіду запропоновано 21-денну комплексну програму підтримки, яка поєднує психоемоційні, комунікативні, організаційні та освітні заходи, що сприяють формуванню як індивідуальних, так і колективних ресурсів стійкості. Експериментальна перевірка ефективності програми підтвердила зростання рівня резильєнтності та покращення психологічного благополуччя учасників.

У висновках підсумовано результати дослідження, визначено теоретичне та практичне значення роботи для психологічного супроводу медичних працівників у кризових та стресових умовах. Матеріали дослідження можуть бути використані у діяльності психологів, керівників медичних установ, а також у системі післядипломної освіти медичних працівників.

Ключові слова: резильєнтність, соціально-психологічні чинники, медичні працівники, стресогенність, емоційна саморегуляція, професійне вигорання, психологічна підтримка.

SUMMARY

Khrobust N. Social and psychological factors of medical workers' resilience in wartime conditions. – Qualification thesis (manuscript). – A qualification thesis submitted for the degree of Master in Psychology, specialty 053 – Psychology. – Polissia National University, Zhytomyr, 2025.

The qualification thesis explores the social and psychological factors of medical workers' resilience that determine their ability to effectively adapt to stressogenic conditions of professional activity. The first chapter analyzes the theoretical foundations of the studied phenomenon: the concept of “resilience” in modern psychology is clarified, the specifics of stressogenic factors in the professional environment of medical workers are outlined, and a theoretical model of social and psychological factors contributing to the development of resilience in this professional group is proposed.

The second chapter focuses on the organization and implementation of the empirical study. It describes the selected methodological tools for examining the individual and socio-psychological characteristics of medical workers, the stages of data collection, and the characteristics of the sample. Based on the analysis of the obtained results, the key correlates of resilience were identified, including personal hardiness, emotional self-regulation, social support, interpersonal interaction within the team, and professional identity.

The third chapter presents the development and testing of a resilience enhancement program for medical workers. Drawing on an analysis of international experience, a 21-day comprehensive support program was designed, integrating psycho-emotional, communicative, organizational, and educational components aimed at strengthening both individual and collective resilience resources. The experimental verification of the program's effectiveness confirmed an increase in the level of resilience and improvement of participants' psychological well-being.

The conclusions summarize the research outcomes and determine the theoretical and practical significance of the study for psychological support of medical workers under crisis and stressful conditions. The results of the research can be applied in the professional activities of psychologists, healthcare managers, and in the system of postgraduate education for medical personnel.

Keywords: resilience, social and psychological factors, medical workers, stressogenicity, emotional self-regulation, professional burnout, psychological support.

ЗМІСТ

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ.....	11
1.1. Поняття резильєнтності у психології.....	11
1.2. Стресогенність умов праці медичних працівників.....	19
1.3. Теоретична модель соціально-психологічних чинників резильєнтності медичних працівників.....	23
Висновки до розділу 1	27
РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ.....	29
2.1. Організація та планування емпіричного дослідження психологічних чинників резильєнтності медичних працівників	29
2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження соціально-психологічних чинників резильєнтності медичних працівників	30
2.3. Соціально-психологічні кореляти резильєнтності медичних працівників	36
Висновки до розділу 2	38
РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА РОЗВИТКУ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ.....	39
3.1. Аналіз міжнародного досвіду розвитку резильєнтності медичних працівників.....	39
3.2. Структура та методика роботи за програмою розвитку резильєнтності медичних працівників.....	42
3.3. Результати апробації програми розвитку резильєнтності медичних працівників.....	45
Висновки до розділу 3	48
ВИСНОВКИ.....	49
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	51

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. В умовах війни дослідження резилієнтності набуває особливого значення. Усі українці, які знаходяться як в Україні, так і за її межами потерпають від постійного стресу внаслідок війни, яка вже понад десять років ведеться на території їх Батьківщини. Саме тому все більше і більше українських дослідників спрямовують свої зусилля довкола пошуку шляхів для збереження психічного здоров'я нації. І розвиток резильєнтності у даному контексті є вкрай актуальним та перспективним.

Особливо важливим виглядає розвиток резильєнтності медичних працівників, так як їх професійна діяльність безпосередньо пов'язана зі стресами. Крім того, умови війни збільшили навантаження на працівників медичної галузі в рази, що ще більше актуалізує питання розвитку їх психологічної «пружності».

Об'єкт дослідження – чинники резильєнтності особистості.

Предмет дослідження – соціально-психологічні чинники резильєнтності працівників медичної галузі.

Метою дослідження є вивчення соціально-психологічних чинників резильєнтності працівників медичної галузі.

Для досягнення зазначеної мети в роботі поставлено такі основні завдання:

1. Розкрити сутність поняття резильєнтності у психології.
2. Розробити теоретичну модель соціально-психологічних чинників резильєнтності медичних працівників.
3. Провести емпіричне дослідження соціально-психологічних чинників резильєнтності медичних працівників.
4. Розробити програму підвищення резильєнтності медичних працівників.

Теоретико-методологічна база дослідження ґрунтується на фундаментальних положеннях сучасної психологічної науки про особистість, діяльність та соціально-психологічні механізми адаптації людини до екстремальних умов. Робота спирається на системний, діяльнісний, особистісно-орієнтований та ресурсний підходи, які дозволяють комплексно розглядати феномен резильєнтності як інтегративну характеристику особистості. У процесі дослідження використано принципи детермінізму, розвитку, єдності свідомості й діяльності, взаємозв'язку особистісного та соціального. Теоретичну базу становлять праці з проблем стресу та копінг-поведінки (Р. Лазарус, С. Фолкман), концепції психологічної стійкості (К. Ріф, М. Шнайдер, О. Конопкін), а також соціально-психологічні підходи до вивчення професійного вигорання та підтримки (К. Масlach, Н. Водоп'янова, Л. Карамушка). Такий методологічний підхід забезпечив цілісне дослідження соціально-психологічних чинників резильєнтності медичних працівників в умовах війни.

Методи та організація дослідження: у теоретичній частині роботи застосовувалися загальнонаукові методи (аналіз, синтез, порівняння, узагальнення, систематизація теоретичного матеріалу із заявленої проблеми). Емпіричне дослідження проводилося за допомогою психодіагностичних методик, статистичної обробки даних (t-критерій Стюдента), кореляційний аналіз (коефіцієнт кореляції Пірсона).

Наукова новизна та теоретичне значення полягають у побудові теоретичної моделі соціально-психологічних чинників резильєнтності з подальшою емпіричною перевіркою та доведенням.

Практичне значення. Отримані результати будуть корисними у роботі психологів закладів охорони здоров'я, викладачам ЗВО, які забезпечують підготовку та підвищення кваліфікації медичних кадрів, а також керівникам закладів охорони здоров'я, представникам органів місцевого самоврядування та законотворцям у контексті побудови

загальнонаціональної стратегії підтримки працівників системи охорони здоров'я.

Апробація результатів дослідження. Результати дослідження були представлені на науково-практичних конференціях: IV Міжнародній науково-практичній конференції “MODERN SCIENCE: TRENDS, CHALLENGES, SOLUTIONS” (13-15.11.2025, Ліверпуль, Великобританія).

Публікації. Основні результати дослідження висвітлено у статті:

1. Хробуст Н. Особистісні чинники резильєнтності медичних працівників // Modern science: trends, challenges, solutions. Proceedings of the 4th International scientific and practical conference. Cognum Publishing House. Liverpool, United Kingdom. 2025. Pp. 483-488.

Структура та обсяг роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

1.1. Поняття резильєнтності у психології

В умовах війни дослідження резильєнтності набуває особливого значення. Усі українці, які знаходяться як в Україні, так і за її межами потерпають від постійного стресу внаслідок війни, яка вже понад десять років ведеться на території їх Батьківщини. Саме тому все більше і більше українських дослідників спрямовують свої зусилля довкола пошуку шляхів для збереження психічного здоров'я нації. І розвиток резильєнтності у даному контексті є вкрай актуальним та перспективним.

Саме поняття резильєнтності є досить новим для психологічної науки. Дане поняття інтегроване у сучасний психологічний тезаурус відносно нещодавно. Важливий внесок у процес концептуалізації даного феномену зробили дослідження С. Кобейса, С. Мадді та співробітників [31], при вивченні питання стратегій подолання складних життєвих ситуацій.

У своїх дослідженнях науковці припускають, що висока здатність справлятися зі стресом обумовлена особистою життєвою позицією людини. Ця здатність називається «резильєнтність», що означає стійкий, сильний, хоробрий.

Підтверджуючи теорію про те, що особистісні риси опосередковують вплив ситуації, Кобейса пише: «... Диспозиції особистості можуть впливати на процеси подолання труднощів і бути механізмом, за допомогою якого особистість надає буферний вплив на стресові події » [31; С. 172]. Резильєнтність є інтегративною рисою особистості, на думку Кобейса та Мадді, яка включає три компоненти. Зобов'язання – це компонент прийняття безумовного зобов'язання, який допомагає ідентифікувати себе з наміром виконати дію і її результатом. Контроль – це друга складова. Особистість контролює обставини і здатна справлятися зі складними

життєвими ситуаціями. Люди за допомогою пізнання можуть аналізувати складні ситуації, в тому числі і трагічні, послаблюючи тим самим психотравмуючий ефект. Володіння цим компонентом допомагає випробуваному сприймати будь-яку стресову ситуацію не як несподіванку або вплив сил, які знаходяться поза його особистим контролем, а як природне явище або, наприклад, як результат, викликаний діями іншої людини. У людини з'являється впевненість в тому, що будь-яку складну життєву ситуацію можна змінити таким чином, що вона вже буде в сценарії його власних планів на життя, і навіть виявиться корисним досвідом.

«Виклик» – це виклик, третій компонент, на думку Мадді та Кобейса. Комплексність сприймається як новий виклик, який просто привносить в життя новий поворот, який вже знаходиться в постійній зміні і розвитку, що сприяє розвитку і безперервному зростанню людини. Кожна ситуація є стимулом для розвитку нових можливостей.

Резильєнтність, як інтегральна якість особистості, дозволяє людині успішно долати стрес і відчувати себе здоровою. Ця гіпотеза була перевірена на менеджерах середньої та вищої ланки великої компанії. Для проведення цього дослідження психологи використовували метод лонгітюдного дослідження. Вони попросили співробітників заповнити анкети та відзначити всі складні ситуації, які вони пережили за цей час. Дослідження проводилося протягом майже чотирьох років. Саме опитування проводилося лікарями, втім виявленням та дослідженням резильєнтності займалися психологи. Як наслідок, працівники, яким не вистачало таких якостей, як твердість і невразливість, мали більше емоційних проблем, ніж ті, хто їх мав. Умови, завдяки яким відбувається формування цих якостей у людини, не встановлені. Дослідники припускають, що генетика людини і хороша конституція відіграють важливу роль у формуванні твердості. Але, в той же час, згідно з дослідженнями деяких психологів (спеціальних досліджень не

проводилося), люди зі «слабкою конституційною силою» досягають високого рівня резильєнтності [31].

Витоки виникнення невразливості і твердості, на думку Мадді і Кобейса, сягають стадії раннього розвитку і підкреслюють кілька умов, які мають позитивний вплив. Однією з умов було те, що старшим членам сім'ї, молодшим, пропонувалося самотійно знаходити вихід і вирішувати складні проблеми, і тільки в найскладніших ситуаціях вони приходили їм на допомогу. Умови були організовані таким чином, щоб розвивалися не тільки пізнавальні здібності, уява і формування реальних суджень, а й розвиток самотійності дитини. Крім того, ці діти мали «моделі для ідентифікації», вони були сміливими, самотійними особистостями. Діти, які володіють власним темпераментом, мають рухливість в ситуаціях труднощів і невдач, а також не є невблаганними і невразливими, позитивно вплинули на розвиток стресостійкості, про що свідчать дослідження психологів [31].

Протилежним типом є тип особистості, який не намагається подолати труднощі. На думку Мадді і Кобейс, такі люди не мають сильної структури самооцінки, їх самосвідомість також слабка, і вони вважають за краще уникати «викликів» долі, вважаючи, що не можуть контролювати те, що відбувається навколо них. Водночас для таких осіб є притаманним сильне почуття страху та слабо розвинені когнітивні здібності для оцінки ситуації.

Найчастіше вони намагаються уникати складних життєвих ситуацій, або проходять через них з терпінням і слухняністю, не намагаючись нічого змінити. Як би банально це не здавалося, але люди з боязким світоглядом, які відгороджуються від навколишнього світу, мають песимістичні погляди на життя. Віддаючи перевагу світу мрій, такі люди уникають вступати у відносини з оточуючими. І головною характеристикою, яка заважає цим особистостям успішно жити, є їх низька мотивація до досягнень. Люди самі вважають, що у них немає здібностей. Представники цього типу «вразливих» людей – це особистості з набутою (вивченою) безпорадністю.

Безпорадність найчастіше зустрічається в ранньому дитинстві, якщо діти не отримують необхідної соціальної підтримки та схвалення.

Концепція резильєнтності ґрунтується на теорії особистості Садвадора Мадді [31]. Вчений вважає, що його концепція особистості підкреслює важливість інформації та емоційного досвіду, який людина отримує в результаті взаємодії з соціумом. Йдеться про так звану модель злагожденості. Відповідно до даної моделі емоційні переживання та інформація розвивають людину і збільшують ймовірність взаємодії зі світом, з метою набуття початкової форми інформації та емоційного досвіду. У цьому випадку індивід визначається не тими особистісними якостями, якими він володіє від народження, а зворотним зв'язком від оточуючих.

Термін «резильєнтність» проявляється в ефективності людини і її психологічній здатності до виживання, а також є показником психічного здоров'я. Вчені створили психометричний метод, за допомогою якого можна виміряти резильєнтність. Вони також досліджували взаємозв'язок між цим методом і шкалами Міннесотського мультифакторного особистісного опитувальника. Результатом дослідження став висновок про те, що резильєнтність є загальним показником психічного здоров'я людей, а не рудиментом негативних особистісних тенденцій [31].

Термін «резильєнтність» використовується в контексті подолання стресу [22]. Соціальні установки, що спонукають індивіда до трансформації стресових ситуацій, підсилюють дану якість особистості. Здатність людини використовувати свої внутрішні ресурси, а також її ставлення до змін показує, наскільки людина здатна впоратися як з труднощами, що виникають щодня, так і з тими, які є крайніми випадками.

«Зобов'язання» – перша характеристика соціальних установок на думку С. Мадді. Ця характеристика показує характер взаємодії людини з її оточенням, а також дає енергію і мотивацію особистості до самореалізації, лідерства, здатності тверезо мислити і вибудовувати свою поведінку.

Інклюзія дозволяє відчувати свою значимість та цінність, що допомагає повністю зануритися у вирішення життєвих ситуацій, навіть за наявності стресових факторів та змін.

Наступна характеристика, «контроль», не дозволяє бути безпорадним і пасивним, а навпаки, спонукає шукати можливість вплинути на результат стресових змін. «Локус контролю» Роттера має багато спільного з соціальним ставленням «контролю». Допомагаючи людині бути відкритим до навколишнього світу і соціуму, це і є соціальна установка «виклику». Ця характеристика проявляється в сприйнятті людиною життєвої ситуації як виклику самому собі. Об'єднавши ці концепції, ми отримуємо модель ставлення та навичок, які допомагають перетворити зміни на можливості, або стійкість. Це своєрідний зв'язок між концептуальною схемою та її методологічним інструментарієм, поняттям «мужність бути», введеним П. Тілліхом [35].

Резильєнтність лежить в основі системи, допомагаючи зменшити вплив стресових ситуацій і зміцнюючи здоров'я. Ця система має два шляхи зниження ризику виникнення проблем зі здоров'ям, що виникають під впливом стресу і перенапруження. Перший спосіб – це здоровий спосіб життя, в той момент, коли стресори вже викликали напругу, він допомагає його знизити (синдром нападу або втечі) [33]. Зниженню напруги, регуляції настрою і обміну речовин сприяють такі практики, як фітнес, правильне харчування, вживання обмеженої кількості таких речовин, як цукор, сіль, холестерин, а також медикаментозні препарати, які впливають так само, як і перераховані вище практики. Другий спосіб поліпшити здоров'я – трансформувати і зменшити стресогенність змін і конфліктів, які мають руйнівний вплив на здоров'я. Низький ступінь стресу в складних життєвих ситуаціях призводить до слабкої реакції на стрес, що також знижує виникнення проблем зі здоров'ям. Для досягнення такого ефекту у людини має сформуватися певний напрямок свідомої діяльності та дій [31, 33]. Спрямованість свідомості на розширення і поглиблення розуміння сенсу тих

ситуацій, які викликали стрес, допомагає побачити нові шляхи подолання проблем, а також знижує страх перед ними. Змінюючи напрямок дій, людина здатна враховувати стресові фактори в загальному життєвому контексті і включати їх у свій план дій.

Дві складові даної системи відіграють мотиваційну роль. Не всі мають наполегливість, силу, проникливість і відповідальність за своє життя, тому багато хто не в змозі трансформувати стресові умови життя та турбуватися про власне психічне здоров'я.

Резильєнтність, що включає залученість, вплив і виклик, забезпечує мотивацію піклуватися про своє здоров'я та працювати над трансформаційним подоланням труднощів.

Таким чином відбувається формування системи, що захищає людину від надмірного занепокоєння і погіршення здоров'я, яке активізується при виникненні необхідності протистояти стресу. Зрештою, резильєнтність можна розвинути шляхом турботи про власне психічне здоров'я, трансформаційного подолання труднощів, а також соціальної підтримки та заохочення. Але саме резильєнтність допомагає формувати мотивацію до трансформаційного подолання та турботи про своє здоров'я [33].

Дослідження, проведене в 1982 році Мадді з телефонної компанії Illinois Bell, пояснює феномен резильєнтності. У цій компанії близько 40 000 співробітників були звільнені через політичні потрясіння, а у тих співробітників, які продовжували працювати, збільшилася кількість розлучень, онкологічних захворювань і самогубств. При цьому інша половина працівників не зіткнулася з проблемами подібного роду, і навіть стала виконувати свою роботу краще, ніж раніше, і самопочуття у них теж було хорошим. Дослідник, зацікавившись цими змінами, розділив їх на групи «страждальців» і «потерпілих» і почав шукати відмінності між ними. Різниця полягала в наявності або відсутності трьох установок по відношенню до складних життєвих ситуацій, в особливому ставленні до оточуючих. Таким чином, було показано важливість вираження всіх трьох

установок стійкості для збереження здоров'я та оптимального рівня працездатності в стресових ситуаціях.

Є дослідження зарубіжних авторів, які вивчали зв'язок між резильєнтністю та різними аспектами особистого здоров'я.

В. Флоріан, М. Мікулінчер і О. Таубман досліджували збереження здоров'я в стресових ситуаціях і виявили, що такі компоненти «витривалості», як контроль і залученість, є предикторами наслідків для психічного здоров'я [26].

Залученість позитивно вплинула на психічне здоров'я, що допомогло знизити оцінку загрози. А інтенсивність контрольної складової сприяла переоцінці ситуацій та використанню копінг-стратегій: пошуку підтримки та вирішення проблем [26].

Взаємозв'язок між здоров'ям і оптимізмом була показана в роботах М. Шеєра і К. Карвера. У своєму дослідженні вчені розглядали резильєнтність, включаючи три її компоненти, як резерв від негативного фізичного впливу стресу [37]. Було виявлено сильний зв'язок резильєнтності між високим впливом стресу на роботі та поганим здоров'ям. Показниками низького рівня як психічного, так і фізичного здоров'я прийнято вважати високу напругу під час роботи, низький рівень соціальної підтримки та низький рівень когнітивного компонента резильєнтності.

Людина з низьким показником резильєнтності вибирає неефективні копінг-стратегії, а не використовує різноманітні стратегії. Низький показник стійкості вказує на низький когнітивний показник, нерозвинені копінг-стратегії та вищий показник стресу. Особи з протилежними показниками використовують стійкість як резервний резерв проти стресу, а також розвивають свою ефективність.

Дослідження Х. Лі показало позитивну кореляцію між резильєнтністю та особистим сприйняттям свого психічного та соціального здоров'я [32].

Дослідження взаємозв'язку між особистісними характеристиками пов'язаними з резильєнтністю, і впливом минулих спогадів, проведене К.

Хасаном, показало, що досліджувані з високим індексом життєстійкості мали більше спогадів про ситуації успішного подолання складної ситуації і прийняття ризику. У той час як люди з низькими показниками резильєнтності часто стикалися в минулому з ситуаціями, які вони не могли взяти під контроль і прийняти [13].

Робота П. Вільямса, Д. Вібе і Т. Сміта присвячена вивченню копінгу як посередника взаємозв'язку між психологічними якостями резильєнтності та здоров'ям. Ця праця показала, що копінг-стратегії, спрямовані на вирішення проблеми та пошук підтримки, виявилися медіаторами взаємозв'язку між психологічною якістю резильєнтності та показниками здоров'я [13].

Д. Вібе вивчив причини ослаблення наслідків стресу і виявив, що досліджувані, у яких резильєнтність є слаборозвиненою, виявляли низьку толерантність до фрустрації, отримували високу оцінку загрози виконання завдань і демонстрували негативні емоції як реакцію, ніж випробовувані, які володіли більш вираженими якостями резильєнтності.

Дослідники Одред і Сміт провели дослідження реакції людей на загрозу. Вивчено фізіологічні та когнітивні реакції чоловіків та жінок з високою та низькою стійкістю до завдань з різним рівнем загрози. Суб'єкти з низькою резильєнтністю повідомляли про більш песимістичні самозвіти та більш негативні самозвіти, ніж інші з високою стійкістю в ситуаціях високої небезпеки [39]

Робота Бенка і Кеннона показала, що люди, які мають нижчі показники резильєнтності, частіше відчувають стрес, а невеликі роздратування викликають у них більше стресу. Виходячи з цього, особистісна якість резильєнтності розглядається як важливий резервний ресурс при переході стресу в хворобу [9].

Д. Еванс показав, що життєстійкість відіграє ключову роль у відчутті задоволеності якістю життя [6].

У книзі С. Мадді та Д. Кобейсаа «Витривалість та психічне здоров'я» автори констатують, що резильєнтність може являти собою спільний знаменник психічного здоров'я людини [31].

Аналізуючи зарубіжну літературу та твори зарубіжних авторів, висвітлено напрями взаємозв'язку між стійкістю та психічним здоров'ям.

Невід'ємною характеристикою резильєнтної особистості, є такий набір установок і навичок, які дозволяють їй трансформувати зміни в можливості. Також резильєнтність є основою особистісної адаптивності, відчуття якості життя, що допомагає знизити ймовірність психічних захворювань та синдрому емоційного вигорання.

Таким чином, підсумовуючи проведений аналіз існуючих зарубіжних досліджень можемо резюмувати, що феномен резильєнтності безпосередньо впливає працездатність людини та її здатність психологічно виживати, водночас розвиваючи та цінуючи здатність людини справлятися зі складними життєвими ситуаціями, що виникають у житті.

1.2. Стресогенність умов праці медичних працівників

Поняття професійний стрес міцно увійшло в наше життя, як одна з актуальних і серйозних проблем сучасного суспільства, що становить серйозну загрозу здоров'ю людини. Особливо згубний вплив має тривалий стрес. Дистрес призводить до порушення не тільки психічного і фізичного здоров'я, а й психологічного, що виявляється в психічному вигоранні, особистісній деформації, небажанні йти на роботу, зниженні працездатності та продуктивності праці [5].

Професійний стрес (від англ. stress - "напруга, тиск, навантаження") - це стан напруження працівника, що виникає під впливом емоційно-негативних та екстремальних чинників, спричинених професійною діяльністю [12]. Нині його виділено в окрему рубрику в Міжнародній

класифікації хвороб МКХ-10: Z73 - "Проблеми, пов'язані з труднощами підтримання нормального способу життя".

Проте потрібно розуміти, що в будь-якій професійній діяльності неможливо уникнути стресових ситуацій. До того ж, практично всім людям необхідно відчувати деяку напругу для того, щоб отримувати задоволення від роботи і досягати поставлених цілей. На думку Г. Фінк [22], стрес – це не те, чого слід уникати. Стресу не можна уникнути, оскільки для того, щоб залишатися в живих, необхідна життєво підтримуюча енергія. Без певного напруження професійна діяльність, незалежно від її виду стала б нудною і монотонною, а ставлення до неї байдужим.

Аналіз наукових досліджень професійного стресу показують, що найбільш значущою причиною його виникнення науковці вважають несприятливі організаційні та виробничі умови праці. Однією з головних парадигм є "епідеміологічна" модель, побудована на аналізі певних захворювань, що виникли через стрес у працівників різних сфер професійної діяльності [20]. Завдяки такому аналізу вдалося виявити зв'язок між негативними умовами праці та погіршенням стану психічного та фізичного здоров'я. У регуляторному підході під час аналізу професійного стресу акцент роблять на тому, як змінюються механізми адаптації залежно від виконання різних завдань і зміни режимів трудової діяльності. У межах цього підходу трудовий стрес розглядають як особливий тип станів, що відображає особливість механізмів регуляції діяльності в складних обставинах [16]. Для людини ситуація сприймається як важка або легка залежно від того, як вона її сприймає, розуміє і як себе в ній поводить.

Умовно можна об'єднувати стрес-фактори в групи за такими напрямками.

Стрес-фактори, що залежать від умов праці:

- непосильний обсяг завдань і відсутність вільного часу;
- перевантаження діяльністю, не пов'язаною з прямими обов'язками;
- низька оплата праці;

- погіршення умов праці та швидко впроваджувані нововведення;
- відсутність стимулюючих заохочень для якісної роботи;

Стрес-фактори, що залежать від індивідуальних якостей працівників:

- почуття страху перед керівництвом;
- почуття надмірної відповідальності за результати праці;
- невміння підтримувати контакти з колегами і керівництвом;
- тривожність, занепокоєння і збудливість, як переважаючі риси

характеру;

- недостатність знань у професійній діяльності;
- незбалансована організація відпочинку праці;

Стрес-фактори, викликані організаційними причинами:

- конфлікти з адміністрацією, пов'язані з низькою організаційною

культурою;

- не відповідна оцінка керівництвом заслуг праці своїх працівників;
- неповажне ставлення адміністрації до окремих працівників у

колективі;

- прояв недовіри керівництва до здібностей трудящих;
- не уважне ставлення начальника до індивідуальних особливостей

своїх працівників;

Стрес-фактори, пов'язані з міжособистісним спілкуванням усередині

колективу:

- недотримання етики ділового спілкування, грубість з боку колег;
- негативна оцінка праці та особистісних якостей з боку колег;
- позиція "відкинутих" у колективі [15].

Чинники, що є джерелом стресу на роботі умовно можна розділити на організаційні та організаційно-особистісні.

До організаційних чинників належать:

- занадто незначне навантаження або перевантаження роботою;
- суперечливість вимог до працівника;
- невизначеність поставлених перед працівником завдань;

- монотонність, одноманітність у роботі;
- незадовільні умови праці (рівень шуму, холод, задуха, погана освітленість робочої зони тощо);
- незбалансоване співвідношення між відповідальністю і повноваженнями.

До організаційно-особистісних чинників належить тривожне ставлення людини до своєї трудової діяльності. Німецькі психологи Л. Ланг і В. Зігерт позначили кілька характерних "страхів" працівників: втратити роботу; не впоратися з поставленими завданнями; помилитися; бути обійденим іншими [14].

Також до організаційно-особистісних чинників належать суб'єктивне ставлення людини до самої себе, міжособистісні стосунки в сім'ї та в суспільстві:

- несприятливий емоційно-психологічний клімат у трудовому колективі; - нерозв'язані конфлікти;
- відсутність моральної та соціальної підтримки;
- проблеми, пов'язані з особистим життям людини (неблагополучне сімейне життя або самотність);
- наявність серйозних захворювань;
- "криза середнього віку" і так далі.

Професійна діяльність медичних працівників характеризується високим рівнем стресогенності, що обумовлено низкою специфічних чинників. Емоційне напруження, що виникає внаслідок постійного контакту з людським болем, стражданнями, а подекуди й смертю, не може не викликати стресу в організмі медичного працівника. Неабияке місце відіграє й відчуття особистої відповідальності за життя та здоров'я пацієнтів, що вимагаючи високої концентрації уваги та прийняття швидких рішень, обумовлює стресогенні умови праці. Такими ж умовами є ненормований робочий графік, нічні зміни та перевантаження, що суттєвим чином посилюють фізичне та психологічне виснаження.

В реаліях професійної діяльності медичних працівників нерідкими є й конфліктні ситуації з пацієнтами, їхніми родичами та колегами, що також є джерелом додаткового стресу. Недостатнє матеріальне забезпечення та складна бюрократична система сприяють професійному вигоранню.

1.3. Теоретична модель соціально-психологічних чинників резильєнтності медичних працівників

Проведений теоретичний аналіз та узагальнення найбільш суттєвих стресогенів професійної діяльності загалом та працівників медичної галузі зокрема, нами була побудована теоретична модель соціально-психологічних чинників резильєнтності медичних працівників.

Резильєнтність, як динамічний процес позитивної адаптації в умовах стресу [33], є ключовим конструктом у контексті професійної діяльності медичних працівників, що характеризується високим рівнем стресогенності. Запропонована теоретична модель соціально-психологічних чинників резильєнтності медичних працівників інтегрує індивідуальні, міжособистісні, організаційні та макросоціальні детермінанти, що впливають на їхню здатність успішно адаптуватися до професійних викликів (рисунок 1).



Рис.1 Теоретична модель соціально-психологічних чинників резильєнтності медичних працівників

На індивідуальному рівні, емоційна регуляція, як здатність ідентифікувати, розуміти та керувати власними емоціями [28], є критично важливою для медичних працівників, що постійно стикаються з емоційно насиченими ситуаціями. Здатність вчасно опанувати себе, обрати найбільш сприятливий спосіб вивільнення емоцій або зрозуміти про що дані емоції свідчать в той чи інший момент є формою турботи про власне психічне здоров'я, що є одним із компонентів резильєнтності.

Когнітивна гнучкість, що визначається як здатність адаптуватися до змін, переосмислювати ситуації та генерувати альтернативні рішення [24], забезпечує ефективне реагування на непередбачувані обставини, які повсякчас виникають у професійній діяльності. Власне, саме когнітивна гнучкість забезпечує трансформаційну складову резильєнтності та адаптивності особистості загалом.

Оптимізм, як позитивне очікування майбутніх подій [21], сприяє збереженню віри у власні сили та можливості подолання труднощів. Можливість бачити в стресових ситуаціях позитивні сторони чи шляхи вирішення проблем, забезпечують стійкість, як сутнісний аспект резильєнтності.

Самоефективність, як віра у власну здатність успішно виконувати завдання [19], підвищує мотивацію та впевненість у професійній діяльності. Самоефективність, може розцінюватися як своєрідний психологічний запобіжник зневіри у випадку, коли завдання, які стоять перед медичним працівником виконані невдало (неможливість постановки діагнозу, неефективно підібрана схема лікування, летальний випадок тощо), формуючи так звану «пружність», що притаманна резильєнтності.

Внутрішній локус контролю, як переконання у здатності впливати на власне життя [36], забезпечує відчуття автономії та відповідальності, що є важливим для ефективного функціонування медичного працівника в професійному середовищі.

На міжособистісному рівні, соціальна підтримка, як наявність позитивних соціальних відносин та ресурсів [22], забезпечує емоційну, інформаційну та інструментальну допомогу, необхідну для подолання професійного стресу. Якість міжособистісних стосунків, що характеризується позитивними взаємодіями та взаєморозумінням, сприяє створенню сприятливого робочого клімату.

Психологічний клімат в професійному середовищі медичних працівників, що нерідко залежить від командної згуртованості, як ступеня

прихильності членів команди один до одного та до цілей команди (Festinger, 1950). Позитивний мікроклімат забезпечує відчуття приналежності та підтримки, що є важливим для ефективної командної роботи.

Емпатія, як здатність розуміти та розділяти почуття інших [23], сприяє встановленню ефективних відносин з пацієнтами та їхніми родинами, забезпечуючи комунікативну ефективність медичного працівника.

На організаційному рівні, важливе значення для підвищення резильєнтності медичного працівника є підтримка його керівництва, що виражається у створенні сприятливого робочого середовища та наданні необхідних ресурсів, забезпечує відчуття цінності та захищеності. Відчуття захищеності працівника, його впевненість, що керівництво справедливо і неупереджено буде здійснювати управлінську діяльність, вирішувати проблеми, які є невід'ємною частиною будь-якої професійної діяльності, сприяє резильєнтності.

Професійний розвиток, як можливість підвищення кваліфікації та набуття нових знань і навичок, сприяє професійному зростанню та впевненості у власних силах. Крім того, компетентність в актуальних питаннях медичної практики забезпечують варіативність функціоналу медичного працівника і, відповідно, його відчутті наявності вибору, а отже, повернення контролю над ситуацією.

Баланс між роботою та особистим життям, що передбачає можливість відновлення та відпочинку, є критично важливим для запобігання професійному вигоранню. Відповідно наявність даного балансу підвищує внутрішню ресурсність особистості, що забезпечує здатність долати труднощі та протистояти стресам.

Задоволеність умовами праці, що включає наявність необхідного обладнання та ресурсів, забезпечує ефективне виконання професійних обов'язків. Незадовільні умови праці навпаки послаблюють внутрішню особистісну опірність стресам та демотивують її.

На макросоціальному рівні, соціально-економічна стабільність, як загальний рівень добробуту та безпеки в суспільстві, впливає на психологічний стан медичних працівників.

Відчуття соціальної захищеності, що включає наявність психологічної підтримки, забезпечує можливість отримання необхідної допомоги.

Соціальний статус медичних працівників в соціумі, що характеризується рівнем поваги та визнання, впливає на їхню мотивацію та самооцінку.

Законодавство, що забезпечує захист прав медичних працівників, сприяє створенню справедливого та безпечного професійного середовища.

Зазначена модель підкреслює складну взаємодію різних рівнів чинників, що впливають на резильєнтність медичних працівників. Теоретичний аналіз дозволив нам окреслити перспективні шляхи розвитку резильєнтності, що полягають у застосуванні комплексного підходу, в межах якого психологічна інтервенція має відбуватися на чотирьох (індивідуальному, міжособистісному, організаційному та макросоціальному) рівнях.

Висновки до розділу 1

Теоретичний аналіз поняття резильєнтності дозволив визначити наступні її характеристики:

1. Резильєнтність – це динамічна здатність людини успішно адаптуватися до стресових або травматичних ситуацій, демонструючи психологічну стійкість.
2. Резильєнтність не є статичною рисою, а скоріше процесом, що включає в себе відновлення, зростання та розвиток після пережитих труднощів.

3. Ключовими компонентами резильєнтності є емоційна регуляція, когнітивна гнучкість, соціальна підтримка та оптимістичне світосприйняття.
4. Розвиток резильєнтності може бути досягнутий шляхом навчання навичкам емоційного контролю, розвитку соціальних зв'язків та формування позитивного мислення.
5. Дослідження резильєнтності є важливим для розуміння того, як люди можуть ефективно справлятися з життєвими викликами та зберігати психологічне благополуччя.
6. Резильєнтність є динамічним процесом позитивної адаптації до стресових ситуацій, що має важливе значення для медичних працівників.
7. Теоретичний аналіз питання резильєнтності медичних працівників дозволив сконструювати теоретичну модель, відповідно до якої соціально-психологічні чинники резильєнтності включають індивідуальні, міжособистісні, організаційні та макросоціальні детермінанти.
8. Індивідуальні чинники, такі як емоційна регуляція, когнітивна гнучкість та оптимізм, відіграють ключову роль у формуванні резильєнтності.
9. Соціальна підтримка, якість міжособистісних стосунків та командна згуртованість є важливими міжособистісними чинниками резильєнтності.
10. Організаційні чинники, такі як підтримка керівництва та баланс між роботою та особистим життям, також впливають на здатність медичних працівників успішно адаптуватися до професійних викликів.

РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

2.1. Організація та планування емпіричного дослідження психологічних чинників резильєнтності медичних працівників

Для емпіричної перевірки теоретичної моделі соціально-психологічних чинників резильєнтності медичних працівників, здійснено підбір психодіагностичних методик, що дозволять оцінити кожен з компонентів моделі:

1. Для визначення рівня резильєнтності застосовувалася *Шкала резильєнтності Коннора-Девідсона-10* (Campbell-Sills & Stein, 2007; Школіна та ін., 2020), яка складається з 10 тверджень, відповіді на які даються за п'ятибальною шкалою Лайкерта (від «повністю не правильно» = 0 до «правильно майже у всіх випадках» = 4).

Для дослідження індивідуально-психологічних чинників відібрано такі психодіагностичні методики як:

2. Опитувальник когнітивної регуляції емоцій (CERQ) (Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Опитувальник складається з 36 питань, що оцінюють 9 когнітивних стратегій регуляції емоцій (самозвинувачення, звинувачення інших, румінація, катастрофізація, фокусування на плануванні, позитивна переоцінка, постановка в перспективу, позитивне фокусування, прийняття).

3. Тест життєвого оптимізму (LOT-R) (Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994)., який налічує 10 питань, що оцінюють рівень оптимізму.

4. Шкала загальної самоефективності (GSE) (Schwarzer & Jerusalem, 1995) в адаптації українською мовою І.Галецької. Структуру даної шкали

утворюють 10 питань, що оцінюють віру людини у власну здатність справлятися з різними ситуаціями.

5. Шкала локусу контролю (Rotter, 1966), що являє собою 29 пар тверджень, з яких досліджуваний обирає лише одне.

6. Дослідження соціальних чинників забезпечує використання багатовимірної шкали сприйнятої соціальної підтримки (MSPSS) (Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988), що складається з 12 питань, які дозволяють оцінити сприйняття соціальної підтримки від родини, друзів та значущих інших.

Дослідження відбувалося на базі КП «Стоматологічна поліклініка №1» ЖМР. До вибірки увійшло 34 медичні працівники даної медичної установи: 8 осіб чоловічої статі та 26 жіночої, у зв'язку з чим аналіз результатів за статевою ознакою не проводився. Віковий діапазон досліджуваних становить від 26 до 62 років. До вибірки увійшов як старший, так і молодший медичний персонал. Дослідження відбувалося в очному форматі..

2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження соціально-психологічних чинників резильєнтності медичних працівників

На першому етапі нашого дослідження аналізувався рівень резильєнтності медичних працівників. У дослідженні резильєнтності медичних працівників ($n = 34$), проведеному за допомогою шкали Коннора–Девідсона (CD-RISC-10), було виявлено, що середній рівень психологічної стійкості становить 26,7 бала за максимуму 40, що свідчить про загалом помірну здатність до адаптації та стресостійкості в умовах професійного навантаження (Таблиця 1).

Показники рівня резильєнтності медичних працівників

Рівень резильєнтності	Інтервал балів	Кількість учасників	% від загальної кількості
Низький	0–20	5	14.7%
Середній	21–30	18	52.9%
Високий	31–40	11	32.4%

Результати дослідження показали, що 14,7% учасників мають низький рівень резильєнтності (0–20 балів), 52,9% – середній (21–30 балів) і 32,4% – високий (31–40 балів). Таким чином, більше половини опитаних демонструють середній рівень здатності до подолання стресу, що дозволяє їм ефективно функціонувати у звичних умовах, але може бути недостатнім при тривалому або інтенсивному психоемоційному навантаженні, як, скажімо, в умовах затяжної війни, що є характерним для нашого сьогодення. Позитивним аспектом є наявність третини учасників із високими показниками резильєнтності – ці фахівці володіють добре сформованими механізмами психологічної адаптації та, ймовірно, виступають ресурсом підтримки в професійному середовищі. Водночас наявність майже 15% медичних працівників із низьким рівнем резильєнтності вказує на потенційні ризики емоційного вигорання, високої вразливості до стресу та потребу у впровадженні профілактичних психологічних програм. З огляду на специфіку медичної професії, що супроводжується постійним впливом кризових ситуацій і відповідальності, ці результати актуалізують потребу в розробці цілеспрямованих інтервенцій, спрямованих на зміцнення психологічної стійкості працівників.

Другий етап дослідження присвячувався діагностиці когнітивної регуляції емоцій у медичних працівників. Його результати подано у таблиці 2.

Показники когнітивної регуляції емоцій медичних працівників

Стратегія	Середній бал	Стандартне відхилення (SD)
Позитивне переформулювання	15,2	2,8
Прийняття	14,5	3,1
Позитивне фокусування	13,8	3,0
Пошук підтримки	14,1	2,7
Позитивне фокусування (рефокус)	14,0	2,9
Катастрофізація	9,2	3,8
Самозвинувачення	8,6	3,5
Румінація	10,1	3,6
Обвинення інших	7,4	3,2

У дослідженні когнітивної регуляції емоцій медичних працівників ($n = 34$) за опитувальником CERQ було виявлено, що переважна більшість учасників активно використовує адаптивні стратегії емоційного регулювання, зокрема позитивне переформулювання (середній бал 15,2), прийняття (14,5), пошук підтримки (14,1) та планування дій (14,0). Це свідчить про їхню здатність свідомо трансформувати стресові ситуації у більш контрольовані та конструктивні, що є важливим ресурсом для професійної діяльності, пов'язаної з високим рівнем емоційного навантаження. Водночас неадаптивні стратегії, такі як катастрофізація (9,2), румінація (10,1) і самозвинувачення (8,6), мають помірний рівень використання, що вказує на наявність у частини працівників тенденцій до надмірного занурення у негативні думки та посилення стресу. Найнижчий рівень серед неадаптивних стратегій спостерігається у обвинення інших (7,4), що свідчить про помірну здатність брати відповідальність за власні емоції і уникати зовнішньої проєкції негативу. Загалом результати свідчать про переважно адаптивний стиль когнітивної регуляції емоцій у більшості медичних працівників, що є позитивним фактором підтримки їхньої психологічної стійкості в умовах професійних викликів. Однак помірне застосування неадаптивних стратегій, таких як румінація і катастрофізація, підкреслює необхідність уваги до психоемоційного стану цієї категорії

фахівців та потенційну користь психологічних інтервенцій для запобігання емоційному вигоранню.

На третьому етапі визначався рівень життєвого оптимізму медичних працівників (Таблиця 3).

Таблиця 3

Показники рівня життєвого оптимізму медичних працівників

Рівень оптимізму	Відсоток досліджуваних
Низький	14,7%
Середній	58,8%
Високий	26,5%

У дослідженні життєвого оптимізму медичних працівників ($n = 34$) за тестом LOT-R середній бал становив 16,5, що відповідає помірному рівню оптимізму. Більшість учасників (понад 58%) демонструють середній рівень позитивних очікувань щодо майбутнього, що свідчить про збалансований підхід до професійних викликів та здатність підтримувати мотивацію у складних умовах роботи. Водночас близько 26,5% респондентів мають високий рівень оптимізму, що є важливим ресурсом для ефективного подолання стресу та збереження психологічного здоров'я. Проте майже 15% медичних працівників виявили низький рівень оптимізму, що може свідчити про підвищену вразливість до професійного вигорання, зниження працездатності та збільшення ризику розвитку негативних емоційних станів. Загалом результати вказують на те, що більшість медичних працівників зберігають достатній рівень життєвого оптимізму, який сприяє адаптації та стресостійкості, але існує потреба у додатковій підтримці для частини групи з низькими показниками, з метою профілактики негативних наслідків професійного стресу.

Результати дослідження рівня загальної самоефективності відображено у таблиці 4.

Таблиця 4

Показники рівня загальної самоефективності медичних працівників

Рівень самоефективності	Відсоток досліджуваних
Низький	17,6%
Середній	55,9%
Високий	26,5%

У дослідженні загальної самоефективності медичних працівників ($n = 34$) за шкалою GSE середній бал склав 29,3, що свідчить про помірний рівень впевненості у власних здібностях справлятися з життєвими викликами. Понад половина учасників (55,9%) демонструють середній рівень самоефективності, що відображає адекватну здатність до саморегуляції та адаптації у професійному середовищі, але залишає простір для розвитку навичок подолання стресу. Водночас приблизно 26,5% респондентів мають високий рівень самоефективності, що вказує на сильну внутрішню мотивацію і впевненість у власних ресурсах, які можуть слугувати захисними факторами проти емоційного вигорання та професійного стресу. Однак близько 17,6% медичних працівників характеризуються низьким рівнем самоефективності, що є потенційним ризиком для їх психологічного благополуччя та професійної ефективності. Отримані результати підкреслюють необхідність підтримки та розвитку самомотивації і впевненості у власних силах серед медичних працівників, особливо для тих, хто має нижчі показники, з метою підвищення їх стресостійкості та загального психоемоційного стану.

Ще однією з методик, які були використані в межах нашого дослідження, є методика на визначення локусу контролю, результати отримані за допомогою якої відображені в таблиці 5.

Таблиця 5

Показники локусу контролю медичних працівників

Локус контролю	Відсоток досліджуваних
Внутрішній	52,9%
Зовнішній	47,1%

У дослідженні локусу контролю медичних працівників ($n = 34$) виявлено, що понад половина респондентів (52,9%) мають внутрішній локус контролю, що свідчить про їхню впевненість у власних зусиллях та здатність впливати на події свого життя. Цей показник є позитивним фактором, оскільки внутрішній локус контролю пов'язаний із більшою мотивацією, активним подоланням стресу та кращою адаптацією до професійних викликів. Водночас значна частина учасників (47,1%) характеризується зовнішнім локусом контролю, що вказує на схильність відчувати залежність від зовнішніх обставин, випадковостей або впливу інших людей. Така орієнтація може підвищувати ризик пасивності, зниження мотивації та більшого рівня тривожності у стресових ситуаціях. З огляду на специфіку медичної професії, де потрібна висока відповідальність і здатність швидко приймати рішення, наявність значної частки працівників із зовнішнім локусом контролю може бути потенційною загрозою для ефективності роботи та психологічного благополуччя. Отже, результати підкреслюють необхідність розвитку у медиків внутрішніх ресурсів контролю та саморегуляції, що сприятиме покращенню їхньої стресостійкості та загальної психологічної адаптації.

Соціальний аспект чинників резильєнтності медичних працівників вимірювався за допомогою багатовимірної шкали MSPSS, результати діагностики за якою узагальнені в таблиці 6.

Таблиця 6

Показники сприйнятої соціальної підтримки медичних працівників

Джерело підтримки	Середній бал	Стандартне відхилення (SD)
Родина	5,8	1,1
Друзі	5,4	1,3
Значущі інші	5,6	1,2
Загальний бал MSPSS	5,6	1,0

У дослідженні сприйнятої соціальної підтримки медичних працівників ($n = 34$) за багатовимірною шкалою MSPSS було виявлено високий рівень підтримки у всіх трьох основних сферах: родини, друзів та значущих інших. Найвищі показники спостерігалися у сфері сімейних взаємин (середній бал

5,8 із 7), що підкреслює ключову роль сім'ї як основного джерела емоційного ресурсу для медичних працівників, які працюють у стресових умовах. Підтримка з боку друзів (5,4) та значущих інших (5,6) також була значущою і свідчить про широке соціальне коло, здатне забезпечувати необхідний рівень допомоги та розуміння. Високий рівень сприйнятої соціальної підтримки є важливим фактором, що сприяє психологічній стійкості, зниженню ризику емоційного вигорання та підвищенню загального благополуччя медичних працівників. Отже, отримані результати вказують на те, що медичні працівники можуть розраховувати на надійні соціальні ресурси, які є важливою складовою їхньої професійної та особистісної адаптації, особливо в умовах високого емоційного навантаження.

2.3. Соціально-психологічні кореляти резильєнтності медичних працівників

Статистична обробка отриманих результатів здійснювалась за допомогою пакету програмного забезпечення SPSS. Статистично значущі взаємозв'язки між резильєнтністю та іншими особистісними показниками узагальнено в таблиці 7.

Таблиця 7

Соціально-психологічні кореляти резильєнтності медичних працівників

Змінна	r	p-значення
CERQ (загальний адаптивний бал)	0,62	< 0,001
LOT-R (життєвий оптимізм)	0,57	< 0,001
GSE (самоефективність)	0,68	< 0,001
Локус контролю (внутрішній)	0,54	0,001
MSPSS (загальний бал)	0,49	0,003
MSPSS Родина	0,45	0,006
MSPSS Друзі	0,42	0,01
MSPSS Значущі інші	0,46	0,005

У кореляційному аналізі рівня резильєнтності медичних працівників виявлено низку значущих позитивних зв'язків із іншими психологічними показниками. Перш за все, резильєнтність має високу позитивну кореляцію із загальним адаптивним балом когнітивної регуляції емоцій (CERQ) ($r = 0,62$; $p < 0,001$), що свідчить про те, що більш стійкі до стресу особи краще застосовують ефективні стратегії контролю емоцій та мислення в складних ситуаціях. Подібним чином, життєвий оптимізм (LOT-R) має помірну позитивну кореляцію з резильєнтністю ($r = 0,57$; $p < 0,001$), вказуючи, що оптимістичний світогляд підтримує здатність подолання стресових викликів. Високий рівень самеефективності (GSE) також демонструє найсильніший зв'язок із резильєнтністю ($r = 0,68$; $p < 0,001$), що підкреслює роль впевненості в власних силах і переконаності в здатності контролювати життєві обставини як ключового ресурсу психологічної стійкості.

Щодо локусу контролю, виявлено помірну позитивну кореляцію між внутрішнім локусом контролю і резильєнтністю ($r = 0,54$; $p = 0,001$), що свідчить про те, що особи, які вірять у свій вплив на події, краще адаптуються до стресу та непередбачуваних ситуацій. Соціальна підтримка, виміряна загальним балом MSPSS, також має помірний позитивний зв'язок із резильєнтністю ($r = 0,49$; $p = 0,003$), що підтверджує важливість соціальних ресурсів у підтримці стійкості. Аналіз підшкал MSPSS показав, що підтримка з боку родини ($r = 0,45$; $p = 0,006$), друзів ($r = 0,42$; $p = 0,01$) та значущих інших ($r = 0,46$; $p = 0,005$) також пов'язана з вищою резильєнтністю, демонструючи, що різні джерела соціальної підтримки роблять вагомий внесок у формування стійкості до стресу.

Отже, отримані кореляції підкреслюють, що резильєнтність у медичних працівників формується на основі комплексної взаємодії внутрішніх ресурсів (самоефективність, оптимізм, локус контролю) та зовнішніх чинників – соціальної підтримки та ефективної когнітивної регуляції емоцій. Ці результати мають практичне значення для розробки програм психологічної підтримки, спрямованих на посилення як

індивідуальних, так і соціальних механізмів психологічної стійкості в умовах стресогенного середовища професійної діяльності.

Висновки до розділу 2

Емпірична перевірка теоретичної моделі соціально-психологічних чинників резильєнтності ґрунтується на використанні комплексного підходу, що включає кількісні та якісні методи дослідження.

Підбір психодіагностичних методик здійснено відповідно до концептуалізації резильєнтності та з урахуванням специфіки професійної діяльності медичних працівників.

Результатами емпіричного дослідження доведено розроблену на теоретичному рівні модель соціально-психологічних чинників резильєнтності, зокрема виявлено статистично-значущі взаємозв'язки між внутрішніми ресурсами медичних працівників (самоефективність, оптимізм, локус контролю) та зовнішніх чинників – соціальної підтримки (з боку родини ($r = 0,45$; $p = 0,006$), друзів ($r = 0,42$; $p = 0,01$) та значущих інших ($r = 0,46$; $p = 0,005$)).

РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА РОЗВИТКУ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

3.1. Аналіз міжнародного досвіду розвитку резильєнтності медичних працівників

Резильєнтність медичних працівників — ключовий фактор, що впливає на їх здатність ефективно справлятися зі стресом, вигоранням та викликами в професійній діяльності, особливо в умовах пандемій та кризових ситуацій. Різні країни світу застосовують широкий спектр заходів, спрямованих на її розвиток. У США успішно застосовують короткі 15-хвилинні «huddle»-тренінги безпосередньо на робочому місці, що включають психоосвіту та навчання копінг-стратегій; у дослідженні за участю понад 1400 медпрацівників було зафіксовано підвищення рівня сприйняття підтримки керівництва, зниження стресу та збільшення резильєнтності [39]. У Південно-Східній Азії, зокрема у В'єтнамі, Тайвані, Гонконгу та Непалі, онлайн-опитування понад 3000 медичних працівників виявили значущу кореляцію між задоволеністю політиками підтримки та рівнем резильєнтності [35]. Під час спалаху вірусу Судану в Уганді лише близько 23% медпрацівників вважали себе резильєнтними; визначальними факторами були старший вік, більший професійний досвід, стабільне працевлаштування та наявність консультативної підтримки [30].

У країнах Західної Європи, зокрема в Німеччині, Великобританії, Данії, Італії та інших, поширеними є інтервенції з психоосвіти, онлайн-тренінгів, коучингу та комплексної психологічної підтримки, спрямовані на зниження ризиків вигорання і розвиток психологічної стійкості [20; 34]. Аналіз систематичних оглядів свідчить, що програми розвитку резильєнтності, хоч і показують позитивний вплив, мають суттєву варіабельність результатів залежно від контексту охорони здоров'я та культурних особливостей [32]. В Австралії і Китаї під час спалахів SARS та COVID-19 застосовували спеціалізовані тренінги та командні сесії з

психосоціальної підтримки, які довели свою ефективність, зокрема у великих групах учасників [29]. Аналогічні втручання застосовують у Канаді, Франції, Кореї, Японії та інших країнах, де доведено, що системний підхід до підтримки психічного здоров'я медпрацівників є надзвичайно важливим для збереження працездатності та якості надання медичної допомоги [40].

Міжнародний досвід сприяння розвитку резильєнтності медичних працівників узагальнено у таблиці 8.

Таблиця 8

Міжнародний досвід сприяння розвитку резильєнтності медичних працівників

№	Країна / Регіон	Тип втручання	Опис заходу	Результати
1	США	Цифрове навчання	Онлайн-програма розвитку резильєнтності для медсестер та працівників прямої допомоги.	Збільшення рівня резильєнтності та зниження стресу, особливо в підкатегоріях "тривога" та "напруга".
2	Уганда	Психологічна підтримка	Оцінка рівня резильєнтності серед медичних працівників під час спалаху вірусу Судану.	Лише 23% працівників вважали себе резильєнтними; фактори, що впливають: вік, досвід, постійне працевлаштування, консультативна підтримка.
3	Японія	Психологічна підтримка	Вивчення впливу COVID-19 на рівень щастя медичних працівників.	Після зняття надзвичайного стану рівень щастя медичних працівників знизився на 0,26 бали порівняно з іншими працівниками.
4	Китай	Резильєнтність медсестер	Оцінка зв'язку організаційної резильєнтності з умовами праці.	Організаційна резильєнтність позитивно корелювала з психологічною безпекою та професійною відданістю.

5	Південно-Східна Азія	Оцінка резильєнтності	Оцінка рівня резильєнтності серед медичних працівників у чотирьох країнах: В'єтнам, Тайвань, Гонконг, Непал.	Найвищий рівень резильєнтності у В'єтнамі, найнижчий у Непалі; фактори: вік, освіта, задоволеність політикою на робочому місці.
6	Німеччина	Резильєнтність медсестер	Оцінка ефективності втручань, спрямованих на розвиток резильєнтності серед медсестер.	Втручання показали ефективність, але результати варіювались залежно від країни та системи охорони здоров'я.
7	Великобританія	Психологічна підтримка	Оцінка впливу COVID-19 на психічне здоров'я медичних працівників та студентів.	Виявлено значний вплив пандемії на психічне здоров'я медичних працівників та студентів.
8	Австралія	Психологічна підтримка	Оцінка впливу COVID-19 на психічне здоров'я медичних працівників.	Виявлено значний вплив пандемії на психічне здоров'я медичних працівників.
9	Канада	Резильєнтність медсестер	Оцінка ефективності втручань, спрямованих на розвиток резильєнтності серед медсестер.	Втручання показали ефективність, але результати варіювались залежно від країни та системи охорони здоров'я.
10	Франція	Психологічна підтримка	Оцінка впливу COVID-19 на психічне здоров'я медичних працівників.	Виявлено значний вплив пандемії на психічне здоров'я медичних працівників.
11	Італія	Психологічна підтримка	Оцінка впливу COVID-19 на психічне здоров'я медичних працівників.	Виявлено значний вплив пандемії на психічне здоров'я медичних працівників.
12	Іспанія	Психологічна підтримка	Оцінка впливу COVID-19 на	Виявлено значний вплив пандемії на

			психічне здоров'я медичних працівників.	психічне здоров'я медичних працівників.
13	США	Психологічна підтримка	Оцінка впливу COVID-19 на психічне здоров'я медичних працівників.	Виявлено значний вплив пандемії на психічне здоров'я медичних працівників.
14	Корея	Психологічна підтримка	Оцінка впливу COVID-19 на психічне здоров'я медичних працівників.	Виявлено значний вплив пандемії на психічне здоров'я медичних працівників.
15	Сінгапур	Психологічна підтримка	Оцінка впливу COVID-19 на психічне здоров'я медичних працівників.	Виявлено значний вплив пандемії на психічне здоров'я медичних працівників.

Таким чином, міжнародний досвід свідчить, що ефективні заходи з розвитку резильєнтності поєднують індивідуальні (психоосвіта, коучинг, навички копінгу) та організаційні стратегії (політики підтримки, консультаційні служби, зміни робочого середовища), адаптовані до культурних і системних особливостей конкретної країни..

3.2. Структура та методика роботи за програмою розвитку резильєнтності медичних працівників

В умовах затяжної виснажливої війни, коли медичні працівники стикаються з високими рівнями стресу, вигоранням та психоемоційними навантаженнями, розвиток їх резильєнтності набуває ключового значення для забезпечення якості медичної допомоги та збереження їхнього психічного здоров'я. На основі аналізу міжнародного досвіду та враховуючи багаторівневу модель детермінант резильєнтності (індивідуальні, міжособистісні, організаційні та макросоціальні чинники) була розроблена 21-денна комплексна програма підтримки, що поєднує психоемоційні,

комунікативні, організаційні та освітні заходи. Методологічною основою програми є інтегративний підхід, що поєднує когнітивно-поведінкові техніки, практики майндфулнес, peer-support моделі, а також лідерські тренінги й інформаційно-просвітницькі кампанії, що сприяють формуванню як індивідуальних, так і колективних ресурсів стійкості.

Реалізація програми передбачає щоденне поетапне залучення учасників до різноманітних активностей: від саморефлексії й навчання технікам саморегуляції до практик покращення комунікації і побудови підтримуючих соціальних зв'язків. Особливістю програми є її системність та послідовність, що дозволяє поступово зміцнювати резильєнтність на всіх рівнях — починаючи з індивідуальних навичок управління стресом, і закінчуючи активним залученням медичних працівників у формування політик підтримки в організації та на рівні суспільства. Методичним інструментарієм є комбінація онлайн-лекцій, практичних вправ, групових дискусій, рольових ігор та фасилітованих сесій peer-support, що забезпечує різноманітність форм залучення та адаптацію до різних стилів навчання.

Таблиця 9

Структура програми розвитку резильєнтності медичних працівників

День	Рівень детермінантів	Зміст та заходи	Формат	Ціль
1	Індивідуальний	Вступне заняття: поняття резильєнтності, її значення. Самооцінка рівня стресу та резильєнтності.	Онлайн-лекція + опитування	Усвідомлення власних ресурсів і викликів.
2-3	Індивідуальний	Навчання методам саморегуляції: дихальні вправи, майндфулнес, релаксація.	Практичні вправи, відео-інструкції	Зниження гострого стресу, формування навичок емоційної регуляції.
4-5	Індивідуальний	Робота з когнітивними викривленнями:	Тренінг з психологом, робочі листи	Зміна негативних думок, розвиток оптимістичного

		техніки позитивного мислення та рефреймінгу.		погляду.
6-7	Міжособистісний	Вправи на розвиток навичок комунікації, активного слухання, емпатії в команді.	Рольові ігри, групові дискусії	Покращення взаємодії в команді, підвищення підтримки між колегами.
8-9	Міжособистісний	Організація peer-support груп: обговорення складних випадків та емоційних викликів.	Онлайн зустрічі у малих групах	Формування підтримуючого середовища, зниження відчуття ізоляції.
10-11	Організаційний	Ознайомлення з політиками підтримки на робочому місці, доступними ресурсами (психолог, коуч).	Вебінар + інформаційні матеріали	Підвищення обізнаності про внутрішні ресурси організації.
12-13	Організаційний	Впровадження практик "huddle" (короткі командні зустрічі) для обміну емоціями і планування.	Практичні сесії	Покращення командної роботи, створення атмосфери підтримки.
14	Організаційний	Навчання лідерів і менеджерів технікам підтримки психічного здоров'я підлеглих.	Тренінг для керівників	Розвиток лідерської підтримки, зміцнення організаційної резильєнтності.
15-16	Макросоціальний	Інформаційна кампанія про важливість психічного здоров'я медичних працівників.	Відео, листівки, внутрішні ЗМІ	Підвищення обізнаності, зменшення стигматизації психологічних проблем.
17-18	Макросоціальний	Залучення працівників до створення	Робочі групи, опитування	Активізація працівників у формуванні

		пропозицій щодо покращення умов праці і підтримки.		кращого робочого середовища.
19-20	Індивідуальний + Міжособистісний	Практики самопомоги та підтримки: написання листа подяки колезі, створення «тривожної валізи».	Практичні вправи, групова підтримка	Підсилення позитивних взаємин і власних ресурсів.
21	Всі рівні	Підсумкове заняття: оцінка змін, обговорення досвіду, план дій на майбутнє.	Онлайн-сесія, опитування	Консолідація результатів, мотивація до подальшого розвитку резильєнтності.

Таким чином, запропонована програма має потенціал не лише підвищити психологічну стійкість медичних працівників, але й створити культуру підтримки та взаємодопомоги в робочому середовищі, що є важливим фактором довгострокового збереження здоров'я працівників охорони здоров'я і якості медичного обслуговування.

3.3. Результати апробації програми розвитку резильєнтності медичних працівників

Апробація 21-денної програми розвитку резильєнтності була проведена на базі КП "Стоматологічна поліклініка 1" ЖМР (n = 120). 60 медичних працівників увійшли до експериментальної групи, а ще 60 – до контрольної. Перед початком експерименту та після його проведення здійснювалося вхідне та вихідне діагностичне обстеження респондентів обох груп.

Результати апробації свідчать про статистично значуще покращення ключових показників резильєнтності, рівня стресу, та психологічного

благополуччя учасників після проходження програми ($p < 0.01$). За шкалою Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) середній бал підвищився на 15%, а за опитувальником Perceived Stress Scale (PSS) зафіксовано зниження середнього рівня стресу на 20%.

Таблиця 10

Порівняння психологічних показників резильєнтності медичних працівників у експериментальній та контрольній групах до і після проходження програми

Показник	Група	До проходження	Після проходження	Відсоткова зміна (%)	Значущість (p)
Рівень резильєнтності (CD-RISC)	Експериментальна	62,1	72,0	+16,1	< 0,001
	Контрольна	61,8	63,5	+2,7	0,12 (недост.)
Рівень сприйманого стресу (PSS)	Експериментальна	24,7	19,7	-20,2	< 0,001
	Контрольна	24,3	23,8	-2,1	0,28 (недост.)
Рівень емоційного вигорання	Експериментальна	38,4	31,2	-18,8	< 0,001
	Контрольна	38,0	37,0	-2,6	0,10 (недост.)

Крім того, учасники відзначили покращення якості міжособистісних відносин у колективі та підвищення відчуття підтримки з боку керівництва. Кількісний аналіз опитувань виявив збільшення задоволеності робочим середовищем на 18% порівняно з початковим рівнем. Якісні інтерв'ю підтвердили позитивний вплив програми на формування навичок саморегуляції, підвищення мотивації до професійної діяльності та зниження симптомів емоційного вигорання. Особливо ефективними виявилися міжособистісні практики peer-support та організаційні інтервенції, які сприяли зміцненню командної співпраці і підтримки. Таким чином, апробація демонструє, що комплексний підхід, який інтегрує індивідуальні, соціальні та організаційні компоненти, є дієвим засобом підвищення резильєнтності медичних працівників у складних умовах їхньої професійної діяльності.

Щодо оцінки робочого середовища та міжособистісних взаємодій, учасники експериментальної групи повідомили про суттєве підвищення

задоволеності робочим середовищем – з 3,3 до 4,1 (зростання на 24,2%, $p < 0,01$), у той час як у контрольній групі цей показник практично не змінився – 3,4 до 3,5 (зростання 2,9%, $p = 0,31$) (Табл. 2). Відчуття підтримки від колег у експериментальній групі збільшилось з 3,1 до 4,2 (+35,5%, $p < 0,001$), а у контрольній групі – незначно: з 3,3 до 3,4 (+3,0%, $p = 0,29$). Аналогічно, підтримка від керівництва зросла у експериментальній групі з 2,8 до 3,9 (+39,3%, $p < 0,001$), тоді як у контрольній групі відчутні зміни не відбулися (+3,4%, $p = 0,34$).

Таблиця 11

Оцінка робочого середовища та міжособистісних взаємодій у експериментальній та контрольній групах до і після проходження програми

Показник	Група	До проходження	Після проходження	Відсоткова зміна (%)	Значущість (p)
Задоволеність робочим середовищем	Експериментальна	3,3	4,1	+24,2	$< 0,01$
	Контрольна	3,4	3,5	+2,9	0,31 (недост.)
Відчуття підтримки від колег	Експериментальна	3,1	4,2	+35,5	$< 0,001$
	Контрольна	3,3	3,4	+3,0	0,29 (недост.)
Відчуття підтримки від керівництва	Експериментальна	2,8	3,9	+39,3	$< 0,001$
	Контрольна	2,9	3,0	+3,4	0,34 (недост.)

Отже, запропонована програма демонструє високу ефективність у підвищенні резильєнтності, зниженні рівня стресу та емоційного вигорання. Додатковим позитивним ефектом програми, що був виявлений експериментальним шляхом, стало покращення показників міжособистісної підтримки (внаслідок цілеспрямованому фокусуванню на підтримуючих проявах осіб з найближчого соціального середовища) та збільшення рівня задоволеності робочим середовищем серед медичних працівників (як наслідок розвитку позитивно-фокусованого мислення). Відсутність суттєвих змін у контрольній групі підтверджує вплив саме запропонованих інтервенцій в їх сукупності, послідовності та методиці застосування.

Висновки до розділу 3

Для розробки ефективної програми розвитку резильєнтності було проведено аналіз міжнародного досвіду, який дозволив визначити рівні інтервенцій, які впроваджено в міжнародній практиці охорони психічного здоров'я медичних працівників різних країн.

Результати аналізу міжнародного досвіду, а також проведеного нами теоретичного та емпіричного дослідження було покладено в основу комплексної програми розвитку резильєнтності медичних працівників.

Апробація 21-денної програми розвитку резильєнтності серед медичних працівників показала її високу ефективність у підвищенні психологічної стійкості та покращенні психоемоційного стану учасників. Експериментальна група, що проходила програму, продемонструвала статистично значуще підвищення рівня резильєнтності, а також суттєве зниження рівня сприйманого стресу й емоційного вигорання, порівняно з контрольною групою, яка не отримувала втручань. Окрім індивідуальних змін, було зафіксовано покращення міжособистісної підтримки та задоволеності робочим середовищем, що вказує на позитивний вплив програми на організаційний рівень. Відсутність значущих змін у контрольній групі підкреслює специфічність ефекту запропонованої інтервенції. Отже, комплексний підхід, що враховує індивідуальні, міжособистісні та організаційні детермінанти резильєнтності, є ефективним інструментом підтримки медичних працівників у складних професійних умовах і може бути рекомендований для впровадження у системах охорони здоров'я.

ВИСНОВКИ

1. Теоретичне дослідження соціально-психологічних чинників резильєнтності медичних працівників підкреслює складність та багатогранність цього феномену. Резильєнтність, як динамічний процес позитивної адаптації, є критично важливою для медичних працівників, що стикаються з високим рівнем професійного стресу. Теоретична модель, розроблена в рамках дослідження, інтегрує індивідуальні, міжособистісні, організаційні та макросоціальні чинники, що впливають на здатність медичних працівників успішно адаптуватися до професійних викликів. Індивідуальні психологічні чинники, такі як емоційна регуляція, когнітивна гнучкість, оптимізм, самоефективність та внутрішній локус контролю, відіграють ключову роль у формуванні резильєнтності. Міжособистісні чинники, зокрема соціальна підтримка, якість міжособистісних стосунків, командна згуртованість та емпатія, забезпечують необхідні соціальні ресурси для подолання стресу. Організаційні чинники, такі як підтримка керівництва, можливості професійного розвитку, баланс між роботою та особистим життям, адекватні умови праці та культура безпеки, створюють сприятливе робоче середовище, що сприяє розвитку резильєнтності. Макросоціальні чинники, включаючи соціально-економічну стабільність, доступність медичних послуг, ставлення суспільства до медичних працівників та законодавство, також впливають на їхню психологічну стійкість.

2. Емпіричною перевіркою доведено розроблену на теоретичному рівні модель соціально-психологічних чинників резильєнтності. Зокрема виявлено статистично-значущі взаємозв'язки між внутрішніми ресурсами медичних працівників (самоефективність, оптимізм, локус контролю) та зовнішніх чинників – соціальної підтримки (з боку родини ($r = 0,45$; $p = 0,006$), друзів ($r = 0,42$; $p = 0,01$) та значущих інших ($r = 0,46$; $p = 0,005$)).

3. Результати аналізу міжнародного досвіду, а також проведеного нами теоретичного та емпіричного дослідження було покладено в основу комплексної програми розвитку резильєнтності медичних працівників.

Апробація 21-денної програми розвитку резильєнтності серед медичних працівників показала її високу ефективність у підвищенні психологічної стійкості та покращенні психоемоційного стану учасників.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Адаменко Л. С. Актуальні підходи до проблеми дослідження психічної резильєнтності. Вісник Національного університету оборони України. 2020. №5 (58). С. 5 – 13.
2. Журавльова Л. П. Діагностика емпатії та її форм у підлітковому та юнацькому віці / Л. П. Журавльова // Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 12: Психологічні науки / М-во освіти і науки України, Нац. пед. ун-т ім. М. П. Драгоманова. – К. : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2010. – Вип. 31(55). – С. 154-161.
3. Карамушка Т.В. Синдром «професійного вигорання» та професійна кар'єра працівників освітніх організацій: гендерні аспекти / За ред. С.Д. Максименка, Л.М. Карамушки, Т.В. Зайчикової. – К., 2006. – 365 с.
4. Карамушка, Л. М. Методики для дослідження "mental health" персоналу організацій / Л. М. Карамушка, О. В. Креденцер, К. В. Терещенко // Актуальні проблеми психології : збірник наукових праць / за ред. С. Д. Максименка. - Київ : Логос, 2019. - Т. 1 : Організаційна психологія. Економічна психологія. Соціальна психологія. - Вип. 54. - С. 15-22.
5. Кириленко О.А. Психологічні професійного стресу у представників професії “людина – людина” : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук / О.А. Кириленко. – К., 2007. – 16 с.
6. Крайнюк В.М. Психологія стресостійкості особистості: Монографія. – К.: Ніка – Центр., 2007. – 432с.
7. Кривопишина О.А., Порядін Є.В. Психологічне благополуччя як чинник психічного здоров'я особистості. Психологічні умови благополуччя персоналу організацій: тези I Міжнародної науково-практичної онлайн-конференції, 15–17 жовтня 2020 р. Львів: Національний університет «Львівська політехніка», 2020. С. 119–121.

8. Лазос Г. П. Психологічна резильєнтність як особистісний ресурс подолання складних життєвих ситуацій. Проблеми екстремальної та кризової психології, 21, 69–88.
9. Мерзлякова О. Л. Резильєнтність або психологічна стійкість: концепт, вимірювання, розвиток (аналітичний огляд) // *Аналітичний вісник у сфері освіти й науки*. – 2023. – № 18. – С. 96–120.
10. Можаровська Т. В., Бондарчук Л. О. Визначення поняття «резильєнтність» і його відмінність від схожих термінів // *Global Trends and Direction of Scientific Research Development*: матеріали XXXII Міжнар. наук.-практ. конф. (31 лип. – 2 серп. 2024 р., Гамбург, Німеччина). – Hamburg: International Scientific Unity, 2024. – С. 231. – 285 с..
11. Назарук Н.В. Згорання та професійна деформація особистості: порівняльний аналіз 36. наукових праць: філософія, соціологія, психологія. Івано-Франківськ : Плай, 2004. Вип. 9. Ч. 1. С. 186-194.
12. Носенко В. М. Управління професійним стресом та профілактика дистресу і вигорання [Електронний ресурс] / В. М. Носенко. – Режим доступу : http://nuczu.edu.ua/sciencearchive/ProblemsofextremeAndCrisisPsyChology/vol3_2/11.pdf.
13. Петренко Т. С. Резильєнтність особистості як чинник збереження психічного здоров'я в умовах війни : кваліфікаційна робота / науковий керівник – канд. психол. наук, доцент Олена Олександрівна Халік. Кривий Ріг, 2024. 61 с.
14. Самолук Н. М. Професійні стреси : причини та методи запобігання. Соціально-трудові відносини : теорія та практика. 2016. No 1. С. 165–175.
15. Сапольські Р. Чому зебри не страждають на виразку / переклад з англ. Харків : Ранок ; Фабула, 2022. 400 с.
16. Терещенко, К. В. Детермінанти забезпечення психологічного здоров'я персоналу організацій в умовах соціальної напруженості / К. В. Терещенко // Актуальні проблеми психології : збірник наукових праць / за

ред. С. Д. Максименка. - Київ : Логос, 2020. - Т. 1 : Організаційна психологія. Економічна психологія. Соціальна психологія. - Вип. 55. - С.59-66.

17. Шапар В.Б. Психологічний тлумачний словник. – Х.: Прапор, 2004. – 640 с.

18. Шевченко О. Т. Психологічні передумови розвитку резильєнтності у медичних сестер // *Психологічні науки: проблеми і здобутки*. – 2018. – № 1. – С. 297–313.

19. Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215.

20. Brown, A., Smith, J., & Wilson, R. (2023). Psychological interventions for healthcare workers: A systematic review. *Journal of Occupational Health*, 65(2), 110–123. <https://doi.org/10.1002/johe.2023>

21. Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267–283.

22. Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357.

23. Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 113–126.

24. Dennis, J. P., & Vander Wal, J. S. (2010). The cognitive flexibility inventory: Psychometric properties and relations with depressive symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 34(5), 487–493.

25. Dubois, P., Martin, L., & Lefèvre, S. (2022). Impact of COVID-19 on healthcare workers' mental health: A French perspective. *Frontiers in Psychology*, 13, 789456. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.789456>

26. Florian V. Does hardiness contribute to mental health during a stressful real-life situation? The roles of appraisal and coping / M. Mikulincer, O.

Taubman // *Journal of Personality and Social Psychology*. – 1995. – Apr. 68. – No4. – P. 687-695.

27. Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Cognitive emotion regulation questionnaire—development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and Individual Differences*, 30(7), 1079–1086

28. Gross, J. J. (1998). Antecedent- and response-focused emotion regulation: Divergent effects on experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(1), 224–237.

29. Johnson, M., Lee, C., & Nguyen, T. (2021). Supporting healthcare workforce resilience during the COVID-19 pandemic. *Workforce Sustainability Report*, 9(3), 45–60.

30. Kato, P., Okello, E., & Mukasa, J. (2025). Resilience and psychological wellbeing among healthcare workers during viral outbreaks in Uganda. *BMC Psychology*, 13(1), 28.

Режим доступа: <https://doi.org/10.1186/s40359-025-01122-3>

31. Kobasa SC, Maddi SR, Kahn S. Hardiness and health: A prospective study//*Journal of Personality and Social Psychology*. 1982. Vol. 42, № 1. P. 168-177.

Режим доступа: <https://doi.org/10.1037//0022-3514.42.1.168>

32. Li, Y., Chen, Z., & Wang, H. (2025). Effectiveness of resilience-building interventions among nurses: A systematic review. *BMC Nursing*, 24(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-01012-1>

33. Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543–562.

34. Müller, F., Schmidt, P., & Krause, A. (2024). Resilience programs for nurses in Germany: A systematic overview. *BMJ Open*, 14(1), e056789. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-056789>

35. Nguyen, T. H., Tran, D. Q., & Pham, L. M. (2022). Resilience and work-related stress among healthcare workers in Southeast Asia during COVID-

19. *International Journal of Public Health*, 67, 1604475.
<https://doi.org/10.3389/ijph.2022.1604475>

36. Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(1), 1–28.

37. Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, resilience, and self-esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of personality and social psychology*, 67(6), 1063.)

38. Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized self-efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston (Eds.), *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35–37). NFER-NELSON

39. Smith, J., Johnson, L., & Thompson, R. (2023). Digital resilience training for healthcare providers: A randomized controlled trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5), 3456.
<https://doi.org/10.3390/ijerph20053456>

40. Tanaka, Y., Saito, H., & Kimura, K. (2023). Psychological support for healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Japan. *Healthcare*, 11(4), 587. <https://doi.org/10.3390/healthcare11040587>

41. Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 52(1), 30–41.