

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ПОЛІСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Факультет права, публічного управління та національної безпеки
Кафедра психології

Кваліфікаційна робота
на правах рукопису

Нестерчук Людмила Савелівна

УДК 159.944.4:159.944.2:614.2

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
Психологічні особливості професійного вигорання
медичних працівників в умовах воєнного стану
Спеціальність 053 «Психологія»
ОПП «Практична психологія»

Подається на здобуття освітнього ступеня магістра психології.
Кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень. Використання
ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

Л.С. Нестерчук

Керівник роботи:
професор МАТЕЮК О.А

Житомир – 2025

Висновок кафедри _____
за результатами попереднього захисту: _____

Протокол засідання кафедри
№ _____ від « ____ » _____ 20__ року

Завідувач кафедри

(науковий ступінь, вчене звання) (підпис) (науковий ступінь, вчене звання)

Результати захисту кваліфікаційної роботи

Здобувач вищої освіти

_____ захистив (ла)
(прізвище, ім'я, по батькові)

кваліфікаційну роботу з оцінкою:

сума балів за 100-бальною шкалою _____

за шкалою ECTS _____

за національною шкалою _____

Секретар ЕК

(науковий ступінь, вчене звання) (підпис) (прізвище, ім'я, по батьку)

АНОТАЦІЯ

Нестерчук Л. С. Психологічні особливості професійного вигорання медичних працівників в умовах воєнного стану. – Кваліфікаційна робота на правах рукопису.

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістра за спеціальністю 053 «Психологія», ОПП «Практична психологія». – Поліський національний університет, Житомир, 2025.

Кваліфікаційна робота присвячена дослідженню психологічних особливостей професійного вигорання медичних працівників у контексті воєнного стану в Україні. Теоретичний аналіз засвідчив, що професійне вигорання медиків формується внаслідок тривалого впливу хронічного стресу, екстремальних умов праці, емоційного перевантаження та морально-етичних дилем, пов'язаних із наданням медичної допомоги в умовах війни. Показано, що поєднання високих професійних вимог і обмежених ресурсів призводить до порушення адаптаційних механізмів, розвитку емоційного виснаження, деперсоналізації та зниження відчуття професійної ефективності.

Теоретичну основу дослідження становлять біопсихосоціальний підхід до аналізу психічних станів, модель «Вимоги–Ресурси роботи» (JD-R), класичні концепції професійного вигорання К. Маслач і С. Джексон, теорії стресу Г. Сельє та Р. Лазаруса, а також сучасні уявлення про нейропсихологічні механізми стресу й емоційної регуляції. Особливу увагу приділено впливу екстремальних умов воєнного часу на когнітивні, емоційні та поведінкові прояви вигорання у медичних працівників.

Емпіричне дослідження проведено на вибірці 30 медичних працівників закладів охорони здоров'я м. Житомира. У дослідженні використано методику діагностики професійного вигорання К. Маслач (MBI), шкалу сприйманого стресу PSS, методику оцінки рівня стресу Ю. Щербатих, а також кореляційний аналіз. Отримані результати свідчать про високий рівень емоційного виснаження та

значущі взаємозв'язки між рівнем стресу, тривожності й основними компонентами професійного вигорання. Виявлено, що умови воєнного стану суттєво підвищують ризик дезадаптації, сприяють розвитку симптомів, близьких до вторинної травматизації, та знижують психологічну стійкість медичних працівників.

Практичне значення роботи полягає в обґрунтуванні напрямів психологічної профілактики професійного вигорання та можливості використання отриманих результатів у діяльності практичних психологів, керівників медичних закладів і фахівців системи охорони психічного здоров'я. Матеріали дослідження можуть бути використані для розробки програм психологічної підтримки та підвищення стресостійкості медичних працівників в умовах підвищеного професійного ризику.

Ключові слова: професійне вигорання, медичні працівники, воєнний стан, емоційне виснаження, деперсоналізація, стрес, психологічна стійкість.

ABSTRACT

Nestershchuk L. S. Psychological features of professional burnout among medical workers under martial law. – Qualification thesis manuscript.

Master's qualification thesis in Specialty 053 "Psychology", Educational and Professional Program "Practical Psychology". – Polissia National University, Zhytomyr, 2025.

The qualification thesis is devoted to the study of psychological features of professional burnout among medical workers in the context of martial law in Ukraine. Theoretical analysis has shown that professional burnout of medical staff is formed as a result of prolonged exposure to chronic stress, extreme working conditions, emotional overload, and moral-ethical dilemmas associated with providing medical care during wartime. It is demonstrated that the combination of high professional demands and limited resources leads to the disruption of adaptive mechanisms, emotional exhaustion, depersonalization, and a decrease in perceived professional effectiveness.

The theoretical framework of the study is based on the biopsychosocial approach, the Job Demands–Resources (JD-R) model, classical concepts of professional burnout developed by C. Maslach and S. Jackson, stress theories by H. Selye and R. Lazarus, as well as contemporary views on neuropsychological mechanisms of stress and emotional regulation. Particular attention is paid to the impact of extreme wartime conditions on cognitive, emotional, and behavioral manifestations of burnout in medical professionals.

The empirical study was conducted on a sample of 30 medical workers employed in healthcare institutions in Zhytomyr. The research methods included the Maslach Burnout Inventory (MBI), the Perceived Stress Scale (PSS), Shcherbatykh's Stress Level Assessment Method, and correlation analysis. The results indicate a high level of emotional exhaustion and statistically significant relationships between stress, anxiety, and the core components of professional burnout. It was found that martial law conditions significantly increase the risk of maladaptation, contribute to symptoms of secondary traumatization, and reduce psychological resilience among medical workers.

The practical significance of the study lies in substantiating directions for psychological prevention of professional burnout and in the possibility of applying the obtained results in the work of practical psychologists, healthcare administrators, and mental health professionals. The findings may be used in the development of psychological support programs aimed at enhancing stress resilience and maintaining the psychological well-being of medical personnel working under conditions of increased professional risk.

Keywords: professional burnout, medical workers, martial law, emotional exhaustion, depersonalization, stress, psychological resilience.

ЗМІСТ

ВСТУП

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

- 1.1. Поняття та структура синдрому професійного вигорання
- 1.2. Причини та наслідки професійного вигорання медичних працівників
- 1.3. Соціально-психологічні умови праці медичних працівників під час воєнних дій
- 1.4. Теоретична модель професійного вигорання медичних працівників

Висновки до першого розділу

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

- 2.1. Методика дослідження професійного вигорання особистості

2.2. Опис та організація дослідження

РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

- 3.1. Результати емпіричного дослідження рівня психологічного вигорання медичних працівників в умовах воєнного стану
- 3.2. Взаємозв'язок емпіричних результатів та теоретичної моделі професійного вигорання медичних працівників
- 3.3. Методи профілактики та рекомендації подолання професійного вигорання медичних працівників в умовах війни росії з Україною

ВИСНОВКИ

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

ДОДАТКИ

ВСТУП

Актуальність дослідження професійного вигорання медичних працівників зумовлена масштабними соціальними викликами, які постали перед системою охорони здоров'я України в умовах воєнного стану. Щоденна робота в екстремальних ситуаціях, підвищене емоційне навантаження, нестача ресурсів, відповідальність за життя пацієнтів, а також постійна загроза особистій безпеці створюють передумови для розвитку хронічного стресу та емоційного виснаження. У таких умовах проблема професійного вигорання медичних працівників набуває особливої значущості, адже від їх психологічного стану залежить якість надання медичної допомоги та ефективність функціонування всієї медичної системи.

Сучасні теоретичні дослідження свідчать, що професійне вигорання є багатовимірним психологічним феноменом, який включає емоційне виснаження, деперсоналізацію та зниження суб'єктивної оцінки професійної ефективності. В умовах воєнного часу ці прояви посилюються впливом зовнішніх чинників: ризиком для життя, надмірним навантаженням, етичними дилемами та відсутністю можливостей для повноцінного відновлення. Особливо вразливими є медики, які щоденно працюють з травмованими пацієнтами, переживають моральне виснаження та емоційне перенасичення.

Метою дослідження є вивчення психологічних особливостей професійного вигорання медичних працівників в умовах воєнного стану та розробка ефективних психологічних рекомендацій для його профілактики.

Об'єктом дослідження виступає професійне вигорання медичних працівників, а предметом – його психологічні прояви та чинники, що його зумовлюють, у специфічних умовах військових дій.

Гіпотеза дослідження полягає в припущенні, що в умовах воєнного стану рівень професійного вигорання медичних працівників є підвищеним і має специфічні прояви, що зумовлені поєднанням тривалого стресу, небезпеки,

емоційного виснаження та моральної напруги. При цьому окремі психологічні характеристики, такі як рівень тривожності, стресу та особливості копінг-стратегій, істотно впливають на інтенсивність вигорання.

У межах роботи передбачається виконати такі завдання:

1. Розкрити поняття, структуру та теоретичні моделі професійного вигорання;
2. Проаналізувати чинники і наслідки вигорання в медичних працівників в умовах війни;
3. Провести емпіричне дослідження рівня професійного вигорання, тривожності й стресу;
4. Встановити взаємозв'язки між психологічними показниками;
5. Розробити рекомендації щодо профілактики професійного вигорання в умовах воєнного стану.

Методологічну основу дослідження становлять принципи системності, детермінізму, єдності внутрішніх і зовнішніх чинників, діяльнісний підхід, а також концепції багаторівневої організації психіки, представлені у працях К.О. Абульханової-Славської, Б.Г. Ананьєва, Л.С. Виготського, О.М. Леонтьєва, С.Л. Рубінштейна, С.Д. Максименка, а також соціально-когнітивна теорія А. Bandura. Теоретичною базою також виступають класичні моделі вигорання К. Маслач, С. Джексона, JD-R модель (Demerouti & Bakker), концепції стресу (Г. Сельє, Р. Лазарус, Ю. Щербатих) та психологічної стійкості.

Методи дослідження. У роботі використано комплекс теоретичних та емпіричних методів:

- теоретичні: аналіз наукової літератури, порівняльний аналіз, узагальнення, систематизація та моделювання;
- емпіричні: анкетування, психодіагностичні методики — Маслач Burnout Inventory (MBI), шкала сприйманого стресу (PSS), методика діагностики рівня стресу за Ю. Щербатихом, кореляційний аналіз результатів дослідження.

База дослідження. Емпіричне дослідження проводилось у лютому 2025 року на базі комунального підприємства «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Житомирської міської ради. Вибірку склали 30 медичних працівників різного віку, стажу та спеціалізації, які безпосередньо надають медичну допомогу в умовах воєнного стану.

Наукова новизна роботи полягає у виявленні специфіки професійного вигорання саме в умовах воєнного стану, встановленні його взаємозв'язків із тривожністю, рівнем стресу та психологічною стійкістю.

Практичне значення дослідження полягає в можливості використання результатів для вдосконалення програм психологічної підтримки медичних працівників та розробки профілактичних заходів, спрямованих на збереження їх психічного здоров'я в умовах екстремального професійного навантаження.

Структура кваліфікаційної роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Список використаних джерел містить найменування, переважно сучасних українських і зарубіжних авторів. Загальний обсяг роботи становить 70 сторінок, з них основного тексту – 56 сторінок .

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

1.1. Поняття та структура синдрому професійного вигорання

Сучасна психологія активно досліджує порушення психічної адаптації, зокрема професійне вигорання, яке виникає в умовах соціально-економічної та політичної нестабільності. Професійне вигорання є довготривалою стресовою реакцією, що часто спостерігається у професіях з інтенсивним міжособистісним спілкуванням. Це стан, коли досвідчені фахівці втрачають інтерес до роботи, яка раніше була для них значущою, і може мати серйозні наслідки для їхнього психічного здоров'я.

Професійне вигорання, визнане ВООЗ і внесене в МКХ-10, почало досліджуватися з 1974 року. У 1993 році на конференції в Сан-Франциско було визначено три основні компоненти синдрому: психоемоційне виснаження, деперсоналізацію (цинізм) і редукцію професійних досягнень. Вигорання вважається відносно незворотнім і характерне для професіоналів у "допомагаючих" сферах. Структуру синдрому запропонувала К. Маслач. Maslach C. Burned-out cops and their families / C. Maslach, S. E. Jackson // Psychology today. - 1994. - №5. - P. 60

Проблема професійного вигорання привернула увагу багатьох дослідників, і одним із перших, хто заглибився в це питання, був Дж. Фрейденберг. Він не лише ввів термін "синдром професійного вигорання", але й заклав основи для подальших досліджень у цій сфері. Серед зарубіжних вчених, які також зробили значний внесок, можна згадати В. Бойка, Дж. Грінберга, С. Джексона, К. Маслач, Б. Перлмана та А. Хартмана. Вони створили теоретичну базу, на якій згодом будувалися прикладні дослідження.

Сьогодні українські психологи, такі як Т. Зайчикова, Л. Карамушка, О. Китаєв-Смик, О. Солодухова та Т. Яценко, активно вивчають особливості професійного вигорання в нашій країні. Вони досліджують, як це явище

проявляється в українському професійному середовищі, що робить їхні роботи особливо актуальними та важливими.

Сучасні дослідження професійного вигорання в психології охоплюють кілька основних напрямків: визначення сутності вигорання та його структурних елементів, аналіз чинників, що його викликають, вивчення впливу вигорання на поведінку особи, а також розгляд його генези та динаміки в контексті професійного розвитку. У міжнародній літературі виокремлюють два основні підходи до визначення вигорання: результативний, який акцентує на конкретних елементах стану, та процесуальний. Найбільш визнаним є визначення Х. Масlach, яке описує емоційне вигорання як стан виснаження, що переважно спостерігається у соціальних професіях [19].

Відповідно до результативного підходу, вигорання є станом розумового, емоційного та психічного виснаження, пов'язаного із професійною діяльністю. Це явище може виникати у психічно здорових людей, які мали успіхи у своїй професійній діяльності. Згідно з підходом, вигорання визначається при наявності трьох компонентів: емоційного виснаження, деперсоналізації та зниження професійної ефективності.

Другий підхід до вивчення вигорання акцентує увагу на його процесуальній природі, розглядаючи вигорання як послідовний процес, що складається з трьох етапів. За дослідженнями С. Черніса, вигорання є реакцією на стресові фактори робочого середовища, що проявляється у негативних змінах професійної поведінки. Перша стадія характеризується дисбалансом між ресурсами та вимогами, що викликає стрес. На другій стадії виникає емоційний стрес, втома та виснаження. Третя фаза проявляється у змінах мотивації та бездушному ставленні до клієнтів. Основним фактором, що впливає на вигорання, є адекватність стратегії подолання стресу; адже невідповідні методи можуть призвести до емоційного вигорання [9].

Резюмуючи вище сказане, варто означити, що у вивченні вигорання існують два основні підходи: результативний, який акцентує на симптомах вигорання, та процесуальний, що розглядає його як стадійний процес у контексті професійного зростання особистості.

У Міжнародній класифікації хвороб 11-го перегляду (МКХ-11), яка почала діяти з 2022 року, концепція професійного вигорання зазнала суттєвих змін у порівнянні з попередньою версією, МКХ-10. Якщо раніше вигорання розглядалося як «стан, пов'язаний із труднощами в подоланні життєвих проблем», то тепер воно чітко визначене як явище, пов'язане саме з професійною діяльністю, а не як медичний діагноз.

У новій класифікації вигорання потрапило до розділу «Фактори, що впливають на стан здоров'я» і описується як синдром, що виникає через хронічний стрес на роботі, з яким людина не може впоратися. МКХ-11 виділяє три основні прояви вигорання: постійне відчуття виснаження енергії, зростаючу психічну дистанцію від роботи або негативізм щодо неї, а також зниження професійної ефективності.

На відміну від МКХ-10, нова версія чітко акцентує на професійному контексті, підкреслюючи, що вигорання не можна використовувати для опису станів, які виникають поза межами трудової діяльності. Таким чином, МКХ-11 робить трактування синдрому більш точним і відповідним сучасним науковим підходам.

Сучасне розуміння синдрому професійного вигорання в психології базується на біопсихосоціальній моделі. Це означає, що вигорання виникає внаслідок взаємодії трьох основних чинників: біологічних, психологічних та соціальних.

Почнемо з біологічного аспекту. Тут ми говоримо про фізіологічні реакції на хронічний стрес. Наприклад, це може бути дисрегуляція гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі, зміни в рівні кортизолу, виснаження енергетичних запасів, а також проблеми зі сном і відновленням сил. Далі, психологічний компонент. Він

охоплює особистісні риси, які можуть сприяти вигоранню. Наприклад, високий рівень перфекціонізму, жорсткість мислення, низька емоційна регуляція, підвищена відповідальність, а також схильність до самозречення і надмірної залученості у роботу. Не можна забувати і про соціальний аспект. Тут важливе робоче середовище, яке може погіршити ситуацію. Надмірні навантаження, відсутність підтримки, конфлікти в ролях, несправедливий розподіл обов'язків, брак автономії і недостатня винагорода за працю — все це може сприяти розвитку вигорання.

Біопсихосоціальна модель допомагає зрозуміти, чому симптоми вигорання можуть бути такими різноманітними. Вона підкреслює, що це явище не є лише наслідком індивідуальної вразливості, а виникає в тісному зв'язку з навколишнім середовищем.

Модель «Вимоги–Ресурси роботи» (JD-R), розроблена Е. Демеруті та В. Баккером, пояснює вигорання як наслідок дисбалансу між вимогами роботи та ресурсами. Вимоги включають фізичні та психологічні зусилля, тоді як ресурси зменшують їхній вплив і підвищують мотивацію. Коли вимоги перевищують ресурси, виникає виснаження, що веде до деперсоналізації та зниження ефективності. Модель JD-R слугує основою для досліджень у різних сферах, допомагаючи пояснювати, прогнозувати та розробляти інтервенції щодо вигорання. **Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001).** *The Job Demands–Resources Model of burnout.* *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499–512. **DOI:** 10.1037/0021-9010.86.3.499

Професійне вигорання викликає нейропсихологічні зміни, зокрема дисрегуляцію префронтальної кори, що відповідає за планування та емоційну регуляцію. Хронічний стрес знижує активність цієї ділянки, що призводить до погіршення уваги, зменшення продуктивності мислення та труднощів у прийнятті рішень. Водночас спостерігається гіперактивність лімбічної системи, що викликає тривожність і імпульсивність. Також виявляються порушення в гіпокампі, що

негативно впливають на пам'ять і навчання. Нерегульований кортизол і дофамінергічна система спричиняють емоційну спустошеність і втрату мотивації, підтверджуючи біологічну природу вигорання. **van Dam, A. (2016).** *Substantial overlap between burnout and post-traumatic stress disorder symptoms: A comprehensive systematic review.* *Clinical Psychology Review*, 45, 12–27.

W. Schaufeli та D. Enzmann розробили класифікацію симптомів вигорання, поділивши їх на п'ять категорій: афективні, когнітивні, фізичні, поведінкові та мотиваційні [14].

Емоційне вигорання проявляється через афективні, когнітивні, фізичні та поведінкові симптоми. Афективні симптоми включають похмурий настрій, зневіру, емоційне та фізичне виснаження, а також дратівливість і чутливість до подразників, що може призводити до конфліктів у стосунках, зокрема з клієнтами. Когнітивні симптоми виявляються у порушеннях мислення, пам'яті та уваги, що ускладнює виконання завдань і призводить до помилок у спілкуванні. Загалом, вигорання негативно впливає на професійну діяльність та міжособистісні взаємодії.

Фізичні симптоми вигорання можна класифікувати на три основні категорії: загальні скарги на самопочуття (головні болі, запаморочення, м'язові болі, порушення сну, сексуальні дисфункції, загальна втома), психосоматичні захворювання (розлади шлунково-кишкового тракту, серцево-судинні проблеми) та специфічні фізіологічні реакції на стрес (підвищений кров'яний тиск, високий рівень холестерину).

Поведінкові симптоми включають підвищене збудження, неспокій, гіперактивність, проблеми з концентрацією, імпульсивність, нерішучість та схильність до відкладання справ. На міжособистісному рівні можна виділити два типи поведінки: агресивну, що призводить до конфліктів у різних сферах життя, та соціальну ізоляцію, яка проявляється в уникненні контактів з іншими. Обидва типи негативно впливають на робочу продуктивність, викликаючи запізнення,

часті пропуски, відсутність ініціативи та байдужість до виконання професійних обов'язків.

Мотиваційні ознаки вигорання проявляються на особистісному рівні через розбіжність між ідеалізованим уявленням про професію та її реальністю, що призводить до втрати значущості та мети в роботі. На міжособистісному рівні це виявляється у втраті інтересу до клієнтів, байдужості до їх потреб і появі меркантильних інтересів. Організаційний аспект характеризується відсутністю мотивації, зниженням професійних цінностей, низьким рівнем професійної моралі та небажанням брати на себе відповідальність і проявляти ініціативу [7].

Всього було визначено 132 симптоми, які проявляються на трьох рівнях: індивідуально-психологічному, міжособистісному та організаційному. Дослідження проводилося серед медичних працівників, зокрема лікарів-педіатрів і лікарів швидкої допомоги, для вивчення особливостей синдрому емоційного вигорання.

Синдром «професійне вигорання» тісно пов'язаний з поняттям «емоційного вигорання», яке стало актуальним у психології. Це явище особливо поширене серед професій, пов'язаних зі спілкуванням, зокрема серед лікарів, які постійно взаємодіють з великою кількістю пацієнтів, що призводить до емоційного стомлення і спустошення.

Науковці розглядають синдром емоційного вигорання як негативне психологічне явище, що проявляється через психоемоційне виснаження, дисфункціональні професійні установки та зниження мотивації. О. Рукавішніков акцентує на його впливі на професійну діяльність, тоді як Н. Водоп'янова описує його як професійну деструкцію особистості, що супроводжується стійкими психічними переживаннями та змінами в якості роботи. В. Бойко визначає емоційне вигорання як механізм психологічного захисту, що проявляється у зниженні емоційної енергії внаслідок психотравмуючих впливів, і вважає його стереотипом поведінки, що дозволяє економити енергетичні ресурси [12].

Фази розвитку синдрому вигорання:

Перша стадія вигорання, відома як «Фаза напруження», триває 3-5 років і характеризується початковими ознаками, такими як забування робочих завдань та потреба в частих перервах. Вона супроводжується постійними стресовими факторами і проявляється через психотравмуючі ситуації, незадоволеність собою, відчуття безвиході, тривожність і депресію.

Друга стадія, відома як «Фаза резистенції», характеризується глибоким емоційним виснаженням і втратою інтересу до роботи, що може розвиватися протягом 5-15 років. Основні ознаки цієї стадії включають постійну втому, головні болі, дратівливість, часті простудні захворювання та відчуття виснаження навіть після відпочинку. Вона проявляється через неадекватне емоційне реагування, байдужість у професійних стосунках, емоційну замкненість та зменшення професійних обов'язків.

Третя стадія стресу, відома як фаза «виснаження», характеризується фізичними і психологічними проблемами, такими як язви і депресії. Людина може почати сумніватися у цінності своєї роботи та життя, відчувати повну втрату інтересу, емоційну байдужість, отупіння і постійну втрату сил. Також спостерігаються порушення пам'яті, уваги та сну, а людина прагне до усамітнення. Ця стадія може розвиватися протягом 10-20 років.

Хоча на перший погляд ці три явища можуть здаватися схожими, професійне вигорання, депресія та вторинна травматизація — це абсолютно різні психологічні стани, кожен з яких має свою причину, розвиток і наслідки.

Професійне вигорання зазвичай виникає внаслідок тривалого стресу на роботі. Це не просто втома — це відчуття виснаження, яке пов'язане саме з трудовою діяльністю. Депресія ж, на відміну від вигорання, охоплює всі аспекти життя. Вона може проявлятися у формі постійного зниження настрою, втрати інтересу до речей, які колись радували, змін у апетиті та сні, а також почуття провини і сумнівів у власній компетентності. Важливо зазначити, що вигорання не

завжди супроводжується таким глобальним негативним сприйняттям себе, і воно не має ендогенної основи, як це часто буває з депресією.

Що стосується вторинної травматизації, то вона виникає у тих, хто працює з людьми, які пережили травму. Це може бути психолог, соціальний працівник або медик, який щодня стикається з важкими історіями клієнтів. У таких випадках фахівці можуть відчувати симптоми, схожі на посттравматичний стресовий розлад, такі як нав'язливі спогади, бажання уникати ситуацій, які нагадують про травму, підвищена тривожність і емоційне виснаження.

Отже, якщо вигорання пов'язане з надмірними вимогами на роботі, то вторинна травматизація — це наслідок впливу чужих травматичних досвідів. Розуміння цих відмінностей є надзвичайно важливим для правильної діагностики та вибору ефективних стратегій психологічної підтримки.

Теоретичний аналіз професійного вигорання показує, що це складний феномен, інтегрований у сучасні професійні реалії, з міждисциплінарним підходом, що охоплює медичні, психологічні, соціальні та нейробіологічні аспекти. Еволюція розуміння синдрому, від описів у 1970-х до сучасної інтерпретації в МКХ-11, підкреслює його глобальне значення для психічного здоров'я, особливо у сферах з високою емоційною залученістю. Порівняння критеріїв МКХ-10 та МКХ-11 вказує на вигорання як професійне явище, пов'язане з хронічним стресом, що покращує діагностику та профілактику. Моделі вигорання підкреслюють взаємодію індивідуальних, соціальних та робочих факторів, а нейропсихологічні дані пояснюють когнітивні та емоційні порушення. Порівняння з депресією та травматизацією окреслює межі між цими станами, що важливо для діагностики та корекції. В цілому, професійне вигорання є комплексним феноменом, що відображає якість організаційних процесів і потребує подальших досліджень та практичних програм підтримки.

1.2. Причини та наслідки професійного вигорання медичних працівників

Медичні працівники — це одна з професій, які найбільше піддаються ризику розвитку синдрому професійного вигорання. Вся справа в унікальному поєднанні емоційних, когнітивних, організаційних і моральних навантажень, з якими їм доводиться стикатися. Сфера охорони здоров'я завжди перебуває в стані напруження: тут високий рівень відповідальності за життя і здоров'я людей, а ресурси часто не відповідають вимогам професії. Усе це створює ідеальні умови для виникнення вигорання, яке у медиків має свої особливі прояви та закономірності.

Аналіз наукової літератури виявив ключові характеристики професійного вигорання, яке є специфічним видом професійних деструкцій. Вигорання супроводжується емоційним виснаженням, деперсоналізацією, недооцінкою власних досягнень та відчуттям некомпетентності. Це явище проявляється в умовах професійної діяльності та негативно впливає на всі аспекти особистості, знижуючи ефективність роботи і задоволеність нею. Вигорання є незворотнім процесом, що може призвести до регресу професійного розвитку і вплинути на повсякденне життя [11].

Професійне вигорання може бути спричинене кількома факторами: надмірним навантаженням, нечіткими обов'язками, монотонністю роботи, несприятливим середовищем та нерівновагою між роботою і особистим життям. Ці чинники можуть призводити до перевтоми, стресу та емоційного виснаження.

Професійне вигорання має складні негативні наслідки для психічного та фізичного здоров'я. З психологічної точки зору, людина переживає постійне емоційне виснаження, що веде до підвищеної втоми, зниження енергії та хронічного стресу. Це часто супроводжується розвитком розладів, таких як депресія та тривожність, що негативно впливають на загальне самопочуття. Вигорання також викликає когнітивні порушення, зокрема зниження здатності до

концентрації, проблеми з пам'яттю та уповільнення мислення. Фізичні наслідки вигорання можуть проявлятися у вигляді порушень сну, головного болю та соматичних симптомів (біль у м'язах, втома), що посилюють відчуття загального погіршення здоров'я. Дослідження також вказують на зв'язок між професійним вигоранням і розвитком серцево-судинних захворювань, проблемами з травленням та зниженням імунної функції [13].

Вигорання безпосередньо впливає на продуктивність праці. Як показує практика, працівники, які відчують емоційне виснаження, демонструють знижену ефективність, брак ініціативи та погіршення якості виконання своїх завдань. Деперсоналізація, що є складовою вигорання, також негативно позначається на стосунках у колективі. Людина стає емоційно відстороненою, цинічною та байдужою до інших, що руйнує робочу атмосферу і може призводити до конфліктів. Важливо зазначити, що зниження мотивації є одним із основних наслідків вигорання. Працівник втрачає внутрішню мотивацію до роботи, відчуває, що його зусилля не приносять результату, і тому не бачить сенсу в подальшому професійному розвитку. Це може призвести до частих прогулів, незадоволеності роботою та навіть звільнення. Хоріна О. І., Ходієнко Л. В. Ситуаційні і середовищні чинники професійного вигорання працівників комунальної сфери. Наукові студії із соціальної та політичної психології. 2013. Вип. 32. С. 184–196.

Професійне вигорання є значним фактором, що сприяє розвитку різних психічних розладів, зокрема депресії та тривожних розладів. Воно викликає психоемоційну нестабільність, що може призводити до серйозніших проблем, таких як посттравматичний стресовий розлад і важкі форми емоційного вигорання [9].

Фахівці комунікативних професій, зокрема лікарі, часто вважаються більш стійкими до стресу завдяки своїм навичкам комунікації. Проте на практиці вони часто стикаються з емоційним вигоранням через значне нервово-психічне навантаження, яке включає організаційні труднощі, високу соціальну

відповідальність та постійний контакт з людьми. Це може призводити до розвитку синдрому емоційного вигорання.

Професійна діяльність медичних працівників передбачає тривалі та інтенсивні взаємодії з пацієнтами, їхніми родичами та колегами. Постійний контакт зі стражданнями, болем, невизначеністю та смертю формує високий рівень емоційного навантаження, що поступово виснажує психічні ресурси. У лікарів, медичних сестер та інших спеціалістів часто виникає емоційне виснаження — це перший і найпомітніший симптом вигорання, який проявляється у вигляді хронічної втоми, зниження емпатії, відсутності емоційного відгуку та внутрішнього спустошення. За даними досліджень С. Maslach, медики входять до групи професій, де ризик емоційного виснаження є найвищим серед працівників допомагаючих професій (Maslach, Jackson, Leiter, 1996).

Медичні працівники часто стикаються з унікальними викликами, серед яких особливе місце займає деперсоналізація — це свого роду захисний механізм психіки. У процесі роботи лікарі можуть почати сприймати пацієнтів не як людей зі своїми переживаннями, а як "випадки", "діагнози" або "клінічні історії". Це емоційне віддалення, хоч і допомагає зберігати працездатність у стресових ситуаціях, згодом може призвести до руйнування гуманістичних аспектів професійної ідентичності лікаря. Дослідження показують, що рівень деперсоналізації особливо зростає у лікарів стаціонарних відділень, працівників невідкладної допомоги, онкологічних та реанімаційних відділень (Shanafelt et al., 2015).

Ще одним важливим аспектом вигорання у медиків є зниження відчуття професійних досягнень. Це може проявлятися у відчутті неефективності, зниженні професійної компетентності, а також у сумнівах щодо власної кваліфікації. Лікарі можуть почуватися так, ніби їхня праця не приносить очікуваних результатів. Такі ситуації часто виникають, коли медпрацівник працює в умовах нестачі ресурсів, кадрового дефіциту, надмірного бюрократичного навантаження та недостатньої

підтримки з боку керівництва. За моделлю JD-R (Bakker & Demerouti, 2007), поєднання високих професійних вимог і недостатніх ресурсів створює критичну точку ризику, яка, на жаль, може призвести до вигорання.

Вигорання медичних працівників – це складний і багатогранний процес, у якому важливу роль відіграють моральні виклики, з якими вони стикаються щодня. Зокрема, моральні конфлікти, неможливість допомогти пацієнту через об'єктивні обмеження, необхідність ухвалення складних рішень щодо лікування, а також ситуації, пов'язані з етичними дилемами, сприяють розвитку феномену "морального виснаження" (moral distress), який у сучасних дослідженнях вважається одним із ключових передвісників вигорання (Epstein & Hamric, 2009). Але це не єдине, що впливає на медиків. Організаційні умови праці також грають свою роль. Постійні понаднормові години, нерегулярні графіки, нічні зміни, відсутність підтримки з боку колег, конфлікти в колективі та низька заробітна плата – все це створює хронічний стрес, який накопичується з часом. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (WHO, 2019), більше 60% медичних працівників у Європі відчувають середній або високий рівень професійного вигорання.

Ще одна важлива деталь: багато медиків уникають звернення за психологічною допомогою через страх бути осудженими, втратити репутацію або професійну оцінку. Це ускладнює своєчасну профілактику вигорання і сприяє його прогресуванню. На жаль, програми підтримки психічного здоров'я в медичному середовищі не є поширеними, що робить цю проблему не лише особистою, а й системною.

Професійне вигорання не лише впливає на якість медичних послуг, але й на добробут самих медиків.

Наслідки вигорання можуть бути жахливими: від зловживання психоактивними речовинами до руйнування особистих стосунків і навіть самогубств. Професійні наслідки також не менш серйозні – це зниження

задоволеності пацієнтів, погіршення якості медичної допомоги та лікарські помилки, які можуть призвести до позовів про лікарську недбалість. І, звісно, це все тягне за собою значні витрати для медичних працівників та лікарень.

Отже, медичні працівники є однією з найбільш уразливих груп до професійного вигорання через інтенсивну роботу, емоційне залучення та організаційні труднощі. Вигорання проявляється в емоційному виснаженні, деперсоналізації та зниженні почуття професійних досягнень. Деперсоналізація допомагає зберігати працездатність, але знижує емпатію та якість взаємодії з пацієнтами. Моральні конфлікти та феномен *moral distress* також сприяють вигоранню. Наслідки включають порушення когнітивних функцій, підвищений ризик депресії та зниження продуктивності. Професійне вигорання є багатофакторним явищем, що вимагає інтегрованого підходу для покращення умов праці та психологічної підтримки медиків. Комплексні заходи можуть знизити рівень вигорання та підвищити якість медичної допомоги.

1.3. Соціально-психологічні умови праці медичних працівників під час воєнних дій

Робота медичних працівників є однією з найскладніших професій, що супроводжується високими вимогами та постійним стресом. Однією з основних проблем, з якою стикаються лікарі та медсестри, є емоційне вигорання, яке стало ще більш актуальним у зв'язку з військовою агресією та збільшенням навантаження на медичний персонал. Цей синдром має негативні наслідки для професії і потребує уваги [7].

Професійна діяльність медичних працівників зазвичай не пов'язана з екстремальними ситуаціями. Проте в умовах війни більшість медиків стикаються з великою кількістю травм, які не є характерними для мирного життя, що вже створює для них екстремальні обставини. Вплив цих екстремальних умов на особистість значною мірою залежить від рівня стресостійкості.

Багато дослідників асоціюють екстремальні умови з виникненням різних станів напруженості. З одного боку, нервово-психічна напруга є необхідною для активізації майже всіх психічних функцій особистості, але з іншого боку, при інтенсивному впливі особливо небезпечних факторів вона має негативний вплив на діяльність.

У умовах військових конфліктів медичні працівники стикаються з додатковими викликами, які суттєво впливають на їх фізичне та психічне здоров'я. Фізична небезпека, пов'язана з ризиком обстрілів і бомбардувань, становить пряму загрозу для життя та здоров'я медичного персоналу. Лікарі часто працюють у зонах підвищеної небезпеки, де можливі бойові дії, мінування територій та інші військові ризики [17].

Психологічний тиск також значно зростає: лікування важко поранених, у тому числі дітей, вимагає високого рівня емоційної стійкості і може призводити до емоційного виснаження. Постійний контакт з болем, смертю та трагічними ситуаціями підвищує ризик розвитку психологічних розладів, оскільки медичні працівники стають свідками людських страждань [25].

Обмежені ресурси є ще одним важливим чинником. Нестача життєво необхідних медикаментів, медичного обладнання та засобів захисту ускладнює надання якісної медичної допомоги. Мобілізація та евакуація населення можуть призводити до браку кваліфікованих медичних працівників, що збільшує навантаження на тих, хто залишився [24].

Моральні та етичні дилеми також стають невід'ємною частиною щоденної практики. У ситуаціях масових поранень медики змушені приймати складні рішення щодо пріоритетності надання допомоги. Нестача ресурсів змушує відмовлятися від певних видів медичної допомоги, що може суперечити професійним та етичним стандартам [25].

Травматичний досвід, пов'язаний із свідченням жорстокості війни, може призводити до серйозних психологічних травм та вторинної травматизації.

Медичні працівники часто стають не лише свідками, а й учасниками травматичних подій [20].

Більшість досліджень зосереджені на західних країнах, і специфіка вигорання в різних культурних контекстах, особливо в країнах, що розвиваються, та в зонах конфліктів, залишається недостатньо вивченою [22].

Зростання використання телемедицини та цифрових технологій має як позитивні, так і негативні наслідки для вигорання, що потребує подальшого дослідження [14].

Основна увага приділяється лікарям та медсестрам, тоді як інші категорії медичних працівників, такі як фармацевти, лаборанти та технічний персонал, залишаються менш дослідженими. Аналіз сучасного стану досліджень у сфері професійного вигорання медичних працівників свідчить про значний прогрес у розумінні цього явища та розробці ефективних стратегій профілактики. Проте існують важливі прогалини, які потребують подальшого вивчення. Це особливо стосується довгострокової ефективності інтервенцій, стандартизації методів оцінки, врахування культурних та контекстуальних особливостей, а також розширення фокусу досліджень на різні професійні групи [16].

Проте існують певні недоліки в актуальних дослідженнях. Більшість з них проводяться в розвинених країнах і не враховують специфіку вигорання в умовах війни чи конфлікту, що обмежує їхню застосовність для медичних працівників у таких країнах, як Україна. Методологічні обмеження включають короткострокові дослідження, які не дозволяють оцінити довгострокову ефективність інтервенцій, відсутність контрольних груп у деяких роботах, що ускладнює визначення реальної ефективності, а також малі вибірки, які знижують статистичну значущість і узагальнюваність отриманих результатів.

Більшість досліджень спираються на кількісні методи, що не завжди дає змогу глибоко зрозуміти суб'єктивний досвід медичних працівників та контекстуальні фактори вигорання. Часто акцент робиться на індивідуальних

аспектах, таких як особистісні риси та стратегії подолання стресу, але не враховуються організаційні та системні чинники, які можуть сприяти вигоранню [21].

На основі аналізу різних визначень емоційного вигорання та з урахуванням особливостей роботи медичних працівників в Україні в умовах війни, пропонуємо таке визначення:

Емоційне вигорання медичних працівників під час війни — це складний багатовимірний синдром, який проявляється у формі хронічного емоційного та фізичного виснаження, цинізму або деперсоналізації, а також зниження відчуття професійної ефективності та особистих досягнень. Цей стан виникає внаслідок тривалого впливу екстремальних стресових факторів, пов'язаних із роботою в умовах підвищеної небезпеки, інтенсивного емоційного навантаження, обмежених ресурсів та морально-етичних викликів, характерних для медичної практики під час військових дій [20].

Травматичний досвід війни негативно впливає на психологічне здоров'я медичних працівників, які часто стають свідками та учасниками травматичних подій. Вони піддаються постійному стресу, що може призводити до тривожних розладів і посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Синдром співпереживання травми також може виникати у медиків через контакт з травмованими пацієнтами. Ці чинники підвищують ризик професійного вигорання, що потребує спеціалізованих досліджень і розробки програм профілактики, особливо в Україні, де бракує системних досліджень у контексті війни.

Аналіз сучасних досліджень професійного вигорання вказує на прогалини, зокрема, недостатність довгострокових досліджень та відсутність стандартизованих методів оцінки. Це ускладнює порівняння результатів і підкреслює необхідність стандартизації підходів до вимірювання вигорання.

Умови війни створюють екстремальні стресові фактори, такі як загроза життю, емоційне навантаження від роботи з пораненими, свідчення страждань та обмежені ресурси, що впливають на медичних працівників. Це дозволяє точніше діагностувати вигорання, враховуючи специфічні симптоми та причини. Актуальність цього підходу для медиків України полягає в тому, що він відображає їх реалії під час війни, що сприяє розробці ефективних стратегій профілактики та подолання вигорання, адаптованих до їхніх потреб [15]. Підкреслення професійної ефективності та особистих досягнень є важливим, оскільки в умовах війни медичні працівники можуть відчувати безсилля або недостатність своїх зусиль через високі показники смертності або неможливість надати допомогу всім, хто її потребує. Це негативно впливає на їхнє сприйняття професійної ефективності та особистих досягнень. Отже, запропоноване визначення забезпечує чіткий фокус для нашого дослідження, що дозволяє розробити специфічні методи оцінки та створити цільові програми підтримки [23].

1.4. Теоретична модель професійного вигорання медичних працівників

Професійне вигорання медичних працівників є складним явищем, що виникає через інтенсивні навантаження, емоційні виклики та соціальні умови. Це результат хронічного стресу, дисбалансу між вимогами та ресурсами, а також порушення адаптаційних процесів, що впливають на когнітивний, емоційний, поведінковий та фізіологічний рівні. У медичній сфері ці процеси посилюються через постійний контакт зі стражданням, високу відповідальність, швидке прийняття рішень та моральну напругу.

Професійне вигорання, згідно з МКХ-11, є синдромом, що виникає через хронічний стрес на роботі, з яким людина не може впоратися. Воно проявляється у вигляді виснаженості, ментальної дистанційованості та зниження професійної ефективності. У медичних працівників ці прояви мають специфічний характер через екзистенційні стресори. Теоретична модель пояснює вигорання як

деструктивну адаптацію до стресу, де робочі вимоги перевищують доступні ресурси. Модель «Вимоги–Ресурси роботи» (JD-R) показує, що дисбаланс між вимогами та ресурсами призводить до виснаження та деперсоналізації.

Вигорання в рамках біопсихосоціального підходу є наслідком взаємодії фізіологічних, психологічних і соціальних факторів. Хронічний стрес активує гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникову систему, що призводить до підвищення кортизолу, порушень сну, когнітивної дезорганізації та зниження емоційної регуляції. Дослідження показують, що тривалий стрес знижує активність префронтальної кори, погіршуючи увагу та планування, і підвищує реактивність лімбічної системи, що веде до емоційної нестабільності. У медичній сфері вигорання розвивається швидше через постійний контакт із травмою та стражданнями, що викликає емоційне виснаження і може призводити до вторинної травматизації, схожої на посттравматичний стресовий розлад.

Важливою психологічною характеристикою професійного вигорання в медичній сфері є деперсоналізація, яка у медичних працівників часто набуває форми вимушеного захисного механізму. Цей механізм знижує емоційну чутливість, дозволяє дистанціюватися від болючого досвіду пацієнтів і підтримувати функціональність в умовах перевантаження. Проте тривале використання деперсоналізації призводить до зниження емпатії, руйнування професійної ідентичності та зростання морального виснаження. Ще однією важливою складовою даної моделі є зниження професійних досягнень, яке формується під впливом виснаження, фрустрації та невідповідності між очікуваними та реальними результатами праці. У медичній сфері це посилюється тим, що результати діяльності часто не залежать від рівня майстерності працівника, а визначаються тяжкістю стану пацієнтів або обмеженими ресурсами.

Захисним компонентом у цій моделі виступає психологічна стійкість (резилієнтність) — здатність особистості адаптуватися до стресу, зберігати функціональність і відновлюватися після напружених ситуацій. Стійкість модерує

зв'язок між стресом та розвитком вигорання, знижуючи інтенсивність симптомів і підвищуючи здатність протистояти емоційним і професійним викликам.

Узагальнюючи, теоретична модель психологічних особливостей професійного вигорання медичних працівників передбачає наявність п'яти взаємопов'язаних рівнів: стресові умови діяльності (екстремальні, організаційні, емоційні фактори); порушення адаптаційних механізмів (когнітивних, емоційних, поведінкових, фізіологічних); формування структурних компонентів вигорання (виснаження, деперсоналізація, редукція досягнень); енергетичне виснаження та вторинна травматизація як поглиблені наслідки хронічного стресу; психологічна стійкість як буфер, що пом'якшує вплив стресу та гальмує розвиток вигорання.

Таким чином, професійне вигорання медичних працівників розглядається як результат взаємодії індивідуальних, професійних, нейропсихологічних та соціальних чинників, які формують складний патерн психологічної дезадаптації. Це дозволяє пояснити динаміку вигорання, визначити його ключові детермінанти та обґрунтувати необхідність системної профілактики й психологічної підтримки працівників медичної сфери, особливо в умовах підвищеної напруги та невизначеності.

Висновок до 1 розділу

Психологічний аналіз професійного вигорання медичних працівників показує, що це складний і динамічний процес, що виникає через індивідуальні, соціальні, організаційні та нейробіологічні чинники. Вигорання є стійкою формою дезадаптації, що порушує емоційну, когнітивну та поведінкову регуляцію через тривалий стрес. Сучасні підходи трактують вигорання як синдром, що включає емоційне виснаження, деперсоналізацію та зниження професійних досягнень. Відповідно до класифікацій МКХ-10 та МКХ-11, вигорання розглядається як професійний феномен, що дозволяє точніше визначити його межі та розробити програми профілактики.

Професійне вигорання виникає внаслідок взаємодії фізіологічних, психологічних і соціальних чинників. Хронічний стрес впливає на роботу мозку, що призводить до порушень уваги, пам'яті та емоційної стабільності. Модель «Вимоги–Ресурси роботи» показує, що вигорання відбувається через дисбаланс між професійними вимогами та ресурсами, що в медичній сфері посилюється інтенсивними контактами, високою відповідальністю та морально-етичними викликами, роблячи медичних працівників особливо вразливими.

Аналіз причин та наслідків професійного вигорання в медичній практиці виявив, що значні емоційні, когнітивні, фізичні та організаційні навантаження підвищують ризик виснаження медпрацівників. Вигорання негативно впливає на їхній психологічний добробут і якість роботи, збільшуючи ймовірність помилок і конфліктів. Особливо в умовах війни ризики вигорання посилюються через екстремальні стресові фактори, що може призводити до симптомів, схожих на ПТСР, і вимагає уваги науковців і психологів.

Професійне вигорання медичних працівників є багатовимірним явищем, що включає емоційне виснаження, деперсоналізацію та зниження професійних досягнень. Етіологія вигорання складна, з біологічними, психологічними та соціальними чинниками. Умови воєнних дій підвищують ризик вигорання через екстремальний стрес і морально-етичні конфлікти. Наслідки можуть бути серйозними, впливаючи на психічне та фізичне здоров'я. Сучасні теоретичні моделі, такі як MKX-11 і JD-R, допомагають зрозуміти механізми вигорання, що вимагає подальших досліджень і комплексних програм профілактики та підтримки.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ ОСОБИСТОСТІ

2.1. Методика дослідження професійного вигорання особистості

Дослідження емоційної стійкості в контексті професійної діяльності в екстремальних умовах часто зосереджується на показниках ефективності виконання конкретних завдань. Такий підхід може призвести до нехтування загальним концептуальним аналізом цього явища. Спеціалісти, які раніше підтримували подібний підхід, нині вказують на його недоліки, оскільки надмірне використання психофізіологічних ресурсів може спричинити професійне вигорання. Професійне вигорання – це стан фізичного, емоційного та психічного виснаження, що виникає внаслідок тривалого впливу стресових чинників на робочому місці. Воно супроводжується зниженням мотивації, відчуттям безсилля, цинізмом і зменшенням професійної ефективності. Дослідження професійного вигорання показують, що воно є багатофакторним явищем, яке залежить від індивідуальних психологічних особливостей, рівня соціальної підтримки та організаційних умов праці.

Тому важливим є розширення діагностики емоційної стійкості за межі професійної сфери, щоб краще зрозуміти, як особистість адаптується до складних життєвих ситуацій з урахуванням її індивідуального досвіду, активності та емоційних реакцій. Ефективне оцінювання емоційної стійкості має охоплювати три аспекти психічного стану: процеси, стани та риси особистості, приділяючи особливу увагу саме станам як ключовому елементу. Основним завданням дослідження є розробка цього підходу на основі сучасних наукових даних щодо ролі емоцій у регуляції поведінки.

Методи вивчення емоційної сфери здебільшого базуються на опитуваннях, що допомагають визначити емоційні характеристики особистості (переважаючі емоції, способи їх вираження, рівень емоційної стійкості). У лабораторії А. Є.

Ольшанникової було створено чотири опитувальники для аналізу емоційності: три — для визначення провідних («базових») емоцій і один — для оцінки експресивності. Результати різних досліджень показали неоднозначність щодо валідності перших трьох методик: у роботі А. Є. Ольшанникової (1978) виявлено кореляції між емоційністю за Л. А. Рабинович та Т. Дембо, тоді як методика В. Іранкової не узгоджувалась з ними; різницю між методиками Рабинович і Іранкової підтвердив А. В. Палей (1982). Водночас І. А. Попов, В. О. Семенов і Л. М. Смирнов (1977) підтвердили діагностичну цінність цих методик [13].

Емоційний стан впливає на кольорову чутливість зору: позитивні емоції асоціюються зі зростанням чутливості до червоно-жовтого спектру, негативні — до синьо-зеленого; кожному емоційному стану відповідає зміна чутливості до базових кольорів. Діти також обирають кольори відповідно до переживань (у фрустрації — червоний/жовтий, у поганому настрої — чорний), хоча С. Денисова не знайшла стабільних закономірностей.

Серед інструментів оцінювання емоційного стану через колір — тест М. Люшера (існує багато варіантів).

Опитувальники залишаються провідним методом дослідження емоційної сфери. Поширені: методика диференціальних емоцій К. Ізарда, методика САН, шкала самооцінки емоційних станів («Градусник»), опитувальник Г. Айзенка, шкали тривожності Дж. Тейлора та Ч. Спілбергера — Ю. Ханіна, а також інструменти для оцінки депресії, невротизації, соціальної фрустрації та професійного вигорання [7].

Оцінка стійкості до емоціогенних факторів здійснювалася у два способи: (1) час виникнення емоційного стану за тривалого безперервного впливу (монотонна робота, фрустрація); (2) реакція на одноразовий вплив емоціогенного фактора різної сили та значущості.

Інструменти, використані в нашому дослідженні

Для вивчення проблематики застосовано авторські методики, стандартизовані опитувальники та анкети, що відповідають цілям дослідження. У межах нашого дослідження використано:

1. **Методика оцінки рівня стресу Ю. Щербатих** Методика Ю. Щербатих на перший погляд справляє враження інструменту швидкої діагностики, однак її структура дає значно ширший аналітичний ефект. Вона побудована таким чином, щоб зафіксувати різні площини прояву стресу, які зазвичай виникають паралельно: когнітивні збої, емоційні реакції, поведінкові зміни та фізіологічні симптоми. Поділ ознак на чотири блоки не є формальним — він дозволяє точніше локалізувати, у якій саме сфері адаптаційні механізми виявляються найбільш виснаженими. Формат відповідей («так/ні») інколи виглядає надто спрощеним, але в межах цієї методики він працює ефективніше, ніж розгорнуті шкали з проміжними градаціями. Жорстка дихотомія зменшує кількість невизначених відповідей і підвищує інформативність даних. Водночас окремі твердження мають різну вагу — 1, 1,5 або 2 бали. Це рішення не декоративне: воно ґрунтується на припущенні, що інтенсивність і діагностична значущість ознак стресу не є однаковими. Невелика когнітивна розсіяність і, скажімо, стійке м'язове напруження несуть різний прогностичний зміст, і методика це враховує. Після обробки результатів аналіз рухається у двох напрямках. По-перше, визначається сфера, у якій зафіксовано найбільшу кількість позитивних відповідей. Це дає змогу зрозуміти, де зосереджене основне функціональне перевантаження — у когнітивній, емоційній, поведінковій чи фізіологічній підсистемі. По-друге, обчислюється сумарний стресовий індекс. Він не претендує на глибину клінічної оцінки, однак досить чітко окреслює загальний рівень напруження — від незначного дискомфорту до стану, який уже свідчить про виснаження адаптаційних ресурсів. Застосування методики виправдане передусім у ситуаціях, коли необхідно швидко отримати структуровану інформацію. Вона корисна у

роботі з військовослужбовцями, студентською молоддю та професіоналами, що перебувають у хронічно перевантажених умовах. При своїй лаконічності результати дають змогу виявити не просто рівень стресу, а й ті механізми, через які цей рівень підтримується: чи то когнітивна дезорганізація, чи емоційна нестабільність, чи соматичні реакції. У таких дослідженнях методика Щербатих демонструє свою найбільшу цінність, оскільки дозволяє розглядати стрес не як одновимірну величину, а як комплекс взаємопов'язаних проявів, що вказують на конкретні порушення адаптаційної динаміки [3].

2. **Методика «Діагностика професійного вигорання» (МВІ) К. Масlach і С. Джексон** вважається класичним інструментом для вивчення синдрому професійного вигорання. Він був розроблений на основі багаторічних спостережень за фахівцями допоміжних професій – медиками, психологами, соціальними працівниками та педагогами. Особливість методики полягає в тому, що вона дозволяє оцінити не абстрактне «виснаження», а структуру змін, які поступово формуються в умовах тривалого емоційного та професійного навантаження. Опитувальник побудований так, що респондент фактично описує свою щоденну професійну реальність: те, як часто він відчуває втому, як реагує на контакти з людьми, наскільки зберігає інтерес до роботи. У межах методики вигорання розглядається як багатовимірний феномен, тому результати подаються не одним узагальненим показником, а трьома окремими шкалами. Перша з них — емоційне виснаження. Вона фіксує відчуття спустошеності, брак енергії, втому, яка не знімається звичайним відпочинком. Саме цей компонент найчастіше сприймають як «ядро» вигорання, оскільки він відображає емоційні наслідки хронічного стресу. Другий компонент — деперсоналізація або цинічне ставлення до об'єктів професійної взаємодії. Йдеться не про професійну холодність, а про ту форму відсторонення, коли фахівець починає сприймати клієнтів або пацієнтів не як окремих людей, а як «вимоги», «випадки» чи «чергові проблеми». Така установка з'являється не відразу: вона є захисною реакцією на постійне

перевантаження, але поступово підриває професійну мотивацію і якість взаємодії. Третя шкала — редукція професійних досягнень. Вона відображає зміни у самооцінці та ставленні до власної ефективності. Людина починає відчувати, що працює гірше, ніж раніше, що не може впоратися з обов'язками або що її робота не приносить користі. Цей компонент часто формується непомітно, але він тісно пов'язаний із тривалим відчуттям виснаження й втратою залученості в професійну діяльність. Структурно MBI складається з низки тверджень, що описують переживання та стани, характерні для професійної діяльності. Респондент оцінює частоту кожного переживання за шкалою від «ніколи» до «дуже часто». Така форма дозволяє виявити не лише наявність симптомів, а й їхню інтенсивність та динаміку накопичення. Важливо, що методика спрямована на виявлення тенденцій: вона допомагає зрозуміти, в якій сфері саме формується перенапруження та які аспекти професійної діяльності потребують корекції. MBI широко використовується у клінічній, організаційній та консультативній практиці. Вона допомагає визначити рівень професійної втоми, своєчасно помітити негативні зміни в емоційній сфері працівника та розробити профілактичні заходи. У наукових дослідженнях методика цінна тим, що дозволяє порівнювати дані різних професійних груп, аналізувати фактори ризику та вивчати ефективність програм запобігання вигоранню. [3].

Шкала сприйнятого стресу (PSS) — Шкала сприйнятого стресу (Perceived Stress Scale), розроблена Ш. Коеном, Т. Кларком і Г. А. Морроув у 1983 році, належить до тих психодіагностичних інструментів, які не намагаються виміряти об'єктивну інтенсивність стресових подій, а звертають увагу на те, як сама людина переживає власну напруженість і наскільки ситуації останнього місяця здавалися їй некерованими, непередбачуваними або перевантажувальними. Особливістю методики є те, що вона «вловлює» саме суб'єктивний досвід стресу: не те, що сталося, а те, як людина пережила це і які внутрішні інтерпретації запустили її емоційну реакцію.

Структура опитувальника досить лаконічна: перелік повсякденних ситуацій, у яких респондент відзначає частоту певних переживань — від почуття пригніченості до відчуття контролю над життєвими труднощами. Запитання сформульовані так, щоб не створювати штучного «психологічного контексту»: вони нагадують швидше фіксацію дрібних, але показових реакцій, які зазвичай не доходять до рефлексії. Це дозволяє оцінити загальний тонус емоційної напруги, що супроводжує повсякденність, і водночас уникнути ефекту соціальної бажаності.

Шкала має кілька версій: найпоширенішими вважаються варіанти на 14, 10 та 4 пункти. Незалежно від модифікації, опитувальник відображає три базові параметри сприйнятого стресу: непередбачуваність життєвих ситуацій, відчуття перевантаження та власну впевненість у здатності впоратися з труднощами. Частина тверджень сформульована у «негативному» полі, інша — у «позитивному», що дає можливість зменшити автоматизм відповідей і отримати більш диференційований показник. Для позитивних тверджень передбачене зворотне кодування, що балансує загальний індекс.

Оцінювання передбачає підрахунок сумарного балу: що він вищий, то більш напруженим і стресогенним здається людині її повсякденне життя. Значення шкали не слід трактувати як діагноз — це радше індикатор психологічного навантаження на момент обстеження. Методика добре підходить для досліджень, де важливий саме суб'єктивний вимір стресу, а не кількість об'єктивних стресорів. Її показники стабільно корелюють із проявами тривожності, вигорання, емоційного виснаження та зниженням загальної життєвої задоволеності.

Перевагою PSS є її універсальність: вона однаково ефективно працює в різних вікових, професійних і культурних групах, а коротка форма опитувальника зручна для масових або повторних вимірювань. Саме тому шкала широко використовується в клінічних, організаційних і соціально-психологічних

дослідженнях, де потрібно зафіксувати зміни у стані людини під впливом тривалих напружених умов чи реабілітаційних програм. [3].

Copenhagen Burnout Inventory (CBI) Copenhagen Burnout Inventory (CBI) був створений командою дослідників Національного інституту охорони праці Данії як новий підхід до вимірювання професійного вигорання. На відміну від MBI, який зосереджується на емоційному виснаженні, деперсоналізації та професійних досягненнях, CBI ставить акцент на виснаженні як основному компоненті синдрому вигорання. Автори вважають, що втома, яка не зникає після відпочинку і накопичується через тривале напруження, є найкращим показником проблем у професійній сфері.

Методика включає три виміри виснаження. Перший — особистісне (personal burnout), що відображає загальний рівень фізичної й психічної втоми, не пов'язаної з роботою, але викликаній життєвими обставинами. Другий — робоче виснаження (work-related burnout), де респондент оцінює, наскільки робота викликає втому, роздратування або зниження продуктивності. Третій вимір — виснаження, пов'язане з взаємодією з людьми (client-related burnout). Ця шкала виявляє ті нюанси, які часто залишаються непоміченими: відчуття виснаження після спілкування з клієнтами, емоційне навантаження від контакту з людьми, що потребують допомоги, та поступове зниження емпатійної чутливості.

Формат відповідей побудований на частотних або інтенсивнісних градаціях — від рідкісних проявів до постійного відчуття виснаження. Це дозволяє виявити як ранні ознаки, так і вже сформовані симптоми професійного вигорання. Важливо, що CBI уникає термінів, які можуть викликати опір або негативні асоціації — респондентам пропонується описати свій стан у зрозумілій формі (“Як часто...”, “Наскільки сильно...”), що робить інструмент дружнім до користувача.

CBI вважається одним із найбільш прозорих і доступних інструментів. Його активно використовують у дослідженнях медичних працівників, психологів, соціальних служб та освітян, оскільки він охоплює як професійне виснаження, так

і загальну життєву перевагу, що часто переплітаються в цих сферах. У практичних застосуваннях методика дозволяє визначити, чи зниження психологічних ресурсів пов'язане з робочим навантаженням або ширшим життєвим контекстом, а також чи є критична втома наслідком інтенсивної взаємодії з людьми.

Отже, СБІ надає цілісну та структуровану картину виснаження. Для дослідника це можливість вивчати різні аспекти професійного неблагополуччя, а для практичного психолога — формувати персоналізовані рекомендації: інколи потрібно зменшити кількість клієнтських контактів, інколи — змінити робоче середовище, а інколи — звернути увагу на те, що джерело втоми може бути поза межами професійної діяльності. Саме ця гнучкість і точність зробили СБІ одним із найпопулярніших інструментів сучасної діагностики вигорання.

4. **Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC-10)** — коротка шкала психологічної стійкості (резилієнтності), що відображає здатність відновлюватися після стресу; використана для оцінки захисного ресурсу.

Шкала стійкості Коннора-Девідсона (CD-RISC-10) — Коннора-Девідсона (CD-RISC-10) була створена як зручний інструмент для вимірювання здатності людини відновлюватися після стресових ситуацій. Вона з'явилася у відповідь на потребу в простому, але змістовному методі, який не втомлює респондентів, зберігаючи при цьому зв'язок з основною концепцією стійкості, розробленою К. Коннором і Дж. Девідсоном у 2003 році.

Основою методики є уявлення про стійкість як про складну здатність, що включає не лише окремі риси, а й цілу систему внутрішніх механізмів. Це охоплює самообладання під час стресу, контроль над внутрішньою напругою, здатність швидко адаптуватися після невдач і підтримувати загальний функціональний рівень у складних обставинах. У короткій версії шкали десять тверджень були обрані так, щоб відобразити цю багатовимірність, не втрачаючи

змісту. Тому CD-RISC-10 зберігає високу кореляцію з повною 25-пунктовою версією, але є набагато більш зручним у використанні.

Респондент оцінює, наскільки часто або наскільки властиві йому певні прояви — здатність справлятися з непередбачуваністю, зберігати спокій під тиском, підніматися після невдач і знаходити вихід у безнадійних ситуаціях. Формат відповідей варіюється від «зовсім не вірно» до «майже завжди вірно», що дозволяє зафіксувати нюансовані варіації у рівні стійкості, а не лише крайні показники.

CD-RISC-10 цінується за свою простоту в адмініструванні та чутливість до змін. Це робить шкалу особливо корисною для відстеження динаміки стану людини під час психологічного супроводу, реабілітації чи тренінгів. У клінічних та військових вибірках методика часто використовується для виявлення механізмів, які допомагають людині не лише пережити травматичний досвід, а й відновити життєву активність. Досвід роботи з військовими, рятувальниками та медиками показує, що показники CD-RISC-10 добре відображають природну варіативність стресостійкості та реагують на позитивні зміни після психологічної інтервенції.

Отже, CD-RISC-10 можна розглядати як зручний інструмент, який надає узагальнену, але досить точну картину психологічної стійкості. Його сила полягає в поєднанні лаконічності та теоретичної глибини; він підходить як для науковців, так і для практиків, які працюють з людьми, що переживають підвищені навантаження або травматичні події.

Вибірка та умови. Дослідження проведено у лютому 2025 року на базі КП «ЦПМСД» ЖМР. **Учасники:** 45 медичних працівників.

2.2. Опис та організація дослідження

Аналіз методологічних підходів показує, що оцінка емоційної стійкості та психічної напруги має враховувати емоційно-особистісний контекст, особливо в умовах воєнного стану. Вивчені інструменти, такі як методики Ю. Щербатих, MBI, PSS, CBI та CD-RISC-10, дозволяють комплексно вимірювати стрес і вигорання медичних працівників, враховуючи когнітивні, емоційні, поведінкові та фізіологічні аспекти професійного вигорання. Зокрема, методика Ю. Щербатих виявляє структуру стресових реакцій, MBI оцінює компоненти професійного вигорання, PSS фіксує суб'єктивний рівень стресу, CBI диференціює види виснаження, а CD-RISC-10 оцінює психологічну стійкість.

Таким чином, обґрунтований набір діагностичних методик дозволяє комплексно охарактеризувати психологічний стан медичних працівників, які працюють в умовах воєнного стану, та забезпечує можливість всебічного аналізу факторів ризику і ресурсів, що впливають на формування професійного вигорання. Вибірка дослідження — 45 медичних працівників, обстежених на базі КП «ЦПМСД» ЖМР у лютому 2025 року, є репрезентативною для аналізу впливу екстремальних соціально-професійних умов на психоемоційне здоров'я медичного персоналу.

Отже, розроблена методика дослідження підтверджує доцільність інтегративного підходу до вивчення професійного вигорання, який поєднує оцінку рівня стресу, суб'єктивного сприйняття напруженості, емоційного виснаження, професійної мотивації та психологічної стійкості. Такий підхід створює надійне підґрунтя для подальшого емпіричного аналізу та формування практичних рекомендацій щодо профілактики професійного вигорання у медичних працівників в умовах війни.

Висновок до розділу 2

Проведений теоретико-методичний аналіз обґрунтовує комплексний підхід до емпіричного вивчення професійного вигорання медичних працівників в умовах воєнного стану, що передбачає одночасне використання кількох валідних психодіагностичних інструментів. Встановлено, що професійне вигорання в цій вибірці не може бути досліджене лише через окремі аспекти емоційної регуляції чи стресових реакцій; воно вимагає багатовимірної оцінки, яка відображає як індивідуальні психологічні особливості, так і специфіку професійного середовища, ускладненого впливом війни.

РОЗДІЛ 3

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ВУМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

3.1. Результати емпіричного дослідження рівня психологічного виγοpання медичних працівників в умовах воєнного стану



Рис. 3.1: Результати респондентів за методикою Ю. Щербатих

Отримані результати дослідження показали, що більшість респондентів мають виражені інтелектуальні ознаки стресу. Так, у 80% учасників (приблизно 36 осіб) спостерігалися негативні думки, труднощі зосередження та погіршення пам'яті. У 75% (34 особи) простежувалося «зациклення» думок, відволікання та

труднощі ухвалення рішень. Поведінкові прояви виявилися менш поширеними, проте теж значними: 65% опитаних (29 осіб) відзначили, що старли приділяти менше часу спілкуванню, 70% (32 особи) мали порушення сну, половина респондентів (23 особи) почали частіше використовувати стимулятори, а близько 30% (14 осіб) відзначили підвищене вживання алкоголю.

Емоційні ознаки виявилися найбільш інтенсивними: 85% респондентів (38 осіб) повідомили про підвищену тривожність, дратівливість та напади гніву, а 60% (27 осіб) переживали емоційну порожнечу. Фізіологічні симптоми також були поширеними — 78% учасників (35 осіб) відчували головні болі, м'язову напругу, аритмії та зниження імунітету, тоді як 65% (29 осіб) страждали від підвищеної стомлюваності.

Узагальнені дані щодо рівня стресу свідчать, що високий рівень переживали 60% опитаних (27 осіб), помірний рівень був притаманний близько 31% (14 осіб), а низький рівень виявився лише у 9% (4 особи). Таким чином, можна зробити висновок, що умови війни значно підвищують когнітивне, емоційне та фізіологічне виснаження. Серед ключових чинників, що зумовлюють подібний стан, варто виокремити надмірне навантаження, дефіцит особистих і професійних ресурсів, емоційно складні контакти з пацієнтами, відсутність достатньої підтримки з боку керівництва, а також постійну невизначеність і небезпеку.



Рис. 3.2: Результати респондентів за методикою MBI

Результати дослідження професійного вигорання за методикою MBI (Масlach–Джексон), представлені на рисунку 2.2, свідчать про наявність виражених симптомів у більшості респондентів. Найбільш критичними виявилися показники редукції особистих досягнень: близько 31% учасників (14 осіб) мали критично високий рівень цього симптому, ще 56% (25 осіб) — високий, тоді як лише 13% (6 осіб) демонстрували середній рівень. Це означає, що значна частина фахівців відчуває зниження цінності власних професійних результатів і втрату відчуття успішності у роботі.

Подібна динаміка простежується й у сфері емоційного виснаження. Критично високі показники були зафіксовані у 29% опитаних (13 осіб), високі — у 56% (25 осіб), помірні — у 11% (5 осіб), а низькі — лише у 4% (2 особи). Така тенденція свідчить про те, що переважна більшість респондентів перебуває у стані емоційної перевтоми, яка негативно впливає на їхнє самопочуття та здатність ефективно виконувати професійні обов'язки.

Що стосується деперсоналізації, то тут розподіл виглядає дещо м'якшим, хоча проблема також залишається актуальною. Критично високий рівень цього симптому спостерігався у 24% респондентів (11 осіб), середній рівень — у 51% (23 особи), низький — у 16% (7 осіб), а критично низький — у 9% (4 особи). Це вказує на поступове зниження емпатії, формалізацію міжособистісних контактів та схильність до емоційного відсторонення від пацієнтів.

У цілому інтерпретація результатів дозволяє зробити висновок, що домінуючими проявами професійного вигорання є редукція особистих досягнень і високе емоційне виснаження. Основними ризиками виступають втрата сенсу у професійній діяльності, емоційна перевтома, зниження рівня співпереживання та тенденція до формалізованої взаємодії з оточенням.

Результати дослідження за шкалою сприйнятого стресу (PSS) у вибірці з 45 осіб показали, що найбільша частка респондентів має середній рівень стресу. Приблизно 49% учасників (22 особи) оцінили свій стан у межах від 14 до 26 балів, що відповідає помірному сприйняттю стресових навантажень. Високий рівень стресу, який визначається за показниками від 27 до 40 балів, зафіксовано у 40% респондентів (18 осіб), що вказує на значний рівень напруги й можливу загрозу для їхнього психоемоційного благополуччя. Натомість лише 11% опитаних (5 осіб) продемонстрували низький рівень стресу (0–13 балів), що є ознакою відносної стійкості та більш ефективних механізмів саморегуляції.

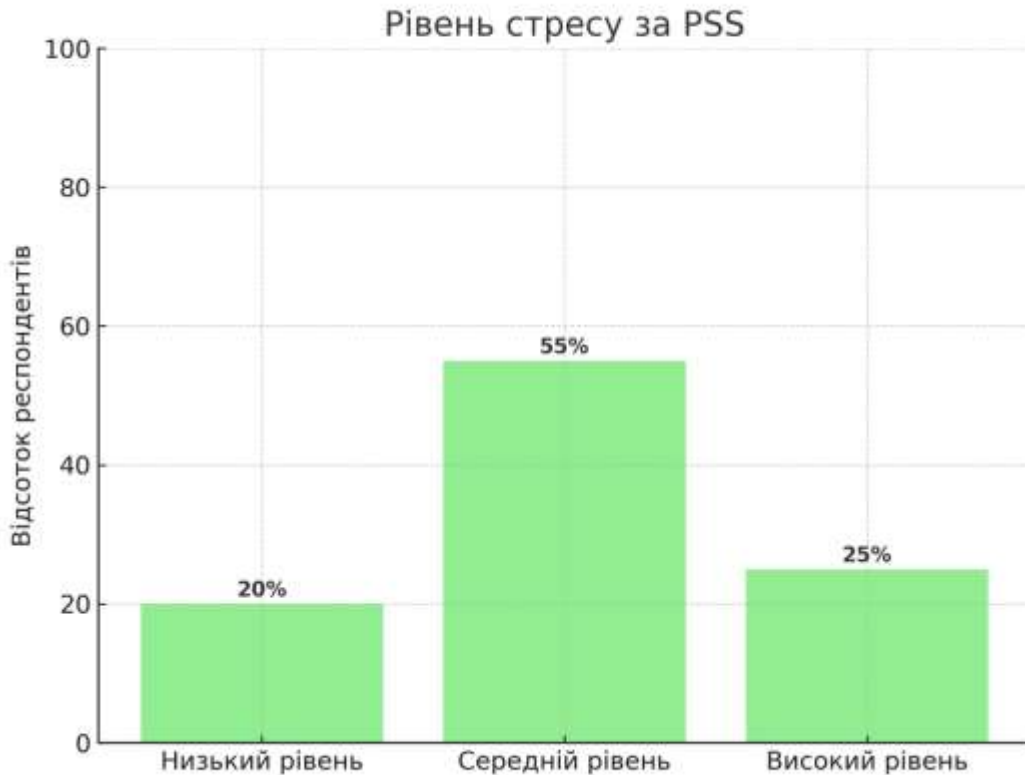


Рис. 3.3. Рівень стресу досліджуваних за методикою PSS

Таким чином, дані, відображені на рисунку, свідчать про те, що у більшості учасників простежується середній або високий рівень сприйнятого стресу, що підкреслює актуальність вивчення ресурсів подолання та необхідність психопрофілактичних заходів.

Результати, отримані за опитувальником Copenhagen Burnout Inventory (CBI) у вибірці з 45 респондентів, демонструють високий рівень поширеності професійного вигорання у різних його вимірах. Особистісне вигорання виявилось значним: 62% учасників (28 осіб) показали високі результати, ще 27% (12 осіб) — помірні, тоді як лише 11% (5 осіб) мали низький рівень цього показника. Це свідчить про глибоку емоційну та фізичну виснаженість, що відображається у загальному самопочутті та суб'єктивному відчутті втоми.

Ще більш вираженою є тенденція до робото-зумовленого вигорання: високі значення спостерігалися у 68% респондентів (31 особа), помірні — у 24% (11

осіб), а низькі — лише у 8% (3 особи). Це вказує на істотний вплив професійного навантаження, надмірних вимог та організаційних умов, що формують відчуття перевантаження й хронічної втоми.



Рис. 3.4. результати респондентів за методикою СВІ

Клієнто-зумовлене вигорання, пов'язане з міжособистісними контактами з пацієнтами, проявилось дещо менш

вис/ інтенсивно, однак залишалось значущим. Високі показники за цим параметром зафіксовані у 41% респондентів (18 осіб), помірні — у 44% (20 осіб), тоді як низький рівень відзначили 15% (7 осіб). Це свідчить про те, що майже половина учасників відчуває емоційну виснаженість унаслідок взаємодії з пацієнтами, що може проявлятися у зниженні емпатії та зростанні формалізації професійного контакту.

Узагальнено можна стверджувати, що результати СВІ підтверджують високий рівень як особистісного, так і робото- та клієнто-зумовленого вигорання,

що вказує на комплексний і системний характер проблеми серед досліджуваних респондентів.

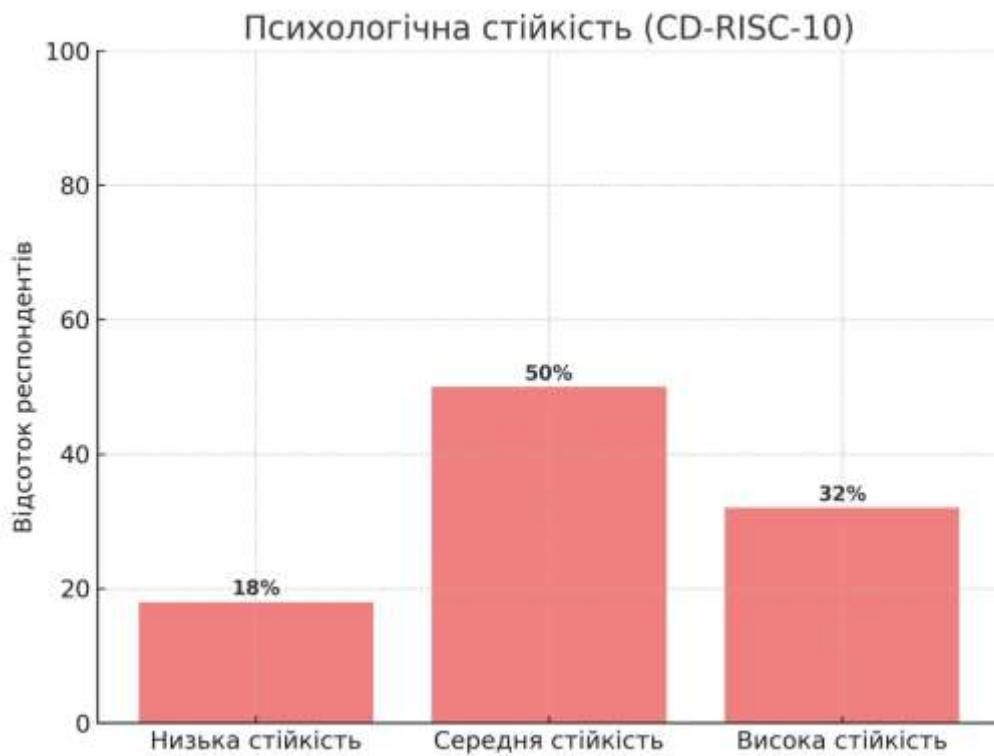


Рис. 3.5. Результати респондентів за методикою CD-RISC-10

Результати дослідження рівня резилієнтності свідчать, що більшість респондентів демонструють помірний рівень стійкості: 51% учасників (23 особи) набрали від 25 до 30 балів, що вказує на наявність певних ресурсів для подолання стресових ситуацій, але не завжди їх достатність. Високий рівень резилієнтності, який свідчить про ефективні механізми адаптації та внутрішню гнучкість, виявлено у 22% опитаних (10 осіб). Водночас у 27% (12 осіб) зафіксовано низький рівень резилієнтності (≤ 24 бали), що означає вразливість перед стресовими навантаженнями та недостатність психологічних ресурсів для підтримки стабільного функціонування.

Узагальнюючи нові індикатори, можна зазначити, що найбільше навантаження в умовах професійної діяльності припадає на робото-зумовлене

виснаження, яке проявляється у відчутті перевантаженості та хронічної втоми. Взаємодія з пацієнтами також становить значущий стресогенний фактор, хоча його вплив є дещо менш критичним. Особливу увагу потребує група з низьким рівнем резилієнтності, яка охоплює приблизно чверть вибірки, адже саме ці респонденти належать до категорії пріоритетної підтримки й потребують цілеспрямованих заходів психопрофілактики та допомоги.

Професійне вигорання тісно пов'язане із суб'єктивним стресом та стресовими проявами; резилієнтність виступає виразним захисним фактором.

Узагальнення результатів дослідження за всіма використаними методиками показало цілісну картину високого рівня стресового навантаження та його тісного зв'язку з проявами професійного вигорання. Дані за опитувальником Маслач–Джексон (MBI) засвідчили, що домінуючими проявами вигорання є редукція особистих досягнень і емоційне виснаження. Вони відображають втрату відчуття сенсу власної професійної діяльності та значну емоційну перевтому. Показники деперсоналізації також підтверджують тенденцію до зниження емпатії та формалізації контактів із пацієнтами.

Шкала сприйнятого стресу (PSS) виявила, що переважна більшість респондентів перебуває у зоні середнього та високого рівня суб'єктивного стресу. Цей результат логічно узгоджується з даними MBI, оскільки кореляційний аналіз показав сильний позитивний зв'язок між емоційним виснаженням і рівнем сприйнятого стресу ($r = 0.79$). Це означає, що чим інтенсивніше люди переживають виснаження, тим вищим є рівень їхнього суб'єктивного відчуття стресу.

Дослідження когнітивних і поведінкових ознак стресу за методикою Щербатих підтвердило, що редукція особистих досягнень безпосередньо пов'язана з труднощами концентрації уваги, порушенням пам'яті та дезорганізацією у поведінковій сфері, про що свідчить високий рівень кореляції ($r = 0.70$). Емоційні прояви стресу, такі як тривожність, дратівливість та емоційна порожнеча,

виявилися тісно пов'язаними з деперсоналізацією ($r = 0.63$), що ще раз підтверджує взаємозалежність між емоційною сферою та професійним вигоранням.

Результати Copenhagen Burnout Inventory (CBI) підкреслили провідну роль робото-зумовленого вигорання, яке найбільш критично впливає на загальний стан респондентів. Кореляційні зв'язки засвідчили його тісну пов'язаність як з емоційним виснаженням ($r = 0.71$), так і з деперсоналізацією ($r = 0.66$), що свідчить про комплексний характер впливу професійних факторів на психологічний стан фахівців.

Окрему роль у структурі досліджуваних показників відіграє резилієнтність. За шкалою CD-RISC-10 виявлено, що вищі ресурси стійкості негативно корелюють із емоційним виснаженням ($r = -0.64$) і рівнем сприйнятого стресу ($r = -0.57$). Це означає, що резилієнтність виконує захисну функцію, зменшуючи інтенсивність переживання стресу й проявів вигорання.

У цілому результати підтверджують, що професійне вигорання має багатовимірний характер і тісно пов'язане як із суб'єктивним відчуттям стресу, так і з конкретними когнітивними, емоційними та поведінковими проявами. Водночас наявність резилієнтності виступає важливим буфером, що знижує ризики виснаження та сприяє адаптації в умовах хронічних професійних навантажень.

3.2. Взаємозв'язок емпіричних результатів та теоретичної моделі професійного вигорання медичних працівників

Отримані емпіричні дані формують цілісне уявлення про психологічні механізми професійного вигорання медичних працівників у контексті воєнного стану та дозволяють зіставити їх із сучасними теоретичними підходами. Результати, отримані за методиками MBI, CBI, PSS, CD-RISC-10 та опитувальником Ю. Щербатих, виявили багатовимірну структуру вигорання, в

якій когнітивні, емоційні, поведінкові та фізіологічні компоненти формують єдину систему дезадаптації, що відповідає міжнародним науковим моделям.

Згідно з МКХ-11, професійне вигорання складається з трьох основних компонентів: виснаженості, ментальної дистанційованості (деперсоналізації) та зниження професійної ефективності. У проведеному дослідженні всі ці компоненти були чітко представлені. Високі та критично високі показники емоційного виснаження та зниження професійних досягнень свідчать про значне зниження енергетичного потенціалу та втрату професійного сенсу, що характерно для третьої стадії загального адаптаційного синдрому за Г. Сельє. Високі показники деперсоналізації, виявлені у значної частини респондентів, підтверджують тенденцію до емоційного відсторонення та захисного дистанціювання, яке, однак, з часом сприяє поглибленню професійної дезадаптації.

Емпіричні прояви когнітивного та емоційного виснаження узгоджуються з нейропсихологічними моделями, які описують порушення регуляторних функцій префронтальної кори під впливом хронічного стресу. Виявлені у 80% респондентів труднощі концентрації уваги, погіршення пам'яті та дезорганізація поведінки можуть бути інтерпретовані як наслідок зниження виконавчих функцій, тоді як домінування емоційних проявів (85% випадків) узгоджується з гіперактивацією лімбічних структур, відповідальних за емоційну реактивність. Фізіологічні симптоми, такі як головний біль, м'язова напруга та порушення серцевого ритму, підтверджують перевантаження гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової системи та хронічну дію кортизолу, що є типовим для тривалого стресу.

Тісний взаємозв'язок між професійним стресом і структурними компонентами вигорання відображено у результатах кореляційного аналізу. Виявлений сильний позитивний зв'язок між емоційним виснаженням і рівнем сприйнятого стресу ($r = 0.79$) свідчить про те, що суб'єктивне відчуття

напруження є ключовим предиктором розвитку вигорання. Кореляції, отримані між зниженням особистих досягнень та когнітивними порушеннями ($r = 0.70$), демонструють, що втрата відчуття професійної ефективності супроводжується дезорганізацією мислення, зниженням уваги та погіршенням здатності до прийняття рішень. Зв'язок між деперсоналізацією та емоційними проявами стресу ($r = 0.63$) підтверджує, що емоційна втома посилює тенденцію до дистанційованості від пацієнтів і зниження емпатії.

Отримані дані узгоджуються з моделлю «Вимоги–Ресурси роботи» (JD-R), яка пояснює розвиток вигорання через дисбаланс між професійними вимогами та доступними ресурсами. Висока частка робото-зумовленого виснаження (68% респондентів із високими показниками за СБІ) свідчить про надмірний рівень професійного навантаження, дефіцит організаційної підтримки та необхідність роботи в умовах постійної невизначеності, що притаманно системі охорони здоров'я в період війни. Тісний зв'язок цього показника з емоційним виснаженням ($r = 0.71$) та деперсоналізацією ($r = 0.66$) підтверджує провідну роль робочих умов у формуванні вигорання.

Захисну роль у структурі вигорання відіграє резилієнтність, яка виявилася недостатньо вираженою у значної частини респондентів. Негативні кореляції між рівнем резилієнтності та емоційним виснаженням ($r = -0.64$), а також між резилієнтністю та сприйнятим стресом ($r = -0.57$), свідчать про те, що психологічна стійкість є ключовим буфером, який пом'якшує вплив стресових чинників та перешкоджає розвитку вигорання. Наявність у чверті вибірки низьких показників резилієнтності вказує на підвищену вразливість цієї групи та потребу в цілеспрямованих психопрофілактичних заходах.

Узагальнюючи, можна стверджувати, що всі отримані емпіричні дані формують узгоджену з теоретичними моделями картину професійного вигорання медичних працівників. В умовах воєнного стану, коли рівень робочих вимог значно перевищує доступні ресурси, а інтенсивність стресорів є надзвичайно

високою, вигорання набуває системного й багатовимірного характеру. Дисфункція когнітивних, емоційних, фізіологічних та поведінкових механізмів адаптації, поєднана з дефіцитом психологічних ресурсів, формує патерн дезадаптації, що проявляється у зростанні емоційного виснаження, деперсоналізації та зниженні професійних досягнень. Це дозволяє стверджувати, що професійне вигорання медичних працівників є результатом взаємодії індивідуальних, нейропсихологічних, організаційних та соціальних чинників, що зумовлює необхідність системних заходів профілактики й підтримки у сфері охорони здоров'я.

3.3. Методи профілактики та рекомендації подолання професійного вигорання медичних працівників в умовах війни росії з Україною

Проблема професійного вигорання серед медичних працівників набула особливої актуальності в умовах війни, коли щоденне навантаження поєднується з постійним стресом, браком ресурсів та високою відповідальністю за життя пацієнтів. З огляду на це, заходи профілактики та подолання вигорання повинні здійснюватися комплексно, на кількох рівнях.

На організаційному рівні ключовим завданням є забезпечення гнучкої системи ротації персоналу, що дозволяє запобігти надмірному накопиченню фізичного та емоційного виснаження. Важливим чинником виступає належне матеріально-технічне забезпечення, яке знижує відчуття безпорадності у працівників і дозволяє ефективніше виконувати професійні обов'язки. Значення має також створення сприятливого клімату командної взаємодії, що підтримує почуття колективної згуртованості й взаємної підтримки.

Психологічна підтримка персоналу передбачає регулярне проведення індивідуальних та групових консультацій із фахівцями, спрямованих на зниження рівня стресу й вироблення адаптивних моделей поведінки. Корисними є дебрифінги після кризових ситуацій, що дають можливість емоційно розвантажитися, а також навчання персоналу технік саморегуляції.

Особливу увагу слід приділяти індивідуальним стратегіям подолання стресу. Ефективними є дихальні техніки, зокрема метод «4-7-8» та діафрагмальне дихання, які сприяють швидкому зниженню фізіологічних проявів тривоги. Прогресивна м'язова релаксація допомагає зняти соматичне напруження, тоді як майндфулнес-практики, включаючи техніки «заземлення» та усвідомленого дихання, формують здатність зосереджуватися на теперішньому моменті й краще контролювати власний емоційний стан. Допоміжними засобами виступають щоденник емоцій, візуалізація ресурсних образів, ароматерапія та практика подяки, що стимулюють розвиток позитивного мислення.

Систематичне відновлення ресурсів є ще одним пріоритетним напрямом. Чітка регламентація часу відпочинку, можливість повноцінних перерв під час зміни, достатня гідратація й збалансоване харчування створюють передумови для підтримання фізичної та психічної витривалості. Помірна фізична активність сприяє зниженню рівня стресу та стабілізації емоційного фону.

Не менш важливою є соціальна підтримка, яка реалізується через підтримання зв'язків із близькими людьми, культивування культури взаємодопомоги в колективі та залучення до волонтерських ініціатив за принципом «рівний-рівному». Такий підхід зменшує відчуття ізольованості та підсилює відчуття приналежності до спільноти.

Професійний розвиток виступає захисним чинником проти вигорання. У цьому контексті корисними є тренінги зі стрес-менеджменту, організація обміну досвідом, тимчасова зміна робочих ділянок, що дозволяє знизити монотонність діяльності й сформувати нові навички.

Враховуючи результати, отримані за допомогою шкали вигорання Копенгагенського інвентарю (CBI) та шкали резилієнтності CD-RISC-10, доцільним є впровадження таргетованих інтервенцій у підрозділах із підвищеним рівнем робото-зумовленого вигорання. Це може включати перерозподіл навантаження між працівниками, спрощення документальних процедур та

оптимізацію графіків змін. Додатковим напрямом виступають програми розвитку резилієнтності, що ґрунтуються на тренінгах типу COPERS або COPE, опануванні навичок швидкого відновлення, використанні мікропауз та формуванні так званих «психологічних аптечок» для чергувань.

Зниження клієнто-зумовленого вигорання можливе через супервізії та інтервізії, під час яких розглядаються складні випадки, обговорюються питання збереження професійних меж і відпрацьовуються навички емпатійної комунікації. Додатково важливим є системний моніторинг стану персоналу за допомогою стандартизованих інструментів (PSS, MBI, CBI, CD-RISC-10). Проведення такого моніторингу щоквартально з наданням індивідуального зворотного зв'язку дозволяє своєчасно виявляти ризики та планувати корекційні заходи.

Таким чином, профілактика та подолання професійного вигорання медичних працівників в умовах війни потребує багаторівневого підходу, що інтегрує організаційні, психологічні та індивідуальні стратегії. Комплексність заходів, спрямованих одночасно на зменшення навантаження, формування навичок саморегуляції та розвиток резилієнтності, є ключем до збереження психічного здоров'я та професійної ефективності медичного персоналу.

Висновок до розділу 3

Емпіричне дослідження виявило високий рівень психологічного вигорання медичних працівників під час воєнного стану. Використані методики показали когнітивне, емоційне та фізіологічне виснаження, труднощі з концентрацією, погіршення пам'яті, емоційну нестабільність і порушення сну. Результати методики MBI вказують на емоційне виснаження, зниження професійних досягнень, емпатії та підвищену деперсоналізацію. Більшість учасників відчуває середній або високий рівень стресу, що впливає на їхнє професійне функціонування. Аналіз за Copenhagen Burnout Inventory підтвердив високий

рівень робочого, особистісного та клієнто-зумовленого вигорання, зокрема через хронічну перевтому та емоційний тиск від роботи з пацієнтами.

Кореляційний аналіз виявив сильний зв'язок між емоційним виснаженням і суб'єктивним стресом, що свідчить про роль хронічної напруги у розвитку вигорання. Редукція особистих досягнень пов'язана з когнітивними порушеннями, а деперсоналізація корелює з емоційними проявами стресу. Резилієнтність має буферну роль у психічному здоров'ї медичних працівників, стримуючи вигорання, хоча багато респондентів мають недостатні адаптивні ресурси. Професійне вигорання в умовах війни є багаторівневим явищем, що потребує комплексних заходів профілактики. Рекомендації включають організаційні зміни, психологічну підтримку та розвиток навичок саморегуляції. Результати підтверджують системний характер вигорання як реакцію на надмірне навантаження та обмежені ресурси, що вимагає цілеспрямованих заходів підтримки для зменшення ризиків виснаження медичного персоналу.

ВИСНОВКИ

Дослідження, проведене в рамках цієї роботи, дозволило всебічно проаналізувати психологічні особливості професійного вигорання медичних працівників у контексті воєнного стану та визначити механізми його формування. Теоретичний аналіз засвідчив, що професійне вигорання є складним багаторівневим феноменом, який у науковій літературі розглядається через призму кількох ключових підходів: класичної трикомпонентної моделі К. Масlach і С. Джексона, концепцій стресу Г. Сельє та Р. Лазаруса, сучасних нейропсихологічних моделей, а також моделі «Вимоги – Ресурси роботи» (JD-R). Встановлено, що відповідно до класифікацій МКХ-10 і МКХ-11 вигорання має статус професійного феномену, що сприяє більш чіткому окресленню його меж та практичних наслідків. Теоретичне узагальнення підтвердило, що вигорання виникає внаслідок взаємодії психологічних, організаційних і соціальних факторів, охоплюючи емоційну, когнітивну та поведінкову сфери функціонування особистості.

У дослідженні акцентується увага на впливі воєнного стану на психоемоційний стан медичних працівників. Встановлено, що умови війни значно підвищують інтенсивність стресового навантаження: робота в умовах невизначеності, збільшена відповідальність, брак ресурсів, постійна загроза небезпеки та регулярний контакт із пацієнтами, які переживають травматичний досвід, формують хронічний психоемоційний тиск. Це призводить до емоційної нестабільності, порушень сну, зниження концентрації уваги, погіршення пам'яті та загального виснаження ресурсів саморегуляції. Нейропсихологічні порушення, які проявляються у вигляді труднощів із зосередженням та зниженням виконавчих функцій, підтверджують, що хронічний стрес впливає на функціонування префронтальних структур мозку та активує механізми тривалого стресового реагування.

Дослідження медичних працівників КП «ЦПМСД» Житомира виявило високий рівень професійного вигорання, зокрема емоційне виснаження, деперсоналізацію та зниження професійних досягнень. Більшість респондентів демонструють когнітивні порушення (до 80%) та емоційні труднощі (до 85%). Кореляційний аналіз показав сильний зв'язок між суб'єктивним стресом і емоційним виснаженням ($r = 0.79$), редукцією досягнень і когнітивними порушеннями ($r = 0.70$), а також між деперсоналізацією та емоційними проявами стресу ($r = 0.63$). Низький рівень резиліентності вказує на зниження адаптивних можливостей медичних працівників під час війни. Результати підтверджують, що в умовах воєнного стану професійне вигорання є вищим і викликане поєднанням організаційних, психологічних і нейробіологічних чинників. Суб'єктивний та об'єктивний стрес, тривожність і дефіцит психологічних ресурсів є ключовими детермінантами вигорання.

Розроблено рекомендації для профілактики вигорання у медичних працівників, включаючи оптимізацію трудових умов, підвищення підтримки, розвиток навичок саморегуляції та впровадження психоосвітніх програм. Ці заходи можуть підвищити психологічну стійкість і зменшити ризики емоційного виснаження. Професійне вигорання в умовах воєнного стану є системним феноменом, що виникає через взаємодію індивідуальних, організаційних і соціальних факторів. Це підкреслює необхідність комплексних програм підтримки. Результати дослідження можуть допомогти вдосконалити систему охорони здоров'я та підтримку медичного персоналу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ (ДСТУ 8302:2015)

1. Вплив хронічного стресу на здоров'я людини [Електронний ресурс]. URL: <https://suspilne.media/2033-vpliv-hronicnogo-stresu-na-zdorova-ludini/> (дата звернення: 07.12.2025).
2. Коробка Л. М. Соціально-психологічна адаптація спільноти до умов і наслідків воєнного конфлікту: теоретичні засади дослідження // Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки. 2015. № 4 (29). С. 96–103.
3. Крайнюк В. М. Психологія стресостійкості особистості : монографія. Київ : Ніка-Центр, 2007. 432 с.
4. Кокун О. М. Всеукраїнське опитування «Твоя життєстійкість в умовах війни» : препринт. Київ : Ін-т психології ім. Г. С. Костюка НАПН України, 2022. 46 с.
5. Коробейнікова А. С. Подолання емоційного вигорання у вихователів : автореф. дипл. роботи на здобуття освітнього ступеня «магістр» : спец. 053 «Психологія». Миколаїв : ЧНУ ім. Петра Могили, 2019. 16 с.
6. Кузнецов М. А., Заїка Є. В., Ходикіна Ю. Ю. Психологія моторної пам'яті : прикладні аспекти : монографія. Харків : Діса Плюс, 2019. 446 с.
7. Марута Н., Попов Д., Хаустова О. та ін. Психосоматичні стани під час війни // Український медичний часопис. 2022. № 5 (151). DOI: 10.32471/umj.1680-3051.151.233846.
8. Мельник О. В., Лукомська С. О. Вікові особливості адаптації учасників бойових дій до умов мирного життя // Вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки». 2019. Т. 2, № 2. С. 26–31.
9. Міщенко М. С. Особливості синдрому емоційного вигорання // Актуальні проблеми психології. 2013. Т. XI, вип. 6, кн. II. С. 103–113.
10. Олійник І. В. Причини виникнення та профілактика синдрому професійного вигорання у педагогів // Вісник університету імені Альфреда

Нобея. Педагогічні науки. Серія «Педагогіка і психологія». 2017. № 1 (13). С. 118–125.

11. Орел В. Синдром психічного вигорання. Міфи та реальність : монографія. Харків : Гуманітарний центр, 2014. 296 с.

12. Магдисюк Л. І., Федоренко Р. П. Основи психологічного консультування : навч. посіб. Луцьк : Вежа-Друк, 2022. 360 с.

13. Хоріна О. І., Ходієнко Л. В. Ситуаційні і середовищні чинники професійного вигорання працівників комунальної сфери // Наукові студії із соціальної та політичної психології. 2013. Вип. 32. С. 184–196.

14. Carletto S., Lo Moro G., Zuccaroli Lavista V. та ін. The Impact of COVID-19 on Mental Health in Medical Students: A Cross-Sectional Survey Study in Italy // Psychological Reports. 2024. Vol. 127, No. 2. P. 620–648. DOI: 10.1177/00332941221127632.

15. Fahrenkopf A. M., Sectish T., Barger L. K. та ін. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: Prospective cohort study // BMJ. 2008. Vol. 336, No. 7642. P. 488–491. DOI: 10.1136/bmj.39469.763218.BE. bmj.com+1

16. Johnson J., Louch G., Dunning A. та ін. Burnout mediates the association between depression and patient safety perceptions: A cross-sectional study in hospital nurses // Journal of Advanced Nursing. 2017. Vol. 73, No. 7. P. 1667–1680. DOI: 10.1111/jan.13251. [ResearchGate](https://www.researchgate.net)+1

17. Lopes Cardozo B., Holtz T. H., Kaiser R. та ін. Psychological distress, depression, anxiety, and burnout among international humanitarian aid workers: A longitudinal study // PLoS ONE. 2012. Vol. 7, No. 9. e44948.

18. Maslach C. Job burnout: How people cope // Public Welfare. 1978. Vol. 36, No. 2. P. 56–58.

19. Mealer M., Jones J., Newman J. та ін. The presence of resilience is associated with a healthier psychological profile in intensive care unit nurses: Results of

a national survey // International Journal of Nursing Studies. 2012. Vol. 49, No. 3. P. 292–302. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2011.09.015.

20. Mealer M., Burnham E. L., Goode C. J. та ін. The prevalence and impact of post-traumatic stress disorder and burnout syndrome in nurses // Depression and Anxiety. 2009. Vol. 26, No. 12. P. 1118–1126.

21. Panagioti M., Panagopoulou E., Bower P. та ін. Controlled interventions to reduce burnout in physicians: A systematic review and meta-analysis // JAMA Internal Medicine. 2017. Vol. 177, No. 2. P. 195–205.

22. Salvagioni D. A. J., Melanda F. N., Mesas A. E. та ін. Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies // PLoS ONE. 2017. Vol. 12, No. 10. e0185781. [PLOS+1](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185781)

23. Tawfik D. S., Profit J., Morgenthaler T. I. та ін. Physician burnout, well-being, and work unit safety grades in relationship to reported medical errors // Mayo Clinic Proceedings. 2018. Vol. 93, No. 11. P. 1571–1580.

24. van der Velden P. G., Rademaker A. R., Vermetten E. та ін. Work stress and post-traumatic stress disorder in emergency ambulance personnel and firefighters // Prehospital and Disaster Medicine. 2010. Vol. 25, No. 4. P. 319–326.

25. World Medical Association. WMA Declaration of Geneva [Електронний ресурс]. 2017. URL: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva/> (дата звернення: 07.12.2025).

26. Кавецька Н. А., Андрейчин С. М., Ярема Н. З. Професійне вигорання серед медичних працівників: психологічні аспекти // Медична освіта. 2020. № 4. С. 27–30. DOI: 10.11603/me.2414-5998.2020.4.11654.

27. Чмир Н. В., Дробінська Н. В., Федечко М. Й. та ін. Емоційне вигорання медичних працівників як проблема медичної психології: сучасний стан та шляхи подолання // Українські медичні вісті. 2024. Т. 16, № 3–4 (100–101). С. 38–41. DOI: 10.32782/umv-2024.2.8.

28. Палько І. О., Ляхова Н. О. Вивчення рівня професійного вигорання серед працівників Центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф // *Intermedical Journal*. 2024. Вип. 2. С. 129–130. DOI: 10.32782/2786-7684/2024-2-22.
29. Коваль Н., Колосова К. Управлінська діяльність з попередження синдрому професійного вигорання в сучасних умовах // *Економіка та суспільство*. 2024. № 66. С. 289–295. DOI: 10.32782/2524-0072/2024-66-49.
30. Мирончук Н. М. Професійне вигорання викладача вищої школи: чинники, ознаки, способи протидії // *Теоретичні і методичні засади розвитку і самовдосконалення особистості педагога-новатора в контексті модернізації нової української школи* : зб. наук.-метод. праць. Житомир, 2017. С. 62–67.
31. Комарова П. Г. Прояви синдрому професійного вигорання у вчителів // *Студентський альманах*. 2015. Вип. 23. С. 153–158.
32. Психологічні особливості професійного вигорання вчителів // *Збірник наукових праць НУБіП України*. 2023. (Точні реквізити уточнюються за повним текстом статті, ел. ресурс бібліотеки НУБіП).
33. Адаменко Л. С. Актуальні підходи до проблеми дослідження резильєнтності // *Вісник Національного університету оборони України. Питання психології*. 2020. № 5 (58). С. 5–13.
34. Аршава І. Ф. Прогнозування емоційної стійкості людини з урахуванням рівнів розвитку емоційного інтелекту // *Медична психологія. Психіатрія*. 2010. № 1. С. 22–27.
35. Бардин Н. М., Жидецький Ю. Ц., Кіржецький Ю. І. та ін. *Стресостійкість* : навч. посіб. / за ред. Я. М. Когута. Львів : Львівський державний університет внутрішніх справ, 2021. 204 с.
36. Бердник Г. Б. Дослідження стресостійкості особистості майбутнього практичного психолога в процесі професійної підготовки у ВНЗ // *Вісник післядипломної освіти*. 2009. № 11 (2). С. 19–28.

37. Богданов С. О., Гірник А. М., Лазоренко Б. П. та ін. Соціально-психологічні чинники порушення стресостійкості дітей, що проживають у буферній зоні воєнного конфлікту на Сході України // Проблеми політичної психології. 2017. Вип. 3 (17). С. 39–46.

38. Вахоцька І. О., Шестопалова М. В. Загальнометодологічні та організаційно-методичні підходи до розробки тренінгу із розвитку стресостійкості в учасників бойових дій // Вісник Національного університету оборони України. 2020. Вип. 1. С. 51–57.

39. Головань М. С. Аналіз тенденцій розвитку вищої освіти в умовах глобалізації, інтеграції та інформатизації суспільства // Проблеми сучасної педагогічної освіти. Серія: Педагогіка і психологія. 2011. Вип. 31, ч. 1. С. 203–211.

40. Гоулман Д., Девідсон Р. Нове «Я». Вплив медитації на свідомість, тіло й мозок / пер. з англ. О. Асташова. Київ : Наш Формат, 2019. 264 с.

41. Діти та війна: навчання технік зцілення / П. Сміт, Е. Дирегров, У. Юле ; співавт.: Л. Гупта, Ш. Перрен, Р. Г'єстад ; укр. пер. – Інститут психічного здоров'я УКУ. Львів, 2014. 70 с.

42. Дорош О. І. Стресостійкість персоналу в системі вітчизняного публічного менеджменту: чинники та особливості // Теорія та практика державного управління. 2019. Вип. 1. С. 187–194.

43. Яцюк М. Емоційний інтелект особистості (на хвилі Нової української школи) : навч.-метод. посіб. Вінниця : Вид-во «Діло», 2019. URL: http://metodcluster.vn.ua/page/na_dop_met/5_2019/kaf_psiholog/Lab_psyhol/psychologu.pdf (дата звернення: 07.12.2025).

44. Жигайло Н., Харко Н. Онлайн-освіта: вимушена самоізоляція чи система отримання знань студентами закладів вищої освіти // Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки. 2021. Вип. 8. С. 36–49.

45. Журавльова М., Шпак М. Саморегуляція в структурі емоційного інтелекту молодших школярів // Педагогічний процес: теорія і практика. Серія: Психологія. 2016. № 3 (54). С. 52–57.
46. Калошин В. Ф. Стрес у педагогічній діяльності // Конфлікти: сутність і подолання. Харків, 2008. С. 107–220.
47. Климчук В. О. Мотиваційно-дискурсивна фасилітація у практиці психологічної допомоги при депресії травматичного генезису // Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій : зб. статей. Київ : Міленіум, 2015. С. 14–25.
48. Когут О. О. Матриця розвитку стресостійкості особистості // Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія». 2021. Вип. 12. С. 108–113.
49. Кордунова Н. О., Дмитріюк Н. С. Емоційна стійкість як важлива складова особистості у період фахової підготовки // Актуальні проблеми психології. Т. VI. Психологія обдарованості. Київ–Житомир : ЖДУ ім. І. Франка, 2020. Вип. 17. С. 129–138.
50. Корольчук М. С. Психофізіологічні засади дослідження стресостійкості особистості [Електронний ресурс]. URL: http://www.nbu.gov.ua/portal/Soc_Gum/Vchdpu/psy/2011_94/Korol1.pdf (дата звернення: 07.12.2025).
51. Корольчук В. М. Стресостійкість і адаптивний потенціал особистості в стресогенних умовах [Електронний ресурс]. URL: http://www.nbu.gov.ua/portal/Soc_Gum/Vchdpu/psy/2010_82_1/korolchuk.pdf (дата звернення: 07.12.2025).
52. Крайнюк В. М. Механізми формування стресостійкості особистості // Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України. 2004. Т. 6, вип. 7. С. 155–162.

53. Кудінова М. С. Порівняльний аналіз понять «стресостійкість» та «емоційна стійкість» // Теорія і практика сучасної психології. 2016. № 1. С. 22–28.
54. Кучеренко С. М. Визначення психологічної готовності особистості до професійної діяльності : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01. Харків, 2000. 17 с.
55. Лапшинська Г. М. Огляд основних груп чинників емоційної стійкості особистості // Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія «Психологія». 2014. Вип. 1121, № 56. С. 23–27.
56. Лук'яненко В. В. Психологічні особливості становлення здатності до самоефективності в юнацькому віці : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07. Київ, 2011. 269 с.
57. Науково-методичні основи психологічного супроводу діяльності вчителя в умовах реформування освіти (діагностика і корекція) : практичний посібник / В. Г. Панок та ін. Київ : УНМЦ практичної психології і соціальної роботи НАПН України, 2022. 192 с.
58. Носенко Е. Л. Емоційний інтелект як форма прояву важливої складової особистісного потенціалу – рефлексивної свідомості // Вісник Дніпропетровського університету. Серія «Педагогіка і психологія». 2012. Т. 20, № 9/1. С. 116–123.
59. Носенко Е. Л., Коврига Н. В. Емоційний інтелект: концептуалізація феномену, основні функції : монографія. Київ, 2003. URL: http://distance.dnu.dp.ua/ukr/nmmateriali/documents/Em_intellekt.pdf (дата звернення: 07.12.2025).
60. Носовець Н., Пискун О., Рекун О. Теоретичне дослідження поняття «self skills» учителя // Тенденції розвитку вищої освіти та педагогічної науки. Серія: Педагогічні науки. 2021. Вісник № 14–15 (170–171). DOI: 10.5281/zenodo.5938997.

61. Овсяннікова Я. О. Теоретико-методологічні підходи до аналізу понять емоційної, психологічної стійкості та стресостійкості // Проблеми екстремальної та кризової психології. 2009. Вип. 6. С. 85–94.
62. Пилипенко К. В. Емоційна стійкість як професійно важлива якість майбутнього психолога-практика // Практична психологія в системі вищої освіти: теорія, результати досліджень, технології : колект. монографія. Київ : НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2009. С. 137–147.
63. Пилипенко К. В. Формування емоційної стійкості як професійно важливої якості майбутнього практичного психолога : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07. Київ, 2010.
64. Пилипенко К. В. Емоційна стійкість як професійно важлива якість майбутнього педагога // Актуальні проблеми психології в закладах освіти : зб. наук. праць. 2019. Вип. 9. С. 154–159. URL: <https://journal.kdpu.edu.ua/psychology/article/view/3723> (дата звернення: 07.12.2025).
65. Пометун О. І. М'які навички вчителя для міцної школи // Стан освітнього процесу в умовах викликів сьогодення : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. (Дніпро, 12 лютого 2021 р.). Дніпро : Міжнар. гуманітарний дослідницький центр, 2021. С. 148–150.
66. Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій : зб. статей. Київ : Міленіум, 2015. 150 с.
67. Психологія стресостійкості студентської молоді / за заг. ред. В. Шмаргуна. Київ : Видавничий центр НУБіП України, 2018. 198 с.
68. Пухно С. В., Щербак Т. І. Емоційна стійкість як складова емоційно-етичної компетентності майбутніх вчителів // Актуальні питання природничо-математичної освіти. 2022. Вип. 2 (20). С. 136–143.
69. Ришко Г. М. Психологічні особливості розвитку стресостійкості у науково-педагогічних працівників вищих навчальних закладів : дис. ... канд. психол. наук. Київ, 2014. 255 с.

70. Романчук О. Психологічна стійкість в умовах війни: індивідуальний та національний вимір [Електронний ресурс]. URL: https://icbt.org.ua/resilience_ukraine/ (дата звернення: 07.12.2025).
71. Романюк В. Л. Стресореактивність і стресостійкість та психічне здоров'я особистості // Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія : Психологія. 2022. Вип. 14. С. 9–15.
72. Савчин М. В. Духовний потенціал людини : монографія. 2-ге вид., переробл. і допов. Івано-Франківськ : Місто НВ, 2010. 508 с.
73. Сапольські Р. М. Чому зебри не страждають на виразку / пер. з англ. О. Лобастова. Харків : «Ранок» : Фабула, 2022. 400 с.
74. Сингаївська І. В. Психологічні особливості узгодження особистісних і суспільних вимог до професійної успішності викладача // Проблеми сучасної психології. 2015. Вип. 30. С. 574–588.
75. Стахова О. О., Баранчук А. В. Стресостійкість як професійно значуща риса особистості майбутнього педагога [Електронний ресурс]. URL: <https://naukam.triada.in.ua/index.php/konferentsiji/48-visimnadtsyata-vseukrajinska-praktichno-piznavalna-internet-konferentsiya/414-stresostijkist-yak-profesijno-znachushcha-risa-osobistosti-majbutnogo-pedagoga> (дата звернення: 11.03.2024).
76. Сучасні методи і засоби для визначення і діагностування емоційного стресу : монографія / за заг. ред. О. П. Мінцера. Вінниця : ВНТУ, 2010. 228 с.
77. Технології тайм-менеджменту в управлінській діяльності державних службовців : монографія / за заг. ред. Л. Л. Приходченко. Одеса : ОРІДУ НАДУ, 2021. 180 с.
78. Толерантність як ціннісна основа професійної діяльності педагога : посібник / А. О. Молчанова. Київ : Інститут педагогічної освіти і освіти дорослих НАПН України, 2013. 188 с.

79. Харченко А. С. Психологічна безпека особистості викладача вишу // Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна. 2012. № 2 (2). С. 443–450.

80. Харченко В. Є., Шугай М. А. Психологічна діагностика та корекція посттравматичного стресового розладу особистості : метод. посіб. Острог : Вид-во Нац. ун-ту «Острозька академія», 2015. 158 с.

81. Циганчук Т. Динаміка переживання стресу студентами вищих навчальних закладів : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01 «Загальна психологія; історія психології». Київ : Ін-т психології ім. Г. С. Костюка АПН України, 2011. 274 с.

82. Шевчишена О. В. Проблема емоційної стійкості в контексті професійного здоров'я вчителя // Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія : Педагогічні та психологічні науки. 2014. № 4. С. 531–540.

83. Шинкаренко І. О. Шляхи подолання суїцидальної поведінки працівників Національної поліції // Формування особистості як чинник розвитку громадянського суспільства в Україні: філософські, історичні, психологічні аспекти : тези доп. наук.-практ. заходів кафедри філософії та політології за 2017 рік. Дніпро : ДДУВС, 2018. С. 90–93.

84. Як вчити та навчатись в умовах війни : інформаційно-методичні матеріали для дорослих (учителів, викладачів, психологів) зі створення сприятливих умов для навчання та розвитку в умовах воєнного часу. 2022. URL: https://childfund.org.ua/Uploads/Files/books_pdf/How-to-teach-and-learn.pdf (дата звернення: 07.12.2025).

85. Яновська Т. А. Особливості формування емоційного інтелекту майбутніх педагогів під впливом інтерактивних методів навчання // Молодий вчений. Психологічні науки. 2018. № 4 (56). С. 232–235.

86. Davidson J. R. T., Payne V. M., Connor K. M., Foa E. B. та ін. Trauma, resilience and saliostasis: Effects of treatment in post-traumatic stress disorder // International Clinical Psychopharmacology. 2005. Vol. 20, No. 1. P. 43–48. [PubMed+1](#)
87. DeLongis A., Folkman S., Lazarus R. The impact of daily stress on health and mood: Psychological and social resources as mediators // Journal of Personality and Social Psychology. 1988. Vol. 54. P. 486–495.
88. Stawski R. S., Almeida D. M., Lachman M. E. та ін. Fluid Cognitive Ability Is Associated With Greater Exposure and Smaller Reactions to Daily Stressors // Psychology and Aging. 2010. Vol. 25, No. 2. P. 330–342. DOI: 10.1037/a0018246. [PubMed+1](#)
89. Folkman S. If it changes, it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination // Journal of Personality and Social Psychology. 1984. Vol. 48. P. 150–170.
90. Garnezy N., Masten A. The study of stress and competence in children: A building block for developmental psychopathology // Child Development. 1984. Vol. 55. P. 97–111.
91. Newman R. APA's resilience initiative // Professional Psychology: Research and Practice. 2005. Vol. 36. P. 227–229.
92. Vanistendael S. Résilience et spiritualité. Les Cahiers du BICE. Genève, 2002 (2-е вид. – 2012).
93. Werner E. E., Smith R. S. Journeys from Childhood to Midlife: Risk, Resilience, and Recovery. Ithaca, NY : Cornell University Press, 2001.
94. Werner E. E., Smith R. S. Overcoming the Odds: High Risk Children from Birth to Adulthood. Ithaca, NY : Cornell University Press, 1992.
95. Kokkinos C. M., Davazoglou A. M. Special education teachers under stress: Evidence from a Greek national study // Educational Psychology. 2009. Vol. 29, No. 4. P. 407–424. DOI: 10.1080/01443410902971492. [ResearchGate+1](#)

96. Terrence D., Quinn M., Cidlowski J. та ін. Neuroimmune mechanisms of stress: Sex differences, developmental plasticity, and implications for pharmacotherapy of stress-related disease // Stress. 2015. Vol. 18, No. 4. P. 367–380.