МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ПОЛІСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет права,
публічного управління та
національної безпеки
Кафедра психології

Кваліфікаційна робота
на правах рукопису

Тузюк Оксана Вікторівна

УДК 159.9:614.253.1

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

ОСОБЛИВОСТІ РЕЗИЛІЄНТНОСТІ ЛІКАРІВ СІМЕЙНОЇ ПРАКТИКИ В УМОВАХ ВІЙНИ

053 «Психологія»
ОПП «Практична психологія»

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр
кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело
Тузюк О.В.

Керівник роботи
Мосієнко Оксана Вікторівна
кандидат економічних наук, доцент

Житомир – 2025

Висновок кафедри психології

за результатами попереднього захисту: _____

_____

Протокол засідання кафедри психології

№ ___ від «___» _____ 2025 року

Завідувач кафедри психології

Кандидат психологічних наук, доцент _____ Литвинчук Алла Іванівна
(науковий ступінь, вчене звання) (підпис) (прізвище ,ім'я, по батькові)

Результати захисту кваліфікаційної роботи

Здобувачка вищої освіти Тузюк Оксана Вікторівна_____
(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 батькові)

АНОТАЦІЯ

Тузюк О. В. Особливості резилієнтності лікарів сімейної практики в умовах війни. – Кваліфікаційна робота на правах рукопису.

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістра за спеціальністю 053 – Психологія. – Поліський національний університет, Житомир, 2025.

Досліджено особливості резилієнтності лікарів сімейної практики в умовах війни. Проведено емпіричне дослідження рівня резилієнтності лікарів сімейної практики, за результатами якого сформовано модель розвитку резилієнтності, яка ґрунтується на корекції професійного вигорання, морального страждання та вторинної травматизації. На прикладному рівні розроблена та апробована програма розвитку резилієнтності лікарів сімейної практики.

Ключові слова: резилієнтність, лікарі сімейної практики, професійна життєстійкість, професійне вигорання, вторинна травматизація, моральне страждання, корекційна програма, психологічна допомога.

SUMMARY

Tuzyuk O. Peculiarities of resilience of family practice doctors in war conditions. – Qualification work on manuscript rights.

Qualification work for obtaining the educational degree «Master» in specialty 053 – psychology. – Polissia National University, Zhytomyr, 2025.

The features of the resilience of family practice doctors in war conditions were studied. An empirical study of the level of resilience of family practice doctors was conducted, the results of which formed a model of resilience development, which is based on the correction of professional burnout, moral suffering and secondary traumatization. At the applied level, a program for developing the resilience of family practice physicians has been developed and tested.

Key words: resilience, family practice doctors, professional resilience, professional burnout, secondary traumatization, moral suffering, correctional program, psychological assistance.

ЗМІСТ

ВСТУП…… 7
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ РЕЗИЛІЄНТНОСТІ ЛІКАРІВ СІМЕЙНОЇ ПРАКТИКИ В УМОВАХ ВІЙНИ ……... 11
1.1. Поняття резилієнтності у сучасній психології, підходи до її вивчення……. 11
1.2. Резилієнтність як головний психологічний ресурс особистості в умовах війни……... 16
1.3. Резилієнтність – професійно важлива риса лікарів сімейної практики в умовах війни…… 19
Висновки до першого розділу……... 23
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ТА ПРОЦЕДУРА ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ……..... 24
2.1. Методологічні основи дослідження резилієнтності лікарів сімейної практики …….. 24
2.2. Аналіз результатів дослідження особливостей резилієнтності лікарів сімейної практики…….. 28
2.3. Оцінка професійної життєстійкості лікарів сімейної практики …. 32
Висновки до другого розділу…… 37
РОЗДІЛ 3. ТЕХНОЛОГІЇ ЗМІЦНЕННЯ РЕЗИЛІЄНТНОСТІ ЛІКАРІВ СІМЕЙНОЇ ПРАКТИКИ В УМОВАХ ВІЙНИ……... 38
3.1. Формування моделі розвитку резилієнтності лікарів сімейної практики…… 38
3.2. Програма зміцнення резилієнтності лікарів сімейної практики …. 41
3.3. Апробація результатів програми резилієнтності лікарів сімейної практики…… 44
Висновки до третього розділу……... 47

ВИСНОВКИ…… 48
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ……... 51
ДОДАТКИ……... 56

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. У сучасних умовах, коли військові дії посилюють страх, викликають серйозні занепокоєння щодо психічного та фізичного стану людини та позбавляють відчуття безпеки, особливо актуальною стає проблема дослідження резилієнтності особистості. Сучасна ситуація, сповнена ризиків і загроз, підкреслює необхідність психологічної стійкості, здатності протистояти відчуттю небезпеки та невизначеності, а також наявності внутрішніх ресурсів для збереження стабільності й рівноваги особистості.

Наразі особливо актуальним є дослідження специфіки резильєнтності, її внутрішніх механізмів та проявів у лікарів сімейної практики, які перебувають під впливом воєнних подій. Резилієнтність виступає фундаментом для збереження психічного здоров'я, психологічного благополуччя, успішної адаптації та посттравматичного відновлення. Отримані знання можуть допомогти розробити ефективні підходи та рекомендації для надання спеціалізованої психологічної підтримки медичним працівникам у воєнний час, сприяючи їхньому психічному здоров'ю та адаптації в складних умовах.

Проблема резильєнтності активно досліджувалася як зарубіжними вченими (С. Мадді, М. Роттер, Н. Хендерсон, Е. Вернер, Г. Бонано, та ін.), так і вітчизняної (Г. Лазос, Н. Гусак, А. Курова, О. Чиханцова, Ю. Пилипака, В. Романюк, М. Савчин, В. Федорчук, А. Зимянський, О. Хамініч, Л. Прокоф'єва та ін.) психології. Особливостям розвитку резильєнтних умінь в умовах війни присвячені роботи К. Балахтар, О. Медянової, Л. Дворніченко, Л. Любіної, Л. П'янківської, О. Односталко, В. Чернобровкіна та ін. Теоретичні засади проблеми психічного здоров'я висвітлено в працях І. Галецької, С. Максименка, Р. Поташнюка, Н. Жигалкіної, Т. Работи, І. Розіної, І. Коцана, Г. Ложкіна, Л. Карамушки, Ю. Кашлюк та ін.

Більшість наукових робіт зосереджуються на теоретичні та емпіричні

підходи до визначення сутності резилієнтності, однак комплексне дослідження особливостей резилієнтності лікарів сімейної практики під час війни, незважаючи на його практичну значущість, не було виявлено, що і стало підставою для вибору теми дослідження.

Мета дослідження: теоретичний і емпіричний аналіз особливостей резилієнтності лікарів сімейної практики в умовах війни.

Відповідно мети роботи були поставлені наступні **завдання:**

– дослідити теоретико-методологічні засади поняття резилієнтності у сучасній психології та підходи до її вивчення;

– розглянути резилієнтність як професійно важливу рису лікарів сімейної практики в умовах війни;

– проаналізувати методику та методичні рекомендації щодо організації емпіричного дослідження;

– емпірично дослідити особливості резильєнтності лікарів сімейної практики в умовах війни;

– розробити програму корекції розвитку резилієнтності лікарів сімейної практики.

Об'єкт дослідження – резилієнтність лікарів сімейної практики в умовах війни.

Предмет дослідження – особливості резильєнтності лікарів сімейної практики в умовах війни.

Гіпотеза: показники резильєнтності лікарів сімейної практики виявляють суттєві позитивні кореляції із задоволеністю від співчуття та відчуттям підтримки, а також негативні кореляції з рівнем професійного вигорання, моральних страждань та вторинної травматизації.

Теоретико-методологічною основою дослідження є шкала резилієнсу Конора-Девідсона-10; методика «Оцінки якості життя для професійних медичних

працівників ProQOL-Health»; опитувальник професійної життєстійкості О. Кокуна та ін.

Методи дослідження: обробка та інтерпретація даних (методи перевірки статистичних гіпотез, методи описової статистики, кореляційний аналіз, методи виявлення відмінностей у рівні прояву ознак), методи активного впливу (дискусії, case-study, психологічні вправи, рольові та ділові ігри, демонстрації тощо).

Емпірична база дослідження. Дослідження проводилися впродовж 2024-2025 років на базі КНП «Овруцька міська лікарня» Овруцької міської ради. Вибірку досліджуваних склали 38 сімейних лікарів віком від 32 до 62 років.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що: розвиток резилієнтності лікарів сімейної практики має відбуватися шляхом зниження рівня вторинної травматизації, професійного вигорання і моральних страждань; розроблено та апробовано корекційну програму розвитку резилієнтності лікарів сімейної практики в умовах війни.

Практична значимість роботи полягає у розробці та перевірці дієвості корекційної програми розвитку резилієнтності лікарів сімейної практики в умовах війни. Результати дослідження можуть бути використані в практику психологів для підвищення резилієнтності медичних працівників, лекціях освітніх компонентів, як «Психотерапія та психокорекція», «Медична психологія», «Психологія стресу» щодо.

Особистий внесок здобувача. У працях, які опубліковані автором досліджено теоретичний аналіз особливостей резилієнтності лікарів сімейної практики в умовах війни, подано результати емпіричного дослідження резилієнтності та оцінку професійної життєстійкості лікарів сімейної практики, запропоновано та апробовано корекційну програму розвитку резилієнтності лікарів сімейної практики в умовах війни.

Апробація. Результати дослідження апробовано на Науково-практичній конференції «Студентські читання - 2025», (Житомир, 2025).

Публікації. Теоретичні та емпіричні результати дослідження висвітлено у трьох публікаціях.

Структура роботи. Робота складається з вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг роботи становить 55 сторінок, основний текст розміщено на 47 сторінках.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ РЕЗИЛІЄНТНОСТІ ЛІКАРІВ СІМЕЙНОЇ ПРАКТИКИ В УМОВАХ ВІЙНИ

1.1. Поняття резилієнтності у сучасній психології, підходи до її вивчення

Термін «резилієнс» (стійкість) має багатовікову історію та різноманітні трактування. Однак лише в останні десятиліття він набув широкого визнання як психологічний феномен. У світовій науковій літературі цей термін почав активно використовуватися з 1970-х років. Сьогодні поняття «резилієнс» широко застосовується в психології, медицині, біології та соціальних науках для опису впливу екстремальних, загрозливих або стресових ситуацій на людину, а також її здатності підтримувати нормальне функціонування як у процесі, так і після переживання таких подій [1, с. 6].

В українських наукових джерелах термін «резилієнтність» часто прирівнюють до понять «стресостійкість», «життєстійкість» і «психологічна пружність». Відповідно до визначення Американської психологічної асоціації, резилієнтність — це як процес, так і результат успішної адаптації до складних життєвих обставин, що потребують когнітивної, емоційної та поведінкової гнучкості. Здатність людини пристосовуватися до викликів залежить від низки чинників, зокрема від її світогляду, наявних соціальних ресурсів і використання ефективних стратегій подолання труднощів [8, с. 62].

На сьогодні існує безліч визначень і моделей резилієнтності, проте природа цього явища, його особливості, структура та характеристики залишаються недостатньо дослідженими й потребують глибшого наукового аналізу. Найчастіше резилієнтність розглядають у контексті подолання психологічних травм, пов’язуючи її зі здатністю людини адаптуватися до несприятливих умов.

Попри значну кількість досліджень, поняття «резилієнтність» інтерпретується по-різному, що створює певні розбіжності та ускладнює цілісне розуміння його сутності. У науковому середовищі існує кілька підходів до вивчення резилієнтності.

Перший підхід акцентує увагу на виявленні як внутрішніх, так і зовнішніх чинників, що сприяють подоланню життєвих труднощів і допомагають людині справлятися зі складними ситуаціями [1, с. 7].

Г. Вагнильд і Х. Янг досліджували осіб, які зіткнулися з масштабними катастрофами та втратами, і дійшли висновку, що резилієнтність обумовлена як психологічними, так і біологічними факторами, серед яких особливе значення мають соціальна підтримка та когнітивні здібності [9, с. 227].

Е. Вернер із колегами розглядають резилієнтність як характеристику особистості, що дозволяє підтримувати гомеостатичний баланс між факторами захисту та ризику. Прихильники цього підходу визначили основні риси стійкості: здатність зберігати та підтримувати життя, вимірюваність як індивідуальної характеристики, а також зв’язок із ефективністю діяльності, зокрема задоволенням важливих потреб і залежністю від досягнутих результатів [1, с. 8].

Варто зазначити, що у вітчизняній науковій літературі резилієнтність нерідко ототожнюється з адаптивними характеристиками особистості, такими як стресостійкість, емоційна стійкість і психологічна надійність. Ці властивості безперечно формують ресурси, необхідні для підтримання належного рівня фізичного та психічного здоров’я.

Однак, на нашу думку, ключова роль резилієнтності полягає у здатності налагоджувати ефективну соціальну взаємодію в непростих життєвих умовах, а також у пошуку найкращих шляхів для особистісного зростання та самореалізації. Резилієнтність можна розглядати як потенціал людини до успішного саморозвитку навіть у стресових ситуаціях та екстремальних умовах [5, с. 73].

Другий підхід розглядає резилієнтність як динамічний процес, що формується у відповідь на несприятливі зміни та реінтеграцію. У цьому контексті резилієнтність проявляється як здатність до позитивної адаптації, незважаючи на складний життєвий досвід. Такий підхід трактує її не лише як сукупність певних особистісних рис, а й як процес мобілізації ресурсів, необхідних для подолання труднощів і відновлення у стресових умовах [1, с. 9].

Згідно з Б. Гіллеспі та Н. Гамільтоном, резилієнтність можна розвивати або передавати іншим. В. Мосс вважає, що важливо сприймати труднощі як невід'ємну частину життя, підкреслюючи, що резилієнтність не є вродженою рисою і потребує навчання через подолання складних життєвих ситуацій. А. Лінлі та С. Джозеф зазначають, що в часи труднощів важливо фокусуватись на ресурсах і позитивних аспектах, які людина набуває після пережитої травми, а не на втраті.

Р. Тедескі та Л. Калхун трактують стійкість як здатність індивіда продовжувати ефективно функціонувати, незважаючи на серйозні життєві втрати та труднощі [15, с. 88].

Американська психологічна асоціація визначає резилієнтність як процес успішної адаптації до труднощів, травм або стресу, спричинених проблемами на роботі, складними ситуаціями в родині або станом здоров’я, що дозволяє людині відновитися після пережитих важких життєвих подій [18, с. 86].

Третій напрям досліджень розглядає резилієнтність як вроджену енергію, життєву силу, тобто як життєздатність. Представники цього напрямку, зокрема Г. Ричардсон, Ф. Уейт, Е. Графтон, Б. Гіллеспі, С. Хендерсон, вважають, що резилієнтність є властивістю, що проявляється у кожній людині в різній мірі. Вона виявляється через наявність певних рис або характеристик, які допомагають людині відновлюватися після стресу або травми та продовжувати свій розвиток. Вчені, які ототожнюють резилієнтність із життєстійкістю, розглядають її як життєву установку, що дозволяє долати труднощі, попри складні зовнішні

обставини, і як особистісний ресурс для підтримки фізичного, психічного та соціального здоров'я. Вони виділяють три ключові компоненти, які сприяють реалізації цієї якості: залученість, контроль і готовність до ризику. Наявність цих трьох складових дозволяє людині оцінювати події як менш травматичні і ефективно долати стрес.

Аналіз результатів досліджень резилієнтності, проведених Дж. Річардсоном, А. Мастеном та Г. Лазос, виявив важливі внутрішні та зовнішні чинники, які визначають резилієнтність, а також сприяв узагальненню знань про конкретні «переваги» резилієнтності. Фактори, психологічний зміст та вплив резилієнтності представлені на рис. 1.1.



Рис. 1.1. Фактори, психологічний зміст та вплив резилієнтності

Важливо відзначити, що резилієнс включає взаємодію між особистістю, її життєвим досвідом та актуальним контекстом життя [8, с. 67].

Термін «резилієнтність» стосується здатності психіки людини відновлюватися після несприятливих умов. Вивчення того, як деякі індивіди здатні витримати, відновитися і навіть психологічно зростати після важких життєвих труднощів чи катастроф, є важливим для фахівців у галузі психотерапії, психології та працівників допоміжних професій.

Науковці вважають, що рівень стійкості особистості в онтогенезі формується під впливом психосоціальних факторів, таких як систематичне подолання труднощів, позитивні емоції, моральна сміливість, гнучкість мислення, здатність контролювати емоції, наявність чіткої мети чи місії, увага до фізичного здоров’я та високий рівень позитивної соціальної підтримки. Серед конкретних дій, що сприяють збереженню та підвищенню резилієнтності, можна виділити наступні: прийняття того, що зміни є невід'ємною частиною життя; розгляд подій в контексті майбутніх перспектив; підтримка позитивного сприйняття життя; застосування практик усвідомленості; турбота про фізичне здоров'я; фокусування на позитивних очікуваннях; визначення наявних ресурсів; підтримка взаємин; надання допомоги іншим; пошук нових можливостей та підтримки [9, с. 228].

Отже, резилієнтність трактують як індивідуальну рису, внутрішній ресурс і процес, що виявляються через систему поведінкових та когнітивно-емоційних стратегій подолання проблемних ситуацій і спрямовані на підтримку основних функцій життєдіяльності та внутрішнього балансу. Це унікальна здатність особистості чинити опір і зберігати стійкість під впливом різноманітних стресорів, що сприяє формуванню «психологічного імунітету» та збереженню ментального і фізичного здоров’я.

Аналіз результатів емпіричних досліджень резилієнтності показує, що науковці зосереджуються на різних аспектах цієї психологічної характеристики,

особливо в контексті її формування та впливу на здатність долати життєві труднощі, включаючи війни, катастрофи та інші травматичні події.

1.2. Резилієнтність як головний психологічний ресурс особистості в умовах війни

З початком повномасштабного вторгнення життя українців кардинально змінилося, розділившись на «до» та «після». Кожен відчув шок війни та зіткнувся з новими, жорсткими реаліями. Цінності й усталений спосіб життя зазнали суттєвих змін, а усвідомлення постійної загрози спричинило появу глибокого страху смерті, поранень, болю та можливих наслідків для здоров'я. Військова травма породила нові виклики, суттєво трансформувала уявлення про щастя та благополуччя, звівши їх до базового фізичного виживання.

Згідно з даними моніторингових груп, із початком війни суттєво збільшилася кількість людей, у яких було діагностовано тривожні розлади, дисоціативні та деперсоналізаційні порушення, депресію, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) та інші психологічні стани [5, с. 80].

Людині стає складно зосереджуватися на виконанні завдань, запам’ятовувати та відтворювати інформацію, швидко ухвалювати рішення та витримувати інтенсивні розумові навантаження. Традиційні поведінкові моделі змінюються: з’являється потреба в безпеці та комфорті, людина починає займатися справами, які раніше її не цікавили. У поведінці можуть виникати нетипові реакції, такі як підвищена конфліктність, агресія, прагнення до самозахисту або уникнення ситуацій. Поведінкові порушення свідчать про руйнівний вплив стресових обставин на психіку та проявляються у вигляді психомоторних дисфункцій, змін режиму дня, зниження рівня соціальної активності та погіршення соціальних зв’язків.

У контексті воєнного конфлікту резилієнтність проявляється як здатність

долати труднощі, протистояти кризовим впливам і виживати в екстремальних умовах. Це комплекс взаємопов'язаних якостей, що допомагають знизити деструктивний вплив війни та зберегти відносну психологічну рівновагу. На думку К. Балахтар, резилієнтність є внутрішнім ресурсом, який забезпечує здатність керувати ризиками, контролювати обставини та відновлюватися після травматичних переживань війни [20, с. 26].

Як система адаптивних і трансформаційних навичок, резилієнтність відображає здатність жити та діяти в нових умовах, зберігаючи ментальне здоров'я, незважаючи на вплив негативних факторів. О. Медянова, Л. Дворніченко та інші дослідники наголошують, що в умовах війни резилієнтність не лише допомагає протистояти труднощам, а й сприяє розвитку проактивної поведінки [1, с. 12].

Люди залучаються до нових видів діяльності та спілкування, таких як волонтерство, участь у громадських організаціях та благодійних ініціативах, допомога в евакуації, а також починають реалізовувати відкладені плани.

Л. П'янківська зазначає, що в умовах війни резилієнтність сприяє самореалізації, стимулює формування нових ресурсів, сприяє глибшому усвідомленню цінності життя та навіть може підвищувати рівень задоволеності ним [8, с. 72].

У цьому контексті очевидною стає ключова роль резилієнтності як важливого чинника збереження психічного здоров'я під час війни. Здатність протистояти обставинам, знижувати рівень напруження, відновлювати сили та підтримувати життєву активність – це лише частина позитивного впливу резилієнтності на ментальне благополуччя. Основні показники психічного здоров'я, такі як стресостійкість, регулятивність, самопідтримка, здатність до адаптації та життєтворчості, формуються завдяки розвитку резистентних навичок. Особистість, яка володіє резилієнтністю, активно й цілеспрямовано діє у повсякденному житті, зберігає оптимізм, вірить у перемогу та використовує

різні стратегії для підтримання власного добробуту.

М. Цимбалюк і Н. Жигайло наголошують, що в умовах війни здатність протистояти стресу є критично важливою для збереження психічного здоров’я. Вона сприяє усвідомленому сприйняттю та оцінці реальних загроз, підтриманню активності та пошуку шляхів виходу з кризових ситуацій. Дослідники акцентують увагу на таких індивідуальних якостях, як самоконтроль, ініціативність, рефреймінг, самостійність, оптимізм, духовність, витривалість і емоційна гнучкість, які відіграють ключову роль у зміцненні стресостійкості та збереженні ментального благополуччя в період війни [5, с. 79].

У дослідженнях В. Федорчук і Л. Комарніцької визначено інтегративні риси особистості, що сприяють зменшенню впливу деструктивних чинників у період воєнного конфлікту. До таких характеристик належать витримка та емоційна врівноваженість, високий рівень рефлексії та здатність до креативного вирішення проблем, внутрішній локус контролю, комунікативна гнучкість, позитивне сприйняття себе, а також прагнення до саморозвитку.

Функції опору реалізуються через конструктивний копінг – систему поведінкових стратегій і реакцій, які допомагають нейтралізувати загрози та підтримувати життєздатність, що, у свою чергу, сприяє збереженню здоров'я та благополуччя людини. Як усвідомлена поведінка, копінг зменшує рівень невизначеності, спрямований на адаптацію до ситуації та зниження її негативного впливу [15, с. 90].

У таких екстремальних ситуаціях, як війна, люди можуть обирати різні стратегії, навіть уникання, якщо вони допомагають їм пережити цей важкий період. Проте, на думку науковців, найбільш ефективними є стратегії переоцінки ситуації, усунення травмуючих факторів через планування та організацію діяльності, а також за рахунок соціальної підтримки. Мова йде про активні способи впливу на проблемну ситуацію, що є результатом розвитку резилієнтних здібностей і сприяє збереженню здоров'я, активності та благополуччя людини в

складний період. Чим більше розвинені резилієнс-уміння, тим вищі шанси пережити трагедію війни та зберегти психічне здоров'я [150, с. 91].

Таким чином, резилієнтність є головним ресурсом для збереження психічного здоров’я особистості під час війни. Війна змінила звичний спосіб життя і цінності, спричинивши численні психологічні труднощі та значне погіршення психічного стану населення. Для того, щоб вижити в цих умовах і зберегти психоемоційну стабільність, людині допомагають внутрішні ресурси стійкості, де основне місце займає резилієнтність. В умовах воєнного конфлікту резилієнтність дає змогу протистояти руйнівному впливу війни, регулювати поведінку та відновлюватися після травмуючих подій.

1.3. Резилієнтність – професійно важлива риса лікарів сімейної практики в умовах війни

У контексті повномасштабної війни сучасний стан українського суспільства характеризується нестабільністю та втратою ефективних механізмів внутрішнього контролю. Це призводить до того, що виконання професійних обов'язків, збереження особистої ідентичності та цілісності та адаптація до аномальних умов, вимагають від кожної людини значних зусиль у ці важкі часи. Збереження людської індивідуальності та сутності в таких умовах потребує великих ресурсів психіки.

Нині професія медичного працівника є однією з найбільш стресових і відзначається високим рівнем емоційного напруження, значними психічними та фізичними навантаженнями, незадоволеністю фінансовим становищем, особливостями взаємодії з пацієнтами та колегами, а також потенційним ризиком вторинної травматизації та професійного вигорання [30, с. 171].

У сучасних умовах медичні працівники змушені виконувати широкий спектр професійних завдань за обмеженого часу, нестачі інформації та ресурсів,

постійно перебуваючи в інтенсивній взаємодії з людьми. Це призводить до значних емоційних і енергетичних витрат. Такий характер роботи, з одного боку, потребує максимальної концентрації та мобілізації внутрішніх сил, а з іншого – вимагає формування й розвитку ефективних захисних механізмів, які допомагали б підтримувати стабільний фізичний і психологічний стан фахівців.

Саме резилієнтність – особистісна якість та основа адаптації медичних працівників до складних особливостей професії, які пов’язані із суттєвим фізичним, емоційним та розумовим виснаженням [34, с. 297].

У дослідженні Д. Мансано-Гарсії та Х. Айяла-Кальво, яке охопило майже тисячу медичних працівників, було доведено, що резилієнтність є основним фактором, що захищає від емоційного виснаження, а не допоміжним, як стверджували інші дослідники. Ці результати підтверджуються також дослідженнями Д. Зіг, яка наголошує на важливості резилієнтності не лише в кризових ситуаціях, але й у повсякденній професійній діяльності. Інші вчені вважають, що різні реакції на стресові ситуації пов’язані з різною можливістю ефективно управляти стресом, що залежить від рівня розвиненої резилієнтності. Також медичні працівники, які мають високий рівень резильєнтності здатні перетворювати негативний досвід на досвід особистісного зростання.

У працях З. Бано та С. Перваиса було вивчено взаємозв'язок між резилієнтністю, психологічним благополуччям та емоційним інтелектом серед студентів медичних коледжів віком від 19 до 27 років, які навчались на різних курсах. Науковці підтвердили наявність прямої кореляції між резилієнтністю та психологічним благополуччям, зробивши висновок, що студенти з високим рівнем резилієнтності мають вищий рівень емоційного інтелекту, краще здатні справлятися з викликами та труднощами. Уміння грамотно контролювати власні емоційні реакції та правильно розпізнавати емоції оточення є важливим чинником, що забезпечує стійке психологічне благополуччя людини на всіх етапах її життя [20, с. 26].

Вивчаючи біологічні та соціальні аспекти лікарів сімейної практики, Б. Гіллеспі з колегами відзначили, що вік, досвід роботи та рівень освіти не мають впливу на резилієнтність. Важливе значення мають якості, що охоплюють здатність до професійного саморозвитку, упевненість у власних силах, уміння діяти автономно та ефективно долати стресові ситуації. Сукупність цих характеристик підтримує формування сильної професійної мотивації та створює умови для посттравматичного особистісного зростання [30, с. 172].

Так, науковці визначають резилієнтність як захисний фактор, який допомагає лікарям сімейної практики долати труднощі у професійній діяльності, покращувати професійні навички та підвищувати працездатність, при цьому підкреслюючи індивідуальні характеристики, що можуть розвиватися у кожної особи. Крім того, було виявлено, що резилієнтність позитивно впливає на особистість, збільшуючи рівень задоволеності життям і знижуючи рівень емоційного вигорання [34, с. 299].

До факторів ризику, які знижують резилієнтність лікарів сімейної практики, належать недостатні професійні навички, нездатність управляти стресом та емоціями, відсутність підтримки з боку колег, а також песимістичні очікування щодо майбутнього. Усе це негативно впливає на фізичне та психічне здоров'я, сприяє виснаженню, знижує ефективність праці та рівень задоволення життям.

Отже, в умовах війни через особливості професійної діяльності лікарі сімейної практики часто переживають емоційне вигорання, високий рівень стресу та вторинну травматизацію. У цьому контексті резилієнтність є критично важливою професійною якістю для лікарів [20, с. 38].

Слід зазначити, що лікарі сімейної практики, крім загальних стресових факторів, властивих медичній діяльності, часто стикаються з наслідками вторинної травматизації – непрямої травми, яку вони отримують через слухання розповідей пацієнтів про їх власний травматичний досвід.

Тому резилієнтність має велике значення для лікарів сімейної практики в кількох аспектах їх професійної діяльності. Високий рівень резилієнтності дозволяє медпрацівникам надавати ефективну емоційну підтримку пацієнтам, які пережили фізичні та психологічні травми, при цьому зберігаючи власну психологічну стійкість [34, с. 301].

Резилієнтність допомагає запобігати емоційному вигоранню, яке часто розвивається у лікарів сімейної практики через постійне перебування в складних та емоційно насичених ситуаціях. Стресостійкість допомагає підтримувати професійну мотивацію та зберігати зацікавленість у роботі. Фахівці з високим рівнем резилієнтності здатні ефективніше протистояти неминучим стресовим навантаженням, характерним для медичної сфери. Вони швидше відновлюють свій емоційний стан після напружених ситуацій та вміють результативно регулювати власні емоції.

Резилієнтність допомагає лікарям сімейної практики підтримувати здорову робочу атмосферу, що є важливим для ефективної командної роботи та загального благополуччя колективу. Вона включає здатність до співпраці, взаємної підтримки та допомоги колегам. Резилієнтність також сприяє професійному розвитку: лікарям сімейної практики з високим рівнем стійкості краще адаптуються до змін, легше впроваджують нові методики лікування та реабілітації, а також постійно вдосконалюють свої навички. Високий рівень резилієнтності також сприяє збереженню особистісного благополуччя медичних працівників, підтримуючи баланс між роботою і особистим життям, а також підтримуючи фізичне та психологічне здоров’я [30, с. 178].

Таким чином, резилієнтність є важливою професійною рисою лікарів сімейної практики, яка сприяє не лише успішному виконанню професійних обов’язків, а й збереженню особистісного благополуччя та забезпеченню довговічної кар'єри. Тому підвищення рівня резилієнтності повинно бути

пріоритетним напрямком у розвитку та вдосконаленні професійних якостей лікарів сімейної практики в умовах війни.

Висновки до 1 розділу

Резилієнтність є головним ресурсом для збереження психічного здоров’я особистості під час війни. Війна змінила звичний спосіб життя і цінності, спричинивши численні психологічні труднощі та значне погіршення психічного стану населення. Для того, щоб вижити в цих умовах і зберегти психоемоційну стабільність, людині допомагають внутрішні ресурси стійкості, де основне місце займає резилієнтність. В умовах воєнного конфлікту резилієнтність дає змогу протистояти руйнівному впливу війни, регулювати поведінку та відновлюватися після травмуючих подій.

Резилієнтність лікарів сімейної практики є ключовою професійною рисою, що полягає в їхній здатності до ефективної саморегуляції та адаптації в складних професійних умовах, забезпечуючи це за допомогою емоційних, мотиваційних, вольових і когнітивних ресурсів особистості.

В умовах війни високий рівень резилієнтності дозволяє лікарям сімейної практики ефективно надавати емоційну підтримку пацієнтам, що зазнали фізичних і психологічних травм, зберігати мотивацію та професійний ентузіазм, конструктивно справлятися зі стресом і швидко відновлюватися. Це також сприяє профілактиці емоційного вигорання, прискореній адаптації до змін, професійному розвитку та підтримці фізичного і психічного здоров'я.

РОЗДІЛ 2
МЕТОДИ ТА ПРОЦЕДУРА ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Методологічні основи дослідження резилієнтності лікарів сімейної практики

Резилієнтність виступає одним із провідних чинників адаптації та подолання стресових ситуацій, що підтверджується численними дослідженнями у сфері психології, медицини, соціології та нейронаук. Її визначають як здатність людини ефективно протистояти стресу, зберігаючи або навіть зміцнюючи своє емоційне та психосоціальне благополуччя. Відтак, точна й надійна діагностика резилієнтності є важливою для розуміння її механізмів і розробки дієвих стратегій розвитку. Сучасні підходи до дослідження цього феномену охоплюють різноманітні методи оцінки, що враховують не лише особистісні ресурси, а й соціокультурні, біологічні та екологічні чинники. У наукових працях підкреслюється, що резилієнтність має багатовимірний характер і вимагає комплексного підходу до її вивчення.

Спираючись на теоретичний аналіз наукових психологічних джерел із досліджуваної проблематики, визначену мету та завдання роботи, було сформовано програму емпіричного дослідження психологічних особливостей резилієнтності лікарів сімейної практики в умовах воєнного стану. Його метою стало виявлення рівнів резилієнтності серед респондентів, особливостей їхньої адаптації до реальних умов праці під час війни, коли виникають психологічні стани, кризові ситуації, зумовлені емоційним перевантаженням, комплекси та труднощі [34, с. 310].

Професія медичного працівника належить до тих видів діяльності, для яких характерним є постійний фізичний та психологічний ризик, адже вона пов’язана

з безперервним впливом стресових чинників – як зовнішніх, так і внутрішніх, різної сили та інтенсивності [20, с. 55].

Емпіричне дослідження було вибудувано за логікою кількох послідовних етапів:

На першому, організаційному етапі дослідження було уточнено науковий апарат, обґрунтовано актуальність обраної теми та визначено завдання емпіричної частини, а також сформовано вибірку респондентів.

Другий етап передбачав безпосереднє проведення емпіричного дослідження резилієнтності лікарів сімейної практики в умовах воєнного стану.

На третьому етапі здійснено аналіз та узагальнення результатів діагностики, сформульовано висновки, розроблено практичні рекомендації та психологічну програму, спрямовану на ефективне подолання стресових ситуацій, розвиток психологічної стійкості та застосування результативних стратегій підвищення рівня резилієнтності.

Для проведення емпіричного дослідження використовувалися такі методики:

1) Авторська анкета для лікарів сімейної практики (Додаток А).
2) Шкала резилієнсу Конора-Девідсона-10 (Додаток Б).
3) Методика ProQOL-Health (Додаток В).
4) Опитувальник професійної життєстійкості О. Кокуна (Додаток Г).

Емпірична база дослідження – Комунальне некомерційне підприємство «Овруцька міська лікарня» Овруцької міської ради. Вибірку досліджуваних склали 38 сімейних лікарів віком від 32 до 62 років. Більшість учасників дослідження – 29 жінок (77,1 %) та 9 чоловіків (22,9 %).

Стаж роботи сімейних лікарів розподілився наступним чином:

7 (18,7 %) осіб мають стаж роботи до 5 років;

13 (33,5 %) осіб – від 5 до 10 років;

12 (31,2 %) осіб – від 10 до 15 років;

6 (16,6 %) осіб мають стаж роботи понад 15 років.

Розглянемо авторську анкету, яка охоплює загальні відомості про респондентів, зокрема вік, стать, сімейний стан. Крім того, у ній подані запитання, спрямовані на виявлення змін у рівні резилієнтності від початку повномасштабного вторгнення, а також на визначення її характеристик і чинників із можливістю оцінки їх вираженості за 10-бальною шкалою.

К. Коннор та Дж. Девідсон розробили шкалу резилієнтності Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), яка дозволяє оцінити такі її складові, як уміння пристосовуватися до змін, зберігати концентрацію, долати стрес, контролювати негативні емоції та не здаватися перед труднощами. Враховуючи, що саме ці характеристики є професійно значущими для лікарів сімейної практики, для оцінювання рівня резилієнтності було обрано саме цю методику [38].

Опитувальник містить одну шкалу, спрямовану на вимірювання рівня резильєнтності, та складається з 10 тверджень. Для кожного з них передбачено 5 варіантів відповіді: 0 – ніколи, 1 – рідко, 2 – іноді, 3 – часто, 4 – завжди. Підсумковий бал визначається шляхом сумування відповідей. Загальний результат до 26 балів свідчить про низький рівень резильєнтності; від 27 до 32 балів – про середній рівень; понад 32 бали – про високий рівень резильєнтності.

Для вивчення психологічних особливостей лікарів сімейної практики, пов’язаних із їхньою професійною діяльністю, було застосовано опитувальник ProQOL-Health. Дана методика широко використовується для аналізу якості професійного життя представників медичної сфери. Варто зазначити, що науковці розглядають резилієнтність як результат взаємодії комплексу біологічних, психологічних, соціальних та культурних чинників [35].

Інтерпретація субшкал ProQOL-Health:

Задоволення від співчуття. Вона відображає рівень задоволення лікаря сімейної практики від ефективного виконання професійних обов’язків, допомоги

іншим, позитивної взаємодії з колегами та внеску у суспільне благо. Вищі показники означають більше задоволення від емпатійної діяльності.

Відчутна підтримка. Субшкала оцінює рівень підтримки, яку відчуває медичний працівник: корисних порад, доступ до допомоги, емоційної підтримки чи спільного розв'язання проблем. Вищі бали означають сильніше відчуття підтримки з боку оточення [35].

Професійне вигорання, яке часто проявляється виснаженням і відчуттям безнадійності, що поступово зростають і заважають ефективній роботі. Найчастіше воно виникає у медичних працівників через надмірне навантаження, несприятливі умови праці чи брак відпочинку. Вони можуть відчувати недооціненість та марність своїх зусиль. Вищі бали вказують на сильніший рівень вигорання.

Вторинний травматичний стрес є характерною рисою професійної діяльності медичних працівників. Люди, що її зазнають, часто страждають від нав'язливих тривожних спогадів, постійно повертаються до неприємного досвіду, уникають діяльності, яка його нагадує, відчувають безпідставний страх і мають порушення сну. Високі бали вказують на підвищений рівень вторинного травматичного стресу.

Моральні страждання. Працівники медичної сфери іноді опиняються у складних ситуаціях, коли обставини або професійні вимоги змушують їх діяти всупереч власним цінностям, моральним принципам або переконанням. Такі ситуації можуть викликати тривалий внутрішній конфлікт, що негативно впливає на якість життя, породжуючи відчуття сорому, образи та провини. Вищі бали вказують на більший рівень морального дискомфорту [35].

Опитувальник професійної життєстійкості О. Кокуна побудований на трьох взаємопов'язаних складових: контроль, прийняття виклику і включеність. Крім того, у кожній із цих складових виділено чотири додаткові компоненти: мотиваційний, емоційний, професійний та соціальний. Опитувальник дозволяє

визначити як загальний рівень професійної життєстійкості, так і ступінь вираженості кожної із трьох складових та чотирьох компонентів [13].

2.2. Аналіз результатів дослідження особливостей резилієнтності лікарів сімейної практики

Аналіз показників резильєнтності лікарів сімейної практики розпочнемо з методики «Шкала Коннора-Девідсона (CD RISC-10)». Для дослідження було сформовано кілька груп: загальна вибірка респондентів, а також окремо чоловіча й жіноча підгрупи (табл. 2.1.).

Таблиця 2.1

Рівні резильєнтності лікарів сімейної практики

Рівень резилієнтності	Лікарі сімейної практики (n, %)		
	Всі респонденти	Жінки	Чоловіки
Низький	31,42	31,57	31,26
Середній	46,87	50,02	43,73
Високий	21,71	18,41	25,01
P	$\chi^2 = 11,73$ P≤0,01	$\chi^2 = 15,12$ P≤0,01	$\chi^2 = 5,3$ P>0,05
	P_1=0,97; P_2=0,91; P_3=0,85		

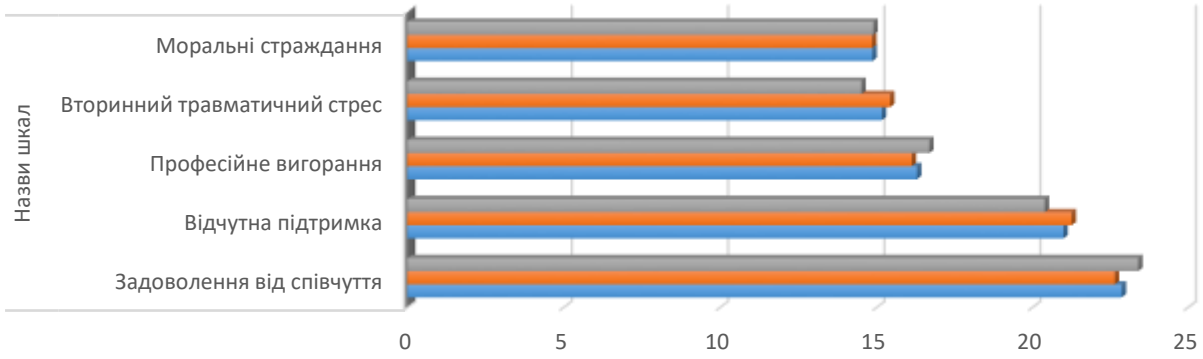
Примітки:
P – статистична значимість відмінності показників за χ^2-критерієм Пірсона

Аналіз даних, наведених у таблиці 2.1, показує, що серед опитаних лікарів сімейної практики на статистично значущому рівні переважає середній рівень резилієнтності. Водночас у підгрупі «чоловіки» така перевага не має статистичної значущості. Респонденти із середнім рівнем резилієнтності відзначаються помірною здатністю протистояти новим стресовим ситуаціям: вони частково впевнені у собі, однак не завжди приймають правильні рішення та

не завжди демонструють достатні ресурси для відновлення й зміцнення після життєвих труднощів.

Лікарі сімейної практики з високим рівнем резилієнтності відзначаються здатністю швидко відновлюватися, зміцнювати внутрішні ресурси та ефективно пристосовуватися до стресових обставин і труднощів. Ті ж респонденти, чия резилієнтність є недостатньо сформованою, мають обмежені можливості впливати на стресові чи кризові ситуації. Опитані з низьким рівнем резилієнтності швидко виснажуються, відчувають труднощі у подоланні нових викликів та складних життєвих обставин, що свідчить про недостатній розвиток адаптивних механізмів.

Дослідники трактують резилієнтність як багатофакторне явище, що формується під впливом біологічних, психологічних, соціальних та культурних чинників, які взаємодіють між собою. На рис. 2.1 подано середні значення показників якості життя лікарів сімейної практики.



	Назви шкал				
	Задоволення від співчуття	Відчутна підтримка	Професійне вигорання	Вторинний травматичний стрес	Моральні страждання
Чоловіки	23,39	20,39	16,68	14,51	14,89
Жінки	22,64	21,25	16,12	15,43	14,85
Всі лікарі сімейної практики	22,86	20,99	16,29	15,16	14,86

Рис. 2.1. Середні значення показників якості життя лікарів сімейної практики (за субшкалами опитувальника ProQOL-Health), бали

Результати описової статистики за показником «Задоволення від співчуття» демонструють переважання середнього рівня цього показника серед учасників дослідження, причому у чоловіків він виявився вищим порівняно з жінками (23,39 до 22,64). У медичних працівників жіночої статі зафіксовано вищий рівень задоволеності отримуваною підтримкою порівняно з їхніми чоловіками-колегами: середнє значення становить 21,25 проти 20,39 у чоловіків.

У респондентів чоловічої статі фіксується більш виражений рівень професійного вигорання порівняно з представницями жіночої статі (16,68 до 16,12). Також серед медичних працівників жіночої статі фіксується більш високий рівень проявів вторинного травматичного стресу порівняно з їхніми колегами-чоловіками (15,43 до 14,51).

Показники психологічних характеристик лікарів сімейної практики, пов’язаних із їх професійною діяльністю, за відповідними шкалами, представлено в табл. 2.2.

Таблиця 2.2

Рівні показників якості життя лікарів сімейної практики, %

Рівні	Субшкали				
	Відчутна підтримка	Задоволення від співчуття	Вторинний травматичний стрес	Моральні страждання	Професійне вигорання
Всі респонденти					
Низький	1,84	1,84	20,36	20,36	25,93
Середній	72,24	55,58	79,64	79,64	68,52
Високий	25,92	42,58	0,00	0,00	5,56
Жінки					
Низький	2,62	2,64	15,78	15,78	23,66
Середній	68,44	55,24	84,22	84,22	71,06
Високий	28,94	42,12	0,00	0,00	5,28
Чоловіки					
Низький	0,00	0,00	31,26	31,24	31,21
Середній	81,26	56,27	68,74	68,76	62,52
Високий	18,74	43,73	0,00	0,00	6,27

У лікарів сімейної практики загалом, а також у підгрупах «жінки» та «чоловіки» на статистично значущому рівні переважає середній рівень задоволення від співчуття, професійного вигорання, відчуття підтримки, моральних страждань та вторинного травматичного стресу. Відмінність полягає у показниках задоволення від співчуття та відчуття підтримки: у лікарів чоловічої статі він здебільшого високий, тоді як у жінок на середньому рівні. І, навпаки, лікарям жіночої статі притаманні відчуття вторинного травматичного стресу та моральних страждань.

У таблиці 2.3 подано результати визначення кореляційних зв'язків між рівнем резилієнтності та якістю професійного життя лікарів сімейної практики.

Таблиця 2.3

Кореляційні зв'язки між резилієнтністю і якістю професійного життя лікарів сімейної практики

	Резильєнт-ність	Задоволення від співчуття	Відчутна підтримка	Професійне вигорання	Вторинна травма-тизація	Моральні страждання
Резильєнтність	1					
Задоволення від співчуття	0,63	1				
Відчутна підтримка	0,63	0,66	1			
Професійне вигорання	-0,54	-0,62	-0,63	1		
Вторинна травматизація	-0,43	-0,37	-0,33	0,63	1	
Моральні страждання	-0,41	-0,37	-0,52	0,61	0,71	1

У лікарів сімейної практики виявлено статистично значущі позитивні кореляції між резилієнтністю та шкалами «Відчутна підтримка» і «Задоволення від співчуття», а також негативні зв'язки зі шкалами «Вторинна травматизація», «Моральні страждання» та «Професійне вигорання».

Таким чином, формування резилієнтності лікарів сімейної практики має відбуватися шляхом зниження рівня вторинної травматизації, професійного

вигорання і моральних страждань, а також через розвиток емпатії, уміння надавати взаємопідтримку в професійному середовищі та оволодіння стратегіями ефективного подолання складних ситуацій.

2.3. Оцінка професійної життєстійкості лікарів сімейної практики

У нашому дослідженні резилієнтність розглядається як більш широке й багатогранне поняття порівняно з такими спорідненими категоріями, як «життєстійкість», «стресостійкість» та «психологічна пружність». Це дозволяє глибше розкрити специфіку досліджуваного феномена. Крім того, терміни «резилієнтність» та «стійкість» використовуються як синоніми. Професійна життєстійкість забезпечує здатність долати несприятливі робочі обставини, запобігає професійній дезадаптації й погіршенню здоров'я, а також сприяє особистісному та професійному розвитку.

Також життєстійкість у професійній діяльності лікарів сімейної практики, які щодня взаємодіють із пацієнтами та стикаються зі складними міжособистісними ситуаціями, є визначальним чинником підтримання їх психологічного благополуччя.

Результати оцінки професійної життєстійкості лікарів сімейної практики за «Опитувальником професійної життєстійкості О. Кокуна» показали, що більшість респондентів (27 %) мають життєстійкість вище середнього. Це свідчить про їхню здатність ефективно справлятися з кризовими, екстремальними та конфліктними ситуаціями, а також з труднощами, які можуть перешкоджати задоволенню базових потреб (рис. 2.2).

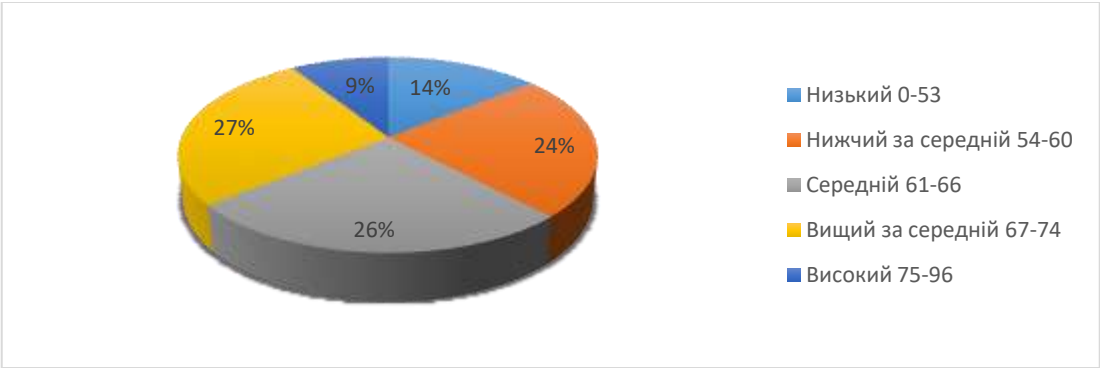
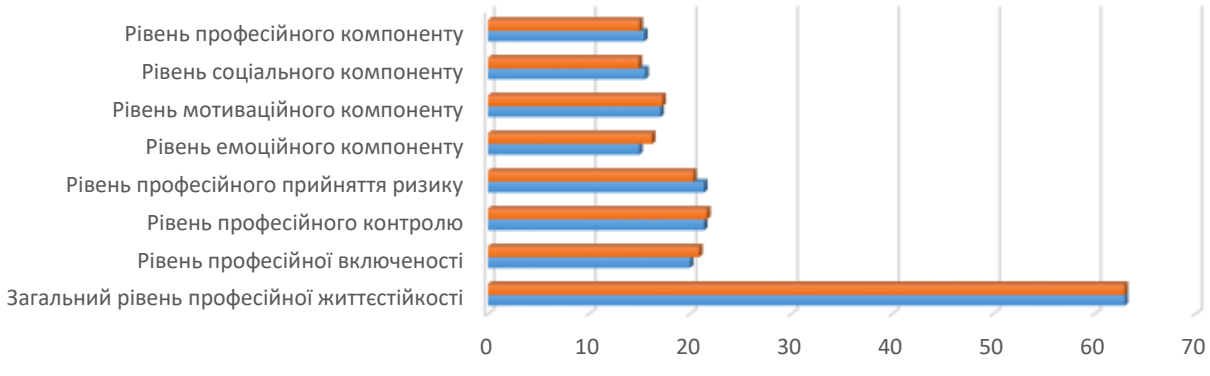


Рис. 2.2. Нормативні показники професійної життєстійкості та відсотковий розподіл вибірки лікарів сімейної практики, %

Низький і нижчий за середній рівні професійної життєстійкості зафіксовані у 14 % та 24 % лікарів сімейної практики відповідно, що свідчить про ще недостатньо сформовані у них особистісно-професійні навички, необхідні для подолання складнощів у роботі.

За допомогою методики «Опитувальник професійної життєстійкості О. Кокуна» було визначено вісім аспектів професійної життєстійкості лікарів сімейної практики: загальний рівень життєстійкості, контроль над професійними справами, професійну включеність, готовність до ризику, а також мотиваційний, емоційний, професійний і соціальний компоненти. Після обробки даних отримано такі результати (рис. 2.3).

Згідно з даними таблиці, можна зробити висновок, що за рівнем вираженості складова професійної життєстійкості «професійна включеність» дещо поступається аспектам «професійний контроль» та «прийняття виклику». Загалом результати відповідають типовим показникам колективів медичної сфери з тривалим існуванням та стабільними характеристиками. Водночас доцільним залишається проведення системної роботи для вдосконалення окремих аспектів особистісно-професійного розвитку та підвищення професійної стійкості працівників.



	Загальний рівень професійної життєстійкості	Рівень професійної включеності	Рівень професійного контролю	Рівень професійного прийняття ризику	Рівень емоційного компоненту	Рівень мотиваційного компоненту	Рівень соціального компоненту	Рівень професійного компоненту
жін.	62,96	20,88	21,68	20,3	16,22	17,25	14,9	14,98
чол.	62,97	19,98	21,38	21,38	14,95	17,05	15,54	15,44

Рис. 2.3. Середні показники професійної життєстійкості лікарів сімейної практики, бали

Як свідчать дані, представлені на рисунку 2.3, жінки характеризуються вищим рівнем професійної залученості (M = 20,88), ніж чоловіки (M = 19,98). Така різниця може пояснюватися тим, що жінки, як правило, демонструють більш виражену орієнтацію на соціальну взаємодію, емпатійність і міжособистісну підтримку, що сприяє їхньому активнішому включенню в професійну діяльність.

Чоловіки демонструють більш високий показник професійного прийняття викликів (M = 21,38) порівняно з жінками (M = 20,3). Така різниця узгоджується з науковими даними, які підкреслюють більшу схильність чоловіків до ризикової поведінки. Натомість емоційний компонент професійної життєстійкості вищий у жінок (M = 16,22), ніж у чоловіків (M = 14,95), що може свідчити про їх сильніші емоційно-регулятивні здібності та чутливість у професійній взаємодії. Жінки, попри вищу емоційну чутливість, зазвичай володіють більш ефективними стратегіями емоційної саморегуляції, що й зумовлює їхні вищі показники за

емоційним компонентом професійної життєстійкості. Водночас інші її елементи, зокрема загальний рівень життєстійкості, а також соціальний і професійний компоненти, не виявляють суттєвих відмінностей між чоловіками та жінками.

Аналіз отриманих показників свідчить, що загальний рівень професійної життєстійкості підвищується з віком, досягаючи максимальних значень у лікарів віком 35–40 років. Результати дослідження показують, що спеціалісти молодшого віку до 35 років характеризуються нижчими показниками професійної життєстійкості. Це, ймовірно, пов’язано з обмеженим професійним досвідом, меншою здатністю до подолання стресу та нестійкістю професійної мотивації.

Рівень професійної включеності помітно зростає з віком серед лікарів сімейної практики. У наймолодшій групі до 35 років цей показник є найнижчим (M = 18,5). Натомість у медиків віком від 55 років і старше він досягає M = 21,2. Така динаміка може бути пов’язана з тим, що досвідчені фахівці глибше занурені у професійну діяльність, мають стабільнішу мотивацію та більш упевнено реагують на професійні виклики.

Рівень професійного контролю досягає максимальних значень у лікарів сімейної практики вікової категорії 32–40 років (M = 21,7), після чого спостерігається його поступове зниження. Це може свідчити про те, що після етапу активного професійного становлення та накопичення досвіду відчуття впевненості й контролю за робочими процесами поступово трансформується, набуваючи більш збалансованого характеру та супроводжуючись глибшим усвідомленням складності професійної діяльності.

Показники професійного прийняття виклику виявляють відносну стабільність у всіх вікових категоріях лікарів. Це може свідчити про те, що схильність приймати та опрацьовувати професійні труднощі є більшою мірою стійкою індивідуально-психологічною особливістю, а не характеристикою, яка зазнає значних вікових змін.

Рівень емоційного компоненту професійної життєстійкості у лікарів сімейної практики має тенденцію зростати з віком. Така динаміка узгоджується з результатами наукових досліджень, які вказують, що більш досвідчені фахівці краще володіють навичками емоційної регуляції та застосовують ефективні стратегії емоційного копінгу. Це, у свою чергу, підвищує їх стійкість до професійних стресових ситуацій і сприяє збереженню психологічного благополуччя.

Динаміка мотиваційного компонента професійної життєстійкості має схожий віковий характер. Найвищих показників він досягає у лікарів віком 32–40 років (M = 16,9), що узгоджується з поширеним твердженням про те, що саме в цей період фахівці демонструють найбільшу зацікавленість у професійному зростанні та розвитку. Варто зазначити, що соціальний і професійний компоненти життєстійкості не проявляють суттєвих вікових коливань, що свідчить про їхній відносно стабільний характер упродовж професійної кар’єри.

Слід зазначити, що особливості роботи та професійна деформація лікарів під час війни зумовлені тим, що українські медики стикаються з великою кількістю поранених та постраждалих, у тому числі дітей. У мирний час професійна діяльність медичного персоналу з лікування та реабілітації пацієнтів вже характеризується високим рівнем стресових факторів і емоційним напруженням, тоді як під час війни психоемоційне навантаження значно зростає.

Емпіричні результати дослідження показали, що лікарі сімейної практики стикаються зі стресовими факторами, що спричиняють емоційне виснаження, депресію, тривожність та напруження як фізичних, так і емоційних систем. Проте, у досліджуваній групі лікарів сімейної практики переважає середній рівень резилієнтності. Також спостерігаються ознаки професійного та емоційного вигорання, при цьому вони перебувають на достатньому рівні професійної та соціальної активності, характеризуються високим рівнем психологічної та соціальної адаптації.

Висновки до 2 розділу

Для вивчення особливостей резилієнтності лікарів сімейної практики використовувалися: авторська анкета для лікарів сімейної практики; шкала резилієнсу Конора-Девідсона-10; методика ProQOL-Health; опитувальник професійної життєстійкості О. Кокуна.

Вибірку досліджуваних склали 38 сімейних лікарів віком від 32 до 62 років. Більшість учасників дослідження – 29 жінок (77,1 %) та 9 чоловіків (22,9 %).

Серед опитаних лікарів сімейної практики за методикою «Шкала Коннора-Девідсона» на статистично значущому рівні переважає середній рівень резилієнтності. Водночас у підгрупі «чоловіки» така перевага не має статистичної значущості. Формування резилієнтності лікарів сімейної практики має відбуватися шляхом зниження рівня вторинної травматизації, професійного вигорання і моральних страждань, а також через розвиток емпатії, уміння надавати взаємопідтримку в професійному середовищі та оволодіння стратегіями ефективного подолання складних ситуацій.

Дослідження показали, що загальний рівень професійної життєстійкості та її основні складові (професійна включеність, відчуття контролю, готовність приймати виклики) залежать від віку медичних працівників: молоді спеціалісти проявляють нижчий рівень адаптаційних можливостей, тоді як більш досвідчені лікарі демонструють підвищену здатність до саморегуляції та більшу мотивацію до професійного розвитку.

Гендерний аналіз показав, що жінки характеризуються вищим рівнем професійної включеності та більш розвиненим емоційним компонентом життєстійкості, тоді як чоловіки частіше проявляють схильність до активного прийняття професійних викликів.

Отримані результати створюють підґрунтя для формування моделі розвитку резильєнтності лікарів сімейної практики.

РОЗДІЛ 3.
ТЕХНОЛОГІЇ ЗМІЦНЕННЯ РЕЗИЛІЄНТНОСТІ ЛІКАРІВ СІМЕЙНОЇ ПРАКТИКИ В УМОВАХ ВІЙНИ

3.1. Формування моделі розвитку резилієнтності лікарів сімейної практики

Робота у воєнних умовах ставить підвищені вимоги до психічних, фізичних і психологічних ресурсів лікарів сімейної практики. Незважаючи на збільшену кількість стресових факторів, лікарі сімейної практики повинні дотримуватися всіх протоколів лікування та реанімації, дотримуватися медичної етики та деонтології, приймати термінові клінічно важливі рішення, а також діяти відповідно до правил безпеки у воєнних умовах.

Розвиток резильєнтності у лікарів сімейної практики передбачає зміцнення здатності медичних працівників до гнучкої адаптації та ефективної саморегуляції в умовах професійної взаємодії з пацієнтами через освоєння стратегій управління складними ситуаціями та оптимальне використання власних особистісних ресурсів [10, с. 34].

Якщо опанування лікарями сімейної практики стратегій управління складними ситуаціями розглядається як загальне завдання розвитку резилієнтності без прив’язки до специфіки професійної діяльності, то визначення особистісних ресурсів спирається на результати емпіричного дослідження. З огляду на те, що показники резильєнтності лікарів сімейної практики мають значущі позитивні кореляції із задоволеністю від співчуття та відчутною підтримкою, а також негативні кореляції з професійним вигоранням, вторинною травматизацією та моральними стражданнями, розвиток резилієнтності має включати заходи щодо корекції вигорання на роботі, зменшення вторинної травматизації і моральних страждань, а також

стимулювати розвиток емпатії та здатності до взаємопідтримки в професійному середовищі.

З урахуванням наведених міркувань було розроблено модель розвитку резильєнтності для лікарів сімейної практики (рис. 3.1).



Рис. 3.1. Модель розвитку резильєнтності лікарів сімейної практики

Слід підкреслити, що розроблена модель розвитку резильєнтності є універсальною та застосовна для роботи з медичними працівниками загалом, незалежно від конкретної специфіки їхніх професійних обов’язків.

Розвиток резилієнтності лікарів сімейної практики може реалізовуватися на кількох рівнях. На індивідуальному рівні психологічна підтримка передбачає проведення психоедукаційних занять щодо природи стресових реакцій, розпізнавання симптомів професійного вигорання та опанування методів його профілактики, запобігання вторинній травматизації. Крім того, включається розвиток навичок управління стресом і освоєння технік емоційної регуляції, таких як дихальні вправи, релаксація та інші методи саморегуляції.

Приклади вправ емоційної регуляції представлено на рис. 3.2.



Рис. 3.2. Приклади вправ емоційної регуляції для лікарів сімейної практики

На груповому рівні розвиток резильєнтності може реалізовуватися через організацію груп підтримки, проведення психологічних тренінгів, а також забезпечення можливості участі в супервізіях та груповій терапії, що сприяє обміну досвідом і зміцненню професійної стійкості учасників.

Серед різних групових форм роботи було обрано психологічний тренінг, який має низку переваг. Він дозволяє одночасно залучити кількох медичних працівників до роботи з психологом, створює сприятливе середовище для взаємної підтримки та обміну досвідом, а також дає можливість застосовувати різноманітні методи активного впливу: дискусії, кейс-стаді, ділові та рольові ігри, демонстрації, психологічні вправи тощо. Такий підхід сприяє розвитку в лікарів сімейної практики навичок ефективного подолання стресу та вторинної травматизації, корекції поведінкових стратегій, а також формуванню емпатії та взаємопідтримки.

3.2. Програма зміцнення резилієнтності лікарів сімейної практики

Вважаємо за доцільне, керуючись принципом послідовності та визначеними цілями й завданнями дослідження, розробити програму розвитку резильєнтності для лікарів сімейної практики. Програма має бути спрямована на корекцію професійного вигорання, зменшення моральних страждань та вторинної травматизації, а також на формування емпатії й здатності до взаємопідтримки у професійному середовищі.

Мета програми: розвиток резильєнтності лікарів сімейної практики.

Завдання програми:

1) набуття глибоких знань щодо резильєнтності та її ключових компонентів, а також вивчення причин виникнення стресу та його основних проявів;

2) впровадження заходів, спрямованих на зменшення проявів професійного вигорання, мінімізацію вторинної травматизації та подолання моральних страждань у професійній діяльності;

3) формування та підвищення здатності до емпатійного сприйняття колег і пацієнтів, а також розвиток навичок взаємної підтримки та співпраці в межах професійного середовища;

4) оволодіння навичками ефективного планування та застосування методів вирішення складних професійних ситуацій, що дозволяють лікарю сімейної практики зберігати контроль, приймати обґрунтовані рішення та адаптуватися до змінних умов професійної діяльності.

Запропонована програма структурована у кілька послідовних етапів: 1) інформаційно-мотиваційний, який охоплює перше заняття; 2) корекційний етап, що включає друге до четвертого заняття; 3) розвивальний етап, реалізований у п’ятому–сьомому заняттях; 4) узагальнюючий етап, що підсумовує результати на восьмому занятті.

У таблиці 3.1. подано структуру занять.

Таблиця 3.1

Структура занять тренінгової програми

Етап	№	Мета	Основні вправи
Інформаційно-мотиваційний	1	Ознайомлення з поняттям резилієнтності, обмін досвідом подолання стресових ситуацій, усвідомлення проблем, пов'язаних із резильєнтністю у професійній діяльності лікарів сімейної практики	«Чому я тут?», «Що таке резилієнтність?», «Мій лайф-хак долати стрес», «Немає поразки, є зворотний зв'язок»
Корекційний	2	Усвідомлення проблеми вторинної травматизації, відреагування учасниками негативних спогадів та емоцій, опанування технік захисту від вторинної травматизації, розвиток вмінь психологічного захисту	«Ланцюжок», «Мене давно непокоїть…», «Скляний купол», «Афірмації захищеності»
	3	Усвідомлення особистісних змін та опанування інформації про професійне вигорання, формулювання правил поведінки як протидії професійному вигоранню	«Що в мені змінилося?», «Мій ресурс», «Мої сильні сторони як медичного фахівця»
	4	Вербалізація власних моральних травм, формування здатності усвідомлювати моральні страждання та визначати їх причини, обговорення моральних та аморальних думок, вчинків для встановлення та усвідомлення норми її динамічності, пошук раціональних способів вирішення проблем, спричинених моральними стражданнями	«Причини виникнення моральних страждань», «Moral / amoral», «Моя моральна травма», «Що я можу зробити?»
Розвивальний	5	Розвиток когнітивної та емоційної складової емпатії	«Що я знаю про тебе?», «Дзеркало»
	6	Визначення соціономічних особливостей праці лікарів сімейної практики, розвиток довіри взаємопідтримки між колегами	«Соціономічна професія», «Довіра», «Надійні люди»
	7	Усвідомлення здатності управляти своїм життям, розвиток здатності приймати рішення, формування стратегій управління складною ситуацією	«Я керую», «Щирість», «Дві сторони руки», «Шлях»
Узагальнюючий	8	Закріплення стратегій ефективної взаємодії, рефлексія щодо професійних та особистісних змін, визначення завдань саморозвитку, самооцінювання резильєнтності	«Краща версія себе», «Я вдячний за те, що…», «Від знаю до зроблю», «Фото сили», «Моя резилієнтність»

Структура тренінгових занять включає такі етапи: 1) вітальне слово та налаштування учасників; 2) надання інформаційного матеріалу; 3) обговорення та обмін досвідом серед учасників; 4) виконання корекційних і розвивальних вправ; 5) підсумкове прощання та закриття заняття

Проведення занять передбачає проведення восьми тренінгових сесій, кожна з яких триває 120 хвилин.

Критерії оцінки ефективності програми: підвищення рівня резилієнтності у лікарів сімейної практики, визначене за допомогою методики «Шкала Коннара–Девідсона» (CD-RISC-10).

Повний зміст тренінгової програми представлено в Додатку Д.

Усі методики та техніки, які інтегровані в програму, ґрунтуються на емпіричних даних і адаптовані до умов воєнного часу. Психоедукаційний компонент передбачає надання учасникам інформації про природу стресу, травматичних переживань та особливості розвитку резильєнтності під час військового конфлікту. Когнітивно-поведінкові методи спрямовані на роботу з думками та поведінковими реакціями у типовий стресових ситуаціях воєнного часу. Практики майндфулнес включають навчання технікам медитації та дихальним вправам, що дозволяє ефективно справлятися з високим рівнем тривожності

Експресивні методики, що включають арт-терапевтичні вправи та практики письма, застосовуються для вербалізації, осмислення та опрацювання травматичного досвіду. Групові обговорення та рольові ігри сприяють обміну досвідом, розвитку соціальних навичок та навичок ефективної взаємодії. Методи візуалізації та планування майбутнього використовуються для формування відчуття надії, підтримки віри у позитивні перспективи та розвитку мотивації до дій.

Отже, програма спрямована на формування у лікарів сімейної практики комплексного науково-культурного підходу до розвитку високого рівня

резильєнтності в умовах воєнного часу в Україні. Її основна мета полягає у зміцненні стійкості лікарів сімейної практики шляхом корекції професійного вигорання, вторинної травматизації та моральних страждань, а також розвитку емпатії та навичок взаємопідтримки у професійному середовищі.

3.3.Апробація результатів програми резилієнтності лікарів сімейної практики

В апробації програми розвитку резильєнтності медичних працівників взяли участь 28 лікарів сімейної практики КНП «Овруцька міська лікарня» Овруцької міської ради. Для визначення ефективності програми розвитку резильєнтності було проведено порівняльний аналіз якісних та кількісних показників між контрольної та експериментальною групами. Експериментальна група складалася з учасників, які на початковому етапі демонстрували низький рівень резильєнтності. Для зручності інтерпретації даних первинні вимірювання були позначені як «Контрольна група», а результати після проходження тренінгу – як «Експериментальна група».

Таблиця 3.2

Рівні резильєнтності лікарів сімейної практики
після проходження корекційної програми
(методика «Шкала Коннора-Девідсона (CD RISC-10)»)

Рівень резилієнтності	Експериментальна група			Контрольна група		
	Всі респонденти	Жінки	Чоловіки	Всі респонденти	Жінки	Чоловіки
Низький	25,99	26,65	25,34	31,42	31,57	31,26
Середній	58,72	61,2	56,23	46,87	50,02	43,73
Високий	15,29	12,15	18, 43	21,71	18,41	25,01

Результати повторного дослідження демонструють наявність позитивних змін у психологічному стані учасників. Детальний аналіз цих змін подано з урахуванням застосованих у дослідженні методик оцінки.

Аналіз даних, наведених у таблиці 3.2, показує, що серед експериментальної групи лікарів сімейної практики підвищились середній та високий рівні резилієнтності. Це свідчить про зміцнення резилієнтності та здатності лікарів до швидкого відновлення від професійного вигорання, моральних страждань та вторинної травматизації. Лікарі сімейної практики, як чоловіки, так і жінки, мають внутрішні ресурси для ефективного пристосування до стресових обставин і труднощів.

На рис. 3.3 подано середні значення показників якості життя лікарів сімейної практики, пов'язаних з професійною діяльністю, після корекційної програми.

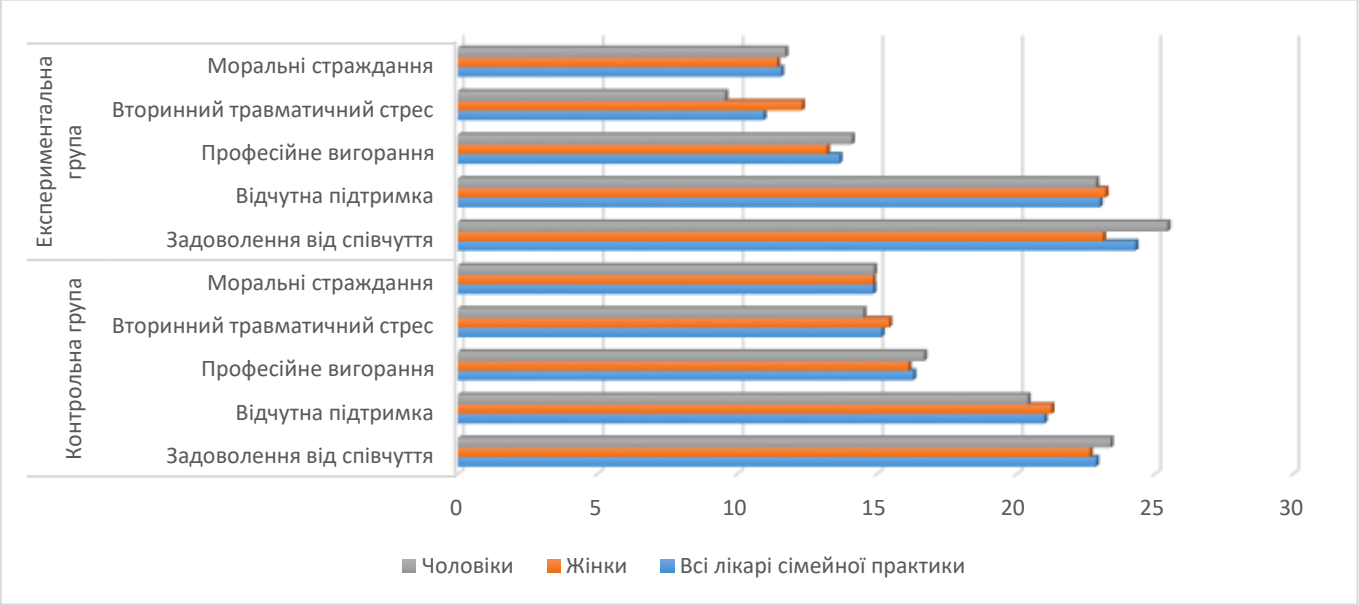


Рис. 3.3. Середні значення показників якості життя лікарів сімейної практики після проходження корекційної програми
(за субшкалами опитувальника ProQOL-Health), бали

У респондентів експериментальної групи як у чоловічої статі, так і у жіночої рівень професійного вигорання значно знизився (з 16,68 до 14,10 та 16,12

до 13,2 відповідно). Це свідчить про те, що після корекційної програми учасники змогли визначити свої ресурсні канали та сформувати позитивні професійні характеристики задля зменшення впливу професійного вигорання. А також дотримуються правил поведінки (зниження перенавантаження, збільшення відпочинку), які запобігатимуть професійному вигоранню.

Серед лікарів сімейної практики зафіксовано зниження рівня прояву вторинного травматичного стресу. У жінок з 15,43 до 12,31, у чоловіків – 14,51 до 9, 56. Що засвідчує про опанування лікарями сімейної практики технік захисту від вторинної травматизації, відреагування учасниками негативних спогадів та емоцій, застосування афірмацій, які можна використовувати для захисту від вторинної травматизації. До прикладу: «Я знаходжуся в безпеці», «Я спокійний», «Я живу своє життя» інше. Це дозволить позбутись тривожних спогадів, відчуття безпідставного страху.

Також у респондентів експериментальної групи як у чоловічої статі, так і у жіночої знизився рівень морального страждання (з 14,89 до 11,72 та 14,85 до 11,42 відповідно). Це свідчить про усвідомлення та вербалізацію власних моральних травм лікарями та переоцінення складних ситуацій, коли обставини або професійні вимоги змушували їх діяти всупереч власним цінностям, моральним принципам або переконанням, оскільки працівники медичної сфери іноді опиняються у таких ситуаціях.

Таким чином, отримані результати підтверджують висунуту гіпотезу: розвиток резильєнтності лікарів сімейної практики досягається через корекцію вторинної травматизації, моральних страждань та професійного вигорання, а також через формування емпатії, навичок взаємопідтримки в професійному середовищі та оволодіння ефективними стратегіями управління складними ситуаціями.

Ми вбачаємо подальші напрями досліджень у розширенні та поглибленні програми розвитку резильєнтності для лікарів сімейної практики, а також у

створенні диференційованих програм, адаптованих до потреб медичного персоналу з різними професійними функціями та обов'язками.

Висновки до третього розділу

Розвиток резилієнтності має включати заходи щодо корекції вигорання на роботі, зменшення вторинної травматизації і моральних страждань, а також стимулювати розвиток емпатії та здатності до взаємопідтримки в професійному середовищі. Запропонована програма спрямована на формування у лікарів сімейної практики комплексного науково-культурного підходу до розвитку високого рівня резилієнтності. Усі методики та техніки, які інтегровані в програму, ґрунтуються на емпіричних даних і адаптовані до умов воєнного часу.

Результати повторного дослідження демонструють наявність позитивних змін у психологічному стані учасників. Серед експериментальної групи лікарів сімейної практики підвищились середній та високий рівні резилієнтності. Лікарі сімейної практики, як чоловіки, так і жінки, мають внутрішні ресурси для ефективного пристосування до стресових обставин і труднощів.

Після корекційної програми учасники змогли визначити свої ресурсні канали та сформувати позитивні професійні характеристики задля зменшення впливу професійного вигорання. Опанували техніки захисту від вторинної травматизації, відредагували негативні спогади та емоції, застосовуючи афірмації, які можна використовувати для захисту від вторинної травматизації. Усвідомили та вербалізували власні моральні травми та переоцінили складні ситуації, коли обставини або професійні вимоги змушували їх діяти всупереч власним цінностям, моральним принципам або переконанням, оскільки працівники медичної сфери іноді опиняються у таких ситуаціях.

ВИСНОВКИ

У роботі подано теоретичне узагальнення та емпіричне дослідження наукової проблеми вивчення особливостей резилієнтності лікарів сімейної практики в умовах війни, що дало можливість зробити наступні висновки:

1. Резилієнтність є головним ресурсом для збереження психічного здоров’я особистості під час війни. Війна змінила звичний спосіб життя і цінності, спричинивши численні психологічні труднощі та значне погіршення психічного стану населення. Для того, щоб вижити в цих умовах і зберегти психоемоційну стабільність, людині допомагають внутрішні ресурси стійкості, де основне місце займає резилієнтність. В умовах воєнного конфлікту резилієнтність дає змогу протистояти руйнівному впливу війни, регулювати поведінку та відновлюватися після травмуючих подій.

2. В умовах війни високий рівень резилієнтності дозволяє лікарям сімейної практики ефективно надавати емоційну підтримку пацієнтам, що зазнали фізичних і психологічних травм, зберігати мотивацію та професійний ентузіазм, конструктивно справлятися зі стресом і швидко відновлюватися. Це також сприяє профілактиці емоційного вигорання, прискореній адаптації до змін, професійному розвитку та підтримці фізичного і психічного здоров'я.

3. Для вивчення особливостей резилієнтності лікарів сімейної практики використовувалися: авторська анкета для лікарів сімейної практики; шкала резилієнсу Конора-Девідсона-10; методика ProQOL-Health; опитувальник професійної життєстійкості О.Кокуна. Вибірку досліджуваних склали 38 сімейних лікарів КНП «Овруцька міська лікарня» віком від 32 до 62 років. Більшість учасників дослідження – 29 жінок (77,1 %) та 9 чоловіків (22,9 %)

4. Серед опитаних лікарів сімейної практики за методикою «Шкала Коннора-Девідсона» на статистично значущому рівні переважає середній рівень резилієнтності. Водночас у підгрупі «чоловіки» така перевага не має

статистичної значущості. Формування резилієнтності лікарів сімейної практики має відбуватися шляхом зниження рівня вторинної травматизації, професійного вигорання і моральних страждань, а також через розвиток емпатії, уміння надавати взаємопідтримку в професійному середовищі та оволодіння стратегіями ефективного подолання складних ситуацій.

5. Емпіричні результати дослідження показали, що лікарі сімейної практики стикаються зі стресовими факторами, що спричиняють емоційне виснаження, депресію, тривожність та напруження як фізичних, так і емоційних систем. Проте, у досліджуваній групі лікарів сімейної практики переважає середній рівень резилієнтності. Також спостерігаються ознаки професійного та емоційного вигорання, при цьому вони перебувають на достатньому рівні професійної та соціальної активності, характеризуються високим рівнем психологічної та соціальної адаптації.

6. Розвиток резилієнтності має включати заходи щодо корекції вигорання на роботі, зменшення вторинної травматизації і моральних страждань, а також стимулювати розвиток емпатії та здатності до взаємопідтримки в професійному середовищі.

7. Запропонована програма спрямована на формування у лікарів сімейної практики комплексного науково-культурного підходу до розвитку високого рівня резилієнтності. Усі методики та техніки, які інтегровані в програму, ґрунтуються на емпіричних даних і адаптовані до умов воєнного часу. До них належать: психоедукаційний компонент передбачає надання учасникам інформації про природу стресу, травматичних переживань та особливості розвитку резильєнтності під час військового конфлікту; когнітивно-поведінкові методи, практики майндфулнес; експресивні методики, групові обговорення та рольові ігри; методи візуалізації та планування майбутнього.

8. Результати повторного дослідження демонструють наявність позитивних змін у психологічному стані учасників. Серед експериментальної

групи лікарів сімейної практики підвищились середній та високий рівні резилієнтності. Лікарі сімейної практики, як чоловіки, так і жінки, мають внутрішні ресурси для ефективного пристосування до стресових обставин і труднощів.

9. Після корекційної програми учасники змогли визначити свої ресурсні канали та сформувати позитивні професійні характеристики задля зменшення впливу професійного вигорання. Опанували техніки захисту від вторинної травматизації, відредагували негативні спогади та емоції, застосовуючи афірмації, які можна використовувати для захисту від вторинної травматизації. Усвідомили та вербалізували власні моральні травми та переоцінили складні ситуації, коли обставини або професійні вимоги змушували їх діяти всупереч власним цінностям, моральним принципам або переконанням, оскільки працівники медичної сфери іноді опиняються у таких ситуаціях.

10. Отримані результати підтверджують висунуту гіпотезу: розвиток резильєнтності лікарів сімейної практики досягається через корекцію вторинної травматизації, моральних страждань та професійного вигорання, а також через формування емпатії, навичок взаємопідтримки в професійному середовищі та оволодіння ефективними стратегіями управління складними ситуаціями.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Адаменко Л. С. Актуальні підходи до проблеми дослідження психічної резильєнтності. *Вісник Національного університету оборони України*. 2020. С. 5-13.

2. Ассонов Д., Хаустова О. Розвиток концепції резилієнсу в науковій літературі протягом останніх років. *Psychosomatic Medicine And General Practice*, 4(4). 2022. URL: https://uk.emedjournal.com/index.php/psp/article/ view/219.

3. Балахтар К. С. Резильєнтність викладача ЗВО в умовах військового стану. *Вісник Національного авіаційного університету. Серія: Педагогіка. Психологія :* зб. Наук. Праць. Київ, 2022. Вип. 1 (20). С. 55–62.

4. Бамбурак Н. Методи профілактики виникнення професійних ризиків та деформацій у професійній діяльності працівників медичної та соціальної сфери. *Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія: Психологічні науки.* 2018. № 2. С. 5–15.

5. Бойко А. М. Резильєнтність як фактор психологічного благополуччя студентської молоді. *Психологія і особистість*. 2022. № 1(21). С. 71-83.

6. Войтович Г. В. Ґендерні особливості резилієнтності особистості. *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені ГС Костюка НАПН України. Том VIII. Психологічна теорія і технологія навчання*. 2019. С. 343. URL: http://appsychology.org.ua/data/jrn/v8/i10/apn_v8_i_10_2019.pdf#page=343

7. Грись А. М. Резильєнтність як фактор психологічного благополуччя підлітків з девіантною поведінкою. *Проблеми сучасної психології*. 2021. № 1(19). С. 33-42.

8. Грішин Е. Резилієнтність особистості: сутність феномену, психодіагностика та засоби розвитку. *Вісник ХНПУ імені Г. С. Сковороди «Психологія».* 2021. Вип. 64. С. 62-81.

9. Грубі Т. В. Резильєнтність як запорука збереження психічного здоров'я особистості. *Освіта України в умовах воєнного стану: матеріали Всеукраїнської науково-практичної онлайн-конференції. Ізмаїл*: Ізмаїльський державний гуманітарний університет, 2022. С. 227-230.

10. Гупаловська В. Підтримка резилієнтності у роботі зі стресом в період війни за допомогою прийомів травма-терапії. *Мультидисциплінарні підходи до аналізу суспільно-політичних проблем в умовах російсько української гібридної війни: матеріали мжнародного круглого столу*. 2022. Львів. С. 34-35.

11. Демченко А., Пасинчук К. Розвиток резильєнтності майбутніх фахівців екстремальних видів діяльності. *Scientific Collection «InterConf».* 2023. № 142. С. 256–260.

12. Кірєєва З., Односталко О., Б. Бірон. Психометричний аналіз адаптованої версії шкали резильєнтності (CD-RISC-10). *Габітус.* 2020. Вип. 14. С. 110–116.

13. Кокун О. М., Клочков В. В. Забезпечення психологічної стійкості військовослужбовців в умовах бойових дій : метод. Посіб. Київ : Центр учбової літератури, 2023. 146 с.

14. Кокун О. М., Мельничук Т. І. Резилієнс-довідник: практичний посібник. Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України. 2023. 25 с.

15. Коробка Л. В. Індивідуальна резилієнтність осіб з різним рівнем самооцінки. *Психологічні науки: проблеми і досягнення.* 2019. № 1 (6). С. 88-93.

16. Костіна В. В. Розвиток потенціалу резильєнтності дітей та молоді в умовах воєнного стану. *Наукові інновації та передові технології*. 2024. № 2 (30). С. 28-31.

17. Коструба Н., Ляшко Л. Особистісні особливості психологічної стійкості молоді в умовах війни. *Psychological Prospects Journal*. 2023. Вип. 42. С. 82-96.

18. Креденцер О., Сергієнко Д. Резильєнтність як чинник суб'єктивного благополуччя психологів в умовах війни. Організаційна психологія. Економічна психологія. 2024. № 2(32). С. 85-92.

19. Кужель І. Р. Рівень емоційного вигорання як базовий критерій необхідності та змісту психоед'юкативної та психокорекційної роботи з медичним персоналом. *Психіатрія.* 2023. № 1. С. 34–39.

20. Лазос Г. П. Резільєнтність: концептуалізація понять, огляд сучасних досліджень. Актуальні проблеми психології. Т. 3: Консультативна психологія і психотерапія. Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Вінниця: ФОП Рогальська І. О., 2018. Вип. 14. С. 26–64.

21. Лазос Г.П. Модель психотехнології з розвитку резільєнтності у психологів/психотерапевтів, які працюють з постраждалими. *Актуальні проблеми психології.* 2020. Т. 3, 16, 26-43.

22. Лазуренко О. О. Психологія професійного здоров'я фахівця: до проблеми профілактики емоційного вигорання та формування емоційної компетентності лікаря. *Fundamental and Applied Researches in Practice of Leading Scientific Schools*. 2016. № 1 (13). P. 140-154.

23. Марія О. Дослідження синдрому вигорання. КПТ-орієнтована модель допомоги при емоційному вигоранні. *Український інститут когнітивно поведінкової терапії*. 2021. С. 2-8.

24. Марута Н. О., Чабан О. С., Каленська Г. Ю. Особливості емоційного вигорання у працівників сфери охорони неврологічного й психічного здоров'я. *Міжнародний неврологічний журнал.* 2019. № 7 (109). С. 22-29.

25. Мерзлякова О. Л. Резильєнтність або психологічна стійкість: концепт, вимірювання, розвиток (аналітичний огляд). *Аналітичний вісник у сфері освіти й науки*. 2023. С. 96-120.

26. Пилипенко Н.Г., Шестак Н.В. Емпіричне дослідження особливостей емоційного вигорання у медичних працівників. *Психологія особистості. Габітус*, 2020. Випуск 16. С. 174-179.

27. Плетка О. Т. Вторинна травматизація: класифікація медіатравм. *Медіатворчість в сучасних реаліях: протистояння медіатравмі* : зб. Наук. Праць / уклад. Ю. С. Чаплінська, літ. Ред. Н. Л. Дятел. НАПН України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький, 2020. С. 32-35.

28. Ретявко О.В. Проблема вигорання у медичних працівників та способи корекції. Харків: ХМАПО, кафедра сексології, психотерапії та медичної психотераії, 2021. 34 с.

29. Саутвік С., Чарні Д. Резилієнтність: мистецтво долати найбільші виклики життя. Львів. 2022.

30. Хамініч О. М. Богучарова О. І. Психологічна резільєнтність у контексті переживання стресу лиха як особистісна здібність. *Теоретичні і прикладні проблеми психології.* 2015. № 2 (37). С.171-179.

31. Чекрижова М. М. Особистісні якості у структурі самооцінки професійних здібностей майбутніх лікарів. *Збірник наукових праць інституту психології імені ГС Костюка НАПН України*. 2019.

32. Чиханцова О., Гуцол К. Психологічні основи розвитку резильєнтності особистості в період пандемії Covid-19 : практ. Посіб. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2022. 128 с.

33. Чорна В. В. Мотивація і працездатність медичних працівників сфери охорони психічного здоров’я як предиктор їхнього психологічного благополуччя. *Довкілля та здоров’я*. 2020. № 4 (97). С. 53-62.

34. Шевченко О. Т. Психологічні передумови розвитку резільєнтності у медичних сестер. *Психологічні науки: проблеми і здобутки*: зб. Наук. Статей. 2018. Вип. 1. С. 297–313.

35. Шкала (опитувальник) оцінки якості життя для професійних

медичних працівників / Center for Victims of Torture. Professional Quality of Life: Health Worker. Version 1. 2021. URL: https://img1.wsimg.com/blobby/go/dfc1e1a0-a1db- 4456-9391-18746725179b/downloads/ProQOL%20Health%20-%20UKR%20updated%20version%20v2.pdf?ver=1693419368226

36. Шкарлатюк К. І., Федоренко Р. П., Магдисюк Л. І. Дизайн психологічного дослідження: організація та проведення практики практичних психологів: навч.-метод. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2022. 332 с.

37. Bano Z., Pervaiz S. The relationship between resilience, emotional intelligence and their influence on psychological wellbeing: a study with medical students. Pakistan Armed Forces Medical Journal. 2020. Vol. 70, Issue 2. P. 390 394. URL: https://www.pafmj.org/index.php/PAFMJ/article/view/4197 (Last accessed: 15.08.2025).

38. Connor K. M., Davidson J. R. T. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Depression and anxiety. 2003. Vol. 18, Issue 2. P. 76–82. DOI: 10.1002/da.10113.

39. Hamilton N. A., Kitzman H., Guyotte S. Enhancing health and emotion: Mindfulness as a missing link between cognitive therapy and positive psychology. Journal of Cognitive Psychotherapy. 2006. Vol. 20, Issue 2. P. 123-134. DOI: https://doi.org/10.1891/jcop.20.2.123 (Last accessed: 12.09.2025).

40. Richardson G. E. The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*. 2002. Vol. 58, Issue 3. P. 307-321. DOI: 10.1002/jclp.10020 (Last accessed: 21.10.2025).