

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ
УНІВЕРСИТЕТ МИТНОЇ СПРАВИ ТА ФІНАНСІВ
Факультет управління
Кафедра психології

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
за першим (бакалаврським) рівнем вищої освіти

**«ПРОФЕСІЙНЕ ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ
ПРАЦІВНИКІВ ЯКІ ЗАЙМАЮТЬСЯ ФІЗИЧНОЮ
РЕАБІЛІТАЦІЄЮ В УМОВАХ ВІЙНИ»**

Спеціальність: 053 Психологія

Освітня програма: Психологія

ВИКОНАВ:

*Студентка групи ПС22-3
Цапенко Софія Володимирівна*

КЕРІВНИК:

*професор, доктор мед. наук
Мороз Світлана Михайлівна*

РЕЦЕНЗЕНТ:

*Клінічний психолог відділення фізичної та
реабілітаційної медицини ДУ «УкрДерж НДІ
МСП» МОЗ України, канд. психол. наук
Храмцова Вікторія Вікторівна*

ДОПУЩЕНО ДО ЗАХИСТУ:

*Завідувач кафедри психології
Склянська Ольга Вадимівна*

м. Дніпро

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ	
ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ	
ПРАЦІВНИКІВ.....	14
Професійне вигорання як психологічний феномен: концепції, моделі та чинники формування.....	14
Психологічні особливості професійного функціонування медичних працівників у сфері фізичної реабілітації в умовах війни.....	18
Висновки до першого розділу.....	21
РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИ ЕМПІРИЧНОГО	
ДОСЛІДЖЕННЯ.....	24
Характеристика вибірки та бази дослідження.....	24
Психодіагностичний інструментарій дослідження	30
Процедура проведення дослідження та методи статистичної обробки даних.....	39
Висновки до другого розділу.....	41
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ	
ДОСЛІДЖЕННЯ	44
Рівень професійного вигорання медичних працівників та його структурні компоненти	44

Психологічне благополуччя, резильєнтність та копінг-стратегії як ресурси подолання вигорання	54
Взаємозв'язок показників вигорання, психологічного благополуччя та резильєнтності. Практичні рекомендації	58
Висновки до третього розділу.....	61
ВИСНОВКИ.....	63
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	66
ДОДАТКИ.....	76

ВСТУП

У сучасних умовах професійна діяльність фахівців, що працюють у сфері охорони здоров'я, характеризується значною інтенсивністю, високою відповідальністю та постійною необхідністю приймати складні рішення в ситуаціях підвищеного ризику. Медичні працівники традиційно належать до професійних груп, діяльність яких пов'язана з тривалим впливом емоційно напружених чинників, що потенційно може сприяти формуванню синдрому професійного вигорання. Дослідження за останні десятиліття засвідчили, що вигорання не є локальним або індивідуальним феноменом, а становить комплексну соціально-психологічну проблему, яка суттєво впливає на якість медичних послуг, професійну ефективність та психологічне благополуччя спеціалістів.

Синдром професійного вигорання розглядається як стан емоційного, фізичного та когнітивного виснаження, що виникає внаслідок взаємодії хронічних професійних стресорів та індивідуально-психологічних особливостей працівника. У науковій літературі виокремлюються різні підходи до трактування цього явища, однак найбільш усталеною залишається модель Maslach C. та Jackson S.E., відповідно до якої професійне вигорання включає три компоненти: емоційне виснаження, зміну особистісних якостей та редукцію професійних досягнень. Нині феномен професійного вигорання вивчається у міждисциплінарному контексті, що охоплює психологічні, медичні, організаційні та соціокультурні аспекти, дозволяючи комплексно аналізувати фактори й механізми його формування.

У мирний час медичні працівники вже перебувають під значним навантаженням, однак останні роки позначилися безпрецедентним зростанням стресогенних чинників, пов'язаних із масштабними соціальними та гуманітарними викликами. Воєнні події, що тривають в Україні з 2014

року та різко загострилися після повномасштабного вторгнення у 2022 році, спричинили суттєву трансформацію функціонування системи охорони здоров'я. Робота медичних працівників у воєнних умовах передбачає обслуговування критично збільшеної кількості постраждалих із поєднаними травмами, необхідність надання допомоги в умовах дефіциту ресурсів, постійний вплив загроз життю, збільшення робочої інтенсивності, а також емоційне напруження, пов'язане з безпосереднім контактом із важкими наслідками бойових дій.

В умовах воєнних дій зростає потреба у наданні спеціалізованої медичної допомоги особам із бойовими травмами, що підвищує актуальність діяльності фахівців, залучених до фізичної реабілітації. Водночас робота реабілітаційних відділень здійснюється відповідно до визначених організаційних можливостей і планової кількості пацієнтів. Згідно з аналітичними даними міжнародних організацій та результатами досліджень психічного здоров'я в умовах збройного конфлікту, воєнні події супроводжуються значним поширенням травматичних ушкоджень і психічних розладів серед постраждалого населення [29, 40]

Клінічні спостереження та емпіричні дослідження засвідчують, що пацієнти з бойовими травмами нерідко мають поєднання тяжких соматичних ушкоджень (зокрема вогнепальних поранень, наслідків ампутацій, складних реконструктивних втручань) та психічних розладів, пов'язаних із пережитим травматичним досвідом [33, 45]. Серед найбільш поширених психологічних наслідків воєнного впливу в науковій літературі описуються посттравматичні стресові розлади, тривожні та депресивні симптоми [33, 29].

Лікарі фізичної та реабілітаційної медицини, фізичні терапевти, ерготерапевти, лікарі-травматологи та середній медичний персонал працюють у ситуаціях, які потребують максимальної зосередженості, витримки та психологічної стабільності. Постійне занурення у травматичний

досвід інших осіб створює додаткове емоційне навантаження, що значно підвищує ризик розвитку професійного вигорання.

КП «Криворізька міська клінічна лікарня №2» КМР є одним із медичних закладів, що виконують важливу роль у системі медичної допомоги та відновлення пацієнтів із бойовими травмами і пораненнями внаслідок військових дій. Професійна діяльність фахівців, залучених до реабілітації пацієнтів із бойовими травмами, характеризується необхідністю міждисциплінарної взаємодії, гнучкістю у прийнятті професійних рішень та адаптацією до змін клінічного стану пацієнтів. У наукових джерелах наголошується, що робота з пацієнтами, які пережили тяжкі травматичні події, передбачає не лише виконання медичних процедур, але й елементи психологічної підтримки та комунікацією з родинами постраждалих [33, 9,

Окрему увагу в контексті професійного функціонування медичних працівників привертає феномен вторинного травматичного стресу, який описується як наслідок систематичного контакту зі стражданням та травматичними переживаннями інших осіб [9]. Дослідження, проведені в умовах воєнних подій, свідчать про підвищені ризики емоційного виснаження та психоемоційного перенапруження серед фахівців допоміжних професій [24, 40], що зумовлює необхідність наукового аналізу ресурсів психологічної стійкості в цій професійній групі.

Актуальність дослідження професійного вигорання медичних працівників у період воєнних дій зумовлена специфікою їхньої діяльності в умовах підвищеної психоемоційної напруженості та необхідністю надання допомоги пацієнтам зі складними станами. Дані досліджень свідчать про підвищення рівня стресу, емоційного виснаження та тривожних проявів серед медичного персоналу [24, 40]. Крім того, міжнародні аналітичні матеріали та наукові публікації наголошують, що тривала робота в умовах надзвичайних

ситуацій і збройного конфлікту є значущим фактором ризику розвитку професійного вигорання, особливо в професіях типу «людина-людина» [21, 9, феномену серед медичних працівників, залучених до реабілітації осіб із бойовими травмами, набуває особливої наукової та практичної значущості. В умовах хронічного стресу, високої відповідальності за життя пацієнтів, тривалих змін, дефіциту ресурсів та постійної загрози безпеці, особливого значення набуває комплексна оцінка стану персоналу, яка враховує як професійне вигорання (за методикою Maslach Burnout Inventory), так і індивідуальні стратегії подолання стресу (BASIC Ph), загальний рівень психічного благополуччя (Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing-Scale) та розвиток стресостійкості (Connor-Davidson Resilience Scale-10). Таке поєднання дозволяє не лише визначити прояви та глибину вигорання, а й оцінити внутрішні ресурси медичних працівників, їхню здатність адаптуватися до екстремальних умов, підтримувати функціонування та запобігати професійній дезадаптації.

Об’єкт дослідження – професійне вигорання медичних працівників реабілітаційного відділення.

Предмет дослідження – психологічні особливості, чинники та прояви професійного вигорання медичних працівників реабілітаційного відділення в умовах воєнного часу та їх взаємозв’язки з копінг-стратегіями подолання стресу.

Мета дослідження – визначити психологічні особливості професійного вигорання медичних працівників реабілітаційного відділення в умовах війни, та проаналізувати характер взаємозв’язків між інтенсивністю вигорання, розвитком стресостійкості та способами подолання труднощів на робочому місці.

Гіпотеза дослідження полягає в припущенні, що медичні працівники реабілітаційного відділення в умовах воєнних дій, можуть демонструвати підвищені показники професійного вигорання у зв'язку з тривалим емоційним навантаженням та систематичним впливом стресогенних чинників професійного середовища. Теоретичним підґрунтям такого припущення є концепція професійного вигорання [18, 19], а також положення про вплив хронічного професійного стресу на психічне здоров'я фахівців допоміжних професій [21, 9, 22]. Додатково висувається припущення про наявність статистично значущих взаємозв'язків між показниками професійного вигорання та особливостями копінг-стратегій і психологічної стійкості. Відповідно до ресурсного підходу та моделі стресу й подолання, індивідуальні способи реагування на стресові ситуації можуть виступати як чинниками ризику, так і протективними чинниками щодо розвитку вигорання можуть асоціюватися з вищими показниками емоційного виснаження, тоді як вищий рівень резильєнтності може бути пов'язаний із нижчою вираженістю симптомів вигорання.

Досягнення мети дослідження передбачало розв'язання таких завдань:

дійснити теоретичний аналіз сучасних наукових підходів до розуміння структури професійного вигорання, визначити його ключові компоненти та чинники виникнення;

писати психологічні особливості професійного навантаження медичних працівників реабілітаційного відділення у період війни та уточнити, які саме зміни у робочому середовищі підсилюють ризики емоційного і фізичного виснаження;

Емпірично дослідити рівень вигорання за методикою Maslach Burnout Inventory, оцінити індивідуальні механізми подолання стресу за моделлю BASIC Ph, визначити рівень психічного благополуччя за

шкалою Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scale і рівень стресостійкості за Connor-Davidson Resilience Scale; становити взаємозв'язки між показниками вигорання, благополуччя, стресостійкості та копінг-стратегіями; формулювати практичні рекомендації щодо профілактики вигорання та підтримання психологічної стійкості медичних працівників у воєнних умовах.

Для досягнення мети дослідження та емпіричної перевірки висунутої гіпотези було використано комплекс взаємопов'язаних і взаємодоповнювальних методів.

Теоретичні методи включали аналіз, систематизацію та узагальнення наукових джерел, що забезпечило цілісне теоретичне осмислення феномену професійного вигорання. У межах теоретичного аналізу було розкрито значення мотиваційно-ціннісної сфери, рівня сформованості професійних компетентностей, індивідуально-психологічних характеристик особистості, а також вплив екстремальних умов воєнного часу на розвиток синдрому професійного виснаження.

Організаційні методи передбачали порівняльний аналіз психологічних чинників професійного вигорання у медичних працівників, які здійснюють професійну діяльність у сфері фізичної реабілітації.

Емпіричні методи охоплювали опитування, тестування та спостереження, спрямовані на виявлення рівня емоційного виснаження, редукції професійних досягнень і психологічних ресурсів особистості.

Математико-статистичні методи включали методи описової статистики, кореляційний аналіз та порівняння середніх значень із використанням кореляційного аналізу К.Пірсона та t-критерію Ст'юдента, що забезпечило надійність і обґрунтованість обробки отриманих емпіричних даних.

Інтерпретаційні методи полягали у класифікації та узагальненні результатів емпіричного дослідження, що дало змогу сформулювати системне уявлення про особливості функціонування професійного вигорання в умовах воєнної реальності. Вибір діагностичного інструментарію зумовлений специфікою проблематики – необхідністю цілісно оцінити емоційний стан, рівень благополуччя та індивідуальні ресурси стресостійкості медичних працівників реабілітаційного відділення у воєнних умовах. До дослідження включено чотири методики:

для кількісної оцінки професійного вигорання було використано опитувальник Maslach Burnout Inventory (MBI), який дозволяє проаналізувати вираженість синдрому за трьома базовими вимірами – емоційним виснаженням, зміною особистісних якостей та редукцією власних професійних досягнень. Застосування даної методики дало можливість комплексно визначити рівень професійного виснаження у досліджуваній вибірці.

метою дослідження індивідуальних способів реагування на стресові навантаження та особливостей психологічного подолання складних ситуацій було застосовано модель BASIC Ph, яка спрямована на виявлення домінантних копінг-стратегій і внутрішніх ресурсів особистості. Використання цієї методики дозволяє ідентифікувати психологічні механізми, що виконують компенсаторну функцію та знижують інтенсивність проявів професійного вигорання.

для дослідження рівня психічного благополуччя було включено визначити, як загальний емоційний стан та відчуття задоволення від життя пов'язані з вигоранням.

для оцінювання рівня психологічної стійкості та здатності до відновлення після стресових впливів було інтегровано Connor-Davidson

), що є принципово важливим у контексті роботи медичних працівників у воєнний час.

Дослідження проводилося у реабілітаційному відділенні закладу охорони здоров'я КП «Криворізька міська клінічна лікарня №2» КМР (м. Кривий Ріг, Дніпропетровська область), яке надає реабілітаційні послуги, зокрема пацієнтам після травм, пов'язаних із бойовими діями. В опитуванні взяли участь медичні працівники різних спеціальностей, безпосередньо залучені до роботи з такими пацієнтами, а саме: лікарі фізичної та реабілітаційної медицини (ФРМ), ерготерапевти, фізичні терапевти та медичні сестри. Вибірка становила 30 респондентів, серед яких були чоловіки та жінки віком від 20 до 72 років. Усі учасники надали інформовану згоду на участь у дослідженні.

У рамках дослідження професійного вигорання медичних працівників реабілітаційного відділення в умовах війни, було застосовано методики, що спираються на фундаментальні теоретичні положення, розроблені класиками та сучасними дослідниками психології професійного вигорання та стресостійкості.

Ключовим підходом для вивчення феномену емоційного вигорання є модель Maslach та Jackson (Maslach Burnout Inventory 1981), яка визначає три основні компоненти синдрому: емоційне виснаження, змінення особистісних якостей та зниження власних досягнень. Ця модель дозволяє системно оцінити вплив тривалого професійного стресу на медичних працівників і визначити основні ризик-фактори вигорання.

Для комплексної оцінки психологічного стану працівників реабілітаційного відділення в умовах психоемоційної напруженості застосовувалася модель Lahad M. – BASIC Ph, що охоплює шість базових сфер психологічного реагування (Belief, Affect, Social, Imagination, Cognition,

Physical) та дозволяє виявити індивідуальні стратегії копіngu й адаптації до стресових ситуацій.

Стан психічного благополуччя оцінювався за допомогою Warwick-оцінку рівня психологічного благополуччя та задоволеності життям.

Для визначення стійкості та резильєнтності використовувалася шкала оцінити здатність особистості ефективно протидіяти стресу та відновлюватися після психологічно травмуючих подій.

Результати проведеного дослідження дозволяють доповнити сучасну наукову базу з психології професійного вигорання медичних працівників в умовах війни. **Наукова новизна полягає в:**

виявленні специфічних особливостей проявів емоційного вигорання у медичних працівників реабілітаційного відділення під час військового конфлікту.

становленні взаємозв'язку між рівнем стресостійкості (CD-RISC-10), психічного благополуччя (WEMWBS) та проявами професійного вигорання (MBI).

ідтверджена ефективність комплексного оцінювання психологічного стану персоналу за моделлю BASIC Ph для розробки індивідуальних стратегій запобігання вигоранню.

Практична цінність одержаних результатів полягає у можливості їх застосування під час розроблення та впровадження програм психологічного супроводу й превентивних заходів, спрямованих на зниження ризику професійного вигорання у медичних працівників, зокрема фахівців, залучених до роботи з особами, які зазнали наслідків бойових дій. Матеріали дослідження можуть бути використані у діяльності закладів охорони

здоров'я, реабілітаційних установ, а також у роботі організацій, що надають гуманітарну та психосоціальну допомогу.

Апробація роботи: Матеріали дослідження були апробовані на Міжнародній науково-практичній конференції «Цифрове суспільство: міжнародні економічні відносини, управління, фінанси та соціум». УМСФ, Дніпро, 24.04.2026. Назва статті: «Професійне вигорання медичних працівників які займаються фізичною реабілітацією в умовах війни».

Структура роботи: Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (55), додатків (4). Зміст роботи висвітлено на 62 с. основного тексту і містить 2 таблиці і 4 рисунки.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ В УМОВАХ ВІЙНИ

1.1. Професійне вигорання як психологічний феномен: концепції, моделі та чинники формування

Проблематика професійного вигорання сформувалася в межах психології праці та організаційної психології у другій половині XX століття. Перші системні описи феномену належать Herbert J. Freudenberger, який розглядав його як стан виснаження, втрати мотивації та зниження ефективності діяльності внаслідок тривалого професійного стресу [10]. Подальший розвиток концепція отримала в роботах Maslach C., та Jackson, S. включає емоційне виснаження, змінення особистісних якостей та редукцію власних досягнень [18]. У межах цієї моделі вигорання розглядається як психологічний синдром, що формується у відповідь на хронічні міжособистісні стресори в професійній діяльності. Надалі теоретичні положення були уточнені та розширені, зокрема в контексті дослідження зв'язку між вигоранням і залученістю до роботи [20, 21]. У третій редакції керівництва до методики Maslach Burnout Inventory детально описано структурні компоненти синдрому та принципи його психодіагностичної оцінки [19].

Окремий напрям у дослідженнях професійного вигорання пов'язаний із аналізом так званих професій типу «людина-людина», у яких основним змістом діяльності є міжособистісна взаємодія та надання допомоги (медичні працівники, психологи, соціальні працівники, педагоги тощо). У працях Christina Maslach та Michael P. Leiter підкреслюється, що саме інтенсивна емоційна залученість у роботу з людьми, необхідність постійного

емпатичного ставлення та відповідальність за благополуччя інших створюють підвищене навантаження на регуляторні механізми особистості

У сучасному науковому дискурсі професійне вигорання розглядається як синдром, що виникає внаслідок хронічного стресу на робочому місці, який не був успішно подоланий. Саме таке визначення закріплено в Міжнародній класифікації хвороб 11-го перегляду (ICD-11), де вигорання віднесене до явищ, пов'язаних із професійною діяльністю. У класифікації вигорання позначене кодом QD85 і визначається через три характеристики:

ідчуття виснаження або зниження енергії;
ростання ментального відсторонення від роботи або почуття негативізму чи цинізму щодо професійної діяльності;
ниження професійної ефективності [35, 13].

У пояснювальних матеріалах ВООЗ наголошується, що вигорання стосується виключно професійного контексту і не повинно застосовуватися для опису досвіду в інших сферах життя. Воно віднесене до розділу факторів, які впливають на стан здоров'я або зумовлюють звернення по допомогу, але не класифікується як захворювання чи клінічний розлад [35].

Теоретичний розвиток ресурсного підходу до пояснення професійного вигорання пов'язаний із моделлю Job Demands-Resources (JD-R), розробленою Е. Demerouti, А. В. Bakker, F. У межах цієї моделі будь-яка професійна діяльність аналізується через дві групи характеристик: робочі вимоги та робочі ресурси [2]. Робочі вимоги визначаються як фізичні, психологічні, соціальні або організаційні аспекти роботи, що потребують стійких зусиль і пов'язані з певними фізіологічними та психологічними витратами. До них відносять швидкий темп роботи, емоційно складні взаємодії, невизначеність, конфлікт ролей, відповідальність за життя і здоров'я інших осіб [2].

Робочі ресурси, в свою чергу, розглядаються як аспекти діяльності, що: приносять досягненню робочих цілей; меншують вплив робочих вимог; стимулюють професійний розвиток і навчання.

Водночас, до ресурсів відносять автономію у прийнятті рішень, підтримку з боку керівництва та колег, чіткість ролей, можливості професійного зростання, справедливу організаційну політику [2]. У подальших роботах А. В. Bakker і Е. Demerouti було уточнено, що ресурси виконують не лише компенсаторну, а й мотиваційну функцію, підвищуючи залученість у діяльність та знижуючи ризик розвитку вигорання. Крім того, модель JD-R передбачає два відносно незалежні процеси: процес виснаження, у якому надмірні робочі вимоги поступово призводять до емоційного виснаження та погіршення здоров'я, а також – мотиваційний процес, у якому достатній рівень ресурсів підтримує професійну ефективність і психологічне благополуччя [2].

Концептуально близькі положення містяться в дослідженні стресу на робочому місці, запропонованому R. D. Caplan, S. Cobb, J. R. P. French, R. Van Harrison та S. R. Pinneau (1975). У межах цієї теорії стрес визначається як наслідок невідповідності між вимогами середовища та можливостями індивіда ефективно з ними впоратися [3]. Автори наголошували, що тривале перебування в умовах такої невідповідності асоціюється з погіршенням психологічного стану та соматичного здоров'я працівників. Хоча термін «вигорання» у цій моделі не був центральним, описаний механізм хронічної напруги та її наслідків став теоретичною передумовою для подальших досліджень професійного виснаження.

Також, суттєвий теоретичний внесок у пояснення механізмів формування професійного вигорання було здійснено в межах досліджень хронічного стресу. У працях Bruce S. McEwen обґрунтовано положення про

те, що стресова реакція має адаптивний характер за умов короткочасної мобілізації ресурсів, проте за тривалого впливу стресорів вона може набувати дезадаптивних наслідків для психологічного функціонування особистості. Автор увів концепцію «алостатичне навантаження», якою позначив кумулятивний ефект повторюваних або хронічних стресових впливів, що перевищують адаптаційні можливості індивіда [22]. У психологічному вимірі це пов'язується з виснаженням ресурсів регуляції, зниженням толерантності до напруження та порушенням емоційної стабільності.

Подібна логіка простежується у роботах Robert M. Sapolsky, який розглядав стрес як багаторівневий процес, що охоплює оцінку ситуації, емоційну реакцію та поведінкові стратегії його подолання [25]. У даній інтерпретації ключове значення має не лише інтенсивність події, а й її тривалість, непередбачуваність та відчуття втрати контролю. Хронічність стресового впливу, за таких умов, асоціюється зі стійким емоційним напруженням і поступовим зниженням психологічних ресурсів.

Проте, у сучасній психологічній літературі наголошується на необхідності чіткого розмежування професійного вигорання та суміжних феноменів, що виникають у представників допоміжних професій. Зокрема, у працях Charles R. Figley обґрунтовано поняття вторинного травматичного стресу і емоційного виснаження, які описують психологічні наслідки опосередкованого контакту з травматичним досвідом інших осіб [9]. Вторинний травматичний стрес визначається як сукупність симптомів, подібних до реакцій на безпосередню травматичну подію, що виникають у фахівців унаслідок систематичного слухання або спостереження переживань постраждалих. Ключовою ознакою цього феномену є саме непрямий вплив травматичного матеріалу, а не загальне професійне навантаження. У межах цієї концепції вирішальним чинником виступає інтенсивність і тривалість контакту з історіями насильства, втрати чи загрози життю [9]. Термін емоційне вигорання використовується для позначення стану виснаження та

зниження здатності до співпереживання, що формується внаслідок постійної емпатійної залученості до страждання інших. Автор розглядав його як поєднання елементів вторинного травматичного стресу та професійного виснаження, однак підкреслював специфіку його походження – саме через емоційно насичений контакт із травматичними переживаннями клієнтів або пацієнтів [9].

Психологічні особливості професійного функціонування медичних працівників у сфері фізичної реабілітації в умовах війни

Формат роботи медичних працівників у сфері фізичної реабілітації передбачає постійну емоційну залученість, необхідність підтримувати пацієнта в умовах болю, втрати функцій або зміни життєвих перспектив, а також приймати професійні рішення в межах своєї компетенції.

Психоемоційне напруження зумовлюється потребою зберігати професійну стійкість і ефективну взаємодію з пацієнтами у складних клінічних ситуаціях, враховуючи багатофакторність процесу реабілітації [51].

В умовах війни зазначені характеристики набувають додаткової інтенсивності. Зростає кількість пацієнтів із тяжкими травмами та психотравматичним досвідом, що зумовлює підвищену емоційну напруженість професійної взаємодії. Тривалий контакт із такими переживаннями створює ризик накопичення емоційного виснаження, особливо за умов обмежених ресурсів відновлення.

Специфіка фізичної реабілітації передбачає довготривалу співпрацю з пацієнтами, серед яких можуть спостерігатися заперечення захворювання, опір госпіталізації, порушення або повна відмова дотримуватися рекомендацій лікаря [52]. Такі поведінкові прояви ускладнюють терапевтичний процес і потребують від фахівця додаткових комунікативних зусиль, терпіння та здатності до регуляції власних емоцій. Недовіра до

медичного персоналу або скептичне ставлення до рекомендацій підвищують напруження у взаємодії та можуть формувати у спеціаліста відчуття професійної неефективності. Додатковим джерелом психологічного навантаження є тиск з боку родичів пацієнтів, які очікують швидких і виражених результатів реабілітації. Необхідність одночасно підтримувати пацієнта, взаємодіяти з його сім'єю та виконувати документаційну й організаційну роботу зумовлює багаторівневу професійну діяльність. Поєднання емоційної залученості, міжособистісної взаємодії та організаційних умов праці розглядається як один із чинників формування синдрому емоційного вигорання у працівників системи охорони здоров'я

Важливою психологічною характеристикою професійного функціонування медичних працівників є схильність до надмірної залученості в роботу, яка в наукових дослідженнях описується через поняття трудоголізму. У межах психології праці трудоголізм розглядається як стійка внутрішня потреба працювати понад встановлені вимоги, що супроводжується труднощами відокремлення професійної ролі від особистого життя та постійною когнітивною зайнятістю робочими питаннями. Такий стиль функціонування може проявлятися подовженням робочого часу, виконанням обов'язків під час хвороби чи відпустки, а також відсутністю повноцінного відновлення [49, 52]. У медичній сфері надмірна робоча залученість часто соціально схвалюється як ознака професійної відданості. Проте за умов систематичного перевантаження вона пов'язана з підвищеним ризиком формування синдрому емоційного вигорання. Згідно з результатами досліджень, тривала професійна діяльність за умов недостатнього відновлення, поєднана з емоційною напруженістю, може створювати передумови для розвитку емоційного виснаження та зниження професійної мотивації у лікарів [52]. У контексті воєнного стану така поведінкова модель може посилюватися переживанням морального обов'язку,

відчуттям незамінності та прагненням компенсувати дефіцит кадрових ресурсів, що додатково обмежує можливості психологічного відновлення

Синдром емоційного вигорання у медичних працівників проявляється сукупністю психологічних ознак, серед яких провідними є емоційне та розумове виснаження, зниження мотивації до професійної діяльності, формалізація міжособистісної взаємодії та особистісна відстороненість. У лікарів це може супроводжуватися знеціненням власних досягнень, ослабленням відчуття професійної компетентності та зниженням задоволення від роботи [52]. Поступово формується негативне ставлення до себе як фахівця, що впливає на самооцінку та загальне психологічне благополуччя.

Ігнорування початкових проявів вигорання пов'язане зі зростанням дистресу, труднощами концентрації уваги, підвищеною дратівливістю, порушенням сну та зниженням продуктивності діяльності [43]. Такі зміни можуть відображатися на якості професійних рішень і характері взаємодії з пацієнтами, а також впливати на загальний рівень життєвої задоволеності фахівця.

Провідне місце у формуванні ризику синдрому емоційного вигорання в медичних працівників також займають й організаційні чинники. До найбільш значущих належать особливості організації робочого процесу, обмеженість часу для виконання професійних завдань, недостатні можливості участі у прийнятті рішень, рівень підтримки з боку керівництва та колег, а також нечіткість розподілу обов'язків [52]. За умов невизначених або суперечливих вимог працівник змушений постійно перебувати у стані напруження, що ускладнює відчуття професійної компетентності та контролю над ситуацією. Монотонність або, навпаки, хаотичність діяльності також розглядаються як чинники ризику. Відсутність можливостей для професійного розвитку, самовираження та визнання знижує внутрішню мотивацію і сприяє

формуванню відчуття безперспективності. Дисбаланс між професійною та особистою сферами, зумовлений обмеженістю часу для відновлення та особливостями організації діяльності, може посилювати емоційне виснаження та знижувати рівень задоволеності життям [43].

У воєнних умовах зазначені організаційні фактори посилюються. Зміни в управлінських підходах, кадровому забезпеченні, структурі закладів охорони здоров'я та перерозподілі функціональних обов'язків можуть зумовлювати додаткове психологічне навантаження. За таких умов зростає рівень невизначеності, що може ускладнювати планування діяльності та підтримання професійної впевненості. У подібних обставинах навіть раніше адаптовані працівники можуть відчувати підвищення напруження та зниження відчуття стабільності [12].

Індивідуально-психологічні особливості також суттєво впливають на перебіг професійної адаптації. За результатами досліджень, вищий ризик вигорання характерний для фахівців із вираженим почуттям відповідальності, схильністю до перфекціонізму та надмірною ідентифікацією з професійною роллю. Якщо особистість сприймає роботу як основне джерело самоцінності та не встановлює меж між професійним і приватним життям, зменшується можливість психологічного відновлення. Обмежений баланс між сферами життєдіяльності підсилює вразливість до стресових впливів і сприяє формуванню емоційного виснаження [52].

Висновки до першого розділу

У першому розділі було здійснено теоретико-методологічний аналіз проблеми професійного вигорання та окреслено психологічні особливості професійного функціонування медичних працівників у сфері фізичної реабілітації в умовах війни.

Встановлено, що феномен професійного вигорання сформувався в межах психології праці та організаційної психології у другій половині XX століття. Базові концептуальні положення пов'язані з роботами Н. Я. Freudenberger та трикомпонентною моделлю С. Maslach і S. E. Jackson, відповідно до якої структура синдрому охоплює емоційне виснаження, змінення особистісних якостей та редукцію власних досягнень. У подальшому розвиток концепції відбувався у напрямі вивчення взаємозв'язку професійного вигорання із залученістю до роботи та психологічними ресурсами особистості.

Згідно з позицією Всесвітньої організації охорони здоров'я, професійне вигорання розглядається як синдром, що виникає внаслідок хронічного стресу на робочому місці, який не був успішно подоланий, і класифікується в трактування підкреслює, що вигорання безпосередньо пов'язане саме з умовами та особливостями професійної діяльності.

Теоретичне пояснення механізмів формування вигорання обґрунтовано в межах ресурсного підходу та моделі Job Demands-Resources, яка демонструє, що ризик виснаження зростає в умовах дисбалансу між професійними вимогами та наявними ресурсами. Концептуально близькими є також положення теорії професійного стресу R. D. Caplan та співавторів, а також підходи до аналізу хронічного стресу, представлені у працях B. S. McEwen і R. M. Sapolsky. У цих дослідженнях особлива увага приділяється тривалості стресового впливу, його непередбачуваності та переживанню втрати контролю над ситуацією. Ймовірно, саме поєднання цих чинників значною мірою ускладнює процес психологічної адаптації фахівців у складних професійних умовах. Водночас важливим є розмежування професійного вигорання та вторинного травматичного стресу, який виникає внаслідок опосередкованого контакту з травматичним досвідом інших людей.

Аналіз специфіки професійної діяльності медичних працівників у сфері фізичної реабілітації засвідчив, що вона належить до професій типу «людина-людина» та характеризується емоційною залученістю, постійною міжособистісною взаємодією і необхідністю прийняття професійних рішень у межах власної компетенції. В умовах воєнного часу особливого значення набуває робота з пацієнтами, які мають складні травматичні ушкодження та психоемоційні наслідки пережитих подій. Це може супроводжуватися підвищенням психоемоційної напруженості та поступовим накопиченням емоційного виснаження, навіть за наявності достатнього професійного досвіду.

Визначено, що формуванню професійного вигорання сприяє поєднання організаційних та індивідуально-психологічних чинників. До організаційних належать особливості організації робочого процесу, обмежені можливості участі у прийнятті рішень, рівень професійної підтримки, нечіткість розподілу ролей і дисбаланс між професійною та особистою сферами життя. До індивідуально-психологічних чинників відносять схильність до перфекціонізму, підвищену професійну ідентифікацію та виражену емоційну залученість у професійну діяльність. Водночас варто враховувати, що вплив зазначених чинників може відрізнятися залежно від індивідуальних особливостей особистості та професійного досвіду медичних працівників.

РОЗДІЛ 2. АНАЛІТИЧНА ЧАСТИНА: ПСИХОЛОГІЧНІ ФАКТОРИ ВИГОРАННЯ

Характеристика вибірки та бази дослідження

Базою проведення емпіричного дослідження стало реабілітаційне відділення комунального підприємства «Криворізька міська клінічна лікарня №2» Криворізької міської ради, що розташоване у місті Кривий Ріг Дніпропетровської області. Вибір даного закладу як бази дослідження зумовлений специфікою професійної діяльності медичних працівників реабілітаційного профілю, яка характеризується емоційною залученістю, необхідністю міжособистісної взаємодії з пацієнтами та роботи в умовах мультидисциплінарної команди, а також прийняттям професійних рішень у межах своєї компетенції з урахуванням багатофакторності процесу реабілітації.

Важливою характеристикою бази дослідження є роль закладу охорони здоров'я у системі медичної допомоги міста. Комунальне підприємство «Криворізька міська клінічна лікарня №2» Криворізької міської ради є багатопрофільним медичним закладом, діяльність якого спрямована на надання стаціонарної та спеціалізованої допомоги населенню. Заклад забезпечує медичне обслуговування мешканців міста та прилеглих територій і бере участь у лікуванні пацієнтів із різними захворюваннями та наслідками травм.

У структурі медичного закладу функціонують різні клінічні підрозділи, що забезпечують надання медичних послуг різного профілю. Серед них важливе місце посідають відділення, діяльність яких спрямована на лікування та подальше відновлення пацієнтів після тяжких захворювань, оперативних втручань та травматичних ушкоджень. У цьому контексті

реабілітаційне відділення виконує ключову роль у процесі відновлення функціональних можливостей пацієнтів та їх соціальної адаптації.

Реабілітаційне відділення функціонує як спеціалізований структурний підрозділ закладу охорони здоров'я, діяльність якого спрямована на забезпечення комплексного відновлення фізичних, психічних і соціальних функцій пацієнтів після перенесених захворювань, травм або оперативних втручань. Основною метою діяльності відділення є відновлення функціональної незалежності пацієнтів, підвищення якості їхнього життя, а також сприяння поверненню до повсякденної та професійної активності.

У відділенні надається комплексна реабілітаційна допомога пацієнтам із різними порушеннями стану здоров'я. Зокрема, проходять реабілітацію особи з ураженням нервової системи, зокрема пацієнти після перенесених інсультів, у яких можуть спостерігатися порушення функцій головного мозку, розлади самообслуговування, ходьби, мовлення, а також когнітивні порушення. Також здійснюється реабілітація пацієнтів після оперативних втручань, осіб із порушеннями функціонування опорно-рухового апарату, наслідками травм різного походження та ампутацій. Реабілітаційні послуги надаються як цивільному населенню, так і військовослужбовцям, що зумовлює необхідність комплексного та індивідуалізованого підходу до відновлювальних програм.

Особливості діяльності працівників реабілітаційного відділення зумовлені специфікою реабілітаційного процесу, який передбачає систематичну та регулярну взаємодію з пацієнтами протягом курсу лікування. Професійна діяльність фахівців реабілітаційного профілю характеризується регулярним міжособистісним контактом із пацієнтами, необхідністю індивідуального підходу до кожного випадку та постійним контролем динаміки відновлення функцій організму. У процесі роботи медичні працівники взаємодіють із пацієнтами, які можуть мати фізичні обмеження та

прояви психоемоційних порушень, що потребує значних професійних і психологічних ресурсів.

Зміст професійної діяльності фахівців реабілітаційного відділення передбачає не лише виконання медичних або відновлювальних процедур, але й підтримання мотивації пацієнтів до тривалого реабілітаційного процесу, сприяння формуванню позитивного ставлення до лікування та адаптації до зміненого стану здоров'я.

Професійна діяльність медичних працівників реабілітаційного профілю часто супроводжується емоційною залученістю, що зумовлено роботою з пацієнтами, які мають фізичні обмеження, втрату звичних можливостей або зниження функціональної активності, а також можуть переживати психоемоційні наслідки травматичних подій. У таких умовах діяльність фахівців передбачає прояв терпіння, емпатійності та здатності підтримувати пацієнтів у процесі відновлення, що, у свою чергу, може виступати одним із чинників ризику розвитку професійного вигорання.

Особливого значення набуває професійна діяльність медичних працівників у період воєнного стану. Система охорони здоров'я України функціонує в умовах зміненої структури потреб пацієнтів, зумовлених наслідками бойових травм, поранень та інших ушкоджень, пов'язаних із воєнними діями. Реабілітаційне відділення бере участь у відновленні функціонального стану як військовослужбовців, так і цивільних осіб, які постраждали внаслідок війни.

Кадровий склад відділення представлений мультидисциплінарною командою фахівців, до якої входять лікарі фізичної та реабілітаційної медицини, фізичні терапевти, ерготерапевти, медичні сестри, молодші медичні сестри, терапевти мови та мовлення, клінічний психолог, а також соціальні працівники. Загальна чисельність персоналу становить близько 50 працівників. Така структура кадрового забезпечення дозволяє реалізовувати

мультидисциплінарний підхід до реабілітації, відповідно до якого відновлення пацієнтів здійснюється шляхом узгодженої діяльності фахівців різних професійних напрямів.

Організаційна структура реабілітаційного відділення передбачає наявність стаціонарних палат для пацієнтів, які потребують постійного медичного нагляду, спеціалізованих кабінетів для проведення фізіотерапевтичних процедур, залів для занять лікувальною фізичною культурою, приміщень для ерготерапії, кабінетів терапії мови та мовлення, а також кабінетів психологічної та соціальної допомоги. Крім того, у структурі відділення передбачені адміністративні приміщення, які забезпечують організацію роботи персоналу, координацію діяльності мультидисциплінарної команди та управління реабілітаційним процесом.

До основних завдань відділення належать проведення первинної комплексної оцінки стану пацієнтів, розробка індивідуальних програм реабілітації, реалізація комплексу відновлювальних заходів, а також систематичний моніторинг динаміки стану пацієнтів із подальшим коригуванням реабілітаційних програм. Робота відділення ґрунтується на принципах міждисциплінарної взаємодії, доказової медицини, індивідуального підходу до кожного пацієнта та безперервності реабілітаційного процесу.

Вибірку дослідження склали медичні працівники реабілітаційного відділення КП «Криворізька міська клінічна лікарня №2» КМР, які безпосередньо залучені до процесу надання реабілітаційної допомоги пацієнтам. У дослідженні взяли участь 30 медичних працівників. До вибірки увійшли представники основних професійних груп, що входять до складу мультидисциплінарної реабілітаційної команди, зокрема:

- лікарі фізичної та реабілітаційної медицини;
- фізичні терапевти;

- ерготерапевти;
- медичні сестри.

Вік учасників дослідження становив від 20 до 72 років. До вибірки увійшли як чоловіки, так і жінки, що відображає реальну гендерну структуру медичного персоналу реабілітаційного відділення. Стаж професійної діяльності в сфері охорони здоров'я досліджуваних варіювався від 1 року до професійним досвідом, так і працівників із відносно коротким стажем роботи.

Особливістю вибірки є те, що всі учасники дослідження здійснюють професійну діяльність у сфері медичної реабілітації та безпосередньо працюють із пацієнтами, які мають різні порушення функціонування організму після захворювань або травматичних ушкоджень. Діяльність таких фахівців передбачає регулярну міжособистісну взаємодію з пацієнтами та прийняття професійних рішень у межах своєї компетенції з урахуванням багатофакторності процесу реабілітації.

Важливою характеристикою вибірки є також специфіка умов професійної діяльності медичних працівників у період воєнного стану. У зв'язку з цим медичний персонал працює в умовах підвищеного психоемоційного напруження, напряду контактуючи з наслідками бойових дій. Сформована вибірка дозволила отримати первинні дані щодо психологічного стану працівників реабілітаційного відділення та створила основу для подальшого аналізу рівня емоційного вигорання, психологічного благополуччя та стресостійкості в межах даного дослідження.

Збір емпіричних даних здійснювався шляхом анкетування медичних працівників із використанням психодіагностичних методик, спрямованих на

оцінку рівня професійного вигорання та особливостей психологічної адаптації до професійного навантаження.

Опитування проводилося у період виконання дослідження у зручний для досліджуваних час, з урахуванням особливостей їхнього робочого графіка. Перед початком дослідження учасникам було надано коротке пояснення щодо мети дослідження, його наукового характеру та умов участі. Наголошувалося на добровільності участі та конфіденційності отриманих результатів.

Анкетування проводилося в індивідуальній формі. Досліджуваним пропонувалося самостійно заповнити електронні бланки опитувальників, що дозволило забезпечити незалежність відповідей та зменшити вплив сторонніх факторів на результати дослідження. Учасникам дослідження було запропоновано уважно ознайомитися з інструкціями до кожної методики та надати відповіді, які найбільш точно відображають їхній власний досвід і професійне самопочуття.

Середня тривалість заповнення опитувальників становила приблизно зосередженню досліджуваних та мінімізації зовнішніх перешкод.

Після завершення збору емпіричних даних отримані результати були систематизовані, закодовані та підготовлені до подальшої статистичної обробки. Аналіз даних здійснювався з використанням методів математичної статистики, що дозволило встановити взаємозв'язки між показниками професійного вигорання та іншими досліджуваними психологічними характеристиками.

Психодіагностичний інструментарій дослідження

Емпіричне дослідження було спрямоване на вивчення психологічних особливостей професійної діяльності медичних працівників реабілітаційного відділення, зокрема проявів емоційного вигорання та пов'язаних із ним психоемоційних характеристик.

Для досягнення мети дослідження та перевірки висунутої гіпотези було використано комплекс психодіагностичних методик, спрямованих на оцінку рівня професійного вигорання, індивідуально-психологічних ресурсів особистості та особливостей поведінкових реакцій у міжособистісній взаємодії. Застосування кількох взаємодоповнюючих методик дозволило отримати більш цілісне уявлення про психологічні чинники професійного функціонування медичних працівників.

У межах дослідження було використано такі психодіагностичні методики:

Однією з найбільш відомих і науково обґрунтованих методик для дослідження професійного вигорання є опитувальник Maslach Burnout Inventory (MBI), розроблений американськими дослідницями Maslach С. та систематичних досліджень професійного стресу серед представників так званих «допоміжних професій», діяльність яких передбачає інтенсивну взаємодію з людьми. Надалі опитувальник отримав широке застосування у психології праці та організаційній психології, зокрема у дослідженнях професійного функціонування медичних працівників, педагогів, психологів і соціальних працівників.

Теоретичною основою методики є концепція емоційного вигорання, відповідно до якої цей феномен формується як результат тривалого професійного стресу, пов'язаного з високим рівнем емоційної залученості та відповідальності за результати діяльності. У межах цієї концепції професійне

вигорання розглядається як багатовимірний психологічний конструкт, що включає кілька взаємопов'язаних компонентів, які відображають різні аспекти професійного самопочуття та ставлення фахівця до своєї діяльності

Структура опитувальника MBI передбачає вимірювання трьох основних складових синдрому вигорання.

Першим компонентом є емоційне виснаження. Цей показник відображає ступінь емоційної перевтоми та відчуття внутрішнього спустошення, що виникає внаслідок тривалого професійного навантаження. Високі показники за цією шкалою свідчать про відчуття нестачі психологічних ресурсів, втрату енергії та зниження здатності до емоційного включення у професійну взаємодію [19].

Другим компонентом є змінення особистісних якостей, яке характеризує формування відстороненого або формалізованого ставлення до людей, з якими здійснюється професійна взаємодія. У контексті медичної діяльності цей показник може проявлятися у схильності до емоційного дистанціювання від пацієнтів, зниженні емпатійності та сприйнятті міжособистісних контактів переважно у формально-професійному вимірі

Третім компонентом виступає редукція власних досягнень, що відображає суб'єктивне зниження оцінки власної професійної ефективності. Цей показник пов'язаний із відчуттям недостатньої результативності діяльності, сумнівами у власній компетентності та зменшенням задоволення від професійної роботи [19].

Опитувальник MBI складається з 22 тверджень, які описують різні психологічні стани та переживання, пов'язані з професійною діяльністю. Досліджуваним пропонується оцінити частоту виникнення кожного із зазначених переживань у своїй професійній практиці. Відповіді фіксуються

за шкалою частоти, що дозволяє кількісно оцінити інтенсивність відповідних психологічних проявів.

Твердження опитувальника розподіляються між трьома шкалами таким чином:

- шкала емоційного виснаження містить 9 тверджень;
- шкала змінення особистісних якостей включає 5 тверджень;
- шкала редукції власних досягнень складається з 8 тверджень.

Після заповнення опитувальника проводиться підрахунок сумарних балів за кожною зі шкал. Отримані показники інтерпретуються відповідно до нормативних значень, що дозволяє визначити рівень вираженості кожного компонента професійного вигорання.

У психологічних дослідженнях прийнято розрізняти низький, середній та високий рівні вираженості кожного із зазначених показників. Високі значення за шкалами емоційного виснаження та змінення особистісних якостей у поєднанні з низькими показниками власних досягнень можуть свідчити про сформованість синдрому професійного вигорання.

Методика МВІ має високі показники надійності та валідності, що підтверджено численними емпіричними дослідженнями у сфері психології праці та організаційної психології. Завдяки цьому опитувальник широко використовується у наукових дослідженнях, присвячених професійному стресу, психологічному благополуччю працівників та ефективності професійної діяльності [19].

У межах даного дослідження застосування методики МВІ дозволило оцінити рівень вираженості основних компонентів професійного вигорання серед медичних працівників реабілітаційного відділення. Отримані результати стали основою для подальшого статистичного аналізу та

виявлення можливих взаємозв'язків між показниками вигорання та іншими психологічними характеристиками досліджуваних.

Для дослідження індивідуальних способів подолання стресу у працівників реабілітаційного відділення була використана модель копінг-ресурсів BASIC Ph, розроблена ізраїльським психологом Lahad M. Ця модель сформувалася у межах досліджень психологічної стійкості та механізмів адаптації людини до кризових і травматичних подій, зокрема в умовах воєнних конфліктів, катастроф і тривалих соціальних криз.

Концепція BASIC Ph ґрунтується на припущенні, що люди використовують різні психологічні ресурси для подолання складних життєвих ситуацій. Ці ресурси формують індивідуальний стиль реагування на стрес, який визначає, яким чином людина інтерпретує події, регулює емоційні стани та організовує власну поведінку в умовах навантаження. У межах моделі виділяється шість базових копінг-каналів, кожен з яких відображає певний спосіб психологічного опрацювання стресового досвіду

Назва моделі BASIC Ph утворена як акронім від перших літер шести основних компонентів системи копінг-ресурсів.

– Belief (цінності, переконання, смисли). Цей канал пов'язаний із системою світоглядних установок, моральних принципів та життєвих переконань, які допомагають людині пережити складні події та надавати їм смислового значення. До цього ресурсу можуть належати духовні цінності, етичні переконання, релігійні або гуманістичні уявлення про сенс життя та професійної діяльності. Наявність таких орієнтирів може сприяти психологічній стійкості, оскільки дозволяє інтегрувати складний досвід у ширший життєвий контекст [17].

– Affect (емоційне вираження). Цей компонент відображає здатність людини усвідомлювати, переживати та конструктивно виражати власні емоції.

P
A
G
E

Емоційне подолання проблем може проявлятися у відкритому обговоренні переживань, зверненні за підтримкою, здатності ділитися почуттями з іншими людьми або використовувати творчі форми самовираження. Визнання та вербалізація емоцій сприяють зниженню внутрішньої напруги та підтримують психологічну адаптацію [17].

– Social (соціальна підтримка). Цей канал пов'язаний із використанням соціальних ресурсів у ситуації стресу. До них належать підтримка колег, друзів, членів родини, професійних спільнот або інших значущих соціальних контактів. Соціальна взаємодія забезпечує можливість отримання емоційної підтримки, практичної допомоги та обміну досвідом подолання труднощів. У професійних колективах, зокрема у сфері охорони здоров'я, підтримка колег може відігравати важливу роль у зниженні психологічного навантаження [17].

– Imagination (уявлення, творчість, символічне опрацювання досвіду). Цей компонент відображає здатність використовувати уяву, символічне мислення або творчі форми діяльності для опрацювання переживань. До таких способів можуть належати створення образів, метафоричне осмислення подій, використання художніх або творчих форм вираження досвіду. Подібні механізми дозволяють трансформувати складні переживання у більш прийнятну психологічну форму та сприяють зниженню емоційної напруги

– Cognition (когнітивний аналіз і раціональне осмислення). Когнітивний канал копіngu передбачає використання раціонального аналізу ситуації, планування дій, оцінювання можливих рішень і пошук інформації. Люди, які активно використовують цей ресурс, схильні структурувати проблему, визначати її причини та шукати конструктивні шляхи її вирішення. Такий підхід сприяє підвищенню відчуття контролю над ситуацією та підтримує адаптаційні можливості особистості [17].

– Physiology (поведінкові та тілесні способи регуляції напруження). Цей

компонент включає використання фізичної активності та різних поведінкових стратегій для зниження напруження. До них можуть належати рухова активність, фізичні вправи, дихальні техніки, зміна діяльності або інші способи відновлення психофізичного балансу. Такі практики сприяють зниженню рівня емоційного напруження та підтримують загальний стан психологічного благополуччя [17].

У психодіагностичному застосуванні модель BASIC Ph використовується для визначення домінуючих копінг-ресурсів особистості. Методика дозволяє встановити, які саме способи подолання труднощів є найбільш характерними для досліджуваного, а також виявити менш розвинені канали психологічної адаптації.

У контексті досліджень професійного вигорання цей інструмент має особливу цінність, оскільки дозволяє оцінити взаємозв'язок між індивідуальними копінг-стратегіями та рівнем психологічного виснаження. У наукових роботах показано, що різні стилі подолання стресу можуть по-різному впливати на професійне функціонування фахівців, зокрема у сферах діяльності, які характеризуються високим емоційним навантаженням [17].

Застосування методики BASIC Ph у межах даного дослідження дозволило визначити провідні копінг-ресурси медичних працівників, задіяних у процесі реабілітації пацієнтів. Отримані показники були використані для подальшого аналізу взаємозв'язку між стилями подолання стресу та рівнем професійного вигорання досліджуваних.

Для оцінки рівня психологічного благополуччя медичних працівників було

в

и

к

о

р.

и

с

т

Теоретичною основою методики є концепція психічного благополуччя, відповідно до якої воно розглядається не лише як відсутність психічних

Р

А

Г

Е

розладів, а як наявність психологічних ресурсів для емоційної стабільності, життєвої активності, соціальної залученості та задоволеності життям. Такий підхід узгоджується з положеннями позитивної психології та сучасними дослідженнями психологічної стійкості у професійній діяльності.

Шкала WEMWBS спрямована на вимірювання суб'єктивного психічного благополуччя та охоплює емоційні, когнітивні та поведінкові аспекти функціонування особистості. Методика дозволяє оцінити рівень позитивного емоційного стану, життєвої активності, оптимізму та соціальної залученості.

Опитувальник складається з 14 тверджень, які описують різні аспекти психологічного стану респондента протягом останніх двох тижнів. Досліджуваним пропонується оцінити частоту виникнення відповідних переживань за п'ятибальною шкалою, де відповіді варіюються від «ніколи» до «весь час». Такий формат дозволяє отримати кількісну оцінку суб'єктивного психологічного благополуччя.

До основних психологічних компонентів, що оцінюються методикою, належать:

1. Емоційне благополуччя, що відображає рівень позитивних емоційних переживань, відчуття внутрішнього комфорту, задоволення життям та здатність переживати позитивні емоційні стани. Високі показники за цією характеристикою свідчать про стабільність емоційного стану та здатність підтримувати психологічну рівновагу в умовах стресу.

2. Психологічна життєва активність, яка характеризує рівень енергійності, мотивації до діяльності та готовності до активної життєвої позиції. У професіях із високим рівнем емоційного навантаження цей показник має особливе значення, оскільки відображає здатність підтримувати професійну ефективність.

3. Когнітивні аспекти благополуччя, що відображають позитивну оцінку життєвих обставин, оптимістичне сприйняття майбутнього та відчуття контролю над життєвими подіями.

4. Соціальне благополуччя, яке пов'язане з відчуттям підтримки з боку соціального середовища, наявністю позитивних міжособистісних контактів та задоволеністю соціальною взаємодією.

Підрахунок результатів здійснюється шляхом сумування балів за всіма твердженнями. Загальний показник відображає рівень психічного благополуччя досліджуваного. Вищі значення інтерпретуються як більш виражене психічне благополуччя.

У межах даного дослідження застосування шкали WEMWBS дозволило оцінити рівень психологічного благополуччя медичних працівників, які здійснюють фізичну реабілітацію в умовах воєнного часу. Отримані результати були використані для подальшого аналізу взаємозв'язку між психологічним благополуччям, копінг-стратегіями та рівнем професійного вигорання.

Для оцінки рівня психологічної стійкості медичних працівників було

в

и

к

о

Теоретичною основою методики є концепція психологічної резиліентності як інтегральної характеристики особистості, що відображає здатність ефективно адаптуватися до складних життєвих обставин, підтримувати функціональну стабільність та відновлювати психологічний баланс після впливу стресорів. У сучасній психології резиліентність розглядається як динамічний процес взаємодії особистісних ресурсів та соціального середовища, що особливо актуально для професій, пов'язаних із високим емоційним навантаженням [6].

Р

к

А

о

G

E

Шкала CD-RISC-10 є скороченою версією оригінальної 25-пунктової методики та містить 10 тверджень, що оцінюють здатність особистості справлятися зі стресовими ситуаціями, відновлюватися після складних подій та зберігати психологічну стабільність у невизначених умовах. Досліджуванним пропонується оцінити ступінь відповідності кожного твердження власному досвіду за п'ятибальною шкалою – від «зовсім не вірно» до «майже завжди вірно».

Методика спрямована на дослідження таких психологічних характеристик:

1. Особистісна стресостійкість, що відображає здатність зберігати емоційну стабільність та продуктивність діяльності в умовах підвищеного психологічного тиску. У контексті професійної діяльності медичних працівників цей компонент є важливим передвісником ефективної професійної адаптації.

Здатність до відновлення психологічних ресурсів характеризує швидкість повернення до оптимального функціонального стану після стресових впливів. Високі показники свідчать про сформовані механізми психологічного саморегулювання.

3. Контроль імпульсивних реакцій та емоційна регуляція відображають здатність керувати емоційними реакціями в складних міжособистісних ситуаціях, що є особливо важливим у професіях типу «людина-людина».

4. Оптимізм та впевненість у власних ресурсах пов'язаний із позитивною оцінкою власних можливостей подолання труднощів та збереженням мотивації до професійної діяльності.

Підрахунок результатів здійснюється шляхом сумування балів за всіма пунктами опитувальника. Вищі значення загального показника

інтерпретуються як вищий рівень психологічної стійкості та адаптаційного потенціалу особистості.

Методика CD-RISC-10 демонструє високі психометричні показники надійності та валідності, що підтверджено міжнародними дослідженнями, зокрема у галузі клінічної та психології [6].

У межах даного дослідження застосування CD-RISC-10 дозволило оцінити рівень психологічної стійкості медичних працівників як важливого захисного ресурсу щодо розвитку професійного вигорання та визначити потенційні взаємозв'язки між резилієнтністю, психологічним благополуччям та рівнем професійного стресу.

Процедура проведення дослідження та методи статистичної обробки даних

Після завершення етапу збору емпіричних даних було здійснено їх систематизацію, перевірку та подальший статистичний аналіз. Обробка результатів проводилася відповідно до загальноприйнятих підходів психологічної статистики, що застосовуються у дослідженнях професійного стресу та емоційного вигорання. Для обчислень використовувалися методи описової статистики та методи перевірки статистичних взаємозв'язків між досліджуваними психологічними показниками.

На першому етапі було здійснено первинну обробку анкетних матеріалів. Отримані бланки опитування перевірялися на повноту заповнення та коректність відповідей. Після цього, результати кожної методики були перенесені до узагальненої електронної таблиці для подальшого аналізу. Для кожного досліджуваного окремо фіксувалися показники за всіма використаними психодіагностичними інструментами: індекси професійного вигорання за методикою Maslach Burnout Inventory, рівень психологічного

благополуччя за шкалою Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale, показники психологічної стійкості за шкалою Connor-Davidson Resilience Scale, а також домінуючі копінг-ресурси за методикою BASIC Ph.

Після отримання результатів було проведено підрахунок індивідуальних показників відповідно до ключів кожної методики. Обчислювалися інтегральні індекси, що відображають рівень досліджуваних психологічних характеристик. Далі здійснювалася їх інтерпретація на основі рекомендацій авторів психодіагностичних інструментів та наукових публікацій, у яких описано стандартизовані підходи до трактування результатів.

Наступним етапом стала описова статистична обробка отриманих даних. Вона передбачала узагальнення результатів вибірки з метою виявлення загальних тенденцій у досліджуваній групі. На цьому етапі аналізувалися середні значення показників, що дозволило визначити загальний рівень прояву професійного вигорання, психологічного благополуччя та резилієнтності у медичних працівників. Крім того, оцінювалася варіативність отриманих результатів, що дало можливість встановити ступінь схожості або відмінності серед вибірки.

Для глибшого аналізу структури взаємозв'язків між досліджуваними змінними було використано кореляційний аналіз. Його застосування дозволило визначити наявність статистичних зв'язків між показниками професійного вигорання, психологічної стійкості та рівня психологічного благополуччя. Кореляційний аналіз здійснювався за допомогою коефіцієнта кореляції К. Пірсона, який широко застосовується у психологічних дослідженнях для встановлення сили та напрямку взаємозв'язку між кількісними показниками. Такий підхід дозволив визначити, чи пов'язані між собою окремі психологічні характеристики та яким чином зміна одного показника може супроводжуватися змінами іншого.

Окрім аналізу взаємозв'язків між змінними, у дослідженні було використано методи перевірки статистичних відмінностей між групами. Зокрема, застосовувався t-критерій Ст'юдента, який дозволяє визначити, чи є статистично значущими відмінності між середніми значеннями показників у різних підгрупах досліджуваних. Використання цього методу дало можливість проаналізувати особливості прояву професійного вигорання та психологічної стійкості залежно від окремих характеристик вибірки.

Застосування зазначених статистичних процедур забезпечило комплексний аналіз емпіричних даних, що дозволило виявити загальні тенденції прояву професійного вигорання серед медичних працівників, а також встановити взаємозв'язки між рівнем психологічного благополуччя, стресостійкістю та індивідуальними ресурсами подолання стресу. Отримані результати стали основою для подальшої інтерпретації емпіричних даних та формулювання висновків дослідження.

Висновки до другого розділу

У другому розділі було представлено організацію емпіричного дослідження професійного вигорання медичних працівників, визначено базу дослідження, охарактеризовано вибірку досліджуваних, описано психодіагностичний інструментарій та методи статистичної обробки отриманих даних.

Емпіричне дослідження проводилося на базі реабілітаційного відділення комунального підприємства «Криворізька міська клінічна лікарня №2» Криворізької міської ради. Відділення функціонує як спеціалізований структурний підрозділ закладу охорони здоров'я, діяльність якого спрямована на відновлення функціональних можливостей пацієнтів після захворювань, травм та оперативних втручань. Організація реабілітаційного процесу ґрунтується на міждисциплінарній взаємодії фахівців різного професійного

профілю, що передбачає постійну професійну комунікацію та узгодження дій між членами мультидисциплінарної команди. Це, своєю чергою, вимагає від медичних працівників не лише професійної компетентності, а й здатності підтримувати ефективну взаємодію в процесі реабілітації пацієнтів.

Вибірку дослідження склали медичні працівники реабілітаційного відділення, які безпосередньо залучені до надання відновлювальної допомоги пацієнтам. До дослідження були включені представники різних професійних груп, зокрема лікарі фізичної та реабілітаційної медицини, фізичні терапевти, ерготерапевти та медичні сестри. Такий склад вибірки дозволив охопити різні напрями реабілітаційної допомоги та забезпечив більш цілісне уявлення про психологічні особливості професійної діяльності медичних працівників у межах реабілітаційного відділення.

З метою дослідження психологічних чинників професійного вигорання було використано комплекс психодіагностичних методик, що дозволяють оцінити різні аспекти психологічного функціонування особистості. Для визначення рівня та структури професійного вигорання застосовано опитувальник Maslach Burnout Inventory. Рівень психологічного благополуччя оцінювався за допомогою шкали Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale. Для дослідження психологічної стійкості використовувалася шкала Connor-адаптуватися до складних життєвих обставин та долати стресові ситуації. Додатково було застосовано опитувальник на основі моделі BASIC Ph, що дає змогу визначити домінуючі способи подолання стресу та ресурси психологічної адаптації. Використання декількох методик дозволило комплексно оцінити психологічний стан досліджуваних та простежити взаємозв'язок між окремими психологічними показниками.

Процедура дослідження передбачала добровільну участь респондентів, а також дотримання принципів конфіденційності та анонімності отриманих

відповідей. Опитування проводилося у формі індивідуального анкетування, що забезпечувало можливість самостійного та усвідомленого заповнення психодіагностичних методик. Такий формат дослідження сприяв отриманню більш щирих відповідей та зменшенню впливу зовнішніх чинників на результати опитування.

Для аналізу отриманих результатів було використано методи описової статистики та методи перевірки статистичних взаємозв'язків між показниками. Зокрема, застосовано кореляційний аналіз К. Пірсона, що дозволяє визначити силу та напрямок зв'язку між психологічними змінними. Для оцінки статистичної значущості отриманих взаємозв'язків використовувався t-критерій Ст'юдента. Застосування зазначених методів забезпечило обґрунтованість подальшої інтерпретації емпіричних результатів та дозволило більш об'єктивно оцінити виявлені психологічні закономірності.

РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

3.1. Рівень професійного вигорання, психологічного благополуччя, резильєнтності та копінг-стратегій як ресурсів подолання вигорання у медичних працівників реабілітаційного відділення

Аналіз отриманих результатів за методикою Maslach Burnout Inventory показав, що у досліджуваній вибірці медичних працівників наявні різнорівневі прояви професійного вигорання, які відрізняються за інтенсивністю окремих структурних компонентів. Така неоднорідність результатів може свідчити про різний ступінь психоемоційного навантаження та неоднаковий рівень збереження особистісних і професійних ресурсів у досліджуваних.

Насамперед було проаналізовано показники за шкалою емоційного виснаження, яка відображає ступінь емоційного перевантаження, втрати енергії та виснаження, що формується у процесі професійної взаємодії з людьми. Отримані результати показали, що 43,3 % досліджуваних мають низький рівень емоційного виснаження. Такі показники можуть свідчити про відносно збережений емоційний ресурс, здатність підтримувати професійну активність без вираженого виснаження та наявність ефективних механізмів психологічної адаптації. Ймовірно, певну роль у цьому відіграють як індивідуальні особливості стресостійкості, так і сформовані способи подолання професійного напруження. Водночас 23,3% досліджуваних продемонстрували середній рівень емоційного виснаження. Подібний результат можна розглядати як проміжний стан між психологічною адаптацією та поступовим формуванням стійкого емоційного перевантаження. У таких випадках прояви виснаження можуть мати ситуативний характер і бути пов'язаними з інтенсивністю професійної взаємодії, підвищеним емоційним напруженням або накопиченням втоми в процесі роботи. Разом із тим, 33,3 % досліджуваних характеризуються високим рівнем емоційного виснаження. Такі показники вказують на виражене психоемоційне напруження, яке може супроводжуватися відчуттям хронічної втоми, виснаженням емоційних ресурсів та труднощами у підтриманні стабільного професійного функціонування. У контексті діяльності медичних працівників реабілітаційного відділення це може бути

пов'язано з регулярною взаємодією з пацієнтами, які потребують комплексної допомоги та інтенсивного професійного супроводу в межах реабілітаційного процесу. Крім того, постійна емоційна залученість у роботу з пацієнтами може поступово посилювати внутрішнє напруження навіть у фахівців із достатнім професійним досвідом.

Другим компонентом структури професійного вигорання є змінення особистісних якостей, що відображає тенденцію до емоційного дистанціювання від пацієнтів, формалізації професійних контактів та зниження рівня емпатійної залученості. Аналіз результатів показав, що 63,3 % досліджуваних характеризуються низьким рівнем змінення особистісних якостей. Такий результат свідчить про збереження гуманістичної спрямованості професійної діяльності, емоційної включеності у взаємодію з пацієнтами та підтримання міжособистісного контакту на рівні співпереживання і професійної відповідальності. Це може вказувати на те, що навіть в умовах значного психоемоційного навантаження більшість досліджуваних зберігають здатність до емпатійної взаємодії та професійної чутливості. Разом із тим, 13,3 % досліджуваних демонструють середній рівень змінення особистісних якостей, що може свідчити про часткове формування психологічної дистанції у взаємодії з пацієнтами. Подібна тенденція інколи розглядається як своєрідний захисний механізм, який дозволяє фахівцеві зменшити інтенсивність емоційного переживання у складних професійних ситуаціях та підтримувати психологічну рівновагу. Водночас 23,3 % досліджуваних мають високий рівень змінення особистісних якостей, що може проявлятися у більш стриманих міжособистісних взаємодіях, зниженні емоційної чутливості до переживань пацієнтів та поступовому емоційному відстороненні від професійної ролі. Ймовірно, такі прояви формуються поступово як наслідок тривалого емоційного напруження та необхідності постійно взаємодіяти зі складними клінічними ситуаціями.

Найбільш виражені результати у досліджуваній вибірці були отримані за шкалою редукції власних досягнень, яка відображає суб'єктивну оцінку ефективності професійної діяльності, рівень задоволеності результатами праці та відчуття професійної компетентності. Аналіз показав, що 56,7 % досліджуваних характеризуються високим рівнем редукції власних досягнень. Подібні показники можуть свідчити про зниження відчуття професійної результативності, виникнення сумнівів щодо значущості власної діяльності та зменшення суб'єктивного відчуття успішності у професійній сфері. У контексті реабілітаційної допомоги це може бути пов'язано з тим, що результати відновлення пацієнтів не завжди є швидкими або повністю прогнозованими, що іноді впливає на сприйняття фахівцями ефективності власної роботи. 36,7 % досліджуваних продемонстрували середній рівень редукції особистих досягнень, що може свідчити про часткове зниження суб'єктивної оцінки власної ефективності, однак без формування вираженого відчуття професійної неспроможності. Лише 6,7 % досліджуваних мають низький рівень редукції власних досягнень, що свідчить про збережене відчуття професійної компетентності, впевненість у власних можливостях та позитивне сприйняття результатів своєї професійної діяльності.

Аналіз отриманих результатів дозволяє зробити висновок, що у досліджуваній вибірці медичних працівників найбільш вираженим компонентом професійного вигорання є саме редукція власних досягнень, тоді як змінення особистісних якостей проявляється значно слабше, а емоційне виснаження займає проміжну позицію. Подібна структура результатів може свідчити про специфічний характер формування професійного вигорання, коли основні труднощі пов'язані не стільки з втратою емпатії до пацієнтів, скільки зі зниженням суб'єктивної оцінки власної професійної ефективності. У контексті діяльності реабілітаційного відділення, така тенденція може пояснюватися особливостями роботи з пацієнтами, відновлення функціонального стану яких потребує

систематичної та поетапної роботи. Відсутність швидко помітної динаміки може впливати на сприйняття фахівцями ефективності власної діяльності, що відображається у зниженні відчуття професійних досягнень.

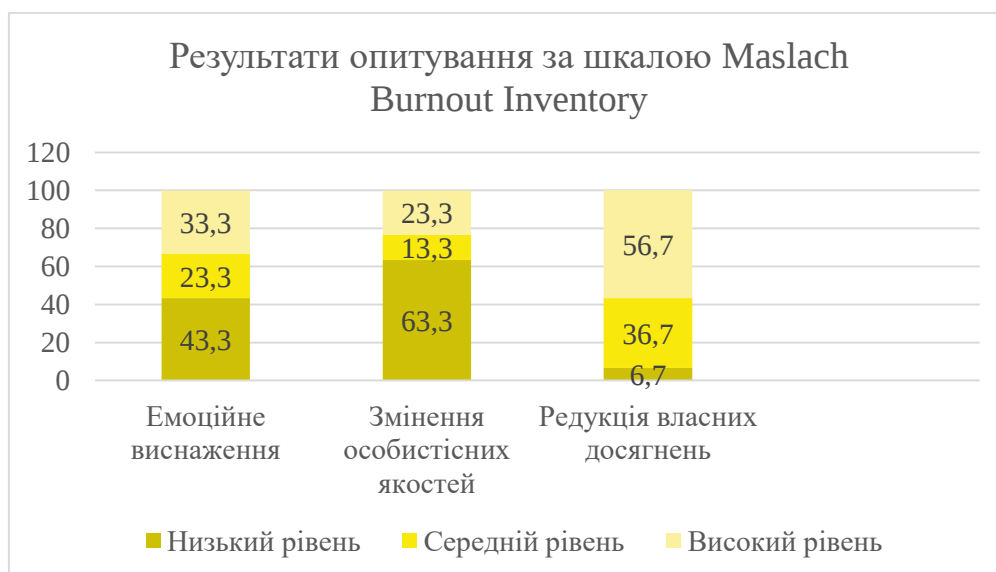


Рис. 3.1. Результати опитування працівників реабілітаційного відділення за шкалою Maslach Burnout Inventory.

Наступним етапом емпіричного аналізу стало дослідження особливостей подолання стресових ситуацій у медичних працівників реабілітаційного відділення за моделлю BASIC Ph.

Найбільш поширеним способом реагування на складні професійні ситуації виявився когнітивний канал подолання стресу (Cognition). Домінування цього способу зафіксовано у 46,7 % досліджуваних. Такий результат свідчить про схильність значної частини учасників дослідження використовувати раціонально-аналітичні механізми осмислення складних ситуацій. Для цього типу реагування характерні прагнення зрозуміти причини проблеми, проаналізувати можливі варіанти дій та знайти найбільш конструктивне рішення. У професійній діяльності медичних працівників це може проявлятися у прагненні системно оцінювати клінічну ситуацію, аналізувати динаміку стану пацієнта та планувати подальші етапи

реабілітації. Водночас можна припустити, що саме необхідність постійно приймати професійні рішення та швидко адаптуватися до змін клінічної ситуації поступово формує орієнтацію на когнітивні способи подолання стресу. Друге місце за частотою поширення посідає канал переконань і ціннісних орієнтацій (Belief). Домінування цього ресурсу виявлено у 23,3 % досліджуваних. Для осіб, у яких переважає цей спосіб подолання труднощів, важливе значення має усвідомлення цінності власної професійної діяльності, значущості допомоги іншим людям та розуміння соціальної важливості своєї роботи. У професійному середовищі подібні установки можуть підтримувати мотивацію до діяльності навіть у складних та емоційно напружених умовах. У деяких випадках саме відчуття корисності своєї праці допомагає фахівцям зберігати внутрішню стійкість і професійну залученість. У 13,3 % досліджуваних домінує канал уяви (Imagination). Такий спосіб реагування може сприяти психологічній гнучкості та допомагати знижувати рівень емоційного напруження через зміну способу сприйняття складної ситуації або пошук нестандартних способів її осмислення. Порівняно менш поширеним у досліджуваній вибірці виявився соціальний канал подолання стресу (Social). Домінування цього ресурсу зафіксовано у 10 % досліджуваних. У таких випадках людина схильна звертатися по підтримку до колег або близьких людей, обговорювати складні професійні ситуації та отримувати емоційну підтримку через міжособистісну взаємодію. Відносно невисокий показник цього каналу може свідчити про те, що більшість досліджуваних більшою мірою покладаються на власні внутрішні ресурси, ніж на зовнішню підтримку. Ще менш вираженим виявився емоційний канал (Affect). Домінування цього способу реагування встановлено лише у 6,7 % досліджуваних. Невисока частота використання цього ресурсу, ймовірно, пов'язана зі специфікою професійної діяльності медичних працівників, яка часто потребує емоційної стриманості, здатності контролювати власні переживання та підтримувати професійну зібраність у взаємодії з пацієнтами.

Особливої уваги заслуговує той факт, що фізичний канал подолання напруження (Physical) не був домінуючим у жодного з досліджуваних, тобто становив 0 % у структурі отриманих результатів. Це може свідчити про те, що фізична активність не сприймається учасниками дослідження як основний спосіб психологічного відновлення, хоча окремі фізичні практики можуть використовуватися як додатковий засіб зниження напруження.

Загальна структура отриманих результатів свідчить про переважання у досліджуваній групі раціонально-аналітичних способів подолання стресу, тоді як емоційні та фізичні механізми психологічної саморегуляції використовуються значно рідше. Така картина загалом відповідає специфіці професійної діяльності медичних працівників, яка потребує здатності швидко аналізувати ситуацію, приймати виважені рішення та діяти відповідно до професійних стандартів. Водночас результати демонструють і певні індивідуальні відмінності у способах психологічної адаптації до стресу. Переважання когнітивних стратегій може розглядатися як важливий адаптаційний ресурс, однак обмежене використання соціальних, емоційних і фізичних способів відновлення потенційно може звужувати можливості психологічної саморегуляції у складних професійних умовах.



Рис. 3.2. Результати опитування працівників реабілітаційного відділення за шкалою BASIC Ph.

Далі, для оцінки рівня психологічного благополуччя медичних працівників було використано шкалу Warwick-Edinburgh Mental Well-being психологічного благополуччя у досліджуваній вибірці. Зокрема, показники у межах 50-59 балів були зафіксовані у 56,7 % досліджуваних. Такий рівень можна інтерпретувати як загалом адаптивний стан психологічного функціонування. Особи з подібними показниками зазвичай демонструють достатню емоційну стабільність, здатність до саморегуляції та відносно позитивне сприйняття власної професійної діяльності. У професійному контексті медичної реабілітації це може свідчити про наявність внутрішніх ресурсів для підтримання ефективної взаємодії з пацієнтами навіть в умовах емоційної напруженості професійної діяльності. Водночас такі результати не означають повної відсутності психоемоційного навантаження, а радше вказують на здатність більшості досліджуваних підтримувати відносну психологічну рівновагу. Показники у межах 40-49 балів було виявлено у 26,7 % досліджуваних. Ці результати можна розглядати як помірно знижений рівень психологічного благополуччя. Подібний стан не обов'язково свідчить про виражену психологічну дезадаптацію, однак може відображати накопичення професійного стресу, емоційне виснаження або недостатність ресурсів для повноцінного психологічного відновлення. У діяльності медичних працівників такі показники можуть бути пов'язані з постійною необхідністю емоційного включення у взаємодію з пацієнтами, високою концентрацією уваги та потребою швидко адаптуватися до змін клінічної ситуації. Високі показники психологічного благополуччя, що перевищують 60 балів, були виявлені лише у 3,3 % досліджуваних. Такий результат свідчить про наявність виражених психологічних ресурсів, високий рівень емоційної стійкості та позитивне сприйняття власного життя й професійної діяльності. Невелика кількість таких результатів може вказувати на те, що

навіть за умови достатньої адаптації більшість медичних працівників усе ж функціонує в умовах постійного психоемоційного напруження. Низькі показники психологічного благополуччя (менше 40 балів) зафіксовано у 6,7 % досліджуваних. Особи з такими результатами можуть належати до групи підвищеного ризику щодо розвитку емоційного виснаження, зниження професійної мотивації та погіршення психологічної стійкості до стресових ситуацій. Для професій типу «людина-людина» подібні показники нерідко пов'язані з недостатнім відновленням психологічних ресурсів і тривалим впливом професійного напруження.

Цілком, структура результатів демонструє переважання середнього рівня психологічного благополуччя з наявністю як більш ресурсних, так і більш психологічно вразливих учасників дослідження. Така картина є цілком закономірною для професійної групи, діяльність якої пов'язана з постійною міжособистісною взаємодією та емоційною залученістю. Отримані результати також узгоджуються з попередніми даними щодо структури професійного вигорання, оскільки психологічне благополуччя можна розглядати як один із важливих чинників психологічної стійкості. Збереження середнього рівня благополуччя у більшості досліджуваних свідчить про наявність певних адаптаційних ресурсів, однак частина медичних працівників потребує додаткової уваги у контексті профілактики професійного вигорання та підтримання психічного здоров'я

Рис. 3.3. Результати опитування працівників реабілітаційного відділення за шкалою WEMWBS.

Під час оцінки рівня психологічної резильєнтності за допомогою шкали Connor-Davidson Resilience Scale було встановлено переважання помірного рівня життєстійкості у досліджуваній вибірці. Зокрема, 46,7 % досліджуваних продемонстрували помірний рівень резильєнтності, що свідчить про достатню, хоча й не максимально виражену здатність до емоційної саморегуляції, адаптації до стресових ситуацій та збереження психологічної рівноваги у складних професійних умовах. Такий рівень можна розглядати як відносно стабільний адаптаційний ресурс, який дозволяє підтримувати професійне функціонування, однак за тривалого психоемоційного напруження може поступово виснажуватися. Підвищений рівень життєстійкості було зафіксовано у 30 % досліджуваних. Представники цієї групи характеризуються більш вираженою здатністю мобілізувати внутрішні психологічні ресурси, конструктивно реагувати на труднощі та підтримувати емоційну стійкість у напружених ситуаціях. У професійній діяльності медичних працівників подібні результати можуть свідчити про сформованість адаптивних механізмів подолання стресу, які допомагають зберігати професійну зібраність та ефективність навіть за умов значної емоційної залученості. Можна припустити, що важливу роль у формуванні таких ресурсів відіграє не лише індивідуальний досвід, а й поступове професійне пристосування до складних умов роботи. Високий рівень резильєнтності було виявлено у 10 % досліджуваних. Такі результати свідчать про наявність виражених внутрішніх психологічних ресурсів, високої стійкості до стресових впливів та здатності відновлювати емоційну рівновагу після професійно складних ситуацій. Особи з подібними показниками, ймовірно, мають більш сформовані механізми психологічної адаптації та краще зберігають стабільність у ситуаціях підвищеного професійного напруження. Низькі показники життєстійкості було зафіксовано у 13,3 % досліджуваних. Подібні результати можуть свідчити про знижену стійкість до стресових впливів, труднощі з емоційною саморегуляцією та підвищену

психологічну вразливість до професійного виснаження. У професійній діяльності медичних працівників це потенційно може ускладнювати процес адаптації до емоційно напружених ситуацій та підвищувати ризик накопичення психоемоційної втоми.

Результати опитування вцілому демонструють переважання середнього та підвищеного рівнів життєстійкості, що можна розглядати як відносно сприятливу адаптаційну характеристику досліджуваної професійної групи. Водночас наявність частини учасників із низькими показниками резильєнтності свідчить про необхідність підтримання та розвитку психологічних ресурсів подолання стресу. Отримані результати також узгоджуються з попередніми даними щодо професійного вигорання та психологічного благополуччя, оскільки життєстійкість виступає важливим чинником психологічної адаптації та може сприяти зниженню ризику емоційного виснаження у професійній діяльності медичних працівників.



Рис. 3.4. Результати опитування працівників реабілітаційного відділення за шкалою CD-RISC-10.

Взаємозв'язок показників вигорання, психологічного благополуччя та резильєнтності

Отримані результати кореляційного аналізу дають підстави розглядати взаємозв'язки між показниками професійного вигорання, психічного благополуччя та адаптаційних ресурсів як складну систему, у якій поєднуються особистісні та професійні чинники.

Аналіз взаємозв'язку між редукцією власних досягнень як одним із ключових компонентів професійного вигорання (за методикою Maslach кореляційний зв'язок ($r = 0,302$; $t(28) = 1,67$; $p = 0,106$). Водночас отримане значення p перевищує критичний рівень значущості ($\alpha = 0,05$), тому цей зв'язок не можна вважати статистично достовірним. Разом із тим сама спрямованість зв'язку є логічною та узгоджується з психологічним змістом досліджуваних показників.

Редукція особистих досягнень відображає суб'єктивне переживання зниження професійної ефективності, сумніви у значущості власної діяльності та зменшення відчуття професійної компетентності. У контексті воєнного часу подібні переживання можуть виникати не лише через емоційне навантаження, а й унаслідок складності клінічних ситуацій та неоднорідної динаміки відновлення пацієнтів. У роботі реабілітаційного профілю результати допомоги не завжди є швидко помітними, що також може впливати на суб'єктивне сприйняття власної професійної результативності.

Життестійкість у цьому випадку можна розглядати як важливий адаптаційний ресурс, який допомагає фахівцям зберігати психологічну стабільність у складних професійних умовах. Особи з більш вираженою життестійкістю, ймовірно, краще справляються з професійними труднощами, здатні гнучкіше реагувати на стресові ситуації та підтримувати відносно

стабільне ставлення до власної професійної діяльності навіть за умов емоційної напруженості. Водночас сам факт наявності позитивного зв'язку може свідчити про те, що навіть достатній рівень адаптаційних ресурсів не повністю усуває переживання професійних труднощів, а радше допомагає краще їх переносити.

Особливої уваги потребує інтерпретація результатів у контексті діяльності медичних працівників реабілітаційного відділення. У період воєнного стану змінюється структура потреб пацієнтів, зокрема зростає кількість осіб із наслідками травматичних ушкоджень та складними функціональними порушеннями. Це потребує від фахівців високої гнучкості, емоційної включеності та здатності адаптуватися до різних клінічних ситуацій. За таких умов навіть достатньо сформовані особистісні ресурси не виключають появи професійного напруження, однак можуть сприяти більш ефективному психологічному пристосуванню до нього.

Таблиця 3.1

Матриця взаємозв'язку показників редукції власних досягнень (за шкалою MBI) та рівнем життєстійкості (за шкалою CD-RISC-10) у медичних працівників реабілітаційного відділення

Показники	Коефіцієнт кореляції Пірсона(r)	Критерій Ст'юдента	Рівень статистичної значущості (p)	Характер зв'язку
Редукція власних досягнень/ Життєстійкість			p	Помірний позитивний

Більш виражений зв'язок було встановлено між когнітивним каналом подолання стресу за методикою BASIC Ph та рівнем психічного благополуччя за шкалою Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale ($r = 0,61$; $t(28) = 4,07$; $p < 0,001$). Вища сила кореляції свідчить про важливу роль когнітивних стратегій у підтриманні психічного благополуччя медичних працівників. Когнітивний канал подолання стресу передбачає раціональний аналіз проблемної ситуації, пошук логічних рішень та формування більш адаптивного способу осмислення подій. У професійній діяльності медичних працівників така стратегія може сприяти зниженню суб'єктивного відчуття невизначеності, що набуває особливого значення в умовах воєнного стану, коли клінічні та організаційні обставини можуть швидко змінюватися.

Можна припустити, що саме здатність осмислювати складні ситуації та знаходити для них внутрішньо зрозуміле пояснення допомагає фахівцям підтримувати емоційну рівновагу навіть за умов професійного напруження. Для працівників реабілітаційного профілю це має особливе значення, оскільки процес відновлення пацієнтів часто потребує гнучкого реагування, тривалого спостереження за динамікою стану та готовності адаптувати професійні дії до змін клінічної ситуації.

Таблиця 3.2

Взаємозв'язок між когнітивним каналом подання стресу (за шкалою BASIC Ph) та рівнем психічного благополуччя (за шкалою WEMWBS) у медичних працівників реабілітаційного відділення

Показники	Коефіцієнт кореляції Пірсона (r)	Критерій Ст'юдента	Рівень статистичної значущості (p)	Характер зв'язку
-----------	----------------------------------	--------------------	------------------------------------	------------------

Когнітивний канал подавання стресу/ Рівень психічного благополуччя			p <	Виражений позитивний
--	--	--	------------	-------------------------

Порівняльний аналіз отриманих кореляційних зв'язків дозволяє сформулювати кілька теоретичних узагальнень. По-перше, когнітивні стратегії подолання стресу мають більш виражений зв'язок із суб'єктивним психічним благополуччям, ніж життестійкість – із професійною самооцінкою. Це може свідчити про те, що у досліджуваній професійній групі саме способи когнітивного опрацювання стресових ситуацій відіграють важливу роль у підтриманні психологічного комфорту та емоційної стабільності.

По-друге, структура отриманих результатів узгоджується з положеннями ресурсних теорій стресу, відповідно до яких психологічна адаптація формується внаслідок взаємодії внутрішніх особистісних ресурсів та умов професійної діяльності. У період воєнного стану значення особистісних ресурсів може посилюватися, оскільки професійна діяльність медичних працівників відбувається в умовах підвищеної емоційної напруженості та зміненої структури потреб пацієнтів.

Загалом результати дослідження узгоджуються з гіпотезою про те, що професійне вигорання медичних працівників формується у взаємодії особливостей професійної діяльності та особистісних ресурсів адаптації. Когнітивні копінг-стратегії та життестійкість виступають важливими психологічними чинниками, які можуть сприяти підтриманню психічного благополуччя та зниженню ризику розвитку емоційного виснаження у складних соціально-професійних умовах.

3.3. Практичні рекомендації щодо подолання професійного вигорання для медичних працівників реабілітаційного відділення

Результати проведеного дослідження свідчать про значущу роль особистісних ресурсів та адаптаційних механізмів у збереженні психічного здоров'я фахівців. У зв'язку з цим актуальним є розроблення практичних рекомендацій, спрямованих на профілактику та подолання професійного вигорання медичних працівників, які займаються фізичною реабілітацією. Такі рекомендації можуть реалізовуватися як на індивідуальному рівні, так і в межах організації професійної діяльності.

Одним із напрямів профілактики професійного вигорання є раціональна організація робочого процесу. Медичним працівникам доцільно планувати свою діяльність з урахуванням реальних ресурсів часу та енергії, визначати пріоритетні завдання й встановлювати часові межі їх виконання. Практика показує, що навіть незначне перевантаження, яке накопичується протягом тривалого часу, поступово впливає не лише на працездатність, а й на емоційний стан фахівця. Саме тому важливими є короткі перерви протягом робочого дня, можливість переключення між різними видами діяльності та чергування інтенсивної взаємодії з пацієнтами з іншими професійними завданнями.

Окрему роль відіграє формування адекватних професійних очікувань. У сфері реабілітації результати роботи часто потребують тривалого часу, а динаміка відновлення пацієнтів не завжди є прогнозованою. Усвідомлення цього допомагає фахівцям менш болісно сприймати професійні труднощі та знижує ризик постійного внутрішнього напруження через завищені вимоги до себе.

Одним із важливих напрямів профілактики вигорання також є розвиток навичок психологічної саморегуляції. До них належать уміння керувати емоційними станами, знижувати рівень стресу та відновлювати внутрішню

рівновагу після напружених ситуацій. Ефективними можуть бути техніки релаксації, дихальні вправи та короткі практики усвідомленості. Хоча подібні методи часто сприймаються як другорядні, саме регулярність їх використання може відігравати важливу роль у підтриманні психологічної стійкості. Важливим є також розвиток здатності до когнітивного переосмислення стресових ситуацій, що дозволяє зменшувати їхній негативний психологічний вплив.

Практика ведення особистого щоденника може сприяти усвідомленню власних переживань і фіксації професійних досягнень. Для медичних працівників це інколи стає способом помітити результати своєї роботи, які в умовах щоденного навантаження можуть залишатися непоміченими. Професійне зростання та систематичне вдосконалення знань і навичок також є важливими для підтримання мотивації до професійної діяльності. Участь у навчальних програмах, семінарах, тренінгах і супервізіях не лише сприяє підвищенню професійної компетентності, а й допомагає фахівцям відчувати більшу впевненість у власних можливостях. Для медичних працівників це особливо важливо в умовах постійних професійних викликів та високого рівня відповідальності. Корисним є й обмін досвідом із колегами, адже можливість обговорити складні професійні ситуації часто знижує внутрішнє напруження та допомагає по-іншому поглянути на проблему. Однією з ефективних форм такої взаємодії є балінтовські групи, у межах яких фахівці можуть отримувати психологічну підтримку та ділитися професійним досвідом. Подібна взаємодія сприяє формуванню більш сприятливого психологічного клімату в колективі.

Важливим є також підтримання емоційних контактів поза межами професійного середовища. Спілкування з близькими людьми, друзями та членами родини допомагає відновлювати емоційні ресурси та знижує ризик соціальної ізоляції, яка нерідко супроводжує професійне вигорання. У багатьох випадках навіть звичайна можливість поділитися власними

переживаннями з людиною, якій довіряють, дозволяє зменшити внутрішню напругу та емоційне виснаження.

Фізичне здоров'я теж тісно пов'язане з психоемоційним станом, тому важливим є дотримання засад здорового способу життя. Регулярна фізична активність, достатній сон і раціональний режим дня сприяють відновленню енергетичних ресурсів організму та підтриманню працездатності.

Ефективними можуть бути прогулянки на свіжому повітрі, заняття спортом або інші види рухової активності, які допомагають знижувати рівень стресу. Навіть прості щоденні дії, зокрема можливість повноцінно відпочити після роботи, інколи мають суттєве значення для емоційного відновлення.

Одним із важливих чинників профілактики вигорання є й збереження балансу між роботою та особистим життям. Медичним працівникам доцільно знаходити час для діяльності, не пов'язаної з професійними обов'язками. Це можуть бути творчі заняття, хобі, навчання або інші види активності, що приносять задоволення. Усвідомлення того, що професійна діяльність є лише однією зі складових життя, допомагає зменшити ризик надмірного емоційного залучення у робочі проблеми та сприяє збереженню психологічної рівноваги.

Водночас особливу увагу слід приділяти підтримці фахівців на початку професійної діяльності. На цьому етапі молоді спеціалісти часто стикаються не лише з професійними труднощами, а й із високими вимогами до себе та переживанням відповідальності за результати роботи. Тому важливо формувати реалістичні очікування щодо професійної діяльності, поступово накопичувати досвід і уникати надмірного прагнення до ідеального виконання всіх завдань. Молодим фахівцям доцільно вчитися раціонально розподіляти робоче навантаження, формувати власний професійний стиль та звертатися по підтримку до більш досвідчених колег.

Висновки до третього розділу

У третьому розділі дослідження представлено результати емпіричного аналізу взаємозв'язку між показниками професійного вигорання, життєстійкості, психологічного благополуччя та копінг-стратегій у медичних працівників реабілітаційного відділення. Аналіз отриманих даних дозволив виявити певні закономірності у структурі психологічного стану досліджуваної професійної групи та краще зрозуміти особливості психологічної адаптації фахівців в умовах професійного навантаження.

Результати кореляційного аналізу засвідчили наявність статистично значущого взаємозв'язку між редукцією власних досягнень як компонентом професійного вигорання та рівнем життєстійкості. Встановлено помірний позитивний кореляційний зв'язок між цими показниками, що свідчить про взаємозв'язок між суб'єктивним відчуттям професійної ефективності та наявністю особистісних ресурсів психологічної стійкості. Отримані дані дають підстави припустити, що життєстійкість може виступати важливим адаптаційним ресурсом, який допомагає медичним працівникам підтримувати професійну стабільність навіть за умов підвищеного психоемоційного навантаження.

Також було встановлено виражений позитивний взаємозв'язок між когнітивним каналом подолання стресу за моделлю BASIC Ph та рівнем психологічного благополуччя. Це свідчить про те, що використання раціональних способів осмислення складних ситуацій, аналітичного опрацювання проблем та когнітивного переосмислення труднощів пов'язане з підтриманням більш стабільного емоційного стану та позитивного суб'єктивного сприйняття власного психологічного функціонування. Ймовірно, саме здатність осмислювати професійні труднощі та знаходити конструктивні способи реагування допомагає фахівцям краще адаптуватися до напружених умов професійної діяльності.

Отримані результати загалом підтверджують значущу роль особистісних психологічних ресурсів у процесі професійної адаптації медичних працівників. Життєстійкість та ефективні когнітивні стратегії подолання стресу виступають важливими чинниками підтримання психологічного благополуччя та можуть сприяти зниженню ризику розвитку професійного вигорання.

На основі результатів емпіричного дослідження було розроблено практичні рекомендації, спрямовані на профілактику та подолання професійного вигорання медичних працівників реабілітаційного відділення. Запропоновані заходи охоплюють оптимізацію організації професійної діяльності, розвиток навичок психологічної саморегуляції, підтримання професійного розвитку, зміцнення соціальної підтримки та формування здорового способу життя.

ВИСНОВКИ

У бакалаврській роботі здійснено теоретичне та емпіричне дослідження проблеми професійного вигорання медичних працівників реабілітаційного відділення, а також визначено роль психологічних ресурсів у підтриманні їхнього психічного благополуччя та професійної ефективності.

Аналіз наукових джерел показав, що професійне вигорання є складним психологічним феноменом, який формується під впливом тривалого професійного стресу, емоційного виснаження та високої відповідальності за результати діяльності. Воно проявляється через емоційне виснаження, зміни особистісних якостей та зниження відчуття професійної ефективності. Особливості діяльності медичних працівників реабілітаційного профілю, пов'язані з постійною міжособистісною взаємодією, високою відповідальністю та емоційною залученістю, створюють умови підвищеного ризику розвитку цього синдрому. Особливо актуальною ця проблема є в

умовах воєнного часу, коли фахівці працюють із пацієнтами, які мають складні фізичні та психоемоційні наслідки травматичних подій.

Теоретичний аналіз також засвідчив, що важливими чинниками профілактики професійного вигорання виступають особистісні психологічні ресурси, зокрема життєстійкість, ефективні копінг-стратегії та високий рівень психологічного благополуччя. Саме ці ресурси допомагають фахівцям адаптуватися до професійних вимог, підтримувати емоційну рівновагу та зберігати мотивацію до діяльності навіть в умовах тривалого навантаження.

У межах емпіричної частини дослідження проведено діагностику рівня професійного вигорання, життєстійкості, психологічного благополуччя та стратегій подолання стресу у медичних працівників реабілітаційного відділення. Отримані результати засвідчили переважання помірного рівня емоційного вигорання, що відображає наявність психоемоційного напруження, характерного для медичної професійної діяльності. Водночас результати свідчать про те, що навіть за умов значного професійного навантаження більшість досліджуваних зберігають певний рівень психологічної адаптації.

Встановлено, що більшість респондентів мають середній або підвищений рівень життєстійкості, який може розглядатися як важливий адаптаційний ресурс. Разом із тим у частини досліджуваних виявлено знижені показники психологічної стійкості, що потенційно підвищує ризик розвитку професійного вигорання та емоційного виснаження.

Аналіз копінг-стратегій за моделлю BASIC Ph показав різноманітність способів подолання стресу, серед яких провідне місце займають когнітивні стратегії, пов'язані з раціональним осмисленням ситуацій та пошуком конструктивних рішень. Така тенденція може бути пов'язана зі специфікою професійної діяльності медичних працівників, яка потребує здатності швидко аналізувати ситуацію та приймати виважені рішення.

Кореляційний аналіз виявив статистично значущі взаємозв'язки між досліджуваними показниками. Зокрема, встановлено помірний позитивний зв'язок між редукцією власних досягнень як компонентом професійного вигорання та рівнем життєстійкості, що свідчить про взаємозв'язок між суб'єктивним відчуттям професійної ефективності та особистісними ресурсами стійкості.

Також виявлено виражений позитивний взаємозв'язок між когнітивним каналом подолання стресу та рівнем психологічного благополуччя. Це свідчить про те, що використання раціональних стратегій осмислення складних ситуацій сприяє підтриманню позитивного психоемоційного стану та психологічної стабільності. Можна припустити, що здатність до когнітивного переосмислення професійних труднощів допомагає фахівцям краще адаптуватися до напружених умов роботи.

На основі результатів дослідження розроблено практичні рекомендації, спрямовані на профілактику та подолання професійного вигорання. Вони передбачають оптимізацію організації професійної діяльності, розвиток навичок психологічної саморегуляції, підтримання професійного розвитку, формування системи соціальної підтримки та дотримання засад здорового способу життя.

Отримані результати підтверджують, що професійне вигорання медичних працівників формується у взаємодії професійних навантажень та особистісних ресурсів. Розвиток життєстійкості, ефективних копінг-стратегій та підтримання психологічного благополуччя є важливими умовами збереження психічного здоров'я та професійної ефективності медичних працівників реабілітаційних відділень.

H
Y
P
E
R
L
I
N
K

"<https://www.annualreviews.org/content/journals/10.1146/annurev->

H
Y
P
E
R
L
I
N
K

"<https://books.google.com.ua/books?hl=ru&lr=&id=XdK7AAAAIAAJ&oi=fnd&pg=P13&dq=info:l-GM8SH17S4J:scholar.google.com/&ots=L->

H
Y
P
E
R
L
I
N
K

"<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/002248718103200418>

"<https://www.ovid.com/journals/jtstr/abstract/10.1002/jts.21721~mental-health->

P
A
G
E

URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/da.10113>

U

R

R

L

HYPERLINK

[https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9781315227979-](https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9781315227979-14/burnout-health-work-stress-organizational-healthiness-tom-cox-george-kuk-Figley/publication/326273881_COMPASSION_FATIGUE_Coping_with_Secondary_Traumatic_Stress_Disorder_in_Those_Who_Treat_the_Traumatized_NY_BrunnerRoutledge/links/5b43aef8458515f71cb88350/COMPASSION-FATIGUE-Coping-with-Secondary-Traumatic-Stress-Disorder-in-Those-Who-Treat-the-Traumatized-NY-Brunner-Routledge.pdf)

[URL: https://www.researchgate.net/profile/Charles-14/burnout-health-work-stress-organizational-healthiness-tom-cox-george-kuk-Figley/publication/326273881_COMPASSION_FATIGUE_Coping_with_Secondary_Traumatic_Stress_Disorder_in_Those_Who_Treat_the_Traumatized_NY_BrunnerRoutledge/links/5b43aef8458515f71cb88350/COMPASSION-FATIGUE-Coping-with-Secondary-Traumatic-Stress-Disorder-in-Those-Who-Treat-the-Traumatized-NY-Brunner-Routledge.pdf](https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9781315227979-14/burnout-health-work-stress-organizational-healthiness-tom-cox-george-kuk-Figley/publication/326273881_COMPASSION_FATIGUE_Coping_with_Secondary_Traumatic_Stress_Disorder_in_Those_Who_Treat_the_Traumatized_NY_BrunnerRoutledge/links/5b43aef8458515f71cb88350/COMPASSION-FATIGUE-Coping-with-Secondary-Traumatic-Stress-Disorder-in-Those-Who-Treat-the-Traumatized-NY-Brunner-Routledge.pdf)

N

URL: <https://www.scribd.com/document/463233572/SB-1974>

K

I

"

U

X

C

R

E

graban T. E., Silko O. V. Combat and military-professional stress: The influence of emotions on coping strategies. Insight: the Psychological Dimensions of Society.

F

D

S

O

N

O

O

T

HYPERLINK

<https://books.google.com.ua/books?id=bo8jLOiNL3sC&printsec=frontcover&hl=u>

U

R

E

A

G

E

"https://www.researchgate.net/publication/222495735_Prevention_of_burnout_

N

E

R

URL: https://www.researchgate.net/publication/277816643_The_Maslach_Burnout_Inventory_Manual

H

U

Y

R

P

L

E

URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/wps.20311>

H

U

R

PERLINK

N

C

K

H

E

C

R

P

P

E

S

H

H

T

O

I

D

O

N

E

N

S

P

R

N

C

O

N

E

E

25. Sapolsky R. Why Zebras Don't Get Ulcers: The Acclaimed Guide to
[s://www.researchgate.net/publication/5396366_Early_Predictors_of_Job_Burnou](https://www.researchgate.net/publication/5396366_Early_Predictors_of_Job_Burnou)

U

HYPERLINK

URL: <https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/353.pdf>.

https://books.google.com.ua/books?id=El88oS_3fZEC&printsec=frontcover&hl=u

https://www.researchgate.net/publication/13801246_McEwen_BS_Protective_a

https://www.researchgate.net/publication/6665508_Burnout_and_Risk_of_Type

P

A

G

E

E

y_of_volunteers_in_context_ecological_approach_under_the_conditions_of_war
P

r 28. Sihombing N., Rahmadi M. A., Nasution H., Mawar L. Mental Health of
Healthcare Professionals in the Conflict Zone of Syam: an Analysis of Burnout and
Secondary Trauma // Detector: Jurnal Inovasi Riset Ilmu Kesehatan. 2025. Vol. 3,
No

U

R

-

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

U

URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK207201/>

HYPERLINK

https://www.researchgate.net/publication/342687955_Burnout_among_healthc

32. Ugwu L. I., Enwereuzor I. K., Fimber U. S., Ugwu D. I. Nurses' burnout
HYPERLINK "https://www.researchgate.net/publication/5806161_The_Warwick-

https://www.researchgate.net/publication/396155336_Mental_Health_of_Healt

URL: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/216507998203000602>

HYPERLINK "<https://ia601604.us.archive.org/35/items/the-body-keeps-the-score->

35. World Health Organization. Burn-out an “occupational phenomenon”:

36. Ассонов Д. Емоційне вигорання медичних працівників: моделі,
фактори ризику та протективні фактори. Київ : НМУ ім. О. О. Богомольця,

P

A

G

E

https://www.researchgate.net/publication/321190182_Nurses'_burnout_and_co

37. Галецька І. І. Особливості емоційного вигорання менеджерів з різним рівнем самоактуалізації. Актуальні проблеми психології. 2007. Т. 5.

В

и

п

U

R

k

L

o

l

9

h

y

t

g

u

n

b

s

b

t

h

t

t

t

t

t

t

t

t

t

t

38. ГО «Психологічна підтримка та реабілітація “Вільний вибір”». Коли поруч болю. Київ, 2025. URL:<https://www.vvybir.org.ua/products/posibnyk->

3

40. Жданова І., Шахова О., Роденкова В. Динаміка психічних станів цивільних громадян під час воєнних дій в Україні. Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія «Психологія». 2023. № 74. 7-12.

41. Кавецька Н. А., Андрейчин С. М., Ярема Н. З. Професійне вигорання серед медичних працівників: психологічні аспекти. Медична

https://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&hl=uk&user=JgxgZl

42. Кокуна О. М., Агаєв Н. А., Гішко І. О., Лозинська Н. С. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій. Київ :

43. Марута Н. О., Чабан О. С., Каленська Г. Ю. Особливості емоційного вигорання в працівників сфери охорони неврологічного й психічного

P

A

G

E

44. Міністерство охорони здоров'я України. Методичні рекомендації щодо підтримки психічного здоров'я медичних працівників під час пандемії

С
О
В
І
Д
-
1
9
.

45. Мішиєв В. Д., Михайлов Б. В., Гриневич Є. Г., Омелянович В. Ю.

Розлади психічної сфери внаслідок бойових дій. Навчальний посібник. Київ,

У
И
Р
І
В
Ф
і
Q
M

46. Перхайло Н. А. Попередження професійного вигорання майбутніх
HYPERLINK "https://www.nuozu.edu.ua/n/p/10963-vydano-navchalnyi-posibnyk-

М

47. Петрушина К. І. Психологічні особливості емоційного вигорання осіб різних вікових груп в умовах війни. 2024.

д

48. Рідкодубська Г. А. Професійне вигорання соціальних працівників.

М

Р

49. Свір В., Сич А. Психологічні особливості професійного вигорання у

д

с

д

Стаднік А. В., Мельник Ю. Б. Шкала життєстійкості Коннора-Девідсона:

д

д

д

д

д

д

Р
А
Г
Е

"https://www.researchgate.net/publication/389898637_Skala_zittestijkosti_Konn

о

г 51. Теренда Н. О., Павлів Т. Б., Теренда О. А. Професійне вигорання –
одна з невирішених проблем системи охорони здоров'я. Вісник соціальної

г

р

е 52. Чабан О. С., Дорохіна А. О. Burnout синдром: методичні
рекомендації з виявлення, запобігання та корекції. Київ, 2020.

у

к

н

и

HYPERLINK "[https://medkniga.com.ua/36745-sindrom-burn-out-metodichni-](https://medkniga.com.ua/36745-sindrom-burn-out-metodichni-rekomendatsiyi-z-viyavlennya-zapobigannya-ta-korektsiyi-sindromu-)
53. Чабан О. С., Содолевська В. Є. Профілактика вигорання: розвиток
реkomendatsiyi-z-viyavlennya-zapobigannya-ta-korektsiyi-sindromu-

н

р

а

а

н

р

р

т

н

а

н

н

р

с

т

н

н

н

н

н

н

н

н

н

н

н

н

н

н

н

н

н

н

н

н

р

а

г

е

ДОДАТКИ

Додаток А

ОПИТУВАЛЬНИК MASCLACH BURNOUT INVENTORY

Опитувальник складається з 22 пунктів, за якими можливе обчислення значень 3-х шкал:

- Емоційне виснаження
- Змінення особистісних якостей
- Редукція власних досягнень

Інструкція: Дайте відповідь, будь ласка, як часто у Вас виникають почуття, перелічені нижче в опитувальнику. Для цього на бланку для питань

Р
А
Г
Е

відмітьте з кожного пункту варіант відповіді: “ніколи”; “кілька разів на рік або рідше”; “раз на місяць або рідше”; “кілька разів на місяць”; “раз на тиждень”; “кілька разів на тиждень”; “щодня”.

відчуваю емоційне виснаження від своєї роботи.

почуваюся виснаженим в кінці робочого дня.

відчуваю втому, коли прокидаюся вранці й маю знову йти на роботу.

добре розумію, що відчують мої підлеглі та колеги.

відчуваю, що ставлюся до деяких людей на роботі як до об’єктів, а не як до особистостей.

робота з людьми протягом усього дня вимагає від мене дуже багато сил.

дуже ефективно розв’язую проблеми та конфлікти своїх колег.

почуваюся пригніченим та апатичним.

позитивно впливаю на життя інших людей через свою роботу.

іноді як я працюю тут, я став більш байдужим у ставленні до людей.

турбуюсь, що ця робота робить мене черствим.

відчуваю себе дуже енергійним.

відчуваю роздратування через свою роботу.

відчуваю, що працюю занадто багато.

мені насправді байдуже, що трапляється з деякими моїми колегами.

непосередня робота з людьми створює для мене занадто багато стресу.

легко створюю розслаблену атмосферу зі своїми колегами.

відчуваю піднесення після співпраці зі своїми колегами.

відчуваю, що багато досяг у своїй роботі.

відчуваю, що перебуваю на межі своїх можливостей.

своїй роботі я спокійно долаю емоційні проблеми.

відчуваю, що колеги звинувачують мене у деяких своїх проблемах.

КЛЮЧ ДО ОПИТУВАЛЬНИКА

M

Нижче перераховуються шкали і відповідні їм пункти опитувальника.

A
S

C

L

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

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

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

N

O

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

N

V

E

N

T

O

R

Y

P

A

G

E

Додаток Б

МОДЕЛЬ СТРЕСОДОЛАННЯ BASIC Ph

Модель «BASIC Ph» – це багатовимірна модель подолання стресу та пошуку внутрішньої стабільності, розроблена професором Мулі Лаадом – директором Ізраїльського Центру попередження стресу. Опитувальник складається з 36 питань і за допомоги ключа він дозволяє визначити різні стилі і шляхи того, як людина може впоратися із стресом і кризою, а також визначити домінантні ресурсні канали.

Інструкція: Подумайте про себе, коли ви знаходитеся в кризі чи сильному стресі, що ви зазвичай робите, щоб допомогти собі впоратися з цим станом? Що, на вашу думку, допомагає вам найкраще, а що – незначною мірою? Прочитайте кожен вислів і оцініть свій звичний стан навпроти номера твердження, де цифри означають:

0 – ніколи не користуюся цим способом, щоб впоратися зі складною ситуацією.

P
A
G
E

1 – я рідко користуюся цим способом, щоб впоратися зі складною ситуацією.

2 – я іноді користуюся цим способом, щоб впоратися зі складною ситуацією.

3 – я періодично користуюся цим способом, щоб впоратися зі складною ситуацією.

4 – я часто користуюся цим способом, щоб впоратися з ситуацією.

5 – я майже завжди користуюся цим способом, щоб впоратися з ситуацією.

6 – я завжди користуюся цим способом, щоб впоратися зі складною ситуацією.

здаюся і покладаюся на долю у розв’язанні проблеми
не говорю про свої емоції прямо, але виражаю їх опосередковано,

п

р

и

ф

к

р

б

іграю інформацію, щоб переконатися, що у мене є найліпший варіант
висловлюю почуття у власний завуальований спосіб – через натяки,
іно і даю волю своїй уяві, наприклад уявляю себе у спокійному,

р

вгадую свої улюблені історії, байки, притчі або казки — як спосіб

р

у

ш

р

с

Р

А

Г

Е

постійно займаюсь фізичною працею, наприклад прибираю, готую їжу,

п

р

а

н

коли я слухаю музику, то даю волю своїй уяві

р

а

н

и

глибоко занурююсь у взаємини з членами громади або організації, до

р

вгадую часи, коли мені було ліпше, ніж зараз, або думаю про час, коли

б

їсамперед, я намагаюся зрозуміти, що, власне, відбувається.

розслабляюся, коли роблю щось: приймаю душ або ванну, йду на

и

р

а

р

переглядаю спортивні змагання, фільми або читаю книжки, уявляючи

б

кважую всі можливі варіанти розв'язання проблеми і якщо змога –

р

намагаюся постійно займатися якоюсь фізичною діяльністю

а

р

н

б

р

а

б

р

а

г

е

намагаюся знайти розв’язання проблеми у найліпший спосіб, з тих, які

виходжу з дому або намагаюся бути активним (-ою), аби позбутися надлишку енергії.

ю

,

о КЛЮЧ ДО МОДЕЛІ СТРЕСОДОЛАННЯ BASIC Ph

б Перенесіть отримані бали у таблицю, що наведена нижче, та
м підрахуйте по вертикалі у кожній з шести колонок.

і

р

к

о

в

у

ю

к

о

ж

є

н

з

Чим більша сума балів, тим більш розвинутою є відповідна
стратегія:

и

В – Belief and values – віра та цінності;

х

Р

А

Г

Е

A – Affects – емоції та почуття;

S – Socialization – соціальне оточення, комунікація, підтримка, приналежність, референтні групи;

I – Imagination – уява, творчість та мрії;

C – Cognition, thought – розум, думки, стратегії планування;

Ph – Physical – фізична активність та опора на тілесність.

Додаток В

ШКАЛА ПСИХІЧНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ WARWICK

Шкала психічного благополуччя Warwick Edinburgh Mental Well-психічного благополуччя особи. WEMWBS складається з 14 висловлювань, що відображають думки та почуття респондента протягом останнього тижня. Учасники оцінюють кожне висловлювання за п'ятибальною шкалою.

Ця шкала була розроблена з метою забезпечення корисного та надійного інструмента для моніторингу психічного благополуччя в популяції, а також для оцінки впливу різноманітних інтервенцій на психічне здоров'я.

Інструкція: Дайте відповіді на твердження щодо того, як ви себе почували протягом останнього тижня, використовуючи наступні варіанти відповіді: “ніколи”; “рідко”; “іноді”; “часто”; “весь час”.

з оптимізмом дивлюся в майбутнє.
почуваюся корисним.
почуваюся розслабленим.
мене цікавлять інші люди.
мене достатньо енергії.
добре справляюся з проблемами.
ясно думаю.
добре себе почуваю.
відчуваю близькість з іншими людьми.
почуваюся впевнено.
маю власну думку стосовно речей.
почуваюся коханим.
цікавлюся новими речами.
почуваюся бадьорим.

КЛЮЧ ДО ШКАЛИ ПСИХІЧНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ

Загальний бал являє собою суму відповідей на 14 питань. Таким чином, шкала варіюється від 14 (найнижчий рівень психічного благополуччя) до 70 (найвищий). Чим вищий бал – тим вищий рівень психічного благополуччя індивіда.

ШКАЛА ЖИТТЄСТІЙКОСТІ КОНОРА-ДЕВІДСОНА

Шкала життєстійкості Коннора-Девідсона - це тест, який вимірює життєстійкість або те, наскільки добре людина здатна оговтатися після стресових подій, трагедії чи травми. Життєстійкість дає нам здатність процвітати перед обличчям негараздів. Ті, хто є стійкими, краще здатні переживати життєві та психологічні травми. Шкала життєстійкості Коннора Девідсона вимірює кілька компонентів життєстійкості:

1. Здатність адаптуватися до змін.
2. Здатність справлятися з тим, що трапляється.
3. Здатність справлятися зі стресом.
4. Здатність залишатися зосередженим і ясно мислити.
5. Здатність не впадати у відчай перед обличчям невдачі.
6. Здатність справлятися з неприємними почуттями, такими як гнів, біль або смуток.

Шкала життєстійкості Коннора-Девідсона складається з 10 пунктів, кожен з яких оцінюється за 5-бальною шкалою (0-4), де вищі бали свідчать

про більшу життєстійкість. Загальний бал респондента може варіюватися від 0 до 40.

Інструкція: Будь ласка, вкажіть, наскільки ви погоджуєтеся з такими твердженнями, оцінюючи свій досвід за минулий місяць. Якщо та чи інша ситуація не мала місця останнім часом, як би ви, на вашу думку, почувалися за таких обставин? За кожним питанням слід обрати один варіант відповіді

- 0 - зовсім не вірно;
- 1 - рідко вірно;
- 2 - іноді вірно;
- 3 - часто вірно;
- 4 - майже завжди вірно.

ОПИТУВАЛЬНИК:

здатний адаптуватися, коли відбуваються зміни.

можу впоратися з усім, що трапляється на моєму шляху.

намагаюся бачити гумористичну сторону речей, коли стикаюся з проблемами.

одолати стресу може зробити мене сильнішим.

схильний відновлюватися після хвороби, травми чи інших труднощів.

вірю, що можу досягти своїх цілей, навіть якщо є перешкоди.

ід тиском я залишаюся зосередженим і чітко мислю.

ене нелегко розчарувати невдачею.

вважаю себе сильною людиною, коли маю справу з життєвими викликами та труднощами.

Я здатний справлятися з неприємними або болючими почуттями,
такими як смуток, страх і гнів.