

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КРИВОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Психолого-педагогічний факультет
Кафедра практичної психології

ПРОФІЛАКТИКА ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ
МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ШЛЯХОМ РОЗВИТКУ
ОСОБИСТІСНОЇ РЕЗИЛІЄНТНОСТІ

Кваліфікаційна робота студентки
групи ЗППм-24-1
ступінь вищої освіти: магістер
спеціальності 053 Психологія
Мусаєлян Оксани Тарасівни

Керівник: доктор психологічних наук, професор
Мірошник З.М.

ЗАПЕВНЕННЯ

Я, Мусаелян Оксана Тарасівна, розумію і підтримую політику Криворізького державного педагогічного університету з академічної доброчесності. Запевняю, що ця кваліфікаційна робота виконана самостійно, не містить академічного плагіату, фабрикації, фальсифікації. Я не надавав і не одержував недозволену допомогу під час підготовки цієї роботи. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають покликання на відповідне джерело. Із чинним Положенням про запобігання та виявлення академічного плагіату в роботах здобувачів вищої освіти Криворізького державного педагогічного університету ознайомлений. Чітко усвідомлюю, що в разі виявлення у кваліфікаційній роботі порушення академічної доброчесності робота не допускається до захисту або оцінюється незадовільно.

Мусаелян ОТ 

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ	9
1.1. Проблема професійного вигорання у науково-психологічній літературі	9
1.2. Психологічні чинники виникнення синдрому професійного вигорання медичних працівників	144
1.3. Резилієнтність як спосіб подолання професійного вигорання	188
Висновки до розділу І	222
РОЗДІЛ ІІ. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ ТА РЕЗИЛІЄНТНОСТІ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ. 233	
2.1. Організація та проведення констатувального дослідження та характеристика вибірки	233
2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження	277
Висновки до розділу ІІ	399
РОЗДІЛ ІІІ. ПОДОЛАННЯ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ.....	41
3.1. Психокорекційна програма подолання професійного вигорання у медичних працівників	41
3.2. Ефективність впровадження психокорекційної програми «Розвиток адаптивності та стресостійкості» серед працівників медичної сфери	441
3.3 Рекомендації для посилення резилієнтності медичних працівників у подоланні професійного вигорання	53
Висновки до розділу ІІІ	54
ВИСНОВКИ	56
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	59
ДОДАТКИ.....	67

ВСТУП

Актуальність теми встановлена значним зростанням гостроти проблеми професійного вигорання серед медичних працівників на теренах нашої держави, що є прямим наслідком поточної загально - системної кризи спричиненою російсько-українською війною та багатьма іншими соціально-економічними факторами. Система охорони здоров'я країни, яка ще до повномасштабного вторгнення пережила не найкращі часи (медичний колапс спричинений всесвітньою пандемією Covid-19), зіштовхнулась з безпринципними викликами. Війна призвела до величезного навантаження на медичний персонал, який намагається працювати в умовах постійного стресу (блек-аути, повітряні тривоги, понаднормовий графік роботи хвилювання за своїх близьких тощо) часто на межі фізичних та емоційних можливостей. За минулорічними даними МОЗ України прозвітовано про пошкодження 1470 медичних закладів, а зруйнованих зовсім понад 200, внаслідок цього є поранення та загибель медичних працівників. Збільшення кількості пацієнтів, необхідність працювати в обмежених умовах, іноді при повній відсутності належних ресурсів – все це викликає накопичення втоми, розчарування, відчуття безвиході та вигорання медичних фахівців.

Війна повністю довела недосконалість самої медичної системи й неможливості її адаптування до кризових умов актуалізувавши проблеми недостатнього фінансування, низької заробітної плати, відсутності належної підтримки фахівців на всіх рівнях та можливостей для професійного розвитку. Ці фактори формують демотивуючу детермінанту, яка сприяє емоційному виснаженню та професійному вигоранню.

Медичні працівники займають лідируюче місце серед всіх соціономічних професій з високим ризиком вигорання. За різними джерелами, від 25% до 80% медичних працівників відчувають симптоми цього синдрому. За дослідженнями Mental Health America (September-June 2021) зміни у самопочутті, які відчували медичні працівники – як відповідь на емоційне та

фізичне виснаження (82%), проблеми зі сном (70%), фізичне виснаження (68%), страх та невпевненість, що пов'язана з роботою (63%), більшість працівників поскаржились на зміни в апетиті (57%), фізичні симптоми, які мають загальний характер (головний біль) (56%), сумніви, що до продовження медичної кар'єри (55%). Зросла втома від співчування іншим (52%). У ході цього ж дослідження з'ясувалось, що лікарі (39%) та медичні сестри (45%) не отримують емоційної підтримки. Деякі медичні працівники для подолання стресу вживають психологічно активні речовини, наркотичні речовини та алкоголь. Ми акцентуємо увагу, що це статистичні дані за 2021 рік й можна тільки уявити цю проблематику на даний момент в нашій державі.

Теоретико – методологічною основою для визначення змісту, структури та особливостей понять стресу і професійного вигорання є праці низки вчених, серед яких слід виділити: М. Білову, О. Бондарчук, Н. Водоп'янову, Т. Зайчикову, Л. Єрмолаєву, Л. Карамушку, Г. Леонову, С. Максименка, К. Малишеву, В. Паньковеця, Р. Тиграняна, Ю. Щербатих та інших дослідників.

Серед зарубіжних дослідників проблему професійного вигорання досліджували Дж. Брайт, К. Вайман, Дж. Грінберг, Р. Лазарус, Г. Сельє, Т. Парсонс, С. Фолкман та ін.

Коло українських науковців, зокрема Т. Гальчак, О. Дубчак, Т. Ковалькова, Л. Сіроха, В. Тесленко, В. Шкраб'юк та інші зосередили свої наукові розвідки на емпіричному та теоритичному аналізі феномену професійного вигорання серед працівників соціономічних професій. Проблема професійного вигорання медичного персоналу залишається у фокусі уваги як сучасних науковців, так і лікарів – практиків. Зокрема, О. Громцева здійснила концептуалізацію моделей професійного вигорання, розкривши їхню аплікативну значущість для фахівців медичної галузі. У той же час, у наукових працях Н. Теренди, Т. Павлів та О. Теренди проведено детальний аналіз ключових етіологічних факторів, що детермінують розвиток

професійного вигорання. Дослідники також ідентифікували основні джерела професійного стресу, встановили гендерні особливості його прояву та визначили перелік медичних спеціальностей, для яких характерний прискорений ризик формування синдрому вигорання.

Науковий доробок І. Юрченко, І. Савченко та О. Буряк ґрунтується на системному аналізі релевантної зарубіжної та вітчизняної літератури.

Мета: теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити роль особистісної резилієнтності у профілактиці та подоланні професійного вигорання медичних працівників.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретико – психологічний аналіз проблеми професійного вигорання та резилієнтності, як спроби його подолання.
2. Провести емпіричне дослідження ролі резилієнтності у подоланні професійного вигорання у медичних працівників.
3. Розробити психокорекційну програму спрямовану на підвищення особистісної резилієнтності.
4. Розробити систему рекомендацій з профілактичних заходів у подоланні професійного вигорання.

Об’єкт дослідження – феномен професійного вигорання медичних працівників.

Предмет дослідження – шляхи розвитку особистісної резилієнтності, як способу профілактики синдрому професійного вигорання.

Методи і методики дослідження:

- 1) теоретичні методи: синтез наукової літератури з метою визначення стану розробленості досліджуваної проблеми, обґрунтування концептуального апарату та формування теоретичних засад дослідження.
- 2) емпіричні методи: опитування, анкетування, тестування для виявлення рівня вираженості професійного вигорання та показників особистісної резилієнтності:

- «Шкала резильєнтності» К. Коннор – Д. Девідсона-10 (CD-RISC-10) [];

- Методика «Психологічне вигорання» К. Маслач та С. Джексон адаптована Н. Водоп'яноюю та О. Старченковою [];

- Методика «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка [].

3) методи математичної статистики: обрахування індивідуальних показників за ключем методик та середніх показників по вибірковій сукупності респондентів (середніх показників, значень медіани за допомогою комп'ютерних програм Excel); розрахунок відсоткових показників досліджуваного явища; кореляційний аналіз даних за критерієм Ч. Спірмена та Фішера) – з метою підтвердження об'єктивності аналізу досліджуваних явищ.

Теоретико-методологічну основу дослідження складають:

- 1) теоретичні принципи детермінізму і розвитку психіки в діяльності;
- 2) дослідження вчених щодо поняття стресостійкості та професійного вигорання (М. Білова, О. Бондарчук, Н. Водоп'янова, Т. Зайчикова, Л. Єрмолаєва, Л. Карамушка, Г. Леонова, С. Максименко, К. Малишева, В. Паньковець, Р. Тигранян, Ю. Щербатих, Дж. Брайт, К. Вайман, Дж. Грінберг, Р. Лазарус, Г. Сельє, Т. Парсонс, С. Фолкман та ін.).

Практичне значення отриманих результатів полягає у розробці психокорекційної програми, спрямованої на подолання професійного вигорання у медичних працівників та побудові моделі стресотійкості поведінки і адаптивності до стресових умов роботи вузьких спеціалістів та спеціалістів клінічної лабораторної діагностики. Розроблена програма може бути використана в системі підвищення кваліфікації вузьких спеціалістів.

Апробація: за матеріалами дослідження підготовлені тези, які були представлені на Регіональному науково-практичному семінарі «Природа та сутність людини» Дніпровський державний університет внутрішніх справ (м. Дніпро, 2024 р.) з темою «Профілактика професійного вигорання медичних працівників»; та на Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю «Промоція ментального здоров'я надавачів

психологічних послуг в умовах війни» (м.Кривий Ріг, 2025 р) з темою «Резильєнтність як спосіб подолання емоційного вигорання».

Організація та база: Комунальне Некомерційне Підприємство Поліклінічне об'єднання «Кропивницької міської ради» Поліклінічне відділення №5. Загальна вибірка складалась з 92 осіб, з них чоловіків 22 особи, жінок 70 осіб, лікарі вузьких спеціальностей, спеціалісти лабораторної діагностики.

Структура роботи: кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаної літератури (69 найменувань, 21 – іноземною мовою), додатків. Загальний обсяг роботи - 80 сторінок, основний текст – 56 сторінок.

РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

1.1. Проблема професійного вигорання у науково-психологічній літературі

Актуальність вивчення професійного вигорання серед медичних працівників у сучасних умовах надзвичайно висока. На тлі зростаючих вимог до системи охорони здоров'я та підвищеного рівня стресу, емоційне вигорання стає серйозним викликом, що прямо впливає на психоемоційний стан, продуктивність та загальну ефективність медичного персоналу.

У закордонній фаховій літературі спостерігається неоднозначність у термінологічному позначенні феномену вигорання. Поширеними є терміни *burnout*, *work-related stress*, *job-burnout* та *staff-burnout*, що відображають різні аспекти та контексти прояву цього стану. Важливо зауважити, що, хоча ці терміни часто використовуються як синоніми, вони можуть мати певні відмінності у визначеннях та акцентах, що слід враховувати при аналізі наукових даних та клінічній інтерпретації.

Як вказує Т. Колтунович у своєму дисертаційному дослідженні, одним із перших дослідників феномену вигорання був Г. Фрейденбергер, який характеризував означене поняття як стан психічного та фізичного виснаження, що розвивається внаслідок тривалого впливу стресових факторів, пов'язаних з професійною діяльністю. Це визначення акцентує на фізичному та емоційному виснаженні як ключових компонентах вигорання, що є прямим наслідком роботи у виснажливих умовах [19].

Група зарубіжних дослідників (С. Хан, Т. Шафанельт, К. Авад, Л. Дербай, Л. Фіскус, М.Трокел, Дж. Гох) представляє вигорання як повільно прогресуючий процес, що характеризується поступовим зниженням психічних можливостей працівника в межах конкретної професії та вікової

групи. Це визначення підкреслює динамічний характер вигорання, вказуючи на його поступовий розвиток та вплив на професійну продуктивність [54].

К. Маслач, одна з найбільш впливових дослідниць вигорання, запропонувала широковідоме визначення, яке представляє вигорання як психологічний синдром, що є наслідком хронічної реакції на тривалий емоційний та міжособистісний стрес у робочому середовищі. Цей синдром проявляється у трьох ключових компонентах: емоційному виснаженні, цинізмі (або деперсоналізації) та відчутті професійної неефективності (або зниженні особистих досягнень) [62].

Важливо, що К. Маслач, трактує вигорання, як наслідок значної диспропорції між професійними вимогами та індивідуальними ресурсами, потребами та цінностями працівника. Тобто, вигорання виникає не просто через велике навантаження, а й через невідповідність між очікуваннями, можливостями та винагородами в робочому середовищі.

Особливо цінним є акцент К. Маслач на тому, що «синдром вигорання більшою мірою характеризує роботу людини, ніж її саму» [63, с. 543].

Це принципове положення переміщує фокус уваги з особистісних якостей працівника (наприклад, недостатньої стресостійкості) на організаційні фактори та умови праці. Це невелике, але важливе доповнення дозволяє розглядати вигорання не як особисту проблему працівника, а як наслідок нездорового робочого середовища, яке потребує організаційних змін та втручань.

Л. Огієвська, спираючись на роботи К. Маслач, ключові компоненти вигорання описує наступним чином:

1. Емоційне виснаження – не просто втома, а стан глибокого виснаження, що супроводжується відчуттям спустошення та знесилення та є наслідком хронічного стресу. Особливо яскраво емоційне виснаження проявляється у медичній сфері, адже воно зумовлене постійним контактом з пацієнтами, необхідністю приймати складні рішення, високим рівнем відповідальності та хронічною нестачею часу. Проявами емоційного

виснаження є відчуття постійної перевантаженості, підвищена дратівливість, втрата здатності до співпереживання та зниження мотивації до роботи [29].

2. Деперсоналізація – негативне та цинічне ставлення до людей, особливо у професійному контексті, що проявляється у формальному спілкуванні, коли люди сприймаються як об'єкти, а не особистості, в результаті чого зникає співчуття та емпатія, зростає критичність. У медичній галузі деперсоналізація може виражатися у відчуженості до пацієнтів, ігноруванні їхніх емоційних потреб та цинічних коментарях [29].

3. Професійна неефективність – відчуття зниження компетентності та задоволення від роботи, що має свій вияв у втраті віри у власні сили, звуженні навичок та сумнівах щодо правильності вибору професії. У медичній сфері це може виражатися у нездатності надавати якісну допомогу, сумнівах у діагнозах, втраті контролю та уникненні складних випадків тощо [29].

Деякі зарубіжні вчені розглядають вигорання як психологічну реакцію, що розвивається у відповідь на довготривале виснаження та поступове зниження інтересу до професійної діяльності й ключовим аспектом тут є акцент на тривалості процесу. Дослідники підкреслюють, що ці зміни можуть відбуватися непомітно протягом місяців і навіть років, перш ніж вигорання стане очевидним для самої людини або оточуючих. Ця поступовість ускладнює ранню діагностику та профілактику, оскільки симптоми можуть спочатку здаватися незначними або пов'язаними з іншими факторами. На думку науковців, важливо враховувати, що вигорання не виникає раптово, а є результатом накопичення стресу та деструктивних емоцій протягом тривалого часу [55].

А. Ленгле розглядає вигорання як «втрату сенсу життя та зв'язку зі світом» й вважає, що вигорання – це фундаментальний стан, що спричиняє фізичні та психічні симптоми, які є захисним механізмом запобігання подальшому заглибленню людини в стан безцільності та відчуження [25, с. 267].

О. Громцева, у своїй статті, присвяченій дослідженню уявлень про професійне вигорання серед медичних працівників та вивченню його феноменології, робить важливий крок у напрямку систематизації теоретичних підходів до вигорання. Авторка пропонує узагальнену схему, яка відображає розмаїття існуючих теорій професійного вигорання [].

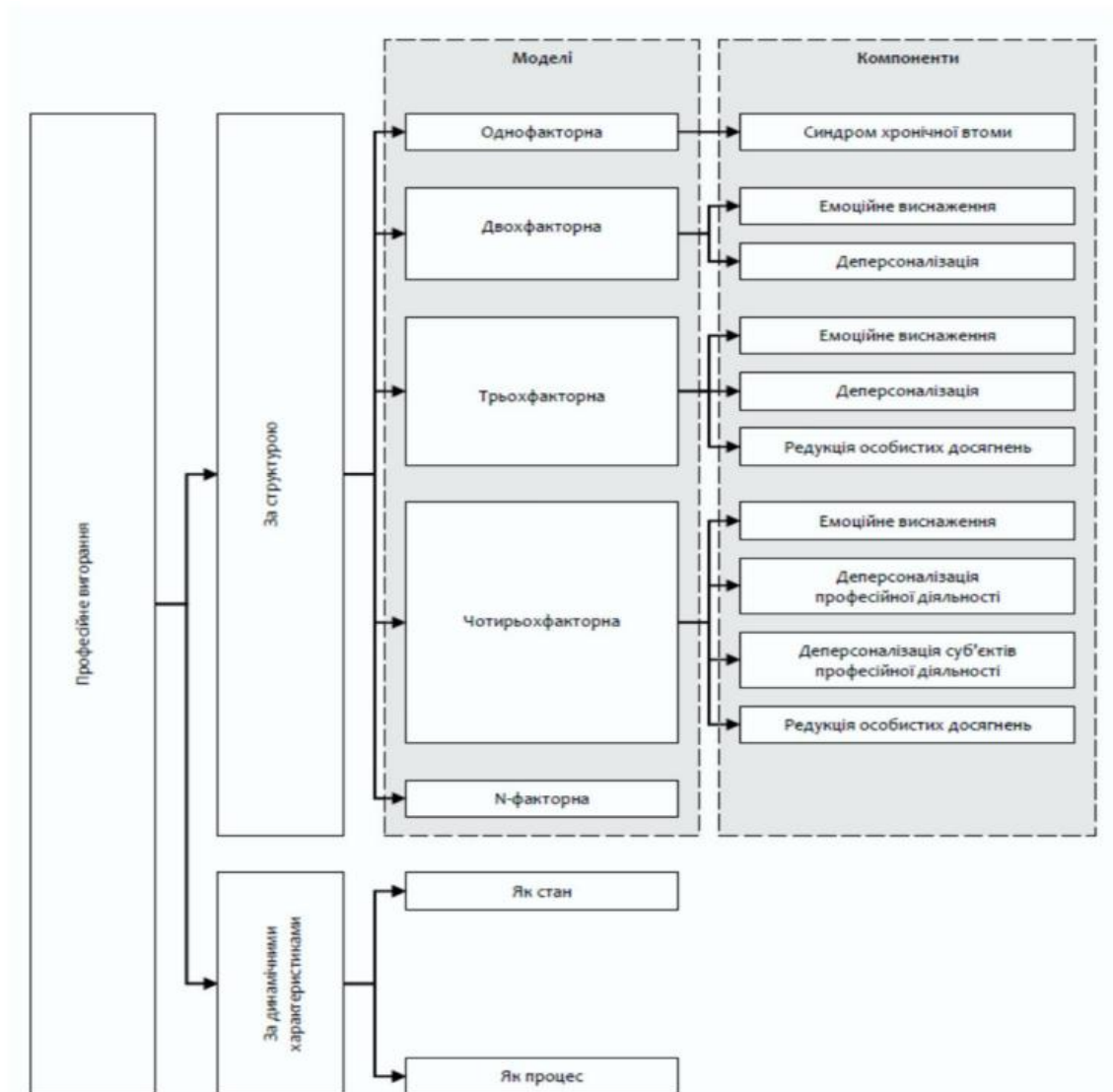


Рис. 1.1. Концептуальні моделі професійного вигорання (за О. Громцевою)

Однією з провідних концепцій, що пояснюють феномен професійного вигорання, є уніфакторна модель, яка розглядає цей стан як прояв синдрому хронічної втоми.

Так, Л. Кузнєцова, В. Фролов та М. Пересадін підкреслюють наявність вираженої та непропорційної втоми, яка є визначальною рисою синдрому хронічної втоми [58].

Флавіо Фонтес у своїх дослідженнях феномену вигорання спирається на концепцію Г. Фрейденбергера, яка розширює розуміння вигорання, включаючи до клінічної картини не лише психологічні, але й виражені на фізичному рівні симптоматику та зауважує, що цей синдром не є суто професійним, а може поширюватися і на інші сфери життя особистості [52].

Найбільш відомою є трифакторна модель емоційного вигорання, розроблена американськими психологами К. Маслач та її колегами (С. Джексон, М. Лейтер, Б. Перлман, Д. Хартман) у 1982 році. Ця модель пропонує комплексний підхід до розуміння та діагностики синдрому, враховуючи його багатовимірний характер [60].

У своїх наукових дослідженнях, Д. Асонов детально розглядає чотирифакторну модель емоційного вигорання, що є еволюцією попередніх концепцій й охоплює емоційне виснаження, деперсоналізацію (як до роботи, так і до людей), а також зниження власних досягнень [2].

Окрім структурних моделей, існують динамічні, що фокусуються на процесах вигорання й результативний підхід в означених моделях розглядає вигорання як сукупність незалежних симптомів, які можна виміряти, щоб оцінити загальну картину та вклад кожного компонента [27].

Л. Леженіна розглядає професійне вигорання як стан, що поєднує в собі як результат, так і процес й вважає, що це відображення динамічних змін в особистості під впливом професійного стресу. Вигорання, на думку дослідниці, є не просто статичним станом, а наслідком складної адаптації до хронічного стресу, що змінює особистісну структуру та функціонування [24].

Процесуальні моделі описують вигорання як послідовне наростання психо - емоційного виснаження, у наслідок чого формується таке негативне ставлення до колег та клієнтів. Виснажений фахівець намагається емоційно дистанціюватися від клієнтів, сприймаючи це як спосіб впоратися з

перевантаженням, водночас знижується самооцінка, з'являється відчуття некомпетентності та втрачається інтерес до роботи, тобто редукція професійних досягнень [14].

О. Журан, Л. Лінгур, Т. Філатова, спираючись на роботи М. Буріш, розглядають професійне вигоряння як прогресуючий стадіальний процес, в якому спочатку людина надмірно мобілізує енергію для досягнення цілей, але згодом це призводить до виснаження резервів, втоми, розчарування і, зрештою, до втрати сенсу життя [12].

Ю. Скорик, спираючись на концепцію Д. Едельвіча та Р. Бродскі, детально описує формування синдрому вигорання, градацію його тяжкості та поступове наростання симптомів, що поглиблюють згубні наслідки для особистості та її професійної діяльності [65].

Таким чином, на основі аналізу наявних досліджень професійне вигорання можна зазначити, як поліаспектний психофізіологічний феномен, який виникає внаслідок хронічного робочого стресу і характеризується тривалим емоційним навантаженням, що призводить до виснаження на емоційному, когнітивному та фізичному рівнях.

1.2. Психологічні чинники виникнення синдрому професійного вигорання медичних працівників

В умовах глобалізації та нестабільності ринку праці, медичні працівники стикаються зі значними викликами, адже втрата стабільності, посилення конкуренції та вузька спеціалізація збільшують психоемоційне навантаження.

Зниження соціального статусу, висока відповідальність, довгі робочі години та емоційне виснаження призводять до тривожних станів, депресії, вигоряння, психосоматичних розладів та зловживання психоактивними речовинами.

Особливо тривожною є тенденція до професійного розчарування, деморалізації, плинності кадрів, погіршення здоров'я, проблем у стосунках, зловживання алкоголем, підвищення ризику суїцидів та професійних помилок тощо. Для кращого розуміння вигоряння медиків варто звернутися до класифікації типів особистостей, схильних до цього стану, запропонованої Дж. Фрейденбергером та адаптованої Ф. Фонтезом [52]. Ця типологія допомагає виявити групи ризику та розробити індивідуальні стратегії профілактики вигоряння. Розглянемо детальніше кожен тип, зважаючи на медичну специфіку та механізм вигорання:

1.Гіпер – відповідальний працівник це надмірно віддана роботі людина, яка бере на себе багато обов'язків. Механізм вигорання полягає у тому що прагнення до ідеалу і хронічне перевантаження призводять до ігнорування потреб та емоційного виснаження, що призводить до психосоматичних розладів.

2.Авторитарний працівник використовує владу для контролю, вимагаючи підпорядкування, але у медичному колективі такий стиль може бути руйнівним. Постійний контроль, недовіра, страх втрати влади викликають високу внутрішню напругу та конфлікти, а емоційні витрати на підтримання авторитарного стилю виснажують ресурси, що є тригером професійного вигорання.

3.Трудоголік — професіонал, який жертвує особистим життям заради роботи, в результаті чого перевантаження, відсутність відпочинку призводять до емоційного та фізичного виснаження, втрати інтересу [49].

Слід зазначити, що професійне вигоряння медичних працівників зумовлюють кілька ключових факторів. Насамперед, це висока емоційна інтенсивність праці, адже медичні працівники постійно стикаються з широким спектром емоцій, що робить їхню роботу дуже насиченою та виснажливою.

По – друге, має місце амбівалентність емоцій, адже з одного боку, успіхи в професійній діяльності приносять задоволення та вдячність, а з

іншого невдачі, помилки, труднощі в спілкуванні та хронічна втома викликають пригнічення, тривогу та розчарування. Важливим є й соціально – психологічний фактор. Недостатнє визнання праці, обмеження в професійному розвитку, низька оплата та неповага від пацієнтів чи суспільства загалом знижують мотивацію та викликають розчарування. Важливу роль відіграє й особистісний фактор. Високий рівень емпатії, хоч і необхідний, призводить до емоційного перевантаження, а щоденні морально-етичні дилеми, конфлікти цінностей та обмежені ресурси спричиняють моральний стрес [59].

А. Мудрик пропонує для кращого розуміння вигоряння в професіях «людина-людина» звернутися до моделі Б. Перлмана та Е. Хартмана, які виділили три взаємопов'язані групи чинників, що спричиняють розвиток цього стану, а саме особистісні, рольові та організаційні [28].

Особистісні чинники включають індивідуальні психологічні особливості медичного працівника, його цінності та способи подолання стресу. Рольові чинники стосуються з вимог, очікувань та конфліктів, пов'язаних з професійною діяльністю; організаційні чинники відображають умови праці, систему управління та загальне середовище медичного закладу.

На думку дослідників, у науковій літературі, присвяченій вивченню синдрому емоційного вигорання виокремлюються три основні підходи, кожен з яких акцентує увагу на різних детермінантах цього явища: інтерперсональний підхід (Б. Бунк, В. Шауфелі, К. Маслач та ін.), а саме емоційне вигорання детермінується в контексті медичної практики. Це відносини між лікарем та пацієнтом, їхніми родинами, а також колегами. Другий – індивідуальний підхід (Л. Халлсен, С. Гобфул, Дж. Фріді, А. Пайнс), емоційне вигорання є результатом взаємодії між вимогами професійної діяльності та індивідуальними особливостями емоційної та мотиваційної сфери особистості. Третій – організаційний підхід (Р. Бурке, І. Віннабст), акцент на професійне середовище, його структуру, режим

діяльності, стиль керівництва та організаційну культуру, що є основними причинами вигорання [50].

О. Овчаренко стверджує, що анестезіологи та реаніматологи, працюючи в умовах сильного стресу та відповідальності, часто виявляють напруженість, занепокоєння, тривожність та депресію, що може порушити їхню соціальну адаптацію [35].

На думку Т. Вашек та С. Тукаєва, головною причиною професійного вигорання є психологічна перевтома, яка виникає тоді, коли внутрішні та зовнішні вимоги перевищують ресурси людини, що в результаті призводить до емоційного виснаження [5].

Отже, підсумовуючи все вищевикладене зазначимо, що аналіз наукової літератури дозволив виділити п'ять основних груп симптомів, які характерні для емоційного вигорання, які можуть проявлятися на різних фазах розвитку:

Фізичні симптоми: постійна втома, фізичне виснаження, зміни у вазі (зниження або збільшення), порушення сну, загальне погіршення здоров'я (відчуття задишки, диспепсія, гіпергідроз, тремор, високий артеріальний тиск, виразки, серцеві захворювання).

Емоційні симптоми: емоційна виснаженість, песимізм, цинізм, апатія, фрустрація, відчуття безнадійності, надмірна дратівливість, агресивність, підвищена тривожність, депресивні стани та відчуття провини.

Поведінкові симптоми: інтенсивна робота з ненормованим графіком роботи, як наслідок - швидке настання втоми, спостерігається дезадаптація харчової та фізичної активності, розвиток різноманітних адикцій.

Інтелектуальні симптоми: втрата зацікавленості до нових захоплень та теоретичних знань, зростання апатії, відмова від застосування творчих рішень, виникає професійна деформація, прояв цинізму щодо інновацій, байдуже (формальне) відношення що до виконання робочих обов'язків, уникнення заходів професійного розвитку.

Соціальні симптоми: відсутність часу або енергії для будь – якої активності, утримання від соціальних контактів на користь роботи, мізерні взаємини, відчуття відстороненості.

Медичні фахівці, які дотичні до служб екстреної допомоги, емоційне вигорання є наслідком хронічного стресу, що виникає через інтенсивну професійну діяльність, високий рівень відповідальності, постійний контакт з людським болем та стражданням. Початкові прояви вигорання в таких працівників включають небажання відповідати на виклики, відчуття втоми, послаблення мотивації до надання допомоги. За відсутності належних заходів це призводить до прогресуючої втрати емоційної, когнітивної та фізичної енергії, що негативно впливає на якість надання медичної допомоги та особисте життя працівника.

1.3. Резиліентність як спосіб подолання професійного вигорання

Проблема психологічної стійкості особистості перед викликами та складними життєвими обставинами тривалий час фокусує увагу науковців, які розглядають та досліджують різні аспекти людського буття — психологів, соціальних працівників, педагогів і медичних фахівців.

Поняття «резиліентність» було активно інтегроване в психологічну науку починаючи з 1960-х років. Воно запозичене з фізики, де використовувалося для позначення здатності матеріалу відновлювати свою початкову форму після деформації, спричиненої зовнішнім тиском. У психологічному контексті цей термін набув нового значення, описуючи властивість психіки людини ефективно протистояти стресовим та кризовим ситуаціям.

В. Федорчук, Л. Комарніцька, Н. Сторожук, спираючись на праці Ф. Лозеля, надають наступне визначення резиліентності – це «спроможність людини або групи людей ефективно реагувати та адаптуватися, розвиватися в умовах значних викликів чи несприятливого середовища» [39, с.10].

Ця концепція резилієнтності охоплює як успішне подолання високих ризиків та стресових факторів, так і збереження ключових особистісних якостей у небезпечних ситуаціях, повне відновлення після травм та подальше досягнення успіху. Чимало дослідників розглядають резилієнтність саме з цієї перспективи: не просто відновлення балансу після травматичних подій, а й вихід з них із «приростом», тобто покращенням функціональних компетенцій (посттравматичним зростанням) [10].

Концепція резилієнтності, згідно з С. Дмитришиним, набула центрального значення в сучасній позитивній психології та психології здоров'я. Етимологічно термін «резилієнтність» походить від латинського «resilire», що вказує на здатність до відскоку, повернення до вихідного стану або відновлення гомеостазу. У широкому контексті це явище позначає іманентний потенціал індивіда або спроможність соціальної системи до ефективної самоорганізації та повноцінного функціонування навіть в умовах значних несприятливих обставин [9].

У психологічній науці резилієнтність експлікується у трьох основних парадигмах як інтегральна диспозиція або конституційна спроможність особистості, як динамічний процес адаптивного подолання стресогенних ситуацій (копінг-механізм), та як поліфункціональний адаптаційно-захисний конструкт, що забезпечує психологічну стабільність та прогенеративний розвиток [9].

Застосування терміна «резилієнтність» в українському науковому дискурсі було ініційоване в контексті досліджень О. Хамініч та її колег, які обґрунтували необхідність поглибленого аналізу феномену подолання людиною труднощів та розпочали систематизацію його специфічних особливостей [40].

Згідно з Г. Лазос, резилієнтність визначається як «спроможність індивіда до психофізичної реституції до передкризового стану після впливу травматичних подій». У контексті теорії посттравматичного зростання це

також означає здатність до інтеграції негативних наслідків кризи для особистісної трансформації та досягнення вищої якості життя [22, с. 45].

Дослідники С. Пирожков, Є. Божок та Н. Хамітов наголошують, що резилієнтність, як риса характеру, є складною, багатогранною та змінною сукупністю людських якостей. Вона включає здатність зберігати стабільне та здорове психічне і фізичне функціонування після потенційно руйнівних подій, а також вміння відчувати позитивні емоції та робити висновки зі свого досвіду. За своєю психологічною суттю, резилієнтність може бути визначена як здатність людини протистояти та швидко адаптуватися до неблагодієприємних та травматичних подій [32].

О. Односталко визначає резилієнтність як цілеспрямований психічний стан, який активує внутрішні ресурси у моменти життєвих змін та потрясінь та формує таку рису особистості, що забезпечує успішну адаптацію та подальший особистісний розвиток. За його науковим аналізом, резилієнтність включає в себе низку важливих розвинених навичок: здатність сприймати та приймати реальні події, формулювати цілі і наполегливо рухатись до них, можливість оцінювати та переоцінювати ситуації, а також усвідомлення власного стану та стану інших людей. Крім того, резилієнтність передбачає прийняття відповідальності за своє життя та розуміння того, що людина не завжди є пасивною жертвою обставин [30].

Відомий український дослідник резилієнтності професор О. Кокун разом зі своїми колегами стверджує, що це явище включає в себе не тільки психологічні, а й фізичні, емоційні та поведінкові складові. Це означає, що «людина з високим рівнем резилієнтності не тільки успішно адаптується до нових обставин та ефективно розв'язує проблеми, а й відзначається міцним фізичним здоров'ям, стабільним емоційним станом та конструктивною поведінкою у складних ситуаціях. Такі індивіди спроможні не лише переживати несприятливі події, але й використовувати їх для розвитку, навчання на помилках та особистісного зростання після подолання труднощів» [18, с.12-13].

Резилієнтна людина демонструє розвинені навички подолання труднощів, вміє ефективно розподіляти свої ресурси, звертатися за допомогою при необхідності та відшукувати оптимальні способи виходу зі складних ситуацій. Індивіди з психологічною резилієнтністю здатні використовувати свої вміння та щоб долати будь – які життєві труднощі, як от втрату близьких, хвороби, військові дії. Замість того, щоб піддаватися відчаю або уникати проблем за допомогою неконструктивних стратегій, люди з міцним рівнем резильєнтності готові активно протистояти життєвим труднощам. Особливість резильєнтності полягає в тому, що людина застосовує здорові механізми подолання, що сприяє їхньому зміцненню та особистісному розвитку, і як результат – такі люди часто стають більш стійкими, ніж були раніше. Слід зауважити, що резилієнтність має кілька форм, і кожна з них по- своєму впливає на здатність людини долати різні види стресу.

На думку О. Костюченко та М. Бриль розрізняють такі типи резилієнтності:

Фізична резилієнтність – здатність організму пристосовуватись до змін, відновлюватись після хвороб, травм чи фізичних навантажень. Вона визначає рівень витривалості й впливає на процеси відновлення тіла і старіння.

Психічна резилієнтність – уміння адаптуватися до нових обставин і невизначеності, зберігаючи спокій, ясність мислення та гнучкість у стресових умовах.

Емоційна резилієнтність – здатність контролювати власні емоції під час стресу та підтримувати позитивне ставлення навіть у складні моменти життя.

Соціальна резилієнтність – властивість спільнот і окремих осіб відновлюватися після кризових ситуацій завдяки взаємопідтримці, спілкуванню та спільним діям.

Всі ці складові разом формують цілісне уявлення про резилієнтність, що допомагає людині ефективно долати труднощі та запобігати професійному вигоранню [20].

Отже, огляд теоретичних праць психологів щодо визначення поняття резилієнтності показує, що більшість досліджень сходяться в одному – це потенціал людини відновлюватися після важких життєвих подій. Розкриття змісту резилієнтності через призму стресостійкості підтверджує, що ця психологічна властивість допомагає регулювати силу впливу різних стресових ситуацій на переживання людини [33].

Висновки до розділу I

У науково-психологічній літературі професійне вигорання розглядається як багатогранне явище, що проявляється комплексом психофізичних, соціально-психологічних та поведінкових симптомів, які можуть негативно впливати на особистісний та професійний розвиток, особливо у медичній сфері. Професійно-особистісний розвиток медичних фахівців характеризується високим рівнем стресу та відповідальності, що підвищує ймовірність виникнення симптомів професійного вигорання. Серед ключових психологічних факторів, які сприяють його розвитку серед медичних працівників, виділяють постійну емоційну напругу, робоче перевантаження, брак підтримки та обмежені можливості для професійної самореалізації.

Важливе значення у подоланні професійного вигорання має резилієнтність – психологічний ресурс особистості для ефективного подолання стресу та адаптації після травматичних ситуацій до нових життєвих обставин, що забезпечує її повноцінне функціонування. Вона формується сукупністю регулятивних якостей, таких як саморегуляція, життєстійкість, самоконтроль, мотивація досягнення успіху та активні копінгі. Також до її складу входять когнітивні аспекти, що включають оптимістичний атрибутивний стиль, когнітивну гнучкість, осмисленість життя, його цілеспрямованість та розвинений емоційний інтелект.

РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ ТА РЕЗИЛІЄНТНОСТІ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

2.1. Організація та проведення констатувального дослідження та характеристика вибірки

Теоретичний аналіз наукової психологічної літератури допоміг з'ясувати, що професійне вигорання, яке в медичному середовищі називають професійною дезадаптацією, є явищем, що набуває загрозливих масштабів. Цей стан характеризується поступовим виснаженням психічних сил, що призводить до загального зниження професійних здібностей та ефективності. Причини розвитку синдрому різноманітні, включаючи хронічний стрес, пов'язаний з інтенсивним емоційним навантаженням, понаднормовою роботою, конфліктами в колективі, а також недостатнім соціальним та фінансовим визнанням. Результатом цього є порушення механізмів адаптації, що проявляється у деперсоналізації, цинічному ставленні до пацієнтів і колег, а також у відчутті знецінення особистих досягнень. Клінічні прояви включають фізичні симптоми, такі як хронічна втома, біль у голові, погіршення сну, а також психічні ознаки, зокрема підвищену тривожність, депресію, зниження розумових здібностей та емоційну нестабільність. Все це разом призводить до погіршення якості медичного обслуговування, збільшення кількості лікарських помилок, підвищення ризику медичних ускладнень та погіршення загального стану здоров'я населення.

Аналіз попередніх досліджень дав змогу виокремити ключові моменти, що потребують подальшого емпіричного вивчення.

Відповідно до мети та завдань дослідження проводилось у декілька етапів.

На першому підготовчому етапі були дібрані методики: «Шкала резильєнтності» К. Коннор – Д. Девідсона-10 (CD-RISC-10) [1]; методика

«Психологічне вигорання» К. Маслач та С. Джексон адаптована Н. Водоп'яноюю та О. Старченковою [1]; методика «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка [1], а саме перелік діагностування і проаналізовано вибірку, на другому – основному етапі проведено кількісний та якісний аналіз.

Для оцінки рівня стресостійкості та опору життєвим негараздам, як було зазначено раніше, обрана «Шкала резильєнтності» К. Коннор – Д. Девідсона-10 (CD-RISC-10). В оригінальній концепції резилієнтності акцент робиться на твердженні, що означає властивість особистості, дозволяє успішно долати труднощі та ефективніше відновлюватися після травматичного досвіду. Спрощена але загально визнана версія складається з 10 тверджень, які враховують загальний фактор стресостійкості. Оцінювання відбувається за 5-бальною шкалою Лайкерта (від 0 до 4 балів); загальний діапазон балів від 0 до 40 та інтерпретується за рівнями від «дуже низького» до «високого»: 0-15 – «дуже низький», 16-25 – «низький /середній», 26-35 – «середній/високий», 36-40 – «високий». Шкала дає змогу об'єктивно оцінити ресурсний потенціал досліджуваної нами вибірки.

Методика «Психологічне вигорання», адаптована Н. Водоп'яноюю та О. Старченковою, базується на загальновизнаній моделі К. Маслач та С. Джексон й використовується для визначення рівня професійного вигорання. Це явище трактується як комплексний синдром, що виникає внаслідок тривалого професійного стресу і складається з трьох основних елементів: емоційного виснаження, деперсоналізації та знецінення особистих досягнень [11].

Емоційне виснаження відображає рівень фізичної та психологічної втоми, яка проявляється стійким відчуттям спустошеності та істотним зниженням життєвої енергії. Цей показник є ключовим індикатором стресового аспекту вигорання [11]. Деперсоналізація вказує на зміну ставлення до оточуючих, що виявляється у зростаючому цинізмі, відчуженні та схильності сприймати колег або клієнтів як об'єкти, а не як особистості [11]. Зменшення особистих досягнень відображає суб'єктивне відчуття

власної неефективності та некомпетентності у професійній діяльності. Цей компонент призводить до втрати впевненості у своїх здібностях та потенціалі, руйнуючи самооцінку людини [11].

Для дослідження використовується методичний інструментарій у вигляді анкет або опитувальників, де респонденти самостійно оцінюють свої емоційні стани та поведінкові реакції за допомогою спеціальних шкал. Це дозволяє не тільки виявити наявність симптомів вигорання, а й кількісно оцінити його інтенсивність та вираженість за кожним із складових компонентів.

Такий діагностичний інструментарій складається з 22 запитань, розділених на три підшкали. Учасники обирають варіант відповіді в діапазоні від «ніколи» до

«завжди», що відповідає балам від 0 до 6. Після заповнення опитувальника бали по кожній підшкалі сумуються згідно з наданим ключем. Отримані загальні показники потім порівнюються з визначеними рівнями «вигорання»: низьким, середнім або високим [11]. Загальний показник за сумою за трьома шкалами дає показник загального емоційного вигорання.

Методика «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка є інструментом для оцінки ключових емоційних станів – тривожності, фрустрації, ригідності та агресивності, які є важливими для визначення адаптаційних здібностей людини [6]. Методика Г. Айзенка містить 40 тверджень, стратегічно розподілених для вимірювання чотирьох ключових психічних станів: тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності. Кожен із цих станів детально розкривається через 10 тверджень, на які респонденти надають відповіді, використовуючи 4-бальну шкалу Лайкерта. Ця шкала дозволяє точно градювати стан, де 0 балів означає «ніколи», 1 бал – «рідко», 2 бали – «іноді», а 3 бали – «часто». Така структура методики гарантує чітку диференціацію та індивідуальну оцінку кожного з чотирьох станів, забезпечуючи формування комплексного та детального профілю емоційного стану опитуваного. Процедура тестування розроблена поетапно. На

початковому етапі створюється оптимально комфортне та спокійне середовище для заповнення анкети, що є критично важливим для отримання максимально достовірних і щирих відповідей. Учасники отримують вичерпний інструктаж щодо коректного заповнення, при цьому особлива увага акцентується на значущості відвертих відповідей. Зазвичай, весь процес заповнення анкети займає не більше 15-20 хвилин [13].

По завершенні заповнення анкети, здійснюється ретельна оцінка результатів шляхом індивідуального підрахунку балів для кожного з чотирьох психічних станів. Сумарний бал для кожного стану формується як арифметична сума балів, отриманих за відповідними твердженнями. Інтерпретація здобутих даних базується на цих сумарних показниках для кожного психічного стану, тоді як низькі показники свідчать про його мінімальну вираженість або повну відсутність.

Емпіричне дослідження професійного вигорання та резилієнтності у медичних працівників проводилось на базі Комунального Некомерційного Підприємства Поліклінічного об'єднання «Кропивницької міської ради» Поліклінічного відділення №5. Вибірка складалась з 92 осіб, з них чоловіків 22 особи (23,9%), жінок 70 осіб (76,08%) – лікарі вузьких спеціальностей, спеціалісти лабораторної діагностики.

Формування та розподіл вибірки за віком продемонстрував такі показники: до 20 р. – 4 особи (4,3%), 20-30 р. – 24 особи (26, 08%), 30-40 р. – 26 осіб (28,2%), 40-50 р. – 17 осіб (18,4%) та більше 50 р. – 21 особа (22,8%).

Розподіл учасників дослідження за рівнем освіти продемонстрував такі показники: 64 особи (69,5%) має вищу освіту й серед них науковий ступінь мають 3 особи (3,2%), середню спеціальну освіту мають 16 осіб (17,3%), здобувають вищу освіту 12 осіб (13,04%). Також, нас цікавило, як війна вплинула на здоров'я тих, хто брав участь у дослідженні. Серед 92 учасників дослідження (100%) були виявлені такі зміни у стані здоров'я. До початку війни 18 осіб (19,5%) оцінювали своє здоров'я як відмінне. На жаль, зараз ця кількість зменшилася втричі і лише 6 учасників (6,5%) зафіксовано

показники відміного психічного здоров'я. Більша частина респондентів, а саме 64 особи (69,5%), до війни відзначали задовільний стан психічного здоров'я; на поточний момент цей показник знизився до 38 осіб (41,3%). Посередній стан здоров'я до війни мали 10 учасників (10,8%), проте зараз кількість таких осіб зросла до 28 (30,4%). Кількість респондентів із хронічними захворюваннями – 11 осіб (11,9%). Щодо досвіду саморегуляції емоційного стану, 45 учасників (48,9%) повідомили про використання різноманітних психологічних практик, тоді як 47 осіб (51,8%) такого досвіду не мали.

2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження

Після впровадження психодіагностичних методик було здійснено статистичну обробку результатів, яка включала в себе якісний та кількісний аналіз чинників професійного вигорання медичних працівників.

Аналіз отриманих результатів за допомогою «Шкала резильєнтності» К. Коннор – Д. Девідсона-10 (CD-RISC-10) дозволив виявити чіткий розподіл рівня стресостійкості серед учасників. Значна частина респондентів, а саме 42 особи (45,6%), демонструють низький рівень прояву цієї властивості, що вказує на їхню підвищену вразливість. Середній рівень резильєнтності характерний для 36 осіб (39,1%), тоді як високий рівень стійкості, який дозволяє ефективно долати виклики, був зафіксований лише у 14 учасників (15,2%). Детальний графічний розподіл результатів вимірювання резильєнтності наведено на рисунку 2.1.

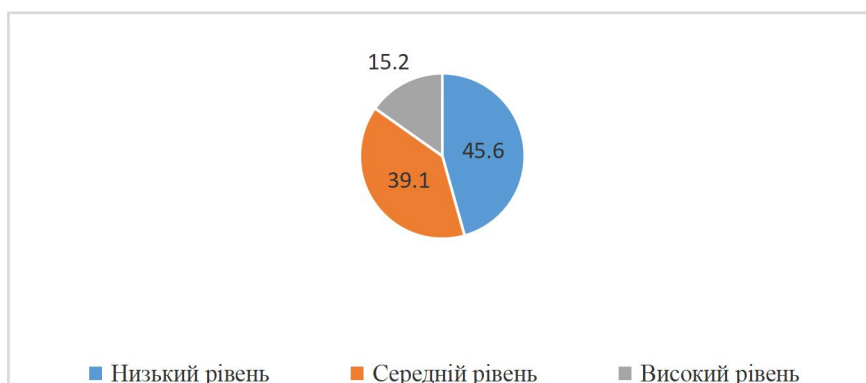


Рис.2.1. Дані вимірювання резильєнтності (за К. Коннор – Д. Девідсоном –10)

У представників досліджуваної вибірки домінує низький рівень резильєнтності, що охоплює 45,6% опитаних. Ця група становить найбільший сегмент вибірки, що є тривожним індикатором стану психологічного здоров'я медичних працівників. Це означає, що в умовах тривалого стресу, спричиненого війною в Україні, майже кожен другий учасник відчуває значні труднощі з «пом'якшенням» соціальних і психологічних наслідків. Як наслідок, їм вкрай важко адаптуватися та повернутися до здорового психосоціального функціонування, яке було порушене психотравмуючими факторами.

Значна частина респондентів, а саме 39,1%, демонструє лише помірний рівень резильєнтності, що свідчить про їхню обмежену здатність протистояти безперервному стресу, який визначає їхнє життя протягом останніх років, що включають понад два роки епідемії та більше трьох років війни. Ці особи часто відчувають невпевненість, що ускладнює ефективне прийняття рішень у динамічних обставинах. Ця категорія є найбільш неоднорідною та психологічно цікавою, оскільки представляє перехідний стан між дезадаптацією та ефективним подоланням.

Поведінкові та психоемоційні особливості респондентів з помірним рівнем резильєнтності полягають у амбівалентності адаптаційних ресурсів, що полягають у вияві певних копінг-стратегій та захисними механізмами, проте вони є здебільшого ситуативними. Також характерні систематичні коливання між стабільністю і станом декомпенсації, що пов'язано з

обмеженістю резервів психологічної енергії та неповноцінною автоматичністю адаптивних патернів поведінкового аспекту. На когнітивному рівні спостерігається дисонанс між усвідомленням необхідності активних дій та сумнівами у власній ефективності. Часто фіксується феномен надмірного обдумування ситуації без переходу до конкретних дій. На відміну від низькорезильєнтної групи, ці особи здатні звертатися за допомогою, проте роблять це непослідовно або недостатньо ефективно через страх виглядати слабкими чи стати тягарем для інших.

Представники помірної резилієнтності потребують психологічної підтримки, навчання ефективним копінг-стратегіям та зміцнення особистісних ресурсів вони мають потенціал переходу до високорезильєнтної групи. Водночас, за відсутності інтервенцій та при продовженні або посиленні стресового впливу існує ризик регресії до низького рівня резильєнтності. Тільки 15,2% опитаних продемонстрували високий рівень резилієнтності, свідчить про їхню виняткову здатність до відновлення та зміцнення. Ці фахівці чудово адаптуються до стресу, проявляють сильну психологічну стійкість, яка дозволяє їм долати життєві труднощі, зберігаючи психічне здоров'я та особистісну цілісність, що репрезентує оптимальну модель адаптації в кризових і стресових умовах.

Вбачаємо необхідність розкрити психологічний портрет респондентів дослідження що продемонстрували високу резилієнтність. Першою характерною ознакою є когнітивна гнучкість, адже представники цієї групи демонструють виражену здатність до когнітивного рефреймінгу – переосмислення складних ситуацій у конструктивному ключі без применшення їхньої реальної складності.

Також наявна розвинена емоційна компетентність, що включає здатність до розпізнавання, розуміння та регуляції власних емоцій та емоцій інших, що свідчить про високий емоційний інтелект. Високорезильєнтні особи мають розвинену мережу соціальних зв'язків та ефективно її використовують.

Шляхом застосування ϕ -критерію кутового перетворення Фішера було встановлено значущі кількісні відмінності між групами резильєнтності. Емпіричне значення 4,08, що перевищує критичне 2,81, дозволило відхилити нульову гіпотезу та підтвердити, що осіб з низьким рівнем стійкості значно більше, ніж з високим ($p > 0,001$). Це підкреслює домінування обмеженого психологічного «відновлення» в умовах тривалого стресу. У дослідженні резильєнтності 92 медичних працівників (70 жінок, 22 чоловіки) ϕ -критерій кутового перетворення Фішера був використаний для порівняння частоти прояву різних рівнів резильєнтності між контрастними групами респондентів. Одне з ключових порівнянь стосувалося кількості осіб з низьким рівнем резильєнтності та кількості осіб з високим рівнем резильєнтності.

У нашому випадку, розрахункове емпіричне значення склало 4,08. Критичне значення ϕ - критерію Фішера береться зі статистичних таблиць для певного рівня значущості (p) та обсягу вибірки. Для рівня $p < 0,001$ (що вказує на дуже високу вірогідність відмінностей) критичне значення, зазвичай, становить 2,81. Якщо емпіричне значення (4,08) перевищує критичне (2,81), це означає, що відмінності між порівнюваними групами є статистично значущими. У даному випадку, оскільки $4,08 > 2,81$, нульова гіпотеза (H_0) про відсутність розбіжностей відхиляється. Приймається альтернативна гіпотеза (H_1), яка стверджує, що осіб з низьким рівнем резильєнтності більше, ніж з високим. Застосування ϕ -критерію Фішера чітко показало, що серед медичних працівників кількість осіб з низькою психологічною стійкістю значно переважає тих, хто має високу резильєнтність, особливо в умовах тривалого стресу.

Аналогічно, порівняння помірного та високого рівнів резильєнтності за тим самим критерієм (емпіричне значення $3,04 >$ критичне 2,81) також призвело до відхилення нульової гіпотези, підтверджуючи перевагу помірно стійких осіб над високо резильєнтними ($p > 0,001$). Загальні висновки свідчать, що кількість осіб з низькою резильєнтністю майже дорівнює сукупній

кількості помірно та високо резилієнтних учасників. Результати порівняльного аналізу подано в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1.

Рівні резильєнтності за ϕ - критерієм кутового перетворення Фішера

Вид порівняння	ϕ емпіричне	ϕ критичне	P
Високий-низький рівень у жінок	3,14	2,81	0,001
Середній-низький рівень у жінок	1,84	1,64	0,05
Високий-низький рівень у чоловіків	3,79	2,81	0,001
Середній-низький рівень у чоловіків	3,79	2,81	0,001

На підставі даних таблиці можна зробити висновок, що у медичних працівників, як серед жінок, так і серед чоловіків домінує низький рівень резильєнтності, значно перевищуючи кількість осіб з помірними та високими показниками. Виявлені відмінності не є випадковими та відображають реальну закономірність: в умовах тривалого кумулятивного стресу кількість осіб з низькою резильєнтністю статистично достовірно переважає кількість високорезильєнтних осіб у співвідношенні 3:1 (42 vs 14 осіб, або 45,6% vs 15,2%). Отримані дані демонструють механізм поступової акумуляції травматичного досвіду.

Наступним кроком стало застосування методики «Психологічне вигорання» К. Маслач та С. Джексон, що надало інформацію про рівень емоційного виснаження, деперсоналізації та зниження особистих досягнень у респондентів.

Результати проведеного дослідження продемонстрували, що 44 особи (47,8%) страждають від високого емоційного виснаження. Представники цієї категорії переживають повноцінне емоційне спустошення, яке проявляється на декількох рівнях: першим рівнем є суб'єктивне переживання, а саме,

хронічне відчуття втоми, що не зникає після відпочинку; почуття емоційної спустошеності. Другим рівнем виступає когнітивний, що виявляє труднощі концентрації і фокусу уваги, зниження успішності розумової діяльності, неможливість критично мислити.

Середній рівень виснаження продемонструвало 32 респондентів (34,7%); низький – 16 осіб (17,3%). Для середнього рівня такі показники: відчуття повного спустошення, відсутність активності та працездатності. Для низького рівня емоційного виснаження характерне збереження енергійності, здатність до психологічного відновлення, підтримка професійного ентузіазму. Візуальне відображення цих даних міститься на рисунку 2.2.

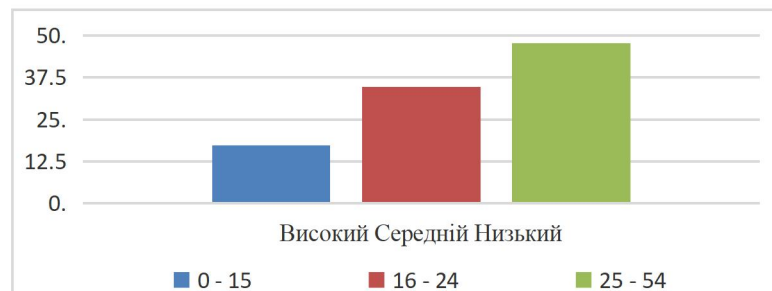


Рис. 2.2. Рівні емоційного виснаження (за методикою К. Маслач та С. Джексон)

Результати дослідження, засвідчують значну поширеність професійного вигорання серед медичних працівників, що безпосередньо впливає на їхню резильєнтність. Майже половина з 92 учасників, а саме 44 особи (47,8%), страждають від високого емоційного виснаження, що є ключовим компонентом вигорання та свідчить про глибоке вичерпання психологічних ресурсів. Ще 32 респонденти, що становить 34,7%, перебувають на середньому рівні виснаження, що також вказує на суттєве навантаження та ризик посилення симптомів вигорання, тоді як лише 16 осіб (17,3%), демонструють низький рівень виснаження, що відображає їхню стесостійкість.

Особливе занепокоєння викликають показники деперсоналізації, де високий ступінь цього явища був виявлений у 38 респондентів (41,3%).

Середній рівень деперсоналізації спостерігається у майже половини учасників – 45 осіб (48,9%), що вказує на поширеність цинічного ставлення або емоційної відстороненості. Лише 9 респондентів (9,7%), демонструють низький рівень деперсоналізації, що підкреслює їхню збережену здатність до емпатії та взаємодії. Відображення цих даних представлено на рисунку 2.3.

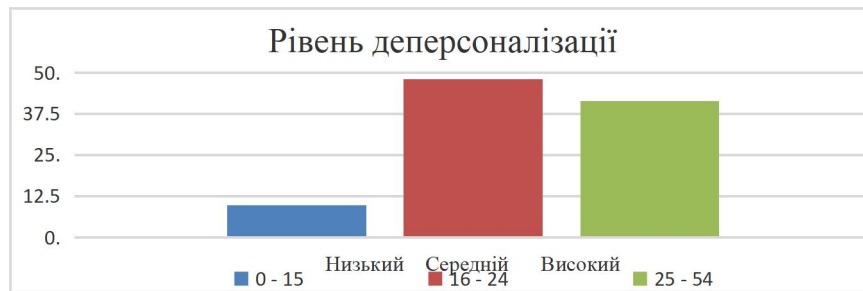


Рис.2.3 Рівні деперсоналізації (за методикою К. Маслач та С.Джексон)

Щодо третього компоненту синдрому професійного вигорання — редукції особистих досягнень, 32 респонденти (34,7), виявили високий ступінь цього аспекту вигорання, що відображає зниження відчуття власної компетентності та ефективності у професійній діяльності. Це може свідчити про переживання кризи професійної ідентичності, що серйозно підриває мотивацію та прагнення до розвитку. У 34 учасників, що становить 36,9%, спостерігається середній рівень редукції, що також вказує на певний дискомфорт щодо власних професійних успіхів та потенційне зниження резильєнтності до невдач. Ці респонденти переживають амбівалентність, а саме: іноді відчують себе компетентними та ефективними, але часто виникають сумніви, особливо після складних випадків або професійних невдач. Натомість, 26 осіб (28,2%,) мають низький рівень редукції особистих досягнень, що свідчить про їхню збережену віру у власні сили та ефективність, що є ключовим елементом високої резильєнтності. Аналіз результатів подано на рисунку 2.4.

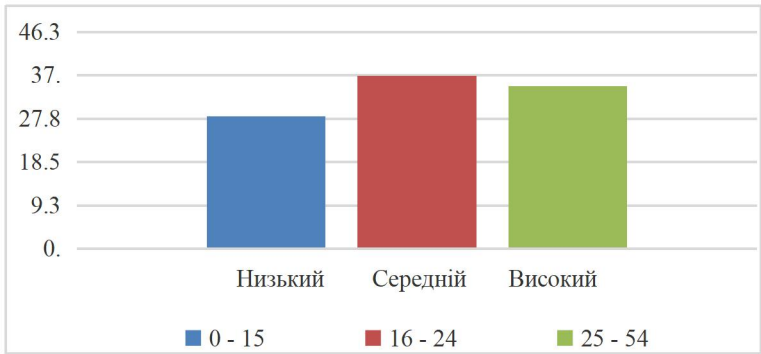


Рис.2.4. Рівні редукції особистих досягнень (за методикою К. Маслач та С.Джексон)

За для встановлення взаємозв'язків між рівнями психологічного вигорання нами було використано коефіцієнт рангової кореляції Спірмена як непараметричний критерій, що не вимагає нормального розподілу даних та підходить для аналіз порядкових змінних (рівнів вигорання). Кореляційний аналіз представлено у таблиці 2.2

Таблица 2.2.

Аналіз кореляційного взаємозв'язку показників психологічного вигорання (за методикою К.Маслач та С. Джексон)

Показники	Емоційне виснаження	Деперсоналізація	Редукція особистих досягнень
Емоційне виснаження	1,000	0,687	0,542
Деперсоналізація	0,687	1,000	0,501
Редукція особистих досягнень	0,542	0,501	1,000

Детальні результати кореляційного аналізу демонструють взаємозв'язок емоційного виснаження і деперсоналізації, який виявляє сильний рівень взаємозалежності і інтерпретується як високе емоційне виснаження, що супроводжується посиленням деперсоналізації. Взаємозв'язок емоційного виснаження і редукції особистих досягнень є помірно позитивний, а отже може вказувати на зростання виснаження пов'язане зі зниженням відчуття професійної компетентності. Вважаємо за необхідне зазначити , що деперсоналізація і редукція особистих досягнень

теж виявили помірно позитивний взаємозв'язок, який виявляється у цинічному ставленні до пацієнтів, що корелює зі зниженням самооцінки професійних досягнень. Три компоненти професійного вигорання статистично значущо корелюють між собою, що підтверджує їх взаємозв'язок та необхідність комплексного підходу до профілактики вигорання. Визначено пріоритетність роботи з емоційним виснаженням як ключовим предиктором інших компонентів вигорання.

Отже, виявлені показники свідчать про те, що значна частина медичних працівників перебуває у стані професійного вигорання або має високий ризик його розвитку. Ця ситуація підкреслює критично низький рівень резильєнтності у значної кількості персоналу, що потребує негайних і системних заходів для психологічної підтримки, навчання ефективним стратегіям подолання стресу та відновлення психоемоційних ресурсів.

Методика «Самооцінка психічних станів» за Г. Айзенком стала ключовим інструментом для вимірювання таких показників, як рівень тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності серед респондентів. Узагальнені результати дослідження отримані за методикою «Самооцінка психічних станів» за Г. Айзенком подані в таблиці 2.3

Таблиця 2.3.

Рівні психічних станів (за методикою Г. Айзенка)

Рівні	Психічні стани							
	Тривожність		Фрустрація		Агресивність		Ригідність	
	Кіл-ть осіб	%	Кіл-ть осіб	%	Кіл-ть осіб	%	Кіл-ть осіб	%
Високий	23	25%	22	23,9%	19	26%	15	16,3%
Середній	56	60,8%	50	54,3%	61	66,3%	52	56,5%
Низький	13	14,1%	20	21,7%	10	10,8%	27	27,1%

Аналіз отриманих даних виявив, що 23 респонденти (25%) відчують інтенсивне почуття тривоги. Цей високий показник тривожності є серйозним

індикатором потенційного дисбалансу в психологічній адаптації та, ймовірно, безпосередньо корелює з екстремальним рівнем стресу, що переважає у їхньому професійному та особистому житті. Такий стрес може бути детермінований низкою факторів, включаючи неперервні професійні виклики, пов'язані з війною (наприклад, робота в умовах підвищеної небезпеки, великий потік пацієнтів з травмами), особистісні проблеми чи інші травматичні події.

56 осіб (60,8%) демонструють помірний рівень тривожності. Цей показник, хоча й не є критично високим, вимагає ретельної інтерпретації в контексті професійної діяльності медичних працівників та їхньої резильєнтності; 13 осіб (14,1%) демонструють низький рівень тривожності. Цей показник є надзвичайно позитивним і свідчить про виражену емоційну стабільність та високий ступінь впевненості у власних силах серед цієї групи медичних працівників.

Аналіз рівня фрустрації серед медичних працівників виявив три різні групи, кожна з яких має значний вплив на резильєнтність та потенціал професійного вигорання. 22 респонденти (23,9%) демонструють високий рівень фрустрації, що виявляється у постійному відчутті розчарування та безпорадності.

Найбільша група – 50 осіб (54,3%) – демонструє помірний рівень фрустрації. Ці медичні працівники, хоча й відчувають розчарування через невдачі чи перешкоди на шляху до професійних цілей, проте, як правило, здатні швидко відновлюватися. 12 респондентів (21,7%) виявляють низький рівень фрустрації, що свідчить про їхню високу стресостійкість та здатність легко сприймати невдачі як частину процесу.

19 осіб (26%) демонструють високий рівень агресивності, що виявляють схильність до ворожих та деструктивних реакцій, що неминуче призводить до частих міжособистісних конфліктів як у професійному, так і в особистому середовищі. Такий підвищений рівень агресії, ймовірно, є наслідком накопичених внутрішніх емоційних конфліктів, хронічного стресу

та професійного незадоволення, що особливо актуально в умовах роботи під час війни; 61 особа (66,3%) демонструє середній рівень агресивності. Вони, як правило, здатні контролювати свої агресивні реакції та дотримуються встановлених соціальних і професійних норм поведінки; 10 осіб (10,8%) характеризуються низьким рівнем агресивності. Ці медичні працівники є миролюбними та надзвичайно схильними до співпраці. Вони рідко виявляють агресивні емоції, віддаючи перевагу конструктивним та мирним шляхам вирішення конфліктів.

15 осіб (16,3%) демонструють високий рівень ригідності. Ці фахівці відчують значні труднощі в адаптації до нових ситуацій і схильні до консервативного, стереотипного мислення; переважна більшість респондентів – 52 особи (56,5%) – мають середній рівень ригідності. Ця група медичних працівників демонструє функціональну здатність до адаптації до змін та нових вимог, що виникають у певних професійних та життєвих ситуаціях; 25 осіб (27,1%) характеризуються низьким рівнем ригідності. Ці фахівці вирізняються винятковою гнучкістю мислення та легкістю адаптації до нових і навіть радикально змінених умов.

Аналіз результатів за даною методикою подано в таблиці 2.4.

Таблиця 2.4.

Розподіл вибірки за рівнями психічних станів за t-критерієм Спірмена
(за методикою Г. Айзенка)

Рівень	Тривожність	Фрустрація	Агресивність	Ригідність
Високий	25,0% (n=23)	23,9% (n=22)	20,7% (n=19)	16,3% (n=15)
Середній	60,9% (n=56)	54,3% (n=50)	66,3% (n=61)	56,5% (n=52)
Низький	14,1% (n=13)	21,7% (n=20)	13,0% (n=12)	27,2% (n=25)

Проведене дослідження виявило критичну ситуацію щодо психологічного стану медичних працівників, що характеризується високою поширеністю професійного вигорання та негативних психічних станів. Майже половина медичних працівників (47,8%) страждають від високого

емоційного виснаження, що є тривожним сигналом про глибоке вичерпання психологічних ресурсів персоналу. Більше того, 41,3% респондентів демонструють високу деперсоналізацію, що свідчить про масштабну деформацію міжособистісної взаємодії у професійному контексті, а 34,7% переживають редукцію особистих досягнень, що вказує на кризу професійної ідентичності та зниження мотивації до подальшої діяльності.

Паралельно з високим рівнем професійного вигорання спостерігається значна поширеність негативних психічних станів серед медичних працівників. Кожен четвертий респондент (25,0%) має високу тривожність, що створює постійне внутрішнє напруження та знижує адаптивні можливості. Майже чверть медичних працівників (23,9%) переживають сильну фрустрацію, пов'язану з неможливістю реалізації професійних цілей в умовах обмежених ресурсів та системних дисфункцій. П'ята частина досліджуваних (20,7%) виявляє високу агресивність, що несе ризики для міжособистісної взаємодії та якості надання медичної допомоги. Відносно менша, але все ж значна частина респондентів (16,3%) демонструє ригідність мислення, що може перешкоджати адаптації до нових умов та вимог професійної діяльності.

Кореляційний аналіз, який поданий у таблиці 2.5 розкрив системний характер виявлених проблем, продемонструвавши потужні взаємозв'язки між різними аспектами психологічного неблагополуччя. Емоційне виснаження виступає предиктором деперсоналізації ($r = 0,687$), що підтверджує гіпотезу про захисну функцію цинічного ставлення та емоційної відстороненості в умовах вичерпання ресурсів. Тривожність тісно пов'язана з фрустрацією ($r = 0,734$), утворюючи замкнене коло негативних переживань, де кожен стан підсилює інший. Фрустрація, в свою чергу, провокує агресивні реакції ($r = 0,689$), що підтверджує класичну теорію психологічного захисту та вказує на високий ризик конфліктних ситуацій у професійному середовищі. Всі ці зв'язки є статистично високозначущими ($p < 0,001$), що підкреслює їх стабільність та прогностичну цінність.

Таблиця 2.5.

Кореляційний аналіз психічних станів за t -критерієм Спірмена (за методикою Г. Айзенка)

Показники	Тривожність	Фрустрація	Агресивність	Ригідність
Тривожність	1,000	0,734	0,612	0,458
Фрустрація	0,734	1,000	0,689	0,521
Агресивність	0,612	0,689	1,000	0,394
Ригідність	0,458	0,521	0,394	1,000

Узагальнені висновки за результатами методики самооцінки психічних станів за Г. Айзенком свідчать про неоднорідний рівень резильєнтності серед медичних працівників, що безпосередньо впливає на їхню здатність протистояти професійному вигоранню. Дослідження виявило, що значна частина медичного персоналу знаходиться під високим або помірним ризиком психоемоційного виснаження.

Найчисельніша група, що становить понад половину респондентів (54,3%), виявляє помірний рівень психоемоційних станів за всіма шкалами, що свідчить про наявність функціональної резильєнтності та певних адаптаційних здібностей.

Висновки до розділу II

Проведене емпіричне дослідження на базі Комунального Некомерційного Підприємства Поліклінічного відділення «Кропивницької міської ради» Поліклінічного відділення №5 виявило тривожну тенденцію: майже половина медичного персоналу (45,6%) демонструє критично низький рівень психологічної стійкості. Ця ситуація вимагає негайного втручання, оскільки поєднання пандемічних наслідків та воєнного стану створює

кумулятивний ефект, який систематично руйнує адаптаційні можливості фахівців охорони здоров'я.

Особливу стурбованість викликає той факт, що серед чоловіків-медиків низька резильєнтність виявлена з вищою статистичною значущістю ($f_{\text{емп}} = 3,79$), ніж серед жінок ($f_{\text{емп}} = 3,14$). Це суперечить традиційним уявленням про гендерну стійкість до стресу та вказує на необхідність перегляду підходів до психологічної підтримки.

Емпіричне дослідження показало, що резильєнтність медичних працівників має значні варіації, які залежать від гендерних та вікових особливостей. Загалом, у вибірці домінує низький рівень резильєнтності, охоплюючи 45,6% опитаних, що свідчить про високу вразливість до тривалого стресу, спричиненого умовами війни. Середній рівень стійкості мають 39,1% респондентів, тоді як лише 15,2% демонструють високу резильєнтність. Виявлено, що тривожність є центральним предиктором інших негативних станів, що має значення для побудови превентивних програм. Аналіз результатів показав, що як серед жінок, так і серед чоловіків переважає низький рівень резильєнтності, значно перевищуючи помірні та високі показники.

У чоловіків ці тенденції ще більш виражені: як високий, так і середній рівні резильєнтності значно поступаються низькому ($f_{\text{емп}} = 3,79 > f_{\text{критичне}} = 2,81$ для обох порівнянь). Це вказує на загальну проблему низької стійкості в обох гендерних групах, проте чоловіки демонструють більшу вразливість у порівнянні з жінками.

РОЗДІЛ III. ПОДОЛАННЯ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

3.1. Психокорекційна програма подолання професійного вигорання у медичних працівників

З огляду на зростаючу клінічну складність та хронічний характер таких патологічних станів як стрес, синдром професійного вигорання та депресивні розлади, їх самостійне подолання є вкрай неефективним, а часто неможливим без кваліфікованої професійної допомоги. У зв'язку з цим, критично необхідним є невідкладне відновлення та посилення позиції практичного або консультативного психолога у штатних розписах кожної медичної установи. На нашу думку, адміністративне забезпечення фіксованого часу для регулярних «годин психолога» дозволить фахівцю надавати системну та кваліфіковану психологічну підтримку не лише пацієнтам та відвідувачам, але й, що особливо актуально та стратегічно важливо, медичному персоналу, адже саме вони щоденно піддаються дії унікальних, інтенсивних та часто травмуючих стресових факторів, які є основними предикторами професійного вигорання та дезадаптації.

Першочерговим завданням є систематичне діагностичне оцінювання психологічного клімату в колективі, що дозволяє своєчасно виявляти не лише предиктори психологічної дезадаптації, але й ранні ознаки професійного вигорання у медичних працівників на основі цих даних необхідно впроваджувати цілеспрямовані корекційні та превентивні програми, сфокусовані на зміцненні їхньої резильєнтності.

Індивідуальна поведінкова психотерапія повинна стати невід'ємною частиною підтримки, сфокусованою на модифікації дезадаптивних поведінкових патернів та інтенсивному розвитку особистісних ресурсів для радикального підвищення стресостійкості кожного фахівця. Це дозволить глибоко опрацьовувати індивідуальні виклики. Крім цього, групова

психотерапія має бути інтегрована через динамічні тренінгові модулі, спрямовані на ефективне подолання професійного стресу та максимальну мінімізацію синдрому професійного вигорання. Цей напрямок включатиме формування ключових навичок ефективної комунікації, конструктивної конфліктології та оптимізації міжособистісної взаємодії в робочому середовищі з метою створення сприятливого, доброзичливого клімату, який активно підтримує та посилює резильєнтність колективу. Також, психологічна підтримка має включати постійне навчання та імплементацію ефективних копінг-стратегій, що дозволить медичним працівникам не лише пасивно протистояти стресовим чинникам, а й активно їх трансформувати, підтримуючи високий рівень психологічної стійкості та проактивної адаптації в будь-яких обставинах.

Комплексна психокорекційна програма «Розвиток адаптивності та стресостійкості» створена для медичних працівників, аби розвивати їхню психологічну стійкість й поєднує методи когнітивно-поведінкової терапії, техніки усвідомленості та елементи соціально-психологічного тренінгу. Програма розміщена у додатку А.

Дана програма подолання професійного вигорання у медичних працівників є комплексним та системним підходом, спрямованим на значне підвищення їхньої психологічної стійкості та здатності ефективно адаптуватися до стресових умов. Ключовим акцентом програми є розвиток резильєнтності через інтеграцію когнітивно-поведінкових методів, практик усвідомленості та елементів соціально-психологічного тренінгу.

Ключові підходи та техніки колективної психокорекційної роботи охоплюють психологічні групові зустрічі з професійним психологом, що створюють простір, де медичні працівники можуть відверто ділитися своїми емоційними станами, професійними викликами та внутрішніми переживаннями, що накопичуються через хронічне перевантаження та постійну роботу в умовах високої відповідальності. Подібний формат взаємодії формує середовище взаємної довіри і емоційної підтримки, що

критично важливо для подолання почуття самотності та комунікативних бар'єрів, які часто виникають на тлі емоційного вигорання. Такий підхід забезпечує безпечний простір для відкритого вираження почуттів без страху засудження. Психологічні тренінги з розвитку компетенцій стрес-менеджменту, емоційної саморегуляції, ефективної комунікації та конструктивного розв'язання конфліктів. Це сприяє формуванню в медичних працівників ефективних механізмів запобігання деструктивним поведінковим патернам. Рольові вправи та моделювання ситуацій дозволяють відпрацьовувати нові навички в контрольованому безпечному оточенні, включаючи моделювання складних міжособистісних взаємодій. Загальна атмосфера взаємопідтримки відповідає за формування тандемів або невеликих підгруп, де учасники можуть надавати емоційну підтримку один одному, обмінюватися професійним досвідом та відслідковувати індивідуальні досягнення в роботі над подоланням дезадаптивних патернів. Таким чином, інтеграція індивідуальних і групових психокорекційних методів забезпечує комплексний підхід до збереження психологічного здоров'я медичних працівників.

Програма починається з ознайомлення з поняттям резилієнтності, підкреслюючи її як динамічний процес адаптації, відновлення та особистісного зростання після несприятливих подій.

Другий етап зосереджений на когнітивній реструктуризації, навчаючи медичних працівників ідентифікувати та модифікувати деструктивні мисленнєві патерни, такі як катастрофізація, чорно-біле мислення та надмірне узагальнення. Завдяки вправі «перейменування негативних думок» учасники набувають навичок трансформації неадаптивних думок у більш конструктивні, що знижує емоційну реактивність та посилює когнітивну гнучкість. Важливою складовою програми є розвиток самоефективності, що досягається через навчання ефективному цілепокладанню за принципом конкретна, вимірювана, досяжна, релевантна, обмежена в часі. Це дозволяє медичним працівникам перетворювати абстрактні бажання на чіткі плани дій,

підвищуючи шанси на успіх та зміцнюючи віру у власні сили. Саме тому третій етап психокорекційної програми був втілений за допомогою технік практичного застосування здобутих навиків резильєнтності, а також вправ, що спрямовані на усвідомлення власної цінності у пережитому стресовому досвіді задля уникнення повторів емоційних і поведінкових патернів у майбутньому задля попередження виникнення професійного вигорання медичних працівників.

У підсумку, програма «Розвиток адаптивності та стресостійкості» не лише надає медичним працівникам інструменти для подолання професійного вигорання, а й активно формує їхню психологічну резилієнтність, перетворюючи стрес на ресурс для зростання та активної адаптації в умовах постійних викликів.

3.2. Ефективність впровадження психокорекційної програми «Розвиток адаптивності та стресостійкості» серед працівників медичної сфери

Для посилення резилієнтності медичних працівників після проходження програми «Розвиток адаптивності та стресостійкості» необхідно постійно інтегрувати отримані навички у повсякденну професійну та особисту практику. Для розвитку резилієнтності як ефективного способу подолання професійного вигорання у медичних працівників, рекомендується наступний комплекс підходів. Систематичне навчання навичкам усвідомленості включає регулярні практики медитації, усвідомленого дихання та сканування тіла. Ці техніки дозволяють медикам краще розпізнавати свої емоції та фізичні відчуття у відповідь на стрес, не оцінюючи їх, а приймаючи як частину досвіду, що допомагає знизити автоматичну реактивність і свідомо обирати адаптивніші відповіді.

Медичним працівникам необхідно навчитися ідентифікувати та оскаржувати деструктивні когнітивні спотворення, такі як катастрофізація, дихотомічне мислення та надмірне узагальнення, що часто посилюють

професійний стрес. Практика перефреймінгу негативних думок на більш збалансовані та реалістичні сприяє формуванню конструктивного ставлення до викликів та зменшує емоційне виснаження. Зміцнення самоспівчуття передбачає розвиток внутрішнього діалогу, в якому медики ставляться до себе з такою ж добротою, розумінням та підтримкою, як до близького друга. Практика самоспівчуття допомагає зменшити самокритику, підвищити емоційну стійкість та здатність відновлюватися після невдач чи складних професійних ситуацій. Створення сприятливого психологічного клімату в колективі через групову психотерапію та тренінги з ефективної комунікації та конфліктології посилює колективну резильєнтність. Важливо заохочувати звернення за підтримкою до колег, керівництва або фахівців-психологів, а також підтримувати гармонійні сімейні стосунки, оскільки вони є важливим ресурсом для відновлення поза робочим середовищем.

Загалом, розвиток резилієнтності для медичних працівників є безперервним процесом, що вимагає системної уваги на індивідуальному та організаційному рівнях. Впровадження цих рекомендацій сприятиме не лише подоланню професійного вигорання, а й значному підвищенню їхнього загального психологічного благополуччя та професійної довговічності.

Зріз після проходження програми з розвитку резильєнтності показує значне покращення всіх показників за трьома методиками. Це свідчить ефективність впровадженої програми «Розвиток адаптивності та стресостійкості» у зміцненні психологічної резилієнтності медичних працівників та подоланні професійного вигорання. Результати подані у таблиці 3.1.

Таблиця 3.1.

Показники резилієнтності до та після програми «Розвиток адаптивності та стресостійкості» (за К. Коннором –Д. Девідсоном-10)

Рівень резилієнтності	Кількість осіб до (%)	Кількість осіб після (%)	Абсолютні зміни (%)	Відносні зміни(%)
Низький	45,6%	8,7%	-36,9%	-80,9%
Середній	39,1%	32,6%	-6,5%	-16,6%
Високий	15,2%	58,7%	+43,5%	286,2%

Застосування програми призвело до значного підвищення психологічної стійкості у найбільш вразливої групи, що свідчить про високу ефективність впровадження психокорекційної програми для розвитку загальних навиків резилієнтності і адаптивності серед медичних працівників. Збільшення показників резилієнтності з 15,2% до 58,7% демонструє, що програма значно посилила адаптивні можливості учасників. Зміни є статистично значущими ($p < 0,001$), що підтверджує високу ефективність впровадження програми. Більше половини учасників (58,7%) досягли високого рівня резилієнтності, що свідчить про практичну значущість проведення дослідження. Також необхідно зазначити, що критична група ризику (низький рівень) скоротилася в 5,2 рази, а для осіб з початково низькими показниками програма є особливо ефективною, адже значно знижує ризик виникнення або посилення професійного вигорання у працівників медичної сфери.

Результати за методикою «Психологічне вигорання» К.Маслач та С. Джексон, після програми демонструють значне зниження показників вигорання за всіма трьома шкалами, а саме емоційного виснаження, деперсоналізації та редукції особистих досягнень.

Після проходження програми з розвитку резилієнтності, рівень емоційного виснаження у медичних працівників значно знизився. Серед 92 учасників було виявлено, що лише 10 осіб (10,9%), страждають від високого

емоційного виснаження. Середній ступінь виснаження спостерігався у 25 респондентів, що становить 27,2%, а низький – у 57 осіб, що складає 61,9%. Це свідчить про значне покращення загального стану та підвищення психологічної стійкості. Візуальне відображення цих даних міститься у таблиці 3.2.

Таблиця 3.2.

Рівні емоційного виснаження (за методикою К. Маслач та С. Джексон)

Рівень емоційного виснаження	Кількість осіб до (%)	Ранг «До»	Кількість осіб після (%)	Абсолютні зміни (%)	Ранг «Після»	Відносні зміни (%)
Низький	17,3%	3	61,9%	+44,6%	1	257,8%
Середній	34,7%	2	27,2%	-7,5%	2	-21,6%
Високий	47,8%	1	10,9%	-36,9%	3	-77,2%

Результати емпіричного дослідження засвідчують виражену терапевтичну дію розробленої психокорекційної програми «Розвиток адаптивності та стресостійкості» на емоційний стан медичних працівників. Найбільш показовою є динаміка критичної групи учасників із високим рівнем виснаження: якщо на початковому етапі майже половина респондентів (47,8%) перебували в стані глибокого емоційного виснаження, що характеризується хронічною втомою, деперсоналізацією та зниженням професійної ефективності, то після завершення програми цей показник скоротився до 10,9%. Така трансформація свідчить про те, що застосовані психокорекційні методи змогли активізувати внутрішні ресурси опірності до стресу, сформувати адаптивні копінг-стратегії та відновити емоційний баланс у переважної більшості учасників, які перебували в зоні найвищого ризику професійного вигорання. Після впровадження психокорекційної програми показники деперсоналізації значно покращилися. Низький ступінь цього явища був виявлений у 54 респондентів, що складає 58,7% від загальної кількості. Це свідчить про відновлення емпатії та професійної мотивації. Середній рівень деперсоналізації спостерігається у 30 учасників (32,6%), що

вказує на зменшення цинічного ставлення. Лише 8 респондентів 8,7%, демонструють високий рівень деперсоналізації. Це підкреслює збережену здатність до емпатії та взаємодії. Візуальне відображення цих даних міститься у таблиці 3.3.

Таблиця 3.3

Кореляційний аналіз рівнів деперсоналізації (за методикою К. Маслач та С. Джексон)

Рівень деперсоналізації	Кількість осіб до (%)	Ранг «До»	Кількість осіб після (%)	Ранг «Після»	Абсолютні зміни (%)	Відносні зміни(%)
Низький	9,7%	3	58,7%	1	+49,0%	505,2%
Середній	48,9%	2	32,6%	2	-16,3%	-33,3%
Високий	41,4%	1	8,7%	3	-32,7%	-79%

Інтерпретація: $\rho = -0,5$ свідчить про помірну зворотну кореляцію, що відображає значну трансформацію розподілу з переважанням високого рівня на початку до переважання низького рівня після програми.

Щодо редукції особистих досягнень, після програми спостерігається значне покращення. 67 респондентів 72,9%, виявили низький ступінь цього аспекту вигорання. Це відображає підвищення відчуття власної компетентності та ефективності у професійній діяльності. У 17 учасників, що становить 18,5%, спостерігається середній рівень редукції. Натомість, лише 8 осіб, або 8,6%, мають високий рівень редукції особистих досягнень. Це свідчить про їхню збережену віру у власні сили та ефективність, що є ключовим елементом високої резильєнтності. Візуальне відображення цих даних міститься у таблиці 3.4.

Таблиця 3.4.

Рівні редукції особистих досягнень (за методикою К. Маслач та С. Джексон)

Рівень редукції особистих досягнень	Кількість осіб до (%)	Ранг «до»	Кількість осіб після (%)	Ранг «після»	Абсолютні зміни (%)	Відносні зміни (%)
Низький	28,2%	3	72,9%	1	+44,7%	158,5%
Середній	36,9%	2	18,5%	2	-18,4%	-49,9%
Високий	34,7%	1	8,6%	3	-26,1%	-75,2%

Загалом, отримані дані свідчать про те, що після впровадження програми медичні працівники значно покращили свій психоемоційний стан та рівень резильєнтності. Це підкреслює ефективність програми у підвищенні психологічної підтримки, навчання ефективним стратегіям подолання стресу та відновлення психоемоційних ресурсів персоналу.

Важливо зазначити, що після проведення психокорекційної програми значно знизився рівень тривожності. Лише 8 респондентів (8,7%) відчують високе почуття тривоги. Це свідчить про успішну адаптацію до стресових факторів та підвищення психологічної стійкості. Помірний рівень тривожності спостерігається у 45 осіб, що становить 48,9%, тоді як більшість – 39 осіб (42,4%) демонструють низький рівень тривожності.

Візуальне відображення цих даних міститься у таблиці 3.5.

Таблиця 3.5.

Рівні редукції особистих досягнень (за методикою К. Маслач та С. Джексон)

Рівень тривожності	Кількість осіб до (%)	Ранг «до»	Кількість осіб після (%)	Ранг «після»	Абсолютні зміни (%)	Відносні зміни(%)
Низький	14,1%	3	42,4%	2	+17,5%	200,7%
Середній	60,8%	2	48,9%	1	-1,1%	-19,6%
Високий	25%	1	8,7%	3	-19,5%	-65,2%

Після програми спостерігається менш радикальні зміни, ніж з емоційним виснаженням й програма зумовила лише часткову трансформацію розподілу тривожності, при якому середній рівень агресивності залишився домінуючим.

Аналіз рівня фрустрації після впровадження програми також показав не суттєве покращення, адже програма не змінила рангову структуру показників фрустрації. Проте лише 7 респондентів (7,6%) демонструють високий рівень фрустрації. Це вказує на значне зменшення відчуття розчарування та безпорадності, а також підвищення внутрішньої мотивації та продуктивності. Найбільша група – 55 осіб (59,8%) демонструє помірний рівень фрустрації, що свідчить про їхню здатність швидко відновлюватися та знаходити ефективні способи подолання труднощів. Значно зросла кількість респондентів з низьким рівнем фрустрації – 30 осіб (32,6%). Ці фахівці виявляють високу стресостійкість та здатність легко сприймати невдачі як частину процесу, зберігаючи позитивний настрій та оптимізм. Візуальне відображення цих даних міститься у таблиці 3.2.6.

Таблиця 3.6.

Рівні фрустрації (за методикою Г. Айзенка)

Рівень фрустрації	Кількість осіб до (%)	Ранг «до»	Кількість осіб після (%)	Ранг «після»	Абсолютні зміни (%)	Відносні зміни (%)
Низький	21,7%	3	32,6%	3	+10,9%	50,2%
Середній	54,3%	1	59,8%	1	+5,5%	10,1%
Високий	23,9%	2	7,6%	2	-16,3%	-68,2%

Рівень агресивності також суттєво знизився після проходження програми. Лише 6 осіб, 6,5%, демонструють високий рівень агресивності. Це вказує на значне покращення емоційної саморегуляції та зменшення схильності до ворожих реакцій. Переважна більшість – 60 осіб 65,2%, демонструє середній рівень агресивності, що свідчить про їхню здатність

контролювати свої агресивні прояви та дотримуватися соціальних норм. Значно зросла кількість осіб з низьким рівнем агресивності – 26 осіб 28,3%. Візуальне відображення цих даних міститься у таблиці 3.7.

Таблиця 3.7.

Рівні агресивності (за Методикою Г. Айзенком)

Рівень агресивності	Кількість осіб до (%)	Ранг «до»	Кількість осіб після (%)	Ранг «після»	Абсолютні зміни (%)	Відносні зміни(%)
Низький	10,8%	3	28,3%	3	+17,5%	162%
Середній	66,3%	2	65,2%	1	-1,1%	-1,7%
Високий	26%	1	6,5%	2	-19,5%	-75%

Наступним показником до виміру була ригідність, де лише 5 осіб (5,4%) демонструють високий рівень ригідності, що вказує на покращення їхньої здатності адаптуватися до нових ситуацій та сприймати зміни. Переважна більшість респондентів – 55 осіб (59,8%) мають середній рівень ригідності, що свідчить про їхню функціональну здатність до адаптації та відкритість до нового досвіду. Значно зросла кількість осіб з низьким рівнем ригідності – 32 особи (34,8%). Ці фахівці вирізняються винятковою гнучкістю мислення та легкістю адаптації до нових і навіть радикально змінених умов, демонструючи високу відкритість до змін, інновацій та нових ідей. Візуальне відображення цих даних міститься у таблиці 3.8.

Таблиця 3.8.

Рівні ригідності (за методикою Г. Айзенка)

Рівень ригідності	Кількість осіб до (%)	Ранг «до»	Кількість осіб після (%)	Ранг «після»	Абсолютні зміни (%)	Відносні зміни(%)
Низький	27,1%	2	34,8%	3	+7,7%	28,4%
Середній	56,5%	1	59,8%	1	+3,3%	5,8%
Високий	16,3%	3	5,4%	2	-10,9%	-66,9%

Узагальнені висновки після впровадження програми свідчать про значне підвищення рівня резилієнтності серед медичних працівників та суттєве зниження ризику професійного вигорання, проте також нами виявлено недостатню ефективність психологічного впливу для формування високої адаптивності та довготривалої ефективності резильєнтності як стійкої психологічної властивості особистості фахівця медичної сфери. Позитивними сторонами програми стало ефективне спрацювання на факторі зменшення негативних психоемоційних станів та посилення адаптаційних механізмів у період стресу.

Кількість медичних працівників з високим рівнем тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності значно зменшилася, що вказує на ефективність втручань, спрямованих на розвиток навичок емоційної саморегуляції та подолання стресу. Це означає, що менша кількість персоналу перебуває у стані критично низької резилієнтності.

Найчисельніша група з помірним рівнем психоемоційних станів зберігає свою функціональну резилієнтність, але тепер має більше ресурсів для її підтримки в умовах тривалого стресу. Профілактичні заходи, надані програмою, допомогли їм краще справлятися з навантаженнями, знижуючи кумулятивний ефект помірної тривожності, фрустрації та ригідності.

Найбільш значущим результатом є значне збільшення групи медичних працівників, які демонструють низькі показники тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності. Ця група зросла, що свідчить про успішне формування високої емоційної стабільності, гнучкості мислення та ефективних стратегій подолання труднощів. Ці фахівці є надзвичайно цінним ресурсом, який тепер є більш численним і може слугувати прикладом та підтримкою для своїх колег, сприяючи загальному підвищенню резильєнтності в медичній установі.

3.3 Рекомендації для посилення резилієнтності медичних працівників у подоланні професійного вигорання

Для посилення резилієнтності медичних працівників після впровадження програми необхідно постійно інтегрувати отримані навички у повсякденну професійну та особисту практику. Для розвитку резилієнтності як ефективного способу подолання професійного вигорання у медичних працівників, рекомендується наступний комплекс підходів:

1.Впровадження регулярних практик медитації, усвідомленого дихання та сканування тіла, що дозволяють медикам краще розпізнавати свої емоції та фізичні відчуття у відповідь на стрес, не оцінюючи їх, а приймаючи як частину досвіду, що допомагає знизити автоматичну реактивність і свідомо обирати адаптивніші відповіді.

2.Ідентифікація та подолання деструктивних когнітивних спотворень, такі як катастрофізація, дихотомічне мислення та надмірне узагальнення, що часто посилюють професійний стрес. Практика перефреймінгу негативних думок на більш збалансовані та реалістичні сприяє формуванню конструктивного ставлення до викликів та зменшує емоційне виснаження.

3.Необхідним є розвиток внутрішнього діалогу, в якому медики ставляться до себе з такою ж добротою, розумінням та підтримкою, як до близького друга, що передбачає зміцнення самоспівчуття та емпатійності як стійкої психічної властивості особистості фахівця. Практика самоспівчуття допомагає зменшити самокритику, підвищити емоційну стійкість та здатність відновлюватися після невдач чи складних професійних ситуацій.

4.Навчання тайм - менеджменту та розвиток навиків цілеспрямованості. Цілі можуть бути конкретні, вимірювані, досяжні, релевантні, обмежені в часі, просто вміння їх задавати дозволяє медичним працівникам перетворювати глобальні завдання на керовані кроки. В цілому це підвищує відчуття контролю, успіху та віри у власні сили, що є життєво важливим для

запобігання почуттям безсилля та безнадійності, які супроводжують вигорання.

5. Створення сприятливого психологічного клімату в колективі через групову психотерапію та тренінги з ефективної комунікації та конфліктології посилює колективну резилієнтність. Важливо заохочувати звернення за підтримкою до колег, керівництва або фахівців-психологів, а також підтримувати гармонійні сімейні стосунки, оскільки вони є важливим ресурсом для відновлення поза робочим середовищем.

Загалом, розвиток резилієнтності для медичних працівників є безперервним процесом, що вимагає системної уваги на індивідуальному та організаційному рівнях. Впровадження цих рекомендацій сприятиме не лише подоланню професійного вигорання, а й значному підвищенню їхнього загального психологічного благополуччя та професійної витривалості.

Висновки до розділу III

Нами розроблена програма «Розвиток адаптивності та стресостійкості», яка спрямована на подолання професійного вигорання у медичних працівників, сформульовано системні рекомендації для значного посилення психологічної резильєнтності медичного персоналу, що є вкрай важливим в умовах сучасних професійних викликів.

Зокрема нами було відмічено експоненційне зростання рівня резилієнтності. Медичні працівники не лише стали більш стійкими, але й набули здатності до активного відновлення та адаптації після впливу надзвичайних стресових факторів, що свідчить про формування глибокого внутрішнього ресурсу. Спостерігалось також помітне зниження емоційного виснаження, тобто істотне зменшення відчуття хронічної втоми та емоційної спустошеності, що вказує на відновлення життєвої енергії та мотивації. Відбулася мінімалізація деперсоналізації, адже значно зменшилося цинічне та відчужене ставлення до пацієнтів та колег, що вказує на відновлення

емпатії, професійної ідентичності та гуманності. Зафіксовано значне зростання редукції особистих досягнень, адже учасники програми відзначили повернення відчуття власної компетентності та успішності, що сприяло відновленню самооцінки та професійної гордості, стійкого зменшення негативних психоемоційних станів.

ВИСНОВКИ

У науково-психологічній літературі професійне вигорання розглядається як багатогранне явище, що проявляється комплексом психофізичних, соціально-психологічних та поведінкових симптомів, які можуть негативно впливати на особистісний та професійний розвиток, особливо у медичній сфері. Професійно-особистісний розвиток медичних фахівців характеризується високим рівнем стресу та відповідальності, що підвищує ризик виникнення синдрому професійного вигорання. Серед ключових психологічних факторів, які сприяють його розвитку серед медичних працівників, виділяють постійну емоційну напругу, робоче перевантаження, брак підтримки та обмежені можливості для професійної самореалізації.

Важливе значення у подоланні професійного вигорання має резилієнтність – психологічний ресурс особистості для ефективного подолання стресу та адаптації після травматичних ситуацій до нових життєвих обставин, що забезпечує її повноцінне функціонування. Вона формується сукупністю регулятивних якостей, таких як саморегуляція, життєстійкість, самоконтроль, мотивація досягнення успіху та активні копінги. Також до її складу входять когнітивні аспекти, що включають оптимістичний атрибутивний стиль, когнітивну гнучкість, осмисленість життя, його цілеспрямованість та розвинений емоційний інтелект. Емпіричне дослідження професійного вигорання та резилієнтності медичних працівників, проведене на базі Комунального Некомерційного Підприємства Поліклінічного об'єднання «Кропивницької міської ради» Поліклінічного відділення №5, дозволило об'єктивно оцінити емоційні стани та динаміку розвитку фаз професійної дезадаптації, яка набуває епідеміологічного значення у медичній спільноті. Феномен вигорання, що характеризується прогресуючим виснаженням психічних ресурсів, кумулятивним зниженням професійної компетентності та дисфункцією адаптаційних механізмів, був

детально проаналізований через призму мультифакторного етіопатогенезу, який включає хронічний стрес, надмірні трудові години, міжособистісні конфлікти та дисонанс між трудовими зусиллями та соціально-фінансовою винагородою.

Емпіричне дослідження показало, що резилієнтність медичних працівників має значні варіації, які залежать від гендерних та вікових особливостей. Загалом, у вибірці домінує низький рівень резилієнтності, охоплюючи 45,6% опитаних, що свідчить про високу вразливість до тривалого стресу, спричиненого умовами війни. Середній рівень стійкості мають 39,1% респондентів, тоді як лише 15,2% демонструють високу резилієнтність.

Аналіз результатів досліджень показав, що як серед жінок, так і серед чоловіків переважає низький рівень резилієнтності, значно перевищуючи помірні та високі показники. Застосування ф-критерію Фішера підтвердило статистично значущі відмінності, вказуючи, що у жінок низький рівень резилієнтності статистично значущо переважає високий (ϕ емпіричне 3,14 > ϕ критичне 2,81), а середній рівень також перевищує низький (ϕ емпіричне 1,84 > ϕ критичне 1,64).

У чоловіків ці тенденції ще більш виражені: як високий, так і середній рівні резилієнтності значно поступаються низькому (ϕ емпіричне 3,79 > ϕ критичне 2,81 для обох порівнянь). Це вказує на загальну проблему низької стійкості в обох гендерних групах, проте чоловіки демонструють більшу вразливість у порівнянні з жінками.

Найбільш вразливою групою, враховуючи наявні дані, є медичні працівники з низьким рівнем резилієнтності, яких більшість серед усієї вибірки, і особливо чоловіки, у яких низька резилієнтність значно переважає всі інші рівні. Ця група, ймовірно, також включає значну частку молодших та середніх вікових категорій, які перебувають під високим емоційним виснаженням, деперсоналізацією та редукцією особистих досягнень, що робить їх критично схильними до професійного вигорання. Враховуючи, що

25% відчують високу тривожність і 23,9% – високу фрустрацію, а також підвищені агресивність та ригідність у значної частини, стає очевидним, що ця частина медичного персоналу потребує негайної цільової психологічної підтримки та розвитку механізмів підвищення стресостійкості та адаптації до складних умов.

Впроваджена комплексна тренінгова програма «Розвиток адаптивності та стресостійкості медичних працівників» продемонструвала успішність у підвищенні психологічної резилієнтності медичних працівників та подоланні руйнівних наслідків професійного вигорання. Результати дослідження беззаперечно підтверджують її високу валідність та практичну значущість. Зокрема, відбулося експоненційне зростання рівня резилієнтності. Медичні працівники не лише стали більш стійкими, але й набули здатності до активного відновлення та адаптації після впливу надзвичайних стресових факторів, що свідчить про формування глибинного внутрішнього ресурсу.

Спостерігалось також драматичне зниження емоційного виснаження, тобто істотне зменшення відчуття хронічної втоми та емоційної спустошеності, що вказує на відновлення життєвої енергії та мотивації. Відбулася мінімалізація деперсоналізації, адже значно зменшилося цинічне та відчужене ставлення до пацієнтів та колег, що вказує на відновлення емпатії, професійної ідентичності та гуманності. Зафіксовано значне зростання редукції особистих досягнень, адже учасники програми відзначили повернення відчуття власної компетентності та успішності, що сприяло відновленню самооцінки та професійної гідності. Програма призвела до стійкого зменшення негативних психоемоційних станів, ефективно знизивши рівні тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності, сприяючи формуванню гармонійного внутрішнього стану та покращенню міжособистісних взаємодій.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Адаменко Л. С. Актуальні підходи до проблеми дослідження психічної резильєнтності. Вісник Національного університету оборони України. 2020. Вип. 5 (58). С. 5–12.
2. Асонов Д. Емоційне вигорання медичних працівників: моделі, фактори ризику та протективні фактори. Психосоматична медицина та загальна практика. 2021. № 6 (2). URL: <https://doi.org/10.26766/pmgp.v6i2.295>.
3. Бірон Б. В. Проактивне подолання стресових ситуацій особистістю: автореф. дис. канд. психол. наук: 19.00.01 – загальна психологія, історія психології. Одеса, 2015. 22 с.
4. Бойко-Бузиль Ю.Ю. Резильєнтність як чинник психічного здоров'я особистості. Психічне здоров'я особистості у кризовому суспільстві: збірник матеріалів VII Всеукраїнської науково-практичної конференції (28 жовтня 2022 року) / уклад. В. С. Бліхар. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2022. С. 23–28.
5. Вашека Т. В., Тукаєв С. В. Детермінанти емоційного вигорання студентів психологів в процесі навчання. Проблеми загальної та педагогічної психології: зб. наук. праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України. Київ: ГНОЗІС, 2011. Т. 13, ч. 6. 456 с.
6. В'юнковська Ж. В. Профілактика та протидія емоційного вигорання волонтерів: робота на здобуття освітнього ступеня «Магістр». Спец. 053 Психологія. Луцьк, 2024. 71 с.
7. Громцева О. І. Концептуалізація моделей професійного вигорання// Вісник ХНУ ім. В.Н. Каразіна. Серія «Психологія». 2018. Вип.60. С.132-136
8. Грішин Е. О. Резилієнтність особистості: сутність феномену, психодіагностика та засоби розвитку. Вісник ХНПУ імені Г. С. Сковороди. Психологія. 2021. Вип. 64. С. 62–81.

9. Дмитришин С. Резильєнтність особистості: сутність феномену та методи розвитку. Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки. 2024. Вип. 20. С. 67–74.
10. Дядуш Е. Модель плекання резильєнтності у когнітивно-поведінковій терапії. Люблін: Український інститут когнітивно-поведінкової терапії, 2020. 29 с.
11. Емоційне вигорання педагогів: методичні рекомендації / уклад.: творча група практ. психологів: Коняхіна А. В., Гаврик І. Л., Гриценко Н. В. та ін. Суми: Метод. кабінет відділу освіти Сумської районної державної адміністрації, 2016. 60 с.
12. Журан О., Лінгур Л., Філатова Т. Особливості управління персоналом в ІТ-сфері на засадах корпоративної соціальної відповідальності. Економіка та суспільство. 2021. Вип. 30. URL: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2021-30-26>.
13. Зигало Н. О. Опитування «Самооцінка психічних станів» (за Г. Айзенком). Всеосвіта. 2023. URL: <https://vseosvita.ua/test/samootsinka-psykhichnykh-stanivza-h-aizenkom-3853096.html>.
14. Карамушка Л. М., Гнускіна Г. В. Психологія професійного вигорання підприємців: монографія. Київ: Логос, 2018. 198 с.
15. Кернас А., Слишинська І. Діагностика та корекція професійного вигорання у працівників медичної сфери. Матеріали конференцій МЦНД (27.01.2023; Хмельницький, Україна). 2023. С. 288–291.
16. Кіреєва З. О., Односталко О. С., Бірон Б. В. Психометричний аналіз адаптованої версії шкали резильєнтності (CD-RISC-10). Габітус. 2020. Вип. 14. С. 110–116.
17. Кісліцина, М. В. Становлення наукової концепції професійного вигорання у ХХ столітті: ретроспективний аналіз. Теорія і практика сучасної психології. 2018. № 4. С. 175–181.
18. Кокун О. М., Мельничук Т. І. Резилієнс-довідник: практ. посібник. Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2023. 25 с.

19. Колтунович Т. А. Психологічні умови корекції професійного вигорання у вихователів дитячих навчальних закладів: дис. на здобуття наук. ст. канд. псих. наук: 19.00.07 – педагогічна та вікова психологія. Івано-Франківськ, 2016. 352 с.
20. Костюченко О., Бриль М. Розвиток психологічної резильєнтності особистості як складника здоров'я арттерапевтичними засобами. Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Психологія. 2022. Т. 33 (72), № 2. С. 43–50.
21. Кузьмін В. В., Кузьміна М. О., Закревська А. В. Технології подолання емоційного вигорання соціальних працівників. Актуальні проблеми екстремальної та кризової психології: збірник тез Міжнародної науково-практичної конференції; відп. ред. Коваль В.О. Дніпро: Дніпроп. держ. ун-т внутр. справ. 2022. С. 47–51.
22. Лазос Г. П. Резильєнтність: концептуалізація понять, огляд сучасних досліджень. Актуальні проблеми психології. 2018. Вип. 14. С. 26–64.
23. Лазос Г. П. Теоретико-методологічна модель резильєнтності як основа побудови психотехнології її розвитку. Організаційна психологія. Економічна психологія. 2019. № 2–3 (17). С. 77–88.
24. Леженіна Л. М. Психологічні чинники емоційного вигорання у слідчих Служби безпеки України: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук: 19.00.06 «Юридична психологія». Київ, 2009. 16 с.
25. Ленгле А. Емоції та екзистенція. Харків: Гуманітарний центр, 2011. 567 с.
26. Мартиненко Є. О. Резильєнтність як засіб подолання професійного вигорання лідерів. Психологічний інструментарій розвитку лідерського потенціалу сучасної молоді: теорія і практика: Матеріали IX Міжнародної науково-практичної конференції здобувачів та молодих вчених (12 жовтня 2023р.) Харків: НТУ «ХПІ», 2023. С. 100–102.
27. Москалець В., Колтунович Т. Психічне вигорання – реальність чи вигадка? Практична психологія та соціальна робота. 2012. № 1. С. 58–65.

28. Мудрик А. Особливості розвитку та прояву синдрому професійного вигорання у студентів-психологів. Український науковий журнал «Освіта регіону». Серія «Політологія, психологія, комунікації». 2013. № 3.
29. Огієвська Л. Резильєнтність як спосіб подолання емоційного вигорання менеджерів з персоналу. Київ, 2024. 118 с. URL: <https://kispp-repo.com>.
30. Односталко О. С. Ресурси стійкості особистості в умовах складних та нетипових ситуацій життя: дис. канд. психол. наук: 19.00.01. Одеса: Одеський нац. ун-т ім. І. І. Мечникова, 2020. 183 с.
31. Паскевська Ю. А. Резилієнтність як психологічний ресурс персоналу пенітенціарних установ. Psychological journal. 2022. Vol. 8, issue 1 (57). С. 110–119.
32. Пирожков С. І., Божок Є. В., Хамітов Н. П. Національна стійкість (резильєнтність) країни: стратегія і тактика випередження гібридних загроз. Вісник Національної академії наук України. 2021. № 8. С. 74–82.
33. Прокоф'єва Л. Аналіз феномену «резилієнтність»: вивчення та перспективи. Сучасна психологія: проблеми та перспективи: зб. наук. праць. Ізмаїл: РВВ ІДГУ, 2021. С. 122–127.
34. Профілактика та подолання професійного та емоційного вигорання : методичні рекомендації для спеціалістів соціальних служб / підготовлені Балакіревою К. О.; Проект програми розвитку ООН «Підтримка реформи соціального сектору в Україні». К., 2018, 45 с.
35. Психологія стресу та стресових розладів: навч. посіб. / уклад. О. Ю. Овчаренко. Київ: Університет «Україна», 2023. 266 с.
36. Психосоціальна підтримка в умовах надзвичайних ситуацій: підхід резилієнс: навчально-методичний посібник / Н. Гусак, В. Чернобровкіна, В. Чернобровкін та ін.; Нац. ун-т «Києво-Могилянська академія», Центр психічного здоров'я та психосоціального супроводу, Школа соціальної роботи ім. В. Полтавця, Кафедра психології та педагогіки. Київ: НаУКМА, 2017. 91 с.

37. Руденко О. В., Гонтар Ю. В. Структура резилієнсу у контексті розвитку резильєнтності особистості. Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Психологія. 2022. Т. 33 (72), № 2. С. 73–78.
38. Синдром «професійного вигорання» та професійна кар'єра працівників освітніх організацій: гендерні аспекти / За ред.. С. Д. Максименка, Л. М. Карамушки, Т. В. Зайчикової та ін..К., 2006. 365 с.
39. Федорчук В. М., Комарніцька Л. М., Сторожук Н. Р. Резильєнтність особистості в умовах військового стану. DOI: <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-336-1-8>.
40. Хамініч О. М. Резильєнтність: життєстійкість, життєздатність або резильєнтність? Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки». 2016. Вип. 6, т. 2. С. 160–165.
41. Чиханцова О., Гуцол К. Психологічні основи розвитку резильєнтності особистості в період пандемії Covid-19: практ. посібник. Київ: Національна академія педагогічних наук України, Інститут психології імені Г. С. Костюка, 2022. 128 с.
42. Шевцова Т. Є. Особливості професійного вигорання особистості в процесі професійної самореалізації. Актуальні проблеми екстремальної та кризової психології: збірник тез Міжнародної науково-практичної конференції; відп. ред. Коваль В. О. Дніпро: Дніпроп. держ. ун-т внутр. справ. 2022. С. 106–109.
43. Школіна Н. В., Шаповал І. І., Орлова І. В. та ін. Адаптація та валідизація україномовної версії шкали стресостійкості Коннора–Девідсона-10 (CD-RISC-10): апробація у хворих на анкілозівний спондиліт. Український ревматологічний журнал. 2020. № 2 (80). С. 66–72.
44. Захарчин Г., Гладун О. Професійна мобільність персоналу як складова адаптаційної політики підприємства. Г. Захарчин , О. Гладун. Вісник Національного університету «Львівська політехніка». Логістика. – № 863. – 2017. – С. 51-56.

45. Ющенко І. М. Резилієнтність дитини в парадигмі ресурсного підходу. Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т. Г. Шевченка. Чернігів, 2015. Вип. 128. С. 302–306.
46. Гончарук Н. М. Соціально–психологічний тренінг як метод формування навичок саморегуляції у педагогів з синдромом психоемоційного вигорання. Н. М. Гончарук. Збірник наукових праць. – Кам'янець–Подільський, 2019. – Вип. 11. – С. 135–141.
47. Burnout and health review: Current knowledge and future research directions / A. Shirom, S. Melamed, S. Toker et al. In International review of industrial and organizational psychology; ed. by G. Hodgkinson, F. Ford. Chichester: John Wiley & Sons, 2005. Vol. 20. P. 269–308.
48. Caldeira S., Timmins F. Resilience: synthesis of concept analyses and contribution to nursing classifications. Int Nurs Rev. 2016. Vol. 63, no. 2. P. 191–199.
49. Cherniss C. Long-term consequences of burnout: An exploratory study. Journal of Organizational Behavior. 1992. Vol. 13, no. 1. P. 1–11.
50. Connor K. M., Davidson J. R. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Depression and Anxiety. 2003. № 18 (2). P. 76–82.
51. Domina G. Conflicts as a cause of post-traumatic stress. European Humanities Studies: State and Society. Europejskie Studia Humanistyczne: Państwo i Społeczeństwo. Poland–Ukraine, 2018. Issue 1 (I). P. 78–88.
52. Draga T., Myaluk O., Krynyska I. Особливості синдрому емоційного вигорання у медичних працівників. Медсестринство. 2018. 10.11603/2411-1597.2017.3.8534.
53. Enzmann D., Schaufeli W. B., Janssen P., Rozeman A. Dimensionality and Validity of the Burnout Measure. Journal of Occupational and Organizational Psychology. 1998. Vol. 71. P. 331–351. URL: <http://dx.doi.org/10.1111/j.2044-8325.1998.tb00680>.

54. Fontes F. F. Teorização e conceitualização em psicologia: o caso do Burnout: Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, 2016.
55. Foster K., Roche M., Delgado C. et al. Resilience and mental health nursing: An integrative review of international literature. *Int J Ment Health Nurs*. 2018. Vol. 28, no. 1. P. 71–85.
56. Han S., Shanafelt T. D., Sinsky C. A. et al. Estimating the attributable cost of physician burnout in the United States. *Ann. Intern. Med.* 2019. Vol. 170. P. 784–790.
57. Ho A. H. Y., Tan-Ho G., Ngo T. A. et al. A novel mindful-compassion art therapy (MCAT) for reducing burnout and promoting resilience for end-of-life care professionals: a waitlist RCT protocol. *Trials*. 2019. Jul 8. Vol. 20, no. 1. P. 406. DOI: 10.1186/s13063-019-3533-y.
58. Hromtseva O. V. Notion of professional burnout of medical workers and research of its phenomenology. *European Journal of Management Issues*. 2019. Vol. 27, no. 3–4. P. 63–72.
59. Kondo K. Burnout syndrome. *Asian medical*. 2001. № 34. P. 34–42.
60. Kuznietsova L., Frolov V., Peresadin M. The clinicpathogenetic characteristic and treatment of chronic fatigue syndrome of, with an allergic pathology. *Aktualni problemy farmatsii ta farmakolohii*. 2003. P. 407–436.
61. Leiter M. P., Maslach C. Burnout and workplace injuries: a longitudinal analysis. *Stress and Quality of Working Life: The Positive and the Negative* / ed. by A. M. Rossi, J. C. Quick, P. L. Perrewe. 2009. P. 3–18.
62. Maslach C. A Multidimensional Theory of Burnout. Oxford University Press: *Theories of Organizational Stress*. 1998. № 1. P. 397–422.
63. Maslach C. Burnout in health professionals. *Cambridge handbook of psychology, health and medicine* / ed. by S. Ayers, A. Baum, C. McManus, S. Newman. 2nd edition. Cambridge: Cambridge University Press, 2007. 968 p.
64. Maslach C., Schaufeli W. B., Leiter M. P. Job burnout. *Annual Review of Psychology*. 2001. Vol. 52, no. 1. P. 397–422.

65. Schaufeli W. B., Enzmann D. The burnout companion to study & practice; a critical analysis. London: Taylor and Francis, 2002. 232 p.
66. Scherer L. L., Allen J. A., Harp E. R. Grin and bear it: An examination of volunteers 'fit with their organization, burnout and spirituality. *Burnout Research*. 2016. Vol. 3, no. 1. P. 1–10.
67. Skoryk Y. Prevention of Teachers' Professional Burnout as a Way to Improve the Quality of Higher Education. *American Journal of Educational Research*. 2013. Vol. 1, no. 11. P. 496–504. DOI: 10.12691/education-1-11-7.
68. Waugh C. E., Fredrickson B. L., Taylor S. F. Adapting to life's slings and arrows: Individual differences in resilience when recovering from an anticipated threat. *Journal of Research in Personality*. 2008. Vol. 42, no. 4. P. 1031–1046.
69. Southwick S. M., Charney D. S., DePierro J. M. Resilience: The Science of Mastering Life's Greatest Challenges. 3rd ed. New York : Cambridge University Press, 2024. 440 p.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Комплексна тренінгова програма «Розвиток адаптивності та стресотійкості» створена для медичних працівників, аби розвивати їхню психологічну стійкість й поєднує методи когнітивно-поведінкової терапії, техніки усвідомленості та елементи соціально-психологічного тренінгу.

Етап 1. Вступ до тренінгової програми.

Тренінговий день 1

Мета першого етапу – ознайомити учасників із поняттям резильєнтності як здатності до адаптації в стресових умовах.

1.Інтерактивна вправа для знайомства учасників групи "Створення особистої емблеми»

Час: 20 хвилин

Мета: розвивати вміння самопрезентації, зміцнювати позитивне самосприйняття, усвідомлювати власну індивідуальність і неповторність.

Хід вправи (слова тренера) : Пригадаймо разом, що являє собою емблема, які елементи вона може містити, які форми може мати? (Емблема – символічне зображення, що представляє країну, населений пункт або сімейний рід). Створіть власну персональну емблему, де відобразите своє ім'я, візуальний образ, життєве гасло та ключові особистісні характеристики. Вона може відображати улюблену кольорову гаму, містити символіку, що передає найважливіше: ваші захоплення, найсильніші сторони, мрії та прагнення. Учасники виготовляють емблему у форматі колажу з кольорових аркушів, різноманітних декоративних елементів, вирізаних із листівок та яскравих упаковок, а необхідні деталі домальовують кольоровими олівцями.

Демонстрація створених робіт.

Рефлексія:

- Які емоції ви переживали під час творення своєї емблеми?
- Що відчували, презентуючи її іншим?
- Наскільки складним виявилось виконання завдання?

- Яку користь ми отримали від цієї діяльності?

2.Вправа "Встановлення групових домовленостей»

Час: 10 хвилин

Завдання: визначити та узгодити норми взаємодії для продуктивної спільної роботи.

Слова тренера: Щоб наша співпраця була результативною, і кожен учасник відчував психологічну безпеку та міг діяти максимально ефективно, необхідно узгодити норми взаємодії. (Норми обговорюються колективно, фіксуються письмово і затверджуються шляхом загального голосування).

Норми групової взаємодії:

1. Принцип актуальності. Усі коментарі мають стосуватися поточної теми обговорення.
2. Добровільна участь та ініціативність. Маєте право відмовитися від виконання окремих завдань, але розкрити свій потенціал можливо лише через активну залученість.
3. Повага до того, хто говорить. Уважно слухайте інших, не переривайте. Пам'ятайте, що всі прийшли для того, щоб бути почутими.
4. Щирість і автентичність. Цінною є лише та відповідь, яка відображає ваші справжні думки та переживання.
5. Конфіденційність інформації. Не розголошуйте за межами групи почуту інформацію особистого характеру.
6. Доброзичлива атмосфера. Проявляйте повагу до всіх учасників.
7. Висловлювання від першої особи. Говоріть про власні почуття та досвід.
8. Безумовне прийняття. Сприймайте себе та колег без критики та осуду.
9. Відповідальний підхід. Ставтеся до кожного завдання як до важливої місії.

3.Вправа «Очікування»

Час: 10-15 хвилин

Мета: навчити учасників визначати власні очікування відповідно до мети заняття.

Хід вправи: У мене в руках є кольоровий папірець-діамант, на якому я зараз напишу свої очікування від тренінгу. Ви зараз виріжете з паперу або намалюєте свій діамант і напише на ньому, що ви очікуєте від заняття.
(Учасники тренінгу зачитують свої очікування).

4.Вправа - дискусія

Час: 20-25 хвилин

Мета: актуалізувати знання з теми стресостійкості і психологічної адаптивності.

Хід вправи: На початку сесії відбувається коротке інтерактивне обговорення на тему «що для мене стрес і як я на нього реаую?», що допомагає виявити типові реакції учасників.

Слово тренера: Після обговорення індивідуальних реакцій на стрес, ми переходимо до глибшого розуміння явищ, що допомагають ефективніше справлятися з професійними викликами.

Резильєнтність – це не просто здатність витримувати труднощі, а динамічний процес адаптації до стресових ситуацій, вміння відновлюватися після несприятливих подій і навіть зростати завдяки ним.

Основні компоненти резильєнтності включають самоусвідомлення (глибоке розуміння емоцій, думок, цінностей), саморегуляцію (здатність керувати емоціями та імпульсами), а також соціальну компетентність (уміння будувати стосунки та звертатися за підтримкою). Ці компоненти взаємопов'язані й формують цілісну систему психологічної стійкості, а розуміння цих механізмів є ключовим для профілактики професійного вигорання, оскільки дозволяє свідомо розвивати внутрішні ресурси, що протидіють виснаженню.

Усвідомленість, своєю чергою, є потужним інструментом для розвитку всіх цих компонентів резильєнтності. Це практика повного прийняття поточного моменту, усвідомлення своїх думок, емоцій та фізичних відчуттів без осуду. Вона допомагає вийти з режиму «автопілота», коли ми реагуємо на

ситуації звичними, часто неефективними способами й обрати свідомішу та адаптивнішу реакцію.

З позицій когнітивно-поведінкової терапії, усвідомленість допомагає розірвати ланцюг між автоматичними думками (часто негативними та спотвореними) і дезадаптивними емоційними та поведінковими реакціями. Автоматичні думки – це швидкі, миттєві оцінки ситуацій, що виникають без свідомого контролю і часто базуються на минулому досвіді або переконаннях. Вони можуть бути як нейтральними, так і сильно емоційно забарвленими, і саме останні найчастіше спричиняють емоційне напруження та вигорання.

5.Вправа «усвідомлене дихання»

Час: 10 хвилин

Мета: розвиток усвідомленості, допомагає зосередитися на поточному моменті, заспокоїти розум і тіло.

Хід вправи: Знайдіть зручне положення сидячи на стільці, стопи на підлозі, або лежачи. Переконайтеся, що ваша спина пряма, але не напружена, руки вільно лежать на колінах або вздовж тіла. Якщо комфортно, заплющте очі; якщо ні – сфокусуйте погляд на одній точці перед собою, зробіть кілька глибоких вдихів і повільних видихів, щоб розслабитися.

Перенесіть увагу на відчуття дихання, не намагайтеся змінити його, просто спостерігайте, як воно відбувається, зверніть увагу на повітря, що входить і виходить з вашого тіла.

Слідкуйте за кожним вдихом і кожним видихом, відмічайте повний цикл дихання – від початку вдиху до кінця видиху. Не оцінюйте своє дихання як «правильне» чи «неправильне», просто спостерігайте за його природним ритмом.

У якийсь момент ваш розум почне відволікатися й це абсолютно нормально. Можуть виникати думки про минуле, плани на майбутнє, занепокоєння, або ви можете помітити звуки навколо. Щойно ви усвідомите, що ваша увага відволіклася від дихання, м'яко, без осуду, відмітьте це. Наприклад, подумки скажіть «думка» або «звук», а потім так само м'яко

поверніть свою увагу назад до відчуттів дихання. Пам'ятайте, що мета не в тому, щоб зупинити думки, а в тому, щоб усвідомлювати їх і повертати фокус.

Коли час завершиться, поступово розширте свою увагу на звуки навколо вас, на своє тіло, на кімнату. Відкрийте очі, якщо вони були заплющені. зробіть ще кілька глибоких вдихів і видихів і поверніться до теперішнього моменту, відчуваючи себе більш присутніми та спокійними.

6.Рефлексія після заняття

Час: 5-10 хвилин

7.Домашнє завдання (за необхідності)

Етап 2. Когнітивна реструктуризація та боротьба з когнітивними спотвореннями.

Тренінговий день 2

1.Привітання

2.Вступне слово тренера - 10 хвилин

Після обговорення домашнього завдання та типових автоматичних думок, виявлених учасниками, ми переходимо до ключового аспекту когнітивно-поведінкової терапії – ідентифікації та модифікації когнітивних спотворень. Це мисленнєві патерни, які часто є неточними або ірраціональними, але ми несвідомо сприймаємо їх як факти, що призводить до негативних емоцій та дезадаптивної поведінки. Для медичних працівників ці спотворення особливо небезпечні, оскільки можуть посилювати стрес, сприяти вигоранню та впливати на прийняття рішень.

Розглянемо три найбільш поширені типи.

Катастрофізація – схильність бачити або очікувати найгіршого можливого сценарію, навіть якщо об'єктивні докази цього відсутні або незначні. Наприклад, якщо пацієнт відчуває легке погіршення стану, медичний працівник з катастрофізацією може відразу подумати про найважчі ускладнення, навіть не маючи для цього достатніх підстав, що породжує зайву тривогу та виснаження.

Чорно-біле мислення, або дихотомічне мислення – тенденція бачити світ лише в крайніх категоріях – все або нічого, добре або погано, успіх або повна невдача, проміжних відтінків немає. Наприклад, якщо лікар зробив невелику помилку в документації, він може вважати себе абсолютно некомпетентним, не зважаючи на сотні успішно проведених процедур. Це створює постійне відчуття невдоволення собою та неможливості досягти досконалості.

Третє спотворення – надмірне узагальнення – виведення широких негативних висновків на основі однієї або кількох окремих подій. Наприклад, якщо один пацієнт поскаржився на лікування, медична сестра може вирішити «я поганий спеціаліст, нікому не подобається моя робота», поширюючи поодинокий негативний випадок на всю свою професійну діяльність. Це веде до відчуття безнадійності та безсилля.

3.Вправа «Виправлення когнітивних спотворень»

Час: 30-50 хвилин

Мета: навчання активній зміні не адаптивних думок на більш конструктивні.

Хід вправи: На цьому етапі учасникам пропонується працювати в малих групах, по 3-4 особи, над розпізнаванням цих когнітивних спотворень у реалістичних прикладах ситуацій, типових для медичної практики. Кожна група отримує картки з описом конкретних професійних кейсів, де чітко простежуються ці мисленнєві патерни. Їхнє завдання – ідентифікувати, яке саме спотворення присутнє в думках персонажа кейсу та пояснити, чому вони так вважають.

4. Вправа «Правильне дихання»

Час: 5 хвилин

Мета: оволодіння прийомом покращення дихання для профілактики стресу.

Хід вправи: (Слова тренера) Сядьте зручно. Втягуйте повітря з напруженням уперед передньої стінки живота до повного насичення. Потім без перерви і затримки повільно видихайте повітря, втягуючи передню стінку живота.

Закінчивши видих, без перерви і затримки знову вдихніть і так далі. Таке дихання називається діафрагмальним. Воно забезпечує повноцінне харчування для всіх органів, активізує обмін речовин і всі життєві процеси.

5.Вправа «Рефреймінг негативних думок»

Час: 40-60 хвилин

Мета: практичне застосування отриманих знань й відпрацювання спрямованості на активну зміну не адаптивних думок на більш конструктивні. Вона допоможе учасникам розвинути когнітивну гнучкість, навчитися знаходити альтернативні інтерпретації подій та знижувати емоційну реактивність.

Хід вправи: Кожен учасник обирає одну реальну негативну автоматичну думку, яка виникла у нього нещодавно в професійній сфері і викликала значне емоційне напруження. Наприклад, лікар може обрати думку «я ніколи не зможу впоратися з такою кількістю пацієнтів, це занадто великий обсяг роботи». Учасники індивідуально або в парах аналізують обрану думку, задаються питання «яке когнітивне спотворення (катастрофізація, чорно-біле мислення, надмірне узагальнення) присутнє в цій думці? які емоції вона викликає? наскільки ця думка є об'єктивною і підтверджується фактами?». Для прикладу з «великою кількістю пацієнтів», може бути виявлена катастрофізація та надмірне узагальнення, що викликають відчуття безсилля та тривоги. Учасники шукають об'єктивні докази, які підтверджують цю думку і докази, які їй суперечать. Для думки «я ніколи не зможу впоратися...», докази «за» можуть бути «дійсно багато пацієнтів, мені важко», а докази «проти» – «я вже справлявся з подібними ситуаціями, у мене є колеги, до яких можна звернутися, це тимчасовий період».

На основі аналізу доказів «проти» та знань про когнітивні спотворення, учасники формулюють альтернативну думку, яка є більш збалансованою, реалістичною та конструктивною й повинна бути спрямована на вирішення проблеми або на зниження емоційного дискомфорту. Для прикладу з лікарем,

альтернативною думкою може бути «це складний період з великим навантаженням. Я можу розбити завдання на менші кроки, пріоритезувати їх і, за необхідності, залучити колег або керівництво для розподілу обов'язків, адже я вже справлявся з подібними викликами раніше».

Учасники оцінюють, які емоції викликає нова, перефразована думка і як правило, вона призводить до зниження тривоги, підвищення відчуття контролю та мотивації до дії.

Учасники діляться своїми негативними думками та розробленими альтернативними варіантами в загальному колі або в малих групах, отримуючи зворотний зв'язок та додаткові ідеї від колег. Це зміцнює навичку та доводить різноманіття підходів до перефреймінгу.

Рефлексія після тренінгового дня

Етап 3 «Засвоєння і практичне застосування навичок резильєнтності та адаптивності до стресових факторів впливу»

Тренінговий день 3-4

1.Привітання

2. Вправа «Медитація «сканування тіла»

Час: 15 хвилин

Мета: розвиток фізичного зв'язку психіки зі своїм тілом, усвідомлення фізичні прояви емоцій і практика прийняття без осуду, що дозволяє відстежувати, як емоції проявляються на тілесному рівні, перш ніж вони повністю охоплюють розум.

Хід вправи: Займіть зручне положення, бажано лежачи на спині або сидячи на стільці з підтримкою для спини, стопи на підлозі. Переконайтеся, що вам тепло і нічого не відволікає.

Переведіть свою увагу на дихання, але не змінюйте його, просто спостерігайте, як повітря входить і виходить, відчуйте рух живота або грудної клітини.

Тепер ми почнемо подорож уваги по вашому тілу. Перенесіть всю свою увагу на пальці ніг правої ноги. Відчуйте їх. Можливо, ви відчуєте легке

поколювання, тепло, тиск взуття або шкарпеток, просто спостерігайте ці відчуття. потім перемістіть увагу на підошву правої стопи, потім на п'яту, щиколотку, відчуйте всю праву стопу.

Повільно піднімайте увагу вище – до гомілки правої ноги, потім до коліна, стегна. Відчуйте всю праву ногу.

Тепер повторіть цей процес з лівою ногою, починаючи з пальців стопи, потім підошва, п'ята, щиколотка, гомілка, коліно, стегно. Відчуйте всю ліву ногу.

Перемістіть увагу до області тазу та стегон. відчуйте опору, потім підніміть увагу до живота. зверніть увагу, як він рухається разом з диханням. Можливо, ви відчуєте якесь напруження чи легкість, просто відмічайте.

Далі перенесіть увагу на нижню частину спини, потім на середню, верхню частину, відчуйте, як ваша спина спирається на поверхню.

Сфокусуйтеся на грудній клітці, відчуйте, як вона розширюється і спадає з кожним вдихом і видихом. Можливо, ви помітите серцебиття.

Перемістіть увагу до кінчиків пальців правої руки. Відчуйте кожен палець, долоню, зап'ястя, передпліччя, лікоть, плече. Відчуйте всю праву руку, повторіть з лівою рукою.

Тепер перенесіть увагу на шию та плечі – це часто місця накопичення напруги. Якщо ви відчуваєте напругу, просто відмітьте її, не намагайтеся її змінити, просто спостерігайте.

Підніміть увагу до голови, відчуйте щелепи, м'язи обличчя, лоб, шкіру голови, розслабте їх.

Наприкінці дозвольте своїй увазі охопити все тіло одночасно. Відчуйте його цілісність, його зв'язок з диханням. Якщо ви помічаєте будь-які відчуття, дискомфорт, або емоції, що проявляються в тілі, просто відмічайте їх.

Поступово, на останніх кількох видихах, поверніть увагу до звуків у кімнаті, до своєї пози. Відкрийте очі, якщо вони були заплющені, і обережно порухайтесь, повільно повертаючись до зовнішнього світу.

3.Вправа «Лист до себе від друга»

Час: 30-60 хвилин

Мета: Розвиток самоспівчуття, що дозволяє учасникам змінити внутрішній діалог з критичного на підтримуючий. Вона базується на ідеї, що ми часто проявляємо більше співчуття до друзів, ніж до себе, коли вони переживають труднощі.

Хід вправи: Кожен учасник подумки або коротко записує одну недавню ситуацію, яка викликала у нього значний стрес, розчарування, відчуття невдачі або будь-яку іншу складну емоцію в професійній або особистій сфері.

Учасникам пропонується уявити, що не вони, а їхній близький друг опинився в такій же ситуації й цей друг звернувся до них за порадою, підтримкою та співчуттям.

Тепер учасникам пропонується написати листа цьому уявному другові. У листі потрібно висловити:

- розуміння та підтвердження емоцій – «я розумію, наскільки тобі зараз важко/боляче/розчаровано».

- співчуття та людяність – нагадати другові, що такі почуття є нормальними, що всі люди іноді стикаються з подібними труднощами, що це частина людського досвіду – «багато хто переживає подібні ситуації, ти не один/одна у своїх переживаннях».

- доброзичливу пораду та підтримку – запропонувати другу слова підтримки, заохочення, конструктивні поради (якщо доречно), а також нагадати про його сильні сторони та минулі успіхи – «пам'ятаєш, як ти вже справлявся/справлялася з такими викликами раніше? ти сильний/сильна і талановитий/талановита».

- слова прийняття та турботи – «будь добрим/доброю до себе в цей час. дбай про себе, як ти дбаєш про інших».

Після написання листа, учасникам пропонується прочитати його, уявляючи, що ці слова написані для них самих. Важливо звернути увагу на відчуття, які виникають під час читання, на те, як змінюється внутрішній діалог.

Після вправи проводиться обговорення в малих групах або загальному колі. Учасники можуть поділитися (за бажанням) своїми враженнями від вправи, які емоції вона викликала, чи було важко написати такий лист, які слова підтримки виявилися найбільш значущими. Це допомагає закріпити навичку самоспівчуття та усвідомити його важливість для психологічного благополуччя.

Після обговорення ролі самоєфективності як віри у власні сили та здатності досягати бажаних результатів, пропонується перейти до конкретного інструменту, що дозволяє цю самоєфективність розвивати – технік цілепокладання, зокрема формулювання smart-цілей. Правильно сформульована ціль є вже половиною успіху, оскільки вона дає чіткий напрямок, мотивує до дії та дозволяє відстежувати прогрес.

Акронім smart розшифровується як specific (конкретна), measurable (вимірювана), achievable (досяжна), relevant (релевантна), time-bound (обмежена в часі).

Specific (конкретна). Ціль має бути чітко визначеною. Що саме ви хочете досягти? хто залучений? де це буде відбуватися? Наприклад, замість «я хочу покращити роботу», більш конкретно буде «я хочу покращити комунікацію з колегами у своєму відділенні».

Measurable (вимірювана). Ви повинні мати можливість відстежувати свій прогрес і знати, коли ціль досягнута. Як ви дізнаєтеся, що досягли її? які критерії успіху? Наприклад, для покращення комунікації, це може бути «я щодня буду активно слухати двох колег протягом 5 хвилин без перебивань».

Achievable (досяжна). Ціль повинна бути реалістичною та можливою для досягнення за наявних ресурсів та обставин. Вона має бути амбітною, але не надто складною, щоб не викликати відчуття безсилля. Замість «я стану найкращим лікарем у світі», більш досяжно буде «я покращу свої навички проведення певних діагностичних процедур».

Relevant (релевантна). Ціль повинна бути важливою для вас особисто та відповідати вашим цінностям і загальним професійним або життєвим

прагненням. Чи ця ціль дійсно потрібна мені? чи вона відповідає моїм пріоритетам?

Time-bound (обмежена в часі). Ціль повинна мати чітко визначені терміни початку та завершення. Це створює відчуття терміновості та допомагає планувати дії. До якого часу я хочу досягти цієї цілі? Наприклад, «я покращу комунікацію з колегами у своєму відділенні, щодня активно слухаючи двох колег протягом 5 хвилин без перебивань, протягом наступних чотирьох тижнів».

Використання smart-критеріїв дозволяє перетворити абстрактні бажання на конкретні плани дій, що значно підвищує шанси на успіх і, відповідно, зміцнює відчуття самоєфективності.

4. Вправа «Правильне дихання»

Час: 5 хвилин

Мета: оволодіння прийомом покращення дихання для профілактики стресу.

Слова тренера: Сядьте зручно. Втягуйте повітря з напруженням уперед передньої стінки живота до повного насичення. Потім без перерви і затримки повільно видихайте повітря, втягуючи передню стінку живота. Закінчивши видих, без перерви і затримки знову вдихніть і так далі. Таке дихання називається діафрагмальним. Воно забезпечує повноцінне харчування для всіх органів, активізує обмін речовин і всі життєві процеси. Вправа «ситуація успіху» спрямована на усвідомлення та закріплення особистих ресурсів, отримання позитивного зворотного зв'язку від колег та посилення колективної самоєфективності. Вона дозволяє учасникам не тільки пригадати власний успішний досвід, а й побачити, як інші справляються з подібними викликами, формуючи відчуття спільності та взаємної підтримки.

5. Вправа «Усвідомлення життєвого досвіду»

Час: 60-80 хвилин

Мета: розвиток резильєнтності через інтеграцію когнітивно-поведінкових методів, практики усвідомленості власних дій.

Хід вправи: Учасники об'єднуються в малі групи по 4-5 осіб. Кожній групі дається завдання – кожен учасник має підготувати коротку (3-5 хвилин) розповідь про ситуацію з власного професійного досвіду, коли він/вона успішно подолав/подолала складне завдання, вирішив/вирішила проблему або досяг значущого результату, незважаючи на труднощі чи перешкоди. Важливо, щоб учасник зосередився на своїй активній ролі, навичках, якостях, які допомогли йому/їй досягти успіху. Наприклад, це може бути ситуація, коли вдалося врятувати пацієнта в критичному стані завдяки швидким та правильним діям, або коли вдалося вирішити складний конфлікт з родичами пацієнта, або успішно впровадити нову процедуру у відділенні.

У кожній малій групі учасники по черзі розповідають свої історії успіху. інші члени групи уважно слухають.

Після кожної розповіді, інші члени групи надають позитивний зворотний зв'язок. Вони повинні відзначити, які сильні сторони, навички або якості доповідача були особливо помітні в цій ситуації успіху. Наприклад, «я помітив твою рішучість у тій ситуації», «твоя здатність швидко аналізувати інформацію була вражаючою», «мені сподобалося, як ти зміг/змогла заспокоїти родичів пацієнта своєю впевненістю». Також можна запропонувати учасникам подумати, які уроки вони винесли з розповіді колеги, що могло б бути корисним для їх власної практики. Це допомагає не тільки підсилити самоєфективність оповідача, а й розширити репертуар копінг-стратегій інших учасників.

Після того, як усі в групі поділилися своїми історіями та отримали зворотний зв'язок, групи повертаються до загального кола. Ведучий просить кожного учасника поділитися одним-двома ключовими інсайтами, які він отримав під час цієї вправи. Це може бути усвідомлення власної сили, розуміння нових способів подолання труднощів, відчуття спільності з колегами. обговорюється, як цей досвід може бути використаний для підвищення індивідуальної та колективної самоєфективності в майбутньому.

Ведучий підкреслює, що ці «ситуації успіху» є цінними ресурсами, до яких можна звертатися в періоди сумнівів чи труднощів.

6.Колективне обговорення результатів проведеної роботи

Час: 10-15 хвилин

Питання для обговорення:

Що на занятті було для вас цікавим?

Що найбільше запам'яталося?

Що нового ви дізналися сьогодні?

Чи збулися ваші очікування?

На завершення давайте поаплодуємо собі та іншим за плідну працю.