

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КРИВОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Факультет психолого-педагогічний
Кафедра загальної та вікової психології

ПСИХОЛОГІЧНІ РЕСУРСИ АДАПТИВНОСТІ ФАХІВЦІВ МЕДИЧНОЇ
ГАЛУЗІ В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ

Кваліфікаційна робота студентки
групи ЗППм-24-1
ступінь вищої освіти – другий (магістерський)
спеціальності 053 Психологія
Гончаренко Ольги Іванівни

Керівник доктор психологічних наук, професор
Токарева Н. М.

ЗАПЕВНЕННЯ

Я, **Гончаренко Ольга Іванівна**, розумію і підтримую політику Криворізького державного педагогічного університету з академічної доброчесності. Запевняю, що ця кваліфікаційна робота виконана самостійно і не містить академічного плагіату, фабрикації, фальсифікації. Я не надавала і не одержувала 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 ознайомена. Чітко усвідомлюю, що в разі виявлення у кваліфікаційній роботі порушення академічної доброчесності робота не допускається до захисту або оцінюється незадовільно.



ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. Теоретичні аспекти аналізу психологічних ресурсів адаптивності медичних працівників	9
1.1. Феноменологія соціально-психологічної адаптації особистості в стресогенних умовах воєнного часу	9
1.2. Особливості виявлення професійного стресу медичними працівниками	17
1.3. Ресурси адаптивності фахівців медичної галузі	22
Висновок до розділу 1	27
РОЗДІЛ 2. Емпіричне дослідження ресурсів адаптивності фахівців медичної галузі	28
2.1. Організаційні аспекти психодіагностичного вимірювання ресурсів адаптивності фахівців медичного профілю	28
2.2. Аналіз результатів психодіагностичного дослідження ресурсів адаптивності фахівців медичної галузі	35
Висновок до розділу 2	48
РОЗДІЛ 3. Психологічна підтримка працівників медичної галузі в діапазоні розвитку ресурсів адаптивності	49
3.1. Обґрунтування соціально-психологічної програми розвитку ресурсів адаптивності фахівців-медиків	49
3.2. Оцінка ефективності корекційно-розвивальної програми оптимізації ресурсів адаптивності працівників медичної галузі	56
Висновок до розділу 3	60
ВИСНОВКИ.....	61
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	67
ДОДАТКИ	76

ВСТУП

Актуальність дослідження. Війна в Україні за рівнем радикальних руйнувань інфраструктури суспільства, зрушень в усіх сегментах життєдіяльності особистості трактується як екстремальна подія, що виходить далеко за межі нормотипового досвіду людини. Травмівні події та наслідки воєнного часу призводять до втрати особистістю почуття безпеки, впевненості, стабільності і передбачуваності життя загалом. А тому дослідження феноменології адаптації постають як надважливий формат системних наукових розвідок антропологів, соціологів, психофізіологів, медиків.

Не залишаються осторонь актуальних питань екстремальних впливів на психіку людини й можливостей відновлення її ресурсів також і психологи, про що свідчать чисельні напрацювання науковців. У дослідженнях С. С. Benight, K. Shoji, D. L. Delahanty, R. B. Johansen, J. C. Laberg, M. Martinussen; R. S. Murthy, R. Lakshminarayana; Г. О. Хомич, Т. А. Білоконь, І. М. Гоян, А. І. Петранюк, І. В. Толкунової, Н. П. Голуб, М. О. Ждан, С. Б. Кузікова, О. О. Лукашова, В. Г. Панок, О. С. Чабан, О. О. Хаустової, В. Ю. Омелянович, І. М. Ющенко [63; 71; 77; 1; 6; 7; 13; 15; 20; 32; 38; 46; 59; 60 та ін.] висвітлюються особливості життєстійкості та адаптивності людини в складних життєвих обставинах мілітарної повсякденності.

Предметом активних наукових дискусій стало залишаються питання адаптації особистості в контексті професійної діяльності, і зокрема – у галузі медицини (див., до прикладу, дослідження П. С. Білецького, А. І. Галян, Н. Д. Дейнека, О. П. Мялюк, М. І. Марущак, Н. С. Карвацька, О. О. Лазуренко, Н. О. Марута, О. С. Чабан, Г. Ю. Каленська, В. Я. Пішель, М. Ю. Полив'яна, Н. В. Унгурян [4; 12; 18; 25; 34; 42; 47; 57 та ін.]). Це пояснюється насамперед високим рівнем психічного напруження професійної діяльності спеціалістів медичного профілю, що здійснюється в умовах пролонгованої відповідальності за життя і здоров'я пацієнтів [4; 38;

57], потребує вирішення складних морально-етичних дилем і швидкого реагування в екстремальних умовах надання медичної допомоги [42; 59]. Відповідно, усе більше фахівців медичної галузі постають перед необхідністю адаптування до реалій несталого сьогодення, унормування діапазону суб'єктивного благополуччя та зменшення ризиків професійної деформації та емоційного вигорання. Особливо нагальною означена потреба є в умовах катастрофічних подій воєнної доби. А отже, в полімодальній системі професійного самоздійснення фахівців медичної галузі проблемне поле дослідження ресурсів адаптивності працівників медичної галузі, поза сумнівом, є над актуальною проблемою.

Водночас, на фоні визнання актуальності вивчення ефективних сценаріїв адаптивної поведінки фахівців з медицини дослідниками соціального та медичного напрямів психологічної науки, варто зауважити недостатність аналізу психологічних ресурсів адаптивності працівників медичної галузі в умовах тривалої війни в Україні.

Відповідно, актуальність теми дослідження, практико зорієнтований та соціально затребуваний характер означеної проблеми стали визначальними у виборі теми магістерської кваліфікаційної роботи: *«Психологічні ресурси адаптивності фахівців медичної галузі в умовах воєнного часу»*.

Мету даного магістерського дослідження ми позначили як теоретико-емпіричний аналіз психологічних ресурсів адаптивної поведінки медичних працівників та визначення можливостей цілеспрямованого розвитку адаптивних ресурсів як детермінанти ефективного професійного самоздійснення фахівців медичної галузі в умовах війни.

Для досягнення мети необхідно було розв'язати такі **завдання**:

1. Висвітлити сутнісні ознаки та узагальнити проблемні аспекти феноменології адаптації особистості в стресогенних умовах воєнного часу.
2. Розглянути психологічні особливості професійного стресу у діяльності фахівців медичної галузі.

3. Проаналізувати особистісні та соціально-психологічні ресурси адаптивності медичних працівників
4. Емпірично дослідити психологічні характеристики ресурсів адаптивності медичних працівників в умовах воєнного часу.
5. Розробити та апробувати комплексну корекційно-розвивальну програму психологічної підтримки та унормування ресурсів адаптивності медичних працівників.
6. Оцінити ефективність запропонованої нами програми у форматі професійної діяльності медичних працівників.

Об'єкт дослідження: феноменологія соціально-психологічної адаптації особистості.

Предмет дослідження: психологічні особливості ресурсів адаптивності медичних працівників у стресогенному мілітарному просторі.

Теоретико-методологічним підґрунтям кваліфікаційного магістерського дослідження ми вважали загальнонаукові принципи суб'єктно-діяльнісного підходу щодо розвитку особистості та закономірності професійного самоздійснення фахівців медичної галузі, відображені у наукових і науково-методичних роботах (монографіях, наукових статтях, підручниках) вітчизняних та зарубіжних вчених.

Методи і методики дослідження. Для виконання поставлених завдань був застосований комплекс загальнонаукових методів та методів психологічного дослідження, як-от:

- теоретичні методи: метод системного аналізу наукової літератури щодо досліджуваних проблем адаптації особистості в умовах воєнного часу, концептуальний аналіз, синтез, систематизація та узагальнення наукових підходів до розуміння сутнісних вимірів соціально-психологічної адаптації, специфіки психологічних ресурсів медичних працівників;
- емпіричні методи: вибіркове спостереження за працівниками медичної галузі в умовах професійної діяльності для визначення показників

адаптивності/дезадаптивності, опитувальники й тестування параметрів адаптивності та ресурсів адаптивності медичних працівників;

- статистичні методи: методи первинної статистичної обробки даних (обрахування індивідуальних показників досліджуваних маркерів адаптивності за ключем методик та середніх показників ознак у вибірковій сукупності респондентів, розрахунок відсоткових показників; методи вторинного статистичного аналізу: кореляційний аналіз даних (r-Spearman) із подальшою якісною інтерпретацією та змістовним узагальненням.

Статистична обробка результатів дослідження здійснювалася за допомогою пакету статистичних програм SPSS (версія 22.0).

Для емпіричного вимірювання базових показників адаптивності працівників медичної галузі були використані такі **психодіагностичні методики**:

- 1) Методика діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса та Р. Даймонд (в адаптації А. К. Осницького) [цит. за: 35, с.85–90].
- 2) Багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність» А. Маклакова та С. Чермяніна [3], призначений для визначення особистісних характеристик людини, які відображують її здатність адаптуватися до змінних умов життєдіяльності [2, с.33].
- 3) Опитувальник «Стратегії подолання стресових ситуацій» С. Хобфолла (шкала SACS; адаптований варіант Н. Є. Водоп'янової та Є. С. Старченкової), призначенням якого є вивчення індивідуальних поведінкових моделей вирішення напружених ситуацій [30, с. 65 – 62].

Базою емпіричного дослідження було обрано Комунальне підприємство «Криворізька міська клінічна лікарня №2» – багатoproфільний заклад охорони здоров'я, який надає населенню Криворізької територіальної громади амбулаторну, екстрену та стаціонарну спеціалізовану медичну допомогу.

Вибіркову сукупність склали 42 медичні працівники (лікарі різного клінічного профілю, фельдшери екстреної медичної допомоги та медсестри)

із різним стажем професійної діяльності. Віковий діапазон досліджуваних становив 28 – 42 років (період активного професійного розвитку). Вибіркова сукупність була сформована рандомно.

Дослідження тривало протягом 2024–2025 навчального року згідно із планом роботи над магістерським кваліфікаційним дослідженням.

Практичне значення результатів кваліфікаційного магістерського дослідження полягає в систематизації психологічних ресурсів адаптивності працівників медичної галузі. Запропонована нами корекційно-розвивальна програма психологічної підтримки та унормування ресурсів адаптивності медичних працівників може стати ефективним інструментом в організації психологічного супроводу фахівців медичної галузі у професійній діяльності. Також матеріали дослідження можуть стати в нагоді здобувачам психологічної освіти у підготовці до занять із дисциплін психологічного циклу.

Надійність і вірогідність дослідження забезпечувалися науковою обґрунтованістю теоретичних позицій дослідження, використанням методів дослідження, адекватних меті і завданням магістерської кваліфікаційної роботи, коректним застосуванням методів математичної статистики.

Апробація результатів дослідження. Базові теоретичні та практичні положення дослідження були обговорені на науково-методичному семінарі Психологічної лабораторії особистісного розвитку (проект кафедри загальної та вікової психології КДПУ).

Структура роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків та списку використаної літератури, який налічує 79 джерел (19 іноземною мовою) та додатків; містить 8 рисунків та 9 таблиць.

Текст кваліфікаційної роботи викладено на 79 сторінках, з яких основного тексту – 66 сторінок.

РОЗДІЛ 1. Теоретичні аспекти аналізу психологічних ресурсів адаптивності медичних працівників

1.1. Феноменологія соціально-психологічної адаптації особистості в стресогенних умовах воєнного часу

Проблемне поле адаптації особистості до викликів мінливого сьогодення стало знаходитися в центрі міждисциплінарних наукових інтересів зарубіжних (A. G. Billings, R. H. Moos, R. B. Johansen, J. C. Laberg, M. Martinussen, R. S. Murthy & etc.) та вітчизняних (Н. С. Білик, Т. А. Білоконь, Н. Б. Бондар, Н. П. Голуб, О. М. Кокун, А. С. Лобанова, Н. М. Токарева) дослідників. [64; 71; 77; 5; 6; 7; 9; 13; 29; 37; 55 та ін.].

В історіографічних дослідженнях науковців (див., до прикладу наукові публікації М. І. Блажівського, О. М. Галус, С. О. Мартиненко, С. О. Мотков [8; 11; 41; 44]) констатовано, що термін «адаптація» (від пізньо-лат. *adaptation* – пристосовувати) був введений у 1865 році німецьким фізіологом Г. Аубертом для пояснення механізму змінення «чутливості аналізаторів під впливом пристосування органів чуттів до діючих подразників» [цит. за: 8, с.234]. Згодом поняття було інтегровано до соціальних наук (що засвідчено у напрацюваннях Г. Спенсера, А. Шеффле та ін.).

На початку ХХ століття американськими соціологами У. Томасом і Ф. Знанецьким в науковий обіг уперше було введено поняття «соціальна адаптація» [цит. за: 41, с.30] для позначення процесу пристосування людини до соціального середовища та його вимог з метою продуктивного вправління з типовими проблемами [там само].

У психологічній науці дослідженнями феноменології адаптації та ресурсів адаптації людини до соціокультурного простору свого існування переймалися зокрема представники соціального вектора неофрейдизму (К. Хорні, Г. Селліван, Е. Фромм та ін.), якими була доведена значущість соціального середовища як фактора психічного розвитку особистості, вибудовування її відносин із оточенням. На наш погляд вартує уваги зокрема

інтерпретація механізму адаптації у дослідженні Д. Механік [75], що визначається автором як спосіб, у який людина бореться з ситуацією і своїми почуттями, викликаними нею. Відповідно, адаптація має два прояви:

- подолання, копінг (coping) – боротьба з ситуацією, опанування труднощів;
- захист (defence) – боротьба з почуттями, викликаними ситуацією.

Загалом, адаптація до викликів, опанування ситуацією залежить від цілеспрямованих дій та здатності людини приймати адекватні рішення, коли вона стикається з життєвими проблемами та вимогами [цит. за: 32, с.14]. Необіхевіористи (наприклад, Г. Айзенк) розглядають адаптацію як стан (або процес), що гармонізує потреби індивіда і вимоги середовища.

С. О. Мартиненко також звертає увагу на дослідження представників інтеракціоністської парадигми (концепції Л. Філіпса, Т. Шибутані), якими соціально-адаптаційний процес структуровано у системній єдності двох показників:

- 1) прийняття і ефективне пристосування особистості до соціальних норм і очікувань групи, до яких людина дотична відповідно до свого віку і статі;
- 2) гнучкість, здатність особистості надавати подіям бажаний для себе сенс, успішно користуватися наявними в соціумі умовами для досягнення власних цілей, цінностей і прагнень [41, с. 31].

У сучасному науковому просторі питання сутнісних ознак адаптаційних процесів все ще залишається дискусійним і активно обговорюється у контекстних вимірах медицини, фізіології, психофізіології (див. до прикладу: [29; 59]), соціології [37; 38], загальної та соціальної психології [12; 14; 15; 20; 22; 27; 44; 55 та ін.]. Разом з тим варто відзначити такі тенденції у розумінні сучасної феноменології явища адаптації як-от:

- усе більше розрізнення понять «пристосування» (*adjustment*) як пасивного процесу урівноваження і власне адаптації (*adaptation*) як процесу продуктивної взаємодії особистості та середовища;

- усвідомлення результативного маркера адаптації не лише як гомеостатичної рівноваги, відсутності конфліктів, але й як розуміння можливостей самоздійснення, самореалізації особистості в реаліях несталого сьогодення [8; 12; 37; 55].

Адаптація, таким чином, відображує систему динамічної рівноваги внутрішніх і зовнішніх показників життєтворення. Відповідно, в широкому науковому вжитку прослідковуються три інтерпретаційних вектори трактування поняття «адаптація»: біологічний, психологічний та соціальний (табл.1.1).

Таблиця 1.1.

Методологічні вектори інтерпретації поняття «адаптація»

Напрямок аналізу	Характеристики напрямку
Біологічний (біохімічний, морфологічний, фізіологічний, поведінковий)	Адаптація розглядається як пристосування біологічного організму до навколишнього середовища, скероване передусім на збереження гомеостазу в системі «організм – середовище» та виживання/самозбереження, самовідтворення живого організму [29; 42; 59]
Психологічний (когнітивно- афективний, суб'єктно- особистісний)	Адаптація – є динамічним процесом активної взаємодії особистості з навколишнім світом, що базується на необхідності задоволення її основних потреб. Пояснює усвідомлення особою потребового контексту життєтворення та програми адаптивної поведінки й індивідуального стилю діяльності в умовах невизначеності. Супроводжується формуванням нових психічних якостей особистості (новоутворень), що кристалізуються в оцінюванні можливостей пізнання, передбачення, планування і організації людиною власних життєвих сценаріїв [8; 37; 41]
Соціальний (соціально-економічний, соціально- психологічний)	Прояснює сутнісні виміри пристосування людини до нових для неї умов життя, нової соціальної реальності (в системі «особистість – соціальне середовище»), скеровуючи особу до опанування певних культурно-правових і соціальних норм [8; 11; 23; 37; 55]

У загальному вигляді адаптація тлумачиться як процес і результат внутрішніх змін, зовнішнього активного пристосування і самозмінення особи до нових умов існування.

Процесуальний аспект розуміння адаптації відображує логічну і часову послідовність адаптивної динаміки, конкретизує механізми адаптації, тривалість процесу.

Результативні критерії адаптації засвідчують успішність адаптивних/дезадаптивних процесів (надлишкової, високо оптимальної, низької або дезадаптивної), характеризують рівень адаптованості особистості та пояснюють новоутворення особистісного профілю особи (див.: Рис. 1.1.):

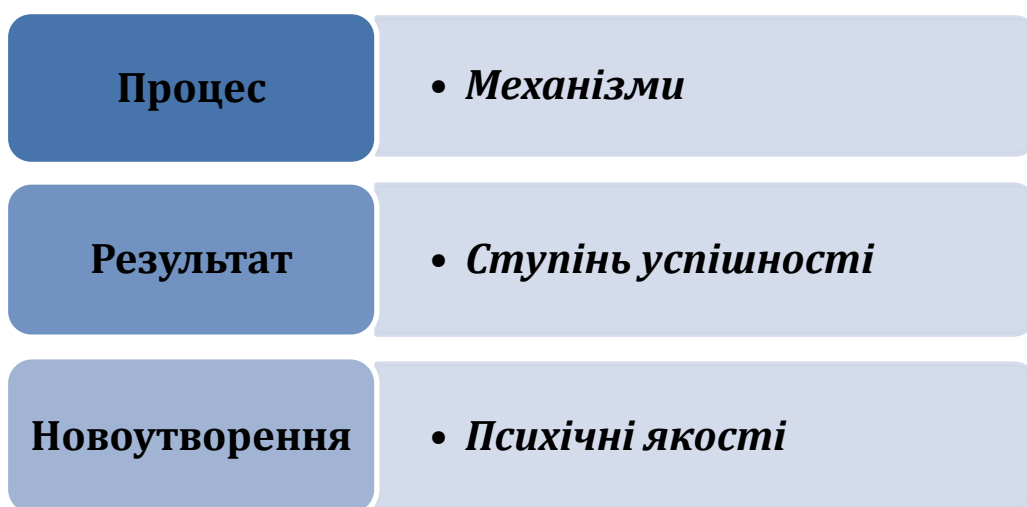


Рис. 1.1. Системні вектори аналізу феномену адаптації

Одним із надважливих механізмів адаптації особистості до стресогенних ситуацій науковці (див. до прикладу: J. J. Gross, Н.С. Карвацька, С. Б. Кузікова, В. Л. Зливков та ін.) вважають регуляцію емоцій, зміни в «суб'єктивному досвіді», які відбуваються разом із відповідними поведінковими та фізіологічними змінами [67; 25; 32; 55]. Регуляція емоційних переживань реалізується особою у форматі різновекторних стратегій:

- адаптивних, до прикладу: усвідомлення та гнучке переструктурування (рефреймінг), переоцінка ситуації відповідно до контексту подій, прагнення до вирішення проблем, зосередженість та усвідомлення суперечностей, стійкість у прийнятті стрес-факторів, мобілізація адаптивних ресурсів для опанування нових схем діяльності та поведінки;

- неадаптивних: витіснення, заперечення, неприйняття проблеми, неконструктивне (і часто неусвідомлюване) уникнення (або відтермінування) вирішення проблемних питань, скерованість на тимчасове зменшення тривожності, роздумування без урахування довгострокової мети або соціально значущого контексту подій, зосередженість [32, с. 23 – 24].

На підставі означених вище наукових положень вважаємо доцільним погодитися із думкою О. М. Галус щодо дворівневої організації адаптаційного процесу:

- перший (нижчий) виявляється у системі «організм – природне середовище» й відображує біологічні закономірності функціонування індивіда; разом з тим на біологічній адаптації організму позначаються також соціальні умови існування, що не регулюють стосунки між людським організмом і природним середовищем, проте модифікують сутнісні ознаки цієї взаємодії;
- другий (вищий) рівень адаптації стосується системи «особистість – соціальне середовище», що характеризується взаємовідносинами особистості й соціального та соціокультурного середовища [8; 11].

Саме у річці соціально-психологічного контексту тлумачення поняття «адаптації» як «пристосування самоорганізованих систем до умов середовища, яке змінюється» [55, с.185 – 186], ми вибудовували логічну схему даного кваліфікаційного магістерського дослідження.

Передусім ми зважали на те, що соціальна адаптація особистості розглядається науковцями як один із основних соціально-психологічних механізмів соціалізації особистості, що, у свою чергу, маркує зрілість людини. Адаптивні стратегії життєдіяльності особистості засвідчують активність суб'єкта при засвоєнні соціального досвіду, що привласнюється (інтеріоризується) [37] і суб'єктивно перетворюється особою на установки, соціальні очікування, ціннісні орієнтири [41, с.30].

Згідно із визначенням Л. Кореля соціальна адаптація є процесом «пристосування соціальної системи (особистості, групи осіб, суспільства) до внутрішніх і зовнішніх змін, що відбувається шляхом зміни як соціальних стереотипів поведінки, соціальних практик, цінностей, способів інформаційно-інтерпретативного віддзеркалення (конструювання, реконструювання) реальності, так і внутрішньої її (системи) структури та функцій» [цит. за: 41 с.31]. А отже, і в цьому ми цілком підтримуємо думку Г. В. Циганок, ефективна адаптація постає як здатність особистості задовольняти мінімальні соціальні очікування, водночас зберігаючи автономність та суб'єктність [58, с.214]. Показником адаптивності допустимо розглядати успішну взаємодію людини із соціальним оточенням, що дозволяє особистості актуалізувати власні потреби та цілі без порушення соціальних норм [там само].

У монографічному дослідженні професора А. С. Лобанової феномену соціальної мімікрії [37] соціальна адаптація трактується як складний механізм узгоджених біологічних, психологічних і соціальних дій соціальних суб'єктів, скерованих на пристосування до суспільного життя (соціальних відносин, інституцій, структур тощо) і його змін. Такий підхід до розуміння адаптації як діяльнісного процесу уможливорює виокремлення двох смислових рівнів її застосування, як-от:

- широкого, що означає пристосування людей (або соціальних груп, соціальних інституцій) взагалі до реалій суспільного життя в його відносно усталеному вигляді;
- вузького, сенс якого означає пристосування особи до соціальних змін, що відбуваються в суспільстві, досягнення внутрішньо особистісної комфортності у мінливому соціокультурному просторі.

Таким чином, соціальну адаптацію особистості доцільно розглядати як інтегративний багаторівневий процес активного засвоєння норм і соціальних ролей, необхідних для ефективної взаємодії із соціумом, що особливо актуально в контексті динамічних соціальних змін [33, с. 84].

Окрім того, нами було враховано, що сучасні реалії сьогодення вибудовуються в умовах жорстких викликів воєнного часу і потребують «усвідомлення усієї глибини соціальних зрушень, страждань і горя, які переживає сучасне українське суспільство загалом та окремо взята особистість зокрема» [46, с.3]. Як слушно зазначають автори посібника «Психологічний супровід особистості в умовах війни» (С. Б. Кузікова, В. Л. Зливков, С. Л. Лукомська та ін.) «під час війни головний мотив і смисл життя кожної людини і спільноти – виживання, війна суб'єктивно – це сукупність подій і обставин індивідуального життя, які треба пережити, зберегти ресурси» [32, с.4], відновити маркери ідентичності. Відповідно, виклики сьогодення вимагають від людини не лише витривалості, мобілізації усіх особистісних ресурсів, але й якісно нових сенсів адаптивності на фоні порушення базових потреб безпеки, стабільності життєустрою та можливостей контролю.

Передусім маємо відзначити значущість виокремлення науковцями (див., до прикладу, напрацювання І. В. Дубровіної, М. О. Ждан, Т. Є. Сущенко, Т. М. Титаренко) специфічного типу адаптивного сценарію – кризову адаптацію, що тлумачиться як реакція особистості на екстремальні зміни в життєвому просторі, зокрема й переживання досвіду втрати, невизначеності, загрози життю, переміщення, руйнування звичного способу життя. [19; 20; 50; 51; 52]. Сутнісною ознакою кризової адаптації І. В. Дубровіна називає динамічну перебудову особистісної системи: «адаптація у кризі, – як наголошує дослідниця, – не обмежується лише подоланням негативних станів, а часто супроводжується особистісним зростанням, зміною цінностей і системи смислів» [19, с.105–106]. Подібним чином розглядає кризову адаптацію й професор Т. М. Титаренко, наголошуючи на вимірах переосмислення особою життєвих подій і створення нових смислів, які дозволяють людині не лише вижити в умовах війни, а й зберегти гідність, цілісність та мотивацію до життя [52, с. 87] (див. табл.1.2):

Співставлення типів соціально-психологічної адаптації

Адаптація у відносно стабільному середовищі	Адаптація в деструктивному (кризовому) середовищі, в умовах воєнного стану
Особистість має доступ до базових ресурсів як-от: безпека, підтримка, передбачуваність, можливості задоволення базових потреб	Руйнування звичних соціальних опор, ціннісних орієнтирів, відчуття безпеки і контролю над власним життям
Передбачає поступове, відносно гармонійне інтегрування особи до нового соціального простору (або умов існування)	Адаптація несе в собі риси кризової мобілізації: активуються захисні механізми, соціальне середовище постає джерелом хронічного стресу, травмівного досвіду, фрустрації базових потреб
Зумовлює модифікацію мисленнєвих стратегій, емоційних реакцій, сценаріїв поведінки відповідно до вимог середовища	Адаптація набуває рис екзистенційного вибору, особа мусить переосмислювати життєвий шлях, змінювати ідентичність
Адаптація забезпечує повернення до попереднього стану, відновлення рівноваги	Адаптація відбувається шляхом вибудовування нових смислів, перетворювання втрат на новий досвід, формуючи адаптивну поведінку на основі рефлексії
Сприяє збереженню (відновленню) функціональності на підставі адаптивної стресостійкості	Ключовим чинником постає психологічна життєстійкість, що забезпечує здатність ефективного функціонування попри дію руйнівних зовнішніх чинників

Цит. за: [51; 52; 19; 50]

За результатами адаптації людина набуває ознак адаптованості – таким взаємовідносинам, за яких особистість без тривалих зовнішніх і внутрішніх конфліктів продуктивно виконує свою діяльність (і зокрема – професійну) згідно із рольовими очікуваннями суспільства, задовольняє свої основні соціогенні потреби, переживає стан самоствердження і вільно виражає свої творчі здібності (А. А. Налчаджян) [19; 37; 58]. Варто також враховувати, що при адаптації особа і середовище взаємодіють як складні системи. У галузі професійної діяльності адаптованість фахівця виявляється в професійній кваліфікації, стабільності виробничих показників, відчуттям задоволеності власною працею.

1.2. Особливості виявлення професійного стресу медичними працівниками

Жорсткі реалії воєнного часу зумовлюють необхідність кардинального переосмислення особистісних ресурсів адаптивності суб'єктів професійної діяльності. І особливої уваги наукової спільноти потребує аналіз профілю професійної ефективності в екстремальних умовах фахової діяльності працівників медичної галузі, що є одним із найбільш емоційно напружених видів соціально зорієнтованих професій.

Аналіз наукової літератури [4; 10; 12; 34; 36; 42; 47; 55; 59] дає підстави стверджувати, що в умовах війни суттєво ускладнюються протоколи надання медичних послуг різним категоріям осіб, посилюються вимоги суспільства до професійної етики та морально-психологічних аспектів діяльності працівників медичної галузі. Катастрофічні події, що відбуваються в нашій державі і навколо неї, травмівні наслідки воєнного часу й пережитий досвід мілітарної повсякденності залишають глибокий слід в індивідуальній свідомості кожного українця, спричиняють дезадаптивні прояви у житті і професійній діяльності [32; 43; 55; 59], і зокрема – фахівців медичної галузі.

Стрес-агентами професійної діяльності медиків також стають такі фактори як-от:

- високий рівень відповідальності за прийняті рішення та результати діяльності;
- інтенсивні емоційні та енергетичні витрати у стресогенних умовах виконання фахових завдань (передусім через співчуття, емпатію до болю і страждання пацієнтів), емоційне виснаження;
- соціальне оцінювання процесу і результатів медичних послуг, які надають працівники закладів охорони здоров'я;
- фізичне перевантаження, перевтома, що порушують біоритми сну і впливають на суб'єктивне благополуччя й ментальне здоров'я фахівців-медиків;

- незручний (часто ненормований) графік роботи в умовах дефіциту часу для виконання робочих завдань;
- ситуації невизначеності, непрогнозовані зміни мікросоціальної ситуації;
- необхідність інтенсивної взаємодії із різними групами осіб (колегами, пацієнтами та їхніми рідними тощо).

Означені стресори впливають на психологічний стан медичних працівників, підвищують ризик розвитку професійного стресу фахівців.

У площині дослідження психологічних аспектів професійного здоров'я особистості О. О. Лазуренко визначає професійний стрес як комплексне явище, що проявляється у психофізіологічних та психологічних реакціях людини на складні, напружені ситуації в процесі її професійної діяльності [34].

Пролонговані професійні стреси, – як наголошено у дослідженні С. Д. Максименка, Л. М. Карамушки, Т. В. Зайчикової, – спричиняють прояв такої стресової реакції, як синдром «професійного вигорання» – виснаження моральних і фізичних сил, що неминуче позначається на ефективності професійної діяльності та психологічному самопочутті особи [48, с.42].

Впровадження терміну «професійне вигорання» (англ. – *burnout*) пов'язане із ім'ям американського психіатра Х. Дж. Фрейденбергера, який у 1974 році використав його для позначення «психічного стану здорових людей, які інтенсивно спілкуються з клієнтами, пацієнтами, постійно перебувають в емоційно навантаженій атмосфері при наданні професійної допомоги» [цит. за: 48, с.43]. Відповідно, фахівці системи «людина – людина» (і зокрема – працівники медичної галузі) стало долучаються до негативних емоцій своїх пацієнтів, мимоволі розділяють із ними такі переживання, потрапляючи тим самим до «зони емоційної турбулентності» – підвищеного емоційного напруження, що супроводжується ускладненням управління власним життям.

Із посиланням на теоретичні напрацювання Ганса Сельє щодо стадіального характеру стресу (динамічного змінення стадій тривоги, резистентності і виснаження) [78], вчені (до прикладу: С. Д. Максименко, Л. М. Карамушка, Т. В. Зайчикова, Н. С. Карвацька, В. В. Чорна та інші [48; 25; 66]) акцентують увагу на суголосності професійного вигорання із третьою стадією стресу, що відзначається стійким неконтрольованим рівнем збудження [48, с.42].

Професор психології Каліфорнійського університету К. Масlach характеризує синдром професійного вигорання як стан фізичного та емоційного виснаження, прояви якого пов'язані із розвитком негативної самооцінки, негативного ставлення до професійної діяльності та втратою розуміння та співчуття щодо осіб, які потребують допомоги [73]. А отже, критеріями виявлення професійного вигорання постають:

- емоційне виснаження («хронічна втома»), що призводить до зниження професійної вмотивованості та продуктивності професійної діяльності в цілому;
- деперсоналізація як прояв відстороненості, прагнення формалізувати робочі стосунки з пацієнтами, колегами, подекуди навіть цинізм у ставленні до людей;
- редукція власних особистісних досягнень, незадоволеність власною професійною діяльністю та собою як професіоналом [там само].

Серйозними проявами професійного вигорання можуть стати також інтолерантність до ситуацій невизначеності та ригідність, що «закривають» людині шлях до нового досвіду, саморозвитку. Надмірне емоційне виснаження провокує емоційно-моральну дезорієнтованість особистості (відчуження, спустошеність, стагнацію стосунків, розвиток байдужості), тривожність і депресивність у сприйманні складних життєвих ситуацій [73; 74; 48; 25].

Неконтрольований професійний стрес також позначається на фізичному здоров'ї людини, призводить до психосоматичних та

психовегетативних порушень: погіршується фізичне самопочуття, простежуються розлади сну, головний біль, проблеми із артеріальним тиском, загострюються хронічні хвороби тощо [74].

Таким чином можемо констатувати, що професійний стрес працівників медичної галузі зумовлює розвиток професійної деформації фахівців, що суттєво знижує якість надання медичних послуг. Як слушно наголошує Л. Мигаль, втрата емпатійності, цинічне ставлення до осіб, з якими фахівець має співпрацювати згідно із професійними обов'язками, емоційне дистанціювання не лише негативно впливає на взаємодію медиків із пацієнтами й колегами, але й підвищує ризик медичних помилок та стає суттєвою загрозою для оптимізації системи охорони здоров'я [43, с.6], що є особливо тривожним в умовах воєнного часу. Крім того варто зважати, що пролонговане переживання професійного стресу, постійне емоційне та психологічне виснаження працівників медичної галузі загострюють проблему плинності кадрів у медичній сфері, кваліфіковані фахівці масово залишають професію, змінюють кваліфікацію тощо [там само], що також руйнує систему надання медичних послуг у державі, яка знаходиться в стані війни й нагально потребує якісної медицини.

В умовах воєнного часу психічний стан медичних працівників може бути також ускладнений моральними травмами, спричиненими складними рішеннями, пов'язаними, до прикладу, із сортуванням потерпілих (цивільних або військових) від бойових дій, розподілом ресурсів (ліків, медичних інструментів, фахових навичок), або із втратою пацієнтів, яким не вдалося врятувати життя. Такі потенційно деструктивні переживання відображують докори сумління, почуття провини, сорому, гніву, що формують травмівний досвід працівників медичної галузі і поглиблюють стресові реакції як на морально-афективному, так і на поведінковому рівнях [32, с. 52 – 53].

Під впливом типових для воєнного часу стресорів моральні травми також можуть спричиняти на додаток гострі емоційні розлади, посттравматичні стресові розлади медичних працівників, що

супроводжуються нав'язливими спогадами, униканням людей або місць, змінами настрою чи способів бачення світу та проблемами з концентрацією [там само]. Проте частіше спостерігаються на фоні професійного стресу фахівців медичної галузі стрес-асоційовані розлади адаптації – межові (субклінічні) дезадаптивні розлади комбінованої природи.

У розрізі аналізу психічних розладів воєнного часу О. С. Чабан, О. О. Хаустова та В. Ю. Омелянович розглядають розлади адаптації як «стан суб'єктивного дистресу й емоційного розладу, який виникає під час адаптації до стресів значних життєвих змін, стресових життєвих подій» [59, с.119]. У новітній Міжнародній класифікації хвороб ICD-11 (схваленої ВООЗ у 2019 році) розлад адаптації (*Adjustment Disorders*) концептуалізований як «розлад, який проявляється в неспроможності адаптуватися до стресора, що підтверджується заклопотаністю стресором та його наслідками». У північноамериканській класифікації хвороб DSM-5 діагностична категорія «Розлади адаптації» включена до розділу «Розлади, пов'язані з травмою та стресорами» [цит. за: 59, с.123]. Таким чином суб'єктивний дистрес або порушення функціонування, пов'язані з проблематичністю адаптації, супроводжуються значним зниженням продуктивності у соціальній, професійній або в інших важливих сферах діяльності особи.

Узагальнюючи, вважаємо за потрібне наголосити, що питання адаптації працівників медичної галузі до сучасних реалій життя цілком відповідає викликам сьогодення. Показники соціально-психологічної адаптованості фахівців медичної галузі увиразнюють розуміння сутності змін, які супроводжують на рівні психічної регуляції, становлення (та відновлення), збереження динамічної рівноваги у системі «суб'єкт праці – професійне середовище» [8, с. 234].

Перебіг процесу адаптації фахівця може відрізнятися відповідно до рівня гармонії між професійними та особистісними контурами структури Я-концепції працівників.

1.3. Ресурси адаптивності фахівців медичної галузі

В сучасному соціокультурному просторі, сповненому стресорами воєнної доби та ситуаціями невизначеності, особливої значущості в царині наукових досліджень тенденцій функціонального розвитку людини набуває ресурсний підхід, скерований на вивчення конструктивних основ особистості, що сприяють здоланню складних життєвих ситуацій. Особливо нагальною проблема залучення ресурсів особистості постає у вимірах оптимізації професійної адаптації людини, й передусім – збереження та відновлення динамічної рівноваги в системі «суб'єкт праці – професійне середовище». Це засвідчено чисельними науковими напрацюваннями таких дослідників як-от: S. Hobfoll, Т. А. Білоконь, Ж. П. Вірна, А. І. Галян, О. А. Даценко, М. О. Ждан, Л. І. Завадська; О. А. Ковальчук, С. О. Лукомська, В. Є. Малиш, Г. О. Хомич та ін. [70; 1; 6; 7; 10; 12; 16; 17; 20; 21; 28; 39; 40; 68].

Згідно із умовиводами Ж. П. Вірної та А. І. Галяна [10; 12; 68] в якості основних аспектів професійної адаптації доцільно розглядати:

- 1) адаптацію індивіда до фізичних умов професійного середовища (психофізіологічний аспект);
- 2) адаптацію фахівця до професійних завдань, виконуваних операцій, професійної інформації (власне професійний аспект);
- 3) адаптацію особистості до соціальних компонентів професійного середовища (соціально-психологічний та особистісний аспекти).

Разом з тим в екстремальних умовах воєнного часу функціональне навантаження на адаптивні сценарії життєтворення працівників медичної галузі полягає в єдності векторів професійної адаптації та збереження (або й відновлення) суб'єктивної рівноваги. Тому адаптація в умовах війни тлумачиться науковцями [13; 15; 26; 38; 43; 53] не лише як процес пристосування особи до стресових умов у різних сегментах життєдіяльності, але й як трансформація самої особистості під впливом стресорів, забезпечення її цілісності в умовах кризових викликів сьогодення.

Ефективне опанування стрес-асоційованими реакціями, таким чином, потребує від особистості реалізації навичок адаптації та психологічного відновлення суголосно із оптимальним використанням комплексу соціальних, соціально-психологічних та особистісних ресурсів.

У широкому контексті «ресурси» розглядаються як потенційні можливості регуляції функцій організму і психіки людини.

В наукових роздумах А. І. Галяна [12; 68] поняття «ресурси» тлумачиться як такі фізичні та духовні можливості людини, мобілізація яких забезпечує виконання її програми і способів (стратегій) поведінки для запобігання або обмеження дії стресу; певний функціональний потенціал, що забезпечує високий рівень реалізації активності суб'єкта діяльності, досягнення заданих показників упродовж певного часу [12].

Найчастіше [див.: 69; 70; 10; 12; 20; 28; 40; 68 та ін.] класифікація ресурсів адаптивної (або дезадаптивної як протилежний полюс ознаки) поведінки здійснюється у таких координатах як-от:

- соціальне поле ознак, що визначають зовнішній контур життєдіяльності особистості (соціальні норми, рівень соціальної підтримки);
- соціально-психологічні ресурси, що визначають характер і успішність взаємодії конкретної особистості з іншими людьми (соціально-психологічна адаптивність особистості, здатність до конструктивного діалогу, достатній рівень соціального інтелекту тощо);
- особистісні ресурси (риси особистості і характеру, загальні і спеціальні здібності, особливості перебігу психічних функцій і процесів), що є підґрунтям (внутрішнім резервом) для формування адаптивної поведінки і психічної саморегуляції, реалізації когнітивно-афективних та поведінкових стратегій в несталих умовах існування (див. табл. 1.3.)

Водночас, як слушно зазначає у своїх наукових напрацюваннях А. І. Галян [12; 68], ресурсність особистості не є стійкою й універсальною системою характеристик людини.

Ресурси адаптивно/дезадаптивної поведінки

Критерії	Адаптивні ресурси	Деадаптивні чинники
Соціальне поле ознак	Сприятливе соціальне оточення (сім'я, друзі, колеги; мережеві ресурси) Наявність оптимальної соціальної та соціально-психологічної (міжособистісної) підтримки Визнання соціокультурних ритуалів	Некомфортне соціальне середовище Недоступність (або недостатність) соціальної та соціально-психологічної підтримки, соціальна ізоляція або негативний вплив оточення Соціальні стигми Сприйняття невідповідних (соціально неприйнятних) норм життєдіяльності
Соціально-психологічне поле	Високий рівень автентичності, самодостатності Достатній рівень соціального інтелекту та професійної компетентності Пошук соціальної підтримки і готовність щодо її прийняття Здатність до підтримання конструктивних міжособистісних зв'язків	Висока залежність від зовнішньої підтримки, самоізоляція Звужений діапазон соціальної та соціально-рольової компетентності Спростування користі соціальної підтримки, небажання її приймати Домінування конфліктних моделей комунікації в соціальному оточенні
Особистісне поле ознак	Достатній рівень стресостійкості Активна життєва позиція Адекватно висока самооцінка, позитивне самосприйняття Здатність до самоконтролю та саморегуляції Толерантність до невизначеності, готовність до змін та саморозвитку Конструктивні сенсо-життєві орієнтири	Низька емоційна стійкість та стійкість до фрустраторів Неадекватно низька самооцінка Негативний спрощений перфекціонізм Схильність до прокрастинації Низький самоконтроль Нездатність до саморефлексії, почуття провини тощо Недостатній рівень морально-етичного розвитку
Когнітивно-афективні ресурси	Критичність та раціональність мислення, здатність до когнітивного структурування і гнучкого осмислення ситуації Здатність прогнозувати перебіг подій Емоційний інтелект, здатність контролювати і стримувати емоції (свої та інших осіб) Моральна нормативність	Некритичне мислення Нездатність до адекватного структурування проблемної ситуації Ригідність, пасивність когнітивних реакцій (планування, прогнозування перебігу подій, прийняття соціально значущих рішень) Нездатність адекватно сприймати, розуміти та контролювати емоції – власні та інших людей
Поведінкові ресурси	Активні просоціальні моделі поведінки (навички адаптивної поведінки, копінг-стратегії) Володіння інтерактивними техніками відновлення та навичками саморегуляції	Недостатність досвіду конструктивного вирішення стресових, конфліктних ситуацій Відсутність навичок ефективного відновлення та саморегуляції у стресогенних ситуаціях

Ресурсність особистості виникає в конкретній ситуації певної діяльності завдяки здатності особистості гнучко і ефективно задіяти і використовувати наявні ресурси для досягнення цілей [12, с. 79 – 80]. Ресурси адаптивної поведінки працівників медичної галузі дозволяють особі зберегти стійкість поведінки, синхронізувати власні потреби і вимоги оточення, зіставляти поточні результати і відстрочені наслідки скоєних вчинків. І чим вищим є рівень розвитку системи ресурсів адаптивності людини, тим більш успішно нею долаються стресогенні ситуації [там само]. Відповідно інтенсивний розвиток особистісного та соціально-психологічного ресурсів працівників медичної галузі забезпечує успішне виконання професійних функцій і нейтралізує певною мірою деструктивні вияви стрес-реакцій особистості [10; 12; 26; 47; 68] (див. Рис.1.2.)



Рис.1.2. Структура адаптивних ресурсів працівників медичної галузі

А отже, згідно з означенням, усвідомлення особистістю власних ресурсів адаптивної поведінки варто розглядати як значущий індикатор

психологічної зрілості особи, яка є не лише суб'єктом, здатним реагувати на зовнішні впливи, але й спроможним до активного формування власного життєвого простору, скеровуючись морально-етичними цінностями, устремліннями та маркерами осмислення власної ідентичності [26, с.113]. Таким чином обов'язково варто зважати на індивідуальний характер активності особистості у координатах адаптивної поведінки, що, згідно із результатами дослідження А. С. Лобанової, увиразнюється трьома формами:

- 1) активна адаптація, що передбачає ініційований самою особистістю пошук і апробацію нових резервів пристосування. Активна адаптація зазвичай орієнтована на досягнення індивідуального соціального (або й професійного) успіху в нових умовах життєдіяльності;
- 2) пасивна адаптація (інерційна, здебільшого захисна), що виконує переважно самозбережувальну функцію і базується на терпінні. У вимірах пасивної адаптації людина намагається взаємодіяти із середовищем, орієнтуючись на усталені (традиційні, стандартизовані) опори й використовуючи засвоєні раніше шляхи пристосувальницької поведінки у прагненні зберегти звичний ритм життя;
- 3) ситуативна (пасивно–активна) адаптація, що відзначається циклічністю адаптивних поведінкових схем у діапазоні від активного пошуку і запровадження нових підходів до вирішення соціальних викликів – до пасивного вичікування, маскування традиційних настанов, мімікрії, [цит. за: 37].

За результатами ефективного адаптаційного процесу в людини формується адаптованість – психічна властивість, що відображує рівень фактичної адаптації особи, її соціального статусу і самовідчуття, задоволеності чи незадоволеності собою і своїм життям [8, с.239- 240]. Особа усвідомлює конструктивний сенс травмівної ситуації, що вписується у розширений життєвий наратив і призводить до змін у системі світоставлення, суб'єктивно сприймається як особистісне зростання і набуття мудрості.

Висновок до розділу 1

Перший розділ магістерського кваліфікаційного дослідження висвітлює результати теоретичного аналізу феноменології соціально-психологічної адаптації особистості в умовах воєнного часу. Закцентовано увагу на особливостях виявлення працівниками медичної галузі професійного стресу та конкретизовано ресурси адаптивності.

У загальному розумінні поняття «адаптація» розглядається як складний процес, що здійснюється завдяки фізіологічній (психофізіологічній, енергетичній), соціальній, соціально-психологічній та особистісній (когнітивно-афективній та поведінковій) мобілізації ресурсів людини відповідно до викликів соціального середовища і визначає ефективність самоздійснення особи у різних сферах її діяльності.

Процесуальний аспект адаптації відображує логічну і часову послідовність адаптивної динаміки, конкретизує механізми адаптації, тривалість процесу. Результативні критерії адаптації засвідчують успішність адаптивних/дезадаптивних процесів, характеризують рівень адаптованості особистості та пояснюють новоутворення особистісного профілю особи.

Критеріями адаптованості особи до умов професійної діяльності прийнято вважати: успішність (результативність) діяльності; здатність особи уникати ситуацій, що створюють загрозу для трудового процесу, оптимізувати ризики професійного стресу; здійснювати професійну діяльність без суттєвих порушень фізичного здоров'я.

Особистісні ресурси адаптивності фахівців медичної галузі ми розглядаємо як сукупність емоційних, когнітивних і поведінкових характеристик людини, що мобілізуються в умовах кризових ситуацій із метою подолання стресу та відновлення психологічної рівноваги.

За результатами теоретичного огляду наукової літератури вважаємо доведеною процесуальність адаптації, а тому особистісні ресурси адаптивності людини варто розглядати як гнучкі властивості (state-like), що мають прижиттєву генезу і піддаються корекції та розвитку.

РОЗДІЛ 2. Емпіричне дослідження ресурсів адаптивності фахівців медичної галузі

2.1. Організаційні аспекти психодіагностичного вимірювання ресурсів адаптивності фахівців медичного профілю

Результати аналітичного огляду наукових джерел з питань феноменологічних маркерів соціальної адаптації та значущих ресурсів адаптивності працівників медичної галузі склали підґрунтя подальшого – емпіричного – дослідження теми «Психологічні ресурси адаптивності фахівців медичної галузі в умовах воєнного часу».

Організаційні засади емпіричного дослідження зумовили виконання таких дослідницьких етапів:

1. Підготовчого етапу, що забезпечив напрацювання логічної схеми емпіричного дослідження ресурсів адаптивності медичних працівників й вибір науково обґрунтованого психодіагностичного інструментарію.
2. Етапу психодіагностичного вимірювання досліджуваних показників, орієнтованого на констатацію рівня виявлення ресурсів адаптивності представників вибіркової сукупності із подальшим аналізом та інтерпретацією результатів.
3. Корекційно-розвивального етапу, призначенням якого ми вважали розробку та апробацію корекційно-розвивальної програми оптимізації показників соціально-психологічної адаптації фахівців медичної галузі шляхом унормування особистісних ресурсів адаптивності респондентів.

Другий розділ даної кваліфікаційної магістерської роботи презентує результати констатувального рівня логічної послідовності емпіричної частини дослідження.

Метою констатувального сегменту емпіричного дослідження ми вважали психодіагностичне вимірювання типових показників соціально-

психологічної адаптації та окремих ресурсів адаптивності фахівців медичної галузі.

Досягнення мети психодіагностичного етапу емпіричного дослідження потребувало вирішення таких **завдань**:

- 1) обґрунтування наукової доцільності обраного для психодіагностичного вимірювання ресурсів адаптивності респондентів інструментарію;
- 2) здійснення психодіагностичного вимірювання показників соціально-психологічної адаптації працівників медичної галузі із подальшим аналізом та інтерпретацією отриманих даних;
- 3) психодіагностичне вимірювання особистісних ресурсів адаптивності фахівців медичної галузі суголосно загальній меті кваліфікаційного дослідження;
- 4) аналіз та інтерпретація імовірних кореляційних зв'язків між показниками досліджуваних параметрів особистісного профілю фахівців медичної галузі.

Базою емпіричного дослідження було обрано Комунальне підприємство «Криворізька міська клінічна лікарня № 2» – багатопрофільний заклад охорони здоров'я, який надає населенню Криворізької територіальної громади амбулаторну та стаціонарну спеціалізовану медичну допомогу.

До процесів психодіагностичного вимірювання були залучені працівники медичної галузі. Нами було враховано, що поняття «медичний працівник» досить широко увиразнює групи осіб, які на різних рівнях виконують професійні обов'язки у сфері медицини. Відповідно **вибіркова сукупність** була сформована із 42 медичних працівників: 14 лікарів різного клінічного профілю, 12 фельдшерів екстреної медичної допомоги та 16 медсестер) із різним стажем професійної діяльності. Віковий діапазон досліджуваних становив 28 – 42 років (період активного професійного розвитку). Вибіркова сукупність була сформована рандомно із фахівців медичної галузі, які добровільно зголосилися взяти участь у даному

емпіричному дослідженні; статеврольова приналежність та фахова спеціалізація респондентів у дослідженні не враховувалися.

Психодіагностичний етап вимірювання маркерів соціально-психологічної адаптації працівників медичної галузі був реалізований протягом лютого – квітня 2025 року згідно з планом роботи над магістерським кваліфікаційним дослідженням.

Показники досліджуваних параметрів були отримані шляхом індивідуального опитування/ тестування респондентів.

Для емпіричного вимірювання базових показників адаптивності працівників медичної галузі були використані такі **психодіагностичні методики**:

1. Методика діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса та Р. Даймонд (в адаптації А. К. Осницького) [цит. за: 35, с.85–90].
2. Багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність» А. Маклакова та С. Чермяніна [3], призначений для визначення особистісних характеристик людини, які відображують її здатність адаптуватися до змінних умов життєдіяльності [2, с.14 – 33].
3. Опитувальник «Стратегії подолання стресових ситуацій» С. Хобфолла (шкала SACS; адаптований варіант Н. Є. Водоп'янової та Є. С. Старченкової) [69; 30; 45], призначенням якого є вивчення індивідуальних поведінкових моделей вирішення напружених ситуацій [45, с. 45 – 49].

Вибір зазначених методик був зумовлений психодіагностичним призначенням даного інструментарію та логічним сценарієм магістерської кваліфікаційної роботи.

Методика діагностики соціально-психологічної адаптації («Test of Personal Adjustment») Карла Ренсома Роджерса та Розалінд Даймонд була обрана для конкретизації базових показників соціально-психологічної адаптації до нових умов соціального середовища та нормотипових правил

поводження із урахуванням змінених реалій життя залучених до дослідження працівників медичної галузі.

Методика за формою є особистісним опитувальником, який був створений у парадигмі гуманістичної психології та особистісно-орієнтованої психотерапії К. Р. Роджерсом й Р. Е. Даймонд і оприлюднений у 1954 році в статті «Психотерапія і зміни особистості: координовані дослідження клієнт-центрованого підходу» (англ. «Psychotherapy and Personality Change: Coordinated Research Studies in the Client-Centered Approach»). За визнанням науковців субшкали опитувальника є ефективним інструментом діагностування станів адаптації/ дезадаптації особистості у критичних ситуаціях життя, що спонукають людину до переосмислення власних характеристик та можливостей [цит. за: 35, с. 85–90].

За структурою опитувальник Роджерса–Даймонд складається із 101 твердження, що розподілені за ключовими векторами адаптованості – дезадапованості особистості:

- адаптованість особистості констатує успішність пристосованості особи до умов соціального середовища, здатність до подальшого розвитку і змін;
- координати дезадапованості особи фіксують відсутність соціально-психологічної гнучкості при зміненні ситуації, труднощі комунікації тощо.

Кожне з тверджень методики мають бути оцінені респондентами у діапазоні вільного 7-крокового вибору за шкалою Ліккерта, де 0 балів – «Це мене зовсім не стосується», а 6 балів – «Це точно я».

Опитувальник дозволяє маркувати такі показники соціально-психологічної адаптації особистості за такими субшкалами як:

- 1) адаптивність/ дезадаптивність;
- 2) самоприйняття/ неприйняття себе;
- 3) прийняття/ неприйняття інших;
- 4) емоційна комфортність/ дискомфорт;

- 5) інтернальність: переважання внутрішнього або зовнішнього локусу контролю;
- 6) прагнення до домінування/ підпорядкованість;
- 7) уникання проблем [цит. за: 35, с. 89 – 90].

Інтерпретація даних здійснюється відповідно до нормативів методики за ключем розрахунків, що дозволяють оцінити когнітивний компонент соціально-психологічної адаптації особистості (усвідомленість ознак самоприйняття або прийняття інших), емоційний компонент (емоційну комфортність або дискомфорт) та поведінковий (конативний) компонент (інтернальність, прагнення до домінування або підпорядкованість, уникання проблем), що цілком відповідає завданням магістерського кваліфікаційного дослідження.

Багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність» А. Маклакова та С. Чермяніна [3], розроблений авторами у 1993 році і призначений для визначення особистісних характеристик людини, які відображують її здатність адаптуватися до змінних умов життєдіяльності.

Опитувальник складається із 165 питань, з якими досліджувані мають погодитися або спростувати їхню значущість для себе; відповіді респондентів дозволяють оцінити типологічні характеристики особистості, уточнити типові ознаки акцентуацій характеру (суголосно базовим шкалам MMPI), виявити здатність особи до регулювання поведінки та комунікативний потенціал. Інтегративний показник методики означає базовий особистісний потенціал респондентів [2, с.29–33]. Результати опитування поєднуються за такими субшкалами:

- 1) нервово-психічна стійкість особистості (НПС), що дозволяє означити астенічні та психотичні реакції та стани особистості;
- 2) комунікативні здібності (КЗ);
- 3) моральна нормативність поведінки (МН);
- 4) особистісний адаптаційний потенціал особистості (ОАП), інтегративний показник.

Отримані результати опрацьовуються згідно із ключем методики (із урахуванням показників за шкалою достовірності) й трансформуються у відповідні стени діапазону адаптивного/ дезадаптивного ресурсу особистості [2, с. 14 – 33].

Конкретизація сценаріїв поведінки респондентів у стресових ситуаціях (і зокрема у ситуаціях професійного стресу) була здійснена за допомогою методики «*Стратегії подолання стресових ситуацій*» («Strategic Approach to Coping Scale» (SACS)) С. Хобфолла. Методика була розроблена у 1994 році С. Хобфоллом на засадничих принципах багатовекторної моделі опанувальної поведінки [69] і дозволяє розглядати загальні стратегії поведінки особистості у стресових ситуаціях, а не лише окремі типи поведінки.

Згідно із концептуальним підходом С. Хобфолла [69; 70], модель опанувальної поведінки особистості характеризують три координатні осі (напрями персонологічної активності), що перетинаються в ситуаціях проблемної взаємодії в системі «людина – людина»: просоціальна – асоціальна стратегія, активність – пасивність особи, пряма – непряма (маніпулятивна) поведінка.

За формою шкала SACS є тестом, який містить 54 твердження щодо поведінки людини у напружених (або стресових) ситуаціях; досліджувані мають оцінити наведені твердження у діапазоні вільного 5-крокового вибору за шкалою Ліккерта, де 1 бал – «Ні, це зовсім не так», а 5 балів – «Так, цілком вірно».

Опрацювання результатів дає можливість виявити ступінь домінування у поведінці людини таких копінг-стратегій як-от: асертивні дії, схильність до набуття соціальних контактів, пошук соціальної підтримки, обережні дії, імпульсивні дії, прагнення до уникнення, маніпулятивні (непрямі) дії, асоціальні дії та агресивні дії (див.: табл. 2.1.).

Залежно від ступеня конструктивності, стратегії й моделі поведінки можуть сприяти або перешкоджати успішності подолання професійних стресів, а також впливати на збереження ментального здоров'я суб'єктів професійної діяльності [45, с.48 – 49].

Таблиця 2.1.

Показники стратегій подолання стресових ситуацій

№	Стратегії подолання	Моделі поведінки (дії)
1	Активна	Асертивні дії
2 – 3	Просоціальна	Набуття соціальних контактів
		Пошук соціальної підтримки
4 – 5	Пасивна пряма	Обережні дії
		Імпульсивні дії
6 – 7	Пасивна непряма	Уникнення
		Маніпулятивні дії
8 – 9	Асоціальна	Асоціальні дії
		Агресивні дії

Відповідно до тверджень С. Хобфолла [69; 70] найбільш конструктивними стратегіями поведінки особистості в стресових ситуаціях («здоровими» копінгами) є активна і просоціальна, що розглядаються водночас як оптимальний соціально-психологічний ресурс адаптивності особи й підвищення її стресостійкості. А отже результати вимірювання копінг-поведінки за шкалою SACS дозволяють більш свідомо й цілеспрямовано корегувати поведінкові стратегії особистості, а дана методика є перспективною у процесі спрямованого подолання негативних наслідків стресів [45, с. 49].

За допомогою обраних для емпіричного дослідження методик було виконано психодіагностичне вимірювання показників соціально-психологічної адаптації та ресурсів адаптивності працівників медичної галузі із подальшим аналізом та інтерпретацією отриманих даних. Також був використаний непараметричний метод рангової кореляції Спірмена (*r-Spearman*), призначений для вивчення особливостей і напряду кореляційного зв'язку між двома ознаками (або профілями ознак) в межах конкретної групи досліджуваних (в нашому випадку – медичних працівників).

Процедура статистичного аналізу досліджуваних параметрів соціально-психологічної адаптації та ресурсів адаптивності була зреалізована за допомогою програми статистичного обрахування даних SPSS-22.

2.2. Аналіз результатів психодіагностичного дослідження ресурсів адаптивності фахівців медичної галузі

Результати психодіагностичного вимірювання індивідуальних маркерів соціально-психологічної адаптивності та ресурсів адаптивності працівників медичної галузі були піддані первинному математичному аналізу із використанням ключів методик, обраховано відсоткові показники досліджуваних явищ.

Використання методики діагностики соціально-психологічної адаптації Роджерса – Даймонд [цит. за: 35, с.85–90] дозволило констатувати знижений рівень виявлення маркерів ознаки серед працівників медичної галузі (див. табл. 2.2.):

Таблиця 2.2.

Рівні виявлення показників соціально-психологічної адаптації працівників медичної галузі (за методикою Роджерса – Даймонд)

Субшкали адаптивності	Рівень виявлення	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
	Кількість респондентів у % (N = 42)			
Адаптивність		48% (20 осіб)	28% (12 осіб)	24% (10 осіб)
Самоприйняття		43% (18 осіб)	45% (19 осіб)	12% (5 осіб)
Прийняття інших		38% (16 осіб)	28% (12 осіб)	34% (14 осіб)
Емоційна комфортність		67% (28 осіб)	21% (9 осіб)	12% (5 осіб)
Інтернальність		57% (24 особи)	24% (10 осіб)	19% (8 осіб)
Прагнення до домінування		52% (22 особи)	34% (14 осіб)	14% (6 осіб)
Прагнення уникати проблем		19% (8 осіб)	19% (8 осіб)	62% (26 осіб)

Було з'ясовано, що серед медичних працівників вибіркової сукупності переважає низький рівень інтегративного показника адаптивності – це засвідчили результати опитування 48% респондентів. Відповідно ця група досліджуваних фіксована на дезадаптивних пасивно-песимістичних стратегіях мислення, вони часто невдоволені собою та стосунками з іншими людьми, схильні до інфантильних реакцій та незрілих особистісних рішень. Це підтверджують також і знижені показники соціально-психологічної

адаптованості працівників медичної галузі за показниками емоційної комфортності (у 67% опитаних), інтернальності, готовності брати на себе відповідальність за прийняті рішення (у 57% опитаних), прагнення до домінування, лідерства (у 52%); 38% медичних працівників вибіркової групи недостатньо сприйнятливі до взаємин з іншими людьми, прагнуть відсторонення, обмеження контактів. 62% опитаних обирають пасивну стратегію поведінки в стресових ситуаціях: вони зорієнтовані на уникнення проблем і утруднень, намагаються уникати (або ігнорувати) незручних ситуацій, що не сприяє формуванню навичок адаптивної поведінки.

Високий рівень адаптивності виявлено у 24% респондентів, які відзначаються доволі ефективним адаптуванням до змінених (або й стресогенних) умов соціального середовища, адекватністю самоприйняття й впевненістю у прийнятті відповідальних рішень. Зусилля осіб цієї групи скеровані на досягнення успіху, вони переконані у власній спроможності керувати своїм життям і обіймати лідерські позиції у різних сферах життєдіяльності.

У 28% опитаних діагностовано середній рівень інтегративної адаптивності, що можна розглядати як вияв амбівалентного адаптивного профілю особистості й тенденційності ситуативного поведінки в стресових умовах життєдіяльності із можливістю використання як адаптивних, так і дезадаптивних сценаріїв (зазвичай це залежить від зовнішніх стимулів або додаткових внутрішніх ресурсів особистості). Особи цієї групи зазвичай позитивно ставляться до себе, проте досить нейтральні у взаємодії з іншими людьми (з пацієнтами, їхніми рідними, з колегами).

Співставлення результатів дослідження показників соціально-психологічної адаптивності залучених до емпіричного дослідження медичних працівників різного кваліфікаційного рівня (лікарів, фельдшерів, медсестер) доводить найнижчий рівень сформованості ознаки у медсестер (75% опитаних засвідчили низький діапазон ознаки проти 21% серед лікарів) – див. узагальнені результати аналізу показників адаптивності на рис. 2.1.

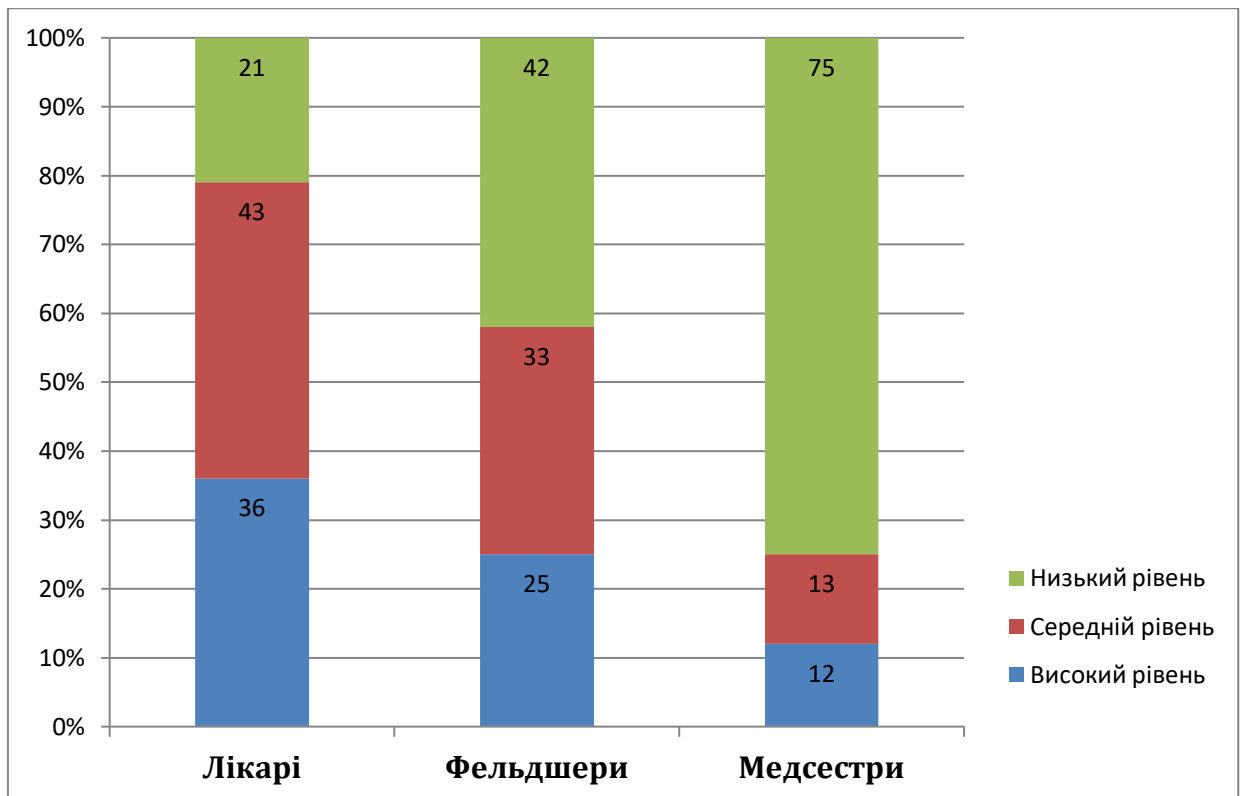


Рис. 2.1. Графічне представлення рівнів адаптивності лікарів, фельдшерів та медсестер (за методикою Роджерса – Даймонд)

Це передусім пов'язано, як слушно наголошують Н. Д. Дейнека, О. П. Мялюк, М. І. Марущак [18], із ненормативним збільшенням робочого навантаження на медсестер через глобальне розширення мережі закладів охорони здоров'я та ускладнення протоколу супроводу пацієнтів в умовах воєнного часу; це призвело до часто понаднормової роботи і зумовила високий рівень професійного стресу та емоційного виснаження медсестринського персоналу [18, с. 4]. Залучені до емпіричного дослідження медсестри підтвердили домінування в професійному профілі негативного самосприймання і ставлення до інших людей, емоційної нестійкості, недостатності самоконтролю.

Також викликає занепокоєння низький рівень адаптивності, що був засвідчений за результатами опитування у 42% фельдшерів екстреної допомоги та у 21% лікарів клінічної практики. Це може призводити до тенденційної схильності до уникання проблемних, складних ситуацій і виявлення готовності підпорядковуватися авторитетним колегам, тим самим

демонструючи схильність до інфантильних реакцій та незрілих особистісних рішень, що в свою чергу, суперечить морально-етичним нормам професійної діяльності медичних працівників. А отже, результати психодіагностичного вимірювання показників соціально-психологічної адаптації працівників медичної галузі в умовах воєнного часу за методикою Роджерса – Даймонд доводять переважання високого рівня дезадаптивного полюсу в діапазоні «Адаптація – Дезадаптація», що потребує не лише психологічної підтримки медичного персоналу, але й комплексного (багатовекторного корекційно-розвивального) психологічного супроводу осіб даної групи.

Подібні тенденції були зафіксовані й за результатами опрацювання даних, отриманих при використанні психодіагностичної методики «Багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність»» А. Маклакова та С. Чермяніна [3] (див. табл. 2.3.):

Таблиця 2.3.

Рівні виявлення показників адаптивності працівників медичної галузі (за методикою А. Маклакова та С. Чермяніна)

Рівень виявлення Субшкали адаптивності	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
	Кількість респондентів у % (N = 42)		
Нервово-психічна стійкість особистості (НПС)	19% (8 осіб)	43% (18 осіб)	38% (16 осіб)
Комунікативні здібності (КЗ)	36% (15 осіб)	52% (22 особи)	12% (5 осіб)
Моральна нормативність поведінки (МН)	48% (20 осіб)	24% (10 осіб)	28% (12 осіб)
Особистісний адаптаційний потенціал особистості (ОАП)	36% (15 осіб)	38% (16 осіб)	26% (11 осіб)

Аналіз та узагальнення отриманих результатів психодіагностичного вимірювання адаптивного профілю працівників медичної галузі дають підстави стверджувати помірність виявлення респондентами маркерів особистісних ресурсів адаптивності. Зокрема маємо відзначити:

- найбільш виразно представлені в адаптивному профілі медичних працівників вибіркової сукупності показники нервово-психічної стійкості особистості (НПС), що відображують доволі високий рівень

стресостійкості та здатності до саморегуляції респондентів: 81% опитаних осіб фіксують високий (у 38% осіб) та задовільний (у 43% опитаних осіб) рівні виявлення даної ознаки; медичні працівники цієї групи відрізняються адекватно високою самооцінкою та об'єктивністю сприйняття дійсності;

- 64% залучених до дослідження медичних працівників демонструють середній (у 52% респондентів) та високий (у 12% осіб) рівні розвитку комунікативних здібностей, що дозволяє їм відносно легко встановлювати контакти та безконфліктно взаємодіяти із людьми різних категорій (колегами, пацієнтами тощо);
- 52% опитаних медичних працівників дотримуються морально-етичних норм поведінки на високому (12% осіб) та середньому (у 10% осіб) рівнях, орієнтуючись на правові й справедливі принципи діяльності.

Водночас надзвичайно тривожно виглядає профіль медичних працівників дезадаптивного полюсу ознаки:

- 19% представників медичної професії виявляють низький рівень поведінкової регуляції (за субшкалою НПС), схильність до нервово-психічних зривів, доволі неадекватну самооцінку (завищену або занижену). Також особи цієї групи схильні до викривлень інформації відповідно до суб'єктивних уявлень про реальність буття;
- 36% опитаних працівників медичної галузі мають низький рівень розвитку комунікативних здібностей, відчувають труднощі у вибудовуванні взаємин з різними групами людей, схильні до прояву агресивності та підвищеної конфліктності;
- найбільше занепокоєння викликає показник МН: 48% працівників медичної галузі не здатні адекватно оцінити власний статус і рольове призначення у суспільстві, ігнорують морально-етичні норми поведінки, дозволяють собі нераціонально критичні зауваження та цинічні дії, що деструктивно позначається на ефективності допоміжної професії.

Інтегративний показник особистісного адаптаційного потенціалу (ОАП) працівників медичної галузі також означає доволі суперечливі тенденції розвитку адаптивних ресурсів респондентів: лише 26% опитаних демонструють високий рівень адаптивності: вони мають доволі високий рівень стресостійкості, легко адаптуються до нових (або й стресових) умов професійної діяльності, швидко і гнучко напрацьовують стратегію власної поведінки залежно від реалій життєдіяльності.

38% залучених до дослідження медичних працівників демонструють задовільний (середній) рівень адаптаційного потенціалу: згідно із інтерпретаційними маркерами методики [див.: 2, с. 29–33] особи цієї групи у характерологічному профілі відзначаються акцентуаціями різного типу, що в звичних умовах життєдіяльності можуть частково компенсуватися, проте в умовах професійного стресу або в напружених умовах професійної діяльності загострюються. Тому представники цієї групи мають недостатній рівень стресостійкості, схильні до асоціальних вчинків та неконтрольованих захисних реакцій, можуть бути доволі агресивними, а отже потребують систематичної психологічної підтримки в складних умовах професійної діяльності.

Ще більшої психологічної допомоги потребують працівники медичної галузі із низьким рівнем розвитку особистісного адаптаційного потенціалу (засвідчено у 36% респондентів вибіркової сукупності). Представники цієї групи відзначаються ознаками явно виражених акцентуацій (а інколи навіть ознаками психопатій), що загострюються в нестабільних умовах воєнного часу або під впливом професійного стресу. В когнітивно-афективному полі фахівців медичного профілю даної групи можливі суб'єктивні інтерпретації реалій життя та діагнозів пацієнтів, низький рівень стресостійкості, в діапазоні якого можливі нервово-психічні зриви, істерики, варіативні спалахи агресії.

Співставлення показників особистісного адаптаційного потенціалу залучених до емпіричного дослідження медичних працівників різного

кваліфікаційного рівня (див. рис.2.2.) підтверджує найнижчий рівень виявлення ознаки серед кадрів медсестринського профілю (у 50% визначено дезадаптивний полюс (низький рівень) ОАП проти 13% адаптивного (високого) рівня).

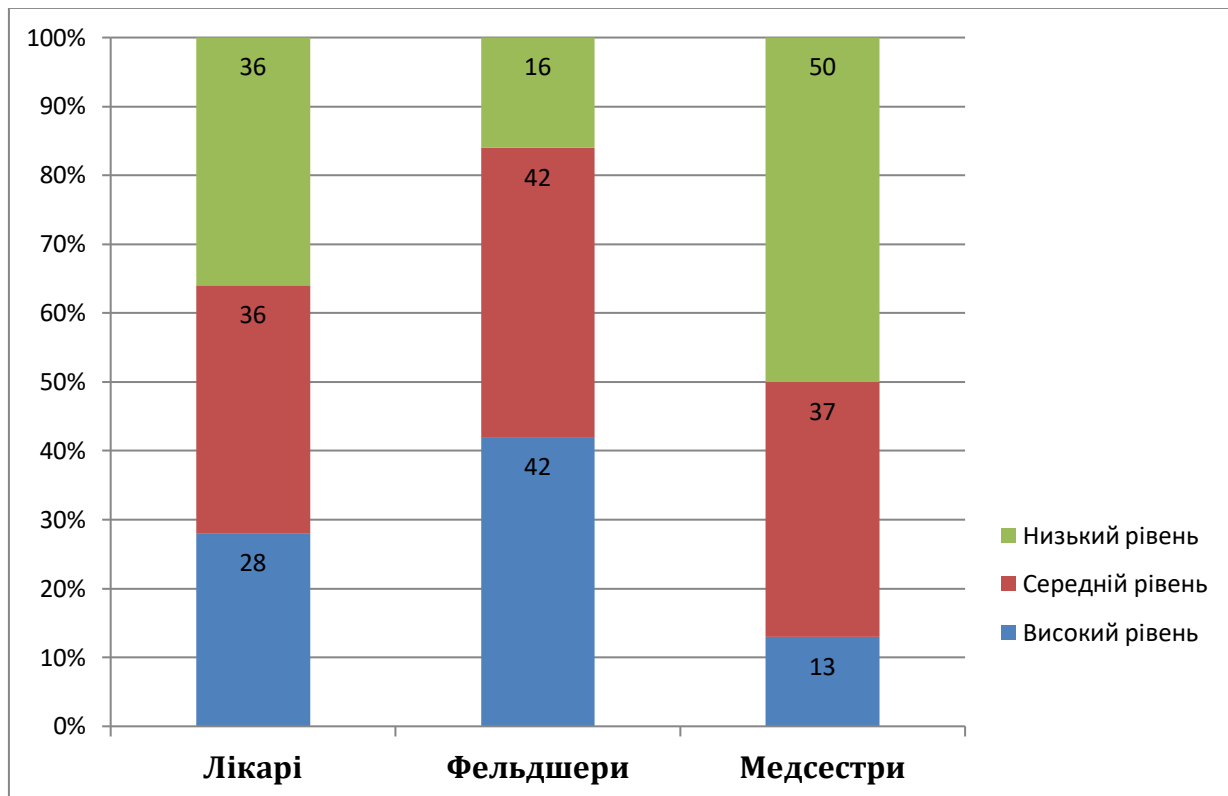


Рис. 2.2. Графічне представлення рівнів ОАП лікарів, фельдшерів та медсестер (за методикою А. Маклакова та С. Чермяніна)

Варто відзначити також, що найбільш адаптивними за інтегративним показником ОАП виявилися фельдшери екстреної допомоги: 42% залучених до емпіричного дослідження працівників засвідчили високий рівень значущості ознаки і відповідно: гнучкість та легкість адаптації в умовах невизначеності, високий рівень здатності встановлювати контакти з оточенням і конструктивної взаємодії, із дотриманням соціально прийнятних морально-етичних норм професійної діяльності переважно в екстремальних умовах (серед лікарів цей показник виявлено у 28% респондентів). Разом з тим дезадаптивний полюс ОАП переважає в особистісному профілі 16% залучених до дослідження фельдшерів (серед лікарів – у 36%), що може спричиняти спотворення (викривлення) респондентами уявлення щодо себе,

мотивів своєї поведінки і ролі у системі фахової діяльності, грубих порушень дисципліни та ціннісних настанов, зниження працездатності й обмежену здатність до взаємодії з різними групами дотичних осіб. А отже, результати психодіагностичного вимірювання показників особистісного профілю працівників медичної галузі за допомогою методики «Багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність»» А. Маклакова та С. Чермяніна підтвердили необхідність корекційно-розвивального впливу на респондентів, скерованого на унормування особистісних ресурсів адаптивності.

Ще одним кроком у створенні профілю адаптивності працівників медичної галузі стали маркери опанувальної поведінки (копінг-стратегії подолання стресових ситуацій). Був зокрема використаний *опитувальник «Стратегії подолання стресових ситуацій» С. Хобфолла (шкала SACS)*, субшкали якого дозволили виявити індивідуальні поведінкові моделі вирішення фахівцями медичного профілю напружених ситуацій [69; 45, с. 45 – 49].

Отримані результати психодіагностичного вимірювання узагальнені у таблиці 2.4.

Таблиця 2.4.

Моделі копінг-поведінки працівників медичної галузі у стресових ситуаціях (за шкалою SACS С. Хобфолла)

Стратегії опанування	Опанувальні дії	Кількість респондентів у % (N = 42)
Активна	Асертивні дії	29% (12 осіб)
Просоціальна	Набуття соціальних контактів	10% (4 особи)
	Пошук соціальної підтримки	19% (8 осіб)
Пасивна пряма	Обережні дії	—
	Імпульсивні дії	14% (6 осіб)
Пасивна непряма	Уникнення	10% (4 особи)
	Маніпулятивні дії	14% (6 осіб)
Асоціальна	Асоціальні дії	—
	Агресивні дії	4% (2 особи)

Аналіз та ранжування пріоритетних стратегій і моделей опанувальної поведінки залучених до емпіричного дослідження працівників медичної галузі

дозволяють стверджувати переваги активної (у 29% опитаних) та просоціальної (також у 29% опитаних) копінг-стратегій. Означені стратегії опанувальної поведінки конкретизовані у системі асертивних впевнених дій (у 29% досліджуваних), набутті або розширенні соціальних контактів (у 10% респондентів) та у пошуку соціальної підтримки (у 19% досліджуваних), що відображують соціальний досвід адаптивної опанувальної поведінки для 58% фахівців медичної галузі.

Разом з тим 38% працівників медичної галузі вибіркової сукупності в стресових ситуаціях надають перевагу пасивним стратегіям подолання стресів: 14% схильні до пасивної прямої стратегії, увиразненої в імпульсивних діях, а 24% опитаних частіше використовують пасивні непрямі стратегії: маніпулятивні дії (14% респондентів) та прагнення уникати складних ситуацій (10%). Ще 4% опитаних засвідчили схильність до асоціальних (агресивних, жорстких або цинічних) дій в ситуаціях опору стресам, налаштованість на відмову від альтернативних рішень. А отже є підстави стверджувати, що, попри досить високий рівень сформованості серед працівників медичної галузі конструктивних (а тому й адаптивних) моделей опанувальної поведінки у стресових ситуаціях (виявлено у 58% залучених до дослідження осіб), значна кількість осіб досліджуваної категорії (42% опитаних) реагує на стресори неадаптивно, що ускладнює виконання медичними працівниками професійних обов'язків і потребує значних розвивально-корекційних інтервенцій психологічної служби.

Співвіднесення діагностованих показників копінг-поведінки медичних працівників різного кваліфікаційного рівня (див. рис.2.3.) дозволило зафіксувати типологічні характеристики опанувальної поведінки респондентів різних фахових груп. Було з'ясовано:

- найбільш оптимальне співвіднесення моделей копінг-поведінки простежується в профілі фельдшерів: 50% опитаних фельдшерів екстреної допомоги виявляють схильність до активної (впевненої) стратегії копінгу, 16% засвідчили домінування просоціального копінгу (передусім у діапазоні пошуку соціальної підтримки). Проте 34%

респондентів виявили схильність до пасивних реакцій (по 17% за моделями імпульсивних та маніпулятивних дій);

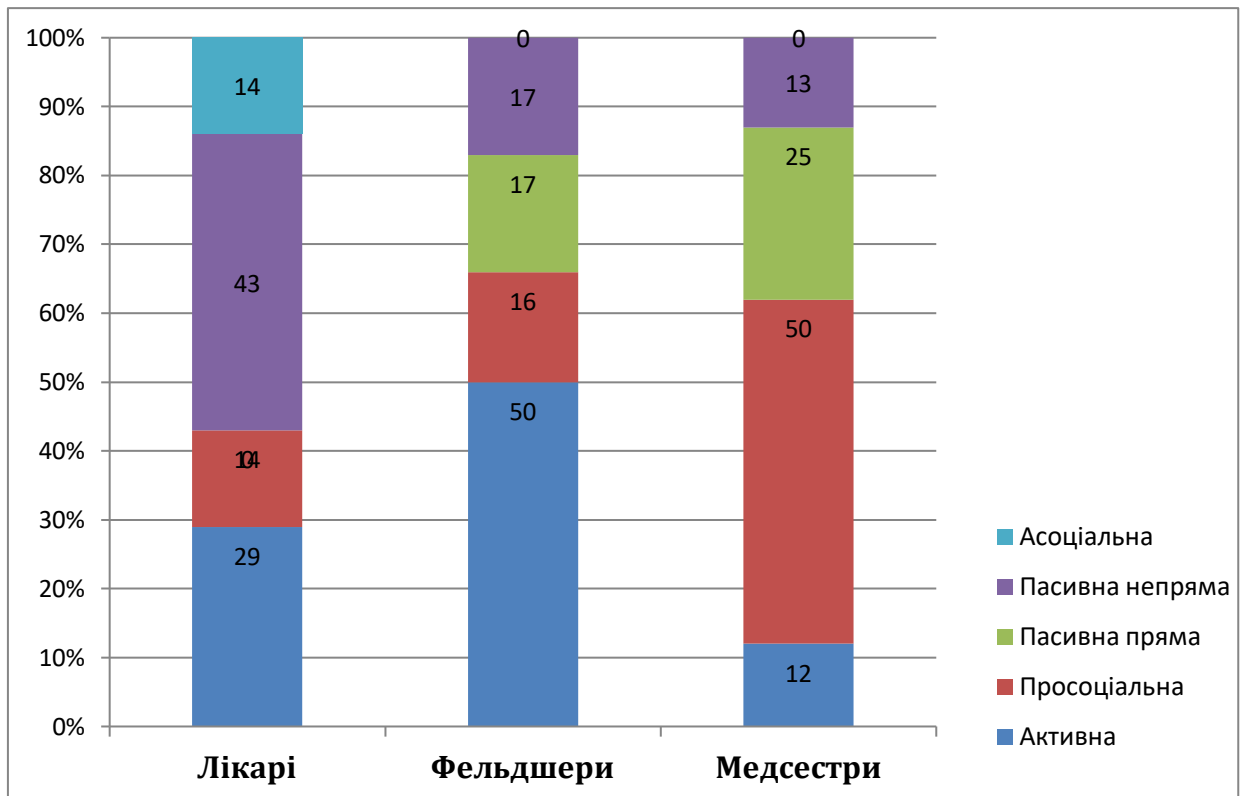


Рис. 2.3. Профіль моделей копінг-поведінки лікарів, фельдшерів, медсестер (за шкалою SACS С. Хобфолла)

- у профілі лікарів найбільш виразно (у 43% опитаних) представлена пасивно непряма стратегія копінг-поведінки, й передусім – маніпулятивного типу; асертивні дії практикують 29% лікарів, а на розширення соціальних контактів і віднайдення соціальної підтримки орієнтовані 14% лікарського персоналу, долученого до дослідження. Тривожним є той факт, що саме серед лікарів 14% опитаних у стресових ситуаціях центровані на агресивних моделях опанувальної поведінки;
- у медсестринському профілі вимір активної асертивної поведінки мінімальний (виявлений лише у 12% опитаних); найбільш представлений серед медсестер сегмент просоціальної стратегії опанувальної поведінки (у 50% опитаних, переважно у діапазоні пошуку соціальної підтримки). 38% сестринського персоналу,

залученого до емпіричного дослідження, демонструють пасивні стратегії поводження у стресових ситуаціях (25% у діапазоні імпульсивних реакцій на стресори та 13% в маніпулятивному спектрі поведінки і у спектрі уникання проблемних ситуацій).

Таким чином, як свідчать результати вимірювання показників копінг-поведінки працівників медичної галузі, залучені до емпіричного дослідження фахівці усіх кваліфікаційних рівнів доволі вразливі у стресових ситуаціях і потребують кваліфікованої психологічної підтримки у вимірах адаптації до стресорів професійної діяльності в умовах мілітарної доби.

Наступне завдання емпіричного дослідження показників адаптивності працівників медичної галузі спрямувало дослідницький пошук на виявлення, аналіз та інтерпретацію наявних кореляційних зв'язків між показниками досліджуваних параметрів особистісного профілю респондентів. Статистичні розрахунки були виконані за допомогою програми SPSS-22.

Передусім за допомогою критерію Колмогорова-Смірнова результати констатувального психодіагностичного вимірювання показників соціально-психологічної адаптації та особистісних ресурсів адаптивності були перевірені на нормативність/ ненормативність емпіричного розподілу даних, що обумовило вибір напрямів подальших розрахунків. Було з'ясовано, що за умов системного аналізу даних були отримані випадкові величини з неунормованим характером розподілу, тому для виконання статистичного завдання було обрано непараметричний коефіцієнт кореляції (r_s) Спірмена. Обраний метод статистичного аналізу даних дозволив означити наявність і напрям кореляційного зв'язку між двома досліджуваними профілями ознак: профілем соціально-психологічної адаптації особистості (згідно з методикою К. Роджерса та Р. Даймонд [цит. за: 35, с.85–90]) та особистісними ресурсами, означеними субшкалами багаторівневого опитувальника «Адаптивність» А. Маклакова та С. Чермяніна [2] та опитувальника «Стратегії подолання стресових ситуацій» С. Хобфолла [69; 45, с. 45 – 49].

Результати кореляційного аналізу між досліджуваними параметрами наведені у таблиці 2.5.

Таблиця 2.5.

Система кореляційних зв'язків (за методом Спірмена) для показників соціально-психологічної адаптації та ресурсів адаптивності медичних працівників

Критерії аналізу	Адаптивність	Самоприйняття	Прийняття інших	Емоційна комфортність	Інтернальність	Прагнення до домінування	Прагнення уникати проблем
Нервово-психічна стійкість особистості	0,528**	0,548*	0,327	0,642*	0,420	0,486*	0,234
Комунікативні здібності	0,764**	0,521**	0,436*	0,623**	0,364	0,548*	0,174
Моральна нормативність поведінки	0,554**	0,466*	0,282*	0,488*	0,622**	0,324*	0,335*
Особистісний адаптаційний потенціал	0,824**	0,622**	0,486*	0,563**	0,532*	0,511*	0,427*
Активна копінг-стратегія	0,784**	0,573**	0,422*	0,588*	0,638*	0,633*	-0,502*
Просоціальна копінг-стратегія	0,506**	0,443*	0,623**	0,524**	0,224	0,325	0,217*
Пасивна пряма копінг-стратегія	-0,222	0,425*	0,327	0,420	0,388	0,106	0,526*
Пасивна непряма копінг-стратегія	-0,348	0,236	0,408	-0,330	0,282	0,472*	0,796**
Асоціальна копінг-стратегія	-0,586*	0,473*	0,337	0,233	0,360	0,500*	0,224

Примітка: статистично значущі зв'язки позначено * для $p \leq 0,05$; **для $p \leq 0,01$

Для деталізації найбільш статистично значущої інформації нами були обрані зв'язки високої значущості ($p \leq 0,05$ та $p \leq 0,01$) та помірної сили (не менше 0,500). Вивчення системи кореляційних зв'язків між двома профілями ознак дозволило означити базові тенденції виявлення адаптивних ресурсів працівниками медичної галузі:

- інтегративний показник адаптації позитивно корелює на достатньому рівні статистичної значущості ($p \leq 0,01$) із особистісним адаптаційним потенціалом респондентів ($r_s = 0,824$), рівнем комунікативних

здібностей ($r_s = 0,764$), маркерами моральної нормативності поведінки ($r_s = 0,554$) та нервово-психічної стійкості ($r_s = 0,528$), а також із вимірами активної та просоціальної копінг стратегії ($r_s = 0,784$ та $r_s = 0,506$ відповідно). А отже, чим більш розвиненими будуть показники особистісних ресурсів адаптивності особи, тим більш реальною буде ефективність адаптації працівників медичної галузі;

- аналогічне поле кореляційних зв'язків вибудовується навколо маркера «Емоційний комфорт», що пов'язується на рівні статистичної значущості $p \leq 0,01$ із показниками розвитку комунікативних здібностей ($r_s = 0,623$), ОАП ($r_s = 0,563$) та просоціальної копінг стратегії ($r_s = 0,524$), а також на рівні статистичної значущості $p \leq 0,05$ із показниками нервово-психічної стійкості ($r_s = 0,642$) та вимірами активної копінг-стратегії ($r_s = 0,588$);
- на якість самосприйняття особистості статистично значуще (при $p \leq 0,01$) впливають показники особистісного адаптаційного потенціалу респондентів ($r_s = 0,622$), рівень розвитку комунікативних здібностей ($r_s = 0,521$) та вимір активної копінг стратегії ($r_s = 0,573$).
- вартує уваги обернений кореляційний зв'язок між рівнем адаптації респондентів та показником асоціальної копінг-стратегії ($r_s = -0,586$ при $p \leq 0,05$), адже чим більш розвиненим буде досвід соціально-психологічної адаптації особистості, тим менш імовірними будуть асоціальні та агресивні дії людини.
- кореляційні зв'язки пов'язують також особистісні та поведінкові ресурси із такими маркерами адаптивності як інтернальність та прагнення до домінування.

За результатами емпіричного дослідження, таким чином, вважаємо доведеним можливість розвитку соціальної адаптації респондентів шляхом цілеспрямованого унормування особистісних ресурсів.

Висновок до розділу 2

У другому розділі магістерського кваліфікаційного дослідження представлено результати психодіагностичного вимірювання показників соціально-психологічної адаптації працівників медичної галузі та виявлення ресурсів адаптивності представників вибіркової сукупності із подальшим аналізом та інтерпретацією отриманих даних.

Базою емпіричного дослідження було обрано Комунальне підприємство «Криворізька міська клінічна лікарня №2». Вибіркова сукупність була сформована із 42 медичних працівників, з них 14 лікарів різного клінічного профілю, 12 фельдшерів екстреної медичної допомоги та 16 медсестер із різним стажем професійної діяльності. Віковий діапазон досліджуваних становив 28 – 42 років (період активного професійного розвитку).

В якості обґрунтованого інструментарію вимірювання базових показників адаптивності працівників медичної галузі були використані такі методики: Методика діагностики соціально-психологічної адаптації К.Роджерса та Р.Даймонд; Багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність» А. Маклакова та С. Чермяніна; Опитувальник «Стратегії подолання стресових ситуацій» С. Хобфолла.

Результати психодіагностичного вимірювання показників соціально-психологічної адаптації працівників медичної галузі в умовах воєнного часу та особистісних ресурсів адаптивної поведінки доводять переважання у профілі респондентів дезадаптивного полюсу в діапазоні «Адаптація – Дезадаптація», а отже є підстави стверджувати, що респонденти потребують комплексного психологічного супроводу, скерованого на розвиток соціальної адаптації особистості шляхом цілеспрямованого унормування особистісних ресурсів. Продуктивність такого впливу підтверджує кореляційний зв'язок між параметрами соціально-психологічної адаптації та показниками особистісних ресурсів адаптивної поведінки респондентів.

РОЗДІЛ 3. Психологічна підтримка працівників медичної галузі в діапазоні розвитку ресурсів адаптивності

3.1. Обґрунтування соціально-психологічної програми розвитку ресурсів адаптивності фахівців-медиків

Опрацювання наукових джерел із питань стресостійкості та адаптивних ресурсів особистості та результати психодіагностичного вимірювання маркерів соціально-психологічних адаптивних ресурсів фахівців медичної галузі стало підґрунтям форматування логічної послідовності вивчення можливостей унормування адаптивності медичних працівників.

Метою корекційно-розвивального сегменту емпіричного дослідження ми вважали визначення можливостей цілеспрямованого розвитку соціально-психологічної адаптації та особистісних ресурсів адаптивного поведіння як детермінанти ефективного професійного самоздійснення фахівців медичної галузі в умовах війни.

Організаційно корекційно-розвивальний етап емпіричного дослідження потребував вирішення таких дослідницьких **завдань** як-от:

1. Розробити комплексну (корекційно-розвивальну) програму оптимізації показників соціально-психологічної адаптації та унормування ресурсів адаптивності фахівців медичної галузі.
2. Апробувати запропоновану програму унормування ресурсів адаптивності особистості в умовах воєнного часу.
3. Оцінити ефективність розробленої нами корекційно-розвивальної програми у форматі професійної діяльності медичних працівників.

Об'єктом формувального впливу були обрані типові показники особистісних адаптивних ресурсів працівників медичної галузі, виокремлені на етапі психодіагностичного вимірювання. Обираючи механізми формувального впливу, ми передусім орієнтувалися на значущість розуміння фахівцями-медиками когнітивно-афективних та поведінкових координат адаптивного поведіння у площинах виконання професійних обв'язків,

відповідального самоздійснення та збереження ментального здоров'я [72; 76; 1; 4; 15; 20; 22; 29; 31; 32; 34; 49; 51; 56; 57 та ін.]. Передусім ми зважали на визнання науковою спільнотою значущості комплексного підходу щодо забезпечення психологічного супроводу особистості на шляху відновлення ресурсів життєтворення (див. до прикладу: [31; 51; 54]). А отже нами було враховано, що негативні наслідки тривалої травматизації особистості в умовах воєнного часу виявляються у соціально-психологічній площині як зменшення схильності особистості до співпраці, зниження рівня емпатійності, довіри до світу. Відповідно це позначається також і на ціннісно-смисловому рівні життєтворення людини, спричиняючи, – на чому слушно наголошує професор Т. М. Титаренко, – втрату «здатності до пошуку нових життєвих перспектив, труднощі в осмисленні досвіду, зниження спроможності діставати задоволення від повсякдення»; торкається травмівний досвід особистості й індивідуально-психологічних аспектів життя людини, що виявляється як «переживання розщепленості, порушення цілісності, деструктивні зміни ідентичності, послаблення потреби в самореалізації, зниження збалансованості, адаптивності» [51, с.56–57]. Таким чином процеси оптимізації показників соціально-психологічної адаптації та унормування ресурсів адаптивності фахівців медичної галузі, відновлення здатності керувати власним життям має базуватися на відновленні готовності людини «до самотрансформацій та реалізації оновлених проєктів майбутнього в сімейній, особистій, професійній сферах» [там само].

Із ґрунтуванням на загальнометодологічному принципі розвитку особистості у діяльності, нами було обрано в якості основних векторів психологічної інтервенції просвітницький, корекційно-розвивальний та рефлексивно-діяльнісний сегменти психологічного супроводу та допомоги медичним працівникам.

Просвітницький аспект формувального впливу на адаптивні ресурси особистості долучених до програми емпіричного дослідження працівників медичної галузі в межах даного кваліфікаційного магістерського

дослідження був скерований на забезпечення поінформованості респондентів з питань ментального здоров'я та його збереження, розширення компетентнісного поля у царині адаптивного поведіння.

Здійснення просвітницьких завдань було сплановано у форматі *лекційного курсу із елементами практикуму*.

Теоретико-методологічною основою форматування змістової сутності просвітницького курсу було обрано положення раціональної роз'яснювальної терапії [54, с.274 – 275], в межах якої за допомогою логічних доведень, раціональних аргументів, змінення Я-висловлювань людини, її настанов цілком можливо забезпечити переструктурування суб'єктивного світосприймання особистості й уможливити ефективні сценарії самоздійснення. Додатково, в якості допоміжних контекстів підвищення адаптивності працівників медичної галузі до умов і наслідків воєнного часу, були враховані:

- основні поняття салютогенної концепції (А. Antonovsky), центровані на ідеї відчуття цілісності – «sense of coherence» – як стрижневому елементі ментального здоров'я особистості в єднанні трьох його складників: зрозумілість (comprehensibility) – переконаність у тому, що світ є логічно послідовним, хоча й багатозначним; керованість (manageability) – переконаність у власній здатності зараджувати собі, покладаючись на власні ресурси або сторонню допомогу; сенсоцентрованість, (meaningfulness) – переконаність у тому, що життя має сенс, а його вимоги гідні того, щоб відповідати їм [61; 62];
- визнані положення «resilience»-теорії щодо констатації активної ролі особистості у відновленні ресурсів опірності стресорам та розуміння динамічності процесу позитивної адаптації в умовах негараздів [65; 63; 31];
- позиціювання адаптації в складних життєвих ситуаціях як процесу посттравматичного зростання («post-traumatic growth»), який мислиться

як результат опанування певною реальністю, що супроводжується позитивними змінами на рівні особистості, групи, соціуму [79].

Основні вектори здійснення корекційно-розвивальної інтервенції щодо особистісного профілю адаптивності фахівців медичної галузі вибудовувалися із урахуванням інтегративного (комплексного) підходу. Передусім було передбачено:

- зниження рівня тривожності, подолання негативних наслідків когнітивного дисонансу та інших маркерів емоційного вигорання медичних працівників з метою відновлення емоційного комфорту;
- удосконалення здатності працівників медичної галузі до конструктивного діалогу та оптимальної контекстної поведінки в емоційно насичених ситуаціях;
- напрацювання навичок активної (асертивної) та просоціальної стратегій опанувальної поведінки, навичок самоконтролю та прийняття відповідальних рішень у стресогенних ситуаціях.

Для відпрацювання навичок адаптивної поведінки респондентів із залученням особистісних ресурсів працівників медичної галузі був обраний *формат тренінгу особистісного зростання* як методу активного навчання у просторі інтенсивної групової взаємодії, до структури якого також було інтегровано блоки комунікативного тренінгу. Індикативні мішені формувального впливу були увиразнені на трьох рівнях суб'єктивної значущості: індивідуально-психологічному (збалансованість світосприймання, адаптивність, емоційна комфортність, адекватність самоприйняття, усвідомлення власних ресурсів, конструктивне ставлення до власних помилок), ціннісно-сенсовому (пошук і визнання нових сенсів буття, осмислення досвіду життєтворення, усвідомлення та прийняття морально-етичних нормативів, здатність отримувати задоволення від життя) та соціально-психологічному (здатність до продуктивного співробітництва, діалогізму, здатність відновлювати конструктивні взаємини з оточенням, здатність співпереживати та нести соціальну відповідальність у різних

сегментах життя, здатність до підвищення рівня комунікативної компетентності) [51; 54].

У структурі кожної тренінгової сесії було передбачено використання спеціальних інтерактивних прийомів і методів, які забезпечують ефективність корекційно-розвивальної інтервенції щодо унормування певних психологічних характеристик особистості як адаптивних ресурсів самоздійснення [4; 24; 32; 49; 54; 57]. Крім того корекційно-розвивальна робота передбачала використання змістовно-смыслових інтерактивних технік: діагностичних інтерв'ю, творчо-аналітичних завдань, корекційно-розвивальних вправ, дискусій «із відкритим закінченням», «мозкових штурмів», методу кейсів, рольових ігор тощо [24, с.20].

Логічною схемою реалізації корекційно-розвивального впливу на адаптивні ресурси залучених до емпіричного дослідження працівників медичної галузі були передбачені також індивідуальні консультації респондентів (за запитом), орієнтовані на підтримку та надання додаткової інформації у системі особистісного розвитку.

На рефлексивно-діяльнісному етапі програми емпіричного дослідження було передбачено також посилення рефлексивних процесів та зростання готовності учасників корекційно-розвивальної програми до змін, а саме:

- формування рефлексивних умінь бачити конкретну ситуацію з різних сторін та в більш широкому соціо-культурному діапазоні завдяки аналізу та інтерпретації соціального або професійного контексту події;
- активізацію вимірів рефлексування медичними працівниками вибіркової сукупності власних емоційних станів, переживань, поведінки в складних обставинах (побутового або професійного сегментів), уявлень про себе та свої можливості;
- підвищення самоефективності та відчуття зв'язності (когерентності) [31; 4; 24].

Апробація запропонованої нами програми оптимізації показників соціально-психологічної адаптації фахівців медичної галузі шляхом

унормування особистісних ресурсів адаптивності респондентів в умовах воєнного часу була здійснена на базі Комунального підприємства «Криворізька міська клінічна лікарня № 2».

Значна увага була приділена нами формуванню вибіркової сукупності. Перш за все ми орієнтувалися на такі критерії відбору респондентів як-от:

- узагальнені результати психодіагностичного вимірювання показників соціально-психологічної адаптивності медичного персоналу;
- рівень сформованості особистісних ресурсів адаптивності учасників емпіричного дослідження, зафіксований на етапі психодіагностичного вимірювання;
- добровільна згода медичних працівників (лікарів, фельдшерів екстреної медичної допомоги та медсестер) Комунального підприємства «Криворізька міська клінічна лікарня № 2» долучитися до участі у програмі розвитку ресурсів соціально-психологічної адаптивності.

До участі в програмі оптимізації показників соціально-психологічної адаптації фахівців медичної галузі шляхом унормування особистісних ресурсів адаптивності були відібрані 14 медичних працівників, у психологічному профілі яких були зафіксовані суперечливі маркери соціально-психологічної адаптивності та показників особистісних ресурсів, серед них: 5 фельдшерів екстреної медичної допомоги та 9 медсестер. За результатами психодіагностичного вимірювання обрані для роботи в корекційно-розвивальній програмі працівники медичної галузі були відзначені низьким рівнем соціально-психологічної адаптивності (й зокрема у діапазоні емоційної комфортності та прийняття інших осіб), низьким або помірним рівнем виявлення особистісного адаптивного ресурсу (і зокрема щодо комунікативних здібностей) та переважанням пасивних копінг-стратегій (імпульсивних, маніпулятивних та орієнтованих на уникання проблем). Додатковими чинниками залучення медичних працівників до роботи в програмі унормування ресурсів адаптивності були високу

ситуативну тривожність, схильність до депресивності, знижений самоконтроль і нечутливість до зворотного зв'язку в професійній комунікації (означені характеристики були виявлені за результатами спрямованого спостереження за респондентами під час реалізації психодіагностичного вимірювання).

Програма оптимізації показників соціально-психологічної адаптації фахівців медичної галузі шляхом унормування особистісних ресурсів адаптивності реалізовувалася протягом квітня – червня 2025 року (2,5 місяців). Загальний обсяг програми становив 24 години. Було проведено 12 занять тривалістю 2 години кожне. Заняття проводилися один раз на тиждень. Особлива увага під час роботи із працівниками медичної галузі приділялася створенню атмосфери довірливих стосунків, толерантного ставлення до всіх і до кожного, готовності до емоційно відкритого діалогу з іншими людьми, усвідомленого підкріплення проявів адекватної рефлексивності [54; 57].

Після завершення корекційно-розвивальної роботи із оптимізації показників соціально-психологічної адаптації та унормування особистісних ресурсів адаптивності залучених до програми працівників медичної галузі нами був проведений контрольний моніторинг (ретестування) динаміки змін у виявленні досліджуваних параметрів серед респондентів. Для ретестування була обрана *Методика діагностики соціально-психологічної адаптації* («Test of Personal Adjustment») Карла Ренсома Роджерса та Розалінд Даймонд [35, с.85–90], призначена для конкретизації базових показників соціально-психологічної адаптації до нових умов соціального середовища та нормотипових правил поведінки із урахуванням змінених реалій життя залучених до дослідження працівників медичної галузі.

Співставлення результатів психодіагностичного вимірювання показників соціально-психологічної адаптації респондентів, отриманих на констатувальному етапі та під час ретестування дозволило оцінити ефективність запропонованої нами програми.

3.2. Оцінка ефективності корекційно-розвивальної програми оптимізації ресурсів адаптивності працівників медичної галузі

Оцінювання ефективності корекційно-розвивальної програми оптимізації показників соціально-психологічної адаптації фахівців медичної галузі та унормування особистісних ресурсів адаптивності респондентів було здійснено шляхом ретестування (контрольного психодіагностичного вимірювання).

Об'єктивним підґрунтям означення динаміки показників соціально-психологічної адаптації респондентів ми вважали співставлення результатів вимірювання досліджуваних параметрів на етапах тестування і ретестування за допомогою методики діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса та Р. Даймонд [цит. за: 35, с.85–90].

Узагальнені результати представлено в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Розподіл показників адаптивності у вибірковій сукупності до і після тренінгу (за субшкалами тесту К. Роджерса та Р. Даймонд)

Рівень виявлення Субшкали адаптивності	Низький рівень		Середній рівень		Високий рівень	
	Конст. зріз	Контр. зріз	Конст. зріз	Контр. зріз	Конст. зріз	Контр. зріз
	Кількість респондентів у % (N = 14)					
Адаптивність	79% (11 осіб)	21% (3 особи)	21% (3 особи)	64% (9 осіб)	0	15% (2 особи)
Самоприйняття	64% (9 осіб)	21% (3 особи)	36% (5 осіб)	50% (7 осіб)	0	29% (4 особи)
Прийняття інших	79 % (11 осіб)	14% (2 особи)	21% (3 особи)	72% (10 осіб)	0	14% (2 особи)
Емоційна комфортність	100 % (14 осіб)	21% (3 особи)	0	58% (8 осіб)	0	21% (3 особи)
Інтернальність	79 % (11 осіб)	43% (6 осіб)	21% (3 особи)	50 % (7 осіб)	0	7% (1 особа)
Прагнення до домінування	57 % (8 осіб)	21% (3 особи)	43 % (6 осіб)	50 % (7 осіб)	0	29% (4 особи)
Прагнення уникати проблем	0	7% (1 особа)	14 % (2 осіб)	72% (10 осіб)	86 % (12 осіб)	21% (3 особи)

Системний огляд загальної динаміки показників адаптивності учасників створеної та апробованої нами корекційно-розвивальної програми

доводить, що під впливом психологічної інтервенції показники соціально-психологічної адаптації працівників медичної галузі значно покращилися. Так за інтегративною шкалою «Адаптивність» кількість осіб із низьким рівнем виявлення ознаки зменшилася на 58% і разом з тим збільшилася на 43% кількість задіяних у корекційно-розвивальній програмі медичних працівників із помірним рівнем адаптивності та на 15% – із високим рівнем ознаки (див.: рис. 3.1.).

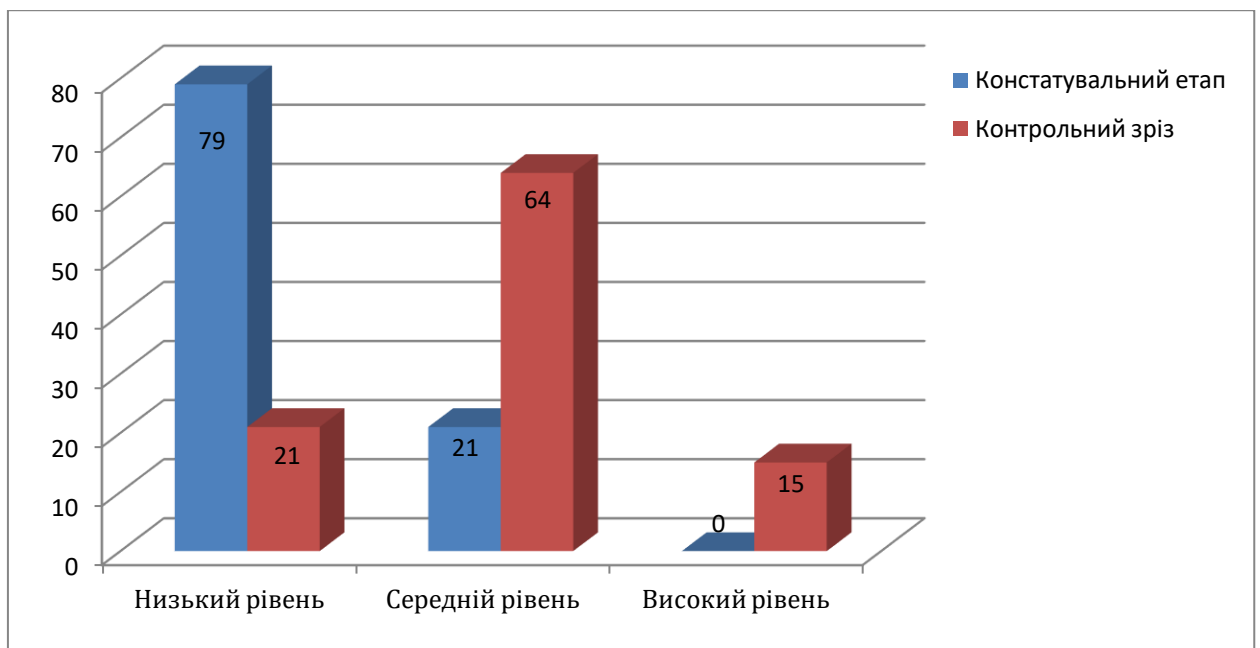


Рис. 3.1. Графічне представлення динаміки інтегративного показника адаптивності медичних працівників (до і після тренінгу)

Також актуалізовано серед працівників медичної галузі вибіркової сукупності ресурси самоприйняття: кількість осіб з низьким рівнем ознаки зменшилася на 43%, конгруентно збільшилася кількість представників медичного персоналу із середнім (Δ 14%) та високим (Δ 29%) рівнями прийняття власного Я (див.: рис. 3.2.). Адекватність самосприйняття особистості зумовлює якість життєтворення, позначається на готовності людини до активних дій, до продуктивних вчинків у діапазоні самоздійснення, і зокрема – у складних, стресових умовах професійної діяльності, та активує відновлювальні резерви фахівців на фоні опірності емоційному вигоранню.

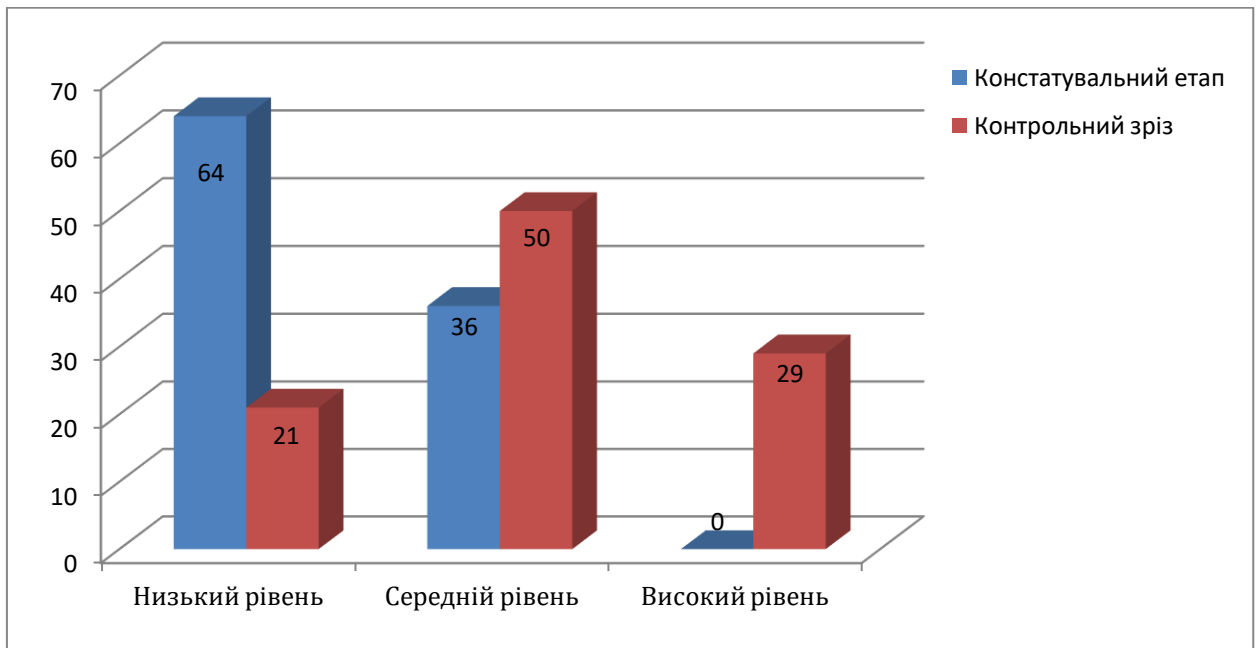


Рис. 3.2. Графічне представлення динаміки самоприйняття працівників медичної галузі (до і після тренінгу)

Досить виразно позитивна тенденція змін у виявленні ресурсів адаптивності відображена за показниками субшкали «Прийняття інших» у контексті соціальної взаємодії: кількість осіб з низьким рівнем ознаки зменшилася на 65%, співвіднесено зросла кількість осіб із помірно позитивним ставленням до інших людей (Δ 51%) та із високим рівнем прийняття інших (Δ 14%). Означену тенденцію можна трактувати як ресурс удосконалення комунікативних компетентностей працівників медичної галузі, розвитку здатності до продуктивного та толерантного діалогу із особами різних соціальних груп.

Варто також відзначити позитивну динаміку змін у профілі соціально-психологічної адаптивності респондентів за субшкалою «Емоційна комфортність»: простежується зменшення кількості осіб із низьким емоційним фоном на 79%, що виявляється у зростанні відчуття емоційної комфортності залучених до корекційно-розвивальної програми працівників медичної галузі на помірному (Δ 58%) та навіть на високому (Δ 21%) рівнях значущості ознаки (див.: рис.3.3.). А отже є достатні підстави говорити про

вирівнювання емоційного стану та покращення суб'єктивного благополуччя респондентів за результатами участі у запропонованій нами програмі.

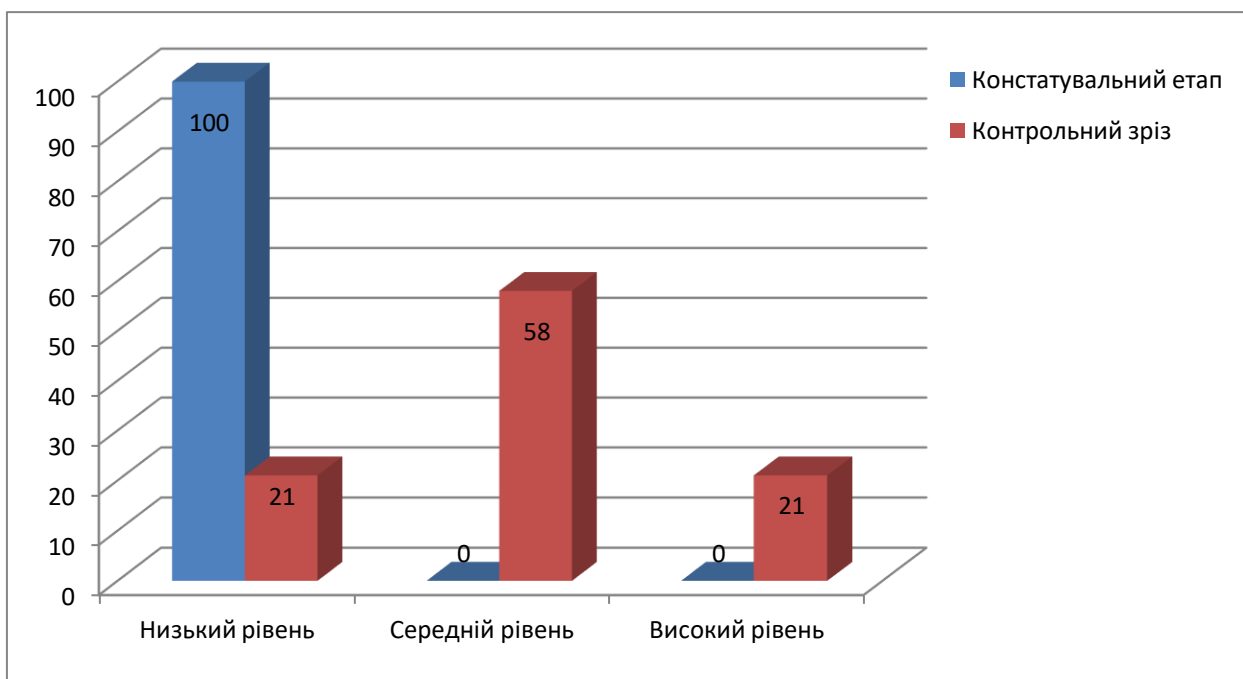


Рис. 3.3. Графічне представлення динаміки загального рівня емоційної комфортності працівників медичної галузі (до і після тренінгу)

В цілому виявлена за результатами ретестування позитивна динаміка розвитку типових показників соціально-психологічної адаптації долучених до емпіричного дослідження медичних працівників доводить можливість цілеспрямованого унормування даної ознаки та особистісних ресурсів адаптивності фахівців. Медичні працівники вибіркової сукупності свідомо сприйняли доцільність позиціювання адаптивності як виміру особистісного самоздійснення суб'єктів життєдіяльності. Ми переконалися, що учасники програми отримали досвід відносно послідовного адаптивного поведіння у складних (або стресогенних) ситуаціях, покладаючись на власні особистісні ресурси або сторонню допомогу.

Ефективність запропонованої нами корекційно-розвивальної програми оптимізації показників соціально-психологічної адаптації фахівців медичної галузі шляхом унормування особистісних ресурсів адаптивності, таким чином, вважаємо доведеною, завдання кваліфікаційного магістерського дослідження виконаними, мету – досягнутою.

Висновок до розділу 3

Третій розділ магістерської кваліфікаційної роботи висвітлює можливості оптимізації показників соціально-психологічної адаптації фахівців медичної галузі шляхом унормування особистісних ресурсів адаптивності.

Було розглянуто методологічні підстави психологічної підтримки працівників медичної галузі в діапазоні розвитку ресурсів адаптивності. Змістовими мішенями корекційно-розвивального впливу було обрано актуалізацію таких ресурсних векторів особистісного профілю працівників медичної галузі як-от: готовність особистості до змін у ставленні до себе, до змін у сфері значущих стосунків, опанування нового діапазону комунікативної компетентності та адаптивних копінг-стратегій, що сповнюють повсякдення новими сенсами, а майбутнє – новими перспективами щодо відновлення особистісних ресурсів життєтворення та збереження ментального здоров'я людини.

До участі в програмі оптимізації показників соціально-психологічної адаптації фахівців медичної галузі шляхом унормування особистісних ресурсів адаптивності були відібрані 14 працівників (5 фельдшерів екстреної медичної допомоги та 9 медсестер) Комунального підприємства «Криворізька міська клінічна лікарня № 2».

Програма реалізовувалася протягом квітня – червня 2025 року (2,5 місяці). Загальний обсяг програми становив 24 години; було проведено 12 занять, що дозволило реалізувати просвітницький, корекційно-розвивальний та рефлексивно-діяльнісний сегменти психологічного супроводу.

Після завершення корекційно-розвивальної роботи із стабілізації адаптивності та розвитку особистісних ресурсів залучених до програми працівників медичної галузі було проведено ретестування досліджуваних параметрів, що підтвердило ефективність представленої у кваліфікаційній магістерській роботі програми.

ВИСНОВКИ

Кваліфікаційне магістерське дослідження психологічних ресурсів адаптивності фахівців медичної галузі в умовах воєнного часу було зреалізоване у форматі єдності теоретичного та емпіричного аналізу сенсоутворювальних показників адаптивності як детермінанти ефективного професійного самоздійснення фахівців медичної галузі в умовах війни.

Теоретичний огляд наукової літератури з питань феноменології соціально-психологічної адаптації особистості та ресурсів адаптивності працівників медичної галузі дозволив дійти таких висновків:

1. У сучасному науковому просторі питання сутнісних ознак адаптаційних процесів все ще залишається дискусійним і активно обговорюється у контекстних вимірах медицини, фізіології, психофізіології, соціології та психології. Широкий контекст досліджень зумовлює тлумачення адаптації як процесу і результату внутрішніх змін, зовнішнього активного пристосування і самозмінення особи до нових умов існування.
2. Сучасні реалії сьогодення вибудовуються в умовах жорстких викликів воєнного часу і потребують усвідомлення усієї глибини соціальних та особистісних зрушень, що провокують складні емоційні перевантаження стресорами, скеровують сенси життя кожної людини і спільноти до виживання й збереження ресурсів адаптивного життєтворення. В умовах війни кризова адаптація розглядається як реакція особистості на екстремальні зміни в життєвому просторі, зокрема й переживання досвіду втрати, невизначеності, загрози життю, руйнування звичного способу життя. Разом з тим адаптація особистості у кризових умовах воєнного часу доволі часто супроводжується особистісним зростанням, зміною цінностей, створенням нових системи сенсів.
3. Особливої уваги і психологічної підтримки потребують зокрема фахівці медичної галузі, напружені умови діяльності яких загострюють

прояви професійної деформації на фоні травмівного досвіду, пролонгованого емоційного виснаження, поглиблення стресових реакцій як на морально-афективному, так і на поведінковому рівнях.

4. Ефективне опанування стрес-асоційованими реакціями потребує від особистості реалізації навичок адаптації та психологічного відновлення суголосно із оптимальним використанням комплексу соціальних, соціально-психологічних та особистісних ресурсів. Поняття «ресурси» розглядається науковцями як потенційні можливості регуляції функцій організму і психіки людини. У контексті теми дослідження ми розглядаємо особистісні ресурси адаптивності фахівців медичної галузі як сукупність емоційних, когнітивних і поведінкових характеристик людини, що мобілізуються в умовах кризових ситуацій із метою подолання стресу та відновлення психологічної рівноваги.

Вважаємо доведеним, що адаптація фахівців медичної галузі до стресогенних наслідків воєнного часу зумовлює необхідність віднайдення суб'єктами надання медичних послуг соціально-психологічних і особистісних ресурсів, напрацювання проактивно-трансформаційних стратегій адаптивної поведінки.

Емпірична частина магістерського кваліфікаційного дослідження мала за мету оцінювання типових показників соціально-психологічної адаптації та окремих особистісних ресурсів адаптивності фахівців медичної галузі для створення програми надання психологічної допомоги медичним працівникам в умовах воєнного часу.

Базою емпіричного дослідження було обрано Комунальне підприємство «Криворізька міська клінічна лікарня №2». Вибіркова сукупність була сформована із 42 медичних працівників, з них 14 лікарів різного клінічного профілю, 12 фельдшерів екстреної медичної допомоги та 16 медсестер із різним стажем професійної діяльності. Віковий діапазон досліджуваних становив 28 – 42 років (період активного професійного розвитку).

Результати психодіагностичного вимірювання показників соціально-психологічної адаптації та особистісних ресурсів адаптивної поведінки респондентів підтвердили переважання у профілі працівників медичної галузі дезадаптивного полюсу в діапазоні «Адаптація – Дезадаптація». Було з'ясовано:

1. Серед медичних працівників вибіркової сукупності досить виразним є низький рівень інтегративного показника адаптивності (у 48% респондентів), що свідчить про фіксованість на пасивно-песимістичних стратегіях мислення, невдоволеність собою та стосунками з іншими людьми, схильність до незрілих особистісних рішень. Виявлено знижені показники соціально-психологічної адаптованості респондентів за показниками емоційної комфортності (у 67% опитаних), інтернальності, готовності брати на себе відповідальність за прийняті рішення (у 57% опитаних), прагнення до домінування, лідерства (у 52%); 38% медичних працівників вибіркової групи недостатньо сприйнятливі до взаємин з іншими людьми, прагнуть відсторонення, обмеження контактів; 62% опитаних обирають пасивну стратегію поведінки в стресових ситуаціях (передусім уникнення (або ігнорування) проблем).

Співставлення результатів дослідження показників соціально-психологічної адаптивності медичних працівників різного кваліфікаційного рівня (лікарів, фельдшерів, медсестер) доводить найнижчий рівень сформованості ознаки у медсестер (75% опитаних засвідчили низький діапазон ознаки проти 21% серед лікарів).

2. Вимірювання адаптивного профілю працівників медичної галузі дають підстави стверджувати помірність виявлення респондентами маркерів особистісних ресурсів адаптивності: найбільш виразно представлені в адаптивному профілі медичних працівників вибіркової сукупності показники нервово-психічної стійкості особистості (НПС), що відображують доволі високий рівень стресостійкості та здатності до

саморегуляції респондентів: 81% опитаних осіб фіксують високий (у 38% осіб) та задовільний (у 43% опитаних осіб) рівні виявлення даної ознаки; 64% залучених до дослідження медичних працівників демонструють середній (у 52% респондентів) та високий (у 12% осіб) рівні розвитку комунікативних здібностей; 52% опитаних медичних працівників дотримуються морально-етичних норм поведінки на високому (12% осіб) та середньому (у 10% осіб) рівнях, орієнтуючись на правові й справедливі принципи діяльності. Проте надзвичайно тривожно виглядає профіль медичних працівників дезадаптивного полюсу ознаки:

- 19% представників медичної професії виявляють низький рівень поведінкової регуляції, схильність до нервово-психічних зривів, доволі неадекватну самооцінку;
- 36% опитаних мають низький рівень розвитку комунікативних здібностей, відчують труднощі у вибудовуванні взаємин з різними групами людей, схильні до прояву агресивності та підвищеної конфліктності;
- 48% працівників медичної галузі не здатні адекватно оцінити власний статус і рольове призначення у суспільстві, ігнорують морально-етичні норми поведінки, дозволяють собі нераціонально критичні зауваження та цинічні дії, що деструктивно позначається на ефективності допоміжної професії.

Співставлення показників особистісного адаптаційного потенціалу медичних працівників різного кваліфікаційного рівня підтверджує найнижчий рівень виявлення ознаки серед кадрів медсестринського профілю (у 50% визначено дезадаптивний полюс (низький рівень) ОАП).

3. Аналіз та ранжування пріоритетних стратегій і моделей опанувальної поведінки залучених до емпіричного дослідження працівників медичної галузі дозволяють стверджувати переваги активної (у 29% опитаних) та просоціальної (також у 29% опитаних) копінг-стратегій. Разом з тим 38%

працівників медичної галузі вибіркової сукупності в стресових ситуаціях надають перевагу пасивним стратегіям подолання стресів: 14% схильні до пасивної прямої стратегії, увиразненої в імпульсивних діях, а 24% опитаних частіше використовують пасивні непрямі стратегії: маніпулятивні дії (14% респондентів) та прагнення уникати складних ситуацій (10%). Співвіднесення діагностованих показників копінг-поведінки медичних працівників різного кваліфікаційного рівня дозволило констатувати, що у профілі лікарів найбільш виразно (у 43% опитаних) представлена пасивно непряма стратегія копінг-поведінки, й передусім – маніпулятивного типу; 14% опитаних у стресових ситуаціях центровані на агресивних моделях опанувальної поведінки; у медсестринському профілі найбільш представлений сегмент просоціальної стратегії опанувальної поведінки (у 50% опитаних, переважно у діапазоні пошуку соціальної підтримки). 38% сестринського персоналу демонструють пасивні стратегії поводження у стресових ситуаціях (25% у діапазоні імпульсивних реакцій на стресори та 13% в маніпулятивному спектрі поведінки і у спектрі уникання проблемних ситуацій).

Вважаємо доведеним, що залучені до емпіричного дослідження фахівці медичної галузі доволі вразливі у стресових ситуаціях і потребують кваліфікованої психологічної підтримки у вимірах адаптації до стресорів професійної діяльності в умовах мілітарного суспільства. А отже є підстави стверджувати, що респонденти потребують комплексного психологічного супроводу, скерованого на розвиток соціальної адаптації особистості шляхом цілеспрямованого унормування особистісних ресурсів. Продуктивність такого впливу підтверджує кореляційний зв'язок між парметрами соціально-психологічної адаптації та показниками особистісних ресурсів адаптивної поведінки респондентів.

На засадах означеного нами були вивчені можливості цілеспрямованої оптимізації адаптаційних ресурсів працівників медичної галузі, результати

дослідження були представлені у третьому розділі магістерської кваліфікаційної роботи.

Для вирішення корекційно-розвивального завдання була створена комплексна програма оптимізації показників соціально-психологічної адаптації фахівців медичної галузі шляхом унормування особистісних ресурсів адаптивності. Загальний обсяг програми становив 24 години; було проведено 12 занять, що дозволило реалізувати просвітницький, корекційно-розвивальний та рефлексивно-діяльнісний сегменти психологічного супроводу. До участі в запропонованій нами програмі були відібрані 14 працівників (5 фельдшерів екстреної медичної допомоги та 9 медсестер) Комунального підприємства «Криворізька міська клінічна лікарня № 2» із найбільш критичним профілем адаптивності.

Після завершення корекційно-розвивальної роботи було проведено ретестування досліджуваних параметрів. Зокрема було доведено, що під впливом спрямованої психологічної інтервенції показники соціально-психологічної адаптації працівників медичної галузі значно покращилися: за інтегративною шкалою «Адаптивність» кількість осіб із низьким рівнем виявлення ознаки зменшилася на 58% і разом з тим збільшилася на 43% кількість задіяних у корекційно-розвивальній програмі медичних працівників із помірним рівнем адаптивності та на 15% – із високим рівнем.

Ми переконалися, що учасники програми отримали досвід відносно послідовного адаптивного поводження у складних (або стресогенних) ситуаціях, покладаючись на власні особистісні ресурси або сторонню допомогу.

Ефективність запропонованої нами корекційно-розвивальної програми оптимізації показників соціально-психологічної адаптації фахівців медичної галузі шляхом унормування особистісних ресурсів адаптивності, таким чином, вважаємо доведеною, завдання кваліфікаційного магістерського дослідження виконаними у повному обсязі, мету – досягнутою.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Активізація психологічних ресурсів особистості у різних умовах соціалізації: кол. монографія / за ред.: Г. О. Хомич. Київ: БЦ, 2024. 270 с.
2. Агаєв Н.А., Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С. [та ін.]. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: метод. посіб. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.
3. Багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність» (А.Маклаков, С.Чермянін). URL: https://www.eztests.xyz/tests/social_mlo
4. Білецький П. С., Завацька Н.Є., Жигаренко І.Є., Тоба М. В. Алгоритм застосування соціально-психологічних технологій збереження професійного здоров'я фахівців-медиків. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи*: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. Київ : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2023. № 1 (63). С. 99–106.
5. Білик Н. С. Адаптація як міждисциплінарне поняття в сучасному науковому дискурсі. *Актуальні проблеми психології*. 2021. Т. 2. Вип. 4. С. 47–52.
6. Білоконь Т. А. Психологічні чинники адаптаційного потенціалу особистості. *Проблеми сучасної психології*. 2022. № 58. С. 80–89.
7. Білоконь Т. А. Психологічні чинники адаптаційного ресурсу особистості в умовах соціальної нестабільності. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія : Психологічні науки*. 2022. № 1 (7). С. 82–90.
8. Блажівський М. І. Поняття адаптації у сучасній науковій літературі. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ*. 2014. № 1. С.233 – 242.
9. Бондар Н. Б. Когнітивні стратегії як чинники адаптації в умовах соціальної невизначеності. *Наука і освіта*. 2021. № 1. С. 65–72.

10. Вірна Ж. П., Галян А. І. Особистісні ресурси професійної адаптації майбутніх медичних працівників: концепція та емпірична верифікація. *Психологічні перспективи*. 2017. № 30. С. 28 – 39.
11. Галус О. М. Історіографічна основа досліджень процесу адаптації особистості у працях вітчизняних учених-психологів. *Педагогічний дискурс*. 2013. № 15. С. 140–146.
12. Галян А. І. Особистісні ресурси як чинник подолання напружених ситуацій у медичних працівників. *Science and Education a New Dimension. Pedagogy and Psychology*. 2015. № 3 (35), Issue 71. С. 78–81.
13. Голуб Н. П. Психологічна адаптація особистості в період життєвих криз: теоретичний аналіз. *Вісник Одеського національного університету. Серія : Психологія*. 2022. Т. 27. № 2. С. 88–93.
14. Гончар Т. С. Психологічні механізми подолання дисонансу у процесі адаптації до змін. *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія : Психологія*. 2022. № 75. С. 123–128
15. Гоян І. М., Петранюк А. І., Толкунова І. В. [та ін.]. Особливості життєстійкості та адаптивності особистості в складних життєвих обставинах. *Перспективи та інновації науки (Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина»)*. 2024. № 4 (38). С. 867 – 879.
16. Даценко О.А. Психологічний ресурс особистості як наукова парадигма. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія*. Том 31 (70). № 4. 2020. С. 22–27
17. Даценко О. А. Проблема життєвих стратегій особистості: ресурсний підхід. *Вчені записки Таврійського національного університету. Серія Психологія*. 2024. Т. 35 (74). № 5. С.1 – 5.
18. Дейнека Н. Д., Мялюк О. П., Марущак М. І. Значення емоційного інтелекту в медсестер та фактори, що на нього впливають. *Health & Education*. 2024. Вип. 4. С. 3 – 12.
19. Дубровіна І. В. Психологія стресу і кризи: навч. посіб. Київ : Академвидав, 2017. 272 с.

20. Ждан М. О. Ресурсний підхід в адаптації особистості до критичних життєвих обставин. *Актуальні проблеми психології*. 2020. Т. 8. Вип. 20. С. 50–56.
21. Завадська Л. І. Адаптаційні ресурси особистості: психологодіагностичний аспект. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. 2020. Вип. 4(3). С. 104–108.
22. Завацька Н. Є. Особливості соціальної підтримки в осіб з різним ступенем соціальної адаптації. *Актуальні проблеми психології: зб. наук. праць Ін-ту психології ім. Г.С. Костюка НАПН України*. 2020. Т. 8. № 7. С. 90–105.
23. Карамушка Л. М. Психологія соціальної адаптації: монографія. Київ: ІПіЕНД ім. І. Ф. Кураса НАН України, 2021. 232 с.
24. Карамушка Л. М. Психологічні тренінги для підготовки менеджерів та персоналу освітніх організацій (реалізація технологічного підходу) : навч. посібник. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2022. 144 с
25. Карвацька Н. С., Гринько Н. В., Савка С. Д., Кауней Т. Г. Емоційне вигорання у практиці лікарів загальної практики. *World Science*. 2018. № 4 (32). С . 4–7.
26. Кирилюк І. О. Психологічна адаптація особистості до нових умов соціального середовища. *Психологічні перспективи*. 2022. № 40. С. 112–117.
27. Киричук О. В. Механізми психологічного захисту як адаптивна функція психіки. *Психологія особистості*. 2020. № 2. С. 85–90.
28. Ковальчук О. А. Ресурсний підхід у психології особистості. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Серія : Психологія*. 2021. Вип. 4 (15). С. 33–39.

29. Кокун О. М. Оптимізація адаптаційних можливостей людини: психофізіологічний аспект забезпечення діяльності: монографія. Київ: Міленіум, 2004. 265 с.
30. Кокун О. М., Лозінська Н.С., Пішко І.О., Олійник В.О. Діагностика психологічних змін у військовослужбовців в умовах війни: метод. посіб. Київ : ТОВ «7БЦ», 2025. 162 с.
31. Коробка Л. М. Психологічні засоби підвищення адаптивності спільноти до наслідків воєнного конфлікту. *Наукові студії із соціальної та політичної психології НАПН України*. 2019. № 43 (46). С. 63–72.
32. Кузікова С., Зливков В., Лукомська С., Щербак Т., Котух О. Психологічний супровід особистості в умовах війни: навч. посіб. Київ–Ніжин: Видавець ПП Лисенко М.М., 2024. 260 с.
33. Куценко В. І. Соціальна адаптація особистості в кризовому суспільстві: теоретичні аспекти. *Гуманітарний вісник*. Серія : Психологія. 2019. №1. С. 82–87.
34. Лазуренко О. О. Психологія професійного здоров'я фахівця: до проблеми профілактики емоційного вигорання та формування емоційної компетентності лікаря. *Fundamental and Applied Researches in Practice of Leading Scientific Schools*. 2016. № 1 (13). Р. 140-154.
35. Лемак М. В., Петрище В. Ю. (уклад.). Психологу для роботи. Діагностичні методики: збірник. Ужгород: Видавництво Олександри Гаркуші, 2012. 616 с.
36. Лисенко О. Г. Психологічні особливості професійної діяльності медичних працівників. *Актуальні проблеми психології: зб. наук. праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України*. 2016. Том І. Випуск 45. С. 61 – 65.
37. Лобанова А. С. Феномен соціальної мімікрії. Київ : Ін-т соціології НАН України, 2004. 300 с.

38. Лукашов О. О. Психологія соціальної відповідальності особистості в період суспільних трансформацій: монографія. Київ: ПВТП «LAT&K», 2024. 349 с.
39. Лукомська С. О. Ресурсний підхід до подолання особистістю кризових ситуацій. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія Психологічні науки*. 2020. № 1. С. 190–195.
40. Малиш В. Є. Особистісні ресурси подолання психологічних криз: дис... канд. психолог. наук за спец. 19.00.01 – загальна психологія, історія психології. Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К.Д. Ушинського», Одеса, 2025. 282 с.
41. Мартиненко С. О. Теоретичні підходи до визначення дефініції «соціальна адаптація». *Габітус*. 2019. № 10. С. 29 – 33.
42. Марута Н. О., Чабан О. С., Каленська Г. Ю. Особливості емоційного вигорання у працівників сфери охорони неврологічного й психічного здоров'я. *Міжнародний неврологічний журнал*. 2019. № 7 (109). С. 22–29.
43. Мигаль Л. Психологічні прояви професійної деформації медичних фахівців: кваліфікаційна (магістерська) робота; спеціальність 053 Психологія. Хмельницький: Хмельницький національний університет. 2024. 89 с.
44. Мотков С. О. Адаптаційні механізми особистості. *Психологія і особистість*. 2019. № 2. С. 22–36.
45. Назаров О. О., Оніщенко Н. В., Садковий В. П. [та ін.]. Психологічні особливості базових копінг-стратегій та особистісних копінг-ресурсів працівників пожежнорятувальних підрозділів МНС України: монографія. Харків: Вид-во УЦЗУ, 2008. 184 с.
46. Панок В. Г. Психологічні дослідження в умовах війни: проблеми і завдання. *Вісник Національної академії педагогічних наук України*. 2023. № 5(1). С. 1-12.

47. Пішель В. Я., Полив'яна М. Ю. Фактори, асоційовані зі стресом у медичних працівників в умовах пандемії COVID-19. *Грааль*. 2021. №1. С. 440 – 441.
48. Синдром «професійного вигорання» та професійна кар'єра працівників освітніх організацій: гендерні аспекти: навч. посіб. / за наук. ред. С. Д. Максименка, Л. М. Карамушки, Т. В. Зайчикової. Київ: Міленіум, 2006. 368 с.
49. Сіренко Т., Кухарук О., Фроленкова О. Посібник з управління стресом та самопомогі під час бойових дій та у післявоєнний період, спрямований на медичних працівників. Київ: Центр громадського здоров'я, 2023. 69 с.
50. Сущенко Т. Є. Психологічні ресурси особистості: сучасний стан і перспективи дослідження. *Психологічні перспективи*. 2021. № 38. С. 46–53.
51. Титаренко Т. М. Технології відновлення психологічного здоров'я особистості в умовах війни: комплексний підхід. *Наукові студії із соціальної та політичної психології НАПН України*. 2019. № 43 (46). С. 54–62.
52. Титаренко Т. М. Життєстійкість особистості: теоретико-методологічні основи дослідження. Київ: Інститут соціальної та політичної психології НАПН України, 2022. 144 с.
53. Ткач Н. В. Емоційна компетентність як чинник подолання стресу в умовах воєнного стану. *Актуальні проблеми психології : збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України*. 2023. Т. 4. Вип. 17. С. 57–63.
54. Токарева Н. М. Моделювання особистісних конструктів підлітків у вимірах освітнього простору: монографія. Кривий Ріг : ТОВ «НВП «Інтерсервіс»», 2015. 448 с.
55. Токарева Н. М. Адаптивні сценарії самоздійснення особистості в умовах несталого сьогодення. *Психологія: реальність і перспективи*: збірник

наукових праць Рівненського державного гуманітарного університету. 2023. № 20. С.183–194.

56. Травматичні події: психологічна підтримка та самодопомога. Довідник для фахівців і фахівчинь допоміжних професій соціальної сфери, які працюють з внутрішньо переміщеними особами та постраждалим населенням /авт. колектив: Н. Несенюк, Н. Чудаєва, О. Мурашкевич. Київ : Вид-во Ради Європи, 2022. 91 с.
57. Унгурян Н. В. Ціннісний підхід до професійної діяльності як чинник подолання негативних наслідків когнітивного дисонансу у медичних працівників. *Psychology Travelogs: наук. журн. Хмельницького національного університету*. 2025. № 1. С. 264 – 274.
58. Циганок Г. В. Психологія адаптації особистості в умовах соціальних змін. *Психологічні науки: проблеми і здобутки*. 2022. № 3. С. 212–218.
59. Чабан О. С. Хаустова О. О., Омелянович В. Ю. Психічні розлади воєнного часу: монографія. Київ: Медкнига, 2023. 232 с.
60. Ющенко І. М. Специфіка стратегій адаптації молоді в умовах невизначеності, спричиненої війною. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*. 2023. № 6. С. 18 – 22.
61. Antonovsky A. Unraveling the mystery of health. San Francisco: Jossey-Bass. 1987. 218 p.
62. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*. 1996. № 11 (1). P. 11–18.
63. Benight C. C., Shoji K., Delahanty D. L. Self-regulation shift theory: A dynamic systems approach to traumatic stress. *Journal of Traumatic Stress*. 2017. Vol. 30 (4). P. 333 –342.
64. Billings A. G., Moos R. H. Coping, stress, and social resources among adults with unipolar depression. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1984. V. 46 (4). P. 877–891.

65. Bonanno G. A. Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Aversive Events? *American Psychologist*. 2004. № 59 (1). P. 20–28.
66. Chorna V.V., Makhniuk V.M., Pshuk N.G., Gumeniuk N., Shevchuk Y., Khliestova S. Burnout in Mental Health Professionals and the Measures to Prevent it. *Georgian Medical News*. 2021. № 1. P. 113-118.
67. Gross J. J. Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological inquiry*. 2015. Vol. 26 (1). P. 1 – 26.
68. Halian I., Halian A. Personality resources of future specialists' self-regulation in their professional adaptation. *European Humanities Studies : State and Society / Europejskie Studia Humanistyczne : Państwo i Społeczeństwo*. 2016. № 1. P. 103–114.
69. Hobfoll S. E. Stress, culture, and community: The Psychology and Physiology of Stress. New York : Plenum Press, 1998. 234 p.
70. Hobfoll S. Conservation of resources theory: its implication for stress, health, and resilience. *The Oxford handbook of stress, health, and coping*; S. Folkman [ed.]. New York, 2011. P. 127–147.
71. Johansen R. B., Laberg J. C., Martinussen M. Military identity as predictor of perceived military competence and skills. *Armed Forces & Society*. 2014. 40 (3). P. 521–543.
72. Maggiori C., Johnston C.S., Krings F., Massoudi K., Rossier J. The role of career adaptability and work conditions on general and professional well-being. *The Journal Vocational Behavior*. 2013. № 83. P. 437–449.
73. Maslach C., Leiter M. P. The truth about burnout: How organization cause personal stress and what do about it. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1997. 126 p.
74. Maresca G., Corallo F., Catanese G., Formica C., Lo Buono V.. Coping Strategies of Healthcare Professionals with Burnout Syndrome: A Systematic Review. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*. 2022. 58 (2). 327 p.

75. Mechanic D. Students Under Stress: A Study in the Social Psychology of Adaptation. New York: The Free Press, 1962. 231 p.
76. Mullis R. L. Parental Relationships, Autonomy, and Identity Processes of High School Students / R. L. Mullis, S. C. Graf, A. K. Mullis. *The Journal of Genetic Psychology: Research and Theory on Human Development*. 2019. № 170 (4). P. 326 – 338.
77. Murthy R. S., Lakshminarayana R. Mental health consequences of war: a brief review of research findings. *World Psychiatry*, 2006. V.5 (1). P. 25-30.
78. Selye H. Stress of Life: A Scientist's Memoirs. New York : Van Nostrand Reinhold Company, 1979. 217 p.
79. Tedeschi R. G., Calhoun L. G. (2004). Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*. 2004. № 15 (1), 1–18.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Програма оптимізації показників соціально-психологічної адаптації фахівців медичної галузі шляхом унормування особистісних ресурсів адаптивності

Змістовий модуль I Інформаційно-просвітницький лекторій Феноменологія ресурсів соціально-психологічної та особистісної адаптивності у професійній діяльності медичних працівників	
Мета: інформування учасників програми щодо показників соціально-психологічної адаптації та ресурсів адаптивності працівників медичної галузі: формування культури адаптивної поведінки, актуалізація навичок проактивного поводження у ситуаціях професійного стресу, мотивування розширення діапазону ресурсів адаптивної поведінки у професійній діяльності	
Тема лекції	Зміст практикуму
Тема 1 Соціально-психологічна адаптація особистості: прояви, ресурси адаптивності (2 години)	Соціально-психологічна адаптація як умова стресостійкості в умовах воєнного часу. Адаптивність особистості в системі професійної діяльності медичного працівника: відкритість новому досвіду, самоконтролю експресивних реакцій та відповідальність у комунікації.
Тема 2. Рефлексія особистісних ресурсів адаптивності працівниками медичної галузі (2 години)	Особистісні ресурси соціальної та особистісної адаптивності в закладах охорони здоров'я. Способи усвідомлення ресурсів продуктивного самоздійснення медичних працівників в стресогенних умовах фахової діяльності: проговорювання, когнітивне моделювання, переосмислення сенсів життєтворення
Усього за модулем 4 години	
Змістовий модуль II Тренінг-курс особистісного зростання (із елементами комунікативного тренінгу) Унормування особистісних ресурсів адаптивності фахівців медичної галузі	
Мета: розширення діапазону адаптивної поведінки учасників Т-групи у професійній діяльності, розвиток особистісних ресурсів адаптивності, удосконалення навичок конструктивної комунікації із різними категоріями осіб	
Тема заняття	Зміст тренінгових занять
Тема 1. Усвідомлення особистісних ресурсів адаптивної поведінки (4 години)	Індивідуально-психологічні можливості самоздійснення працівників медичної галузі. Ресурси збалансованості світосприймання та нормативної адаптивності. Емоційна комфортність як умова

	адекватного самоприйняття особистості та конструктивного ставлення до власних помилок. Усвідомлення внутрішніх (особистісних) ресурсів та можливостей їхнього збагачення
Тема 2. Ціннісно-сміслові координати самоздійснення фахівців медичної галузі (4 години)	Діапазон ціннісних орієнтирів особистості в системі життєвих опор. Пошук і визнання нових сенсів буття в умовах воєнного часу. Переосмислення досвіду життєтворення, усвідомлення та прийняття морально-етичних нормативів фахової діяльності працівників медичної галузі. Здатність отримувати суб'єктивне задоволення від життя в стресогенних умовах життєтворення та професійної діяльності Надання психологічної підтримки у формуванні навичок оптимальної саморегуляції і нормотипової поведінки у стресогенних ситуаціях
Тема 3. Ресурси соціально-психологічної адаптації працівників медичної галузі в умовах воєнного стану Практична реалізація навичок управління власними емоціями (6 годин)	Соціально-психологічні ресурси адаптивності: соціальна підтримка та взаємодія з референтними особами. Здатність до продуктивного співробітництва, діалогізму. Здатність встановлювати (або відновлювати) конструктивні взаємини з оточенням та нести соціальну відповідальність у різних сегментах життя. Підвищення рівня комунікативної компетентності фахівців медичної галузі. Техніки самоконтролю та саморегуляції у взаєминах з різними категоріями осіб. Відпрацювання технік коректного психологічного самозахисту та емоційного відновлення
Тема 4. Рефлексія навичок проактивної адаптивної поведінки у реаліях професійної діяльності працівників медичної галузі (4 години)	Рефлексія та асиміляція набутого досвіду адаптивної поведінки. Розширення суб'єктивного досвіду адаптивної поведінки у професійній діяльності медичних працівників. Усвідомлення ресурсів підвищення самоефективності
Усього за модулем 18 годин	
Разом: 22 годин	

Приклади вправ корекційно-розвивальної програми оптимізації показників соціально-психологічної адаптації фахівців медичної галузі шляхом унормування особистісних ресурсів адаптивності
(модифіковані вправи за ресурсами: [4; 24; 54; 57])

1. Вправа-саморефлексія «Я і мої переживання»

Інструкція:

Сядьте зручно, дихайте спокійно, якщо це можливо закрийте очі.

Поставте собі кілька питань, відповідаючи на які будьте максимально чесними, відвертими. Зважайте, що не існує правильних або неправильних відповідей. Це ваше життя, ваш досвід, ваші відчуття. Дослухайтеся до себе.

Питання:

- Як я відчуваюся?
- Що я відчуваю? Як довго я відчував себе таким чином?
- Як ці почуття проявляються у моєму тілі? Чи відчуваю я себе напружено, втомленим, у мене є головний біль або біль у шлунку?
- Що могло б покращити мій стан?
- Чи можу я вплинути на свої переживання?

2. Вправа «Лимон» (для зняття психоемоційного напруження)

1) Виконання вправи:

Інструкція:

Сядьте зручно, розслабтеся, закрийте очі. Руки вільно покладіть на коліна (долонями вгору). Подумки уявіть, що у правій руці ви тримаєте лимон. Починайте повільно його стискати, доки не відчуєте, що «вичавили» увесь сік. Розслабтеся. Запам'ятайте свої відчуття, тепер уявіть собі, що лимон знаходиться у лівій руці. Повторіть вправу. Знову розслабтеся і запам'ятайте свої відчуття.

Виконайте вправи одночасно обома руками. Розслабтеся.

Насолоджуйтеся станом спокою. Поділіться своїми відчуттями.

2) Обговорення відчуттів учасників програми

- 3) Підведення підсумків: пам'ятайте, що тільки від вас залежить, як ви проживете життя – з радістю і любов'ю або зі страхами і напругою.

3. Вправа «Розкажи про себе без вихваляння»

- 1) Виконання вправи:

Інструкція:

Сядьте зручно, розслабтеся. Згадайте прожитий вами тиждень. Що з вами трапилося? З якими завданнями ви успішно впоралися? Чим задоволені найбільше? Поділіться з групою, висловлюючись такою фразою: «Не хочу хвалитися, але я ...», проговоріть свої досягнення, вміння, здібність, особисту рису тощо. Розповідайте про свої успіхи, навіть невеликі, з гордістю.

- 2) Після виконання завдання учасники групи обговорюють враження, діляться думками, переживаннями.
- 3) Підведення підсумків