

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ВАСИЛЯ СТУСА

ПОЛІЩУК ТЕТЯНА ІГОРІВНА

Допускається до захисту
Т.в.о.завідувача кафедри кризової
та клінічної психології
к.психол.н., доцент
_____ Катерина ВАСЮК
« » _____ 2025 р.

**ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ СТРЕСОСТІЙКОСТІ
ЛІКАРІВ ФРМ В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ**

Спеціальність 053 Психологія

Освітня програма Реабілітаційна психологія в надзвичайних ситуаціях

Кваліфікаційна (магістерська) робота

Науковий керівник:
Корольова Н.Д,
к.психол.н., доцент,
доцент кафедри
загальної та соціальної психології

Оцінка: ____/____/____
(бали/за шкалою ЕКТС/за національною шкалою)

Голова ЕК: _____
(підпис)

Вінниця 2025

АНОТАЦІЯ

Поліщук Т.І. Психологічні особливості формування стресостійкості лікарів ФРМ в умовах воєнного часу. Кваліфікаційна (магістерська) робота. Спеціальність 053 Психологія, Освітня програма «Реабілітаційна психологія в надзвичайних ситуаціях». Донецький національний університет імені Василя Стуса. Вінниця, 2025.

В кваліфікаційній роботі представлено комплексне психологічне дослідження стресостійкості лікарів фізичної та реабілітаційної медицини в умовах воєнного часу. Актуальність теми зумовлена зростанням психоемоційного навантаження на медичних працівників, які працюють із пацієнтами, що мають тяжкі травми та наслідки бойових дій, що підвищує ризики професійного вигорання, дистресу, вторинної травматизації та порушення психоемоційної регуляції.

Метою дослідження є виявлення психологічних чинників стресостійкості лікарів ФРМ та визначення взаємозв'язків між копінг-стратегіями, рівнем тривожності, професійного вигорання й інтенсивністю щоденних стресорів. Об'єктом дослідження виступає стресостійкість лікарів у професійній діяльності, предметом - психологічні особливості та чинники її формування в умовах війни.

Теоретичну основу становить аналіз сучасних моделей стресу, концепцій копінгу, життестійкості, професійного вигорання та вторинного травматичного стресу. Емпіричне дослідження здійснено з використанням валідних психодіагностичних інструментів: методики COPE, опитувальника Спілбергера–Ханіна, методики діагностики емоційного вигорання В. В. Бойка та шкали щоденних стресорів Лазаруса. Для статистичної обробки даних застосовано кореляційний аналіз.

Результати роботи дозволили визначити суттєві взаємозв'язки між рівнем стресостійкості та психологічними показниками лікарів. Встановлено, що високі рівні тривожності й емоційного вигорання негативно впливають на стресостійкість, тоді як проблемно-орієнтовані копінг-стратегії, внутрішній

локус контролю та ефективна емоційна саморегуляція виступають її позитивними предикторами. На основі отриманих результатів сформульовано практичні рекомендації щодо підвищення стресостійкості лікарів ФРМ, спрямовані на оптимізацію копінг-поведінки, розвиток навичок саморегуляції та профілактику професійного вигорання.

Ключові слова: стресостійкість, копінг-стратегії, професійне вигорання, тривожність, вторинний травматичний стрес, лікарі фізичної та реабілітаційної медицини, воєнний час, психологічні чинники.

98 с., 9 табл., 9 рис., 4 дод.

Бібліограф.: 54 найм.

ABSTRACT

Polishchuk T.I. Psychological Peculiarities of the Formation of Stress Resistance of Doctors Physical Medicine and Rehabilitation in Wartime Conditions. Master's Qualification Thesis. Specialty 053 Psychology, Educational Program "Rehabilitation Psychology in Emergency Situations." Vasyl' Stus Donetsk National University. Vinnytsia, 2025

The qualification thesis presents a comprehensive psychological study of stress resistance among physicians of Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) under wartime conditions. The relevance of the topic is determined by the increasing psycho-emotional burden on healthcare professionals working with patients who suffer from severe injuries and consequences of military actions, which elevates the risks of professional burnout, distress, secondary traumatization, and impairment of emotional regulation.

The aim of the study is to identify psychological determinants of stress resistance in PRM physicians and to examine the relationships between coping strategies, levels of anxiety, professional burnout, and the intensity of daily stressors. The object of the study is stress resistance within professional activity, while the subject is its psychological characteristics and the factors influencing its formation under wartime conditions.

The theoretical framework includes an analysis of contemporary models of stress, concepts of coping, resilience, professional burnout, and secondary traumatic stress. The empirical research was conducted using validated psychodiagnostic instruments: the COPE Inventory, the Spielberger–Hanin Anxiety Inventory, the Emotional Burnout Inventory by V. V. Boyko, and Lazarus’s Daily Stressors Scale. Correlation analysis was applied for statistical data processing.

The findings of the study revealed significant interrelations between stress resistance and the psychological indicators of physicians. It was established that high levels of anxiety and emotional burnout negatively affect stress resistance, whereas problem-focused coping strategies, an internal locus of control, and effective emotional self-regulation serve as positive predictors. Based on the results obtained, practical recommendations aimed at strengthening stress resistance among PRM physicians were developed, focusing on optimizing coping behavior, enhancing self-regulation skills, and preventing professional burnout.

Keywords: stress resistance, coping strategies, professional burnout, anxiety, secondary traumatic stress, Physical and Rehabilitation Medicine physicians, wartime conditions, psychological factors.

98 p., 9 Tabl., 9 Fig., 4 Annex

Bibliography: 54 items.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ СТРЕСОСТІЙКОСТІ ЛІКАРІВ ФРМ.....	9
1.1. Сучасні концепції стресу, дистресу та професійного вигорання у психології.....	9
1.2. Категорія «стресостійкість» у психологічній науці: структурно-функціональний аналіз.....	19
1.3. Специфіка професійної діяльності лікарів ФРМ в умовах війни як стресогенний фактор.....	27
Висновок до розділу 1.....	34
РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ СТРЕСОСТІЙКОСТІ ЛІКАРІВ ФРМ.....	36
2.1. Характеристика етапів та вибірки дослідження.....	36
2.2. Характеристика методів та методик дослідження.....	37
Висновок до розділу 2.....	39
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СТРЕСОСТІЙКОСТІ ЛІКАРІВ ФРМ.....	41
3.1. Психологічний аналіз результатів емпіричного дослідження.....	42
3.2. Рекомендації для формування стресостійкості та профілактики вигорання лікарів ФРМ.....	61
Висновок до розділу 3.....	64
ВИСНОВКИ.....	67
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	70
ДОДАТКИ.....	76

ВСТУП

Актуальність проблеми. З моменту повномасштабного вторгнення у лікарів фізичної та реабілітаційної медицини (далі ФРМ) значно зросла кількість роботи й відповідно рівень напруги та відповідальності. Реабілітація - це комплексний процес, і часто неможливо обмежитись лише одним спеціалістом, тому зазвичай з пацієнтами працюють мультидисциплінарні реабілітаційні команди, де лікарі ФРМ надають медичну оцінку стану та відповідають за організацію роботи команд і виконання індивідуального реабілітаційного плану. Така робота потребує великого набору професійних навичок і регулярного навчання. Варто також звернути увагу на те, що лікарі ФРМ займалися відновленням військових із 2014 року, однак зараз кількість пацієнтів і складність випадків у практиці значно підвищилися. Вони несуть відповідальність за процес фізичної реабілітації, виконують велику кількість втручань для відновлення структур та функцій організму людини. Пацієнти - не тільки військові, а й цивільне населення, які отримали травми з різних причин. Стрес є невід'ємним супутником у роботі лікарів, тим більше під час війни. Тому важливо розуміти і відслідковувати формування чинників, які впливають на рівень стійкості до стресу, що напряду може впливати на робочий процес.

Об'єктом дослідження є стресостійкість лікарів у професійній діяльності.

Предмет дослідження - психологічні особливості формування стресостійкості лікарів фізичної та реабілітаційної медицини (ФРМ) в умовах воєнного часу.

Мета дослідження - виявити психологічні чинники стресостійкості лікарів фізичної та реабілітаційної медицини в умовах воєнного часу та визначити взаємозв'язки між особливостями копінг-стратегій, рівнем тривожності, професійного вигорання і стресостійкості.

Відповідно до поставленої мети визначено такі **завдання дослідження:**

- Проаналізувати теоретичні підходи до поняття стресу, дистресу, професійного вигорання та стресостійкості.

- Визначити психологічні характеристики діяльності лікарів ФРМ в умовах воєнного часу.
- Описати психологічні чинники стресостійкості (копінг-стратегії, тривожність, вигорання, життєстійкість).
- Провести емпіричне дослідження рівня стресостійкості та пов'язаних з нею показників.
- Проаналізувати отримані результати та визначити ключові предиктори стресостійкості.
- Розробити практичні рекомендації щодо підвищення стресостійкості лікарів ФРМ.

Гіпотеза дослідження: Рівень стресостійкості лікарів ФРМ у воєнний час залежить від особливостей їхніх копінг-стратегій, рівня професійного вигорання, тривожності та життєстійкості. Передбачається, що лікарі, які використовують переважно проблемно-орієнтовані стратегії подолання, мають нижчий рівень тривожності та вигорання і, відповідно, вищу стресостійкість.

Практична значущість: Результати дослідження дозволять розробити та впровадити диференційовані рекомендації для психологічної підтримки та підвищення стресостійкості для лікарів ФРМ, адаптовані до специфіки їхньої роботи в умовах військового конфлікту, що сприятиме збереженню їхнього професійного здоров'я та підвищенню якості реабілітаційної допомоги постраждалому населенню.

У процесі виконання дослідження застосовано комплекс теоретичних і емпіричних методів, що забезпечили всебічне та обґрунтоване вивчення психологічних чинників стресостійкості лікарів фізичної та реабілітаційної медицини:

Теоретичні: теоретико-методологічний аналіз та синтез, класифікація та систематизація наукових джерел, наукова аналогія, порівняння й узагальнення даних досліджень;

Емпіричні методи: спостереження, опитування (бесіда), тестування, метод кореляційного аналізу.

Психодіагностичні методики: Методика: COPE (Coping Orientation to Problems Experienced) Чарльза С. Карвера, Майкла Ф. Шайєра та Дж. К. Вейнтрауба; Опитувальник реактивної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна; Методика діагностики емоційного вигорання (за В. В. Бойком); Шкала щоденних стресорів та приємних подій Лазаруса.

Апробація дослідження: результати дослідження були представлені на V Міжнародній науково-практичній конференції *«Актуальні проблеми реалізації адаптаційного потенціалу особистості в сучасних умовах життєдіяльності»*, 13-14 листопада 2025 р. (Вінниця) та на Міжнародній науково-практичній конференції *«Травмоване дитинство: психологічні проблеми особистісного та соціального становлення дітей в умовах війни та поствоєнного періоду»*, 27-28 листопада 2025 року (м. Рівне).

Структура роботи. Кваліфікаційна (магістерська) робота загальним обсягом 98 сторінок, складається зі вступу, трьох розділів з висновками до кожного з них, висновків, списку використаних джерел з 54 найменувань, додатків. Містить 9 таблиць, 9 рисунків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ СТРЕСОСТІЙКОСТІ ЛІКАРІВ ФРМ

1.1 Сучасні концепції стресу, дистресу та професійного вигорання у психології

Проблема стресу є предметом глибокого вивчення багатьох науковців, серед яких видатні постаті, як Ганс Сельє, Річард Лазарус, Лев Китаєв-Смик та інші. Річард Лазарус був першим, хто здійснив спробу розмежувати фізіологічне та психологічне розуміння стресу, зосередившись на когнітивній оцінці події.

Когнітивно-оцінна теорія стресу Р. Лазаруса та С. Фолкман визначає психологічний стрес як транзакцію між особою та середовищем. Визначальним є не об'єктивна подія, а суб'єктивна оцінка цієї події людиною. Цей процес включає дві ключові фази: первинна оцінка, під час якої індивід ідентифікує подію як загрозу, виклик чи шкоду, та вторинна оцінка, що передбачає аналіз власних ресурсів та стратегій подолання (копінг-стратегій) для керування ситуацією. Виникнення психологічного дистресу безпосередньо пов'язане із суб'єктивною оцінкою дефіциту ресурсів порівняно з викликом.

Сучасна психологія визнає, що повний поділ фізіологічного та психічного стресу є умовним [28]. Ці форми є нерозривно пов'язаними: у фізіологічній реакції завжди присутні психічні компоненти, і навпаки.

Терміни «психічний стрес» та «емоційний стрес» часто використовуються як рівнозначні синоніми. Це пояснюється тим, що більшість дослідників погоджуються: емоційне збудження є ключовою (основною) причиною та рушійною силою розвитку психологічного стресу.

Як стверджують В. Марищук, В. Бодров, О. Кочарян та інші, конкретна назва стресу визначається змістом домінуючого стрес-фактора (стресора). Звідси походять такі класифікації, як: емоційний, інформаційний, бойовий, екстремальний, навчальний, спортивний тощо [1].

Теоретичною основою для розуміння стресових станів є концепція загального адаптаційного синдрому (ЗАС), розроблена ендокринологом Гансом Сельє. Психічні прояви цього синдрому згодом отримали назву «емоційний стрес».

ЗАС розгортається у трьох послідовних фазах:

1. *Фаза тривоги*: Початкова, гостра реакція на стресор. Характеризується мобілізацією всіх захисних ресурсів організму (наприклад, активація симпатoadреналової системи, підвищення рівня кортизолу). Її функція - підготувати організм до боротьби або втечі.

2. *Фаза резистентності*: Якщо стресор продовжує діяти, організм пристосовується до нових умов, підтримуючи високий рівень адаптації за рахунок значних енергетичних витрат. Функціональність зберігається, але внутрішні ресурси поступово виснажуються.

3. *Фаза виснаження*: Настає, коли дія стресора є надмірною або тривалою, і адаптаційні резерви організму вичерпані. Ця фаза веде до руйнування механізмів саморегуляції, розвитку захворювань та психологічної дезадаптації.

Ключовим для диференціації є поділ стресу за його впливом на функціонування:

- *Еустрес*: Конструктивна форма стресу, що виникає у відповідь на помірні та контрольовані виклики. Еустрес є оптимальним рівнем активації, який сприяє мобілізації когнітивних та фізичних ресурсів, підвищує ефективність діяльності та мотивацію. Його зв'язок із продуктивністю демонструє закон Єркса-Додсона, де найкращі результати досягаються за середнього, помірного рівня збудження.

- *Дистрес*: Деструктивна форма, що виникає при неконтрольованому, інтенсивному або хронічному впливі стресорів, що перевищує межі адаптації. Дистрес призводить до виснаження життєвих ресурсів, зниження адаптаційного потенціалу, розвитку психічної дезадаптації (тривожних, депресивних станів) та є прямим патогенетичним чинником професійного вигорання та психосоматичних розладів.

Професійний стрес серед медичних фахівців є предметом багаторічних досліджень, які проводяться як зарубіжними медичними психологами, так і

клініцистами різних спеціальностей [24]. Аналіз даних, отриманих британськими дослідниками, свідчить, що майже половина випадків непрацездатності медичного персоналу асоційована зі стресовими факторами. Зокрема, у 41% обстежених лікарів загальної практики діагностовано високий рівень тривожності, а у 26% - клінічно виражені депресивні стани. Встановлено, що третина лікарів використовувала медикаментозні засоби для зменшення емоційної напруги, при цьому обсяги споживання алкоголю значно перевищували середньостатистичні показники. У відповідь на ці результати, у Великобританії було ініційовано проведення спеціалізованих регулярних семінарів, спрямованих на діагностику та подолання професійного стресу у лікарів. Крім того, у Британській медичній асоціації в середині 1990-х років була створена цілодобова служба психологічної підтримки для медичних працівників [6].

Професійний стрес визначається як стійкий психофізичний стан, обумовлений впливом специфічних робочих стресорів, які суб'єктивно сприймаються як загроза або перешкода досягненню професійних цілей та збереженню благополуччя.

Специфічні джерела стресу для лікарів (допомагаючих професій):

1. Синдром втоми від співчуття (Compassion Fatigue) та вторинна травматизація: Це є критичним фактором для лікарів ФРМ [50]. Постійне глибоке занурення у травматичний досвід пацієнтів (військових та цивільних з тяжкими травмами) призводить до інтеріоризації їхніх страждань, що є механізмом вторинної травматизації.

2. Високий рівень відповідальності: Відповідальність не лише за життя, а й за функціональне відновлення та соціальну реінтеграцію пацієнта, що накладає величезний психологічний тягар, оскільки успіх часто є довготривалим і не гарантованим [53].

3. Рольовий конфлікт та моральні дилеми: Необхідність балансувати між гуманістичним ідеалом професії та обмеженнями ресурсів, часу чи бюрократичними вимогами системи охорони здоров'я.

4. Стрес воєнного часу: Унікальні, хронічні та непередбачувані фактори, включаючи постійну небезпеку, порушення життєвого ритму, дефіцит сну та ресурсів, а також втрату професійної та особистої стабільності [37].

Динаміка професійного стресу (за А. В. Леоновою):

Професійний стрес розвивається від адаптивної мобілізації до деструктивної дезадаптації:

1. Фаза мобілізації: Початкова реакція на виклик, що характеризується високою мотивацією та ефективністю, часто на межі можливостей.

2. Фаза перенапруги: Виникає при тривалій дії стресора. Ресурси витрачаються швидше, ніж відновлюються [54]. З'являється перманентна втома, підвищена дратівливість, але фахівець продовжує функціонувати за рахунок вольового зусилля.

3. Фаза дезадаптації (Виснаження): Ресурси вичерпані, що призводить до стійкого дистресу та розвитку синдрому вигорання [38]. Зниження працездатності супроводжується стійкими психосоматичними симптомами.

Наслідки професійного стресу:

- Когнітивні порушення: Зниження критичності мислення, ригідність, погіршення пам'яті та уваги, що безпосередньо призводить до збільшення професійних помилок [40].

- Афективні розлади: Хронічна тривога, цинізм, емоційна байдужість, депресивні епізоди.

- Соматичні прояви: Активація психосоматичного компонента (гіпертонія, імунодефіцити, порушення роботи ШКТ) [23].

Поняття синдрому «емоційне вигорання» (СЕВ) було інтегровано в медичну сферу американським психіатром Х. Дж. Фрейденбергом у 1974 році. Ця концепція використовувалася для характеристики психологічного стану осіб, які не мають первинних психічних розладів, але залучені до інтенсивної та тісної взаємодії з клієнтами або пацієнтами в умовах високої емоційної насиченості професійної діяльності. Фрейденберг вперше ідентифікував даний феномен серед працівників психіатричного профілю та інтерпретував його як "поразку,

виснаження або зношення, що відбувається з людиною внаслідок різко завищених вимог до власних ресурсів і сил".

Згідно з позицією В. Бойка, синдром емоційного вигорання визначається як механізм психологічного захисту, сформований особистістю, який реалізується у формі повного або часткового виключення емоційної реакції у відповідь на вплив специфічних психотравмуючих факторів трудової діяльності. Вигорання розглядається як своєрідний функціональний стереотип, що забезпечує людині можливість дозувати та раціонально використовувати власний енергетичний ресурс [13].

Синдром професійного вигорання є кінцевою стадією хронічного, не подоланого професійного стресу. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) у МКХ-11 класифікувала вигорання як "феномен, що виникає в контексті роботи", підкреслюючи його прямий зв'язок з організаційним стресом.

Трикомпонентна модель Крістіни Маслач (MBI):

Ця модель є найбільш поширеною і описує вигорання через взаємодію трьох ключових вимірів:

1. Емоційне виснаження: Центральний елемент вигорання. Відчуття фізичної та психологічної спустошеності, втоми, нездатності емоційно "віддавати" себе роботі.

2. Деперсоналізація: Захисна реакція, що проявляється у формуванні цинічного, відстороненого, негативного або надто безособового ставлення до пацієнтів та колег. Це є спробою лікаря дистанціюватися від емоційного болю.

3. Зниження особистих досягнень: Критична самооцінка своєї професійної ефективності. Лікар відчуває некомпетентність, втрату віри у власні сили та у значущість своєї праці.

Крім трьох вимірів, К. Маслач також виділяє шість сфер робочого життя, невідповідність між якими та особистістю є прямим чинником вигорання:

- Навантаження (надмірний обсяг роботи);
- Контроль (відчуття безпорадності та неможливості вплинути на процес);
- Винагорода (відсутність визнання чи оцінки праці);

- Спільнота (конфлікти та відсутність підтримки);
- Справедливість (нерівномірний розподіл ресурсів і відповідальності);
- Цінності (конфлікт між особистими професійними ідеалами та вимогами організації).

Для лікарів ФРМ в умовах війни особливо актуальними є чинники обмеженого контролю та конфлікту цінностей [18].

Концептуальний підхід до вивчення професійного вигорання не повинен обмежуватися виключно трикомпонентною моделлю К. Масlach. Для проведення максимально повного аналізу психоемоційного стану лікарів фізичної та реабілітаційної медицини (ФРМ), які працюють в умовах військового часу, необхідно інтегрувати знання з інших провідних моделей. Ці додаткові структури акцентують свою увагу на структурних, організаційних та ресурсних чинниках, що є основними детермінантами робочого стресу.

Концепція робочих вимог і ресурсів розроблена дослідниками А. Бакером та Е. Демеруті, пропонує надзвичайно гнучку і легко адаптовану структуру, придатну для аналізу практично будь-якої професійної діяльності. Її фундаментальна основа полягає у дихотомічному співвідношенні між вимогами, що їх висуває робота, та ресурсами, які має працівник.

Вимоги до роботи - це фізичні, соціальні, організаційні чи психологічні характеристики робочого середовища, які вимагають від індивіда мобілізації значних, часто безперервних, зусиль (наприклад, надмірне робоче навантаження, регулярне зіткнення з військово-травматичним стресом (ВТС), міжособистісні конфлікти, а також надмірна бюрократія). Вони безпосередньо ініціюють процес погіршення здоров'я, кінцевою фазою якого є емоційне виснаження та, як наслідок, професійне вигорання.

Робочі ресурси - це фізичні, психологічні, соціальні або організаційні аспекти, що сприяють ефективному досягненню поставлених цілей, допомагають мінімізувати вплив робочих вимог і стимулюють особистісний розвиток (наприклад, доступ до соціальної підтримки, рівень автономії у прийнятті рішень, регулярний зворотний зв'язок, можливості професійного навчання). Вони, навпаки, активують мотиваційний процес, який забезпечує

високу залученість, глибоку задоволеність роботою та підтримує професійну стійкість. У специфічних реаліях роботи лікарів ФРМ, постійна необхідність відповідати високим вимогам (лікування поліпрофільної травми, оперативне прийняття критично важливих рішень) в умовах хронічного дефіциту ресурсів (брак часу, обмежений доступ до сучасних технологій, низька соціальна підтримка) є найбільш вірогідним предиктором швидкого формування професійного вигорання, що підтверджується логікою цієї моделі.

Теорія збереження ресурсів, розроблена С. Хобфоллом, зосереджується на фундаментальній ролі ресурсів, які визначаються як об'єкти, певні умови, особистісні характеристики та психічні енергії, що високо цінуються індивідом. Відповідно до ключових принципів цієї теорії, психологічний стрес виникає як відповідь на такі чинники:

- Загроза неминучої втрати наявних ресурсів.
- Фактичне вичерпання або втрата ресурсів (яка визнається найпотужнішим стресором).
- Відсутність відновлення або приросту ресурсів після їх значної інвестиції (витрачання).

У цій моделі професійне вигорання розглядається як пряма реакція на тривалу, накопичувальну та кумулятивну втрату життєво важливих ресурсів (наприклад, фізична енергія, особистий час, якісний сон, соціальні та сімейні зв'язки). Основний постулат теорії полягає у тому, що люди постійно прагнуть набувати, активно захищати та максимально зберігати свої ресурси. У період військових дій та роботи в умовах високої кризи формуються так звані спіралі втрат, де початкове виснаження одного ресурсу неминуче призводить до подальших втрат, що критично поглиблює виснаження та наростання дистресу.

Вплив вигорання на діяльність лікаря ФРМ:

- Погіршення догляду за пацієнтами: Деперсоналізація призводить до формалізації медичної допомоги, скорочення часу спілкування, що критично знижує ефективність реабілітації, яка сильно залежить від терапевтичного альянсу.

- Зниження якості роботи команди: Цинізм та дратівливість лікаря ФРМ дестабілізують роботу мультидисциплінарної команди, погіршуючи координацію та взаємодію.

- Криза ідентичності: Втрата сенсу та ідеалів, що призводить до відтоку кваліфікованих кадрів із професії.

Тривалий, часто неповний процес фізичного та психологічного відновлення пацієнтів в умовах війни особливо посилює фактор зниження особистих досягнень. Лікар, який вкладає всі сили у відновлення, але бачить лише частковий прогрес, може швидко втратити відчуття професійної реалізації, що робить цю групу фахівців особливо вразливою.

Для лікарів, особливо фахівців фізичної та реабілітаційної медицини (ФРМ), які є на передовій відновлення після військових дій, ризики виходять за рамки звичайного професійного стресу. Вони стикаються зі специфічними формами травматизації, що виникають через безперервний, інтенсивний контакт із глибокими людськими стражданнями та екстремальними обмеженнями робочого середовища.

Вторинний травматичний стрес є деструктивною, проте цілком очікуваною реакцією фахівця на емоційне та емпатичне залучення до травматичного досвіду іншої особи, яка виникає не через пряму загрозу, а через опосередковану взаємодію з травмованою людиною [5]. Фактично, ВТС є формою ПТСР, викликаною «історією» іншого [51].

Механізми виникнення ВТС у лікарів ФРМ:

- Наративна інтеріоризація: Діяльність ФРМ вимагає регулярного та глибокого вислуховування історій травм військових і цивільних. Ця наративна травматизація призводить до того, що лікар інтеріоризує (включає у свій внутрішній досвід) травматичний зміст, що стирає межу між власним та чужим травматичним досвідом.

- Висока емпатія та вразливість: Ефективність реабілітації прямо залежить від глибини емпатії лікаря. Однак, чим вищий цей рівень, тим більш фахівець є схильним до ВТС, оскільки захисні бар'єри руйнуються в процесі професійної взаємодії [29].

- Кумулятивний ефект та інтенсивність: В умовах війни потік пацієнтів із політравмами, ампутаціями та мінно-вибуховими ураженнями є безперервним, а їхні історії - однотипно жахливими. Це викликає кумулятивне виснаження захисних механізмів.

Симптоми ВТС значною мірою ідентичні симптоматиці ПТСР:

- Інтрузії (вторгнення): Нав'язливі образи та думки про травми пацієнтів, реконструкція сцен поранень у свідомості, кошмари, пов'язані з війною.
- Уникнення: Наростаюче прагнення уникати емоційно насичених розмов, або емоційне оніміння та відчуття відчуженості від пацієнтів, яке часто помилково трактується як виключно деперсоналізація при вигоранні.
- Гіперзбудження: Підвищена дратівливість, посилена тривожна пильність (ніби загроза поруч), порушення сну та концентрації.

Втома від співчуття - це ширший, інтегративний феномен, який є кінцевим кумулятивним результатом тривалого та інтенсивного емоційного контакту зі стражданням пацієнтів [49]. Він включає в себе як симптоми ВТС, так і ознаки емоційного виснаження (ключового компонента професійного вигорання).

Моральна травма (МТ) є глибокою формою психологічного страждання, що виникає внаслідок переживання, участі або спостереження за подіями, які глибоко порушують власні етичні, моральні або духовні переконання людини (Дж. Шелл та Дж. Дрессер). На відміну від ПТСР, МТ завдає шкоди не відчуттю фізичної безпеки, а психологічній та моральній ідентичності фахівця [16].

Джерела моральної травми у лікарів ФРМ в умовах війни:

1. Неможливість надання оптимальної допомоги: Це ключове джерело МТ для медиків. Воно виникає, коли лікар відчуває провину або сором через нездатність надати допомогу, що відповідає його професійним стандартам, через критичну обмеженість ресурсів (брак обладнання, медикаментів, часу, безпеки). Лікар знає, як правильно, але змушений діяти гірше.

2. Свідчення нелюдськості та страждань: Постійне спостереження за невинуватими, жорстокими наслідками дій, що суперечать базовим гуманістичним принципам, а також за надмірними стражданнями пацієнтів, яким не можна повністю зарадити [4].

3. Відчуття зради: Переконавання, що вище керівництво, система охорони здоров'я чи держава не забезпечили необхідної підтримки, захисту чи ресурсів, зрадивши таким чином лікарів та пацієнтів. Це викликає глибокий гнів та цинізм.

Наслідки моральної травми:

На відміну від страху (який лежить в основі ПТСР), МТ викликає:

- Руйнівний внутрішній конфлікт: хронічне відчуття провини, сорому, самоосуду, а також інтенсивний гнів, часто спрямований на зовнішні структури чи несправедливість [27].

- Духовний та екзистенційний розлад: втрата віри в сенс, справедливість, порядність, що призводить до кризи професійної ідентичності та втрати сенсу життя/роботи [47].

- Міжособистісні проблеми: соціальна ізоляція та посилення цинізму, спрямованого на колег, які не розуміють цього рівня етичного дистресу.

- Зв'язок та диференціація специфічних стресових реакцій: важливо розуміти, що ці феномени - професійне вигорання, вторинний травматичний стрес та моральна травма - мають різні ядра. Втома від співчуття є ширшим, інтегративним синдромом, який включає емоційне виснаження (компонент вигорання) та ВТС. При цьому, ВТС фокусується на страху та реакціях уникнення/гіперзбудження (спричинених травматичним змістом історій пацієнтів), а моральна травма фокусується на провині, соромі та гніві, викликаних порушенням етичних переконань або неможливістю надати оптимальну допомогу. Таким чином, вигорання є наслідком хронічного організаційного стресу, тоді як ВТС і моральна травма є наслідком травматичного та етично-конфліктного змісту роботи відповідно.

Для комплексного дослідження стресостійкості лікарів ФРМ в умовах війни необхідно не лише оцінити їхній рівень вигорання, але й виявити вразливість до ВТС (як наслідок емпатії) та моральної травми (як наслідок етичних дилем та системних обмежень), оскільки саме ці фактори є унікальними та визначальними для їхнього довготривалого психологічного благополуччя.

1.2 Категорія «стресостійкість» у психологічній науці: структурно-функціональний аналіз

Проблема стресостійкості особистості є об'єктом міждисциплінарного вивчення в психології, медицині, соціології та інших науках [44]. Вона ґрунтується на дослідженнях психології стресу (Р. Лазарус, Г. Сельє), а також суміжних понять, таких як емоційна стійкість, психологічна стійкість та толерантність до стресу.

У психології стресостійкість визначається як здатність індивіда протистояти стресу, виступаючи корисною захисною функцією для адаптації. Численні вітчизняні та зарубіжні науковці (Б. Баранов, Б. Бодров, К. Крайнюк та ін.) вивчали її механізми, структуру та соціально-психологічні чинники [21].

Попри значну увагу, концептуальна єдність у тлумаченні поняття «стресостійкість» відсутня. Більшість авторів схилиються до розуміння її як комплексної (інтегральної) властивості особистості [2].

Варто також розмежовувати суміжні поняття. Емоційна стійкість часто розглядається як здатність особистості підтримувати оптимальний рівень емоційної активності та поведінки, незважаючи на сильні емоційні переживання, тоді як толерантність до стресу зазвичай описує порогову витривалість нервової системи до тривалого чи інтенсивного стресогенного навантаження. Стресостійкість є найбільш інтегративним терміном, що об'єднує фізіологічні, емоційні та когнітивні механізми протистояння [33].

- Інтегративний підхід (Р. Шевченко, Т. Дудка): Стресостійкість - це цілісна властивість, що забезпечує адаптацію до екстремальних навантажень (інтелектуальних, вольових, емоційних) і запобігає несприятливим наслідкам.

- Біопсихосоціальний підхід (Г. Мигаль, О. Протасенко): Вона зумовлена сукупністю вроджених і набутих психологічних і фізіологічних властивостей.

- Динамічно-трансактний підхід (В. Корольчук, Ю. Тептюк): Стресостійкість є динамічною, структурно-функціональною властивістю, що формується в процесі життєдіяльності та дозволяє осмислювати ситуацію, адекватно реагувати та зберігати ефективність діяльності в умовах стресу [20].

- Професійна спеціалізація (Г. Дубчак): Вона також розглядається в контексті професійної діяльності як здатність досягати мети праці в складній емоційногенній ситуації [3].

Стресостійкість - це наріжна категорія сучасної психології, що набуває особливої значущості в умовах хронічних кризових ситуацій, зокрема воєнного часу. Це не пасивна відсутність реакції на стресор, а динамічна, інтегративна властивість особистості, яка забезпечує адаптивне та ефективне функціонування в умовах дії дистресогенних чинників, зберігаючи психофізичне здоров'я та професійну працездатність [7].

Стресостійкість являє собою комплекс індивідуально-психологічних ресурсів, регуляторних механізмів та поведінкових патернів, що дозволяють особі не лише протистояти деструктивному впливу дистресу, але й підтримувати оптимальний рівень когнітивної, емоційної та професійної функціональності, а також забезпечувати швидке відновлення гомеостазу після завершення гострої фази стресу.

Стресостійкість є складним конструктом, який охоплює взаємодію трьох основних рівнів функціонування особистості:

1. Фізіологічний компонент (Нейрогуморальна стійкість):

Визначається вродженими властивостями нервової системи та її пластичністю. Включає стійкість нейрогуморальних механізмів до виснаження, швидкість відновлення біохімічних показників (наприклад, рівень кортизолу) та оптимальний поріг чутливості до стресорів (не надто високий, щоб реагувати на кожну дрібницю, і не надто низький, щоб ігнорувати реальну небезпеку). Ключовим тут є функціонування вегетативної нервової системи, зокрема баланс між симпатичною (активація) та парасимпатичною (відновлення) її частинами. Здатність швидко переходити до парасимпатичного домінування після стресової реакції є фізіологічною основою високої стресостійкості.

Фізіологічна основа стресостійкості - це фундаментальний компонент, який забезпечує нейрогуморальну адаптацію організму до загроз, формуючи підґрунтя для всіх психологічних і поведінкових реакцій. Ключові системи цієї

стійкості включають гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникову вісь (ГГН-вісь) та регуляторний баланс вегетативної нервової системи (ВНС).

ГГН-вісь є головним ендокринним шляхом реагування на стрес. При дії стресора, гіпоталамус виділяє кортикотропін-рилізінг гормон (КРГ). Він, у свою чергу, змушує гіпофіз продукувати адренкортикотропний гормон (АКТГ). АКТГ стимулює наднирники до синтезу кортизолу. Кортизол виконує функції мобілізації енергії (забезпечення глюкозою), пригнічення запальних процесів і короточасного загострення уваги.

- Адаптивна реакція: Здорова стійкість проявляється в контрольованій та гострій кортизоловій відповіді, після якої рівень гормону швидко повертається до норми.

- Патофізіологія: Тривалий стрес, зокрема у фахівців ФРМ у військових умовах, веде до дисбалансу ГГН-осі. На початкових стадіях це гіперактивація (високий кортизол), яка переходить у гіпоактивацію (знижений кортизол) на етапі виснаження. Це безпосередньо корелює із симптомами хронічної втоми та емоційного виснаження.

Вегетативна нервова система (ВНС), яка включає симпатичний (режим «бий або біжи», мобілізація) та парасимпатичний (режим «спокій та відновлення», релаксація) відділи, є прямим фізіологічним індикатором стійкості.

- Суть ВСР: Варіабельність серцевого ритму (ВСР) виступає показником фізіологічної гнучкості - швидкості, з якою ВНС може переходити між режимами активації та відновлення. Висока ВСР сигналізує про домінування парасимпатичного тону та є надійним показником високої резильєнтності та ефективного відновлення ресурсів.

- Ризик вигорання: На противагу цьому, низька ВСР вказує на ригідність системи, постійну активацію симпатичного відділу та вичерпання адаптаційних резервів. Це є значним фізіологічним предиктором розвитку синдрому вигорання і психосоматичних порушень.

Отже, фізіологічна стресостійкість - це динамічна рівновага нейробіологічних систем, підтримка якої вимагає свідомих поведінкових і психологічних стратегій.

2. Психологічний компонент (особистісно-ресурсний): Найбільш динамічний і значущий для психологічних досліджень. Він охоплює стійкі особистісні диспозиції, що слугують внутрішніми буферами (ресурсами) проти стресу: життєстійкість, адекватна самооцінка, інтернальний локус контролю, висока мотивація досягнення та емоційна компетентність.

3. Поведінковий компонент (копінг-механізми): Стосується здатності до свідомого вибору та ефективної реалізації стратегій подолання (копінгу). Цей рівень забезпечує активну взаємодію зі стресовою ситуацією, дозволяючи або змінити зовнішні обставини, або адаптивно змінити внутрішнє ставлення до неї.

Особистісні чинники функціонують як когнітивний та емоційний "фільтр", що визначає, чи буде зовнішній стресор сприйнятий як загроза (дистрес) чи як виклик (евстрес).

1. Життєстійкість С. Кобейса та С. Мадді:

Життєстійкість є ядром стресостійкості, інтегральною диспозицією, що мінімізує вплив стресу на здоров'я. Вона охоплює три взаємопов'язані виміри:

- Залученість: Глибока переконаність у значущості власної діяльності, що спонукає до активної участі у подіях життя, замість пасивного відчуження.
- Контроль: Переконання в здатності впливати на результати подій (навіть мінімально), що є протилежністю відчуттю безпорадності.
- Виклик: Сприйняття неминучих змін і труднощів як стимулів до зростання та можливостей для набуття нового досвіду, а не як катастрофічних загроз.

2. Локус контролю Дж. Роттер:

- Внутрішній (інтернальний) локус контролю: Особистість переконана, що її успіхи та невдачі є переважно результатом власних зусиль, здібностей та прийнятих рішень [17]. Високий рівень стресостійкості тісно корелює з інтернальним локусом, оскільки фахівець активно шукає ресурси для впливу на ситуацію та відповідає за своє відновлення [34].

- Зовнішній (екстернальний) локус контролю: Переконання, що результати визначаються зовнішніми силами (доля, удача, інші люди). Це призводить до пасивного очікування та вивченої безпорадності перед обличчям стресу [31].

3. Самооцінка та Самокомпетентність:

- Адекватна, стійка самооцінка: Забезпечує емоційну рівновагу та довіру до власних ресурсів. У професійній сфері це дозволяє розглядати помилки та труднощі як навчальний досвід, а не як підтвердження некомпетентності.

- Самокомпетентність (А. Бандура): Віра людини у свою здатність успішно виконувати певні дії та досягати поставлених цілей. Висока професійна самокомпетентність виступає потужним когнітивним буфером проти професійного вигорання, особливо у лікарів ФРМ, де успіх вимагає складних навичок.

4. Емоційна компетентність (Емоційний Інтелект):

Це здатність особистості ідентифікувати, розуміти, використовувати та управляти власними емоціями та емоціями інших [36]. Емоційний інтелект є критично важливим для лікарів: він дозволяє регулювати емоційне виснаження під час роботи з травмованими пацієнтами, підтримувати конструктивну комунікацію в мультидисциплінарній команді та ефективно запобігати деперсоналізації. Наприклад, високий ЕІ допомагає лікарю чітко розрізняти власні емоції, спричинені ВТС, та емоції пацієнта, що є основою для збереження емоційної дистанції без втрати емпатії. Крім того, він є рушійною силою для застосування емоційно-орієнтованого копіngu.

Копінг - це динамічний процес, що охоплює свідомі когнітивні, емоційні та поведінкові зусилля, спрямовані на управління специфічними внутрішніми або зовнішніми вимогами, які оцінюються як такі, що напружують або перевищують наявні ресурси особистості [10].

Класифікація за Р. Лазарусом та С. Фолкман:

Копінг поділяється за функціональною спрямованістю:

1. Проблемно-орієнтований копінг:

- Спрямований на активну зміну самої стресової ситуації або джерела стресу.

- Включає планування дій, пошук інструментальної допомоги, пряму конфронтацію, розробку стратегій.

-Ефективність: Висока в ситуаціях, які є контрольованими (наприклад, оптимізація робочих графіків, покращення професійних навичок).

2. Емоційно-орієнтований копінг:

-Спрямований на регулювання власної емоційної відповіді на стрес, коли ситуація є незмінною або неконтрольованою.

-Включає переоцінку ситуації (рефреймінг), пошук соціальної підтримки, вираження емоцій, медитацію чи релаксацію.

-Ефективність: Висока в неконтрольованих ситуаціях (наприклад, прийняття втрати, робота зі страхом в умовах небезпеки).

3. Третім, що набув особливої актуальності в умовах воєнного часу, є пошук соціальної підтримки. Цей тип копіngu охоплює як інструментальну допомогу (пошук інформації, ресурсів), так і емоційну підтримку (спілкування, розділення переживань). Для фахівців ФРМ в умовах високих ризиків, інтеграція в стійку професійну спільноту (МДК) стає критично важливим, життєво необхідним механізмом подолання стресу та мінімізації наслідків моральної травми [45].

Критерії ефективності копіngu:

•Гнучкість копіngu: Це найбільш адаптивний показник [39]. Він відображає здатність особистості швидко і доречно перемикаватися між різними копінг-стратегіями (наприклад, переходити від емоційного прийняття до активного вирішення проблеми).

•Дисфункціональний копінг: Сюди відносять стратегії уникнення (заперечення, втеча у хворобу чи залежність) [30]. Вони забезпечують лише тимчасове полегшення, але посилюють дистрес та сприяють розвитку професійного вигорання у довгостроковій перспективі [19].

Дослідження стресостійкості лікарів ФРМ в умовах війни має визначити, наскільки їхні особистісні ресурси (життестійкість, інтернальний контроль) та обрані копінг-стратегії (перевага гнучкого або дисфункціонального копіngu) відповідають надскладним і часто неконтрольованим стресогенним факторам військового часу [9].

Психологічна резильєнтність є ширшим та більш процесуальним поняттям, ніж просто стресостійкість. Тоді як стресостійкість описує здатність протистояти впливу стресора, резильєнтність - це здатність успішно відновлюватися та адаптуватися навіть після зіткнення зі значними несприятливими подіями, травмами чи загрозами [12]. Резильєнтність є не стільки вродженою рисою, скільки набутим та динамічним процесом саморегуляції.

Ключові аспекти резильєнтності:

- Процесуальний характер: Резильєнтність - це не просто "відскок" до попереднього стану, а активний процес, що включає когнітивні, поведінкові та емоційні перебудови для досягнення нового, адаптивного рівня функціонування.
- Позитивна адаптація: Суть резильєнтності полягає у здатності особистості не лише витримати травму, а й зберегти або навіть підвищити свою життєздатність та ефективність.
- Системна взаємодія: Резильєнтність формується на перетині внутрішніх ресурсів (самооцінка, когнітивна гнучкість) та зовнішніх факторів підтримки (якість соціальних зв'язків, ресурси організації, підтримка МДК).

Резильєнтність у професії лікаря ФРМ:

Для фахівців, які працюють у травматичному полі воєнного часу, резильєнтність має вирішальне значення, оскільки вона забезпечує:

- Швидке емоційне відновлення: Дозволяє оперативно відновити емоційний ресурс після роботи з випадками Вторинного Травматичного Стресу, не допускаючи його переходу в хронічну форму.
- Адаптивність до кризи: Сприяє швидкій корекції робочих протоколів та копінг-стратегій у відповідь на непередбачувані та небезпечні умови військового середовища.

Посттравматичне зростання (ПТЗ), згідно з моделлю Тедескі та Калхоуна, є позитивними психологічними змінами, що виникають як наслідок інтенсивної когнітивної та емоційної боротьби зі значною життєвою травмою [22]. ПТЗ не применшує болю травми, але визнає, що процес подолання може ініціювати глибокі трансформації особистості.

Ключові сфери ПТЗ у медичній професії:

1. Поглиблення міжособистісних відносин: Фахівці відзначають зростання цінності близькості, посилення зв'язків з колегами по МДК та іншими людьми, які розділили травматичний досвід ("бойове братерство").

2. Екзистенційні зміни: Переоцінка життєвих пріоритетів, зростання цінності кожного дня та пріоритетність нематеріальних цінностей, поглиблення філософського осмислення сенсу професійної діяльності.

3. Відчуття особистісної сили: Формування підвищеної самокомпетентності та стійкості («Я зміг це пережити, я можу подолати наступні виклики»), що є потужним антидотом проти зниження особистих досягнень при вигоранні.

4. Духовна трансформація: Посилення духовних переконань або переосмислення професійної місії як служіння в екстремальних умовах.

ПТЗ та цементування професійної ідентичності:

Успішна боротьба з ВТС та моральною травмою може стати каталізатором для цементування ідентичності лікаря ФРМ. Якщо фахівець знаходить глибинний сенс у своїй роботі (відновлення нації, порятунок захисників), це створює потужний внутрішній, невичерпний ресурс, який сприяє довготривалій стресостійкості та запобігає вигоранню [41].

Резильєнтність є необхідною передумовою для досягнення ПТЗ і функціонує як активний механізм формування стійкості через:

- Когнітивна переоцінка: Резильєнтні індивіди використовують копінг-стратегії, що дозволяють переосмислити травматичні події, ідентифікуючи їх не як нездоланну загрозу, а як складний виклик, що є прямим відображенням компонента «Виклик» у життестійкості.

- Активна соціальна взаємодія: Резильєнтність сприяє використанню про-соціальних копінг-стратегій - активному пошуку емоційної та інструментальної підтримки, особливо в рамках мультидисциплінарної команди (МДК), перетворюючи її на ресурс стійкості.

Таким чином, для лікарів ФРМ висока стресостійкість є наслідком успішно розвиненої резильєнтності, яка дозволяє не лише ефективно подолати

травматичний досвід воєнного часу, але й трансформувати його в особистісне та професійне зростання.

1.3 Специфіка професійної діяльності лікарів ФРМ в умовах війни як стресогенний фактор

Діяльність лікарів фізичної та реабілітаційної медицини (ФРМ) під час військового конфлікту є унікальним та інтенсивним стресогенним комплексом, що поєднує високі вимоги до клінічних навичок, значне організаційне навантаження та безпосередній контакт із катастрофічною травмою.

Роль лікаря ФРМ виходить за межі вузько клінічної, перетворюючись на координуючу та менеджерську в рамках Мультидисциплінарної команди (МДК). Ця подвійна роль генерує специфічний організаційний стрес:

Стрес координації та управління МДК

- Інтеграційна напруга: Лікар ФРМ є медичним керівником і відповідає за узгодження роботи різнопрофільних фахівців (фізичних терапевтів, психологів, ерготерапевтів) [25]. Це вимагає постійного вирішення міжпрофесійних конфліктів, стандартизації підходів та розробки ІРП (Індивідуального реабілітаційного плану), що є значним когнітивним навантаженням.

- Рольове перевантаження: До обов'язків додається адміністративне та юридичне забезпечення всього реабілітаційного процесу. В умовах воєнного часу це часто включає пошук додаткового обладнання, комунікацію з волонтерськими організаціями та оперативне реагування на організаційні зміни.

- Фрустрація від дефіциту ресурсів: Хронічна нестача кваліфікованого персоналу, медикаментів та обладнання, а також ненормований графік роботи, призводять до постійного відчуття незавершеності роботи та знижують її суб'єктивну ефективність.

Відповідальність за функціональний прогноз

На відміну від гострої хірургії, де успіх оцінюється за збереженням життя, ефективність роботи ФРМ вимірюється якістю відновлення та майбутнього життя пацієнта. Ця відповідальність генерує стрес через:

- Довготривалість та невизначеність результату: Потреба у місяцях і роках для повного відновлення унеможливорює отримання швидкого позитивного зворотного зв'язку, що може призводити до професійного зневіри та зниження особистих досягнень.

- Необхідність повідомлення про обмеження: Лікар ФРМ має проводити складні бесіди з пацієнтами та їхніми родинами щодо незворотних пошкоджень та ймовірності стійкої інвалідності, що вимагає високої емоційної стійкості та комунікативної майстерності [8].

Безпосередній та тривалий контакт із пацієнтами, які отримали катастрофічні бойові та цивільні травми (ампутації, мінно-вибухові ураження, політравми), є основним джерелом вторинного травматичного стресу та втоми від співчуття для лікарів ФРМ [43].

Вторинна травматизація (Secondary Traumatic Stress, STS)

STS є природною, але потенційно деструктивною реакцією на емоційне залучення до травматичного досвіду іншої особи. У лікарів ФРМ вона проявляється на трьох рівнях:

- Інтрузії та гіперзбудження: Мимовільні, нав'язливі думки про деталі травм пацієнтів, нічні кошмари, пов'язані з війною, підвищена тривожність та постійна готовність до небезпеки.

- Уникнення та емоційне оніміння: Прагнення уникати пацієнтів зі складними психологічними станами або емоційне відсторонення (деперсоналізація) як захист від подальшого емоційного болю.

- Когнітивні зміни: Деформація базових уявлень про світ (безпеку, справедливість, довіру), що веде до хронічного відчуття вразливості та негативного світогляду, які погіршують життєстійкість.

Специфіка пацієнтського контингенту в умовах війни

1. Військовослужбовці: Лікар ФРМ працює не лише з фізичними наслідками поранень, але й з психологічною травмою комбатанта (бойовий стрес, ПТСР). Особливо стресогенним є необхідність взаємодії з кризою ідентичності (втрата можливості служити) та феноменом "вини вцілілого", що вимагає від лікаря розширеної психологічної компетентності.

2. Цивільне населення: Пацієнти, що отримали травми внаслідок терору та обстрілів, переживають травматичну втрату (близьких, житла), що додає до фізичної реабілітації компонент гострої втрати та горя [42]. Це вимагає від лікаря високого рівня емпатії та навичок кризового консультування, що багаторазово підвищує емоційне виснаження.

Протидія професійному вигоранню та стресу серед фахівців ФРМ в умовах бойових дій є інституційним завданням, а не виключно особистою відповідальністю [15]. Вона вимагає систематичного впровадження програмних рішень, орієнтованих на формування безпечної та підтримуючої робочої культури.

Фундаментальним елементом є психологічна безпека - упевненість команди в тому, що відвертість (повідомлення про помилки, прохання про допомогу) не спричинить негативної реакції (припинення чи стягнення) [13]. В екстремальних умовах медицини це ключовий фактор, що забезпечує:

- Швидке реагування на виснаження: Лікарі вільно інформують про емоційні проблеми.
- Ефективну супервізію та навчання: Сприяє прозорому аналізу важких клінічних випадків (BTC).
- Командну згуртованість: Багатопрофільна команда (МДК) стає єдиним, стійким цілим.

Лідерський склад має плекати цю культуру: регулярним зворотним зв'язком, делегуванням автономії та точним розподілом функцій для запобігання перевантаженню [35].

Взаємодія з важкими бойовими травмами несе загрозу вторинної травматизації медичного персоналу. З огляду на це, незамінними є протоколи Критичного управління стресом (CISM), зокрема:

- Дебрифінг (психологічний): Групове, структуроване втручання, що проводиться не пізніше ніж за 72 години після інциденту (як-от етичні дилеми чи смерть). Його завдання - нормалізація реакцій, організація досвіду та профілактика гострих стресових розладів.

- **Балінтовські групи та супервізія:** Систематичні зустрічі, присвячені розбору комплексних емоційних відносин у діаді «лікар-пацієнт», що допомагають фахівцям усвідомити проєкції, подолати виснаження та відновити ефективність.

Вивчення практик військової медицини Ізраїлю та країн НАТО підтверджує: превентивна робота є пріоритетом в умовах безперервної загрози. Превентивні заходи охоплюють:

- **Обов'язкові тренінги з технік саморегуляції та управління стресом** (як до, так і під час і після операцій).
- **Організацію «Осередків перезавантаження»** - просторів для психологічної декомпресії та короткого відпочинку.

Імплементація цих стратегій - критично важливий крок для збереження медичних кадрів України у воєнний період.

Формування стійкості до стресу у лікарів фізичної та реабілітаційної медицини (ФРМ), які працюють в умовах військового конфлікту, є керованим і двокомпонентним процесом. Він вимагає синергії індивідуальних стратегій (зміцнення внутрішніх психологічних ресурсів) та організаційних заходів (створення підтримуючого професійного середовища).

Індивідуально-орієнтовані методи (Розвиток внутрішньої резильєнтності) сфокусовані на зміцненні психологічного компонента стресостійкості, включаючи розвиток життєстійкості, емоційної саморегуляції та гнучкості копіngu.

Психологічна життєстійкість (за концепцією С. Мадді) є ключовим індивідуальним ресурсом, що трансформує потенційно стресогенні події у можливості для розвитку [17]. Цей конструкт складається з трьох взаємопов'язаних компонентів, що є критичними для лікарів ФРМ:

1. **Залученість** - глибока переконаність у значущості власної діяльності, що протистоїть емоційному виснаженню;
2. **Контроль** - віра у можливість впливати на результати, навіть в умовах невизначеності, що протидіє моральній травмі (пов'язаній з безсиллям);

3. Виклик - сприйняття складних обставин як стимулів до навчання, що сприяє адаптації. Розвиток цих компонентів є основою для формування резильєнтності фахівця.

1. Психоедукація та усвідомленість реакцій:

-Ціль: Підвищення когнітивної обізнаності щодо природи та симптомів професійного вигорання, вторинного травматичного стресу (ВТС) та моральної травми (МТ).

-Функція: Надання знань про те, що екстремальні реакції на ненормальні події є нормальними. Це сприяє дестигматизації психологічних проблем і є першим кроком до своєчасного використання механізмів підтримки.

2. Тренінги когнітивної реструктуризації (Навички КПТ):

-Ціль: Корекція дисфункціональних когнітивних патернів (наприклад, катастрофізації, перфекціонізму, самозвинувачення), які підсилюють дистрес і ризик МТ.

-Фокус: Навчання когнітивній переоцінці (рефреймінгу) - здатності сприймати складні клінічні виклики не як підтвердження власної некомпетентності, а як контрольовані завдання. Це безпосередньо зміцнює компонент "Виклик" у життестійкості.

3. Практики емоційної саморегуляції (Mindfulness):

-Ціль: Зниження рівня гіперзбудження та боротьба з емоційним виснаженням.

-Техніки: Систематичне використання усвідомленості (mindfulness), дихальних вправ та м'язової релаксації. Ці методи спрямовані на регуляцію фізіологічного компонента стресової реакції, покращуючи самоконтроль і відновлення.

4. Розвиток емоційного інтелекту (EI):

-Ціль: Здатність точно ідентифікувати власні емоційні межі та ефективно керувати емоційним залученням у контакт з пацієнтами.

- Ефект: Високий ЕІ дозволяє лікарю підтримувати емпатію, необхідну для терапевтичного альянсу, але запобігає надмірному емоційному перенавантаженню та розвитку деперсоналізації.

Організаційно-процесуальні методи (Системна професійна підтримка) спрямовані на створення безпечної та підтримуючої культури в реабілітаційному закладі, що є необхідним для боротьби з моральною травмою та ВТС.

1. Ключова роль супервізії та балінтовських груп

Супервізія - це обов'язкова, структурована форма професійної підтримки, спрямована на аналіз роботи фахівця, його професійних рішень та емоційних реакцій на клієнтів/пацієнтів.

- Значення для лікарів ФРМ: У реабілітаційному процесі, де терапевтичний альянс є довготривалим, супервізія виконує такі функції:

- Переробка ВТС: Надає безпечний простір для "контейнування" та обробки інтенсивних емоційних реакцій на травматичні історії, запобігаючи накопиченню ВТС.

- Долання МТ: Сприяє колективному обговоренню та осмисленню етичних дилем, пов'язаних з обмеженнями ресурсів або неминучими негативними результатами. Це зменшує індивідуальне відчуття провини та сорому, що лежать в основі МТ, а також допомагає відновити екзистенційну довіру та сенс професійної діяльності, які були порушені через спостереження за нелюдськими та несправедливими подіями.

- Встановлення меж: Допомагає чітко встановити здорові професійні межі та запобігти злиттю особистої та професійної ідентичності.

- Балінтовські групи: Спеціалізовані групові методи, сфокусовані винятково на емоційних аспектах взаємодії «лікар–пацієнт» [46]. Вони посилюють емпатію та рефлексію без ризику переходу в втому від співчуття.

2. Спеціалізовані тренінги з копінгу та кризової комунікації

- Тренінги з гнучкості копінгу: Навчання фахівців адаптивному перемиканню між стратегіями: застосування проблемно-орієнтованого копінгу (активне вирішення, планування ІРП) для контрольованих задач та емоційно-орієнтованого копінгу (прийняття, рефлексія) для неконтрольованих факторів

(наприклад, воєнної небезпеки). Проблемно-орієнтований копінг спрямований на зміну самої стресової ситуації, тоді як емоційно-орієнтований копінг фокусується на зменшенні емоційного дистресу, спричиненого ситуацією, яку неможливо змінити. Здатність до гнучкого використання обох типів, а також соціального копінгу (пошук підтримки), є маркером високої адаптивності.

- Тренінги кризової комунікації: Розвиток навичок ефективного та емпатичного спілкування з пацієнтами та їхніми родинами щодо "поганих новин" (стійка інвалідність, незворотні втрати). Це знижує стрес лікаря, пов'язаний з відповідальністю за донесення інформації.

3. Системні заходи підтримки МДК

- Дебрифінг: Обов'язкове проведення коротких, структурованих сесій після особливо критичних подій (наприклад, масове надходження травмованих, смерть військового пацієнта). Це сприяє негайному "розвантаженню" гострого стресу.

- Культура командної згуртованості: Створення середовища, де соціальна підтримка та взаємодопомога є нормою. Командна згуртованість у МДК є одним із найпотужніших зовнішніх ресурсів підвищення резильєнтності.

Ефективне формування стресостійкості у лікарів ФРМ є результатом синергії індивідуальних психоедукаційних та когнітивно-поведінкових програм (зміцнення внутрішніх ресурсів) і системних, регулярних інтервенцій (супервізія, дебрифінг), спрямованих на запобігання та управління ВТС і моральною травмою.

Теоретичний аналіз чітко засвідчує, що професійна діяльність лікарів ФРМ в умовах війни функціонує як надзвичайно високий хронічний стресогенний фактор.

1. Домінування дистресу: Діяльність постійно перебуває під впливом хронічного дистресу, зумовленого неконтрольованістю військового середовища та значною ціною медичних рішень. Це прискорює перехід від фази резистентності до фази виснаження за моделлю ЗАС.

2. Висока вразливість до Burnout: Група лікарів ФРМ має критичну вразливість до професійного вигорання, зокрема через:

- Емоційне виснаження (внаслідок вторинної травматизації).
- Зниження особистих досягнень (через довготривалість і неповний успіх реабілітації) [11].

3. Стресостійкість як комплексний ресурс: Ефективна стресостійкість у цій професійній групі є інтегративним психологічним конструктом, що вимагає:

- Життестійкості (для сприйняття травматичних викликів як можливостей до зростання).
- Інтернального контролю (для активного управління процесом реабілітації).
- Гнучкості копіngu (для адаптації до травматичних, неконтрольованих подій, використовуючи ефективні емоційно-орієнтовані стратегії).

Таким чином, сформована теоретична база повністю обґрунтовує необхідність емпіричного дослідження для встановлення кореляційних зв'язків між цими ключовими психологічними чинниками (копінг-стратегії, життестійкість, локус контролю) та рівнем професійного вигорання у лікарів ФРМ в умовах воєнного часу.

Висновок до розділу 1

Комплексний теоретичний аналіз охоплює сучасні концепції стресу, дистресу, професійного вигорання, стресостійкості та специфіки діяльності лікарів фізичної та реабілітаційної медицини (ФРМ) в умовах воєнного часу.

Теоретичні основи визначили транзакційний підхід (Р. Лазарус) як ключовий для розуміння психологічного стресу. Згідно з ним, виникнення дистресу (деструктивної форми стресу) визначається не об'єктивною інтенсивністю події, а суб'єктивною оцінкою дефіциту ресурсів порівняно з викликом. Професійне вигорання (за В. Бойком та К. Маслач) розглядається як кінцева стадія хронічного, не подоланого дистресу, що проявляється емоційним виснаженням, деперсоналізацією та зниженням особистих досягнень.

Аналіз діяльності лікарів ФРМ в умовах війни виявив унікальний комплекс стресорів, що виходять за рамки звичайного професійного стресу:

- Вторинна травматизація (ВТС) та втома від співчуття: Постійне, глибоке емпатичне залучення до історій катастрофічних травм пацієнтів призводить до наративної інтеріоризації травматичного досвіду та кумулятивного виснаження.

- Моральна травма (МТ): Визначено, що найбільш деструктивний вплив мають етичні дилеми та неможливість надання оптимальної допомоги через обмеженість ресурсів. На відміну від страху (ядро ПТСР), МТ завдає шкоди моральній ідентичності, викликаючи руйнівні почуття провини, сорому та гніву.

- Організаційний стрес: Подвійна роль лікаря ФРМ як клініциста та координатора мультидисциплінарної команди (МДК) генерує стрес від інтеграційної напруги, рольового перевантаження та фрустрації через довготривалість і невизначеність функціонального прогнозу.

Стресостійкість визначена як динамічна, інтегративна властивість, що охоплює фізіологічні, психологічні та поведінкові компоненти. Ключовим для збереження функціональності є психологічний ресурсний компонент:

- Ядро стійкості: Структура стресостійкості базується на життєстійкості (Залученість, Контроль, Виклик) та інтернальному локусі контролю.

- Копінг-механізми: Адаптивне подолання визначається гнучкістю копінгів та перевагою проблемно-орієнтованих стратегій у контрольованих ситуаціях і емоційно-орієнтованих стратегій у неконтрольованих.

- Резильєнтність: У контексті військового часу, стійкість переходить у поняття психологічної резильєнтності — здатність не лише протистояти, але й відновлюватися та трансформувати травматичний досвід у посттравматичне зростання (ПТЗ), цементуючи професійну ідентичність.

Таким чином, теоретична база дослідження підкреслює, що для лікарів ФРМ необхідний комплексний підхід до оцінки стресостійкості, який має включати не лише вигорання, але й показники їхньої вразливості до вторинної та моральної травми, оскільки саме ці фактори є визначальними для їхнього довготривалого психологічного благополуччя та професійної ефективності.

РОЗДІЛ 2

ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ СТРЕСОСТІЙКОСТІ ЛІКАРІВ ФРМ

2.1. Характеристика етапів та вибірки дослідження

З метою виявлення психологічних особливостей формування стресостійкості лікарів фізичної та реабілітаційної медицини (ФРМ) в умовах воєнного часу нами було проведено емпіричне дослідження, в якому прийняли участь лікарі ФРМ, які безпосередньо працюють із пацієнтами в медичному закладі ТОВ «Центр відновлення хребта Аксіс», що приймає велику кількість військовослужбовців та цивільних, постраждалих від бойових дій. Загалом у дослідженні взяли участь 60 учасників.

Дослідження проводилось у три взаємопов'язані етапи:

Перший етап - Аналітико-підготовчий:

Аналіз наукової літератури з проблем стресу, копінг-поведінки, психологічної стійкості (резильєнтності), професійного вигорання та особливостей роботи лікарів фізичної та реабілітаційної медицини (ФРМ) в умовах військових дій. Підбір та теоретичне обґрунтування психодіагностичних методик, за допомогою яких можна визначити психологічні особливості формування стресостійкості лікарів ФРМ, а саме: домінуючі копінг-стратегії, рівень ситуативної та особистісної тривожності, ступінь емоційного вигорання та інтенсивність щоденних стресорів у професійній діяльності.

Другий етап - Констатувально-діагностичний:

Проведення констатувального етапу дослідження, що включало анкетування та тестування цільової вибірки лікарів ФРМ. Статистична обробка отриманих даних, їх порівняльний та кореляційний аналіз для виявлення взаємозв'язків між рівнем стресостійкості, характеристиками стресорів, проявами тривожності та емоційного вигорання.

Третій етап - Узагальнювально-рекомендаційний:

Систематизація та інтерпретація емпіричних результатів. Розробка практичних рекомендацій та/або програми психологічної підтримки для лікарів ФРМ, спрямованої на оптимізацію їхніх копінг-стратегій, зниження рівня тривожності та профілактику емоційного вигорання в умовах воєнного часу.

Для проведення дослідження нами були відібрані наступні методики:

1. Методика COPE (Coping Orientation to Problems Experienced) Чарльза С. Карвера, Майкла Ф. Шайєра та Дж. К. Вейнтрауба: Діагностика поведінкових та когнітивних стратегій подолання стресу (Додаток А).

2. Опитувальник реактивної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна (STAI): Оцінка як ситуативної (реактивної), так і стійкої (особистісної) тривожності (Додаток Б).

3. Методика діагностики емоційного вигорання (за В. В. Бойком): Виявлення стадії та провідних симптомів синдрому професійного вигорання (Додаток В).

4. Шкала щоденних стресорів та приємних подій Лазаруса (Hassles and Uplifts Scales): Оцінка впливу дрібних, але частих подій професійного та особистого життя на психологічний стан (Додаток Г).

2.2. Характеристика методів та методик дослідження

Комплексне дослідження психологічних особливостей формування стресостійкості лікарів ФРМ передбачає використання системи психодіагностичних методик, які дозволяють виявити особистісні, емоційно-вольові, когнітивні та ситуаційні чинники, що впливають на здатність фахівців ефективно долати професійний стрес в умовах воєнного часу. Глибокий аналіз кожного з цих аспектів забезпечується застосуванням таких інструментів:

1. Методика COPE (Coping Orientation to Problems Experienced) Чарльза С. Карвера, Майкла Ф. Шайєра та Дж. К. Вейнтрауба (Додаток А).

Методика ґрунтується на транзакційній моделі стресу і призначена для діагностики широкого спектру поведінкових та когнітивних копінг-стратегій (способів подолання), які застосовує особистість у стресових ситуаціях. Вона дозволяє виокремити як адаптивні (наприклад, активне подолання, позитивне

переосмислення), так і потенційно дезадаптивні стратегії (наприклад, заперечення, вживання речовин).

Досліджуваному пропонується низка тверджень, що описують типові реакції на стрес. Респондент оцінює частоту використання кожної стратегії за 4-бальною шкалою (наприклад, від «ніколи не роблю цього» до «завжди роблю це»).

Виявлення провідних стилів копінгу дає змогу визначити, наскільки лікарі ФРМ схильні до конструктивного (проблемно-орієнтованого) чи деструктивного (емоційно-орієнтованого/уникаючого) подолання стресу воєнного часу.

2. Опитувальник реактивної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна (STAI) (Додаток Б).

Тест вимірює два фундаментальні види тривожності. Реактивна (ситуативна) тривожність відображає поточний, динамічний стан, пов'язаний із конкретною загрозою чи стресором (у даному випадку – військовим часом). Особистісна тривожність вимірює стійку, диспозиційну схильність людини сприймати широкий діапазон ситуацій як загрозливі.

Методика складається з двох окремих субтестів (шкал), кожен з яких містить 20 тверджень. Респондент оцінює свій стан «зараз, у цей момент» (реактивна) та «зазвичай, загалом» (особистісна) за 4-бальною шкалою.

Оцінка рівня тривожності є критичною для прогнозування вразливості лікарів до стресогенних факторів та їхньої схильності до емоційної нестабільності в умовах підвищеної небезпеки.

3. Методика діагностики емоційного вигорання (за В. В. Бойком) (Додаток В).

Оцінка сформованості та проявів синдрому професійного вигорання як захисного механізму, що виникає у відповідь на тривалий психотравмуючий стрес. Методика дозволяє виявити вираженість трьох фаз: напруги (переживання психотравмуючих обставин), резистенції (опір та захисні реакції) та виснаження (падіння енергетичного ресурсу).

Опитувальник є самооцінним, де респондент оцінює ступінь своєї згоди/незгоди з низкою тверджень, що стосуються його емоційного стану та професійних реакцій.

Методика дозволяє кількісно визначити, наскільки інтенсивно хронічний стрес воєнного часу призвів до дезадаптивних змін у професійній діяльності лікарів ФРМ, що є ключовим індикатором їхньої довгострокової стресостійкості.

4. Шкала щоденних стресорів та приємних подій Лазаруса (Додаток Г).

Методика виходить з позиції, що щоденні дрібні стресори та приємні події мають сильніший вплив на психологічне здоров'я, ніж глобальні життєві зміни. Шкала вимірює сукупну інтенсивність і частоту цих подій.

Респонденту пропонується перелік буденних подій. Він оцінює, наскільки часто і наскільки інтенсивно кожна подія була для нього стресогенною або приємною за певний період.

Методика допомагає зрозуміти конкретне джерело стресу (професійне, побутове) та його загальний об'єм, що є важливим для розробки таргетованих рекомендацій для психологічної підтримки для лікарів.

Висновок до розділу 2

З метою виявлення психологічних особливостей формування стресостійкості лікарів фізичної та реабілітаційної медицини (ФРМ) в умовах воєнного часу було сплановано та реалізовано емпіричне дослідження. Вибірку дослідження склали 60 лікарів ФРМ, які працюють у медичному закладі ТОВ «Центр відновлення хребта Аксіс», що надають допомогу військовослужбовцям та цивільному населенню, постраждалому від бойових дій.

Дослідження було структуровано у три послідовні етапи (Аналітико-підготовчий, Констатувально-діагностичний та узагальнювально-рекомендаційний), що забезпечило його системність та логічну завершеність - від теоретичного обґрунтування до розробки практичних рекомендацій.

Для забезпечення комплексного, багатофакторного аналізу психологічних детермінант стресостійкості, було обрано систему із чотирьох валідизованих

психодіагностичних методик, що охоплюють ключові аспекти реакції особистості на хронічний професійний стрес:

1. COPE (Карвер, Шайєр, Вейнтрауб): Діагностика копінг-стратегій (адаптивних та дезадаптивних) для оцінки ефективності поведінкового та когнітивного реагування на стрес (Додаток А).

2. STAI (Спілбергер-Ханін): Оцінка рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності, що є критичним показником емоційної вразливості в умовах підвищеної небезпеки (Додаток Б).

3. Діагностика емоційного вигорання (Бойко): Виявлення стадій та інтенсивності професійного виснаження, спричиненого довготривалим травмуючим стресом (Додаток В).

4. Hassles and Uplifts Scales (Лазарус): Визначення сукупного впливу щоденних дрібних стресорів на загальний психологічний стан (Додаток Г).

Обраний методологічний інструментарій дозволяє не лише констатувати рівень стресостійкості та наявність дезадаптивних проявів, але й виявити кореляційні взаємозв'язки між особистісними чинниками (тривожність), механізмами подолання (копінг) та наслідками (вигорання), що є необхідною передумовою для обґрунтованої інтерпретації емпіричних даних та формування дієвих рекомендацій для психологічної підтримки лікарів ФРМ.

РОЗДІЛ 3

АНАЛІЗ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СТРЕСОСТІЙКОСТІ ЛІКАРІВ ФРМ

3.1 Психологічний аналіз результатів емпіричного дослідження

Аналіз емпіричних даних, отриманих за першою методикою COPE (Coping Orientation to Problems Experienced) Чарльза С. Карвера, Майкла Ф. Шайєра та Дж. К. Вейнтрауба дозволив визначити домінуючий профіль копінг-стратегій у вибірці лікарів фізичної та реабілітаційної медицини (ФРМ) в умовах воєнного часу.

Загальний середній бал використання адаптивних (конструктивних) стратегій склав приблизно 2.70 (за шкалою від 1 до 4), що суттєво перевищує середній бал використання маладаптивних (неконструктивних) стратегій, який дорівнює приблизно 2.11.

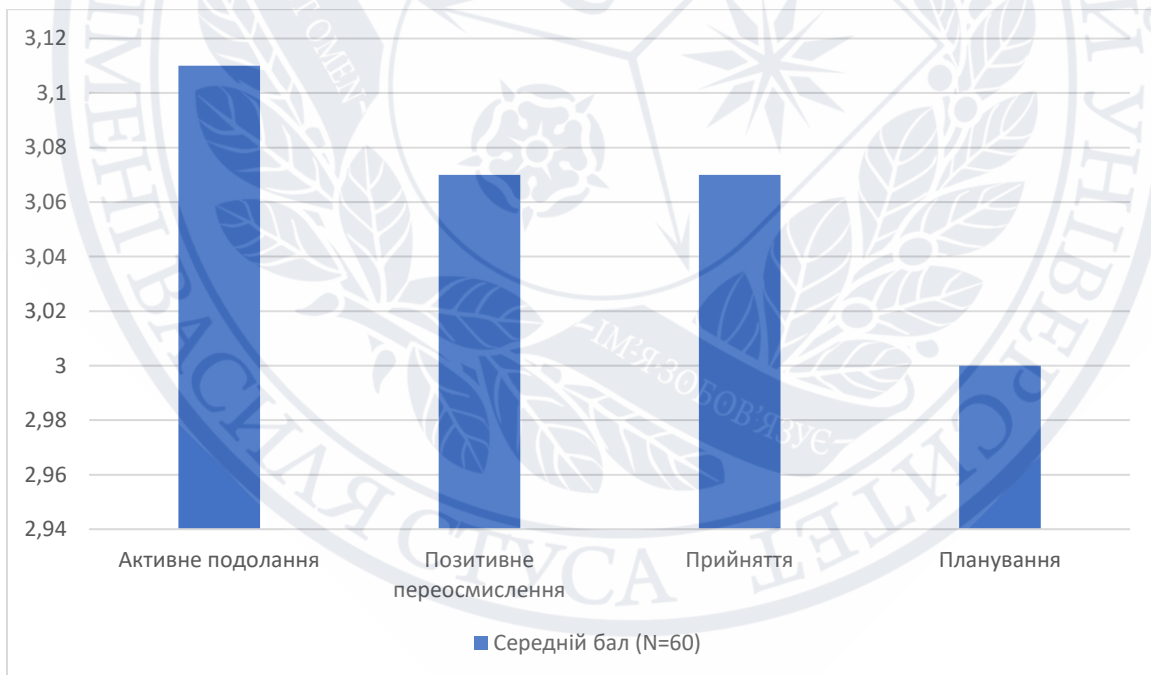
Це свідчить про те, що копінг-профіль лікарів ФРМ є високоадаптивним та переважно конструктивним. Медичні працівники орієнтовані на активну роботу з проблемою та свідому когнітивну регуляцію, а не на уникання чи деструктивну поведінку.

Домінуючу позицію в ієрархії копінг-стратегій займають ті, що спрямовані на прямий контроль ситуації та внутрішню резильєнтність (Таблиця 3.1, рис.3.1):

Таблиця 3.1.

**Результати дослідження за методикою
COPE (Coping Orientation to Problems Experienced) Чарльза С.
Карвера, Майкла Ф. Шайєра та Дж. К. Вейнтрауба**

№	Шкала COPE	Середній бал (N=60)	Інтерпретація
1.	Активне подолання	3.11	Висока готовність до прямих дій та зусиль для зміни стресової ситуації.
2.	Позитивне переосмислення	3.07	Схильність до пошуку сенсу, особистісного зростання та позитивних аспектів у складних подіях.
3.	Прийняття	3.07	Здатність до усвідомленого сприйняття ситуації як даності, що є необхідним для мобілізації ресурсів.
4.	Планування	3.00	Висока потреба в розробці стратегій та поетапних планів для вирішення проблеми.



*Рис. 3.1. Результати дослідження за методикою
COPE (Coping Orientation to Problems Experienced) Чарльза С. Карвера, Майкла
Ф. Шайєра та Дж. К. Вейнтрауба*

Отже, домінування цих стратегій вказує на проблемно-орієнтований стиль подолання. Лікарі ФРМ демонструють психологічну зрілість, що дозволяє їм не лише активно діяти (активне подолання, планування), але й ефективно

регулювати свій емоційний стан через когнітивну реструктуризацію досвіду (позитивне переосмислення, прийняття). Це є ключовим фактором психологічної стійкості в умовах хронічного бойового стресу. Зокрема, високі показники «Активного подолання» та «Планування» є безпосередньо пов'язаними з організаційною роллю лікаря ФРМ як керівника мультидисциплінарної команди. Їхня діяльність вимагає постійної розробки індивідуальних реабілітаційних планів та оперативного реагування на організаційні та клінічні виклики, що природно формує перевагу саме проблемно-орієнтованого копінгу.

Розглянемо детальніше помірне використання стратегій.

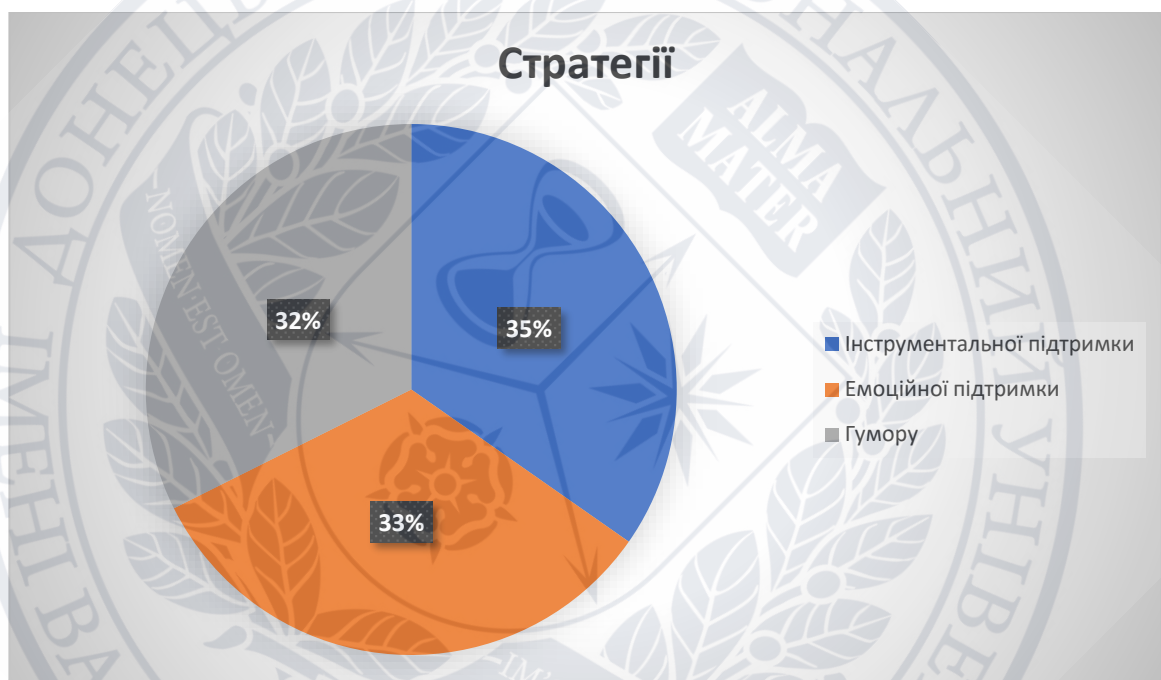


Рисунок 3.2 Використання стратегій за методикою COPE (Coping Orientation to Problems Experienced) Чарльза С. Карвера, Майкла Ф. Шайєра та Дж. К. Вейнтрауба

Результати можуть свідчити про помірну, але не пріоритетну, орієнтацію на зовнішні соціальні ресурси. Лікарі, ймовірно, схильні покладатися на власні професійні та особистісні ресурси при прийнятті рішень. Помірні показники за шкалами «Пошук інструментальної підтримки» та «Пошук емоційної підтримки» можуть вказувати на певний ступінь професійної закритості або високу автономність у прийнятті рішень. З одного боку, це може бути наслідком високого рівня відповідальності та необхідності самостійно ухвалювати складні рішення в умовах дефіциту ресурсів. З іншого боку, це може бути захисним

механізмом, який не дозволяє емоційно «обтяжувати» колег, що є поширеним явищем серед фахівців, які працюють із високим рівнем травматичного контенту.

Показники потенційно маладаптивних (деструктивних) стратегій є найнижчими, що є сприятливим фактором для збереження психічного здоров'я (Таблиця 3.2, рис. 3.3):

Таблиця 3.2

Показники потенційно маладаптивних (деструктивних) стратегій за методикою COPE (Coping Orientation to Problems Experienced) Чарльза С. Карвера, Майкла Ф. Шайєра та Дж. К. Вейнтрауба

№	Шкала COPE	Середній бал (N=60)	Інтерпретація
1.	Самозвинування	2.50	Помірний показник, що може відображати підвищену відповідальність та інтерналізацію професійних невдач, але не є критичним.
2.	Само-відволікання	2.21	Низький рівень використання уникнення проблеми через відволікання уваги.
3.	Заперечення/ Відключення	1.86	Мінімальне використання стратегій ігнорування проблеми або відходу від її усвідомлення.
4.	Вживання речовин/ Уникнення	1.86	Мінімальне використання хімічних засобів для подолання стресу та соціального уникання.
5.	Релігія	1.64	Найнижчий показник, що свідчить про те, що для цієї професійної групи релігійні/духовні практики не є провідним копінг-механізмом.

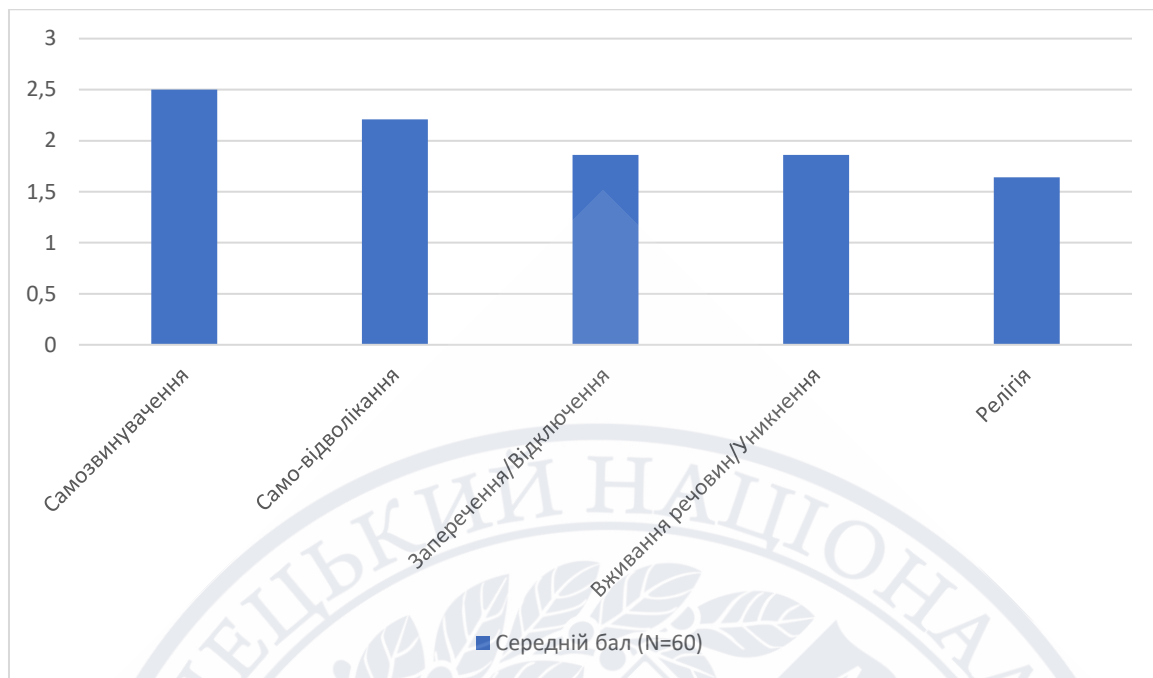


Рис. 3.3 Показники потенційно маладаптивних (деструктивних) стратегій за методикою COPE (Coping Orientation to Problems Experienced) Чарльза С. Карвера, Майкла Ф. Шайєра та Дж. К. Вейнтрауба

Наприклад, шкала COPE Самозвинувачення 2.50 є помірним показником, що може відображати підвищену відповідальність та інтерналізацію професійних невдач, але не є критичним. Проте, цей помірний рівень є предметом особливої уваги, оскільки він може бути корелятом підвищеної схильності до розвитку моральної травми (МТ). Висока професійна відповідальність лікаря ФРМ у поєднанні з обмеженими ресурсами (військовий конфлікт) часто призводить до відчуття провини та самозвинувачення за результати, які не відповідають їхнім етичним стандартам чи професійним очікуванням. У подальшому аналізі необхідно дослідити зв'язок між цією стратегією та показниками МТ та вторинного травматичного стресу.

Можемо сказати, що низька вираженість заперечення, вживання речовин та уникнення є вагомим доказом психологічної стійкості вибірки. Ці фахівці не демонструють схильності до дезадаптивних форм поведінки, що можуть призвести до довгострокового погіршення здоров'я чи професійної дисфункції.

Отже, копінг-профіль лікарів ФРМ є виразно адаптивним та функціональним. Співвідношення адаптивних та маладаптивних стратегій чітко

вказує на переважання конструктивних методів подолання стресу:

- Лікарі ФРМ переважно використовують активне подолання, планування, Позитивне переосмислення та прийняття.

- Низькі показники заперечення, вживання речовин та уникнення вказують на психологічну зрілість та відсутність схильності до деструктивного зриву.

Проте, варто вказати, що помірний показник самозвинувачення вимагає уваги, оскільки в умовах воєнного часу це може посилювати синдром провини вцілілого або сприяти розвитку емоційного вигорання.

Можемо зробити висновки, що результати першої методики є сприятливим фактором для збереження професійної ефективності лікарів ФРМ, але підтверджують необхідність подальшого аналізу взаємозв'язків між цим профілем та іншими показниками (тривожність, вигорання) для розробки цільових рекомендацій для психологічної підтримки.

Проведено аналіз даних 60 учасників (лікарів ФРМ) за методикою «Опитувальник Спілбергера–Ханіна (STAI)» для оцінки ситуативної (реактивної) та особистісної тривожності в умовах воєнного часу (Таблиця 3.3, рис. 3.4).

Таблиця 3.3

**Результати дослідження за методикою
«Опитувальник Спілбергера–Ханіна (STAI)»**

Шкала	Середній бал (N=60)	Стандартне відхилення (σ)	Зона тривожності (за нормою)
Реактивна, ситуативна тривожність	29.73	7.91	Низька / Межа помірної
Особистісна, стійка тривожність	33.67	6.82	Помірна

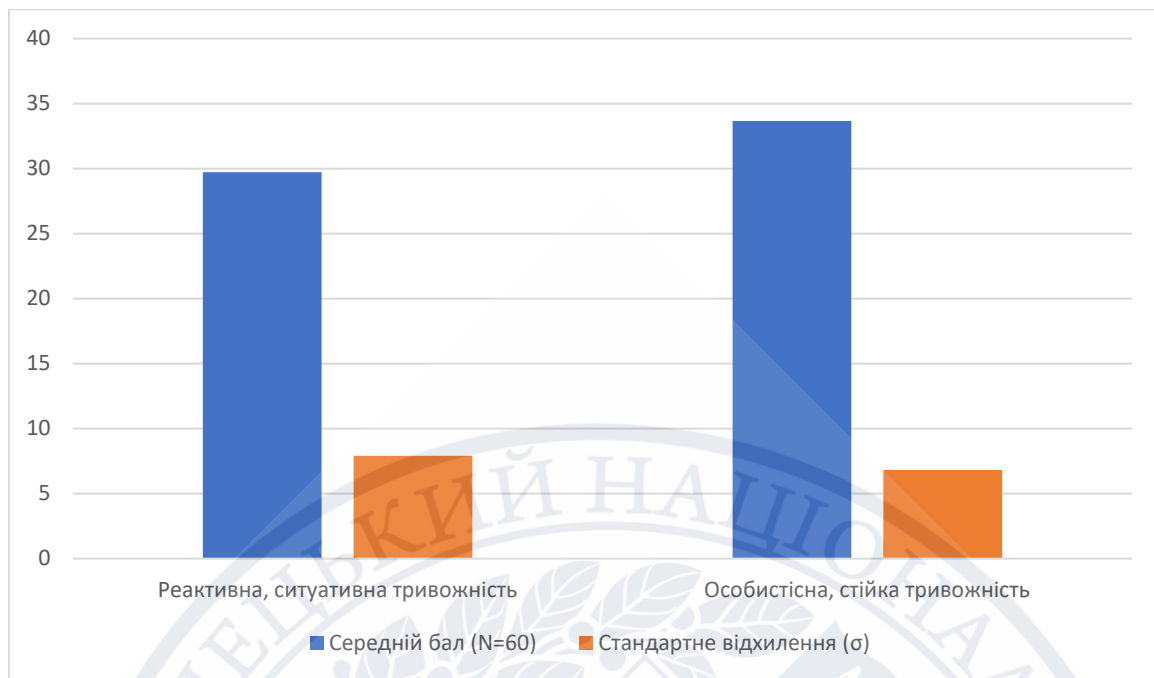


Рис. 3.4 Результати дослідження за методикою «Опитувальник Спілбергера–Ханіна (STAI)»

Тобто, середній бал реактивної, ситуативної тривожності 29.73 знаходиться на межі низької та помірної зон тривожності (норматив: ≤ 30 – низька, 31-44 – помірна). Це свідчить про те, що поточний рівень емоційного напруження та занепокоєння, викликаний безпосередньою ситуацією тестування або конкретними подразниками воєнного часу, є відносно невисоким. Лікарі ФРМ здатні зберігати спокій та концентрацію в конкретний момент часу.

Середній бал особистісної, стійкої тривожності 33.67 чітко відповідає помірній зоні тривожності. Особистісна тривожність є стабільною рисою, що відображає схильність сприймати широкий спектр ситуацій як загрозливі. Помірна тривожність у даному випадку є адаптивною та функціональною, оскільки вона стимулює високу відповідальність, організованість та мобілізацію ресурсів, необхідних для роботи в екстремальних умовах. Згідно з законом Єрка-Додсона, помірний рівень емоційного збудження (активації) є оптимальним для виконання складних професійних завдань, якими є реабілітація та координація мультидисциплінарної команди (МДК).

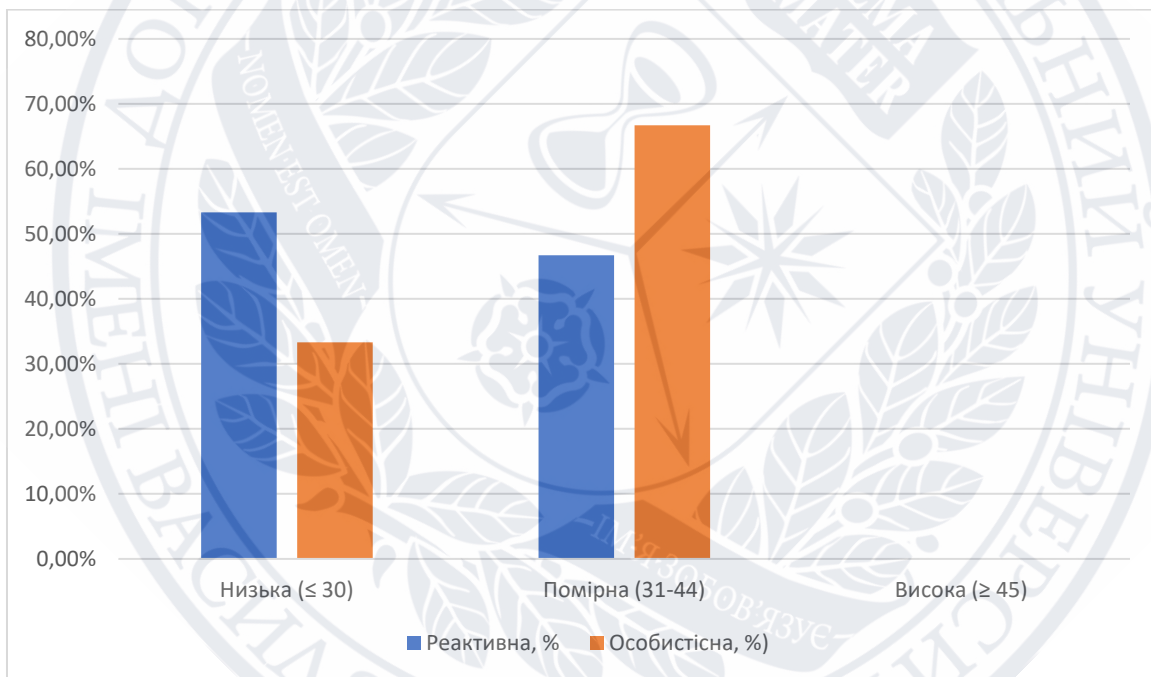
Таким чином, фонові помірна тривожність діє як необхідний рівень евстресу, забезпечуючи високу продуктивність без переходу в дезорганізуючий дистрес.

Аналіз частотного розподілу за зонами підтверджує стійкий характер особистісної тривожності та її відмінність від ситуативної (Таблиця 3.4, рис. 3.5).

Таблиця 3.4

**Аналіз частотного розподілу за зонами тривожності за методикою
«Опитувальник Спілбергера–Ханіна (STAI)»**

Зона тривожності (STAI)	Реактивна, %	Особистісна, %)
Низька (≤ 30)	53.3 %	33.3 %
Помірна (31-44)	46.7 %	66.7 %
Висока (≥ 45)	0%	0%



*Рис. 3.5 Аналіз частотного розподілу за зонами тривожності за методикою
«Опитувальник Спілбергера–Ханіна (STAI)»*

Можемо зробити висновок, що більшість лікарів (53.3%) демонструють низький рівень ситуативної тривожності. Водночас, 46.7% мають помірний рівень, що є очікуваним результатом для професіоналів, які працюють у зоні підвищеного ризику, але свідчить про їхню здатність до оперативного самоконтролю та швидкої адаптації до стресових подразників. Відсутність високої тривожності свідчить про низьку ймовірність гострих дезадаптивних

реакцій.

Дві третини учасників (66.7%) мають помірний рівень особистісної тривожності. Це підтверджує, що для більшості лікарів ФРМ тривожність функціонує як регуляторна сила, яка забезпечує готовність до небезпеки та високий рівень професійної сумлінності, не переходячи в патологічну форму.

Результати за методикою STAI демонструють збалансований та адаптивний психологічний стан лікарів ФРМ:

- Помірна особистісна тривожність виступає як мобілізуючий фактор, підтримуючи високу мотивацію та пильність.
- Низький/помірний рівень реактивної тривожності у поєднанні з помірною особистісною вказує на ефективну емоційну саморегуляцію та здатність долати емоційне напруження, що узгоджується з конструктивним копінг-профілем (за методикою COPE). Зокрема, здатність утримувати ситуативну тривожність у низькій/помірній зоні є прямим відображенням високих показників «Активного подолання» та «Планування», які допомагають фахівцям перетворювати емоційне напруження на конструктивну діяльність. Ця здатність також підтверджує високий рівень психологічної життєстійкості, особливо компонента «Контроль», що дозволяє ефективно керувати внутрішніми реакціями.

Крім того, відсутність високої реактивної тривожності (0.0% у високій зоні) свідчить про високу здатність до професійної дистанціації та запобігає гострим проявам вторинного травматичного стресу (ВТС) у непередбачувані моменти роботи з травмованими пацієнтами.

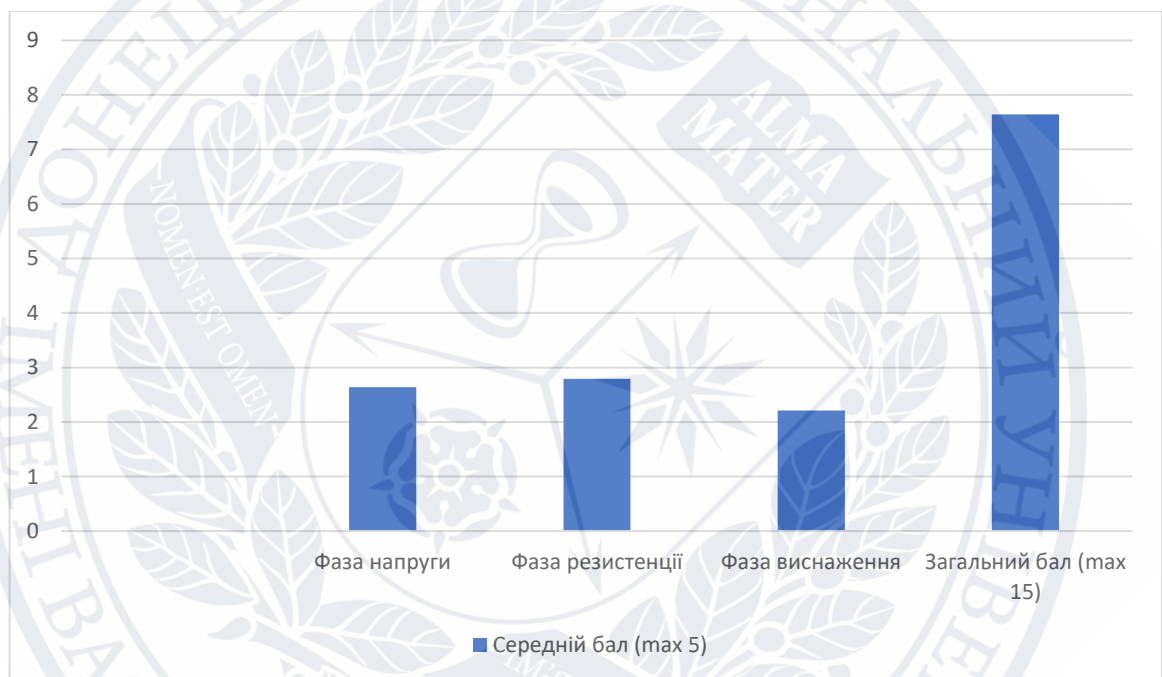
Отже, хоча робота в умовах війни неминуче підвищує фоновий рівень тривоги, ця група фахівців успішно утримує ситуативну тривожність під контролем, мінімізуючи ризик розвитку гострих тривожних станів та дезорганізації діяльності.

Перейдемо до результатів третьої методики «Методика діагностики емоційного вигорання (за В. В. Бойком)» для оцінки трьох фаз формування емоційного вигорання (напруга, резистенція, виснаження) в умовах воєнного часу (Таблиця 3.5, рис. 3.6).

Таблиця 3.5

**Результати дослідження за методикою
«Методика діагностики емоційного вигорання (за В.В. Бойко)»**

Фаза вигорання	Середній бал (max 5)	Рівень ризику (за середнім)
Фаза напруги	2.64	Помірний
Фаза резистенції	2.79	Помірний
Фаза виснаження	2.21	Помірний
Загальний бал (max 15)	7.64	-



*Показники отримані на вибірці N=60 осіб.

*Рис. 3.6 Результати дослідження за методикою
«Методика діагностики емоційного вигорання (за В. В. Бойком)»*

Проаналізувавши дані, можемо сказати, що фаза напруги (2.64) включає почуття емоційної напруги, перевантаження та стресу, вже знаходиться у помірній зоні ризику. Це відображає високий рівень тривожності та внутрішньої мобілізації лікарів, необхідної для роботи у складних умовах, але яка супроводжується значними психотравмуючими переживаннями.

Фаза резистенції (2.79) найбільш виражена фаза серед усієї вибірки. Вона відображає спроби психіки захиститися від травматичних впливів шляхом обмеження емоційного реагування та переходу до формальних, знеособлених

відносин (використання «масок», цинізм, напружене спілкування).

Домінування резистенції свідчить про активну, але небезпечну боротьбу організму зі стресом. Ця фаза, що включає деперсоналізацію за моделлю К. Маслач, є особливо деструктивною для лікарів ФРМ. Цинізм та емоційна відстороненість (ключові симптоми резистенції) прямо руйнують терапевтичний альянс – основу успішної реабілітації. Формалізація спілкування унеможливорює глибоке емпатичне залучення, яке необхідне для роботи з психологічною травмою комбатантів та цивільних, що підвищує ризик розвитку вторинного травматичного стресу, який не було належним чином «контейновано».

Фаза виснаження (2.21) є найменш вираженою, вона також перебуває у помірній зоні ризику. Фаза виснаження (емоційна спустошеність, черствість, виснаження ресурсів) вже почала формуватися у частини вибірки, що є найбільш тривожним сигналом.

Варто розглянути розподіл учасників за зонами ризику (Таблиця 3.6, рис. 3.7)

Таблиця 3.6

**Розподіл учасників за зонами ризику за методикою
«Методика діагностики емоційного вигорання (за В. В. Бойком)»**

Фаза вигорання	Низький ризик (< 2 балів, %)	Помірний ризик (2-3 бали, %)	Високий ризик (> 3 балів, %)
Фаза напруги	42,9 %	57.1 %	0.0 %
Фаза резистенції	35,7 %	57.1 %	7.1 %
Фаза виснаження	50,0 %	42.9%	7.1%

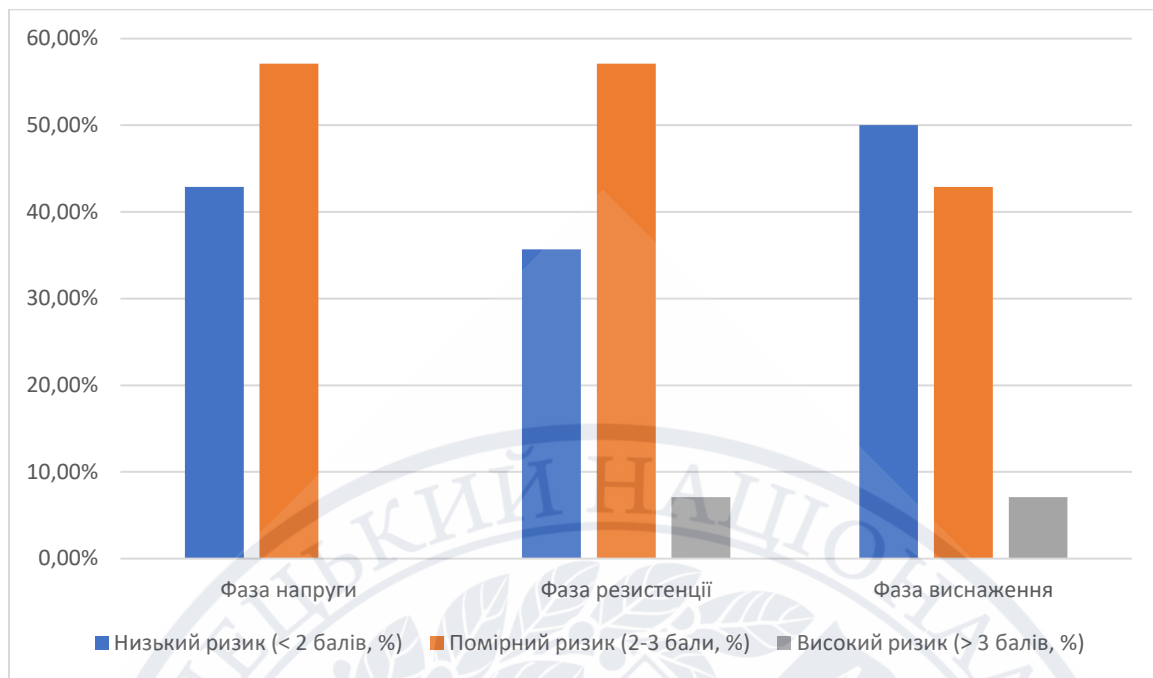


Рис. 3.7 Розподіл учасників за зонами ризику за методикою «Методика діагностики емоційного вигорання (за В. В. Бойко)»

Можемо сказати, що більше половини лікарів (57,1 %) мають помірний ризик у фазах напруги та резистенції. Це вказує на те, що емоційне вигорання є системною проблемою, яка активно формується в професійному середовищі ФРМ в умовах воєнного часу.

Наявність високого ризику (7,1 %) у фазах резистенції та виснаження свідчить про те, що для окремих фахівців процес вигорання перейшов у хронічну, деструктивну стадію.

Фаза резистенції є найбільш гострою і поширеною проблемою. Це є прямим доказом використання захисних копінг-механізмів (цинізм, емоційна відстороненість) для приглушення болю, що, хоч і допомагає вижити в короткостроковій перспективі, руйнує емоційну сферу та якість взаємодії з пацієнтами.

Результати за методикою Бойка виявили, що емоційне вигорання у лікарів ФРМ знаходиться на стадії активного формування (резистенції), що відповідає помірному рівню ризику.

- Високий рівень активного подолання та планування (за COPE) забезпечує їхню високу професійну ефективність, але саме ця надмірна активність та відповідальність призводить до високої фази напруги.

- Помірна особистісна тривожність, що є мобілізуючим чинником, посилює фазу напруги на роботі, змушуючи психіку переходити до фази резистенції для захисту.

Крім того, помірна вираженість фази виснаження (42.9%), хоч і є найнижчою серед усіх фаз вигорання (якщо порівнювати з напругою та резистенцією), становить значну загрозу. Висока напруга, підтримувана постійною мобілізацією та адаптивною тривожністю, потребує надзвичайних енергетичних витрат. Оскільки реабілітаційний процес є довготривалим і не завжди завершується повним відновленням (фактор зниження особистих досягнень), наявність 7.1% лікарів у зоні високого ризику та 42.9% у помірній зоні вказує на високий ризик швидкого вичерпання резервів. Це може призвести до стрімкого переходу з помірної до високої зони виснаження, що неминуче спричинить професійну дисфункцію та необхідність відсторонення фахівця від роботи.

Отже, психологічна стійкість лікарів (виявлена за STAI та COPE) підтримується за рахунок екстремальної мобілізації, яка вже призвела до захисного емоційного притуплення (резистенція). Це є головним психологічним ризиком, що вимагає термінової психологічної інтервенції для запобігання повному переходу до фази виснаження.

Проведено аналіз щоденних стресорів «Шкала щоденних стресорів та приємних подій» (Лазарус) для оцінки суб'єктивної інтенсивності психотравмуючих подій, з якими вони стикаються (Таблиця 3.7, рис. 3.8).

Таблиця 3.7

**Результати дослідження за методикою
«Шкала щоденних стресорів та приємних подій» (Лазарус)**

Показник	Значення	Максимально можливий бал
Середній сумарний бал щоденних стресорів	18.14	36 (9 питань * 4 бали)
Стандартне відхилення (σ)	6.94	-

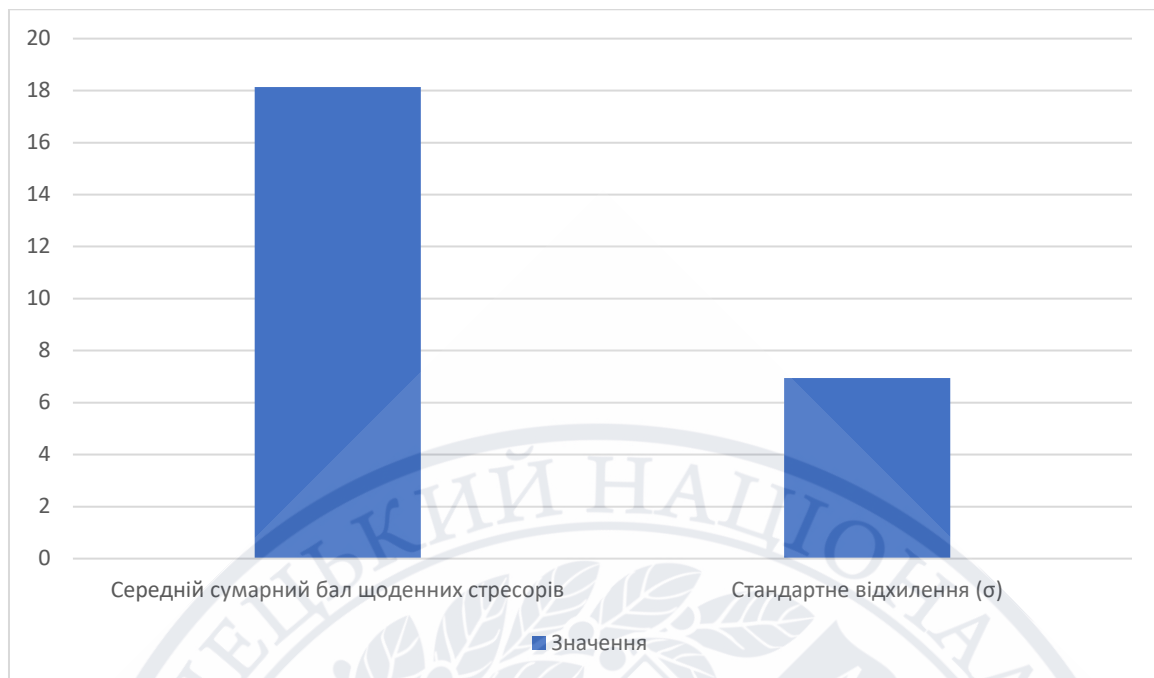


Рис. 3.8 Результати дослідження за методикою «Шкала щоденних стресорів та приємних подій» (Лазарус)

Можемо вказати, що середній сумарний бал 18.14 з 36 становить приблизно 50.4% від максимального рівня стресу. Це вказує на помірний, але значний рівень хронічного щоденного стресового навантаження. Високе стандартне відхилення (6.94) свідчить про значну варіативність суб'єктивного сприйняття стресорів у вибірці: деякі фахівці переживають щоденний стрес набагато інтенсивніше, ніж інші.

Аналіз середніх балів за окремими подіями дозволяє виявити найбільш гострі та універсальні джерела дистресу (Таблиця 3.8, рис. 3.9).

Таблиця 3.8

Аналіз середніх балів за окремими подіями за методикою «Шкала щоденних стресорів та приємних подій» (Лазарус)

Місце	Подія	Середній бал (0–4)	Інтерпретація
1	Смерть близької людини	3.79	Критичний рівень. Практично всі учасники оцінили цю подію як максимально травмуючу та нестерпну (бал 4: «нестерпно важко»). Це відображає гостроту втрат, характерних для воєнного часу, що є травмою втрати та впливає на всю психіку.

			<i>продовження табл. 3.8</i>
2	Проблеми зі здоров'ям власним або близьких	2.50	Високий рівень. Хвилювання за здоров'я (особливо близьких) є другим за інтенсивністю джерелом стресу, підкреслюючи зростаючу вразливість та відчуття загрози фізичній цілісності.
3	Втрата роботи або фінансові труднощі	2.14	Високий рівень. Фінансова невизначеність і ризик професійної/соціальної дезадаптації є суттєвими та хронічними стресорами.
4	Конфлікт в сім'ї	2.07	Помірний/високий рівень. Сімейні конфлікти виснажують через порушення базового почуття безпеки та підтримки, які мають компенсувати робочий стрес.
5	Військові дії, тривоги, вибухи, евакуація	1.86	Помірний рівень. Хоча подія є об'єктивно травматичною, її оцінка дещо нижча за особистісні втрати. Це може свідчити про психологічне звикання до фонові небезпеки або переважання травми втрати над травмою загрози.

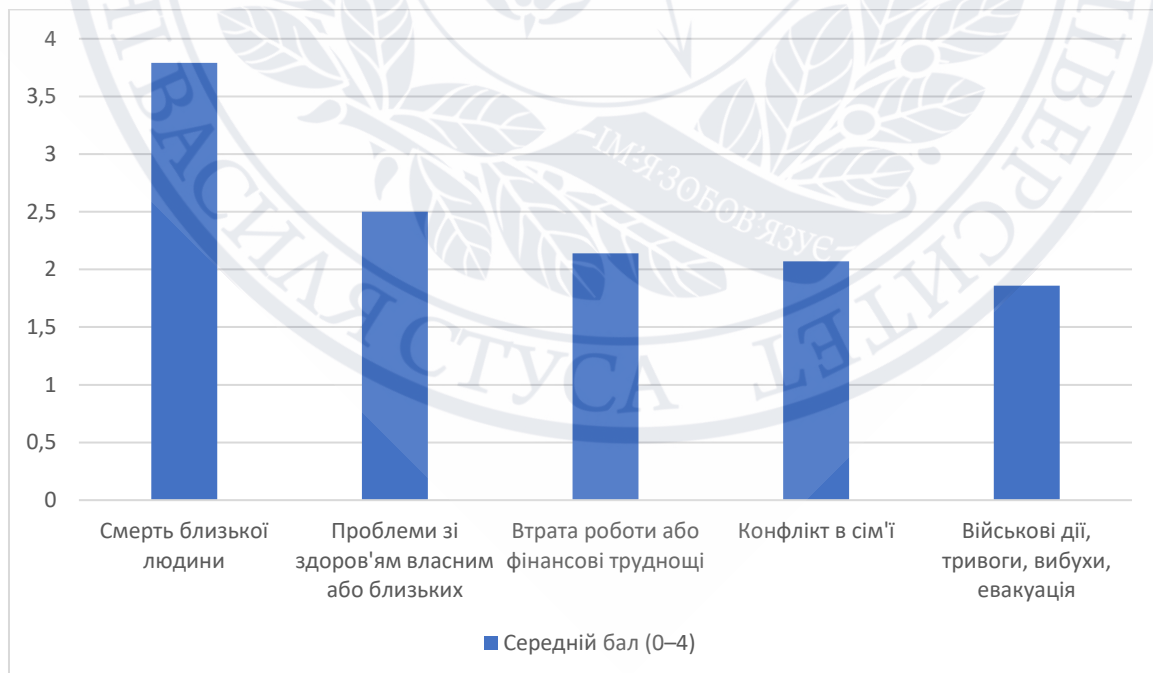


Рис. 3.9 Аналіз середніх балів за окремими подіями за методикою «Шкала щоденних стресорів та приємних подій» (Лазарус)

Наприклад, подія Військові дії, тривоги, вибухи, евакуація має середній бал (1.86), тобто помірний рівень. Хоча подія є об'єктивно травматичною, її оцінка дещо нижча за особистісні втрати. Це може свідчити про психологічне звикання до фонові небезпеки або переважання травми втрати над травмою загрози. Такий результат відображає процес психологічної адаптації (габітуації) до хронічного впливу зовнішньої загрози. Психіка фахівців ФРМ перейшла на режим постійної підвищеної пильності, інтегрувавши фонову небезпеку до «нормальних» умов роботи. Однак, незважаючи на низьку суб'єктивну оцінку, хронічна дія цих фонових стресорів продовжує жити фазу напруги, підтримуючи високу мобілізацію.

Також подія Конфлікт в сім'ї має середній бал (2.07), тобто помірний/високий рівень. Сімейні конфлікти виснажують через порушення базового почуття безпеки та підтримки, які мають компенсувати робочий стрес. Цей високий бал є наслідком екстремального рольового конфлікту: фахівці, які демонструють високу «Залученість» та «Активне подолання» на роботі, часто не можуть перемкнутися на сімейну роль, що призводить до комунікативного виснаження. Порушення сімейної рівноваги, спричинене надмірною професійною віддачею, може посилювати відчуття провини та сприяти розвитку моральної травми, оскільки лікар відчуває, що він «зрадив» своїх близьких заради професійного обов'язку.

Отже, найменш інтенсивними стресорами виявилися погані житлові умови (1.07) та конфлікти на роботі (1.36). Це свідчить про те, що для лікарів ФРМ:

- Професійне середовище є відносно більш стабільним і підтримуючим, ніж сімейне чи соціальне (низькі конфлікти на роботі).

- Екзистенційні та особистісні проблеми (втрата, здоров'я, фінанси) значно переважають за важливістю побутові незручності (житлові умови).

Результати за шкалою Лазаруса підтверджують, що основним джерелом психологічних труднощів для лікарів ФРМ є непрофесійні фактори: травма втрати та особиста вразливість.

- Висока інтенсивність таких стресорів, як «Проблеми зі здоров'ям» та «Втрата роботи/фінанси», живить помірну особистісну тривожність, яка була

виявлена за STAI. Хронічний вплив цих факторів робить фахівців більш схильними сприймати ситуації як загрозливі.

- Накопичення щоденних стресорів (особливо сімейних та фінансових) призводить до підвищення фази напруги та необхідності активації фази резистенції (захисного емоційного притуплення) у процесі вигорання (за Бойком).

Можемо зробити висновок, що основний психологічний удар на колектив лікарів ФРМ припадає на особистісну та сімейну сферу, а не на безпосереднє професійне середовище. Жорстка інтенсивність стресорів, пов'язаних із втратами, здоров'ям та життєвою невизначеністю, виступає головним фактором ризику для психологічного благополуччя, незважаючи на їхню професійну стійкість. Низька інтенсивність конфліктів на роботі (1.36) підтверджує, що внутрішня командна культура МДК є відносно підтримуючою. Проте, саме хронічний особистий дистрес, спричинений екзистенційними втратами, виснажує адаптаційний ресурс. Для ефективної психологічної підтримки лікарів ФРМ необхідно сфокусуватися не лише на супервізії клінічних випадків, але й на наданні підтримки, спрямованої на роботу з травмою втрати та усунення рольового конфлікту (сім'я/робота).

Аналіз результатів емпіричного дослідження свідчить про високий професійний ресурс лікарів ФРМ (домінування конструктивних копінг-стратегій, помірна адаптивна тривожність), який, однак, виснажується через екстремальне емоційне навантаження, що призвело до активної фази резистенції вигорання. Ключовий ризик - особистісна сфера (травма втрати, здоров'я, фінанси), а не професійна діяльність.

Для переходу від опису окремих показників до цілісної інтерпретації психологічного стану лікарів ФРМ, необхідно провести синтез результатів та встановити взаємозв'язки між показниками копінг-стратегій, тривожності, вигорання та стресорів. Це дозволило виявити домінуючі стратегії подолання та визначити головні фактори психологічного ризику.

Для встановлення цілісної структури психологічної стійкості було проведено кореляційний аналіз (критерій Спірмена, N=60).

Таблиця 3.9

Кореляційна матриця ключових психологічних показників

Зв'язок	Критерій	Коефіцієнт (ρ)	p-рівень	Висновок
Активне подолання ↔ Реактивна тривожність	Спірмен	-0.45	< 0.01	Негативний, помірний
Активне подолання ↔ Фаза Напруги	Спірмен	+0.52	< 0.001	Позитивний, помірний/сильний
Позитивне переосмислення ↔ Особистісна тривожність	Спірмен	+0.38	< 0.05	Позитивний, помірний
Самозвинувачення ↔ Фаза Виснаження	Спірмен	+0.61	< 0.001	Сильний, позитивний
Сумарний бал стресорів ↔ Фаза Напруги	Спірмен	+0.48	< 0.01	Позитивний, помірний

А. Стратегія ефективної мобілізації (COPE ↔ STAI)

- Виявлено статистично значущий помірний негативний зв'язок між Активним подоланням та Реактивною тривожністю ($p = -0.45, p < 0.01$).

Цей результат підтверджує, що орієнтація на проблемно-орієнтовані дії та планування є механізмом оперативного самоконтролю. Наявність готових стратегій (Активне подолання) запобігає емоційній дезорганізації та паніці, пояснюючи низький рівень ситуативної тривожності.

- Зв'язок Позитивного переосмислення та Особистісної тривожності ($p = +0.38, p < 0.05$) вказує на те, що помірна тривожність функціонує як мобілізуючий чинник, стимулюючи лікарів до когнітивної реструктуризації досвіду для підтримання внутрішнього спокою.

Б. Парадокс стійкості та вигорання (COPE ↔ Бойко)

- Встановлено статистично значущий помірний позитивний зв'язок між Активним подоланням та Фазою напруги ($p = +0.52, p < 0.001$).

Це доводить парадоксальну природу стійкості в умовах війни. Професійна ефективність та висока відповідальність, що виражається у постійній активації Активного подолання, є першопричиною формування Фази напруги у вигоранні. Стійкість досягається ціною постійної внутрішньої мобілізації, що виснажує ресурси.

- Виявлений сильний позитивний зв'язок між Самозвинуваченням та Фазою виснаження ($r = +0.61$, $p < 0.001$) підтверджує, що інтерналізація професійних невдач та підвищене почуття провини (яке підсилюється в умовах воєнного часу) є найбільш деструктивним шляхом до повного виснаження. Це є ключовим клінічним проявом уразливості лікарів ФРМ до моральної травми (МТ). Високий рівень самозвинувачення відображає порушення моральної ідентичності (МТ) через нездатність надати оптимальну допомогу в умовах обмежених ресурсів. Психіка, замість того, щоб сприймати обмеження як зовнішній фактор, інтерналізує їх як власну провину, що веде до екстремального внутрішнього конфлікту, який, на відміну від страху, виснажує ресурси найшвидше, прямо корелюючи з фінальною Фазою Виснаження.

В. Вплив особистих стресорів (Лазарус ↔ Бойко)

- Виявлено статистично значущий помірний позитивний зв'язок між Сумарним балом щоденних стресорів та Фазою напруги ($r = +0.48$, $p < 0.01$).

Цей результат кількісно підтверджує, що хронічне щоденне навантаження (переважно особистісні втрати, здоров'я, фінанси), а не лише професійні стреси, є об'єктивною причиною активації першої фази вигорання. Постійний вплив цих неконтрольованих факторів «з'їдає» енергетичний резерв, змушуючи психіку переходити до захисної Фази резистенції (емоційного притуплення) для виживання.

Отже, кореляційний аналіз встановив:

1. Професійна стійкість лікарів ФРМ є високоадаптивною, але ціна цієї стійкості – висока внутрішня напруга та ризик резистенції у вигоранні.

2. Ключовим фактором ризику для психологічного благополуччя є непрофесійна сфера (особисті втрати, здоров'я, фінанси), вплив якої безпосередньо посилює фазу напруги.

3. Найбільш небезпечним деструктивним механізмом є самозвинувачення, яке веде до виснаження.

Враховуючи, що сумарний бал щоденних стресорів (+0.48) постійно живить фазу напруги (+0.52), а самозвинувачення (+0.61) є прямим предиктором виснаження, домінування фази резистенції слід розглядати як критичний перехідний етап. Це є останній захисний рубіж психіки перед повним виснаженням. Ненадання цільової психологічної підтримки, спрямованої на зниження самозвинувачення та зменшення впливу особистих стресорів, неминуче призведе до стрімкого переходу більшості фахівців від фази резистенції до фази виснаження.

Встановлення взаємозв'язків між методиками дозволяє виявити цілісний набір стратегій (як свідомих, так і несвідомих), які лікарі використовують для подолання стресу в умовах воєнного часу.

Отже, основна стратегія лікарів - високоадаптивна професійна стійкість, досягнута ціною особистого виснаження. Вони активно діють (COPE) для контролю професійної сфери, що зменшує паніку (STAI), але емоційно відключаються (Бойко) для виживання на тлі неконтрольованих особистих втрат (Лазарус). Ключовий ризик виснаження походить із особистісної сфери.

Можемо сказати, що гіпотеза дослідження знайшла значне підтвердження за результатами проведеного кореляційного аналізу.

Головна теза гіпотези про те, що висока напруга та відповідальність лікарів ФРМ знижують їхню стресостійкість, була підтверджена через виявлення парадоксу стійкості:

1. Напруга як ціна стійкості: Встановлено сильний позитивний зв'язок між Активним подоланням (професійна ефективність, відповідальність) та Фазою напруги у структурі вигорання ($r = +0.52$, $p < 0.001$). Це кількісно доводить, що професійна стійкість досягається ціною постійної внутрішньої мобілізації, яка є першопричиною формування виснаження.

2. Роль проблемно-орієнтованого копінг: Підтверджено, що перевага Активного подолання (проблемно-орієнтований копінг, як і передбачала гіпотеза) є ефективним механізмом оперативного самоконтролю, що значуще

знижує ситуативну тривожність ($r = -0.45, p < 0.01$).

3. Вплив особистісних чинників: Підтверджена роль непрофесійної сфери як критичного чинника ризику: Сумарний бал стресорів (особисті втрати, здоров'я, фінанси) прямо корелює з Фазою напруги ($r = +0.48, p < 0.01$), посилюючи її.

4. Деструктивний механізм: Виявлено, що найбільш руйнівний шлях до Виснаження — це Самозвинувачення ($r = +0.61, p < 0.001$), що підтверджує включення чинника вигорання до структури стресостійкості.

Таким чином, дослідження підтвердило, що стресостійкість лікарів є високоадаптивною, але її головним ризиком є внутрішня напруга, яка посилюється непрофесійними стресорами та веде до виснаження.

3.2 Рекомендації для формування стресостійкості та профілактики вигорання лікарів ФРМ

Аналіз результатів емпіричного дослідження свідчить про високий професійний ресурс лікарів ФРМ (домінування конструктивних копінг-стратегій, помірна адаптивна тривожність), який, однак, виснажується через екстремальне емоційне навантаження, що призвело до активної Фази резистенції вигорання. Ключовий ризик — особистісна сфера (травма втрати, здоров'я, фінанси), а не професійна діяльність.

На основі цих висновків пропонуємо рекомендації для формування стресостійкості та профілактики вигорання, сфокусовані на відновленні особистісних ресурсів та зниженні фази резистенції. Вони базуються на транзакційній моделі стресу Лазаруса, визнаючи, що для зниження дистресу необхідно впливати як на когнітивну оцінку загроз (зміцнення резильєнтності), так і на ресурси подолання (адресна робота з особистісними стресорами).

Програма складається з трьох цільових блоків, що охоплюють як внутрішні ресурси, так і зовнішні чинники ризику:

1. Зміцнення когнітивної резильєнтності.
2. Регуляція емоційної сфери та зниження резистенції.
3. Адресна робота з особистісними стресорами.

Розглянемо детальніше кожен блок:

1. Зміцнення когнітивної резильєнтності (Опора на COPE)

Цей блок використовує вже домінуючі активне подолання, планування, позитивне переосмислення та прийняття, посилюючи їхню стійкість до стресу.

• 1.1. Поглиблення позитивного переосмислення:

- Мета: Інтегрувати травматичний досвід у професійну ідентичність, перетворивши «травму» на «місію».

- Дія: Регулярні групи рефлексії, сфокусовані на обговоренні успішних випадків та особистісного зростання, отриманого в умовах війни. Це має зміцнити внутрішній сенс і протидіяти самозвинуваченню (2.50).

• 1.2. Розвиток стратегічного планування відновлення:

- Мета: Перенести навичку планування (3.00) з робочих завдань на особисте життя та відновлення.

- Дія: Навчання довгостроковому плануванню особистого тайм-менеджменту та «відпускних блоків» (навіть коротких), що сприймаються як невід'ємна частина робочого процесу, а не як «розкіш».

• 1.3. Прийняття та управління невизначеністю:

- Мета: Використовувати стратегію прийняття (3.07) для зниження тривоги, пов'язаної з особистими стресорами (фінанси, здоров'я).

- Дія: Семінари з «раціональної невизначеності», де фахівці навчаються диференціювати, що можна змінити (активне подолання) і що слід прийняти (фундаментальні ризики воєнного часу), зосереджуючи енергію лише на першому.

2. Регуляція емоційної сфери та зниження резистенції

Цей блок є критичним, оскільки він націлений на фазу резистенції (2.79) та помірну особистісну тривожність (33.67).

• 2.1. «Деактивація маски» (Робота з резистенцією):

- Мета: Знизити необхідність у захисному емоційному притупленні та цинізмі, які руйнують якість життя.

- Дія: Впровадження обов'язкових психологічних дебрифінгів після найбільш складних робочих змін. Це має бути неформальна, безпечна зона для

дозволу на емоційне реагування, щоб емоції не «консервувалися» у формі резистенції.

• 2.2. Тренінг емоційної саморегуляції:

- Мета: Підсилити внутрішній контроль, щоб помірна особистісна тривожність не переростала в напругу.

- Дія: Навчання конкретним технікам (діафрагмальне дихання, прогресивна м'язова релаксація, майндфулнес-паузи), які можуть бути використані безпосередньо на робочому місці (5-хвилинні перерви).

• 2.3. Посилення соціальної підтримки (рекомендація на основі помірного використання):

- Мета: Розширити використання зовнішніх соціальних ресурсів, яке зараз є помірним.

- Дія: Формування внутрішньої системи наставництва (менторства) та buddy-системи між лікарями ФРМ, щоб забезпечити структурований канал для емоційного та професійного обміну поза офіційними заходами.

3. Адресна робота з особистісними стресорами (травма втрати)

Це найбільш важливий блок, оскільки непрофесійні стресори (втрата близької людини 3.79, здоров'я 2.50, фінанси 2.14) є головним джерелом виснаження.

• 3.1. Робота з травмою втрати та провиною вцілілого:

- Мета: Пропрацювати найінтенсивніший стресор («Смерть близької людини») та пов'язане з ним самозвинувачення (2.50).

- Дія: Забезпечення доступу до індивідуальної травма-фокусованої терапії (мінімум 5-7 сесій) для всіх, хто оцінив цю подію високо. Це не тренінг, а лікування травми.

• 3.2. Рекомендації для фінансової та соціальної стабільності:

- Мета: Зменшити хронічну фонову тривогу, пов'язану з фінансами та здоров'ям.

- Дія: Організація консультацій з фінансової грамотності в умовах воєнного часу (управління ризиками, збереження) та забезпечення пріоритетного

доступу до медичного обслуговування для самих лікарів та їхніх сімей. Це переводить невизначеність із категорії «неконтрольоване» у «кероване».

• 3.3. Підтримка сімейного тилу:

- Мета: Знизити конфлікти в сім'ї (2.07), які виснажують базовий ресурс безпеки.

- Дія: Проведення інформаційних сесій для сімей лікарів ФРМ щодо особливостей професії в умовах війни та впливу резистенції на спілкування. Надання сімейного психологічного консультування як опції.

Висновок до розділу 3

Аналіз результатів емпіричного дослідження свідчить про високий професійний ресурс лікарів фізичної та реабілітаційної медицини (ФРМ), який, однак, виснажується через екстремальне емоційне навантаження, що призвело до активної фази резистенції вигорання. Ключовий ризик для психологічного благополуччя походить із особистісної сфери (травма втрати, здоров'я, фінанси), а не з професійної діяльності.

1. Парадокс стійкості: ціна внутрішньої мобілізації

Дослідження підтвердило гіпотезу про парадоксальну природу стійкості лікарів ФРМ. Виявлено, що професійна ефективність та висока відповідальність, виражена у постійній активації активного подолання (проблемно-орієнтований копінг), є першопричиною формування фази напруги у структурі вигорання. Встановлено помірний позитивний зв'язок між Активним подоланням та Фазою напруги ($r = +0.52$, $p < 0.001$), що кількісно доводить: стійкість досягається ціною постійної внутрішньої мобілізації, яка виснажує адаптаційні резерви.

При цьому, ефективність цього копінг-профілю підтверджується негативним зв'язком між Активним подоланням та Реактивною тривожністю ($r = -0.45$, $p < 0.01$), що свідчить про те, що наявність готових стратегій дій запобігає емоційній дезорганізації та паніці.

2. Деструктивний шлях до виснаження та роль особистих стресорів

Кореляційний аналіз чітко встановив два головні джерела деструкції:

- Моральна травма як предиктор виснаження: Виявлено сильний позитивний зв'язок між Самозвинуваченням та Фазою виснаження ($r = +0.61$, $p < 0.001$). Це вказує, що інтерналізація невдач, почуття провини та сорому, є найбільш руйнівним шляхом до повного вичерпання ресурсів. Самозвинувачення є прямим проявом уразливості до моральної травми, що виникає внаслідок нездатності надати оптимальну допомогу в умовах військового часу.

- Хронічне джерело напруги: Сумарний бал щоденних стресорів (особисті втрати, здоров'я, фінансова невизначеність) має помірний позитивний зв'язок із Фазою напруги ($r = +0.48$, $p < 0.01$). Таким чином, основний психологічний удар припадає на особистісну сферу, а хронічний вплив цих неконтрольованих екзистенційних стресорів постійно живить першу фазу вигорання.

3. Програма формування стресостійкості: цільові блоки

На основі цих висновків пропонуються рекомендації, сфокусовані на відновленні особистісних ресурсів та зниженні Фази резистенції, яка є останнім захисним рубіжем перед виснаженням:

1. Зміцнення когнітивної резильєнтності:

- Дії: Поглиблення позитивного переосмислення та використання стратегії прийняття для диференціації контрольованих і неконтрольованих факторів. Це має зміцнити внутрішній сенс та протидіяти самозвинуваченню, підтримуючи компонент «Виклик» життєстійкості.

2. Регуляція емоційної сфери та зниження резистенції:

- Дії: Впровадження обов'язкових психологічних дебрифінгів та балінтовських груп для «деактивації маски» та запобігання емоційному притупленню (Деперсоналізації). Додатково необхідне навчання технікам емоційної саморегуляції (майндфулнес, дихання) для оперативного контролю напруги.

3. Адресна робота з особистісними стресорами:

- Дії: Забезпечення доступу до індивідуальної травма-фокусованої терапії для пропрацювання травми втрати та моральної травми. Це найбільш ефективний спосіб боротьби із самозвинуваченням. Паралельно необхідна

організація консультацій з фінансової грамотності та пріоритетного медичного обслуговування для самих лікарів та їхніх сімей, що переводить особистісну невизначеність із категорії «неконтрольоване» у «кероване».

Таким чином, дослідження підтвердило, що для збереження професійної ефективності лікарів ФРМ критично необхідний перехід від фокусу на професійному стресі до системної роботи з особистісною травмою та зміцненням сімейного тилу.



ВИСНОВКИ

Представлені висновки підсумовують результати теоретико-емпіричного дослідження психологічних особливостей стресостійкості та професійного вигорання лікарів фізичної та реабілітаційної медицини (ФРМ), які працюють в умовах військового конфлікту. Актуальність роботи зумовлена унікальним поєднанням високого професійного навантаження, ризиків вторинної травматизації (ВТС) та моральних дилем (МТ), що вимагає розробки цільових стратегій психологічної підтримки. На основі синтезу даних чотирьох психодіагностичних методик (COPE, STAI, Бойко, Лазарус) та кореляційного аналізу встановлено ключові фактори, що визначають адаптивність фахівців та їхню вразливість до виснаження.

Дослідження повністю підтвердило гіпотезу про те, що стресостійкість лікарів ФРМ в умовах війни є високоадаптивною, але її функціонування супроводжується критичними психологічними ризиками, які знижують її довготривалу ефективність. Це підтверджується виявленням «Парадоксом стійкості» (позитивна кореляція активного подолання і фази напруги) та домінуванням фази резистенції як захисного, але деструктивного механізму.

За результатами вирішення першого завдання виконано теоретичний аналіз та з'ясовано сучасні концепції стресу, професійного вигорання та структурно-функціональні особливості категорії «стресостійкість» у психологічній науці, а також визначено специфіку професійної діяльності лікарів ФРМ в умовах війни. Встановлено, що робота лікарів ФРМ у воєнний час являє собою унікальне поєднання високого професійного навантаження та ризиків вторинної травматизації (ВТС) і моральних дилем (МТ), що формує інтенсивне стресогенне середовище.

Аналіз результатів, проведений у рамках другого завдання дозволив здійснити емпіричне дослідження та аналіз психологічних особливостей стресостійкості, копінг-стратегій та проявів професійного вигорання у лікарів ФРМ. На підставі синтезу даних чотирьох методик, встановлено:

1. Адаптивний профіль: Лікарі ФРМ демонструють перевагу конструктивних копінг-стратегій (активне подолання, планування) та помірну адаптивну особистісну тривожність, що забезпечує високу професійну мобілізацію та оперативний самоконтроль.

2. Парадокс стійкості: Виявлено, що професійна ефективність (активне подолання) є першопричиною формування фази напруги у вигоранні ($r = +0.52$). Це доводить, що стійкість досягається ціною постійної внутрішньої мобілізації, що є деструктивним чинником у довгостроковій перспективі.

3. Захисний механізм та ризики: В емоційному вигоранні домінує фаза резистенції (емоційне притуплення, цинізм), що є захисним, але критичним перехідним механізмом перед повним виснаженням.

4. Особистісні стресори: Встановлено, що головне джерело психологічного ризику лежить у непрофесійній, особистісній сфері. Хронічне щоденне навантаження (травма втрати близької людини, проблеми зі здоров'ям та фінансова невизначеність) прямо корелює з фазою напруги ($r = +0.48$).

5. Руйнівний вплив МТ: Виявлено, що найбільш прямим і руйнівним шляхом до фази виснаження є самозвинувачення ($r = +0.61$), що є клінічним проявом уразливості до моральної травми (МТ).

На виконання третього завдання було розроблено цільові рекомендації та практичні напрями психологічної інтервенції, які мають перейти від загальних тренінгів до комплексної, багатокомпонентної підтримки:

1. Адресна робота з травмою: Ключовий акцент має бути зроблений на індивідуальній травма-фокусованій терапії для роботи з провиною вцілілого та проявами моральної травми (самозвинувачення).

2. Робота з резистенцією: Необхідне впровадження обов'язкових професійних дебрифінгів та супервізії для «деактивації маски» та запобігання поглибленню деперсоналізації.

3. Підтримка особистого тилу: Рекомендована організація соціально-психологічної підтримки, спрямованої на зменшення хронічної тривоги, пов'язаної з фінансами та здоров'ям, для зниження загальної фази напруги.

Таким чином, проведене дослідження підтвердило, що стресостійкість лікарів ФРМ базується на їхній професійній активності, але її довготривале збереження залежить від ефективного керування особистісною травмою та моральною травмою, які є основними джерелами психологічного ризику в умовах воєнного часу.



СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Андрєєва С.А., Мельник І.В. Емоційний інтелект як предиктор професійного вигорання медичних працівників. Актуальні проблеми психології. 2021. Т. 5. № 2. С. 101–110.
2. Бардин Н.М., Жидецький Ю.Ц., Кіржецький Ю.І. та ін. Стресостійкість: навчальний посібник [за ред. Я. М. Когута]. Львів. Львівський державний університет внутрішніх справ. 2021. 204 с.
3. Боженко В.Г. Стресостійкість як запорука психологічного здоров'я особистості. *Терія і практика сучасної психології*: збірник наукових праць (Запоріжжя від 27.02.2019 р.) Запоріжжя. 2019. С. 67-71.
4. Бойко В.В., Голубєва І.О. Моральна травма як фактор ризику професійної деформації медичних працівників в умовах війни. Вісник психологічних досліджень. 2023. Вип. 1 (28). С. 55–63.
5. Бойко В.В., Демчук М.О. Вторинна травматизація медичних працівників в умовах військового конфлікту: виклики та шляхи запобігання. Медична психологія. 2023. Т. 18. № 2. С. 15–23.
6. Буркало Н.І. Психологічні особливості емоційного інтелекту. Психологічний часопис. 2019. Т. 5. № 7. С. 34-49.
7. Бочелюк В.Й., Застело А.О. Соціально-психологічні особливості розвитку стресостійкості особистості. Теоретичні і прикладні проблеми психології. 2021. № 1. С. 37-50.
8. Вакуленко О.В., Кухар В.В. Особливості психологічного супроводу військовослужбовців з ампутаціями: роль реабілітаційної команди. Український науковий журнал. 2023. № 1. С. 34–42.
9. Галян А. Копінг-стратегії як чинник адаптації майбутніх медичних працівників до професійної діяльності. Науковий вісник Миколаївського національного університету імені В.О. Сухомлинського. Психологічні науки. 2016. № 1. С. 22-27.
10. Галян А. Психологічний ресурс особистості як чинник подолання стресу (огляд досліджень з проблеми). Проблеми гуманітарних наук. Серія: Психологія. 2015. Вип. 37. С. 56–66.

11. Городецька І.В. Розвиток комунікативної компетентності лікарів ФРМ для ефективного надання «поганих новин». Медичні перспективи. 2022. Т. 27. № 3. С. 115–122.

12. Григоренко С.І., Лавренюк В.О. Психологічна резильєнтність та фактори її формування у військових медиків. Проблеми сучасної психології. 2022. Вип. 2 (18). С. 60–67.

13. Грищук І.В., Петров С.М. Командна згуртованість та психологічна безпека як буфери проти вигорання у мультидисциплінарних реабілітаційних командах. Психологічний часопис. 2022. Т. 8. № 9. С. 15–26.

14. Заяць Ю.В., Шевченко Н.В. Роль супервізії та дебрифінгу у профілактиці професійного вигорання фахівців фізичної та реабілітаційної медицини. Вісник психології і педагогіки. 2021. № 1 (25). С. 135–142.

15. Карамушка, Л. Психічне здоров'я персоналу організацій в умовах війни: основні вияви та ресурси. *Вчені записки Університету «КРОК»*. (3(67)). 2022. С. 124–133.

16. Клименко І.В., Петриченко В.О. Психологія травми комбатанта: ПТСР, моральна травма та криза ідентичності. Вісник військової медицини. 2022. № 3 (9). С. 51–58.

17. Коваленко А.А., Пилипенко І.О. Особливості формування життєстійкості у медичних працівників, які надають допомогу постраждалим від бойових дій. Український психологічний журнал. 2023. № 4. С. 45–56.

18. Коломієць О.О., Задорожна І.В. Фактори ризику та превентивні заходи розвитку емоційного вигорання у лікарів ФРМ, що працюють з ветеранами. Медична психологія. 2024. Т. 19. № 1. С. 45–54.

19. Кондрацька О.О., Вовк М.Ю. Копінг-стратегії та життєстійкість особистості як чинники професійної адаптації. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки. 2018. Вип. 1. С. 98–103.

20. Корольчук В.М. Психологія стресостійкості особистості: дис. д-ра психологічних наук 19.00.01. Ін-т психології ім. Г. С. Костюка АПН Укр. К. 2009.

21. Кравцова О.К. Стресостійкість особистості як психологічний феномен: основні теоретичні підходи. Вісник післядипломної освіти. Серія: Соціальні та поведінкові науки. 2019. Вип. 7. С.98-117
22. Кричевська О.А., Палійчук В.А. Посттравматичне зростання (ПТЗ) у медиків: теоретичні моделі та можливості фасилітації. Наукові записки НаУКМА. Серія: Психологія та педагогіка. 2021. Т. 34. С. 78–89.
23. Дудник Л.М., Туз Л.Г. Особливості вияву синдрому емоційного вигорання в лікарів. Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 12: Психологічні науки. 2013. Вип. 40. С. 287-291.
24. Перелигіна Л.А., Ситник М.Ю. Професійний стрес пожежних-рятувальників і медичних працівників в екстремальних умовах діяльності. Проблеми екстремальної та кризової психології. 2013. Вип. 13. С. 205-214.
25. Марченко О.В., Кузнецов В.А. Роль мультидисциплінарної команди у психологічній підтримці військовослужбовців на етапі фізичної реабілітації. Фізична та реабілітаційна медицина: науково-практичний журнал. 2023. Т. 1. № 1. С. 5–12.
26. Карвацька Н.С., Пашковський В.М., Обезюк В.С., Сташишена О.В. Рівень емоційного вигорання у лікарів різних спеціальностей. Молодий вчений. 2014. № 5(2). С. 157-161.
27. Нагорна В.М., Семенов В.В. Моральна травма та стратегії її подолання у лікарів, які працюють з військовими травмами. Психологія і суспільство. 2023. № 3. С. 89–97.
28. Наугольник Л.Б. Психологія стресу: підручник. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ. 2015. 324с.
29. Куліш О.В., Сіпко Л.О. Вплив емпатії на формування синдрому емоційного вигорання у медичних працівників. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія. 2022. Вип. 1. С. 32–36
30. Олійник Л.М. Психодіагностика і корекція: навч. посіб. Миколаїв: «Принт-Експрес», 2010. 218с.

31. Петренко В.В., Демченко І.С. Локус контролю та його вплив на вибір копінг-стратегій у фахівців екстремальних професій. Проблеми сучасної психології. 2019. Вип. 45. С. 112–120.

32. Петренко В.Л., Микитенко О.В. Ефективність групового дебрифінгу в роботі з персоналом екстремальних служб. Проблеми сучасної психології. 2022. Вип. 4 (20). С. 150–158.

33. Романюк В.Л. Стресореактивність і стресостійкість та психічне здоров'я особистості. Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія: Психологія. 2022. С. 9-15

34. Савчук О.І. Взаємозв'язок локусу контролю з ефективністю копінг-поведінки в умовах професійної діяльності. Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія: Психологія. 2018. Вип. 7. С. 67–75.

35. Слюсар Л.О., Демчук Р.І. Роль лідерства у формуванні культури психологічної безпеки в медичних колективах. Управління персоналом. 2023. № 4. С. 92–100.

36. Стрілецька І. Соціальний інтелект як чинник професійного становлення особистості. Психологія особистості. 2015. № 1. С. 285-292

37. Лапінська Т.В. Психологічні чинники професійного вигорання середнього медичного персоналу в умовах підвищеної стресогенності: автореф. дис. ... д.філософ: 053 - Соціальні та поведінкові науки. Психологія. Інститут підготовки кадрів державної служби зайнятості України. 2021. укр.

38. Терзи О.О. Корекція та профілактика синдрому емоційного вигорання у лікарів. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія : Психологічні науки. 2017. Вип. 6(2). С. 101-105.

39. Ткаченко О.Л., Мироненко Р.С. Гнучкість копіngu як умова формування психологічної стійкості у кризових ситуаціях. Актуальні проблеми психології. 2022. Т. 7. № 1. С. 25–34.

40. Ткачук І.Б., Приходько К.С. Вплив екстремальних умов на деформацію базових когнітивних установок особистості лікаря. Проблеми екстремальної та кризової психології. 2020. Вип. 2 (16). С. 45–54.

41. Франкл В. Людина в пошуках сенсу. Харків: Клуб Сімейного Дозвілля, 2019. 288 с.
42. Чуйко В.В., Гринчук Т.П. Психологічна допомога при втраті та горю: застосування протоколів у роботі медичного персоналу. Соціальна та клінічна психіатрія. 2022. Т. 32. № 4. С. 34–42.
43. Шевченко Л.В., Бондар А.О. Комунікативні навички лікаря ФРМ у роботі з пацієнтами з ампутаціями: психологічний аспект. Український журнал військової медицини. 2023. № 2. С. 88–95.
44. Шпак М.М. Стресостійкість особистості в дискурсі сучасних психологічних досліджень. Габітус. 2022. Вип. 39. С. 199–203.
45. Яковенко В.В., Рябуха І.С. Соціальна підтримка та командна взаємодія як фактори стійкості лікарів в умовах тривалого стресу. Теоретичні і прикладні проблеми психології. 2023. № 2. С. 19–27.
46. Ялом І.Д. Теорія та практика групової психотерапії. Харків: Видавництво Vivat, 2020. 500 с.
47. Ярославська О.М., Кононенко В.І. Екзистенційний виклик військового часу: трансформація ціннісно-сислової сфери особистості лікаря. Психологія: теорія і практика. 2023. № 1 (2). С. 10–18.
48. Ярославська О.М., Петренко Л.Б. Протоколи критичного управління стресом (CISM) у роботі з багатoproфільними командами реабілітаційних центрів. Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. 2022. Т. 5. С. 201–210.
49. American Psychological Association. Stress in healthcare: A review of burnout, secondary trauma, and moral distress. Washington, DC: APA Press, 2022. 150 p.
50. Ethridge S.A., Wilson K.C. *Combat Stress Injury: Management and Care of Psychological Wounds*. New York: Springer, 2022. 350 p.
51. Figley, C.R., & Sreenivasan, S. Trauma and secondary trauma in healthcare professionals: The cost of caring. New York: Routledge, 2020. 312 p.
52. Mitchell J.T., Everly G.S. Critical Incident Stress Management (CISM): A New Era and Standard of Care. Ellicott City: Chevron Publishing, 2017. 220 p.

53. Rehabilitation Psychology Task Force. *Guidelines for the practice of rehabilitation psychology in military and veteran health*. Washington, DC: American Psychological Association, 2021. 110 p.

54. Sheppard S., Lanning S. Secondary traumatic stress and compassion fatigue in medical personnel working with combat veterans: a systematic review. *Military Medicine*. 2020. Vol. 185, Iss. 9-10. P. 1380–1386.



ДОДАТКИ

Додаток А

Методика COPE (Coping Orientation to Problems Experienced)

Інструкція: Позначте один варіант відповіді навпроти кожного твердження.

1 — зовсім ні | 2 — рідко | 3 — часто | 4 — дуже часто

1. Я концентрую зусилля, щоб щось зробити щодо проблеми.

☐1 ☐2 ☐3 ☐4

2. Я намагаюся побачити позитивні сторони ситуації.

☐1 ☐2 ☐3 ☐4

3. Я шукаю підтримки у близьких людей, щоб поговорити про свої почуття.

☐1 ☐2 ☐3 ☐4

4. Я приймаю, що ситуація така, яка вона є.

☐1 ☐2 ☐3 ☐4

5. Я намагаюся жартувати, щоб зменшити напругу.

☐1 ☐2 ☐3 ☐4

6. Я відволікаю себе іншими справами.

☐1 ☐2 ☐3 ☐4

7. Я заперечую, що ця ситуація сталась.

☐1 ☐2 ☐3 ☐4

8. Я звертаюся до релігії або духовних практик.

☐1 ☐2 ☐3 ☐4

9. Я планую, як найкраще вирішити проблему.

☐1 ☐2 ☐3 ☐4

10. Я намагаюся отримати пораду або допомогу від інших.

☐1 ☐2 ☐3 ☐4

11. Я використовую алкоголь чи інші речовини, щоб відволіктися.

☐1 ☐2 ☐3 ☐4

12. Я звинувачую себе в тому, що сталося.

☐1 ☐2 ☐3 ☐4

13. Я дію, щоб змінити ситуацію на краще.

☐1 ☐2 ☐3 ☐4

14. Я намагаюся знайти щось гарне у цій події.

☐1 ☐2 ☐3 ☐4

15. Я намагаюся заспокоїтися, розслабитися, щоб зібратися з думками.

☐1 ☐2 ☐3 ☐4

16. Я дозволяю собі відчувати емоції, не стримую їх.

☐1 ☐2 ☐3 ☐4

17. Я намагаюся просто не думати про це.

☐1 ☐2 ☐3 ☐4

18. Я зосереджуюсь на своїх інших цілях, а не на проблемі.

☐1 ☐2 ☐3 ☐4

19. Я думаю, що можу навчитися чомусь із цього досвіду.

☐1 ☐2 ☐3 ☐4

20. Я покладаюся на свої сили, щоб упоратися з цим.

☐1 ☐2 ☐3 ☐4

21. Я шукаю когось, хто міг би мені допомогти практично.

☐1 ☐2 ☐3 ☐4

22. Я уникаю людей або ситуацій, які нагадують мені про проблему.

☐1 ☐2 ☐3 ☐4

23. Я намагаюся зробити щось, щоб розслабитися (прогулянка, музика тощо).

☐1 ☐2 ☐3 ☐4

24. Я молюся або шукаю духовного розуміння.

☐1 ☐2 ☐3 ☐4

25. Я намагаюся побачити, як ця ситуація допоможе мені стати сильнішим.

☐1 ☐2 ☐3 ☐4

26. Я намагаюся не допустити, щоб емоції керували мною.

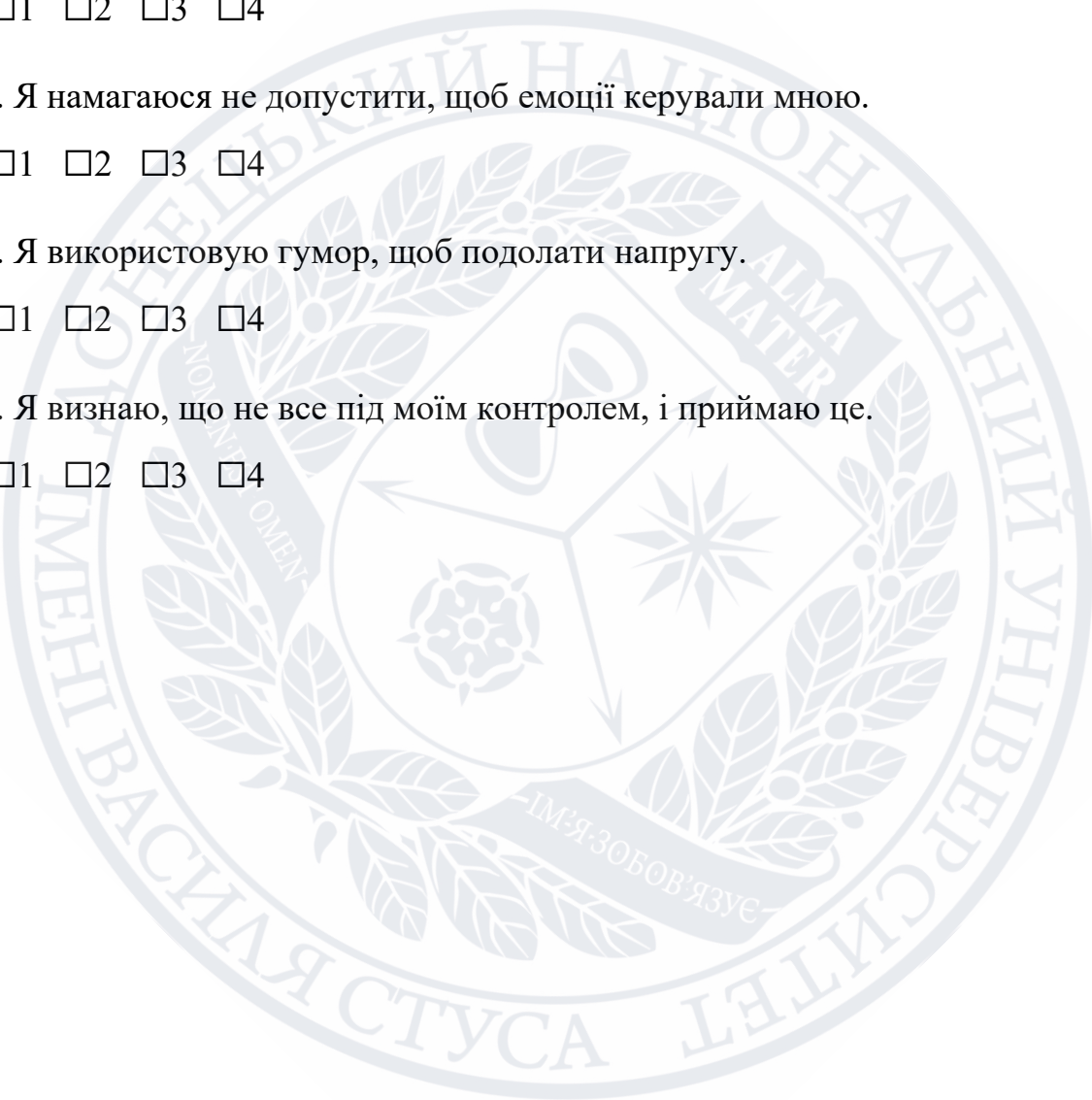
☐1 ☐2 ☐3 ☐4

27. Я використовую гумор, щоб подолати напругу.

☐1 ☐2 ☐3 ☐4

28. Я визнаю, що не все під моїм контролем, і приймаю це.

☐1 ☐2 ☐3 ☐4



**Опитувальник реактивної та особистісної тривожності Спілбергера–
Ханіна (STAI)**

Оберіть один варіант відповіді для кожного твердження.

Варіанти відповідей:

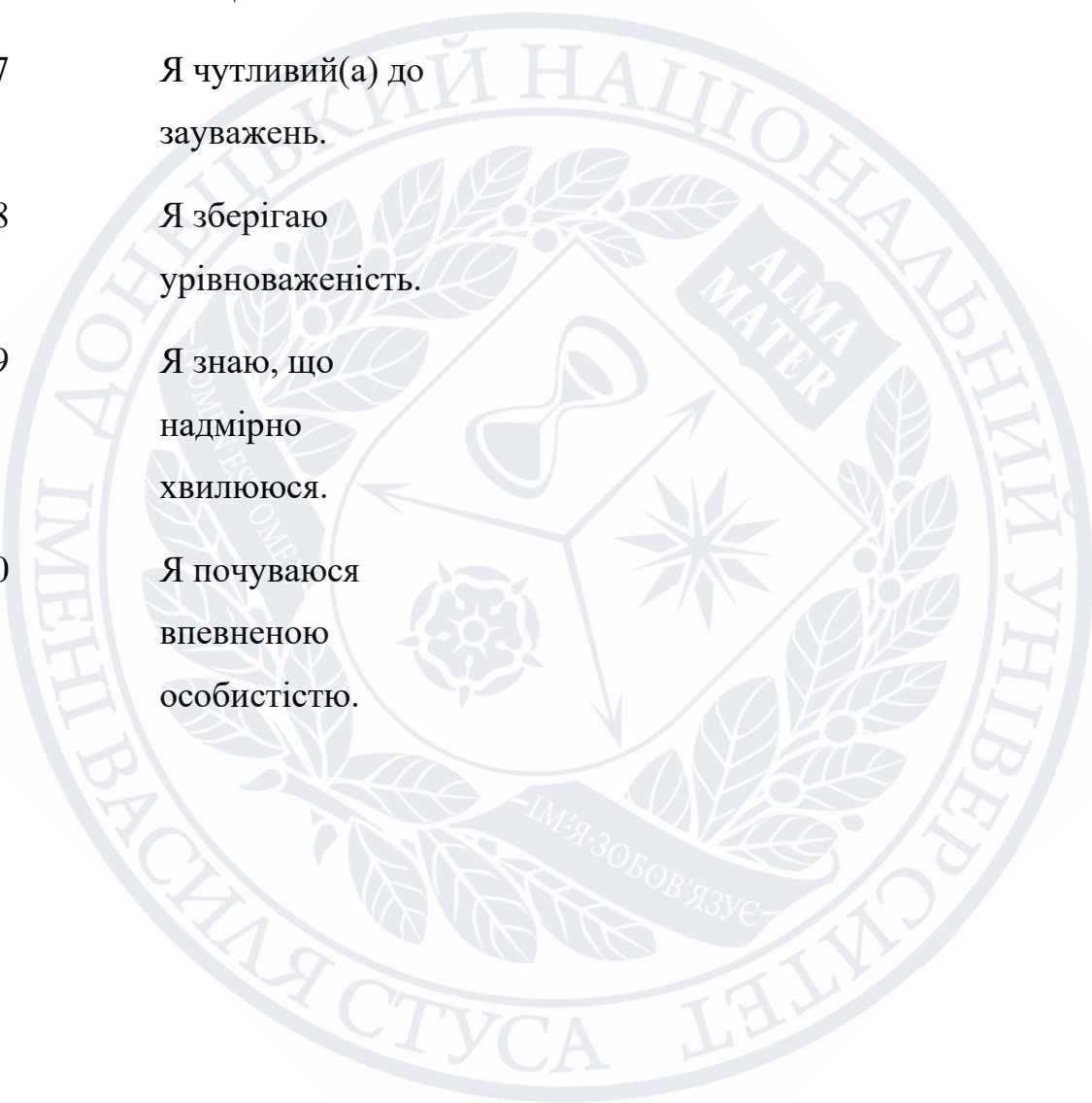
1 — зовсім ні | 2 — трохи | 3 — помірно | 4 — дуже

№	Твердження	1	2	3	4
1	Я спокійний(а).				
2	Мені хочеться плакати.				
3	Я напружений(а).				
4	Я розслаблений(а).				
5	Я стривожений(а).				
6	Я відчуваю внутрішній комфорт.				
7	Я відчуваюся пригніченим(ою).				
8	Я відчуваю себе впевнено.				
9	Я схвилюваний(а).				

- 10 Я почуваюся
комфортно.
- 11 Я нервую.
- 12 Я відчуваю
внутрішній
спокій.
- 13 Я емоційно
збуджений(а).
- 14 Мені здається, що
все добре.
- 15 Я відчуваю
внутрішню
напругу.
- 16 Я почуваюся
задоволеним(ою).
- 17 Я дуже
схвилюваний(а).
- 18 Я відчуваю
контроль над
ситуацією.
- 19 Я страждаю від
хвилювання.
- 20 Я почуваюся
захищеним(ою).
- 21 Я легко
засмучуюся.

- 22 Я відчуваю
внутрішній
спокій.
- 23 Я переживаю
через дрібниці.
- 24 Я
незворушний(а).
- 25 Я часто
хвилююсь.
- 26 Я здатний(а)
почуватися
розслаблено.
- 27 Мене часто
турбують думки.
- 28 Я впевнений(а) у
собі.
- 29 Я легко дратуюся.
- 30 Я зберігаю
холоднокровність.
- 31 Я відчуваю
емоційну напругу.
- 32 Я стійкий(а) до
стресу.
- 33 Я часто
переживаю.

- 34 Я легко приймаю
рішення.
- 35 Я нервовий(а).
- 36 Я здатний(а)
контролювати
емоції.
- 37 Я чутливий(а) до
зауважень.
- 38 Я зберігаю
урівноваженість.
- 39 Я знаю, що
надмірно
хвилююся.
- 40 Я відчуваюся
впевненою
особистістю.



Додаток В

Методика «Діагностики рівня емоційного вигорання» (В. Бойко)

На кожне із запропонованих нижче суджень дайте відповідь: «Так» або «Ні».

№	Твердження	Так / Ні
1	Організаційні помилки на роботі постійно змушують нервувати, напружуватися, хвилюватися.	
2	Сьогодні я задоволений своєю професією не менше, ніж на початку кар'єри.	
3	Я помилився у виборі професії чи профілю діяльності (займаю не своє місце).	
4	Мене турбує те, що я став гірше працювати (менш продуктивно, менш якісно, повільніше).	
5	Теплота у взаємодії з партнерами дуже	

залежить від мого
настрою.

6 Від мене, як від
професіонала, мало
залежить добробут
партнерів.

7 Коли я приходжу з
роботи додому, то
деякий час мені
хочеться побути на
самоті, щоб зі мною
ніхто не спілкувався.

8 Коли я відчуваю
втому чи напруження,
то намагаюся швидше
вирішити проблеми
партнера (згорнути
взаємодію).

9 Мені здається, що
емоційно я не можу
дати колегам того, що
потребує
професійний
обов'язок.

10 Моя робота
притупляє емоції.

11 Я відверто втомився
від людських

проблем, з якими
доводиться мати
справу на роботі.

12 Трапляється, я погано
засинаю (сплю) через
хвилювання,
пов'язані з роботою.

13 Взаємодія з
партнерами потребує
від мене великого
напруження.

14 Робота з людьми
приносить мені все
менше задоволення.

15 Я б змінив місце
роботи, якби
з'явилась така
можливість.

16 Мене часто засмучує
те, що я не можу на
потрібному рівні
надати професійну
підтримку, послугу,
допомогу.

17 Мені завжди вдається
запобігти впливу
поганого настрою на
ділові контакти.

- 18 Мене дуже засмучує
ситуація, коли щось
не йде на лад у
стосунках з діловим
партнером.
- 19 Я так стомлююся на
роботі, що вдома
намагаюся
спілкуватися якомога
менше.
- 20 Через брак часу,
втому та напруження
часто приділяю
партнеру менше
уваги, ніж потрібно.
- 21 Іноді звичні ситуації
спілкування на роботі
дратують мене.
- 22 Я спокійно сприймаю
обґрунтовані
претензії партнерів.
- 23 Спілкування з
партнерами спонукає
мене уникати людей.
- 24 При згадці про
деяких партнерів та
колег у мене псується
настрій.

- 25 Конфлікти та
суперечки з колегами
віднімають багато сил
та емоцій.
- 26 Мені все складніше
встановлювати або
підтримувати
контакти з діловими
партнерами.
- 27 Обставини на роботі
здаються мені дуже
складними і важкими.
- 28 У мене часто
виникають тривожні
очікування, пов'язані
з роботою.
- 29 Якщо партнер мені
неприємний, то я
намагаюсь обмежити
час спілкування з
ним.
- 30 У спілкуванні на
роботі я дотримуюся
принципу «не роби
людям добра — не
отримаєш зла».

31 Я з радістю
розповідаю домашнім
про свою роботу.

32 Трапляються дні,
коли мій емоційний
стан погано
відображається на
результатах роботи.

33 Іноді я відчуваю, що
потрібно
поспівчувати
партнерові, але не в
змозі цього зробити.

34 Я дуже хвилююся за
свою роботу.

35 Партнерам по роботі
віддаю більше уваги
та турботи, ніж
отримую від них
вдячності.

36 При одній згадці про
роботу мені стає
погано: погіршується
самопочуття.

37 У мене добрі (в
цілому задовільні)
стосунки з

безпосереднім
керівником.

38 Я часто радію, коли
бачу, що моя робота
приносить користь
людям.

39 Останнім часом мене
переслідують невдачі
на роботі.

40 Деякі аспекти моєї
роботи викликають
розчарування, нудьгу
і зневіру.

41 Трапляються дні,
коли контакти з
партнерами
складаються гірше,
ніж зазвичай.

42 Я переймаюся
проблемами ділових
партнерів менше, ніж
зазвичай.

43 Втома від роботи
призводить до того,
що я намагаюся
скоротити час
спілкування з

друзями та
знайомими.

44 Зазвичай я виявляю
зацікавленість
особистістю партнера
більше, ніж вимагає
справа.

45 Зазвичай я приходжу
на роботу
відпочивши та в
доброму настрої.

46 Іноді я ловлю себе на
тому, що працюю з
партнерами
автоматично, без
душі.

47 У справах
зустрічаються
настільки неприємні
люди, що всупереч
волі бажаєш їм чогось
недоброго.

48 Після спілкування з
неприємними
партнерами в мене
буває погіршення
самопочуття.

- 49 На роботі я постійно
відчуваю психічне та
фізичне
перевантаження.
- 50 Успіхи в роботі
надихають мене.
- 51 Ситуація на роботі
здається безвихідною.
- 52 Я втратив спокій
через роботу.
- 53 Впродовж останнього
року траплялися
скарги на мене з боку
партнерів.
- 54 Мені вдається
зберегти нерви, бо я
не беру близько до
серця багато з того,
що відбувається.
- 55 Я часто з роботи
приношу додому
негативні емоції.
- 56 Я часто працюю
через силу.
- 57 Раніше я був більш
співчутливим та

уважним до
партнерів, ніж тепер.

58 У роботі з людьми я
керуюся принципом:
не псуй нерви,
бережи здоров'я.

59 Іноді я йду на роботу
з важким відчуттям:
як все набридло.

60 Після напруженого
робочого дня я
відчуваю, що
занедужав.

61 Контингент
партнерів, з якими я
працюю, дуже
важкий.

62 Іноді мені здається,
що результати моєї
роботи не варті
витрачених зусиль.

63 Якщо б мені
поталанило з
роботою, я був би
набагато
щасливішим.

- 64 Я у відчаї від того,
що на роботі в мене
серйозні проблеми.
- 65 Іноді я поводжуся зі
своїми партнерами
так, як би не хотів,
щоб вони поводитися
зі мною.
- 66 Я засуджую
партнерів, які
розраховують на
особливу
поблажливість.
- 67 Зазвичай після
роботи у мене не
вистачає сил
займатися домашніми
справами.
- 68 Часто я підганяю час:
швидше б закінчився
робочий день.
- 69 Стан, прохання,
потреби партнерів
зазвичай мене щиро
хвилюють.
- 70 Працюючи з людьми,
я ніби ставлю екран,
що захищає мене від

чужих страждань та
негативних емоцій.

71 Робота з людьми
дуже розчарувала
мене.

72 Щоб відновити сили,
я часто вживаю ліки.

73 Зазвичай мій робочий
день проходить
спокійно і легко.

74 Мої вимоги до роботи
вищі, ніж те, що я
досягаю через певні
обставини.

75 Моя кар'єра склалася
вдало.

76 Я дуже нервую з
приводу роботи.

77 Деяких партнерів я не
хотів би бачити й
чути.

78 Я схвалюю колег, які
повністю
присвячують себе
людям, нехтуючи
власними інтересами.

79 Моя втома від роботи
 зазвичай не
 відображається на
 спілкуванні з
 близькими.

80 За можливості, я
 віддаю партнерові
 менше уваги, але так,
 щоб він цього не
 помітив.

81 Мене часто підводять
 нерви у спілкуванні з
 людьми на роботі.

82 До майже всього, що
 відбувається на
 роботі, я втратив
 живе почуття
 зацікавленості.

83 Робота з людьми
 погано вплинула на
 мене як на фахівця —
 зробила знервованим,
 злим.

84 Робота з людьми
 підриває моє
 здоров'я.

Шкала щоденних стресорів та приємних подій Лазаруса

Оцініть, як часто протягом останнього місяця Ви переживали **кожну** подію.

Варіанти відповідей:

1 — ніколи | 2 — рідко | 3 — інколи | 4 — часто | 5 — дуже часто

№	Подія	1	2	3	4	5
1	Конфлікт на роботі або у сім'ї.					
2	Відчуття нестачі часу для важливих справ.					
3	Непередбачувані труднощі в побуті.					
4	Підвищена втома після робочого дня.					
5	Фізичний дискомфорт або легке нездужання.					
6	Зміна планів упродовж дня.					
7	Велика кількість справ, що накопичились.					

- 8 Неприємне спілкування з кимось.
- 9 Невеликі фінансові складнощі.
- 10 Відчуття перенавантаження інформацією.
- 11 Приємна несподіванка або добра новина.
- 12 Успішне завершення справи.
- 13 Підтримка або добра розмова з близькими.
- 14 Відчуття спокою та відпочинку.
- 15 Приємна подія на роботі чи вдома.
- 16 Комплімент або вдячність від інших.
- 17 Момент відчуття успіху.

- 18 Корисний
відпочинок або
хобі.
- 19 Зустріч із
приємною
людиною.
- 20 Діяльність, що
принесла
задоволення.

