

МІНІСТЕРСТВО КУЛЬТУРИ ТА СТРАТЕГІЧНИХ КОМУНІКАЦІЙ
УКРАЇНИ ХАРКІВСЬКА ДЕРЖАВНА АКАДЕМІЯ КУЛЬТУРИ
ФАКУЛЬТЕТ КУЛЬТУРОЛОГІЇ ТА СОЦІАЛЬНИХ КОМУНІКАЦІЙ
Кафедра психології, педагогіки та філології

ДАРИНА КІРША
ЕМОЦІЙНИЙ ІНТЕЛЕКТ ЯК ЧИННИК ПОДОЛАННЯ
ПРОФЕСІЙНИХ КРИЗ

спеціальність 053 Психологія

галузь знань 05 Соціальні та поведінкові науки

Подається на здобуття освітньої кваліфікації магістр з кризової психології

Кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело.



[Handwritten signature]

Дарина Кірша

Науковий керівник: Большакова Анастасія Миколаївна, доктор психологічних наук, професор

Дата захисту 16.12.2025

Національна шкала Вірнісно

Кількість балів 5 оцінка ЕCTS A

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ФЕНОМУ СТРЕСОСТІЙКОСТІ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ	9
1.1. Стресостійкість як властивість особистості	9
1.2. Стрес: поняття, вплив, фази, характеристика	12
1.3. Суттєві ознаки професійного стресу	19
1.4. Прояви синдрому емоційного вигорання у медичних працівників	22
1.5. Стресостійкість як чинник запобігання професійному стресу у медичних працівників	23
Висновки до першого розділу	27
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СТРЕСОСТІЙКОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ У КРИЗОВИХ УМОВАХ	28
2.1. Організація та проведення емпіричного дослідження психологічних особливостей стресостійкості медичних працівників у кризових умовах	28
2.2. Результати дослідження психологічних особливостей стресостійкості медичних працівників у кризових умовах.....	30
Висновки до другого розділу	36
РОЗДІЛ 3. ПРОФІЛАКТИКА СТРЕСОСТІЙКОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ У КРИЗОВИХ УМОВАХ.....	37
3.1. Програма профілактики стресу і розвиток стресостійкості медичних працівників у кризових умовах із використанням арт-терапевтичних методів.....	37
3.2. Практичні напрями профілактики	40
Висновки до третього розділу	42

ВИСНОВКИ.....	43	
СПИСОК	ВИКОРИСТАНОЇ	ЛІТЕРАТУРИ
.....	47	

ВСТУП

Актуальність дослідження. Медицина це найскладніша сфера діяльності, яка потребує не лише професійних знань і навичок, але й інтуїції та високих моральних якостей. Звертаючись за медичною допомогою, людина очікує отримати кваліфіковану та якісну послугу. Це означає, що лікар повинен мати відповідну підготовку, надавати допомогу в потрібному обсязі, використовувати якісні засоби та підходити до пацієнта з відповідним психологічним настроєм.

Медичні працівники в своїй роботі стикаються з різними несприятливими факторами: шкідливі хімічні речовини, біологічні агенти, випромінювання, шум, високе нервово-психічне навантаження, незручне положення тіла під час роботи тощо. Особливу увагу приділяють психологічним чинникам, які безпосередньо впливають на психічний стан медиків.

Питання стресу та професійного стресу активно досліджується вченими як в Україні, так і за кордоном. З роками ця проблема стає все актуальнішою, а кількість наукових робіт зростає. Значний внесок у вивчення стресу зробили такі дослідники, як Р. Лазарус, Дж. Брайт, Г. Сельє, Дж. Грінберг, С. Фолкман, К. Вайман, Т. Парсонс, В. Панок, М. Аргайл, Х. Стівен, Л. Карамушка та інші. Теорії та моделі стресу, починаючи з середини ХХ століття, активно розвиваються. Кожна з них пропонує своє розуміння природи стресу, особливостей його проявів та способів впливу на нього. [3].

Об'єкт дослідження – психологічні особливості стресостійкості медичних працівників, які працюють у кризових умовах.

Предмет дослідження – ресурси стресостійкості медичних працівників у кризових умовах.

Гіпотеза дослідження – медичні працівники, які працюють у кризових умовах, відрізняються підвищеним рівнем психоемоційного напруження, що може знижувати їхню стресостійкість, однак наявність внутрішніх

(особистісні ресурси, професійна мотивація) та зовнішніх чинників (командна підтримка, соціальне визнання) сприяє збереженню психологічної стійкості.

Мета – визначити психологічні особливості та фактори, що впливають на стресостійкість медичних працівників у кризових умовах.

Задля здобутку поставленої мети потрібно розв'язати наступні **завдання:**

1. Проаналізувати наукові підходи до вивчення стресостійкості та психоемоційного напруження медичних працівників.

2. Визначити внутрішні (особистісні ресурси, професійна мотивація) та зовнішні (командна підтримка, соціальне визнання) чинники, що сприяють стресостійкості.

3. Дослідити рівень стресостійкості медичних працівників у кризових умовах за допомогою психологічних методик.

4. Виявити взаємозв'язок між наявністю ресурсів і рівнем стресостійкості.

5. Розробити програму розвитку стресостійкості медичних працівників у кризових умовах.

Методологічні основи та методи дослідження.

1. Теоретичні методи:

1.1. Аналіз і синтез наукової літератури

- Використовується для систематизації даних щодо стресостійкості медичних працівників та факторів, що впливають на психоемоційний стан у кризових умовах.

- Дає змогу виділити внутрішні та зовнішні ресурси, що сприяють подоланню стресу.

1.2. Порівняльний метод

- Застосовується для зіставлення різних концепцій і підходів (наприклад, концепція Г. Сельє, когнітивно-стресова модель Лазаруса) до вивчення стресостійкості.

- Дозволяє визначити ефективні підходи, релевантні до медичних працівників у кризових умовах.

1. 3. Узагальнення та інтерпретація

- Дає змогу формувати висновки про особливості психоемоційного стану медичних працівників та ключові фактори, що впливають на стресостійкість.

2. Емпіричні методи:

Емпіричні методи спрямовані на безпосереднє вивчення психологічних особливостей та рівня стресостійкості медичних працівників.

2.1. Психологічні опитувальники та тести:

- Методика «Оцінка стресостійкості» (G. Selye, адаптовані шкали).
- Мета: визначення загального рівня стресостійкості та реакцій на стресові фактори.
- Методика «Ресурсів особистості»
- Мета: визначення внутрішніх ресурсів (самооцінка, самоконтроль, мотивація).
- Опитувальник соціальної підтримки та командної взаємодії
- Мета: оцінити зовнішні ресурси, що впливають на стресостійкість.

2.2. Спостереження:

- Використовується для оцінки поведінкових реакцій медичних працівників у кризових ситуаціях.
- Дає змогу виявити специфіку реагування та копінг-стратегії в реальних умовах роботи.

2.3. Статистична обробка даних

- Методи: описова статистика, кореляційний аналіз для виявлення зв'язку між рівнем стресостійкості та внутрішніми/зовнішніми ресурсами.

3. Методи обробки результатів.

- кореляційний аналіз;
- описова статистика;

- порівняльний аналіз;
- графічна візуалізація результатів.

Теоретико-методологічну основу дослідження становлять теоретичні підходи та методи, які визначають напрямок, концепції та способи пізнання явища стресостійкості медичних працівників у кризових умовах, а саме:

1. Теоретичні основи

1. Концепція Г. Сельє (теорія стресу як загальної адаптаційної реакції організму)

- Пояснює фізіологічні та психічні реакції людини на стрес.
- Дає базу для визначення, що таке стресостійкість і як її вимірювати.

2. Когнітивно-стресова модель Лазаруса

a) Стрес залежить від оцінки ситуації та власних ресурсів особистості.

b) Допомагає зрозуміти, як внутрішні ресурси (самооцінка, мотивація, coping-стратегії) впливають на стресостійкість.

3. Психологічні підходи до ресурсів особистості

a) визначають роль внутрішніх і зовнішніх ресурсів у подоланні стресу (особистісні риси, командна підтримка, соціальне визнання).

2. Теоретичні методи

Це методи, які дозволяють систематизувати знання та підготувати емпіричне дослідження:

- Аналіз і синтез наукової літератури – для узагальнення даних про стресостійкість медичних працівників і фактори впливу.

- Порівняльний метод – для зіставлення різних теоретичних моделей і концепцій стресостійкості.

- Узагальнення та інтерпретація – для формування висновків про психологічні особливості та фактори, що впливають на стресостійкість.

Отже, **теоретико-методологічну основу** складають:

1. Теоретичні концепції стресу та стресостійкості (Сельє, Лазарус, психологія ресурсів особистості).

2. Дослідження ґрунтувалося на застосуванні теоретичних методів аналізу, синтезу, порівняння та узагальнення, що дозволило комплексно підійти до вивчення психологічних особливостей медичних працівників в умовах кризи. Емпіричне дослідження проводилося в серпні-вересні 2025 року серед 60 медичних працівників бойових частин, включаючи лікарів та парамедиків. Збір даних здійснювався через месенджери WhatsApp та Telegram. Вік респондентів становив від 24 до 58 років. Гендерний склад вибірки включав 25% чоловіків (15 осіб) та 75% жінок (45 осіб). Професійний досвід учасників коливався від 2 до 35 років. За рівнем освіти 80% респондентів (48 осіб) мали вищу освіту, а 20% (12 осіб) - середню спеціальну медичну освіту. Професійний розподіл показував, що 58,3% (35 осіб) становили лікарі, а 41,7% (25 осіб) - молодший медичний персонал. Учасники представляли п'ять відділень: терапевтичне (18 осіб), хірургічне (15 осіб), реанімаційне (12 осіб), інфекційне (10 осіб) та інші відділення (5 осіб).

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ФЕНОМУ СТРЕСОСТІЙКОСТІ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

1. Стресостійкість як властивість особистості

Стресостійкість як психологічний феномен останнім часом привертає все більшу увагу дослідників, що зумовлено специфікою сучасних умов життя та професійної діяльності. Визначення Д. М. Дубравської розкриває стресостійкість як індивідуальну здатність організму зберігати нормальну працездатність під час дії стресору. Це визначення, хоч і дозволяє фіксувати момент настання стресу через зниження ефективності діяльності, має суттєвий недолік - воно не враховує ресурсні витрати організму на підтримку працездатності. Особливі труднощі у вивченні стресостійкості виникають при спробах оцінити реакцію людини на психологічні фактори. Якщо стійкість до фізичних чи хімічних стресорів (таких як температурні коливання, фізичні навантаження або токсичні речовини) можна виміряти відносно об'єктивними критеріями, то з психологічними стресорами ситуація значно ускладнюється. Ця складність зумовлена індивідуальністю кожної людини - різними системами цінностей, життєвими установками, потребами, умовними рефлексами та накопиченим досвідом[26].

Сучасна психологічна наука розглядає стресостійкість як складну багатокомпонентну характеристику, що об'єднує різні аспекти особистості. Вона формується з уже набутого досвіду подолання складних ситуацій, специфічних рис характеру, особливостей мотивації, механізмів психологічного захисту, здатності до адаптації та індивідуальних внутрішніх ресурсів. Ця динамічна система постійно розвивається через взаємодію емоційних, вольових та інтелектуальних складових. Важливим аспектом є вікова динаміка стресостійкості. Функціональні системи організму проходять значні трансформації протягом усього життя, послідовно минувши стадії формування, стабілізації та природного згасання. Цей процес безпосередньо впливає на розвиток адаптивних механізмів, що забезпечують стійкість до

стресу. Саме тому стресостійкість дитини, підлітка, дорослої чи літньої людини має істотні відмінності.

Індивідуальні особливості реагування на стрес проявляються у широкому спектрі - від різких коливань між станами збудження та заторможеності до повної відсутності зовнішніх проявів. Клінічні спостереження підтверджують, що симптоми, що свідчать про переживання важкої стресової ситуації, зазвичай проявляються протягом місяця після психотравмуючої події. До таких подій належать як короткострокові психотравмуючі обставини (конфлікти, втрата близьких), так і раптові загрози життю. Особливості вікового реагування демонструють, що чим молодша людина, тим вища ймовірність зіткнення з шокowymi психічними травмами, що несуть безпосередню загрозу життю.

Стресостійкість залежить від індивідуальних особливостей. Психологічні особливості можуть як і збільшувати ймовірність дисфункцій в екстремальних умовах, так і допомагати їх узгодженню. Певна психічна діяльність обумовлена внутрішніми та зовнішніми факторами, які можуть розглядатися тільки у єднанні та взаємодії обох факторів. Зовнішні причини викликають психологічний ефект опосередковано через внутрішні умови. Результатом взаємодії є психічний стан, який характеризує особистість в даний проміжок часу. Певні особливості можуть зумовлювати поведінку людини у важких ситуаціях, їх мотиви та потреби.

Емоційні якості людини значно впливають на її психічний стан. Разом із мотивацією вони визначають, наскільки стійкою є психіка людини до небезпечних впливів зовнішнього середовища. Ці якості впливають на стабільність людини та її дії в екстремальних умовах [7]. Стрес виникає, коли у людини є дуже сильна мотивація, але її здатність адаптуватися є низькою. Як зазначав П. Фресс, причинами стресу є неспроможність швидко пристосуватися (через новизну чи раптовість ситуації) та надмірна мотивація.

Згідно з концепцією Р. Лазаруса, головним елементом стресової ситуації є розрив між тим, на що людина здатна, та тим, чого вимагають від неї

зовнішні обставини. Саме мотивація формує ці вимоги [38]. Такі індивідуальні риси, як підвищена емоційність, невротичність та тривожність, ключово впливають на те, як людина сприймає кризову ситуацію. Через них людина може реагувати на незначний подразник так, ніби вона надзвичайно мотивована. У цьому випадку тривожність це не тимчасова реакція на стрес, а постійна особистісна риса. Ця риса підвищує загальну активність. Звідси висновок: висока тривожність впливає на діяльність так само, як і висока мотивація, але цей ефект проявляється лише в загрозованих ситуаціях [6].

Тривожність як стійка особистісна риса здатна завдати значної шкоди організму. Підвищена чутливість до навіть незначних подразників провокує виникнення деструктивних емоційних станів. Це відбувається, коли мозок не встигає адекватно переробити потік зовнішніх сигналів, і людина починає реагувати на примітивному рівні на уявну загрозу. Така реакція може негативно вплинути на емоційну сферу, поведінку та фізіологічні процеси. Ігнорування комплексу таких симптомів здатне призвести до розвитку тривожних розладів та інших негативних наслідків, що обумовлює важливість цілеспрямованого формування стресостійкості [30]. Таким чином, стресостійкість людини визначається її емоційними особливостями, мотивацією та індивідуальними характеристиками. Спільно з цими якостями розвивається біологічна система, що формується в процесі взаємодії з зовнішнім і внутрішнім середовищем. У пам'яті людини накопичується набір "комплексів" адаптаційних реакцій, кожен з яких містить: 1) концептуальну модель важливої події, яка служить еталоном для порівняння з реальною ситуацією; 2) програму дій, адекватних цій моделі; та 3) механізми, що забезпечують функціонування всього комплексу реакцій [8].

Стійкість до стресу розвивається через життєвий досвід за умови активної та свідомої участі самої людини, яка не уникає складних ситуацій, а іноді навіть свідомо їх шукає. Отже, основу формування стресостійкості складає не лише сукупність особистісних якостей та набутого досвіду, але й результат цілеспрямованого самовиховання, вміння свідомо керувати своїми

психічними станами та вчинками, а також здатність прогнозувати наслідки власних дій [13].

1.2. Стрес: поняття, вплив, фази, характеристика

Мозок людини постійно опрацьовує безліч різних сигналів як з всередині організму, так і ззовні. Коли трапляється несподівана або складна ситуація, природна рівновага між організмом і навколишнім середовищем порушується. У відповідь на це виникає неспецифічна реакція організму, яка і називається стресом [4]. Стрес це стан психічного напруження, який з'являється у людини під час діяльності в особливо складних та тяжких умовах. Життя часто стає для людини суворою школою. Труднощі, що виникають на нашому шляху (від невеликої проблеми до серйозної трагедії), викликають у нас негативні емоції, які, у свою чергу, супроводжуються цілим комплексом фізіологічних та психологічних змін.

У психології існує кілька теорій, що пояснюють природу стресу, серед яких найбільш відомою є концепція Ганса Сельє. Вона описує механізм виникнення стресу таким чином: усі живі організми мають природний механізм підтримки внутрішньої рівноваги, яку можуть порушити потужні зовнішні подразники [7]. У відповідь на ці подразники організм активує захисно-пристосувальну реакцію у вигляді підвищеної збудливості, намагаючись адаптуватися до нових умов. Саме ця неспецифічна реакція збудження і становить суть стресу. Якщо стресовий чинник продовжує діяти, напруга посилюється і запускає каскад фізіологічних змін - організм намагається захиститися, запобігти або придушити стрес. Однак ресурси організму не безмежні, і при тривалому чи надмірному стресовому впливі вони можуть повністю виснажитися, що призводить до захворювань або навіть смерті [15].

Хоча екстремальні ситуації трапляються з людиною кілька разів на день, певний рівень стресу є необхідним для підтримки життєвого тону.

Проте коли стрес досягає критичної межі, він починає завдавати шкоди не лише фізичному здоров'ю, але й суттєво знижує загальну активність людини [23]. Стрес як фізіологічна реакція мобілізує внутрішні резерви організму, готуючи тіло до активних дій - боротьби, спротиву чи втечі. Під час стресу відбувається вивільнення гормонів, змінюються показники роботи серцево-судинної системи (ритм серця, частота пульсу) та інших органів [7].

Стрессова реакція має індивідуальний характер: у одних людей вона активізує діяльність і підвищує продуктивність, у інших - викликає пасивність і різке зниження ефективності. На цій особливості ґрунтується механізм психологічного тиску через стрес. Хоча в повсякденному житті рідко трапляються критичні ситуації, знизити працездатність і сприйняття людини можна досить простими способами. Оскільки кожна людина має вроджене відчуття небезпеки, вплив гучними звуками, раптовими рухами, предметами, що швидко наближаються, яскравими спалахами світла або несподіваними дотиками може викликати дезорієнтацію та знизити чутливість [21].

Наприклад, інтенсивний шумовий вплив (понад 120 децибел) може спричинити головний біль, порушення координації рухів, здатності аналізувати ситуацію та приймати рішення. Ще більш серйозні наслідки можуть викликати низькоінтенсивні звуки, що генеруються СВЧ-генераторами. Практично не помітні для слуху, вони здатні входити в резонанс з коливаннями внутрішніх органів людини і навіть призводити до серйозних патологічних змін в організмі [15].

1. Вплив інфразвуку

Якщо частота інфразвуку нижча за частоту коливань мозку, у людини виникає почуття паніки, вона втрачає контроль над ситуацією та самовладання.

2. Фази та складові стресу

Розвиток стресу проходить через три послідовні фази. Перша фаза - стадія тривоги, що є початковою реакцією на стресор. На цьому етапі спостерігаються характерні фізіологічні зміни: прискорення дихання,

підвищення артеріального тиску та збільшення частоти серцевих скорочень. Паралельно відбуваються зміни в психічному стані: посилюється збудження, увага фокусується на джерелі загрози, активуються механізми контролю ситуації. Основне призначення цієї стадії - мобілізація захисних ресурсів організму. Якщо стресова ситуація вирішується, стресовий стан припиняється. Більшість стресових реакцій завершуються саме на цьому етапі.

Друга фаза - стадія опору - активується, коли стрес-фактор продовжує діяти. На цьому етапі організм залучає резервні сили, що призводить до максимального навантаження на всі фізіологічні системи. Третя фаза - стадія виснаження - настає при тривалому впливі стресового чинника, коли резерви організму вичерпуються і здатність до опору різко знижується. Стрес повністю підпорядковує собі людину і може стати причиною розвитку захворювань [20]. Стресовий відгук ініціюється суб'єктивним сприйняттям ситуації як загрозливої. Інтенсивність сприйняття загрози індивідуальна для кожної людини, але завжди супроводжується негативними емоціями. Усвідомлення загрози та супутні негативні емоції стимулюють активні дії: боротьбу з джерелом стресу, його знищення або уникнення. На цю активність витрачаються значні енергетичні ресурси. Якщо ситуація не знаходить вирішення, а енергія виснажується, може розвинутися невроз або серйозні фізіологічні порушення. Саме суб'єктивне сприйняття загрози є основним стресовим чинником [27].

Індивідуальні відмінності у сприйнятті одних і тих же ситуацій обумовлюють варіабельність стресових реакцій та їх інтенсивності [29]. Відчуття загрози активізує захисні механізми, змушуючи людину використовувати набутий досвід, здібності та внутрішні ресурси. Адекватність оцінки загрози безпосередньо впливає на мотивацію подолання труднощів. Джерелом загрози можуть виступати різні аспекти життєдіяльності: здоров'я, життя, матеріальний добробут, соціальний статус, самооцінка, благополуччя близьких тощо [21]. З психологічної точки зору, стрес являє собою специфічну

форму сприйняття екстремальної ситуації та відповідну модель поведінки [33].

Стрес може мати гостру або хронічну форму. Якщо раніше вважалося, що стрес викликають виключно екстремальні події (гострий стрес), то сучасні дослідження показують, що особливості сучасного способу життя, такі як інформаційне перевантаження, часто призводять до хронічного стресу. Сьогодні стресові розлади набули характеру масового явища [35]. Афект являє собою стан, протилежний душевній рівновазі, що характеризується інтенсивним емоційним переживанням та порушенням нормального перебігу психічних процесів. Афект позбавляє людину здатності до раціонального мислення та волевого контролю. Зазвичай він виникає у відповідь на сильні та раптові зовнішні впливи, що викликають різкі та глибокі зміни в емоційному стані [7].

Варто розрізняти афекти та пристрасті: перші виникають раптово, швидко досягають піку інтенсивності та також швидко згасають; другі характеризуються тривалістю та стабільністю, часто розвиваються поступово, але, опанувавши емоційним станом людини, піддаються корекції лише з великими зусиллями [32].

Афекти можуть проявлятися з різною інтенсивністю. У своїй найвищій формі вони мають приголомшливий ефект і іноді навіть можуть стати причиною смерті, як, наприклад, у випадках сильного переляку від радості чи страху. Емоції, що викликаються афектом, можуть бути як приємними, так і неприємними, а іноді поєднують у собі протилежні відчуття, як-от радість і смуток одночасно, наприклад, при глибокому здивуванні [15]. Залежно від характеру впливу на психічний стан, афекти поділяють на збудливі, такі як гнів чи радість, та гнітючі, як-от смуток або туга. Через тісний зв'язок між психічними і тілесними станами, потрясіння, викликане афектом, негайно відображається на фізіологічному рівні, викликаючи такі реакції, як почервоніння від сорому, блідість від гніву чи відчуття стискання в грудях; саме тіло, своєю чергою, намагається протидіяти тривалому перебігу афекту

[16]. При найсильніших афектах організм сам знаходить спосіб їх вивільнити, наприклад, через сльози чи сміх. Хоча подібні явища спостерігаються і у тварин, саме людина, завдяки вищому розумовому розвитку, здатна свідомо пригнічувати та контролювати афективні спалахи [17].

У сфері сексуальних стосунків афект часто виникає як реакція на розбіжність між завищеною самооцінкою людини щодо її сексуальних можливостей та неможливістю підтвердити це в реальності, а також на образливу критику з боку партнера. Такі афективні спалахи часто супроводжують переживання сексуальних невдач і особливо ревності [2]. Афект зазвичай розвивається в критичних ситуаціях, коли людина не бачить іншого виходу з небезпечного чи несподіваного становища. Його ключовою рисою є владність він повністю підпорядковує людину на короткий час, позбавляючи її здатності критично оцінити ситуацію і керувати своєю поведінкою, що супроводжується звуженням свідомості, коли вся увага концентрується виключно на обставинах, що спровокували афект [23]. Надзвичайно сильні афекти можуть призвести до втрати свідомості та провалів у пам'яті. Ще однією важливою рисою є бурхливість зовнішніх проявів: дуже виразна міміка, жести, інтонації та дії. Змістом афекту може бути не лише гнів, лють чи страх, що доходить до жаху, але й сильні позитивні емоції, такі як радість або захват [9].

У стані афекту людина зазвичай втрачає самоконтроль, проте її відповідальність за вчинки, скоєні в цьому стані, зберігається. До афектів особливо схильні люди, які не вміють або не вважають за потрібне стримувати себе. Схильність до бурхливих емоційних реакцій залежить не лише від темпераменту, але й від рівня моральної вихованості та здатності до самоконтролю. Іноді афект може бути спровокований безтактною поведінкою співрозмовника [23]. Що стосується тривожності, то в американських дослідників можна знайти порівняння окремих психічних особливостей зі швидкістю вироблення умовних рефлексів. Для діагностики тривожності

використовували різноманітні тести, найчастіше так звану шкалу явної тривожності Тейлора, яка побудована за принципом опитувальника [24].

Структура психологічних складових тривожності ще не є остаточно визначеною. Однак найбільш стабільними та постійними компонентами цього комплексу вважаються: стан емоційної напруги (стрес), відчуття особистої загрози, підвищена чутливість до невдач та помилок, схильність пояснювати їх власними недоліками, загальне збудження та невдоволення собою. Весь цей симптомокомплекс має одну з ключових ознак темпераменту – він впливає на динаміку діяльності. Проте він проявляється лише в загрозових ситуаціях і залежить від мотивів та установок особистості [15]. Тривожність також виникає при незадоволенні потреб і в будь-якому психологічному конфлікті, наприклад, фрустрації. Стан тривожності не є вродженою рисою, властивою певному темпераменту. Він виникає лише за певних порушень у системі мотивації та ціннісних орієнтацій особистості. Недоліком досліджень за шкалою "явної тривожності" Тейлора є те, що індивідуальні психічні особливості в них здебільшого визначалися на основі опитувальників. У таких опитувальниках фіксуються зовнішні ознаки, на підставі яких можна робити висновки про психічні характеристики, що входять до комплексу тривожності [11].

Діагностика також проводилася через бесіди з випробуваними та безпосереднє спостереження за їхньою поведінкою. Однак цей метод є недостатньо надійним. У всіх цих роботах американських авторів, як і в більш ранніх дослідженнях Іванова-Смоленського [46], комплекс психічних особливостей співвідносили не з загальним типом нервової системи чи її окремими властивостями, а з індивідуальними особливостями формування умовних рефлексів. За такого підходу неможливо визначити, від якого саме типу нервової системи чи її властивості залежить даний симптомокомплекс. У випробуваних з високим рівнем тривожності сила гальмування виявилася меншою, ніж сила збудження [18].

Дослідження також виявили залежність тривожності від сили нервових процесів. Наприклад, у учнів зі слабким процесом збудження під час виконання контрольної роботи, від результату якої різко залежала оцінка, здатність розподіляти увагу погіршувалася порівняно зі спокійною ситуацією. Натомість у учнів із сильним процесом збудження під час аналогічного стресового завдання здатність розподіляти увагу не лише не знижувалася, а навіть покращувалася [18]. Таким чином, цей симптомокомплекс має й інші характерні ознаки темпераменту: він залежить від загального типу нервової системи, має стійкий і постійний характер, а також проявляється в різні періоди життя та в різних ситуаціях [20].

Стрес проявляється через низку ознак, які можна класифікувати як фізіологічні, психологічні, особистісні та медичні, причому обов'язковим компонентом будь-якого стресу є емоційна напруга. До фізіологічних ознак належать такі прояви, як позіхання, частий пульс, почервоніння або блідість шкіри обличчя, підвищення рівня адреналіну в крові та пітливість [39]. Психологічні ознаки передбачають зміну динаміки психічних функцій, найчастіше у вигляді уповільнення розумових операцій, погіршення концентрації уваги, послаблення пам'яті, зниження чутливості органів чуттів та утруднення процесу прийняття рішень [39]. Особистісні ознаки включають повне пригнічення волі, зниження самоконтролю, пасивність і шаблонність поведінки, нездатність до творчих рішень, підвищену схильність до підпорядкування, а також відчуття страху, тривоги та необґрунтованого занепокоєння. Медичні ознаки характеризуються підвищеною нервозністю, наявністю істеричних реакцій, непритомності, афективних станів, головного болю та безсоння [40].

Зіткнувшись з екстремальною ситуацією або сприймаючи її як таку, людина відчуває різкий стрибок емоційної напруги. Вона боїться, що не впорається з цими обставинами, і що вони завдадуть їй шкоди. В результаті виникає стан тривоги. Це емоційне збудження посилюється і починає перешкоджати виконанню поточної діяльності. Діяльність дезорганізується:

з'являються помилки, збільшується час виконання окремих дій, порушується планування та оцінка результатів. Все це викликає нові негативні емоції, посилює занепокоєння, породжує неупевненість у власних силах і знижує самооцінку [41]. Як наслідок, напруга зростає ще більше, що призводить до серйозніших помилок і порушень у діяльності. Таким чином, утворюється замкнуте коло, яке все глибше «затягує» людину в стан стресу.

Наше життя є безперервним ланцюжком переживань: свідомість стикається з проблемою, і свідомість намагається її вирішити. Якщо ми не можемо знайти рішення або робимо це не так, як хотілося б, виникає відчуття розпачу. Намагаючись подолати його, ми часто робимо помилки. Дуже поширеною помилкою є те, що ми витрачаємо надто багато зусиль на вирішення незначної проблеми, і в результаті це викликає мимовільне посилення емоційної напруги. Інша поширена помилка це зацикленість на власних невдачах та страху перед помилками. Набагато кориснішим є акцент на запам'ятовуванні своїх досягнень, а не провалів. Не так багато людей, для яких справедливе прислів'я «на помилках вчать». Для більшості воно звучить інакше: «на помилках заробляють комплекси неповноцінності». Не можна будувати своє життя на невдачах. Набагато краще концентруватися на своїх успіхах, не боячись любити та хвалити себе цього не буває забагато [10].

1.3. Суттєві ознаки професійного стресу

Професійний стрес виникає в процесі трудової діяльності та проявляється через психічні і фізіологічні реакції на напружені ситуації. У цьому дослідженні ми зосередимося на специфічних стрес-факторах, що викликають дистрес - шкідливий різновид стресу, якого слід уникати як у професійній, так і в повсякденній діяльності. Найбільш схильними до професійного стресу та синдрому емоційного вигорання є фахівці, чия робота пов'язана з безпосереднім спілкуванням з людьми.

Згідно з науковими джерелами, професійний стрес обумовлений передусім специфікою самої професії, характером і видом діяльності. Це негативні психічні стани, спровоковані вимогами та особливостями професійного середовища. Річард Лазарус став засновником нового підходу до вивчення природи психологічного стресу, змістивши акцент з традиційного аналізу механізмів гомеостатичного регулювання на вивчення глибинних особливостей психіки людини та стратегій поведінки, що допомагають долати вплив стресорів [42]. Серед сучасних соціальних факторів, що впливають на стійкість медичних працівників до стресу, слід відзначити соціальні трансформації в суспільстві, підвищену відповідальність за результати роботи, порушення режиму праці та відпочинку, розбіжність між очікуваними і реальними подіями. Нічні чергування призводять до фізичного виснаження та обмеження особистого часу. Медики постійно відчують дефіцит часу, хронічну втому, неможливість реалізувати потреби в самореалізації та визнанні. На цьому тлі погіршуються стосунки в родині та колективі, посилюється чутливість до критики. Економічні фактори посилюють незадоволеність умовами життя та праці.

Як наслідок, професійний стрес призводить до зниження мотивації, зростання негативізму, трансформації спілкування з пацієнтами від байдужості до прихованої агресії. Кінцевим результатом цього процесу стає професійна деформація, фрустрація, розчарування у вибраній професії та незадоволеність особистим життям [12].

У науковій літературі поряд із поняттям "психологічний стрес" використовуються споріднені терміни: професійний, робочий, організаційний, інформаційний, сімейний стрес тощо. Аналіз етіопатогенетичних процесів розвитку цих видів стресу, особливостей їх прояву та наслідків дозволяє розглядати їх як різновиди психологічного стресу. Їх об'єднує наявність спільних ознак: індивідуально-психологічне сприйняття екстремальних ситуацій (незалежно від їх природи) та особистісні особливості їх подолання,

що виражаються в системі оціночних суджень про характер зовнішніх вимог і можливостей їх задоволення [9].

Інтенсивність впливу стрес-факторів є вирішальним умовою для виникнення професійного стресу, тому вивчення особливостей стресу у медичних працівників потребує емпіричного дослідження їх специфічних проявів. При тривалому виконанні професійних обов'язків у працівника спостерігається підвищена професійна активність, повна віддача роботі зі зневагою власних потреб, що призводить до накопичення втоми та виснаження, яке не зникає навіть після відпочинку. Наступною фазою стає емоційне відчуження - змінюється ставлення до пацієнтів, притупляються емоції, робота стає монотонною та обтяжливою. У працівника знижується самооцінка, знецінюється власна ефективність, зникає задоволення від роботи та з'являються сумніви у правильності професійного вибору, що в кінцевому підсумку призводить до синдрому емоційного вигорання [5].

Основними характеристиками синдрому емоційного вигорання є емоційне виснаження, що викликає різке зниження професійної продуктивності, зниження професійної самооцінки та деперсоналізація. Він проявляється через депресію, апатію, підвищену схильність до соматичних захворювань та розвиток залежностей. Першопричиною вигорання є тривале емоційне виснаження, коли людина не може звільнитися від негативних емоцій, а ресурси організму повністю вичерпані. Основними чинниками емоційного вигорання у медиків є екстремальні ситуації, пов'язані з професійною діяльністю. Нemoжливість передбачити стан наступного пацієнта, результат операційного втручання чи можливі ускладнення створює постійну напругу. Реформування галузі охорони здоров'я породжує невпевненість у майбутньому, а підвищена увага з боку керівництва та пацієнтів вимагає постійної готовності, що ще більше виснажує організм. Неприятливі умови праці та недооцінка трудових зусиль призводять до відчуття безвиході, тривоги та депресії, коли кожна ситуація сприймається як потенційно загрозлива [14].

Симптоми "стресу медичних працівників" не мають строгої специфічності і можуть варіювати від легких проявів у вигляді дратівливості та підвищеної втомлюваності до невротичних та психосоматичних розладів. Індивідуальні риси характеру відіграють важливу роль - меланхоліки схильні до відчаю та занепокоєння через роботу, тоді як холерики частіше демонструють агресивний стиль спілкування з пацієнтами [17]. Як зазначає експерт у галузі професійних стресів В. Винокур, професійний стрес є наслідком зниження професійної мотивації, а "професійне вигорання" та збереження захопленості роботою представляють собою два протилежні полюси взаємин людини з професією [43].

Численні дослідження підтверджують, що професійна деформація, що поступово розвивається у медиків, часто призводить до того, що при високому ступені вигорання посилюється тенденція до негативного, іноді навіть приховано-агресивного ставлення до пацієнтів, спілкування з ними перетворюється на односторонню комунікацію через критику, оцінки та тиск, від чого страждають обидві сторони [25].

1.4. Прояви синдрому емоційного вигорання у медичних працівників

Оглядаючи різноманітні наукові роботи, присвячені вивченню стресостійкості, можна зробити висновок, що це поняття не має єдиного визначення - різні дослідники пропонують власні трактування. Серед вчених, які досліджували цей феномен, слід згадати як вітчизняних спеціалістів (Ю.О. Александровський, Е.А. Мілерян, В.І. Лебедев, А.В. Вальдман, О.А. Конопкін, Р.Р. Сігаєв), так і зарубіжних учених (Н. Хаан, Д. Роттер) [44].

У науковій літературі можна виявити різні підходи до розуміння стресостійкості: як здатності до саморегуляції, вміння керувати емоціями, можливості психологічної адаптації до стресових умов, або як застосування механізмів психологічного захисту. Хоча цій темі присвячено чимало досліджень, природа стресостійкості у професійній діяльності все ще потребує

подальшого вивчення. Узагальнюючи, стресостійкість можна охарактеризувати як сукупність особистісних якостей, що дають змогу успішно працювати в стресових умовах, не шкодячи власному психічному та фізичному здоров'ю, ефективності професійної діяльності та довкіллю [30].

Найбільш поширеними джерелами стресу в сучасному суспільстві є: необхідність швидко реагувати у складних професійних та життєвих ситуаціях; постійна зміна періодів успіху та невдач; висока конкуренція; постійне зростання професійного навантаження; особистісні та міжособистісні конфлікти; поступове виснаження психофізіологічних ресурсів [44]. Відповідно до теорії П.К. Анохіна, розвиток стресостійкості розглядається як комплексний підхід до подолання професійного стресу, який залишається актуальним для фахівців екстремальних професій. Цей підхід включає: постійне вдосконалення професійних знань і навичок; опрацювання стратегій поведінки під час виконання службових обов'язків і розвиток особистісних якостей; психофізіологічну підготовку кадрів для забезпечення надійності в екстремальних ситуаціях; навчання швидкому відновленню професійної працездатності; досягнення та підтримання високого рівня психічного і фізичного здоров'я [34].

1.5. Стресостійкість як чинник запобігання професійному стресу у медичних працівників

В основі психологічного стресу лежить природне прагнення людини контролювати як складні життєві обставини, так і власні емоційні реакції. Для досягнення цього контролю людина вдається до різноманітних методів: намагається запобігти виникненню стресу, переосмислює його симптоми або ж пригнічує їх, а також активно працює над усуненням наслідків стресового стану - як внутрішніх психологічних, так і зовнішніх практичних. Р. Лазарус разом із колегами виокремили два найважливіші когнітивні процеси, що формують психологічний стрес: первинну оцінку стресової

ситуації та власних можливостей для її подолання, а також безпосередні дії, спрямовані на нейтралізацію стресу [31].

Термін "стратегія подолання психологічного стресу" має двоїсте тлумачення. З одного боку, це аутогенна стратегія - самостійна діяльність людини, що поєднує особливий спосіб оцінки стресової ситуації та власних ресурсів із подальшими практичними кроками для її вирішення. З іншого боку - гетерогенна стратегія, що передбачає залучення психологом спеціальних методів і технік для надання зовнішньої допомоги: попередження виникнення стресу або корекції вже сформованого стресового стану. Систематизація конкретних стратегій подолання стресу може ґрунтуватися на комплексі критеріїв, що включають специфіку стресових ситуацій, особливості їх когнітивного сприйняття та характер поведінки людини в умовах стресу. Дихотомічна класифікація стратегій подолання стресу розрізняє превентивний та оперативний підходи. Як довів К. Matheny, сутність превентивної стратегії полягає в попередженні впливу стресових чинників - або через зміну сприйняття вимог ситуації, або шляхом підвищення особистісного опору та стійкості до стресових впливів [44].

Превентивна стратегія подолання стресу включає низку практичних підходів. Перший - "уникнення стресорів" - може втілюватися через дистанціювання від неприємних подій, зміну робочого місця або коригування графіку виконання складних завдань. Другий - "регулювання рівня вимог" - передбачає усвідомлений аналіз відповідності між навантаженням, що створює стресова ситуація, та індивідуальними психофізіологічними можливостями. Третій підхід - "зміна поведінкових моделей" - орієнтований на усвідомлене зниження імпульсивних та гіпер-реакцій. Четвертий напрям - "розширення особистих ресурсів" - включає розвиток навичок самоменеджменту, вдосконалення тайм-менеджменту та оптимізацію розподілу ресурсів між професійними та особистими обов'язками [16].

Оперативна стратегія подолання стресу орієнтована на безпосереднє зменшення інтенсивності стресових реакцій. Вона охоплює кілька ключових

напрямів: "контроль балансу між стресовими впливами та реакціями" - усвідомлений вибір участі або уникання певних ситуацій на основі їх стресового потенціалу; "організація ресурсів" - ефективне використання наявних знань і вмінів для протидії стресу з урахуванням конкретних обставин; "активна протидія джерелам стресу" - цілеспрямовані дії щодо усунення причин стресу, що включають застосування професійних компетенцій, пошук необхідної інформації, оптимізацію міжособистісних взаємин та корекцію нефункціональних мисленнєвих шаблонів; "трансформація сприйняття стресорів" - зміна когнітивних оцінок для зниження суб'єктивної значущості стресових факторів; "регуляція психоемоційного стану" - використання методів саморегуляції для зменшення психічної напруги [16].

Багатовимірний підхід до класифікації стратегій подолання стресу пропонує розширену типологію. Г. Вебер ідентифікує вісім основних категорій: практичне когнітивне або поведінкове подолання; звернення за соціальною підтримкою; переінтерпретація ситуації з вигодою для себе; заперечення важливості стресу; уникання стресових обставин; самоспівчуття; зниження самооцінки; емоційне відреагування [37]. І.Г. Сизова та С.І. Філіппченкова запропонували розподіл стратегій на базові та функціонально-ситуативні. До останніх дослідниці відносять конструктивні стратегії, спрямовані на трансформацію стресу (позитивне переосмислення ситуації, набуття нового сенсу обставин, робота над особистісними змінами), та неконструктивні (зацікленість на негативних емоціях, утеча від проблеми, заперечення наявності стресу) [43].

Рівневий підхід Р.Т. Wong встановлює взаємозв'язок між типами стратегій та рівнями функціонування психіки. На першому, базовому рівні розташовані інстинктивні форми реагування, такі як опір або капітуляція. Другий рівень включає психологічні механізми захисту "Его", спрямовані на усунення невротичної та моральної тривоги, серед яких придушення, раціоналізація, заперечення та логічне пояснення. Відповідно до теорії З.

Фрейда, ці механізми переважно є вродженими і функціонують на несвідомому рівні [27].

Третій рівень охоплює набуті стратегії когнітивного та поведінкового подолання стресу, досліджені С. Фолкманом, К. Шефером та Р. Лазарусом. Це інструментальні підходи, зосереджені на двох основних напрямках: вирішенні проблем, пов'язаних із вимогами стресової ситуації, та контролі над стресовими станами і негативними емоціями в складних умовах [41]. На четвертому, найвищому рівні розташовані екзистенційні та духовні стратегії подолання стресу, які Р.Т. Wong розглядає як адаптивні реакції, що ґрунтуються на здатності людини до символізації, прогнозування, рефлексії, духовного самовираження, саморозвитку та самовдосконалення [23]. Факторний підхід Л.І. Анциферової базується на аналізі двох взаємопов'язаних аспектів: специфіки стресових життєвих та професійних ситуацій та особливостей когнітивної та поведінкової регуляції процесу подолання стресу з урахуванням цих обставин [22]. Інтегративний підхід В.А. Бодрова демонструє, що поведінка, спрямована на подолання стресових станів, охоплює широкий спектр активності - від несвідомих процесів психологічного захисту до усвідомленої цілеспрямованої протидії екстремальним факторам професійної діяльності та кризовим ситуаціям повсякденного життя [2].

Висновки до першого розділу

Через специфіку своєї професійної діяльності медичні працівники постійно стикаються з різноманітними несприятливими факторами, що впливають на їхнє здоров'я. До них належать як фізичні та хімічні чинники шкідливі речовини, біологічні агенти, іонізуюче випромінювання, шум, вібрація та канцерогени, так і психофізіологічні навантаження: висока нервово-психічна напруга, вимушена поза тіла під час роботи та перенапруження органів чуттів. Особливу увагу варто приділити психологічним чинникам, які безпосередньо впливають на психічний стан медичного персоналу.

Важливо розуміти, що професійний стрес не можна розглядати ізольовано, як явище, викликане виключно умовами робочого середовища. Ганс Сельє визначив психологічні прояви адаптаційного синдрому як психологічний стрес. Річард Лазарус у своїх дослідженнях розвинув цю концепцію, визначивши стрес як реакцію людини на характер взаємодії між особистістю та навколишнім середовищем. Згодом це визначення було уточнене: психологічний стрес почав інтерпретуватися не лише як реакція, але й як складний процес, у якому вимоги середовища оцінюються людиною через призму її ресурсів та можливостей вирішення виниклих проблем, що пояснює індивідуальні відмінності у реакціях на стресові ситуації [3].

Отже, на підставі аналізу, проведеного в першому розділі дослідження, можна зробити такі висновки. У психологічній науці проблема стресу отримала широке висвітлення у працях як зарубіжних, так і вітчизняних учених. Багато вітчизняних психологів розглядають стрес у контексті адаптації людини до критичних факторів зовнішнього середовища. Аналіз наукової літератури свідчить, що поняття «стрес» з моменту свого виникнення зазнало суттєвих змін, пов'язаних як із розширенням сфери його застосування, так і з фундаментальним вивченням різних аспектів цього явища причин, механізмів регуляції, детермінант, проявів та способів подолання стресу.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СТРЕСОСТІЙКОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ У КРИЗОВИХ УМОВАХ

2.1. Організація та проведення емпіричного дослідження психологічних особливостей стресостійкості медичних працівників у кризових умовах

Емпіричне дослідження було організоване з урахуванням специфіки професійної діяльності медичних працівників, які щодня стикаються з високим рівнем психоемоційного напруження, нестачею ресурсів та необхідністю швидко приймати відповідальні рішення у кризових умовах.

Головним завданням організації дослідження стало створення таких умов, які б дозволили учасникам вільно та відкрито висловлювати власні переживання, але водночас не відволікали їх від основної професійної діяльності. Мета емпіричного дослідження – виявлення рівня стресостійкості медичних працівників у кризових умовах, визначення впливу внутрішніх (особистісних ресурсів, професійної мотивації) та зовнішніх чинників (соціальна підтримка, командна взаємодія) на здатність ефективно долати психоемоційне напруження.

Організація дослідження

- Об'єкт дослідження – психологічні особливості стресостійкості медичних працівників, які працюють у кризових умовах.
- Предмет дослідження – ресурси стресостійкості медичних працівників у кризових умовах.
- Вибірка – 60 медичних працівників віком від 24 до 58 років, серед яких 15 чоловіків (25%) та 45 жінок (75%). За освітою – 48 осіб із вищою медичною освітою (80%) та 12 із середньою спеціальною освітою (20%). За досвідом роботи – від 2 до 35 років. За розподілом по відділеннях: терапевтичне – 18 осіб, хірургічне – 15 осіб, реанімаційне – 12 осіб, інфекційне – 10 осіб, інше – 5 осіб.

Дослідження проводилося у формі анкетування та тестування результати оброблялися, аналізувалися, а також доповнювалося спостереженням у робочих умовах.

Етапи проведення дослідження

1. Підготовчий етап.
2. Добір методик.
3. Інформування учасників та отримання їх згоди на участь.
4. Діагностичний етап.
 - a. застосування методики «Оцінка стресостійкості» (адаптовані шкали за Г. Сельє);
 - b. методика «Ресурсів особистості» (самооцінка, самоконтроль, мотивація);
 - c. опитувальник «Соціальної підтримки та командної взаємодії».
5. Аналітичний етап.
 - a. статистична обробка результатів (описова статистика, кореляційний аналіз, порівняльний аналіз);
 - b. графічна візуалізація результатів (таблиці та діаграми).
6. Інтерпретаційний етап.
 - a. узагальнення отриманих результатів;
 - b. формування висновків про психологічні чинники стресостійкості;
 - c. розробка практичних рекомендацій для підвищення стресостійкості медиків.

Умови проведення.

Дослідження відбувалося у месенджерах, завдяки яким проводилось тестування. Забезпечувалася конфіденційність результатів та добровільна участь.

Тестування займало від 40 до 60 хвилин.

Особливості організації

- Дослідження враховувало специфіку діяльності у кризових умовах: високий рівень небезпеки, дефіцит часу, підвищене психоемоційне навантаження.

Очікувані результати

- Визначення домінуючого рівня стресостійкості серед медичних працівників.
- Виявлення зв'язку між рівнем стресостійкості та особистісними ресурсами (самооцінка, самоконтроль, мотивація).
- Встановлення ролі соціальної підтримки та командної взаємодії у формуванні стресостійкості.
- Розробка практичних рекомендацій щодо підтримки психоемоційної рівноваги.

У процесі опрацювання емпіричних результатів дослідження було використано комплекс статистичних методів, що забезпечили всебічний аналіз отриманих даних. Зокрема, застосовано методи описової статистики для узагальнення основних показників вибірки, кореляційний аналіз для встановлення взаємозв'язків між ключовими змінними, порівняльний аналіз для виявлення відмінностей між групами досліджуваних, а також методи графічної візуалізації для наочного представлення результатів у вигляді таблиць та діаграм. Це дозволило здійснити більш глибоке та структуроване тлумачення виявлених закономірностей [3].

2.2. Результати дослідження психологічних особливостей стресостійкості медичних працівників у кризових умовах

Перша методика застосована у цьому дослідженні: «Оцінка стресостійкості». Метою було не лише виміряти рівень стресостійкості медичних працівників, але й визначити, які групи персоналу (за статтю, освітою та досвідом) мають вищий або нижчий рівень. Це дозволило виявити категорії, що потребують додаткової психологічної підтримки. Організовуючи

це дослідження, було запропоновано серію тверджень, які вони оцінювали за шкалою інтенсивності.

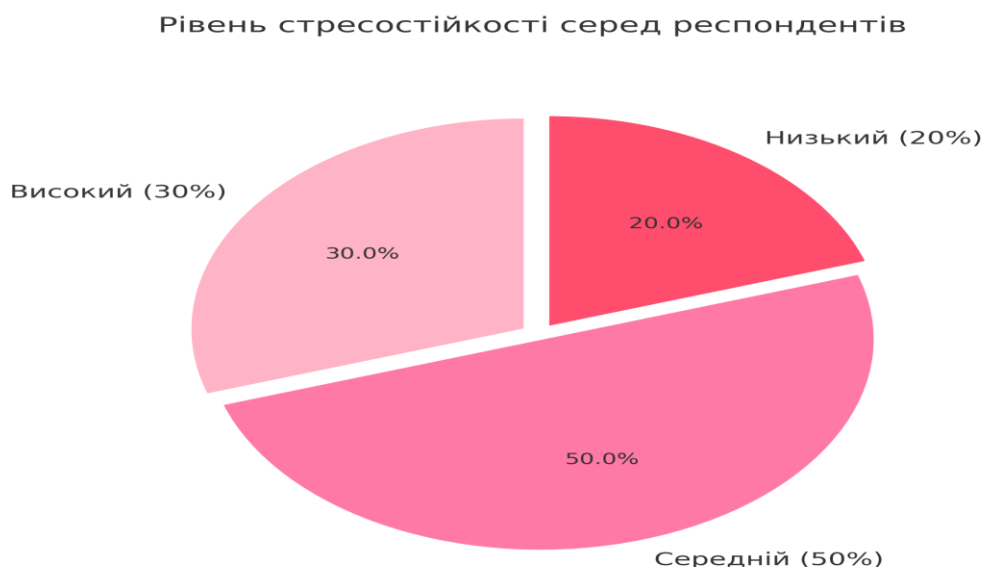


Рис 2.1. Рівень стресостійкості серед учасників дослідження.

Згідно з методикою «Оцінка стресостійкості», 30% респондентів показали високий рівень стресостійкості, 50% – середній та 20% – низький. Більшість медиків продемонстрували середній рівень стресостійкості, що підтверджує їх здатність функціонувати в умовах підвищеного психоемоційного напруження. Частина вибірки виявила знижену стійкість до стресу, що пов'язано з перевтомою та тривалим перебуванням у кризових умовах.

Друга методика «Ресурсів особистості». Мета цього дослідження: дослідження внутрішніх ресурсів особистості (самооцінка, самоконтроль, мотивація до професійної діяльності). Це допомагає розробити програми індивідуального тренінгу психологічної стійкості. Як проходила організація: учасники заповнювали опитувальник, що дозволяв виявити рівень внутрішніх психологічних ресурсів.

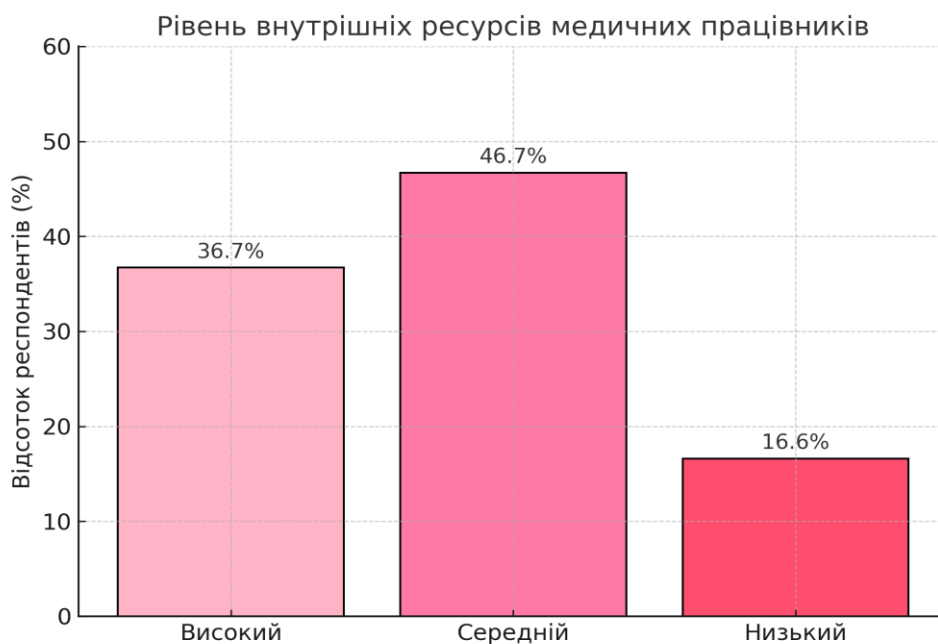


Рис 2.2. Рівень внутрішніх ресурсів опитуваних.

За методикою «Ресурсів особистості» 36.7% мають високий рівень внутрішніх ресурсів, 46.7% – середній, а 16.6% – низький. Це свідчить про достатній потенціал для подолання стресових ситуацій. Внутрішні ресурси є ключовими для адаптації до кризових умов. Медики з високою мотивацією та адекватною самооцінкою мали найвищі показники стресостійкості. Розвиток внутрішніх механізмів є основою для збереження психічного здоров'я.

Третім став опитувальник соціальної підтримки та командної взаємодії. Мета: Дослідити вплив соціальної підтримки, командної взаємодії та соціального визнання на рівень стресостійкості. Це дозволяє оцінити важливість колективного фактора у кризових умовах. Опитувані оцінювали, наскільки вони відчують підтримку в колективі з боку оточення.

Рівень соціальної підтримки та командної взаємодії

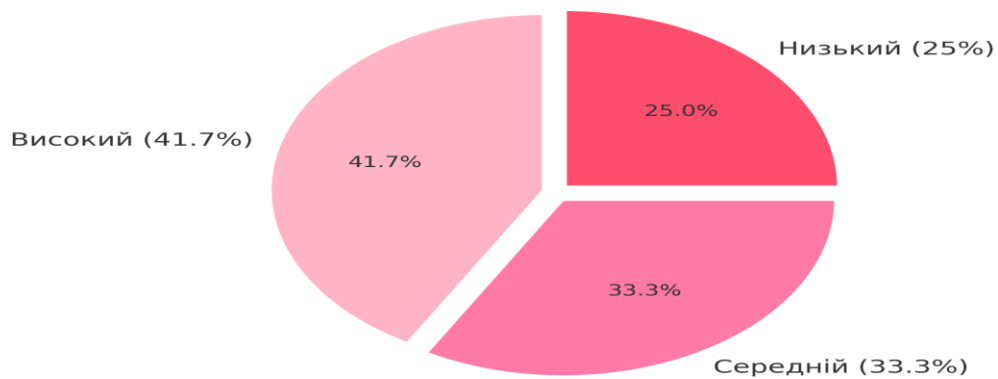


Рис 2.3. Рівень соціальної підтримки та командної взаємодії.

За цим опитувальником можна зробити аналіз: зовнішні ресурси значно підвищують психологічну стійкість. Найвищі показники виявлено у відділеннях із тісною командною взаємодією. Соціальне визнання виступає додатковим буфером від професійного вигорання. Опитувальник соціальної підтримки показав, що 41.7% медиків відзначають високий рівень командної та соціальної підтримки, 33.3% – середній і 25% – низький. Підтримка колег значно впливає на зниження ризику професійного вигорання.

Четверте дослідження «Взаємозв'язок ресурсів і стресостійкості». Мета цього дослідження: перевірити, наскільки внутрішні та зовнішні ресурси корелюють із рівнем стресостійкості і визначити, які чинники мають найсильніший вплив.

Таблиця 2.1. Зв'язок ресурсів зі стресостійкістю.

Параметр	Корелює з	Значення r	Рівень значущості (p)	Примітка

Внутрішні ресурси (самоконтроль, мотивація)	Стресостійкі сть	0.63	<0.01	Сильний позитивний зв'язок
Зовнішні ресурси (командна підтримка, соціальне визнання)	Стресостійкі сть	0.56	<0.01	Позитивний , але дещо слабший зв'язок

Кореляційний аналіз показав, що внутрішні ресурси мають сильний позитивний зв'язок із рівнем стресостійкості ($r = 0.63$, $p < 0.01$). Зовнішні ресурси (командна підтримка, соціальне визнання) також корелюють зі стресостійкістю ($r = 0.56$, $p < 0.01$). Виявлено статистично значущий зв'язок між внутрішніми ресурсами (самоконтроль, мотивація) та високою стресостійкістю. Зовнішні ресурси також позитивно впливають, але дещо слабше. Це доводить необхідність поєднання індивідуальної роботи та командних програм.

П'яте дослідження – порівняльний аналіз за статтю та освітою. Метою є: поглиблене розуміння суб'єктивного сприйняття кризових умов медиками, їхні стратегії подолання стресу та потреби у підтримці. Це дає практичні орієнтири для розробки психологічних інтервенцій.

Таблиця 2.2. Порівняльний аналіз рівнів стресостійкості медичних працівників за статтю та освітою.

Показник	Група	Високий рівень, %	Середній рівень, %	Низький рівень, %	χ^2	p
Стать	Чоловіки (n = 15)	40,0	46,7	13,3	0,895	0,639

	Жінки (n = 45)	28,9	46,7	24,4		
Освіта	Вища (n = 48)	35,4	44,0	20,6	0,938	0,626
	Середня спеціальна (n = 12)	25,0	50,0	25,0		

З визначенням можливих відмінностей у рівнях стресостійкості медичних працівників залежно від стану та освіти був проведений порівняльний аналіз із використанням критерію χ^2 Пірсона. За статтю встановлено, що чоловіки показали дещо вищий рівень стресостійкості: 40% малий високий рівень, 46,7% – середній, 13,3% – низький. Серед жінок ці показники становили відповідно 28,9%, 46,7% і 24,4%. Розраховане значення $\chi^2 = 0,895$ при $p = 0,639$, що не свідчить про статистично значущі відмінності між чоловіками та жінками. Аналогічно, за рівнем освіти медики з вищою освітою показали тенденцію до вищої стресостійкості (35,4% високий рівень) через колеги із середньою спеціальною освітою (25% високий рівень). Протест за результатами критерію $\chi^2 = 0,938$, $p = 0,626$, ці відмінності також не досягли статистичної значущості.

Підсумовуючи: чоловіки мали дещо вищий рівень стресостійкості (40% високий рівень) порівняно з жінками (28.9%). Особи з вищою освітою демонстрували вищий рівень стресостійкості (35.4% високий рівень) порівняно з медиками із середньою спеціальною освітою (25%). Для порівняльного аналізу відмінностей у рівнях стресостійкості між медичними працівниками різної статі та рівня освіти було застосовано критерій χ^2 (хи-квадрат Пірсона).

Цей показник дозволив оцінити статистичну значущість відмінностей між категоріями вибірки. Більшість респондентів відзначають високе психоемоційне навантаження та нестачу відпочинку. Основними копінг-стратегіями є гумор, взаємопідтримка та професійна мотивація. Виявлена потреба у регулярних тренінгах та консультаціях.

Висновки до другого розділу

Результати дослідження показали, що стресостійкість медичних працівників у кризових умовах залежить від комбінації внутрішніх та зовнішніх факторів. Внутрішні ресурси, зокрема професійна мотивація, самоконтроль та здатність до емоційної саморегуляції, виступають ключовими чинниками протидії стресу. Зовнішні чинники, такі як командна підтримка, наявність соціального визнання та адекватні умови праці, значно підвищують рівень стресостійкості. Чоловіки продемонстрували дещо вищий рівень стресостійкості у порівнянні з жінками, що може бути зумовлено як фізіологічними, так і соціокультурними чинниками. Працівники з вищою освітою продемонстрували більш високий рівень адаптації у кризових умовах, ймовірно завдяки кращій підготовці та розвитку когнітивних стратегій подолання стресу.

Таким чином, комплексна підтримка, яка включає як розвиток особистісних ресурсів, так і формування позитивного мікроклімату у колективі, є критично важливою для забезпечення високої стресостійкості медичного персоналу у кризових ситуаціях [3].

РОЗДІЛ 3. ПРОФІЛАКТИКА СТРЕСОСТІЙКОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ У КРИЗОВИХ УМОВАХ

3.1. Програма профілактики стресу і розвиток стресостійкості медичних працівників у кризових умовах із використанням арт-терапевтичних методів

Метою цієї програми є: підвищення рівня стресостійкості медичних працівників, зниження проявів емоційного напруження, тривожності та професійного вигорання через використання методів арт-терапії як засобу емоційного розвантаження, самопізнання й розвитку внутрішніх ресурсів [42].

Можна вивести завдання щодо програми:

1. Сформувати в учасників усвідомлення власних емоційних станів та факторів стресу.
2. Розвинути навички саморегуляції, емоційної гнучкості й позитивного мислення.
3. Активізувати внутрішні ресурси особистості (самопідтримку, мотивацію, відчуття професійної значущості).
4. Сприяти згуртованості колективу, поліпшенню комунікації та підтримки між співробітниками.
5. Ознайомити учасників із доступними арт-терапевтичними техніками для самостійного використання в подальшій професійній діяльності [45].

Також наявне теоретичне підґрунтя: програма базується на когнітивно-біхевіоральній концепції стресу Р. Лазаруса (стрес як результат взаємодії особистості та середовища) та ідей позитивної психотерапії (Н. Пезешкіан), які підкреслюють роль внутрішніх ресурсів і творчого самовираження у подоланні психологічних труднощів [42].

Використання арт-терапевтичних методів зумовлено їхньою ефективністю у створенні безпечного простору для емоційної експресії, зниження напруження, активізації підсвідомих ресурсів та формування позитивного образу «Я» [45].

Цільовою групою є: медичні працівники (лікарі, медсестри, фельдшери), які працюють у кризових умовах – підвищеного психоемоційного навантаження, відповідальності, обмеженості часу та ресурсів. Програма розрахована на 8 занять тривалістю 60-90 хвилин кожне. Форма проведення – групова, 8-12 учасників, під керівництвом практичного психолога або психотерапевта.

Таблиця 3.1. Зміст програми.

	Тема заняття	Мета	Основні методи та вправи
	Вступ. Усвідомлення власного стану	Формування довіри, мотивації до участі, діагностика рівня стресу	Арт-вправа «Мій стан зараз» (малюнок аквареллю), обговорення, техніка «Коло безпеки»
	Емоції та тіло	Усвідомлення зв'язку між емоціями та тілесними реакціями	Вправа «Моє тіло говорить», малювання «Карта напруги», релаксація під музику
	Образ мого стресу	Візуалізація стресових переживань і знаходження способів їх трансформації	Малювання «Мій стрес», робота з кольором, колаж «Перетворення напруги»
	Ресурси і підтримка	Виявлення внутрішніх і зовнішніх ресурсів	Вправа «Моє дерево ресурсів», техніка «Карта підтримки», обговорення в групі

Самоприйняття і самопідтримка	Формування позитивного ставлення до себе	Колаж «Я — у балансі», робота з афірмаціями, вправа «Теплі слова собі»
Професійна мотивація і сенс праці	Відновлення почуття значущості професії	Візуальна метафора «Моє покликання», вправа «Символ мого фаху»
Згуртованість і командна підтримка	Розвиток емпатії, колегіальної підтримки	Групова робота «Малюнок однією лінією», арт-вправа «Спільний плакат сили»
Підсумок і інтеграція	Узагальнення досвіду, планування подальшої саморегуляції	Арт-вправа «Моє світло всередині», створення «щоденника ресурсів»

Що можна очікувати від програми:

- Зниження рівня емоційного напруження та проявів стресу.
- Підвищення рівня усвідомленості власних емоційних станів.
- Розвиток навичок саморегуляції та використання арт-терапевтичних методів у самодопомозі.
- Формування позитивного ставлення до професійної діяльності.
- Підвищення згуртованості колективу та рівня соціальної підтримки [35].

Розроблена програма може бути використана у практиці психологічного супроводу медичних працівників у закладах охорони здоров'я, центрах психічного здоров'я, під час післякризової адаптації персоналу. Вона поєднує психоемоційне опрацювання стресу та розвиток стресостійкості на основі інтеграції когнітивних, емоційних і творчих компонентів.

3.2. Практичні напрями профілактики

1. Індивідуальний рівень

- Психосвіта: навчання навичкам саморегуляції (дихальні практики, техніки релаксації).
- Когнітивно-поведінкові техніки: робота з деструктивними переконаннями, формування позитивного мислення.
- Тренінги стрес-менеджменту: розвиток стратегій подолання (coping-стратегій).
- Ресурсна терапія: підвищення усвідомлення власних сильних сторін і внутрішніх ресурсів [20].

2. Міжособистісний рівень

- Групи підтримки серед колег (супервізії, дебрифінги після кризових змін).
- Тренінги командної взаємодії для покращення комунікації та взаємодопомоги.
- Соціальне визнання: програми відзнак, позитивна зворотна реакція від керівництва [19].

3. Організаційний рівень

- Раціональне планування змін та оптимізація графіку роботи.
- Наявність чітких протоколів дій у кризових ситуаціях.
- Організація психологічного супроводу (доступ до психолога, кризові консультанти).
- Система наставництва для молодих фахівців [28].

Таблиця 3.2. Профілактика стресостійкості медичних працівників

Рівень профілактики	Основні заходи	Очікуваний ефект
---------------------	----------------	------------------

Індивідуальний	Психоосвіта, саморегуляція, когнітивно-поведінкові техніки, ресурсна терапія	Підвищення самоконтролю, зниження тривожності
Міжособистісний	Групи підтримки, командні тренінги, соціальне визнання	Зміцнення взаємодопомоги, відчуття приналежності
Організаційний	Раціональний графік, протоколи дій, психологічний супровід, наставництво	Зменшення професійного вигорання, стабільність у кризі

Профілактика стресостійкості повинна мати системний та багаторівневий характер. Її ефективність забезпечується поєднанням індивідуальної роботи з працівником, командних програм підтримки та організаційних заходів.

Запровадження комплексної профілактики сприяє:

- зниженню ризику професійного вигорання;
- збереженню психоемоційного здоров'я;
- підвищенню ефективності діяльності медичного персоналу у кризових умовах [33].

Можна зобразити схему-модель профілактики стресостійкості. Схема показує послідовність: від внутрішніх ресурсів → індивідуальних заходів → міжособистісних → організаційних → до підвищення загальної стресостійкості.

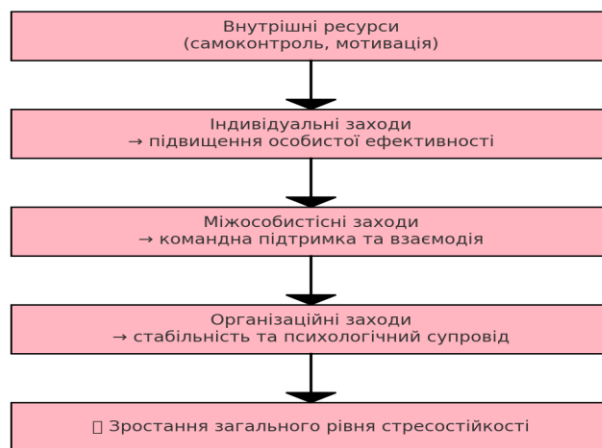


Рис 3.1. Профілактика стресостійкості.

Схема-модель демонструє системний підхід до профілактики стресостійкості медичних працівників у кризових умовах. Вона відтворює послідовність впливів – від розвитку внутрішніх ресурсів особистості (самоконтролю, мотивації), що створюють базу для індивідуальної ефективності, до формування міжособистісних взаємодій у колективі (командна підтримка, соціальне визнання) і, зрештою, до організаційних заходів (психологічний супровід, стабільність робочого середовища). Така багаторівнева система дозволяє забезпечити комплексний підхід до підтримки психологічної стійкості, підвищуючи адаптаційні можливості медичних працівників та їхню здатність ефективно діяти в умовах підвищеного професійного навантаження [37].

Висновки до третього розділу

Проведений аналіз та розроблена модель профілактики стресостійкості медичних працівників засвідчили необхідність комплексного підходу до підтримки їх психоемоційного стану в умовах кризових ситуацій. Встановлено, що ефективна профілактика не може обмежуватися лише

індивідуальною роботою, а має охоплювати три взаємопов'язані рівні: індивідуальний, міжособистісний та організаційний [35].

На індивідуальному рівні профілактика спрямована на розвиток навичок саморегуляції, підвищення усвідомленості, зміцнення внутрішніх ресурсів та формування конструктивних стратегій подолання стресу. На міжособистісному рівні важливим чинником виступає підтримка колег і налагодження ефективної командної взаємодії, що сприяє створенню атмосфери взаємодовіри та психологічної безпеки. Організаційний рівень профілактики вимагає впровадження системних заходів – стабільного робочого середовища, забезпечення належних умов праці та програм психологічного супроводу, які дозволяють медичним працівникам відновлювати ресурси та знижувати ризик професійного вигорання [36].

Таким чином, профілактика стресостійкості в кризових умовах є багаторівневою системою, що поєднує внутрішні зусилля особистості та зовнішню підтримку з боку професійного середовища й організації. Її цінність полягає у тому, що вона не лише сприяє підвищенню індивідуальної психологічної витривалості медиків, а й забезпечує більш високу ефективність колективної діяльності та стійкість системи охорони здоров'я в цілому. Медичні працівники в умовах кризових ситуацій (пандемія, військовий конфлікт, катастрофи) стикаються з підвищеним рівнем стресу, ризиком емоційного вигорання та психотравмуючими подіями. Ці фактори можуть негативно впливати на їхню працездатність, психічне здоров'я та якість надання медичної допомоги. Стресостійкість медичних працівників, які діють у кризових умовах (бойові дії, надзвичайні ситуації, інфекційні спалахи), залежить від поєднання внутрішніх ресурсів особистості (самоконтроль, професійна мотивація, психологічна гнучкість) та зовнішніх ресурсів (командна підтримка, соціальне визнання, організаційні умови роботи).

Профілактика спрямована на зміцнення адаптивних ресурсів та мінімізацію деструктивних наслідків стресу [22]

ВИСНОВКИ

У сучасних умовах професійна діяльність лікарів характеризується високим ступенем емоційного навантаження, яке має двобічний характер. З одного боку, фахівці відчують задоволення від успішного лікування, схвалення колег та повагу, з іншого боку - вони регулярно стикаються з пригніченням через можливі помилки в діагностиці, професійну втому та розчарування. Значний вплив на емоційний стан лікаря має суспільний статус медичної спеціальності: часто спостерігається недооцінка професійних досягнень, обмеження наукової автономії та недостатня повага до пацієнтів. Фахівці престижних медичних напрямів зазвичай мають кращі умови праці та більше можливостей для професійного розвитку.

Щоденна практика лікарів пов'язана з численними етичними дилемами, вирішення яких залежить від їхніх особистісних якостей. Надмірна емоційна включеність часто призводить до професійної деформації та синдрому емоційного вигорання. Під професійною деформацією розуміються зміни у прояві професійно важливих якостей під впливом специфіки діяльності та індивідуальних психологічних особливостей. Протистояти таким негативним явищам здатна лише психологічно зріла особистість. Критично важливими чинниками залишаються сприятливий мікроклімат у колективі, взаємна підтримка колег, раціональна організація робочого процесу, доступ до сучасних технологій та інноваційних методів лікування, що в сукупності створюють умови для повної реалізації професійного потенціалу [8].

Мета емпіричного дослідження полягала у вивченні психологічних особливостей та факторів, що визначають стресостійкість медичних працівників в умовах кризи, і була досягнута шляхом комплексного аналізу даних, що охопили індивідуально-психологічні, міжособистісні та організаційні аспекти професійної діяльності. Дослідження підтвердило, що медичні працівники, які працюють в екстремальних умовах, постійно відчують значне психоемоційне навантаження. Предметом вивчення

виступили психологічні особливості та конкретні чинники, що безпосередньо впливають на рівень їхньої стресостійкості.

Результати дослідження підтвердили, що стресостійкість медичних працівників формується як багаторівнева система, що поєднує внутрішні ресурси особистості (здатність до самоконтролю, мотиваційну спрямованість, емоційну стабільність) та зовнішні чинники (підтримку колег, соціальне визнання, стабільні організаційні умови). Кореляційний аналіз виявив прямий взаємозв'язок між розвиненістю особистісних ресурсів і загальним рівнем стресостійкості, що підкреслює вирішальну роль психологічної зрілості та адаптивних якостей у професійній діяльності [3]. Порівняльний аналіз за соціально-демографічними ознаками виявив певні закономірності: зокрема, чоловіки та особи з вищою освітою демонстрували вищі показники стресостійкості. Однак основним фактором виявилася не соціально-демографічна приналежність, а сформованість внутрішніх і зовнішніх ресурсів, що дозволяють ефективно протистояти стресовим навантаженням [3].

Особливе значення надається профілактиці стресових станів, яка виявляється ефективною лише за умови комплексного підходу. Запропонована модель профілактики включає три рівні: індивідуальний (розвиток навичок саморегуляції, формування стратегій подолання стресу), міжособистісний (зміцнення командної взаємодії, комунікативна підтримка) та організаційний (системні програми психологічного супроводу, забезпечення стабільних умов праці). Такий багаторівневий підхід сприяє підвищенню психологічної витривалості медиків і забезпечує ефективність їхньої роботи в кризових умовах [5].

Отже, психологічні особливості стресостійкості медичних працівників у кризових ситуаціях проявляються через здатність мобілізувати власні ресурси, ефективно взаємодіяти в команді та адаптуватися до організаційних викликів. Виявлені фактори стресостійкості створюють основу для розробки цілеспрямованих програм психологічної підтримки медичного

персоналу, спрямованих на збереження психічного здоров'я, підвищення професійної надійності та забезпечення якості медичної допомоги в надзвичайних ситуаціях.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Ведяєв Ф. П. Емоційно-стресові стани. Київ: Вища школа, 1979. 57 с.
2. Дубравська Д.М. Основи психології: Навч. посібн. Львів: Світ, 2001. 280 с.
3. Зливков В. Л., Лукомська С. О., Федан О. В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ: Педагогічна думка, 2016. 219 с.
4. Коцан І. Я., Г. В. Ложкін, М. І. Мушкевич. Психологія здоров'я людини. Луцьк: РВВ «Вежа» Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 2009. 316 с.
5. Островерха Ю. А., Пістун І. П., Хобзей М. К. Охорона життя і здоров'я учнів та безпека їх життєдіяльності: навч.-метод. видання. Львів: Сполом, 1999. 160 с.
6. Сазонова О. В. Дослідження співвідношення між домінуючими копінг-стратегіями, рівнем тривожності та самооцінкою учнів. Проблеми сучасної психології. Київ, 2014. №19. 185-193 с.
7. Шапар В. Б. Сучасний тлумачний психологічний словник. Харків: Прапор, 2007. 640 с.
8. Винокур В.А. Професійний стрес у медичних працівників та її попередження Рівненська газета. - № 11. – 2004. С. 28.
9. Психологічний словник / авт.-уклад. В. В. Синявський, О. П. Сергєєнкова; за ред. Н. А. Побірченко. 336 с. URL: https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/5980/3/O_Serhieienkova_IL.pdf(дата звернення: 25.09.2025)
10. Юрченко В. М. Психічні стани людини: системний опис: монографія В. М. Юрченко. – Рівне, 2006. – 574 с.
11. Шишкіна Є.К., Носирєв О.О. Методологія наукових досліджень [Текст]: навч. посіб. Є.К. Шишкіна, О.О. Носирєв. – Х.: Вид-во «Діса плюс», 2014. – 200 с.
12. Набухотний Т.К. Права людини в системі взаємовідносин «лікарпацієнт» в відкритому суспільстві Т.К. Набухотний, Ю.М. Скалецький, В.П. Павлюк-К.: Телеоптик. – 219 с.

13. Паньковець В.Л. Психологічні чинники професійного стресу менеджерів освітніх організацій: автореф. дис. канд. психол. наук: спец. 19.00.10 Паньковець Віталій Леонідович: ін-т психології ім. Костюка АПН України – К., 2006 – 21 с.
14. Волошок О. В. Психологічний аналіз проблем тривожності особистості. Збірник наукових праць КПНУ імені Івана Огієнка. Інститут психології ім. Г. С. Костюка АПН України. Київ, 2015. С. 479-484.
15. Аршава І.Ф. Емоційна стійкість людини та її діагностика: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. психол. наук: спец 19.00.02 «Психофізіологія» І. Я. Аршава. – К., 2007. – 38 с.
16. Циганчук Т. В. Динаміка переживання стресу: індивідуальнопсихологічні характеристики Т. В. Циганчук Актуальні проблеми 19 психології: зб. наук. пр. Ін-т психології ім. Г. С. Костюка НАПН України; за ред. Максименка С. Д. – К., 2010. – Т. X., Вип. 16. – С. 564–574.
17. Карамушка Л.М. Психологічні особливості професійного стресу у працівників медичних установ Л.М. Карамушка, О.О. Раковчена Главный врач. – №12. – К.: Блиц-Информ, 2009. – С. 88–93.
18. Павлюк Т.М. Психологія обходження з хворими: діагностика професійного типу медичних сестер/ Т.М. Павлюк // Практична психологія і соціальна робота. – 2007 – С. 35-43.
19. Максименко С.Д. Адаптація психодіагностичних методик, шкала професійної завантаженості С.Д. Максименко, О.М. Кокун, Є.В. Тополов Практична психологія та соціальна робота. – 2012. - №5.- с.34-37.
20. Наугольник Л. Б. Психологія стресу: підручник Л. Б. Наугольник. – Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. – 324 с.
21. Ільєнко, М. М. Професійне «вигорання» фахівців соціальної роботи: фактори, зміст, шляхи запобігання та подолання. М.М. Ільєнко, Д. О. Пузіков Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: тези доповідей. – К.: Університет «Україна», 2008. – С. – 306–309.

22. Золотарьова Ж. М. Обґрунтування заходів профілактики синдрому емоційного вигорання серед студентів-медиків. Медична освіта. 2018. №3. с. 95–98.
23. Галіцина Л. Стратегії поведінки під час стресу. Управління освітою. -2012. - №4, лютий. – с.2-6.
24. Шаран Ю. В. Психофізіологічні детермінанти стресостійкості особистості Актуальні проблеми психології. Том V: Психофізіологія. Психологія праці. *Експериментальна психологія: зб. наук. праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України / за ред. С.Д. Максименка. К.: ДП «Інформаційно аналітичне агенство», 2007 С. 143-148.*
25. Урбанович О. Подолання стресів і життєвих криз О. Урбанович Управління освітою. – 2011.- №10. – с. 7-8.
26. Чернишук Г. М. Особливості дослідження первинної стресостійкості особистості *Проблеми емпіричних досліджень у психології.: наук. журн. вип 1. (Київ, 10 жовтня 2011) К.: Гнозис, 2011. С. 92–98.*
27. Тімченко О.В. Екстремальна психологія: підручник К.: ТОВ «Август Трейд», 2007. 502 с.
28. Карабін, Т. В. *Психологічна профілактика професійного вигорання медичних працівників.* — Івано-Франківськ: Прикарпатський університет, 2021.
29. Підвисоцька, Г. В. *Стресостійкість і адаптаційні можливості медичних працівників в умовах пандемії COVID-19. Медична психологія, №2, 2021, с. 33–39.*
30. Хомуленко, Т. Б. *Психологічні ресурси особистості в умовах професійного стресу.* — Київ: Либідь, 2019.
31. Психологічне забезпечення професійної діяльності За ред. Нікіфорова Г.С. – СПб.: Світ, 1991. – 355 с.
32. Розов В. І. Адаптивні антистресові психотехнології: навч. Посібн. Київ: Кондор, 2005. 278 с.

33. Цигульська Т. Ф. Загальна та прикладна психологія: як допомогти собі та іншим. Курс лекцій: навч. посібник. Київ: «Наукова думка», 2000. 191 с.
34. Чеканська О. А., Данчук Ю. П. Особливості копінг-поведінки особистості у стресових ситуаціях. Теорія і практика сучасної психології, 2019. т. 1. № 4. С. 63-67.
35. Охременко О. Р. Постстресові розлади. Київ: Видавництво «Хімджест», 2004 р. 102 с.
36. Магдисюк Л. І., Федоренко Р. П. Психологія життєвих криз: навч. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2023. 292 с.
37. Шкарлатюк К. І., Федоренко Р. П., Магдисюк Л. І. Дизайн психологічного дослідження: організація та проведення практики практичних психологів: навч.-метод. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2022. 332 с.
38. Корольчук М. С., Крайнюк В. М. Психологія стресу та стресостійкості особистості. – К.: Ніка-Центр, 2010.
39. Волинець Н.В. Стрес і його вплив на діяльність особистості. Наукові записки НПУ імені М. П. Драгоманова, 2016. № 24.
40. Ткаченко О. В. Психологічні особливості прояву стресу у студентської молоді. Вісник ХНПУ ім. Сковороди. Серія «Психологія», 2019. № 63.
41. Климчук В. О. Психологічні аспекти стресу та способи його подолання. Освіта регіону, 2015. № 2.
42. Стаття Професійний стрес та задоволеність роботою серед працівників закладів паліативної допомоги Дмитришина Н. А., Матеріали конференції, 2012 — сторінки 44-53.
43. Методичний посібник “Професійний стрес: вивчення поняття в сучасному дискурсі” Дмитришина Н. А., Києво-Могилянська академія, частина 5, 2024 — сторінки 41-48
44. Синдром емоційного вигорання в медичних працівників хірургічної спеціалізації І. С. Литвиненко, І. М. Хотєнов Науковий вісник..., 2017, № 1, Квітень. – С. 109-115.

45. Синдром емоційного вигорання серед медичних працівників Т. V. Kosa
Медсестринство, 2019, № 3. – С. 39-41.
46. Фізіологія вищої нервової діяльності: навч. Посібник С. 78–79.