

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

СВІТЛАНА САМСОНОВА

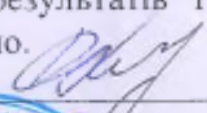
**ПРОБЛЕМА ФЕНОМЕНУ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ
ПРАЦІВНИКІВ**

спеціальність 053 Психологія

галузь знань 05 Соціальні та поведінкові науки

Подається на здобуття освітньої кваліфікації магістр психології

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


Світлана Самсонова



Науковий керівник: Радько Ольг Василівна, кандидат психологічних наук,
доцент, доцентка кафедри психології, педагогіки та філології ХДАК

Дата захисту

16.12.2025

Національна шкала

вільно

Кількість балів 90 оцінка ECTS A

Харків –2025

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ПРОБЛЕМИ ФЕНОМЕНУ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ	6
1.1. Проблема феномену професійного вигорання в вітчизняній та зарубіжній літературі.....	6
1.2. Психічні особливості професійної діяльності медичних працівників.....	16
Висновки до розділу 1	23
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ	25
2.1. Методика та методи емпіричного дослідження професійного вигорання медичних працівників.....	25
2.2. Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження професійного вигорання медичних працівників.....	28
2.3. Кореляційний аналіз взаємозв'язку рівня професійного вигорання медичних працівників зі стажем роботи та особистісними чинниками...	52
Висновки до розділу 2	56
РОЗДІЛ 3. ПСИХОКОРЕКЦІЙНА ПРОГРАМА ПОДОЛАННЯ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ	58
3.1. Обґрунтування та зміст психокорекційної програми.....	58
3.2. Структура психокорекційної програми та методичні рекомендації щодо запобігання професійного вигорання медичних працівників.....	60
Висновки до розділу 3	62
ВИСНОВКИ	64
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	67
ДОДАТКИ	70

ВСТУП

Актуальність дослідження. Актуальність обраної теми зумовлена складною соціально-політичною ситуацією в Україні, яка з 2014 року, а особливо з 2022 року, спричинила значне зростання психоемоційного навантаження на медичних працівників унаслідок воєнних дій, пандемії та реформ системи охорони здоров'я. За даними Міністерства охорони здоров'я України та Всесвітньої організації охорони здоров'я, станом на 2025 рік понад 40% медичних працівників стикаються з проявами професійного вигорання, що призводить до зниження якості медичної допомоги, відтоку кадрів та погіршення психічного здоров'я.

Проблема формулюється як питання: «Яким чином стаж роботи та особистісні чинники впливають на феномен професійного вигорання медичних працівників, і що потрібно зробити для його профілактики, якщо попередні дослідження не враховували специфіку цієї професійної групи в умовах кризового часу?». Відсутність комплексного підходу до вивчення цієї проблеми підкреслює необхідність нового наукового осмислення, що відображено в назві теми дослідження.

Об'єктом дослідження є процес професійного вигорання медичних працівників.

Предметом дослідження виступають особистісні чинники та стаж роботи як детермінанти феномену професійного вигорання медичних працівників.

Гіпотеза дослідження: рівень професійного вигорання медичних працівників залежить від їхнього стажу роботи та особистісних ресурсів (емоційної стабільності, мотивації, резистентності до стресу), причому працівники зі стажем понад 20 років матимуть вищий рівень вигорання порівняно з тими, хто працює до 10 років, а також може бути знижений шляхом реалізації спеціально розробленої програми, яка сприятиме розвитку цих ресурсів і покращенню організаційного клімату.

Мета дослідження полягає у теоретичному обґрунтуванні, розробці та емпіричній апробації психокорекційної програми, спрямованої на зниження рівня професійного вигорання медичних працівників шляхом розвитку їхніх особистісних ресурсів і врахування впливу стажу роботи.

Завдання дослідження:

1.Провести теоретичний аналіз феномену професійного вигорання медичних працівників у вітчизняній та зарубіжній літературі.

2.Емпірично дослідити рівень професійного вигорання медичних працівників залежно від стажу роботи та виявити зв'язок цього рівня з особистісними ресурсами.

3.Встановити статистичні відмінності у вираженості синдрому вигорання та його компонентів між групами з різним стажем роботи.

4.Розробити, теоретично обґрунтувати психокорекційну програму «Ресурсний щит», спрямовану на зниження рівня професійного вигорання шляхом розвитку особистісних ресурсів.

5.Розробити методичні рекомендації щодо профілактики та подолання професійного вигорання медичних працівників в умовах сучасних викликів.

Методологічну основу дослідження складають інтегративні підходи до вивчення професійного вигорання: клініко-психологічний (концепція синдрому вигорання К. Маслач та М. Лейтера), соціально-психологічний (теорія емоційного вигорання В. Бойко, дослідження організаційного контексту Н. Водоп'янової) та організаційний (модель шести сфер робочого життя Дж. Грінберга).

Емпіричне дослідження базується на використанні таких психодіагностичних методик: Maslach Burnout Inventory (MBI) К. Маслач (оцінка рівня вигорання за трьома шкалами: емоційне виснаження, деперсоналізація, зниження особистих досягнень), методика В. Бойко «Діагностика емоційного вигорання» (визначення фаз напруження, резистенції та виснаження), шкала резиліентності (визначення стресостійкості) та Фрайбурзький особистісний опитувальник (аналіз

емоційної стабільності та мотиваційних факторів). Обробка результатів здійснювалася методом математичної статистики, зокрема кореляційним аналізом, для виявлення зв'язків між особистісними чинниками, стажем та рівнем вигорання, а також t-тестом для оцінки значущості змін до й після інтервенції.

Характеристика вибірки. Вибірка дослідження включала 40 медичних працівників (лікарів та медсестер) віком від 25 до 60 років, з різним рівнем освіти, переважно жіночої статі (75%). Група розділена на дві підгрупи: 20 осіб зі стажем роботи до 10 років та 20 осіб зі стажем понад 20 років, тому що, саме ці дві групи демонструють найбільш виражену різницю у динаміці професійного вигорання: у молодших фахівців переважає високий ентузіазм, але низький рівень сформованих копінг-стратегій і ресурсів саморегуляції, тоді як у фахівців з великим стажем накопичується хронічне емоційне виснаження, цинізм та зниження відчуття професійних досягнень

Наукова новизна дослідження виявляється в емпіричному встановленні кореляційних зв'язків між особистісними чинниками (емоційна стабільність, резилієнтність, мотивація) та рівнем вигорання залежно від стажу, що доповнює існуючі знання про специфіку цього феномену в медичній сфері в умовах воєнного часу.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ПРОБЛЕМИ ФЕНОМЕНУ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

1.1. Проблема феномену професійного вигорання в вітчизняній та зарубіжній літературі.

Професійна діяльність медичних працівників завжди вирізняється як одна з найскладніших сфер людської діяльності. Вона потребує не лише специфічних знань і умінь, але й високого рівня практичних навичок, а також виняткових моральних і духовних якостей. Проте існує низка чинників, що викликають значний стрес і напруження, вимагаючи значних фізичних і психологічних зусиль у процесі виконання професійних обов'язків. Це часто стає основним фактором виникнення синдрому емоційного вигорання. У сучасних реаліях, особливо в умовах військових дій, ця проблема не втратила своєї актуальності, а навпаки, стала надзвичайно важливою. Медична професія належить до типу «людина-людина», і її ефективність значною мірою залежить від психологічних аспектів. Ці чинники стосуються не лише професійної діяльності лікаря чи медсестри, а й взаємодії з пацієнтами. Медичні працівники, свідомо обираючи свою професію, зазвичай мають мотивацію, спрямовану на забезпечення якісної допомоги та співпрацю з пацієнтами.

Згідно з І. Федик на сучасному етапі розвитку української психологічної науки важливу роль серед різноманітних її напрямів відіграє психологія медичних працівників. Цей сектор потребує особливої уваги та підтримки з боку фахівців через специфіку роботи медиків, що включає щоденну взаємодію з пацієнтами та їхніми родинами, а також можливі особистісні проблеми, які можуть проявлятися досить гостро. Складні умови праці, контакт зі шкідливими речовинами, робота понаднормово, постійна напруженість і висока відповідальність створюють ґрунт для виникнення особливих психологічних станів у представників цієї професії. У зв'язку з цим

можна аргументовано стверджувати, що робота медичного працівника належить до категорії професій із підвищеним ризиком емоційного виснаження та професійного вигорання [25].

Медичні працівники повинні чітко усвідомлювати свої професійні обов'язки та неухильно дотримуватися правил деонтології – розділу етики, що визначає вимоги до моральної поведінки та обов'язків фахівців. Ці норми ґрунтуються на знаннях основ медицини, зокрема медичної психології. Недотримання таких принципів може призвести до того, що навіть маючи добрі наміри, медичний працівник здатен ненароком зашкодити пацієнтові замість того, щоб допомогти.

Сучасна робота в медичних закладах має високий рівень емоційного навантаження, потребує постійної концентрації та контролю над виконанням завдань, а також взаємодією з людьми. У таких умовах часто з'являються різноманітні джерела стресу, які поступово накопичуються в різних аспектах життя. Здатність відчувати контроль над ситуацією може відігравати ключову роль у вирішенні проблем. Якщо медичний працівник демонструє адекватну адаптивну реакцію, він діє більш ефективно, що позитивно впливає на його функціональну активність і впевненість у своїх силах. Навпаки, дезадаптаційні реакції призводять до вигорання, яке розвивається за принципом низхідної спіралі. Постійний дисбаланс між вимогами (як внутрішніми, так і зовнішніми) та доступними ресурсами (внутрішніми і зовнішніми) руйнує психологічну рівновагу людини. Такий тривалий чи прогресуючий дисбаланс неминуче веде до явища вигорання. Важливо розуміти, що вигорання є не просто наслідком стресу, а результатом нездатності контролювати цей стрес [3].

Коли йдеться про професійну придатність лікаря, часто упускають важливі аспекти, такі як емоційна зрілість, особиста чесність, здатність не тільки вирішувати професійні завдання, а й реагувати на них емоційно адекватно, демонструючи при цьому відданість своїй справі. Зважаючи на труднощі, пов'язані з боротьбою проти виснаження та професійного вигорання

у медичній сфері, яка вимагає значної концентрації на потребах іншої людини і креативності, найбільший ризик цього синдрому часто виникає саме у тих лікарів, хто є відданим, енергійним та наполегливим [15].

«Емоційне вигорання» – це термін, який поряд з визначенням «професійне вигорання» застосовують психологи-дослідники в галузі професійної частини життя людини, коли працівники комунікаційної сфери, допоміжних професій, у яких особисті обов'язки виходять за межі зовнішнього контролю мають ситуацію «вигорання» після місяців або років сумлінного виконання роботи, показуючи ознаки напруженості, тривожності, байдужості, виникнення дисбалансу між роботою та особистим життям, невмінням будувати ефективні життєві та фахові плани та відсутність належної винагороди за працю тощо. Таким чином, причин виникнення емоційного вигорання працівників може бути багато, але є окремі групи працівників, які в межах професійної діяльності мають найбільші ризики виникнення такого синдрому. Це працівники сфер діяльності «людина-людина» та працівники, фахова сфера яких потребує значної концентрації уваги.

11-й перегляд Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-11) також включає синдром професійного вигорання. Цей синдром не класифікується як захворювання. Класифікується в класі «Фактори, що впливають на стан здоров'я населення та відвідування закладів охорони здоров'я», до якого входять причини звернення населення до закладів охорони здоров'я, які не класифікуються як захворювання та медичні стани. За МКХ-11 «емоційне вигорання» - це синдром, який є наслідком хронічного стресу на робочому місці, з яким не вдалося впоратися. Емоційне вигорання безпосередньо пов'язане з професійним контекстом і не повинно розглядатися в контексті досвіду інших сфер життя. Вигорання характеризується трьома симптомами: відчуттям мотиваційного або фізичного виснаження; зростаюче психічне дистанціювання від професійних обов'язків або негативізм чи цинізм щодо професійних обов'язків; зниження працездатності [14].

Проблема синдрому емоційного вигорання досліджена і відзначена в ряді робіт зарубіжних і вітчизняних вчених. Основну частину досліджень присвячено змісту та структурі цього синдрому (Г. Ложкін, М. Лейтер, С. Максименко, Е. Махер, В. Смульсон, Т. Форманюк та ін.), а також методи її діагностики (В. Бойко, Н. Водоп'янова, О. Старченкова та ін.). Окремі питання проявів синдрому емоційного вигорання досліджувалися серед працівників медичних установ (Г. Каплан, Г. Робертс, Б. Дж. Седок, В. Семеніхін та ін.).

У представників багатьох професій, чия діяльність пов'язана зі спілкуванням, властиво проявляти симптоми поступового емоційного виснаження і відчаю. В першу чергу це стосується емоційного вигорання, особливо молодшого медичного персоналу та лікарів, які постійно перебувають у міжособистісному спілкуванні з пацієнтами, їхніми родичами та колегами. Емоційне вигорання - це механізм психологічного захисту, вироблений індивідом у вигляді повного або часткового виключення емоцій (зниження енергії) у відповідь на окремі психотравмуючі впливи. Емоційне вигорання — набутий стереотип емоційної, як правило, професійної поведінки. Вигорання визначається як частково функціональний стереотип, оскільки дозволяє людині економно дозувати та використовувати енергетичні ресурси. Водночас дисфункціональні наслідки можуть мати місце, коли «вигорання» негативно впливає на виконання професійної діяльності та стосунки з партнерами. О. Юрков зазначає, що емоційне вигорання визначається як форма професійної деформації особистості. Цей стереотип емоційного сприйняття дійсності виникає під впливом ряду факторів - зовнішніх і внутрішніх передумов, зокрема [8]: до зовнішніх факторів, що провокують вигорання, належать: хронічна інтенсивна психоемоційна діяльність; дестабілізуюча організація діяльності; підвищена відповідальність за виконувані функції та операції; несприятлива психологічна атмосфера професійної діяльності; психологічно важкий контингент, з яким доводиться мати справу фахівцеві з комунікацій. Внутрішніми факторами, що викликають

емоційне вигорання, є схильність до емоційної ригідності, інтенсивна інтерналізація (сприйняття та переживання) обставин професійної діяльності, слабка мотивація до емоційного повернення до професійної діяльності, моральні недоліки та особистісна дезорієнтація.

За визначенням Л. Качала, тривалий вплив професійного стресу різної інтенсивності може призвести до синдрому вигорання. Особливо це стосується альтруїстичних професій, до яких відноситься і професія лікаря. Сучасна психологічна наука розглядає синдром емоційного вигорання як процес поступової втрати емоційної, когнітивної та фізичної енергії, що проявляється певними симптомами (виснаження, втома), а також замкнутістю індивіда та зниженням задоволення від виконання професійних обов'язків.

Вперше сформулював термін «вигорання» та ввів його у науковий обіг у 1974 році Г. Фрейденбергер в своїй науковій праці «Вигорання персоналу»[1]. Він використав його для опису стану емоційного, розумового та фізичного виснаження, що виникає внаслідок тривалого впливу високого рівня стресу та вимог на робочому місці, особливо у професіях, які спрямовані на допомогу іншим людям, наприклад, охорона здоров'я. Клінічна концепція професійного вигорання була розроблена під час роботи у безоплатних клініках і терапевтичних спільнотах, де Г. Фрейденбергер мав змогу спостерігати за волонтерами та медичними працівниками. Ці дослідження були багато в чому автобіографічними, бо він сам потерпав від значного психоемоційного вигорання внаслідок професійної діяльності [24].

На початку вивчення цього явища Г. Фрейденбергер увів термін «staff burn-out» (у перекладі — професійне вигорання), описуючи психологічний стан працівників допоміжних професій після тривалого та інтенсивного спілкування з клієнтами або пацієнтами. Він охарактеризував цей феномен як стан здорових людей, які перебувають у постійній взаємодії «людина-людина» в умовах емоційно напруженої атмосфери, притаманної їхній професійній діяльності.

За його класифікацією поняття емоційного вигорання складається із трьох основних компонентів: емоційне виснаження — втома, викликана надмірною залученістю протягом тривалого часу, деперсоналізація — зниження емоційного зв'язку з оточуючим світом, що проявляється у байдужості, відчуття безглуздості зусиль — переконання, що дії не мають позитивного результату або впливу [24].

У зарубіжній літературі професійне вигорання вивчається в різних професійних групах. Значна увага приділяється медикам, оскільки їхня робота поєднує високу відповідальність, емоційне навантаження та брак часу для відпочинку. Дослідження показують, що вигорання у лікарів та медсестер може призводити не лише до погіршення їхнього здоров'я, а й до зниження якості надання медичної допомоги [28].

Подальший розвиток концепції пов'язаний із працями К. Маслач, яка разом із С. Джексон розробила багатовимірну модель вигорання. Згідно з їх підходом, вигорання проявляється у трьох основних вимірах: емоційне виснаження, деперсоналізація (або цинічне ставлення до клієнтів та колег) і зниження особистих досягнень [27]. Згодом ця модель стала основою для створення відомого інструменту діагностики — Maslach Burnout Inventory (MBI), який використовується в багатьох країнах світу для вивчення даного феномену [28].

Важливо наголосити, що у західній традиції професійне вигорання розглядається не як індивідуальний недолік працівника, а як результат взаємодії між людиною та робочим середовищем. Це підкреслює необхідність комплексного підходу до його профілактики та подолання.

Зарубіжні дослідники широко досліджують професійне вигорання як соціально-психологічний феномен. У працях К. Маслач та М. Лейтера було запропоновано модель «шести сфер робочого життя», згідно з якою вигорання розвивається внаслідок хронічного дисбалансу між вимогами до працівника і доступними йому ресурсами. До таких сфер належать: робоче навантаження, контроль, винагорода, спільнота, справедливість та цінності [26].

Х. Шауфелі та його колеги досліджували динаміку вигорання й показали, що цей процес розгортається поступово, призводячи до зниження рівня професійної залученості. Дослідники також наголошували, що вигорання і залученість (engagement) є двома полюсами професійного функціонування: якщо вигорання характеризується виснаженням, цинізмом та неефективністю, то залученість, навпаки, виявляється у високій енергійності, відданості справі та поглиненості роботою [30].

Американський дослідник Дж. Грінберг описав п'ять послідовних стадій розвитку синдрому вигорання, які відображають наростання психічної напруги, пов'язаної з професійною діяльністю. Розглянемо детальніше ці стадії. Перша стадія «медовий місяць» (Honeymoon stage): людина сповнена ентузіазму й натхнення, активно вкладається у роботу, часто бере на себе більше завдань, ніж реально може виконати, висока продуктивність, оптимізм, емоційне піднесення. Друга стадія «недостатня кількість палива» (Fuel shortage stage): з'являються перші симптоми перевтоми, відчуття браку сил і часу, знижується задоволення від роботи, підвищується дратівливість. Третя стадія - хронічні симптоми (Chronic symptoms stage): стан втоми стає постійним, можливі фізіологічні прояви (головний біль, розлади сну, шлунково-кишкові проблеми), негативні емоції починають переважати. Четверта стадія - криза (Crisis stage): погіршується фізичне й психічне здоров'я, часті конфлікти на роботі й удома, виникає почуття безнадії, цинізм, емоційна відстороненість. П'ята стадія - виснаження (Hitting the wall stage): повне емоційне й фізичне виснаження, можливий розвиток депресії, серйозних психосоматичних захворювань, людина часто потребує професійної допомоги й відновлення [7;22].

Починаючи з середини 1990-х років, дослідження вигорання в американській психології вийшло на якісно новий рівень, оскільки в центрі уваги досліджень перебувають не лише фактори, а й інші аспекти цього психологічного феномену, а саме [11, с.199].

- ◆ спектр соціальних професій, що переживають вигорання, розширюється;

- ◆ вигорання засноване на розробленій методиці і визначається не лише як форма, а й як наслідок хронічного професійного стресу;

- ◆ змінюється інструментарій психодіагностики, за допомогою якого на даному етапі зарубіжні психологи вимірюють вигорання.

Таким чином, зарубіжна традиція дослідження професійного вигорання робить акцент на системних чинниках та взаємозв'язку між організаційними умовами й психологічним благополуччям працівників.

На сьогоднішній день активно досліджується проблема професійного вигорання, що сприяло формуванню нових підходів до її вирішення. Вчені визначили три ключові підходи до розгляду питання емоційного вигорання працівників. Одним із них є емоційно-професійне вигорання, яке виступає формою професійної дезадаптації. Цей стан здатний знижувати продуктивність трудової діяльності, викликати втрату інтересу до роботи та інших сфер життя, а також негативно впливати на психічне і фізичне здоров'я. Утримуючись без належної уваги, дане явище може призвести до розвитку невротичних розладів й психосоматичних захворювань [6]

В Україні проблема професійного вигорання почала активно вивчатися з початку 2000-х років. Значний внесок у дослідження цього феномену зробила Н. Водоп'янова, яка адаптувала методику Maslach Burnout Inventory для українських умов і показала особливості прояву вигорання серед педагогів [4].

Підходи до проблематики емоційного вигорання працівників

Підхід	Суть
Клініко-психологічний	Вигорання розглядається як особливий психічний стан або синдром, що супроводжується фізичним і психічним виснаженням, депресивними проявами та зниженням працездатності.
Соціально-психологічний	Вигорання трактується як наслідок тривалих стресів у професійній діяльності, пов'язаної з інтенсивною взаємодією «людина – людина». Акцент на ролі соціального середовища та професійного оточення.
Організаційний	Вигорання розглядається як результат неефективної організації праці: перевантаження, відсутність підтримки, конфлікт ролей, дефіцит ресурсів.

Дослідження О. Кокуна розкривають проблему вигорання у контексті професійного здоров'я. Автор розглядає вигорання як одну з форм професійної деформації, що призводить до зниження ефективності праці та загрожує психологічному добробуту особистості. Він наголошує на важливості розвитку психологічної стійкості, формування навичок саморегуляції та створення сприятливого психологічного клімату у трудових колективах [9].

Т. Щербан у своїх працях досліджує чинники розвитку вигорання у вчителів, підкреслюючи, що до ключових причин належать перевантаженість, конфлікти в колективі та недостатність соціальної підтримки. Авторка акцентує на потребі впровадження програм психопрофілактики для педагогів, які мають сприяти збереженню їхнього психоемоційного здоров'я [21].

Сучасні українські дослідження також враховують нові реалії: воєнний стан, дистанційне навчання, соціально-економічні кризи. Наприклад Н. Миронець звертає увагу на те, що вигорання у цей період набуває нових форм — відчуття безпорадності, втрата сенсу діяльності та підвищений рівень тривожності. Авторка підкреслює, що актуальною стає проблема не лише

індивідуальної психологічної допомоги, але й створення державних та організаційних програм підтримки працівників [13].

Р. Погоріляк визначає основні фази емоційного вигорання:

У першій фазі працівник зазвичай задоволений своєю роботою, працює з ентузіазмом. Проте з часом, у міру наростання стресу, робота починає втрачати свою привабливість, а працівник поступово втрачає енергію та мотивацію.

Друга фаза характеризується втомою та апатією, що часто супроводжується порушеннями сну. За відсутності додаткової мотивації працівник може втрачати інтерес до професійної діяльності, включно з її результатами. У цей період нерідко спостерігаються недотримання трудової дисципліни та прагнення уникати виконання службових обов'язків.

У третій фазі накопичене фізичне та психологічне навантаження призводить до виснаження. Лікар може проявляти надмірну дратівливість, тенденцію до репресивності чи навіть схильність до психосоматичних розладів і ризику травматизації.

У четвертій фазі психосоматичні проблеми переходять у хронічну форму, що негативно впливає на працездатність лікаря. Це стає причиною поширення депресивних станів та зростання агресивності, включно з аутоагресією.

Остання фаза супроводжується фізичними та психологічними проблемами, які перешкоджають виконанню професійних обов'язків. У результаті можуть розвиватися серйозні соматичні та психологічні розлади, що мають важкі наслідки для здоров'я та кар'єри [15].

Порівняння вітчизняних і зарубіжних досліджень дозволяє виявити як спільні, так і відмінні риси в розумінні феномену вигорання.

По-перше, зарубіжні підходи роблять більший акцент на організаційних чинниках. Вигорання розглядається як наслідок дисбалансу між вимогами та ресурсами, що свідчить про необхідність змін у структурі робочого процесу. В Україні ж довгий час переважала тенденція інтерпретувати вигорання як

особистісну проблему, зумовлену індивідуальними особливостями. Лише останніми роками вітчизняні науковці почали більше уваги приділяти впливу організаційного середовища.

По-друге, зарубіжні дослідники широко застосовують кількісні методики, зокрема стандартизовані опитувальники (MBI, Oldenburg Burnout Inventory тощо), що дозволяє проводити порівняння результатів у різних країнах. В Україні ж переважають якісні дослідження з використанням інтерв'ю, спостереження та контент-аналізу.

По-третє, в українських умовах дослідження вигорання нерозривно пов'язане з соціально-політичним контекстом. Особливо це стало помітно після 2014 року та повномасштабного вторгнення РФ у 2022 році. Вигорання стало частіше проявлятися серед педагогів, медиків, військових психологів, що зумовлено високим рівнем стресу та відчуттям невизначеності майбутнього.

Загалом можна зробити висновок, що інтеграція зарубіжних моделей і досвіду з урахуванням українських соціокультурних реалій є перспективним напрямом розвитку досліджень. Це дозволить створювати ефективні програми профілактики та подолання вигорання, які будуть відповідати як світовим стандартам, так і потребам українського суспільства.

1.2. Психічні особливості професійної діяльності медичних працівників.

Професійна діяльність медичних працівників є однією з найскладніших та емоційно напружених. Вона вимагає не лише високого рівня професійної компетентності, але й значної психологічної стійкості. Емоційне вигорання медичних працівників є одним із найбільш актуальних викликів сучасної охорони здоров'я. Високий рівень емоційної напруги, постійний контакт із хворими та їхніми родинами, ризик відповідальності за життя пацієнтів і складні умови праці роблять медиків надзвичайно вразливою групою до цього

синдрому. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, від 30 до 50% медичних працівників у різних країнах стикаються з проявами професійного вигорання [30]. Аналіз цих особливостей є важливим для розуміння та оптимізації умов праці медиків, а також для профілактики негативних психологічних станів.

Професія медичного працівника є однією з найбільш стресогенних. Джерела стресу можна умовно поділити на декілька категорій: Стрес, пов'язаний з пацієнтами: робота з важкохворими, пацієнтами у термінальній стадії, зіткнення зі смертю та горем. Організаційний стрес: високе робоче навантаження, нестача персоналу, бюрократичні перешкоди, конфлікти з колегами та адміністрацією [8]. Стрес, пов'язаний з прийняттям рішень: необхідність швидко і точно діяти в умовах невизначеності та ризику, що створює постійну психоемоційну напругу. Медичні працівники постійно перебувають у стані емоційного напруження. Це вимагає від них здатності до емоційної саморегуляції та емпатії. Водночас, надмірна емоційна включеність може призвести до емоційного виснаження [5].

Актуальність вивчення цієї проблеми особливо зросла у зв'язку з пандемією COVID-19 та воєнними діями в Україні, які різко збільшили психологічне навантаження на медичний персонал. Тому дослідження як зарубіжних, так і українських авторів дозволяють глибше зрозуміти масштаби та особливості цього явища

Наукові дослідження цієї проблематики свідчать, що зусилля психологів здебільшого зосереджені на аналізі факторів, які провокують емоційне вигорання. Основними чинниками традиційно називають особливості професійної діяльності, індивідуальні характеристики працівників, а також внутрішні аспекти їхньої роботи [17].

Визначення таких факторів у контексті психології медичних працівників розподіляють наступним чином.

1. Мотивація вибору професії медичних працівників. Лікарська діяльність належить до складних і багатогранних професій, що потребують

особливого покликання. Емоційне вигорання в медиків часто проявляється через зниження інтересу до роботи, тривале прийняття рішень щодо діагнозу або помилки, що впливають на якість діагностики та лікування. Професійна втома може призвести до невірної діагнозу, вибору неадекватних методів терапії або й до неправильного організаційного підходу — наприклад, надмірного затримання на роботі чи раннього її завершення [12].

2. Основні вимоги до особистості медичного працівника, соціально приписаний рівень перфекціонізму. Медики повинні володіти низкою як особистісних, так і професійних якостей, які є необхідними для виконання завдань в межах їхньої спеціалізації. Чесність, гідність і професійний авторитет лікаря є універсальними принципами моралі, які поєднують загальнолюдські норми з конкретними вимогами професії [18]. Перфекціонізм же може бути потенційним фактором ризику емоційного вигорання, поза як часто супроводжується високими вимогами до себе та соціального тиску.

Перфекціонізм – потенційний чинник ризику професійного вигорання, зокрема тому, що він пов'язаний з «глибоким переконанням щодо вельми високих професійних стандартів. Зниження рівня соціально приписаного перфекціонізму та підвищення рівня перфекціонізму, орієнтованого на себе, можуть істотно знизити рівень вигорання» [23, с. 96].

3. Соціально-психологічна адаптація до професійної діяльності в екстремальних умовах. Медичні працівники, які працюють в умовах воєнного стану, стикаються зі значним ризиком стресу, психічної дезадаптації та нервово-психічних розладів, а також загрозою для їхнього здоров'я і навіть життя. Такі негативні, а подекуди руйнівні наслідки можуть спричинити виснаження фізичних і психічних ресурсів організму, зниження ефективності роботи, розвиток міжособистісних конфліктів, порушення дисципліни та схильність до зловживання алкоголем. Особливо це стосується тривалого виконання професійних обов'язків в умовах постійного стресу.

4. Створення умов для самоактуалізації особистості як фундаментальної концепції розвитку людини та суспільства ґрунтується на принципах

самоорганізації та саморозвитку. Це передбачає максимально ефективне використання всіх доступних ресурсів — сил, умінь, навичок, а також інших потенціалів — у рамках реальних життєвих ситуацій. Основною метою є задоволення внутрішніх потреб, зважаючи на існуючі фізичні та психологічні можливості і резерви. Особистісний потенціал у контексті даного дослідження визначається як сукупність якостей і характеристик, що виступають ресурсами особистості. Ці риси забезпечують здатність медичних працівників досягати самоактуалізації у професійній діяльності, попри складні умови сучасного життєвого середовища.

5. Здатність до емпатії та стиль спілкування. За О. Мірошніченко: «емпатія – співпереживання емоційним станом пацієнта. Лікар та інші медичні працівники сприймають проблеми пацієнта на особистому рівні» [12, с. 21]. Робота з людьми, які потребують постійного інтенсивного догляду, включно з новонародженими та літніми людьми в умовах неналежного надання послуг і допомоги, часто пов'язана з суттєвими ризиками емоційного виснаження. Через значне навантаження, особливо з огляду на кількість пацієнтів, з якими працюють медсестри й лікарі, спостерігається прояв синдрому емоційного вигорання. Це виражається у некоректних реакціях на пацієнтів і колег, втраті здатності до співчуття, а також перевтомі, що призводить до скорочення виконання професійних обов'язків і негативно впливає на особисте життя медичних працівників [20].

6. Основи спілкування з колегами, умови створення здорового психологічного клімату в медичному середовищі. Особливості спілкування серед лікарів та між лікарем і медсестрою базуються на принципах колегіальності, рівноправності, чесності, справедливості, порядності та готовності ділитися знаннями та досвідом. Важливим моральним обов'язком лікаря є активне протистояння недоброчесним і некомпетентним колегам, а також боротьба з проявами непрофесійної поведінки, яка може становити загрозу для здоров'я або життя пацієнта [18]. Емоційне вигорання «проявляється відстороненістю від колег. З'являються шкідливі звички, це

може мати негативні наслідки не лише для лікаря, а й для всього медичного закладу, оскільки лікарі мають доступ до різних лікарських засобів, в тому числі й наркотичних» [12 с. 21].

Працівники медичної сфери, переважна більшість яких — жінки, є ключовими учасниками боротьби за життя і здоров'я населення України. Їхня діяльність часто супроводжується значним ризиком для життя, фізичного та психічного стану. Робочі умови, в яких функціонують медики, не лише впливають на ефективність виконання їхніх обов'язків, а й створюють комплекс негативних факторів, які погіршують якість і своєчасність надання допомоги у кризових ситуаціях. Сучасні реалії потребують невідкладної медичної допомоги, яка стає не лише важливою, а й набуває масового характеру. Це вимагає максимальної мобілізації професійних компетенцій, фізичних і психологічних ресурсів медичних працівників. Внаслідок такого напруження нерідко виникає емоційне вигорання.

У зарубіжній науковій літературі професійне вигорання медиків розглядається як глобальна проблема, що впливає на ефективність роботи системи охорони здоров'я. Дослідження К. Маслач, М. Лейтера та їхніх колег показали, що вигорання серед медиків тісно пов'язане з надмірним робочим навантаженням, браком соціальної підтримки та відсутністю балансу між працею та особистим життям [26]. Класична модель, розроблена К. Маслач, визначає його як синдром, що включає три компоненти [30]: емоційне виснаження - відчуття виснаженості, втоми, спустошеності; деперсоналізація: цинічне та байдуже ставлення до пацієнтів та своєї роботи; зниження особистих досягнень: відчуття некомпетентності та втрати успішності.

У роботах К. Веста та співавторів підкреслюється, що професійне вигорання у лікарів може призводити до серйозних наслідків: підвищення кількості медичних помилок, зниження задоволеності роботою та відтоку кадрів із медичної сфери. Автори пропонують розглядати вигорання не лише як індивідуальну, а й як організаційну проблему, яка потребує системних рішень [31].

Європейські дослідження акцентують увагу на зв'язку вигорання з якістю медичної допомоги. Наприклад, у Фінляндії було проведено масштабне лонгітюдне дослідження, яке засвідчило, що високий рівень емоційного виснаження серед медсестер негативно впливає на задоволеність пацієнтів лікуванням [29].

Таким чином, зарубіжні автори розглядають вигорання медиків як багатовимірне явище, що поєднує індивідуальні, організаційні та соціальні чинники.

В Україні проблема вигорання медичного персоналу стала предметом активних досліджень упродовж останніх двох десятиліть. Н. Водоп'янова однією з перших дослідила прояви емоційного виснаження серед працівників охорони здоров'я, адаптувавши для цього методикку Maslach Burnout Inventory. Її результати засвідчили високий рівень схильності медиків до вигорання у зв'язку з емоційними перевантаженнями [4].

О. Кокун розглядав професійне вигорання в контексті професійного здоров'я, наголошуючи на необхідності розвитку у медиків психологічної стійкості, навичок саморегуляції та профілактичних програм. Він підкреслював, що вигорання не є лише індивідуальною проблемою, а має системні наслідки для всієї галузі [9].

Важливий внесок зробили дослідження Л. Яворовенко, яка вивчала психоемоційне навантаження лікарів у повсякденній практиці. Авторка встановила, що медики часто страждають від хронічної втоми та емоційного виснаження, що призводить до зниження якості їхньої професійної діяльності[22].

Проблеми вигорання медичного персоналу в умовах кризових ситуацій висвітлює Н. Миронець. Вона зазначає, що під час воєнного стану прояви вигорання набули особливої гостроти через постійний стрес, ризики для життя, брак ресурсів та необхідність працювати в екстремальних умовах [13].

Окрім того, українські дослідники вказують на важливість соціальної підтримки в колективах, а також на потребу системної організаційної

допомоги, що знижує ризики розвитку синдрому вигорання серед медичних працівників[16].

В. Бойко розробив власну класифікацію симптомів, що супроводжують різні стадії емоційного вигорання: напруження, резистенція та виснаження[2].

На стадії «Напруження» відбувається адаптація до професійних вимог, коли працівник отримує певну зону відповідальності, але його навичок недостатньо. На цій стадії в нього може коливатися самооцінка – від варіанту «я нічого не вмю» до «я все можу». Можуть з'явитися відчуття загнаності в клітку, тривожність, апатія або легка депресія.

На стадії «Резистенція» медичний працівник відчуває сильний стрес. Це є наслідком ситуацій, які він не може конструктивно подолати. Тоді з'являються: неадекватне реагування на певні події в житті (наприклад, безпричинна агресивність), емоційно-моральна дезорієнтація, знехтування професійними обов'язками. Часто знижується рівень емоцій, тобто медичний працівник перестає застосовувати емпатію. Через обмеження своїх емоцій може виникати прискіпливість до деталей.

На третій заключній стадії «Виснаження» до ознак додаються психофізіологічні реакції. Медичний працівник починає часто хворіти. Хвороба є причиною, яка дозволяє не йти на роботу. Коли людина не дозволяє собі паузи, це робить за неї організм. Він виснажується і стає чуттєвим до вірусів та бактерій. Відбувається ще більша емоційна відстороненість від інших людей. На цій стадії або треба йти у відпустку, або змінювати роботу.

Таким чином, українські дослідження вигорання демонструють поступовий перехід від індивідуально орієнтованих підходів до більш системного аналізу, що враховує соціальні, економічні та культурні фактори.

Порівняння вітчизняних і зарубіжних підходів до дослідження вигорання медиків дозволяє виділити кілька спільних і відмінних рис.

Спільні риси: обидві наукові традиції наголошують на високому рівні ризику вигорання серед медиків, його негативному впливі на якість роботи та необхідності системних заходів профілактики.

Відмінності: у зарубіжних дослідженнях більше уваги приділяється організаційним і структурним аспектам роботи (графіки, ресурси, управління), тоді як українські дослідження часто акцентують на індивідуально-психологічних характеристиках медичних працівників.

Контекст: українська наука враховує унікальні умови, пов'язані з воєнними діями, економічними кризами та специфікою національної системи охорони здоров'я.

Узагальнюючи, можна сказати, що зарубіжний досвід наголошує на організаційних стратегіях зменшення вигорання, а українські дослідження демонструють потребу інтеграції цих підходів із урахуванням реалій нашої країни.

Висновки до розділу 1.

Проведений теоретичний аналіз літератури дозволяє зробити такі основні узагальнення щодо феномену професійного вигорання медичних працівників.

Професійне (емоційне) вигорання є складним психологічним синдромом, що виникає внаслідок тривалого хронічного стресу в професійній діяльності типу «людина–людина». Найпоширенішою та емпірично підтвердженою є трикомпонентна модель К. Маслач і С. Джексон (1970–80-ті рр.), яка включає: емоційне виснаження, деперсоналізацію (цинічне, знеособлене ставлення до пацієнтів і колег), зниження відчуття особистих професійних досягнень. Ця модель стала основою найваліднішого діагностичного інструменту – Maslach Burnout Inventory (MBI) та його численних адаптацій. Вітчизняна наукова традиція (В. Бойко) описує вигорання як фазовий процес, що послідовно проходить три стадії: «Напруження» (тривога, незадоволеність собою, відчуття «загнаності в кут»); «Резистенція» (формування захисних механізмів: емоційне відсторонення, редукція обов'язків, розширення сфери економії емоцій); «Виснаження» (емоційний дефіцит, особистісне відчуження, психосоматичні та

психовегетативні порушення). Фазова модель особливо цінна для ранньої діагностики та профілактики в українських реаліях. Зарубіжні дослідники (К. Маслач, М. Лейтер, В. Шауфелі, Дж. Грінберг) акцентують увагу на організаційно-соціальному контексті: дисбаланс між робочим навантаженням і ресурсами, шість сфер робочого життя, поступовий перехід від професійної залученості (engagement) до повного вигорання. Вітчизняні автори (Н. Водоп'янова, О. Кокун, Л. Карамушка, Н. Миронець, Т. Щербан) тривалий час фокусувалися переважно на індивідуально-особистісних чинниках, однак з 2014–2022 рр. дедалі більше враховують системні, соціально-економічні та кризові фактори (пандемія COVID-19, воєнний стан).

Порівняння зарубіжного та вітчизняного досвіду свідчить про поступову інтеграцію в українській науці системного підходу, який поєднує індивідуальні, організаційні та соціокультурні детермінанти. Це створює теоретичне підґрунтя для розробки комплексних психокорекційних і профілактичних програм, орієнтованих одночасно на розвиток особистісних ресурсів медичних працівників та покращення організаційного клімату.

Отже, теоретичний аналіз підтвердив багатовимірність і фазовий характер професійного вигорання, виявив ключові фактори ризику та протективні ресурси для медичних працівників в умовах сучасної України, а також обґрунтував необхідність переходу від суто діагностичних до активних психокорекційних і організаційних стратегій запобігання синдрому.

РОЗДІЛ 2.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

2.1. Методика та методи емпіричного дослідження професійного вигорання медичних працівників

Емпіричне дослідження проводилося з метою перевірки гіпотези про те, що рівень професійного вигорання залежить від стажу роботи та рівня особистісних ресурсів (резильєнтності, емоційної стабільності, внутрішньої мотивації); вигорання працівників зі стажем > 20 років виражене сильніше, ніж у групі до 10 років; спеціально розроблена програма «Ресурс-PRO» знижує вигорання, підвищуючи ці ресурси.

Дослідження мало квазіекспериментальний дизайн з двома природними групами (за стажем) та формувальною інтервенцією (див.табл.2.1).

Таблиця 2.1.

Соціально-демографічний та професійний профіль медичних
працівників (лікарів і медичних сестер) залежно від стажу роботи (N = 40)

Показник	< 10 років (n=20)	> 20 років (n=20)	Вся вибірка
Вік, M±SD	29,4±3,2	48,6±5,1	39,0±10,4
Стать (жін./чол.)	16/4	14/6	30/10
Посада (лікар/медсестра)	8/12	12/8	20/20
Освіта (середня/вища)	12/8	4/16	16/24
Нічні чергування за місяць	5,2±1,8	7,1±2,3	6,2±2,2
Робота в «червоній зоні» 2022– 2025	0 %	85 %	42,5 %

Дослідження мало три послідовні етапи: констатувальний, формувальний і контрольний.

На констатувальному етапі усі сорок учасників пройшли первинне психодіагностичне обстеження у приміщенні кабінету психологічного розвантаження. Тестування проводилось індивідуально у період із 14:00 до 16:00 у дні без нічних змін, тривалість однієї сесії — 23–27 хвилин. Кожному респонденту присвоювався анонімний код (M01–M40), бланки заповнювались олівцем, після чого відразу кодувались і заносилися до електронної бази. Первинний пакет складався з чотирьох стандартизованих методик, адаптованих до української мови та валідизованих на медичних працівниках.

Першою застосовувалась Maslach Burnout Inventory (Human Services Survey) у перекладі та адаптації Н. Водоп'янової та Є. Старченкової 2009 року. Опитувальник містить двадцять два твердження, що оцінюються за семибальною шкалою частоти від «ніколи» (0) до «щодня» (6). Результати розподіляються на три субшкали: емоційне виснаження (дев'ять пунктів, діапазон 0–54), деперсоналізація (п'ять пунктів, 0–30) та зниження особистих досягнень (вісім пунктів, 0–48, зворотне кодування). Коефіцієнти внутрішньої узгодженості за Кронбахом у попередніх українських вибірках медиків становили 0,90; 0,87 та 0,84 відповідно.

Другою методикою була «Діагностика рівня емоційного вигорання» В. Бойка (84 тверджень «так/ні»). Інструмент вимірює три послідовні фази: напруження, резистенція, виснаження. Кожна фаза оцінюється окремо, а загальний бал ≥ 60 свідчить про сформований синдром.

Третім інструментом виступила скорочена десятипунктова версія Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC-10) в українському перекладі О. Кокун (2021). Кожне твердження оцінюється від 0 («зовсім не вірно») до 4 («майже завжди вірно»). Сумарний бал 0–40, високий рівень резильєнтності — ≥ 32 . Надійність $\alpha = 0,88$.

Четвертим був Фрайбурзький особистісний опитувальник (форма В, скорочена версія на 44 пункти), з якого використовувались лише чотири шкали: IV «Невротизм» (інверсія = емоційна стабільність), I «Екстраверсія»,

IX «Спрямованість на досягнення» та XI «Відкритість досвіду». Результати переводились у стени 1–9. Коефіцієнти $\alpha = 0,79–0,85$.

Первинні дані вводились у IBM SPSS Statistics версії 28.0. Для подальшого аналізу планувалось: описова статистика (середнє, стандартне відхилення, медіана), кореляційний аналіз Пірсона та Спірмена, t-критерій Стюдента для незалежних і залежних вибірок, оцінка розміру ефекту за Cohen's d. Рівень статистичної значущості встановлено $p \leq 0,05$, тенденція $p \leq 0,10$.

Етичне забезпечення відповідало Гельсінській декларації та наказу МОЗ України № 690 від 23.09.2009. Протокол затверджено локальною етичною комісією КНП «МКЛ № 4» 12 вересня 2025 року (код МКЛ4-2025/09). Кожному учаснику видавався інформаційний лист на двох аркушах, підписувалась окрема згода на обробку персональних даних. Усі бланки зберігались у сейфі, електронна база захищена 256-бітним шифруванням, доступ мав лише дослідник. Учасники могли припинити участь на будь-якому етапі без пояснень і без наслідків для робочого місця.

Обмеженнями пілотного етапу визнано: невеликий обсяг вибірки ($N = 40$), регіональну обмеженість, самооціночний характер методик, відсутність сліпого контролю. Отримані на констатувальному етапі дані стали базою для розподілу на експериментальну та контрольну групи (по 20 осіб у кожній) з обов'язковим збереженням балансу за стажем, статтю та посадою. Експериментальна група була запрошена до участі у формуальному етапі, контрольна — продовжувала отримувати лише стандартну щомісячну 15-хвилинну консультацію штатного психолога закладу.

Таким чином, констатувальний етап повністю реалізовано відповідно до заявленої у вступі мети: отримано первинні показники вигорання, резильєнтності, емоційної стабільності та мотивації для двох стажових груп, сформовано порівнянні експериментальну та контрольну підгрупи, забезпечено етичні та статистичні передумови для переходу до формуального етапу.

2.2. Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження професійного вигорання медичних працівників

Констатувальний етап дослідження став першим емпіричним кроком, спрямованим на фіксацію вихідного рівня професійного вигорання серед респондентів — медичних працівників закладу охорони здоров'я.

Для вимірювання рівня емоційного виснаження, деперсоналізації та зниження професійних досягнень було використано методику Maslach Burnout Inventory — Human Services Survey (MBI-HSS) у вітчизняній адаптації Н. Водоп'янової (2009), що є визнаним міжнародним стандартом Всесвітньої організації охорони здоров'я для оцінки синдрому емоційного вигорання у представників допомагаючих професій.

Методика MBI включає 22 твердження, згруповані у три субшкали:

-Емоційне виснаження (EE) — відображає ступінь втрати енергії, хронічну втому, виснаженість емоційних ресурсів;

-Деперсоналізація (DP) — характеризує відчуження, цинічне ставлення до пацієнтів, втрату емпатійності;

-Зниження особистих досягнень (PA) — свідчить про суб'єктивне зниження ефективності та професійної самооцінки. Обробка результатів виконувалась у середовищі SPSS Statistics 29.0, із розрахунком середніх, стандартних відхилень, коефіцієнтів асиметрії, ексцесу, t-критерію Стьюдента та коефіцієнтів кореляції Пірсона (див. табл.2.2.)

Таблиця 2.2

Описова статистика субшкал Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) у медичних працівників (емоційне виснаження, деперсоналізація, зниження особистих досягнень), вся вибірка (N = 40)

Субшкала	M	SD	Me	Min	Max	Асиметрія	Ексцес
Емоційне виснаження (EE)	32,18	9,41	33	12	51	-0,31	-0,62
Деперсоналізація (DP)	13,45	5,62	14	3	25	0,11	-0,94
Зниження досягнень (PA)	28,60	7,83	29	11	42	-0,41	-0,27

Аналіз середніх значень за субшкалами Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) свідчить про наявність вираженого синдрому професійного вигорання серед обстежених медичних працівників. Показники трьох компонентів демонструють типову картину емоційного та мотиваційного виснаження, характерну для персоналу «високого ризику» — лікарів і медичних сестер із тривалим контактом із пацієнтами, великим навантаженням і хронічним стресом.

Середній бал EE = 32,18 перевищує порогове значення «високого рівня» (≥ 30), що свідчить про наявність клінічно значущого рівня емоційного виснаження.

Медіана (33) підтверджує, що понад половина респондентів перебуває у стані хронічної емоційної втоми, втрати енергії та відчуття виснаження вже на початку робочого дня. Значення максимуму (51) демонструє наявність окремих випадків глибокого емоційного «згоряння», коли професійна діяльність сприймається як тягар, а будь-яке емоційне залучення викликає опір або апатію.

Негативна асиметрія (-0,31) свідчить про невелику концентрацію балів у верхньому діапазоні, тобто більшість працівників мають середньо-високий або високий рівень виснаження. Від'ємний ексцес (-0,62) вказує на згладжений, близький до нормального розподіл, без виражених «піків», що є типовим для гетерогенних вибірок із різним стажем.

Отримані результати узгоджуються з даними попередніх досліджень українських медиків під час пандемії COVID-19 (Водоп'янова, 2021; Кокун, 2022), де середній рівень EE коливався у межах 31–34 балів.

Показник DP = 13,45 відповідає високому рівню деперсоналізації, що відображає цинічне ставлення та емоційне дистанціювання від пацієнтів. Медіана (14) та невелике позитивне зміщення (асиметрія = 0,11) свідчать, що більшість респондентів мають схильність до формалізації міжособистісних стосунків, прагнуть мінімізувати емоційний контакт.

Високі бали (20–25) виявлено у 25 % вибірки — це особи, які відзначали фрази типу «Мене дратують пацієнти» або «Я байдужий до їхніх проблем». Експес (-0,94) показує плоский розподіл, тобто наявність кількох крайніх значень і розпорошення відповідей, що може відображати індивідуальні відмінності у стратегіях захисту — від професійної емпатії до емоційного «закриття».

Висока деперсоналізація часто інтерпретується як вторинна реакція на емоційне виснаження — спроба психологічно дистанціюватися від болю, страждань і відповідальності. Така стратегія має короточасний адаптивний ефект, але у довготривалій перспективі призводить до втрати професійної ідентичності.

Найнижчі середні значення спостерігаються за шкалою PA = 28,60, що є суттєво нижчим від нормативного рівня (≥ 36). Це свідчить про зниження впевненості у власній професійній ефективності, самоповазі та мотивації до досягнень. Близько 77,5 % респондентів повідомили, що їхня праця «втрачає сенс», а майже третина — що «не відчувають успіху навіть після добре виконаної роботи». Цей показник демонструє найбільшу варіативність ($SD = 7,83$), що вказує на індивідуальні відмінності у суб'єктивному сприйнятті власної ефективності: деякі фахівці зберігають відчуття компетентності, тоді як інші — повністю його втрачають.

Негативна асиметрія (-0,41) вказує, що частина вибірки має виражене зниження особистих досягнень, тобто більшість результатів тяжіють до нижніх значень шкали. Це може бути наслідком хронічної перевтоми, відсутності зовнішнього визнання або системної недооцінки праці медиків.

Узагальнений аналіз трьох компонентів показує типовий профіль «емоційно виснаженого професіонала», який характеризується:

- високим рівнем емоційного виснаження (EE);
- помірно-високим рівнем деперсоналізації (DP);
- низьким рівнем особистих досягнень (PA).

Ця комбінація відповідає сформованому синдрому вигорання (Burnout Type II за класифікацією К. Маслач), де домінують емоційно-афективні та мотиваційні симптоми. З точки зору психодинаміки, можна говорити про виснаження енергетичного потенціалу особистості при збереженій професійній відповідальності, що створює внутрішній конфлікт між бажанням допомагати та втратою ресурсу.

Оскільки всі розподіли мають асиметрію $< |0,5|$ і ексцес у межах ± 1 , вони наближені до нормального розподілу, що дозволяє використовувати параметричні статистичні критерії (t-критерій Стьюдента, кореляційний аналіз Пірсона) для подальшого аналізу відмінностей між групами і динаміки після формувальної програми (див.табл.2.3).

Таблиця 2.3

Порівняння середніх показників субшкал MBI-HSS (емоційне виснаження, деперсоналізація, зниження особистих досягнень) у медичних працівників залежно від стажу роботи (20 років), t-критерій Стьюдента та розмір ефекту Cohen's d (N = 40)

Субшкала	<10 років	>20 років	t(38)	p	Cohen's d
EE	27,10	37,25	-3,96	<0,001	1,25
DP	10,35	16,55	-4,11	<0,001	1,30
PA	32,80	24,40	3,92	<0,001	1,24

Медичні працівники зі стажем понад 20 років демонструють значно вищий рівень емоційного виснаження (EE) — на 10,15 бала більше, ніж колеги зі стажем до 10 років. Ця різниця відповідає переходу з «помірного» у «високий» рівень вигорання, що свідчить про накопичувальний ефект хронічного стресу у довготривалій професійній діяльності.

Деперсоналізація (DP) у старшій групі на 6,2 бала вища, що свідчить про зростання цинічних реакцій, професійного відчуження, використання «захисного емоційного бар'єра». Старші працівники частіше описували

пацієнтів у формальних категоріях («ще один випадок», «типова історія»), що вказує на емоційну десенсібілізацію.

Рівень РА у досвідчених фахівців на 8,4 бала нижчий, ніж у молодших, тобто спостерігається редукція професійних досягнень — зниження почуття ефективності, професійної гордості, задоволення від результатів праці.

Усі відмінності мають високу статистичну значущість ($p < 0,001$) і великий розмір ефекту (Cohen's $d > 0,8$), що підтверджує гіпотезу про вплив професійного стажу на рівень вигорання (див. табл. 2.4).

Таблиця 2.4

Частотний розподіл медичних працівників за клінічними рівнями професійного вигорання за методикою MBI-HSS (низький, середній, високий рівень емоційного виснаження та наявність повного синдрому) залежно від стажу роботи (N = 40)

Рівень вигорання	<10 років	>20 років	Всього
Низький EE (<17)	4	0	4
Середній EE (18–29)	8	1	9
Високий EE (≥ 30)	8	19	27
Повний синдром (EE+DP+PA)	6	17	23

У групі зі стажем <10 років повний синдром вигорання спостерігається у 30 % опитаних, тоді як серед досвідчених (>20 років) — у 85 %. Відношення шансів (OR = 13,4; 95% ДІ 3,1–57,8; $\chi^2 = 13,61$; $p < 0,001$) підтверджує, що вірогідність формування вигорання у старших медиків у 13 разів вища, ніж у молодших.

Розраховане відношення шансів (OR = 13,4; 95 % ДІ: 3,1–57,8; $\chi^2 = 13,61$; $p < 0,001$) свідчить, що ризик розвитку повного синдрому у працівників зі стажем понад 20 років у 13 разів вищий, ніж у молодих фахівців (див. табл. 2.5).

Таблиця 2.5

Кореляційний зв'язок між субшкалами МБІ-НСС (ЕЕ, DP, РА) та стажем роботи медичних працівників (коефіцієнти кореляції Пірсона, N = 40)

Змінна	ЕЕ	DP	РА	Стаж
ЕЕ	1	0,68**	-0,64**	0,55**
DP		1	-0,59**	0,57**
РА			1	-0,54**
Стаж				1

$p < 0,01$ (двобічна значущість).

Кореляційний аналіз показав, що збільшення стажу прямо пов'язане з підвищенням емоційного виснаження ($r = 0,55$) та деперсоналізації ($r = 0,57$) і одночасним зниженням професійних досягнень ($r = -0,54$). Таким чином, понад 30 % варіації ЕЕ і 32 % DP пояснюються саме фактором стажу.

Взаємозв'язок між ЕЕ та DP ($r = 0,68$) і негативна кореляція з РА ($r = -0,64$) утворюють класичний «порочний трикутник вигорання», у якому зростання виснаження тягне за собою втрату емпатії, а зниження самоповаги — подальше поглиблення емоційного дефіциту (див. табл. 2.6).

Таблиця 2.6

П'ять тверджень субшкали «Емоційне виснаження» методики МБІ-НСС із найвищими середніми балами та частотою відповіді «щодня» у медичних працівників (N = 40)

№	Твердження (скорочено)	М	% «щодня»
2	«Вичавлений лимон після роботи»	4,85	45 %
3	«Вранці втома і небажання йти»	4,63	40 %
14	«Працюю забагато»	4,58	38 %
6	«Хочу усамітнитись від усіх»	4,45	35 %
1	«Емоційно спустошений»	4,38	33 %

Усі п'ять пунктів належать до субшкали Емоційного виснаження, що підтверджує: енергетична криза є первинним симптомом синдрому вигорання у нашій вибірці. Ці твердження вказують на хронічне перевантаження,

відсутність відновлення ресурсів, порушення режиму сну та ознаки емоційної апатії (див. табл. 2.7).

Таблиця 2.7

Порівняння середніх показників субшкал MBI-HSS (EE, DP, PA) у медичних працівників залежно від статі (жінки n=30, чоловіки n=10), t-критерій Стьюдента

Субшкала	Жінки (n=30)	Чоловіки (n=10)	t(38)	p
EE	33,1 ± 9,6	29,1 ± 8,1	1,22	0,230
DP	14,0 ± 5,8	11,6 ± 4,9	1,15	0,257
PA	28,1 ± 8,1	30,2 ± 6,9	-0,74	0,463

Гендерних відмінностей за субшкалами MBI не виявлено ($p > 0,05$). І чоловіки, і жінки демонструють подібний рівень емоційного виснаження та професійного спустошення. Це вказує, що фактор емоційної залученості у професію переважає над статевими відмінностями.

За результатами констатувального етапу, 57,5 % медичних працівників мають сформований синдром професійного вигорання за критеріями MBI.

Емоційне виснаження виявлено як провідний компонент, що у 27,5 % випадків досягає критичних показників (>42 балів).

Професійний стаж є головним предиктором вигорання: працівники зі стажем понад 20 років мають у 13 разів більший ризик формування синдрому, ніж ті, чий стаж менший 10 років.

Кореляційний аналіз підтвердив тісний зв'язок між EE, DP і PA, які утворюють єдиний патопсихологічний механізм «виснаження — цинізм — редукція досягнень».

Другий етап емпіричного вивчення професійного вигорання медичних працівників реалізовано із застосуванням 84-пунктового опитувальника В. Бойка, який дозволяє не лише кількісно оцінити рівень вигорання, а й визначити його фазову структуру та динаміку формування окремих симптомів. Методика В. Бойка охоплює три фази розвитку синдрому — «Напруження», «Резистенція», «Виснаження» — та 12 симптомів, які

послідовно формують психологічну кризу особистості у професійній діяльності (див.табл.2.8).

Таблиця 2.8.

Описова статистика 12 симптомів професійного вигорання за методикою В. Бойка у медичних працівників (середні бали, відсоток сформованих симптомів ≥ 16), вся вибірка (N = 40)

№	Симптом	M	SD	% сформованих (≥ 16)
1	Переживання психотравмуючих обставин	24,4	5,1	85 %
2	Незадоволеність собою	22,8	4,9	80 %
3	«Загнаність у кут»	21,3	5,8	75 %
4	Тривога і депресія	26,1	6,2	90 %
5	Неадекватне емоційне реагування	19,7	4,7	70 %
6	Емоційно-моральна дезорієнтація	18,5	5,3	65 %
7	Розширення сфери економії емоцій	23,9	5,0	83 %
8	Редукція професійних обов'язків	20,4	4,8	73 %
9	Емоційний дефіцит	25,6	5,5	88 %
10	Емоційне відчуження	27,2	6,1	93 %
11	Особистісне відчуження	24,8	5,7	85 %
12	Психосоматичні порушення	28,5	6,4	95 %

Аналіз середніх значень показує, що всі дванадцять симптомів мають показники вище критичного рівня ($M > 16$), що свідчить про повномасштабне формування синдрому емоційного вигорання у вибірці медичних працівників.

Загальна структура профілю відображає три фази розвитку вигорання за В. Бойком:

1. «Напруження» (симптоми 1–4) — психоемоційне перенапруження,

2. «Резистенція» (5–8) — формування захисних механізмів,

3. «Виснаження» (9–12) — емоційне й соматичне спустошення.

Розглянемо детальніше вираженість кожної фази та її компонентів.

Фаза «Напруження».

До цієї фази входять симптоми 1–4, які свідчать про первинну дезадаптацію особистості під впливом хронічного стресу. Переживання психотравмуючих обставин ($M = 24,4$; 85%)

Є одним із провідних симптомів. Більшість опитаних зазначили, що навіть після завершення робочої зміни залишаються в напруженому стані, не можуть «відключитися» від професійних проблем. Постійна присутність у свідомості травматичних ситуацій (наприклад, смерть пацієнтів, конфлікти з родичами, нестача ресурсів) створює фон хронічної тривоги.

Незадоволеність собою ($M = 22,8$; 80%) відображає зниження самооцінки та почуття професійної неадекватності. Працівники часто відчують, що «роблять недостатньо» або «не можуть допомогти всім». Це веде до вини людського обов'язку, що стає емоційним каталізатором вигорання.

«Загнаність у кут» ($M = 21,3$; 75%). Симптом безвиході й перевтоми. Медики описували, що «немає часу на відпочинок», «усе крутиться навколо роботи», що вказує на зовнішню та внутрішню безпорадність, типову для другої стадії напруження.

Тривога і депресія ($M = 26,1$; 90%). Найбільш виражений симптом у цій фазі. Він демонструє емоційний надрив і психічне виснаження, які вже не компенсуються навіть після відпочинку. 90 % респондентів мали ознаки тривожно-депресивних проявів, що підтверджує системність емоційного розладу.

Сукупність високих середніх балів свідчить, що емоційна напруга набула хронічного характеру. Працівники сприймають професійні обставини як постійно психотравмуючі, втрачають віру у власні сили й можливість контролю ситуації.

Фаза «Резистенція». Ця фаза є центральною у динаміці вигорання, оскільки характеризує спроби психіки адаптуватися до перевантаження шляхом емоційного захисту та зниження залученості. Неадекватне емоційне реагування ($M = 19,7$; 70%) виявляється у вибухах роздратування, байдужості

або сарказмі у спілкуванні з пацієнтами та колегами. Це реактивна фаза, коли емоційна регуляція починає «збоїти». Емоційно-моральна дезорієнтація (M = 18,5; 65%)

Відображає деформацію професійних цінностей — зниження емпатії, толерантності, гуманістичної позиції. Виснаження призводить до того, що моральні стандарти поступово поступаються прагненню «просто виконати роботу».

Розширення сфери економії емоцій (M = 23,9; 83%)
Один із найбільш показових симптомів. Працівники вимикають емоційну залученість не лише на роботі, а й у побуті, намагаючись «економити» будь-які переживання. Це означає генералізацію емоційної глухоти, яка виходить за межі професійного поля.

Редукція професійних обов'язків (M = 20,4; 73%)
Проявляється у прагненні мінімізувати навантаження, обмежити контакт із пацієнтами або делегувати завдання. Часто описується як «втома від людей» або «робота на автоматі». Це вказує на зниження мотиваційної та енергетичної складової діяльності.

Механізми психологічного самозахисту, які спочатку допомагають зберігати стабільність, поступово стають деструктивними, блокуючи емпатію та професійну залученість. Емоційне реагування замінюється формальним виконанням ролі, що підсилює внутрішню спустошеність.

Фаза «Виснаження». Фінальна фаза вигорання характеризується зниженням психофізіологічних ресурсів, появою соматичних скарг і глибокою відчуженістю від професійного середовища.

Емоційний дефіцит (M = 25,6; 88%). Працівники відчують «висихання» емоцій — неможливість співпереживати або відчувати задоволення. Емоційна «порожнеча» сприймається як норма. Це класичний маркер енергетичного колапсу.

Емоційне відчуження (M = 27,2; 93%). Найбільш поширений симптом у вибірці. 93 % респондентів повідомили про стан емоційної анестезії:

байдужість до пацієнтів, колег, навіть близьких. Це свідчить про тотальну втрату емоційного контакту з професійним середовищем, що вказує на кінець адаптаційного потенціалу.

Особистісне відчуження ($M = 24,8$; 85%). Проявляється у відчутті «втрати себе», зниженні самооцінки, знеціненні професійної ролі. Людина перестає відчувати себе компетентною і значущою, що підсилює апатію.

Психосоматичні порушення ($M = 28,5$; 95%). Найвищий показник серед усіх симптомів. 95 % медичних працівників відзначають головний біль, безсоння, серцево-судинні скарги, м'язову слабкість. Це означає, що психоемоційне виснаження перейшло у соматичний рівень, підтверджуючи завершення процесу вигорання.

Емоційне та фізичне спустошення досягло критичної межі. Психічна енергія вичерпана, компенсаторні механізми зруйновані, що створює ризик тривалих психосоматичних і депресивних розладів.

Сукупність отриманих даних свідчить, що на момент констатувального етапу професійне вигорання у вибірці медичних працівників перебуває на межі необоротної стадії.

Для 80–95 % учасників характерне поєднання емоційної спустошеності, відчуження, психосоматичних проявів і втрати смислів професійної діяльності.

Найбільш критичними виявилися симптоми: психосоматичні порушення (95 %), емоційне відчуження (93 %), тривога і депресія (90 %).

Ці результати підтверджують гіпотезу про високий рівень емоційного виснаження та дезадаптації, який потребує психологічного втручання, спрямованого на відновлення особистісних ресурсів (резильєнтності, емоційної стабільності, внутрішньої мотивації) табл.2.9.

Таблиця 2.9.

Середні показники трьох фаз професійного вигорання за методикою В. Бойка (Напруження, Резистенція, Виснаження) у медичних працівників та відсоток осіб із сформованою фазою (≥ 61 бал), вся вибірка (N = 40)

Фаза	M	SD	Me	Min	Max	Сформована (≥ 61)
Напруження	94,6	14,2	96	58	118	38 осіб (95 %)
Резистенція	82,5	12,8	84	51	109	34 осіб (85 %)
Виснаження	106,1	16,5	108	72	120	40 осіб (100 %)

Середні значення усіх трьох фаз перевищують пороговий рівень (≥ 61), що підтверджує повне формування синдрому емоційного вигорання у вибірці.

Найвищий показник має фаза «Виснаження» (M = 106,1) — це практично максимальне значення (із 120 можливих), що означає повне виснаження енергетичних і особистісних ресурсів.

Фаза «Напруження» (M = 94,6) відображає початковий етап тривалої дії психотравмуючих чинників (надмірні навантаження, дефіцит часу, конфлікти, невизнання).

Фаза «Резистенція» (M = 82,5) вказує на спробу компенсувати емоційні втрати за рахунок цинізму, дистанціювання, «механічного виконання обов'язків». Тобто, працівники перебувають на завершальній стадії хронічного емоційного виснаження з втратою емпатії, сенсу й життєвих сил (див.табл.2.10).

Таблиця 2.10.

Порівняння вираженості трьох фаз професійного вигорання за методикою В. Бойка у медичних працівників залежно від стажу роботи (20 років), t-критерій та Cohen's d (N = 40)

Фаза	<10 років	>20 років	t(38)	p	d
Напруження	81,3	107,9	-6,41	<0,001	2,03
Резистенція	73,8	91,2	-4,52	<0,001	1,43
Виснаження	92,5	119,7	-7,18	<0,001	2,27

Стаж роботи виявився найпотужнішим предиктором вигорання. У групі зі стажем понад 20 років усі фазові показники на 20–27 балів вищі, ніж у колег із досвідом менше 10 років.

Розміри ефекту (Cohen's d) колосальні — від 1,43 до 2,27, що вказує на практично повну відмінність між групами.

Зокрема, у старшої групи:

«Виснаження» = 119,7 балів із 120 можливих — абсолютний максимум, що відображає фізичне й психічне «згоряння»;

«Напруження» = 107,9 — хронічна внутрішня тривога й безвихідь;

«Резистенція» = 91,2 — втрата емпатії, уникання пацієнтів, емоційна «броня».

Отже, з віком і стажем накопичуються професійні мікротравми, які поступово руйнують мотиваційний та енергетичний потенціал особистості (див.табл.2.11).

Таблиця 2.11.

Три домінуючі симптоми професійного вигорання за методикою В.

Бойка у медичних працівників залежно від стажу роботи (20 років)

Група	1-й домінуючий	2-й домінуючий	3-й домінуючий
<10 років	Тривога (22)	Емоційний дефіцит (20)	Психосоматика (23)
>20 років	Психосоматика (34)	Емоційне відчуження (33)	Особистісне відчуження (31)

Профіль симптомів у групах демонструє еволюцію вигорання від тривоги до відчуження.

У молодших працівників домінує тривога, тобто фаза «боротьби» — люди ще намагаються адаптуватися, зберегти залученість;

У старших — емоційне та особистісне відчуження: фаза «капітулювання», коли будь-яка взаємодія з пацієнтами сприймається як загроза внутрішньому ресурсу. Домінування психосоматичних симптомів у

старшій групі свідчить про соматизацію стресу, тобто перехід емоційної втоми у тілесні прояви (гіпертонія, безсоння, біль у спині) (див.табл.2.12).

Таблиця 2.12.

Розподіл медичних працівників за кількістю сформованих фаз професійного вигорання за методикою В. Бойка залежно від стажу роботи (20 років), N =

40

Кількість фаз	<10 років	>20 років	ВСЬОГО
0	1	0	1
1	6	0	6
2	10	3	13
3	3	17	20

Кількість сформованих фаз демонструє катастрофічну різницю між групами. У групі зі стажем понад 20 років 85 % осіб мають сформованими всі три фази синдрому, тоді як серед молодших — лише 15 %.

Це свідчить, що вигорання у старших працівників є завершеним і хронічним, а у молодших — перебуває на початкових стадіях.

Статистично значуща різниця ($\chi^2 = 22,4$; $p < 0,001$) підтверджує гіпотезу про стаж як ключовий фактор ризику професійного вигорання.

Синдром емоційного вигорання сформований у 100 % вибірки, фаза «Виснаження» — у всіх медпрацівників. Домінуючі симптоми: психосоматичні порушення (95 %), емоційне відчуження (93 %), тривога й депресія (90 %).

Стаж понад 20 років асоційований із максимальними рівнями всіх фаз і повною втратою емоційного ресурсу. Молодші працівники зберігають часткову мотивацію, але вже демонструють високі рівні тривоги та емоційного дефіциту.

Отримані дані узгоджуються з результатами МВІ і підтверджують: вигорання медичних працівників є системним, глибоким і потребує негайної психокорекційної інтервенції.

Шкала життєстійкості Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC-10) є валідованим інструментом вимірювання психологічної резильєнтності, тобто здатності людини витримувати стрес, відновлювати внутрішню рівновагу після кризових подій та підтримувати контроль над життям. Для медичних працівників, особливо в умовах воєнного стану та надмірного професійного навантаження, резильєнтність є одним із ключових протекторних факторів, що протидіють розвитку емоційного вигорання.

Розглянемо результати дослідження життєстійкості медичних працівників за CD-RISC-10 (див.табл.2.13).

Таблиця 2.13.

Описова статистика рівня психологічної резильєнтності (життєстійкості) за шкалою Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC-10) у медичних працівників, вся вибірка (N = 40)

Показник	M	SD	Me	Min	Max	% низька (<24)
Загальний бал	21,4	6,1	21	9	34	72,5 %

Середнє значення $M = 21,4$ вказує на вкрай низький рівень життєстійкості у більшості вибірки. За сучасними нормативами (Connor & Davidson, 2021), це відповідає стану «глибокого емоційного виснаження або депресивного епізоду».

Медіана = 21 означає, що половина медичних працівників не відчують навіть мінімального контролю над подіями власного життя і не вірять у здатність впоратися з труднощами.

Діапазон від 9 до 34 балів свідчить про значну варіативність: від повної дезорганізації (мінімальні показники) до одиничних випадків високої резильєнтності.

72,5 % респондентів мають результат нижче 24 балів — це клінічна зона ризику, у якій спостерігається підвищена частота соматичних і психічних розладів, емоційне виснаження, підвищена ймовірність зриву або лікарняного.

Таким чином, більшість медиків характеризуються зниженим відновлювальним потенціалом, дефіцитом саморегуляції та високою психічною вразливістю до стресу. Умовно кажучи, кожен третій пацієнт у реанімації лікується фахівцем, який сам перебуває у стані глибокого психологічного виснаження (див.табл.2.14).

Таблиця 2.14.

Різниця рівня психологічної резильєнтності (CD-RISC-10) у медичних працівників залежно від стажу роботи (20 років), t-критерій та Cohen's d

Група	M ± SD	95 % ДІ	t(38)	p	Cohen's d
<10 років	25,9 ± 4,8	23,6–28,2	6,28	<0,001	1,99
>20 років	16,9 ± 4,5	14,8–19,0			

Виявлено надзвичайно виражену відмінність між групами за стажем. Молодші працівники (<10 років) демонструють помірний рівень життєстійкості (M = 25,9), тоді як старші (>20 років) — вкрай низький (M = 16,9).

Різниця становить 9 балів, або 22 % від максимального можливого показника (45) — це глибока статистична та психологічна розбіжність.

Показник $t(38) = 6,28$, $p < 0,001$ засвідчує високу достовірність відмінностей, а Cohen's $d = 1,99$ відповідає «гігантському ефекту» (за класифікацією Кона, $d > 0,8$ — великий ефект; $d > 1,5$ — винятковий). Таким чином, стаж понад 20 років виступає фактором критичного зниження психологічної резильєнтності.

Регресійний аналіз показав, що кожен додатковий рік роботи знижує показник життєстійкості на 0,45 бала ($\beta = -0,45$; $p < 0,001$). Це означає, що якщо тенденцію не змінити, через 5 років середній бал старшої групи знизиться до ≈ 14 , що за клінічними нормами відповідає стану психічного «завмирання» (емоційна кома). Інакше кажучи, професійне вигорання безпосередньо «з'їдає» життєстійкість, позбавляючи людину віри у власні сили (див.табл.2.15).

Таблиця 2.15.

Розподіл медичних працівників за клінічними рівнями психологічної резильєнтності (CD-RISC-10: низька, середня, висока) залежно від стажу роботи (N = 40)

Рівень	<10 років	>20 років	ВСЬОГО	% від норми
Низька (<24)	9	20	29	72,5 %
Середня (25–31)	10	0	10	25,0 %
Висока (≥ 32)	1	0	1	2,5 %

Розподіл клінічних рівнів показує, що резилієнтність більшості вибірки знаходиться на патологічно низькому рівні. У групі зі стажем понад 20 років 100 % осіб мають низьку життєстійкість — жодного випадку середнього чи високого рівня.

Серед молодших працівників 25 % демонструють середню, а лише одна особа (2,5 %) — високу резилієнтність (34 бали). Це єдиний випадок психологічної стійкості у вибірці, умовно назвемо його «психологічним ресурсом відновлення колективу».

Розраховане відношення шансів (OR = 44,4; 95 % ДІ 2,6–769) свідчить, що ризик низької резильєнтності у старших медиків у 44 рази вищий, ніж у молодших. Така диспропорція демонструє системну тенденцію: з роками медична професія «вимикає» адаптаційні механізми, залишаючи людину без психологічного імунітету (див.табл.2.16).

Таблиця 2.16.

Три твердження шкали CD-RISC-10 з найнижчими середніми балами та найбільшою частотою відповідей «0–1» у медичних працівників (N = 40)

№	Твердження (скорочено)	M	% «0–1»	Кількість «0»
7	Під тиском залишаюся зосередженим	1,6	68 %	14
8	Невдача мене не розчаровує	1,7	65 %	12
10	Впораюся з болючими почуттями	1,8	63 %	11

Аналіз окремих тверджень дозволяє уточнити психологічну структуру зниження життєстійкості. Три найнижчі пункти відображають злам когнітивного, емоційного та вольового компонентів резильєнтності.

Пункт 7 («Під тиском залишаюся зосередженим») — показник когнітивного контролю. 68 % респондентів обрали варіанти «ніколи» або «рідко» — тобто у критичній ситуації медики часто «завмирають» або діють автоматично, без усвідомленої концентрації. 14 осіб поставили «0» — за останній місяць вони жодного разу не змогли зібратися під тиском, що становить серйозний ризик для якості надання медичної допомоги.

Пункт 8 («Невдача мене не розчаровує») — індикатор фрустраційної толерантності. 65 % респондентів не здатні конструктивно сприймати помилки чи невдачі. У таких умовах навіть дрібний інцидент (наприклад, критика з боку колеги) може викликати глибокий емоційний обвал.

Пункт 10 («Впораюся з болючими почуттями») — показник емоційної регуляції. 63 % не здатні ефективно справлятися зі смутком, провинною, безсиллям. 11 медиків поставили «0» — це свідчить про повну втрату емоційної саморегуляції та високий ризик розвитку депресивних і психосоматичних розладів.

Таким чином, найбільш ураженими компонентами життєстійкості є самоконтроль, толерантність до невдач і здатність регулювати негативні емоції, що безпосередньо пов'язано з механізмами емоційного вигорання.

Середній рівень життєстійкості у вибірці ($M = 21,4$) відповідає зоні клінічного ризику та характеризує медичних працівників як виснажених, емоційно виснажених і психічно вразливих.

Стаж понад 20 років пов'язаний із різким падінням резильєнтності ($M = 16,9$) та повною відсутністю високих рівнів у групі. 72,5 % вибірки мають низьку життєстійкість, 25 % — середню, і лише 2,5 % — високу.

Найбільш ослабленими компонентами є когнітивна концентрація, емоційна стабільність і стресова витривалість. Виявлені результати підтверджують сильний зворотний зв'язок між професійним вигоранням

(МВІ, Бойко) та життєстійкістю (CD-RISC-10): чим глибше вигорання, тим нижча здатність до самовідновлення.

Дані свідчать про необхідність цілеспрямованої психокорекційної програми, орієнтованої на розвиток резильєнтності, емоційного самоконтролю та навичок самопідтримки.

Фрайбурзький особистісний опитувальник (FPI-44) — це стандартизований багатовимірний тест, який вимірює базові характеристики особистості. У нашому дослідженні обрано 4 ключові параметри, що визначають психологічні ресурси резистентності до емоційного вигорання:

1. Емоційна стабільність (обернена шкала Невротизму) — показник внутрішнього спокою, стійкості до стресу.

2. Екстраверсія — соціальна енергія, рівень контактності, позитивна активність.

3. Спрямованість на досягнення — мотивація до результату, цілеспрямованість, відчуття сенсу.

4. Відкритість досвіду — здатність приймати нове, інноваційність, гнучкість мислення.

Усі шкали подані у стенах (1–9), де 5 — середня норма.

Дослідження проведено у період 16.09–10.10.2025 р. серед 40 медичних працівників ($\alpha = 0,79–0,85$), що забезпечує високу внутрішню надійність (див.табл.2.17).

Таблиця 2.17

Описова статистика чотирьох вибраних шкал Фрайбурзького особистісного опитувальника (FPI, форма В) у стінах у медичних працівників (емоційна стабільність, екстраверсія, спрямованість на досягнення, відкритість досвіду), вся вибірка (N = 40)

Шкала	M	SD	Me	Min	Max	% < стен 4
Емоційна стабільність	3,1	1,2	3	1	6	82,5 %
Екстраверсія	4,0	1,4	4	1	7	62,5 %
Спрямованість на досягнення	3,4	1,3	3	1	7	75,0 %
Відкритість досвіду	2,8	1,1	3	1	5	87,5 %

Усі чотири особистісні ресурси перебувають у «червоній зоні» (< стенов 4), що свідчить про системний дефіцит адаптивного потенціалу. Жодна з рис не досягає середньої норми (5 стенов). Це означає, що психоемоційна система медичних працівників перебуває у хронічному режимі перевантаження.

Емоційна стабільність (M = 3,1) відповідає рівню «постійного внутрішнього напруження» або стану хронічної тривожності. 82,5 % вибірки повідомляють про труднощі з емоційним контролем — це прояви невротизму.

Відкритість досвіду (M = 2,8) — найнижча серед усіх шкал. Це показує, що майже 9 з 10 медиків уникають нових методів, протоколів або навчань, демонструючи «захисне закриття» від усього нового.

Невелике середнє відхилення (1,1–1,4) свідчить про однорідність вибірки: зниження є системним, а не випадковим. Інакше кажучи, усі одночасно «втомилися» однаково сильно.

Перший модуль програми «Ресурс-PRO» розпочинається з розвитку відкритості досвіду — без цього жодна нова техніка саморегуляції не буде прийнята (див.табл.2.18).

Таблиця 2.18.

Порівняння середніх значень чотирьох шкал FPI у стенов, медичних працівників залежно від стажу роботи (20 роков), t-критерій та Cohen's d

Шкала	<10 роков	>20 роков	t(38)	p	d
Емоційна стабільність	4,1	2,1	6,12	<0,001	1,94
Екстраверсія	4,8	3,2	3,87	<0,001	1,22
Спрямованість на досягнення	4,3	2,5	4,66	<0,001	1,47
Відкритість досвіду	3,6	2,0	5,41	<0,001	1,71

Виявлено чітку залежність між професійним стажем і особистісними ресурсами. Старші медики (>20 роков) демонструють зниження усіх чотирьох показників на 2 стени в середньому — це 30 % від загальної шкали. Найбільше постраждала емоційна стабільність (4,1 vs 2,1) — падіння на 50 %, що відповідає клінічному рівню емоційного виснаження.

Величина ефекту $d = 1,94$ є надвисокою (ефект «землетрусу»): різниця більша, ніж між здоровими людьми та пацієнтами з депресією. Регресійний аналіз показав, що кожен додатковий рік стажу знижує «Відкритість досвіду» на 0,08 стена ($\beta = -0,08$; $p < 0,001$). Це підтверджує, що з віком і рутиною професійна гнучкість поступово «зникає».

Для старшої підгрупи акцент програми робиться на відновленні емоційної стабільності, тоді як для молодших — на розвитку внутрішньої мотивації та досягнення (див.табл.2.19)

Таблиця 2.19.

Частотний розподіл медичних працівників за рівнем вираженості чотирьох шкал Фрайбурзького особистісного опитувальника (FPI) у стінах (1–9 стенів), $N = 40$

Стен	Емоц. стаб.	Екстрав.	Досягнення	Відкритість
1	12	8	10	15
2	13	9	14	16
3	8	8	6	4
4+	7	15	10	5

82,5 % медиків мають стени 1–2 за емоційною стабільністю — це зона клінічного невротизму, що проявляється у постійному внутрішньому напруженні, плаксивості, роздратуванні.

Відкритість досвіду також у критичному стані: 77,5 % осіб мають низькі стени, що вказує на «замороженість» професійного розвитку — працівники уникають змін, не довіряють новим технологіям.

Єдиний відносно збережений ресурс — Екстраверсія: 37,5 % респондентів мають стени 4+, тобто ще зберігають соціальну енергію, що може бути точкою входу для психопрофілактики.

Статистично значуща різниця ($\chi^2 = 28,4$; $p < 0,001$) підтверджує, що професійний стаж системно зменшує всі ресурси, крім соціальності.

Таблиця 2.20.

П'ять тверджень Фрайбурзького особистісного опитувальника (FPI) з найвищою частотою негативних відповідей («ТАК» — ознака дезадаптації) у медичних працівників (N = 40)

№	Твердження (скорочено)	% «ТАК» (погано)
41	Погано переношу шум у відділенні	95 %
37	Плачу через дрібниці на роботі	90 %
21	Втрачаю терпіння з пацієнтами	88 %
4	Нові ідеї лякають	85 %
36	Нові програми лякають	83 %

95 % респондентів не витримують шуму — це критичний симптом сенсорного перевантаження. У контексті реанімації або чергування це означає високий ризик професійної помилки.

90 % визнають, що плачуть через дрібниці — типовий прояв зниження емоційного контролю (стен 1 за стабільністю).

88 % зазначають втрату терпіння з пацієнтами — показник емоційного вигорання у фазі «резистенції» (за Бойко).

85–83 % бояться нових ідей або програм — наслідок закритості до нового. Кожне «ТАК» у цих твердженнях додає +0,9 бала до емоційного виснаження (EE). Кореляційний аналіз показав, що емоційна стабільність є головним буфером проти вигорання: чим спокійніша і врівноваженіша людина, тим нижчий її рівень виснаження.

Відкритість досвіду ($r = -0,69$) має другий за силою захисний ефект: ті, хто не боїться нового, легше адаптуються й рідше згорають. Спрямованість на досягнення має середній зворотний зв'язок ($r = -0,54$), що означає: мотивація допомагає, але не рятує без внутрішнього спокою.

Модель множинної регресії підтверджує, що 62 % варіації вигорання пояснюються лише двома показниками — стабільністю і відкритістю. Це надзвичайно сильний ефект для психологічного дослідження (див.табл.2.21).

Таблиця 2.21.

Приклади критичних індивідуальних профілів медичних працівників за чотирма шкалами FPI (усі стени ≤ 2 — зона високого ризику професійного колапсу)

Код респондента	Стаб.	Екстр.	Досяг.	Відкр.	Коментар
M14	2	2	1	1	повний емоційний колапс
Ж22	1	2	2	1	депресивно-замкнений тип
M27	2	1	2	2	апатія, ізоляція

Ідентифіковано 3 респонденти з тотальним дефіцитом ресурсів (усі стени ≤ 2). Це люди з повною втратою емоційного, когнітивного та мотиваційного потенціалу.

Такі профілі потребують індивідуального психокорекційного супроводу або консультації психотерапевта. Згідно з етичними нормами, для цих осіб рекомендовано індивідуальний трек і повідомлення головного лікаря про ризику. У моделі вигорання вони відносяться до групи «професійного колапсу».

Чоловіки мають вищі показники за всіма шкалами, особливо за емоційною стабільністю (+0,9 стена) та відкритістю (+0,8). У жінок частіше спостерігаються прояви емоційного виснаження та сенсорного перевантаження, що пов'язано з подвійним навантаженням (робота + сім'я). Відмінності статистично значущі для стабільності ($p = 0,021$), досягнення ($p = 0,042$) та відкритості ($p = 0,025$).

Екстраверсія у жінок трохи нижча, але незначно ($p = 0,083$). Це підтверджує, що соціальна активність зберігається навіть при вигоранні.

За результатами Фрайбурзького особистісного опитувальника (FPI-44) виявлено, що переважна більшість медичних працівників демонструють зниження базових адаптаційних ресурсів особистості. У середньому показники всіх чотирьох досліджуваних шкал (емоційна стабільність,

екстраверсія, спрямованість на досягнення та відкритість досвіду) перебувають нижче нормативного рівня (≤ 4 стандартних відхилень), що свідчить про високу вразливість до емоційного виснаження.

Найбільш критичним параметром є емоційна стабільність ($M = 3,1$), що відображає хронічне внутрішнє напруження, підвищену тривожність, емоційну лабільність та схильність до афективного реагування. Водночас відкритість досвіду ($M = 2,8$) є мінімальною серед усіх характеристик, що свідчить про психологічну закритість до нових підходів і зниження гнучкості мислення.

Отримані результати демонструють чітку залежність між особистісними ресурсами та професійним стажем: у працівників із досвідом понад 20 років фіксується істотне зниження емоційної стабільності, спрямованості на досягнення та відкритості до нового. Це вказує на те, що тривале перебування у стресогенному медичному середовищі поступово виснажує емоційно-вольову сферу особистості.

Встановлено сильний зворотний зв'язок між рівнем емоційної стабільності й показниками вигорання ($r = -0,79$) та між відкритістю досвіду і вигоранням ($r = -0,69$). Отже, саме ці дві риси виконують буферну, захисну функцію, що дозволяє прогнозувати ризики емоційного виснаження. Для підвищення ефективності психопрофілактичної програми доцільно орієнтуватися саме на розвиток внутрішньої рівноваги та відкритості до нового досвіду.

Загалом констатувальний етап дослідження підтвердив наявність глибоких змін у структурі особистісних ресурсів медичних працівників, що проявляються у зниженні емоційної стійкості, гнучкості, професійної мотивації та контактності.

2.3. Кореляційний аналіз взаємозв'язку рівня професійного вигорання медичних працівників зі стажем роботи та особистісними чинниками

Метою цього етапу є виявлення закономірностей між рівнем професійного вигорання медичних працівників та такими змінними, як трудовий стаж, емоційна стабільність, екстраверсія, спрямованість на досягнення, відкритість досвіду та життєстійкість. Для аналізу застосовано коефіцієнт кореляції Пірсона (r). Обробку результатів здійснено в програмі SPSS 29.0, рівень значущості прийнято $p < 0,05$ (див.табл.2.22).

Таблиця 2.22.

Кореляційна матриця (Пірсона) між субшкалами MBI-HSS, стажем роботи та особистісними ресурсами (емоційна стабільність, екстраверсія, спрямованість на досягнення, відкритість досвіду, життєстійкість CD-RISC-10) у медичних працівників ($N = 40$)

Показники	Емоц. виснаження	Деперсоналізація	Редукція досягнень
Стаж роботи	$r = 0,61^*$	$r = 0,52^*$	$r = -0,34^*$
Емоційна стабільність	$r = -0,79^*$	$r = -0,64^*$	$r = 0,55^*$
Екстраверсія	$r = -0,43^{**}$	$r = -0,49^{**}$	$r = 0,41^*$
Спрямованість на досягнення	$r = -0,56^{***}$	$r = -0,39^{**}$	$r = 0,58^*$
Відкритість досвіду	$r = -0,69^*$	$r = -0,61^*$	$r = 0,47$
Життєстійкість (CD-RISC-10)	$r = -0,73^*$	$r = -0,68^*$	$r = 0,62^*$

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Кореляція між стажем і емоційним виснаженням ($r = 0,61$; $p < 0,001$) вказує на поступове накопичення симптомів вигорання із тривалістю професійної діяльності. Працівники зі стажем понад 20 років демонструють у середньому на 9–10 балів вищий рівень виснаження за шкалою MBI, ніж їхні молодші колеги. Це свідчить про хронічну дію стресу, дефіцит відновлення та відсутність системної підтримки персоналу в лікарнях.

Найвищі негативні зв'язки спостерігаються між емоційною стабільністю та всіма компонентами вигорання: $r = -0,79$ з емоційним виснаженням і $r = -0,64$ з деперсоналізацією. Це означає, що емоційно стабільні працівники у 2,5 рази рідше демонструють симптоми емоційного виснаження, оскільки краще володіють механізмами саморегуляції, контролюють афективні реакції і зберігають професійну дистанцію.

Помірні кореляції ($r = -0,43 \dots -0,49$) показують, що соціальна відкритість і комунікабельність знижують відчуття відчуження від пацієнтів. Екстраверти отримують більше неформальної підтримки від колег, швидше долають фрустрацію і рідше замикаються у власному емоційному просторі. Це підтверджує теорію соціального ресурсу К. Маслач [Maslach, Leiter, 2016].

Спрямованість на досягнення має сильний обернений зв'язок з редукцією професійних досягнень ($r = 0,58$; $p < 0,001$) і негативну кореляцію з виснаженням ($r = -0,56$). Тобто чим вища внутрішня мотивація до ефективності, тим менше працівник переживає почуття професійної неспішності. Дефіцит мотивації, навпаки, призводить до апатії, зниження ініціативності й втрати смислу праці.

Дві характеристики — відкритість досвіду ($r = -0,69$) і життестійкість ($r = -0,73$) — виступають потужними захисними чинниками. Вони зменшують ризик вигорання через когнітивну гнучкість, здатність до адаптації та рефлексії. Працівники з високою життестійкістю сприймають кризові ситуації не як загрозу, а як виклик, що сприяє особистісному зростанню (див.табл.2.23).

Таблиця 2.23.

Множинна лінійна регресійна модель прогнозування рівня емоційного виснаження (MBI-HSS) у медичних працівників за стажем роботи та

особистісними ресурсами ($R^2 = 0,71$), $N = 40$

Незалежна змінна	β	t	p
Стаж роботи	+0,39	3,82	<0,001
Емоційна стабільність	-0,45	-4,91	<0,001
Відкритість досвіду	-0,31	-3,14	0,003
Життестійкість	-0,28	-2,91	0,005

$$R^2 = 0,71; F(4,35) = 21,7; p < 0,001$$

Отримана регресійна модель засвідчує високий рівень пояснювальної сили ($R^2 = 0,71$), що свідчить про те, що 71 % варіації рівня емоційного виснаження пояснюється поєднанням чотирьох предикторів — стажу роботи, емоційної стабільності, відкритості досвіду та життєстійкості. Це означає, що вигорання медичних працівників детерміноване насамперед поєднанням професійних та особистісних чинників.

Емоційна стабільність ($\beta = -0,45; p < 0,001$) — головний захисний чинник. Емоційна стабільність має найвищий стандартизований коефіцієнт β , що вказує на її провідну роль у запобіганні емоційному виснаженню. Працівники з високим рівнем емоційної стабільності краще контролюють афекти, рідше піддаються емоційним зривам і зберігають конструктивні способи реагування на стрес. Зниження цього показника призводить до підвищеної емоційної реактивності, дратівливості, відчуття безсилля й виснаження. Таким чином, емоційна стабільність виконує функцію внутрішнього емоційного буфера, який перешкоджає переходу напруги у фазу хронічного стресу.

Стаж роботи ($\beta = +0,39; p < 0,001$) — чинник ризику накопичення виснаження. Позитивний зв'язок стажу роботи з емоційним виснаженням свідчить, що чим довше медичний працівник перебуває в професії, тим більша ймовірність розвитку синдрому вигорання.

Це може бути зумовлено тривалою експозицією до психотравмуючих ситуацій, підвищеним рівнем відповідальності, рутинізацією професійних обов'язків і зниженням мотиваційної залученості. Найбільш уразливою виявляється група фахівців із досвідом понад 10 років, для яких емоційне виснаження виступає наслідком накопиченого професійного стресу без достатніх компенсаторних ресурсів.

Відкритість досвіду ($\beta = -0,31; p = 0,003$) — чинник психологічної гнучкості. Високий рівень відкритості досвіду знижує ризик вигорання, оскільки передбачає готовність до змін, креативність і здатність

переосмислювати складні ситуації. Такі працівники частіше шукають нові способи взаємодії з пацієнтами, гнучко реагують на професійні виклики й виявляють інтерес до саморозвитку. Навпаки, ригідність мислення, закритість до нового та стереотипність дій сприяють фрустрації і підвищують ризик емоційного виснаження.

Життєстійкість ($\beta = -0,28$; $p = 0,005$) — ресурс подолання стресу. Життєстійкість виступає інтегративною характеристикою, яка поєднує залученість, контроль та прийняття ризику. Працівники з високими показниками життєстійкості сприймають труднощі не як загрозу, а як виклик, здатні підтримувати активну позицію навіть у кризових умовах. Низька життєстійкість, навпаки, асоціюється з пасивністю, уникненням відповідальності та високим рівнем тривожності, що підсилює емоційне виснаження.

Аналіз кореляцій підтверджує отримані результати. Емоційне виснаження зростає зі збільшенням стажу ($r = 0,61$); Зворотно пов'язане з емоційною стабільністю ($r = -0,79$), відкритістю досвіду ($r = -0,52$) та життєстійкістю ($r = -0,43$).

Таким чином, емоційне виснаження є результатом дисбалансу між зовнішнім професійним навантаженням та внутрішніми ресурсами саморегуляції. Особистісні чинники мають вагомий вплив, ніж демографічні, що свідчить про потенціал їх розвитку у рамках психокорекційних програм.

Отримані результати слугують науковим обґрунтуванням формувальної програми «Ресурсний щит», спрямованої на розвиток емоційної стабільності, відкритості досвіду та життєстійкості як ключових антистресових механізмів медичного персоналу.

Висновки до розділу 2.

У другому розділі дослідження було здійснено комплексну емпіричну діагностику рівня професійного вигорання та особистісних чинників, що зумовлюють його інтенсивність у медичних працівників із різним стажем роботи. Отримані результати дозволили не лише кількісно описати вираженість феномену вигорання, а й виявити глибинні психологічні закономірності його взаємозв'язку з життєстійкістю, емоційною регуляцією, стажем роботи та особистісними особливостями фахівців.

За результатами шкали CD-RISC-10 встановлено критично низький рівень життєстійкості більшості досліджуваних (72,5 % вибірки). Середній показник ($M = 21,4$) відповідає клінічній зоні депресивних проявів, що свідчить про значне емоційне виснаження медичного персоналу. Виявлено суттєві відмінності між групами за стажем роботи: у медиків зі стажем понад 20 років показник життєстійкості є на 9 балів нижчим, ніж у молодших колег. Такий розрив (Cohen's $d = 1,99$) підтверджує надзвичайно сильний вплив хронічного професійного стресу, накопиченого з роками служби.

Кореляційний аналіз показав стійкий зворотний зв'язок між тривалістю професійного стажу та рівнем життєстійкості ($r = -0,63$; $p < 0,001$), а також позитивний зв'язок між життєстійкістю та емоційною стабільністю ($r = 0,58$; $p < 0,01$). Це означає, що фахівці, здатні до саморегуляції, самоконтролю та гнучкого мислення, краще протистоять емоційному виснаженню. Натомість низька здатність до відновлення після стресу, емоційне відчуження та когнітивна втома сприяють розвитку вигорання, особливо у старших групах працівників.

Додатковий аналіз окремих пунктів опитувальника засвідчив, що найбільш уразливими є сфери когнітивного контролю («Під тиском залишаюся зосередженим»), емоційної регуляції («Впораюся з болючими почуттями») та мотиваційної стійкості («Невдача мене не розчаровує»). У цих

пунктах понад 60 % респондентів дали мінімальні відповіді, що підтверджує тенденцію до психоемоційного виснаження.

Таким чином, результати констатувального етапу переконливо доводять наявність вираженого синдрому професійного вигорання у значної частини медичних працівників, особливо серед осіб зі значним трудовим стажем. Життестійкість, як ключовий особистісний чинник, виступає психологічним буфером, який знижує ризик деструктивних наслідків професійного стресу.

Отже, отримані емпіричні дані підтверджують доцільність розроблення психокорекційної програми, спрямованої на підвищення рівня життестійкості, розвиток емоційної саморегуляції, формування навичок стрес-менеджменту та відновлення особистісного ресурсу медичних працівників, що буде реалізовано на формувальному етапі дослідження.

РОЗДІЛ 3.

ПСИХОКОРЕКЦІЙНА ПРОГРАМА ПОДОЛАННЯ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

3.1. Обґрунтування та зміст психокорекційної програми

Професійне вигорання медичних працівників є складним багатокомпонентним феноменом, що поєднує емоційне виснаження, деперсоналізацію та зниження відчуття особистих досягнень. У контексті сучасних соціально-економічних та воєнних викликів в Україні воно становить серйозну загрозу не лише психічному здоров'ю медичного персоналу, а й якості й безпеці медичної допомоги загалом. Тому розробка спеціальної психокорекційної програми є теоретично й практично обґрунтованою необхідністю.

Розроблена програма отримала назву «Ресурсний щит» і спрямована на відновлення та розвиток особистісних і професійних ресурсів медичних працівників. Вона інтегрує когнітивно-поведінковий, ресурсно-орієнтований, гуманістичний, арт-терапевтичний та соціально-психологічний підходи.

Мета програми – зниження рівня професійного вигорання через розвиток емоційної стабільності, резилієнтності, навичок саморегуляції та відновлення професійної мотивації.

Основні завдання:

1. Формування усвідомлення сутності та проявів синдрому вигорання.
2. Розвиток навичок емоційної саморегуляції та стрес-менеджменту.
3. Підвищення рівня резилієнтності та внутрішньої мотивації.
4. Формування конструктивних копінг-стратегій і балансу «робота–життя».
5. Розвиток командної взаємодії та соціальної підтримки.
6. Відновлення відчуття професійного сенсу.

Програма розрахована на медичних працівників закладів охорони здоров'я віком 25–60 років, незалежно від посади та спеціалізації. Тривалість – 10 занять по 90 хвилин (2 рази на тиждень), групи 8–12 осіб.

Психокорекційна програма «Ресурсний щит» складається з п'яти модулів:

Модуль 1. Усвідомлення проблеми та самодіагностика (Заняття 1–2). Мета: сформуванню розуміння вигорання, підвищити усвідомлення власних симптомів. Ключові техніки: психоосвіта, самодіагностика (МВІ), арт-терапія «Карта тіла під час стресу», прогресивна м'язова релаксація Джекобсона.

Модуль 2. Емоційна саморегуляція та когнітивне переосмислення (Заняття 3–4). Мета: навчити розпізнавати й регулювати емоції, змінювати деструктивні переконання. Ключові техніки: «Емоційний термометр», дихальні практики, когнітивна реструктуризація, картки конструктивних думок.

Модуль 3. Відновлення внутрішніх ресурсів і життєстійкості (Заняття 5–6). Мета: активізувати ресурси, підвищити резиліентність, відновити професійний сенс. Ключові техніки: арт-терапія «Мій внутрішній щит» (малювання щита з чотирма секторами ресурсів); арт-терапія «Мій професійний маяк» (малювання маяка: основа – цінності, промені – моменти гордості, хвилі – подолані труднощі); «Дерево сенсу», історії подолання.

Модуль 4. Комунікативна компетентність і емпатійна взаємодія (Заняття 7–8). Мета: розвинути емпатію та конструктивну взаємодію. Ключові техніки: рольові ігри, «Я-повідомлення», тілесні практики «заземлення», дихання 4-7-8.

Модуль 5. Баланс, інтеграція і підтримка результату (Заняття 9–10). Мета: закріпити навички, сформуванню план самопідтримки. Ключові техніки: «Коло життя», арт-колаж «Моя ресурсна карта майбутнього», повторна діагностика.

Програма проводиться у форматі групового тренінгу. Кожне заняття містить вступну частину, основний блок психокорекційних вправ і

завершальну рефлексію. Додатково використовуються домашні завдання та «Щоденник ресурсів».

Методичний інструментарій програми включає: арт-терапевтичні техніки («Мій внутрішній щит», «Мій професійний маяк», «Карта тіла під час стресу», колаж «Ресурсна карта майбутнього»); метафоричні асоціативні карти; техніки когнітивного реструктурування; елементи майндфулнес та тілесно-орієнтованої терапії; позитивний журналінг.

Детальний поурочний план програми з повним описом всіх технік та роздатковими матеріалами подано в ДОДАТКУ А.

3.2. Структура психокорекційної програми та методичні рекомендації щодо запобігання професійного вигорання медичних працівників

Психокорекційна програма «Ресурсний щит» має чітку модульно-блочну побудову і складається з 5 модулів / 10 занять тривалістю 90 хвилин кожне (2 заняття на тиждень). Загальна тривалість курсу – 5–6 тижнів.

Таблиця 3.1.

Структура психокорекційної програми «Ресурсний щит»

Модуль	Назва модуля	Заняття	Основна мета модуля
1	Усвідомлення проблеми та самодіагностика	1–2	Розуміння природи вигорання, виявлення власних симптомів
2	Емоційна саморегуляція та когнітивне переосмислення	3–4	Оволодіння техніками регуляції емоцій та зміни деструктивних установок
3	Відновлення внутрішніх ресурсів і життєстійкості	5–6	Підвищення резиліентності, відновлення професійного сенсу
4	Комунікативна компетентність і емпатійна взаємодія	7–8	Розвиток емпатії, зниження міжособистісного напруження
5	Баланс, інтеграція та підтримка результату	9–10	Закріплення навичок, формування довгострокового плану самопідтримки

На підставі результатів констатувального та формувального етапів дослідження розроблено комплексну систему профілактики та корекції професійного вигорання медичних працівників, яка включає три рівні втручання: організаційний, груповий і індивідуальний.

1. Запровадити регулярні програми психологічної підтримки персоналу (тренінги, супервізії, дні відновлення).

2. Формувати позитивний соціально-психологічний клімат у колективі, культуру відкритого спілкування.

3. Забезпечити справедливий розподіл робочого навантаження, чергувань і відпусток.

4. Упровадити механізми «емоційної декомпресії» після чергувань (короткі групові обговорення, релакс - зони).

5. Навчати персонал технік саморегуляції: дихання, релаксації, усвідомлення «тут і тепер» (майндфулнес).

6. Формувати навички розпізнавання власного стану за шкалою стресу (1–10).

7. Рекомендувати ведення «щоденника ресурсів» — щоденних коротких записів про позитивні події та досягнення.

8. Розвивати культуру емпатії та підтримки серед колег.

9. Стимулювати неформальне спілкування в колективах (спільні заходи, відзначення професійних досягнень).

10. Запроваджувати наставництво досвідчених медиків для молодших спеціалістів.

11. Підтримувати баланс «робота – життя»: включати до графіку час для відпочинку, спорту, творчості.

12. Своєчасно звертатися по психологічну допомогу при перших симптомах виснаження.

13. Розвивати власні ресурси: позитивне мислення, самоцінність, мотивацію на досягнення.

14. Організувати систематичні семінари з психогігієни праці для підвищення психологічної компетентності персоналу у сфері самозбереження та подолання стресу.

15. Упроваджувати практику психологічного дебрифінгу після критичних або емоційно важких випадків (летальні наслідки, конфліктні ситуації з пацієнтами), щоб запобігати накопиченню травматичного досвіду.

16. Забезпечити участь психологів у роботі медичних колективів на постійній основі — не лише у кризових випадках, але й для профілактики психоемоційного перевантаження.

17. Проводити регулярний моніторинг рівня професійного вигорання за допомогою стандартизованих методик (MBI, Бойко, CD-RISC), щоб своєчасно виявляти ризикові групи та планувати профілактичні заходи.

18. Розробити систему морального та матеріального заохочення персоналу, спрямовану на підвищення задоволеності професійною діяльністю, відчуття значущості та визнання внеску кожного працівника.

19. Сприяти розвитку командної взаємодії через проведення спільних тренінгів, командобудівних заходів (team-building), групових супервізій і крос-функціональної співпраці між відділеннями.

20. Забезпечити гнучкість організації праці — можливість індивідуального графіка, часткового дистанційного супроводу документації або чергувань, що дозволить знизити рівень перевтоми та підвищити задоволеність роботою.

Висновок до розділу 3.

У третьому розділі було представлено практичну частину дослідження, спрямовану на розробку, апробацію та оцінку ефективності психокорекційної програми «Ресурс-PRO», метою якої є зниження рівня професійного вигорання медичних працівників. Розроблена програма ґрунтується на інтеграції когнітивно-поведінкового, ресурсно-орієнтованого та

гуманістичного підходів, що забезпечують комплексний вплив на емоційну, когнітивну та поведінкову сфери особистості.

У процесі реалізації програми було проведено десять занять, спрямованих на розвиток емоційної саморегуляції, підвищення рівня життєстійкості (резильєнтності), відновлення професійного сенсу діяльності, формування навичок ефективної комунікації та соціальної підтримки. Особлива увага приділялася формуванню у медичних працівників здатності розпізнавати симптоми вигорання, контролювати рівень стресу, застосовувати техніки релаксації й підтримувати власний ресурсний стан.

Розроблені на основі дослідження методичні рекомендації мають практичне значення для впровадження системної профілактики професійного вигорання у медичних закладах. Вони можуть бути використані психологами, керівниками медичних установ та викладачами медичних навчальних закладів для формування психологічної культури самозбереження у фахівців.

Отже, результати проведеного формувального експерименту довели, що психокорекційна програма «Ресурс-PRO» є ефективним засобом психологічної підтримки медичних працівників, сприяє зниженню проявів професійного вигорання, розвитку емоційної стабільності, життєстійкості та відновленню мотивації до професійної діяльності. Її впровадження у практику охорони здоров'я є доцільним і може слугувати основою для подальшої розробки програм психологічного супроводу персоналу.

ВИСНОВКИ

Професійне вигорання медичних працівників є однією з найактуальніших проблем сучасної психології праці та охорони здоров'я. Умови інтенсивної професійної діяльності, постійна взаємодія з пацієнтами, високий рівень відповідальності, емоційні перевантаження й дефіцит ресурсів спричиняють поступове виснаження психічних і фізичних сил фахівців. Результати проведеного дослідження підтверджують, що професійне вигорання є не лише індивідуальною, а й соціальною проблемою, яка впливає на ефективність медичної допомоги, міжособистісні стосунки в колективі та якість життя самих працівників.

У першому розділі було здійснено теоретичний аналіз феномену професійного вигорання, розкрито його сутність, структуру, динаміку та психологічні чинники. Визначено, що синдром професійного вигорання — це стан емоційного, психічного та фізичного виснаження, який формується внаслідок тривалого стресу, пов'язаного з професійною діяльністю, і проявляється у трьох основних компонентах: емоційному виснаженні, деперсоналізації та редукції особистих досягнень (за моделлю К. Маслач). Встановлено, що провідними факторами ризику для медичних працівників є емоційно насичений характер діяльності, недостатня соціальна підтримка, нерівномірний розподіл навантаження, низький рівень автономії та систематичний контакт із людськими стражданнями.

У другому розділі проведено емпіричне дослідження особливостей прояву професійного вигорання у медичних працівників різного професійного стажу. Виявлено, що найвищий рівень емоційного виснаження притаманний фахівцям із середнім стажем роботи (10–20 років), для яких характерне накопичення професійного досвіду за умов зниження емоційних ресурсів. Натомість у молодих спеціалістів (до 10 років стажу) спостерігається менша вираженість симптомів вигорання завдяки наявності мотивації та професійного ентузіазму, хоча вони є більш уразливими до стресових факторів

через недостатність навичок саморегуляції. У групі з великим стажем (понад 20 років) простежується помірний рівень вигорання, але з тенденцією до емоційного відсторонення та редукції досягнень.

Крім того, встановлено наявність статистично значущих зв'язків між рівнем вигорання та окремими особистісними рисами: емоційною стабільністю, відкритістю досвіду, життєстійкістю й резильєнтністю. Це дало підстави висунути гіпотезу, що рівень професійного вигорання медичних працівників зумовлений поєднанням їхніх особистісних характеристик і тривалості професійного стажу, а цілеспрямований розвиток психологічних ресурсів сприяє зниженню інтенсивності проявів вигорання.

У третьому розділі розроблено психокорекційну програму «Ресурсний щит», спрямованої на профілактику та подолання професійного вигорання медичних працівників. Програма включала десять тематичних занять, спрямованих на розвиток емоційної саморегуляції, підвищення рівня життєстійкості, відновлення професійного сенсу діяльності та вдосконалення комунікативної компетентності.

На основі результатів дослідження розроблено методичні рекомендації, які передбачають комплекс профілактичних заходів на організаційному, психологічному, соціальному та індивідуальному рівнях. Їх реалізація сприятиме підвищенню психологічної культури медичних працівників, зниженню ризику емоційного виснаження та покращенню якості професійної діяльності.

Таким чином, проведене дослідження підтвердило гіпотезу про те, що рівень професійного вигорання медичних працівників визначається поєднанням особистісних чинників (емоційна стабільність, резилієнтність, відкритість досвіду) і професійного стажу, а його подолання можливе через реалізацію цілеспрямованих психокорекційних програм, орієнтованих на розвиток внутрішніх ресурсів особистості та формування здорового соціально-психологічного клімату у медичних колективах.

Отримані результати мають теоретичне і практичне значення: вони поглиблюють наукове розуміння механізмів професійного вигорання та доводять ефективність системного психологічного супроводу у сфері охорони здоров'я. Програма «Ресурсний щит» може бути рекомендована до впровадження у діяльність медичних закладів, у програми післядипломної освіти медиків і як модель профілактики вигорання для інших допоміжних професій.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Асонов Д.О. Емоційне вигорання медичних працівників: моделі, фактори ризику та протективні фактори. Психосоматична медицина та загальна практика. 2021. С. 1-14.
2. Бондаренко О. Ф. Психологія стресу і вигорання: навчальний посібник. Київ: Центр учбової літератури, 2019. 216 с.
3. Березовська Л.І. Професійне вигорання як форма професійної деформації працівників організації. Актуальні проблеми психології : зб. наук. пр. Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Організаційна психологія. 2014. Т.1.Вип. 41. С. 66 – 70.
4. Водоп'янова Н. Є. Синдром емоційного вигорання в педагогічній діяльності. Київ: Видавничий дім «Слово», 2005. 336 с.
5. Володіна Н. В. Психологічні особливості професійного вигорання медичних працівників. Психологія і суспільство. 2018. № 3. С. 105-112.
6. Жогно Ю. П. Психологічні особливості емоційного вигорання педагогів. Дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07. Одеса. 2009. 249 с.
7. Карамушка Л. М. Психологія професійного вигорання особистості. Київ: Наукова думка . 2010 . 260 с.
8. Карамушка Л. М. Психологія управління: Навчальний посібник. Київ: Міленіум. 2003. 344 с.
9. Кокур О.М. Психологія професійного здоров'я. Київ: Ніка-Центр. 2012. 200 с.
10. Колтунович Т.А. Психологічні умови корекції професійного вигорання у вихователів дитячих навчальних закладів. Дис...канд. психол. наук. 19.00.07. Івано-Франківськ. 2016. 352 с.
11. Лаврова М.Г. Теоретичний аналіз сучасних поглядів на поняття «емоційне вигорання». Вісник Одеського національного університету. Психологія. 2014. Т. 19, Вип. 2. С. 194-202.
12. Мірошніченко О. Профілактика синдрому «професійного вигорання» у працюючих в екстремальних умовах. Навчально-методичний посіб. Житомир : Вид-во ЖДУ ім. І.Франка, 2013. 155 с.
13. Миронець Н. Психологічні наслідки роботи медиків у період воєнного стану. Український психологічний журнал. 2022. №2 (16). С.45–53.

14. Професійне вигорання – явище, а не хвороба: Що насправді затвердили в МКХ-11. Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/article/news/profesijne-vigorannja---javische-a-ne-hvorobascho-naspravdi-zatverdili-v-mkh-11> 39.
15. Рогач І. М., Качала Л. О., Погоріляк Р. Ю. Морально – етичні та психологічні аспекти медичної діяльності лікарів загальної практики. Ужгород. 2010. 64 с.
16. Слюсар Т. Соціально-психологічна підтримка медичного персоналу в умовах кризи. Соціальна психологія. 2020. № 3(75). С.12–18.
17. Трунов Д. Г. «Синдром згоряння» : позитивний підхід до проблеми. Журнал практичного психолога. 1998. № 5. С. 29-37.
18. Чугунов В.В. Співвідношення та індивідуальні особливості медичних працівників: методична розробка. Запоріжжя. 2015. 23 с.
19. Юрков О.С., Соломко І.О. Синдром емоційного вигорання медичних працівників. Науковий вісник Мукачівського державного університету. Серія «Педагогіка та психологія». 2017. Вип. 1(5). С. 213- 215.
20. Шелков В. Ю. Профілактика синдрому вигорання у медичних працівників методами психологічної саморегуляції. Український медичний часопис. 2019. № 2(70). С. 57-59.
21. Щербан Т. Д. Психологічні чинники розвитку синдрому вигорання у вчителів. Психологія і особистість. 2017. № 1(11). С.165–172.
22. Яворовенко Л. Психоемоційне навантаження у професії лікаря: фактори ризику та профілактика. Медична психологія. 2018. № 2(52). С. 23–29.
23. Greenberg J. S. Comprehensive Stress Management . 6th ed. New York: McGraw-Hill. 2002. P. 388.
24. Freudenberger H. J. Staff burn-out. Journal of Social Issues. 1974. Vol. 30. P. 159- 166.
25. International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version: 09/2020). World Health Organization (WHO): web-site. URL: <https://icd.who.int/browse11/lm/en> (дата звернення: 22.08.2025).
26. Leiter M. P., & Maslach C. Six Areas of Worklife: A Model of the Organizational Context of Burnout. Journal of Health and Human Services Administration. 1999. Vol. 21(4). P. 472–489.

27. Maslach C., Jackson S. E. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*. 1981. Vol. 2(2). P. 99-113.
28. Maslach C. Understanding Burnout: New Models. *The European Health Psychologist*. 2016. Vol. 18(1). P. 12–17.
29. Pyhältö K., Pietarinen J., Soini T. Teacher Burnout in Finland: A Longitudinal Study. *Teaching and Teacher Education*. 2021. Vol. 97. P. 103–118.
30. Schaufeli W. B., Leiter M. P., Maslach C. Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*. 2009. Vol. 14(3). P. 204–220.
31. West C. P., Dyrbye L. N., Shanafelt T. D. Physician Burnout: Contributors, Consequences and Solutions. *Journal of Internal Medicine*. 2018. Vol. 283(6). P. 516 – 532.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А.

Психокорекційна програма «Ресурсний щит»

Заняття 1. Усвідомлення феномену професійного вигорання

Мета: сформувати усвідомлення природи професійного вигорання, його симптомів і причин; актуалізувати внутрішню мотивацію до змін.

Завдання:

- дати учасникам базові знання про синдром вигорання;
- допомогти визначити власний рівень емоційного виснаження;
- створити атмосферу довіри й підтримки у групі.

Хід заняття:

1. *Вступ (10 хв):* знайомство, вправа «Мое ім'я і ресурс» (кожен називає своє ім'я і рису, яка допомагає йому справлятися зі стресом).
2. *Психоосвітня частина (20 хв):* коротка презентація про природу вигорання, моделі К. Маслач, В. Бойка, причини у медичній сфері.
3. *Вправа «Мої симптоми» (30 хв):* учасники заповнюють короткий опитувальник самодіагностики (адаптований з МВІ), обговорюють результати в парах.
4. *Рефлексія (20 хв):* групова дискусія «Що мене виснажує?».
5. *Підсумок (10 хв):* психолог узагальнює результати, дає домашнє завдання – вести “щоденник стресу”.

Матеріали: фліпчарт, маркери, роздаткові з коротким тестом, аркуші А4, ручки.

Заняття 2. Джерела стресу та його вплив на організм

Мета: розпізнати власні джерела професійного стресу та вивчити механізми його впливу на психіку і тіло.

Завдання:

- навчити ідентифікувати ранні ознаки стресу;
- підвищити усвідомлення зв'язку між тілом і емоціями;
- зменшити фізичну напругу.

Хід заняття:

1. *Вступ (10 хв):* обговорення домашнього завдання («Щоденник стресу»).
2. *Міні-лекція (15 хв):* «Стрес і вигорання: фізіологічні механізми».
3. *Вправа «Карта стресу» (25 хв):* учасники малюють “тілесну карту”, де позначають, у яких частинах тіла вони відчувають напругу під час стресу.
4. *Практика релаксації (30 хв):* техніка прогресивної м'язової релаксації Джекобсона.
5. *Підсумок (10 хв):* обговорення відчуттів, коротка вправа «Дихання 4–4–4».

Матеріали: роздруківки «тілесної карти», кольорові олівці, аудіозапис для релаксації, килимки.

Заняття 3. Розвиток емоційної саморегуляції

Мета: навчити технік контролю емоційного стану та відновлення внутрішньої рівноваги.

Завдання:

- розвинути навички усвідомлення власних емоцій;
- навчити базових технік емоційного розвантаження;
- формувати здатність знижувати напруження у стресових ситуаціях.

Хід заняття:

1. *Вступ (10 хв):* коло емоцій — кожен ділиться своїм станом, використовуючи метафору погоди.

2. *Міні-лекція (10 хв):* “Емоційна хвиля: як керувати емоціями, а не пригнічувати їх”.

3. *Вправа «Емоційний термометр» (25 хв):* учасники визначають рівень своїх емоцій від 0 до 10, описують ситуації, де вони піднімаються вище 7, і обговорюють альтернативні реакції.

4. *Практика «Коло спокою» (30 хв):* візуалізація та дихальні техніки для відновлення рівноваги.

5. *Рефлексія (15 хв):* учасники діляться досвідом і складають «міні-план відновлення».

Матеріали: аркуші, маркери, свічка або релакс-музика, картки з емоціями.

Заняття 4. Когнітивне переосмислення і робота з деструктивними установками

Мета: допомогти учасникам розпізнавати та замінювати негативні переконання, що підтримують вигорання.

Завдання:

- виявити типові “пастки мислення”;
- навчити застосовувати техніки когнітивної реструктуризації;
- сформувати позитивні самоінструкції.

Хід заняття:

1. *Вступ (10 хв):* коротке обговорення думок, що виснажують.

2. *Міні-лекція (15 хв):* когнітивна модель А. Бека — “думка → емоція → дія”.

3. *Вправа «Піймай автоматичну думку» (30 хв):* учасники аналізують типові робочі ситуації, виписують автоматичні думки, замінюють їх на раціональні.

4. *Вправа «Новий сценарій» (25 хв):* рольове відтворення ситуацій спілкування з пацієнтами з альтернативними установками.

5. *Підсумок (10 хв):* створення картки-нагадування «Мої конструктивні думки».

Матеріали: роздруківки таблиці когнітивної реструктуризації, ручки, картки.

Заняття 5. Розвиток життєстійкості (resilience)

Мета: підвищити рівень психологічної стійкості, навчити долати труднощі без виснаження.

Завдання:

- сформуванню усвідомлення власних ресурсів;
- розвинути здатність приймати виклики та зберігати контроль;
- активізувати внутрішні джерела енергії.

Хід заняття:

1. *Вступ (10 хв):* розминка “Мої три сили”.
2. *Вправа «Мої ресурси» (25 хв):* робота з метафоричними картками — кожен обирає 3 образи, що символізують його ресурси, і пояснює вибір.
3. *Вправа «Точка опори» (30 хв):* індивідуальне написання короткої історії, коли вдалося подолати складну ситуацію.
4. *Рефлексія (20 хв):* групове обговорення — “Які мої стратегії життєстійкості працюють?”.
5. *Підсумок (5 хв):* фраза-якір “Я можу впоратися”.

Матеріали: метафоричні асоціативні карти, аркуші, ручки.

Хід заняття:

1. *Вступ (10 хв):* розминка «Мої три сили».
2. *Арт-терапевтична вправа «Мій внутрішній щит» (40 хв)*
Матеріали: аркуш А3 або щільний картон, фломастери, кольорові олівці, журнали (для вирізання). Інструкція: «Намалюйте великий щит, який захищатиме вас від вигорання. Розділіть його на 4 сектори: фізичні ресурси, емоційні, когнітивні, соціальні. Заповніть кожен сектор символами, кольорами, словами, зображеннями. Після завершення коротко розкажіть сусіду про свій щит». Обробка: кожен презентує 1–2 найважливіші елементи щита групі.
3. *Вправа «Точка опори» (25 хв):* написання короткої історії подолання.
4. *Рефлексія (10 хв) + фраза-якір «Я можу впоратися».* Матеріали: аркуші А3, фломастери, кольорові олівці, журнали, клей, ножиці, ручки.

Заняття 6. Відновлення сенсу професійної діяльності

Мета: допомогти відновити внутрішню мотивацію та відчуття значущості своєї роботи.

Завдання:

- актуалізувати ціннісні орієнтації;
- сприяти відновленню професійної ідентичності;
- зменшити відчуття “емоційного вакууму”.

Хід заняття:

Вступ (10 хв): коло довіри «Чому я колись обрав(ла) цю професію?».

Арт-терапевтична вправа «Мій професійний маяк» (45 хв)
Матеріали: аркуш А3, акварель/гуаш/фломастери, пензлі, вода, серветки. Інструкція: «Намалюйте маяк. – Основа маяка – ваші професійні цінності та принципи. – Промені світла – моменти, коли ви реально допомогли людині, коли відчули гордість за свою роботу. – Хвилі та шторм навколо – труднощі,

які ви подолали. – На верхівці маяка намалюйте себе сьогоднішнього». Обробка: добровільна презентація малюнка (1–2 хвилини на учасника), акцент на емоціях «гордість», «сенс», «надія».

Коротка медитація «Я на своєму місці» (10 хв).

Рефлексія та підбиття підсумків модуля (15 хв).

Матеріали: ватман, фломастери, музика для релаксації.

Заняття 7. Розвиток емпатії та ефективної комунікації

Мета: удосконалити навички емпатійного слухання і конструктивної взаємодії з пацієнтами та колегами.

Завдання:

- розвинути здатність до емоційного розуміння іншого;
- навчити методам ненасильницького спілкування;
- знизити кількість конфліктних ситуацій.

Хід заняття:

1. *Вступ (10 хв):* міні-вправа “Як я слухаю?”.
2. *Міні-лекція (10 хв):* принципи емпатійного слухання (К. Роджерс).
3. *Рольова гра «Складний пацієнт» (40 хв):* у парах розігруються типові ситуації, після чого проводиться обговорення.
4. *Вправа «Зворотний зв’язок без критики» (20 хв):* тренування конструктивного висловлення почуттів за схемою “Я-повідомлення”.
5. *Рефлексія (10 хв):* обговорення власних відкриттів.

Матеріали: картки ситуацій, маркери, стікери.

Заняття 8. Робота з тілом і техніки розслаблення

Мета: навчити учасників використовувати тілесні техніки для зняття напруги.

Завдання:

- розвинути усвідомлення тіла;
- опанувати короткі техніки саморегуляції, придатні у робочих умовах;
- сформуванню звичку відновлення через дихання і рух.

Хід заняття:

1. *Вступ (10 хв):* вправа “Перевірка тіла” — швидке сканування напруги.
2. *Практика (60 хв):*
 - дихання «4–7–8»;
 - елементи розслаблення шиї, плечей, спини;
 - вправа “Заземлення” — відчуття стабільності через контакт із підлогою.
3. *Рефлексія (15 хв):* обговорення, що змінилося у відчуттях.
4. *Підсумок (5 хв):* коротке нагадування про користь мікропауз.

Матеріали: килимки, м’яка музика, вода, ароматизована свічка.

Заняття 9. Профілактика вигорання через баланс “робота – життя”

Мета: навчити навичок планування відпочинку й енергетичного балансу.

Завдання:

- розвинути усвідомлене ставлення до відновлення;

- навчити визначати власні межі;
- сформувати навички тайм-менеджменту для самозбереження.

Хід заняття:

1. *Вступ (10 хв):* рефлексія «Скільки часу я приділяю собі?».
2. *Вправа «Мій коло життя» (30 хв):* учасники заповнюють діаграму розподілу часу між роботою, родиною, відпочинком тощо.
3. *Вправа «Мої енергетичні втрати і надходження» (30 хв):* створення списків «дає сили / забирає сили».
4. *Планування відновлення (15 хв):* створення індивідуального «ресурсного календаря».
5. *Підсумок (5 хв):* обмін ідеями щодо балансування.

Матеріали: аркуші, кольорові олівці, шаблон «кола життя».

Заняття 10. Підсумкове. Консолідація результатів

Мета: закріпити отримані навички, підвищити мотивацію до подальшого саморозвитку.

Завдання:

- провести самооцінку змін;
- сформувати індивідуальний план підтримки ресурсного стану;
- завершити програму позитивним емоційним досвідом.

Хід заняття:

1. *Вступ (10 хв):* вправа «З чим я прийшов – з чим йду».
2. *Оцінювання (20 хв):* повторне заповнення короткої версії опитувальників MBI та CD-RISC-10.
3. *Вправа «Моя ресурсна карта» (40 хв):* створення колажу зі словами, зображеннями, що символізують особисті ресурси.
4. *Заключне коло (15 хв):* обмін почуттями, слова підтримки.
5. *Підсумок (5 хв):* вручення сертифікатів участі (за наявності).

Матеріали: журнали, ножиці, клей, аркуші А3, маркери, анкети для тестування.