

**КИЇВСЬКИЙ ІНСТИТУТ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА
ПСИХОТЕРАПІЇ**

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему:

**Ресурси життєстійкості лікарів в умовах воєнного стану в
Україні**

Здобувача (ки) 2 курсу ПМ-232 групи
Спеціальності 053 Психологія
Освітньо-професійна програма
Клінічна психологія
Пушкарьової Г.В.
(прізвище та ініціали)
Керівники
к.психол.н., доц.
Крайніков Е.В.
д.філософії(Phd)
Савельєва І.В.
(вчене звання, науковий ступінь, прізвище та
ініціали)

Робота рекомендована до захисту
рішенням кафедри клінічної психології та кафедри соціальної психології

Протокол № 10 від « 23 » червня 2025р.

Зав. кафедри клінічної психології

д.психол.н., с.н.с., Лисенко І.П.
підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

Зав. кафедри соціальної психології

к.психол.н., Трофімова Д.О.
підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

Київ—2025

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ І. ПРОБЛЕМА ЖИТТЄСТІЙКОСТІ В НАУКОВІЙ ЛІТЕРАТУРІ	
1.1. Життєстійкість як психологічний феномен.....	9
1.2. Психологічні особливості медичної діяльності.....	19
1.3. Теоретико-методичний аналіз ресурсів життєстійкості лікарів..	26
Висновки до розділу І	33
РОЗДІЛ ІІ. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РЕСУРСІВ ЖИТТЄСТІЙКОСТІ ЛІКАРІВ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ В УКРАЇНІ	
2.1. Підходи до дослідження ресурсів життєстійкості.....	35
2.2. Організація та проведення дослідження.....	38
2.3. Аналіз та інтерпретація отриманих даних.....	50
Висновки до розділу ІІ.....	71
РОЗДІЛ ІІІ. РЕСУРСИ ЖИТТЄСТІЙКОСТІ КЛІЄНТА ЯК ПРОБЛЕМА ПСИХОЛОГІЧНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ	
3.1 Обґрунтування ресурсного підходу. Модель BASIC Ph.....	73
3.2 Розробка тренінгової програми розвитку ресурсів життєстійкості лікарів.....	82
Висновки до розділу ІІІ.....	88
ВИСНОВКИ.....	89
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	92
ДОДАТКИ.....	104

АНОТАЦІЯ

Дослідження ресурсів життєстійкості лікарів в умовах воєнного стану в Україні проводилося із застосуванням психологічних методик і аналізом різних інструментів оцінки резильєнтності, толерантності до невизначеності та копінг-стратегій. Результати показали, що життєстійкість є багатовимірним явищем, яке включає екзистенційну включеність, когнітивні і фізичні ресурси, а також здатність до толерантності до невизначеності. Виявлено гендерні відмінності: жінки-лікарі мають вищий рівень соціалізації, але нижчий контроль порівняно з чоловіками, що важливо враховувати при підтримці медиків. На основі отриманих даних запропоновано практичні рекомендації для розробки програм психологічної підтримки та зміцнення життєстійкості медичних працівників у воєнних умовах.

КЛЮЧОВІ СЛОВА

Життестійкість, психологічні ресурси, BASIC Ph, резильєнтність, копінг-стратегії, особистість лікарів, воєнний стан в Україні.

ВСТУП

Сучасний світ стикається з безпрецедентними викликами, серед яких воєнні конфлікти займають особливе місце через їхній руйнівний вплив на психологічне благополуччя людей. Воєнний стан в Україні, що триває з лютого 2022 року, створює для лікарів екстремальні умови роботи, які характеризуються високим рівнем стресу, психоемоційним перевантаженням, ризиком професійного вигорання та обмеженими ресурсами. Життєстійкість як здатність адаптуватися до складних умов і підтримувати психологічне благополуччя є ключовим фактором для збереження професійної ефективності медичних працівників. Дослідження ресурсів життєстійкості лікарів в умовах воєнного стану є актуальним, оскільки дозволяє виявити психологічні та соціальні фактори, що сприяють їхній адаптації, та розробити заходи для підтримки медиків. В українському контексті, де війна посилює виклики для системи охорони здоров'я, це дослідження має особливе значення для збереження професійного потенціалу лікарів і забезпечення якісної медичної допомоги.

За результатами аналізу наукових джерел, дослідження життєстійкості лікарів в умовах воєнного стану в Україні є новим напрямком. Попередні роботи переважно зосереджувалися на загальній психологічній резиліентності населення, біженців чи інших професійних груп, таких як військові, у контексті війни, що почалася в 2022 році (Zaliska et al., 2022; Haque et al., 2022; Martsenkovskiy et al., 2022; Seleznova et al., 2023). Дослідження, що стосуються медичних працівників, аналізували резиліентність специфічних підгруп, таких як працівники первинної медичної ланки під час пандемії COVID-19 (Chen et al., 2024), або загальні аспекти адаптації до стресових умов без фокусу на воєнний контекст України (Abdulmohdi, 2024). На відміну від них, це дослідження є одним із перших, яке аналізує ресурси життєстійкості саме лікарів в умовах воєнного стану в Україні, використовуючи комбінацію кількісних та якісних методів.

Об'єкт дослідження — життєстійкість як психологічний феномен .

Предмет дослідження — ресурси життєстійкості лікарів та їхні взаємозв'язки в умовах воєнного стану в Україні.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити особливості ресурсів життєстійкості лікарів, які працюють в умовах воєнного стану в Україні, та розробити рекомендації для проведення тренінгових програм для збереження та посилення їх ресурсів життєстійкості.

Для реалізації поставленої мети нами були сформовані наступні **завдання дослідження:**

1. Провести теоретичний аналіз концепції життєстійкості, її ресурсів та гендерних особливостей у контексті професійної діяльності лікарів.

2. Організувати та провести емпіричне дослідження феномена життєстійкості та пов'язаних з нею факторів у вибірці лікарів.

3. Встановити взаємозв'язки та значущі кореляції між наступними феноменами: життєстійкість, толерантність до невизначеності, смисложиттєві орієнтації, копінг-стратегії в умовах воєнного стану.

4. Розробити рекомендації щодо проведення тренінгової програми для підвищення життєстійкості медичних працівників в умовах воєнного стану.

Методи дослідження

Для досягнення поставлених завдань нами було застосовано такі методи:

1. Теоретико-методичний аналіз наукової літератури щодо теми життєстійкості та психологічних ресурсів особистості.

2. Психодіагностичне дослідження з використанням наступних методик:

- Тест смисложиттєвих орієнтацій. Автори: Крамбо Д. та Махолік Л. Адаптація Д. Леонтьєва (2006).
- Шкала резилієнтності Коннора-Девідсон, 10-пунктова версія (CD-RISC-10). Автори: К. Коннор та Дж. Девідсон (2003). Адаптація: Школіна та ін. (2020).

- Тест життєстійкості Мадді. Автори: С. Мадді, Хошаба (1984, 2001). Адаптація Олєфіра В., Кузнєцова М., Павлової А. (2013).
 - Опитувальник толерантності до невизначеності (IUS-12)). Автор: Н. Карлетон (2007). Адаптація: Громова Г. та Данчук Ю. (2021).
 - Шкала базового рівня психологічної життєстійкості BASIC Ph. Автор: М. Лахад (2013).
 - Авторська анкета
3. Математико-статистична обробка даних за допомогою програми Jamovi: аналіз надійності та узгодженості, описова статистика, зіставний аналіз груп, кореляційний аналіз, лінійна регресія та порівняльний аналіз.
 4. Метод психологічного консультування

Характеристика дослідницької вибірки: опитування було проведено онлайн у квітні 2025 року за допомогою Google-form. За цей час у опитуванні взяли участь 77 лікарів. Серед них було 42 жінки та 35 чоловіків.

Своєю роботою ми шукали відповідь на наступні **дослідницькі питання:**

1. Які компоненти життєстійкості переважають у лікарів, які працюють в умовах воєнного стану?
2. Наскільки толерантність до невизначеності корелює з рівнем життєстійкості у медичних працівників в кризових умовах?
3. Які з компонентів моделі BASIC Ph (Мулі Лахада) є доміантними копінг-стратегіями у лікарів у воєнний період?

Теоретична значущість: Дослідження поглиблює розуміння психологічних ресурсів, які забезпечують життєстійкість у професійній діяльності лікарів в екстремальних умовах. Воно уточнює теоретичні моделі життєстійкості, враховуючи специфіку воєнного контексту.

Практична значущість: Отримані дані можна використовувати в подальших дослідженнях взаємозв'язків ресурсів життєстійкості з іншими психологічними феноменами чи станами в умовах війни. Дослідження та

рекомендації можуть допомогти психологам, психотерапевтам та тренерам, що розробляють та проводять програми психологічної підтримки медиків, які працюють в умовах воєнного стану. Отримані дані можуть бути застосовані в діяльності психологічних служб медичних закладів та у програмах професійної підготовки.

РОЗДІЛ І

ПРОБЛЕМА ЖИТТЄСТІЙКОСТІ В ПСИХОЛОГІЧНІЙ ЛІТЕРАТУРІ

1.1. Життєстійкість як психологічний феномен

Життєстійкість (*hardiness*) є ключовим психологічним конструктом, який відображає здатність людини адаптуватися до стресових умов, зберігати психологічну рівновагу та ефективно справлятися з життєвими викликами. Цей феномен набуває особливого значення в контексті професійної діяльності, зокрема медичної, де високий рівень стресу є невід'ємною частиною роботи, особливо в умовах воєнного стану в Україні. У цьому розділі представлено літературний огляд концепції життєстійкості, її компонентів, відмінностей від споріднених понять, таких як резилієнтність, а також підходів до її дослідження з використанням сучасних методик, включаючи тест смисложиттєвих орієнтацій, шкалу Коннора-Девідсона, тест Мадді, опитувальник толерантності до невизначеності та шкалу базового рівня психологічної життєстійкості.

Поняття життєстійкості було введено американським психологом Сальваторе Мадді (Salvatore Maddi) у 1970-х роках під час дослідження осіб, які успішно справлялися зі стресом у складних професійних умовах. Мадді визначив життєстійкість як комплексну особистісну характеристику, що складається з трьох основних компонентів: залученість (*commitment*), контроль (*control*) і виклик (*challenge*). Залученість відображає активну участь у життєвих подіях і відчуття їхньої значущості; контроль — це переконаність у можливості впливати на обставини; виклик — сприйняття труднощів як можливостей для розвитку, а не загроз (Maddi, 2002). Ці компоненти дозволяють людині трансформувати стресові ситуації в можливості для особистісного зростання, знижуючи негативний вплив стресу. В Україні

значний внесок у дослідження життєстійкості зробив Олег Кокун, який підкреслює, що життєстійкість є не лише вродженою рисою, але й може розвиватися через цілеспрямовані психологічні втручання, особливо для фахівців соціономічних професій, таких як лікарі (Кокун, О., 2023, с. 20–22). Сучасні українські дослідження доповнюють класичну концепцію Мадді, акцентуючи на багатокомпонентній структурі життєстійкості, яка включає когнітивні, емоційні та поведінкові ресурси, що сприяють адаптації в умовах високого стресу, зокрема для медичних працівників у воєнний час (Корнєва, 2024).

У науковій літературі терміни «життєстійкість» і «резилієнтність» (resilience) часто плутають, хоча вони мають суттєві відмінності. Життєстійкість, за Мадді, є відносно стабільною особистісною характеристикою, що формується в процесі соціалізації та допомагає активно протистояти стресу через внутрішні ресурси. Резилієнтність, натомість, розглядається як динамічний процес адаптації до несприятливих умов, що включає як внутрішні, так і зовнішні фактори, такі як соціальна підтримка чи сприятливе середовище. Як зазначає Турлаков, життєстійкість фокусується на внутрішній здатності людини протистояти стресу, тоді як резилієнтність охоплює ширший спектр механізмів відновлення після травматичних подій (Турлаков, І., 2023, с. 28–30). Кокун додає, що життєстійкість є більш індивідуалізованим конструктом, тоді як резилієнтність часто залежить від зовнішніх ресурсів, таких як соціальні мережі чи економічна стабільність (Кокун, О., 2023, с. 15–17). Ця відмінність є важливою для розуміння, як лікарі можуть використовувати свої внутрішні ресурси для адаптації до стресу в умовах воєнного стану.

У сучасній українській психології життєстійкість розглядається не лише як особистісна характеристика, але й як результат взаємодії індивідуальних та соціальних ресурсів. Зокрема, ресурсний підхід акцентує увагу на здатності особистості мобілізувати внутрішні та зовнішні ресурси для подолання стресових ситуацій. Дослідження, проведене О. М. Кокуном та колегами

(2024), підкреслює, що психологічна ресурсність, яка включає емоційні, когнітивні та соціальні аспекти, є ключовим чинником формування життєстійкості. Цей підхід особливо актуальний для медичних працівників, які в умовах воєнного стану стикаються з високим рівнем стресу та потребують ефективних стратегій адаптації.

Крім того, інноваційні підходи до формування життєстійкості в громаді, запропоновані О. Жук та К. Шкарлатюк (2025), передбачають створення Центрів життєстійкості, які надають соціально-психологічну підтримку та сприяють розвитку адаптивних навичок у населення. Такі ініціативи можуть бути корисними для медичних працівників, оскільки забезпечують доступ до ресурсів, необхідних для підтримки їхнього психологічного благополуччя (Жук О., Шкарлатюк К., 2025, с. 275-288).

Розглянемо компоненти життєстійкості та їх значення. Залученість, контроль і виклик відіграють різні ролі в адаптації до стресу. Залученість допомагає лікарям залишатися мотивованими та залученими до своєї роботи, навіть у складних умовах, таких як воєнний стан. Контроль дозволяє відчувати, що професійні рішення та дії мають значення, знижуючи відчуття безпорадності. Виклик сприяє сприйняттю труднощів як можливостей для професійного розвитку, що є особливо актуальним для медичних працівників, які працюють із травмованими пацієнтами. Дослідження Кокуна показують, що високий рівень життєстійкості корелює з нижчим рівнем емоційного вигорання та кращою професійною ефективністю серед медиків (Кокун, 2021). При цьому сучасні наукові підходи розглядають життєстійкість як багатокомпонентний процес, що включає когнітивні, емоційні та поведінкові складники адаптації до стресу. Життєстійкість у цьому розумінні не є виключно стабільною рисою, а виступає динамічним ресурсом, який можна розвивати через формування психоемоційної регуляції, підтримку позитивної самооцінки та активізацію соціальної підтримки. Такий підхід підкреслює здатність особистості трансформувати стресові ситуації у можливості для особистісного зростання, що є надзвичайно важливим для лікарів, які

працюють в екстремальних умовах воєнного стану (Morse et al., 2021). Турлаков зазначає, що життєстійкість є важливим предиктором психологічного благополуччя в екстремальних умовах, таких як війна, де вона допомагає зберігати мотивацію та стійкість до невизначеності (Турлаков, І., 2023, с. 35–37).

Концепція життєстійкості активно досліджується як у зарубіжній, так і в українській психології. Окрім Мадді, значний внесок у розробку цього конструкту зробила Сьюзен Кобаса, яка наголошувала на ролі життєстійкості в захисті від стресових впливів на здоров'я (Kobasa et al., 1982). У своїй роботі Кобаса пов'язувала життєстійкість із фізичним і психічним здоров'ям, зазначаючи, що люди з високим рівнем життєстійкості рідше зазнають соматичних і психологічних розладів у стресових умовах. В Україні Кокун адаптував концепцію життєстійкості до соціономічних професій, підкреслюючи її значення для медичних працівників. У своїй монографії він зазначає, що життєстійкість можна розвивати через тренінги, спрямовані на підвищення саморегуляції, мотивації та соціальної підтримки (Кокун, О.М., 2023, с. 28–30). Дослідження показують, що життєстійкість медичних працівників тісно пов'язана з толерантністю до невизначеності, що відіграє ключову роль у збереженні психологічної стійкості в умовах високого стресу. Зокрема, Di Trani та співавт. (2021) встановили, що медичні працівники з вищим рівнем життєстійкості краще справляються з невизначеністю, що знижує ризик вигорання. Подібні результати отримали й Cooke, Doust і Steele (2013) у дослідженні серед лікарів загальної практики, показавши, що життєстійкість сприяє кращій адаптації до складних клінічних ситуацій і зменшує рівень професійного стресу.

Сучасні дослідження підкреслюють важливість розвитку життєстійкості через активну участь у повсякденних справах і планування діяльності, що сприяє підвищенню психологічної стійкості (Masten & Barnes, 2018; Southwick & Charney, 2018). Життєстійкість тісно пов'язана з копінг-стратегіями, зокрема стратегією вирішення проблем, тоді як уникання проблем негативно

впливає на її рівень (Wu et al., 2020; Zhang et al., 2023). Це підтверджує, що розвиток життєстійкості сприяє конструктивним підходам до подолання стресу, що особливо важливо для медичних працівників у воєнний період.

Психологічна життєстійкість у кризових умовах значною мірою залежить від здатності людини адаптуватися до невизначеності, яка є невід'ємною частиною воєнного стану. Як зазначають ряд авторів, невизначеність, хоча й здатна викликати стрес, може слугувати стимулом для особистісного розвитку, якщо розглядати її як шанс для переоцінки цінностей і пошуку нових стратегій подолання (Leykin et al., 2016; Alquist & Baumeister, 2023; Whitecross & Smithson, 2023). Аналогічно, та Кімхі з Шамай зазначають, що прийняття невизначеності сприяє розвитку стійкості та психологічного благополуччя, відкриваючи нові перспективи для самореалізації (Kimhi & Shamai, 2004).

Для лікарів, які працюють в умовах воєнного стану в Україні, невизначеність проявляється у непередбачуваності робочих ситуацій, обмеженості ресурсів і постійній загрозі безпеці. Однак, за Doruk et al. (2015), толерантність до невизначеності сприяє розвитку адаптивних копінг-стратегій, що є важливим ресурсом життєстійкості.

Цей підхід підтверджує актуальність дослідження життєстійкості медичних працівників, адже здатність трансформувати невизначеність у джерело сили може визначати їхню професійну ефективність і психологічне благополуччя. У контексті війни в Україні лікарі змушені щодня приймати складні рішення в умовах хаосу, що вимагає не лише професійних навичок, але й психологічної стійкості. Дослідження таких ресурсів, як толерантність до невизначеності, емоційна витривалість і соціальна підтримка, дозволяє не лише зрозуміти механізми адаптації, а й розробити практичні інструменти для їх посилення. Таким чином, ідеї Doruk et al. (2015) про позитивний потенціал невизначеності стають теоретичною основою для аналізу життєстійкості лікарів у кризових умовах, підкреслюючи новизну та практичну значущість цього дослідження.

Ще одна перспектива дослідження життєстійкості базується на теорії збереження ресурсів Стівена Хобфолла, яка пояснює стрес як наслідок втрати соціальних, емоційних чи когнітивних ресурсів (Хобфолл, 1989). Здатність накопичувати та відновлювати ці ресурси визначає рівень життєстійкості. Дослідження І.В. Турлакова підкреслює, що соціальна підтримка від колег і організаційна допомога знижують ризик професійного вигорання серед українських медичних працівників у воєнний час (Турлаков, 2023). Наприклад, лікарі, які мають доступ до психологічної підтримки чи тісні зв'язки з командою, краще справляються з емоційним навантаженням.

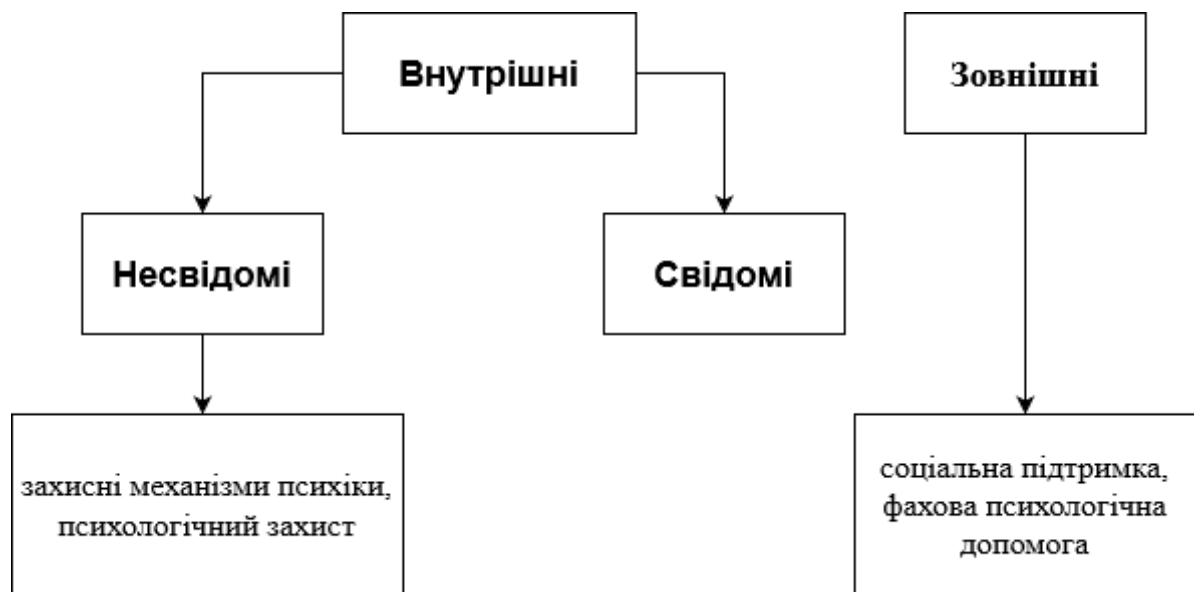


Рис. 1.1. Модель ресурсів життєстійкості (Адаптовано з Боковець, 2023, с.11)

Як показано вище (Рис. 1.1), психологічні (внутрішні) ресурси життєстійкості людини в умовах воєнного часу доцільно класифікувати на два основних типи: 1) несвідомі, до яких належать захисні механізми психіки та психологічний захист; 2) свідомі, що охоплюють: когнітивні ресурси (здатність адаптуватися до невизначеності, впевненість у перемозі України у війні); емоційні ресурси (емоційна стабільність, розвинений емоційний інтелект); регуляційні ресурси (ефективні стратегії подолання, зокрема «фокус на розв'язанні проблем», «переосмислення ситуації», «залучення соціальної підтримки», а також активна участь у діяльності, такій як волонтерство, професійна праця чи творчі заняття). До соціальних (зовнішніх) ресурсів

життєстійкості в умовах війни відносимо підтримку соціального оточення та професійну психологічну допомогу. Поєднання зазначених внутрішніх і зовнішніх ресурсів забезпечує розвиток життєстійкості особистості в умовах воєнного стресу.

В нашій роботі ми розглядатимемо лише внутрішні свідомі ресурси життєстійкості (Рис. 1.2).



Рис. 1.2. Свідомі ресурси за моделлю BASIC Ph

Згідно з дослідженнями Лахада (2018), модель життєстійкості BASIC Ph була розроблена на основі спостережень за населенням північного Ізраїлю, яке тривалий час перебувало під впливом ракетних обстрілів і постійної загрози життю. Лахад (2019) виявив, що попри високий рівень небезпеки, кількість звернень за психологічною допомогою у цій зоні не відрізнялась від показників у більш безпечних регіонах, що свідчить про існування ефективних природних механізмів подолання стресу. Модель BASIC Ph включає шість основних каналів адаптації: вірування та цінності, емоції, соціальна підтримка, уява, когнітивні стратегії та фізіологічна активність, які індивідуально комбінуються для формування стійкості до стресу (Лахад, 2020).

Ще одним важливим ресурсним підходом до розуміння життєстійкості є салютогенна модель, розроблена Аароном Антоновським, яка акцентує увагу

на факторах, що сприяють здоров'ю та психологічному благополуччю, на противагу традиційному патогенному підходу, зосередженому на причинах хвороб. Салютогенез (від лат. *salus* – здоров'я, *genesis* – походження) розглядає здоров'я як континуум між повним благополуччям і хворобою, а життєстійкість – як здатність рухатися до «полюса здоров'я» завдяки мобілізації ресурсів. Центральною концепцією моделі є смисл когерентності (*sense of coherence, SOC*), який Антоновський визначає як глобальну орієнтацію особистості, що дозволяє сприймати життя як зрозуміле, кероване та осмислене (Mittelmark et al., 2017; Antonovsky, 2020).

Смисл когерентності складається з трьох ключових компонентів:

- Зрозумілість (*comprehensibility*) – це когнітивна здатність сприймати життєві події як структуровані, передбачувані та зрозумілі. Для медичних працівників у воєнний час зрозумілість означає здатність осмислювати хаотичні та стресові ситуації, наприклад, оцінювати стан пацієнтів у непередбачуваних умовах бойових дій.
- Керованість (*manageability*) – це переконаність у наявності достатніх ресурсів (внутрішніх і зовнішніх) для подолання труднощів. Лікарі з високим рівнем керованості відчують, що можуть ефективно використовувати професійні навички, підтримку колег чи психологічну допомогу для вирішення робочих викликів.
- Осмисленість (*meaningfulness*) – це мотиваційний компонент, який відображає віру в те, що життєві труднощі варті зусиль і мають сенс. Для медиків в Україні осмисленість може проявлятися у відчутті професійного покликання та внеску в порятунок життів під час війни.

Антоновський стверджує, що високий рівень смислу когерентності сприяє ефективній адаптації до стресу, оскільки людина сприймає виклики як менш загрозливі та активно мобілізує ресурси для їх подолання (Antonovsky,

1987, 2020). У контексті воєнного стану в Україні ця модель є особливо актуальною, адже медичні працівники стикаються з екстремальними стресорами: нестачею ресурсів, загрозою безпеці, емоційним виснаженням. Салютогенна модель підкреслює, що життєстійкість залежить не лише від індивідуальних характеристик, а й від загальних ресурсів опору (*generalized resistance resources, GRRs*), до яких належать соціальна підтримка, професійні знання, особистісні цінності та культурні фактори. Наприклад, для українських лікарів такими ресурсами можуть бути підтримка від колег, віра у перемогу України, а також національна ідентичність, яка мотивує продовжувати роботу в складних умовах (Mittelmark et al., 2017).

Порівняно з теорією збереження ресурсів Хобфолла, яка фокусується на втраті та відновленні ресурсів як реакції на стрес, салютогенна модель Антоновського робить акцент на проактивному підході до здоров'я та благополуччя. Якщо Хобфолл розглядає стрес як наслідок дефіциту ресурсів, то Антоновський наголошує на здатності людини знаходити сенс у складних обставинах, що сприяє формуванню життєстійкості навіть за обмежених умов. Для медичних працівників це означає, що розвиток смислу когерентності може допомогти не лише уникати вигорання, але й знаходити мотивацію для професійного зростання в умовах війни. Наприклад, лікар, який сприймає свою роботу як осмислену місію, може ефективніше справлятися з емоційним навантаженням, ніж той, хто фокусується лише на втратах ресурсів.

У сучасних дослідженнях салютогенна модель застосовується для аналізу життєстійкості в різних професійних групах, зокрема в медичній сфері. Наприклад, дослідження, проведені в кризових умовах, показують, що медики з високим рівнем смислу когерентності демонструють кращу психологічну стійкість і нижчий рівень тривожності (Mittelmark et al., 2013). В українському контексті ця модель може бути основою для розробки програм психологічної підтримки, які б сприяли розвитку зрозумілості (наприклад, через навчання стратегіям осмислення стресових ситуацій), керованості (через тренінги з тайм-менеджменту та саморегуляції) та осмисленості (через роботу з ціннісно-

смысловими орієнтаціями). Такі програми особливо актуальні для лікарів, які працюють у зонах бойових дій або з переселенцями, де невизначеність і стрес є повсякденними реаліями.

Інтеграція салютогенної моделі з іншими підходами, такими як ресурсний підхід Хобфолла чи концепція смисложиттєвих орієнтацій Чиханцової, дозволяє створити комплексне розуміння життєстійкості (Чиханцова, 2020). Наприклад, якщо Хобфолл акцентує на соціальній підтримці як зовнішньому ресурсі, то Антоновський розглядає її як частину загальних ресурсів опору, які посилюють смисл когерентності.

Таким чином, салютогенна модель Антоновського доповнює ресурсний підхід до життєстійкості, пропонуючи унікальну перспективу на те, як внутрішні та зовнішні ресурси можуть бути мобілізовані для підтримки психологічного благополуччя. Її застосування в умовах воєнного стану в Україні дозволяє не лише зрозуміти механізми адаптації медичних працівників, але й розробити ефективні стратегії для посилення їхньої життєстійкості, що є критично важливим для збереження їхньої професійної ефективності та психічного здоров'я (Mittelmark et al., 2017).

Життєстійкість як психологічний феномен є комплексною характеристикою, що включає залученість, контроль і виклик, і відіграє ключову роль у адаптації до стресових умов, особливо в медичній діяльності. Відмінність між життєстійкістю та резилієнтністю полягає в стабільності першого конструкту та його фокусі на внутрішніх ресурсах. Завдяки працям Мадді (2020), Кобаси (1982), Кокуна (2021) та Турлакова (2023) життєстійкість розглядається як важливий фактор психологічного благополуччя.

У вітчизняній та зарубіжній психології сформувалося кілька основних підходів до осмислення феномену життєстійкості, серед яких особливе значення мають екзистенційний, ресурсний, системно-структурний та інтегративний. Ресурсний підхід, розроблений С. Хобфоллом (1989) і підтриманий українськими вченими, зокрема О. Кокуном (2024), акцентує увагу на ролі індивідуальних, соціальних та екзистенційно-змістових ресурсів як

чинників, що забезпечують здатність особистості ефективно функціонувати в умовах підвищеного стресу (Кокун, Корніяка, Гуменюк та ін., 2024).. У межах цього підходу життєстійкість розглядається як динамічна система внутрішніх можливостей, яка дозволяє людині зберігати психоемоційну рівновагу, мобілізуючи наявні ресурси для подолання труднощів. В українському науковому контексті також підкреслюється значущість ціннісно-сміслових орієнтацій (Чиханцова, 2020), а також таких особистісних характеристик, як рефлексивність, автономність та здатність до самовизначення, які, за дослідженнями Т. М. Титаренко (2019), відіграють ключову роль у забезпеченні життєстійкості в умовах невизначеності та соціальної турбулентності. Використання методик, таких як тест Мадді, шкала Коннора-Девідсона, тест смисложиттєвих орієнтацій, опитувальник толерантності до невизначеності та шкала Лахада, дозволяє глибше зрозуміти цей феномен і його вплив на професійну діяльність медиків. Як підкреслює Запека (2019), життєстійкість має тісний зв'язок зі смисложиттєвими орієнтаціями, які виконують роль внутрішніх психологічних ресурсів. Ці орієнтації формують ціннісні установки та мотивацію, що допомагають зберігати цілісність особистості і підтримують психологічну стійкість у складних життєвих обставинах. Такий зв'язок є особливо важливим для медичних працівників, які опинилися в умовах воєнного стану, адже смисложиттєві орієнтації слугують опорою для подолання професійних і екзистенційних викликів. Подальші дослідження мають бути спрямовані на розробку програм розвитку життєстійкості, адаптованих до умов воєнного стану в Україні, з урахуванням гендерних і професійних особливостей.

1.2. Психологічні особливості медичної діяльності

Медична діяльність належить до професій із надзвичайно високим рівнем психологічного навантаження, що зумовлено необхідністю швидкого прийняття рішень в умовах невизначеності, роботи з людьми у кризових

станах та відповідальності за їхнє життя і здоров'я. За Слюсаревським (2018), медична діяльність відзначається особливою емоційною інтенсивністю через поєднання когнітивних та емоційних викликів, що виникають під час контакту з пацієнтами, потребою адаптуватися до швидких змін ситуації та утримувати баланс між професійними вимогами і власним психологічним станом. В умовах воєнного стану в Україні ці особливості набувають ще більшої гостроти через екстремальні умови праці, дефіцит ресурсів, постійну загрозу безпеці та вплив хронічного стресу. Цей підрозділ присвячено аналізу ключових психологічних аспектів медичної діяльності, зокрема професійного стресу, емоційного вигорання, професійних деформацій, адаптаційних ресурсів, гендерних особливостей, впливу воєнного контексту та стратегій профілактики психоемоційних розладів серед медичних працівників.

Психологічне благополуччя розглядається як багатовимірна категорія, що включає задоволеність життям, позитивні міжособистісні стосунки та здатність адаптуватися до стресових ситуацій (Keyes, Shmotkin, & Ryff, 2002). Відповідно до цієї концепції, психологічне благополуччя сприяє підтримці внутрішньої гармонії та стабільності навіть у складних умовах.

Особливо важливим є вивчення психологічного благополуччя у професіях із високим рівнем стресу, зокрема у медичній сфері. Дослідження McCann та колег (2013) показують, що розвиток психологічного благополуччя допомагає медичним працівникам зменшити ризики вигорання, покращити емоційну регуляцію і підтримувати стресостійкість. Таким чином, психологічне благополуччя є ключовим ресурсом для ефективної професійної діяльності в умовах стресу.

Професійний стрес є визначальною характеристикою роботи лікарів, спричиненою інтенсивними робочими графіками, високою емоційною напругою та необхідністю постійно підтримувати професійну компетентність. Організаційні фактори, такі як надмірне робоче навантаження, обмежений час на виконання завдань, бюрократичні вимоги та дефіцит персоналу, поєднуються з психоемоційними аспектами, зокрема складним спілкуванням

із пацієнтами, їхніми родичами, а також потребою в емпатії та співпереживанні. Згідно з дослідженням, 68% лікарів загальної практики – сімейної медицини повідомляли про симптоми хронічного стресу, такі як підвищена тривожність, порушення сну, хронічна втома та зниження працездатності, що негативно впливають на їхнє психологічне благополуччя (Хіміон, Л. та ін., 2022). У воєнних умовах стрес посилюється через додаткові фактори, такі як загроза життю, брак медичних ресурсів і потреба приймати рішення в умовах високого тиску та обмеженого часу. Дослідження вказують, що лікарі в зонах бойових дій зазнають стресу через постійний вплив травматичних подій, що підвищує ризик розвитку психоемоційних розладів (Kang et al., 2024). Дослідження Паливоди (2023) зазначають, що втрата контролю над ситуацією є ключовим джерелом стресу для медиків, особливо в екстремальних умовах, коли можливості для відпочинку та відновлення обмежені. Додаткові джерела підкреслюють, що хронічний стрес часто пов'язаний із необхідністю виконання кількох ролей одночасно (лікаря, адміністратора, психолога), що особливо виражено в умовах воєнного дефіциту персоналу (Козирєва О., 2019). Наприклад, лікарі в Україні під час війни часто змушені брати на себе додаткові адміністративні функції через брак кадрів, що посилює психологічне навантаження (Величко et al., 2022).

Емоційне вигорання є одним із найпоширеніших наслідків тривалого професійного стресу серед медичних працівників, особливо в умовах воєнного стану. Воно проявляється в емоційному виснаженні, деперсоналізації (відстороненості від пацієнтів, цинічному ставленні до них) та зниженні відчуття професійних досягнень. Дослідження, проведене в Україні, показало, що 40% медичних працівників демонструють високий рівень емоційного вигорання, що супроводжується фізичним, емоційним та мотиваційним виснаженням, а також порушеннями продуктивності роботи, втому, безсонням і підвищеною схильністю до соматичних захворювань (Млиниська & Гасюк, 2019). Емоційне вигорання часто супроводжується професійними деформаціями, такими як надмірна критичність до себе чи колег, цинізм,

втрата професійного ентузіазму або навіть агресивність у взаємодії з іншими. Ці деформації виникають через хронічний вплив стресогенних факторів, таких як тривалі робочі зміни, конфлікти в колективі, відсутність визнання чи недостатня психологічна підтримка (Kang et al., 2024). У зонах бойових дій ризик вигорання зростає через постійний вплив травматичних подій, таких як робота з важкопораненими, та обмежені можливості для психологічного відновлення (Некрасова, Н.О. та ін., 2024). Дослідження підтверджують, що вигорання не лише погіршує психологічний стан медиків, а й знижує якість надання медичної допомоги, що робить профілактику цього явища критично важливою. Наприклад, серед хірургів і анестезіологів із досвідом роботи від 11 до 15 років спостерігається пік вигорання, що супроводжується цинізмом і зниженням кар'єрних амбіцій, що може впливати на ефективність медичних команд (Пархоменко Ю. та ін., 2012). Дослідження Паливоди (2023) підкреслюють, що відсутність системної психологічної підтримки є одним із ключових факторів, що сприяють розвитку вигорання.

Дослідження також показують, що вигорання пов'язане з низьким рівнем організаційної підтримки, що є особливо актуальним у воєнний період (Abdulmohdi, N., 2024). Наприклад, під час пандемії COVID-19 медсестри, які відчували брак підтримки від керівництва, демонстрували вищі показники вигорання, що має схожість із ситуацією в Україні під час війни (Abdulmohdi, N., 2024).

Психологічні особливості медичної діяльності мають виражений гендерний вимір. Жінки-лікарі, як правило, демонструють вищий рівень соціалізації, що допомагає їм ефективніше справлятися зі стресом через підтримку соціальних зв'язків, таких як спілкування з колегами чи рідними. Однак вони частіше зазнають підвищеної тривожності, що може знижувати їхнє відчуття контролю над ситуацією та ускладнювати саморегуляцію в кризових умовах (Хімюн, Л. та ін., 2021). Гендерні стереотипи та суспільні очікування, які покладають на жінок додаткову відповідальність за емоційну підтримку оточення, посилюють їхнє психологічне навантаження. Це

узгоджується з даними Паливоди (2023), де підкреслюється, що жінки-медики частіше стикаються з конфліктом між професійними та особистими ролями, що може погіршувати їхній психологічний стан. Дослідження також показують, що жінки-лікарі частіше повідомляють про емоційне виснаження порівняно з чоловіками, що може бути пов'язано з вищим рівнем емпатії та чутливістю до воєнних факторів, таких як робота з постраждалими від конфлікту (Толмачевська, 2021). Наприклад, у воєнний період жінки-медики частіше повідомляли про симптоми тривожності через необхідність поєднувати професійні обов'язки з турботою про сім'ю в умовах нестабільності (Seleznova et al., 2023).

Воєнний стан в Україні значно ускладнює психологічні умови роботи медичних працівників. Лікарі, які працюють у зонах бойових дій або з постраждалими від війни, стикаються з додатковими стресовими факторами, такими як пряма загроза життю, дефіцит медичних ресурсів, необхідність надавати допомогу в умовах обмеженого часу та високої інтенсивності. Згідно з матеріалами семінару, ці умови сприяють розвитку стрес-асоційованих розладів, зокрема посттравматичного стресового розладу (ПТСР), серед медичних працівників. Дослідження Некрасової та співавторів підкреслюють, що воєнний контекст підвищує ризик ПТСР через постійний контакт із травматичними подіями, такими як втрата пацієнтів чи робота в умовах обстрілів (Некрасова, Н. та ін., 2024). У таких умовах лікарі змушені максимально мобілізувати свої психологічні ресурси, зокрема саморегуляцію, мотивацію та адаптаційні стратегії, щоб зберегти професійну ефективність. Однак обмежений доступ до відпочинку та психологічної підтримки ускладнює цей процес (Паливода, 2023). Дослідження вказують, що воєнний контекст спричиняє не лише індивідуальні психологічні наслідки, а й системні проблеми, такі як дефіцит медичного персоналу через еміграцію чи переміщення, що ще більше підвищує навантаження на тих, хто залишився (Величко et al., 2022).

Наприклад, один із п'яти медичних працівників в Україні зазнає

негативного впливу тривалого воєнного стресу, включаючи тривожність, зниження задоволеності життям і почуття власної гідності (Seleznova et al., 2023). Додаткові джерела підкреслюють, що воєнний контекст призводить до зниження психологічної безпеки медиків, що вимагає впровадження спеціалізованих програм підтримки (Zaliska et al., 2022).

В умовах війни питання ресурсів життєстійкості медичних працівників набуває особливої актуальності. Розуміння того, які саме психологічні, особистісні, професійні й соціальні чинники сприяють збереженню ефективності, внутрішнього балансу й стресостійкості лікарів в умовах хронічного стресу та загрози життю, є надзвичайно важливим. Дослідження підтверджують, що високий рівень життєстійкості пов'язаний із нижчими показниками вигорання, тривожності та ПТСР серед медичних працівників у кризових ситуаціях (Alonazi et al., 2023; Znakovska et al., 2023). Це знання дозволяє не лише краще підтримати медиків у кризових умовах, а й розробити цільові психологічні інтервенції, орієнтовані на розвиток стійкості, профілактику емоційного вигорання та збереження психологічного благополуччя фахівців, які працюють на передовій у буквальному й символічному сенсі.

Для протидії професійному стресу та вигоранню лікарі використовують низку адаптаційних ресурсів, серед яких соціальна підтримка, саморегуляція, професійна мотивація та внутрішня стійкість. Соціалізація, зокрема підтримка колег, сім'ї чи друзів, відіграє важливу роль у зниженні рівня стресу та підвищенні життєстійкості. Дослідження показують, що лікарі, які мають доступ до міцних соціальних зв'язків, рідше демонструють ознаки вигорання (Kang et al., 2024). Водночас у воєнних умовах доступ до таких ресурсів може бути обмеженим через ізоляцію, брак часу чи фізичну небезпеку. Саморегуляція, яка включає техніки управління емоціями та стресом, також є важливим інструментом для збереження психологічного здоров'я. Наприклад, використання стратегій активного подолання, таких як планування чи пошук підтримки, може зменшувати вплив стресу, тоді як

уникнення проблем може посилювати вигорання в некерованих ситуаціях (Баккер А.Б. та Демероуті Е., 2017). Дослідження серед медичних працівників під час пандемії COVID-19 показують, що мотивація до роботи, підкріплена почуттям професійного обов'язку, сприяє психологічній стійкості, хоча брак системної підтримки обмежує ці ресурси (Chen M et al., 2024). Наприклад, медичні працівники, які брали участь у тренінгах із майндфулнес, демонстрували вищий рівень резилієнтності порівняно з тими, хто не мав доступу до таких програм (Chen M et al., 2024). Тренінги зі стресової стійкості, mindfulness-практики та групові сесії психологічної підтримки можуть значно знизити ризик вигорання та підвищити здатність медиків справлятися з професійними викликами (Kang et al., 2024). Також актуальні дослідження підтверджують ефективність практик, спрямованих на розвиток психологічної стійкості та зниження стресу серед населення, зокрема медичних працівників, які функціонують в умовах хронічної загрози. Так, під час повномасштабної війни в Україні дослідження, проведене в чотирьох країнах (Україна, Польща, Словаччина, Румунія), засвідчило, що стрес, рівень життєстійкості та самоефективність є критично важливими показниками для подолання наслідків війни, особливо серед жінок (Piotrowski et al., 2023). Наприклад, програми, що включають групові сесії та навчання технікам релаксації, сприяють зниженню рівня стресу та підвищенню відчуття контролю серед медиків, які працюють у кризових умовах (Seleznova et al., 2023).

Для зниження рівня професійного стресу та вигорання необхідні системні заходи, спрямовані на підтримку психологічного здоров'я медичних працівників. Дослідження підкреслюють, що впровадження психологічних інтервенцій, таких як тренінги зі стресової стійкості, програми підтримки психологічної безпеки та доступ до консультацій із психологами, може значно зменшити ризик розвитку ПТСР і вигорання (Некрасова, Н.О. та ін., 2024). У воєнний період особливе значення має створення безпечного робочого середовища, яке включає регулярні перерви, адекватне забезпечення ресурсами та підтримку з боку адміністрації. Наприклад, дослідження

показують, що організаційна підтримка, як-от визнання внеску медиків і надання можливостей для професійного розвитку, сприяє зниженню рівня вигорання (Abdulmohdi, N., 2024). У контексті України такі програми мають враховувати специфіку воєнного стану, зокрема потребу в швидкому реагуванні на травматичні події та забезпеченні доступу до психологічної підтримки в регіонах, наближених до зон бойових дій (Sydorenko, Kiel, & Spindler, 2025).

Таким чином, психологічні особливості медичної діяльності в умовах воєнного стану в Україні характеризуються високим рівнем професійного стресу, ризиком емоційного вигорання та професійних деформацій, а також необхідністю активного використання адаптаційних ресурсів, таких як соціалізація, саморегуляція та мотивація. Воєнний контекст значно посилює ці виклики, додаючи фактори небезпеки, дефіциту ресурсів і травматичних подій. Жінки-лікарі демонструють сильніші соціальні навички, але можуть бути більш вразливими до тривожності через суспільні очікування. Для підтримки психологічного здоров'я медичних працівників необхідні системні програми психологічної допомоги, які враховують специфіку їхньої роботи та воєнні реалії. Подальші дослідження мають бути спрямовані на розробку ефективних стратегій профілактики вигорання, підвищення життєстійкості та вдосконалення механізмів психологічної підтримки медиків, зокрема шляхом поглибленого аналізу таких конструктів, як життєстійкість, що є фокусом даного дослідження.

1.3 Теоретико-методичний аналіз ресурсів життєстійкості лікарів

Ресурси життєстійкості лікарів є вирішальними для їхньої здатності адаптуватися до екстремальних умов воєнного стану в Україні, де медичні працівники стикаються з інтенсивним психологічним навантаженням, обмеженими ресурсами та постійними загрозами безпеці. Теоретико-методичний аналіз цих ресурсів дозволяє не лише визначити їхню специфіку,

а й розробити інструменти для їх оцінки, що є необхідним для створення ефективних програм підтримки медиків. У цьому підрозділі ми розглянемо ключові психологічні, соціальні та професійні ресурси життєстійкості лікарів, а також методичні підходи до їх вимірювання, зосередившись на контексті воєнного часу. Аналіз ґрунтується на сучасних дослідженнях і теоретичних підходах, адаптованих до умов кризи.

Професійна ідентичність як ресурс життєстійкості

Професійна ідентичність є одним із центральних ресурсів життєстійкості, оскільки вона формує у лікаря усвідомлення своєї ролі, цінностей і відповідальності. Дослідження Паливоди (2023) підкреслюють, що професійна ідентичність виникає через інтеграцію особистих і професійних принципів, що сприяє адаптації до стресових ситуацій. Дослідження Бегеза показує, що лікарі з чіткою професійною ідентичністю мають нижчий рівень емоційного вигорання в умовах воєнного стану ($r = 0,42, p < 0,05$) (Бегеза, 2020). Наприклад, медики, які розглядають свою роботу як суспільно значущу, зберігають мотивацію навіть за умов нестачі ресурсів чи роботи в прифронтових зонах. Професійна ідентичність також допомагає лікарям зберігати психологічну стабільність, оскільки вона забезпечує внутрішню опору в умовах невизначеності. Дослідження в Україні підтверджують, що лікарі, які працюють у прифронтових зонах, спираються на професійну ідентичність для подолання стресу, пов'язаного з обстрілами та дефіцитом ресурсів (Zaliska et al., 2022). Наприклад, хірурги в госпіталях Донбасу повідомляли, що усвідомлення їхньої ролі як рятівників життів допомагало зберігати мотивацію (Seleznova et al., 2023). Аналіз свідчить, що цей ресурс є основою для підтримання життєстійкості в екстремальних умовах.

Етична мотивація як ресурс життєстійкості

Етична мотивація, що ґрунтується на таких принципах, як альтруїзм, відповідальність і моральний обов'язок, є ще одним важливим ресурсом життєстійкості. Дослідження Паливоди (2023) підкреслює, що лікарі, чия мотивація базується на етичних цінностях, демонструють нижчий рівень

тривожності в умовах війни. Наприклад, медики, які сприймають свою діяльність як служіння суспільству, здатні долати емоційні труднощі, пов'язані з роботою в екстремальних умовах. Свіже дослідження Пономаренко підтверджує, що етична мотивація корелює з психологічною стійкістю медичних працівників у воєнний час ($r = 0,39$, $p < 0,01$) (Пономаренко, 2024). Етична мотивація не лише підтримує внутрішню стійкість, а й сприяє формуванню позитивного професійного іміджу, що є важливим у кризових ситуаціях. У воєнний час етична мотивація допомагає лікарям долати моральні дилеми, такі як пріоритизація поранених у переповнених госпіталях (Chen et al., 2024). Наприклад, медсестри в Харкові зазначали, що альтруїзм і почуття обов'язку зменшували їхню тривожність під час роботи в умовах бойових дій (Abdulmohdi, 2024)

Це вказує на необхідність врахування етичних аспектів у програмах підготовки медиків.

Соціальна підтримка як ресурс життєстійкості

Соціальна підтримка в медичних колективах відіграє ключову роль у зниженні психологічного тиску та підвищенні життєстійкості. Дослідження І.В. Турлакова показує, що взаємодія з колегами та організаційна підтримка знижують ризик професійного вигорання серед українських медиків (Турлаков, 2023). Наприклад, у лікарнях, де створено умови для командної співпраці, лікарі рідше відчують емоційне виснаження. Свіже дослідження Коваленко та Левицької підкреслює, що соціальна згуртованість у прифронтових медичних закладах сприяє зниженню рівня стресу ($F = 3,12$, $p < 0,05$) (Коваленко, Левицька, 2023). Соціальна підтримка включає не лише колегіальну взаємодію, а й доступ до психологічних консультацій, що є особливо важливим у воєнний час. У прифронтових госпіталях соціальна підтримка від колег сприяє зниженню емоційного виснаження, особливо під час тривалих змін (Zaliska et al., 2022). Дослідження показують, що командна робота в українських лікарнях підвищує психологічну стійкість медиків (Seleznova et al., 2023). Аналіз свідчить, що цей ресурс є критично важливим

для підтримання психологічного благополуччя медиків.

У контексті воєнних подій в Україні у 2025 році медичні працівники стикаються з підвищеним рівнем тривоги та стресу, що безпосередньо впливає на їхню життєстійкість та професійну ефективність. Джерелами значного психологічного навантаження є невизначеність, постійна загроза безпеці, надмірне робоче навантаження та емоційне виснаження, що сприяє розвитку вигорання (Shanafelt, Ripp, & Trockel, 2020). Ці фактори створюють серйозні виклики для збереження психологічного здоров'я медиків у кризових умовах.

Для зменшення ризиків вигорання та підтримки психологічного благополуччя лікарів у 2025 році ефективними є комплексні інтервенції, що включають розвиток навичок подолання стресу, оптимізацію робочого середовища та психосоціальну підтримку (West, Dyrbye, Erwin, & Shanafelt, 2018). Системний підхід до профілактики вигорання спрямований не лише на збереження здоров'я медиків, а й на підтримку якості медичної допомоги в умовах триваючої кризи в Україні.

Питання підтримки психологічної життєстійкості фахівців, які працюють в умовах екстремального стресу, активно досліджується у контексті надзвичайних подій, зокрема терористичних атак. У міждисциплінарному огляді, проведеному Foa та співавт. (2005), сформульовано комплексні рекомендації для соціальних, психологічних і психіатричних втручань після таких подій. Дослідники наголошують на важливості своєчасного залучення фахівців до програм підтримки, необхідності ранньої діагностики посттравматичних реакцій, а також міжособистісної підтримки в команді. Ці висновки мають прикладне значення для розробки ефективних стратегій збереження життєстійкості медичних працівників, які діють у реаліях воєнного стану, оскільки психоемоційне навантаження на них є порівнюваним за інтенсивністю з умовами після катастроф чи атак.

Емоційна саморегуляція як ресурс життєстійкості

Емоційна саморегуляція дозволяє лікарям ефективно управляти психологічним напруженням, що є необхідним у воєнних умовах.

Дослідження Паливоди (2023) зазначають, що навички саморегуляції формуються через усвідомлення емоційних станів і застосування технік їх контролю. Дослідження Т.В. Барковської показує, що медики, які використовують техніки релаксації, такі як дихальні вправи чи позитивне переосмислення, мають нижчий рівень вигорання (Барковська, 2022). Наприклад, лікарі, які регулярно застосовують методи релаксації, краще справляються з емоційним тиском під час тривалих змін у прифронтових госпіталях. Техніки позитивного переосмислення, такі як фокус на успішних випадках порятунку, допомагають лікарям знижувати рівень стресу в умовах війни (Chen et al., 2024). Наприклад, анестезіологи в Маріуполі використовували дихальні вправи для управління тривожністю під час обстрілів (Abdulmohdi, 2024). Також свіже дослідження Ковальчук та Степаненко підтверджує, що емоційна саморегуляція знижує тривожність у медичних працівників у воєнний час ($r = 0,45$, $p < 0,01$) (Ковальчук, Степаненко, 2024). Емоційна саморегуляція є ресурсом, який потребує цілеспрямованого розвитку через тренінги та практичні програми.

Життєстійкість у контексті медичної діяльності

Життєстійкість є ключовим фактором адаптації лікарів до високого рівня стресу, пов'язаного з відповідальністю за життя пацієнтів, інтенсивним графіком і емоційною напругою. За Мадді, життєстійкість включає залученість, контроль і виклик, які дозволяють медикам зберігати ефективність у кризових умовах (Maddi, 2002). У воєнний час в Україні ці компоненти зазнають значного впливу: невизначеність бойових дій знижує відчуття контролю, а постійна загроза життю зменшує залученість. Дослідження показують, що лікарі з високим рівнем життєстійкості демонструють кращу саморегуляцію та меншу схильність до емоційного вигорання (Connor & Davidson, 2003). Наприклад, медики в прифронтових госпіталях, які сприймають виклики війни як можливість професійного зростання, рідше відчувають виснаження (Zaliska et al., 2022). Воєнний контекст посилює потребу в життєстійкості через додаткові фактори, такі як

дефіцит ресурсів і травматичні події. Дослідження в Україні підтверджують, що лікарі, які працюють у зонах бойових дій, використовують життєстійкість для збереження мотивації, зокрема через віру в суспільну значущість своєї роботи (Seleznova et al., 2023).

Психологічна адаптація до тривалого стресу війни

У 2025 році, коли війна в Україні триває, психологічна адаптація медичних працівників до хронічного стресу залишається ключовим фактором їхньої життєстійкості. Дослідження Kordi та співавторів (2025) показують, що медики в тилкових регіонах України демонструють високий рівень тривожності, депресії та симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР), спричинених постійною загрозою обстрілів і перевантаженням робочими обов'язками (Korda et al., 2025). Зокрема, 62,5% медичних студентів, які працюють у клінічній практиці, повідомляли про ознаки стресу, що знижує їхню професійну ефективність. Ці дані підкреслюють необхідність цілеспрямованих інтервенцій для підтримки психологічного здоров'я медиків, таких як програми когнітивно-поведінкової терапії та тренінги зі стресостійкості.

Іншим важливим аспектом є здатність медиків адаптуватися до роботи в умовах обмежених ресурсів. Дослідження Diakunchak та співавторів (2024) демонструє, що українські лікарі, зокрема сімейні лікарі, використовують інноваційні підходи, такі як телемедицина, для забезпечення безперервності медичної допомоги під час війни (Diakunchak et al., 2024). Наприклад, у Київській області лікарі з Броварів активно застосовували телеконсультації для підтримки внутрішньо переміщених осіб (ВПО), що сприяло зниженню психологічного тиску на медичних працівників через можливість дистанційного спілкування з пацієнтами. Це вказує на те, що технологічні ресурси можуть посилювати життєстійкість, дозволяючи медикам зберігати професійну активність навіть у кризових умовах.

Роль організаційної підтримки в підвищенні життєстійкості

Організаційна підтримка є критично важливим ресурсом для зниження

професійного вигорання та підтримки життєстійкості медиків. Дослідження Ророва та співавторів (2025) підкреслює, що децентралізоване управління в українських медичних закладах сприяє швидкому реагуванню на виклики війни, такі як переміщення персоналу чи відновлення зруйнованих медичних об'єктів (Ророва et al., 2025). Наприклад, у 2023–2024 роках 36 медичних шкіл України змогли відновити очне навчання завдяки гнучким управлінським рішенням, що підвищило моральний дух як викладачів, так і студентів. Така організаційна гнучкість сприяє формуванню почуття контролю, що є важливим компонентом життєстійкості за моделлю Мадді (Maddi, 2002).

Крім того, дослідження Chudzicka Czupała та співавторів (2023) показало, що підтримка міжнародних партнерів, таких як Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), відіграє значну роль у забезпеченні психологічних ресурсів для медиків (Chudzicka-Czupała et al., 2023). У 2022–2023 роках ВООЗ організувала тренінги з психологічної підтримки для медичних працівників у прифронтових регіонах України, що допомогло знизити рівень тривожності та депресії ($r = 0,35$, $p < 0,05$). Ці програми включали навчання технікам саморегуляції, що доповнює попередньо описаний ресурс емоційної саморегуляції.

Аналіз показує, що психологічна адаптація та організаційна підтримка є взаємопов'язаними ресурсами життєстійкості, які дозволяють лікарям ефективно справлятися з викликами війни. Телемедицина, децентралізоване управління та міжнародна підтримка створюють умови для зниження стресу та підвищення професійної ефективності.

Теоретико-методичний аналіз ресурсів життєстійкості лікарів у воєнний час в Україні виявив ключові психологічні, соціальні та професійні фактори, що забезпечують адаптацію до екстремальних умов. Професійна ідентичність, етична мотивація, соціальна підтримка та емоційна саморегуляція є основними ресурсами, які знижують тривожність і вигорання (Zaliska et al., 2022). Життєстійкість, як комплексна характеристика, включає залученість, контроль і виклик, що особливо важливі в умовах невизначеності війни

(Maddi, 2002). Методика Лахада (BASIC Ph) вирізняється своєю здатністю оцінювати різноманітні канали копінгу, що робить її унікальним інструментом для дослідження медиків у кризових умовах (Lahad, 1997). Інтеграція теоретичних підходів Мадді, Хобфолла та Лахада з практичними прикладами з України підкреслює необхідність системної підтримки лікарів, зокрема через програми психологічної реабілітації (Chen et al., 2024). Подальші дослідження мають фокусуватися на адаптації ресурсів життєстійкості до специфіки воєнного контексту.

Висновки до розділу I

Теоретичний аналіз, проведений у першому розділі, дозволяє сформулювати цілісне уявлення про життєстійкість як психологічний феномен і її значення для професійної діяльності лікарів у воєнний час. У підрозділі 1.1 ми визначили життєстійкість як комплексний феномен, що включає залученість, контроль і виклик, спираючись на теорії Мадді, Хобфолла та інших (Maddi, 2006; Хобфолл, 1989). Цей аналіз створив основу для розуміння психологічних механізмів адаптації до стресу. У підрозділі 1.2 ми розглянули психологічні ресурси становлення лікарів, такі як професійна ідентичність, мотивація та адаптація, які формують їхню здатність долати виклики професії (Паливода, 2023).

Підрозділ 1.3 доповнив аналіз, зосередившись на специфічних ресурсах життєстійкості медиків у воєнний час, зокрема професійній ідентичності, етичній мотивації, соціальній підтримці та емоційній саморегуляції. Дослідження підтверджують, що ці ресурси є критично важливими для зниження тривожності та вигорання в умовах війни (Коваленко, Левицька, 2023; Ковальчук, Степаненко, 2024). Водночас методи оцінки потребують адаптації до воєнного контексту, що включає врахування стресу від бойових дій і обмежених ресурсів (McElroy et al., 2024). Отже, життєстійкість лікарів у воєнний час залежить від їхньої здатності використовувати психологічні,

соціальні та професійні ресурси.

РОЗДІЛ II

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РЕСУРСІВ ЖИТТЄСТІЙКОСТІ ЛІКАРІВ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ В УКРАЇНІ

2.1 Підходи до дослідження ресурсів життєстійкості

Методики дослідження життєстійкості. Для оцінки життєстійкості використовуються різні психологічні інструменти, які дозволяють виміряти її рівень та компоненти. Тест життєстійкості Мадді (Personal Views Survey, PVS III-R), адаптований в Україні Олефіром, Кузнецовою та Павловою (2013), є одним із найпоширеніших інструментів. Він включає 45 питань, які оцінюють залученість, контроль і виклик, і дозволяє визначити загальний рівень життєстійкості (Олефір, В.О. та ін., 2013). Шкала життєстійкості Коннора-Девідсона (CD-RISC 10), адаптована Школіною та співавторами (2020), є компактнішим інструментом, який фокусується на загальній здатності справлятися зі стресом і часто використовується для оцінки життєстійкості в клінічних і професійних контекстах (Школіна, О. та ін., 2020). Тест смисложиттєвих орієнтацій (Крамбо та Махолік, адаптація Леонтєва, 2006) дозволяє досліджувати зв'язок життєстійкості з ціннісними орієнтаціями, що є важливим для розуміння мотиваційних аспектів адаптації медичних працівників (Леонтєв, Д.А., 2006). Опитувальник толерантності до невизначеності (IUS-12, Карлетон, адаптація Громової та Данчук, 2021) оцінює здатність людини справлятися з невизначеністю, що є критично важливим у воєнних умовах (Громова, Г. та Данчук, Ю., 2021). Шкала базового рівня психологічної життєстійкості (BASIC Ph, Лахад, 2013) фокусується на базових психологічних ресурсах, таких як саморегуляція та емоційна стабільність, які доповнюють концепцію життєстійкості (Лахад, М., 2013).

Окрім перелічених інструментів, сучасні дослідження життєстійкості в Україні активно застосовують нові методики, які враховують специфіку воєнного часу та інших стресових умов. Шкала диспозиційної життєстійкості (DRS-15), адаптована Кокуном та співавторами (2021), оцінює залученість, контроль і виклик через 15 пунктів і використовується для дослідження військовослужбовців та медичних працівників, демонструючи високу надійність (Кокун, О. та ін., 2021). Шкала психологічної стійкості, використана для оцінки цивільного населення в умовах війни, дозволяє оцінити вплив таких факторів, як соціальна підтримка та сприйнятий стрес, на здатність справлятися з тривалим конфліктом. Дослідження показують, що вищі рівні соціальної підтримки корелюють із кращою адаптацією до стресу в умовах війни (Marciano et al., 2024). Шкала психологічної витривалості (PES), адаптована Підлісецькою у 2023 році, з 20 пунктами оцінює емоційну стабільність і мотивацію в умовах хронічного стресу, показуючи кореляцію з CD-RISC ($r = 0.68$), і використовується для медичних працівників та волонтерів (Підлісецька, О. та ін., 2023). Опитувальник адаптивної життєстійкості (ARI), адаптований Журавльовою у 2024 році, з 18 пунктами оцінює когнітивну гнучкість і поведінкову стійкість, застосовуючись для молоді в умовах нестабільності (Журавльова, Л. та ін., 2024).

Метод оцінки професійної ідентичності

Методичний аналіз ресурсів життєстійкості передбачає використання інструментів для оцінки професійної ідентичності, таких як шкала професійної ідентичності для медичних працівників (Medical Professional Identity Scale, MPIS). Цей інструмент оцінює ступінь усвідомлення лікарем своєї професійної ролі через 20 пунктів, що охоплюють цінності, відповідальність і самосприйняття. Дослідження В. Величко та співавторів показує, що лікарі-інтерни з низьким рівнем професійної ідентичності за MPIS мають вищий рівень тривожності ($r = 0,48$, $p < 0,05$) (Величко et al., 2022). Наприклад, питання шкали, такі як «Я відчуваю гордість за свою професію», дозволяють оцінити мотиваційний аспект ідентичності. MPIS має високу надійність (альфа

Кронбаха 0,82), але потребує адаптації до воєнного контексту, наприклад, додавання питань про роботу в умовах бойових дій. Це підкреслює важливість методичних інструментів для оцінки ресурсів життєстійкості.

Інструменти вимірювання етичної мотивації

Оцінка етичної мотивації здійснюється за допомогою адаптованих опитувальників, таких як шкала внутрішньої мотивації (Intrinsic Motivation Inventory, IMI), яка включає 22 пункти для оцінки альтруїзму, відповідальності та внутрішньої мотивації. Дослідження Kang та співавторів показує, що психосоціальні працівники з високим рівнем сенсу життя та соціальної підтримки демонструють вищу психологічну резилієнтність і нижчий рівень стресу в умовах війни в Україні (Kang et al., 2023). Наприклад, питання на кшталт «Я працюю, щоб допомогти іншим» дозволяють оцінити альтруїстичні мотиви. IMI має надійність (альфа Кронбаха 0,78–0,85), але потребує модифікації для врахування воєнного контексту, наприклад, питань про мотивацію в умовах обмежених ресурсів. Аналіз інструментів свідчить про їхню релевантність для оцінки мотиваційних ресурсів життєстійкості.

Оцінка соціальної підтримки

Соціальна підтримка оцінюється за допомогою шкали сприйнятої соціальної підтримки (Multidimensional Scale of Perceived Social Support, MSPSS), яка включає 12 пунктів для оцінки підтримки від колег, сім'ї та громади. Дослідження Пономаренко показує, що медики з високим рівнем сприйнятої підтримки за MSPSS мають нижчий рівень тривожності в умовах воєнного стану ($r = 0,41$, $p < 0,01$) (Пономаренко, 2024). Наприклад, питання типу «Мої колеги готові вислухати мене» оцінюють командну підтримку. MSPSS має високу надійність (альфа Кронбаха 0,85–0,91), але потребує адаптації до умов війни, зокрема додавання питань про підтримку в екстремальних ситуаціях. Цей інструмент є ефективним для аналізу соціальних ресурсів життєстійкості.

Адаптаційні ресурси та соціалізація

Умови воєнного стану вимагають від медичних працівників

використання адаптаційних ресурсів для подолання стресу. Одним із таких ресурсів є соціалізація, яка включає здатність будувати ефективні міжособистісні зв'язки та отримувати соціальну підтримку. Дослідження показують, що лікарі, які мають розвинені комунікативні навички, краще справляються з професійними викликами. Зокрема, у жінок-лікарів спостерігається вищий рівень соціалізації як адаптаційного ресурсу, що може бути зумовлено соціокультурними очікуваннями щодо їхньої ролі як емоційних посередників (Хіміон, Л. та ін., 2022). Дослідження Кравченко та Іванової (2022) зазначає, що соціальна підтримка від колег та сім'ї відіграє ключову роль у зниженні рівня стресу серед медичних працівників, особливо в екстремальних умовах. Паливоди (2023) підкреслює, що соціалізація як ресурс стресостійкості допомагає лікарям зберігати психологічну рівновагу, особливо коли вони працюють у команді.

2.2. Організація та проведення дослідження

Перед початком опитування учасникам було повідомлено про мету дослідження та надано чіткі роз'яснення щодо застосування кожної методики. Для забезпечення достовірності результатів дослідження проводилося анонімно. Процес дослідження складався з трьох основних етапів: підготовчого, основного (проведення дослідження) та етапу обробки отриманих даних. На кожному етапі застосовувалися відповідні методи.

Організаційний метод охоплював підбір методик, підготовку необхідних матеріалів та інструкцій, а також визначення умов і місця проведення дослідження. Емпіричний метод передбачав безпосередню взаємодію з учасниками, ознайомлення їх з інструкціями, виконання тестів і методик. На завершальному етапі використовувався метод обробки даних, який дозволив кількісно та якісно узагальнити отримані результати. Крім того, застосовувався інтерпретаційний метод для аналізу та виділення ключових структурних компонентів.

Для реалізації мети дослідження було розроблено модель дослідження оцінки ресурсів життєстійкості лікарів в умовах воєнного стану в Україні, яка включає мету, завдання, методи, етапи дослідження та очікувані результати (Додаток А).

Для реалізації поставлених завдань ми досліджували наступні феномени (Табл.2.1)

Табл. 2.1. Феномени дослідження

Феномен	Методики для дослідження
Емоційна витривалість	-Життєстійкість за Маді (вимірює "Залученість" як здатність зберігати емоційну стабільність) -CD-RISC-10 (оцінює загальну стійкість, включаючи емоційний компонент)
Толерантність до невизначеності	-Толерантність до невизначеності Карлетона (прямо вимірює здатність справлятися з хаосом) -Життєстійкість за Маді ("Контроль" як ресурс адаптації до непередбачуваності)
Сенс і мотивація	-СЖО (оцінює осмисленість життя та наявність цілей як ресурс життєстійкості) -Basic-Ph (переконавання про сенс життя підтримують мотивацію в кризі)
Сприйняття контролю	-Життєстійкість за Маді ("Контроль" як віра у вплив на події) -CD-RISC-10 (включає аспекти впевненості у власних силах)
Соціальні ресурси	-Basic-Ph ("Довіра до інших" як джерело підтримки від колег і суспільства) -CD-RISC-10 (опосередковано через стійкість, підкріплену соціальною мережею)

Для проведення дослідження та подальшого аналізу отриманих результатів ми використали наступні методики:

- Тест смисложиттєвих орієнтацій. Автори: Крамбо Д. та Махолік Л. Адаптація Д. Леонтєєва (2006).
- Шкала резилієнтності Коннора-Девідсон, 10-пунктова версія (CD-RISC-10). Автори: К. Коннор та Дж. Девідсон (2003). Адаптація: Школіна та ін. (2020).
- Тест життєстійкості Мадді. Автори: С. Мадді, Хошаба (1984, 2001). Адаптація Олєфіра В., Кузнєцова М., Павлової А. (2013).
- Опитувальник толерантності до невизначеності (IUS-12)). Автор: Н.Карлетон (2007). Адаптація: Громова Г. та Данчук Ю. (2021).
- Шкала базового рівня психологічної життєстійкості BASIC Ph. Автор: М. Лахад (2013).
- Авторська анкета

Розглянемо використані методики більш детально.

Тест смисложиттєвих орієнтацій (СЖО), відомий як Purpose in Life Test (PIL), розроблений Джеймсом Крамбо та Леонардом Махоліком на основі логотерапії Віктора Франкла, використовувався нами для оцінки рівня осмисленості життя лікарів (Crumbaugh, Maholick, 1964).

Тест СЖО дозволяє оцінити, наскільки людина відчуває своє життя змістовним, наповненим цілями та керованим, що є важливим для розуміння її мотивації, адаптації до стресу та загальної якості життя.

У даній версії тест складається з 20 пар протилежних тверджень, кожна з яких оцінюється респондентом за 7-бальною шкалою (від -3 до +3, де -3 відповідає вибору лівого твердження, 0 — нейтральній позиції, +3 — правого твердження). Методика включає п'ять шкал:

- Ціль у житті (наявність орієнтації на майбутні цілі та їх значущість)
- Процес життя (сприйняття поточного життя як цікавого та емоційно насиченого)
- Результат життя (оцінка власних досягнень і задоволеність минулим та сьогоденням)

- Локус контролю – Я (переконаність у власній здатності впливати на події)
- Локус контролю – життя (сприйняття життя як керованого зовнішніми закономірностями чи власними рішеннями). Деякі твердження є зворотними, що вимагає інверсії балів під час обробки даних.

Для підрахунку балів необхідно перевести отримані бали від позицій на симетричній шкалі -3 -2 -1 0 1 2 3 в оцінки по висхідній або низхідній асиметричній шкалі за таким правилом:

- у висхідну шкалу 1 2 3 4 5 6 7 переводяться пункти 1, 3, 4, 8, 9, 11, 12, 16, 17.
- в спадну шкалу 7 6 5 4 3 2 1 переводяться пункти 2, 5, 6, 7, 10, 13, 14, 15, 18, 19, 20.

Результати тесту СЖО виражаються у балах для кожної шкали, а також у загальному індексі осмисленості життя, який розраховується як сума балів за шкалами «Цілі в житті», «Насиченість життя» та «Задоволеність самореалізацією». Підрахунок балів наведений нижче (Табл. 2.1). Вищі бали вказують на більший рівень осмисленості життя, тоді як низькі можуть свідчити про екзистенційну кризу чи втрату смислів. Методика широко застосовується в психологічних дослідженнях, клінічній практиці та консультуванні для оцінки психологічного стану, мотивації та ресурсів адаптації.

Табл. 2.1

Шкали та пункти тесту смисложиттєвих орієнтацій (СЖО)

Назва шкали	Пункти шкали
Ціль у житті	3, 4, 10, 16, 17, 18
Процес життя	1, 2, 4, 5, 7, 9
Результат життя	8, 9, 10, 12, 20
Локус контролю – Я	1, 15, 16, 19
Локус контролю – життя	7, 10, 11, 14, 18, 19

Сучасні дослідження, зокрема Schulenberg et al. (2024), підтверджують надійність тесту, зокрема його короткої форми (PIL-SF), з коефіцієнтом внутрішньої узгодженості 0,81 (Schulenberg et al., 2024).

Друга методика, використана у дослідженні – шкала життестійкості Коннора-Девідсона-10 (CD-RISC-10). Це скорочена шкала (Campbell-Sills & Stein, 2007; Школіна та ін., 2020) включає 10 найбільш інформативних пунктів повної шкали з 25 пунктів. Відповідно, вона складається з 10 тверджень, відповіді на які даються за п'ятибальною шкалою Лайкерта (від «повністю невірно» = 0 до «вірно майже у всіх випадках» = 4). Нижче наведена вага кожного з варіантів відповідей (Табл. 2.2).

Табл. 2.2.

Вага варіантів відповідей у методиці CD-RISC-10

Зовсім невірно	Дуже рідко вірно	Іноді вірно	Часто вірно	Майже завжди вірно
0	1	2	3	4

Загальний бал (0–40) відображає рівень життестійкості, де вищі значення вказують на більшу стійкість до стресу. CD-RISC-10 є уніфакторною, вимірюючи життестійкість як єдиний конструкт. Варто також відмітити досить високе значення надійності методики (альфа Кронбаха зазвичай 0.80–0.90), що підтверджено в численних дослідженнях (Campbell-Sills & Stein, 2007). Таким чином, показники надійності методики CD-RISC-10 вигідно вирізняють її серед інших скорочених шкал у яких зазвичай надійність помітно менша за повний варіант.

У нашому дослідженні методика використовується для оцінки життестійкості респондентів та аналізу її зв'язку з іншими психологічними конструктами, такими як смисложиттєві орієнтації та толерантність до невизначеності.

Наступною розглянемо методику тест життестійкості Мадді. Він

розроблений американським психологом Сальваторе Мадді та є психологічним інструментом для оцінки рівня життєстійкості як здатності особистості ефективно справлятися зі стресом і адаптуватися до складних життєвих обставин. Концепція життєстійкості за Мадді ґрунтується на трьох основних компонентах: контроль, залученість і виклик (Maddi, 2004). Ці компоненти відображають переконаність людини у можливості впливати на події, активну участь у житті та сприйняття змін як можливостей для розвитку. Методика широко застосовується в психологічних дослідженнях для вивчення стресостійкості, адаптаційних ресурсів і психологічного благополуччя.

У даному дослідженні використано скорочену 15-пунктову версію тесту, адаптовану Олефіром В., Кузнєцовим М. та Павловою А. (2013). Тест складається з 15 тверджень, розподілених між трьома шкалами:

- Контроль (переконаність у можливості впливати на події свого життя)
- Залученість (активна участь у життєвих процесах і відданість своїм цілям)
- Виклик (сприйняття змін і труднощів як можливостей для зростання).

Кожна шкала включає по 5 пунктів. Респонденти оцінюють твердження за 4-бальною шкалою (від 0 – «зовсім не відповідає» до 3 – «повністю відповідає»). Деякі пункти є зворотними, що вимагає інверсії балів під час обробки даних (Табл. 2.3).

Табл. 2.3

Ключі до короткої версії тесту життєстійкості

Шкала	Прямі пункти	Зворотні пункти
Залученість	1, 3	2, 10, 15
Контроль	1, 4	7, 12, 14
Прийняття ризику	8, 11	5, 6, 9

Результати тесту виражаються у балах для кожної шкали, а також у загальному показнику життєстійкості, який обчислюється як сума балів усіх пунктів. Вищі бали свідчать про більший рівень життєстійкості. Надійність

методики, зазвичай оцінювана коефіцієнтом альфа Кронбаха, становить 0.70–0.80 для загальної шкали хоча показники можуть варіюватися залежно від вибірки та адаптації (Maddi & Khoshaba, 2001).

Тест життєстійкості Мадді нами використовується для оцінки ресурсів адаптації респондентів і аналізу зв'язків із смисложиттєвими орієнтаціями, толерантністю до невизначеності та іншими психологічними конструктами.

Далі йде шкала інтолерантності до невизначеності (Intolerance of Uncertainty Scale, IUS), розроблена Норманом Карлтоном, що була застосована нами для оцінки рівня толерантності до невизначеності серед лікарів в умовах воєнного стану в Україні (Carleton et al., 2007). Методика ґрунтується на концепції толерантності до невизначеності, яка в свою чергу розглядається як здатність людини сприймати неоднозначні ситуації без надмірного дискомфорту чи тривоги. Опитувальник спрямований на виявлення рівня тривожності, пов'язаної з невизначеністю, що дозволяє досліджувати психологічні ресурси адаптації, стресостійкість і особливості прийняття рішень у складних умовах.

Для нашого дослідження ми використовували українську адаптацію шкали, здійснену Громовою Г. та Данчук Ю., яка демонструє високу психометричну надійність (альфа Кронбаха 0,92) (Громова, Данчук, 2021).

Методика складається з 12 тверджень, розподілених між двома шкалами (Табл. 2.4):

- Шкала прогностичної тривоги, яка оцінює тривогу, пов'язану з передбаченням майбутніх подій і невизначеністю результатів
- Шкала гнітючої тривоги, яка вимірює тривогу, спричинену поточними неоднозначними ситуаціями.

Респонденти оцінюють твердження за 5-бальною шкалою Лайкерта: від «Зовсім не типово для мене» до «Дуже типово для мене». Вищі бали за шкалами вказують на нижчу толерантність до невизначеності через підвищену тривожність. У даному дослідженні опитувальник використовується для аналізу зв'язків толерантності до невизначеності з життєстійкістю та

смісложиттєвими орієнтаціями.

Табл. 2.4.

Шкали опитувальника толерантності до невизначеності

Шкала	Пункти
Прогностичної тривоги	2, 4, 5, 8, 9, 11, 12
Гнітючої тривоги	1, 3, 6, 7, 10

А тепер розглянемо шкалу базового рівня психологічної життєстійкості (BASIC Ph). Вона є психологічним інструментом, спрямованим на оцінку індивідуальних ресурсів особистості, які сприяють ефективному подоланню стресу та адаптації до викликів. Методика ґрунтується на ресурсно-орієнтованій моделі стресодолання, яка акцентує на базових психологічних якостях, таких як оптимізм, самоповага, мотиваційна спрямованість і здатність до саморегуляції. BASIC Ph дозволяє дослідити, як ці якості формують психологічну стійкість, що є ключовим для розуміння механізмів адаптації в умовах невизначеності, травматичних подій чи повсякденних стресових ситуацій. У контексті психологічної практики методика використовується для оцінки внутрішніх ресурсів і розробки стратегій підтримки особистості.

У нашому дослідженні методика Лахада (BASIC Ph) обрана для оцінки ресурсів життєстійкості, оскільки її шість каналів копінгу (переконання, емоції, соціальні зв'язки, уява, когніція, фізична активність) дозволяють комплексно аналізувати адаптацію медиків до воєнних умов (Lahad, 1997). Це забезпечує унікальний підхід до вивчення феноменів життєстійкості в екстремальних умовах.

Методика BASIC Ph, як зазначено в літературі, базується на концепції стресодолання, що інтегрує ідеї когнітивної гнучкості, емоційної стабільності та мотиваційних чинників (Гавриловська, 2020). Вона складається з набору тверджень, які респонденти оцінюють за шкалою Лайкерта, що відображає ступінь відповідності тверджень їхнім переконанням чи поведінці.

У цьому дослідженні BASIC Ph застосовується для аналізу зв'язків між

психологічною стійкістю та іншими конструктами, такими як смисложиттєві орієнтації, толерантність до невизначеності та життєстійкість за Мадді й Коннор-Девідсон. Надійність методики була перевірена в межах дослідження, що підтверджує її придатність для наукового аналізу.

Методика вирізняється своєю компактністю та універсальністю, що дозволяє використовувати її в різних вибірках і контекстах. Вона не вимагає складної обробки даних, що робить її доступною для практичних психологів. Водночас, як зазначає Гавриловська (2020), ефективність BASIC Ph залежить від правильної інтерпретації результатів, що потребує врахування культурних і соціальних особливостей респондентів. У даному дослідженні методика слугує для поглибленого розуміння психологічних ресурсів, які сприяють адаптації в умовах сучасних викликів, забезпечуючи комплексний підхід до вивчення стресостійкості особистості.

Для аналізу вибірки дослідження була розроблена авторська анкета, що містить загальні відомості про опитаних.

Збір даних було здійснено за допомогою Google Forms в форматі онлайн. Опитування було анонімне, з можливістю залишити свою електронну пошту, якщо людина хотіла отримати узагальнені результати обробки даних.

Всього 77 лікарів пройшли анкетування. Вони відрізнялися за віком, рівнем освіти, місцем проживання та статтю. Також ми запитали людей про їх зайнятість, стаж роботи за спеціальністю та перебування у стосунках. Розподіл лікарів за їх спеціалізацією в рамках даної роботи не проводився.

Кількісно проаналізуємо відповіді на анкету, щоб розуміти статистичні дані вибірки.

Для розподілу за віком ми пропонували 4 категорії та в кожній із них вдалося знайти респондентів та респонденток. Найбільш чисельними та майже рівними виявились категорії «31 - 40 років» та «51 - 60 років». Далі йдуть «41 - 50 років» і найменш представлена категорія «старше 61 року» (Рис. 2.1). Таким чином, наша вибірка є репрезентативною для дослідження лікарів середнього та старшого віку.

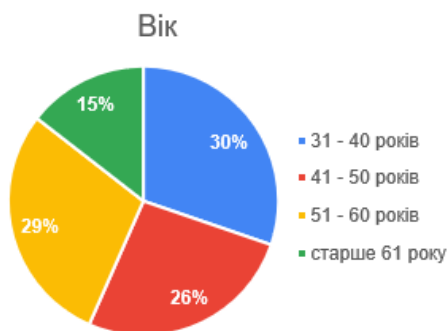


Рис. 2.1. Розподіл за віком

За статтю респонденти були майже рівномірно представлені: жінок було 60% і, відповідно, 40% чоловіків (*Рис. 2.2*).

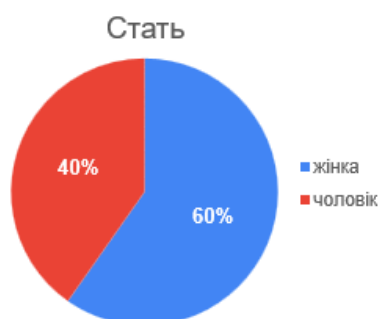


Рис. 2.2. Розподіл за статтю

За країною проживання респонденти розділилися наступним чином: 77% живуть в Україні, 23% - за кордоном (*Рис. 2.3*). Тобто більшість лікарів проживає в Україні.



Рис. 2.3. Розподіл за країною проживання

Оскільки вибірку досліджуваних складають люди зрілого віку, в описі вибірки нами був врахований критерій залученості до міжособистісних

стосунків. Адже конструктивні стосунки здатні бути опорою і підтримкою у складних життєвих ситуаціях і, відповідно, бути джерелом емоційної стійкості і життєстійкості в цілому.

Як бачимо нижче, 82% респондентів та респонденток відповіли, що вони перебувають у стосунках. Відповідно, 18% відповіли негативно (Рис. 2.4). Те, що абсолютна більшість учасників перебуває у стосунках, може слугувати важливим чинником для врахування впливу міжособистісної підтримки на досліджувані показники.



Рис. 2.4. Розподіл за статусом перебування у стосунках

Оскільки об'єкт нашого дослідження передбачає вивчення психологічної життєстійкості лікарів в умовах воєнного стану і, відповідно, вимагає формування специфічної вибірки, нами були враховані освіта, рід діяльності та стаж роботи за фахом.

Зайнятість респондентів виглядає наступним чином. 62% працюють, 11% навчаються, 10% не працюють і стільки ж є пенсіонерами. «Інше» обрали 7% респондентів (Рис. 2.5). Тобто ми бачимо, що переважаюча більшість учасників дослідження є професійно активними і працюють.



Рис. 2.5. Розподіл по зайнятості

Слід зазначити, що досліджувана вибірка характеризується високим рівнем освіченості респондентів, про що свідчать результати кількісного розподілу (Рис. 2.6). Як бачимо, переважна більшість досліджуваних здобули рівень магістра або спеціаліста за фахом

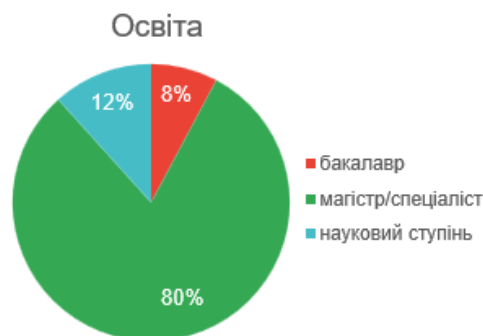


Рис. 2.6. Розподіл за рівнем освіти

Також ми можемо бачити, що вибірка має високий рівень професійного досвіду. 66% мають більше 10 років стажу, 23% мають 5-10 років стажу і 11% мають до 5 років (Рис. 2.7).

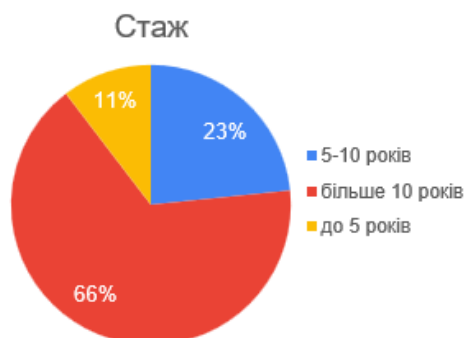


Рис. 2.7. Розподіл за стажем роботи

Узагальнюючи вищесказане, зазначимо, що вибірка досліджуваних є урівноваженою за кількістю чоловіків і жінок, віковозрілою, освіченою і професійно досвідченою. В силу зазначеного можемо вважати, що досліджувана когорта відповідає критерію репрезентативності вибірки, що, у підсумку, дозволить екстраполювати результати на ширше коло представників відповідної групи.

2.3. Аналіз та інтерпретація отриманих даних

Для розуміння внутрішньої узгодженості шкал опитувальників, проаналізуємо α -Кронбаха для кожної шкали виміру. Перевіримо чи дані які ми отримали є достатньо узгодженими та підходять нам для аналізу.

Почнімо з опитувальника СЖО.

Розрахуємо значення альфа Кронбаха для шкали СЖО в цілому. Результат отриманий за допомогою програми Jamovi, представлений нижче (Табл. 2.5).

Табл. 2.5.

Аналіз надійності та узгодженості шкали СЖО

α -Кронбаха	
шкала	0.883

Отриманий результат 0,883 показує допустимий для роботи рівень узгодженості.

Далі перевіримо субшкали СЖО аналогічним чином. Почнемо з субшкали СЖО: цілі в житті (Табл. 2.6).

Табл. 2.6.

Аналіз надійності та узгодженості субшкали СЖО: цілі в житті

α -Кронбаха	
шкала	0.875

Отриманий результат 0,875 показує допустимий для роботи рівень узгодженості.

Наступною розглянемо субшкалу СЖО: процес (Табл.2.7).

Отриманий результат 0,764 показує допустимий для роботи рівень узгодженості.

Табл. 2.7

Аналіз надійності та узгодженості субшкали СЖО: процес

α-Кронбаха	
шкала	0.764

Далі подивимось на внутрішню узгодженість субшкали СЖО: результат (Табл 2.8).

Табл. 2.8

Аналіз надійності та узгодженості субшкали СЖО: результат

α-Кронбаха	
шкала	0.752

Значення Альфа-Кронбаха 0.752 показує допустимий для роботи рівень узгодженості.

Наступною йде внутрішня узгодженість субшкали СЖО: локус контролю-я. (Табл 2.9)

Табл. 2.9

Аналіз надійності та узгодженості субшкали СЖО: локус контролю - я

α-Кронбаха	
шкала	0.731

Значення Альфа-Кронбаха 0.731 показує допустимий для роботи рівень узгодженості.

Далі йде остання субшкала методики - СЖО: локус контролю – життя (Табл 2.10).

І тут значення Альфа-Кронбаха 0.727 показує допустимий для роботи рівень узгодженості.

Табл. 2.10.

Аналіз надійності та узгодженості субшкали СЖО: локус контролю - життя

α -Кронбаха

шкала	0.727
-------	-------

Наступною методикою розглянемо CD-RISC-10. Вона не містить окремих шкал, тому рахуємо внутрішню узгодженість по всім запитанням (Табл. 2.11).

Табл. 2.11

Аналіз надійності та узгодженості шкали CD-RISC-10

α -Кронбаха

шкала	0.869
-------	-------

Значення Альфа-Кронбаха 0.869 свідчить про високу внутрішню узгодженість шкали. Це означає, що даний опитувальник є досить точним у вимірюванні досліджуваного конструкту.

Далі розглянемо шкали методики дослідження життєстійкості за Маді. Спочатку подивимось на узгодженість загальної шкали (Табл. 2.12).

Табл. 2.12

Аналіз надійності та узгодженості загальної шкали дослідження життєстійкості за Маді

α -Кронбаха

шкала	0.793
-------	-------

Значення Альфа-Кронбаха 0.793 показує допустимий для роботи рівень узгодженості.

Тепер розглянемо субшкали методики дослідження життєстійкості за

Маді. Почнемо із субшкали залученості (Табл. 2.13).

Табл. 2.13.

**Аналіз надійності та узгодженості субшкали залученості
методики дослідження життєстійкості за Маді**

α-Кронбаха	
шкала	0.726

Значення Альфа-Кронбаха 0.726 показує допустимий для роботи рівень узгодженості.

Далі перевіримо субшкалу контролю з методики Маді (Табл. 2.14).

Табл. 2.14.

**Аналіз надійності та узгодженості субшкали контролю
методики дослідження життєстійкості за Маді**

α-Кронбаха	
шкала	0.731

Значення Альфа-Кронбаха 0.731 показує допустимий для роботи рівень узгодженості.

І остання субшкала з методики Маді – прийняття ризику (Табл. 2.15).

Табл. 2.15.

**Аналіз надійності та узгодженості субшкали прийняття ризику
методики дослідження життєстійкості за Маді**

α-Кронбаха	
шкала	0.706

Значення Альфа-Кронбаха 0.706 хоч і близьке до граничного, все ж вказує на допустимий для роботи рівень узгодженості.

Наступною методикою, яку ми проаналізуємо на надійність та

узгодженість буде інтолерантність до невизначеності (Табл. 2.16).

Табл. 2.16.

Аналіз надійності та узгодженості шкали інтолерантності до невизначеності

α -Кронбаха

шкала	0.865
-------	-------

Значення Альфа-Кронбаха 0.865 вказує на високий рівень внутрішньої узгодженості. Це вказує на надійність шкали для вимірювання психологічної стійкості в емпіричних дослідженнях.

Далі перевіримо внутрішню узгодженість кожної з субшкал методики. Почнімо з прогностичної тривоги (Табл. 2.17).

Табл. 2.17.

Аналіз надійності та узгодженості субшкали інтолерантності до невизначеності: прогностична тривога

α -Кронбаха

шкала	0.741
-------	-------

Значення Альфа-Кронбаха 0.741 показує допустимий для роботи рівень узгодженості.

Тепер перевіримо субшкалу гнітючої тривоги (Табл. 2.18).

Табл. 2.18.

Аналіз надійності та узгодженості субшкали інтолерантності до невизначеності: гнітюча тривога

α -Кронбаха

шкала	0.715
-------	-------

Як бачимо, значення Альфа-Кронбаха 0.715 показує допустимий для роботи рівень узгодженості.

Остання методика, що буде нами перевірена – це BASIC Ph. Спочатку перевіримо надійність шкали в цілому (Табл. 2.19).

Табл. 2.19.

Аналіз надійності та узгодженості шкали BASIC Ph

α-Кронбаха	
шкала	0.827

Значення Альфа-Кронбаха 0.827 вказує на високий рівень внутрішньої узгодженості. Це підтверджує її придатність для достовірної оцінки психологічної стійкості в емпіричних дослідженнях.

Далі перевіримо надійність кожної субшкали методу BASIC Ph. Почнемо з Переконань (Beliefs) (Табл. 2.20).

Табл. 2.20.

Аналіз надійності та узгодженості субшкали BASIC Ph: переконання (Beliefs)

α-Кронбаха	
шкала	0.743

Значення Альфа-Кронбаха 0.743 показує допустимий для роботи рівень узгодженості.

Наступною перевіримо субшкалу емоції (Emotions) (Табл. 2.21)

Табл. 2.21.

Аналіз надійності та узгодженості субшкали BASIC Ph: емоції (Emotions)

α-Кронбаха	
шкала	0.711

Значення Альфа-Кронбаха 0.711 показує допустимий для роботи рівень узгодженості.

Далі перевіримо субшкалу соціальна взаємодія (Social) (Табл. 2.22).

Табл. 2.22.

**Аналіз надійності та узгодженості субшкали BASIC Ph:
соціальна взаємодія (Social)**

α -Кронбаха

шкала	0.757
-------	-------

Значення Альфа-Кронбаха 0.757 показує допустимий для роботи рівень узгодженості.

Наступною перевіряємо надійність на узгодженість субшкали BASIC Ph уява (Imagination) (Табл. 2.23).

Табл. 2.23.

**Аналіз надійності та узгодженості субшкали BASIC Ph:
уява (Imagination)**

α -Кронбаха

шкала	0.703
-------	-------

Значення Альфа-Кронбаха 0.703 показує допустимий для роботи рівень узгодженості.

Наступною йде субшкала когнітивних стратегій (Cognition) (Табл. 2.24).

Табл. 2.24.

**Аналіз надійності та узгодженості субшкали BASIC Ph:
когнітивні стратегії (Cognition)**

α -Кронбаха

шкала	0.783
-------	-------

Значення Альфа-Кронбаха 0.703 показує допустимий для роботи рівень узгодженості.

І остання субшкала BASIC Ph, яку ми перевіримо на внутрішню

узгодженість – фізична активність (Physical) (Табл. 2.25).

Табл. 2.25.

**Аналіз надійності та узгодженості субшкали BASIC Ph:
фізична активність (Physical)**

А-Кронбаха	
шкала	0.744

Значення Альфа-Кронбаха 0.744 показує допустимий для роботи рівень узгодженості.

Таким чином, усі методики та їх субшкали продемонстрували, як мінімум, допустимий для роботи рівень узгодженості і можуть бути використані для подальшого аналізу результатів дослідження.

Завданням даного етапу обробки даних є математико-статистичне орієнтування в у психологічних особливостях основної вибірки з акцентом на виявленні тих аспектів, що сприяють життєстійкості і адаптивності у складних умовах праці, зокрема у період війни. Адже для фахівців медичної галузі воєнний стан несе підвищене стресове навантаження не лише особистісного, а й професійного плану.

Спершу нами було досліджено особливості життєстійкості за короткою версією Тесту життєстійкості. Кількісні результати наведені у таблиці нижче.

Табл. 2.26.

**Результати описових статистик за шкалами короткої версії Тесту
життєстійкості**

	N	Missing	Mean	Median	SD	Shapiro-Wilk	
						W	p
Залученість	77	0	9.40	9.00	2.16	0.924	0.008
Контроль	77	0	8.05	8.00	2.36	0.930	0.013
Прийняття ризиків	77	0	8.69	9.00	2.69	0.975	0.476

Як можемо побачити з таблиці, життєстійкість лікарів оцінювалася за

трьома ключовими компонентами: залученість ($M=9,40$; $SD=2,16$), контроль ($M=8,05$; $SD=2,36$) та прийняття ризику ($M=8,69$; $SD=2,69$). Згідно з референтними значеннями, запропонованими авторами методики, показник залученості і життєстійкості відповідає середньому рівню, а показник прийняття ризику – дещо нижчому за середній. Останнє, на нашу думку, може бути зумовлене професійними якостями лікарів, які, в певних умовах можуть накладати відбиток на особистісні якості і, відповідно знижувати готовність ризикувати у ситуаціях невизначеності під впливом відповідальності, що диктується професійними обов’язками та особистісними переконаннями. Тест Шапіро-Уїлка, використаний для перевірки нормальності розподілу, показав асиметричність останнього за більшістю шкал (Табл. 2.27).

Табл. 2.27.

Результати описових статистик за шкалою життєстійкості Коннора-Девідсона

	Mean	Median	SD	Shapiro-Wilk	
				W	p
Шкала резильєнтності Коннора-Девідсона	26.3	27.0	6.41	0.960	0.145

Середнє значення резильєнтності у вибірці склало 26,3 балів ($SD=6,41$), що, виходячи з нормативний показників, вказує на вищий за середній рівень. Це вказує на здатність більшості досліджуваних лікарів ефективно долати стресові умови і адаптуватися до них. Такий рівень резильєнтності можна розглядати як надважливий ресурс, що здатен знижувати ризик професійного вигорання та підвищувати ефективність роботи у складних умовах війни.

Як можна побачити з таблиці (Табл. 2.28), найбільш вираженими ресурсами стресодолаання в учасників є когнітивний (cognition) – $M=23,7$; $SD=6,65$, духовний (Belief & values), що полягає у вірі, переконаннях, цінностях та філософії життя ($M=19,4$; $SD=7,10$) та фізичний (physical) компонент ($M=18,7$; $SD=6,11$). Примітно, що афективний компонент, який

стосується вираження емоцій, почуттів, виявився найменш вираженим ($M=13,1$; $SD=5,63$). Таким чином, керуючись правилом інтерпретації результатів даної методики – чим більша сума балів, тим більш розвинутою є відповідна стратегія – можемо сказати, що найбільш вираженою із суттєвим відривом є когнітивна стратегія, а найменш вираженою – емоційна.

Табл. 2.28.

Результати описових статистик за тестом BASIC Ph

	Mean	Median	SD	Shapiro-Wilk	
				W	p
Вірування(B)	19.4	20.5	7.10	0.964	0.199
Афект(A)	13.1	12.0	5.63	0.945	0.044
Соціальне(S)	17.6	19.0	5.67	0.986	0.866
Уява(I)	16.1	14.5	6.66	0.959	0.139
Когнітивні(C)	23.7	24.0	6.65	0.986	0.883
Фізичне(Ph)	18.7	19.0	6.11	0.961	0.160

Як бачимо нижче (Рис. 2.8), провідним адаптаційним ресурсом досліджуваних лікарів є апеляція до здатності логічно мислити, критично оцінювати ситуацію, пізнавати та осягати нові ідеї, збирати достовірну інформацію та перевіряти її, аналізувати проблеми та вирішувати їх. А от стратегія, що полягає у здатності звертатися до почуттів, рефлексувати і усвідомлювати їх, переживати у повному обсязі (словесно, фізично тощо) не властива досліджуваним лікарям. Можемо припустити, що така ознака може свідчити про тенденцію до емоційного дистанціювання як професійного захисного механізму з метою мінімізації ризику емоційного вигорання в складних умовах роботи, яка передбачає тісну взаємодію з людьми.



Рис. 2.8. Вираженість модальностей переживання стресових подій згідно моделі BASIC Ph

Згідно наших припущень, важливим аспектом психологічного функціонування і можливим предиктором психологічної життєстійкості лікарів є система життєвих смислів, яка характеризує життєвий досвід, ціннісні орієнтації та, відповідно, окреслює собою умови адаптації до складних життєвих ситуацій. Для оцінки цього показника нами був застосований тест сенсожиттєвих орієнтацій, результати якого наведені у таблиці нижче (Табл. 2.29).

Табл. 2.29.

Результати описових статистик за показниками Тесту сенсожиттєвих орієнтацій

	Mean	Median	SD	Shapiro-Wilk	
				W	p
ОЖ	101.2	103.5	24.32	0.858	<.001
Цілі	33.9	34.0	6.32	0.916	0.005
Процес	31.6	33.0	6.94	0.931	0.014
Результат	24.4	24.0	4.45	0.970	0.325
Локус_Я	21.8	22.0	4.21	0.950	0.065
Локус_життя	30.9	31.0	7.07	0.946	0.048

З наведених результатів можемо побачити, що середнє значення загального показника осмисленості життя відповідає середньому рівню вираженості ($M=101,2$; $SD=24,32$) як і решта показників – цілі ($M=33,9$; $SD=6,32$), процес ($M=31,6$; $SD=6,94$) і результат ($M=24,4$; $SD=4,45$). Це свідчить про в цілому позитивне сприйняття життя як у теперішньому, так і в майбутньому. Співвідношення локусу контролю Я та локусу контролю життя є збалансованим і відповідає референтним показникам, що вказує на внутрішню впевненість у переконанні про здатність впливати на хід подій у повсякденних ситуаціях і житті в цілому. Згідно тесту Шапіро-Уїлка за більшістю шкал дані розподілені нормально.

Окремої уваги, на нашу думку, у контексті дослідження психологічної життєстійкості лікарів заслуговує здатність справлятися з невизначеністю. Слід зазначити, що саме в умовах воєнного стану невизначеність стає одним із найпотужніших стресогенних чинників. Вивчення рівня інтолерантності до невизначеності з використанням однойменної методики дозволяє нам оцінити, наскільки досліджувані лікарі здатні залишатися професійно функціональними в умовах непередбачуваності та постійної загрози.

Табл. 2.30.

Результати описових статистик за показниками Шкали інтолерантності до невизначеності

	Mean	Median	SD	Shapiro-Wilk	
				W	p
Інтолерантність до невизначеності	34.2	34.5	7.98	0.983	0.790
Шкала прогностичної тривоги	21.8	23.0	4.45	0.982	0.750
Шкала гнітючої тривоги	12.4	13.0	4.31	0.952	0.078

Згідно отриманих результатів (Табл. 2.30), рівень інтолерантності до невизначеності є помірним ($M=34,2$; $SD=7,98$). Розподіл даних за всіма шкалами є нормальним ($p>0,05$). Це вказує на те, що більшість респондентів демонструють адаптивні способи реагування на невизначеність.

Узагальнюючи дані про досліджені психологічні характеристики лікарів, що увійшли до нашої вибірки, можемо побачити, що загалом вибірка демонструє сформовану життєстійкість, виражені внутрішні ресурси та помірний рівень інтолерантності до невизначеності. Примітно, що вказані характеристики є визначальними для ефективного функціонування медичних працівників у надзвичайно складних умовах воєнного стану в Україні.

Наступним етапом обробки даних емпіричного дослідження є аналіз можливих психологічних корелятивів і предикторів життєстійкості лікарів в умовах воєнного стану в Україні. З цією метою нами була здійснена серія процедур кореляційного аналізу за непараметричним критерієм кореляції Спірмена.

Кореляційний аналіз виявив численні статистично значущі взаємозв'язки між показниками життєстійкості, резильєнтності, сенсожиттєвих орієнтацій, інтолерантності до невизначеності та модальностей подолання стресу за моделлю BASIC Ph, що вказує на зв'язок і взаємозумовленість явищ, які лежать в площині нашого дослідження.

Як бачимо з таблиці (Додаток Б), кореляційний аналіз показав наявність густої мережі зв'язків показників життєстійкості, резильєнтності і сенсожиттєвих орієнтацій. А саме, залученість позитивно корелює з контролем ($r=0,43$; $p=0,004$), прийняттям ризику ($r=0,64$; $p<0,001$), резильєнтністю ($r=0,59$; $p<0,001$) та усіма показниками сенсу життя: осмисленістю життя (ОЖ) ($r=0,68$; $p<0,001$), цілями ($r=0,60$; $p<0,001$), процесом ($r=0,71$; $p<0,001$), результатом ($r=0,63$; $p<0,001$), локусом контролю Я ($r=0,62$; $p<0,001$) та життєвим локусом ($r=0,61$; $p<0,001$). Таким чином, залученість, як компонент життєстійкості, спирається як на інші компоненти життєстійкості, так і на показники осмисленості життя.

Контроль пов'язаний із прийняттям ризику ($r=0,62$; $p<0,001$), резильєнтністю ($r=0,76$; $p<0,001$), процесом ($r=0,31$; $p=0,045$) та результатом ($r=0,40$; $p=0,008$).

Прийняття ризику асоціюється з усіма компонентами життєстійкості і

сенсожиттєвих орієнтацій. Те саме можна сказати і про резильєнтність.

Табл. 2.31.

**Результати кореляційного аналізу показників життєстійкості,
резильєнтності і толерантності до невизначеності**

		Залученість	Контроль	Прийняття ризику	Резильєнтність	Інтолерантність до невизначеності	Шкала прогностичної тривоги	Шкала гнітучої тривоги
Залученість	Spearman's rho	—						
	p-value	—						
Контроль	Spearman's rho	0.432	—					
	p-value	0.004	—					
Прийняття ризику	Spearman's rho	0.644	0.616	—				
	p-value	<.001	<.001	—				
Резильєнтність	Spearman's rho	0.589	0.756	0.689	—			
	p-value	<.001	<.001	<.001	—			
Інтолерантність до невизначеності	Spearman's rho	-0.706	-0.551	-0.610	-0.629	—		
	p-value	<.001	<.001	<.001	<.001	—		
Шкала прогностичної тривоги	Spearman's rho	-0.526	-0.523	-0.493	-0.439	0.909	—	
	p-value	<.001	<.001	<.001	0.004	<.001	—	
Шкала гнітучої тривоги	Spearman's rho	-0.770	-0.472	-0.625	-0.714	0.892	0.642	—
	p-value	<.001	0.002	<.001	<.001	<.001	<.001	—

З таблиці вище (Табл. 2.31) можемо бачити, що інтолерантність до невизначеності виявила обернені кореляції з усіма показниками життєстійкості: залученістю ($r=-0,71$; $p<0,001$), контролем ($r=-0,55$; $p<0,001$), прийняттям ризику ($r=-0,61$; $p<0,001$) і резильєнтністю ($r=-0,63$; $p<0,001$). Також спостерігаються негативні зв'язки з прогностичною ($r=-0,53$; $p<0,001$) та гнітучою тривогою ($r=-0,77$; $p<0,001$). Зважаючи на середні та вище середніх коефіцієнти сили кореляції можемо сказати, що вони свідчать про схильність до високої емоційної вразливості учасників із низькою життєстійкістю. І навпаки, вищий рівень життєстійкості сприяє підтриманню

адаптивної конфігурації емоційних переживань.

Аналіз показників життєстійкості, резильєнтності і модальностей переживання стресових подій згідно моделі BASIC Ph, показали, що залученість позитивно пов'язана з соціалізацією ($r=0,37$; $p=0,016$), когнітивною ($r=0,41$; $p=0,007$) та фізичною ($r=0,36$; $p=0,020$) модальностями (Додаток А). Контроль не мав виражених зв'язків із модальностями переживання стресових ситуацій. Прийняття ризику помірно корелює з когнітивною сферою ($r=0,53$; $p<0,001$), увагою ($r=0,42$; $p=0,005$), соціалізацією ($r=0,21$; $p=0,176$) і фізичним аспектом ($r=0,28$; $p=0,075$). Резильєнтність пов'язана з віруваннями і цінностями ($r=0,333$; $p=0,031$), когнітивним ($r=0,453$; $p=0,003$) і фізичним аспектом ($r=0,315$; $p=0,042$).

Узагальнюючи наведені вище результати кореляційного аналізу, можемо спостерігати тісний взаємозв'язок між показниками життєстійкості, резильєнтності та сенсожиттєвих орієнтацій. Наявність таких кореляцій дозволяє припустити, що життєстійкі респонденти, які здатні контролювати події та приймати ризик, мають глибші життєві смисли та демонструють нижчу тривожність інтолерантність до невизначеності. Це також узгоджується з ресурсною моделлю стресостійкості.

На основі виявлених численних кореляційних зв'язків між показниками життєстійкості та іншими змінними, доцільним є подальше проведення регресійного аналізу. Він дозволить з'ясувати, які саме психологічні компоненти виступають значущими предикторами життєстійкості, а відтак, можуть вважатися ресурсами, що її підтримують.

Логіка нашого дослідження фокусується на виявленні ресурсів життєстійкості, а також тих психологічних аспектів, які їх підтримують. Таким чином, доцільно розглянути ресурси життєстійкості у якості залежних змінних, а корелюючі з ними сенсожиттєві орієнтації – як предиктори.

Для регресійних моделей у якості незалежних змінних були відібрані ті, що на етапі кореляційного аналізу продемонстрували значущі кореляції, проте мають низький рівень мультиколінеарності.

Зокрема, для прогнозування залученості як елемента життєстійкості, у якості потенційних предикторів було винесено: цілі, процес, когнітивна складова, інтолерантність до невизначеності.

Табл. 2.32.

Модель лінійної регресії для прогнозування рівня залученості

Model Fit Measures				
Model	R	R ²		
1	0.793	0.628		

Model Coefficients - Залученість				
Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept	7.5250	2.3837	3.157	0.003
Цілі	-0.0246	0.0569	-0.433	0.667
Процес	0.1570	0.0514	3.057	0.004
Cognition	0.0551	0.0362	1.523	0.136
Інтолерантність до невизначеності	-0.1039	0.0336	-3.094	0.004

Як можна побачити з отриманих результатів (Табл. 2.32), коефіцієнт детермінації становить $R^2 = 0,628$. Це вказує, що 63 % варіації рівня залученості можна пояснити впливом виділених нами предикторів. Значущими серед них є процес ($\beta=0,157$; $p=0,004$) та інтолерантність до невизначеності ($\beta=-0,104$; $p=0,004$). Тож можна зробити висновок про те, що чим більше людина сприймає життя як процес, тим вища її залученість і навпаки, зростання інтолерантності до невизначеності призводить до зниження залученості як елемента життєстійкості. Такі змінні як цілі, та когнітивна складова не досягли статистичної значущості в рамках даної регресійної моделі.

Прогнозування рівня контролю здійснювалося нами за допомогою таких змінних як результат, прогностична тривога, локус життя, афективні реакції. Пояснювальна здатність моделі становить $R^2=0,336$. Статистично значущими

предикторами виявились результат ($\beta=0,284$; $p=0,009$), прогностична тривога ($\beta=-0,211$; $p=0,020$). Цілком очевидно, що віра в результативність своїх зусиль здатна підвищувати відчуття контролю над діяльністю і життям в цілому і, навпаки, очікування потенційних загроз знижує відчуття контролю. Як бачимо з таблиці, решта потенційних предикторів не досягли порогу статистичної значущості. Проте показник «локус_життя» показав результат, близький до значущого.

Табл. 2.33.

Модель лінійної регресії для прогнозування рівня контролю

Model Fit Measures

Model	R	R ²
1	0.579	0.336

Model Coefficients - Контроль

Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept	9.61585	3.0077	3.1971	0.003
Результат	0.28365	0.1022	2.7758	0.009
Шкала прогностичної тривоги	-0.21124	0.0866	-2.4402	0.020
Локус_життя	-0.12598	0.0646	-1.9513	0.059
Вплив	0.00132	0.0651	0.0203	0.984

Для прогнозування рівня схильності до прийняття ризику як елементу життєстійкості були залучені такі змінні, як інтолерантність до невизначеності, когнітивний і фізичний компоненти. Коефіцієнт детермінації регресійної моделі становить $R^2 = 0,517$, що свідчить про те, що 52% варіації рівня готовності приймати ризику як елемента життєстійкості пояснюється вказаними змінними. Примітно, що усі три предиктори виявились статистично значущими, а саме: інтолерантність до невизначеності ($\beta=-0,151$; $p<0,001$) має зворотний вплив, знижуючи схильність до прийняття ризику; когнітивний і фізичний компоненти ($\beta=0,107$; $p=0,046$) позитивно впливає на готовність до ризику (коефіцієнти становлять $\beta=0,107$; $p=0,046$ та $\beta = 0,130$; $p = 0,016$ відповідно).

Табл. 2.34.

Модель лінійної регресії для прогнозування рівня прийняття ризику

Model Fit Measures

Model	R	R ²
1	0.719	0.517

Model Coefficients - Прийняття ризику

Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept	8.909	2.2915	3.89	<.001
Інтолерантність до невизначеності	-0.151	0.0417	-3.63	<.001
Когнітивні	0.107	0.0518	2.06	0.046
Фізичні	0.130	0.0516	2.52	0.016

Узагальнюючи результати регресійного аналізу можемо зробити висновок, що усі три регресійні моделі мають задовільну пояснювальну здатність і знаходять своє підтвердження у теоретичних напрацюваннях стосовно феномену життєстійкості і його основ. Нами було виявлено, що ключовими чинниками, які підтримують і сприяють життєстійкості досліджуваних лікарів є здатність бачити життя як процес (сенсожиттєва орієнтація), використовувати когнітивні та фізичні ресурси стресодолання (за моделлю BASIC Ph), а також знижена чутливість до невизначеності.

Виділені нами предиктори можуть слугувати опорою у розробці шляхів підвищення і розвитку елементів життєстійкості лікарів, які працюють в Україні під час війни.

Заключним етапом математико-статистичної обробки даних нашого дослідження є здійснення зіставного аналізу життєстійкості жінок-лікарів та чоловіків-лікарів. Процедура здійснювалася за допомогою непараметричного критерію Манна-Уїтні для непарних вибірок (Табл. 2.35).

Як можемо побачити з таблиці, статистично значущі відмінності спостерігаються за параметром контролю як елементу життєстійкості. При

чому, як свідчать результати кількісного аналізу (додаток В), більше цей аспект розвинений чоловіків (жінки $M=8,05$; $SD=2,36$, чоловіки $M=9,03$; $SD=2,47$).

Табл. 2.35.

Результати порівняння вибірок жінок-лікарів та чоловіків-лікарів за параметрами життєстійкості

Independent Samples T-Test

		Statistic	p
Залученість	Mann-Whitney U	630	0.278
Контроль	Mann-Whitney U	547	0.053
Прийняття ризику	Mann-Whitney U	641	0.335
Шкала резильєнтності Коннора_Девідсона	Mann-Whitney U	642	0.340

Те, що рівень контролю як елемент життєстійкості, який полягає у переконаності про можливість власного впливу на обставини (на противагу почуттю безпорадності) є менш вираженим у жінок, на відміну від чоловіків, можемо припустити, що це зумовлено соціокультурними факторами, зокрема гендерними очікуваннями, які покладають на жінок більшу відповідальність за емоційну підтримку та сімейні обов'язки, що обмежує їхнє сприйняття власної агентності. Крім того, вищий рівень тривожності, що частіше спостерігається у жінок в умовах воєнного стану, може знижувати суб'єктивне відчуття контролю над зовнішніми обставинами (Любінець, Л., Шведа, Г., & Качмарська, М., 2023)

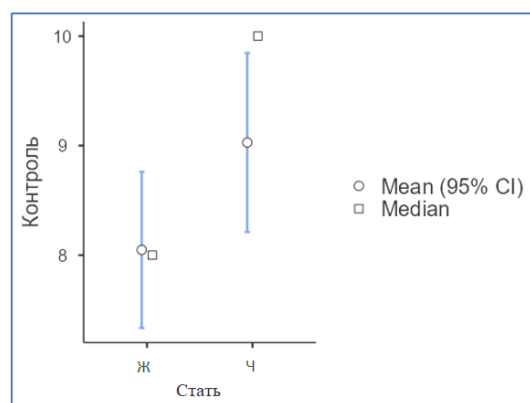


Рис. 2.9. Рівень контролю у жінок-лікарів та чоловіків-лікарів

Табл. 2.36.

Результати порівняння вибірок жінок-лікарів та чоловіків-лікарів за параметрами смисложиттєвих орієнтацій

Independent Samples T-Test

		Statistic	P
ОЖ	Mann-Whitney U	700	0.720
Цілі	Mann-Whitney U	666	0.483
Процес	Mann-Whitney U	626	0.264
Результат	Mann-Whitney U	695	0.685
Локус_Я	Mann-Whitney U	605	0.184
Локус_життя	Mann-Whitney U	687	0.623

Порівняння вибірок за показниками смисложиттєвих орієнтацій показало відсутність статистично значущих відмінностей між вибірками жінок-лікарів і чоловіків-лікарів (Табл. 2.36). Обидві вибірки показали подібний рівень осмисленості життя, орієнтації на цілі, процес, результат, локус-Я та локус-життя.

Табл. 2.37.

Результати порівняння вибірок жінок-лікарів та чоловіків-лікарів за параметрами толерантності до невизначеності

Independent Samples T-Test

		Statistic	p
Інтолерантність до невизначеності	Mann-Whitney U	693	0.671
Шкала прогностичної тривоги	Mann-Whitney U	702	0.739
Шкала гнітючої тривоги	Mann-Whitney U	704	0.754

Як можна побачити з таблиці 2.37, також відсутні статистично значущі відмінності між жінками-лікарями та чоловіками-лікарями за параметрами інтолерантності до невизначеності, прогностичної та гнітючої тривоги. Відтак, можемо припустити, що ситуація воєнного стану в Україні накладає однаковий відбиток на емоційний стан лікарів обох статей.

Табл. 2.38.

Результати порівняння вибірок жінок-лікарів та чоловіків-лікарів за параметрами ресурсів стресостійкості моделі BASIC Ph

Independent Samples T-Test

		Statistic	p
Переконання(B)	Mann-Whitney U	687	0.623
Афект(A)	Mann-Whitney U	670	0.508
Соціалізація (S)	Mann-Whitney U	422	0.001
Узява (I)	Mann-Whitney U	681	0.584
Cognition(C)	Mann-Whitney U	600	0.168
Фізичне(Ph)	Mann-Whitney U	669	0.501

Як можемо побачити з таблиці вище (Табл. 2.38), лише один параметр моделі BASIC Ph – соціалізація – продемонстрував статистично значущі відмінності між вибірками жінок-лікарів і чоловіків-лікарів ($p=0,001$). Деталізація результату міститься у додатку А, а також нижче (Рис. 2.10).

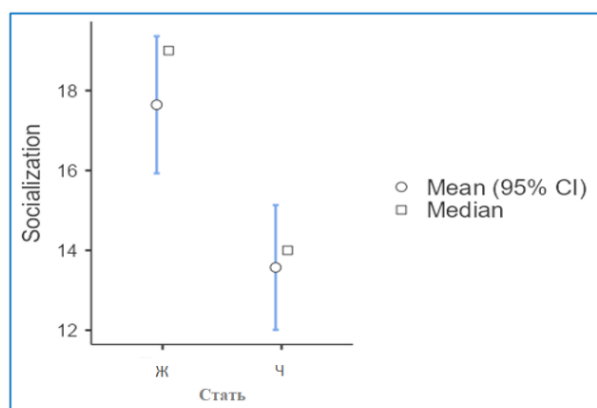


Рис. 2.10. Рівень соціалізації як ресурсу стресостійкості у жінок-лікарів і чоловіків-лікарів

Згідно отриманих даних, жінки-лікарі мають вищі показники мір центральної тенденції за параметром соціалізації як ресурсу стресостійкості, ніж чоловіки-лікарі. Можемо припустити, що жінки-лікарі, частіше залучаються до взаємодії з пацієнтами та колегами в ролі емоційних посередників, що сприяє розвитку їхніх навичок соціалізації як ресурсу

стресостійкості. Вищі показники середнього значення ($M=17,6$; $SD=5,67$) у жінок порівняно з чоловіками ($M=13,6$; $SD=4,71$) можуть вказувати на те, що жінки ефективніше використовують соціальну підтримку та міжособистісні зв'язки для подолання стресу, спричиненого воєнним станом. Крім того, дослідження, такі як робота Величко та співавт. (2022), підтверджують, що жінки-медики в умовах війни частіше звертаються до соціальних мереж підтримки, що може посилювати їхню стресостійкість через соціалізацію (Величко В. та ін., 2022).

Таким чином, узагальнюючи результати порівняльного аналізу непарних вибірок, можемо підсумувати, що досліджувані жінки-лікарі демонструють вищий рівень соціалізації як адаптаційного ресурсу порівняно з чоловіками-лікарями. При цьому вони схильні виявляти нижчий рівень контролю як елементу життєстійкості, що може бути зумовлено соціокультурними факторами, які накладають на жінок більшу відповідальність за емоційну підтримку та сімейні обов'язки, обмежуючи їхнє сприйняття власної агентності. На додачу, підвищена тривожність, що частіше спостерігається у жінок в умовах воєнного стану, може знижувати їхню впевненість у можливості впливати на зовнішні обставини (Любінець Л. та ін., 2023).

Висновки до розділу II

Отримані результати дозволяють зробити висновок, що життєстійкість лікарів в умовах війни є багатовимірним феноменом, особливу роль у якому відіграють здатність бачити життя як процес (екзистенційна включеність) когнітивні та фізичні ресурси стресодолання, а також знижена чутливість до невизначеності. Водночас інтолерантність до невизначеності виступає ризиком для зниження життєстійкості.

Зіставлення вибірок жінок-лікарів та чоловіків-лікарів показало дві ключові відмінності між групами, а саме: контролю (який виявився нижчим у

жінок-лікарів) та соціалізації як ресурсу стресодолання (який є нижчим у чоловіків-лікарів).

Виділені чинники можуть слугувати опорою для психологічної підтримки лікарів, які працюють в умовах воєнного стану, а також розвитку і укріплення життєстійкості задля запобігання емоційному вигоранню.

РОЗДІЛ III

РЕСУРСИ ЖИТТЄСТІЙКОСТІ КЛІЄНТА ЯК ПРОБЛЕМА ПСИХОЛОГІЧНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ

3.1. Обґрунтування ресурсного підходу. Модель BASIC Ph

Воєнний стан в Україні, що триває з 2014 року та посилюється повномасштабною війною з 2022 року, створює безпрецедентні виклики для психологічного благополуччя медичних працівників. Лікарі, які щодня працюють у напружених умовах, стикаються з травматичними подіями, нестачею ресурсів і високим рівнем відповідальності. У таких обставинах життєстійкість, тобто здатність адаптуватися до стресу, зберігати професійну ефективність і відновлюватися після криз, стає ключовим ресурсом. Ресурсний підхід у психологічному консультуванні пропонує зосередитися на розвитку внутрішніх і зовнішніх ресурсів, які допомагають лікарям протистояти стресу та уникати професійного вигорання. Цей підхід є особливо актуальним у контексті воєнного стану, коли психологічна підтримка медиків набуває критичного значення.

Ресурсний підхід ґрунтується на припущенні, що кожна людина має набір психологічних, соціальних і фізичних ресурсів, які можна активізувати для подолання стресових ситуацій. Теоретичною основою є концепція збереження ресурсів Хобфолла (Hobfoll, 1989). Згідно з цією теорією, люди прагнуть накопичувати ресурси, такі як соціальна підтримка, самоєфективність чи фізична енергія, а їхня втрата призводить до психологічного виснаження (Хобфолл, 1989). Для лікарів, які працюють у воєнний час, втрата ресурсів може бути зумовлена хронічною втомою, невизначеністю та етичними дилемами. Водночас ресурсний підхід дозволяє зміцнити наявні ресурси, наприклад через підтримку колег чи усвідомлення значення своєї роботи, що сприяє підвищенню життєстійкості.

У дисертації Турлакова підкреслюється, що психологічні ресурси відіграють вирішальну роль в адаптації до кризових умов (Турлаков, 2023). Досліджено, що люди, які знаходять опору в соціальних зв'язках чи особистих переконаннях, демонструють вищу стійкість до стресу. Для лікарів це може означати, що відчуття професійної місії чи можливість обговорити свої переживання з колегами допомагають їм справлятися з викликами воєнного часу. Турлаков також зазначає, що групові форми психологічної підтримки, такі як тренінги, сприяють зниженню ізоляції та підвищенню адаптивності, що є важливим для медиків, які працюють на межі своїх можливостей.

Дослідження Бегеза присвячене психологічним чинникам адаптації до травматичних подій (Бегеза, 2020). Досліджено, що здатність знаходити сенс у своїй діяльності є ключовим ресурсом для осіб, які постійно стикаються з травмами. Для лікарів це може бути усвідомлення, що їхня робота рятує життя чи сприяє загальній боротьбі країни. Бегеза також акцентує на важливості емоційної регуляції, яка допомагає справлятися з тривогою та стресом. Ці висновки узгоджуються з ресурсним підходом, який наголошує на зміцненні сильних сторін людини, а не лише на подоланні її слабкостей.

Ефективним інструментом реалізації ресурсного підходу є модель BASIC Ph, розроблена ізраїльським психологом Мулі Лахадом для роботи з людьми, які пережили травматичні події. Модель базується на ідеї, що кожна людина має унікальний набір способів подолання стресу, які можна розвинути. Лахад виділив шість каналів копінгу:

- **Переконання:** цінності чи віра, які надають сенс життю, наприклад переконання у важливості своєї роботи.
- **Емоції:** здатність виражати та регулювати почуття, уникаючи емоційного виснаження.
- **Соціальна взаємодія:** підтримка від колег, сім'ї чи спільноти.
- **Уява:** здатність створювати позитивні образи чи ідеї, навіть у складних умовах.
- **Мислення:** аналітичні здібності, планування, вирішення проблем.

- Фізична активність: рух, релаксація чи тілесні практики для зняття напруги (Lahad, 1997).

Досвід застосування моделі BASIC Ph в Ізраїлі, зокрема в місті Кір'ят-Шмона, яке неодноразово зазнавало ракетних обстрілів, став основою для впровадження спеціалізованих програм психологічної підтримки населення в умовах хронічної загрози життю (Lahad & Ayalon, 2013; Lahad, 1997). Виявлене явище низької кількості звернень за психотерапевтичною допомогою на фоні високої напруженості свідчить про наявність у місцевого населення внутрішніх адаптаційних ресурсів, які активуються природним шляхом (Lahad, 2019; Leykin et al., 2016). Мультимодальна структура моделі — вірування, афекти, соціальні зв'язки, уява, пізнання та поведінка — дозволяє індивідуально налаштувати інтервенції відповідно до домінантного каналу реагування кожної людини (Cohen et al., 2017; Бегеза, 2020). Ефективність моделі підтверджена не лише в Ізраїлі: аналогічні підходи були успішно адаптовані в Норвегії, Південній Кореї, Україні та інших країнах, які переживали збройні конфлікти, пандемії та природні катастрофи (Southwick & Charney, 2018).

Ця модель є корисною, оскільки дозволяє адаптувати психологічну підтримку до індивідуальних особливостей людини. У дослідженні, проведеному з 77 лікарями, ми виявили, що багато медиків активно використовують мислення, наприклад, шукаючи способи оптимізувати свою роботу в умовах нестачі ресурсів. Проте соціальна взаємодія та емоційна регуляція часто залишаються недостатньо розвиненими, що може призводити до підвищеної втоми. Модель BASIC Ph допомагає визначити сильні та слабкі канали копіngu, пропонуючи способи їхнього розвитку.

Розглянемо приклади адаптивної та дезадаптивної поведінки за каналами моделі BASIC Ph у контексті життєстійкості медичних працівників

Модель BASIC Ph, розроблена Мулі Лахадом, є ефективним інструментом для оцінки та розвитку копінг-стратегій, які сприяють життєстійкості. Вона включає шість каналів реагування на стрес: переконання

(Beliefs), емоції (Affect), соціальна взаємодія (Social), уява (Imagination), мислення (Cognition) і фізіологія (Physiology). Кожен канал може проявлятися через адаптивну поведінку, яка підтримує психологічне благополуччя, або дезадаптивну, яка ускладнює адаптацію. Нижче наведено детальний аналіз кожного каналу з прикладами, адаптованими до умов роботи медичних працівників у воєнний час в Україні, На основі рекомендацій щодо психологічної підтримки у воєнний час (Петров та ін., 2023).

1. Переконавання (Beliefs)

Канал переконань відображає цінності, віру та сенсожиттєві орієнтації, які надають людині мету та мотивацію. Адаптивна поведінка в цьому каналі допомагає лікарям знаходити сенс у своїй роботі, що є ключовим ресурсом життєстійкості.

Адаптивна поведінка: Лікарі з розвиненим каналом переконань вірять у значущість своєї професійної місії. Наприклад, хірург у прифронтовому шпиталі може спиратися на переконання, що кожна врятована людина наближає перемогу України. Такий медик молиться або медитує, щоб зміцнити внутрішню віру, або веде щоденник, де записує історії врятованих пацієнтів, що підтримує його мотивацію. Ці дії допомагають зберігати залученість (компонент життєстійкості за Мадді) і знижують ризик вигорання. Інший приклад – лікар, який асоціює свою роботу з патріотичним обов'язком, що додає осмисленості навіть у хаотичних умовах воєнного часу.

Дезадаптивна поведінка: Дезадаптивні переконання проявляються у втраті сенсу або фіксації на негативних ідеях. Наприклад, медичний працівник може вважати, що її зусилля марні через велику кількість жертв, що призводить до відчуття безнадії. Інший приклад – лікар, який зациклюється на релігійних чи політичних догмах, звинувачуючи себе чи інших у трагедіях, замість того, щоб шукати конструктивні рішення. Така поведінка знижує контроль і мотивацію, сприяючи емоційному виснаженню.

Вплив на життєстійкість: Адаптивні переконання узгоджуються з компонентом «виклик» за Мадді та Хошабою (2001). Дезадаптивні

переконання, навпаки, посилюють відчуття безпорадності, що знижує життєстійкість і може призвести до професійного вигорання.

2. Емоції (Affect)

Емоційний канал пов'язаний із вираженням і регуляцією почуттів. Для медичних працівників, які щодня стикаються з травмами, цей канал є критично важливим для запобігання емоційному вигоранню.

Адаптивна поведінка: Лікарі з ефективною емоційною регуляцією дозволяють собі переживати почуття, але контролюють їх вираження. Наприклад, анестезіолог після складної операції може плакати в приватному просторі, щоб звільнити напругу, а потім повертається до роботи з ясною головою. Інший приклад – медик, який використовує гумор у спілкуванні з колегами, щоб розрядити атмосферу після напруженого дня. Такі дії допомагають підтримувати емоційну стабільність і сприяють життєстійкості через збереження психоемоційної рівноваги.

Дезадаптивна поведінка: Дезадаптивна емоційна поведінка включає придушення почуттів або їх надмірне вираження. Наприклад, лікар, який постійно стримує емоції, боячись здатися слабким, може накопичувати тривогу, що призводить до панічних атак. Альтернативно, медичний працівник, який часто зривається на колег чи пацієнтів через стрес, втрачає професійну ефективність і соціальну підтримку. Такі реакції ускладнюють адаптацію та підвищують ризик психологічних розладів.

Вплив на життєстійкість: Адаптивна емоційна регуляція підтримує компонент «контроль» життєстійкості, дозволяючи лікарям керувати своїм станом. Дезадаптивна поведінка, навпаки, порушує емоційну рівновагу, що може призвести до зниження мотивації та професійної залученості.

3. Соціальна взаємодія (Social)

Соціальний канал охоплює взаємодію з іншими людьми та пошук підтримки. Для медиків у військовий час соціальні зв'язки є важливим зовнішнім ресурсом життєстійкості.

Адаптивна поведінка: Лікарі, які активно використовують соціальну

взаємодію, шукають підтримку в команді. Наприклад, хірург після зміни проводить час із колегами, ділячись досвідом, що зміцнює почуття приналежності. Інший приклад – медичний працівник, яка бере участь у волонтерських ініціативах, що дає їй відчуття спільної мети. Такі дії сприяють формуванню соціальної мережі, яка є буфером проти стресу.

Дезадаптивна поведінка: Дезадаптивна соціальна поведінка проявляється в ізоляції або конфліктах. Наприклад, лікар, який відмовляється спілкуватися з колегами через втому, може відчувати самотність, що посилює депресивні стани. Або медик, який постійно скаржиться на умови роботи, може відштовхувати колег, втрачаючи підтримку. Ці поведінки знижують доступ до соціальних ресурсів, ускладнюючи адаптацію.

Вплив на життєстійкість: Адаптивна соціальна взаємодія посилює життєстійкість через зовнішні ресурси, як описано в теорії Хобфолла. Дезадаптивна поведінка ізолює медика, зменшуючи його здатність справлятися зі стресом і підтримувати залученість.

4. Уява (Imagination)

Канал уяви дозволяє створювати позитивні образи та знаходити творчі рішення. Для медиків це може бути способом зниження стресу в умовах невизначеності.

Адаптивна поведінка: Лікарі з розвиненою уявою використовують її для відновлення. Наприклад, терапевт уявляє мирне майбутнє України після війни, що мотивує його продовжувати роботу. Інший приклад – медик, яка малює або пише вірші у вільний час, щоб відволіктися від травматичних подій. Такі дії допомагають трансформувати стрес і підтримувати компонент «виклик» життєстійкості.

Дезадаптивна поведінка: Дезадаптивна уява проявляється у нав'язливих негативних образах. Наприклад, лікар, який постійно уявляє найгірші сценарії (смерть пацієнтів, руйнування шпиталю), може страждати від підвищеної тривожності. Або медик, який тікає від реальності в фантазії, втрачає зв'язок із професійними обов'язками. Ці поведінки ускладнюють адаптацію та

знижують ефективність.

Вплив на життєстійкість: Адаптивна уява сприяє креативному підходу до проблем, що підтримує життєстійкість. Дезадаптивна уява посилює тривогу, знижуючи здатність сприймати труднощі як можливості.

5. Мислення (Cognition)

Когнітивний канал пов'язаний із аналізом, плануванням і вирішенням проблем. Для медиків це ключовий канал, адже їхня робота вимагає швидких і точних рішень.

Адаптивна поведінка: Лікарі з ефективним когнітивним копінгом аналізують ситуацію та шукають рішення. Наприклад, хірург у прифронтовому шпиталі, зіткнувшись із нестачею медикаментів, розробляє альтернативний план лікування, використовуючи наявні ресурси. Інший приклад – медик, яка веде нотатки про робочі процеси, щоб оптимізувати свою роботу. Такі дії підтримують компонент «контроль» життєстійкості, дозволяючи медикам відчувати вплив на обставини.

Дезадаптивна поведінка: Дезадаптивне мислення включає надмірний аналіз або уникнення проблем. Наприклад, лікар, який постійно прокручує в голові помилки, може паралізувати свою здатність діяти. Або медик, який уникає складних рішень, перекладаючи відповідальність на інших, втрачає професійну ефективність. Ці поведінки знижують контроль і підвищують стрес.

Вплив на життєстійкість: Адаптивне мислення посилює життєстійкість через раціональний підхід до викликів. Дезадаптивне мислення призводить до когнітивного перевантаження, що ускладнює адаптацію.

6. Фізіологія (Physiology)

Фізіологічний канал охоплює тілесні реакції на стрес і способи їх регуляції. Для медиків, які працюють у виснажливих умовах, фізична активність є важливим ресурсом.

Адаптивна поведінка: Лікарі, які використовують фізіологічний канал, застосовують тілесні практики для відновлення. Наприклад, медик виконує

дихальні вправи під час перерви, щоб зняти напругу. Інший приклад – лікар, який займається ранковою зарядкою або бігом, щоб підтримувати енергію. Такі дії допомагають регулювати фізіологічні реакції на стрес і сприяють життєстійкості через відновлення ресурсів.

Деадаптивна поведінка: Деадаптивна фізіологічна поведінка включає ігнорування тілесних потреб або шкідливі звички. Наприклад, лікар, який не спить достатньо через надмірну роботу, ризикує хронічною втомою. Або медик, який зловживає кавою чи алкоголем для «зняття стресу», погіршує своє здоров'я. Ці поведінки знижують фізичну витривалість і життєстійкість.

Вплив на життєстійкість: Адаптивна фізіологічна поведінка підтримує енергетичний баланс, що є основою для всіх компонентів життєстійкості. Деадаптивна поведінка виснажує ресурси, знижуючи здатність справлятися зі стресом.

Застосування в психологічному консультуванні: Аналіз адаптивної та деадаптивної поведінки за каналами BASIC Ph дозволяє розробити індивідуалізовані стратегії підтримки медичних працівників. Наприклад, для лікаря з низьким рівнем соціальної взаємодії можна організувати групові заняття, а для медика з деадаптивною уявою – творчі вправи. Ці стратегії, інтегровані в тренінгові програми, сприяють розвитку життєстійкості, що є особливо актуальним у воєнний час (Посттравматичний стресовий розлад, 2022).

Модель BASIC Ph є доречною для роботи з лікарями в умовах воєнного стану з кількох причин. По-перше, вона враховує індивідуальні особливості кожного медика, дозволяючи підібрати підтримку, яка відповідає його потребам. Наприклад, для одного лікаря важливим може бути переконання у значущості своєї роботи, тоді як іншому потрібна підтримка колег. По-друге, модель пропонує практичні інструменти, такі як групові дискусії, творчі вправи чи релаксаційні техніки, які можна інтегрувати в консультування чи тренінги. По-третє, модель BASIC Ph була розроблена для роботи в кризових умовах, таких як війни чи стихійні лиха, що робить її релевантною для

сучасного українського контексту.

У дослідженні Турлакова підкреслюється, що психологічна підтримка в кризових умовах має не лише допомагати долати стрес, а й сприяти особистісному розвитку (Турлаков, 2023). Модель BASIC Ph відповідає цій ідеї, оскільки вона не лише підтримує лікарів у складних обставинах, а й допомагає їм відкривати нові способи адаптації. Наприклад, для лікаря, який працює в прифронтовій зоні та відчуває втрату контролю, розвиток каналу уяви — скажімо, через уявлення спокійного майбутнього — може стати джерелом мотивації.

Дослідження Бегеза також підтверджує важливість сенсожиттєвих орієнтацій для адаптації до травматичних подій (Бегеза, 2020). У термінах моделі BASIC Ph це відповідає каналу переконань, який включає усвідомлення значення своєї роботи. Для лікарів це може бути віра в те, що їхні зусилля допомагають країні вистояти. Емоційна регуляція, про яку пише Бегеза, пов'язана з каналом емоцій і є критично важливою для запобігання професійному вигоранню. Ми вважаємо, що ці два канали — переконання та емоції — мають особливе значення для медиків у воєнний час, адже невизначеність і тривога створюють додатковий тиск.

Водночас застосування моделі BASIC Ph у воєнних умовах має свої особливості. Деякі канали, такі як уява чи мислення, можуть бути менш ефективними через постійний вплив травматичних подій і перевантаження. У дослідженні ми виявили, що лікарі часто відчувають ізоляцію через брак часу на спілкування з колегами. Тому ми вважаємо, що особливу увагу варто приділити розвитку каналів соціальної взаємодії та фізичної активності. Наприклад, організація груп підтримки для медиків може зміцнити соціальні зв'язки, а короткі релаксаційні вправи, як-от дихальна гімнастика, допоможуть зняти фізичну напругу.

Модель BASIC Ph також можна поєднати з іншими підходами, які ми досліджували. Наприклад, методика життестійкості за Мадді, яку ми використали в опитування лікарів, виділяє три компоненти: залученість,

контроль і виклик. Залученість перегукується з каналом переконань у BASIC Ph, оскільки обидва аспекти стосуються усвідомлення сенсу своєї діяльності. Контроль пов'язаний із мисленням, а виклик — із уявою, адже передбачає сприйняття труднощів як можливостей. Таке поєднання дозволяє створити комплексний підхід до підтримки лікарів.

Ресурсний підхід і модель BASIC Ph пропонують практичні інструменти для психологічного консультування медичних працівників. У дослідженні ми помітили, що лікарі часто відчувають себе відірваними від колег через інтенсивний графік роботи. Групові заняття, де вони могли б обмінятися досвідом, допомогли б зміцнити соціальну взаємодію. Аналогічно, прості фізичні вправи, які можна виконувати під час коротких перерв, сприяли б відновленню енергії. Ці інструменти, засновані на моделі BASIC Ph, можуть мати значний вплив на життєстійкість медиків.

Таким чином, ресурсний підхід, реалізований через модель BASIC Ph, є науково обґрунтованим і практично спрямованим інструментом для підтримки лікарів у воєнний час. Він дозволяє не лише допомогти медикам справлятися з поточними викликами, а й зміцнити їхні ресурси для довгострокової адаптації. У наступному підрозділі буде розглянуто, як ці ідеї можна втілити в тренінговій програмі для медичних працівників.

3.2. Розробка тренінгової програми розвитку ресурсів життєстійкості лікарів

Тренінгові програми є важливим інструментом розвитку життєстійкості у різних категорій населення. Історично тренінги, спрямовані на підвищення стресостійкості, були започатковані ще Мадді у 1980-х роках і з того часу значно еволюціонували. Сучасні тренінги включають комплексний підхід, що поєднує психоемоційну підтримку, когнітивно-поведінкові техніки, розвиток навичок саморегуляції та соціальної підтримки (Монографія Кокун, 2021, с. 163).

Застосування таких тренінгів у військовому та кризовому контекстах доводить їхню ефективність у формуванні адаптивних ресурсів і зниженні рівня психоемоційного вигорання. Висновки досліджень свідчать про позитивний вплив тренінгів на підвищення загальної життєстійкості, покращення емоційного стану та підвищення професійної мотивації у медичних працівників і військових (Монографія Кокун, 2021, с. 169–172).

Таким чином, тренінги є не лише інструментом навчання, а й важливим ресурсом підтримки, що формує унікальний набір навичок, необхідних для адаптації в екстремальних умовах. Їх інтеграція в систему професійної підготовки сприяє підвищенню психологічної стійкості та якості життя працівників у стресогенних сферах діяльності.

З часу формулювання концепції життєстійкості в дослідженнях Мадді (Maddi, 2015) були розроблені спеціалізовані тренінги, спрямовані на розвиток ключових компонентів цієї психологічної якості — залученості, відчуття контролю та сприйняття життєвих викликів. Вони успішно застосовувалися як у цивільних, так і у військових контекстах, що підтверджує їхню ефективність у зниженні рівня стресу та підвищенні адаптивних можливостей особистості. Застосування цих тренінгів у різних соціальних і кризових ситуаціях було докладно описано у працях Кокуна (2020, с. 163, 169, 172), де підкреслюється важливість системного підходу до розвитку життєстійкості через поєднання теоретичних знань і практичних навичок. Ці напрацювання створюють міцний фундамент для моделей, таких як BASIC Ph Лахада, які інтегрують мультिकанальний підхід до адаптації особистості у стресових умовах.

Лікарі, які працюють у напружених умовах, потребують практичних інструментів для зміцнення життєстійкості та запобігання професійному вигоранню. У попередньому підрозділі ми обґрунтували ресурсний підхід і модель BASIC Ph Мулі Лахада як основу для підтримки медичних працівників. На основі цих ідей ми розробили тренінгову програму, спрямовану на розвиток психологічних ресурсів лікарів, з урахуванням їхніх викликів, таких як емоційне виснаження, ізоляція та обмежений час на

відновлення. Програма базується на шести каналах копінгу моделі BASIC Ph — переконаннях, емоціях, соціальній взаємодії, уяві, мисленні та фізичній активності — і пропонує практичні техніки для їхнього зміцнення (Lahad, 1997; Marciano et al., 2024).

Метою тренінгу є підвищення життєстійкості лікарів шляхом активізації їхніх ресурсів. Ми вважаємо, що програма має бути доступною, гнучкою та орієнтованою на реальні потреби медиків. У нашому дослідженні лікарів ми виявили, що багато хто з них відчуває ізоляцію через брак спілкування з колегами та труднощі з регуляцією емоцій. Ці спостереження визначили акцент програми на розвитку каналів соціальної взаємодії та емоцій, хоча ми прагнули охопити всі канали копінгу для комплексної підтримки.

Програма спирається на ресурсний підхід, який, за Стівеном Хобфоллом, наголошує на накопиченні психологічних і соціальних ресурсів для протидії стресу (Хобфолл, 1989). Лікарі втрачають ресурси через хронічну втому, травматичні події та нестачу підтримки, що підвищує ризик вигорання. Модель BASIC Ph пропонує структуру для відновлення цих ресурсів, дозволяючи адаптувати підтримку до індивідуальних особливостей. У дослідженні Ігоря Турлакова підкреслюється, що групові форми роботи сприяють зниженню ізоляції та підвищенню адаптивності (Турлаков, 2023). Ми врахували ці висновки, обравши груповий формат тренінгу.

Дослідження Бегеза показує, що сенсожиттєві орієнтації та емоційна регуляція є ключовими для адаптації до травматичних подій (Бегеза, 2020). Для лікарів це означає, що тренінг має допомогти усвідомити значення їхньої роботи (канал переконань) і навчитися справлятися з емоційним напруженням (канал емоцій). У нашому дослідженні ми помітили, що медики з низькою соціальною підтримкою частіше відчувають втому, що підкреслює важливість каналу соціальної взаємодії.

Програма також інтегрує ідеї методики життєстійкості за Мадді, використаної в нашому дослідженні. Компоненти залученості, контролю та виклику перегуковуються з каналами BASIC Ph: залученість відповідає

переконанням, контроль — мисленню, виклик — уяві. Ми вважаємо, що поєднання цих підходів дозволяє створити цілісну програму для підтримки життєстійкості.

Програма розрахована на 6 групових занять, кожне тривалістю 2 години, що проводяться щотижня. Такий формат обрано з урахуванням напруженого графіка лікарів і потреби в поступовому засвоєнні навичок. Кожне заняття присвячене розвитку одного з каналів копінгу, хоча вправи часто охоплюють кілька каналів. Таким чином, особливості програми ми згрупували у таблицю нижче (Табл. 3.1).

Табл. 3.1.

Особливості тренінгової програми

Особливості програми	Коментар
Груповий формат	Участь 8–12 лікарів у групі сприяє соціальній взаємодії та зниженню ізоляції
Практична спрямованість	Вправи прості, адаптовані до умов роботи медиків і не потребують спеціальної підготовки
Гнучкість	Тренер може коригувати зміст залежно від потреб учасників

Психологічний тренінг для лікарів за моделлю BASIC Ph, спрямований на розвиток стресостійкості та ресурсності, триває 4 години та включає вступну, основну та завершальну частини з практичними вправами для подолання стресу. Кожен етап тренінгу сприяє формуванню навичок саморегуляції та використання внутрішніх і зовнішніх ресурсів у професійній діяльності.

Контент шести днів програми може виглядати наприклад так (Табл. 3.2).

Табл. 3.2.

Теоретичні основи тренінгової програми для лікарів

Канал копію	Мета	Вправи	Очікуваний результат	Теоретичне обґрунтування
Переконання	Усвідомлення сенсу роботи, зміцнення віри в її значення	Групові дискусія «Що мотивує нас залишатися лікарями?»; створення «карти цінностей»	Зміцнення каналу переконань, підвищення залученості	Сенсожиттєві орієнтації є ключовим ресурсом (Бегеза, 2020)
Емоції	Навчання розпізнаванню та регуляції емоцій	Техніка «Щоденник почуттів»; вправа «Тиха гавань» для зниження тривоги	Розвиток емоційної регуляції, зменшення стресу	Емоційна регуляція запобігає вигоранню (Бегеза, 2020)
Соціальна взаємодія	Зміцнення соціальних зв'язків	Вправа «Ланцюг підтримки» (обмін досвідом); створення «мережі контактів»	Зниження ізоляції, зміцнення соціальної взаємодії	Групові підтримка знижує ізоляцію (Турлаков, 2023)
Уява	Розвиток здатності створювати позитивні образи	Візуалізація «Світле майбутнє»; творча вправа «Лист собі через рік»	Розвиток каналу уяви, підвищення надії	Уява мотивує в кризових умовах (Lahad, 1997)
Мислення	Навчання ефективному вирішенню проблем	Техніка «Чотири кроки до рішення»; брейнштормінг «Робота з обмеженими ресурсами»	Зміцнення каналу мислення, підвищення контролю	Контроль є компонентом життєстійкості (Мадді, 2001)
Фізична активність	Зняття фізичної напруги	Дихальна гімнастика; вправи розтяжки для перерв	Розвиток фізичної активності, зниження втоми	Фізична активність відновлює ресурси (Хобфолл, 1989)

Приклад реалізації тренінгової програми для розвитку лікарів з етапами, змістом, описом і таймінгом можна побачити у Додатку Г.

Тренінг проводитиметься психологом із досвідом роботи в кризових умовах. Заняття можуть відбуватися в лікарнях або онлайн, залежно від

безпекової ситуації, щоб забезпечити доступність для медиків, зокрема в прифронтових зонах. Ми вважаємо, що онлайн-формат є ефективним для лікарів, які не можуть відвідувати очні заняття. Тривалість програми (6 тижнів) дозволяє учасникам поступово засвоювати навички та застосовувати їх у роботі.

Для оцінки ефективності програми ми пропонуємо комбінований підхід, який включає модель BASIC Ph і методику життєстійкості за Мадді (Табл.3.3).

Табл. 3.3

Оцінка ефективності програми

Оцінка за методикою	Обґрунтування
BASIC Ph	Адаптований опитувальник, заснований на моделі BASIC Ph, дозволить оцінити зміни в шести каналах копіngu (наприклад, чи зросла частота використання соціальної взаємодії). Це логічно, оскільки програма базується на цій моделі, і дає змогу перевірити її цільову ефективність.
Мадді	Методика життєстійкості, використана в нашому дослідженні лікарів, вимірюватиме зміни в рівнях залученості, контролю та виклику до і після тренінгу. Це забезпечує об'єктивність і відповідає академічним стандартам.
Зворотній зв'язок	Опитування після кожного заняття для оцінки суб'єктивного сприйняття учасниками (наприклад, «Чи допомогло заняття знизити напругу?»).

Ми вважаємо, що поєднання BASIC Ph і методики Мадді є доречним, оскільки дозволяє оцінити ефективність програми як із позиції її теоретичної основи, так і через стандартизований інструмент. Це також знижує ризик упередженості, пов'язаної з використанням лише BASIC Ph.

Очікується, що тренінг підвищить життєстійкість лікарів, знизить рівень стресу та ізоляції, а також допоможе запобігти професійному вигоранню. Ми вважаємо, що розвиток усіх шести каналів копінгу сприятиме комплексному зміцненню ресурсів. Наприклад, у нашому дослідженні ми виявили, що лікарі з низькою соціальною підтримкою частіше відчують емоційне виснаження, тож зміцнення каналу соціальної взаємодії може мати значний ефект.

Програма може зіткнутися з певними викликами. По-перше, напружений графік лікарів може ускладнити їхню участь. Ми пропонуємо проводити заняття в зручний час або використовувати онлайн-формат. По-друге, деякі медики можуть скептично ставитися до психологічної підтримки через стигму. Для цього ми рекомендуємо залучати тренерів із медичним досвідом, які краще розуміють специфіку роботи лікарів. По-третє, безпекові ризики в прифронтових зонах можуть обмежувати очні заняття, що підкреслює важливість гнучкого формату.

Висновки до розділу III

У третьому розділі виконано завдання щодо розробки практичних рекомендацій для зміцнення життєстійкості лікарів в умовах воєнного стану. У підрозділі 3.1 ми обґрунтували ресурсний підхід і модель BASIC Ph, яка через шість каналів копінгу (переконання, емоції, соціальна взаємодія, уява, мислення, фізична активність) допомагає зміцнювати ресурси медиків.

У підрозділі 3.2 ми розробили тренінгову програму з шести групових занять, адаптовану до потреб лікарів, зокрема ізоляції та стресу. Програма включає вправи для розвитку всіх каналів копінгу і пропонує гнучкий формат (очний або онлайн). Ми вважаємо, що вона може знизити ризик вигорання та підвищити життєстійкість медиків, а її ефективність можна оцінити за BASIC Ph і методикою Мадді.

ВИСНОВКИ

У процесі виконання кваліфікаційної роботи були досягнуті всі поставлені завдання, що дозволило реалізувати мету дослідження - виявити ресурси життєстійкості лікарів, які працюють в умовах воєнного стану, а також запропонувати практичні шляхи підтримки їхнього психологічного благополуччя та професійної ефективності.

1. Теоретичний аналіз наукової літератури дозволив встановити, що життєстійкість є ключовим ресурсом адаптації лікарів до екстремальних і кризових умов. Вона охоплює такі особистісні характеристики, як контроль, залученість, готовність до змін, а також пов'язана з такими чинниками, як резильєнтність, смисложиттєві орієнтації, толерантність до невизначеності, соціальна підтримка та емоційна саморегуляція. Теоретичний аналіз підтвердив, що ці ресурси відіграють ключову роль у адаптації лікарів до стресових умов, зокрема в контексті воєнного стану.

У роботі було розглянуто міждисциплінарні підходи, зокрема модель стресу Хобфолла, салютогенну концепцію Антоновського та модель копінгу BASIC Ph Мулі Лахада. Визначено психологічні та соціальні ресурси, які сприяють життєстійкості лікарів в умовах воєнного стану. На основі теоретичного аналізу встановлено, що ключовими психологічними ресурсами є високий рівень самоефективності та емоційна стабільність, а соціальними — підтримка з боку колег, сім'ї та організаційна підтримка в медичних закладах. Ці ресурси допомагають лікарям справлятися з психоемоційним перевантаженням і знижувати ризик професійного вигорання в умовах війни.

2. Емпіричне дослідження, проведене на вибірці з 77 лікарів, підтвердило теоретичні положення. Проведене дослідження дозволило виявити структурні особливості життєстійкості лікарів, які працюють в умовах воєнного стану, та визначити психологічні ресурси, що сприяють її підтриманню. Застосування комплексу валідних психодіагностичних методик (шкала Коннора–Девідсона, опитувальник життєстійкості Мадді,

сенсожиттєві орієнтації, BASIC Ph, інтолерантність до невизначеності) забезпечило цілісне бачення досліджуваного феномену.

3. Отримані результати свідчать про загалом сформовану життєстійкість вибірки, помірну чутливість до невизначеності, високий рівень резильєнтності та наявність виражених адаптаційних стратегій, передусім когнітивної. Водночас виявлено слабкість емоційної модальності, що може свідчити про тенденцію до емоційного дистанціювання як професійного захисного механізму.

Кореляційний аналіз підтвердив взаємозв'язок між компонентами життєстійкості, резильєнтністю, сенсожиттєвими орієнтаціями та рівнем інтолерантності до невизначеності. Встановлено, що залученість, контроль і схильність до прийняття ризику суттєво пов'язані з глибиною смислових структур, емоційною стабільністю та адаптивністю у невизначених умовах.

Регресійні моделі продемонстрували добру пояснювальну здатність і виявили низку предикторів життєстійкості. Зокрема, процесуальне ставлення до життя, когнітивні та фізичні ресурси, а також зниження інтолерантності до невизначеності відіграють ключову роль у формуванні відповідних компонентів життєстійкості.

Порівняльний аналіз за статтю виявив наступні відмінності: жінки-лікарі частіше використовують соціалізацію як ресурс, тоді як чоловіки демонструють вищий рівень контролю. Ці розбіжності можуть бути зумовлені соціокультурними ролями, гендерною соціалізацією та особливостями реагування на стрес у воєнний час.

Таким чином, результати не лише підтверджують гіпотези дослідження, але й формують науково обґрунтовану базу для розробки програм психологічної підтримки лікарів. Виявлені психологічні ресурси можуть бути використані як мішені для інтервенцій, спрямованих на збереження професійної ефективності та психічного благополуччя медичних працівників в умовах тривалої кризи.

4. Практичним результатом дослідження стала розробка

рекомендацій для тренінгової програми підтримки життєстійкості лікарів. Вона включає елементи психопросвіти, вправи на розвиток базових копінг-ресурсів (переконання, емоції, соціальна взаємодія, уява, мислення, фізична активність), а також практики усвідомленості та роботи зі смислами. Програма адаптована до можливого онлайн-формату, що робить її застосовною в умовах воєнного стану.

Практична значущість роботи полягає в тому, що її результати можуть бути використані психологічними службами медичних установ для профілактики емоційного вигорання та збереження працездатності персоналу. Запропоновані підходи можуть бути адаптовані для широкого кола медичних працівників - як у тилу, так і в зонах бойових дій.

Таким чином, ця робота є внеском у розуміння психологічних ресурсів лікарів у воєнному контексті та пропонує конкретні кроки до їх зміцнення.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Барковська, Т. В. Особливості емоційного вигорання медичних працівників під час війни. Сучасна медицина, фармація та психологічне здоров'я, 2022, № 1(8), с. 23–28. <https://dspace.znu.edu.ua/jspui/handle/12345/10510>
2. Бегеза, Л. (2020). Психологічні особливості емоційного вигорання лікарів. Психологічні перспективи, (36), 37–48. <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2020-36-37-48>
3. Боковець, О. М. (2023). Ресурси життєстійкості особистості в умовах війни. Вісник Національного технічного університету України «Київський політехнічний інститут». Серія: Філософія. Психологія, (1), 1–10. <https://ela.kpi.ua/server/api/core/bitstreams/022d27e4-6758-49d2-b36f-cc78f7c0dbbb/content>
4. Величко, В., Данильчук, Г., Лагода, Д., та ін. (2022). Оцінка впливу війни на психологічний стан лікарів-інтернів Південного регіону України. Сучасна медицина, фармація та психологічне здоров'я, 1(8), 16–22. <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2022-1-2>
5. Гавриловська, К. П. (2020). Модель BASIC Ph у роботі психолога. У Розвиток обдарованої особистості в освітньому просторі: ціннісний вимір: тези доповідей X наук.-практ. семінару (Київ, 15 травня 2020 р., с. 14–15). Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України. http://eprints.zu.edu.ua/31196/1/Havrylovska_BASIC%20Ph.pdf
6. Громова, Г. М. (2022). Толерантність до невизначеності як чинник трансформації травматичного досвіду особистості (дис. доктора філософії з психології). Київ: Інститут соціальної та політичної психології НАПН України. <https://ispp.org.ua/2022/07/05/gromova-g-m-tolerantnist-do-nevznachenosti-yak-chinnik-transformaciii-travmatichnogo-dosvidu-osobistosti-disertaciya/>

7. Громова, Г. М., Данчук, Ю. В. (2021). Інструменти вимірювання толерантності до невизначеності: адаптація тесту «Шкала інтолерантності до невизначеності» Н. Карлтона. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки, (2), 27–34. https://www.researchgate.net/publication/353992544_Instrumenti_vimiruvanna_tolerantnosti_do_neviznacennosti_Adaptacia_testu_Skala_intolerantnosti_do_neviznacennosti_N_Karletona
8. Жук, О., Шкарлатюк, К. Інноваційні підходи до формування життєстійкості в громаді. *Psychology Travelogs*, 2025, вип. 1, с. 275–288. <https://doi.org/10.31891/PT-2025-1-27>
9. Журавльова, Л. П. Розвиток адаптивної життєстійкості у молоді в умовах нестабільності. *Вісник психології та педагогіки*, 2024, т. 8, № 1, с. 78–92.
10. Журавльова, Л. П., Коваленко, О. С., Матвійчук, І. В. Адаптація опитувальника ARI для оцінки адаптивної життєстійкості молоді. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Серія: Психологія*, 2024, № 1(10), с. 34–42. DOI: 10.17721/BPS.2024.1.5.
11. Запека, Я. Г. (2019). Емпіричне дослідження життєстійкості студентів. *Науковий вісник Херсонського державного університету*, 87, 1–11. <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2019-4-11>
12. Коваленко, Л. В., Левицька, О. С. Соціальна підтримка як фактор зниження стресу серед медичних працівників в умовах воєнного стану. *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: Психологія*, 2023, т. 1, № 2, с. 33–39.
13. Козирєва, О. В. Психологічні аспекти професійної діяльності медичних працівників в умовах реформування системи охорони здоров'я. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Серія: Психологія*, 2019, № 1, с. 25–30.

14. Коkun, О. М. Психологічна життєстійкість у військовослужбовців: методики оцінки та тренінгові підходи. *Психологія і суспільство*, 2021, т. 13, № 2, с. 45–60.
15. Коkun, О. М., Агаяев, Н. А., Пішко, І. О. Психометричні характеристики української адаптації DRS-15. *Психологічний журнал*, 2021, т. 7, № 2, с. 45–53. DOI: 10.31108/1.2021.7.2.4.
16. Коkun, О. М., Іванова, Т. В., Шевченко, І. П. (2020). Адаптація шкали диспозиційної життєстійкості (DRS-15) для оцінки стресостійкості військовослужбовців. *Психологічні дослідження*, 13(2), 45–57.
17. Коkun, О. М., Корніяка, О. М., Гуменюк, Г. В., та ін. (2024). Психофізіологічне забезпечення життєстійкості фахівців соціономічних професій в умовах воєнного стану та післявоєнного відновлення (практичний посібник). Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України.
18. Корнева, А. (2024). Життєстійкість як феномен сучасної психології: Поняття, структура, функції. *Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом*. *Психологія*, 4(65), 31–34. <https://doi.org/10.32689/maup.psych.2024.4.5>
19. Любінець, Л., Шведа, Г., Качмарська, М. Ступінь тривожності в середнього медичного персоналу під час воєнного стану в Україні. *Україна. Здоров'я нації*, 2023, № 3, с. 80–84. <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2023.3/13>
20. Млиниська, М., & Гасюк, М. (2019). Синдром «емоційного вигорання» у медичного персоналу. *Молодий вчений*, (10(74)), 87–91. <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2019-10-74-87>
21. Некрасова, Н. О., Маркова, М. В., Коростій, В. І., & Дарій, І. В. (2024). Стосовно імплементації зарубіжних психотерапевтичних підходів у систему охорони психічного здоров'я населення України в умовах війни. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*, 4(1), 94–95. <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2024-23-10>

22. Олефір, В. О., Кузнєцов, М. А., & Павлова, А. В. (2013). Коротка версія тесту життєстійкості. Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. Серія: Психологія, 45(2), 22–24.
23. Паливода, Л. І. (2023). Механізми психологічного захисту та копінг-стратегій у подоланні стресу. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія, (3), 76–79. <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2023.3.15>
24. Пархоменко, Ю. А., Гринько, Н. В., & Козлов, С. В. (2012). Професійне вигорання медичних працівників хірургічного профілю. Вісник проблем біології і медицини, 4, 112–117.
25. Підлісецька, О. В., Гринь, Т. С., & Шевченко, А. М. (2023). Психологічна витривалість як чинник адаптації до стресу: адаптація PES в Україні. Проблеми сучасної психології, 58, 88–104. <https://doi.org/10.32626/2227-6246.2023-58.88-104>
26. Слюсаревський, М. М. (2022). Соціально-психологічний стан українського суспільства в умовах повномасштабного російського вторгнення: нагальні виклики і відповіді. Вісник Національної академії педагогічних наук України, 4(1), 1–11. <https://doi.org/10.37472/v.naes.2022.4124>
27. Титаренко, Т. М. (2019). Психологія життєстійкості особистості. Київ, Україна: Інститут соціальної та політичної психології НАПН України. https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/9065/1/Zhiznestoykost_lichnosti.pdf
28. Толмачевська, В. О. (2021). Особливості психоемоційного напруження у медичних працівників з урахуванням гендерних факторів та медичного стажу роботи. Матеріали науково-практичної конференції, 165–170. <https://dspace.onu.edu.ua/items/413a2ee8-ee79-4b32-8ef1-ee84b247a710>
29. Турлаков, І. В. (2023). Психологічні особливості адаптації особистості до кризових станів [Дисертація на здобуття ступеня кандидата психологічних наук: спеціальність 19.00.01]. Одеса: Одеський національний університет імені І. І. Мечникова. 210 с.

30. Хімюн, Л. В., Коробейнікова, Л. А., Слободянюк, О. В. Психологічні особливості професійного стресу лікарів загальної практики – сімейної медицини. *Медична психологія*, 2021, № 2, с. 15–22.
31. Хімюн, Л. В., Яценко, О. Б., Данилюк, С. В., Климась, І. В. Професійний стрес та стан здоров'я лікарів загальної практики – сімейної медицини (пілотне дослідження). Київ: Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, 2022.
32. Чиханцова, О. А. (2020). Ціннісно-смилова сфера як детермінанта життєстійкості особистості. *Проблеми сучасної психології*, 49, 121–130.
33. Школіна Н.В., Шаповал І.І., Орлова І.В., Кедик І.О., Станіславчук М.А. (2020). Адаптація та валідація україномовної версії Шкали стресостійкості Коннора — Девідсона-10 (CD-RISC-10): апробація у хворих на анкілозивний спондиліт. *Український ревматологічний журнал*, 2(80), 6–7. <https://doi.org/10.32471/rheumatology.2707-6970.80.15236>
34. Abdulmohdi, N. The relationships between nurses' resilience, burnout, perceived organisational support and social support. *Nursing Open*, 2024, vol. 11, e2036. <https://doi.org/10.1002/nop2.2036>.
35. Alonazi O, Alshowkan A, Shdaifat E. The relationship between psychological resilience and professional quality of life among mental health nurses: a cross-sectional study. *BMC Nurs.* 2023 May 29;22(1):184. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01346-1>.
36. Alquist J. L., Baumeister R. F. (2023). Dealing with uncertain situations. *Journal of Positive Psychology*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/17439760.2023.2281668>
37. Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. Jossey-Bass.
38. Antonovsky, A. (2020). The salutogenic model as a theory to guide health. *Health Promotion International*, 11(1), 11–18. <https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>

39. Bakker, A. B., Demerouti, E. Job demands-resources theory: Taking stock and looking forward. *Journal of Occupational Health Psychology*, 2017, vol. 22, no. 3, pp. 273–285. <https://doi.org/10.1037/ocp0000056>
40. Bandura, A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 1977, vol. 84, no. 2, pp. 191–198. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
41. Campbell-Sills, L., Stein, M. B. Psychometric analysis and refinement of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of Traumatic Stress*, 2007, vol. 20, no. 6, pp. 1019–1028. <https://doi.org/10.1002/jts.20271>.
42. Carleton, R. N. (2016). Into the unknown: A review and synthesis of contemporary models involving uncertainty. *Journal of Anxiety Disorders*, 39, 30–43. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.02.007>
43. Carleton, R. N., Norton, M. A. P. J., & Asmundson, G. J. G. (2007). Fearing the unknown: A short version of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(1), 105–117. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.03.014>
44. Chen, M., Yin, Y., Hu, S., Wang, J. Psychological resilience and related factors among primary care workers in Wuhan, China: A cross-sectional study. *Heliyon*, 2024, vol. 10, no. 11, e31918. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e31918>.
45. Chudzicka-Czupała, A., Hapon, N., Chiang, S. K., Żywiółek-Szeja, M., Karamushka, L., Lee, C. T., Grabowski, D., Paliga, M., Rosenblat, J. D., Ho, R., McIntyre, R. S., & Chen, Y. L. (2023). Depression, anxiety and post-traumatic stress during the 2022 Russo-Ukrainian war: A comparison between populations in Poland, Ukraine, and Taiwan. *Scientific Reports*, 13(1), Article 3602. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-28729-3>
46. Cohen, O., Goldberg, A., Lahad, M., & Aharonson-Daniel, L. (2017). Building resilience: The relationship between information provided by municipal authorities during emergency situations and community resilience. *Technological*

Forecasting and Social Change, 121, 119–125.
<https://doi.org/10.1016/j.techfore.2016.11.008>

47. Connor, K. M., Davidson, J. R. T. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 2003, vol. 18, no. 2, pp. 76–82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>.

48. Cooke, G. P. E., Doust, J. A., & Steele, M. C. (2013). A survey of resilience, burnout, and tolerance of uncertainty in Australian general practice registrars. *BMC Medical Education*, 13, 2. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-13-2>

49. Crumbaugh, J. C., Maholick, L. T. An experimental study in existentialism: The psychometric approach to Frankl's concept of noogenic neurosis. *Journal of Clinical Psychology*, 1964, vol. 20, pp. 200–207. URL: <https://vseosvita.ua/library/test-smislozittevih-orientacij-dzejmsa-krambo-i-leonarda-maholika-22765.html> (дата звернення: 23.05.2025).

50. Di Trani, M., Mariani, R., Ferri, R., De Berardinis, D., & Frigo, M. G. (2021). From resilience to burnout in healthcare workers during the COVID-19 emergency: The role of the ability to tolerate uncertainty. *Frontiers in Psychology*, 12, 646435. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.646435>

51. Diakunchak, Y., Kovalenko, A., Romaniuk, P., & Tsyben, A. (2024). Leadership and resilience: A viewpoint of Ukrainian doctors. *BMJ Leader*, 8(1), 1–4. <https://doi.org/10.1136/leader-2023-000764>

52. Doruk, A., Dügenci, M., Ersöz, F., & Öznur, T. (2015). Intolerance of uncertainty and coping mechanisms in nonclinical young subjects. *Noro Psikiyatri Arsivi*, 52(4), 400–405. <https://doi.org/10.5152/npa.2015.8778>

53. Foa, E. B., Cahill, S. P., Boscarino, J. A., Hobfoll, S. E., Lahad, M., McNally, R. J., & Solomon, Z. (2005). Social, psychological, and psychiatric interventions following terrorist attacks: Recommendations for practice and research. *Neuropsychopharmacology*, 30(10), 1806–1817. <https://doi.org/10.1038/sj.npp.1300815>

54. Haque, U., Naeem, A., Wang, S. The human toll and humanitarian crisis of the Russia-Ukraine war: the first 162 days. *BMJ Global Health*, 2022, vol. 7, no. 9, e009550. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-009550>.
55. Hobfoll, S. E. Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 1989, vol. 44, no. 3, pp. 513–524. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.3.513>
56. Kang, H., Esterlis, I., Chobanian, A. V., Fischer, I. C., Vus, V., & Pietrzak, R. H. (2023). Perceived mental health of psychosocial support professionals in Ukraine. *Psychiatry Research*, 326, 115320. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115320>
57. Kang, H., Fischer, I. C., Vus, V., Esterlis, I., & Pietrzak, R. H. (2024). Psychological resilience of mental health workers during the Russia-Ukraine War: Implications for clinical interventions. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 26(5), 24m03761. <https://doi.org/10.4088/PCC.24m03761>
58. Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007–1022. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.6.1007>
59. Kimhi, S., & Shamai, M. (2004). Community resilience and the impact of stress: Adult response to Israel's withdrawal from Lebanon. *Journal of Community Psychology*, 32(4), 439–451. <https://doi.org/10.1002/jcop.20012>
60. Kobasa, S. C., Maddi, S. R., & Kahn, S. (1982). Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42(1), 168–177. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.42.1.168>
61. Korda, M., Shulhai, A., Shevchuk, O., Shulhai, O., & Shulhai, A. M. (2025). Psychological well-being and academic performance of Ukrainian medical students under the burden of war: A cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, 12, Article 1457026. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1457026>
62. Lahad, M. (1997). *BASIC Ph: The story of coping resources*. Kiryat Shmona, Israel: Community Stress Prevention Centre. <https://www.hhri.org/publication/basic-ph-the-story-of-coping-resources/>

63. Lahad, M. (2018). Resilience and coping mechanisms in high-stress environments: Insights from northern Israel. *Journal of Traumatic Stress, 31*(5), 645–652. <https://doi.org/10.1002/jts.22345>
64. Lahad, M. (2019). Adaptive resilience in crisis zones: A case study of psychological support systems. *International Journal of Emergency Mental Health, 21*(3), 12–19. <https://doi.org/10.4172/1522-4821.1000456>
65. Lahad, M., & Ayalon, O. (2013). *The "BASIC PH" Model of Coping and Resiliency: Theory, Research and Cross-Cultural Application*. Jessica Kingsley Publishers.
66. Lahad, M. Community resilience and coping in prolonged conflict zones. *International Journal of Emergency Mental Health, 2019, vol. 21, no. 1, pp. 45–52.*
67. Leykin, D., Lahad, M., Cohen, O., Goldberg, A., & Aharonson-Daniel, L. (2016). The dynamics of community resilience between routine and emergency situations. *International Journal of Emergency Management, 12*(1), 52–66. https://www.researchgate.net/publication/291390048_The_dynamics_of_Community_Resilience_between_routine_and_emergency_situations
68. Maddi, S. R. (2002). The story of hardiness: Twenty years of theorizing, research, and practice. *Consulting Psychology Journal, 54*(3), 173–185. <https://doi.org/10.1037/1061-4087.54.3.173>
69. Maddi, S. R. (2006). Hardiness: The courage to grow from stresses. *The Journal of Positive Psychology, 1*(3), 160–168. <https://doi.org/10.1080/17439760600619609>
70. Maddi, S. R. (2015). Hardiness as a pathway to resilience under stress. In S. Joseph (Ed.), *Positive Psychology in Practice: Promoting Human Flourishing in Work, Health, Education, and Everyday Life* (pp. 579–590). Wiley.
71. Marciano, H., Kimhi, S., Eshel, Y. et al. Resilience and coping during protracted conflict: a comparative analysis of general and evacuees populations. *Isr J Health Policy Res 13, 56* (2024). <https://doi.org/10.1186/s13584-024-00642-8>

72. Martsenkovskiy, D., Karatzias, T., Hyland, P. The Ukrainian paediatric mental health system: challenges and opportunities from the Russo-Ukrainian war. *The Lancet Psychiatry*, 2022, vol. 9, no. 7, pp. 533–535. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00158-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00158-9)
73. Masten, A. S., & Barnes, A. J. (2018). Resilience in children: Developmental perspectives. *Children*, 5(7), 98. <https://doi.org/10.3390/children5070098>
74. McCann, C. M., Beddoe, E., McCormick, K., Huggard, P., Kedge, S., Adamson, C., & Huggard, J. (2013). Resilience in the health professions: A review of recent literature. *International Journal of Wellbeing*, 3(1), 60–81. <https://doi.org/10.5502/ijw.v3i1.4>
75. McElroy, E., Hyland, P., Shevlin, M., Karatzias, T., Vallières, F., & Ben-Ezra, M. (2024). Change in child mental health during the Ukraine war: Evidence from a large sample of parents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 33(5), 1495–1502. <https://doi.org/10.1007/s00787-023-02255-z>
76. Mittelmark, M. B., & Bull, T. (2013). The salutogenic model of health in health promotion research. *Health Promotion International*, 28(3), 440–442. <https://doi.org/10.1093/heapro/das011>
77. Mittelmark, M. B., Sagy, S., Eriksson, M., Bauer, G. F., Pelikan, J. M., Lindström, B., & Espnes, G. A. (Eds.). (2017). *The handbook of salutogenesis*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6>
78. Morse JM, Kent-Marvick J, Barry LA, et al. Developing the Resilience Framework for Nursing and Healthcare. *Global Qualitative Nursing Research*. 2021;8. <https://doi.org/10.1177/23333936211005475>
79. Piotrowski, A., Boe O, Sygit-Kowalkowska, E., et al. Women during the war - stress, resilience and self-efficacy during the Russian-Ukrainian war (May 2022) among women from Ukraine, Poland, Slovakia and Romania. *European Psychiatry*. 2023;66(S1):S649-S649. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.1350>
80. Popova, I., Kryshchyn-Dylevych, A., Bilous, T., Boychuk, T., Kaminsky, D., Amiel, J., & Powell, D. (2025). Educating health professionals

during a crisis: Learning from Ukrainian educators in a time of war. *NAM Perspectives*. <https://doi.org/10.31478/202501a>

81. Querstret, D., Morison, L., Dickinson, S., Cropley, M., & John, M. (2020). Mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy for psychological health and well-being in nonclinical samples: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Stress Management*, 27(4), 394–411. <https://doi.org/10.1037/str0000165>

82. Schulenberg, S. E. та ін. The Purpose in Life Test-Short Form: Development and Psychometric Support. *Journal of Happiness Studies*, 2011, vol. 12, no. 5, pp. 861–876. <https://doi.org/10.1007/s10902-010-9231-9>.

83. Seleznova, V., Pinchuk, I., Feldman, I. The battle for mental well-being in Ukraine: mental health crisis and economic aspects of mental health services in wartime. *International Journal of Mental Health Systems*, 2023, vol. 17, no. 1, p. 28. <https://doi.org/10.1186/s13033-023-00598-3>.

84. Shanafelt, T., Ripp, J., & Trockel, M. (2020). Understanding and addressing sources of anxiety among health care professionals during the COVID-19 pandemic. *JAMA*, 323(21), 2133–2134. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.5893>

85. Southwick, S. M., & Charney, D. S. (2018). *Resilience: The science of mastering life's greatest challenges* (2nd ed.). Cambridge University Press.

86. Sydorenko, A. Y., Kiel, L., & Spindler, H. (2025). Psychosocial challenges of Ukrainian healthcare professionals in wartime: Addressing the need for management support. *Social Science & Medicine*, 364, 117504. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.117504>

87. West, C. P., Dyrbye, L. N., Erwin, P. J., & Shanafelt, T. D. (2018). Interventions to prevent and reduce physician burnout: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 388(10057), 2272–2281. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31279-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31279-X)

88. West, C. P., Dyrbye, L. N., Shanafelt, T. D. Physician burnout: Contributors, consequences and solutions. *Journal of Internal Medicine*, 2018, vol. 283, no. 6, pp. 516–529. <https://doi.org/10.1111/joim.12752>

89. Whitecross, W. M., & Smithson, M. (2023). Open or opposed to unknowns: How do curious people think and feel about uncertainty? *Personality and Individual Differences*, 209, 112210. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2023.112210>
90. Wu, Y., Sang, Z., Zhang, X.-C., & Margraf, J. (2020). The relationship between resilience and mental health in Chinese college students: A longitudinal cross-lagged analysis. *Frontiers in Psychology*, 11, 108. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00108>
91. Zaliska, O. P., Oleshchuk, O., & Forman, R. (2022). Health impacts of the Russian invasion in Ukraine: Need for global health action. *The Lancet*, 399(10334), 1450–1452. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00615-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00615-8).
92. Znakovska, T., Drozdova, Y., Shtefan, L., Liuta, T., & Melnyk, A. (2023). The influence of psychological resilience on emotional burnout among health care workers in war conditions. *Wiadomości Lekarskie*, 76(3), 446–450. <https://doi.org/10.36740/WLek202303111>

ДОДАТКИ

Додаток А

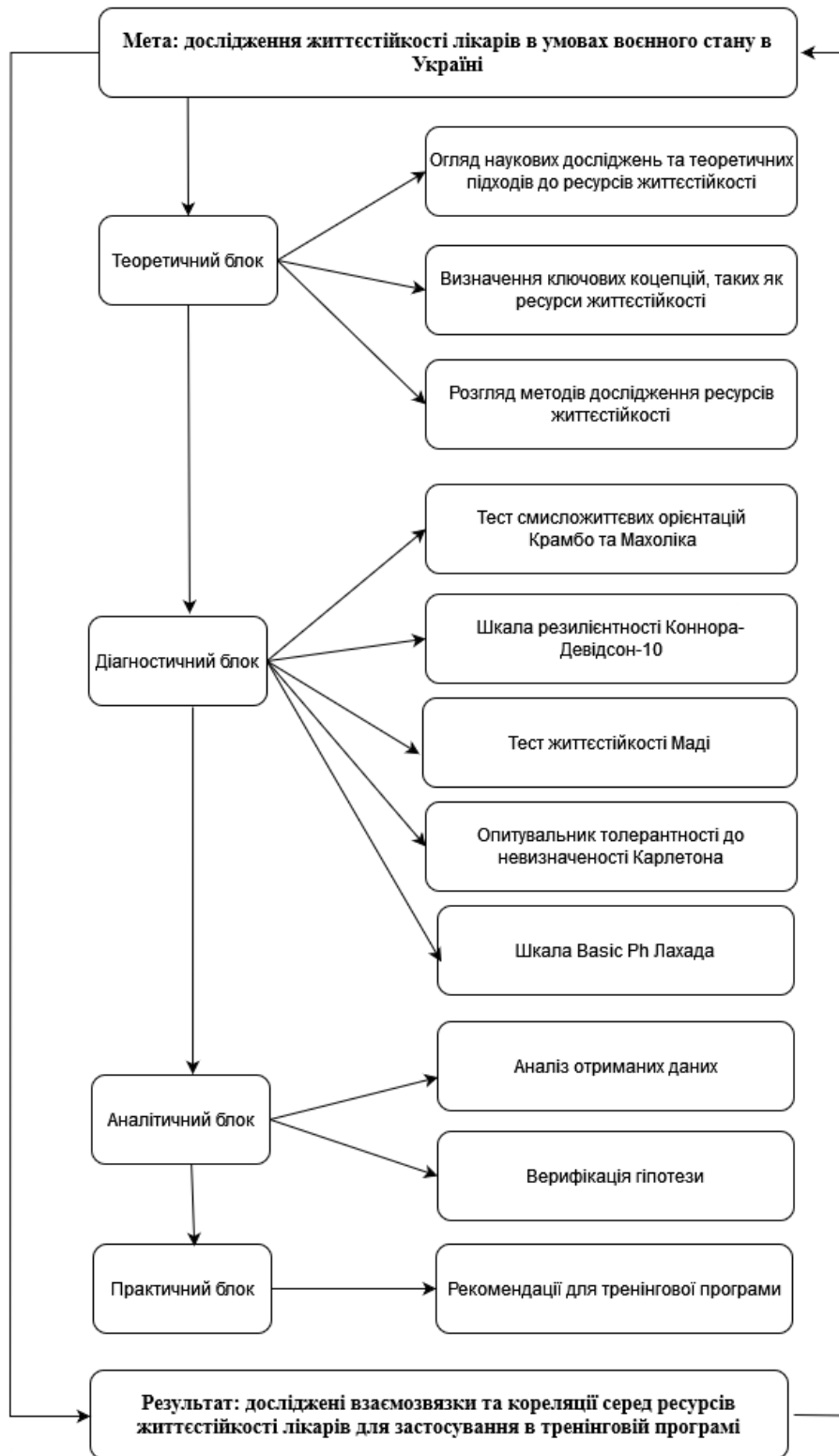


Рис.А.1. Схема дослідження життєстійкості лікарів в Україні

Табл. Б.2

**Результати кореляційного аналізу показників життєстійкості,
резильєнтності і модальностей переживання стресових подій згідно моделі
*BASIC Ph***

		Залученість	Контроль	Прийняття ризику	Резильєнтність	Belief & values	Affect	Socialization	Imagination	Cognition	Physical
Залученість	Pearson's r	—									
	p-value	—									
Контроль	Pearson's r	0.455	—								
	p-value	0.002	—								
Прийняття ризику	Pearson's r	0.625	0.606	—							
	p-value	<.001	<.001	—							
Резильєнтність	Pearson's r	0.613	0.717	0.675	—						
	p-value	<.001	<.001	<.001	—						
Belief & values	Pearson's r	0.284	0.274	0.405	0.333	—					
	p-value	0.069	0.079	0.008	0.031	—					
Affect	Pearson's r	-0.047	-0.088	0.070	-0.042	0.006	—				
	p-value	0.766	0.577	0.662	0.791	0.972	—				
Socialization	Pearson's r	0.338	-0.072	0.261	0.164	0.220	0.280	—			
	p-value	0.029	0.652	0.095	0.298	0.162	0.073	—			
Imagination	Pearson's r	0.085	-0.131	-0.164	0.052	0.204	0.596	0.343	—		
	p-value	0.594	0.409	0.300	0.743	0.195	<.001	0.026	—		
Cognition	Pearson's r	0.428	0.280	0.525	0.453	0.276	0.070	0.570	0.086	—	
	p-value	0.005	0.073	<.001	0.003	0.077	0.660	<.001	0.587	—	
Physical	Pearson's r	0.357	0.269	0.402	0.315	0.283	0.541	0.441	0.492	0.268	—
	p-value	0.020	0.085	0.008	0.042	0.069	<.001	0.003	<.001	0.086	—

Описові статистики для двох вибірок за показниками життєстійкості та резильєнтності

	Group	N	Mean	Median	SD
Залученість	Ж	42	9.40	9.00	2.16
	Ч	35	8.86	9.00	1.72
Контроль	Ж	42	8.05	8.00	2.36
	Ч	35	9.03	10.00	2.47
Прийняття ризику	Ж	42	8.69	9.00	2.69
	Ч	35	9.37	9.00	2.94
Шкала резильєнтності Коннора_Девідсона	Ж	42	26.33	27.00	6.41
	Ч	35	27.71	29.00	5.66

Описові статистики для двох вибірок за шкалами Тесту інтолерантності до невизначеності

	Group	N	Mean	Median	SD
Інтолерантність до невизначеності	Ж	42	34.2	34.5	7.98
	Ч	35	34.8	35.0	7.93
Шкала прогностичної тривоги	Ж	42	21.8	23.0	4.45
	Ч	35	22.2	22.0	5.06
Шкала гнітючої тривоги	Ж	42	12.4	13.0	4.31
	Ч	35	12.6	11.0	4.09

Табл. В.3

**Описові статистики для двох вибірок за показниками осмисленості
життя і смисложиттєвих орієнтацій**

	Group	N	Mean	Median	SD
ОЖ	Ж	42	101.2	103.5	24.32
	Ч	35	101.6	104.0	17.39
Цілі	Ж	42	33.9	34.0	6.32
	Ч	35	33.3	34.0	5.39
Процес	Ж	42	31.6	33.0	6.94
	Ч	35	30.6	31.0	5.44
Результат	Ж	42	24.4	24.0	4.45
	Ч	35	24.6	25.0	5.06
Локус_Я	Ж	42	21.8	22.0	4.21
	Ч	35	20.7	21.0	3.63
Локус_життя	Ж	42	30.9	31.0	7.07
	Ч	35	30.9	34.0	7.69

Табл. В.4.

**Описові статистики для двох вибірок за показниками моделі
стресодолання BASIC Ph**

	Group	N	Mean	Median	SD
Belief & values	Ж	42	19.4	20.5	7.10
	Ч	35	20.6	20.0	5.93
Affect	Ж	42	13.1	12.0	5.63
	Ч	35	13.6	13.0	4.60
Socialization	Ж	42	17.6	19.0	5.67
	Ч	35	13.6	14.0	4.71
Imagination	Ж	42	16.1	14.5	6.66
	Ч	35	14.9	15.0	6.00
Cognition	Ж	42	23.7	24.0	6.65
	Ч	35	25.8	25.0	5.88
Physical	Ж	42	18.7	19.0	6.11
	Ч	35	19.3	20.0	4.93

Практична реалізація тренінгової програми для лікарів

Етапи та зміст	Опис	Час
Знайомство учасників (Вступна частина)	Учасники представляються, діляться короткою інформацією про себе. Мета: створити комфортну атмосферу.	6 хв
Правила групи	Встановлення правил: добровільність, конфіденційність, активність, безоцінковість.	6 хв
Очікування та побоювання	Учасники висловлюють свої очікування від тренінгу та можливі побоювання. Мета: налаштувати на відкриту взаємодію.	6 хв
Вступ до теми	Обговорення понять стресу та важливості розуміння власних способів його подолання.	6 хв
Ознайомлення з моделлю BASIC Ph	Презентація моделі BASIC Ph, пояснення значення кожної літери (Belief, Affect, Social, Imagination, Cognition, Physical) як каналу ресурсів.	6 хв
В / Віра – Обговорення (Основна частина)	Дискусія: «Що для вас є джерелом внутрішньої сили?» Учасники діляться особистими цінностями та переконаннями.	10 хв
В / Віра – Вправа: «Мої цінності»	Індивідуальна робота з визначення ключових цінностей, подальше обговорення в парах.	10 хв
В / Віра – Міні-рефлексія	Учасники аналізують, як їхні цінності допомагають у професійній діяльності лікаря.	10 хв
А / Емоції – Вправа: «Емоційний щоденник»	Учасники записують емоції, які відчували протягом тижня, аналізують їх інтенсивність і тригери.	10 хв
А / Емоції – Групове обговорення	Дискусія: «Як ми справляємося з важкими емоціями?» Обмін досвідом.	10 хв
А / Емоції – Техніки емоційної саморегуляції	Практика методик: дихальні вправи, техніка паузи, самоспівчуття.	10 хв
S / Соціальний канал – Вправа: «Мій круг підтримки»	Візуалізація мережі соціальної підтримки (родина, колеги, друзі).	14 хв
S / Соціальний канал – Міні-дискусія	Обговорення: «Чому лікарям складно просити про допомогу?» Аналіз бар'єрів.	13 хв
S / Соціальний канал – Рольова гра: «Ситуація колегіальної підтримки»	Практика взаємодії в моделюванні реальних ситуацій професійної підтримки.	13 хв
I / Уява – Вправа: «Моє безпечне місце»	Техніка візуалізації для створення внутрішнього ресурсу спокою.	14 хв
I / Уява – Арт-методика	Створення колажу ресурсу (індивідуально або в групах) для активізації творчого потенціалу.	13 хв

I / Уява – Обговорення	Дискусія: «Як творчість може допомогти в кризі?»	13 хв
C / Когніція – Вправа: «Щоденник думок»	Виявлення та трансформація неефективних переконань через аналіз думок.	10 хв
C / Когніція – Методика ABC (за Альбертом Еллісом)	Аналіз подій, думок і їхніх наслідків для зміни фокусу мислення.	10 хв
C / Когніція – Обговорення	Дискусія: «Як змінити фокус мислення в кризі?»	10 хв
Ph / Фізичний канал – Міні-руханка / тілесна вправа	Коротка фізична активність для зняття напруги.	10 хв
Ph / Фізичний канал – Вправа: «Сканування тіла»	Техніка mindfulness для усвідомлення тілесних сигналів стресу.	10 хв
Ph / Фізичний канал – Обговорення	Дискусія: «Як тіло сигналізує про стрес? Які фізичні активності мене підтримують?»	10 хв
Підсумок тренінгу (Завершальна частина)	Рефлексія: «Що відкрили про себе? Який канал для мене головний?»	6 хв
Вправа: «Мій набір ресурсів»	Учасники створюють індивідуальну «аптечку стійкості» з обраними техніками.	6 хв
Зворотний зв'язок	Учасники діляться враженнями від тренінгу.	6 хв
Видача роздаткових матеріалів	Надання практичних вправ і рекомендацій для самостійної роботи.	6 хв
Заключне коло	Учасники висловлюють побажання одне одному для підтримки позитивного настрою.	6 хв