

**КИЇВСЬКИЙ ІНСТИТУТ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА
ПСИХОТЕРАПІЇ**

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему:

**Взаємозв'язок стресостійкості та емоційного вигорання у медичних
працівників в умовах воєнного стану**

Здобувача (ки) 2 курсу КП-244 групи
Спеціальності 053 Психологія
Освітньо-професійна програма
Клінічна психологія
Христини МАНТАЛУЦИ
(прізвище та ініціали)

Керівники

Тетяна РЯХОВСЬКА, доктор філософії в галузі
психології,

Борис ХЕРСОНСЬКИЙ, к.мед.н., доц.
(прізвище та ініціали, вчене звання, науковий ступінь)

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

Протокол №11 від « 22» червня 2026р.

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

Київ–2026

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ.....	15
1.1. Емоційне вигорання як багатовимірний психологічний феномен.....	15
1.2. Індивідуально-психологічні предиктори емоційного вигорання медичних працівників.....	18
1.3. Стресостійкість як ресурсний чинник психологічної адаптації в умовах професійного стресу.....	24
1.4. Невротична симптоматика у структурі психоемоційних наслідків емоційного вигорання.....	27
1.5. Теоретична модель дослідження психологічних детермінант емоційного вигорання медичних працівників.....	30
Висновки до розділу I.....	32
РОЗДІЛ II. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ДЕТЕРМІНАНТ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ.....	34
2.1. Організація емпіричного дослідження та характеристика вибірки.....	34
2.2. Психодіагностичний інструментарій дослідження.....	47
2.3. Методи статистичної обробки даних.....	56
Висновки до розділу II.....	57
РОЗДІЛ III. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ДЕТЕРМІНАНТ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ.....	59
3.1. Описовий аналіз показників емоційного вигорання, перфекціонізму, алекситимії, стресостійкості та невротичної симптоматики.....	59
3.2. Кореляційний аналіз взаємозв'язків між психологічними детермінантами емоційного вигорання.....	71

3.3. Регресійний аналіз психологічних детермінант емоційного вигорання та модераційної ролі стресостійкості.....	78
3.4. Практичні рекомендації щодо профілактики емоційного вигорання та психологічної підтримки медичних працівників.....	84
Висновки до розділу III.....	92
ВИСНОВКИ.....	95
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	99
ДОДАТКИ.....	110

АНОТАЦІЯ

Дослідження присвячене вивченню психологічних детермінант емоційного вигорання медичних працівників. Мета роботи — емпірично дослідити роль перфекціонізму, алекситимії та стресостійкості у формуванні емоційного вигорання і його зв'язок з невротичною симптоматикою. Вибірку склали медичні працівники; для збору даних використано опитувальник вигорання О. Чабана та співавторів, TAS-20, CD-RISC-10, шкалу перфекціонізму В. Шауфелі та DASS-21. Статистична обробка включала кореляційний, множинний регресійний та модераційний аналіз. Встановлено, що алекситимія є значущим предиктором емоційного вигорання, а вигорання позитивно пов'язане з депресією, тривожністю та стресом.

Новизна дослідження полягає у виявленні модераційного ефекту стресостійкості у взаємозв'язку між перфекціонізмом і вигоранням: висока стресостійкість послаблює негативний вплив дезадаптивного перфекціонізму на психоемоційний стан медичних працівників.

Ключові слова: емоційне вигорання, перфекціонізм, алекситимія, стресостійкість, медичні працівники, невротична симптоматика, модераційний аналіз.

ВСТУП

Актуальність дослідження. Проблематика емоційного вигорання медичних працівників посідає вагоме місце у сучасних клініко-психологічних дослідженнях, що зумовлено специфікою професійної діяльності у сфері охорони здоров'я. Робота медиків передбачає постійне перебування в умовах підвищеного психоемоційного навантаження, відповідальність за життя і здоров'я пацієнтів, необхідність оперативного прийняття рішень у складних ситуаціях та інтенсивну емоційну взаємодію (Чабан та ін, 2024). Сукупна дія зазначених чинників сприяє формуванню станів емоційного виснаження, порушенню професійної адаптації та зниженню результативності діяльності (Rusanov et al., 2025).

Суттєве загострення проблеми спостерігається в умовах воєнного часу, коли професійна діяльність медичних працівників здійснюється на тлі тривалої соціальної напруженості, небезпеки для життя, інформаційного перенасичення та переживання екзистенційної невизначеності. У таких умовах формується додатковий рівень стресового навантаження, який поєднується з професійними викликами та посилює загальний психоемоційний тиск (De Hert, 2020; Kang et al., 2024; Melnikow et al., 2020).

Дослідження, проведені в Україні в умовах повномасштабної війни, засвідчили, що майже 70% психіатрів, які продовжували практику в Києві, виявляли ознаки емоційного вигорання різного ступеня вираженості, а у кожного другого спостерігалось формування симптомів напруження, резистентності та виснаження (Maruta et al., 2024). За даними обстеження понад 1500 медичних працівників у десяти найбільш постраждалих від бойових дій регіонах України, кожний п'ятий з них відчуває негативні наслідки тривалого воєнного стресу, зокрема тривогу, невизначеність, зниження задоволеності життям і самооцінки (IRC, 2024).

Окремим чинником ризику виступає постійна взаємодія з пацієнтами, які перебувають у стані інтенсивного емоційного напруження, болю або психологічної травми. Систематичний огляд із мета-аналізом підтвердив стійкий зв'язок між вторинним травматичним стресом і вигоранням у медичних фахівців, що свідчить про їхню взаємну обумовленість у контексті хронічної стресової експозиції (Seiler et al., 2025). Структурні чинники умов роботи в медичних закладах, зокрема надмірне навантаження та недостатня інституційна підтримка, також виявилися значущими предикторами вторинного травматичного стресу та вигорання (Chatham et al., 2024).

Не менш значущим є вплив професійного середовища. Функціонування в колективі, де переважають прояви хронічного стресу, перевтоми та емоційного напруження, обмежує можливості отримання психологічної підтримки та сприяє накопиченню негативного емоційного досвіду (Ботякова, 2023). Дослідження психосоціальних викликів українських медичних працівників в умовах воєнного часу засвідчило, що відчуття недостатньої управлінської підтримки та знецінення зусиль персоналу є суттєвим джерелом деморалізації та психоемоційного навантаження (Psareva et al., 2024).

Емоційне вигорання супроводжується змінами у психічному стані, зокрема зростанням невротичної симптоматики, що проявляється у тривожних і депресивних станах, емоційній нестабільності та переживанні хронічного стресу (Грузинська, 2022). У цьому дослідженні невротична симптоматика розглядається як пов'язаний із емоційним вигоранням психологічний показник, що відображає ступінь його впливу на психічне благополуччя фахівця. Dobešová Sakirpaloglu et al. (2024) встановили, що емоційне виснаження як центральний компонент вигорання безпосередньо пов'язане з посиленням тривожних і депресивних переживань, тоді як відчуття особистісних досягнень виступає захисним чинником щодо розвитку депресії. Мережевий аналіз симптомів тривоги, депресії, стресу і вигорання у медичних працівників підтвердив їхню взаємну обумовленість, що вказує на системний характер психоемоційних порушень при хронічному професійному стресі (Tao et al., 2024).

Важливим напрямом наукового аналізу є вивчення індивідуально-психологічних характеристик, які можуть виступати предикторами розвитку емоційного вигорання. Martin et al. (2022) показали, що самокритичний перфекціонізм є значущим предиктором як емоційного виснаження, так і деперсоналізації у практикуючих лікарів, а 42% обстежених виявляли виражені прояви цих вимірів вигорання. Водночас алекситимія, що проявляється у труднощах усвідомлення, диференціації та вербалізації емоційних станів і розглядається як один із аспектів порушень емоційної регуляції, може знижувати ефективність опрацювання емоційного досвіду та підвищувати вразливість до стресових впливів (Linzer, 2017). Javadzadeh et al. (2024) виявили прямий зв'язок між рівнем алекситимії та показниками вигорання у медсестер, де труднощі в ідентифікації та описі власних почуттів корелювали з усіма трьома вимірами вигорання.

Вагоме значення у контексті дослідження має стресостійкість як ресурсний психологічний чинник. Вона розглядається як модератор, що визначає характер і силу зв'язків між предикторами та рівнем емоційного вигорання, забезпечуючи здатність особистості адаптуватися до інтенсивних навантажень і підтримувати внутрішню рівновагу. Kang et al. (2024) у дослідженні серед українських фахівців сфери психічного здоров'я в умовах воєнного часу встановили, що психологічна стійкість виступає важливим захисним чинником, збереження якого є критично важливим для підтримки ефективності надання допомоги. Підтверджено, що стресостійкість послаблює зв'язок між хронічним стресом і вигоранням у медичних фахівців, що знайшло відображення у дослідженнях в умовах множинних стресових впливів (Baminiwatta et al., 2025).

Незважаючи на наявність значної кількості наукових праць, недостатньо дослідженими залишаються системні взаємозв'язки між емоційним вигоранням як залежною змінною, його індивідуально-психологічними предикторами, ресурсними характеристиками особистості та пов'язаними психоемоційними проявами в умовах багаторівневого стресового впливу. Особливої наукової уваги потребує аналіз цих зв'язків у межах інтегрованої дослідницької моделі.

Отже, актуальність дослідження зумовлена високою поширеністю емоційного вигорання серед медичних працівників, ускладненням умов професійної діяльності в період воєнних подій, а також потребою у комплексному аналізі психологічних чинників, що детермінують його розвиток.

Теоретико-методологічна основа дослідження базується на сучасних наукових концепціях емоційного вигорання як складного, багаторівневого психологічного явища, що виникає у відповідь на хронічний професійний стрес. У межах даної роботи емоційне вигорання інтерпретується відповідно до трикомпонентної моделі Maslach & Jackson (2016), яка включає емоційне виснаження, деперсоналізацію та редукцію професійних досягнень. Таке розуміння також підтримується у працях Schaufeli & De Witte (2023), який розглядає вигорання як наслідок тривалої дії професійних стресорів.

Методологічну основу дослідження становить поєднання кількох взаємодоповнювальних підходів. Зокрема, особистісно-орієнтований підхід К. Rogers (1959) дозволяє аналізувати індивідуально-психологічні характеристики як чинники ризику розвитку емоційного вигорання. Діяльнісний підхід акцентує увагу на ролі професійної діяльності як джерела психоемоційного напруження. Водночас системний підхід von Bertalanffy (1968) забезпечує цілісний аналіз взаємозв'язків між різними психологічними характеристиками особистості.

У дослідженні використано аналітичну модель «предиктори – залежна змінна – модератор – наслідковий показник», яка широко застосовується у сучасних дослідженнях професійного стресу та емоційного вигорання (Ungureanu et al., 2024). Як предиктори розглядаються індивідуально-психологічні характеристики, зокрема перфекціонізм за Hewitt & Flett (2022) та алекситимія Goerlich & Votinov (2023), які впливають на особливості емоційної регуляції та переживання професійного стресу. Емоційне вигорання виступає залежною змінною, тоді як стресостійкість розглядається як ресурсний модератор (Kobasa, 1979; Maddi, 2012), що визначає характер взаємозв'язків між предикторами та рівнем вигорання. Невротична симптоматика розглядається як

наслідковий показник психоемоційного неблагополуччя, пов'язаного з тривалим професійним стресом (Selye, 1956; Dobešová Cakirpaloglu et al., 2024).

Теоретичне підґрунтя дослідження також включає класичні та сучасні концепції стресу і копіngu. Зокрема, транзакційна модель стресу Lazarus & Folkman (1984) відповідно до якої стрес розглядається як результат взаємодії між особистістю та середовищем. У цьому контексті стресостійкість виступає важливим ресурсом, що забезпечує ефективну адаптацію до професійних навантажень і знижує ризик розвитку вигорання (Baminiwatta et al., 2025; Spătaru et al., 2024).

Методологічна логіка дослідження ґрунтується на принципах системності, комплексності, детермінізму та об'єктивності. Принцип системності передбачає аналіз емоційного вигорання у взаємозв'язку з іншими психологічними характеристиками. Принцип детермінізму забезпечує аналіз взаємозв'язків між індивідуально-психологічними чинниками та рівнем вигорання. Принцип об'єктивності реалізується через використання валідних психодіагностичних методик та статистичних методів аналізу даних, а принцип комплексності – через поєднання різних методів аналізу даних.

Отже, обрана теоретико-методологічна база дослідження забезпечує всебічне розуміння емоційного вигорання як результату взаємодії індивідуально-психологічних характеристик, професійних умов діяльності та ресурсних можливостей особистості. Такий підхід створює підґрунтя для подальшого емпіричного аналізу та розробки практичних рекомендацій щодо профілактики емоційного вигорання медичних працівників.

Об'єкт дослідження. Емоційне вигорання медичних працівників як психологічний феномен, що формується в умовах професійної діяльності з підвищеним психоемоційним навантаженням.

Предмет дослідження. Психологічні детермінанти емоційного вигорання медичних працівників, зокрема індивідуально-психологічні предиктори (перфекціонізм, алекситимія), ресурсні характеристики (стресостійкість) та зв'язок емоційного вигорання з невротичною симптоматикою.

Мета дослідження. Теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити роль перфекціонізму, алекситимії та стресостійкості у формуванні емоційного вигорання медичних працівників та його зв'язок з невротичною симптоматикою.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретичний аналіз емоційного вигорання медичних працівників та обґрунтувати роль індивідуально-психологічних характеристик і ресурсних чинників у його формуванні.
2. Обґрунтувати та операціоналізувати дослідницьку модель, підібрати валідний психодіагностичний інструментарій для вимірювання досліджуваних змінних і визначити методи статистичної обробки даних.
3. Провести психодіагностичне обстеження медичних працівників та здійснити описовий статистичний аналіз показників емоційного вигорання, перфекціонізму, алекситимії, стресостійкості та невротичної симптоматики.
4. Проаналізувати кореляційні зв'язки між індивідуально-психологічними предикторами (перфекціонізмом, алекситимією), рівнем емоційного вигорання, показниками стресостійкості та невротичною симптоматикою.
5. Визначити внесок індивідуально-психологічних характеристик у формування емоційного вигорання медичних працівників за допомогою множинного регресійного аналізу та перевірити модераційну роль стресостійкості у взаємозв'язку між предикторами та рівнем емоційного вигорання.
6. На основі отриманих результатів сформулювати практичні рекомендації щодо профілактики емоційного вигорання та психологічної підтримки медичних працівників.

Теоретичні методи: включають аналіз наукової літератури, систематизацію та узагальнення емпіричних даних, порівняння та класифікацію підходів до вивчення емоційного вигорання та його психологічних детермінант. Їх застосування дозволило обґрунтувати дослідницьку модель взаємозв'язків

між індивідуально-психологічними характеристиками, рівнем емоційного вигорання, ресурсними чинниками та пов'язаними психоемоційними проявами.

Емпіричні методи: Для реалізації емпіричного дослідження, спрямованого на виявлення психологічних детермінант емоційного вигорання медичних працівників, було використано комплекс взаємодоповнювальних психодіагностичних методик. Такий підхід забезпечує всебічне вивчення досліджуваного феномена з урахуванням як рівня емоційного вигорання (залежна змінна), так і індивідуально-психологічних предикторів, ресурсних характеристик особистості та супутніх психологічних проявів.

Для діагностики рівня емоційного вигорання як основної залежної змінної застосовано «Опитувальник для виявлення синдрому професійного вигорання», розроблений О. Чабаном, О. Хаустовою та В. Омеляновичем. У дослідженні використовувалися інтегральний показник емоційного вигорання та показники його основних компонентів (емоційне виснаження, деперсоналізація, редукція професійних досягнень).

Оцінка невротичної симптоматики як наслідкового показника здійснювалася за допомогою шкали депресії, тривожності та стресу DASS-21. У аналізі використовувалися показники за трьома субшкалами: депресія, тривога та стрес, а також інтегральний показник негативних емоційних станів.

Дослідження стресостійкості як ресурсного модератора проводилося із використанням шкали резилієнтності Коннора–Девідсона (CD-RISC-10). У дослідженні використовувався загальний бал як показник здатності особистості до адаптації в умовах стресу.

Як предиктори емоційного вигорання розглядалися індивідуально-психологічні характеристики, зокрема перфекціонізм та особливості емоційної регуляції. Для дослідження перфекціонізму як індивідуально-психологічного предиктора емоційного вигорання використовувалася шкала «Перфекціонізм» з опитувальника «Vitality Check» В. Шауфелі, адаптована для української вибірки у дослідженнях Л. М. Карамушки та співавторів. Алекситимія вимірювалася за

допомогою TAS-20 із використанням загального балу як інтегрального показника труднощів ідентифікації та вербалізації емоцій.

Додатково застосовано авторську анкету для збору соціально-демографічних та професійних характеристик респондентів, що дозволило врахувати контекстуальні умови їхньої діяльності.

Таким чином, використаний психодіагностичний інструментарій забезпечує можливість комплексного аналізу взаємозв'язків між емоційним вигоранням, його індивідуально-психологічними предикторами, ресурсними характеристиками та наслідковими психоемоційними проявами.

Методи статистичної обробки даних: статистична обробка даних здійснювалася із використанням методів описової та інференційної статистики. На першому етапі застосовувався описовий статистичний аналіз (визначення середніх значень, стандартних відхилень) для характеристики рівнів вираженості досліджуваних змінних. Для аналізу взаємозв'язків між змінними використовувався кореляційний аналіз (коефіцієнт кореляції Спірмена). З метою визначення внеску індивідуально-психологічних предикторів у формування емоційного вигорання застосовувався множинний регресійний аналіз. Для перевірки модераційної ролі стресостійкості використовувався аналіз взаємодії у межах регресійної моделі, що дозволило оцінити зміну сили зв'язку між предикторами та рівнем емоційного вигорання залежно від рівня стресостійкості. Статистична значущість результатів оцінювалася на рівні $p \leq 0,05$.

Характеристика вибірки. Вибірка дослідження складається з 60 респондентів, які на сьогодні працюють у медичній сфері в Україні. Серед досліджуваних 21 чоловік (35%) і 39 жінок (65%) віком від 25 до 64 років. Найбільшу частку в 53% складають лікарі, 27% - медичні сестри/брати, 13% - керівники медичних закладів і 7% займають організаційні посади.

Дослідницькі питання:

1. Які рівні вираженості емоційного вигорання, перфекціонізму, алекситимії, стресостійкості та невротичної симптоматики у медичних працівників?

2. Які взаємозв'язки існують між індивідуально-психологічними предикторами (перфекціонізмом, алекситимією), рівнем емоційного вигорання, стресостійкістю та невротичною симптоматикою?

3. Який внесок індивідуально-психологічних характеристик (перфекціонізму та алекситимії) у формування емоційного вигорання медичних працівників та чи виконує стресостійкість модераційну роль у цих взаємозв'язках?

Теоретична значущість роботи полягає у поглибленні наукових уявлень про емоційне вигорання медичних працівників як багатовимірний психологічний феномен, що формується під впливом індивідуально-психологічних, професійних і ресурсних чинників. У дослідженні систематизовано взаємозв'язки між емоційним вигоранням, індивідуально-психологічними характеристиками (перфекціонізмом та алекситимією), ресурсним потенціалом особистості (стресостійкістю) та невротичною симптоматикою.

Теоретичне значення роботи також полягає в обґрунтуванні та застосуванні інтегративної аналітичної моделі «предиктори – залежна змінна – модератор – наслідковий показник», що дозволяє комплексно описати психологічні механізми формування емоційного вигорання.

Важливим теоретичним аспектом дослідження є уточнення ролі стресостійкості як ресурсного чинника, що модифікує характер взаємозв'язків між індивідуально-психологічними предикторами та рівнем емоційного вигорання. Це дозволяє розширити уявлення про психологічні механізми адаптації медичних працівників до умов професійного стресу.

У роботі також поглиблено уявлення про зв'язок емоційного вигорання з невротичною симптоматикою, яка розглядається як прояв психоемоційного неблагополуччя та наслідок тривалого професійного стресу.

Отримані результати доповнюють сучасні теоретичні підходи до вивчення емоційного вигорання у медичній сфері та створюють підґрунтя для подальших емпіричних і прикладних досліджень.

Теоретична значущість роботи також полягає у інтеграції предикторного, ресурсного та наслідкового підходів у межах єдиної дослідницької моделі, що дозволяє більш цілісно описати механізми формування емоційного вигорання медичних працівників.

Практична значущість дослідження полягає у можливості використання отриманих результатів для раннього виявлення ризиків розвитку емоційного вигорання серед медичних працівників, зокрема з урахуванням індивідуально-психологічних характеристик (перфекціонізму, алекситимії) та рівня стресостійкості, а також для удосконалення програм психологічної профілактики та психологічної підтримки фахівців системи охорони здоров'я.

Виявлені взаємозв'язки між особистісними характеристиками, рівнем емоційного вигорання та невротичною симптоматикою можуть бути використані у практиці психологічного супроводу медичного персоналу, зокрема для: розробки індивідуалізованих програм профілактики з урахуванням рівня емоційної регуляції та особистісних особливостей; визначення груп підвищеного ризику розвитку емоційного вигорання; посилення ресурсних компонентів; оптимізації програм психологічної підтримки в умовах професійного стресу.

Отримані результати можуть бути використані також у практиці скринінгу психоемоційного стану медичних працівників та у розробці заходів профілактики професійного стресу.

Структура роботи: складається зі вступу, трьох розділів, висновків та списку використаних джерел, що налічує 73 позиції. Повний обсяг роботи становить 107 сторінок.

Апробація результатів дослідження. За результатами проведеного дослідження підготовлено, подано та прийнято до друку наукову статтю Манталуца Х., Ряховська Т. «Психологічні детермінанти емоційного вигорання медичних працівників» // Збірник наукових праць «Логос» з матеріалами X Міжнародної науково-практичної конференції. – 2026. Дата оприлюднення: 19.06.2026

РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

1.1. Емоційне вигорання як багатовимірний психологічний феномен

Емоційне вигорання можна розглядати як складний психологічний стан, що розвивається поступово під впливом тривалого професійного стресу та хронічного емоційного перевантаження (Maslach & Jackson, 1981). Воно формується як результат виснаження внутрішніх ресурсів людини, коли вимоги професійної діяльності систематично перевищують можливості їх відновлення (Schaufeli & Enzmann, 1998). У сучасній психології вигорання трактується не лише як реакція на надмірне навантаження, а як процес поступового порушення психоемоційної адаптації особистості в умовах тривалого стресового впливу (Maslach & Leiter, 2016).

Вагомий внесок у дослідження цього феномену зробили праці К. Маслач та її наукової школи, які запропонували узагальнену трикомпонентну модель емоційного вигорання (Maslach & Jackson, 1981). Вона включає емоційне виснаження, цинізм (деперсоналізацію) та зниження професійної ефективності. Саме ці складові були покладені в основу сучасного визначення вигорання, зокрема у Міжнародній класифікації хвороб 11-го перегляду (World Health Organization [WHO], 2019), а також стали підґрунтям для створення валідних психодіагностичних методик. Важливо, що у сучасних дослідженнях емоційне вигорання розглядається не як окремий симптом, а як комплекс взаємопов'язаних психоемоційних змін, що охоплюють різні сфери функціонування особистості.

Багаторічні дослідження суттєво розширили розуміння цього явища. Сучасні підходи відійшли від уявлення про вигорання як проблему лише професій, пов'язаних із інтенсивною міжособистісною взаємодією. Нині воно розглядається як універсальний ризик для широкого кола професій, що

характеризуються високим рівнем відповідальності, емоційної залученості та необхідністю постійного контролю власної діяльності (Schaufeli, Leiter, & Maslach, 2009). Особливо актуальною ця проблема є для медичних працівників, професійна діяльність яких поєднує високі когнітивні, емоційні та моральні навантаження.

У сучасній психології емоційне вигорання трактується як багаторівневий феномен, що формується внаслідок взаємодії індивідуально-психологічних характеристик, когнітивних процесів та умов професійного середовища (Leiter & Maslach, 2005). Такий підхід дозволяє розглядати його як динамічний процес порушення балансу між вимогами діяльності та ресурсами особистості. Водночас вигорання розглядається як процес, що розвивається поступово та має тенденцію до хронізації за відсутності ефективних механізмів психологічної адаптації.

Емоційне виснаження виступає базовим компонентом вигорання і проявляється у відчутті хронічної втоми, втрати енергії, спустошеності та безсилля (Maslach & Jackson, 1981). У медичних працівників цей стан посилюється постійним контактом із людським стражданням, високою відповідальністю та необхідністю швидкого прийняття рішень, що знижує здатність до емпатії та емоційної залученості. Тривале емоційне виснаження негативно впливає не лише на професійну діяльність, але й на загальне психологічне благополуччя особистості.

Другий компонент – цинізм (деперсоналізація) – характеризується відчуженням, формалізованим або негативним ставленням до пацієнтів і колег (Freudenberger, 1974; Maslach & Leiter, 2016). Спочатку цей аспект позначався як «деперсоналізація», однак через специфічне значення цього терміна в клінічній психології нині більш коректним є використання поняття «цинізм». Така реакція може виконувати захисну функцію на початкових етапах, однак з часом призводить до емоційного дистанціювання, погіршення професійної взаємодії та зниження якості комунікації з пацієнтами.

Третій компонент – редукція професійних досягнень – проявляється у зниженні професійної самооцінки, втраті мотивації та відчутті неефективності власної діяльності (Schaufeli & Enzmann, 1998). Навіть за наявності об'єктивних результатів праці фахівець може сприймати їх як недостатні, що посилює внутрішнє напруження та формує стійке відчуття незадоволеності роботою. Для медичних працівників це може супроводжуватися сумнівами у власній професійній компетентності та переживанням професійної безпорадності.

Сучасні дослідження також підкреслюють, що емоційне вигорання має не лише психологічний, але й психофізіологічний вимір. Хронічний стрес призводить до виснаження адаптаційних систем організму, порушення сну, зниження когнітивної продуктивності, ослаблення уваги та пам'яті (McEwen, 2004). Таким чином, вигорання виходить за межі суто емоційної сфери та охоплює загальне функціонування особистості.

Окрім індивідуально-психологічних чинників, значну роль у розвитку емоційного вигорання відіграють організаційні умови праці: рівень навантаження, стиль управління, можливості відпочинку та соціальна підтримка в колективі (Maslach & Leiter, 2016). У медичній сфері поєднання цих факторів часто створює кумулятивний ефект, який прискорює виснаження адаптаційних ресурсів та формування хронічного стресу. В умовах воєнного часу ці ризики додатково посилюються постійним переживанням небезпеки, дефіцитом ресурсів та високою емоційною напруженістю професійного середовища.

У сучасних наукових підходах емоційне вигорання розглядається як результат порушення балансу між вимогами професійної діяльності та ресурсами особистості (Demerouti et al., 2001). Якщо вимоги систематично перевищують ресурси – психологічні, соціальні та організаційні – виникає стійкий дисбаланс, який і виступає одним із ключових механізмів розвитку вигорання. Така модель дозволяє розглядати вигорання як динамічний процес взаємодії людини з професійним середовищем, а не лише як індивідуальну реакцію на стрес.

У цьому контексті особливого значення набуває проблема стресостійкості медичних працівників, оскільки саме вона визначає здатність особистості протидіяти впливу зазначеного дисбалансу. Високий рівень психоемоційного напруження, характерний для медичної професії, вимагає сформованих механізмів саморегуляції та ефективного використання внутрішніх ресурсів.

Стресостійкість можна визначити як інтегральну характеристику особистості, що відображає її здатність ефективно протидіяти стресогенним впливам, зберігаючи працездатність і емоційну рівновагу (Connor & Davidson, 2003). Вона ґрунтується на використанні внутрішніх ресурсів, адаптаційного потенціалу та індивідуальних механізмів саморегуляції, а також має тісний зв'язок із рівнем емоційного вигорання у медичних працівників.

Рівень адекватності реакцій на екстремальні або психотравмувальні ситуації безпосередньо залежить від ступеня особистісного розвитку, зрілості та рівня самоактуалізації. Чим вищий рівень усвідомлення власних можливостей і внутрішньої організації особистості, тим ефективніше вона здатна долати професійні та життєві труднощі, підтримуючи психологічну стабільність у стресових умовах.

Отже, емоційне вигорання слід розглядати як багатовимірний феномен, що охоплює емоційні, когнітивні, поведінкові та психофізіологічні зміни особистості, а також детермінується як індивідуальними, так і соціально-професійними чинниками. Такий підхід дозволяє комплексно оцінювати його природу та визначати ефективні напрями профілактики й психологічної підтримки медичних працівників.

1.2. Індивідуально-психологічні предиктори емоційного вигорання медичних працівників

Емоційне вигорання є одним із найбільш досліджуваних феноменів сучасної психології професійної діяльності, що привертає увагу науковців у контексті психічного здоров'я, професійної адаптації та ефективності трудової діяльності

(Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001). Зростання інтенсивності професійних навантажень, високий рівень відповідальності, необхідність постійної емоційної залученості та тривалий вплив стресогенних факторів сприяють поширенню емоційного вигорання серед представників різних професійних груп, особливо у сферах типу «людина – людина» (Freudenberger, 1974; Schaufeli & Enzmann, 1998).

У сучасних наукових підходах емоційне вигорання розглядається як наслідок хронічного професійного стресу, що супроводжується поступовим виснаженням емоційних, когнітивних та адаптаційних ресурсів особистості (Maslach & Leiter, 2016). Особливої актуальності проблема набуває у професійній діяльності медичних працівників, оскільки їхня робота пов'язана з постійним психоемоційним навантаженням, високою відповідальністю за життя пацієнтів та необхідністю функціонування в умовах невизначеності й дефіциту часу (West, Dyrbye, & Shanafelt, 2018).

Сучасні дослідження свідчать, що емоційне вигорання має багатофакторну природу та формується під впливом як організаційних, так і індивідуально-психологічних чинників (Demerouti et al., 2001). Важливу роль у розвитку цього синдрому відіграють особистісні особливості людини, зокрема рівень тривожності, перфекціонізм, особливості емоційної регуляції, копінг-стратегії та здатність до психологічної адаптації (Hewitt & Flett, 1991; Taylor, Bagby, & Parker, 1997). У зв'язку з цим сучасні наукові підходи дедалі більше акцентують увагу не лише на зовнішніх умовах професійної діяльності, але й на внутрішніх психологічних механізмах, які визначають індивідуальну вразливість людини до розвитку емоційного вигорання (Leiter & Maslach, 2005).

Відповідно до положень Міжнародної класифікації хвороб 11-го перегляду, емоційне вигорання проявляється через три основні виміри (World Health Organization [WHO], 2019):

1. Відчуття енергетичного виснаження або хронічної втоми. Такий стан супроводжується загальним зниженням життєвої енергії, порушеннями сну,

ослабленням імунної системи, а також труднощами з концентрацією уваги та збереженням працездатності.

2. Психологічне дистанціювання від професійної діяльності, що супроводжується цинічним або негативним ставленням до роботи. Це виражається у зростанні негативізму та цинічного ставлення до робочих ситуацій, відчутті відчуження від колективу, зниженні залученості та втраті внутрішньої мотивації до виконання професійних обов'язків.

3. Зниження професійної ефективності та відчуття власної неуспішності. Третій компонент пов'язаний зі зниженням суб'єктивної оцінки власної професійної ефективності. У цьому випадку у працівника виникає відчуття професійної неспроможності, невпевненість у власних знаннях і навичках, а також сумніви щодо власної компетентності та результативності діяльності.

Важливо зазначити, що вигорання не розглядається як окрема хвороба, однак воно визначається як стан, який суттєво порушує адаптаційні можливості людини та негативно впливає на її психологічне і фізичне благополуччя (WHO, 2019).

Наукові та професійні спільноти в різних країнах активно досліджують як організаційні, так і індивідуально-психологічні чинники розвитку цього синдрому з метою його попередження та зменшення негативних наслідків. Попри це, проблема емоційного вигорання залишається актуальною та далекою від остаточного вирішення. Сьогодні воно поширюється серед представників дедалі ширшого кола професій, набуваючи майже «епідемічного» характеру, що призводить до зниження якості професійної діяльності та становить загрозу для психічного і фізичного здоров'я фахівців (Schaufeli, Leiter, & Maslach, 2009).

Емоційне вигорання у медичних працівників формується не лише під впливом зовнішніх умов праці, але й значною мірою залежить від індивідуальних психологічних особливостей людини. Саме внутрішні чинники визначають, наскільки швидко та інтенсивно розвивається стан емоційного виснаження (Maslach & Leiter, 2016). Сучасні дослідження підтверджують, що особистісні

характеристики можуть або підвищувати вразливість людини до професійного стресу, або, навпаки, виступати захисними ресурсами психологічної адаптації (Connor & Davidson, 2003).

Одним із важливих предикторів емоційного вигорання є підвищений рівень особистісної тривожності. Такі люди схильні гостріше реагувати на стресові ситуації, частіше переживають напруження та складніше відновлюють емоційний баланс. У професійній діяльності медиків це призводить до швидшого накопичення втоми, внутрішнього виснаження та зростання психоемоційної напруги (Figley, 1995). Тривожність також може супроводжуватися підвищеним рівнем самоконтролю та постійним очікуванням помилки, що додатково виснажує адаптаційні ресурси особистості.

Суттєву роль відіграє також низька стресостійкість. Якщо людина має обмежені ресурси психологічної адаптації, вона гірше справляється з тривалими навантаженнями, а навіть звичайні робочі ситуації можуть сприйматися як надмірно складні або виснажливі (Connor & Davidson, 2003). У результаті формується хронічна напруга, яка поступово переходить у стан емоційного вигорання. Водночас високий рівень стресостійкості дозволяє людині ефективніше використовувати внутрішні ресурси та підтримувати психологічну стабільність у складних професійних умовах.

Важливим фактором є і спосіб подолання труднощів, тобто копінг-стратегії. Уникання проблем, емоційне пригнічення або пасивна поведінка підвищують ризик розвитку вигорання, тоді як активне вирішення проблем, конструктивне переосмислення ситуації та пошук соціальної підтримки навпаки зменшують його ймовірність (Schaufeli & Enzmann, 1998). Особливості копінг-поведінки визначають здатність людини адаптуватися до професійних труднощів та ефективно регулювати власний психоемоційний стан.

Окремо варто відзначити рівень самооцінки. Невпевненість у власних професійних здібностях, сумніви щодо компетентності та занижена самооцінка сприяють розвитку відчуття неуспішності та зниженню мотивації до роботи

(Maslach & Leiter, 2016). Такі працівники частіше переживають професійну неспроможність та менш стійкі до критики або невдач у професійній діяльності.

Також значення має надмірна емоційна залученість у страждання пацієнтів. Високий рівень емпатії без достатнього емоційного відновлення може призводити до перевантаження психіки та поступового виснаження внутрішніх ресурсів (Figley, 1995). Для медичних працівників це є особливо актуальним, оскільки їхня професійна діяльність передбачає постійне включення у переживання інших людей та взаємодію з кризовими ситуаціями.

Окремим важливим предиктором емоційного вигорання є перфекціонізм, який у психологічному контексті визначається як стійка тенденція особистості встановлювати надмірно високі стандарти виконання діяльності та супроводжувати їх надкритичним оцінюванням власних результатів (Frost et al., 1990; Hewitt & Flett, 1991). У сучасних дослідженнях розрізняють адаптивний та дезадаптивний перфекціонізм. Якщо адаптивний перфекціонізм може сприяти високій професійній мотивації та відповідальності, то дезадаптивний пов'язаний із хронічним внутрішнім напруженням, страхом помилок та нездатністю відчувати задоволення від результатів власної діяльності.

У професійній діяльності медичних працівників дезадаптивний перфекціонізм проявляється у постійному прагненні до ідеального виконання обов'язків, страху помилок та надмірній самокритиці. Навіть незначні професійні труднощі можуть сприйматися як особистісна невдача, що створює постійне внутрішнє напруження. У довготривалій перспективі це призводить до виснаження емоційних ресурсів, зниження задоволеності працею та формування симптомів вигорання (Hewitt & Flett, 1991). Перфекціонізм також посилює ризик розвитку емоційного вигорання через механізм постійного «внутрішнього тиску», коли працівник не дозволяє собі відпочинок або зниження темпу діяльності, що унеможливорює повноцінне відновлення психічних ресурсів.

Ще одним вагомим психологічним предиктором є алекситимія – особливість емоційної сфери, яка характеризується труднощами у розпізнаванні, усвідомленні та вербалізації власних емоцій (Taylor, Bagby, & Parker, 1997).

Особи з високим рівнем алекситимії мають обмежені можливості емоційної саморегуляції та часто схильні пригнічувати або ігнорувати власні переживання.

У медичній практиці наявність алекситимічних рис ускладнює процес емоційної саморегуляції, оскільки людина не завжди може чітко ідентифікувати власний емоційний стан і, відповідно, ефективно його опрацювати. Це призводить до накопичення внутрішнього напруження, яке часто проявляється у вигляді соматичних скарг, емоційної нестабільності або раптових емоційних реакцій. Алекситимія також знижує здатність до емпатії та якісної міжособистісної взаємодії, що є критично важливим у роботі медичного працівника. У результаті зростає емоційна дистанція з пацієнтами, що підвищує ризик розвитку деперсоналізації — одного з ключових компонентів емоційного вигорання (Taylor et al., 1997).

Отже, до основних психологічних предикторів емоційного вигорання належать тривожність, рівень стресостійкості, особливості копінг-стратегій, самооцінка, емоційна чутливість, а також такі глибинні особистісні характеристики, як перфекціонізм та алекситимія. Сукупність цих чинників визначає індивідуальну вразливість медичного працівника до розвитку професійного вигорання та його динаміку (Schaufeli & Enzmann, 1998; Maslach & Leiter, 2016). Розуміння ролі індивідуально-психологічних предикторів є важливим підґрунтям для розробки програм профілактики емоційного вигорання та підтримки психологічного благополуччя медичних працівників.

Дослідження останніх років також підтверджують, що тривале емоційне вигорання негативно впливає не лише на психологічне благополуччя фахівця, але й на якість професійної діяльності, міжособистісну взаємодію та загальний рівень функціонування особистості (Salvagioni et al., 2017). У медичній сфері це може проявлятися у зниженні якості надання допомоги, професійній дезадаптації, погіршенні комунікації з пацієнтами та підвищенні ризику професійних помилок. Саме тому вивчення психологічних предикторів емоційного вигорання медичних працівників є одним із пріоритетних напрямів сучасної клінічної та організаційної психології.

1.3. Стресостійкість як ресурсний чинник психологічної адаптації в умовах професійного стресу

Стресостійкість у психологічному розумінні виступає як складна інтегральна властивість особистості, що забезпечує здатність людини зберігати внутрішню рівновагу, працездатність і адекватність поведінки в умовах тривалого професійного стресу. Для медичних працівників цей феномен є особливо значущим, оскільки їхня діяльність постійно пов'язана з емоційними навантаженнями, високою відповідальністю, необхідністю швидкого прийняття рішень та взаємодією з пацієнтами у кризових станах (Maslach & Leiter, 2016; Schaufeli & Enzmann, 1998). У професіях типу «людина – людина» саме стресостійкість значною мірою визначає здатність спеціаліста підтримувати ефективність професійної діяльності без істотного виснаження психічних ресурсів.

У сучасних підходах стресостійкість розглядається не як відсутність стресу, а як здатність ефективно функціонувати попри його наявність. Вона формується як результат взаємодії особистісних ресурсів, попереднього досвіду подолання труднощів та сформованих механізмів психологічної саморегуляції. Важливо, що цей ресурс є динамічним і може змінюватися залежно від умов життя та професійної діяльності (Lazarus & Folkman, 1984). Сучасні дослідження також підкреслюють, що стресостійкість не є вродженою та незмінною характеристикою, а може розвиватися через набуття адаптивних копінг-стратегій, психологічну підтримку та професійний досвід (Connor & Davidson, 2003).

Ключовим компонентом стресостійкості є когнітивна переоцінка ситуації. Люди з високим рівнем цього ресурсу здатні сприймати складні професійні події не як загрозу, що руйнує, а як задачу, яка потребує вирішення. Такий спосіб мислення знижує інтенсивність негативних емоційних реакцій і дозволяє зберігати контроль над поведінкою навіть у критичних умовах (Lazarus & Folkman, 1984). У медичній сфері це має особливе значення, оскільки фахівці

щоденно стикаються з високим рівнем невизначеності, дефіцитом часу та необхідністю діяти в умовах ризику.

Не менш важливим є емоційно-регуляторний аспект стресостійкості. Він передбачає здатність усвідомлювати власні емоційні стани, не пригнічувати їх, але й не дозволяти їм повністю визначати поведінку. У медичній практиці це проявляється як уміння зберігати професійну дистанцію без втрати емпатії, що є критично важливим для профілактики емоційного вигорання (Maslach & Leiter, 2016). Недостатній розвиток емоційної саморегуляції, навпаки, підвищує ризик накопичення внутрішнього напруження та розвитку хронічного психоемоційного виснаження.

Також значну роль відіграє поведінковий рівень стресостійкості, який реалізується через активні способи подолання труднощів. До них належать планування дій, пошук соціальної підтримки, професійна співпраця та конструктивне вирішення проблем. Такі стратегії дозволяють не накопичувати напруження, а поступово його знижувати, підтримуючи стабільний психологічний стан (Schaufeli & Enzmann, 1998). Натомість уникнення проблем, емоційне дистанціювання або пасивні способи реагування можуть посилювати ризик формування симптомів емоційного вигорання.

Окремо слід підкреслити, що стресостійкість тісно пов'язана з особистісними ресурсами, такими як самооцінка, внутрішній локус контролю, мотивація до професійної діяльності та здатність до відновлення після навантажень. Їх поєднання створює своєрідний психологічний буфер, який пом'якшує вплив стресових факторів і запобігає розвитку хронічного виснаження. У дослідженнях S. Maddi (2006) також підкреслюється роль життєстійкості як ресурсу, що забезпечує активне подолання стресових ситуацій та підтримання психологічної стабільності.

Таким чином, розглядаючи стресостійкість як ключовий ресурс особистості, доцільно перейти до її функціонального значення у структурі професійного стресу, зокрема як чинника, що визначає інтенсивність впливу психологічних предикторів на розвиток емоційного вигорання.

Стресостійкість у цьому контексті виступає не лише індивідуальною характеристикою, а й важливим ресурсним механізмом адаптації до професійних навантажень. Вона забезпечує збереження психоемоційної стабільності медичних працівників, підвищує ефективність професійної діяльності та виконує захисну функцію щодо розвитку синдрому емоційного вигорання (Lazarus & Folkman, 1984; Maslach & Leiter, 2016).

У межах сучасних психологічних моделей стресостійкість доцільно розглядати як змінну, що впливає на силу та характер зв'язку між психологічними предикторами та розвитком емоційного вигорання. Згідно з цим підходом, однаковий рівень професійного стресу або подібні індивідуально-психологічні особливості можуть мати різні наслідки залежно від рівня стресостійкості людини.

У працівників із високою стресостійкістю негативний вплив професійних навантажень послаблюється завдяки ефективнішому використанню адаптивних копінг-стратегій, здатності до емоційного контролю та швидшого психологічного відновлення. Натомість при низькій стресостійкості навіть помірні стресогенні впливи можуть сприяти швидкому формуванню хронічного напруження, емоційного виснаження та відчуття професійної неефективності (Maslach & Leiter, 2016).

Таким чином, стресостійкість виконує функцію психологічного «фільтра», який або послаблює, або посилює вплив негативних чинників професійного середовища. Вона визначає не лише рівень стійкості до стресу, але й особливості розвитку емоційного вигорання в цілому.

Отже, стресостійкість є ключовим ресурсним особистісним чинником, який одночасно виступає механізмом адаптації та чинником, що регулює інтенсивність впливу психологічних предикторів на емоційне вигорання, забезпечуючи підтримання психічного здоров'я медичних працівників (Lazarus & Folkman, 1984; Schaufeli & Enzmann, 1998; Maslach & Leiter, 2016).

1.4. Невротична симптоматика у структурі психоемоційних наслідків емоційного вигорання

Проблема професійного вигорання особистості тривалий час залишається у центрі уваги сучасних психологічних і медико-психологічних досліджень. Як теоретичні, так і емпіричні праці, присвячені діяльності представників соціономічних професій, свідчать про їхню підвищену схильність до розвитку професійних деформацій та психоемоційного виснаження (Maslach et al., 2001; Schaufeli & Enzmann, 1998). Одним із ключових чинників, що сприяють виникненню таких змін особистості, є саме синдром емоційного вигорання, який формується внаслідок тривалого професійного стресу та хронічного емоційного перевантаження.

Протягом останніх десятиліть особливу увагу науковців привертає вигорання як специфічний різновид професійного неблагополуччя, характерний для фахівців, чия діяльність пов'язана з постійною міжособистісною взаємодією та високою емоційною включеністю. До цієї групи належать медичні працівники, психологи, педагоги, соціальні працівники та представники сфери допомагаючих професій (Maslach & Leiter, 2016). Дослідження свідчать, що представники цих професій часто стикаються з поступовим накопиченням емоційної втоми, що з часом переходить у стан психічного виснаження, внутрішнього спустошення та професійної дезадаптації (West et al., 2018).

Такий стан не обмежується лише емоційною сферою, а супроводжується глибшими психологічними змінами, які відображаються у порушенні адаптаційних механізмів особистості, зниженні психологічної стійкості та формуванні невротичних проявів. У цьому контексті важливого значення набуває аналіз невротичної симптоматики як показника глибини психоемоційної дезадаптації.

Невротична симптоматика у медичних працівників розглядається як важливий психологічний індикатор, що відображає рівень дезадаптації в умовах хронічного професійного стресу. Її поява свідчить про поступове виснаження

адаптаційних ресурсів, коли звичні механізми подолання стресу втрачають свою ефективність (Schaufeli & Enzmann, 1998). Вона являє собою багаторівневу систему проявів, що охоплює емоційні, когнітивні, поведінкові та психофізіологічні зміни і виконує функцію своєрідного індикатора психоемоційного перенапруження (Maslach & Leiter, 2016).

Одними з найбільш поширених проявів невротичної симптоматики у структурі емоційного вигорання є депресія, тривога та стрес. Саме ці показники найчастіше розглядаються як психоемоційні наслідки тривалого професійного перевантаження та виснаження адаптаційних ресурсів особистості (Lovibond & Lovibond, 1995).

Депресивна симптоматика в умовах емоційного вигорання проявляється у зниженні настрою, втраті професійної мотивації, почутті безнадійності, емоційній спустошеності та зниженні інтересу до професійної діяльності. Медичні працівники можуть переживати відчуття власної неефективності, незадоволеності результатами праці та втрати професійного сенсу. У більш виражених випадках спостерігається психічне виснаження, зниження активності та труднощі у виконанні навіть звичних професійних завдань (Maslach et al., 2001). Дослідження також демонструють, що високий рівень емоційного виснаження статистично пов'язаний із підвищенням депресивних симптомів у працівників медичної сфери (Salvagioni et al., 2017).

Тривога у структурі невротичної симптоматики проявляється у вигляді постійного внутрішнього напруження, очікування негативних подій, емоційної нестабільності та підвищеної чутливості до професійних труднощів. Медичні працівники з високим рівнем тривожності частіше переживають страх помилки, сумніви у власній компетентності та труднощі у прийнятті рішень в умовах відповідальності за життя і здоров'я пацієнтів. Хронічна тривога виснажує когнітивні ресурси особистості та підвищує ризик розвитку емоційного виснаження (Lazarus & Folkman, 1984; McVicar, 2016).

Стрес у межах невротичної симптоматики розглядається як стан тривалого психофізіологічного напруження, що виникає у відповідь на надмірні вимоги

професійного середовища. У медичних працівників він супроводжується перевтомою, дратівливістю, порушеннями сну, труднощами концентрації уваги та зниженням працездатності. Хронічний професійний стрес поступово порушує адаптаційні механізми організму та створює підґрунтя для розвитку емоційного вигорання й інших психоемоційних порушень (Selye, 1976).

На когнітивному рівні невротичні прояви включають труднощі концентрації уваги, зниження швидкості прийняття рішень, негативне прогнозування та нав'язливі переживання щодо професійної діяльності. Це знижує професійну ефективність та посилює суб'єктивне відчуття некомпетентності (Maslach & Leiter, 2016).

Поведінкові зміни проявляються у зниженні активності, уникненні професійно складних ситуацій, соціальному дистанціюванні або імпульсивних реакціях у міжособистісній взаємодії. Подібні прояви негативно впливають як на якість професійної діяльності, так і на психологічний клімат у колективі.

Психофізіологічний рівень невротичної симптоматики включає порушення сну, хронічну втому, соматичні скарги, головний біль, серцево-судинні прояви та інші функціональні розлади без чіткої органічної причини. Такі симптоми свідчать про тривале перенапруження адаптаційних систем організму та залучення тілесного рівня реагування на стрес (Selye, 1976).

Поряд із цим важливу роль у структурі емоційного вигорання відіграють мотиваційні порушення. На індивідуальному рівні вони проявляються у протиріччі між ідеалізованим уявленням про професію та її реальною сутністю, що призводить до втрати сенсу діяльності та зниження її особистісної значущості. На організаційному рівні мотиваційні симптоми виражаються у зменшенні професійної залученості, небажанні брати відповідальність та зниженні ініціативності.

Аналіз сучасних досліджень свідчить, що чинники розвитку емоційного вигорання умовно поділяються на дві групи: особливості професійної діяльності та індивідуально-психологічні характеристики особистості. У цьому контексті важливого значення набувають сформованість адаптаційних ресурсів,

особливості емоційної регуляції, система цінностей та рівень психологічної зрілості особистості.

Зріла та гармонійно розвинена особистість характеризується вищою психологічною стійкістю, здатністю до саморегуляції та більш адаптивним реагуванням на професійні труднощі. Такі фахівці ефективніше справляються зі стресом, швидше відновлюють психоемоційні ресурси та демонструють нижчий ризик розвитку невротичних проявів і професійного вигорання.

Отже, невротична симптоматика є важливим психоемоційним наслідком емоційного вигорання та відображає ступінь дезадаптації особистості в умовах тривалого професійного стресу. Її основними проявами виступають депресія, тривога та стрес, які охоплюють емоційний, когнітивний, поведінковий і психофізіологічний рівні функціонування особистості. Аналіз цих проявів дозволяє глибше зрозуміти психологічні наслідки емоційного вигорання та визначити напрями психологічної профілактики й підтримки медичних працівників.

1.5. Теоретична модель дослідження психологічних детермінант емоційного вигорання медичних працівників

Аналіз сучасних теоретичних підходів дозволяє розглядати емоційне вигорання медичних працівників як багатофакторний психологічний феномен, що формується внаслідок взаємодії індивідуально-психологічних характеристик особистості, професійного стресу та ресурсних механізмів адаптації. У межах даного дослідження емоційне вигорання розглядається не як ізольований психоемоційний стан, а як результат взаємодії особистісних предикторів, ресурсних чинників та пов'язаних психоемоційних наслідків.

Теоретична модель дослідження побудована за логікою «**предиктори – залежна змінна – ресурсний чинник – наслідковий показник**» і ґрунтується на сучасних уявленнях про психологічні механізми професійного стресу та емоційного вигорання. Така структура моделі дозволяє комплексно

проаналізувати чинники формування емоційного вигорання, психологічні ресурси особистості та пов'язані психоемоційні наслідки.

Як індивідуально-психологічні предиктори у дослідженні розглядаються перфекціонізм та алекситимія. Перфекціонізм інтерпретується як схильність особистості до встановлення надмірно високих стандартів діяльності, підвищеної самокритичності, прагнення до бездоганного виконання професійних обов'язків та труднощів у прийнятті власних помилок чи недосконалих результатів. За умов професійної діяльності медичних працівників такі особливості можуть сприяти хронічному психоемоційному напруженню, постійному переживанню професійної відповідальності, незадоволеності результатами власної діяльності та поступовому виснаженню психічних ресурсів.

Алекситимія у межах моделі розглядається як особистісна характеристика, пов'язана з труднощами усвідомлення, розпізнавання та вербалізації власних емоційних переживань, а також зі зниженими можливостями емоційної регуляції. Недостатня здатність до емоційного опрацювання власного досвіду може ускладнювати адаптацію до професійного стресу, сприяти накопиченню емоційного напруження та підвищувати вразливість до розвитку емоційного вигорання.

Залежною змінною у дослідженні виступає емоційне вигорання, що розглядається відповідно до трикомпонентної моделі як сукупність емоційного виснаження, деперсоналізації та редукції професійних досягнень. У межах професійної діяльності медичних працівників емоційне вигорання формується в умовах тривалого психоемоційного навантаження, високої відповідальності за життя і здоров'я пацієнтів, інтенсивної емоційної взаємодії, дефіциту психологічних ресурсів та необхідності постійного функціонування у стресогенному середовищі.

Як ресурсний чинник у моделі виступає стресостійкість, що виконує функцію психологічного ресурсу у взаємозв'язку між індивідуально-психологічними предикторами та рівнем емоційного вигорання. Стресостійкість

розглядається як здатність особистості ефективно адаптуватися до стресових ситуацій, підтримувати емоційну рівновагу, зберігати психологічну стабільність та відновлювати внутрішні ресурси після впливу психотравмувальних чинників. Передбачається, що високий рівень стресостійкості може послаблювати негативний вплив перфекціонізму та алекситимії на розвиток емоційного вигорання.

Наслідковим показником у межах теоретичної моделі визначено невротичну симптоматику, що включає прояви депресії, тривожності та стресу. Вона розглядається як показник психоемоційного неблагополуччя, що формується внаслідок тривалого професійного стресу та розвитку емоційного вигорання. Зростання рівня невротичної симптоматики може свідчити про погіршення психологічного стану медичних працівників, зниження адаптаційних можливостей та виснаження психічних ресурсів.

Таким чином, запропонована теоретична модель дозволяє розглядати емоційне вигорання медичних працівників як результат взаємодії особистісних предикторів і ресурсних характеристик особистості в умовах професійного стресу, а також описати його зв'язок із психоемоційними наслідками. Такий підхід створює концептуальне підґрунтя для подальшого емпіричного аналізу психологічних детермінант емоційного вигорання та розробки практичних рекомендацій щодо його профілактики.

Висновки до розділу 1

У процесі теоретичного аналізу встановлено, що емоційне вигорання медичних працівників є складним, багатовимірним психологічним феноменом, який формується в умовах тривалого професійного стресу та хронічного психоемоційного перенапруження. Найбільш репрезентативною моделлю його структури визначено трикомпонентну концепцію, відповідно до якої емоційне вигорання проявляється через емоційне виснаження, деперсоналізацію та редукцію професійних досягнень.

Теоретично обґрунтовано, що важливу роль у формуванні емоційного вигорання відіграють індивідуально-психологічні характеристики особистості, зокрема перфекціонізм та алекситимія. Дезадаптивний перфекціонізм пов'язаний із надмірною самокритичністю, високими внутрішніми стандартами та стійким психоемоційним напруженням, тоді як алекситимія ускладнює процеси емоційної регуляції та підвищує вразливість до професійного стресу.

Визначено, що стресостійкість виступає важливим ресурсним чинником психологічної адаптації, який може послаблювати негативний вплив індивідуально-психологічних предикторів на розвиток емоційного вигорання. Високий рівень стресостійкості сприяє підтриманню психоемоційної рівноваги та знижує ризик розвитку дезадаптаційних проявів.

Узагальнення теоретичних підходів дозволило також розглядати невротичну симптоматику як психоемоційний наслідок тривалого професійного стресу та емоційного виснаження, що відображає ступінь виснаження адаптаційних ресурсів особистості та може виступати індикатором психоемоційного неблагополуччя медичних працівників.

Таким чином, результати теоретичного аналізу дозволили обґрунтувати дослідницьку модель взаємозв'язків між індивідуально-психологічними предикторами, емоційним вигоранням, стресостійкістю та невротичною симптоматикою, що створює концептуальне підґрунтя для подальшого емпіричного дослідження психологічних детермінант емоційного вигорання медичних працівників.

РОЗДІЛ II. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ДЕТЕРМІНАНТ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

2.1. Організація емпіричного дослідження та характеристика вибірки

Емпіричне дослідження психологічних особливостей емоційного вигорання медичних працівників та його зв'язку зі стресостійкістю проводилося у період з жовтня 2025 по квітень 2026 року.

Організація дослідження передбачала кілька послідовних етапів, що забезпечували логіку та цілісність емпіричного аналізу.

На першому етапі здійснювався теоретико-аналітичний аналіз наукової літератури з проблематики емоційного вигорання, професійного стресу, стресостійкості, алекситимії та перфекціонізму. Було проаналізовано сучасні вітчизняні та зарубіжні підходи до вивчення емоційного вигорання медичних працівників, визначено основні психологічні чинники його формування та обґрунтовано теоретичну модель дослідження. На цьому етапі також формувалися мета, завдання, дослідницькі питання та гіпотези дослідження.

Другий етап був пов'язаний із підбором психодіагностичного інструментарію та розробкою структури емпіричного дослідження. Відповідно до теоретичної моделі було визначено комплекс психодіагностичних методик для оцінки емоційного вигорання, перфекціонізму, алекситимії, стресостійкості та невротичної симптоматики.

Додатково була розроблена авторська анкета для збору соціально-демографічних, професійних та контекстуальних характеристик респондентів. Структура анкети складалася з трьох змістових розділів. Перший розділ був спрямований на збір соціально-демографічної інформації та включав питання щодо віку, статі, сімейного стану, рівня освіти, професійної спеціалізації, стажу роботи та умов професійної діяльності. Другий розділ стосувався професійних

та особистісних стресорів і передбачав оцінку респондентами ступеня стресогенності різних факторів протягом останніх шести місяців. Зокрема, учасники оцінювали вплив професійного навантаження, емоційно складних ситуацій у роботі, перевтоми, інформаційного перенасичення, переживання небезпеки та інших стресових чинників. Третій розділ був присвячений соціальній підтримці та копінг-стратегіям і включав питання щодо наявності психологічної підтримки, особливостей міжособистісної взаємодії, використання способів емоційного відновлення та стратегій подолання стресу. Використання авторської анкети дозволило врахувати контекст професійної діяльності медичних працівників та доповнити результати психодіагностичного обстеження даними про суб'єктивне переживання професійного стресу та наявні адаптаційні ресурси.

Третій етап передбачав безпосередній збір емпіричних даних. Опитування проводилося дистанційно з використанням платформи Google Forms. Вибір дистанційного формату був зумовлений необхідністю забезпечення анонімності, конфіденційності та психологічної безпеки учасників в умовах воєнного стану, а також можливістю залучення медичних працівників із різних регіонів України, зокрема з тилкових, прифронтових територій та зон підвищеного ризику.

Участь у дослідженні була добровільною. Перед початком проходження опитування респондентам надавалася інформація про мету дослідження, принципи анонімності та конфіденційності отриманих результатів. Учасники мали можливість у будь-який момент припинити участь у дослідженні без пояснення причин. Посилання на опитувальник поширювалося через професійні спільноти медичних працівників, соціальні мережі та особисті професійні контакти.

Четвертий етап включав перевірку та підготовку отриманих даних до статистичного аналізу. На цьому етапі здійснювалася перевірка анкет на повноту заповнення, виключення некоректно заповнених форм, кодування змінних та формування єдиної бази емпіричних даних для подальшої статистичної обробки.

П'ятий етап був спрямований на статистичний аналіз отриманих результатів та їх інтерпретацію. Було проведено описовий статистичний аналіз, перевірку внутрішньої узгодженості методик, кореляційний та регресійний аналіз взаємозв'язків між досліджуваними показниками. Отримані результати стали основою для формулювання висновків щодо психологічних детермінант емоційного вигорання медичних працівників та розробки практичних рекомендацій щодо його профілактики.

Шостий етап дослідження був присвячений розробці практичних рекомендацій щодо профілактики емоційного вигорання та психологічної підтримки медичних працівників. На основі результатів теоретичного аналізу та отриманих емпіричних даних було визначено основні психологічні чинники ризику розвитку емоційного вигорання, а також ресурсні характеристики, що можуть сприяти підтриманню психологічного благополуччя фахівців. У межах цього етапу сформульовано рекомендації, спрямовані на розвиток стресостійкості, покращення навичок емоційної регуляції, профілактику хронічного професійного стресу та зниження негативного впливу індивідуально-психологічних чинників, зокрема перфекціонізму та труднощів емоційного усвідомлення.

Організація емпіричного дослідження здійснювалася поетапно та відповідала логіці поставлених дослідницьких завдань. Послідовна реалізація всіх етапів забезпечила можливість комплексного вивчення психологічних детермінант емоційного вигорання медичних працівників та створила підґрунтя для подальшого аналізу емпіричних результатів.

Наступним важливим аспектом дослідження є **характеристика вибірки** респондентів, які взяли участь в емпіричному дослідженні. Розглядаються такі показники, як вік, стать, спеціалізація, посада, стаж роботи, тип медичного закладу та умови професійної діяльності, включно з роботою в умовах повномасштабної агресії (див. Додаток А).

Розподіл респондентів за віком (рис. 2.1.) свідчить, що найбільшу частину вибірки становлять медичні працівники віком 35–44 роки (35%) та 25–34 роки

(32%). Дещо менше представлені учасники віком 45–54 роки (22%), а найменшу групу становлять респонденти віком 55–64 роки (11%). Отримані дані вказують на переважання у вибірці осіб працездатного середнього віку, які активно залучені до професійної діяльності та мають значний досвід роботи у медичній сфері.

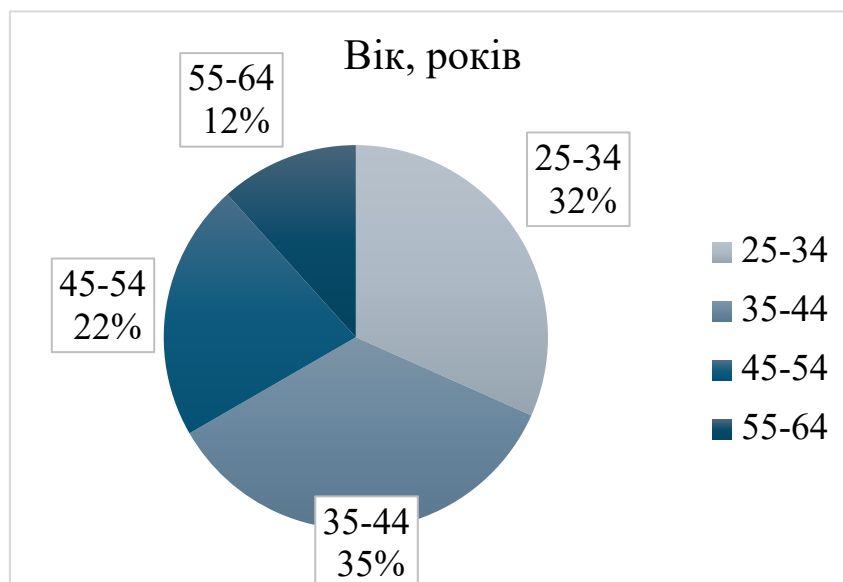


Рис. 2.1. Розподіл респондентів за віком

За статтю (рис. 2.2) у вибірці переважають жінки — 65% респондентів, тоді як чоловіки становлять 35%. Такий розподіл загалом відповідає сучасній гендерній структурі медичної сфери, де жіноцтво традиційно становить більшу частку працівників.

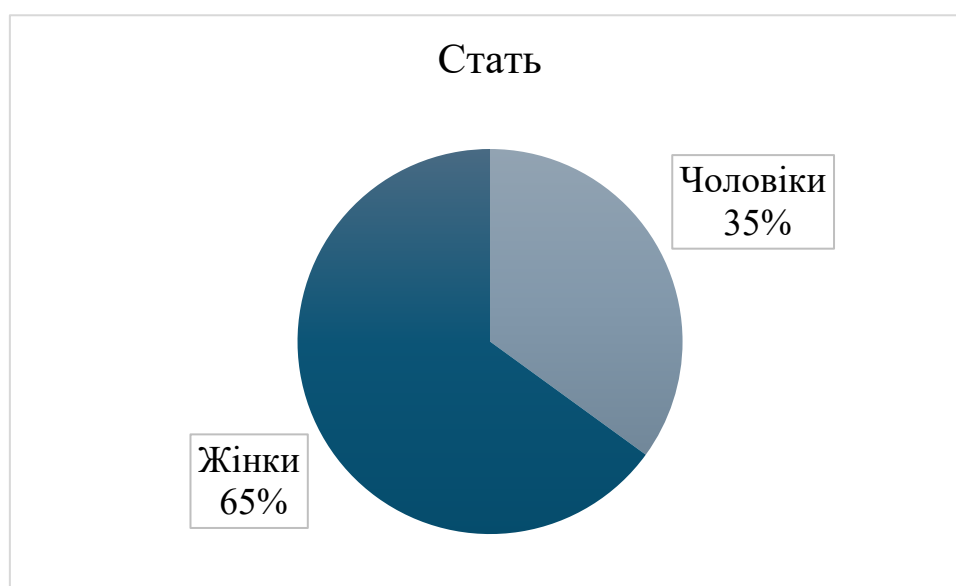


Рис.2.2. Розподіл респондентів за статтю

Аналіз професійного складу вибірки (рис. 2.3) показує, що більшість респондентів становлять лікарі — 53,3%. Медичні сестри та медичні брати складають 26,7% вибірки. Також у дослідженні представлені працівники, які займають керівні посади у медичних закладах (13,3%) та організаційні посади (6,7%). Такий розподіл дозволяє охопити різні рівні професійної відповідальності та специфіку роботи медичного персоналу, що є важливим для аналізу особливостей емоційного вигорання в умовах різних професійних функцій.

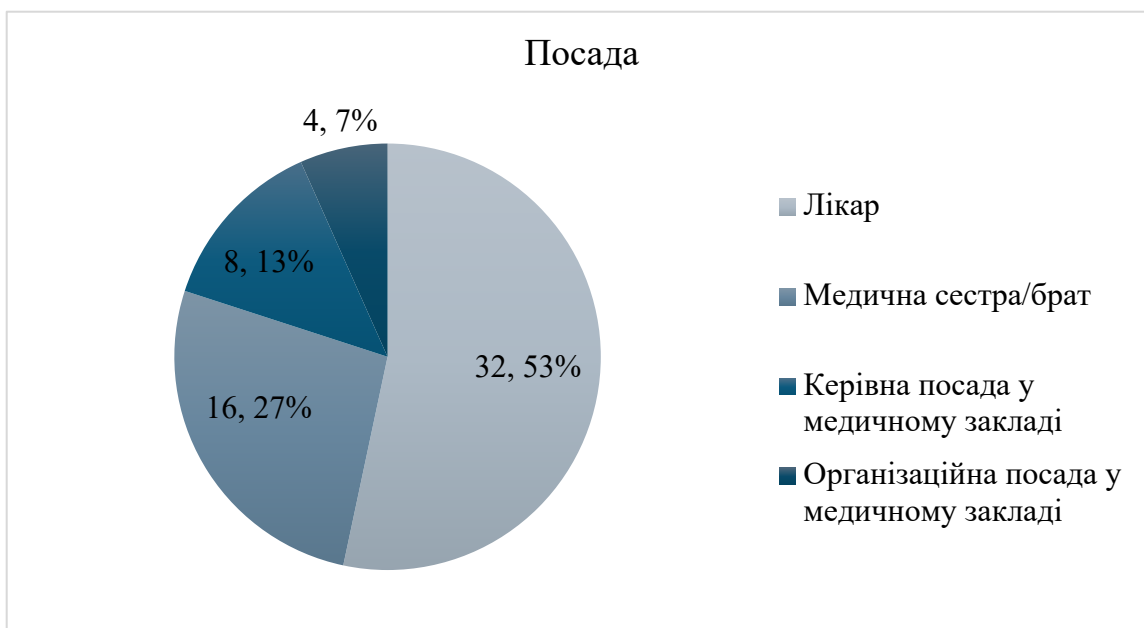


Рис. 2.3. Розподіл респондентів за посадою

За показником професійного стажу (рис. 2.4) у вибірці переважають медичні працівники з досвідом роботи понад 15 років — 55%. Респонденти зі стажем 8–15 років становлять 20% вибірки, тоді як учасники зі стажем до 3 років та 4–7 років представлені у меншій кількості — 13,3% та 11,7% відповідно. Отримані дані свідчать, що більшість учасників мають значний професійний досвід та тривалий період роботи у сфері охорони здоров'я, що дозволяє більш повно дослідити прояви емоційного вигорання в умовах хронічного професійного навантаження.

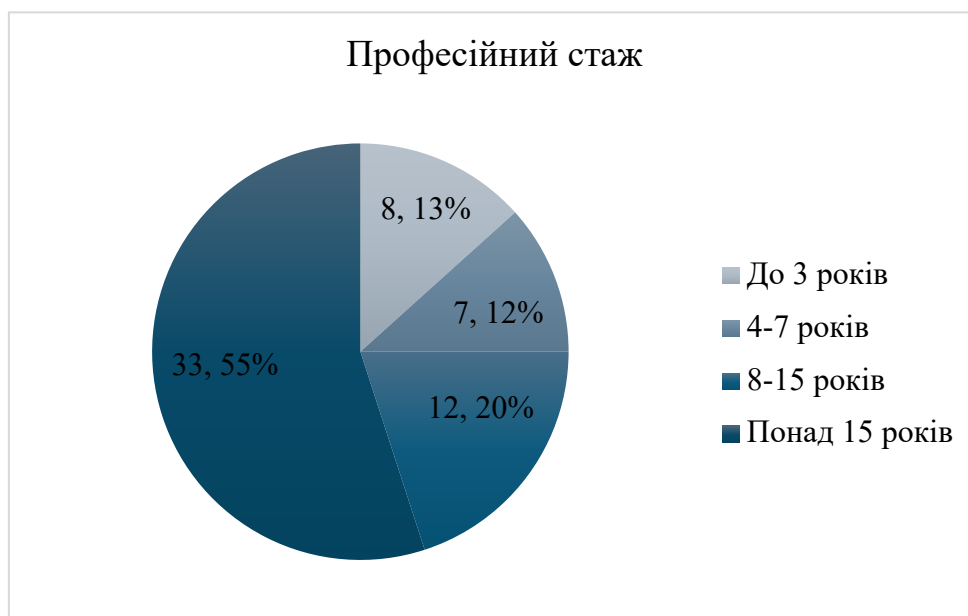


Рис.2.4. Розподіл респондентів за трудовим стажем

Більшість респондентів (91,7%) здійснюють професійну діяльність у тилових регіонах України (рис. 2.5). Невелика частина учасників працює у прифронтових регіонах (3,3%), військових госпіталях (1,7%) та безпосередньо у зоні бойових дій (3,3%). Такий розподіл свідчить, що дослідження переважно відображає психоемоційний стан медичних працівників, які функціонують в умовах непрямого впливу воєнного стресу

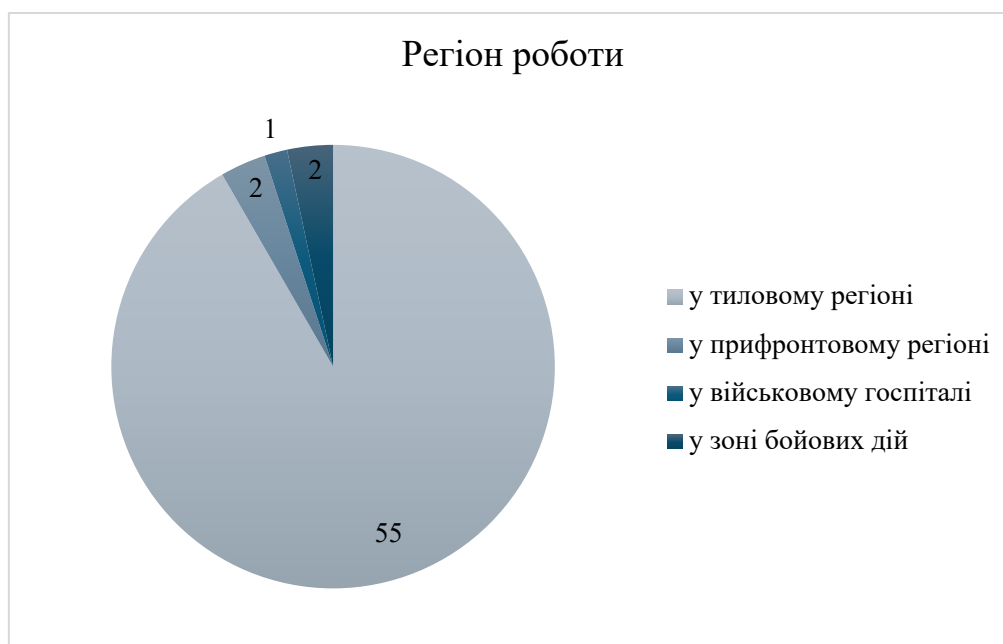


Рис.2.5. Розподіл респондентів за регіоном роботи

За формою організації закладу (рис. 2.6) більшість респондентів працюють у державних закладах охорони здоров'я — 66,7%. Працівники приватних медичних установ становлять 18,3% вибірки, а спеціалізованих медичних центрів чи клінік — 13,3%. Найменше представлені працівники медичного інституту — 1,7%. Такий розподіл відображає домінування державного сектору у структурі вибірки та дозволяє дослідити особливості емоційного вигорання насамперед у системі державної медицини, де професійне навантаження часто супроводжується високою інтенсивністю роботи та обмеженістю ресурсів.



Рис.2.6. Розподіл респондентів за формою організації закладу

У таблиці 2.1 представлено аналіз проявів невротичних симптомів серед респондентів на основі даних авторської анкети (див. Додаток А). Таблиця відображає ключові фактори, які можуть викликати психоемоційне навантаження та стрес у професійній діяльності медичних працівників, особливо в умовах війни та підвищеної відповідальності.

Для кожного фактора наведено середнє значення оцінок, медіану, стандартне відхилення, а також мінімальні та максимальні показники, що дозволяє всебічно оцінити інтенсивність проявів відповідних симптомів.

Табл. 2.1

Стресогенні фактори авторської анкети

Стресогенний фактор	Середнє значення	Медіана	Стандартне відхилення	Мінімальне значення	Максимальне значення
Надмірне робоче навантаження і надвисокий рівень відповідальності.	2.95	3	1.16	1	5
Робота з травмованими, важкими або невиліковно хворими пацієнтами	2.45	2	1.32	1	5
Конфлікти з пацієнтами, напруженість та негативне відношення з боку клієнтів.	2.41	2	1.24	1	5
Конфлікти, напруженість або не підтримка з боку колег чи керівництва	2.36	2	1.28	1	5
Бюрократія, паперова робота, неоптимізовані робочі процеси	3.23	3	1.33	1	5
Робота з військовими/травмованими/важкопораненими	2.05	2	1.14	1	5
Відсутність можливостей для повноцінного відпочинку та відновлення	3.14	3	1.39	1	5
Загальний фон військових подій в країні	3.72	4	1.37	1	5

Найбільш високий показник характерний для загального фону військових подій у країні (3,72), що вказує на його домінуючу роль у формуванні тривалого емоційного напруження. Значний стресогенний вплив також мають бюрократичні процедури, надмірна паперова робота та нераціонально організовані робочі процеси (3,23), а також обмежені можливості для повноцінного відпочинку й відновлення (3,14), що відображає вагомість організаційних умов праці.

Помірний рівень стресу пов'язаний з надмірним робочим навантаженням і високою відповідальністю (2,95). До цієї ж групи належать фактори міжособистісної взаємодії, зокрема напружені стосунки та конфлікти з пацієнтами (2,41), брак підтримки або конфліктні ситуації з боку колег і

керівництва (2,36), а також робота з важкими чи невиліковно хворими пацієнтами (2,45).

Також на основі описової статистики авторської анкети стресогенні чинники можна представити у формі оберненої піраміди (рис. 2.7), впорядкувавши їх за зростанням середніх значень.

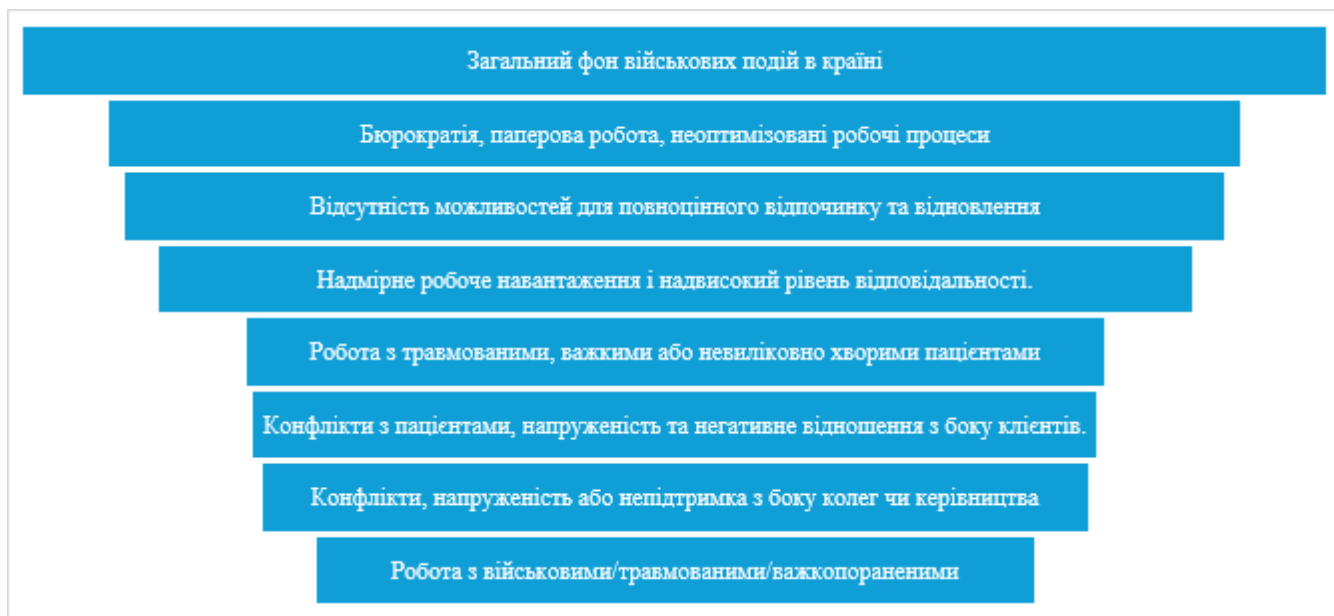


Рис.2.7. Розподіл за стресогенними факторами

Найменш вираженим стресогенним чинником виявилася робота з військовими травмованими та важкопораненими (2,05), що може свідчити про наявність у медичних працівників ефективних механізмів адаптації та психологічної стійкості або невелика кількість респондентів, що працюють з військовими безпосередньо.

У цілому результати свідчать, що психоемоційний стан медичних працівників найбільше визначається зовнішніми соціальними умовами та організаційними особливостями професійної діяльності, тоді як міжособистісні фактори мають менш виражений вплив

Окремий блок авторської анкети був спрямований на вивчення **соціальної підтримки та особливостей копінг-стратегій** медичних працівників.

Аналіз рівня підтримки від колег (рис. 2.8) показав, що половина респондентів (50%) оцінюють її як середню. Високий рівень підтримки відзначили 28,3% учасників, а дуже високий — 5%. Водночас 11,7%

респондентів вказали на низький рівень підтримки, а 5% зазначили, що зовсім її не отримують. Отримані результати свідчать, що для більшості медичних працівників професійне середовище виступає джерелом помірної соціальної підтримки, однак частина фахівців перебуває в умовах недостатньої колегіальної взаємодії, що потенційно може посилювати ризик психоемоційного виснаження.

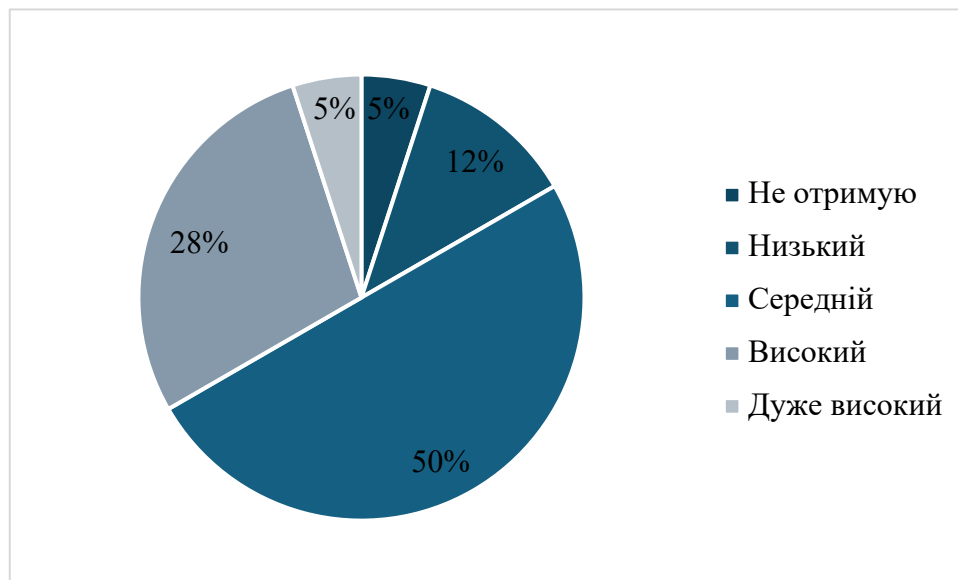


Рис. 2.8. Розподіл за рівнем підтримки від колег

Важливо враховувати також підтримку з боку керівництва та адміністрації, оскільки вона значною мірою формує психологічний клімат та впливає на стійкість персоналу до емоційного вигорання (рис.2.9)

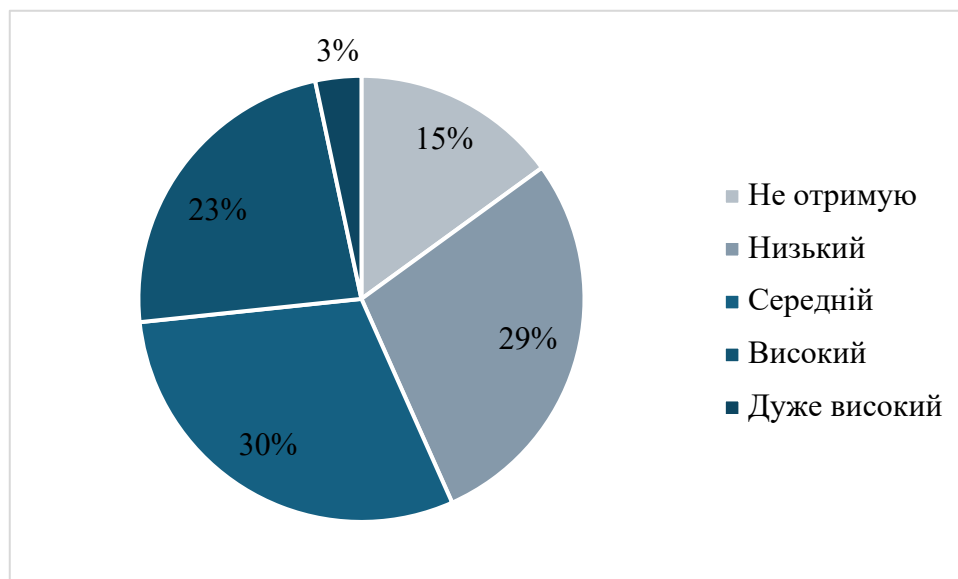


Рис.2.9. Розподіл за рівнем підтримки від керівництва/адміністрації

Аналіз рівня підтримки з боку керівництва та адміністрації показав менш сприятливі результати порівняно з підтримкою від колег. Найбільша частка респондентів оцінює її як середню — 30%. Низький рівень підтримки зазначили 28,3% учасників, а ще 15% повідомили про повну її відсутність. Водночас високий рівень підтримки відзначили 23,3% респондентів, а дуже високий — лише 3,3%.

Отримані результати свідчать, що значна частина медичних працівників не відчуває достатньої підтримки з боку адміністрації, що може негативно впливати на психологічне благополуччя, професійну мотивацію та підвищувати ризик розвитку емоційного вигорання.

Більшість респондентів (56,7%) зазначили, що не мають доступу до психологічної допомоги на робочому місці (рис. 2.10). Лише чверть учасників дослідження (25%) повідомили про наявність такої підтримки, тоді як 18,3% оцінили доступ до неї як частковий. Отримані результати свідчать про недостатній рівень психологічного супроводу медичних працівників у професійному середовищі, що є особливо важливим в умовах високого емоційного навантаження та тривалого професійного стресу.

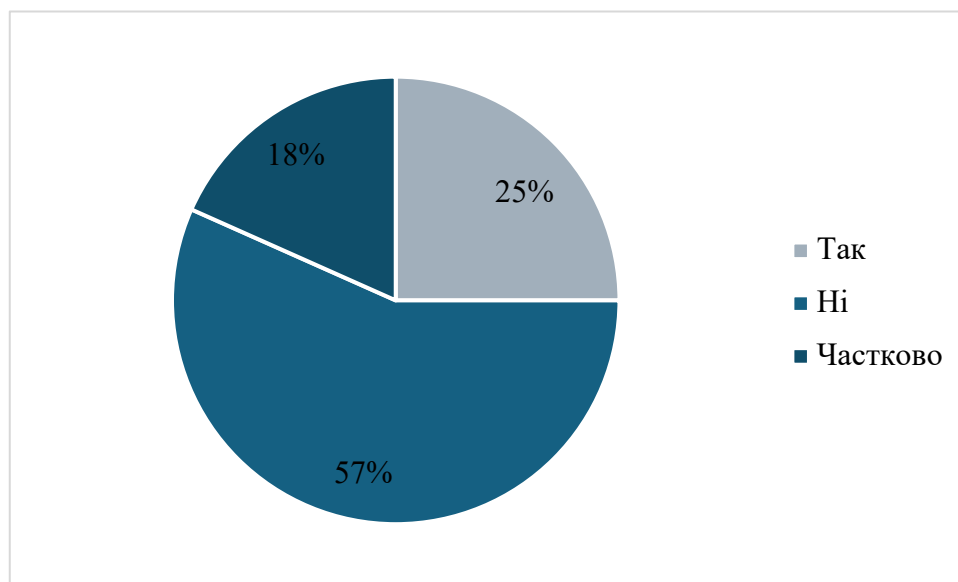


Рис.2.10. Розподіл за рівнем доступу до психологічної допомоги на робочому місці

Результати підкреслюють необхідність розширення доступу до психологічної допомоги на робочому місці та впровадження системи профілактичних заходів для підтримки психічного здоров'я медичного персоналу.

З метою поглиблення аналізу доцільно звернутися до таблиці 2.2., у якій подано кількісні показники рівня задоволеності балансом між роботою та особистим життям, що дозволяє наочно простежити розподіл відповідей та загальні тенденції.

Табл. 2.2

Ви задоволені балансом між роботою та особистим життям?

Баланс між роботою та особистим життям	Counts	% of Total	Cumulative %
Зовсім не задоволений	10	16.7%	16.7%
Трохи не задоволений	12	20.0%	36.7%
Середній рівень	24	40.0%	76.7%
Скоріше задоволений	8	13.3%	90.0%
Повністю задоволений	6	10.0%	100.0%

Аналіз задоволеності балансом між роботою та особистим життям показав, що найбільша частка респондентів (40%) оцінює його на середньому рівні. Водночас 20% учасників зазначили, що скоріше не задоволені цим балансом, а ще 16,7% — зовсім не задоволені. Лише 13,3% респондентів вказали, що скоріше задоволені, і 10% — повністю задоволені співвідношенням професійної та особистої сфер життя. Отримані результати свідчать про наявність труднощів у підтриманні оптимального балансу між професійною діяльністю та особистим життям у значної частини медичних працівників

У зв'язку з цим важливо з'ясувати, які стратегії медичні працівники використовують для подолання стресу та відновлення емоційних ресурсів у критичних ситуаціях (табл. 2.3). Саме для цього в анкеті було поставлене

питання: “Коли Ви відчуваєте сильний стрес чи емоційне виснаження, до яких стратегій Ви найчастіше вдаєтеся? (Оберіть не більше трьох найбільш типових варіантів)”.

Табл. 2.3.

**Коли Ви відчуваєте сильний стрес чи емоційне виснаження,
до яких стратегій Ви найчастіше вдаєтеся?**

№	Коли Ви відчуваєте сильний стрес чи емоційне виснаження, до яких стратегій Ви найчастіше вдаєтеся?	Відсоток відповідей
1	Активний відпочинок, фізичні вправи	36,6%:
2	Уникання проблем, відволікання	50%
3	Звернення за допомогою	34,1%
4	Робота (занурення у справи)	25%
5	Самоізоляція, усамітнення	31,4%
6	Вживання алкоголю, тютюну	13,6%
7	Переосмислення ситуації	47,7%

Найпоширенішою є стратегія уникання проблем і відволікання уваги, яку обрали 50% респондентів. Також значна частка застосовує переосмислення ситуації (47,7%), що свідчить про використання когнітивних методів регуляції емоцій.

Серед активних способів зниження стресу популярними є активний відпочинок та фізичні вправи (36,6%) і звернення за допомогою до колег, друзів або спеціалістів (34,1%). Деякі респонденти практикують самоізоляцію та усамітнення (31,4%), що може відображати потребу у відновленні емоційних ресурсів або уникнення стресових ситуацій.

Менше застосовуються стратегії занурення у роботу (25%) та вживання алкоголю чи тютюну (13,6%), що свідчить про рідше використання деструктивних методів подолання стресу.

Отримані результати щодо частоти використання різних стратегій подолання стресу дозволяють узагальнити поведінкові та когнітивні особливості реагування медичних працівників на емоційне навантаження, що наочно відображено на рис. 2.11.



Рис.2.11. Розподіл за частотою використання стратегій подолання стресу

Отже, аналіз даних свідчить, що більшість медичних працівників віддають перевагу когнітивним і активним стратегіям подолання стресу, тоді як шкідливі або неадаптивні способи застосовуються значно рідше.

2.2. Психодіагностичний інструментарій дослідження

Для реалізації мети та завдань дослідження було використано комплекс психодіагностичних методик, спрямованих на вивчення емоційного вигорання, індивідуально-психологічних предикторів, рівня стресостійкості та психоемоційних наслідків професійного стресу у медичних працівників. Добір психодіагностичного інструментарію здійснювався з урахуванням теоретичної моделі дослідження, психометричних характеристик методик, їхньої валідності та надійності, а також доступу до адаптації українською мовою.

Для діагностики рівня емоційного вигорання медичних працівників у дослідженні використовувався **«Опитувальник для виявлення синдрому**

професійного вигорання», розроблений О. Чабаном, О. Хаустовою та В. Омеляновичем (2023). Методика є сучасним українським психодіагностичним інструментом, створеним і валідизованим відповідно до сучасних вимог психометричного аналізу.

Теоретичною основою методики є концепція емоційного вигорання К. Масlach та С. Джексона, відповідно до якої вигорання розглядається як стан емоційного, психічного та фізичного виснаження, що виникає внаслідок тривалого впливу професійного стресу (Maslach & Jackson, 1981).

Методика була створена на основі дименсіального підходу та сформована шляхом відбору клінічно значущих симптомів професійного вигорання. Початковий варіант містив 60 тверджень, однак після проведення факторного аналізу опитувальник був скорочений до 50 пунктів (Чабан та ін., 2023).

Методика також дозволяє здійснювати більш детальний аналіз симптоматологічної структури емоційного вигорання. Зокрема, опитувальник дає можливість оцінити вираженість таких груп симптомів, як професійне незадоволення, емоційно-вольові порушення, втома та відчуття браку часу, деперсоналізація та дереалізація, астено-депресивна симптоматика, тривожні прояви, потреба в усамітненні та відстороненні від людей, незадоволеність грошовою винагородою, прагнення відпочинку, а також позитивні моральні установки щодо професійної діяльності.

У межах даного дослідження зазначені симптоматичні шкали не використовувалися як окремі аналітичні показники. Основний акцент дослідження був спрямований не на аналіз внутрішньої структури емоційного вигорання, а на вивчення його взаємозв'язків з індивідуально-психологічними предикторами, ресурсними характеристиками особистості та показниками психоемоційного неблагополуччя. У зв'язку з цим у подальшому статистичному аналізі використовувався інтегральний показник професійного вигорання як основна залежна змінна.

Респондентам пропонується надати відповіді у дихотомічному форматі («так» / «ні»). Оцінювання результатів здійснюється за принципом

дименсiальностi, що дозволяє визначити ступiнь вираженостi симптомiв вигорання. Бали за вiдповiдi диференцiюються i варiюються вiд 0 до 5, залежно вiд питання.

Интерпретацiя результатiв передбачає кiлька рiвнiв вираженостi синдрому:

- 0 - 5 балiв – ознак формування та наявностi професiйного вигорання не спостерiгається.
- 6 - 21 балiв – низька, але є ймовiрнiсть формування синдрому професiйного вигорання.
- 22 - 59 балiв – середня ймовiрнiсть формування синдрому професiйного вигорання.
- 60 - 75 балiв – висока ймовiрнiсть формування синдрому професiйного вигорання.

У межах даного дослiдження використовувався iнтегральний показник професiйного вигорання як основної залежної змiнної. Застосування цiєї методики дозволило оцiнити рiвень вираженостi емоцiйного вигорання у медичних працiвникiв та проаналiзувати його взаємозв'язок iз перфекцiонiзмом, алекситимiєю, стресостiйкiстю та невротичною симптоматикою.

Для дослiдження стресостiйкостi у роботi використовувалася **Шкала стресостiйкостi Коннора – Девiдсона** (Connor–Davidson Resilience Scale – CD-RISC-10), розроблена К. Коннором та Дж. Девiдсоном (Connor K. M., Davidson J. R. T.). Методика є скороченою версiєю оригiнальної шкали CD-RISC та широко застосовується у сучасних психологiчних дослiдженнях для оцiнки рiвня психологiчної резилiентностi та адаптацiйних ресурсiв особистостi.

Україномовна версiя шкали CD-RISC-10 була адаптована та валiдизована Н. В. Школіною, І. І. Шаповал, І. В. Орловою, І. О. Кедик та М. А. Станіславчуком на базі Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова. Крос-культурна адаптацiя методики здiйснювалася вiдповiдно до мiжнародних рекомендацiй iз використанням процедури прямого та зворотного перекладу.

Стресостійкість (або резилієнтність) розглядається як здатність особистості ефективно адаптуватися до стресових ситуацій, зберігати психоемоційну рівновагу, відновлюватися після труднощів та підтримувати функціональність в умовах підвищеного навантаження.

Методика CD-RISC-10 складається з 10 тверджень, що відображають різні аспекти психологічної стійкості, зокрема здатність долати труднощі, адаптуватися до змін, зберігати впевненість у власних можливостях та ефективно справлятися зі стресовими ситуаціями.

Респонденти оцінюють кожне твердження за п'ятибальною шкалою Лайкерта відповідно до частоти прояву певних характеристик – від «ніколи» до «майже завжди».

Обробка результатів здійснюється шляхом підрахунку сумарного балу. (табл. 2.4). Вищі показники свідчать про вищий рівень стресостійкості та кращу здатність особистості до психологічної адаптації в умовах стресу.

Табл. 2.4.

Нормативні показники рівня резильєнтності (у балах)

№	Рівень резильєнтності	Бали	Відповідний діапазон за відсотковим розподілом вибірки
1	Низький	0 – 15	0 – 20 %
2	Нижчий за середній	16 – 20	21– 40 %
3	Середній	21 – 25	41– 60 %
4	Вищий за середній	26 – 30	61– 80 %
5	Високий	31 – 40	81– 100 %

Психометричні характеристики методики засвідчують її високу надійність та валідність у дослідженнях різних професійних і клінічних вибірок. Завдяки компактності та високій інформативності шкала CD-RISC-10 є ефективним інструментом для оцінки ресурсних можливостей особистості в умовах інтенсивного психоемоційного навантаження.

У межах даного дослідження використовувався загальний показник стресостійкості як ресурсного модератора. Це дозволило проаналізувати його

роль у взаємозв'язках між індивідуально-психологічними предикторами та рівнем емоційного вигорання медичних працівників.

Для оцінки рівня негативних психоемоційних станів у дослідженні використовувалася **Шкала депресії, тривожності та стресу** (Depression Anxiety Stress Scales – DASS-21), розроблена С. Ловібондом та П. Ловібондом (Lovibond & Lovibond, 1995). Методика є скороченою версією оригінального опитувальника DASS-42.

Україномовний переклад DASS-21 був здійснений Інною Галецькою, Мариною Кліманською та Марією Перун на базі кафедри психології Львівського національного університету імені Івана Франка і представлений на офіційному ресурсі DASS.

Методика складається з 21 твердження та включає три субшкали:

- депресія (Depression);
- тривожність (Anxiety);
- стрес (Stress).

Концептуально методика ґрунтується на уявленні про депресію, тривожність і стрес як відносно самостійні, але взаємопов'язані психоемоційні стани. Депресія у структурі DASS-21 відображає зниження настрою, втрату інтересу та мотивації, переживання безнадійності й емоційного виснаження. Тривожність пов'язана з фізіологічним напруженням, страхом, внутрішнім неспокоєм та підвищеною психічною збудливістю. Стрес розглядається як стан хронічного нервово-психічного напруження, дратівливості та труднощів емоційної регуляції.

Кожна субшкала містить по 7 тверджень. Респонденти оцінюють ступінь відповідності кожного твердження власному стану протягом останнього тижня за чотирибальною шкалою – від 0 («не стосувалося мене зовсім») до 3 («стосувалося мене дуже часто або майже постійно»).

Обробка результатів передбачає підрахунок окремих показників за кожною субшкалою. Вищі значення свідчать про більшу вираженість депресивних, тривожних та стресових проявів.

Інтерпретація результатів здійснювалася відповідно до референтних значень, запропонованих авторами методики (табл. 2.5).

Табл. 2.5.

Нормативні показники методики DASS-21

Шкала	Норма	Легкий	Помірний	Виражений	Дуже виражений
Депресія	0–4	5–6	7–10	11–13	>14
Тривожність	0–3	4–5	6–7	8–9	>10
Стрес	0–7	8–9	10–12	13–16	>17

У межах даного дослідження шкала DASS-21 використовувалася для оцінки невротичної симптоматики як наслідкового показника психоемоційного неблагополуччя, пов'язаного з тривалим професійним стресом та емоційним вигоранням медичних працівників. У статистичному аналізі використовувалися показники за трьома субшкалами — депресія, тривожність і стрес. Додатково для оцінки загального рівня психоемоційного неблагополуччя було розраховано сумарний показник негативних емоційних станів на основі загальної суми балів DASS-21.

Для дослідження особливостей емоційної регуляції та труднощів усвідомлення власних емоційних станів у медичних працівників використовувалася **Торонтська шкала алекситимії** (Toronto Alexithymia Scale – TAS-20), розроблена Р. Бегбі, Дж. Паркером та Г. Тейлором (Bagby R. M., Parker J. D. A., Taylor G. J.). Методика є одним із найбільш поширених і валідизованих інструментів для вимірювання рівня алекситимії у клінічних та неклінічних вибірках.

Концептуально алекситимія розглядається як особистісна характеристика, що проявляється у труднощах розпізнавання, диференціації та вербалізації власних емоційних переживань, а також у схильності до зовнішньо орієнтованого типу мислення. У контексті професійної діяльності медичних працівників високий рівень алекситимії може ускладнювати емоційну

саморегуляцію, знижувати ефективність опрацювання стресового досвіду та підвищувати ризик розвитку емоційного вигорання.

Методика TAS-20 складається з 20 тверджень, які оцінюються респондентами за п'ятибальною шкалою Лайкерта – від «повністю не погоджуюся» до «повністю погоджуюся». Опитувальник містить три субшкали:

- труднощі ідентифікації почуттів (Difficulty Identifying Feelings – DIF);
- труднощі опису почуттів (Difficulty Describing Feelings – DDF);
- зовнішньо орієнтоване мислення (Externally Oriented Thinking – EOT).

У дослідженні використовувався інтегральний показник TAS-20, що відображає загальний рівень алекситимії. Вищі значення свідчать про більшу вираженість труднощів емоційного усвідомлення та вербалізації емоційних переживань.

Інтерпретація результатів здійснювалася відповідно до загальноприйнятих критеріїв: показники до 51 бала свідчать про низький рівень алекситимії, 52–60 балів – про проміжний або ризиковий рівень, а показники понад 61 бал вказують на високий рівень алекситимії.

Використання Торонтської шкали алекситимії у межах даного дослідження дозволило оцінити особливості емоційної регуляції медичних працівників та проаналізувати зв'язок алекситимії з рівнем емоційного вигорання, стресостійкістю та показниками невротичної симптоматики.

Для дослідження перфекціонізму як індивідуально-психологічного предиктора емоційного вигорання у роботі використовувалася шкала «Перфекціонізм» із опитувальника **«Перевірка на життєздатність» («Vitality Check»)** В. Шауфелі (Schaufeli, 2005). Методика була адаптована на українській вибірці у межах досліджень психологічних чинників професійного вигорання Л. М. Карамушки, О. І. Бондарчук та Т. В. Грубі (2015).

Концептуально перфекціонізм у межах даної методики розглядається як прагнення особистості до бездоганного виконання професійної діяльності, схильність до встановлення високих стандартів щодо власної роботи, підвищена

вимогливість до себе та оточення, а також тенденція до надмірного контролю результатів діяльності. Високий рівень перфекціонізму може супроводжуватися постійним внутрішнім напруженням, труднощами задоволення результатами власної праці, підвищеною самокритичністю та надмірною відповідальністю, що, своєю чергою, підвищує ризик розвитку емоційного вигорання.

Шкала «Перфекціонізм» складається з 10 тверджень, що стосуються особливостей професійної поведінки і прагнення до професійної досконалості. Респондентам пропонується оцінити ступінь своєї згоди з кожним твердженням за п'ятибальною шкалою Лайкерта – від 1 («повністю не погоджуюсь») до 5 («повністю погоджуюсь»).

Обробка результатів здійснюється шляхом підрахунку сумарного показника за всіма пунктами шкали. Загальна кількість балів може варіюватися від 10 до 50. Вищі показники свідчать про більшу вираженість перфекціоністичних установок, прагнення до професійної досконалості та підвищеної вимогливості до результатів власної діяльності.

У межах даного дослідження шкала використовувалася для оцінки рівня перфекціонізму як одного з індивідуально-психологічних предикторів емоційного вигорання медичних працівників.

Після підбору психодіагностичного інструментарію та збору емпіричних даних було здійснено **перевірку внутрішньої узгодженості** використаних методик. Для оцінки надійності шкал застосовувався коефіцієнт Альфа Кронбаха (Cronbach's alpha), який дозволяє визначити ступінь внутрішньої консистентності пунктів опитувальника та оцінити надійність отриманих результатів (табл. 2.6).

Усі використані у дослідженні методики продемонстрували достатній або високий рівень внутрішньої узгодженості. Найвищі показники α Кронбаха були отримані для шкали професійного вигорання ($\alpha = 0,881$), а також субшкал DASS-21 «Стрес» ($\alpha = 0,870$) та «Депресія» ($\alpha = 0,866$), що свідчить про високу надійність цих інструментів у межах досліджуваної вибірки.

Табл. 2.6.

Перевірка внутрішньої узгодженості, коефіцієнт Альфа Кронбаха

Шкали	Альфа Кронбаха
Професійне вигорання	0,881
Шкала стресостійкості Коннора-Девідсона-10 (CD-RISC-10)	0,836
DASS-21 Депресія	0,866
DASS-21 Тривожність	0,821
DASS-21 Стрес	0,870
Шкала «Перфекціонізм» Шауфелі	0,742
TAS-20 Торонтська шкала алекситимії	0,782

Шкала стресостійкості Коннора–Девідсона CD-RISC-10 також продемонструвала високий рівень внутрішньої узгодженості ($\alpha = 0,836$), що підтверджує надійність вимірювання резилієнтності як ресурсної характеристики особистості. Високі показники були отримані і для шкали тривожності DASS-21 ($\alpha = 0,821$).

Торонтська шкала алекситимії TAS-20 ($\alpha = 0,782$) та шкала «Перфекціонізм» В. Шауфелі ($\alpha = 0,742$) продемонстрували прийнятний рівень внутрішньої консистентності. Хоча показники цих методик є дещо нижчими порівняно з іншими шкалами, вони перебувають у межах нормативно допустимих значень для психологічних досліджень і свідчать про достатню узгодженість пунктів шкал між собою.

Отримані результати дозволяють зробити висновок про високі показники надійності і внутрішньої узгодженості використаних методик і підтверджують можливість подальшого використання отриманих даних у статистичному аналізі.

2.3. Методи статистичної обробки даних

Статистична обробка емпіричних даних здійснювалася із використанням методів описової та математичної статистики відповідно до логіки дослідження та поставлених дослідницьких завдань. Аналіз даних був спрямований на виявлення рівнів вираженості досліджуваних психологічних характеристик, визначення взаємозв'язків між змінними, а також перевірку ролі окремих психологічних чинників у формуванні емоційного вигорання медичних працівників.

На першому етапі статистичного аналізу застосовувалися методи описової статистики. Для характеристики досліджуваних змінних визначалися середні значення (M), стандартні відхилення (SD), мінімальні та максимальні значення показників. Використання описового статистичного аналізу дозволило оцінити загальний рівень вираженості емоційного вигорання, перфекціонізму, алекситимії, стресостійкості та показників невротичної симптоматики у вибірці медичних працівників.

З метою перевірки надійності використаного психодіагностичного інструментарію було здійснено аналіз внутрішньої узгодженості шкал за допомогою коефіцієнта альфа Кронбаха (Cronbach's alpha). Отримані показники дозволили оцінити ступінь внутрішньої консистентності пунктів опитувальників та підтвердити психометричну придатність методик для подальшого статистичного аналізу.

Для аналізу взаємозв'язків між досліджуваними змінними використовувався кореляційний аналіз із застосуванням коефіцієнта кореляції Спірмена. Кореляційний аналіз дозволив визначити напрям, силу та статистичну значущість зв'язків між показниками емоційного вигорання, перфекціонізму, алекситимії, стресостійкості та невротичної симптоматики.

З метою визначення внеску індивідуально-психологічних предикторів у формування емоційного вигорання застосовувався множинний регресійний аналіз. У межах регресійних моделей емоційне вигорання розглядалося як

залежна змінна, тоді як показники перфекціонізму та алекситимії виступали предикторами. Застосування множинного регресійного аналізу дозволило оцінити силу та напрям впливу окремих психологічних характеристик на рівень емоційного вигорання медичних працівників.

Для перевірки ролі стресостійкості як психологічного ресурсу використовувався аналіз спільного впливу показників у межах регресійної моделі. Зокрема, аналізувалося, чи змінюється сила зв'язку між перфекціонізмом, алекситимією та рівнем емоційного вигорання залежно від рівня стресостійкості особистості.

Статистична значущість результатів оцінювалася на рівні $p \leq 0,05$. Обробка емпіричних даних та проведення статистичного аналізу здійснювалися із використанням спеціалізованого програмного забезпечення Jamovi.

Висновки до розділу II

У другому розділі було обґрунтовано організацію та методичне забезпечення емпіричного дослідження психологічних детермінант емоційного вигорання медичних працівників. Відповідно до теоретичної моделі дослідження визначено систему змінних, що включає індивідуально-психологічні предиктори (перфекціонізм та алекситимія), емоційне вигорання як залежну змінну, стресостійкість як ресурсний чинник та показники невротичної симптоматики як наслідкові прояви психоемоційного неблагополуччя.

Охарактеризовано вибірку дослідження та етапи його проведення. Дослідження проводилося із дотриманням принципів добровільності, анонімності та конфіденційності, що забезпечило належні умови для отримання достовірних емпіричних даних.

Для реалізації емпіричного дослідження було підібрано валідний психодіагностичний інструментарій, спрямований на оцінку основних змінних теоретичної моделі. Зокрема, використані методики забезпечують оцінку рівня емоційного вигорання, стресостійкості, перфекціонізму, алекситимії, а також

показників депресії, тривожності та стресу, що створює можливість для комплексного аналізу психологічних механізмів формування емоційного вигорання медичних працівників.

У межах дослідження також було перевірено внутрішню узгодженість застосованих методик. Отримані показники коефіцієнта альфа Кронбаха засвідчили достатній та високий рівень надійності психодіагностичного інструментарію, що підтверджує його придатність для подальшого статистичного аналізу.

Обґрунтовано доцільність використання методів описової та інференційної статистики відповідно до завдань дослідження. Описовий статистичний аналіз дозволяє визначити рівень вираженості досліджуваних показників та особливості їх розподілу, кореляційний аналіз – встановити характер і силу взаємозв'язків між змінними, а множинний регресійний аналіз і аналіз взаємодії змінних – оцінити внесок окремих індивідуально-психологічних чинників у формування емоційного вигорання та роль стресостійкості у зміні сили цих взаємозв'язків.

Таким чином, методологічне та методичне забезпечення дослідження є достатнім для реалізації поставлених завдань і створює підґрунтя для подальшого емпіричного аналізу психологічних детермінант емоційного вигорання медичних працівників.

РОЗДІЛ III. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ДЕТЕРМІНАНТ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

3.1. Описовий аналіз показників емоційного вигорання, перфекціонізму, алекситимії, стресостійкості та невротичної симптоматики

У межах даного підрозділу здійснено описовий аналіз основних психологічних показників дослідження, зокрема рівня професійного вигорання, стресостійкості, перфекціонізму (табл. 3.1), а також показників невротичної симптоматики у медичних працівників. Аналіз описових статистик дозволяє оцінити загальний рівень вираженості досліджуваних характеристик у вибірці і виявити особливості розподілу показників. Отримані результати також дають можливість співвіднести середні значення зі встановленими референтними показниками відповідних психодіагностичних методик та оцінити психологічний стан респондентів у контексті професійного навантаження.

Табл. 3.1.

Описові статистики показників професійного вигорання, стресостійкості та перфекціонізму

	Вигорання	Стресостійкість	Перфекціонізм
Кількість респондентів	60	60	60
Середнє значення	32.4	27.5	35.5
Медіана	30.5	27.5	36.5
Стандартне відхилення	16.6	5.85	5.37
Мінімальне значення	4	13	19
Максимальне значення	67	40	45

Як видно з таблиці, середній показник професійного вигорання у вибірці становить 32,4 бала ($SD = 16,6$), що свідчить про помірний рівень вираженості

симптомів емоційного виснаження у досліджуваних медичних працівників. Водночас значне стандартне відхилення та широкий діапазон значень (від 4 до 67 балів) вказують на суттєву індивідуальну варіативність проявів вигорання у вибірці. Це може свідчити про неоднорідність психологічного стану респондентів та різний ступінь адаптації до професійного стресу. Відсотковий розподіл по рівням вираженості вигорання представлений у таблиці 3.2.

Табл. 3.2.

Розподіл середніх показників згідно референтних значень методики

Рівень вираженості професійного вигорання	Кількість респондентів	% від вибірки
Ознаки професійного вигорання не спостерігаються (0–5 балів)	2	3,3%
Низька ймовірність формування професійного вигорання (6–21 бал)	16	26,7%
Середня ймовірність формування професійного вигорання (22–59 балів)	38	63,3%
Висока ймовірність формування професійного вигорання (60–75 балів)	4	6,7%
Усього	60	100%

У більшості досліджуваних медичних працівників (63,3%) спостерігається середня ймовірність формування синдрому професійного вигорання. Водночас у 6,7% респондентів виявлено високий рівень ймовірності професійного вигорання, що може свідчити про суттєве виснаження адаптаційних ресурсів. Лише у незначній частини вибірки (3,3%) ознаки професійного вигорання не спостерігаються.

Загалом отримані дані підтверджують актуальність проблеми емоційного виснаження серед медичних працівників в умовах підвищеного професійного навантаження.

Графічне зображення відсоткового розподілу по рівням вираженості професійного вигорання подане на рисунку 3.1.

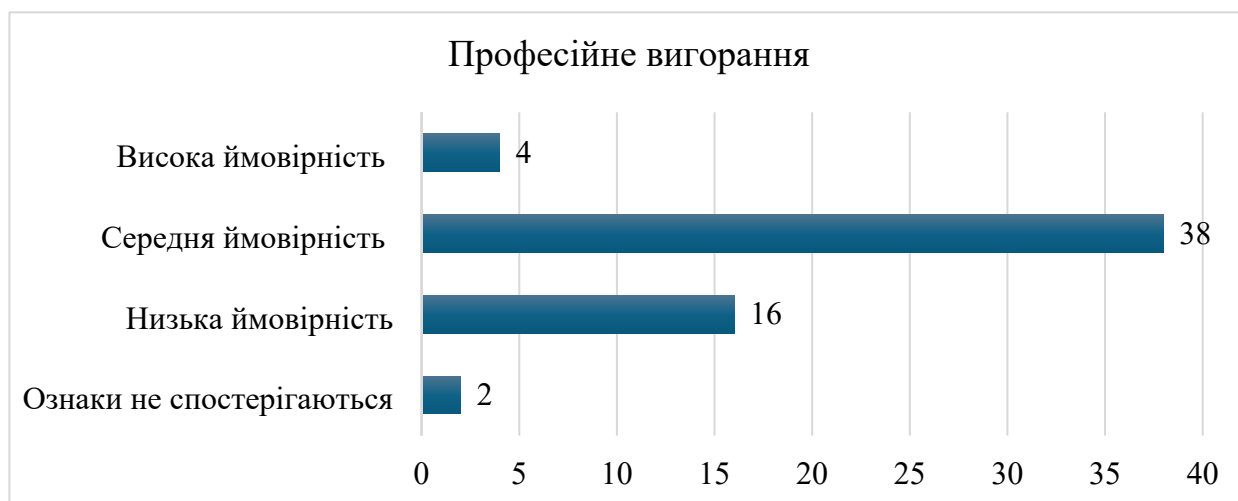


Рис.3.1. Відсотковий розподіл по рівням вираженості професійного вигорання

Середній показник стресостійкості за шкалою CD-RISC-10 (табл. 3.1) становить 27,5 бала ($SD = 5,85$). Враховуючи, що для даної методики вищі значення відображають кращу здатність до психологічної адаптації та подолання стресу, отриманий результат свідчить про загалом достатньо високий рівень стресостійкості у вибірці (табл. 3.2). Це може означати, що більшість респондентів мають відносно сформовані механізми психологічної саморегуляції, однак у частини медичних працівників ресурсів адаптації може бути недостатньо для ефективного подолання тривалого професійного навантаження.

Табл. 3.2.

Розподіл середніх показників згідно референтних значень методики

Рівень резильєнтності	Діапазон балів	Кількість респондентів	% від вибірки
Низький	0–15	2	3,3%
Нижчий за середній	16–20	6	10,0%
Середній	21–25	14	23,3%
Вищий за середній	26–30	23	38,3%
Високий	31–40	15	25,0%
Усього		60	100%

Такі результати свідчать, що у більшості медичних працівників переважає достатньо високий рівень резильєнтності. Найбільша частка респондентів

(38,3%) має рівень резильєнтності, вищий за середній, а ще 25,0% – високий рівень (рис.3.2).

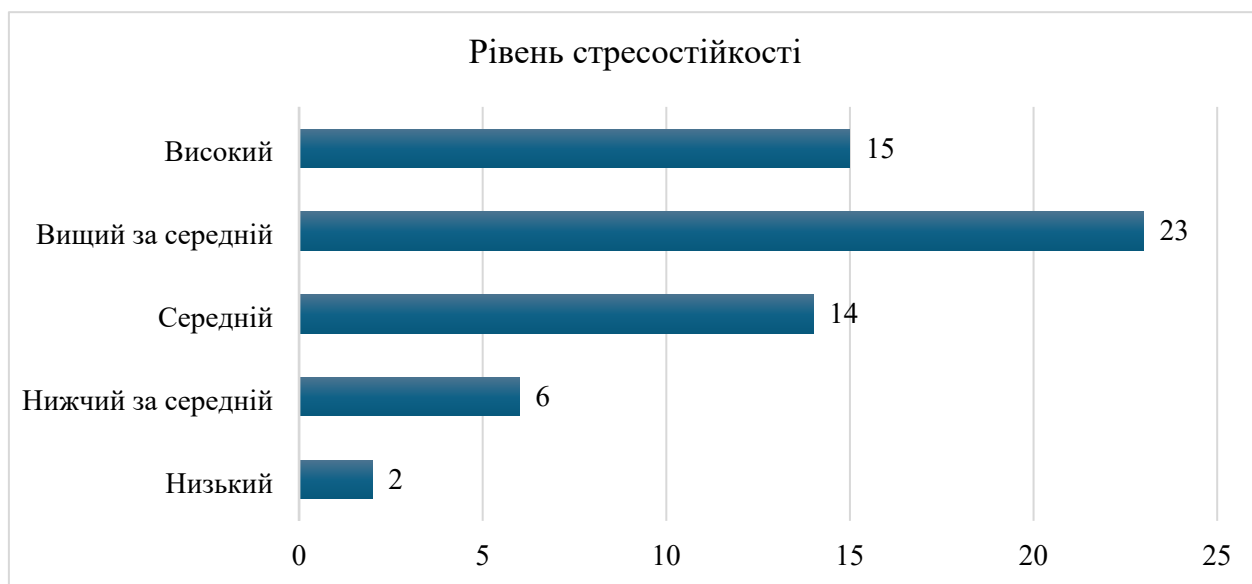


Рис.3.2. Відсотковий розподіл по рівням стресостійкості

Це може вказувати на наявність у значної частини вибірки сформованих механізмів психологічної адаптації та здатності ефективно справлятися з стресом. Водночас у 13,3% досліджуваних зафіксовано низький або нижчий за середній рівень резильєнтності, що може свідчити про підвищену вразливість до емоційного виснаження та труднощів психологічної саморегуляції в умовах професійного навантаження.

Показник перфекціонізму у вибірці становить у середньому 35,5 бала ($SD = 5,37$) при максимально можливому значенні 50 балів. Отриманий результат свідчить про відносно високий рівень перфекціоністичних установок серед респондентів. Це вказує на схильність значної частини медичних працівників до підвищених вимог до себе, прагнення до бездоганного виконання професійних обов'язків та високого рівня відповідальності.

Так як в цій методиці не надаються референтні значення для оцінки рівнів перфекціонізму, для наглядної демонстрації використаємо гістограму із розподілом середніх значень (рис. 3.3). Як видно з гістограми, показники перфекціонізму у вибірці медичних працівників переважно зосереджені у діапазоні від 30 до 40 балів, із піковими значеннями в межах 35–38 балів.

Розподіл має відносно нормальну форму без різко вираженої асиметрії, що свідчить про достатню однорідність вибірки за даним показником. Водночас спостерігається незначна тенденція до концентрації результатів у зоні підвищених значень, що вказує на поширеність виражених перфекціоністичних установок серед респондентів.

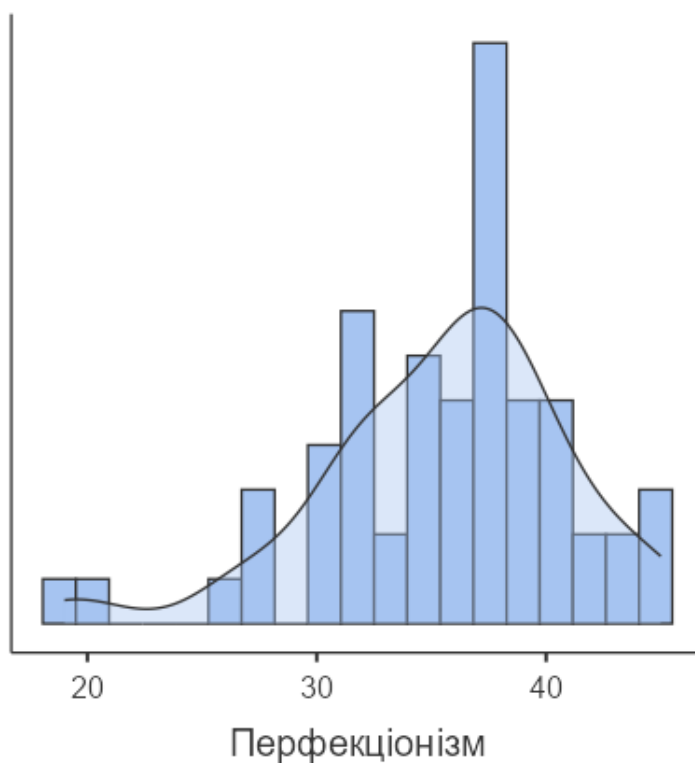


Рис.3.3. Розподіл середніх значень по шкалі перфекціонізму

Отримані результати свідчать, що для значної частини медичних працівників характерні високі вимоги до себе, прагнення до професійної досконалості, схильність до самоконтролю та підвищена відповідальність за результати власної діяльності. Разом із тим концентрація показників у верхньому діапазоні шкали може свідчити і про ризик формування дезадаптивних проявів перфекціонізму.

Для оцінки невротичної симптоматики проаналізуємо результати по шкалі DASS-21, яка дозволяє визначити рівень депресії, тривожності та стресу як основних проявів психоемоційного неблагополуччя (табл. 3.3). Аналіз показників дозволяє оцінити не лише рівень професійного стресу, але і можливі психоемоційні наслідки професійного вигорання.

Табл. 3.3.

Описові статистики показників методики DASS-21

	Депресія	Тривожність	Стрес	Заг. негативн. емоції DASS
Кількість респондентів	60	60	60	60
Середнє значення	5.18	4.83	8.00	18.0
Медіана	4.00	4.00	7.00	16.0
Стандартне відхилення	3.97	3.90	4.40	11.1
Мінімальне значення	0	0	1	1
Максимальне значення	13	15	20	44

Середній показник депресії у вибірці становить 5,18 бала ($SD = 3,97$), що відповідно до нормативних значень DASS-21 перебуває в межах норми. Водночас максимальне значення у вибірці досягало 13 балів, що відповідає легкому рівню депресивної симптоматики. Це свідчить про те, що хоча загалом у вибірці не спостерігається виражених депресивних проявів, у частини респондентів можуть бути наявні окремі депресивні симптоми. Середній показник тривожності становить 4,83 бала ($SD = 3,90$), що також відповідає нормативному рівню.

Показник стресу у вибірці становить у середньому 8,0 балів ($SD = 4,40$), що також не виходить за межі нормативних значень. Разом із тим максимальний показник досягав 20 балів, що відповідає помірному рівню стресу. Це свідчить про те, що хоча загалом рівень психоемоційного напруження у вибірці не є критичним, частина респондентів перебуває у стані підвищеного емоційного виснаження та внутрішнього напруження.

Результати опитування свідчать, що у більшості медичних працівників показники депресії, тривожності та стресу перебувають у межах нормативних значень (табл. 3.4).

Табл. 3.4.

Розподіл середніх показників згідно референтних значень методики

Рівень вираженості	Депресія n (%)	Тривожність n (%)	Стрес n (%)
Нормативний рівень	35 (58,3%)	24 (40,0%)	26 (43,3%)
Легкий рівень	7 (11,7%)	17 (28,3%)	8 (13,3%)
Помірний рівень	8 (13,3%)	4 (6,7%)	18 (30,0%)
Важкий рівень	10 (16,7%)	10 (16,7%)	1 (1,7%)
Дуже важкий рівень	0 (0%)	5 (8,3%)	7 (11,7%)
Усього	60 (100%)	60 (100%)	60 (100%)

У більшості медичних працівників (58,3%) рівень депресивної симптоматики перебуває в межах норми. Легкий рівень депресії виявлено у 11,7% респондентів, помірний – у 13,3%, а важкий – у 16,7%. Випадків дуже важкого рівня депресії зафіксовано не було. Отримані результати свідчать, що хоча переважна частина вибірки не демонструє виражених депресивних проявів, майже у третини обстежених спостерігаються помірні або важкі симптоми депресії (рис. 3.4).

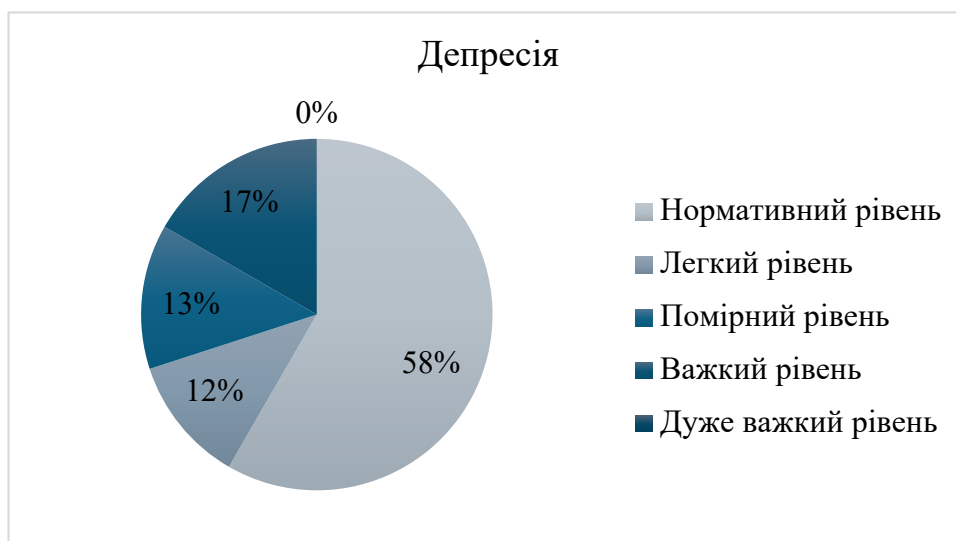


Рис.3.4. Відсотковий розподіл по рівням депресії

Аналіз показників тривожності за шкалою DASS-21 показав, що нормальний рівень тривожності характерний для 40,0% медичних працівників. Легкий рівень тривожності виявлено у 28,3% респондентів, помірний – у 6,7%, важкий – у 16,7%, а дуже важкий – у 8,3% обстежених. Таким чином, у 31,7% вибірки спостерігаються важкі або дуже важкі прояви тривожності, що свідчить про значне емоційне напруження та схильність до переживання тривоги (рис. 3.5).

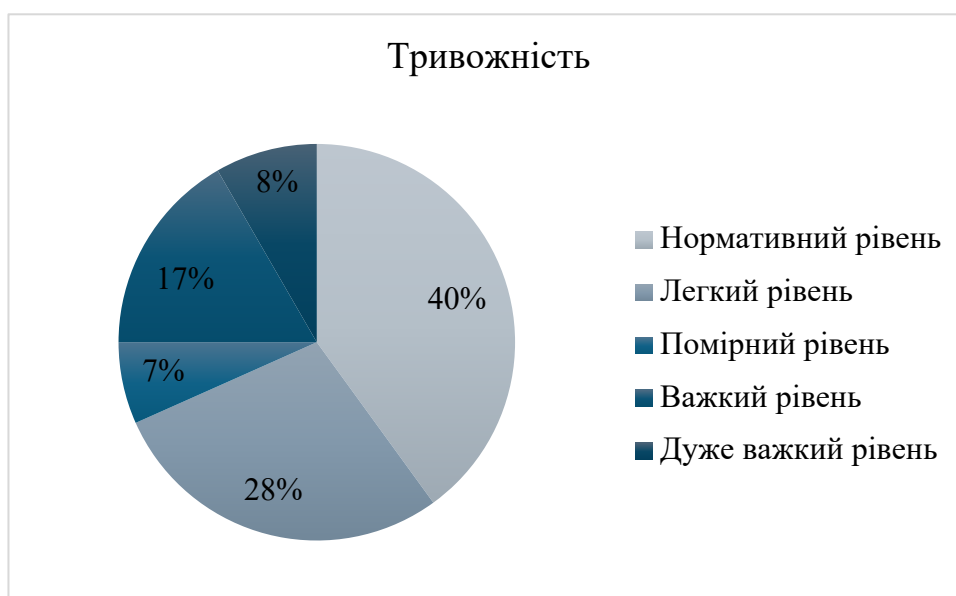


Рис.3.4. Відсотковий розподіл по рівням тривожності

Аналіз показників стресу за шкалою DASS-21 показав, що нормальний рівень стресу характерний для 43,3% медичних працівників. Легкий рівень виявлено у 13,3% респондентів, помірний – у 30,0%, важкий – у 1,7%, а дуже важкий – у 11,7% обстежених. Таким чином, понад дві п'ятих вибірки (43,4%) демонструють підвищені показники стресу різного ступеня вираженості, а у 13,4% респондентів спостерігаються важкі та дуже важкі його прояви (рис. 3.5).

Отримані результати свідчать про значне психоемоційне навантаження, характерне для професійної діяльності медичних працівників, яка пов'язана з високим рівнем відповідальності, інтенсивною взаємодією з пацієнтами, необхідністю швидкого прийняття рішень та постійним перебуванням у стресогенних умовах.

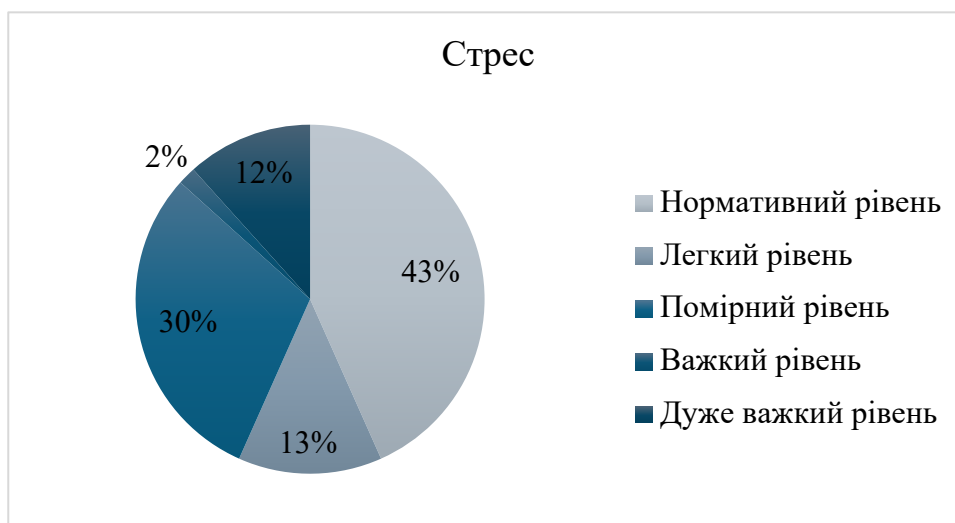


Рис.3.5. Відсотковий розподіл по рівням стресу

Загалом результати DASS-21 демонструють відносно сприятливий психоемоційний стан більшості респондентів.

Для більш детального аналізу особливостей емоційної сфери респондентів було проаналізовано показники за субшкалами Торонтської шкали алекситимії (TAS-20): труднощі з ідентифікацією почуттів, труднощі з описом почуттів та зовнішньоорієнтоване мислення (табл. 3.5).

Табл. 3.5.

Описові статистики показників Торонтської шкали алекситимії

	Труднощі з ідентифікацією почуттів	Труднощі з описом почуттів	Зовнішньоорієнтоване мислення	Алекситимія
Кількість респондентів	60	60	60	60
Середнє значення	15.6	11.7	26.4	53.6
Медіана	16.0	11.5	26.0	53.0
Стандартне відхилення	5.76	3.55	4.17	10.6
Мінімальне значення	7	5	16	32
Максимальне значення	31	20	39	87

Отримані результати свідчать, що найбільш вираженим компонентом у структурі алекситимії досліджуваних є зовнішньоорієнтоване мислення ($M = 26,4$; $SD = 4,17$). Це вказує на тенденцію респондентів більше концентруватися на зовнішніх подіях і практичних аспектах діяльності, ніж на внутрішніх емоційних переживаннях. Така особливість є досить типовою для представників медичної професії, оскільки професійна діяльність потребує швидкого прийняття рішень, раціональності та контролю емоційних реакцій.

Показники за субшкалою труднощів з ідентифікацією почуттів ($M = 15,6$; $SD = 5,76$) свідчать про помірно виражені труднощі у розпізнаванні та усвідомленні власних емоційних станів.

Середній показник за субшкалою труднощів з описом почуттів становить 11,7 бала ($SD = 3,55$), що вказує на відносно помірний рівень складнощів у вербалізації емоційного досвіду. Це може проявлятися у стриманості під час обговорення власних переживань та схильності до емоційного дистанціювання.

Інтегральний показник алекситимії становить 53,6 бала ($SD = 10,6$), що загалом відповідає проміжному рівню між нормою та групою ризику.

Відповідно до інтерпретації TAS-20, показники до 51 бала вважаються нормативними, 52–60 балів свідчать про наявність окремих алекситимічних тенденцій, а понад 61 бал — про виражену алекситимію. Відсотковий розподіл середніх значень по рівнях алекситимії представлений на рис.3.6.

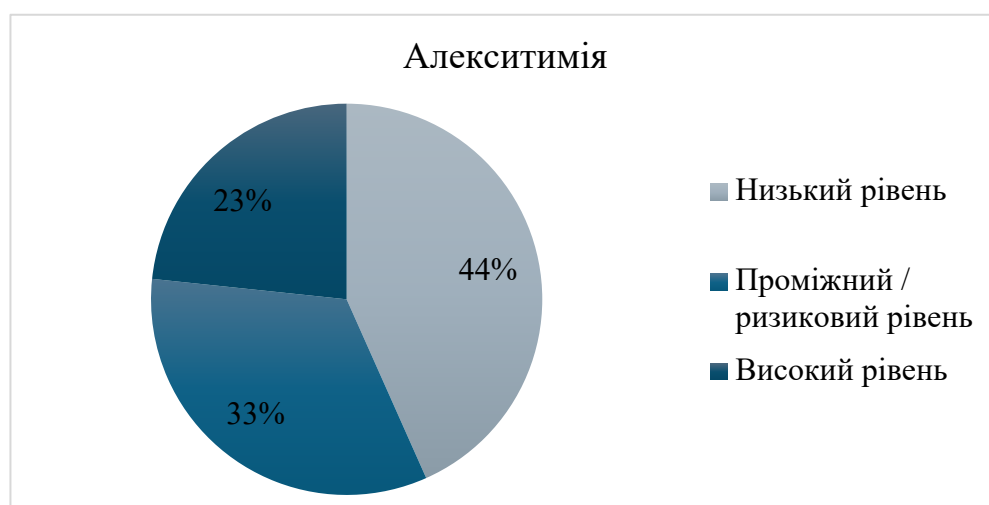


Рис.3.6. Відсотковий розподіл по рівням алекситимії

Отримані результати свідчать, що у більшості респондентів спостерігається низький або помірний рівень алекситимії. Водночас майже чверть вибірки (23,3%) має високий рівень алекситимічних проявів, що вказує на виражені труднощі у розпізнаванні, усвідомленні та вербалізації власних емоційних переживань.

Отже, результати описового статистичного аналізу свідчать про наявність у досліджуваної вибірки медичних працівників помірно виражених проявів емоційного вигорання, що вказує на актуальність проблеми професійного виснаження у сфері охорони здоров'я.

Більшість респондентів продемонстрували середню ймовірність формування синдрому професійного вигорання, а у частини досліджуваних зафіксовано високий рівень його вираженості. Показники стресостійкості загалом перебувають на середньому рівні, що дозволяє припустити наявність у більшості учасників достатніх ресурсів психологічної адаптації та здатності підтримувати професійне функціонування.

Аналіз показників алекситимії показав, що значна частина респондентів має помірно виражені труднощі у розпізнаванні та вербалізації власних емоційних переживань. Особливо вираженим компонентом виявилось зовнішньоорієнтоване мислення, що може бути пов'язано зі специфікою професійної діяльності медичних працівників,

Показники невротичної симптоматики за шкалами DASS-21 загалом відповідають нормативному рівню, однак у частини респондентів виявлено помірні прояви депресії, тривожності та стресу. Найбільш вираженим компонентом серед негативних емоційних станів виявився стрес.

Результати за шкалою перфекціонізму вказують на достатньо високий рівень вимогливості до себе, орієнтації на професійну досконалість та схильності до надмірного контролю результатів власної діяльності. Для медичної професії такі особливості можуть виступати як фактором професійної ефективності, так і чинником підвищеного ризику емоційного виснаження за умов хронічного навантаження.

Перед проведенням кореляційного та регресійного аналізу було здійснено **перевірку нормальності розподілу** основних змінних дослідження. Оцінка характеру розподілу є необхідною для визначення доцільності використання параметричних або непараметричних статистичних методів. Для цього застосовувався критерій Шапіро–Вілکا, який дозволяє оцінити відповідність емпіричного розподілу нормальному (табл. 3.6).

Результати перевірки нормальності показали, що показники емоційного вигорання ($W = 0,968$; $p = 0,121$), стресостійкості ($W = 0,981$; $p = 0,472$) та алекситимії ($W = 0,969$; $p = 0,136$) мають розподіл, близький до нормального, оскільки рівень статистичної значущості перевищує критичне значення $p > 0,05$.

Табл. 3.6.

Перевірка нормальності розподілу, критерій Шапіро–Вілکا

	Вигорання	Стресостійкість	Перфекціонізм	Депресія	Тривожність	Стрес	Алекситимія
N	60	60	60	60	60	60	60
Shapiro-Wilk W	0.968	0.981	0.952	0.865	0.905	0.941	0.969
Shapiro-Wilk p	0.121	0.472	0.020	<.001	<.001	0.006	0.136

Натомість показники перфекціонізму ($W = 0,952$; $p = 0,020$), депресії ($W = 0,865$; $p < 0,001$), тривожності ($W = 0,905$; $p < 0,001$) та стресу ($W = 0,941$; $p = 0,006$) продемонстрували статистично значущі відхилення від нормального розподілу. Найбільш виражене порушення нормальності спостерігається для показників депресії та тривожності, що може пояснюватися асиметричністю розподілу та концентрацією значної частини результатів у межах низьких значень.

Отримані результати свідчать про те, що не всі змінні відповідають критеріям нормального розподілу. У зв'язку з цим для подальшого аналізу

взаємозв'язків між показниками доцільним є використання непараметричного коефіцієнта кореляції Спірмена, який не потребує дотримання умови нормальності розподілу та є більш стійким до асиметрії даних. Це дозволяє забезпечити коректність статистичних висновків.

3.2. Кореляційний аналіз взаємозв'язків між психологічними детермінантами емоційного вигорання

Для виявлення взаємозв'язків між основними психологічними змінними дослідження було проведено кореляційний аналіз. Кореляційний аналіз дозволяє оцінити напрям і силу статистичного зв'язку між показниками та визначити, які психологічні характеристики пов'язані з рівнем емоційного вигорання медичних працівників.

З огляду на результати перевірки нормальності розподілу змінних, для статистичного аналізу використовувався непараметричний коефіцієнт кореляції Спірмена (Spearman's rho), який є доцільним у випадках відхилення даних від нормального розподілу.

Результати кореляційного аналізу свідчать про наявність низки статистично значущих взаємозв'язків між досліджуваними змінними (табл. 3.7).

Найбільш виражений позитивний зв'язок виявлено між емоційним вигоранням та загальним рівнем негативних емоційних станів за шкалою DASS ($\rho = 0,590$; $p < 0,001$) зображений на рис. 3.7. Це свідчить про те, що зі зростанням симптомів депресії, тривожності та стресу суттєво підвищується і рівень емоційного вигорання. Отриманий результат підтверджує уявлення про тісний зв'язок професійного вигорання з психоемоційним неблагополуччям. Медичні працівники, які переживають хронічне емоційне напруження, частіше демонструють симптоми виснаження, втрати емоційних ресурсів та зниження професійної ефективності.

Табл. 3.7.

Кореляційна матриця

		Вигорання	Стресостійкість	Перфекціонізм	Алекситимія	Заг. негативн. емоції DASS
Вигорання	Spearman's rho	—				
	p-value	—				
Стресостійкість	Spearman's rho	-0.192	—			
	p-value	0.142	—			
Перфекціонізм	Spearman's rho	0.081	0.327*	—		
	p-value	0.537	0.011	—		
Алекситимія	Spearman's rho	0.269*	-0.194	0.202	—	
	p-value	0.037	0.138	0.121	—	
Заг. негативн. емоції DASS	Spearman's rho	0.590***	-0.353**	0.249	0.401**	—
	p-value	<.001	0.006	0.055	0.001	—
Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$						

Виявлено також статистично значущий позитивний зв'язок між емоційним вигоранням та алекситимією ($r = 0,269$; $p = 0,037$). Хоча сила цього зв'язку є помірною, він свідчить про те, що труднощі у розпізнаванні та вербалізації власних емоцій можуть виступати чинником підвищеної вразливості до професійного виснаження.

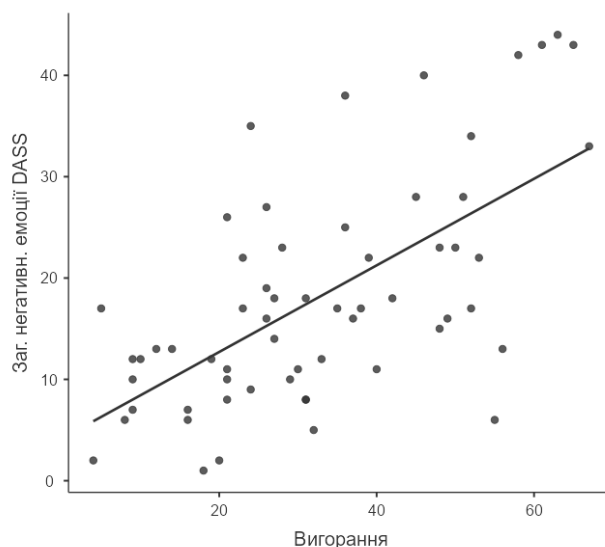


Рис.3.7. Кореляційний зв'язок між показником вигорання і загальним рівнем негативних емоційних станів

Медичні працівники з вираженими алекситимічними рисами можуть гірше усвідомлювати власний емоційний стан, і як наслідок своєчасно не помічати накопичення психоемоційного напруженн. Це сприяє поступовому виснаженню внутрішніх ресурсів і може призводити до розвитку симптомів вигорання (рис. 3.8).

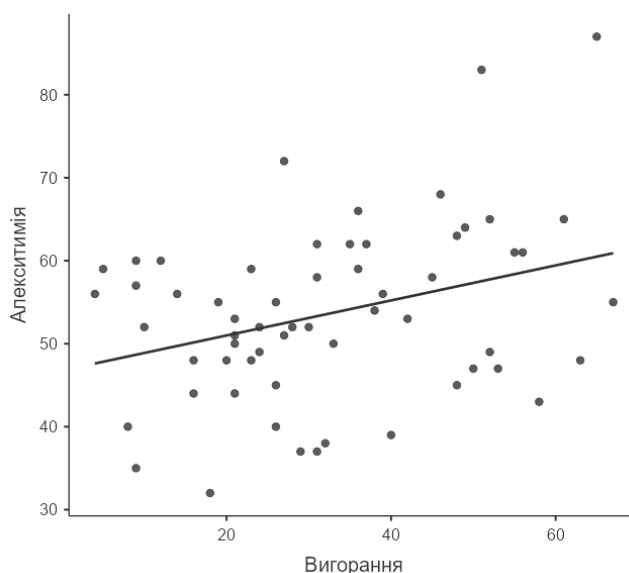


Рис.3.8. Кореляційний зв'язок між показником вигорання і алекситимією

Між емоційним вигоранням та стресостійкістю виявлено негативний, проте статистично незначущий зв'язок ($r = -0,192$; $p = 0,142$). Попри відсутність статистичної значущості, напрямок зв'язку відповідає теоретичним очікуванням:

вищий рівень стресостійкості асоціюється зі зниженням рівня професійного виснаження.

Зв'язок між перфекціонізмом та емоційним вигоранням виявився слабким і статистично незначущим ($p = 0,081$; $p = 0,537$). Отриманий результат може свідчити про те, що сам по собі перфекціонізм не є безпосереднім фактором формування вигорання.

Водночас встановлено статистично значущий позитивний зв'язок між перфекціонізмом та стресостійкістю ($p = 0,327$; $p = 0,011$). Це може вказувати на те, що частина перфекціоністичних установок у медичних працівників має адаптивний характер. Орієнтація на високі стандарти діяльності, відповідальність та організованість можуть поєднуватися з більшою здатністю до мобілізації ресурсів і контролю поведінки у стресових ситуаціях.

Крім того, виявлено статистично значущий негативний зв'язок між стресостійкістю та загальним рівнем негативних емоційних станів ($p = -0,353$; $p = 0,006$). Це свідчить про те, що високий рівень стресостійкості асоціюється зі зниженням симптомів депресії, тривожності та стресу. Отриманий результат підтверджує роль стресостійкості як важливого психологічного ресурсу.

Також встановлено позитивний зв'язок між алекситимією та негативними емоційними станами ($p = 0,401$; $p = 0,001$), що говорить нам про те, що труднощі емоційного усвідомлення пов'язані з підвищенням рівня психоемоційного неблагополуччя. Особи з вираженими алекситимічними рисами можуть мати обмежені можливості для конструктивного опрацювання емоційних переживань, що сприяє накопиченню внутрішнього напруження та розвитку тривожно-депресивної симптоматики.

Оскільки інтегральний показник негативних емоційних станів DASS продемонстрував найбільш тісний зв'язок із рівнем емоційного вигорання, доцільним є більш детальний аналіз окремих компонентів невротичної симптоматики — депресії, тривожності та стресу. Такий підхід дозволяє визначити, які саме психоемоційні прояви найбільшою мірою пов'язані з професійним виснаженням медичних працівників.

Кореляційні взаємозв'язки між емоційним вигоранням та показниками депресії, тривожності і стресу подані у таблиці 3.8.

Табл. 3.8.

Кореляційна матриця

		Вигорання	Депресія	Тривожність	Стрес
Вигорання	Spearman's rho	—			
	df	—			
	p-value	—			
Депресія	Spearman's rho	0.563***	—		
	p-value	<.001	—		
Тривожність	Spearman's rho	0.539***	0.655***	—	
	p-value	<.001	<.001	—	
Стрес	Spearman's rho	0.523***	0.682***	0.740***	—
	p-value	<.001	<.001	<.001	—
Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$					

Результати аналізу показали, що всі три субшкали DASS мають статистично значущі позитивні кореляційні зв'язки з емоційним вигоранням, причому сила цих зв'язків перебуває фактично на одному рівні та характеризується високими показниками кореляції.

Найвищий коефіцієнт виявлено між вигоранням і депресією ($\rho = 0,563$; $p < 0,001$), однак зв'язки з тривожністю ($\rho = 0,539$; $p < 0,001$) та стресом ($\rho = 0,523$; $p < 0,001$) мають лише мінімально нижчі значення. Це свідчить про те, що емоційне вигорання у медичних працівників супроводжується комплексним зростанням негативних емоційних станів без чіткого домінування лише одного з них.

Отримані результати вказують, що зі збільшенням рівня професійного виснаження одночасно посилюються депресивні переживання, внутрішнє напруження, тривожність та прояви хронічного стресу. Така близькість коефіцієнтів кореляції свідчить про взаємопов'язаний характер невротичної симптоматики у структурі емоційного вигорання.

Іншими словами, емоційне вигорання у медичних працівників проявляється не ізольовано через окремі симптоми, а супроводжується загальним психоемоційним неблагополуччям, яке охоплює емоційну, когнітивну та адаптаційну сфери особистості.

Наступним показником, який продемонстрував статистично значущий зв'язок з емоційним вигоранням, була алекситимія. З метою більш детального аналізу було досліджено взаємозв'язки між емоційним вигоранням та окремими складовими алекситимії: труднощами з ідентифікацією почуттів, труднощами з описом почуттів і зовнішньоорієнтованим мисленням (табл. 3.9).

Табл. 3.9.

Кореляційна матриця

		Вигорання	Труднощі з ідентифікацією почуттів	Труднощі з описом почуттів	Зовнішньоорієнтоване мислення
Вигорання	Spearman's rho	—			
	p-value	—			
Труднощі з ідентифікацією почуттів	Spearman's rho	0.334**	—		
	p-value	0.009	—		
Труднощі з описом почуттів	Spearman's rho	0.178	0.594***	—	
	p-value	0.173	<.001	—	
Зовнішньоорієнтоване мислення	Spearman's rho	0.107	0.262*	0.133	—
	p-value	0.418	0.043	0.310	—
Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$					

Результати кореляційного аналізу показали, що статистично значущий позитивний зв'язок з емоційним вигоранням має лише субшкала «Труднощі з

ідентифікацією почуттів» ($\rho = 0,334$; $p = 0,009$). Сила цього зв'язку відповідає помірному рівню кореляції (рис. 3.9).

Це свідчить про те, що медичні працівники, які мають виражені труднощі в усвідомленні та розпізнаванні власних емоційних переживань, більш схильні до розвитку емоційного виснаження та професійного вигорання.

Психологічно це може пояснюватися тим, що недостатнє усвідомлення власних емоцій ускладнює своєчасне розпізнавання психоемоційного перевантаження та знижує ефективність емоційної саморегуляції. У результаті негативні переживання накопичуються, переходять у хронічне внутрішнє напруження та підвищують ризик формування вигорання.

Водночас зв'язок між емоційним вигоранням і труднощами з описом почуттів не досяг рівня статистичної значущості ($\rho = 0,178$; $p = 0,173$), хоча напрямок кореляції залишався позитивним.

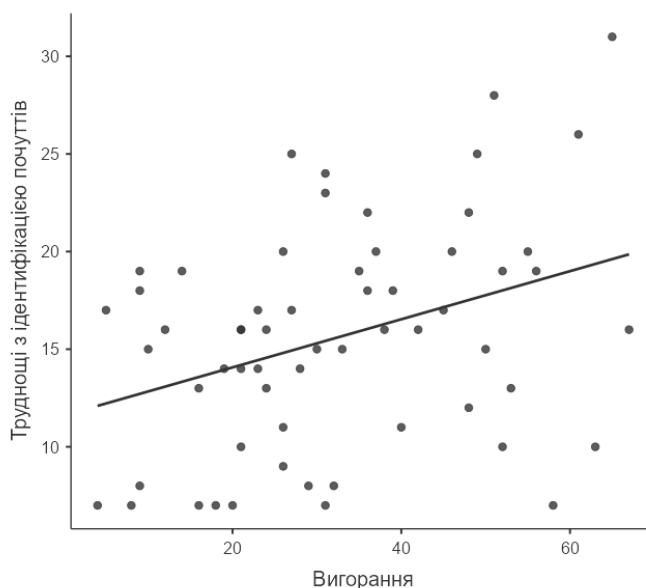


Рис.3.9. Кореляційний зв'язок між показником вигорання і алекситимією

Аналогічно зовнішньоорієнтоване мислення також не продемонструвало значущого взаємозв'язку з вигоранням ($\rho = 0,107$; $p = 0,418$). Отже, саме недостатня здатність до усвідомлення власних емоцій є найбільш значущою складовою алекситимії у контексті розвитку емоційного вигорання медичних працівників.

Узагальнюючи результати кореляційного аналізу, можемо сказати, що емоційне вигорання медичних працівників найбільш тісно пов'язане з показниками психоемоційного неблагополуччя. Виявлено високі статистично значущі позитивні кореляційні зв'язки між вигоранням та депресією, тривожністю, стресом. Це свідчить, що зі зростанням рівня професійного виснаження у медичних працівників одночасно посилюються прояви емоційної дезадаптації та невротичної симптоматики. Згідно теоретичної моделі припускаємо, що невротична симптоматика є наслідком професійного вигорання медичних працівників.

Серед індивідуально-психологічних характеристик статистично значущий позитивний зв'язок із вигоранням було встановлено для алекситимії, а детальніший аналіз її структури показав, що найбільше значення має субшкала «труднощі з ідентифікацією почуттів». Це вказує на важливу роль емоційного усвідомлення у процесі формування професійного вигорання. Водночас статистично значущих зв'язків між вигоранням і перфекціонізмом та стресостійкістю виявлено не було.

Загалом отримані результати підтверджують, що емоційне вигорання у медичних працівників найбільшою мірою асоціюється із загальним психоемоційним неблагополуччям та труднощами емоційної саморегуляції.

3.3. Регресійний аналіз психологічних детермінант емоційного вигорання та модераційної ролі стресостійкості

Для більш глибокого аналізу психологічних чинників емоційного вигорання було застосовано множинний регресійний аналіз. Використання цього методу дозволяє визначити, які саме психологічні змінні виступають значущими предикторами емоційного вигорання, а також оцінити силу та напрямок їхнього впливу на залежну змінну. На відміну від кореляційного аналізу, який лише встановлює наявність взаємозв'язків між показниками, регресійний аналіз дає

можливість оцінити внесок кожного предиктора в пояснення варіативності емоційного вигорання.

Відповідно до теоретичної моделі дослідження, емоційне вигорання розглядалося як залежна змінна. Як індивідуально-психологічні предиктори виступали перфекціонізм та алекситимія, оскільки саме вони розглядалися як особистісні характеристики, здатні впливати на формування професійного виснаження. Стресостійкість у межах дослідження розглядалася як ресурсний чинник, що може змінювати силу впливу психологічних предикторів на рівень вигорання, тобто виконувати роль модератора. Натомість показники депресії, тривожності та стресу інтерпретувалися як психоемоційні наслідки емоційного вигорання, а не його безпосередні детермінанти. Саме тому у базову регресійну модель були включені лише предиктори — перфекціонізм та алекситимія.

Результати регресійного аналізу показали, що побудована модель має помірний рівень пояснювальної здатності: коефіцієнт множинної кореляції становить $R = 0,329$, а коефіцієнт детермінації $R^2 = 0,109$ (табл. 3.10).

Табл. 3.10.

Показники відповідності регресійної моделі психологічних предикторів емоційного вигорання

Model	R	R ²
1	0.329	0.109
Note. Models estimated using sample size of N=60		

Це означає, що включені до моделі психологічні предиктори пояснюють приблизно 10,9% варіативності рівня емоційного вигорання медичних працівників. Отже, хоча модель є статистично значущою, значна частина варіативності вигорання зумовлюється також іншими психологічними, професійними та організаційними чинниками, які не були включені до даної моделі.

Аналіз коефіцієнтів регресії (табл. 3.11) показав, що статистично значущим предиктором емоційного вигорання є алекситимія ($\beta = 0,512$; $p = 0,013$). Позитивний напрямок зв'язку свідчить про те, що зі зростанням труднощів емоційного усвідомлення та вербалізації почуттів підвищується і рівень професійного вигорання.

Табл. 3.11.

Коефіцієнти регресійної моделі впливу перфекціонізму та алекситимії на рівень емоційного вигорання медичних працівників

Предиктор	Оцінка коефіцієнта (Estimate)	Стандартна похибка (SE)	t	p
Intercept	4.3192	15.842	0.2726	0.786
Перфекціонізм	0.0190	0.395	0.0481	0.962
Алекситимія	0.5118	0.200	2.5606	0.013

Водночас перфекціонізм не продемонстрував статистично значущого внеску у прогнозування емоційного вигорання ($\beta = 0,019$; $p = 0,962$). Отриманий результат свідчить про те, що в межах даної вибірки рівень перфекціоністичних установок сам по собі не є достатнім чинником розвитку професійного вигорання. Імовірно, вплив перфекціонізму може проявлятися опосередковано — через інші психологічні механізми або в поєднанні з додатковими стресовими чинниками професійного середовища. Результати регресійного аналізу підтверджують важливу роль алекситимії як психологічної детермінанти емоційного вигорання медичних працівників, тоді як перфекціонізм у даній моделі не виявив самостійного прогностичного значення.

Наступним кроком розглянемо модеруючий вплив стресостійкості, так як в даному дослідженні стресостійкість розглядалася не лише як ресурсний особистісний чинник, але і як можливий модератор взаємозв'язку між предикторами та емоційним вигоранням.

На першому етапі було побудовано базову регресійну модель, до якої включено основні предиктори: перфекціонізм, алекситимію та стресостійкість. Отримані результати засвідчили, що модель (Model 1) пояснює 14,9% дисперсії емоційного вигорання ($R^2 = 0,149$), що свідчить про помірний рівень пояснювальної здатності моделі (табл. 3.12).

Табл. 3.12.

**Показники відповідності регресійної моделі психологічних предикторів
емоційного вигорання**

Модель	R	R²
Модель 1	0.386	0.149
Модель 2	0.537	0.288
Note. Models estimated using sample size of N=60		

Аналіз коефіцієнтів регресії (табл. 3.13) показав, що статистично значущим предиктором емоційного вигорання виступає алекситимія ($\beta = 0,422$; $p = 0,044$). Перфекціонізм як і у першій моделі не продемонстрував статистично значущого прямого впливу на емоційне вигорання ($\beta = 0,366$; $p = 0,413$).

Табл. 3.13.

**Коефіцієнти регресійної моделі впливу перфекціонізму, алекситимії і
стресостійкості на рівень емоційного вигорання медичних працівників**

Предиктор	Оцінка коефіцієнта (Estimate)	Стандартна похибка (SE)	t	p
Intercept	14.770	16.889	0.874	0.386
Перфекціонізм	0.366	0.444	0.824	0.413
Алекситимія	0.422	0.205	2.060	0.044
Стресостійкість	-0.654	0.402	-1.626	0.110

Стресостійкість також не досягла рівня статистичної значущості як прямий предиктор вигорання ($\beta = -0,654$; $p = 0,110$), однак напрям зв'язку виявився

негативним. Це вказує на тенденцію до зниження рівня вигорання зі зростанням стресостійкості та підтверджує її ресурсну й захисну функцію у професійній діяльності медичних працівників.

На другому етапі дослідження було проведено модераційний аналіз шляхом включення до моделі interaction-термінів: «Перфекціонізм × Стресостійкість» та «Алекситимія × Стресостійкість». Такий підхід дозволяє перевірити, чи змінюється сила впливу психологічних предикторів на емоційне вигорання залежно від рівня стресостійкості.

Після включення interaction-ефектів пояснювальна здатність моделі (Модель 2) суттєво зросла: R^2 збільшився з 0,149 до 0,288 (табл. 3.14). Приріст дисперсії становив 13,9% ($\Delta R^2 = 0,139$) і виявився статистично значущим ($F = 5,29$; $p = 0,008$). Це свідчить про те, що модераційні ефекти мають суттєве значення у поясненні емоційного вигорання медичних працівників.

Табл. 3.14.

Порівняння двох регресійних моделей

Модель		Модель	ΔR^2	F	df1	df2	p
1	-	2	0.139	5.29	2	54	0.008

Аналіз interaction-термінів показав у таблиці 3.15, що статистично значущим є модераційний ефект стресостійкості у взаємозв'язку між перфекціонізмом та емоційним вигоранням ($\beta = 0,213$; $p = 0,002$). Отриманий результат свідчить про те, що вплив перфекціонізму на вигорання залежить від рівня стресостійкості особистості.

Інтерпретація цього результату полягає в тому, що у медичних працівників із високою стресостійкістю перфекціоністичні установки можуть супроводжуватися підвищеною професійною відповідальністю, схильністю до надмірної самовіддачі та постійного підтримання високих стандартів діяльності. Такі фахівці здатні тривалий час ефективно функціонувати в умовах інтенсивного професійного навантаження, однак саме це може призводити до

накопичення прихованого емоційного виснаження. Інакше кажучи, висока стресостійкість у даному випадку не повністю нейтралізує негативний вплив перфекціонізму, а може сприяти довшому перебуванню в режимі хронічного перевантаження.

Табл. 3.15.

**Коефіцієнти регресійної моделі впливу перфекціонізму, алекситимії і
модераційної ролі стресостійкості на рівень емоційного вигорання**

Предиктор	Оцінка коефіцієнта (Estimate)	Стандартна похибка (SE)	t	p
Intercept	165.6488	69.3974	2.387	0.021
Перфекціонізм	-4.6986	1.6456	-2.855	0.006
Алекситимія	0.8226	1.1298	0.728	0.470
Стресостійкість	-7.0448	2.5766	-2.734	0.008
Перфекціонізм * Стресостійкість	0.2126	0.0669	3.176	0.002
Алекситимія * Стресостійкість	-0.0186	0.0395	-0.471	0.639

Водночас interaction-ефект між алекситимією та стресостійкістю виявився статистично незначущим ($\beta = -0,019$; $p = 0,639$). Це означає, що стресостійкість не змінює характеру впливу алекситимії на емоційне вигорання. Таким чином, алекситимія виступає відносно автономним фактором ризику, негативний вплив якого зберігається незалежно від рівня особистісної стресостійкості.

Отже, проведений регресійний та модераційний аналіз дозволив не лише визначити психологічні предиктори емоційного вигорання медичних працівників, але й виявити особливості механізмів їхнього впливу. Результати дослідження свідчать, що формування емоційного вигорання має багатофакторний характер і залежить як від індивідуально-психологічних

особливостей особистості, так і від наявності ресурсів психологічної адаптації. Зокрема, встановлено, що алекситимія виступає самостійним фактором ризику розвитку емоційного вигорання, оскільки труднощі усвідомлення та вербалізації власних емоцій ускладнюють процес емоційної саморегуляції, сприяють накопиченню внутрішнього напруження та підвищують вразливість до професійного стресу.

Водночас роль стресостійкості проявилася не лише як захисного ресурсного чинника, але і як психологічного модератора, який змінює характер взаємозв'язку між перфекціонізмом та емоційним вигоранням. Отримані результати показали, що вплив перфекціоністичних установок на розвиток вигорання залежить від рівня стресостійкості особистості. Це свідчить про те, що навіть за наявності високих адаптаційних ресурсів схильність до надмірної самовимогливості, постійного контролю результатів діяльності та орієнтації на безпомилковість може підтримувати стан хронічного психоемоційного напруження. Таким чином, стресостійкість у структурі досліджуваної моделі виступає складним регуляторним механізмом, який не лише знижує негативний вплив професійного стресу, але й визначає специфіку прояву окремих психологічних предикторів емоційного вигорання.

3.4. Практичні рекомендації щодо профілактики емоційного вигорання та психологічної підтримки медичних працівників

Результати проведеного дослідження підтвердили, що емоційне вигорання медичних працівників формується під впливом комплексу індивідуально-психологічних та професійних чинників. Отримані результати свідчать про необхідність комплексного підходу до профілактики професійного вигорання, який має охоплювати розвиток стресостійкості, емоційної саморегуляції та адаптивних особистісних ресурсів, а також удосконалення організаційних умов професійної діяльності медичних працівників.

Особливість медичної професії полягає у постійному перебуванні в умовах високої емоційної напруги, значної відповідальності за життя та здоров'я пацієнтів, необхідності швидкого прийняття рішень і регулярного контакту з людським болем, стражданням та смертю. У довготривалій перспективі це призводить до виснаження психоемоційних ресурсів, зниження професійної мотивації та формування стійкого відчуття внутрішнього виснаження. Саме тому профілактика емоційного вигорання має розглядатися як один із важливих напрямів підтримки психічного здоров'я медичних працівників та забезпечення якості медичної допомоги.

Важливим напрямом профілактики є раннє виявлення ознак професійного виснаження. У багатьох випадках медичні працівники схильні ігнорувати перші симптоми емоційного перевантаження, пояснюючи їх тимчасовою втомою або особливостями професійної діяльності. Проте саме своєчасне усвідомлення змін психоемоційного стану дозволяє попередити розвиток хронічного виснаження та тяжчих форм професійної дезадаптації. У зв'язку з цим доцільним є періодичне проведення психологічного скринінгу рівня вигорання, емоційного напруження та психоемоційного благополуччя медичних працівників.

Профілактична робота повинна здійснюватися одночасно на кількох рівнях:

- **на індивідуальному рівні** важливими є формування навичок саморегуляції, розвиток стресостійкості, вміння розпізнавати власні емоційні стани та своєчасно відновлювати психологічні ресурси,
- **на міжособистісному рівні** значну роль відіграє підтримка з боку колег, наявність безпечного професійного середовища та можливість відкритого обговорення складних професійних переживань без страху осуду,
- **на організаційному рівні** важливими є оптимізація навантаження, забезпечення достатнього часу для відпочинку, доступ до психологічної допомоги та підтримувальний стиль управління.

Окрему увагу необхідно приділяти формуванню культури психологічного благополуччя у медичних закладах. У професійному середовищі медиків досить поширеними є установки щодо необхідності постійної витривалості, емоційного стримування та ігнорування власного виснаження. Подібні професійні установки можуть посилювати ризик розвитку вигорання, оскільки працівники часто відкладають звернення по допомогу до моменту суттєвого погіршення психоемоційного стану. У зв'язку з цим важливим напрямом профілактики є психоосвітня робота, спрямована на формування адекватного ставлення до психологічного здоров'я та усвідомлення важливості психоемоційного відновлення.

Ефективна профілактика емоційного вигорання медичних працівників повинна мати комплексний характер і поєднувати індивідуальні, міжособистісні та організаційні заходи психологічної підтримки. Лише системний підхід дозволяє знизити ризик професійного виснаження, підтримувати психологічне благополуччя медичних працівників та сприяти збереженню їхньої професійної ефективності.

Результати проведеного дослідження показали, що стресостійкість виступає важливим ресурсним механізмом психологічної адаптації медичних працівників та виконує модуляторну функцію у взаємозв'язку між індивідуально-психологічними предикторами й емоційним вигоранням. Отримані дані свідчать про те, що високий рівень стресостійкості здатний послаблювати негативний вплив професійного стресу та дезадаптивних особистісних установок на психоемоційний стан людини. У зв'язку з цим розвиток стресостійкості є одним із ключових напрямів профілактики емоційного вигорання медичних працівників.

Стресостійкість доцільно розглядати не як вроджену особливість, а як динамічний психологічний ресурс, який може цілеспрямовано розвиватися у процесі професійної діяльності. Вона включає здатність людини зберігати емоційну рівновагу, підтримувати працездатність, контролювати поведінкові реакції та ефективно адаптуватися до стресогенних умов професійного

середовища. Для медичних працівників особливого значення набуває здатність швидко відновлювати психоемоційний стан після інтенсивних професійних навантажень.

Одним із важливих напрямів розвитку стресостійкості є формування навичок психологічної саморегуляції. Медичним працівникам доцільно опановувати техніки контролю фізіологічного напруження, які дозволяють знижувати рівень емоційного збудження у складних професійних ситуаціях.

До таких методів належать:

- дихальні вправи,
- техніки м'язової релаксації,
- короткі вправи на концентрацію уваги та стабілізацію емоційного стану.

Використання навіть короткотривалих практик саморегуляції під час робочого дня сприяє зменшенню внутрішнього напруження та попередженню накопичення емоційного виснаження.

Ефективним напрямом розвитку стресостійкості є також формування адаптивних копінг-стратегій. Медичним працівникам важливо навчатися не уникати стресових ситуацій, а використовувати конструктивні способи їх подолання.

До адаптивних копінг-стратегій відносимо:

- планування дій,
- пошук соціальної підтримки,
- аналіз проблемної ситуації,
- здатність звертатися по допомогу,
- навички емоційного дистанціювання від надмірно травматичних професійних переживань.

Використання таких стратегій сприяє зниженню рівня хронічного психоемоційного напруження та підвищує ефективність психологічної адаптації.

Окремої уваги потребує розвиток навичок когнітивної переоцінки стресових ситуацій. Важливим є формування більш гнучкого ставлення до професійних труднощів та зниження схильності до катастрофізації помилок чи невдач.

У роботі медичних працівників доцільно акцентувати увагу на реалістичному оцінюванні власних можливостей, прийнятті обмежень професійної діяльності та усвідомленні того, що постійне перебування у стані емоційного перенапруження не підвищує професійну ефективність, а навпаки - сприяє розвитку виснаження.

Формування навичок саморегуляції, психологічного відновлення, адаптивного подолання стресу та емоційної стабілізації дозволяє підвищити рівень професійної адаптації, зменшити ризик психоемоційного виснаження та підтримувати психологічне благополуччя медичних працівників в умовах високого професійного навантаження.

Важливим напрямом профілактики емоційного вигорання медичних працівників є розвиток навичок **емоційного усвідомлення** та емоційної саморегуляції. Необхідність цього напрямку підтверджується результатами проведеного дослідження, у якому було виявлено статистично значущий позитивний зв'язок між емоційним вигоранням та алекситимією, зокрема труднощами з ідентифікацією власних емоцій. Це свідчить про те, що нездатність своєчасно усвідомлювати, розпізнавати та вербалізувати власні переживання ускладнює психоемоційне відновлення та сприяє накопиченню внутрішнього напруження.

У професійній діяльності медичних працівників емоційне пригнічення часто сприймається як необхідний компонент професійної стійкості. Однак тривале ігнорування власних переживань призводить до поступового виснаження психологічних ресурсів, зростання емоційної дистанції та формування симптомів деперсоналізації.

У зв'язку з цим доцільним є впровадження психоосвітніх заходів, спрямованих на формування розуміння природи емоцій, їх функцій та ролі у процесах професійної адаптації.

Одним із практичних методів розвитку емоційного усвідомлення може бути ведення емоційного щоденника. Медичним працівникам рекомендується коротко фіксувати власні емоційні реакції після зміни або напружених професійних ситуацій, визначаючи не лише саму емоцію, а й її інтенсивність, причину виникнення та тілесні прояви.

Ефективною також є вправа «емоційний чек-ін», яка передбачає коротке самоспостереження на початку та наприкінці робочого дня. Працівнику пропонується відповісти собі на запитання: «Що я зараз відчуваю?», «Який рівень емоційного напруження я маю?», «Що найбільше вплинуло на мій стан сьогодні?». Для полегшення самооцінки може використовуватися шкала інтенсивності емоцій від 0 до 10 балів.

У межах психологічної підтримки можуть використовуватися короткі рефлексивні практики після зміни, групові обговорення складних професійних ситуацій або вправи на опис власного емоційного досвіду. Такі підходи сприяють зниженню рівня внутрішнього напруження, покращують емоційну саморегуляцію та підвищують психологічну адаптивність медичних працівників.

Окремим напрямом профілактики емоційного вигорання є робота з **дезадаптивним перфекціонізмом** та професійними установками медичних працівників. Проведене дослідження показало, що перфекціонізм у поєднанні зі зниженим рівнем стресостійкості може посилювати ризик формування емоційного виснаження. Це свідчить про те, що надмірно високі вимоги до себе, страх помилок та постійна самокритика створюють додаткове психоемоційне навантаження й ускладнюють процес психологічного відновлення.

У медичному середовищі часто формується так звана «культура безпомилковості», у межах якої будь-яка помилка сприймається як ознака професійної неспроможності. Унаслідок цього працівники схильні постійно

підтримувати надмірно високий рівень контролю, уникати проявів втоми та ігнорувати власні потреби.

У межах профілактичної роботи важливо формувати більш реалістичні професійні очікування та навички психологічної гнучкості. Медичним працівникам доцільно пояснювати, що професійна ефективність не передбачає абсолютної безпомилковості, а здатність визнавати власні обмеження є важливою складовою психологічної зрілості.

Одним із ефективних підходів може бути **когнітивне реструктурування**: виявлення та корекція надмірно жорстких переконань щодо необхідності постійно відповідати ідеальним стандартам.

Доцільним є також використання техніки «достатньо добре», яка спрямована на формування більш адаптивного ставлення до результатів власної діяльності. Її метою є поступовий перехід від установки «я маю виконати все ідеально» до установки «я можу виконати свою роботу якісно в межах реальних ресурсів і можливостей». Такий підхід сприяє зниженню рівня внутрішнього тиску та емоційного перенапруження.

Важливим компонентом профілактики є розвиток навичок самопідтримки. Медичним працівникам варто формувати здатність помічати власні досягнення, підтримувати себе у складних ситуаціях та уникати надмірної самокритики після професійних труднощів. Для цього можуть використовуватися короткі письмові рефлексії, вправи на формування позитивного внутрішнього діалогу та практики усвідомленого самоспівчуття.

Робота з дезадаптивним перфекціонізмом має бути спрямована не на зниження професійної відповідальності, а на формування більш адаптивних професійних установок, психологічної гнучкості та здатності підтримувати власне психоемоційне благополуччя в умовах високого професійного навантаження.

Профілактика емоційного вигорання медичних працівників не може обмежуватися лише індивідуальними психологічними рекомендаціями, оскільки значна частина факторів професійного виснаження пов'язана саме з

організаційним середовищем та особливостями професійної взаємодії. Тому важливого значення набуває створення системи психологічної підтримки на рівні медичних закладів, яка забезпечувала б не лише реагування на вже сформовані прояви вигорання, а й їх своєчасну профілактику.

Одним із ефективних напрямів є організація груп психологічної підтримки для медичних працівників. Такі групи створюють безпечний простір для обговорення професійних труднощів, емоційного обміну та зниження рівня психологічної ізоляції. Можливість відкрито говорити про втому, переживання та професійні труднощі сприяє нормалізації емоційних реакцій і знижує ризик накопичення внутрішнього напруження.

Важливим компонентом психологічного супроводу є супервізійні зустрічі та психологічні дебрифінги після критичних подій. У медичній практиці працівники регулярно стикаються з важкими клінічними випадками, смертю пацієнтів, морально складними рішеннями та високою відповідальністю. Відсутність можливості професійного обговорення таких ситуацій підвищує ризик формування хронічного стресу та емоційного виснаження. Проведення дебрифінгів дозволяє частково знизити інтенсивність психоемоційного навантаження та попередити розвиток дезадаптивних реакцій.

Доцільним є також впровадження психоосвітніх програм, спрямованих на інформування медичних працівників щодо симптомів емоційного вигорання, способів саморегуляції, особливостей професійного стресу та механізмів психологічного відновлення. Підвищення рівня психологічної обізнаності сприяє більш ранньому виявленню ознак виснаження та формує більш відповідальне ставлення до власного психічного здоров'я.

Окрему увагу варто приділяти ролі адміністрації медичних закладів. Підтримка з боку керівництва, конструктивна комунікація, справедливий розподіл навантаження та визнання професійного внеску працівників є важливими факторами психологічної безпеки професійного середовища.

Доцільним є також проведення профілактичного скринінгу емоційного вигорання та психоемоційного неблагополуччя з метою раннього виявлення працівників групи ризику.

Практичне значення може мати створення у медичних закладах спеціальних просторів для короткочасного психологічного відновлення (room for recovery), де працівники матимуть можливість тимчасово знизити рівень сенсорного та емоційного навантаження.

Отже, ефективна профілактика емоційного вигорання медичних працівників потребує комплексного підходу, який поєднує розвиток індивідуальних психологічних ресурсів та удосконалення організаційного середовища професійної діяльності.

Результати проведеного дослідження підтвердили значущість таких чинників, як стресостійкість, алекситимія, особливості емоційної саморегуляції та дезадаптивний перфекціонізм у формуванні емоційного вигорання. У зв'язку з цим практичні рекомендації мають бути спрямовані не лише на подолання вже сформованого виснаження, а й на формування стійких адаптивних механізмів психологічного функціонування. Важливими напрямками профілактичної роботи є розвиток емоційної компетентності, підтримка навичок психологічного відновлення, формування адаптивних професійних установок та створення психологічно безпечного професійного середовища у медичних закладах. Комплексне впровадження таких заходів сприятиме зниженню ризику професійного вигорання, збереженню психічного здоров'я медичних працівників та підвищенню ефективності їхньої професійної діяльності.

Висновки до розділу III

У третьому розділі було здійснено емпіричне дослідження психологічних детермінант емоційного вигорання медичних працівників, а також проаналізовано взаємозв'язки між емоційним вигоранням, індивідуально-

психологічними предикторами, стресостійкістю та показниками невротичної симптоматики.

За результатами описового статистичного аналізу встановлено, що у більшості респондентів спостерігається середній рівень емоційного вигорання, що свідчить про наявність тенденції до формування синдрому емоційного виснаження. Водночас частина вибірки продемонструвала високі показники вигорання, що вказує на значний ризик розвитку професійної дезадаптації. Встановлено також помірно виражений рівень перфекціонізму та середні показники алекситимії, що свідчить про наявність труднощів емоційної регуляції у частини медичних працівників. Показники стресостійкості загалом відповідали середньому рівню, однак виявлено суттєві індивідуальні відмінності у здатності респондентів адаптуватися до професійного стресу. Аналіз невротичної симптоматики за методикою DASS-21 засвідчив переважання нормативних показників депресії, тривожності та стресу, проте частина досліджуваних продемонструвала помірно виражені негативні емоційні стани.

У процесі кореляційного аналізу встановлено статистично значущі взаємозв'язки між емоційним вигоранням та низкою психологічних показників. Найсильніший позитивний зв'язок виявлено між вигоранням та загальним показником негативних емоційних станів (депресії, тривожності та стресу). При цьому всі три субшкали DASS-21 мали високі та близькі за силою кореляційні зв'язки з вигоранням, що свідчить про комплексний характер психоемоційного неблагополуччя у структурі професійного виснаження. Також встановлено позитивний зв'язок між вигоранням та алекситимією, зокрема труднощами ідентифікації власних почуттів. Це вказує на те, що недостатня здатність до усвідомлення емоцій підвищує ризик накопичення внутрішнього напруження та розвитку емоційного виснаження.

Регресійний аналіз дозволив визначити психологічні предиктори емоційного вигорання та оцінити модераційну роль стресостійкості. Встановлено, що алекситимія є значущим предиктором вигорання, тоді як сам по собі перфекціонізм не продемонстрував прямого статистично значущого

впливу. Водночас результати модераційного аналізу показали, що стресостійкість суттєво змінює характер взаємозв'язку між перфекціонізмом та емоційним вигоранням. Це свідчить про те, що високий рівень стресостійкості здатний частково компенсувати негативний вплив дезадаптивних особистісних установок та виступає важливим психологічним ресурсом професійної адаптації.

На основі отриманих результатів було розроблено практичні рекомендації щодо профілактики емоційного вигорання медичних працівників. Основна увага приділялася розвитку стресостійкості, навичок емоційної саморегуляції, усвідомлення емоційних станів, формування адаптивних копінг-стратегій та зниження дезадаптивного перфекціонізму. Запропоновано комплекс психопрофілактичних заходів, спрямованих на підтримку психічного здоров'я медичних працівників та попередження професійної дезадаптації.

Таким чином, результати емпіричного дослідження підтвердили важливу роль індивідуально-психологічних чинників у розвитку емоційного вигорання медичних працівників та дозволили визначити ключові напрями його психологічної профілактики й корекції.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі було здійснено комплексне теоретичне та емпіричне дослідження психологічних детермінант емоційного вигорання медичних працівників. Актуальність обраної проблематики зумовлена високим рівнем професійного навантаження у сфері охорони здоров'я, особливо в умовах тривалого психоемоційного напруження, дефіциту ресурсів та необхідності постійної взаємодії з пацієнтами у кризових ситуаціях.

Проведене дослідження дозволило визначити особливості взаємозв'язків між емоційним вигоранням, індивідуально-психологічними характеристиками, стресостійкістю та показниками психоемоційного неблагополуччя, а також сформулювати практичні рекомендації щодо профілактики професійного виснаження медичних працівників.

Відповідно до першого завдання було здійснено теоретичний аналіз феномену емоційного вигорання та обґрунтовано роль індивідуально-психологічних характеристик у його формуванні. Встановлено, що емоційне вигорання є багатовимірним психологічним феноменом, який охоплює емоційні, когнітивні, поведінкові та психофізіологічні зміни особистості. Воно формується внаслідок тривалого професійного стресу та порушення балансу між вимогами професійної діяльності й ресурсами особистості. Аналіз сучасних наукових підходів показав, що важливими психологічними предикторами вигорання виступають перфекціонізм, алекситимія, низька стресостійкість, неадаптивні копінг-стратегії, підвищена тривожність та труднощі емоційної саморегуляції. Теоретично обґрунтовано, що стресостійкість виконує роль важливого ресурсного механізму психологічної адаптації та може послаблювати негативний вплив професійного стресу на психоемоційний стан медичних працівників.

У межах другого завдання було обґрунтовано дослідницьку модель та підібрано валідний психодіагностичний інструментарій. Дослідницька модель

ґрунтувалася на припущенні про те, що емоційне вигорання є залежною змінною, на яку впливають індивідуально-психологічні предиктори — перфекціонізм та алекситимія, тоді як стресостійкість виконує модуляційну функцію у взаємозв'язку між зазначеними предикторами та рівнем вигорання. Як наслідкові показники психоемоційного неблагополуччя розглядалися депресія, тривожність і стрес.

Для реалізації дослідження було використано комплекс сучасних психодіагностичних методик: опитувальник професійного вигорання О. Чабана, О. Хаустової та В. Омелянович, шкалу перфекціонізму Шауфелі, Торонтську алекситимічну шкалу TAS-20, шкалу стресостійкості Коннора–Девідсона CD-RISC-10 та методику DASS-21 для оцінки депресії, тривожності й стресу. Для статистичної обробки результатів було використано методи описової статистики, кореляційний аналіз Спірмена, множинний регресійний аналіз та модуляційний аналіз.

Відповідно до третього завдання було проведено психодіагностичне обстеження медичних працівників та здійснено описовий аналіз основних показників дослідження.

Встановлено, що у більшості респондентів спостерігається середній рівень емоційного вигорання, що свідчить про наявність тенденції до формування професійного виснаження. Частина респондентів продемонструвала високі показники вигорання, що вказує на ризик розвитку професійної дезадаптації та хронічного психоемоційного виснаження. Показники перфекціонізму у вибірці виявилися помірно вираженими, що свідчить про схильність медичних працівників до високих професійних стандартів і підвищеної вимогливості до власної діяльності. Аналіз алекситимії показав наявність у значної частини респондентів труднощів емоційного усвідомлення та вербалізації власних переживань.

Рівень стресостійкості у вибірці загалом відповідав середнім значенням, однак було виявлено суттєві індивідуальні відмінності щодо здатності адаптуватися до професійного стресу. Результати DASS-21 продемонстрували

переважання нормативних показників депресії, тривожності та стресу, проте частина досліджуваних мала помірно виражені негативні емоційні стани.

У межах четвертого завдання було проаналізовано кореляційні зв'язки між психологічними змінними. Встановлено статистично значущий позитивний зв'язок між емоційним вигоранням та загальним показником негативних емоційних станів. Найвищі кореляції спостерігалися між вигоранням і показниками депресії, тривожності та стресу, причому всі три зв'язки були близькими за силою та перебували фактично на одному рівні. Це свідчить про те, що емоційне вигорання у медичних працівників супроводжується комплексним психоемоційним неблагополуччям.

Також виявлено статистично значущий позитивний зв'язок між вигоранням та алекситимією, особливо з труднощами ідентифікації власних почуттів. Отримані результати свідчать про те, що недостатній рівень емоційного усвідомлення підвищує ризик накопичення внутрішнього напруження та емоційного виснаження. Водночас значущого прямого зв'язку між вигоранням та перфекціонізмом не виявлено, що вказує на складніший характер впливу цього особистісного чинника.

У процесі реалізації п'ятого завдання було проведено множинний регресійний та модераційний аналіз. Встановлено, що алекситимія є статистично значущим предиктором емоційного вигорання та здійснює прямий вплив на його рівень. Перфекціонізм у базовій регресійній моделі не продемонстрував значущого прямого впливу на вигорання, однак результати модераційного аналізу показали, що стресостійкість змінює характер взаємозв'язку між перфекціонізмом та емоційним вигоранням.

Було встановлено статистично значущий інтеракційний ефект між перфекціонізмом і стресостійкістю, що підтверджує модераційну роль останньої. Це означає, що вплив перфекціоністичних установок на емоційне вигорання залежить від рівня стресостійкості медичного працівника. Висока стресостійкість виконує захисну функцію, послаблюючи негативний вплив дезадаптивного перфекціонізму та знижуючи ризик професійного виснаження.

Відповідно до шостого завдання було розроблено практичні рекомендації щодо профілактики емоційного вигорання та психологічної підтримки медичних працівників. Основна увага приділялася розвитку стресостійкості, формуванню навичок емоційної саморегуляції, підвищенню рівня емоційного усвідомлення та розвитку адаптивних копінг-стратегій. Рекомендовано впровадження психоосвітніх програм, тренінгів емоційної компетентності, груп психологічної підтримки та програм профілактики професійного виснаження у медичних закладах. Практичне значення мають також вправи, спрямовані на зниження дезадаптивного перфекціонізму, розвиток навичок самопідтримки, психологічного відновлення та підтримання балансу між професійною діяльністю й особистим життям.

Отже, результати проведеного дослідження підтвердили важливу роль індивідуально-психологічних характеристик у формуванні емоційного вигорання медичних працівників та засвідчили значущість стресостійкості як ресурсного механізму психологічної адаптації.

Отримані результати можуть бути використані у практиці психологічного супроводу медичних працівників, розробці профілактичних програм та організації систем психологічної підтримки у сфері охорони здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Асонов, Д. (2021). Емоційне вигорання медичних працівників: моделі, фактори ризику та протективні фактори. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 6(1), 1–14.
2. Ботякова, В. В. (2023). Поширеність синдрому емоційного вигорання серед медичних працівників в Україні. *Art of Medicine*, 1(25), 92–97.
<https://doi.org/10.21802/artm.2023.1.25.92>
3. Гончаренко, Н. В. (2015). *Психологічні чинники збереження психічного здоров'я майбутніх лікарів* (Дисертація кандидата психологічних наук). Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України.
4. Грузинська, І. (2022). Проблема емоційного реагування на стресові ситуації в умовах воєнного стану. *Вісник НАУ. Серія: Педагогіка. Психологія*, 2(21), 97–107.
5. Денеко, О. Ю. (2024). *Психологічні особливості стресостійкості у медичних працівників* (Кваліфікаційна робота магістра). Волинський національний університет імені Лесі Українки.
6. Дучимінська, Т. І., & Магдисюк, Л. І. (2022). Особливості психодіагностики рівня схильності до стресу у медичних працівників. *Перспективи та інновації науки*, 7(12), 575–582.
7. Ефективні поради від емоційного вигорання під час війни. (2022). Міністерство освіти і науки України.
8. Карвацька, Н. С., Гринько, Н. В., Савка, С. Д., & Кауней, Т. Г. (2018). Емоційне вигорання у практиці лікарів загальної практики. *World Science*, 4(32), 4–7.
9. Кокун, О. М. (2012). *Психологія професійного становлення сучасного фахівця*. Інформаційно-аналітичне агентство.
10. Кокун, О. М. (2017). Психологічні особливості професійного вигорання фахівців. *Проблеми сучасної психології*, 37, 120–132.

11. Колтунович, Т. А. (2013). Сутність і співвідношення понять «професійне вигорання» та «професійний стрес». *Гуманітарний вісник Переяслав-Хмельницького державного педагогічного університету імені Григорія Сковороди*, 31(3), 142–151.
12. Крайнюк, В. М. (2007). *Психологія стресостійкості*. Ніка-Центр.
13. Лазуренко, О. О. (2016). Психологія професійного здоров'я фахівця: до проблеми профілактики емоційного вигорання та формування емоційної компетентності лікаря. *Fundamental and Applied Researches in Practice of Leading Scientific Schools*, 1(13), 140–154.
14. Магдисюк, Л. І., & Федоренко, Р. П. (2020). *Медико-психологічне консультування*. Вежа-Друк.
15. Максименко, С. Д. (2019). *Загальна психологія*. Центр навчальної літератури.
16. Маляр-Газда, Н. М. (2015). Емоційне вигорання – актуальна проблема медицини сьогодення. *Науково-практичний журнал для педіатрів та лікарів загальної практики – сімейної медицини*, 3, 15–18.
17. Марута, Н. О., Чабан, О. С., & Каленська, Г. Ю. (2019). Особливості емоційного вигорання у працівників сфери охорони неврологічного й психічного здоров'я. *Міжнародний неврологічний журнал*, 7(109), 22–29.
18. Матвієнко, О. М. (2007). Культура здоров'я персоналу та синдром психоемоційного вигорання: стратегія і тактика подолання. *Персонал*, 1, 13–16.
19. Мірошниченко, О. (2013). *Профілактика синдрому професійного вигорання у працюючих в екстремальних умовах*. ЖДУ ім. І. Франка.
20. Наугольник, Л. Б. (2015). *Психологія стресу*. Львівський державний університет внутрішніх справ.
21. Сердюк, Л. З., & Купрієнко, О. І. (2022). Адаптація короткої версії шкали життєстійкості Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC-10) в українській вибірці. *Психологічний часопис*, 8(4), 78–91.

22. Терещенко, Н. М., & Бабчук, О. М. (2023). Психометричні властивості української версії шкали DASS-21. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки*, 2, 52–60.
23. Чабан, О., Хаустова, О., & Омелянович, В. (2024). Опитувальник для виявлення синдрому професійного вигорання: розробка та валідація нової діагностичної методики. *Psychosomatic Medicine and General Practice*, 9(1). <https://doi.org/10.26766/pmgp.v9i1.598>
24. Шелков, В. Ю. (2019). Профілактика синдрому вигорання у медичних працівників методами психологічної саморегуляції. *Український медичний часопис*, 2(70), 57–59.
25. Adriaenssens, J., De Gucht, V., & Maes, S. (2015). Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: A systematic review of 25 years of research. *International Journal of Nursing Studies*, 52(2), 649–661. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.11.004>
26. Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23–32. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1)
27. Bakker, A. B., & de Vries, J. D. (2021). Job demands–resources theory and self-regulation: New explanations and remedies for job burnout. *Anxiety, Stress & Coping*, 34(1), 1–21. <https://doi.org/10.1080/10615806.2020.1797695>
28. Baminawatta, A., Amarasekara, T., & Madushanka, R. (2025). The buffering role of resilience on burnout, depression, anxiety, and stress among healthcare workers in Sri Lanka. *Discover Psychology*, 5, 134. <https://doi.org/10.1007/s44202-025-00345-4>
29. Barelllo, S., Palamenghi, L., & Graffigna, G. (2020). Burnout and somatic symptoms among frontline healthcare professionals at the peak of the Italian COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research*, 290, 113129. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113129>

30. Campbell-Sills, L., & Stein, M. B. (2007). Psychometric analysis and refinement of the Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of Traumatic Stress, 20*(6), 1019–1028. <https://doi.org/10.1002/jts.20271>
31. Chatham, A. A., Petruzzi, L. J., Patel, S., Brode, W. M., Cook, R., Garza, B., Garay, R., Mercer, T., & Valdez, C. R. (2024). Structural factors contributing to compassion fatigue, burnout, and secondary traumatic stress among hospital-based healthcare professionals during the COVID-19 pandemic. *Qualitative Health Research, 34*(4), 362–373. <https://doi.org/10.1177/10497323231213825>
32. Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety, 18*(2), 76–82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
33. De Hert, S. (2020). Burnout in healthcare workers: Prevalence, impact and preventative strategies. *Local and Regional Anesthesia, 13*, 171–183. <https://doi.org/10.2147/LRA.S240564>
34. Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology, 86*(3), 499–512. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.499>
35. Dobešová Cakirpaloglu, S., Cakirpaloglu, P., Skopal, O., Kvapilová, B., Schovánková, T., Vévodová, Š., Greaves, J. P., & Steven, A. (2024). Strain and serenity: Exploring the interplay of stress, burnout, and well-being among healthcare professionals. *Frontiers in Psychology, 15*, 1415996. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1415996>
36. Dzau, V. J., Kirch, D., & Nasca, T. (2020). Preventing a parallel pandemic — A national strategy to protect clinicians' well-being. *New England Journal of Medicine, 383*(6), 513–515. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2011027>
37. Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Brunner/Mazel.
38. Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues, 30*(1), 159–165. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>

39. Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14(5), 449–468. <https://doi.org/10.1007/BF01172967>
40. Greenberg, N. (2020). Mental health of health-care workers in the COVID-19 era. *Nature Reviews Nephrology*, 16(8), 425–426. <https://doi.org/10.1038/s41581-020-0314-5>
41. Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(3), 456–470. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.3.456>
42. Hlubocky, F. J., Back, A. L., & Shanafelt, T. D. (2016). Addressing burnout in oncology: Why cancer care clinicians are at risk, what individuals can do, and how organizations can respond. *American Society of Clinical Oncology Educational Book*, 36, 271–279. https://doi.org/10.1200/EDBK_156120
43. International Rescue Committee. (2024, October 28). *IRC: At Ukrainian frontlines, medical workers struggle with mental health*. <https://www.rescue.org/press-release/irc-ukrainian-frontlines-medical-workers-struggle-mental-health>
44. Javadzadeh, A., Sheikholeslami, F., Maroufizadeh, S., & Javadi-Pashaki, N. (2024). The relationship between alexithymia and burnout in nurses: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Reports in Clinical Practice*, 3(5), 426–434. <https://doi.org/10.32598/JNRCP.2408.1174>
45. Kang, H., Fischer, I. C., Vus, V., Khodabakhsh, S., Gokani, K., Holman, E. A., & Pietrzak, R. H. (2024). Psychological resilience of mental health workers during the Russia-Ukraine War: Implications for clinical interventions. *Primary Care Companion for CNS Disorders*, 26(5), 24m03761. <https://doi.org/10.4088/PCC.24m03761>
46. Khamisa, N., Oldenburg, B., Peltzer, K., & Ilic, D. (2017). Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses. *International Journal of*

- Environmental Research and Public Health*, 14(4), 319.
<https://doi.org/10.3390/ijerph14040319>
47. Kok, N., van Gorp, J., Teerenstra, S., van der Hoeven, H., Fuchs, M., Hoedemaekers, C., & Zegers, M. (2021). Coronavirus disease 2019 immediately increases burnout symptoms in ICU professionals: A longitudinal cohort study. *Critical Care Medicine*, 49(3), 419–427.
<https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000004865>
 48. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
 49. Leiter, M. P., & Maslach, C. (2005). *Banishing burnout: Six strategies for improving your relationship with work*. Jossey-Bass.
 50. Leo, C. G., Sabina, S., Tumolo, M. R., Bodini, A., Ponzini, G., Sabato, E., & Mincarone, P. (2021). Burnout among healthcare workers in the COVID-19 era: A review of the existing literature. *Frontiers in Public Health*, 9, 750529.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.750529>
 51. Linzer, M., Poplau, S., Brown, R., Grossman, E., Varkey, A., Yale, S., Williams, E., Hicks, L., Barbouche, M., & Alexandraki, I. (2017). Do work condition interventions affect quality and errors in primary care? Results from the Healthy Work Place Study. *Journal of General Internal Medicine*, 32(1), 56–61.
<https://doi.org/10.1007/s11606-016-3826-9>
 52. Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales* (2nd ed.). Psychology Foundation of Australia.
 53. Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335–343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
 54. Martin, S. R., Fortier, M. A., Heyming, T. W., Ahn, K., Nichols, W., Golden, C., Saadat, H., & Kain, Z. N. (2022). Perfectionism as a predictor of physician burnout. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1425.
<https://doi.org/10.1186/s12913-022-08785-7>

55. Maruta, N. O., Mishiev, V. D., Levin, T. I., Prib, H. A., & Markov, A. R. (2024). Emotional burnout in psychiatrists during the war: Experience of Ukraine. *European Psychiatry*, 67(S1), S867–S868. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2024.1736>
56. Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Burnout. In G. Fink (Ed.), *Stress: Concepts, cognition, emotion, and behavior* (pp. 351–357). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-800951-2.00044-3>
57. Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
58. McEwen, B. S. (2004). Protection and damage from acute and chronic stress. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1032(1), 1–7. <https://doi.org/10.1196/annals.1314.001>
59. McVicar, A. (2016). Scoping the common antecedents of job stress and job satisfaction for nurses (2000–2013) using the Job Demands-Resources model of stress. *Journal of Nursing Management*, 24(2), E112–E136. <https://doi.org/10.1111/jonm.12326>
60. Melnikow, J., Padovani, A., & Miller, M. (2022). Frontline physician burnout during the COVID-19 pandemic: National survey findings. *Journal of General Internal Medicine*, 37(8), 2146–2152. <https://doi.org/10.1007/s11606-021-07349-5>
61. Morgantini, L. A., Naha, U., Wang, H., Francavilla, S., Acar, Ö., Flores, J. M., Crivellaro, S., Moreira, D., Abern, M., Eklund, M., et al. (2020). Factors contributing to healthcare professional burnout during the COVID-19 pandemic: A rapid turnaround global survey. *PLOS ONE*, 15(9), e0238217. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238217>
62. Panagioti, M., Panagopoulou, E., Bower, P., Lewith, G., Kontopantelis, E., Chew-Graham, C., Dawson, S., van Marwijk, H., Geraghty, K., & Esmail, A. (2017). Controlled interventions to reduce burnout in physicians: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 177(2), 195–205. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.7674>

63. Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E., & Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity*, 88, 901–907. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>
64. Prati, G., & Pietrantonio, L. (2010). The relation of perceived and received social support to mental health among first responders: A meta-analytic review. *Journal of Community Psychology*, 38(3), 403–417. <https://doi.org/10.1002/jcop.20371>
65. Psareva, I., Bilan, A., Vasylyvna, T., & Sydorenko, O. (2024). Psychosocial challenges of Ukrainian healthcare professionals in wartime: Addressing the need for management support. *Social Science & Medicine*, 363, 117478. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.117478>
66. Rees, C. S., Breen, L. J., Cusack, L., & Hegney, D. (2015). Understanding individual resilience in the workplace: The international collaboration of workforce resilience model. *Frontiers in Psychology*, 6, 73. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00073>
67. Rotenstein, L. S., Torre, M., Ramos, M. A., Rosales, R. C., Guille, C., Sen, S., & Mata, D. A. (2018). Prevalence of burnout among physicians: A systematic review. *JAMA*, 320(11), 1131–1150. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.12777>
68. Rusanov, V., Lahutina, S., & Abdriakhimova, T. (2025). Addressing professional burnout among Ukrainian medical workers during wartime: An online intervention study. *European Psychiatry*, 68(Suppl. 1), S1177. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2025.2382>
69. Rusanov, V., Lahutina, S., & Abdriakhimova, T. (2025). Addressing professional burnout among Ukrainian medical workers during wartime: An online intervention study. *European Psychiatry*, 68(S1). <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2025.2382>
70. Salvagioni, D. A. J., Melanda, F. N., Mesas, A. E., González, A. D., Gabani, F. L., & Andrade, S. M. (2017). Physical, psychological and occupational

- consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PLoS ONE*, 12(10), e0185781. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185781>
71. Schaufeli, W. B., & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: A critical analysis*. Taylor & Francis.
 72. Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, 14(3), 204–220. <https://doi.org/10.1108/13620430910966406>
 73. Seiler, A., Taber, J. M., & McAndrew, L. M. (2025). Secondary traumatic stress and burnout in healthcare professionals: Systematic review and a meta-analysis based on correlation coefficient. *Scientific Reports*, 15, 7831. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-06950-6>
 74. Selye, H. (1976). *The stress of life* (Rev. ed.). McGraw-Hill.
 75. Shah, K., Chaudhari, G., Kamrai, D., Lail, A., & Patel, R. S. (2020). How essential is it to focus on physician's health and burnout in coronavirus (COVID-19) pandemic? *Cureus*, 12(4), e7538. <https://doi.org/10.7759/cureus.7538>
 76. Shanafelt, T. D., & Noseworthy, J. H. (2017). Executive leadership and physician well-being: Nine organizational strategies to promote engagement and reduce burnout. *Mayo Clinic Proceedings*, 92(1), 129–146. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.10.004>
 77. Shanafelt, T. D., West, C. P., Sinsky, C., Trockel, M., Tutty, M., Wang, H., Carlasare, L. E., & Dyrbye, L. N. (2022). Changes in burnout and satisfaction with work-life integration in physicians and the general US working population between 2011 and 2020. *Mayo Clinic Proceedings*, 97(3), 491–506. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2021.11.021>
 78. Tao, Y., Wang, J., Lu, Y., Liu, Y., Xia, L., Mo, X., Geng, D., Liu, W., Liu, Y., Jiang, H., Liu, Y., & Tang, Y. (2024). Interconnected mental health symptoms: Network analysis of depression, anxiety, stress, and burnout among psychiatric nurses. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1484203. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1484203>

79. Tawfik, D. S., Profit, J., Morgenthaler, T. I., Satele, D. V., Sinsky, C. A., Dyrbye, L. N., Tutty, M. A., West, C. P., & Shanafelt, T. D. (2018). Physician burnout, well-being, and work unit safety grades in relationship to reported medical errors. *Mayo Clinic Proceedings*, 93(11), 1571–1580. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2018.05.014>
80. Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University Press.
81. Torales, J., O'Higgins, M., Castaldelli-Maia, J. M., & Ventriglio, A. (2020). The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(4), 317–320. <https://doi.org/10.1177/0020764020915212>
82. Ungureanu, B. S., Kiss, L., & Predescu, I. (2024). Addressing burnout in the healthcare workforce: Current realities and mitigation strategies. *The Lancet Regional Health – Europe*, 42, 100961. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2024.100961>
83. Wei, H., Roberts, P., Strickler, J., & Corbett, R. W. (2019). Nurse leaders' strategies to foster nurse resilience. *Journal of Nursing Management*, 27(4), 681–687. <https://doi.org/10.1111/jonm.12736>
84. West, C. P., Dyrbye, L. N., & Shanafelt, T. D. (2018). Physician burnout: Contributors, consequences and solutions. *Journal of Internal Medicine*, 283(6), 516–529. <https://doi.org/10.1111/joim.12752>
85. 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)
86. Woo, T., Ho, R., Tang, A., & Tam, W. (2020). Global prevalence of burnout symptoms among nurses: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 123, 9–20. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.12.015>

87. World Health Organization. (2019). *Burn-out an “occupational phenomenon”*: *International Classification of Diseases*. <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>
88. Zhang, Y., Wang, C., Pan, W., Zheng, J., Gao, J., Huang, X., Cai, S., Zhai, Y., Latour, J. M., & Zhu, C. (2020). Stress, burnout, and coping strategies of frontline nurses during the COVID-19 pandemic. *Journal of Psychiatric Research*, 129, 318–325. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.06.024>
89. Zis, P., Artemiadis, A., Bargiotas, P., Nteveros, A., & Hadjigeorgiou, G. M. (2014). Medical studies during the economic crisis: The effect of burnout and associated factors among medical residents. *BMC Medical Education*, 14, 267. <https://doi.org/10.1186/s12909-014-0267-6>

ДОДАТКИ

Додаток А

Авторська анкета

Розділ 1. Соціально-демографічні дані

1. Ваш вік:

- до 24 років
- 25-34
- 35-44
- 45-54
- 55-64
- старше 65 років

2. Ваша стать:

- Чоловіча
- Жіноча

3. Ваша основна спеціалізація/посада:

- Лікар
- Медична сестра/брат
- Фельдшер/Парамедик
- Викладач в медичному закладі
- Керівна посада у медичному закладі
- Організаційна посада у медичному закладі
- Інше

Зазначте Вашу лікарську спеціальність, якщо у попередньому питанні вказали "Лікар"

4. Загальний професійний стаж у сфері охорони здоров'я:

- До 3 років
- 4-7 років
- 8-15 років
- Понад 15 років

5. Формат роботи в умовах повномасштабної агресії:

- Працюю у тиловому регіоні.
- Працюю у прифронтовому регіоні.
- Працюю у військовому госпіталі/частині.
- Працював/ла у зоні бойових дій (ротація, виїзд).

6. Форма організації закладу, в якому Ви працюєте:

- Медичний інститут/університет

- Спеціалізований медичний центр чи клініка
- Комунальні/державні заклади охорони здоров'я України
- Приватний заклад охорони здоров'я
- Військова частина

Розділ 2. Професійні та особистісні стресори

Оцініть, будь ласка, наскільки кожен із наведених факторів є стресогенним для Вас протягом останніх 6 місяців, використовуючи шкалу від 1 до 5, де 1 – зовсім не стресогенний, а 5 – дуже сильний стресор.

№	Фактор	1	2	3	4	5
7.	Надмірне робоче навантаження і надвисокий рівень відповідальності.					
8.	Робота з травмованими, важкими або невиліковно хворими пацієнтами.					
9.	Конфлікти з пацієнтами, напруженість та негативне відношення з боку клієнтів.					
10	Конфлікти, напруженість або непідтримка з боку колег чи керівництва.					
11	Бюрократія, паперова робота, неоптимізовані робочі процеси.					
12	Робота з військовими/травмованими/важкопораненими.					
13	Відсутність можливостей для повноцінного відпочинку та відновлення.					
14	Загальний фон військових подій в країні					

Розділ 3. Соціальна підтримка та копінг-стратегії

15. Як Ви оцінюєте рівень підтримки, яку отримуєте від колег?

- Не отримую підтримки
- Низький
- Середній
- Високий
- Дуже високий

16. Як Ви оцінюєте рівень підтримки, яку отримуєте від керівництва/адміністрації?

- Не отримую підтримки
- Низький
- Середній
- Високий
- Дуже високий

17. Чи маєте Ви доступ до психологічної допомоги на робочому місці?

- Так
- Ні
- Частково

18. Наскільки Ви задоволені балансом між роботою та особистим життям?

- Зовсім не задоволений
- Трохи не задоволений
- Середній рівень
- Скоріше задоволений
- Повністю задоволений

19. Коли Ви відчуваєте сильний стрес чи емоційне виснаження, до яких стратегій Ви найчастіше вдаєтесь?

- Активний відпочинок, фізичні вправи (спорт, прогулянки).
- Уникання проблеми, відволікання (ігри, гумор, соціальні мережі, кіно).
- Звернення за допомогою/порадою до інших (друзі, сім'я, психолог).
- Робота (занурення у справу, ще більше навантаження).
- Самоізоляція, усамітнення.
- Вживання алкоголю, тютюну, заспокійливих (самолікування).
- Переосмислення ситуації, пошук позитивних сторін.

20. Чи хотіли би Ви отримати зведений результат даного дослідження :

- Так (вказіть емейл для отримання результатів)
- Ні