

**Київський національний університет імені Тараса Шевченка**

**Факультет психології**

**Кафедра психології розвитку**

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА**

**ПОДРУЖНЯ ПІДТРИМКА ЯК РЕСУРС ПОДОЛАННЯ ЕМОЦІЙНОГО  
ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ**

Спеціальність 053 «Психологія»

Освітньо-професійна програма «Психологія дитинства  
та сім'ї з основами психотерапії»

**Здобувача вищої освіти**  
ОС «Магістр»  
**Марина КОВАЛЕВСЬКА**

**Науковий керівник:**  
к.мед.н.,  
доцент кафедри  
психології розвитку  
**Євген ПРОКОПОВИЧ**

Допустити до захисту в ЕК  
кафедра психології розвитку  
Протокол № \_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_  
Завідувач кафедри:  
Наталія ДЕМБИЦЬКА  
\_\_\_\_\_ (підпис)

Київ — 2025

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП.....</b>	<b>4</b>
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ФЕНОМЕНУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ.....</b>	<b>8</b>
1.1 Психологічні підходи до розуміння емоційного вигорання: сутність, структура та чинники.....	8
1.2 Сприйнятий стрес як предиктор емоційного вигорання.....	19
1.3 Подружня підтримка та резильєнтність як ключові ресурси психологічного благополуччя медичних працівників.....	21
1.4 Копінг-стратегії як способи подолання стресу.....	24
Висновки до розділу 1.....	29
<b>РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ.....</b>	<b>32</b>
2.1 Операціональна модель дослідження.....	32
2.2 Методологія та методи емпіричного дослідження.....	32
2.3 Процедура дослідження та опис вибірки.....	37
2.4 Обґрунтування методик дослідження.....	38
Висновки до розділу 2.....	41
<b>РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОДРУЖНЬОЇ ПІДТРИМКИ ЯК РЕСУРСУ ПОДОЛАННЯ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ.....</b>	<b>45</b>
3.1 Психологічні аспекти взаємозв'язку емоційного вигорання з подружньою підтримкою, резильєнтністю, копінг-стратегіями та	

сприйнятим стресом.....	<b>45</b>
3.2 Порівняння змінних в групах за сімейним статусом та професійною кваліфікацією.....	<b>66</b>
3.3 Регресійна модель емоційного вигорання медичних працівників.....	<b>71</b>
3.4 Розробка та перевірка ефективності тренінгу з профілактики емоційного вигорання.....	<b>74</b>
Висновки до розділу 3.....	<b>80</b>
<b>ВИСНОВКИ.....</b>	<b>82</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....</b>	<b>85</b>
<b>ДОДАТКИ.....</b>	<b>94</b>

## ВСТУП

**Актуальність дослідження.** Під час війни медичні працівники опинилися в умовах постійного та тривалого впливу екстремальних професійних навантажень, що включають високі емоційні витрати, хронічну нестачу ресурсів, підвищену відповідальність за життя пацієнтів, а також загрози власній безпеці. Такі умови суттєво підвищують ризик розвитку емоційного вигорання, яке негативно позначається не лише на психологічному здоров'ї фахівців, а й на якості медичної допомоги, збільшує ймовірність професійних помилок, знижує мотивацію та сприяє відтоку кадрів із системи охорони здоров'я. Водночас у ситуації тривалого стресу особливої ваги набувають зовнішні ресурси підтримки, серед яких важливе місце посідають сімейні ресурси, зокрема подружня підтримка, здатна пом'якшувати негативний вплив професійного стресу та сприяти збереженню психологічної стійкості медичних працівників.

Проблематика емоційного вигорання широко представлена в наукових дослідженнях зарубіжних і вітчизняних учених, зокрема Freudenderger, Davino-Ramaya et al., Maslach & Leiter, Wickramasinghe, Barea et al., Parmar et al., Bayes et al., а також В. Шкраб'юк і Д. Білик, О. Льошенко і В. Кондратьєва, М. Коць і О. Цвігун, О. Крикун, І. Процик і О. Романська, В. Воронова та С. Федорчук, Н. Расторгуєва, Л. Бегеза та інші. Разом із тим, роль подружньої підтримки як захисного чинника у подоланні емоційного вигорання медичних працівників, особливо в умовах війни, залишається недостатньо дослідженою.

Дослідження значущості подружньої підтримки як ресурсу подолання емоційного вигорання у медичних працівників має важливе прикладне значення, оскільки його результати можуть бути використані для розробки програм психосоціальної підтримки, сімейно орієнтованих інтервенцій та формування ефективних стратегій збереження й підтримки кадрового потенціалу в системі охорони здоров'я.

**Мета:** теоретично вивчити та емпірично дослідити роль подружньої підтримки в подоланні емоційного вигорання медичних працівників.

**Об'єкт:** феномен емоційного вигорання.

**Предмет:** подружня підтримка як ресурс подолання емоційного вигорання у медичних працівників.

**Гіпотези:**

1. Рівень сприйнятої подружньої підтримки та резильєнтності негативно корелюють з емоційним вигоранням медичних працівників.
2. Сприйнятий стрес і використання дисфункційних копінг-стратегій позитивно корелюють з емоційним вигоранням.
3. Адаптивні копінг-стратегії позитивно корелюють зі сприйнятою подружньою підтримкою та негативно – з емоційним вигоранням.
4. Медсестри мають вищий рівень емоційного вигорання, ніж лікарі.

Відповідно до мети було сформовано такі **завдання:**

1. Провести аналіз наукової літератури що стосується особливостей емоційного вигорання особистості, його взаємозв'язку з подружньою підтримкою, сприйнятим стресом, копінг-стратегіями та резильєнтністю.
2. Проаналізувати взаємозв'язки між емоційним вигоранням та подружньою підтримкою, резильєнтністю, сприйнятим стресом та копінг-стратегіями. На основі регресійного аналізу визначити основні чинники подолання емоційного вигорання.
3. Встановити відмінності рівнів емоційного вигорання, резильєнтності, сприйнятого стресу, подружньої підтримки, а також

використання копінг-стратегій в групах за професійним рівнем та сімейним статусом.

4. Розробити тренінг для подружніх пар зі зміцнення підтримки та зменшення рівня емоційного вигорання.

**Теоретико-методологічні основи дослідження** ґрунтуються на моделі емоційного вигорання К. Маслач і С. Джексон. Розуміння стресу опирається на роботи А. Подгорнової та О. Церковної. Резильєнтність розглянуто у відповідності до досліджень Nemeth та Olivier, Shiraldi. Аналіз копінг-стратегій здійснюється на основі класифікацій R. Lazarus і S. Folkman. Розуміння подружньої підтримки опирається на ідеї Umberson та Montez.

**Методи дослідження:** задля вирішення визначених завдань нами було використано як теоретичні, так і емпіричні методи наукового дослідження: теоретичні — аналіз, систематизація та узагальнення психологічних даних з проблематики дослідження; емпіричні — психодіагностичні методики: «Діагностика професійного вигорання» (MBI), «Багатомірна шкала сприйняття соціальної підтримки» (MSPSS), «Шкала стресостійкості» Коннора-Девідсона-10 (CD-RISC-10), Опитувальник Brief-COPE, Шкала сприйнятого стресу (PSS-10). Також було застосовано методи математико-статистичної обробки даних: критерій Шапіро-Уїлка, коефіцієнти кореляції Пірсона та Спірмена, критерій Лівена, критерії порівняння відмінностей в групах — t-критерій Стьюдента та U Манна-Уїтні, T-критерій для залежних вибірок, множинна лінійна регресія.

**Емпірична база дослідження:** медичні працівники, які здійснювали професійну діяльність в умовах воєнного стану в Україні. Всього вибірку склало 180 осіб віком від 22 до 60 років. Серед них 78,3% чоловіків (141 особа) та 21,7% жінок (39 осіб). За сімейним станом: у стосунках або одружені — 102 респонденти, самотні або розлучені — 78. Також вибірка поділяється за професійною кваліфікацією: медсестер/медбрatів – 95 осіб; лікарів – 60.

**Наукова новизна одержаних результатів дослідження** полягає в тому, що вперше:

- розроблено тренінгову програму спрямовану на подолання та профілактику емоційного вигорання медичних працівників, а саме на: роботу зі зміцнення подружньої підтримки, з розвитку адаптивних-копінг стратегій та ресурсних навичок партнерської взаємодії.

- проведено дослідження рівнів емоційного вигорання, резильєнтності, сприйнятого стресу, копінг-стратегій та сприйнятої подружньої підтримки у медиків в умовах війни.

- встановлено, що ключовими чинниками емоційного вигорання медичних працівників є рівень сприйнятого стресу та резильєнтності; однак також суттєвий вплив чинять сімейна та партнерська підтримка, а також копінг-стратегії активного подолання, планування, позитивного рефреймінгу, самозвинувачення та поведінкового розмежування. Це дозволяє більш доцільно розробляти тренінгові програми.

набули подальшого розвитку положення про:

- взаємозв'язки емоційного вигорання, резильєнтності, сприйнятого стресу, копінг-стратегій та сприйнятої подружньої підтримки;
- особливості емоційного вигорання медичних працівників в умовах війни.

**Теоретичне та практичне значення одержаних результатів:** результати, отримані в нашому дослідженні, можуть бути використані психологами для подальших досліджень особливостей цього явища, а також для напрацювань інтервенцій для профілактики емоційного вигорання у медиків. Також нам вдалось розробити успішну тренінгову програму для подружніх пар, в яких хоча б один з подружжя медичний працівник, тож наша робота набуває також і практичного значення для фахівців у сфері психології.

**Структура роботи:** кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного з розділів, загальних висновків, списку

використаних джерел (78 найменувань, з них 41 іноземною мовою) та додатків. Повний обсяг роботи складає 102 сторінки, основний зміст викладено на 81 сторінці комп'ютерного тексту. Робота містить 20 таблиць, загальним обсягом 6 сторінок.

## **РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ФЕНОМЕНУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ**

### **1.1 Психологічні підходи до розуміння емоційного вигорання: сутність, структура та чинники**

Феномен емоційного вигорання набув популярності серед вчених у другій половині ХХ століття, коли було виявлено його суттєвий вплив на психологічний стан та працездатність робітників. Попри значну кількість наукових праць, присвячених цьому явищу, дане поняття й досі не має єдиного усталеного визначення у системі психологічних знань. В англійській науковій літературі термін «burnout» використовується у різних смислових контекстах і в українських перекладах представлений такими варіантами, як «емоційне перегорання», «емоційне згорання», «емоційне вигорання», «професійне вигорання» та «психічне вигорання» (Наумова, 2024).

Уперше термін «емоційне вигорання» був введений у науковий обіг американським психіатром Н. J. Freudenberger у 1974 році. Використовуючи метафору «вигорання», автор описував психічний стан, який спостерігав у себе та своїх колег і який характеризувався глибоким виснаженням, зниженням мотивації та ослабленням почуття професійної відповідальності. Freudenberger застосував це поняття для позначення стану осіб, діяльність

яких пов'язана з інтенсивною міжособистісною взаємодією у сфері надання допомоги в умовах високого емоційного навантаження. У таких випадках провідна професійна діяльність стає джерелом хронічної втоми та відчуття емоційної спустошеності (Наумова, 2024). Запропоноване ним розуміння емоційного вигорання як стану емоційного та фізичного виснаження заклало основу для подальших емпіричних досліджень, особливо у межах допомагаючих професій (Davino-Ramaya et al., 2023).

Подальший розвиток концепції емоційного вигорання пов'язаний з роботами К. Маслач. За її визначенням, емоційне вигорання є психологічним синдромом, що формується як відповідь на тривалий вплив хронічних професійних стресорів. Структура синдрому включає три ключові компоненти: емоційне виснаження, деперсоналізацію та зниження відчуття особистих досягнень (Maslach & Leiter, 2016). Окрім цього, емоційне вигорання супроводжується зменшенням емпатійності щодо клієнтів або пацієнтів, формуванням негативного ставлення до професійної діяльності та зниженням самооцінки (Наумова, 2024). Для емпіричного вимірювання зазначених компонентів К. Маслач було розроблено опитувальник Maslach Burnout Inventory (MBI), який і до сьогодні залишається одним із найбільш авторитетних і широко застосовуваних інструментів у дослідженнях емоційного вигорання (Jagannath, 2021).

Подальший розвиток наукових підходів до вивчення емоційного вигорання супроводжувався зосередженням уваги на його проявах у професійних сферах, де діяльність ґрунтується на інтенсивній міжособистісній взаємодії, зокрема в медицині, освітній та соціальній галузях. Дослідження К. Маслач і співавторів засвідчують, що представники так званих «допомагаючих» професій демонструють підвищену вразливість до розвитку синдрому емоційного вигорання. Це зумовлено необхідністю постійного емоційного включення у взаємодію з іншими, високим рівнем професійної відповідальності, а також нерідко обмеженою підтримкою з боку колективу або управлінських структур. У сучасних наукових працях

вигорання дедалі частіше інтерпретується не лише як індивідуальний психологічний феномен, а як результат впливу ширшого кола психосоціальних факторів, серед яких виокремлюють напружене професійне середовище, хронічний стрес, нестачу ресурсів і соціальну ізоляцію (Wickramasinghe, 2021).

Починаючи з початку XXI століття, дослідницький фокус поступово змістився у площину організаційної психології. Емоційне вигорання почали розглядати як багатовимірну проблему, що потребує не лише індивідуального чи клінічного втручання, а й комплексних рішень у межах організаційної культури та систем управління персоналом. У цьому контексті зросла значущість профілактичних програм та психосоціальних інтервенцій, спрямованих на підтримку психічного благополуччя працівників. Сучасні концепції трактують емоційне вигорання як соціокультурний феномен, наслідки якого поширюються за межі особистісного функціонування та впливають на ефективність діяльності організацій і суспільних інститутів загалом (Barea et al., 2023).

Еволюція уявлень про емоційне вигорання в зарубіжній науковій традиції відображає поступовий перехід від описових моделей до системного аналізу причинно-наслідкових механізмів цього явища. На ранніх етапах вигорання розумілося переважно як індивідуальна реакція на тривалу емоційну напругу. Зокрема, Н. J. Freudenberger одним із перших охарактеризував цей стан як відповідь на хронічне психологічне й фізичне перевантаження, особливо у фахівців соціально орієнтованих професій (Gabriel & Aguinis, 2021). Надалі дослідницька увага була спрямована на вивчення організаційних детермінант вигорання, таких як надмірне робоче навантаження, обмежена автономія, дефіцит визнання та соціальної підтримки, що істотно підвищують ризик його формування. Такий підхід створює підґрунтя для розроблення більш ефективних профілактичних і корекційних стратегій з урахуванням як індивідуально-психологічних, так і контекстуальних чинників.

Протягом останніх десятиліть у зарубіжному науковому дискурсі спостерігається істотне розширення концептуальних уявлень про феномен емоційного вигорання. Якщо на початкових етапах досліджень основний акцент робився переважно на індивідуально-психологічних характеристиках, то згодом наукова увага змістилася в бік комплексного підходу, що охоплює також організаційні та соціальні умови професійної діяльності. Зокрема, емпіричні дані свідчать, що визначальну роль у формуванні та перебігу емоційного вигорання відіграють параметри робочого середовища, серед яких організаційний клімат, рівень доступної соціальної підтримки, особливості управлінського стилю та ступінь залученості працівників до процесів ухвалення рішень. Наявність відчуття контролю над власною діяльністю, можливість відкритої комунікації в колективі, досвід бути почутим, а також підтримуюче лідерство асоціюються зі зниженням ризику розвитку вигорання. Натомість негнучкі організаційні структури, надмірна формалізація робочих процесів і відсутність системних заходів зі стрес-менеджменту сприяють посиленню проявів цього синдрому. У зв'язку з цим трансформація управлінських практик, зокрема впровадження програм профілактики стресу та підвищення професійної автономії, розглядається як один із ефективних напрямів запобігання емоційному вигоранню (Parmar et al., 2022).

Паралельно з психологічними й організаційними підходами, сучасні дослідження дедалі частіше інтегрують психофізіологічну перспективу в аналіз емоційного вигорання, акцентуючи увагу на його впливі на загальний стан організму. Встановлено, що тривалий вплив стресорів, характерний для хронічного вигорання, може зумовлювати системні фізіологічні зрушення. Зокрема, йдеться про порушення функціонування гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі, що проявляється у дисбалансі кортизолу — як у формі його хронічного підвищення, так і зниження, — та свідчить про виснаження адаптаційних механізмів організму. Крім того, дослідниками фіксуються негативні зміни з боку імунної системи, посилення запальних процесів, а

також підвищення ризику розвитку метаболічних і серцево-судинних захворювань та інших соматичних порушень, що відображають тілесні наслідки тривалого психологічного виснаження. У цьому контексті емоційне вигорання дедалі частіше розглядається не лише як психологічний синдром, а як значущий чинник ризику для фізичного здоров'я (Bayes et al., 2021).

У сучасних українських наукових дослідженнях емоційне вигорання також осмислюється як багатовимірне явище, що проявляється як у психологічному, так і в професійному вимірах. Зокрема, В. Шкраб'юк і Д. Білик (2020) здійснили поглиблений аналіз цього феномену, зосереджуючи увагу на його деструктивному впливі на емоційно-поведінкову сферу особистості за умов тривалого професійного стресу. Автори підкреслюють, що хронічне емоційне напруження, зумовлене високими професійними очікуваннями у поєднанні з низьким рівнем задоволеності працею, виступає одним із ключових детермінантів розвитку синдрому емоційного вигорання, наслідками якого є зниження мотивації, формування апатичних станів та виражене емоційне виснаження.

Проблематику емоційного вигорання у студентської молоді ґрунтовно дослідили М. Коць і О. Цвігун (2020), які встановили, що провідними чинниками формування цього синдрому в студентському середовищі виступають надмірна інтенсивність навчального процесу, обмежені можливості для повноцінного відновлення, підвищені соціальні та академічні очікування, а також недостатній рівень психологічної підтримки у закладах вищої освіти. Автори підкреслюють, що в умовах постійного навчального навантаження студенти часто ігнорують власні психоемоційні потреби, що робить цю соціальну групу особливо вразливою до розвитку емоційного вигорання.

Розширюючи наукове осмислення даного феномену, О. Льошенко та В. Кондратьєва (2021) запропонували комплексний підхід до вивчення емоційного вигорання, який охоплює аспекти його діагностики, профілактики та психологічної корекції. У своїх працях дослідниці наголошують на

доцільності раннього виявлення ознак вигорання, впровадження індивідуалізованих профілактичних стратегій, а також поєднання психотерапевтичних і організаційно-управлінських інтервенцій. Такий підхід, на їхню думку, є необхідним з огляду на безпосередній вплив емоційного вигорання на ефективність та якість професійної діяльності.

У роботах І. Процик та О. Романської (2021) акцент зміщено на економічний аспект проблеми емоційного вигорання, зокрема в контексті міжнародної бізнес-комунікації. Дослідники зазначають, що професійне вигорання негативно позначається не лише на психологічному благополуччі працівників, але й істотно знижує рівень продуктивності та конкурентоспроможності організацій у глобальному економічному просторі. Це, своєю чергою, створює перешкоди для інноваційного розвитку підприємств та ускладнює ефективну міжкультурну взаємодію.

В умовах кризових соціальних обставин, зокрема збройного конфлікту, проблематика емоційного вигорання набуває особливої актуальності, що зумовлює зростання наукового інтересу до його проявів у професійних групах з високим рівнем стресового навантаження та відповідальності. Так, Н. Расторгуєва (2023) у своєму дослідженні аналізує специфіку профілактики емоційного вигорання серед працівників правоохоронних органів у воєнний період, підкреслюючи важливість системної психологічної підтримки та формування навичок стресостійкості як ключових механізмів запобігання емоційному виснаженню.

Окремий напрям досліджень представлений працями О. Крикун, В. Воронової та С. Федорчука (2023), у яких феномен емоційного вигорання розглядається у спортивному контексті, зокрема серед спортсменок і тренерського складу у черліденгу. Автори наголошують, що здатність до емоційної саморегуляції є важливим чинником підтримання психоемоційної стабільності в умовах інтенсивних тренувальних і змагальних навантажень, які супроводжуються високими очікуваннями та перфекціоністськими вимогами.

У своїх наукових працях Л. Бегеза (2020) аналізує психологічні чинники формування емоційного вигорання серед лікарів, виокремлюючи як провідні детермінанти підвищене відчуття відповідальності за життя пацієнтів, тривалу емоційну напругу та систематичний контакт із людським болем і стражданнями. Дослідниця наголошує на необхідності впровадження цілеспрямованих психологічних інтервенцій, спрямованих на збереження психоемоційного благополуччя медичних працівників.

І. Денищук (2023) у своїй роботі зосереджується на шляхах розвитку стресостійкості серед педагогів у період воєнних дій, підкреслюючи ефективність застосування методів емоційної саморегуляції та практик психоемоційного самопідтримання як засобів зниження ризику професійного вигорання в умовах хронічного стресу.

Ю. Ірхін спільно з колегами здійснили комплексне дослідження професійного вигорання в українському соціокультурному контексті, використавши методи кластерного аналізу для виокремлення різних типів проявів цього синдрому. Отримані результати засвідчили, що симптоматика вигорання є неоднорідною та змінюється залежно від стадії професійного стресу, а такі прояви, як деперсоналізація та зниження відчуття професійної ефективності, не завжди можуть бути прямими індикаторами вигорання, а інколи відображають глибші процеси професійної деформації особистості (Irkhin et al., 2020).

Водночас І. Збродська здійснила психометричну адаптацію методик оцінювання емоційного вигорання у сфері батьківства, що дозволило розширити межі аналізу цього феномену за межі професійної діяльності. У своїх висновках дослідниця підкреслює значущість психологічної стійкості та соціальної підтримки як ключових ресурсів, здатних виконувати захисну функцію та знижувати рівень емоційного виснаження у батьків в умовах сучасного українського суспільства (Zbrodska et al., 2022).

Емоційне виснаження розглядається як центральний компонент синдрому вигорання, що відображає суттєве виснаження енергетичних та

емоційних ресурсів особистості, а також утруднення у процесах психоемоційного відновлення після професійного навантаження (Gkini et al., 2020). Деперсоналізація, яка формується у структурі вигорання, негативно позначається на якості виконання професійних обов'язків у професіях типу «людина–людина», оскільки проявляється у вигляді емоційного дистанціювання, формального ставлення до інших та цинічних установок (Singh et al., 2023). Зниження відчуття особистих досягнень супроводжується формуванням переживань неефективності, марності власних зусиль і професійної неспроможності, що призводить до зменшення мотивації та задоволеності трудовою діяльністю. При цьому емпіричні дослідження свідчать, що редукція професійних досягнень може розвиватися як у взаємозв'язку з іншими компонентами вигорання, так і автономно (Albendín-García et al., 2021).

У межах сучасних наукових підходів синдром емоційного вигорання розглядається як багатовимірний феномен, формування якого зумовлюється поєднанням соціальних і когнітивних чинників, зокрема особливостями професійного середовища та індивідуальними стратегіями емоційної саморегуляції. Одним із ключових ресурсів, що знижує ймовірність розвитку вигорання, вважається наявність підтримки з боку колег і професійного оточення, яка сприяє зменшенню емоційного навантаження та підвищенню відчуття залученості до спільної діяльності (Sudha & Saxena, 2021).

М. Лейтер у своїх дослідженнях наголошує, що емоційне вигорання формується в ситуаціях дисбалансу між вимогами професійної діяльності та особистісними ресурсами працівника. Така невідповідність може проявлятися через надмірне робоче навантаження, дефіцит соціального визнання та підтримки, а також обмежені можливості впливу на організацію власної праці, що суттєво підвищує ризик емоційного виснаження (Leiter & Maslach, 2005).

Всесвітня організація охорони здоров'я офіційно класифікує емоційне вигорання як професійно зумовлений феномен, що виникає внаслідок

тривалого впливу хронічного стресу на робочому місці, який не був ефективно подоланий. Згідно з визначенням ВООЗ, цей стан охоплює три основні компоненти: відчуття виснаження, формування цинічного або негативного ставлення до професійної діяльності, а також зниження рівня професійної ефективності (World Health Organization, 2019).

Феномен емоційного вигорання активно досліджується в контексті різних професійних сфер, зокрема в галузях, пов'язаних з інтенсивною міжособистісною взаємодією. Так, А. Михайленко (2024) у своїх дослідженнях медичних працівників встановила, що ключовими чинниками підвищеного ризику розвитку вигорання є постійне психоемоційне напруження та високі вимоги до емоційної включеності у взаємодії з пацієнтами. Водночас І. Астремська (2024), аналізуючи специфіку допомагаючих професій, підкреслює значущість супервізії як ефективного інструменту профілактики та зниження проявів емоційного вигорання.

У роботах А. Івасюк (2024) феномен емоційного вигорання розглядається з позиції інтегративного підходу, що враховує взаємодію як індивідуально-психологічних, так і соціальних чинників. Подібну позицію поділяють Ю. Карпюк, О. Хрущ та О. Федик (2024), які акцентують увагу на значущості психологічної підтримки та формування сприятливого психоемоційного клімату в колективі як ефективних засобів профілактики емоційного вигорання.

У дослідженні О. Заєць (2022) встановлено, що професійне вигорання в середовищі підприємницької діяльності має низку специфічних особливостей, пов'язаних із постійною емоційною напругою та високим рівнем фінансової невизначеності, з якими підприємці стикаються у процесі своєї професійної реалізації (Заєць, 2022). У свою чергу, О. Величко (2024) підкреслює зростаючу актуальність проблеми емоційного вигорання в умовах постмодерного інформаційного суспільства, де інтенсифікація інформаційних потоків та підвищення темпу професійної діяльності виступають новими потужними стресогенними чинниками (Величко, 2024).

У галузі педагогіки Н. Колесникова та І. Коритько (2022) зазначають, що провідними детермінантами формування емоційного вигорання серед працівників освіти є надмірне робоче навантаження в поєднанні з недостатньою підтримкою з боку управлінських структур закладів освіти (Колесникова & Коритько, 2022). Дослідження О. Фоміна та співавторів (2021) наголошує на необхідності застосування міждисциплінарного підходу до аналізу та профілактики синдрому вигорання, що передбачає врахування як професійних, так і соціокультурних чинників його розвитку (Фомін, Фоміна, Зверхановський, & Ревіна, 2021).

У роботах Примаченко та колег висвітлюється гендерна специфіка перебігу емоційного вигорання: жінки демонструють вищу схильність до психосоматичних проявів, тоді як у чоловіків частіше фіксуються симптоми деперсоналізації (Prymachenko et al., 2021). Також підкреслюється, що жінки, особливо зайняті у професіях із високою інтенсивністю емоційної взаємодії, є більш уразливими до емоційного виснаження внаслідок поєднання професійних обов'язків із навантаженням у приватній сфері. Зокрема, у дослідженнях, присвячених жінкам-лікарям, виявлено вищі показники вигорання порівняно з чоловіками, що частково зумовлюється як соціокультурними особливостями, так і обмеженими ресурсами підтримки в професійному середовищі (Rotenstein et al., 2021).

У вітчизняних наукових дослідженнях значна увага приділяється впливу соціокультурних умов на формування емоційного вигорання, зокрема таких чинників, як економічна нестабільність, зниження рівня професійної мотивації та дефіцит системної психологічної підтримки. Так, Гуменюк та співавтори вказують, що домінування зовнішньо негативної мотивації та відсутність ефективної професійної підтримки виступають вагомими предикторами розвитку вигорання серед медичних працівників (Chorna et al., 2023).

Професійна специфіка діяльності відіграє суттєву роль у формуванні та перебігу емоційного вигорання. Зокрема, медичні працівники, зайняті у

відділеннях інтенсивної терапії, перебувають у зоні підвищеного ризику емоційного виснаження внаслідок високої інтенсивності праці, постійної відповідальності та взаємодії з пацієнтами у критичному стані (Slaveykov et al., 2023). Водночас результати окремих емпіричних досліджень вказують на те, що збереження позитивної професійної ідентичності та емоційної залученості до виконання професійних обов'язків може виконувати захисну функцію, зменшуючи прояви деперсоналізації та інших негативних наслідків емоційного вигорання (Altınay & Bicentürk, 2023).

Окремий вектор сучасних наукових досліджень зосереджений на аналізі культурних детермінант розвитку вигорання. Так, вивчення впливу так званої «культури співчуття» у медичних установах показало, що формування робочого середовища, заснованого на емпатії, взаємній підтримці та гуманістичних цінностях, суттєво знижує негативні наслідки вигорання для психічного та фізичного благополуччя працівників (Buonomo et al., 2022).

У роботах, присвячених вивченню психоемоційного стану військовослужбовців, які тривалий час перебувають у зонах збройних конфліктів, встановлено, що ключову роль у його стабілізації відіграють колективна підтримка та сформовані навички стресової адаптації (Демидюк & Пілат, 2021). У дослідженнях професійної діяльності ІТ-фахівців наголошується на значущості системного психологічного супроводу як чинника профілактики професійного вигорання, особливо за умов інтенсивних когнітивних навантажень (Мащак & Олійник, 2024). Аналіз емоційного вигорання серед лікарів-ортопедів засвідчує, що його формуванню передусім сприяють тривала робоча зайнятість і високий рівень професійної відповідальності (Беззубець, 2021).

Одне з найбільш масштабних досліджень синдрому емоційного вигорання серед лікарів було проведене у Фінляндії за участю 2671 фахівця. За його результатами лікарів поділено на групи з високим і низьким рівнем вигорання, при цьому психіатри, зокрема чоловіки, які працюють у сфері дитячої психіатрії, увійшли до групи підвищеного ризику. Встановлено також

вплив організаційних умов: працівники приватних клінік і науково-дослідних установ демонструють нижчі показники вигорання порівняно з лікарями державних медичних закладів. Окремо підкреслюється, що фахівці психічного здоров'я, які працюють у стаціонарі, частіше переживають емоційне вигорання, ніж лікарі амбулаторної ланки, що підтверджується низкою інших досліджень (Лотоцька-Голуб, 2016).

Таким чином, сучасні підходи до дослідження емоційного вигорання дедалі більше ґрунтуються на багатовимірному аналізі цього феномену, що передбачає врахування індивідуальних, професійних, організаційних і культурних чинників, а також орієнтацію на розробку комплексних і превентивних стратегій його подолання.

## **1.2 Сприйнятий стрес як предиктор емоційного вигорання**

Повсякденне життя населення України в умовах тривалих воєнних дій супроводжується постійним впливом численних стресогенних чинників. Інформаційний простір, значною мірою наповнений повідомленнями, пов'язаними з війною, формує стійке тло напруження, яке негативно позначається як на психоемоційному, так і на фізіологічному функціонуванні людини. Сукупність щоденних стресових подій, обмежені можливості для повноцінного психологічного відновлення, тривале відчуття невизначеності щодо майбутнього та втрата відчуття стабільності сприяють формуванню стану хронічного стресу серед значної частини населення (Годлевська, 2022).

Хронічний стрес слід розглядати не лише як емоційне напруження, а як системне порушення адаптаційних механізмів організму, що виникає внаслідок тривалого та безперервного впливу несприятливих чинників. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, хронічний стрес асоціюється з розвитком широкого спектра порушень — від дисфункцій серцево-судинної та ендокринної систем до психоемоційних розладів, зокрема тривожних і депресивних станів та синдрому емоційного вигорання (World Health Organization, 2019). У дослідженні Годлевської (2022) також

зафіксовано негативний вплив хронічного стресу на репродуктивне здоров'я жінок-студенток, що свідчить про його системний вплив на організм.

Біологічні механізми формування хронічного стресу детально розкриті у працях Подгорної та Церковної (2024), які зазначають, що ключову роль у стресовій реакції відіграє активація гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі. Внаслідок цього процесу активується секреція глюкокортикоїдів, зокрема кортизолу, які за нормальних умов забезпечують адаптацію організму до стресових впливів. Водночас за умов тривалого стресу та виснаження адаптаційних ресурсів може розвиватися зниження чутливості рецепторів до глюкокортикоїдів, що порушує механізми негативного зворотного зв'язку та призводить до стійко підвищеного рівня гормонів стресу. Такі зміни зумовлюють хронічне перенапруження, пригнічення імунної системи та поступове ушкодження органів і тканин. До типових проявів хронічного стресу належать порушення сну, підвищена дратівливість, головний біль, а також тривожні й депресивні симптоми (Подгорнова & Церковна, 2024).

Запуск зазначених нейробиологічних і психофізіологічних механізмів створює підґрунтя для розвитку емоційного вигорання. Хронічний стрес розглядається як один із провідних предикторів цього синдрому. Відповідно до результатів метааналізу Salvagioni та співавторів (2017), тривалий вплив стресогенних факторів за відсутності належного відновлення ресурсів сприяє формуванню психологічного виснаження, зниженню мотивації та відчуття професійної неефективності, що є ключовими складовими емоційного вигорання (Salvagioni et al., 2017).

Нейроендокринні порушення, зумовлені хронічним стресом, зокрема дисфункція гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі, також пов'язані з розвитком хронічної втоми — стану, який характеризується стійким відчуттям виснаження, що не зникає навіть після тривалого відпочинку (Nater & Rohleder, 2009). За даними Huibers та співавторів (2003), хронічна втома, яка є наслідком хронічного стресу, часто поєднується з емоційним вигоранням, виступаючи як його симптом або передумова. Такий стан знижує

здатність особистості ефективно виконувати професійні обов'язки, погіршує когнітивне функціонування та сприяє формуванню апатії й дезадаптивних реакцій (Huibers et al., 2003).

Непрацездатність медичних працівників у значній кількості випадків зумовлена впливом професійного стресу. Зокрема, серед лікарів загальної практики майже у половини обстежених осіб фіксуються стресові порушення, при цьому підвищений рівень тривожності виявлено у 41 % респондентів, а клінічно значущі прояви депресії — у 26 % випадків (Лотоцька-Голуб, 2016).

Серед медичних працівників особливу групу становлять лікарі-хірурги, професійна діяльність яких пов'язана з високою моральною та юридичною відповідальністю, значними фізичними навантаженнями, впливом шкідливих виробничих чинників і порушенням режиму сну та відпочинку. В умовах зростання хірургічної активності й ускладнення контингенту пацієнтів рівень функціонального та стресового навантаження на цих фахівців постійно підвищується. Сукупність зазначених факторів, зокрема порушення дихання під час сну, такі як обструктивне апное, що супроводжуються надмірною денною сонливістю, негативно позначається на професійній ефективності хірургів, підвищує ризик ускладнень під час оперативних втручань, а також суттєво знижує їх працездатність і якість життя (Лотоцька-Голуб, 2016).

### **1.3 Подружнтя підтримка та резильєнтність як ключові ресурси психологічного благополуччя медичних працівників**

Поняття «резильєнтність» понад 50 років використовується в межах позитивної психології та психології здоров'я. Термін походить від латинського *resilire*, що означає «повертатися», «відновлювати рівновагу», і в психологічному контексті пов'язується зі здатністю психіки відновлюватися після впливу несприятливих життєвих обставин. Інтерес до феномену резильєнтності зумовлений прагненням зрозуміти, яким чином окремі люди здатні витримувати кризові події, відновлюватися після них і досягати

психологічного зростання, що є важливим для психологів, психотерапевтів і фахівців допоміжних професій (Дмитришин, 2025).

Одним із поширених у науковій літературі є визначення Ф. Льюелля, який трактує резильєнтність як здатність особистості або соціальної системи забезпечувати повноцінне функціонування в складних життєвих умовах, підкреслюючи при цьому, що цей феномен є ширшим за просте подолання труднощів (Корніяка, 2020).

У межах підходу позитивної адаптації резильєнтність розглядається як ефективне пристосування до критичних викликів, що впливає на здатність особистості справлятися з життєвими труднощами, зокрема в умовах тривалого стресу, травматизації, серйозних життєвих загроз і соціальних криз, характерних для сучасного українського суспільства (Nemeth & Olivier, 2018).

Аналізуючи феномен резильєнтності, Д. Хеллерштейн виокремлює її фізичну та психологічну складові. Фізична резильєнтність відображає рівень стресостійкості й толерантності до навантажень, тоді як психологічна охоплює здатність підтримувати соціальні контакти, використовувати соціальну підтримку, знаходити сенс у складних життєвих подіях, підвищувати освітній рівень і застосовувати психотехнології для подолання негативних наслідків стресу. Резильєнтним особистостям притаманні прийняття реальності, переконаність у смисловій наповненості життя та здатність до гнучкої поведінки в нестандартних умовах (Грубі, 2022).

Згідно з підходом G. Shiraldi, базовою основою резильєнтності є фізичне здоров'я та оптимальне функціонування мозку. Досягненню цього стану сприяє формування здорових поведінкових звичок, зокрема регулярна фізична активність, індивідуально підібране харчування, повноцінний сон, обмеження вживання тютюну, алкоголю та кофеїну, а також систематичний моніторинг стану здоров'я (Shiraldi, 2019).

У межах концепції життєстійкості S. R. Maddi, R. H. Harvey, D. M. Khoshaba, M. Fazel та N. Resurreccion розглядають її як інтегральну

особистісну характеристику, від якої значною мірою залежить ефективність адаптації людини до життєвих викликів і стресогенних подій. Науковці виокремлюють три базові компоненти життєстійкості, що забезпечують успішну адаптацію: залученість як активне включення в події власного життя; контроль, що передбачає впевненість у можливості впливати на перебіг подій; а також готовність до ризику, яка відображає сприйняття життєвих труднощів як викликів, а не загроз (Maddi, Harvey, Khoshaba, Fazel & Resurreccion, 2009).

Емпіричні дослідження свідчать, що високий рівень резильєнтності асоціюється зі зниженням імовірності розвитку емоційного вигорання у фахівців, формуванням відчуття професійних досягнень, а також сприяє позитивній адаптації до тяжких і стресогенних захворювань і пришвидженню процесів одужання після хвороби (Стрільчук, 2024). Таким чином, низькі показники емоційного вигорання можуть розглядатися як індикатор ефективного використання адаптивних копінг-стратегій в умовах стресу.

Таким чином, резильєнтність у лікарів є важливим особистісним ресурсом, що забезпечує здатність ефективно функціонувати в умовах високого професійного навантаження, хронічного стресу та емоційно насиченої взаємодії з пацієнтами. Високий рівень резильєнтності сприяє збереженню психологічної стійкості, гнучкому використанню копінг-стратегій і відновленню після професійно складних або травматичних ситуацій. У контексті профілактики та подолання емоційного вигорання резильєнтність відіграє захисну роль, знижуючи інтенсивність емоційного виснаження, підтримуючи мотивацію до професійної діяльності та сприяючи збереженню професійної ідентичності й психологічного благополуччя лікаря.

У наукових дослідженнях накопичено значний масив даних щодо особливостей переживання стресових подій у парних стосунках. Стрес у романтичних відносинах розглядається як діадичний процес, що формується у межах взаємодії партнерів і одночасно впливає на психологічний стан кожного з них (Revenson, Kayser & Bodenmann, 2005). У партнерській

взаємодії когнітивні, емоційні та поведінкові реакції одного з партнерів можуть істотно змінювати переживання іншого, а рівень задоволеності стосунками разом із особливостями спільного реагування на стресові події визначають суб'єктивне відчуття емоційної близькості в парі (Estlein & Lavee, 2021). Емпіричні дослідження засвідчують, що підвищений рівень стресу загалом негативно позначається на задоволеності стосунками; водночас пари з вищою якістю взаємин демонструють більшу здатність протистояти стресовим впливам і зберігати емоційний контакт навіть у періоди інтенсивної напруги (Neff & Karney, 2004). За даними S. Johnson (2008), результати досліджень, проведених ізраїльськими вченими, свідчать, що партнери з надійним і емоційно безпечним типом прив'язаності ефективніше справляються з масштабними кризовими ситуаціями, зокрема ракетними обстрілами, порівняно з парами, чиї стосунки характеризуються нестабільністю.

Окремі наукові роботи вказують на те, що шлюбні стосунки створюють сприятливі умови для емоційного розвитку особистості завдяки формуванню тривалих, взаємних і високозалучених зв'язків, які за рівнем інтимності та стабільності перевищують взаємини з батьками, сиблінгами чи близькими друзями (Noriega, Castro & Barrera, 2001). Згідно з результатами дослідження Jain та Kumar (2022), хоча загальні показники якості життя не мають суттєвих відмінностей між одруженими й неодруженими особами, рівень суб'єктивної задоволеності життям є значно вищим у людей, які перебувають у шлюбі. Окрім цього, подружні партнери виконують важливу буферну функцію щодо стресу, забезпечуючи взаємну соціальну та емоційну підтримку, що сприяє більш ефективному подоланню стресових ситуацій (Umberson & Montez, 2010).

#### **1.4 Копінг-стратегії як способи подолання стресу**

У сучасній психології поняття копінг-стратегій використовується для позначення специфічних способів поведінки та внутрішньої регуляції, до

яких вдається особистість у ситуаціях стресу. Копінг розглядається як сукупність когнітивних, емоційних і поведінкових зусиль, спрямованих на подолання або зменшення негативного впливу складних життєвих обставин. Сам термін «coping» походить від англійського «to cope», що означає «справлятися», «витримувати», «долати труднощі», і відображає активний характер реагування людини на стресові ситуації (Карамушка, Снігур, 2020).

Копінг-стратегії слід розуміти не як окремі реакції, а як динамічний процес, що розгортається у взаємодії особистості з навколишнім середовищем. У цьому процесі важливу роль відіграє суб'єктивна оцінка ситуації, рівень усвідомлення власних ресурсів та можливостей, а також індивідуальний досвід подолання труднощів. Таким чином, копінг є свідомою формою психологічної адаптації, спрямованою не лише на усунення зовнішнього стресора, а й на регуляцію внутрішнього емоційного стану (Карамушка, Снігур, 2020).

Одним із найбільш відомих підходів до розуміння копінг-стратегій є транзакційна модель стресу, запропонована Р. Лазарусом та С. Фолкман. У межах цього підходу копінг визначається як постійно змінювані когнітивні та поведінкові зусилля, спрямовані на управління специфічними зовнішніми або внутрішніми вимогами, які оцінюються людиною як такі, що перевищують її ресурси (Lazarus & Folkman, 1984). Автори наголошують, що копінг не зводиться до автоматичних реакцій, а є результатом усвідомленої оцінки ситуації та вибору відповідної стратегії реагування. У рамках цього підходу було запропоновано класифікацію копінг-стратегій, яка включає такі форми реагування, як конфронтація, дистанціювання, самоконтроль, пошук соціальної підтримки, прийняття відповідальності, уникання, планомірне розв'язання проблеми та позитивна переоцінка (Lazarus & Folkman, 1984). Зазначені стратегії відображають різні способи взаємодії особистості зі стресовою ситуацією та можуть поєднуватися між собою залежно від її характеру та значущості.

Поряд із цим у психологічній літературі широко використовується узагальнений поділ копінг-стратегій на проблемно-орієнтовані, емоційно-орієнтовані та уникаючі. Проблемно-орієнтовані копінги спрямовані на активну зміну ситуації або пошук шляхів її вирішення, тоді як емоційно-орієнтовані копінги зосереджені на регуляції емоційних переживань, що виникають у відповідь на стрес. Уникаючі копінг-стратегії полягають у прагненні зменшити контакт зі стресором або уникнути усвідомлення проблеми, що часто має короткочасний ефект (Ярош, 2015).

За характером реалізації копінг-стратегії поділяють на активні та пасивні. Активна копінг-поведінка, або активне подолання, полягає у свідомих і цілеспрямованих діях, спрямованих на усунення або послаблення впливу стресової ситуації. Натомість пасивна форма копінгу передбачає використання різноманітних механізмів психологічного захисту, основною функцією яких є зниження рівня емоційної напруги без безпосереднього впливу на джерело стресу, що, однак, не сприяє реальному вирішенню проблемної ситуації (Lazarus & Folkman, 1984).

На думку деяких вчених, копінг, орієнтований на розв'язання проблеми, який відповідає активній формі подолання, здатний зменшувати негативний вплив як гострих життєвих подій, так і стресових чинників тривалої дії. Дослідники також наголошують, що застосування проблемно-орієнтованих копінг-стратегій пов'язане зі зниженням рівня депресивних проявів та поточного психологічного дистресу (Ярош, 2015). Водночас копінг, орієнтований на емоції та уникання, асоціюється з вищою вираженістю депресії та підвищеним ризиком негативних психологічних наслідків (Mitchell, Cronkite & Moos, 1983).

До уникаючих способів подолання стресу належать такі форми поведінки, як фіксація на соматичних симптомах, зловживання алкоголем або наркотичними речовинами, а в крайніх випадках — суїцидальна поведінка як варіант активного уникання. Стратегія уникання розглядається як одна з провідних поведінкових форм реагування, що сприяє формуванню

дезадаптивної, псевдодолаючої поведінки. Її використання зумовлене недостатнім розвитком особистісних копінг-ресурсів і навичок активного розв'язання життєвих труднощів (Ярош, 2015).

Відповідно до підходу J. Willi та E. Heim, копінг-стратегії доцільно поділяти на три основні типи: продуктивні (конструктивні), які забезпечують швидке та ефективне подолання стресу; відносно продуктивні (відносно конструктивні), що виявляються дієвими лише у певних, зокрема менш значущих, ситуаціях або за умов невисокого рівня стресу; а також непродуктивні (неконструктивні), які не сприяють усуненню стресового стану (Willi & Heim, 1986).

Схожій позиції дотримуються E. Frydenberg і R. Lewis, які, аналізуючи продуктивність копінг-стратегій, виокремлюють 18 форм копінг-поведінки, згрупованих у три стилі: продуктивний стиль, спрямований на безпосереднє розв'язання проблеми; проміжний стиль, орієнтований на залучення соціальної підтримки; та непродуктивний стиль, що не сприяє ефективному вирішенню стресової ситуації (Frydenberg & Lewis, 2000).

Застосування дієвих копінг-стратегій як усвідомлених способів реагування на стресові ситуації є одним із ключових ресурсів ефективного подолання стресу та підтримання психологічної рівноваги в умовах тривалого інтенсивного навантаження (Bondarchuk et al., 2024). Характер обраних копінг-стратегій може як сприяти зменшенню проявів емоційного вигорання, так і, у разі домінування неадаптивних форм реагування, посилювати його розвиток і негативні наслідки для психологічного стану особистості (Seiffge-Krenke, 2004).

Важливою умовою ефективного подолання стресу є гнучке використання копінг-стратегій залежно від конкретної ситуації. У цьому контексті Н. Ярош зазначає, що в одних випадках людина здатна самотійно впоратися з труднощами, в інших — потребує підтримки з боку соціального оточення, а в окремих ситуаціях може свідомо уникнути зіткнення з проблемою, попередньо оцінивши можливі негативні наслідки такого

зіткнення (Ярош, 2015). Т. Титаренко, в свою чергу, підкреслює, що продуктивне ставлення до стресу передбачає опанування особистістю широкого спектра стратегій саморегуляції, застосування яких має бути гнучким і варіативним залежно від контексту ситуації (Титаренко, 2009).

Розглядаючи роль копінг-стратегій у забезпеченні психологічного здоров'я, доцільно також звернутися до поняття «особистісного профілю» долаючої поведінки, який відображає індивідуальний спосіб взаємодії людини зі стресовими ситуаціями з урахуванням їхньої суб'єктивної значущості, життєвого контексту та психологічних можливостей особистості. Відповідно, когнітивні, емоційні та поведінкові зусилля, спрямовані на подолання зовнішніх або внутрішніх вимог, що сприймаються як надмірні або напружені, є індивідуально зумовленими. Критеріями оцінювання ефективності таких стратегій, з одного боку, виступає результативність розв'язання складних життєвих і професійних проблем, а з іншого — емоційне самопочуття особистості та рівень її психологічного здоров'я (Карамушка & Снігур, 2020).

Результати наукових досліджень свідчать про те, що копінг-стратегії, розглянуті як особлива форма соціально-психологічної адаптації до несприятливих умов життєдіяльності, відіграють важливу роль у підтриманні психологічного здоров'я та загального благополуччя особистості. Зокрема, Н. Ліщина у своїх працях обґрунтовує, що свідомо, цілеспрямована поведінка людини, спрямована на активну взаємодію зі складною або загрозовою ситуацією, надає можливість встановити контроль над нею або ефективно пристосуватися до її вимог (Ліщина, 2016:71). Застосування таких копінг-стратегій сприяє підвищенню здатності особистості справлятися зі стресом і долати важкі життєві обставини.

Емпіричні дослідження життєдіяльності зимівників також підтверджують значущість активного та усвідомленого контролю над стресовими умовами. Зазначається, що в ситуаціях тривалого впливу несприятливих чинників саме свідоме управління складною ситуацією

виступає одним із ключових факторів збереження фізичного та психологічного здоров'я (Мірошниченко & Косигіна, 2024).

Мірошниченко та Косигіна, аналізуючи матеріали бесіди та особистого щоденника однієї з учасниць дослідження, дійшли висновку, що орієнтація на здоровий спосіб життя та активне проведення вільного часу сприяють формуванню й розвитку ефективних копінг-стратегій в умовах стресового навантаження (Мірошниченко & Косигіна, 2024).

Здатність особистості зберігати відчуття «контролю» над ситуацією в умовах перманентного стресу передбачає активний пошук та використання копінг-стратегій, спрямованих на адаптацію до змінених умов життєдіяльності. З метою зниження рівня стресогенності травмувальної ситуації розробляються та впроваджуються покрокові алгоритми адаптивної поведінки. Досягнення високого рівня контролю над стресовою ситуацією дає змогу фахівцеві уникнути непродуктивного стану безпорадності та зниження мотивації, зменшити ризик розвитку емоційного вигорання, усвідомити зв'язок між власними цілеспрямованими діями й досягненням очікуваного результату, а також зберегти впевненість у наявності особистісних ресурсів для розв'язання проблемної ситуації (Мірошниченко & Косигіна, 2024).

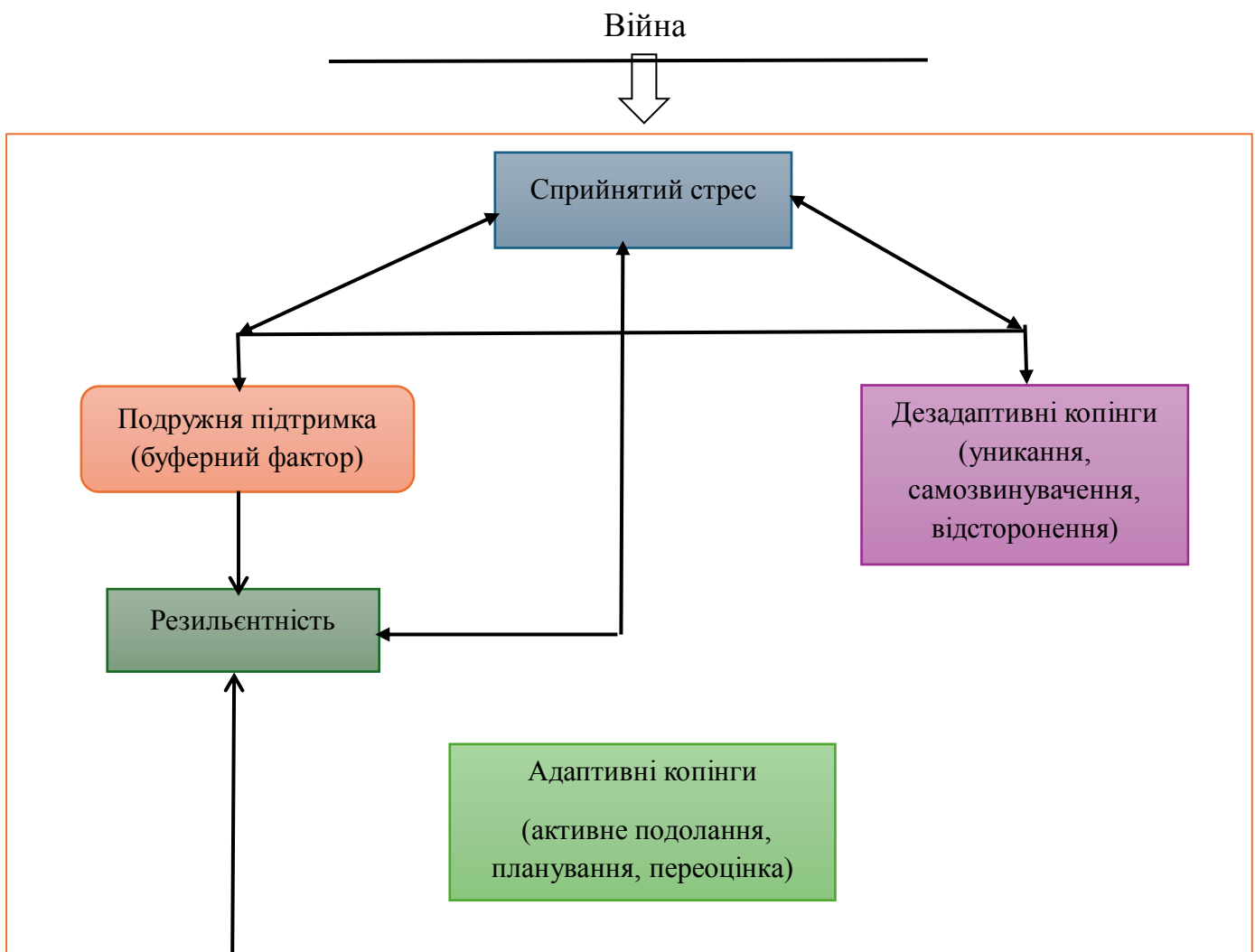
### **Висновки до розділу 1**

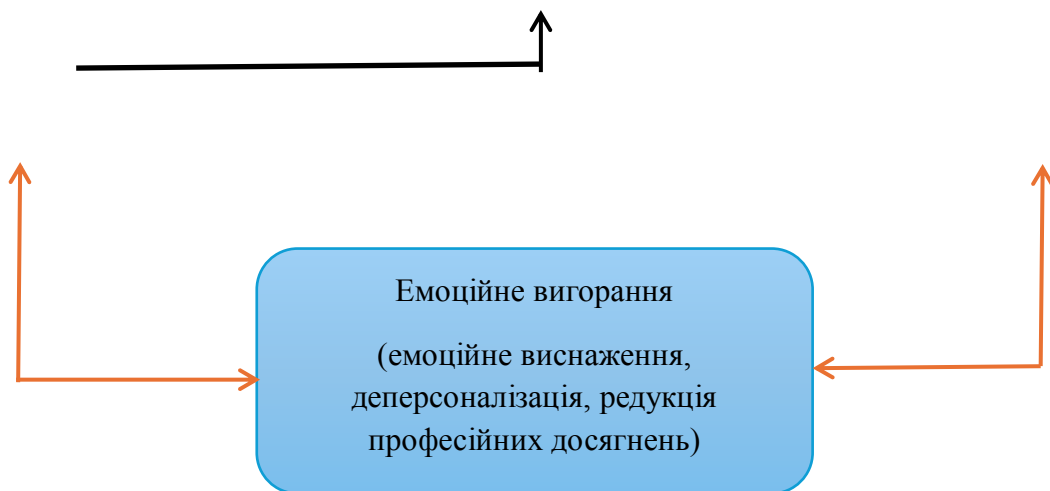
Результатом нашого теоретичного аналізу стала розробка концептуальної моделі дослідження (Рис. 1). В її основі лежить розуміння емоційного вигорання як складного психоемоційного стану, що формується внаслідок тривалого впливу професійного стресу та проявляється емоційним виснаженням, деперсоналізацією й зниженням відчуття професійної ефективності, негативно впливаючи на психологічне здоров'я, працездатність і якість життя фахівця. Сприйнятий стрес виступає суб'єктивною оцінкою людиною рівня напруження та перевищення вимог ситуації над наявними

особистісними ресурсами, що є ключовим психологічним чинником розвитку емоційного вигорання в умовах тривалих професійних навантажень.

Резильєнтність розглядається як інтегративна особистісна характеристика, що відображає здатність людини адаптуватися до стресогенних і травматичних обставин, зберігати психологічну стійкість, відновлюватися після труднощів і запобігати розвитку дезадаптивних станів, зокрема емоційного вигорання. Подружня підтримка в свою чергу виступає важливим соціально-психологічним ресурсом, який забезпечує емоційну, інструментальну та ціннісну підтримку, сприяє зниженню рівня сприйнятого стресу, посиленню резильєнтності та формуванню більш адаптивних стратегій подолання складних життєвих і професійних ситуацій.

Копінг-стратегії розглядаються як сукупність когнітивних, емоційних і поведінкових способів реагування на стресові ситуації, вибір і ефективність яких визначають характер адаптації особистості до професійних навантажень та опосередковують взаємозв'язок між стресом, резильєнтністю, соціальною підтримкою і рівнем емоційного вигорання.





*Рис. 1 Концептуальна модель дослідження*

Таким чином, війна та пов'язані з нею тривалі стресогенні умови професійної діяльності медичних працівників зумовлюють підвищення рівня сприйнятого стресу, що створює передумови для розвитку емоційного вигорання. Водночас у межах концептуальної моделі подружня підтримка, резильєнтність і адаптивні копінг-стратегії розглядаються як ключові захисні ресурси особистості, які пом'якшують негативний вплив стресу та знижують ризик формування вигорання, виконуючи буферну функцію. Натомість високий рівень сприйнятого стресу та переважання дезадаптивних копінг-стратегій посилюють прояви емоційного вигорання, негативно впливаючи на психологічне здоров'я, професійну ефективність і якість життя медичних працівників.

## РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

### 2.1 Операціональна модель дослідження

Як продовження нашого теоретичного аналізу феномену емоційного вигорання, подружньої підтримки, резильєнтності, копінг-стратегій та сприйнятого стресу, нами було розроблено операціональну модель дослідження, яка стала орієнтиром для емпіричної розвідки (Таблиця 2.1.1)

Таблиця 2.1.1 Операціональна модель дослідження

Досліджується:	Інструмент дослідження
1. Емоційне вигорання	«Діагностика професійного вигорання» (MBI)
2. Подружня підтримка	«Багатомірна шкала сприйняття соціальної підтримки» (MSPSS)
3. Резильєнтність	«Шкала стресостійкості» Коннора-Девідсона-10 (CD-RISC-10)
4. Копінг-стратегії	Опитувальник Brief-COPE
5. Сприйнятий стрес	Шкала сприйнятого стресу (PSS-10)

## 2.2 Методологія та методи емпіричного дослідження

Теоретичні засади нашого дослідження дозволяють сформулювати мету більш глибокої емпіричної частини — аналіз чинників емоційного вигорання медиків в умовах війни. Перевірити наявні особливості взаємозв'язків емоційного вигорання, подружньої підтримки, резильєнтності, копінг-стратегій та сприйнятого стресу. А також провести порівняльний аналіз груп медичних працівників з різним сімейним статусом та професійним рівнем.

Методологічне дослідження ґрунтується на основоположних принципах:

1. Принцип науковості — забезпечує можливість чітко визначити проблему дослідження та спланувати процедуру її вирішення, а також можливість інтерпретувати та узагальнити отримані дані, підсумовуючи все висновком.

2. Принцип детермінізму — має на увазі виявлення психічних явищ та властивостей людини, які за своєю природою є закономірними і мають певну причинність виникнення.

3. Принцип об'єктивності — забезпечує неупередженість дослідника щодо отриманого масиву даних, а також гарантує надійність результатів дослідження.

В нашому дослідженні було використано наступний перелік методів дослідження:

1. Психодіагностичний метод. Цей метод забезпечує збір кількісних та якісних показників явища, що досліджується. До психодіагностичних методів належать опитувальники, анкети, соціометричні процедури та бесіди.

2. Порівняльний метод. Його суть полягає в тому, що для дослідження подібності чи відмінності зіставляються психологічні явища або групи респондентів за певними характеристиками. Щоб найбільш ефективно застосувати цей метод, необхідно аналізувати лише найбільш значущі психологічні параметри, а самі ж явища до того ж мають відповідати критеріям цілісності та об'єктивності окреслення.

3. Кількісний — методи математико-статистичної обробки даних:

1) Кореляційний аналіз — це статистичний підхід, який застосовується для дослідження взаємозв'язку між двома або кількома змінними, що виступають вимірюваними характеристиками певних об'єктів чи явищ. Метод передбачає обчислення кореляційних коефіцієнтів, які відображають не лише наявність зв'язку, а й його напрям: прямий (позитивний) або обернений (негативний). Абсолютне значення коефіцієнта дає змогу оцінити силу зв'язку — від дуже слабкого до сильного. Вибір конкретного виду кореляції залежить від масштабу вимірювання змінних та характеру їх розподілу.

Кореляційний аналіз виконує низку ключових завдань:

- дозволяє оцінити ступінь статистичного взаємозв'язку між показниками та простежити, наскільки узгоджено вони змінюються;
- допомагає визначити фактори, що мають найбільший вплив на досліджуваний результативний показник;
- сприяє виявленню можливих прихованих або непрямих зв'язків, які можуть бути важливими для подальшого аналізу чи моделювання.

2) Критерій Шапіро-Уїлка — це статистична процедура, призначена для оцінки того, наскільки емпіричний розподіл даних наближений до нормального. Тест дозволяє встановити, чи можна вважати вибірку сукупність такою, що походить із нормально розподіленої генеральної сукупності. Формально нульова гіпотеза стверджує, що вибіркового розподілу не має статистично значущих відхилень від нормального. Якщо ж отримане значення  $p$  є меншим за обраний рівень значущості, нульова гіпотеза відхиляється, що свідчить про ненормальність розподілу.

3) Коефіцієнт кореляції Пірсона — це параметричний статистичний індикатор, який використовують для оцінки сили та напрямку лінійного зв'язку між двома кількісними змінними, що виміряні в інтервальній або відношуваній шкалі. Він відображає ступінь синхронності їх змін: чим узгодженіше зростання чи зниження значень однієї змінної супроводжується

змiнами iншої, тим вищим (за абсолютним значенням) буде коефіцієнт. Позитивні значення свiдчать про прямий зв'язок, негативні — про обернений.

Для коректного застосування коефіцієнта Пірсона необхідно дотриматися кількох умов:

- розподіл обох змінних має бути наближений до нормального;
- дані повинні бути виміряні в метричних шкалах — інтервальній або відношуваній;
- кількість спостережень для обох змінних має збігатися, тобто пари значень повинні бути повними.

4) Коефіцієнт кореляції Спірмена — це непараметричний коефіцієнт, який слугує альтернативою коефіцієнту Пірсона у випадках, коли дані не відповідають вимогам параметричних методів. Він також дає змогу оцінити напрям і силу взаємозв'язку між двома змінними, проте базується не на самих значеннях, а на їхніх рангах, що робить його стійким до впливу викидів та порушення нормальності розподілу. Цей коефіцієнт застосовують у ситуаціях, коли:

- хоча б одна зі змінних не має нормального розподілу;
- аналіз включає поєднання порядкових і метричних шкал;
- обидві змінні подані у вигляді рангів, або дослідження передбачає оцінку зв'язку між ранговими показниками.

5) Критерій Лівена — це статистична процедура, що дає змогу оцінити, чи є дисперсії кількох вибірок приблизно однаковими. Іншими словами, тест перевіряє, чи подібний рівень розсіювання даних у різних групах. Результати критерію допомагають обрати коректний метод подальшого аналізу: якщо дисперсії однорідні, можна використовувати стандартні параметричні тести, а за їх неоднорідності слід застосовувати непараметричні або спеціальні корекції.

б) t-критерій Стьюдента — це параметричний статистичний інструмент, який застосовують для оцінювання, чи існують статистично значущі

відмінності між середніми показниками двох груп. Тест дає змогу перевірити гіпотези щодо різниці між вибірками за умови дотримання певних статистичних вимог. Його коректне використання передбачає:

- Дані в обох вибірках повинні походити з популяцій, що підпорядковуються нормальному розподілу;
- Порівнювані групи мають бути незалежними;
- Дисперсії генеральних сукупностей повинні бути приблизно рівними, тобто однорідними.

7) U-критерій Манна—Уїтні — це непараметричний статистичний метод, призначений для оцінювання відмінностей між двома незалежними групами, коли дані не відповідають вимогам параметричних тестів. Він виконує схожу функцію з t-критерієм Стюдента, однак застосовується в ситуаціях, коли параметричні підходи є некоректними або недоцільними. Тест використовують у таких випадках:

- коли хоча б одна зі змінних відхиляється від нормального розподілу;
- якщо одна з порівнюваних груп має менше ніж 30 респондентів;
- за умови, що одна зі змінних вимірюється у порядковій (ранговій) шкалі;
- коли загальний обсяг вибірки є відносно малим і не перевищує 60 осіб.

8) T-критерій для залежних вибірок (парний t-тест) — це статистичний метод, який використовують для визначення, чи відрізняються середні значення двох вимірювань, отриманих від однієї і тієї ж групи учасників. Іншими словами, він дозволяє оцінити ефективність певного впливу, інтервенції або змін, що відбулися всередині групи з часом. Тест порівнює показники «до» і «після» та визначає, чи є виявлена різниця статистично значущою, тобто такою, що навряд чи виникла випадково.

9) Регресійний аналіз — це статистичний метод, який використовують для встановлення характеру взаємозв'язків між змінними та прогнозування того, як одна або декілька незалежних змінних впливають на значення залежної. У межах нашого дослідження застосовувалася множинна лінійна регресія, що дає змогу одночасно оцінювати вплив трьох і більше предикторів. Такий підхід є доцільним у ситуаціях, коли неможливо виключити вплив супутніх факторів і потрібно врахувати складну структуру взаємозв'язків між змінними.

Для включення змінних до регресійної моделі мають виконуватися такі критерії:

- Статистична значущість — змінна повинна демонструвати стабільний зв'язок із залежною;
- Низька мультиколінеарність — показник толерантності має бути наближеним до 1;
- Відсутність надмірних кореляцій між незалежними змінними (не вище 0,8), що забезпечує коректність моделі;
- Метричний рівень вимірювання — змінна повинна бути подана в інтервальній або абсолютній шкалі.

### **2.3 Процедура дослідження та опис вибірки**

Для охоплення якомога більшої кількості досліджуваних, а також для зручності проходження тестування, опитування проводилось за допомогою платформи Google Forms. Вибірку емпіричного дослідження склали медичні працівники, які здійснювали професійну діяльність в умовах воєнного стану в Україні. Всього вибірку склали 180 осіб віком від 22 до 60 років. Серед них 78,3% чоловіків (141 особа) та 21,7% жінок (39 осіб). За сімейним станом: у стосунках або одружені — 102 респонденти, самотні або розлучені — 78. Також вибірка поділяється за професійною кваліфікацією: медсестер/медбрів — 95 осіб; лікарів — 60.

Проведення емпіричного дослідження складалось з наступних етапів:

1. Збір соціально-демографічних даних шляхом анкетування
2. Дослідження емоційного вигорання за допомогою методики «Діагностика професійного вигорання» (MBI) (ДОДАТОК Б).
3. Дослідження подружньої підтримки за допомогою «Багатомірної шкали сприйняття соціальної підтримки» (MSPSS) (ДОДАТОК В).
4. Дослідження резильєнтності за допомогою «Шкали стресостійкості» Коннора-Девідсона-10 (CD-RISC-10) (ДОДАТОК Г).
5. Дослідження копінг-стратегій за допомогою «Опитувальника Brief-COPE» (ДОДАТОК Д).
6. Дослідження сприйнятого стресу за допомогою «Шкали сприйнятого стресу» (PSS-10) (ДОДАТОК Є).
7. Обробка та аналіз масиву даних за допомогою програми статистичної обробки Jamovi.
8. Інтерпретація результатів.

## **2.4 Обґрунтування методик дослідження**

### **«Діагностика професійного вигорання» (MBI)**

Діагностика професійного вигорання (MBI) — це один із найвідоміших і найбільш валідизованих інструментів для оцінювання професійного вигорання, розроблений К. Маслач та С. Джексон. Опитувальник ґрунтується на концепції, що професійне вигорання є багатовимірним явищем і включає три ключові компоненти: емоційне виснаження, деперсоналізацію та редукцію особистих досягнень.

МБІ складається з 22 тверджень, які відображають частоту переживання симптомів вигорання у професійній діяльності. Респонденти оцінюють кожен пункт за семибальною шкалою від «ніколи» до «щодня», що дозволяє зафіксувати інтенсивність та регулярність проявів.

- Емоційне виснаження відображає відчуття емоційної і фізичної спустошеності, втрати сил та ресурсу для взаємодії з іншими.

- Деперсоналізація описує розвиток цинічного, відстороненого або формального ставлення до клієнтів, пацієнтів чи колег.
- Редукція особистих досягнень пов'язана зі зниженням самооцінки професійної компетентності та відчуттям зменшення власної ефективності.

МВІ широко застосовується у дослідженнях та практиці для оцінювання рівня професійного вигорання у фахівців допомагаючих професій (медиків, психологів, педагогів, соціальних працівників), працівників екстрених служб та інших сфер із високим рівнем емоційного навантаження.

#### «Багатомірна шкала сприйняття соціальної підтримки» (MSPSS)

Багатомірна шкала сприйняття соціальної підтримки (MSPSS) складається з трьох субшкал по чотири твердження в кожній, що дозволяє комплексно оцінити різні джерела соціальної підтримки.

- Сімейна підтримка відображає, наскільки особа відчуває турботу, увагу та емоційну залученість з боку родини.
- Підтримка друзів показує рівень довіри та опори, який забезпечує коло друзів.
- Підтримка близьких людей вимірює допомогу й емоційну підтримку від особливо важливих для респондента людей (зокрема партнера).

MSPSS має високі показники надійності та валідності у багатьох дослідженнях, присвячених психічному здоров'ю, подоланню стресу та якості соціальної взаємодії. Шкала є зручною для швидкого скринінгу ризику соціальної ізоляції та для оцінювання ефективності програм, спрямованих на посилення підтримки. Українську адаптацію інструмента виконали Ю. Мельник та А. Стаднік (2023).

Оцінювання здійснюється за 7-бальною шкалою від 0 («повністю не згоден») до 6 («повністю згоден»). Серед ключових переваг MSPSS — компактність, легкість інтерпретації та підтвержені психометричні характеристики. Водночас, як і всі самооцінкові методики, вона може бути

чутливою до ефекту соціальної бажаності, а наявні дані про її довготривалу валідність залишаються обмеженими.

#### «Шкала стресостійкості» Коннора-Девідсона-10 (CD-RISC-10)

Шкала Коннора—Девідсона у повній версії (CD-RISC-25) була створена у 2003 році для оцінювання психологічної стійкості, однак пізніші дослідження виявили низку її недоліків. Це стало підставою для розробки компактнішої та психометрично більш надійної модифікації — CD-RISC-10. Сьогодні ця версія перекладена 69 мовами, а українську адаптацію провели Н. В. Школіна, І. І. Шаповал, І. В. Орлова, І. О. Кедик та М. А. Станіславчук (2020).

Опитувальник містить 10 тверджень, які оцінюються респондентом за п'ятибальною шкалою Лайкерта від 0 («ніколи») до 4 («майже завжди»). Сумарний показник, що може коливатись у межах 0–40 балів, відображає загальний рівень резильєнтності: чим він вищий, тим більшою є здатність особи протистояти стресовим подіям і відновлюватися після них.

#### «Опитувальник Brief-COPE»

Brief-COPE — це коротка версія опитувальника COPE Inventory Чарльза С. Карвера та спів-авторів, призначена для оцінювання стратегій поведінки та мислення, які індивід використовує при подоланні стресових ситуацій. Цей інструмент містить 28 тверджень, що представляють 14 окремих копінг-шкал, кожна з яких складається з двох пунктів, що вимірюють різні когнітивні та поведінкові способи реагування на стрес (наприклад, активний копінг, прийняття, уникнення, планування, емоційна підтримка) — загалом охоплюючи широкий спектр адаптивних і малоефективних стратегій подолання стресу (Carver, 1997).

Відповіді респондентів оцінюються за чотирибальною шкалою Лайкерта (наприклад, від «зовсім не робив» до «робив дуже часто»), що дозволяє кількісно виміряти частоту використання кожної з 14 копінг-стратегій. Загальний бал не підсумовується, натомість для кожної субшкали

підсумовують оцінки відповідних двох пунктів, що дає змогу проаналізувати специфічні моделі копінгу у досліджуваних.

Методика широко застосовується в наукових дослідженнях для вивчення ефективності різних способів подолання стресу в клінічних, між-особистісних та соціальних контекстах, а також у зв'язку з психічним благополуччям і адаптацією. Brief-COPE використовується в англійських та інших культурних вибірках і перекладений багатьма мовами, зокрема українською, в адаптації Т. Яблонської, О. Верник та Г. Гайворонського (2023), яка демонструє достатню внутрішню валідність та надійність для практичного психодіагностичного застосування.

#### «Шкала сприйнятого стресу» (PSS-10)

Шкала сприйнятого стресу PSS-10 це одна з найбільш поширених психометричних методик оцінювання суб'єктивного рівня стресу, розроблена S. Cohen та співавторами. Інструмент вимірює, наскільки людина протягом останнього місяця сприймала життєві події як непередбачувані, неконтрольовані або перевантажувальні — тобто такі, що виходять за межі її індивідуальних можливостей справлятися зі стресорами. Опитувальник складається з 10 тверджень, що відображають частоту переживань та когнітивних оцінок стресових ситуацій. Респонденти відповідають за п'ятибальною шкалою від 0 («ніколи») до 4 («дуже часто»), після чого підраховується підсумковий бал: вищі значення інтерпретуються як вищий рівень сприйнятого стресу.

PSS-10 має добрі показники надійності та валідності, підтверджені в десятках міжнародних досліджень, та рекомендована як універсальний інструмент для скринінгу стресу в клінічних і неклінічних вибірках. Методика чутлива до змін, що робить її придатною для оцінювання ефективності психологічних інтервенцій, тренінгів чи програм підтримки. Українське адаптацію здійснили О. Вельдбрехт та Н. Тавровецька (2022).

## Висновки до розділу 2

В нашому дослідженні для вивчення особливостей емоційного вигорання у медичних працівників в умовах війни було використано такі психодіагностичні методики:

1. «Діагностика професійного вигорання» (МВІ) розроблена К. Маслач і С. Джексон, є одним із найнадійніших інструментів для вимірювання професійного вигорання. Вона розглядає вигорання як тривимірний конструкт, що охоплює емоційне виснаження, деперсоналізацію та редукцію особистих досягнень. Опитувальник містить 22 твердження, які оцінюються за семибальною шкалою частоти переживань. МВІ широко використовується для дослідження рівня вигорання у фахівців допомагаючих професій та працівників високостресових сфер, забезпечуючи валідне та комплексне оцінювання цього явища.

2. «Багатомірна шкала сприйняття соціальної підтримки» (MSPSS) короткий інструмент, що вимірює три основні джерела підтримки: сім'ю, друзів та значущих інших. Кожна субшкала містить по чотири твердження, а відповіді оцінюються за 7-бальною шкалою. MSPSS демонструє високі показники надійності та валідності й широко використовується для оцінки ризику соціальної ізоляції та рівня підтримки у різних вибірках. Українську адаптацію методики здійснили Ю. Мельник та А. Стаднік (2023). Шкала є лаконічною, інформативною та легкою в інтерпретації, хоча базується на самооцінці, що може зумовлювати вплив соціальної бажаності.

3. «Шкала стресостійкості» Коннора-Девідсона-10 (CD-RISC-10) є коротким і надійним інструментом для вимірювання резильєнтності, тобто здатності людини адаптуватися до стресу та відновлювати психологічну рівновагу. Вона була створена як удосконалена версія повного варіанту CD-RISC-25 і демонструє кращі психометричні властивості. Опитувальник складається з 10 тверджень, що оцінюються за шкалою Лайкерта від 0 до 4, а сумарний бал у діапазоні 0–40 відображає загальний рівень психологічної стійкості. Вищі результати свідчать про більш розвинені навички подолання

стресових ситуацій та швидше відновлення після психологічних труднощів. Українську адаптацію шкали здійснили Н. В. Школїна, І. І. Шаповал, І. В. Орлова, І. О. Кедик та М. А. Станїславчук (2020).

4. «Опитувальник Brief-COPE» це скорочена версія COPE Inventory, створена Ч. Карвером для вимірювання когнітивних і поведінкових стратегій подолання стресу. Опитувальник містить 28 тверджень, об'єднаних у 14 субшкал, що охоплюють як адаптивні (активний копінг, планування, прийняття, пошук підтримки), так і менш ефективні стратегії (уникання, заперечення тощо). Кожне твердження оцінюється за 4-бальною шкалою, а результати аналізуються по кожній субшкалі окремо. Методика широко застосовується для дослідження копінг-поведінки в умовах стресу та має українську адаптацію (Яблонська, Верник, Гайворонський, 2023), яка підтверджує її надійність і придатність для використання у вітчизняних вибірках.

5. «Шкала сприйнятого стресу» (PSS-10) короткий стандартизований інструмент для оцінювання того, як людина суб'єктивно переживає стрес протягом останнього місяця. Методика містить 10 тверджень, які відображають рівень непередбачуваності, неконтрольованості та перевантаження життєвими подіями; відповіді фіксуються за п'ятибальною шкалою Лайкерта від 0 («ніколи») до 4 («дуже часто»). Підсумковий бал відображає загальний рівень сприйнятого стресу: що він вищий — то сильніше людина оцінює вплив стресорів на власний стан. Інструмент має добрі психометричні властивості, широко застосовується у дослідженнях та клінічній практиці, а українську адаптацію виконали О. Вельдбрехт та Н. Тавровецька (2022).

Також були використані методи математико-статистичної обробки даних, а саме: коефіцієнт кореляції Пірсона, коефіцієнт кореляції Спірмена, критерій Шапіро-Уїлка, критерій Лівена, t-критерій Стьюдента для незалежних вибірок, U Манна-Уїтні, T-критерій для парних вибірок, а також множинна лінійна регресія.

Вибірку емпіричного дослідження склали медичні працівники, які здійснювали професійну діяльність в умовах воєнного стану в Україні. Всього вибірку склало 180 осіб віком від 22 до 60 років. Серед них 78,3% чоловіків (141 особа) та 21,7% жінок (39 осіб). За сімейним станом: у стосунках або одружені — 102 респонденти, самотні або розлучені — 78. Також вибірка поділяється за професійною кваліфікацією: медсестер/медбратів – 95 осіб; лікарів – 60.

Дослідження емоційного вигорання медичних працівників у воєнних умовах є надзвичайно важливим та актуальним з кількох ключових причин.

По-перше, медики в умовах війни працюють у середовищі хронічного стресу: постійні перевантаження, нестача ресурсів, високий рівень смертності, ризик для власного життя та моральні дилеми створюють унікальний комплекс психотравмуючих факторів. Це суттєво підвищує вірогідність розвитку емоційного виснаження, деперсоналізації та зниження відчуття професійної ефективності — ключових компонентів синдрому вигорання.

По-друге, вигорання медиків має прямі наслідки не лише для їхнього психічного стану, а й для якості медичної допомоги. Наукові дані свідчать, що емоційно виснажений персонал частіше припускається помилок, демонструє нижчу залученість, гіршу комунікацію з пацієнтами та підвищену ймовірність професійної деформації. У воєнний час, коли навантаження на систему охорони здоров'я зростає в рази, такі ризики стають критичними.

По-третє, високий рівень вигорання може спричиняти зростання кількості звернень до лікарняних, професійних переходів або відмови від роботи у сфері медицини. У період війни, коли кадровий дефіцит і так є гострим, це створює додаткове навантаження на систему та загрожує її стійкості.

По-четверте, медичні працівники — одна з ключових професійних груп, що забезпечує життєздатність суспільства під час війни. Підтримання

їхнього психічного здоров'я — це не лише питання індивідуального благополуччя, а й елемент національної безпеки, що впливає на здатність держави долати наслідки воєнних дій.

### **РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОДРУЖНЬОЇ ПІДТРИМКИ ЯК РЕСУРСУ ПОДОЛАННЯ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ**

#### **3.1 Психологічні аспекти взаємозв'язку емоційного вигорання з подружньою підтримкою, резильєнтністю, копінг-стратегіями та сприйнятим стресом**

Описові статистики вибірки подано в Додатку А.

На початку аналізу отриманих даних було необхідно провести перевірку нормального розподілу змінних у вибірці за допомогою критерію Шапіро-Уїлка (Таблиця 3.1.1). Оскільки відповідність або не відповідність нормальному розподілу впливає на вибір коефіцієнтів кореляції для подальшого дослідження.

Таблиця 3.1.1 Перевірка нормального розподілу змінних у вибірці

<b>Shapiro-Wilk</b>	<b>p</b>	<b>Shapiro-Wilk</b>	<b>p</b>
Емоційне виснаження	0.002	Емоційна підтримка	0.008
Деперсоналізація	<.001	Вираження емоцій	0.003
Редукція професійних досягнень	0.112	Гумор	0.004
Сім'я	0.015	Прийняття	0.121
Близькі люди	0.276	Релігія	0.007
Резильєнтність	0.184	Самозвинувачення	<.001
Сприйнятий стрес	0.002	Самовідволікання	<.001
Активне подолання	0.152	Відмова	<.001
Використання інформаційної підтримки	0.010	Вживання психоактивних речовин	<.001
Позитивний рефреймінг	0.134	Поведінкове розмежування	<.001

Планування	0.206		
------------	-------	--	--

Отримані результати дозволяють стверджувати, що розподіл змінних «Редукція професійних досягнень», «Близькі люди», «Резильєнтність», «Активне подолання», «Позитивний рефреймінг», «Планування» та «Прийняття» відповідає нормальному ( $p$  більше ніж 0.05). Натомість змінні «Емоційне виснаження», «Деперсоналізація», «Сім'я», «Сприйнятий стрес», «Використання інформаційної підтримки», «Емоційна підтримка», «Вираження емоцій», «Гумор», «Релігія», «Самозвинувачення», «Самовідволікання», «Відмова», «Вживання психоактивних речовин» та «Поведінкове розмежування» мають ненормальний розподіл ( $p$  менше ніж 0.05). Отже кореляційний аналіз за участі цих змінних має проводитись за допомогою непараметричного коефіцієнту кореляції Спірмена. До того ж, результати отримані таким способом будуть вірними лише для нашої вибірки, їх не можна поширювати на генеральну сукупність.

Таблиця 3.1.2 Взаємозв'язки з емоційного вигорання зі сприйнятою підтримкою, резильєнтністю та сприйнятим стресом

<b>Spearman's rho</b>	Емоційне виснаження	Деперсоналізація	Редукція професійних досягнень
Сім'я	-0.382***	-0.311***	-0.420***
Близькі люди	-0.341***	-0.275***	-0.393***
Резильєнтність	-0.444***	-0.326***	-0.461***
Сприйнятий стрес	0.584***	0.412***	0.385***

Примітка: «\*\*\*» - статистична значущість на рівні  $p < 0.001$

Дані (Таблиця 3.1.2) отримані за допомогою методик «Діагностика професійного вигорання» (MBI), «Багатомірна шкала сприйняття соціальної підтримки» (MSPSS) (адаптація Ю. Мельник, А. Стаднік), «Шкала стресостійкості» Коннора-Девідсона-10 (CD-RISC-10) (адаптація Н. Школіна та інші) та «Шкала сприйнятого стресу» (PSS-10) (адаптація О. Вельдбрехт та Н. Тавровецька) дозволяють зробити наступні висновки.

Партнерська та сімейна підтримка мають обернені кореляційні зв'язки слабкої сили та високої статистичної значущості з усіма вимірами

емоційного вигорання (емоційне виснаження, деперсоналізація, редукція професійних досягнень); найсильніші зв'язки спостерігаються з редукцією професійних досягнень. Тобто зі зростанням показників сприйнятої підтримки, спадають показники вигорання, і навпаки. Ймовірно, це пояснюється тим, що партнерська та сімейна підтримка для медичних працівників виступає ключовим позапрофесійним ресурсом збереження відчуття власної цінності, компетентності та значущості. На відміну від робочого середовища, яке часто є джерелом критики, перевантаження та емоційних втрат, близькі стосунки можуть забезпечувати безумовне прийняття, емоційне схвалення та підтвердження особистих і професійних досягнень. Саме тому найбільш виражені обернені зв'язки спостерігаються з редукцією професійних досягнень: підтримка з боку партнера та сім'ї допомагає медикам зберігати відчуття ефективності своєї праці, значущості професійної ролі та сенсу виконуваної діяльності навіть в умовах хронічного стресу. Крім того, партнерська та сімейна підтримка можуть виконувати буферну функцію щодо негативних наслідків професійного стресу, знижуючи ризик емоційного виснаження та деперсоналізації. Для медичних працівників наявність емоційно безпечного простору поза роботою сприяє відновленню ресурсів, зменшенню емоційної дистанції у міжособистісних контактах та запобігає формуванню цинічного або відстороненого ставлення до пацієнтів. Водночас низький рівень сприйнятої підтримки може посилювати відчуття самотності, недооціненості та ізольованості, що, у поєднанні з професійними навантаженнями, сприяє зростанню всіх компонентів емоційного вигорання. Однак, враховуючи тяжкі умови праці, навіть наявна партнерська чи сімейна підтримка може поступово сприйматися як недостатня або менш доступна, оскільки емоційно виснажена людина має знижену здатність як до прийняття допомоги, так і до підтримання близьких стосунків.

Резильєнтність негативно корелює з усіма компонентами емоційного вигорання, при чому ці зв'язки слабкі та мають високу статистичну

значущість. Тобто зі зростанням резильєнтності спадає емоційне вигорання, і навпаки. Такий результат можна пояснити тим, що резильєнтність у медичних працівників виконує функцію внутрішнього психологічного ресурсу, який забезпечує здатність адаптуватися до тривалих і повторюваних стресових впливів професійного середовища. Високий рівень резильєнтності пов'язаний із кращими навичками емоційної саморегуляції, більш гнучкими когнітивними стратегіями та здатністю швидше відновлюватися після емоційно складних подій, що є критично важливим у медичній практиці. Саме ці механізми знижують імовірність накопичення емоційного виснаження, формування деперсоналізації та втрати відчуття професійної ефективності.

Сприйнятий стрес має позитивні кореляції високої статистичної значущості з усіма компонентами емоційного вигорання, однак з деперсоналізацією та редукцією професійних досягнень цей зв'язок слабкий, а з емоційним виснаженням середньої сили. Тобто змінні пропорційно зростають або спадають. Ймовірно, це зумовлено тим, що сприйнятий стрес у медичних працівників безпосередньо пов'язаний насамперед з емоційною складовою професійної діяльності, а не з усіма аспектами вигорання однаковою мірою. Емоційне виснаження є найбільш чутливим і первинним компонентом синдрому вигорання, який безпосередньо відображає суб'єктивне переживання перевантаження, втоми та емоційного виснаження. Тому саме з цим виміром сприйнятий стрес демонструє кореляційний зв'язок середньої сили, оскільки інтенсивність переживаного стресу прямо впливає на рівень емоційної втоми. Натомість деперсоналізація та редукція професійних досягнень є більш опосередкованими та вторинними проявами вигорання, які формуються поступово як захисні або компенсаторні реакції на тривале емоційне навантаження. У медичних працівників деперсоналізація може виступати способом психологічного дистанціювання від пацієнтів з метою збереження працездатності в умовах високого стресу, а зниження

відчуття професійних досягнень — наслідком накопиченого виснаження, а не безпосередньої реакції на поточний рівень стресу.

Таблиця 3.1.3 Взаємозв'язки емоційного вигорання з копінгамі фокусованими на проблемі

	Активне подолання	Використання інформаційної підтримки	Позитивний рефреймінг	Планування
Емоційне виснаження (Spearman's rho)	-0.283***	-0.192*	-0.332***	-0.318***
Деперсоналізація (Spearman's rho)	-0.210**	-0.177*	-0.256***	-0.222**
Редукція професійних досягнень (Pearson's r)	-0.334***	-0.214*	-0.354***	-0.378***

Примітка: «\*» - статистична значущість на рівні  $p < 0.05$ ; «\*\*» - статистична значущість на рівні  $p < 0.01$ ; «\*\*\*» - статистична значущість на рівні  $p < 0.001$

Аналізуючи дані (Таблиця 3.1.3), отримані за допомогою методик «Діагностика професійного вигорання» (МВІ) та «Опитувальник Brief-COPE» (адаптація Т. Яблонська, О. Верник, Г. Гайворонський), можна говорити про наявні негативні взаємозв'язки між емоційним вигоранням та копінгамі фокусованими на проблемі.

Копінг «Активне подолання» має негативні кореляційні зв'язки слабкої сили з усіма компонентами емоційного вигорання, проте з емоційним виснаженням та редукцією професійних досягнень цей зв'язок має високу

статистичну значущість, а з деперсоналізацією — помірну. Тобто зі зростанням використання активного подолання проблеми, прояви емоційного вигорання спадають, і навпаки. Це можна пояснити тим, що активне подолання проблеми передбачає проактивну позицію щодо стресових ситуацій, спрямовану на безпосередню зміну або контроль джерела стресу. Для медичних працівників така стратегія є особливо ефективною, оскільки професійна діяльність часто вимагає швидкого прийняття рішень, чіткого планування дій та відчуття контролю над ситуацією. Використання активного подолання сприяє зменшенню емоційного виснаження, оскільки знижує відчуття безпорадності та перевантаження, а також підтримує відчуття професійної компетентності, що безпосередньо пов'язано зі зниженням редукції професійних досягнень. Помірний зв'язок з деперсоналізацією може пояснюватися тим, що активне подолання зменшує потребу в емоційному дистанціюванні як захисному механізмі, проте не повністю усуває його, оскільки певний рівень професійної дистанції є функціональним у медичній практиці.

Копінг «Використання інформаційної підтримки» має обернені кореляційні зв'язки низької статистичної значущості з усіма компонентами емоційного вигорання, при чому з емоційним виснаженням та деперсоналізацією цей зв'язок дуже слабкий, а з редукцією професійних досягнень — слабкий. Тобто зі зростанням використання такої копінг-стратегії зменшуються показники емоційного вигорання, і навпаки. Ймовірно, такі зв'язки можуть свідчити про те, що саме отримання інформації або порад не завжди трансформується у реальне зниження емоційного напруження у медичних працівників. У професійному середовищі медиків доступ до інформації часто є достатнім або навіть надмірним, а тому звернення по додаткову інформаційну підтримку не обов'язково зменшує рівень емоційного виснаження чи деперсоналізації. Водночас слабкий обернений зв'язок з редукцією професійних досягнень може пояснюватися тим, що отримання порад, рекомендацій чи професійних

консультацій здатне частково підтримувати відчуття компетентності та професійної ефективності, хоча й не має потужного впливу на емоційний стан.

Копінг «Позитивний рефреймінг» має обернені кореляційні зв'язки високої статистичної значимості та середньої сили з усіма компонентами емоційного вигорання. Тобто використання позитивного рефреймінгу, як способу подолання проблем, знижує прояви емоційного вигорання, і навпаки. Це можна пояснити тим, що позитивний рефреймінг як копінг-стратегія ґрунтується на когнітивній переоцінці стресових подій, що дозволяє медичним працівникам знаходити смисл, позитивні аспекти або можливості зростання навіть у складних професійних ситуаціях. У медичній діяльності, яка часто супроводжується втратами, невизначеністю та високим рівнем емоційного напруження, здатність переосмислювати пережитий досвід зменшує інтенсивність негативних емоцій та перешкоджає накопиченню емоційного виснаження. Крім того, позитивний рефреймінг підтримує відчуття особистісної та професійної значущості, що безпосередньо пов'язано зі зниженням редукції професійних досягнень, а також зменшує потребу у деперсоналізації як захисному механізмі. У контексті медичної професії позитивний рефреймінг також може виконувати функцію психологічного захисту, який дозволяє зберігати емпатію без надмірного емоційного залучення.

Копінг «Планування» має обернені кореляції слабкої сили з усіма вимірами емоційного вигорання, при чому з емоційним виснаженням та редукцією професійних досягнень цей зв'язок має високу статистичну значимість, а з деперсоналізацією середню. Тобто використання планування сприяє зниженню емоційного вигорання, і навпаки. Ймовірно, структурування діяльності та прогнозування дій допомагає медикам знижувати відчуття хаотичності та втрати контролю, що особливо важливо в умовах високого професійного навантаження. Планування сприяє зменшенню емоційного виснаження через оптимізацію розподілу ресурсів та

часу, а також підтримує відчуття професійної ефективності, що знижує редукцію професійних досягнень.

Таблиця 3.1.4 Взаємозв'язки емоційного вигорання з копінгами фокусованими на емоціях

<b>Spearman's rho</b>	Емоційне виснаження	Деперсоналізація	Редукція професійних досягнень
Емоційна підтримка	-0.264***	-0.201**	-0.295***
Вираження емоцій	0.274*	0.235**	0.150*
Гумор	0.148	0.184*	0.092
Прийняття	-0.245**	-0.181*	-0.268***
Релігія	-0.054	-0.010	-0.142
Самозвинування	0.426***	0.387***	0.322***

Примітка: «\*» - статистична значущість на рівні  $p < 0.05$ ; «\*\*» - статистична значущість на рівні  $p < 0.01$ ; «\*\*\*» - статистична значущість на рівні  $p < 0.001$

Взаємозв'язок емоційного вигорання з копінгами фокусованими на емоціях (Таблиця 3.1.4) досліджено за допомогою методик «Діагностика професійного вигорання» (МВІ) та «Опитувальник Brief-COPE» (адаптація Т. Яблонська, О. Верник, Г. Гайворонський). Спостерігаються неоднорідні взаємозв'язки між емоційним вигоранням та емоційно-фокусованими копінгами.

Між копінгом «Емоційна підтримка» та компонентами емоційного вигорання наявні обернені кореляції слабкої сили. При чому з емоційним виснаженням та редукцією професійних досягнень ці зв'язки мають високу статистичну значимість, а з деперсоналізацією — помірну. Тобто зі зростанням використання емоційної підтримки як копінг-стратегії, зменшуються прояви емоційного вигорання, і навпаки. Ймовірно, емоційна підтримка як копінг-стратегія забезпечує медичним працівникам можливість відновлення емоційних ресурсів через міжособистісну взаємодію, відчуття прийняття та розуміння з боку значущих інших. У професійному середовищі, де емоційні переживання часто пригнічуються або залишаються нерозділеними, звернення по емоційну підтримку сприяє зниженню рівня

емоційного виснаження та допомагає зберігати відчуття професійної значущості, що пояснює більш виражені обернені зв'язки з емоційним виснаженням і редукцією професійних досягнень. Помірний зв'язок з деперсоналізацією може свідчити про те, що емоційна підтримка частково знижує потребу в емоційному дистанціюванні від пацієнтів, проте не повністю нейтралізує цей захисний механізм, який у медичній діяльності іноді має адаптивний характер.

Копінг «Вираження емоцій» має позитивний взаємозв'язок слабкої сили та низької статистичної значущості з емоційним виснаженням; пряму кореляцію слабкої сили та помірної значимості з деперсоналізацією; а також дуже слабкий позитивний взаємозв'язок низького рівня значущості з редукцією професійних досягнень. Тобто змінні пропорційно зростають або спадають. Такий результат можна пояснити тим, що часте або інтенсивне фокусування на власних емоційних переживаннях без їх конструктивного опрацювання не завжди сприяє зменшенню стресу у медичних працівників. У контексті медичної професії відкритий прояв негативних емоцій може відображати вже наявний високий рівень емоційного напруження та виснаження, а не виступати ефективним способом його подолання. Крім того, для медичних працівників характерні професійні норми стриманості та емоційного контролю, тому вираження емоцій може сприйматися як прояв перевантаження або втрати професійної дистанції. У такому випадку ця стратегія не знижує, а інколи навіть супроводжує зростання симптомів вигорання.

Копінг «Гумор» має дуже слабку позитивну кореляцію низької статистичної значущості з виміром деперсоналізації. Тобто змінні пропорційно як зростають, так і спадають. Ймовірно, такий зв'язок відображає специфічну функцію гумору як захисного механізму, а не як повноцінної стратегії подолання стресу. У медичному середовищі гумор часто використовується для зниження емоційної напруги та підтримання професійної дистанції від важких переживань пацієнтів. Саме тому його

застосування може супроводжуватися певним зростанням деперсоналізації, яка виступає формою емоційного відсторонення та психологічного захисту. Низька статистична значущість і дуже слабка сила зв'язку свідчать про те, що гумор не є ключовим чинником формування деперсоналізації, але може супроводжувати її як ситуативний спосіб регуляції емоцій. З вимірами емоційного виснаження та редукції професійних досягнень статистично значущих взаємозв'язків не виявлено.

Копінг «Прийняття» обернені кореляційні зв'язки: - слабкої сили та середньої статистичної значимості з емоційним виснаженням; - дуже слабкої сили та низької значущості з деперсоналізацією; - слабкої сили та високої статистичної значущості з редукцією професійних досягнень. Тобто зі зростанням використання копінгу прийняття знижуються показники емоційного вигорання, і навпаки. Такі результати можна пояснити тим, що прийняття дозволяє медичним працівникам зменшувати внутрішній опір до незмінних або неконтрольованих аспектів професійної діяльності, таких як тяжкі діагнози, втрати пацієнтів чи обмеженість ресурсів. Здатність приймати реальність ситуації без надмірного емоційного спротиву сприяє зниженню емоційного виснаження та підтримує відчуття професійної адекватності, що пояснює більш виражений зв'язок із редукцією професійних досягнень. До того ж, ймовірно, прийняття не передбачає емоційного відсторонення, а радше сприяє внутрішньому примиренню з професійними обставинами без втрати емпатії.

Копінг «Релігія» не має статистично значущих зв'язків з емоційним вигоранням. Ймовірно, це зумовлено індивідуальним і приватним характером релігійних практик, які не завжди інтегруються у щоденне професійне функціонування. Для частини медиків релігія може виконувати екзистенційну або світоглядну функцію, не впливаючи безпосередньо на переживання професійного стресу чи симптоми вигорання. Крім того, неоднорідність релігійних переконань і рівня залученості до релігійних

практик у вибірці може знижувати чутливість цієї змінної до виявлення системних зв'язків з емоційним вигоранням.

Копінг «Самозвинувачення» має позитивні кореляційні зв'язки слабкої сили та високої статистичної значущості з усіма компонентами емоційного вигорання. Тобто змінні пропорційно зростають та спадають. Можна припустити, що схильність до інтерналізації відповідальності за негативні події та помилки підсилює переживання професійного стресу у медичних працівників. У сфері медицини, де помилки мають високі наслідки, самозвинувачення може набувати хронічного характеру, сприяючи зростанню емоційного виснаження, формуванню цинічного ставлення до пацієнтів як способу психологічного захисту, а також зниженню відчуття професійної компетентності.

Таблиця 3.1.5 Взаємозв'язки емоційного вигорання з унікаючими копінгами

<b>Spearman's rho</b>	Емоційне виснаження	Деперсоналізація	Редукція професійних досягнень
Самовідволікання	0.224**	0.193*	0.112
Відмова	0.310***	0.285***	0.187*
Вживання психоактивних речовин	0.240**	0.224**	0.102
Поведінкове розмежування	0.397***	0.361***	0.304***

Примітка: «\*» - статистична значущість на рівні  $p < 0.05$ ; «\*\*» - статистична значущість на рівні  $p < 0.01$ ; «\*\*\*» - статистична значущість на рівні  $p < 0.001$

Дані (Таблиця 3.15), отримані за допомогою методик «Діагностика професійного вигорання» (МВІ) та «Опитувальник Brief-COPE» (адаптація Т. Яблонська, О. Верник, Г. Гайворонський), дозволяють робити наступні припущення про взаємозв'язки емоційного вигорання та унікаючих копінгів.

Копінг «Самовідволікання» має слабкий позитивний зв'язок помірної статистичної значущості з емоційним виснаженням та дуже слабку пряму кореляцію низької статистичної значимості з деперсоналізацією. Тобто

змінні пропорційно зростають або спадають. Ймовірно, самовідволікання дозволяє тимчасово знизити інтенсивність негативних емоцій, однак не сприяє вирішенню джерела професійного стресу. В умовах високої відповідальності та хронічного навантаження, характерного для медичної сфери, така стратегія може призводити до накопичення напруження, що згодом проявляється у вигляді емоційного виснаження та формування дистанційованого, деперсоналізованого ставлення до професійної діяльності. З редукцією професійних досягнень статистично значущого зв'язку не виявлено.

Копінг «Відмова» має прямі кореляційні зв'язки: - слабкої сили та високої статистичної значущості з емоційним виснаженням та деперсоналізацією; - дуже слабкої сили та низької статистичної значимості з редукцією професійних досягнень. Тобто змінні пропорційно зростають або спадають. Такі зв'язки можна пояснити тим, що ігнорування проблем або заперечення стресових обставин у професійній діяльності медика унеможлиблює своєчасне психологічне опрацювання складних ситуацій, таких як контакт зі стражданням пацієнтів, моральні дилеми чи професійні помилки. У результаті це сприяє зростанню емоційного виснаження та деперсоналізації, тоді як слабший зв'язок із редукцією професійних досягнень може свідчити про збереження формальної професійної ефективності попри внутрішнє виснаження.

Копінг «Вживання психоактивних речовин» має позитивні взаємозв'язки слабкої сили та помірної статистичної значущості з емоційним виснаженням та деперсоналізацією. Тобто змінні пропорційно спадають або зростають. Можливо, такі результати можуть відображати спроби медичних працівників знизити рівень емоційної напруги через швидкі, але неадаптивні способи регуляції стану. У контексті професійного стресу такі стратегії не лише не вирішують першопричину напруження, а й можуть поглиблювати емоційне виснаження та сприяти емоційному відстороненню від пацієнтів як

формі психологічного захисту. З редукцією професійних досягнень статистично значущого зв'язку не виявлено.

Копінг «Поведінкове розмежування» має слабкі позитивні кореляційні зв'язки високої статистичної значущості зі всіма компонентами емоційного вигорання. Ймовірно, зниження активності та відмова від зусиль у складних професійних ситуаціях є радше наслідком, ніж причиною вигорання. У медичних працівників це може проявлятися у вигляді формального виконання обов'язків без емоційного залучення, що супроводжується виснаженням, деперсоналізацією та відчуттям зниження професійної значущості. Таким чином, поведінкове розмежування виступає маркером дезадаптації та поглиблення синдрому емоційного вигорання.

Таблиця 3.1.6 Взаємозв'язки сприйнятої підтримки, резильєнтності та сприйнятого стресу з копінгами фокусованими на проблемі

	Сім'я (Spearman's rho)	Близькі люди (Pearson's r)	Резильєнтність (Pearson's r)	Сприйнятий стрес (Spearman's rho)
Активне подолання	0.352***	0.320***	0.431***	-0.291**
Використання інформаційної підтримки	0.384**	0.415***	0.226**	-0.188*
Позитивний рефреймінг	0.421***	0.373***	0.480***	-0.367***
Планування	0.285***	0.302***	0.391***	-0.312***

Примітка: «\*» - статистична значущість на рівні  $p < 0.05$ ; «\*\*» - статистична значущість на рівні  $p < 0.01$ ; «\*\*\*» - статистична значущість на рівні  $p < 0.001$

Щодо взаємозв'язків між сприйнятою підтримкою, резильєнтністю та сприйнятим стресом з проблемно-орієнтованими копінгами, то дані (Таблиця 3.1.6) отримані за допомогою методик «Багатомірна шкала сприйняття соціальної підтримки» (MSPSS) (адаптація Ю. Мельник, А. Стаднік), «Шкала стресостійкості» Коннора-Девідсона-10 (CD-RISC-10) (адаптація Н. Школіна та інші), «Шкала сприйнятого стресу» (PSS-10) (адаптація О. Вельдбрехт та

Н. Тавровецька) та «Опитувальник Brief-COPE» (адаптація Т. Яблонська, О. Верник, Г. Гайворонський), дозволяють зробити наступні висновки.

Партнерська та сімейна підтримка мають позитивні кореляційні зв'язки слабкої сили та високої статистичної значущості з усіма проблемно-орієнтованими копінгамі (активне подолання, використання інформаційної підтримки, позитивний рефреймінг, планування). Тобто змінні пропорційно зростають або спадають. Такі зв'язки можна пояснити тим, що наявність стабільної партнерської та сімейної підтримки створює для медичних працівників психологічно безпечний простір, у якому легше мобілізувати активні та конструктивні способи подолання стресу. Підтримка близьких може підсилювати відчуття впевненості, контроль над ситуацією та віру у власні ресурси, що, своєю чергою, сприяє використанню проблемно-орієнтованих копінгів. Соціальна підтримка виступає важливим зовнішнім ресурсом, який знижує ризик переходу до унікальних або дезадаптивних стратегій.

Резильєнтність має позитивні кореляційні зв'язки слабкої сили та високої статистичної значущості з активним подоланням, позитивним рефреймінгом та плануванням; з використанням інформаційної підтримки зв'язок має помірну статистичну значущість. Таким чином змінні пропорційно зростають або спадають. Ймовірно, резильєнтні медичні працівники мають вищу здатність до гнучкої саморегуляції та конструктивного реагування на професійні труднощі. Високий рівень резильєнтності пов'язаний із збереженням цілеспрямованості, когнітивної гнучкості та орієнтації на пошук рішень навіть в умовах підвищеного навантаження. Помірний зв'язок з використанням інформаційної підтримки може вказувати на те, що резильєнтні фахівці не лише спираються на власні ресурси, а й ефективно залучають професійне оточення для отримання інформації та порад.

Сприйнятий стрес має обернені кореляційні зв'язки: - слабкої сили та помірної статистичної значущості з активним подоланням; - дуже слабкої

сили та низької статистичної значимості з використанням інформаційної підтримки; - слабкої сили та високої статистичної значущості з позитивним рефреймінгом та плануванням. Тобто зі зростанням сприйнятого стресу, спадають показники використання проблемно-орієнтованих копінг-стратегій, і навпаки, збільшення частоти використання таких копінгів сприяє зменшенню стресу. Можливо, такі зв'язки відображають взаємний, двоспрямований характер цих змінних. З одного боку, високий рівень суб'єктивно сприйнятого стресу може виснажувати когнітивні та емоційні ресурси медичних працівників, знижуючи здатність до активного аналізу ситуації, планування та переосмислення проблем. З іншого боку, систематичне використання проблемно-орієнтованих копінгів може сприяти відновленню відчуття контролю над ситуацією, що зменшує інтенсивність стресових переживань. У професійному контексті медицини це особливо актуально, оскільки ефективні копінг-стратегії можуть виступати важливим психологічним буфером між зовнішніми стресорами та суб'єктивним досвідом напруження.

Таблиця 3.1.7 Взаємозв'язки сприйнятої підтримки, резильєнтності та сприйнятого стресу з копінгами фокусованими на емоціях

<b>Spearman's rho</b>	Сім'я	Близькі люди	Резильєнтність	Сприйнятий стрес
Емоційна підтримка	0.394***	0.487***	0.295***	-0.227**
Вираження емоцій	-0.187*	-0.124	-0.142	0.219**
Гумор	0.094	0.126	0.161*	0.104
Прийняття	0.267***	0.294***	0.323***	-0.245**
Релігія	0.180*	0.226**	0.120	-0.061
Самозвинувачення	-0.331***	-0.362***	-0.415***	0.463***

Примітка: «\*» - статистична значущість на рівні  $p < 0.05$ ; «\*\*» - статистична значущість на рівні  $p < 0.01$ ; «\*\*\*» - статистична значущість на рівні  $p < 0.001$

Аналізуючи дані (Таблиця 3.1.7), отримані за допомогою методик «Багатомірна шкала сприйняття соціальної підтримки» (MSPSS) (адаптація Ю. Мельник, А. Стаднік), «Шкала стресостійкості» Коннора-Девідсона-10 (CD-RISC-10) (адаптація Н. Школіна та інші), «Шкала сприйнятого стресу»

(PSS-10) (адаптація О. Вельдбрехт та Н. Тавровецька) та «Опитувальник Brief-COPE» (адаптація Т. Яблонська, О. Верник, Г. Гайворонський), можна зробити висновки про зв'язок сприйнятої підтримки, стресу та резильєнтності з емоційно-фокусованими копінгами.

Копінг «Емоційна підтримка» має прямі кореляційні зв'язки слабкої сили та високої статистичної значущості з партнерською та сімейною підтримкою, а також з резильєнтністю. Тобто змінні пропорційно зростають або спадають. Ймовірно, це свідчить про взаємне підсилення внутрішніх і зовнішніх ресурсів медичних працівників. Особи, які мають стабільну підтримку з боку партнера та сім'ї, частіше звертаються по емоційну допомогу й поза сімейним контекстом, не сприймаючи це як прояв слабкості. Водночас резильєнтність може сприяти більшій відкритості до прийняття підтримки, оскільки такі медики краще усвідомлюють власні межі та необхідність відновлення емоційних ресурсів. Також між копінгом «Емоційна підтримка» та сприйнятим стресом наявний обернений взаємозв'язок слабкої сили та помірної статистичної значущості. Тобто зі зростанням однієї змінної інша спадає. Можливо, це може пояснюватися тим, що можливість поділитися переживаннями, отримати співпереживання та емоційне прийняття знижує інтенсивність суб'єктивного переживання стресу. Для медичних працівників, які щоденно стикаються з високим рівнем емоційного навантаження, емоційна підтримка може виконувати функцію психологічного «розвантаження», зменшуючи напруження та запобігаючи його накопиченню.

Копінг «Вираження емоцій» має дуже слабкий обернений взаємозв'язок низької статистичної значимості з сімейною підтримкою та слабку позитивну кореляцію помірної значущості зі сприйнятим стресом. Тобто у випадку сімейної підтримки зі зростанням однієї змінної інша спадає; у випадку сприйнятого стресу змінні пропорційно зростають та спадають. Ймовірно, за наявності стабільної сімейної підтримки потреба у частому або інтенсивному емоційному «вивільненні» знижується, оскільки

емоції інтегруються та опрацьовуються у безпечному міжособистісному середовищі. Водночас позитивна кореляція зі сприйнятим стресом може відображати ситуацію, коли підвищений рівень стресу спонукає медиків до більш активного емоційного вираження як спроби знизити напруження, однак без подальшого конструктивного опрацювання проблем. З партнерською підтримкою та резильєнтністю не виявлено значущих взаємозв'язків.

Копінг «Гумор» має дуже слабкий позитивний взаємозв'язок низької статистичної значущості з резильєнтністю. Тобто змінні пропорційно зростають та спадають. Можливо, для частини медичних працівників гумор є ситуативним способом короточасного зниження емоційної напруги або психологічної дистанціації від складних подій, однак він не виступає системним ресурсом відновлення. Тому його зв'язок із резильєнтністю є слабким і нестійким, відображаючи індивідуальні відмінності у використанні цієї копінг-стратегії. З сімейною та партнерською підтримкою, а також з рівнем сприйнятого стресу значущих відмінностей не виявлено.

Копінг «Прийняття» має слабкі позитивні кореляції високої статистичної значущості з сімейною та партнерською підтримкою, а також з резильєнтністю. Тобто змінні пропорційно зростають або спадають. Це можна пояснити тим, що наявність стабільної сімейної та партнерської підтримки створює для медичних працівників умови для більш адаптивного прийняття об'єктивно неконтрольованих аспектів професійної діяльності. Резильєнтні медики, які володіють внутрішньою здатністю до відновлення, легше приймають неминучі труднощі, не витрачаючи надмірні ресурси на боротьбу з тим, що не можна змінити. Також зі сприйнятим стресом спостерігається обернений зв'язок слабкої сили та середньої значущості з копінгом прийняття. Ймовірно, це може свідчити про те, що прийняття ситуації знижує рівень суб'єктивного напруження, оскільки зменшує внутрішній опір і когнітивний конфлікт. Для медичних працівників це означає перехід від емоційної боротьби зі стресором до більш реалістичного

та збалансованого ставлення до професійних викликів, що сприяє стабілізації емоційного стану.

Копінг «Релігія» має прямі кореляційні зв'язки: - дуже слабкої сили та низької статистичної значимості з сімейною підтримкою; - слабкої сили та помірної значущості з партнерською підтримкою. Тобто змінні пропорційно зростають або спадають. Це можна пояснити тим, що партнер або сім'я можуть виступати джерелом релігійних практик і переконань, які підтримують відчуття сенсу та надії в умовах високого професійного стресу. Водночас дуже слабкий зв'язок із сімейною підтримкою свідчить про те, що релігійний копінг у медиків має скоріше особистісний, ніж системний характер і не є універсальним ресурсом для всієї вибірки. Таким чином зв'язок може відображати спільність цінностей і світоглядних орієнтацій у близьких стосунках. З резильєнтністю та сприйнятим стресом статистично значущих зв'язків не виявлено.

Копінг «Самозвинувачення» має негативні кореляції слабкої сили та високої статистичної значущості з сімейною та партнерською підтримкою, а також з резильєнтністю. Тобто зі зростанням однієї змінної інші спадають, і навпаки. Це можна пояснити тим, що підтримуюче соціальне середовище знижує схильність до інтерналізації провини та надмірної самокритики. Медичні працівники, які відчувають прийняття і розуміння з боку близьких, рідше приписують собі повну відповідальність за негативні події, що зменшує ризик формування дезадаптивних копінг-стратегій. Також зі сприйнятим стресом спостерігається позитивна кореляція слабкої сили та високої статистичної значущості. Тобто змінні пропорційно зростають та спадають. Ймовірно, це свідчить про замкнене коло психологічного напруження: зростання стресу підсилює тенденцію до самокритики, а самозвинувачення, у свою чергу, посилює суб'єктивне переживання стресу. У контексті медичної діяльності це може бути пов'язано з високими професійними стандартами та страхом помилок, що робить самозвинувачення особливо небезпечною стратегією подолання.

Таблиця 3.1.8 Взаємозв'язки сприйнятої підтримки, резильєнтності та сприйнятого стресу з унікаючими копінгами

<b>Spearman's rho</b>	Сім'я	Близькі люди	Резильєнтність	Сприйнятий стрес
Самовідволікання	-0.124	-0.102	-0.195*	0.263***
Відмова	-0.253***	-0.218**	-0.274***	0.349***
Вживання психоактивних речовин	-0.197*	-0.161*	-0.180*	0.284***
Поведінкове розмежування	-0.312***	-0.296***	-0.354***	0.421***

Примітка: «\*» - статистична значущість на рівні  $p < 0.05$ ; «\*\*» - статистична значущість на рівні  $p < 0.01$ ; «\*\*\*» - статистична значущість на рівні  $p < 0.001$

Звертаючись до Таблиці 3.1.8, можна побачити дані отримані за допомогою методик «Багатомірна шкала сприйняття соціальної підтримки» (MSPSS) (адаптація Ю. Мельник, А. Стаднік), «Шкала стресостійкості» Коннора-Девідсона-10 (CD-RISC-10) (адаптація Н. Школіна та інші), «Шкала сприйнятого стресу» (PSS-10) (адаптація О. Вельдбрехт та Н. Тавровецька) та «Опитувальник Brief-COPE» (адаптація Т. Яблонська, О. Верник, Г. Гайворонський), що відображають взаємозв'язки сприйнятої підтримки, стресу та резильєнтності з унікаючими копінгами.

Копінг «Самовідволікання» має дуже слабкий обернений зв'язок низької статистичної значущості з резильєнтністю, а також пряму кореляцію слабкої сили та високої статистичної значущості зі сприйнятим стресом. В першому випадку зі зростанням однієї змінної інша спалає, а в другому — змінні пропорційно зростають та спадають. Ймовірно, резильєнтні медичні працівники рідше вдаються до стратегій уникнення, оскільки мають достатні внутрішні ресурси для усвідомленого опрацювання стресових ситуацій. Натомість зростання суб'єктивного напруження спонукає медиків тимчасово «відходити» від проблеми, однак така стратегія не знижує стрес у довгостроковій перспективі й може навіть сприяти його хронізації. З партнерською та сімейною підтримкою значущих взаємозв'язків не виявлено.

Копінг «Відмова» має негативні взаємозв'язки: - слабкої сили та високої статистичної значимості з сімейною підтримкою та резильєнтністю; - слабкої сили та помірної значущості з партнерською підтримкою. Тобто зі зростанням однієї змінної інші спадають, і навпаки. Ймовірно, підтримуюче соціальне середовище та високий рівень внутрішньої стійкості знижують потребу в запереченні або ігноруванні проблем. Медичні працівники, які відчувають підтримку близьких і мають сформовані адаптивні механізми подолання, частіше визнають наявність труднощів і шукають реалістичні способи реагування. Також зі сприйнятим стресом наявна слабка пряма кореляція високої статистичної значущості. Тобто змінні пропорційно зростають та спадають. Можливо, що логічно, уникання проблеми посилює відчуття безпорадності та втрати контролю, що, у свою чергу, підвищує рівень стресу.

Копінг «Вживання психоактивних речовин» має дуже слабкі негативні кореляції низької статистичної значущості з сімейною та партнерською підтримкою, а також з резильєнтністю. Тобто зі зростанням однієї змінної інші спадають. Такі зв'язки можуть відображати тенденцію до використання цієї стратегії за умов дефіциту ресурсів підтримки та внутрішньої стійкості. Також зі сприйнятим стресом наявний дуже значущий прямий зв'язок слабкої сили. Тобто змінні пропорційно зростають та спадають. Можливо, підвищене емоційне напруження може спонукати медиків до пошуку швидких, але дезадаптивних способів регуляції стану. У професійному контексті медицини це особливо небезпечно, оскільки така стратегія не лише не знижує стрес, а й може поглиблювати психоемоційне виснаження та знижувати якість професійного функціонування.

Копінг «Поведінкове розмежування» має негативні кореляційні зв'язки слабкої сили та високої значущості з сімейною та партнерською підтримкою, а також з резильєнтністю. Таким чином зі зростанням однієї змінної інші спадають, і навпаки. Такі взаємозв'язки можуть свідчити про те, що за наявності підтримки та внутрішньої стійкості медичні працівники менш

схильні відмовлятися від активної участі у вирішенні професійних труднощів. Також зі сприйнятим стресом наявний позитивний взаємозв'язок слабкої сили та високої статистичної значущості. Ймовірно, зростання напруження може призводити до зниження мотивації та активності, що є характерною ознакою дезадаптації та поглиблення стресового стану. Таким чином, поведінкове розмежування у цій вибірці радше відображає наслідок високого рівня стресу та недостатності ресурсів, ніж ефективний спосіб подолання труднощів.

Таблиця 3.1.9 Взаємозв'язки сприйнятої підтримки, резильєнтності та сприйнятого стресу

	Резильєнтність	Коефіцієнт	Сприйнятий стрес	Коефіцієнт
Сім'я	0.451***	Spearman's rho	-0.395***	Spearman's rho
Близькі люди	0.412***	Pearson's r	-0.354***	Spearman's rho

Примітка: «\*\*\*» - статистична значущість на рівні  $p < 0.001$

Щодо взаємозв'язку сприйнятої підтримки, резильєнтності та сприйнятого стресу, то завдяки даним (Таблиця 3.1.9) отриманим за допомогою методик «Багатомірна шкала сприйняття соціальної підтримки» (MSPSS) (адаптація Ю. Мельник, А. Стаднік), «Шкала стресостійкості» Коннора-Девідсона-10 (CD-RISC-10) (адаптація Н. Школіна та інші) та «Шкала сприйнятого стресу» (PSS-10) (адаптація О. Вельдбрехт та Н. Тавровецька), можна зробити наступні висновки.

Наявні позитивні кореляційні зв'язки слабкої сили та високої статистичної значущості між резильєнтністю і сімейною та партнерською підтримкою. Тобто змінні пропорційно зростають та спадають. Це можна пояснити тим, що знову ж таки сімейна та партнерська підтримка виступає важливим зовнішнім ресурсом формування і підтримання резильєнтності у медичних працівників. Наявність емоційно значущих стосунків, у яких людина відчуває прийняття, розуміння та підтримку, сприяє підвищенню впевненості у власних силах, відновленню після професійних труднощів та збереженню психологічної стійкості в умовах тривалого стресу.

Сприйнятий стрес має негативні кореляції слабкої сили та високої статистичної значущості з сімейною та партнерською підтримкою. Тобто зі зростанням сприйнятого стресу, спадають показники сприйнятої підтримки, і навпаки. Ймовірно, такі зв'язки свідчать про буферну функцію соціальної підтримки щодо переживання стресу. За наявності підтримки близьких медичні працівники можуть легше інтерпретувати складні професійні ситуації як більш контрольовані та менш загрозливі, що знижує рівень суб'єктивного стресу. Водночас високий рівень стресу може погіршувати сприйняття доступності підтримки через емоційне виснаження, підвищену дратівливість або тенденцію до соціального відсторонення, що створює взаємопідсилювальний негативний ефект.

Таблиця 3.1.10 Взаємозв'язки сприйнятого стресу та резильєнтності

<b>Spearman's rho</b>	<b>Резильєнтність</b>
Сприйнятий стрес	-0.421***

Примітка: «\*\*\*» - статистична значущість на рівні  $p < 0.001$

Дані Таблиці 3.1.10, отримані за допомогою методик «Шкала стресостійкості» Коннора-Девідсона-10 (CD-RISC-10) (адаптація Н. Школіна та інші) та «Шкала сприйнятого стресу» (PSS-10) (адаптація О. Вельдбрехт та Н. Тавровецька), вказують на наявний значущий слабкий негативний взаємозв'язок між сприйнятим стресом та резильєнтністю. Тобто зі зростанням однієї змінної інша спадає. Це логічно пояснюється тим, що резильєнтність відображає здатність особистості ефективно адаптуватися до стресових умов, відновлюватися після навантажень і зберігати психологічну рівновагу, тоді як сприйнятий стрес є суб'єктивною оцінкою інтенсивності та неконтрольованості життєвих і професійних труднощів. У медичних працівників із вищим рівнем резильєнтності стресові події частіше сприймаються як керовані та тимчасові, що знижує інтенсивність стресових переживань. Водночас високий рівень сприйнятого стресу може виснажувати адаптаційні ресурси, зменшуючи здатність до психологічного відновлення та стійкого функціонування.

Таким чином в ході кореляційного аналізу ми підтвердили гіпотези про: негативну кореляцію сприйнятої подружньої підтримки та резильєнтності з емоційним вигоранням медичних працівників; позитивну кореляцію сприйнятого стресу та дезадаптивних копінг-стратегій з емоційним вигоранням; позитивний зв'язок адаптивних копінг-стратегій з подружньої підтримкою, та їх негативний зв'язок з емоційним вигоранням.

### 3.2 Порівняння змінних в групах за професійною кваліфікацією

Для порівняння особливостей емоційного вигорання медичних працівників ми розділили вибірку на дві групи за професійною кваліфікацією: медсестри та лікарі.

Першим необхідним кроком в аналізі була перевірка нормального розподілу змінних в кожній з груп (Таблиця 3.2.1).

Таблиця 3.2.1 Перевірка нормального розподілу змінних в групах за професійною кваліфікацією

Shapiro-Wilk	p (nurse)	p (doctor)	Shapiro-Wilk	p (nurse)	p (doctor)
Емоційне виснаження	0.012	0.019	Емоційна підтримка	0.021	0.032
Деперсоналізація	0.006	0.011	Вираження емоцій	0.010	0.024
Редукція професійних досягнень	0.412	0.294	Гумор	0.269	0.204
Сім'я	0.018	0.027	Прийняття	0.024	0.029
Близькі люди	0.463	0.331	Релігія	<.001	0.003
Резильєнтність	0.351	0.257	Самозвинувачення	0.241	0.186
Сприйнятий стрес	0.014	0.021	Самовідволікання	0.013	0.022
Активне подолання	0.287	0.219	Відмова	0.002	0.008
Використання інформаційної підтримки	0.398	0.281	Вживання психоактивних речовин	<.001	<.001

Позитивний рефреймінг	0.332	0.243	Поведінкове розмежування	0.301	0.231
Планування	0.455	0.317			

Відповідно до результатів, нормальний розподіл спостерігається за шкалами «Редукція професійних досягнень», «Резильєнтність», «Близькі люди», «Активне подолання», «Планування», «Позитивний рефреймінг», «Самозвинувачення», «Поведінкове розмежування», «Використання інформаційної підтримки», та «Гумор» ( $p$  більше ніж 0.05). За іншими змінними розподіл ненормальний, тож пошук відмінностей для них необхідно проводити за допомогою критерію U Манна-Уїтні.

Шкали з нормальним розподілом необхідно додатково перевірити на придатність застосування параметричного критерію — необхідно визначити гомогенність дисперсій за допомогою критерію Лівена (Таблиця 3.2.2).

Таблиця 3.2.2 Перевірка гомогенності дисперсій в групах за професійною кваліфікацією

<b>Homogeneity of Variances Test (Levene's)</b>	<b>p</b>
Редукція професійних досягнень	0.491
Резильєнтність	0.433
Близькі люди	0.544
Активне подолання	0.477
Планування	0.589
Позитивний рефреймінг	0.509
Самозвинувачення	0.448
Поведінкове розмежування	0.523
Використання інформаційної підтримки	0.568
Гумор	0.501

Результати (Таблиця 3.2.2) такої перевірки підтвердили рівність дисперсій за всіма зазначеними змінними, оскільки  $p$  більше ніж 0.05, тож це дозволяє для порівняння груп використати параметричний t-критерій Стьюдента.

Таблиця 3.2.3 Пошук відмінностей в групах за допомогою t-критерію Стьюдента

<b>Independent Samples T-Test (Student's t)</b>	<b>p-значення Гіпотеза: Медсестри &gt; Лікарі</b>	<b>p-значення Гіпотеза: Лікарі &gt; Медсестри</b>
Редукція професійних досягнень	0.003*	0.997
Резильєнтність	0.979	0.021*
Близькі люди	0.955	0.045*
Активне подолання	0.954	0.046*
Планування	0.900	0.100
Позитивний рефреймінг	0.958	0.042*
Самозвинувачення	0.014*	0.986
Поведінкове розмежування	0.022*	0.978
Використання інформаційної підтримки	0.997	0.003*
Гумор	0.686	0.314

Примітка: «\*» - статистична значущість на рівні  $p < 0.05$

Порівняння за допомогою t-критерію Стьюдента (Таблиця 3.2.3) показало, що медсестри мають вищий рівень проявів такого виміру емоційного вигорання як редукція професійних досягнень. А також вони більш схильні до використання таких копінгів, як самозвинувачення та поведінкове розмежування. Лікарі ж характеризуються вищим рівнем резильєнтності, сприйнятої подружньої підтримки, а також вони більш схильні до використання активного подолання, позитивного рефреймінгу та використання інформаційної підтримки.

Вищий рівень редукції професійних досягнень у медсестер ймовірно пов'язаний із меншою автономією у прийнятті рішень, обмеженим впливом на результати лікування та нижчим рівнем соціального визнання їхнього внеску у медичний процес. В умовах високого навантаження та відповідальності це може формувати відчуття знецінення власної професійної ефективності та знижувати суб'єктивне відчуття успішності. Схильність медсестер до самозвинувачення може бути зумовлена постійним контролем з боку керівництва та лікарів, а також культурою відповідальності за помилки, що сприяє інтерналізації провини. Поведінкове розмежування у цій групі може виступати як захисна реакція на хронічне виснаження —

зниження активності та емоційного залучення задля збереження мінімального функціонування.

Натомість вищі показники резильєнтності у лікарів можуть пояснюватися більшою професійною автономією, вищим рівнем контролю над робочими процесами та можливістю впливати на прийняття клінічних рішень. Це сприяє формуванню відчуття компетентності та ефективності, що є ключовими складниками психологічної стійкості. Вищий рівень сприйнятої подружньої підтримки у лікарів може бути пов'язаний як з особливостями соціального статусу, так і з більш прогнозованими умовами професійної ролі, що полегшує залученість партнера до процесів емоційної підтримки.

Схильність лікарів до активного подолання, позитивного рефреймінгу та використання інформаційної підтримки узгоджується з професійною соціалізацією, орієнтованою на аналіз, пошук рішень і прийняття відповідальності. Ці копінг-стратегії відповідають вимогам лікарської діяльності, де важливо швидко оцінювати ситуацію, приймати рішення та інтегрувати нову інформацію.

Пошук відмінностей за змінними, що мають ненормальний розподіл, було проведено за допомогою критерію U Манна-Уїтні (Таблиця 3.2.4).

Таблиця 3.2.4 Пошук відмінностей в групах за допомогою критерію U Манна-Уїтні

<b>Independent Samples T-Test (Mann-Whitney U)</b>	<b>р-значення Гіпотеза: Медсестри &gt; Лікарі</b>	<b>р-значення Гіпотеза: Лікарі &gt; Медсестри</b>
Емоційне виснаження	0.002*	0.998
Деперсоналізація	0.015*	0.985
Сприйнятий стрес	0.001*	0.999
Сім'я	0.959	0.041*
Прийняття	0.890	0.110
Емоційна підтримка	0.750	0.250
Відмова	0.031*	0.969
Вираження емоцій	0.201	0.799
Вживання психоактивних речовин	0.426	0.574
Релігія	0.041*	0.959
Самовідволікання	0.005*	0.995

Примітка: «\*» - статистична значущість на рівні  $p < 0.05$ .

Відповідно до результатів, медсестри характеризуються вищими проявами емоційного виснаження, деперсоналізації, вищим рівнем сприйнятого стресу. А також вони більш схильні до використання відмови та релігії, як копінгів. Лікарі ж мають вищі показники сприйнятої сімейної підтримки.

Вищі прояви емоційного виснаження та деперсоналізації у медсестер ймовірно зумовлені постійним інтенсивним міжособистісним контактом з пацієнтами, необхідністю виконання рутинних, часто емоційно важких процедур, а також обмеженим впливом на ухвалення клінічних рішень. Хронічне перевантаження, зміни, нічні чергування та дефіцит відновлення сприяють накопиченню емоційної втоми, що може трансформуватися у деперсоналізоване ставлення як захисний механізм. Вищий рівень сприйнятого стресу у цій групі може бути наслідком поєднання високих вимог до роботи з обмеженими ресурсами контролю та підтримки. Схильність медсестер до використання копінгів «Відмова» та «Релігія» може свідчити про пошук способів психологічного захисту в умовах, де активне впливання на стресор часто є неможливим. Копінг «Відмова» може виконувати функцію тимчасового зниження емоційного напруження шляхом заперечення або дистанціювання від проблем, тоді як релігія може виступати джерелом сенсу, надії та екзистенційної підтримки в ситуаціях, що сприймаються як неконтрольовані. В умовах війни та системного навантаження на систему охорони здоров'я такі стратегії можуть ставати доступними альтернативами активним формам подолання.

Вищі показники сприйнятої сімейної підтримки у лікарів, ймовірно, також пов'язані з більш стабільним соціальним статусом, вищим рівнем професійної автономії та передбачуваністю ролі у сімейній системі. Це може сприяти більшій залученості родини у підтримку професійної діяльності та емоційного стану лікарів.

Таким чином в ході порівняльного аналізу було підтверджено гіпотезу, що медсестри мають вищий рівень емоційного вигорання.

### **3.3 Регресійна модель емоційного вигорання медичних працівників**

Для виявлення впливу резильєнтності, сприйнятого стресу, подружньої підтримки та копінг-стратегій на емоційне вигорання медичних працівників, було використано наступні методики: «Діагностика професійного вигорання» (MBI), «Багатомірна шкала сприйняття соціальної підтримки» (MSPSS) (адаптація Ю. Мельник, А. Стаднік), «Шкала стресостійкості» Коннора-Девідсона-10 (CD-RISC-10) (адаптація Н. Школіна та інші) та «Шкала сприйнятого стресу» (PSS-10) (адаптація О. Вельдбрехт та Н. Тавровецька) та «Опитувальник Brief-COPE» (адаптація Т. Яблонська, О. Верник, Г. Гайворонський). Змінні, що не мали значущого впливу на залежну змінну, були виключені з моделі.

З аналізу регресійної моделі випливають такі її характеристики:

- Модель можна вважати адекватною, оскільки коефіцієнт множинної кореляції становить 0.811, а коефіцієнт множинної детермінації — 0.658, таким чином варіація незалежних змінних пояснює приблизно 65.8% варіації залежної змінної;
- Скоригований коефіцієнт множинної детермінації вказує, що прогноз якісний на 64%;
- Значення  $p$  становить менше ніж 0.05, отже модель є статистично значущою;
- Значення за коефіцієнтом Дарбіна-Уотсона становить 1.98, що вказує на відсутність автокореляцій;
- Значення VIF за всіма змінними менше 5, що говорить про відсутність мультиколінеарності;
- Вплив константи є значущим, а отже стабільним.

Таблиця 3.3.1 Регресійна модель та статистичні коефіцієнти

Model Fit Measures						
R	R <sup>2</sup>	Adjusted R <sup>2</sup>	F	df1	df2	p
0.811	0.658	0.640	36.9	8	171	<.001
Model Coefficients — Посттравматичне зростання						
Predictor	p	Stand. Estimate				
Intercept	<.001					
Сприйнятий стрес	<.001	0.402				
Самозвинувачення	<.001	0.201				
Поведінкове розмежування	0.004	0.166				
Резильєнтність	<.001	-0.254				
Підтримка близьких	0.002	-0.173				
Сімейна підтримка	0.028	-0.112				
Активне подолання	0.009	-0.141				
Позитивний рефреймінг	0.020	-0.118				
Планування	0.180	-0.062				

### 1.3.2 Перевірка наявності автокореляцій та мультиколінеарності

Durbin-Watson Test for Autocorrelation		
Autocorrelation	DW Statistic	p
0.012	1.98	0.410
Collinearity Statistics		
	VIF	Tolerance
Сприйнятий стрес	1.78	0.562
Самозвинувачення	1.64	0.611
Поведінкове розмежування	1.54	0.648
Резильєнтність	1.72	0.581
Підтримка близьких	1.61	0.623
Сімейна підтримка	1.49	0.671
Активне подолання	1.69	0.589
Позитивний рефреймінг	1.59	0.631
Планування	1.66	0.602

Отже, можемо скласти таке рівняння регресії:

Емоційне вигорання = 6.42 + 0.402(Сприйнятий стрес) + 0.201(Самозвинувачення) + 0.166(Поведінкове розмежування) – 0.254(Резильєнтність) – 0.173(Підтримка близьких) – 0.112(Сімейна підтримка) – 0.141(Активне подолання) – 0.118(Позитивний рефреймінг) – 0.062(Планування).

Найбільше сприяє розвитку емоційного вигорання рівень сприйнятого стресу, а найбільшу протидію чинить рівень резильєнтності, що робить їх ключовими чинниками емоційного вигорання медичних працівників. Копінги самозвинувачення та поведінкового розмежування також показали значущий позитивний вплив на залежну змінну (підвищують її рівень). Серед буферизуючих змінних також є сімейна та партнерська підтримка, а також такі копінги як активне подолання, позитивний рефреймінг та планування.

Домінуюча роль сприйнятого стресу у розвитку емоційного вигорання свідчить про те, що саме суб'єктивна оцінка інтенсивності та неконтрольованості професійних навантажень є ключовим пусковим механізмом виснаження. В умовах медичної діяльності, особливо в контексті війни, хронічний стрес пов'язаний із високою відповідальністю, дефіцитом ресурсів і постійною емоційною напругою, що безпосередньо сприяє формуванню синдрому вигорання. Водночас резильєнтність виступає найпотужнішим захисним фактором, оскільки відображає здатність особистості зберігати психологічну рівновагу, відновлюватися після стресових подій та адаптуватися до складних умов. Високий рівень резильєнтності знижує вразливість до вигорання навіть за наявності значного професійного навантаження, що підкреслює її центральну роль у системі психологічних ресурсів медиків.

Значущий позитивний вплив копінгів самозвинувачення та поведінкового розмежування вказує на їх дезадаптивний характер. Натомість сімейна та партнерська підтримка, а також проблемно-орієнтовані копінг-стратегії — активне подолання, позитивний рефреймінг і планування — виконують буферизуючу функцію щодо емоційного вигорання. Вони

сприяють збереженню відчуття контролю, смислового переосмисленню складних ситуацій і мобілізації внутрішніх та зовнішніх ресурсів.

### **3.4 Розробка та перевірка ефективності тренінгу з профілактики емоційного вигорання**

Актуальною проблемою у всі часи є підтримка психологічного стану працівників. Це критично важливо, як з точки зору збереження здоров'я самих фахівців, так і для забезпечення ефективності системи охорони здоров'я загалом. Медики перебувають у зоні постійного професійного ризику, що пов'язаний з високою відповідальністю за життя і здоров'я пацієнтів, емоційно насиченими міжособистісними контактами, дефіцитом ресурсів та необхідністю швидкого прийняття рішень у складних і часто травматичних ситуаціях. В умовах війни в Україні ці чинники значно посилюються через зростання кількості пацієнтів, важкість клінічних випадків, моральні дилеми та особисту загрозу безпеці, що створює підґрунтя для розвитку хронічного стресу й емоційного вигорання.

Емоційне вигорання медичних працівників має серйозні наслідки на індивідуальному, професійному та суспільному рівнях. На індивідуальному рівні воно асоціюється з психоемоційним виснаженням, депресивними та тривожними симптомами, соматичними скаргами й зниженням якості життя. На професійному рівні вигорання призводить до деперсоналізації, зниження мотивації та відчуття професійної ефективності, що негативно впливає на якість медичної допомоги, підвищує ризик помилок і сприяє плинності кадрів. У ширшому контексті це створює додаткове навантаження на систему охорони здоров'я, яка й без того функціонує в умовах підвищеного стресу.

Зважаючи на вищесказане та результати нашого дослідження, нами було прийнято рішення розробити тренінг з подолання та профілактики емоційного вигорання для медичних працівників з акцентом на подружню підтримку. Тренінг спрямований на підвищення рівня стресостійкості та зниження емоційного вигорання завдяки зміцненню подружньої підтримки,

розвитку адаптивних копінг-стратегій та ресурсних навичок партнерської взаємодії.

Наш тренінг має назву «Пара як ресурс: відновлення і підтримка у подоланні емоційного вигорання» складається з наступної програми (Таблиця 3.4.1).

Таблиця 3.4.1 Програма тренінгу «Пара як ресурс: відновлення і підтримка у подоланні емоційного вигорання»

<b>День 1 «Ми проти вигорання: розуміємо і підтримуємо»</b>	
<i>Блок</i>	<i>Мета</i>
Вступ	Налаштування, правила, довіра
Психоосвіта	Усвідомлення симптомів та факторів вигорання
Тілесна регуляція	Зниження стресу
Партнерська підтримка	Активізація підтримки
Емоційне віддзеркалення	Розвиток емпатії і емоційної присутності
Обмін ресурсами	Пошук парних ресурсних практик
Домашнє завдання	Закріплення
<b>День 2 «Пара як команда: спільні стратегії відновлення»</b>	
<i>Блок</i>	<i>Мета</i>
Аналіз досвіду	Рефлексія та підсилення позитивних змін
Адаптивні копінги	Розвиток конструктивного подолання стресу
Зниження дезадаптивних копінгів	Контроль негативних патернів
Резильєнтність у парі	Нарощування психологічної витривалості
Планування відновлення	Формування стійких ритуалів підтримки
Заключний блок	Інтеграція, підтримка, фінальний «контракт» із собою

Тренінг розрахований на групу до 10 подружніх пар. Структура передбачає 2 тренінгові дні по 6 годин. Кожна зустріч має психоосвітній елемент, основну практику та домашнє завдання.

Перший день розпочинається з блоку «Вступ». Він спрямований на створення безпечного та довірливого простору для роботи в групі. Учасники знайомляться, окреслюють очікування від тренінгу, узгоджують правила

взаємодії та налаштовуються на спільну роботу як пари, що мають спільну мету — подолання емоційного вигорання.

В блоці «Психоосвіта» учасники отримують науково обґрунтовану інформацію про феномен емоційного вигорання, його симптоми, чинники та особливості прояву у медичних працівників. Окрему увагу приділено ролі стресу, копінг-стратегій і подружньої підтримки як ресурсів або факторів ризику.

Блок «Тілесна регуляція» спрямований на зниження рівня напруження та відновлення контакту з тілом через прості техніки дихання, релаксації та заземлення. Учасники вчать розпізнавати тілесні сигнали стресу й використовувати тілесну регуляцію як швидкий інструмент самопомоги.

У фокусі блоку «Партнерська підтримка» усвідомлення значення підтримки партнера у подоланні професійного виснаження. Через вправи та обговорення пари досліджують власні способи надання та прийняття підтримки, а також бар'єри, що можуть цьому заважати.

Блок «Емоційне віддзеркалення» спрямований на розвиток емпатії та емоційної присутності у стосунках. Учасники практикують навички активного слухання, вербалізації почуттів і віддзеркалення емоцій партнера, що сприяє поглибленню взаєморозуміння та зниженню емоційної дистанції.

У блоці «Обмін ресурсами» У цьому блоці пари ідентифікують спільні та індивідуальні ресурси, які допомагають їм відновлюватися. Учасники формують перелік парних ресурсних практик, які можуть бути інтегровані у повсякденне життя для підтримки психологічного балансу.

Завершальний блок першого дня спрямований на закріплення отриманих знань і навичок. Учасники отримують прості завдання для спільного виконання вдома, що підтримують усвідомлення стану, контакт у парі та регулярну взаємну підтримку.

Другий день розпочинається з рефлексії виконаних домашніх завдань і змін, які учасники помітили у своєму стані та взаємодії. Обговорення сприяє

усвідомленню позитивних зрушень і підсиленню мотивації до подальшої роботи.

Блок «Адаптивні копінги» присвячений розвитку конструктивних стратегій подолання стресу, таких як активне подолання, позитивний рефреймінг та планування. Учасники вчаться застосовувати ці копінги у парному форматі, підтримуючи одне одного у складних ситуаціях.

У блоці «Зниження дезадаптивних копінгів» увага зосереджена на усвідомленні та зменшенні використання дезадаптивних копінг-стратегій (самозвинувачення, відмова, поведінкове розмежування). Учасники аналізують тригери таких реакцій і напрацьовують альтернативні способи реагування.

Блок «Резильєнтність у парі» спрямований на нарощування психологічної витривалості через взаємну підтримку, довіру та спільне подолання труднощів. Парам пропонується розглядати резильєнтність як спільний ресурс, що посилюється завдяки партнерській взаємодії.

В блоці «Планування відновлення» учасники формують індивідуальні та парні плани відновлення, які включають регулярні ритуали підтримки, відпочинку та емоційного контакту. Особливий акцент робиться на реалістичності та сталій інтеграції цих практик у повсякденне життя.

Завершальний блок присвячений інтеграції отриманого досвіду та підведенню підсумків тренінгу. Учасники формують символічний «контракт» із собою та партнером щодо турботи про психологічний стан, обмінюються враженнями та отримують підтримку для подальшого самостійного застосування навичок.

В нашому тренінгу взяли участь 10 подружніх пар, де один з партнерів є медичним працівником та демонструє ознаки емоційного вигорання. Заняття проводились очно. Учасники були забезпечені всіма необхідними роздатковими матеріалами для виконання завдань тренінгу. Після завершення другого тренінгового дня було зібрано зворотній зв'язок — учасники добре відгукувались про програму та свої враження.

Через місяць після проведення тренінгу учасникам було надіслано запрошення для повторного тестування за набором методик. Це було необхідно для збору статистичних даних, адже ми маємо інтерес перевірити емпірично ефективність нашого тренінгу. Для цього необхідно провести перевірку нормального розподілу в групах «До тренінгу» та «Після тренінгу» (Таблиця 3.4.2).

Таблиця 3.4.2 Перевірка нормального розподілу змінних в групах «До тренінгу» та «Після тренінгу»

<b>Shapiro-Wilk p</b>	<b>До тренінгу</b>	<b>Після тренінгу</b>
Емоційне виснаження	0.212	0.302
Деперсоналізація	0.164	0.224
Редукція професійних досягнень	0.421	0.589
Резильєнтність	0.654	0.741
Підтримка близьких	0.512	0.633
Сімейна підтримка	0.338	0.702
Позитивний рефреймінг	0.245	0.417
Активне подолання	0.458	0.496
Планування	0.389	0.463
Сприйнятий стрес	0.198	0.281
Самозвинування	0.231	0.259
Поведінкове розмежування	0.176	0.331

Відповідно до отриманих результатів перевірки, в обох групах спостерігається нормальний розподіл — значення  $p$  більше ніж 0.05. Таким чином ми можемо використовувати для пошуку відмінностей критерій Т-Стюдента для залежних вибірок (Таблиця 3.4.3).

Таблиця 3.4.3 Порівняння груп за допомогою Т-Стюдента для залежних вибірок

<b>Paired Samples T-Test (Student's t)</b>	<b>p-значення Гіпотеза: Після тренінгу &gt; До тренінгу</b>	<b>p-значення Гіпотеза: До тренінгу &gt; Після тренінгу</b>
Емоційне виснаження	1.000	<0.001*
Деперсоналізація	1.000	<0.001*
Редукція професійних досягнень	0.997	0.003*
Резильєнтність	<0.001*	1.000
Підтримка близьких	<0.001*	1.000

Сімейна підтримка	0.009*	0.991
Позитивний рефреймінг	<0.001*	1.000
Активне подолання	<0.001*	1.000
Планування	0.024*	0.976
Сприйнятий стрес	1.000	<0.001*
Самозвинувачення	1.000	<0.001*
Поведінкове розмежування	1.000	<0.001*

Примітка: «\*» - статистична значущість на рівні  $p < 0.05$ .

Результат пошуку відмінностей між залежними групами вказує на ефективність розробленого нами тренінгу, оскільки спостерігається зниження проявів емоційного вигорання, рівня сприйнятого стресу, а також зменшення використання копінгів самозвинувачення та поведінкового розмежування. А також зросли рівні резильєнтності, сімейної та партнерської підтримки, частота використання проблемно-орієнтованих копінгів — позитивний рефреймінг, активне подолання, планування.

Загалом ціль нашого тренінгу можна вважати досягнутою, оскільки нам вдалось посприяти зниженню емоційного вигорання медичних працівників, а також його профілактиці. Тож програму нашого тренінгу можна рекомендувати до використання психологам, що працюють з темою емоційного вигорання.

### **Висновки до розділу 3**

Для дослідження взаємозв'язку емоційного вигорання з резильєнтністю, сприйнятою сімейною та подружньою підтримкою, стресом та копінг-стратегіями нами було використано наступні методики: «Діагностика професійного вигорання» (MBI), «Багатомірна шкала сприйняття соціальної підтримки» (MSPSS) (адаптація Ю. Мельник, А. Стаднік), «Шкала стресостійкості» Коннора-Девідсона-10 (CD-RISC-10) (адаптація Н. Школіна та інші) та «Шкала сприйнятого стресу» (PSS-10) (адаптація О. Вельдбрехт та Н. Тавровецька) та «Опитувальник Brief-COPE» (адаптація Т. Яблонська, О. Верник, Г. Гайворонський).

В результаті аналізу отриманих даних нам вдалось виявити кореляції емоційного вигорання з резильєнтністю, сприйнятою сімейною та подружньою підтримкою, стресом та копінг-стратегіями. Окрім того, наявні взаємозв'язки між резильєнтністю, сприйнятою сімейною та подружньою підтримкою, стресом та копінг-стратегіями.

В ході порівняльного аналізу груп за професійною кваліфікацією було виявлено, що медсестри мають вищий рівень проявів емоційного вигорання, сприйнятого стресу, а також більш схильні до використання таких копінгів: самозвинувачення, поведінкове розмежування, релігія та самовідволікання. Також вони мають нижчий рівень резильєнтності в порівнянні з лікарями. Група лікарів має вищі показники сприйнятої підтримки від близьких та родини, а також вони більш часто вдаються до таких копінгів: позитивний рефреймінг, активне подолання та використання інформаційної підтримки. Виявлені відмінності можна пояснити специфікою професійних ролей та рівнем контролю над робочими процесами: медсестри зазнають вищого навантаження при обмеженій автономії, що зумовлює більший рівень стресу, вигорання та використання дезадаптивних копінгів. Натомість лікарі мають більше ресурсів впливу, соціальної підтримки та можливостей застосовувати проблемно-орієнтовані стратегії подолання, що сприяє вищій резильєнтності.

Також нами було розроблено регресійну модель, яка показала, що варіація незалежних змінних: «Сприйнятий стрес», «Самозвинувачення», «Поведінкове розмежування», «Резильєнтність», «Підтримка близьких», «Сімейна підтримка», «Активне подолання», «Позитивний рефреймінг» та «Планування», — приблизно на 65,8% пояснює варіацію залежної змінної «Емоційне вигорання». Показники моделі підтверджують її якість, адекватність та статистичну значущість.

Підтримка психологічного стану медичних працівників є критично важливою для збереження їхнього здоров'я та ефективного функціонування системи охорони здоров'я. В умовах війни високий рівень професійного навантаження, відповідальності й емоційного стресу значно підвищує ризик

хронічного стресу та емоційного вигорання, що негативно позначається як на якості життя самих медиків, так і на якості медичної допомоги загалом. Тож нами було розроблено дводенний тренінг з подолання та профілактики емоційного вигорання, спрямований на підвищення рівня стресостійкості та зниження емоційного вигорання завдяки зміцненню подружньої підтримки, розвитку адаптивних копінг-стратегій та ресурсних навичок партнерської взаємодії. Емпірично тренінг підтвердив свою ефективність, тож може бути рекомендований до використання психологами, що працюють з даною проблематикою.

## **ВИСНОВКИ**

1. Отже, емоційне вигорання як багатовимірний синдром, що формується під впливом хронічного стресу й проявляється емоційним виснаженням, деперсоналізацією та зниженням професійної ефективності, негативно впливаючи на психологічне здоров'я, працездатність і якість життя фахівців (Карамушка & Снігур, 2020).

Сприйнятий стрес можна визначити центральним чинником розвитку вигорання, який трактується як суб'єктивна оцінка людиною невідповідності між вимогами ситуації та наявними ресурсами для їх подолання, що відповідає транзакційній моделі стресу Р. Лазаруса і С. Фолкмана. Тривалий високий рівень сприйнятого стресу пов'язаний із підвищеним ризиком

депресії, дистресу та емоційного вигорання, тоді як ефективні способи подолання можуть зменшувати його негативний вплив (Ярош, 2015).

Подружня підтримка виступає як важливий соціально-психологічний ресурс, що виконує буферну функцію щодо стресу, сприяє емоційній стабілізації, зниженню напруження та формуванню адаптивних способів реагування на професійні труднощі (Umberson & Montez, 2010). Стабільні подружні стосунки створюють умови для емоційного розвитку та психологічного благополуччя завдяки формуванню тривалих, взаємних і високозалучених зв'язків, які можуть перевищувати за значущістю підтримку з боку інших близьких осіб (Noriega, Castro & Barrera, 2001).

Резильєнтність це інтегративна особистісна характеристика, що забезпечує позитивну адаптацію в умовах стресу, травматизації та тривалих криз, сприяє збереженню психологічної стійкості й профілактиці вигорання (Nemeth & Olivier, 2018). Існують підходи, які трактують резильєнтність як поєднання залученості, контролю та готовності до прийняття викликів життя (Maddi, Harvey, Khoshaba, Fazel & Resurreccion, 2009), а також як ресурс, що спирається на фізичне здоров'я, саморегуляцію та підтримувальні поведінкові звички (Shiraldi, 2019).

Копінг-стратегії розглядаються як когнітивні, емоційні та поведінкові способи подолання стресових ситуацій. Копінги класифікують за їх спрямованістю на проблему, емоції та уникнення, а також існує підхід до розмежування адаптивних і дезадаптивних стратегій (R. Lazarus & S. Folkman). Досліджено, що проблемно-орієнтовані та гнучко використовувані копінг-стратегії пов'язані зі зниженням рівня вигорання, тоді як емоційно-орієнтовані та унікальні копінги асоціюються з дезадаптацією та вищим рівнем психологічного дистресу (Ярош, 2015).

Проведений теоретичний аналіз наукової літератури дозволив нам розробити концептуальну модель нашого дослідження для подальшої роботи.

2. Результати регресійного аналізу даних за методиками «Діагностика професійного вигорання» (МВІ), «Багатомірна шкала

сприйняття соціальної підтримки» (MSPSS) (адаптація Ю. Мельник, А. Стаднік), «Шкала стресостійкості» Коннора-Девідсона-10 (CD-RISC-10) (адаптація Н. Школіна та інші) та «Шкала сприйнятого стресу» (PSS-10) (адаптація О. Вельдбрехт та Н. Тавровецька) та «Опитувальник Brief-COPE» (адаптація Т. Яблонська, О. Верник, Г. Гайворонський) дозволяють говорити про вплив сприйнятого стресу; копінгів: активного подолання, позитивного рефреймінгу, планування, самозвинувачення, поведінкового розмежування; резильєнтності; підтримки близьких та сімейної підтримки на емоційне вигорання медичних працівників.

В ході статистичного аналізу було підтверджено гіпотези про: негативну кореляцію подружньої підтримки та резильєнтності з емоційним вигоранням; позитивну кореляцію сприйнятого стресу та дезадаптивних копінг-стратегій з емоційним вигоранням; позитивний зв'язок адаптивних копінг-стратегій з подружньою підтримкою, та їх негативний зв'язок з емоційним вигоранням.

Домінуюча роль сприйнятого стресу у формуванні емоційного вигорання свідчить, що вирішальним чинником є суб'єктивна оцінка інтенсивності та неконтрольованості професійних навантажень, особливо в умовах медичної діяльності під час війни. Водночас резильєнтність постає ключовим захисним ресурсом, який забезпечує психологічну стійкість, відновлення після стресу та знижує вразливість до вигорання навіть за високого навантаження. Дезадаптивні копінг-стратегії, зокрема самозвинувачення та поведінкове розмежування, пов'язані з посиленням вигорання, тоді як сімейна й партнерська підтримка та проблемно-орієнтовані копінги (активне подолання, позитивний рефреймінг, планування) виконують буферну функцію, сприяючи збереженню контролю та мобілізації ресурсів.

3. Порівняльний аналіз груп за професійною кваліфікацією засвідчив, що медсестри мають вищі показники емоційного вигорання та сприйнятого стресу, нижчий рівень резильєнтності й більшу схильність до використання дезадаптивних копінг-стратегій, зокрема самозвинувачення,

поведінкового розмежування та самовідволікання. Натомість лікарі характеризуються вищим рівнем сприйнятої підтримки з боку близьких і родини та частіше застосовують проблемно-орієнтовані копінги, такі як активне подолання, позитивний рефреймінг і використання інформаційної підтримки. Виявлені відмінності можна пояснити специфікою професійних ролей і різним рівнем автономії та контролю над робочими процесами: медсестри зазнають значного навантаження за обмежених можливостей впливу, тоді як лікарі мають ширші ресурси адаптації, що сприяє вищій резильєнтності та ефективнішому подоланню стресу.

4. На основі теоретичного аналізу та результатів нашого емпіричного дослідження нами було розроблено дводенний тренінг для подолання та профілактики емоційного вигорання у медиків. Програма спрямована на підвищення рівня стресостійкості та зниження емоційного вигорання завдяки зміцненню подружньої підтримки, розвитку адаптивних-копінг стратегій та ресурсних навичок партнерської взаємодії. Ефективність тренінгу була підтверджена емпірично, тож його можна рекомендувати до використання психологами, що працюють з визначеною проблематикою.

### СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Ліщина Н. В. (2016). Співвідношення між показниками копінг-стратегій та рольової кризи. *Наука і освіта*. № 7. С. 70–76
2. Мірошниченко, О. А., & Косигіна, О. В. (2024). Копінг-стратегії адаптації особистості до життєдіяльності в умовах стресу. *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології ім. ГС Костюка НАПН України*, (24), 94-103.
3. Титаренко Т. М. Испытание кризисом. Одиссея преодоления. Київ, 2009. 277 с.
4. Ярош Н. С. Аналіз досліджень внутрішніх предикторів стрес-долаючої поведінки». *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія : Психологія*. 2015. № 58. С. 60–64

5. Frydenberg, E., & Lewis, R. Teaching Coping to adolescents: when and to whom? *American Educational Research Journal*. 2000. № 37. P. 727–745.
6. Willi, J., Heim, E. *Psychosoziale Medizin: Gesundheit und Krankheit in bio-sozialer Sicht*. Springer. 1986. No 1. P. 132–137.
7. Mitchell R. E. Cronkite R. C., Moos R. H. Stress, coping, and depression among married couples. *Journal of Abnormal Psychology*. 1983. No 92. P. 433–448.
8. Lazarus, R. S., Folkman, S. *Stress, appraisal, and coping*. New York, 1984. 444 p.
9. Карамушка, Л. М., & Снігур, Ю. С. (2020). Копінг-стратегії: сутність, підходи до класифікації, значення для психологічного здоров'я особистості та організації. *Актуальні проблеми психології: Організаційна психологія. Економічна психологія. Соціальна психологія*, 55(1), 23-30.
10. Coping with stressfull situations using coping strategies and their impact on mental health / O. Bondarchuk et al. *Multidisciplinary reviews*. 2024. Vol. 7. P. 2024spe034. URL: <https://doi.org/10.31893/multirev.2024spe034> (date of access: 07.05.2025).
11. Seiffge-Krenke I. Adaptive and maladaptive coping styles: Does intervention change anything?. *European Journal of Developmental Psychology*. 2004. Vol. 1, No. 4. P. 367–382. URL: <https://doi.org/10.1080/17405629.2004.11453396> (date of access: 26.04.2025)
12. Nemeth D., Olivier T. *Innovative approaches to individual and community resilience: from theory to practice* / Darlyne G. Nemeth and Tracy W. Olivier. Academic Press, 2018, 167 p.
13. Корніяка О. Основні напрямки психологічного забезпечення професійного самоздійснення викладача вищої школи. *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України*. 2020. Том. V. 29 с.
14. Дмитришин, С. Б. (2025). Резильєнтність особистості: сутність феномену та методи розвитку в освітньому середовищі. *Молодий вчений*.

15. Грубі 2022 [https://iea.gov.ua/wp-content/uploads/2024/03/theses\\_2022.pdf#page=227](https://iea.gov.ua/wp-content/uploads/2024/03/theses_2022.pdf#page=227)
16. Стрільчук Л. (2024). Швидке полегшення, тривалий ефект: новий підхід до управління стресом. Медична газета «Здоров'я України 21 сторіччя». № 1– 2 (562–563). С. 35.
17. Maddi S. R., Harvey R. H., Khoshaba D. M., Fazel M. & Resurreccion N. (2009). The personality construct of hardiness, IV: Expressed in positive cognitions and emotions concerning oneself and developmentally relevant activities. *Journal of Humanistic Psychology*. № 49(3). P. 292–305.
18. Shiraldi G. R. (2019). Siła rezyliencji. Jak poradzić sobie ze stresem, traumą i przeciwnościami losu? Sopot : GWP.
19. Revenson T. A., Kayser K., Bodenmann G. (2005). Introduction. In Revenson T. A., Kayser K., Bodenmann G. (Eds.), *Couples coping with stress: Emerging perspectives on dyadic coping* (pp. 3–10). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11031-000>
20. Estlein, R., & Lavee, Y. (2021). Effect of Daily Stress on Desire for Physical Proximity and Emotional Closeness. *Journal of Family Issues*, 0192513X2110075. doi:10.1177/0192513x21100
21. Neff, L. A., & Karney, B. R. (2004). How does context affect intimate relationships? Linking external stress and cognitive processes within marriage. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30(2), 134–148. <https://doi.org/10.1177/0146167203255984>
22. Johnson, S. (2008). *Hold Me Tight*. Little, Brown and Company Hachette Book Group. <https://www.life feeling.in/hold-me-tight-pdf-download/>
23. Umberson, D., & Montez, J. K. (2010). Social relationships and health: A flashpoint for health policy. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(Suppl.), S54–S66.
24. Noriega, J. A. V., Castro, J. F., & Barrera, A. L. R. (2001, January). Satisfacción marital, edad, número de hijos y años en pareja. ResearchGate.

25. Jain, R., & Kumar, M. (2022, June). To measure quality of life and life satisfaction of married and unmarried adults.
26. Астремська, І. В. (2024). Супервізія: профілактика та корекція емоційного вигорання працівників професій допомоги. Монографія, Миколаїв, видавництво ЧНУ ім. Петра Могили, 132.
27. Бегеза, Л. (2020). Психологічні особливості емоційного вигорання лікарів. Психологічні перспективи. Психологічні перспективи, 37-48.
28. Величко, О. Б. (2024). Синдром емоційного професійного вигорання як виклик постмодерного інформаційного суспільства. Головний редактор, 85.
29. Годлевська, Н. А. (2022). Хронічний стрес. Реалії сьогодення (Doctoral dissertation).
30. Денишук, І. П. (2023). Попередження емоційного вигорання та підвищення стресостійкості педагогів під час війни. Імідж сучасного педагога, (3 (210)), 89-95.
31. Заєць, О. (2022). Психологічні особливості професійного вигорання підприємців (Doctoral dissertation).
32. Івасюк, А. (2024). Генеза емоційного вигорання особистості. Вісник Національного університету оборони України, 71-80.
33. Карпюк, Ю., Хрущ, О., & Федик, О. (2024). Теоретичні засади профілактики емоційного вигорання у викладачів зво. Наукові перспективи (Naukovi perspektivi), (6 (48)).
34. Колесникова, Н. І., & Коритько, І. В. (2022). Емоційне вигорання у професійній діяльності педагогів. Редакційна колегія, 113.
35. Коць, М., & Цвігун, О. (2020). Психологічний аналіз емоційного вигорання у студентської молоді. Психологія: реальність і перспективи, (14), 125-129.
36. Наумова, В. Ю. (2014). Феномен емоційного вигорання. У В. Г. Кремень & Ю. В. Ковбасюк (Ред.), Освіта дорослих: енциклопедичний

словник (с. 443). Національна академія педагогічних наук України, Національна академія державного управління при Президентові України. Основа.

37. Подгорнова, А., & Церковна, О. (2024). Хронічний стрес та його вплив на організм студентів, Матеріали конференцій МНЛ (19 січня 2024 р., м. Харків) (с. 436–437). Харків.

38. Расторгуєва, Н. О. (2023). Особливості попередження емоційного вигорання поліцейських у воєнний період. Юридичний бюлетень, (28), 180-188.

39. Процик, І. С., & Романська, О. Б. (2021). Емоційне вигорання працівників як гальмівний чинник розвитку підприємства в умовах розширення міжнародних економічних відносин. Менеджмент та підприємництво в Україні: етапи становлення і проблеми розвитку, (2), 6.

40. Льошенко, О., & Кондратьєва, В. (2021). Діагностика, профілактика, корекція синдрому «емоційного вигорання». Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки, 105-112.

41. Шкраб'юк, В., & Білик, Д. (2020). Емоційне вигорання особистості: психологічний аналіз проблеми. Молодий вчений, (10 (86)), 293-296.

42. Albendín-García, L., Suleiman-Martos, N., La Fuente, G., Ramírez-Baena, L., Gómez-Urquiza, J., & De La Fuente-Solana, E. (2021). Prevalence, Related Factors, and Levels of Burnout Among Midwives: A Systematic Review.. *Journal of midwifery & women's health*.

43. Altınay, Z., & Bicentürk, B. (2023). Constructing Sustainable Learning Ecology to Overcome Burnout of Teachers: Perspective of Organizational Identity and Locus of Control. *Sustainability*

44. Bayes, A., Tavella, G., & Parker, G. (2021). The biology of burnout: Causes and consequences. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 22, 686 - 698.

45. Barea, M., Castro, C., Vargas, P., Melero M., O., SolísCorrea, F., Moreno, C., Osuna, A., & Correa, M. (2023). Burnout Syndrome in professionals working in mental health. *European Psychiatry*, 66, S437 - S437.
46. Chorna, V., Khliestova, S., Gumeniuk, N., Podolian, V., & Shevchuk, T. (2023). Predictors of the development of emotional burnout and the motivational component of the medical staff of health care institutions in ukraine.. *Wiadomosci lekarskie*, 76 2, 370-376 .
47. Davino-Ramaya, C., Lippy, S., Naturale, A., Feist, C., Cipriano, P., & Clark, D. (2023). Burnout and the Effect on the Global Health Care Workforce Crisis: An Expert Panel Discussion. *The Permanente Journal*, 27, 111 - 122.
48. Gkini, M., Hussain, K., Taylor, R., & Bewley, A. (2020). Burnout in psychodermatology: results from a European survey. *British Journal of Dermatology*, 183.
49. Huibers, M. J. H., Kant, I., Bültmann, U., Kasl, S. V., & Swaen, G. M. H. (2003). Fatigue, burnout, and chronic fatigue syndrome among employees on sick leave: do attributions make the difference? *Occupational and Environmental Medicine*, 60(1), i26–i31. [https://doi.org/10.1136/oem.60.suppl\\_1.i26](https://doi.org/10.1136/oem.60.suppl_1.i26)
50. Irkhin, Y., Chystovska, Y., Pits, I., Ryk, H., & Shyrokoriadiuk, L. (2020). Differential Typology of Burnout in the Ukrainian Sample. , 8, 759-769.
51. Jagannath, G. (2021). Burnout syndrome in healthcare professionals. *Telangana Journal of Psychiatry*.
52. Leiter, M. P., & Maslach, C. (2005). *Banishing burnout: Six strategies for improving your relationship with work*. Jossey-Bass.
53. Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). *Burnout: A psychological syndrome in response to chronic interpersonal stressors on the job*. In S. F. Davis, E. F. Lubin, & S. J. Lynn (Eds.), *The Wiley encyclopedia of personality and individual differences* (Vol. 4, pp. xx–xx). Wiley.
54. Prymachenko, O., Prokopovych, Y., & Prymachenko, S. (2021). The study on medical workers' emotional burnout syndrome. *Psychological journal*.

55. Rotenstein, L., Harry, E., Wickner, P., Gupte, A., Neville, B., Lipsitz, S., Cullen, E., Rozenblum, R., Sequist, T., & Dudley, J. (2021). Contributors to Gender Differences in Burnout and Professional Fulfillment: A Survey of Physician Faculty.. *Joint Commission journal on quality and patient safety*.
56. 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>
57. Sudha, K., & Saxena, M. (2021). Affective States and Emotional Exhaustion: Mediating Role of Depersonalisation and Personal Accomplishment. *Asia Pacific Journal of Management Research and Innovation*, 17, 129 - 136.
58. Singh, A., Xiao, L., O'Brien, B., Blondeau, C., Flowers, C., Bruera, E., Morris, V., & Shah, A. (2023). Association of Emotional Exhaustion With Career Burnout Among Early-Career Medical Oncologists: A Single-Institution Study.. *JCO oncology practice*, OP2200782 .
59. Wickramasinghe, N. (2021). Burnout: A Burning Issue among Sri Lankan Students. *Journal of the College of Community Physicians of Sri Lanka*.
60. 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>
61. Zbrodska, I., Roskam, I., Dolynska, L., & Mikolajczak, M. (2022). Validation of the Ukrainian version of the Parental Burnout Assessment. *Frontiers in Psychology*, 13.
62. Parmar, V., Channar, Z., Ahmed, R., Štreimikienė, D., Pahi, M., & Streimikis, J. (2022). Assessing the organizational commitment, subjective vitality and burnout effects on turnover intention in private universities. *Oeconomia Copernicana*.

63. Gabriel, K., & Aguinis, H. (2021). How to Prevent and Combat Employee Burnout and Create Healthier Workplaces During Crises and Beyond. *Business Horizons*.

64. Крикун, О., Воронова, В., & Федорчук, С. (2023). Емоційне вигорання у кваліфікованих спортсменок і тренерів у черліденгу. Теорія і методика фізичного виховання і спорту, (1), 39-43.

65. Михайленко, А. С. (2024). Особистісні особливості емоційного вигорання медичних працівників. (Кваліфікаційна робота магістра). Дніпро, 72.

66. Фомін, О. О., Фоміна, Н. С., Зверхановський, О. А., & Ревіна, Т. Г. (2021). Аспекти «вигорання» особистості у професійної діяльності. In *The XIV International Science Conference «Theoretical foundations in practice and science»*, December 21–24, 2021, Bilbao, Spain. 612 p. ISBN-978-1-68564-523- 6 (p. 402).

67. Buonomo, I., Santoro, P., Benevene, P., Borrelli, I., Angelini, G., Fiorilli, C., Gualano, M., & Moscato, U. (2022). Buffering the Effects of Burnout on Healthcare Professionals' Health—The Mediating Role of Compassionate Relationships at Work in the COVID Era. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19.

68. Slaveykov, K., Stoyanov, V., & Trifonova, K. (2023). Professional Stress and Burnout Syndrome During the Covid Pandemic in the Medical Field. *Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 27, 59 - 66.

69. Nater, U. M., & Rohleder, N. (2009). Salivary alpha-amylase as a non-invasive biomarker for the sympathetic nervous system: Current state of research. *Psychoneuroendocrinology*, 34(4), 486–496.  
<https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2009.01.014>

70. Беззубець, Ю. С. (2021). Психологічні чинники емоційного вигорання лікарів-ортопедів. (Кваліфікаційна робота магістра). Київ, 69.

71. Машак, С. О., & Олійник, А. І. (2024). Психологічний супровід професійного вигорання спеціалістів іт-сфери. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія, (2), 22-25.

72. Демидюк, В. М., & Пілат, М. С. (2021). Психологічні чинники запобігання емоційному вигоранню військовослужбовців в умовах довготривалих збройних конфліктів

73. Лотоцька-Голуб 2016

74. **Сприйнятий** **стрес**

[https://www.academia.edu/92066474/%D0%A8%D0%9A%D0%90%D0%9B%D0%90\\_%D0%A1%D0%9F%D0%A0%D0%98%D0%99%D0%9D%D0%AF%D0%A2%D0%9E%D0%93%D0%9E\\_%D0%A1%D0%A2%D0%A0%D0%95%D0%A1%D0%A3\\_PSS\\_10\\_%D0%90%D0%94%D0%90%D0%9F%D0%A2%D0%90%D0%A6%D0%86%D0%AF\\_%D0%A2%D0%90\\_%D0%90%D0%9F%D0%A0%D0%9E%D0%91%D0%90%D0%A6%D0%86%D0%AF\\_%D0%92\\_%D0%A3%D0%9C%D0%9E%D0%92%D0%90%D0%A5\\_%D0%92%D0%86%D0%99%D0%9D%D0%98](https://www.academia.edu/92066474/%D0%A8%D0%9A%D0%90%D0%9B%D0%90_%D0%A1%D0%9F%D0%A0%D0%98%D0%99%D0%9D%D0%AF%D0%A2%D0%9E%D0%93%D0%9E_%D0%A1%D0%A2%D0%A0%D0%95%D0%A1%D0%A3_PSS_10_%D0%90%D0%94%D0%90%D0%9F%D0%A2%D0%90%D0%A6%D0%86%D0%AF_%D0%A2%D0%90_%D0%90%D0%9F%D0%A0%D0%9E%D0%91%D0%90%D0%A6%D0%86%D0%AF_%D0%92_%D0%A3%D0%9C%D0%9E%D0%92%D0%90%D0%A5_%D0%92%D0%86%D0%99%D0%9D%D0%98)

75. СОЦ

ПІДТРИМКА

[https://culturehealth.org/hogokz\\_knigi/Programs/Melnyk.Stadnik.6.2023.MSPSS.pdf](https://culturehealth.org/hogokz_knigi/Programs/Melnyk.Stadnik.6.2023.MSPSS.pdf)

76. РЕЗИЛЬЄНТНІСТЬ Школіна, Н. В., Шаповал, І. І., Орлова, І. В., Кедик, І. О., & Станіславчук, М. А. (2020). Адаптація та валідація україномовної версії шкали стресостійкості коннора — девідсона-10 (cd-risc-10): Апробація у хворих на анкілозивний спондиліт. *Український ревматологічний журнал*, 80(2), 66–72.

<https://doi.org/10.32471/rheumatology.2707-6970.80.15236>

77. ЕМОЦІЙНЕ

ВИГОРАННЯ

<https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/8741/1/%D0%97%D0%B0%D0%BF%D0%BE%D0%B1%D1%96%D0%B3%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F%20%D0%B5%D0%BC%D0%BE%D1%86%D1%96%D0%B9%D0%BD%D0%BE%D0%BC%D1%83%20%D0%B2%D0%B8%D0%B3%D0%BE%D1%80%D0%B0%D0%>

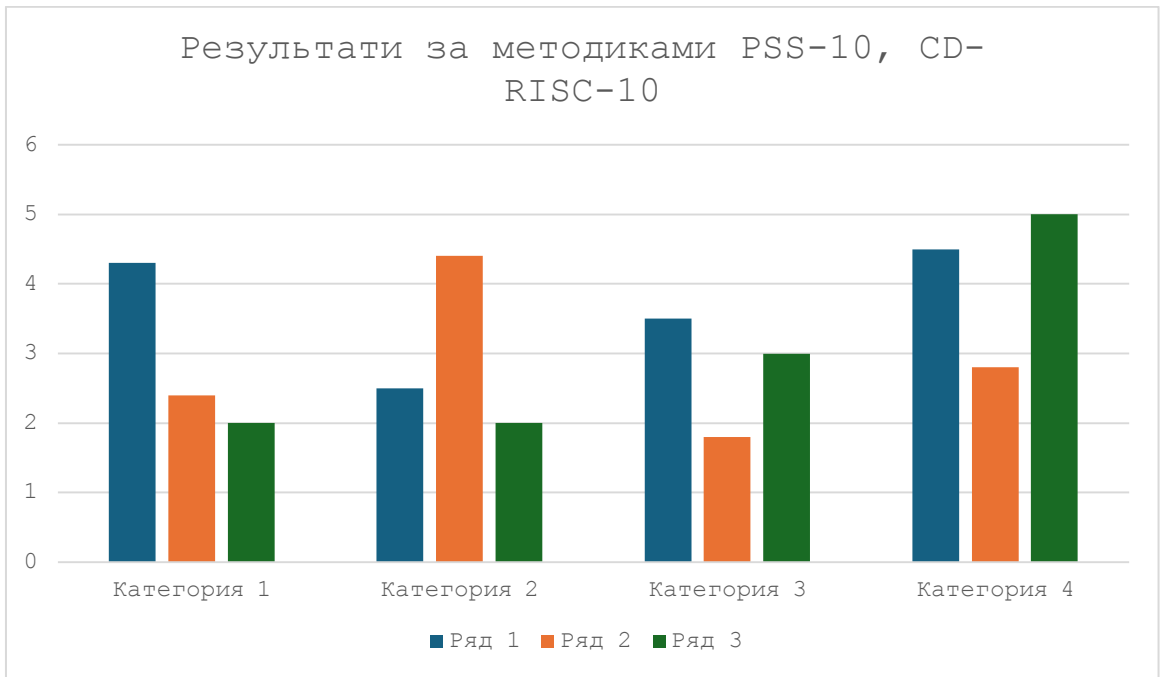
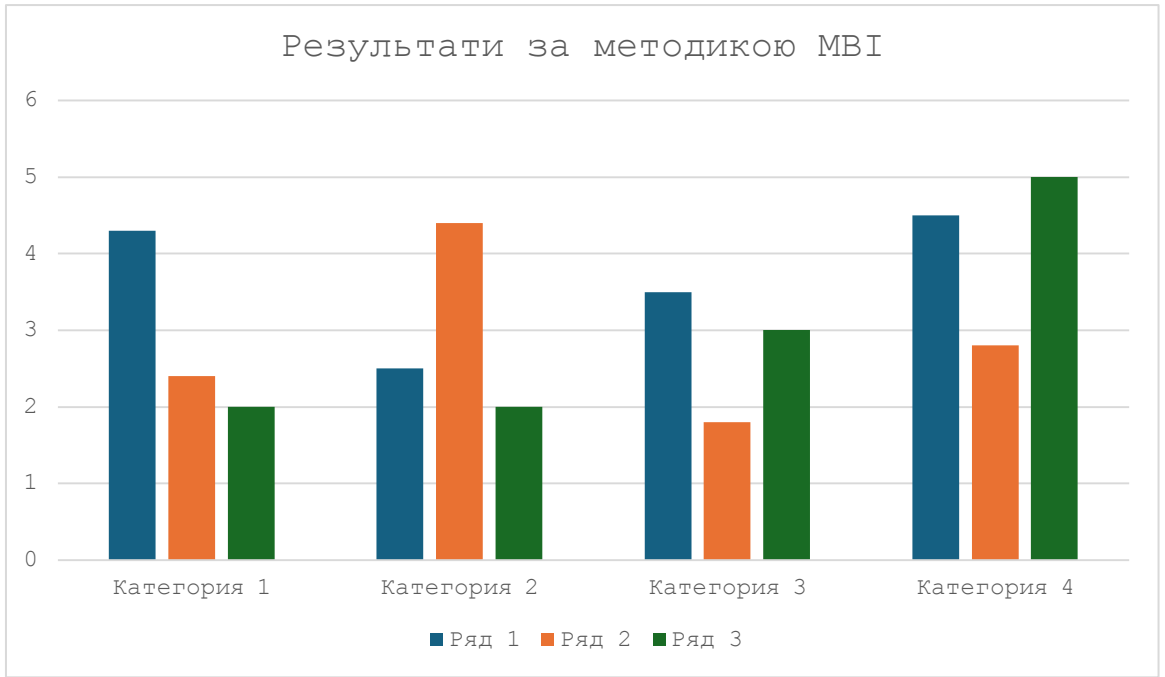
BD%D0%BD%D1%8E%20%D0%B2%20%D1%81%D1%96%D0%BC%E2%80  
%99%D1%97-  
%D0%BD%D0%B0%D1%83%D0%BA.%D0%BC%D0%B5%D1%82%D0%BE  
%D0%B4.%D0%BF%D0%BE%D1%81%D1%96%D0%B1%D0%BD%D0%B8  
%D0%BA-  
%D0%A2%D0%B8%D1%82%D0%B0%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BA  
%D0%BE%2C%D0%9A%D0%BB%D1%8F%D0%BF%D0%B5%D1%86%D1%  
8C.pdf?utm\_source=chatgpt.com

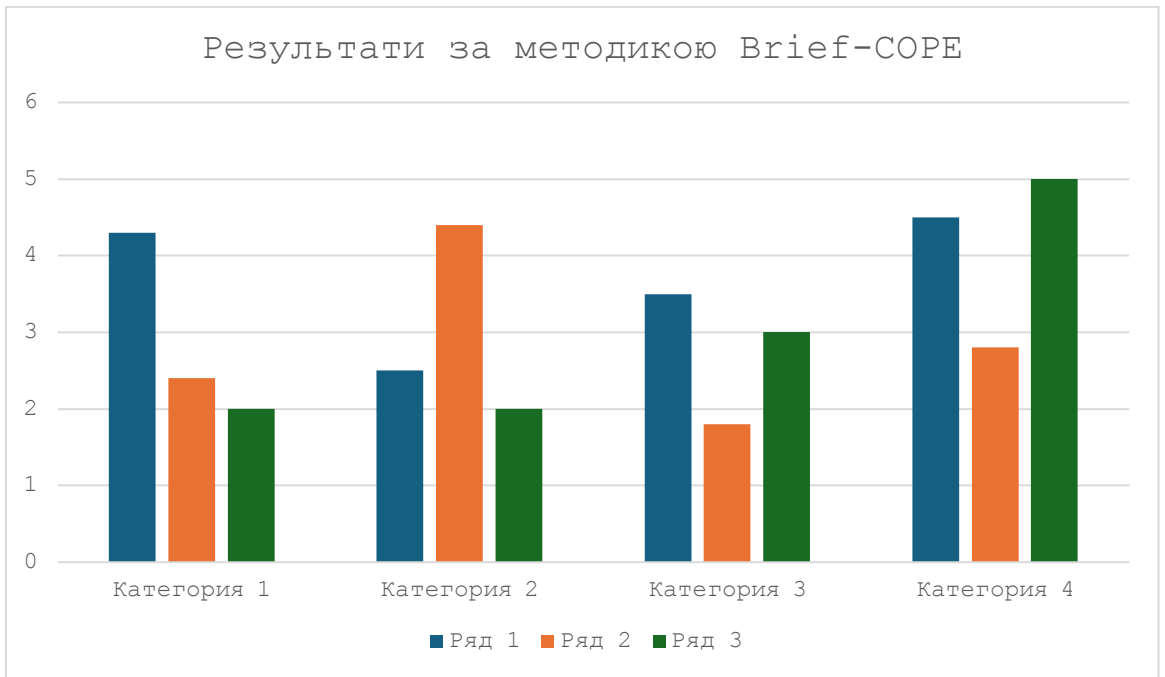
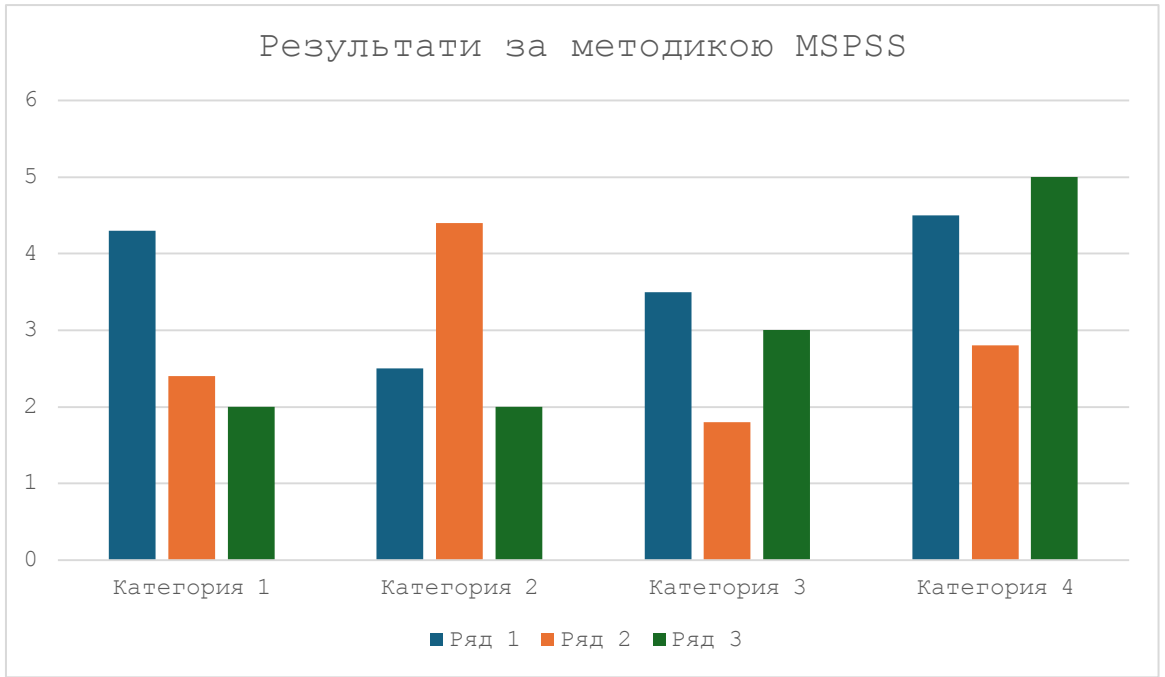
78. КОПІНГІ

[https://ekhsuir.kspu.edu/server/api/core/bitstreams/80f097e7-1067-4dbe-a64a-  
d84e564c3fa3/content](https://ekhsuir.kspu.edu/server/api/core/bitstreams/80f097e7-1067-4dbe-a64a-d84e564c3fa3/content)

**ДОДАТКИ**

*Додаток А*





### Шкала сприйнятого стресу PSS-10

**Інструкція:** Запитання в цій шкалі стосуються Ваших почуттів і думок протягом **ОСТАННЬОГО МІСЯЦЯ**. Будь ласка, для кожного пункту виберіть один із наступних варіантів відповіді, що відображує **ЯК ЧАСТО** ви відчували або міркували в певний спосіб:

0 = ніколи, 1 = майже ніколи, 2 = іноді, 3 = досить часто, 4 = дуже часто.

Питання:

1. Як часто за останній місяць ви були засмучені через щось, що трапилося несподівано?
2. Як часто за останній місяць ви відчували, що не можете контролювати важливі речі у вашому житті?
3. Як часто за останній місяць ви відчували знервованість та стрес?
4. Як часто за останній місяць ви були впевнені, що зможете вирішити свої особисті проблеми?
5. Як часто за останній місяць ви відчували, що все відбувається по-вашому (відповідно до ваших бажань, планів та поглядів)?
6. Як часто за останній місяць ви відчували, що не можете впоратися з тим, що маєте зробити?
7. Як часто за останній місяць ви були здатні контролювати роздратованість з приводу того, що відбувається у вашому житті?
8. Як часто за останній місяць ви почувалися «господарем становища»?
9. Як часто за останній місяць ви були розсерджені через події, на які не могли впливати?
10. Як часто за останній місяць ви відчували, ніби труднощів накопичилося так багато, що ви не можете їх подолати?

**ТЕСТ ВИГОРАННЯ К. МАСЛАЧ  
(МВІ – Maslach burnout inventory)\***

**Інструкція:** Мета даного дослідження – визначити, що Ви переживаєте стосовно своєї сім'ї та її членів. Подаємо до Вашої уваги 22 твердження про почуття й переживання, пов'язані із сімейним життям. Прочитайте, будь ласка, уважно кожне з них і поміркуйте, наскільки з ним згодні. Якщо Ви ніколи не переживали подібне, на бланку для відповідей позначте позицію 0 (“ніколи”). Якщо Вам знайоме описане почуття, вкажіть, як часто Ви його переживали. Для цього закресліть чи відмітьте якимось інакше бал, що відповідає частоті переживання.

Питання:

1. Я почуваюся емоційно спустошеною (-им).
2. У кінці дня я почуваю себе, як вичавлений лимон.
3. Я почуваюся стомленою (-им), коли вранці встаю і повинна (-ен) займатися домашніми справами.
4. Я добре розумію почуття і переживання свого чоловіка (дружини) та дітей і користаюся із цього в інтересах сім'ї.
5. Я відчуваю, що спілкуюся з деякими членами моєї родини як з предметами (без емоційної теплоти).
6. Я відчуваю себе енергійною (-им) і натхненною (-им).
7. Я вмію знаходити правильні рішення в конфліктних ситуаціях.
8. Я відчуваю пригніченість й апатію.
9. Я можу позитивно впливати на інших членів моєї сім'ї.
10. Останнім часом я стала(-в) більш черствою (-им) у ставленні до чоловіка (дружини) і дітей.
11. Як правило, люди, з якими мені доводиться спілкуватися при виконанні сімейних обов'язків і вирішенні сімейних проблем, є нецікавими і скоріше втомлюють мене, аніж дають задоволення.

12. У мене багато планів на майбутнє, і я вірю, що вони здійсняться.
13. У мене все більше життєвих розчарувань, особливо в сімейній сфері.
14. Я відчуваю байдужість і втрату інтересу до багатьох речей, які давали мені раніше радість.
15. Буває, що мені дійсно байдуже, що відбувається з іншими членами моєї родини.
16. Мені хочеться усамітнитися й відпочити від усіх й усього.
17. Я легко можу створювати атмосферу доброзичливості та співробітництва в сім'ї.
18. Мені легко спілкуватися з членами моєї родини незалежно від їх характеру.
19. Я багато чого встигаю зробити по дому.
20. Я відчуваю себе на межі своїх можливостей.
21. Я багато чого зможу ще досягти у своєму сімейному житті.
22. Буває, що інші члени моєї сім'ї перекладають на мене свої проблеми та обов'язки.

**Опитувальник Brief-COPE С. Carver, 1997)****(адаптація Т. Яблонська, О. Вернік, Г. Гайворонський, 2023)**

**Інструкція:** Наступні пункти стосуються того, як Ви справлялися зі стресом у своєму житті відтоді, як дізналися, що почалося повномасштабне вторгнення. Оцініть наведені нижче твердження відносно того, наскільки вони стосувалися саме Вас.

Варіанти відповіді:

- Я зазвичай цього не робив/не робила
- Я рідко це робив/ робила
- Я робив/ робила це час від часу
- Це саме те, що я зазвичай робив/ робила

Питання:

1. Я звертав(ла)ся до роботи чи іншої діяльності, щоб відволіктися від думок.
2. Я зосереджував(ла) свої зусилля на тому, щоб щось зробити щодо ситуації, в якій я опинив(ла)ся.
3. Я говорив(ла) собі: “Це нереально”.
4. Я вживав(ла) алкоголь або інші речовини, щоб почуватися краще.
5. Я отримував(ла) емоційну підтримку від інших.
6. Я відмовляв(ла)ся від спроб впоратися з цим.
7. Я вживав(ла) заходів, намагаючись покращити ситуацію.
8. Я відмовляв(ла)ся вірити, що це сталося.
9. Я говорив(ла) щось, щоб позбутися своїх неприємних почуттів.
10. Я отримував(ла) допомогу та поради від інших людей.
11. Я вживав(ла) алкоголь або інші речовини, щоб допомогти собі пройти через це.

12. Я намагав(ла)ся побачити це в іншому світлі, зробити це більш позитивним.
13. Я критикував(ла) себе.
14. Я намагав(ла)ся продумати стратегію своїх подальших дій.
15. Я отримував(ла) почуття розуміння та комфорту від когось.
16. Я відмовляв(ла)ся від спроб впоратися.
17. Я шукав(ла) щось хороше в тому, що відбувається.
18. Я жартував(ла) з цього приводу
19. Я робив(ла) щось, щоб менше про це думати, наприклад дивив(ла)ся телевізор, читав(ла), мріяв(ла), спав(ла) чи робив(ла) покупки.
20. Я приймав(ла) реальність того, що це сталося.
21. Я виражав(ла) свої негативні почуття.
22. Я намагав(ла)ся знайти втіху у своїй релігії чи духовних переконаннях.
23. Я намагав(ла)ся отримати пораду або допомогу від інших людей щодо того, що робити.
24. Я вчив(ла)ся жити з цим.
25. Я довго розмірковував(ла) над тим, які кроки робити для подолання ситуації.
26. Я звинувачував(ла) себе в тому, що сталося.
27. Я молив(ла)ся або медитував(ла).
28. Я сміяв(ла)ся над ситуацією.

**Багатомірна шкала сприйняття соціальної підтримки (MSPSS)**

**Інструкція:** Уважно прочитайте кожне твердження і виберіть цифру відповідно до того, як ви оцінюєте твердження щодо себе, якщо: 0 - ви дуже не згодні, 1 - ви не згодні, 2 - ви трохи не згодні, 3 - якщо ви нейтральні, 4 - ви злегка згодні, 5 - ви згодні, 6 - ви дуже згодні.

Питання:

1. Є хтось, хто поряд, коли я в біді.
2. Є хтось, з ким я можу розділити свої біди і радощі.
3. Моя сім'я насправді хоче мені допомогти.
4. Я отримую емоційну підтримку, в якій маю потребу, від моєї сім'ї.
5. У мене є хтось, з ким я відчуваю себе добре
6. Мої друзі насправді намагаються мені допомогти.
7. Я можу розраховувати на моїх друзів, коли мені погано.
8. Я можу говорити про мої проблеми з моєю сім'єю.
9. У мене є друзі, з якими я можу розділити свої біди і радощі
10. Є хтось особливий в моєму житті, кого турбують мої почуття.
11. Моя сім'я хоче допомогти мені в прийнятті рішень.
12. Я можу говорити про мої проблеми з моїми друзями.

### Шкала стресостійкості Коннора-Девідсона-10 (CD-RISC-10)

**Інструкція:** Будь ласка, вкажіть, наскільки Ви погоджуєтесь з такими твердженнями, оцінюючи свій досвід за минулий місяць. Якщо та чи інша ситуація не мала місця останнім часом, як би Ви, на Вашу думку, почувалися за таких обставин?

Оцініть за шкалою від 0 до 5, де 0 — Зовсім невірно, а 5 — Майже завжди вірно.

Питання:

1. Я можу адаптуватися до змін.
2. Я можу впоратися з будь-якими перепонами на своєму шляху.
3. Я намагаюся підходити з гумором до проблем, що виникають
4. Необхідність протистояти стресу робить мене сильнішим.
5. Я швидко приходжу до норми після хвороб, травм чи інших негараздів.
6. Я вважаю, що можу досягти своєї мети, навіть якщо є перешкоди.
7. У стресовій ситуації я не втрачаю здатності зосереджуватись і ясно мислити
8. Я не з тих, кого зупиняють невдачі.
9. Я вважаю себе сильною особистістю, коли йдеться про виклики і труднощі життя.
10. Я можу справлятися з неприємними чи болісними відчуттями, такими як сум, страх та гнів.