

Державна служба України з надзвичайних ситуацій
Львівський державний університет безпеки життєдіяльності
Факультет психології та соціального захисту
Кафедра практичної психології та педагогіки

ДОПУЩЕНО ДО ЗАХИСТУ
Начальник кафедри ППтаП
д. психол. наук, професор,
полковник служби ц.з

Роксолана СІРКО

« ____ » _____ 2025р.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА БАКАЛАВРА
на тему:
« ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ
ПРАЦІВНИКІВ РИЗИКОНЕБЕЗПЕЧНИХ ПРОФЕСІЙ В УМОВАХ
ВОЄННОГО СТАНУ»

ГАЛУЗЬ ЗНАНЬ 53 ПРАКТИЧНА ПСИХОЛОГІЯ
СПЕЦІАЛЬНІСТЬ 053 ПРАКТИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

Виконала
здобувачка вищої освіти
студентка групи ПС-41с
Мар'яна ПОПОВИЧ

Керівник – доцент кафедри
ППтаП
Тарас МАТВІЙЧУК
Рецензент – Богдана АНДРЕЙКО

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ ПРАЦІВНИКІВ РИЗИКОНЕБЕЗПЕЧНИХ ПРОФЕСІЙ.....	6
1.1. Визначення та сутність емоційного вигорання в умовах високого ризику	6
1.2. Профіль ризиконебезпечних професій.....	9
1.3. Теоретичні моделі емоційного вигорання в контексті ризикованих професій	14
1.4. Психологічні чинники та механізми виникнення вигорання серед представників ризиконебезпечних професій.....	18
Висновки до Розділу 1	23
РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЕМПІРИЧНИЙ АНАЛІЗ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ	26
2.1. Методологічне обґрунтування та організація дослідження.....	26
2.2. Оцінка рівня емоційного вигорання: критерії та показники.....	30
2.3. Аналіз впливу воєнного стану та визначення факторів, що впливають на вигорання.....	32
2.4. Розробка рекомендацій щодо профілактики та корекції емоційного вигорання	62
Висновки до Розділу 2	66
ВИСНОВКИ	68
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	71
ДОДАТКИ	76

ВСТУП

У сучасних соціокультурних реаліях проблема емоційного вигорання набула особливої актуальності, що зумовлено зростанням психологічного навантаження на професії, пов'язані з підвищеним рівнем ризику. Стан повномасштабної війни в Україні суттєво трансформував характер трудової діяльності в багатьох сферах, особливо в галузях екстреної медицини, рятувальних служб, збройних сил, правоохоронних органів та соціального захисту. Працівники цих професій щоденно стикаються з необхідністю приймати складні рішення в умовах стресу, невизначеності та реальної загрози життю, що призводить до тривалого емоційного і когнітивного перевантаження, яке не компенсується наявними ресурсами відновлення. Така ситуація є сприятливим ґрунтом для формування емоційного вигорання.

Психологічні особливості емоційного вигорання працівників ризиконебезпечних професій в умовах воєнного стану потребують ґрунтовного вивчення, адже саме ці категорії фахівців забезпечують безпеку, життєзабезпечення та гуманітарну стабільність у кризових обставинах. Вигорання у представників таких професій не лише знижує ефективність їхньої діяльності, але й створює загрозу для психологічної стабільності систем, у яких вони працюють, - медичних установ, служб ДСНС, військових частин тощо.

Незважаючи на наявність значного масиву наукових досліджень з проблеми професійного вигорання, контекст воєнного стану висуває нові виклики. Він радикально змінює психологічний зміст професійних функцій, структуру стресових чинників, характер соціальної підтримки та особистісних ресурсів. У цьому зв'язку актуальним є вивчення не лише загальної симптоматики вигорання, а й тих психологічних чинників, які опосередковують виникнення цього синдрому в умовах підвищеної екзистенційної загрози, та хронічної тривоги.

Актуальність дослідження полягає в необхідності комплексного аналізу феномену емоційного вигорання саме серед працівників ризиконебезпечних професій в умовах війни, визначення його психологічних детермінант і механізмів, а також розробки превентивних стратегій психоемоційної підтримки, здатних підвищити адаптаційні ресурси й зберегти професійне здоров'я фахівців.

Мета дослідження - виявити та охарактеризувати психологічні особливості емоційного вигорання працівників ризиконебезпечних професій в умовах воєнного стану.

Об'єкт дослідження - емоційне вигорання.

Предмет дослідження - психологічні чинники, механізми і прояви емоційного вигорання працівників ризиконебезпечних професій у специфічних умовах війни.

Завдання дослідження:

Здійснити теоретичний аналіз наукових підходів до вивчення феномену емоційного вигорання.

Охарактеризувати специфіку професійної діяльності в умовах підвищеного ризику та воєнного стану.

Визначити психологічні чинники, що зумовлюють виникнення синдрому емоційного вигорання в умовах тривалого стресу.

Провести емпіричне дослідження проявів емоційного вигорання у працівників ризиконебезпечних професій.

Розробити практичні рекомендації щодо психопрофілактики емоційного вигорання в зазначеній професійній групі.

Методи дослідження:

У роботі застосовувалися загальнонаукові методи аналізу, синтезу, узагальнення, а також емпіричні методи: психодіагностичні методики, а саме:

- «Діагностика професійного вигорання» (MBI) К. Маслач, С. Джексон.

- «Копінг-поведінка в стресових ситуаціях» (CISS) С. Норман, Д. Ендлер, Д. Джеймс, М. Паркер.
- «Шкала сприйнятого стресу» (PSS-10) Ш. Кoen.
- «Опитувальник загального психічного стану» (GHQ-28) Д. Голдберг.

Наукова новизна полягає у визначенні специфічних психологічних чинників і копінг-стратегій, що модифікують процес емоційного вигорання фахівців ризиконебезпечних професій саме в умовах війни, що дозволяє розглядати вигорання як динамічний і контекстуально обумовлений процес.

Практичне значення роботи полягає у можливості застосування отриманих результатів для розробки програм профілактики професійного вигорання, підвищення психологічної стійкості персоналу та впровадження психогігієнічних заходів в установах, що функціонують у надзвичайних умовах.

База дослідження: Дослідження проводилося у двох лікарнях Львівської області. Участь взяли 50 медичних працівників, які безпосередньо виконують службові обов'язки в умовах воєнного часу.

Структура дипломної роботи: дослідження складається зі вступу, двох розділів (теоретичного та емпіричного), висновків, списку використаних джерел і додатків. Обсяг роботи становить 70 сторінок.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ ПРАЦІВНИКІВ РИЗИКОНЕБЕЗПЕЧНИХ ПРОФЕСІЙ

1.1. Визначення та сутність емоційного вигорання в умовах високого ризик

У сучасних умовах професії, пов'язані з високою небезпекою та екстремальними стресорами (рятувальники, працівники екстрених медичних служб, поліцейські, авіадиспетчери, військові), відчують не лише фізичне навантаження, а й значний психоемоційний тиск. Постійна відповідальність за життя інших, контакт із травмою та смертю, нерегулярний графік роботи й обмежені можливості для відновлення створюють сприятливий ґрунт для розвитку хронічного стресу.

Особливо це актуально для України в умовах повномасштабної війни, коли фахівці в цих сферах не лише виконують службові обов'язки, а й одночасно перебувають у стані особистої загрози, втрати, тривоги та вимушеного переміщення. У таких обставинах одним із найсерйозніших медико-соціальних феноменів є емоційне вигорання – стійкий синдром, що веде до втрати мотивації, погіршення якості прийняття рішень і значного зниження професійної ефективності [11].

Поняття емоційного вигорання було вперше запропоноване Гербертом Фройденбергером (Herbert J. Freudenberger) у 1974 році як *Staff Burn Out* – стан, що характеризується хронічним виснаженням фізичних та психоемоційних ресурсів, проявами нервової збудливості, частими головними болями та зниженням мотивації до праці. У 1981 році Христина Маслач (Christina Maslach) і Сюзан Джексон (Susan Jackson) систематизували цей феномен у *Maslach Burnout Inventory*, виокремивши три кластери симптомів: емоційне виснаження, деперсоналізацію (цинічне дистанціювання від «клієнтів») та зниження відчуття особистої ефективності й професійних досягнень [21].

У 2019 році ВООЗ офіційно класифікувала вигорання як «професійний феномен» у *ICD-11* [40], визначивши його через три основні ознаки: відчуття вичерпання енергії, збільшену психологічну дистанцію від роботи або прояви цинізму та зниження професійної ефективності. Це підкреслює, що вигорання не є медичною хворобою, однак воно негативно впливає на функціонування працівника та організації загалом.

Таблиця 1.1.-Класифікація основних симптомів емоційного вигорання у працівників ризиконебезпечних професій

Категорія симптомів	Характерні прояви
Емоційні	Хронічна втома, апатія, роздратованість, «внутрішня порожнеча»
Когнітивні	Уповільнене мислення, проблеми з концентрацією, помилки в оцінці ситуацій
Мотиваційні	Втрата інтересу до роботи, зниження залученості, відчуття марності зусиль
Поведінкові	Уникання відповідальності, відстороненість, підвищена дратівливість
Фізіологічні (соматичні)	Безсоння, головний біль, порушення травлення, зниження імунітету

Для пояснення механізмів розвитку вигорання застосовують дві провідні теоретичні моделі. Job Demands–Resources (JD-R) розглядає баланс між робочими вимогами (емоційне навантаження, швидкий темп, відповідальність) та ресурсами (соціальна підтримка, контроль над роботою, можливість відновлення): високі вимоги за низьких ресурсів спричиняють хронічний стрес і виснаження [1]. Натомість Conservation of Resources (COR), запропонована Стівеном Хобфоллом (Stevan E. Hobfoll) у 1989 році, акцентує на тому, що стрес виникає за загрози чи фактичної втрати цінних ресурсів (об'єктів, умов, емоційних і психологічних станів), а захисні інвестиції в ресурси призводять до подальшої вразливості при їх дефіциті [1].

Ці моделі мають особливе значення для аналізу української ситуації. Через війну значна кількість працівників залучена до надмірних навантажень, зокрема без нормованого робочого часу, належного відпочинку та доступу до психологічної підтримки. Медики, військові, рятувальники і поліцейські часто працюють у польових умовах або під постійною загрозою обстрілів, не маючи змоги реалізувати базові стратегії самозбереження. За таких умов ресурси вичерпуються набагато швидше, що значно підвищує ризик вигорання [34].

Особливо вразливими є працівники ризиконебезпечних професій: рятувальники, поліцейські, авіадиспетчери, військові та, насамперед, медики екстрених служб. В Україні ці категорії працівників виконують надкритичні завдання - від евакуації поранених до забезпечення громадського порядку, реагування на ракетні атаки та координації гуманітарних процесів. Вони стикаються із постійними втратами, нестачею ресурсів та професійною ізоляцією [20].

Дослідження, проведені на міжнародному рівні, також дають уявлення про масштаб проблеми: у США в січні 2024 року 63 % лікарів невідкладної медицини повідомили про принаймні один симптом вигорання – і це в умовах мирного часу [34]. В Україні, за даними Психологічної кризової служби, понад 40 % медиків прифронтових регіонів зверталися по допомогу через симптоми емоційного виснаження вже у перші три місяці після повномасштабного вторгнення [9].

Клінічні прояви у цих групах поєднують емоційне виснаження (відчуття «порожнечі», хронічна втома), когнітивні порушення (уповільнення реакцій, помилки в прийнятті рішень у критичних ситуаціях), деперсоналізацію (цинізм, дистанціювання від пацієнтів і колег), соматичні симптоми (головні болі, розлади сну, шлунково-кишкового тракту) та ризик суїцидальних думок.

Суттєвим є феномен вторинної травматизації, що виникає у фахівців, які постійно контактують із чужою травмою. Це особливо характерно для медиків, психологів і соціальних працівників, які щодня чують історії болю та втрат. Вони починають переживати чужі травматичні події як власні, що призводить до

посиленого емоційного виснаження, тривоги, розладів сну та депресивних симптомів [4].

Нейробіологічно хронічний стрес у поєднанні з дефіцитом відновних ресурсів веде до тривалої активації гіпоталамо–гіпофізарно–надниркової осі та підвищеного рівня кортизолу, що спричиняє розлади сну, зниження імунітету та когнітивні дисфункції. Ці наслідки особливо критичні в умовах бойового чергування або під час тривалого надання невідкладної допомоги без відпочинку [36].

На рівні особистих ресурсів захисними чинниками є висока автономія в роботі, соціальна підтримка з боку колег і керівництва, самоефективність та навички регулювання емоцій - за їх наявності ступінь емоційного виснаження значно знижується [29]. В Україні поширення *peer-support* ініціатив (ініціатив взаємопідтримки), груп емоційного розвантаження та доступ до кризових психологів поступово формують умови для підвищення психологічної стійкості фахівців [14].

Організаційні стратегії профілактики та корекції включають регулярні програми психологічної супервізії, навчальні тренінги з управління стресом, впровадження гнучких графіків та створення середовища відкритого обговорення труднощів. Позитивний ефект демонструють практики коротких когнітивно-поведінкових інтервенцій, *peer listening* (наприклад, ініціатива «Почути», програма «Ти як?»), а також розширення доступу до ЕАР-програм для держслужбовців і медиків [2].

1.2. Профіль ризиконебезпечних професій

Ризиконебезпечні професії - це види трудової діяльності, які супроводжуються постійною загрозою фізичному або психічному здоров'ю працівника. Такі професії передбачають не лише фізичні навантаження, а й сильну емоційну напругу, високу відповідальність, тиск часу, а також взаємодію

з потенційно небезпечними ситуаціями. Працівники ризиконебезпечних професій часто діють в умовах невизначеності, обмеженого контролю над зовнішніми обставинами, що підвищує рівень тривоги та емоційного вигорання [5].

У таких умовах постійного стресу й напруги зростає ймовірність розвитку психологічного виснаження, втрати мотивації, цинізму та психосоматичних захворювань. Особливої актуальності проблема емоційного вигорання набуває в умовах сучасної України, де військова агресія, масові переміщення населення, гуманітарна криза та тривала напруга стали новою реальністю для мільйонів громадян. Працівники ризиконебезпечних професій у нашій країні опинилися під подвійним тиском: з одного боку - професійні обов'язки в умовах надзвичайного навантаження, а з іншого - особистий стрес, пов'язаний з безпекою рідних, втратами, нестабільністю та відсутністю гарантій завтрашнього дня [41].

Професійна діяльність у сферах із підвищеним рівнем ризику характеризується низкою об'єктивних і суб'єктивних ознак, які істотно ускладнюють адаптацію особистості до умов праці та сприяють формуванню хронічного психоемоційного напруження. Такі чинники виступають тригерами розвитку емоційного вигорання й зумовлюють потребу в їх цілісному аналізі [10].

Основні психогенні фактори в ризиконебезпечних професіях:

1. Висока інтенсивність трудової діяльності в умовах підвищеного стресового навантаження. Для фахівців, задіяних у критичних службах (екстрена медицина, аварійно-рятувальні підрозділи, військові формування, диспетчерські служби), характерна необхідність оперативного реагування в умовах дефіциту часу, високої відповідальності та невизначеності. Постійне функціонування у стані мобілізації когнітивних, емоційних та фізичних ресурсів значно підвищує ризик розвитку функціонального виснаження, погіршення концентрації уваги та прийняття неадаптивних рішень у ситуаціях ризику [6].

2. Систематичний контакт із травматичними подіями та стражданнями інших. У професіях, де об'єктом впливу є людина в кризі (поранені, постраждалі, особи, що переживають втрату), працівники стикаються з сильними емоційними реакціями, болем, смертю, що формує тло для виникнення вторинної травматизації. Тривала експозиція до емоційно насиченого негативного контенту сприяє формуванню емпатійного виснаження, емоційного відчуження та підвищує вірогідність деперсоналізації [4].
3. Постійна загроза фізичному існуванню та безпеці працівника. Значна частина ризиконебезпечних професій передбачає дію у ворожому або фізично небезпечному середовищі (бойові дії, стихійні лиха, техногенні катастрофи). Така діяльність супроводжується хронічною активацією стресової системи організму, зокрема гіпоталамо–гіпофізарно–надниркової осі, що призводить до дисрегуляції гормонального фону, підвищеного рівня кортизолу та формування стійкої психофізіологічної напруги [36].
4. Дезорганізований режим праці та порушення біологічних ритмів. Позмінна робота, часті нічні чергування, тривалі виїзди або ротації без належного періоду відновлення негативно позначаються на стані сну, метаболізмі та когнітивному функціонуванні. Хронічне порушення циркадних ритмів сприяє соматизації стресу, підвищенню рівня загальної втоми та послабленню імунного захисту, що посилює схильність до психосоматичних розладів [40].
5. Обмеженість соціальної підтримки та дефіцит емоційної безпеки. В умовах недостатньої міжособистісної підтримки в колективі, авторитарного стилю керівництва, відсутності супервізій або негласної стигматизації звернень по психологічну допомогу працівники втрачають можливість якісного емоційного розвантаження. Подібна ізоляція знижує рівень суб'єктивного благополуччя, посилює почуття самотності, професійної неефективності та сприяє формуванню цинічного ставлення до роботи [2].

Узагальнюючи, зазначені ознаки у своїй сукупності створюють комплексну психотравматичну ситуацію, що супроводжується підвищеним ризиком порушення емоційної саморегуляції, вичерпання внутрішніх ресурсів і виникнення емоційного вигорання. Відсутність системної профілактики в таких умовах сприяє зниженню адаптаційного потенціалу працівників та погіршенню якості виконання професійних обов'язків [14].

До основних груп ризиконебезпечних професій належать:

1. Медичні працівники, особливо екстрені служби. Фахівці екстреної медицини - фельдшери, парамедики, лікарі швидкої допомоги, персонал реанімаційних відділень - щодня мають справу з критичними ситуаціями, у яких ідеться про порятунок життя. Вони змушені приймати складні рішення в умовах постійної напруги; емоційне виснаження в них є наслідком як великого навантаження, так і регулярного контакту зі смертю, болем і страхом пацієнтів [9; 34; 4]. Понад 60 % лікарів швидкої повідомляють про симптоми емоційного вигорання, серед медсестер цей показник сягає 70 % [9]. Багато хто також страждає від вторинної травматизації [4; 8]. В умовах повномасштабної війни в Україні медики опинилися на передовій гуманітарного фронту: евакуація поранених, надання допомоги під обстрілами, нестача ліків і персоналу погіршують їхній психоемоційний стан [42]. Особливо вразливими є працівники з прифронтових регіонів і тимчасово окупованих територій [2].

2. Військові та працівники силових структур. Військовослужбовці, правоохоронці, прикордонники, співробітники СБУ щодня стикаються з небезпекою, агресією й озброєними конфліктами. Під час бойових дій вони перебувають у стані хронічної тривоги, гіперпильності або бойового шоку [3]. Працівники поліції, Нацгвардії та ДСНС, що забезпечують громадський порядок, розмінування й евакуацію населення, також зазнають надмірного психоемоційного навантаження, рятуючи людей з-під завалів або патрулюючи під обстрілами [49; 54].

3. Рятувальники та пожежники. Щодня ці фахівці перебувають в осередках пожеж, аварій, техногенних катастроф, де рішення, від яких залежить життя людей, потрібно приймати в лічені секунди [4; 7].

Проблема загострилася під час атак на цивільну інфраструктуру - рятувальники ДСНС ліквідовують наслідки авіаударів і працюють у стані постійного фізичного й емоційного ризику.

4. Гірники, будівельники, металурги. Праця в умовах підвищеної небезпеки - під землею, на висоті, серед сильного шуму й токсичних речовин - призводить до високого рівня виробничого травматизму, захворювань опорно-рухового апарату та дихальних шляхів [42]. Після початку війни багато підприємств було зруйновано або евакуйовано, а працівники відновлювали інфраструктуру в стресових умовах.

5. Авіадиспетчери та оператори складних систем управління. Ці професії передбачають переважно когнітивне навантаження: опрацювання великих обсягів інформації в реальному часі та швидке прийняття рішень під високою відповідальністю [21; 37].

Навіть попри паузу в цивільній авіації, подібні функції виконують оператори ППО, логістичних та залізничних систем, відповідаючи за безпеку сотень і тисяч людей.

6. Освітняни, соціальні працівники, психологи кризових служб. Допомагаючі професії вимагають значного емоційного ресурсу [31]. Постійний контакт із дітьми, ВПО, травмованими або вразливими людьми призводить до емоційного виснаження. Сьогодні українські педагоги навчають в укриттях під час тривоги, соціальні працівники опікуються сиротами та ВПО, а психологи підтримують поранених, біженців і військовослужбовців.

У сучасних українських реаліях високі професійні навантаження поєднуються з особистими втратами, нестабільністю та загрозами життю. Інформаційне перенасичення, розмитість меж між роботою й особистим життям, втома від тривоги і новин перетворюють навіть «мирні» професії на джерело хронічного стресу. Саме тому критично необхідні державні й локальні програми

профілактики вигорання, професійна психологічна підтримка та мультидисциплінарний підхід для збереження психічного здоров'я працівників усіх ризиконебезпечних сфер.

1.3. Теоретичні моделі емоційного вигорання в контексті ризикованих професій

Вивчення феномену емоційного вигорання розпочалося у 1970-х роках і дотепер залишається одним із ключових напрямів досліджень у прикладній психології, особливо в контексті професій, що передбачають інтенсивну взаємодію з людьми та високий рівень стресових навантажень. Класичні теоретичні моделі стали основою для розуміння сутності цього явища, його динаміки, проявів та наслідків.

Одним із перших, хто звернув увагу на специфічне професійне виснаження, став американський психіатр Герберт Фрейденбергер (Herbert Freudenberger). Саме він увів у науковий обіг термін «burnout», описуючи його як стан фізичного та емоційного виснаження, що виникає внаслідок хронічного стресу на роботі, особливо в осіб, залучених до допоміжних професій (медичних працівників, соціальних працівників, волонтерів тощо) [35]. На основі клінічних спостережень він виокремив кілька стадій вигорання: спочатку працівник проявляє ентузіазм, надмірну відданість роботі та прагнення досягти високих результатів. Проте згодом через перевтому та брак зовнішніх ресурсів настає фаза стагнації, емоційної апатії, зниження професійної мотивації, що може завершитися повним розпадом особистісної та професійної ідентичності.

Модель Фрейденбергера носить описовий характер, але стала відправною точкою для подальших емпіричних досліджень і стандартизації підходів до діагностики вигорання.

Значний внесок у теоретичне осмислення проблеми зробили також Кристіна Маслач (Christina Maslach) та Сюзан Джексон (Susan Jackson), які у 1981 році запропонували трьохфакторну модель емоційного вигорання, що стала базою для створення одного з найвідоміших психодіагностичних інструментів - Maslach Burnout Inventory (MBI) [25; 29]. У цій моделі емоційне вигорання розглядається як синдром, що складається з трьох взаємопов'язаних компонентів.

Першим компонентом є **емоційне виснаження**, яке проявляється у відчутті внутрішньої спустошеності, хронічної втоми, втрати емоційних ресурсів, необхідних для взаємодії з іншими людьми. Це початковий і центральний симптом, який найчастіше переживають працівники ризиконебезпечних сфер діяльності, таких як медицина, ДСНС, військова служба, де щоденні стресові ситуації вимагають високої емоційної мобілізації [9; 20; 34].

Другий компонент - **деперсоналізація** - проявляється у розвитку цинічного, відстороненого або негативного ставлення до клієнтів, пацієнтів або колег. Працівники починають уникати емоційної залученості, що є своєрідним механізмом психологічного самозахисту, але водночас призводить до дегуманізації професійної взаємодії [4; 5].

Третій компонент - **редукція особистих досягнень**, яка характеризується зниженням суб'єктивної оцінки власної професійної ефективності, виникненням почуття некомпетентності та втрати мотивації до діяльності [16; 23]. У працівника формується переконання, що його зусилля є марними, що він не приносить користі, а результати його діяльності є недостатніми.

Незважаючи на широку популярність цієї моделі, вона не позбавлена критики. По-перше, модель Маслач та Джексон зосереджується переважно на внутрішніх, індивідуальних проявах вигорання, залишаючи поза увагою організаційні, соціальні та культурні фактори, що також істотно впливають на розвиток цього синдрому [23; 37]. По-друге, дослідники звертають увагу на те, що лінійне уявлення про розвиток вигорання як послідовність трьох фаз не

завжди відповідає динаміці реальних процесів: в окремих випадках симптоми можуть виникати паралельно або циклічно змінюватися [17; 32].

Крім того, частина науковців наголошує на недостатній валідності шкали редукції особистих досягнень, що вимагає подальшого методологічного доопрацювання [26].

Попри ці зауваження, класичні моделі вигорання залишаються фундаментом для подальших розробок у цій сфері. Вони дали змогу науковцям сформулювати ключові теоретичні положення, створити інструменти діагностики та закласти основи для розробки програм профілактики та подолання емоційного вигорання серед представників ризикованих професій [14; 15]. Подальші розділи цієї роботи висвітлюють еволюцію моделей вигорання, які включають соціально-психологічні, організаційні та інтегративні підходи.

У сучасній психології все більшої актуальності набувають інтегративні моделі розуміння емоційного вигорання, які дозволяють комплексно пояснити його генезис у представників ризиконебезпечних професій. Однією з таких концепцій є біопсихосоціальна модель, що пропонує розглядати емоційне вигорання як результат взаємодії трьох рівнів: біологічного, психологічного та соціального. Біологічний компонент охоплює нейрофізіологічні процеси, зокрема зміни в роботі гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи, які супроводжують хронічний стрес, а також індивідуальні особливості вегетативної реактивності та гормонального фону. Психологічний рівень передбачає врахування особистісних рис, таких як емоційна вразливість, ригідність, домінування перфекціоністичних установок, занижений рівень самопідтримки, а також типових копінг-стратегій. Соціальний вимір відображає якість професійного середовища, рівень соціальної підтримки, міжособистісні стосунки у команді, а також суспільні уявлення щодо норми поведінки в професії [37].

Ще одним поширеним напрямом в інтегративному підході є мультифакторна модель емоційного вигорання. Вона підкреслює, що жоден чинник не може пояснити феномен вигорання окремо - ключову роль відіграє

поєднання особистісних, організаційних та соціокультурних впливів. До особистісних чинників належать низька толерантність до фрустрації, знижена стресостійкість, надмірна відповідальність та зовнішній локус контролю. Організаційні аспекти включають високе навантаження, нечіткість посадових обов'язків, слабку підтримку з боку керівництва, конфлікти в колективі. Соціокультурні детермінанти формуються через очікування суспільства, знецінення емоційного навантаження певних професій, а також гендерні чи рольові стереотипи щодо того, «як має поводитися» представник тієї чи іншої професії [32].

Окрему увагу в межах інтегративних підходів заслуговують системні моделі стійкості до вигорання (resilience framework), що акцентують не стільки на патогенних аспектах, скільки на ресурсах, які можуть підтримувати адаптацію особистості до тривалих стресових впливів. У межах цього підходу вигорання розглядається не як обов'язковий наслідок професійного навантаження, а як результат браку ресурсів або недостатнього доступу до них. Так, внутрішні ресурси включають рівень самоусвідомлення, здатність до саморегуляції, наявність ціннісних орієнтацій, позитивну Я-концепцію. Зовнішні ресурси охоплюють емоційну підтримку, організаційну культуру, що сприяє психологічному благополуччю, а також професійні умови відновлення енергії (наприклад, гнучкий графік, програми ментального здоров'я) [23].

Теоретичні моделі емоційного вигорання мають надзвичайно важливе значення як для наукового аналізу, так і для практичного застосування в галузі психічного здоров'я. По-перше, вони є основою для створення валідованих інструментів психодіагностики. Наприклад, трьохкомпонентна модель Маслач лягла в основу найвідомішої методики діагностики емоційного вигорання - Maslach Burnout Inventory (MBI), яка дозволяє оцінити рівень емоційного виснаження, деперсоналізації та зниження професійної ефективності в динаміці [23; 13]. Інші моделі слугують підґрунтям для добору комплексних батарей тестів - наприклад, копінг-поведінка в стресових ситуаціях (CISS), шкали сприйнятого стресу (PSS-10), опитувальника загального психічного стану (GHQ-12) тощо.

По-друге, моделі виступають орієнтиром для розробки психологічних інтервенцій і тренінгових програм. Когнітивно-поведінковий підхід передбачає реструктуризацію деструктивних переконань, навчання навичкам подолання стресу та розвитку емоційної гнучкості. Системні підходи до профілактики вигорання передбачають модифікацію робочого середовища - створення можливостей для зворотного зв'язку, впровадження супервізії, організацію психопросвітницьких заходів. В умовах ризикованої професійної діяльності такі програми не лише сприяють збереженню працездатності, а й відіграють роль фактора захисту від розвитку афективних розладів [27; 23].

По-третє, вибір теоретичної моделі визначає логіку емпіричного дослідження. Відповідно до обраної концепції формуються гіпотези, обираються методики, встановлюються зв'язки між змінними. Наприклад, у дослідженні впливу психологічних ресурсів на рівень вигорання доцільно спиратися на системну модель стійкості (resilience framework), тоді як у дослідженні організаційних чинників - на модель «вимоги - ресурси» (job demands–resources model). Такий підхід дозволяє не лише пояснювати отримані результати, але й формувати конкретні прикладні рекомендації щодо підвищення психологічного благополуччя працівників.

Таким чином, теоретичні моделі відіграють подвійну функцію: з одного боку - пояснювальну, спрямовану на розкриття механізмів виникнення емоційного вигорання, а з іншого - методологічну, яка забезпечує якісну організацію дослідження і практичну реалізацію психологічних втручань.

1.4. Психологічні чинники та механізми виникнення вигорання серед представників ризиконебезпечних професій

В умовах повномасштабної війни українські рятувальники, медики екстрених служб, військові й правоохоронці зазнають так званого «подвійного навантаження»: вони виконують високоризикові професійні завдання та водночас переживають особисту загрозу життю, втрати родичів і руйнування

дому. Такий контекст значно підсилює їхню психологічну вразливість і потребує окремого фокусу на індивідуально-психологічних механізмах, що лежать в основі розвитку вигорання [13; 12].

Працівники ризикованих професій різняться за ступенем стійкості до стресу, і саме їхні особливості особистості й когнітивні установки формують ґрунт для виникнення емоційного виснаження [5].

Особистісні риси. Перфекціонізм часто спонукає до нереалістичної самовимоги – «я завжди маю впоратися з будь-якою ситуацією». Поєднання високих стандартів із ригідною поведінкою й зовнішнім локусом контролю призводить до хронічного внутрішнього конфлікту та самокритики [5].

Емоційна нестійкість, коли працівник не володіє навичками самозаспокоєння у кризових умовах, поглиблює відчуття «занадто малої» власної здатності впливати на обставини [8; 6].

Когнітивні фактори. Дисфункціональні переконання – наприклад, «якщо я дозволю собі відпочити, команда постраждає» – блокують адекватні стратегії відновлення енергії [3; 21]. Низький рівень самомотивації та відсутність внутрішнього заохочення оновлювати ресурси посилюють тенденцію до емоційного виснаження, адже працівник не вбачає сенсу у встановленні кордонів між роботою та особистим життям [2; 3].

Стресостійкість і емоційна регуляція. Особи з недостатньо розвиненими навичками емоційної регуляції швидше вичерпують свої психічні резерви [8]. Низька толерантність до фрустрації, схильність до імпульсивних реакцій або, навпаки, тривала внутрішня перерва перед вирішенням проблеми створюють хронічну напругу в нервовій системі та роблять людину вразливішою до вигорання [5; 34].

Соціально-психологічні фактори. Підтримка з боку соціального оточення відіграє роль буфера, що може або зменшити, або, навпаки, посилити вплив стресових чинників [9; 12]. У професіях високого ризику, де взаємодія з колегами та зовнішнім середовищем є постійною, саме якість соціального контексту визначає рівень суб'єктивного благополуччя працівника [35; 11].

Якість міжособистісної взаємодії в колективі також критично важлива. Недостатня емоційна підтримка, конфлікти, міжособистісна напруга чи авторитарний стиль керівництва посилюють почуття ізоляції, беззахисності й знижують мотивацію [28; 25]. Якщо в колективі панує атмосфера недовіри або знецінення зусиль, працівник починає сумніватися в доцільності своєї діяльності, що стає передумовою деперсоналізації та редукції особистих досягнень [7; 26].

Низький рівень соціальної підтримки з боку сім'ї та суспільства додатково поглиблює вигорання [12; 9]. Професійна втома посилюється, коли фахівець не має змоги «перезавантажитися» у безпечному середовищі, відчутти прийняття та підтримку від близьких [21; 9]. У багатьох випадках близьке оточення не усвідомлює рівня навантаження, яке несе працівник, або очікує від нього постійної сили й витримки, що лише ускладнює стан емоційного виснаження [6; 22].

У колективах високого ризику часто панує негласне переконання, що звернення по допомогу - це ознака слабкості [15; 28]. Культура «невразимості» або «професійного героїзму» не дає змоги своєчасно розпізнати ознаки перевтоми й звернутися до фахівця [25; 11]. Це особливо небезпечно, оскільки працівники продовжують виконувати обов'язки в стані перевтоми, що підвищує ризик помилок, травматизації й зривів [7; 37].

Організаційне середовище суттєво впливає на розвиток емоційного вигорання, особливо в тих структурах, де працівники зіштовхуються з постійною мобілізацією ресурсів. Саме невідповідність між робочими вимогами та можливістю їх реалізації часто стає ключовим тригером вигорання.

Високі вимоги за низьких ресурсів. Навантаження, багатозадачність, постійний тиск, недостатність часу на відпочинок і відсутність ресурсів (персоналу, обладнання, медикаментів) - усе це призводить до хронічної втоми. Таке середовище не дозволяє фахівцеві відновитися, особливо якщо він не має змоги впливати на умови роботи, що створює відчуття безсилля та фрустрації.

Трудові умови: чергування, мобілізація, нестача кадрів. Нестабільність графіків, нічні зміни, екстрені виїзди, ротації та постійне перебування «на

виклику» ведуть до порушення сну, біоритмів, соціальної ізоляції. Особливо критичними є умови роботи під обстрілами або в польових умовах, де неможливо задовольнити базові потреби (безпека, харчування, гігієна). Нестача кваліфікованого персоналу лише посилює індивідуальне навантаження, збільшуючи ризик помилок і почуття провини.

Нечіткі ролі та відсутність професійного розвитку. Коли межі відповідальності розмиті, працівник постійно змушений приймати рішення за інших, що створює хронічну напругу. Водночас брак професійного зростання, навчання чи можливостей кар'єрного просування демотивує, формуючи відчуття застою та марності зусиль. У поєднанні з відсутністю позитивного зворотного зв'язку це веде до зниження самооцінки й професійного самознецінення.

Розуміння розвитку емоційного вигорання вимагає комплексного підходу до аналізу трьох ключових рівнів – біологічного, психологічного та соціального. Саме їх взаємодія зумовлює поступове виснаження внутрішніх і зовнішніх ресурсів, необхідних для підтримання професійного функціонування. Цей підхід добре ілюструється у біопсихосоціальній моделі, яка описує не лише симптоматику, а й механізми переходу від адаптації до дезадаптації.

Таблиця 1.2-Біопсихосоціальна модель механізмів емоційного вигорання

Рівень	Механізм активації	Основні прояви	Приклади в ризиконебезпечних професіях
Біологічний	Хронічна активація НРА-вісі, підвищення кортизолу	Зниження імунітету, порушення сну	Військові під час тривалого чергування
Психологічний	Виснаження мотивації, емоційної регуляції	Втрата сенсу роботи, занижена самомотивація	Лікарі швидкої допомоги після безперервних змін
Соціальний	Недостатня підтримка, конфлікти	Ізоляція, формування цинічного ставлення	Рятувальники без регулярної супервізії

Як бачимо, у кожному з рівнів проявляються специфічні загрози. Біологічне виснаження запускає соматичні симптоми, психологічне – змінює мотиваційну структуру особистості, а соціальне – поглиблює відчуття самотності й ізоляції. Саме комбінація цих рівнів створює сприятливі умови для формування механізмів психологічного захисту, серед яких домінують деперсоналізація, цинізм та емоційне відсторонення.

Однак не менш важливим є розуміння того, як особистість справляється з хронічним стресом – через копінг-стратегії. Умовно їх поділяють на конструктивні й деструктивні, кожна з яких має свої особливості та наслідки.

Таблиця 1.3.-Копінг-стратегії у професійному середовищі

Тип стратегії	Приклади	Позитивний ефект	Ризики при деструктивному застосуванні
Конструктивні	Рефлексія, peer-support, планування	Зниження напруги, покращення ресурсів	Відкритість до змін, покращення мікроклімату
Деструктивні	Ізоляція, уникання, заперечення	Тимчасове зняття напруги	Посилення симптомів вигорання, соціальна відчуженість

Варто зазначити, що у представників ризиконебезпечних професій часто переважає тенденція до деструктивного копіngu. Причини цього – відсутність навчання емоційній регуляції, внутрішня заборона на вияв емоцій, культура "мовчання про втому". Це ще більше підсилює дію факторів вигорання.

Хронічний стрес є ключовою умовою запуску механізмів вигорання. Його дія проявляється не лише на рівні психологічних відчуттів – він впливає на роботу всіх гомеостатичних систем організму. Найбільш уразливою до стресу є гіпоталамо–гіпофізарно–надниркова вісь (НРА-вісь), яка відповідає за регуляцію гормонального фону, зокрема рівня кортизолу. Тривале підвищення кортизолу призводить до порушення сну, зміни апетиту, ослаблення імунітету, а також зниження когнітивної продуктивності.

Також у працівників спостерігаються когнітивні дефіцити, що проявляються у зниженні швидкості реакцій, порушеннях уваги, труднощах у прийнятті рішень у критичних ситуаціях. Це створює додаткову загрозу для професій, де помилки можуть коштувати життя.

Ще одним наслідком є соматичні симптоми, які на початкових етапах часто ігноруються, але з часом переростають у хронічні захворювання, що потребують медичного втручання.

Таблиця 1.4.-Основні когнітивні та соматичні симптоми емоційного вигорання

Категорія	Симптом	Прояви у працівників ризиконебезпечних професій
Когнітивні	Зниження уваги	Помилки в прийнятті рішень під час рятувальних операцій
	Повільність реакцій	Запізнення з оцінкою безпеки в екстрених ситуаціях
Соматичні	Безсоння	Часті нічні чергування у медиків
	Головний біль	Постійне відчуття «стиснутості» у поліцейських
	Розлади ШКТ	Стрес-індуковані спазми кишківника у саперів

У поєднанні ці симптоми формують **системний патерн виснаження**, який знижує здатність особистості до адаптації та посилює потребу у психологічній або психіатричній підтримці. Особливо небезпечними є випадки, коли симптоми залишаються поза увагою – через нормалізацію стресу у професійній культурі.

Висновки до Розділу 1

У межах першого розділу було здійснено системний аналіз наукових підходів до розуміння феномену емоційного вигорання в контексті професійної діяльності в умовах підвищеного ризику. Узагальнено, що емоційне вигорання є складним багатовимірним синдромом, який проявляється у вигляді емоційного виснаження, деперсоналізації та редукції особистих досягнень. Даний синдром

розвивається внаслідок тривалого впливу надмірних професійних вимог за умов обмежених ресурсів відновлення та психосоціальної підтримки.

Аналіз сучасних теоретичних моделей (зокрема трьохфакторної моделі К. Маслач, JD-R-моделі Д. Демераві та COR-моделі С. Хобфолла) дозволив окреслити базові механізми формування синдрому емоційного вигорання, зокрема дисбаланс між вимогами й ресурсами, а також втрату або загрозу втрати значущих психологічних, матеріальних чи соціальних ресурсів. Обґрунтовано актуальність біопсихосоціального підходу до аналізу вигорання, який дає змогу розглядати його як результат взаємодії біологічних, психологічних та соціальних детермінант.

Уточнено перелік професій, діяльність яких супроводжується підвищеним рівнем емоційного ризику, серед яких: медичні працівники, військові, представники правоохоронних органів, рятувальники, диспетчери, соціальні працівники та педагоги. Встановлено, що в умовах війни в Україні представники зазначених професій зазнають багаторівневого тиску, який ускладнюється особистісними втратами, небезпекою для життя, нестачею ресурсів та хронічним інформаційним перевантаженням. Особливу небезпеку становить поєднання професійного виснаження з явищем вторинної травматизації.

Виявлено ключові психологічні чинники розвитку вигорання: особистісні (емоційна вразливість, перфекціонізм, низька стресостійкість, зовнішній локус контролю), когнітивні (дисфункціональні переконання, дефіцит самомотивації), а також соціально-психологічні (відсутність підтримки, конфліктна атмосфера в колективі, культурна стигматизація звернень по психологічну допомогу). Наголошено на важливості копінг-стратегій як медіаторів впливу стресогенних чинників - із розмежуванням на конструктивні та деструктивні моделі реагування.

Доведено, що хронічний стрес, зумовлений інтенсивним професійним навантаженням, спричиняє активацію нейроендокринної відповіді (зокрема НРА-осі), що веде до соматичних розладів, зниження когнітивної ефективності, порушень адаптаційного потенціалу особистості. У представників

ризиконебезпечних професій вказані прояви часто залишаються нерозпізнаними через нормалізацію перевтоми в межах професійної культури.

Таким чином, емоційне вигорання працівників ризиконебезпечних професій постає як багатофакторне, динамічне явище, що розгортається на перетині індивідуально-психологічних особливостей, соціального контексту та організаційного середовища. Урахування комплексної етіології вигорання є необхідною передумовою для розробки ефективних програм психопрофілактики, скринінгу ризиків, професійної підтримки та підвищення адаптаційної спроможності фахівців у сферах високої соціальної відповідальності.

РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЕМПІРИЧНИЙ АНАЛІЗ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ

2.1. Методологічне обґрунтування та організація дослідження

У дослідженні емоційного вигорання працівників ризиконебезпечних професій в умовах воєнного стану застосовано комплексний підхід, що інтегрує кількісні та якісні методи збору даних. Основними інструментами для оцінки явища стали адаптовані українські версії чотирьох психодіагностичних методик: Опитувальник емоційного вигорання (MBI), Шкала сприйнятого стресу (PSS-10), Копінг-поведінка в стресових ситуаціях (CISS) та Опитувальник загального психічного стану (GHQ-12). Кожна з методик забезпечує вивчення певного аспекту психоемоційного стану респондентів і дає змогу побудувати цілісну картину проявів емоційного вигорання та чинників, що його зумовлюють.

MBI є класичною методикою, розробленою для вивчення професійного вигорання серед представників допоміжних професій, зокрема медиків, педагогів, рятувальників та правоохоронців. Українська адаптація цієї методики дозволяє використовувати її у вітчизняному контексті, зокрема у сфері надзвичайних ситуацій. Опитувальник оцінює три основні компоненти синдрому вигорання:

- Емоційне виснаження - відображає відчуття перевтоми, емоційної спустошеності та втрати енергії внаслідок професійного навантаження;
- Деперсоналізація - проявляється в цинічному ставленні до клієнтів, колег або до самої професійної діяльності, що вказує на емоційне відсторонення;
- Редукція особистих досягнень - характеризує суб'єктивне відчуття неефективності у професійній сфері, зниження впевненості у власних силах.

Опитувальник містить 22 твердження, що оцінюються респондентами за частотою переживання відповідного стану на семибальній шкалі - від "ніколи" до "щодня". Результати дозволяють виявити як загальний рівень вигорання, так і його домінуючі компоненти.

Шкала сприйнятого стресу (PSS-10) є валідованим інструментом для вимірювання суб'єктивного сприйняття стресу, тобто того, наскільки особа вважає своє життя напруженим, непередбачуваним або неконтрольованим. Методика складається з 10 пунктів, які оцінюються за п'ятибальною шкалою Лікерта (від "ніколи" до "дуже часто"). Питання стосуються останнього місяця життя респондента і охоплюють реакції на загальні життєві труднощі, відчуття втрати контролю, перевантаження обов'язками, тривожність і неспроможність справлятися з подіями.

PSS-10 дозволяє обчислити сумарний бал, який характеризує рівень сприйнятого стресу: чим вищий показник, тим більш напруженим є психоемоційний стан людини. Методика є особливо інформативною у дослідженнях впливу хронічного стресу, наприклад, викликаного умовами воєнного стану або ризикованою службовою діяльністю.

Окрім цього, PSS-10 корелює з клінічними проявами тривожності та депресії, а тому слугує індикатором ризику розвитку психологічних порушень. Її використання у поєднанні з MBI дозволяє дослідити не лише наслідки стресу у вигляді вигорання, але й суб'єктивне переживання щоденних труднощів, що сприяють формуванню цього синдрому.

Копінг-поведінка в стресових ситуаціях (CISS) є валідованим психодіагностичним інструментом, який застосовується для вивчення поведінкових і когнітивних стратегій, що використовуються індивідом у процесі подолання стресу. Методика базується на уявленні про те, що в умовах психоемоційного напруження люди обирають різні способи реагування, які можуть бути більш або менш ефективними залежно від особистісних якостей, характеру ситуації та рівня ресурсу.

CISS дозволяє виокремити три основні стилі копіngu:

- Орієнтація на завдання - передбачає зосередження на проблемі та активне прагнення її вирішити. Така стратегія включає планування, аналіз ситуації, пошук альтернатив, раціональні дії. Вона вважається конструктивною і є найефективнішою у стабільних, контрольованих умовах.

- Орієнтація на емоції - виражається в емоційній реакції на стресову ситуацію, зосередженні на внутрішніх переживаннях, самозвинуваченні, тривозі чи фрустрації. Такий стиль частіше спостерігається у людей з високим рівнем тривожності або у тих, хто відчуває себе безпорадним у конкретній ситуації.

- Орієнтація на уникнення - проявляється у свідомому або несвідомому прагненні уникнути розв'язання проблеми, відволіктися на інші справи або переключитися на соціальну активність. Іноді така стратегія може мати короткотривалий адаптивний ефект, але зазвичай вона не сприяє ефективному вирішенню конфліктів або напружених ситуацій.

Методика CISS складається з 48 тверджень, на які респонденти дають відповіді за 5-бальною шкалою, що дозволяє кількісно оцінити домінування кожного зі стилів. Застосування цього інструменту в контексті дослідження емоційного вигорання працівників ризиконебезпечних професій є доцільним, оскільки дозволяє виявити зв'язок між стилями копіngu та рівнем переживаного стресу, а також спрогнозувати схильність до професійного вигорання.

Опитувальник загального психічного стану (GHQ-28) - це стандартизована методика скринінгу психічного здоров'я, яка дозволяє виявити ранні ознаки емоційних і психосоматичних розладів. Українська адаптована версія опитувальника дозволяє ефективно застосовувати його для діагностики стану працівників, що перебувають у стані хронічного стресу, зокрема в умовах воєнного стану або тривалого перебування в зоні підвищеного ризику.

GHQ-28 складається з чотирьох шкал:

- Соматичні симптоми (ознаки фізичного неблагополуччя, пов'язані зі стресом - головний біль, м'язова напруга тощо);
- Тривога і безсоння (ознаки тривожного стану, порушення сну, дратівливість);
- Соціальна дисфункція (зниження ефективності у виконанні звичних соціальних або професійних обов'язків);
- Депресивні прояви (зниження життєвого тону, відчуття безнадії, песимізм).

Респонденти оцінюють кожне твердження, що відображає характерні для них симптоми, за чотирибальною шкалою. Накопичувальний бал свідчить про загальний рівень психічного дистресу, а окремі шкали дозволяють деталізувати природу психологічних труднощів.

Застосування GHQ-28 у цьому дослідженні обґрунтоване тим, що тривалий вплив психотравмуючих чинників (зокрема, робота у надзвичайних умовах, контакт із небезпекою, відповідальність за життя інших) може спричиняти не лише вигорання, а й глибші психоемоційні порушення. Опитувальник дозволяє вчасно ідентифікувати такі стани та надати рекомендації щодо подальшої психологічної підтримки.

Для більш глибокого аналізу особистісних особливостей та суб'єктивного сприйняття стресу передбачено використання напівструктурованих інтерв'ю. Цей метод дозволяє не лише кількісно оцінити рівень вигорання, але й отримати якісні дані, що розкривають особистісні стратегії саморегуляції, вплив індивідуальних психологічних ресурсів та особливості переживання стресових ситуацій. В процесі інтерв'ю респонденти можуть детально описати особисті емоційні реакції, переживання, а також конкретні дії, спрямовані на зниження рівня стресу.

Організація дослідження передбачає залучення 50 респондентів – медичних працівників, що безпосередньо працюють у складних умовах воєнного стану. Формування вибірки здійснюється за принципом стратифікованої випадкової вибірки з урахуванням професійних та регіональних характеристик, що забезпечує репрезентативність отриманих даних. Процедура збору даних включає анонімне заповнення опитувальників із використанням адаптованих методик, а також проведення напівструктурованих інтерв'ю за потребою для уточнення та поглиблення отриманих результатів.

Етичні аспекти дослідження є невід'ємною частиною методології. Усі етапи роботи виконуються згідно з чинними стандартами дослідницької етики, що гарантує конфіденційність даних та добровільність участі кожного респондента. Комплекс обраних методик дозволяє всебічно дослідити рівень

емоційного вигорання, виявити вплив стресових чинників та розробити практичні рекомендації для профілактики та зниження негативного впливу стресу на психічне здоров'я медиків України в умовах воєнного стану.

2.2. Оцінка рівня емоційного вигорання: критерії та показники

Оцінка рівня емоційного вигорання є ключовим завданням дослідження, адже саме цей показник виступає центральною змінною, що відображає глибину психоемоційного виснаження у працівників ризиконебезпечних професій в умовах воєнного стану. Для отримання об'єктивної картини використовується комбінація кількісних та якісних методів, які дозволяють дослідити емоційний стан працівника, виявити характерні симптоми вигорання та їхній взаємозв'язок зі стресовими чинниками.

У дослідженні застосовано адаптовану українську версію опитувальника емоційного вигорання Маслач (MBI), що є найпоширенішим і валідним інструментом для діагностики синдрому емоційного вигорання. Структура методики побудована на трьох основних шкалах, що відповідають трьом центральним компонентам вигорання:

1. Емоційне виснаження - найбільш очевидний і поширений симптом вигорання, який проявляється у вигляді хронічної втоми, зниження енергії, роздратованості, емоційної перенасиченості. Людина відчуває, що «віддала всі сили» й не має ресурсу продовжувати професійну діяльність. Це відображення психічного виснаження через тривале функціонування в умовах постійного тиску, багатозадачності, відповідальності й емоційної залученості.

2. Деперсоналізація - компонент, що характеризується відстороненим ставленням до інших людей, з якими взаємодіє працівник. Це може проявлятися як байдужість, цинізм, емоційна «блокада», яка формується як захисна реакція психіки від надмірного емоційного навантаження. Вона загрожує деформацією професійних стосунків та втраті емпатійності, особливо критично це для тих, хто працює з людьми.

3. Редукція особистих досягнень - внутрішнє переконання у власній неефективності, професійній неспроможності, втрата віри в себе та у значущість своєї діяльності. Цей компонент часто виникає пізніше за інші, але є не менш небезпечним, оскільки впливає на самооцінку та мотивацію людини, веде до знецінення себе як професіонала.

Кожен компонент оцінюється за окремою шкалою. Респонденту пропонуються 22 твердження, які він має оцінити за частотою виникнення відчуттів за 7-бальною шкалою (від «ніколи» до «щодня»). Після підрахунку балів за кожною шкалою отримується кількісний показник, який дозволяє інтерпретувати рівень вигорання як низький, середній або високий. Наприклад:

- високі бали за шкалами емоційного виснаження та деперсоналізації при низькому рівні особистих досягнень свідчать про виражене професійне вигорання;
- середні значення вказують на ризик розвитку синдрому при збереженні певного ресурсу;
- низькі - на наявність ефективних механізмів психологічної саморегуляції.

Окрім цього, оцінка рівня вигорання доповнюється даними з Шкали сприйнятого стресу (PSS-10), яка дозволяє з'ясувати, наскільки людина сприймає щоденні події як стресові, неконтрольовані або емоційно навантажені. Важливою є взаємодія між цими двома інструментами: високий рівень сприйнятого стресу зазвичай супроводжується високими показниками вигорання. Відтак, використання PSS-10 допомагає глибше зрозуміти першопричини вигорання.

Допоміжними є також результати Копінг-поведінки в стресових ситуаціях (CISS), яка дозволяє визначити, які саме стратегії долаття стресу (копінги) використовує респондент. Залежно від того, чи домінує орієнтація на завдання, емоції чи уникнення, можна зробити висновки про ризики хронічного вигорання. Наприклад:

- орієнтація на емоції часто супроводжується високими балами за шкалою емоційного виснаження;

- домінування стилю уникнення - сигнал про неефективну адаптацію;
- натомість орієнтація на завдання асоціюється з нижчим рівнем вигорання.

Ще одним важливим показником є загальний психоемоційний стан, який оцінюється за допомогою опитувальника GHQ-28. Результати цієї методики дозволяють ідентифікувати супутні симптоми психічного неблагополуччя: тривожність, депресивні ознаки, соматичні порушення тощо, які часто супроводжують професійне вигорання.

Отже, у системі оцінки рівня емоційного вигорання розглядаються як основні показники:

- емоційне виснаження;
- деперсоналізація;
- редукція особистих досягнень,

так і допоміжні:

- рівень суб'єктивного стресу (PSS-10),
- стратегія подолання (CISS),
- загальний психічний стан (GHQ-28).

Такий підхід дозволяє не лише кількісно зафіксувати наявність синдрому емоційного вигорання, але й комплексно проаналізувати його структуру, ступінь вираженості та детермінанти. Це, у свою чергу, створює підґрунтя для формування ефективних рекомендацій щодо профілактики та психокорекції вигорання серед медичних представників в умовах воєнного стану.

2.3. Аналіз впливу воєнного стану та визначення факторів, що впливають на вигорання

Умови воєнного стану створюють хронічний психоемоційний тиск на особистість, сприяють підвищенню рівня стресу, тривожності, відчуття невизначеності та втоми. Для вивчення проявів професійного вигорання в умовах воєнного часу було використано низку психодіагностичних інструментів,

зокрема опитувальник вигорання Масlach (MBI), шкалу сприйнятого стресу (PSS-10), копінг-поведінка в стресових ситуаціях (CISS) та опитувальник загального психічного стану (GHQ-28). Їх результати дозволили комплексно оцінити як рівень вигорання, так і супутні психоемоційні чинники, що можуть впливати на його формування. Розглянемо більш детально отримані результати.

Таблиця 2.1. Описова статистика за шкалами опитувальника «Діагностика професійного вигорання» (MBI) К. Масlach, С. Джексон

	Мін.	Макс.	Сред.	Стд. Відхл.
Емоційне виснаження	3,00	51,00	29,8200	10,75457
Деперсоналізація	5,00	29,00	16,4000	5,16661
Редукція особистих досягнень	12,00	34,00	22,0600	5,71575

Середня інтенсивність емоційного виснаження за опитувальником вигорання (MBI) становить 29,82 бала при можливому розмаху від 0 до 54. При цьому мінімальне зафіксоване значення 3 свідчить про практично відсутнє вигорання в окремих респондентів, тоді як максимальне - 51 - вказує на близькість до критичної межі. Високе стандартне відхилення (10,75) підтверджує значну різномірність показників: частина учасників демонструє низький рівень виснаження, а інша - виражене.

Паралельно підшкала деперсоналізації демонструє середнє 16,4 бала (із 0–30), причому її розкид від 5 до 29 балів і стандартне відхилення 5,17 говорять про те, що деякі респонденти майже не відчують упередження до клієнтів чи пацієнтів, тоді як в інших деперсоналізація проявляється досить сильно. Нарешті, показник зниження почуття власних досягнень (PA-reduction) у середньому дорівнює 22,06 бала з діапазоном від 12 до 34 та $SD = 5,72$, що свідчить про помірно виражене зниження мотивації та самовпевненості в групі загалом, але з відчутними індивідуальними відмінностями.

Розглянемо більш детально кожен показник MBI: емоційне виснаження, деперсоналізацію та редукцію особистих досягнень.

Таблиця 2.2. Розподіл респондентів за рівнями емоційного виснаження (ЕВ)

Рівень ЕВ	Кількість респондентів	Частка (%)
Низький (≤ 16)	7	14 %
Середній (17 – 26)	10	20 %
Високий (≥ 27)	33	66 %
Усього	50	100 %

За результатами розподілу видно, що дві третини респондентів, а саме 66% (33 особи), набрали бали $ЕВ \geq 27$, що свідчить про високий рівень емоційного виснаження. Такі показники однозначно вказують на те, що значна частина вибірки переживає типові симптоми емоційного вигорання: хронічну втоми, зниження мотивації до роботи і виражену емоційну напругу. Ще 10 осіб (20 %) демонструють середній рівень ЕВ (17 – 26 бали), тобто хоча в них є ознаки емоційної втоми, вони ще не досягли категорії «високого» вигорання. Натомість лише 7 респондентів (14 %) мають низькі показники ЕВ (≤ 16), що свідчить про відсутність значущого емоційного перенавантаження. Таким чином, у більшості учасників дослідження емоційне виснаження є вираженим і потребує першочергового втручання (наприклад, організаційних заходів для зменшення навантаження або психопрофілактичних проєктів).

Для кращого наочного зображення результатів за шкалою було створено гістограму.

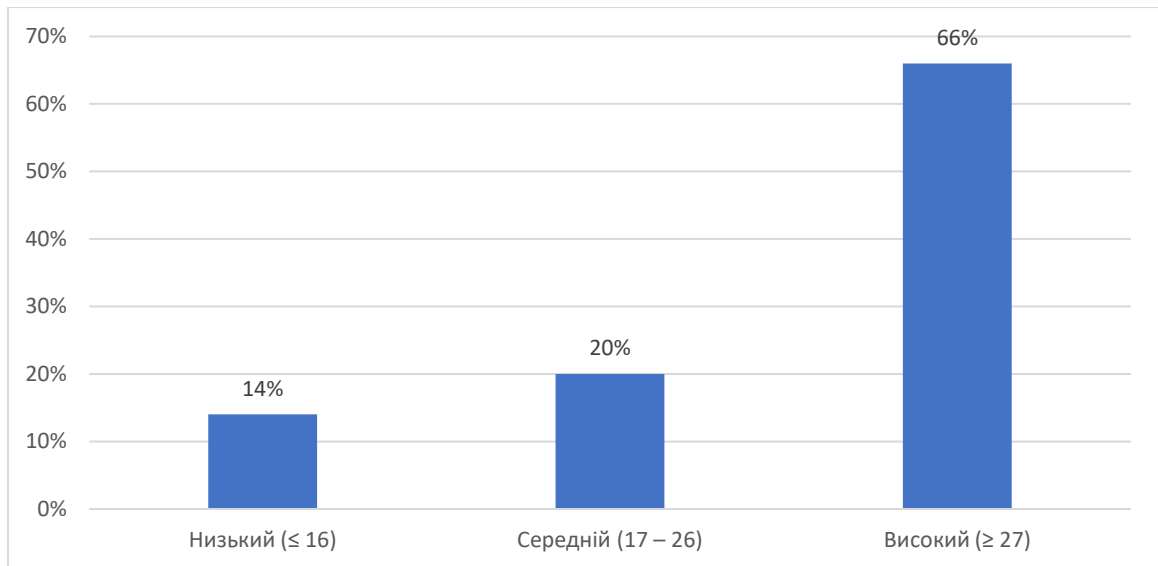


Рис. 2.1. Гістограма розподілу рівнів емоційного виснаження (ЕВ) серед респондентів

Наступним показником який розглянемо є деперсоналізація.

Таблиця 2.3. Розподіл респондентів за рівнями деперсоналізації (ДП)

Рівень ДП	Кількість респондентів	Частка (%)
Низький (≤ 6)	2	4 %
Середній (7 – 12)	8	16 %
Високий (≥ 13)	40	80 %
Усього	50	100 %

Результати показують, що 80 % респондентів (40 осіб) набрали бал ДП ≥ 13 , тобто у них високий рівень деперсоналізації. Це свідчить про масове поширення у вибірці тенденцій до цинічного або відстороненого ставлення до оточення, що є типовим маркером вигорання. Ще 8 осіб (16 %) мають середній рівень ДП (7 – 12 балів), тобто вже спостерігаються прояви емоційного дистанціювання, але не в найгострішій формі. Лише 2 респонденти (4 %) демонструють низьке значення ДП (≤ 6), що дозволяє говорити про відносну стабільність у комунікації з клієнтами чи колегами. З огляду на те, що фактично чотири п'ятих вибірки переживають значну деперсоналізацію, можна говорити про необхідність притримуватися як психологічної підтримки (супервізії,

консультування), так і організаційних заходів (наприклад, створення групових форматів обговорення проблемних ситуацій), щоб знизити рівень відстороненості від професійних обов'язків.

Для кращого наочного зображення результатів за шкалою було створено гістограму.

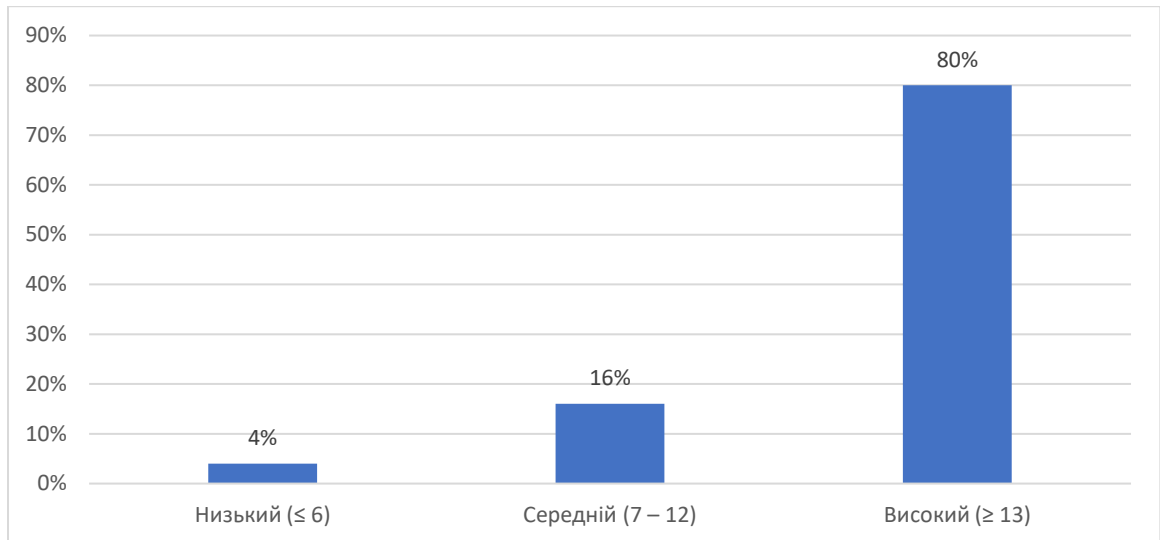


Рис. 2.2. Гістограма розподілу рівнів деперсоналізації (ДП) серед респондентів

Останнім показником методика МВІ є «Редукція особистих досягнень»(РОД). Варто зауважити що у шкалі МВІ нижчі показники РОД означають вищий рівень вигорання у категорії «редукція особистих досягнень».

Таблиця 2.4. Розподіл респондентів за рівнями зниженого відчуття особистих досягнень (РОД)

Рівень вигорання РОД	Бал РА	Кількість респондентів	Частка (%)
Високий (низькі РОД, ≤ 31)	12 – 31	47	94 %
Середній (РОД 32 – 38)	32 – 38	3	6 %
Низький (високі РОД, ≥ 39)	39 – 48	0	0 %
Усього	12 – 48	50	100 %

У даному вимірі 94 % респондентів (47 осіб) набрали бал РОД ≤ 31 , тобто вони перебувають у категорії «високого рівня вигорання (зниження особистих

досягнень)». Це означає, що майже всі опитані відчують низький рівень особистої ефективності, бачать свою роботу як недостатньо результативну, не відчують задоволення від професійних успіхів та не сприймають власні досягнення як вагомі. Тільки 3 особи (6 %) перебувають у межах середнього рівня РОД (32 – 38 балів), тоді як жоден респондент не має високого РОД (≥ 39), який би свідчив про адекватне відчуття власних досягнень і, відповідно, низьке вигорання у цій сфері. Переважна більшість учасників демонструє значне зниження самооцінки професійних компетенцій, що може призвести до втрати мотивації та професійного невдоволення. Тому рекомендується впроваджувати практики, спрямовані на підвищення відчуття досягнень: регулярний фідбек, визначення короткострокових цілей із подальшим підбиттям підсумків, коучингові сесії та групові зустрічі, де кожен зможе відзначити власні успіхи та отримати підтримку колективу.

Для кращого наочного зображення результатів за шкалою було створено гістограму.

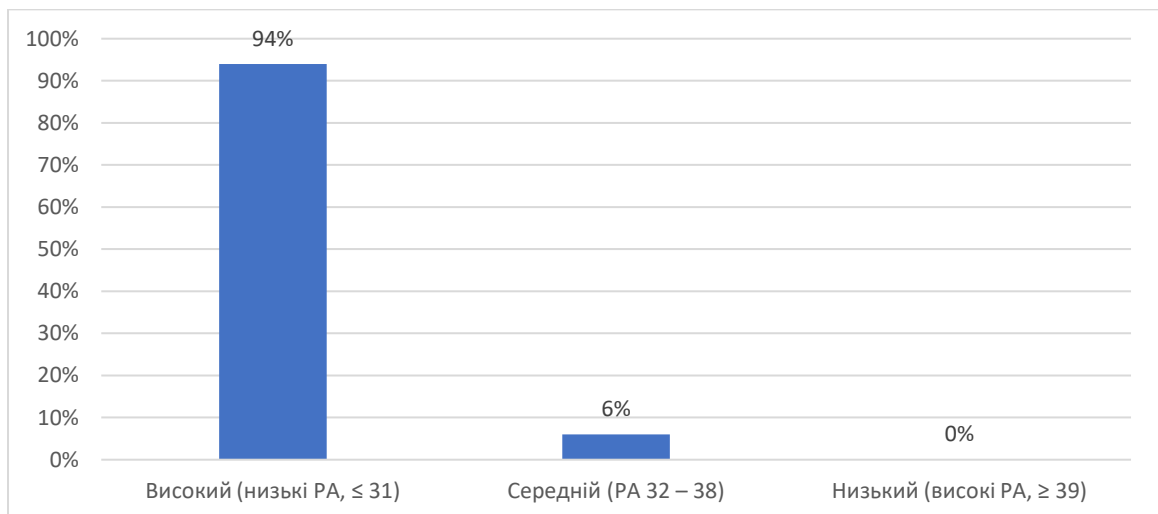


Рис. 2.3. Гістограма розподілу рівнів редукції особистих досягнень (РОД) серед респондентів

Усі три виміри шкал опитувальника Масlach свідчать про переважання високого рівня вигорання в досліджуваній вибірці. Емоційне виснаження виявлено у 66 % опитаних, деперсоналізацію – у 80 %, а редукцію особистих

досягнень – у 94 %. Така сукупність даних вказує на системну проблему професійного вигорання серед населення, що досліджувалося. Рекомендується невідкладно запровадити як індивідуальні, так і організаційні заходи для зниження рівня вигорання, а саме: проведення тренінгів із емоційної регуляції, супервізій, коучингових сесій, а також аналіз робочих процесів з метою зменшення перевантаження та створення підтримуючого середовища.

**Таблиця 2.5. Описова статистика за шкалами опитувальника
«Шкала сприйнятого стресу» (PSS-10) Ш. Коен**

	Мін.	Макс.	Сред.	Стд. Відхл.
Загальний бал PSS-10	4,00	36,00	21,9000	6,71049

На шкалі сприйнятого стресу PSS-10 середній бал 21,9 при максимально можливих 40 свідчить про помірний, ненадто низький, але й не критичний рівень суб'єктивного стресу. Фактичні межі 4–36 показують, що частина учасників відчувається майже без стресу, а інша - відчуває його інтенсивно. Стандартне відхилення 6,71 додатково підтверджує широкий спектр реакцій на стресові фактори серед респондентів.

Для подальшого ілюстрування результатів описової статистики представлено розподіл респондентів за рівнями сприйнятого стресу. У табл. 2.6 показано кількісне та відсоткове співвідношення учасників дослідження в межах категорій «низький», «помірний» та «високий» стрес.

Таблиця 2.6. Класифікація респондентів за рівнями сприйнятого стресу (PSS-10)

Рівень стресу	Діапазон балів	Кількість респондентів	Частка (%)
Низький (Low)	0–13	5	10 %
Помірний (Moderate)	14–26	34	68 %
Високий (High)	27–40	11	22 %
Усього		50	100 %

Дані таблиці відображають, що 68 % респондентів (34 з 50 осіб) належать до категорії «помірний рівень стресу» з балами PSS-10 у межах 14–26, тоді як 22 % (11 осіб) демонструють «високий рівень стресу» (≥ 27 балів). Лише 10 % учасників (5 осіб) мають «низький рівень стресу» (≤ 13 балів). Така концентрація більшості респондентів у межах помірної рівня відповідає отриманій медіані (21) і третьому квартилю (26) у описовій статистиці: центральні тенденції вибірки свідчать про переважання помірної стресового навантаження. Діапазон балів від 4 до 36 підтверджує, що в групі присутні як респонденти з мінімальним, так і зі значно підвищеним ступенем сприйнятого стресу.

Група з високим рівнем стресу становить майже кожен п'яту особу дослідження (22 %). Враховуючи, що на верхній межі балів PSS-10 (зокрема максимум 36) припадають найбільші значення, можна стверджувати про наявність у цих респондентів суттєвого психоемоційного навантаження, яке має високий ризик негативного впливу на загальний функціональний стан і продуктивність. Отже, цю підгрупу слід розглядати як пріоритет для подальших профілактичних або корекційних заходів: індивідуальні консультації або участь у спеціалізованих тренінгах із зниження рівня стресу можуть суттєво сприяти їхньому емоційному розвантаженню й запобігти можливим психосоматичним ускладненням.

Навпаки, лише 10 % респондентів можуть вважатися стресово стійкими, оскільки їхні бали PSS-10 не перевищують 13. Ця невелика, але важлива група демонструє стійкість до зовнішнього впливу стресових факторів і, ймовірно, використовує ефективні стратегії психологічного захисту або має сприятливі соціально-психологічні умови. Вивчення особливостей «низькостресової» підгрупи може дати цінні вказівки для розробки інтервенцій, спрямованих на поширення дієвих копінг-стратегій серед усіх учасників дослідження. Таким чином, отримані результати не лише ілюструють розподіл рівнів сприйнятого стресу в групі, але й окреслюють три ключові цільові підгрупи з різною інтенсивністю емоційного навантаження, що має враховуватися під час

планування подальших досліджень і практичних заходів із психологічного супроводу.

Для кращого наочного зображення результатів за методикою було створено гістограму.

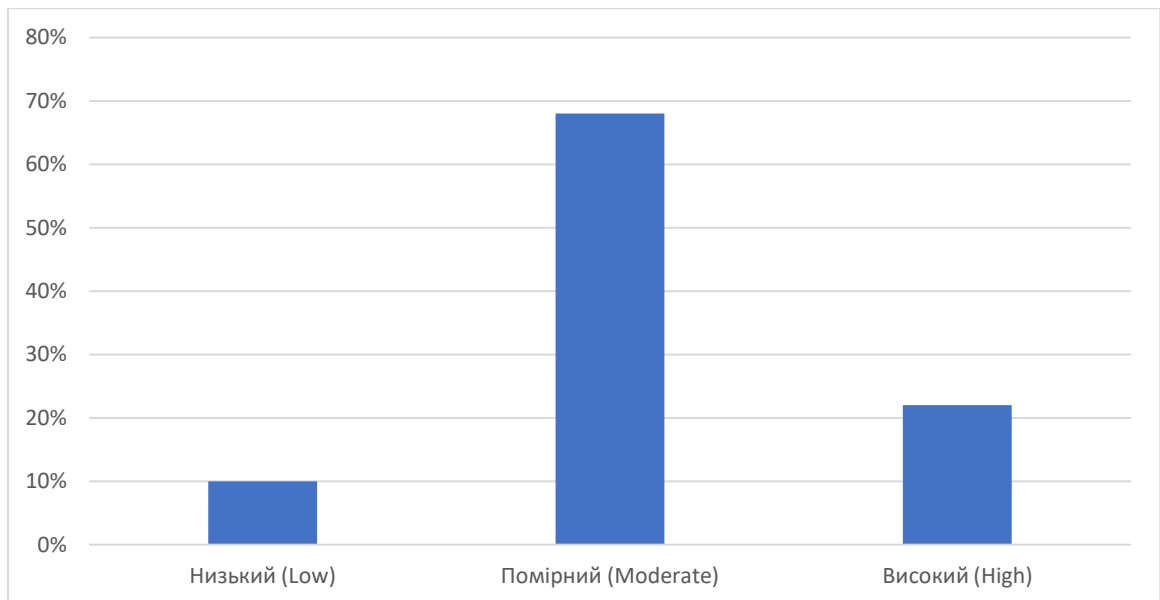


Рис. 2.4. Гістограма розподілу загальних балів PSS-10 серед респондентів

Таблиця 2.7. Описова статистика «Копінг-поведінка в стресових ситуаціях» (CISS) С. Норман, Д. Ендлер, Д. Джеймс, М. Паркер

	Мін.	Макс.	Сред.	Стд. Відхл.
Орієнтація на завдання	16,00	59,00	40,2000	9,00113
Орієнтація на емоції	25,00	65,00	42,1400	10,79684
Орієнтація на уникнення	31,00	72,00	49,8800	8,18819

За опитувальником копінг-поведінки у стресових ситуаціях (CISS) найбільше в групі виражена орієнтація на уникнення: середнє 49,88 із розмахом від 31 до 72 балів і відносно невелике $SD = 8,19$ вказують на те, що ухиляння від проблем є переважною стратегією для більшості учасників. Орієнтація на емоції (середнє 42,14, $SD = 10,80$) та на завдання (середнє 40,2, $SD = 9,00$) трохи

поступаються ухиленню, але все одно демонструють помірно або помірно високі значення. Така комбінація свідчить про те, що в складних ситуаціях респонденти водночас активно переживають емоції та намагаються вирішувати завдання, але найчастіше віддають перевагу дистанціюванню.

Таблиця 2.8. Розподіл респондентів за рівнями орієнтації на завдання (CISS)

Рівень орієнтації на завдання	Кількість респондентів	Частка (%)
Низький (≤ 35)	14	28 %
Середній (36 – 46,74)	23	46 %
Високий ($\geq 46,75$)	13	26 %
Усього	50	100 %

У таблиці 2.8 представлено розподіл 50 респондентів за рівнями шкали «Орієнтація на завдання» (Task-Oriented Coping). Найбільша частка – 46 % – припадає на середній рівень (бали 36–46,74). Це свідчить про те, що майже половина вибірки використовує стратегії, спрямовані на безпосереднє вирішення проблеми, помірковано і системно. 28 % учасників мають низькі показники (≤ 35), що може вказувати на достатньо слабкий розвиток когнітивних або поведінкових навичок планування і контролю над стресовими ситуаціями. Нарешті, 26 % респондентів продемонстрували високий рівень орієнтації на завдання ($\geq 46,75$), тобто активно й цілеспрямовано застосовують адаптивні механізми вирішення проблем. Такий розподіл свідчить про переважання середніх значень, але при цьому чверть вибірки демонструє яскраво виражену поведінку, зорієнтовану саме на продуктивне подолання стресу.

Для кращого наочного зображення результатів за шкалою було створено гістограму.

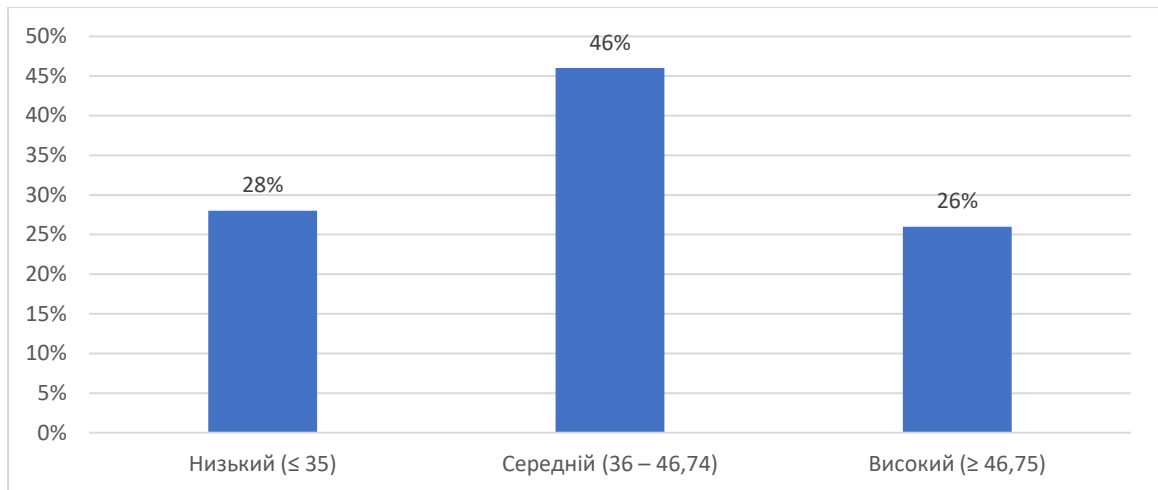


Рис. 2.5. Гістограма розподілу балів за шкалою «Орієнтація на завдання»

Перейдемо до аналізу наступної шкали – «Орієнтація на емоції».

Таблиця 2.9. Розподіл респондентів за рівнями орієнтації на емоції (CISS)

Рівень орієнтації на емоції	Кількість респондентів	Частка (%)
Низький (≤ 34)	15	30 %
Середній (35 – 48,99)	21	42 %
Високий (≥ 49)	14	28 %
Усього	50	100 %

Шкала «Орієнтація на емоції» (Emotion-Oriented Coping) відображає схильність фокусуватися на власних емоційних переживаннях під час стресу. Згідно з таблицею, 42 % учасників потрапляють до середнього сегмента (бали 35–48,99), тобто їхня емоційна реакція поміркована. 30 % респондентів мають низькі значення (≤ 34), що може свідчити про меншу емоційну вразливість або більшу здатність дистанціюватися від внутрішніх переживань. Водночас 28 % учасників демонструють високі рівні (≥ 49), тобто вони відчують сильну емоційну реакцію і також, можуть бути схильні до самозаглиблення або переживання негативних емоцій під час стресових ситуацій. Цей розподіл говорить про те, що в цілому емоційно орієнтовані стратегії помірно виражені, але досить значна частка вибірки все ж активно переживає емоційний дискомфорт.

Для кращого наочного зображення результатів за шкалою було створено гістограму.

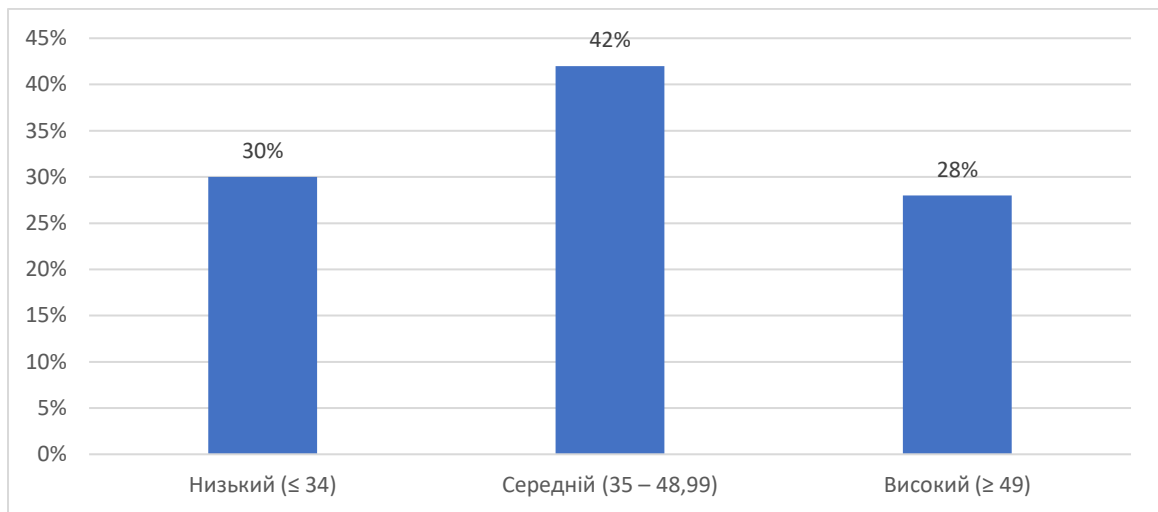


Рис.2.6. Гістограма розподілу балів за шкалою «Орієнтація на емоції»

Наступним кроком проаналізуємо «Орієнтацію на уникнення».

Таблиця 2.10. Розподіл респондентів за рівнями орієнтації на уникнення (CISS)

Рівень орієнтації на уникнення	Кількість респондентів	Частка (%)
Низький (≤ 45)	15	30 %
Середній (46 – 54,99)	20	40 %
Високий (≥ 55)	15	30 %
Усього	50	100 %

Шкала «Орієнтація на уникнення» (Avoidance-Oriented Coping) відображає схильність респондентів ухилятися від вирішення проблем (через переключення на інші активності чи уникання думок). 40 % учасників мають середні бали (46–54,99), що означає помірне застосування унікальних стратегій. При цьому 30 % респондентів продемонстрували низьку орієнтацію на уникнення (≤ 45), тобто віддають перевагу активним або емоційним стратегіям замість уникання. Ще 30 % знаходяться у верхній категорії (≥ 55), що свідчить про виражену схильність уникати вирішення проблем. Загалом, вибірка демонструє збалансований розподіл, але помітна частка респондентів з високою унікальною поведінкою

може вказувати на потенційні труднощі з прямим подоланням стресових ситуацій.

Для кращого наочного зображення результатів за шкалою було створено гістограму.

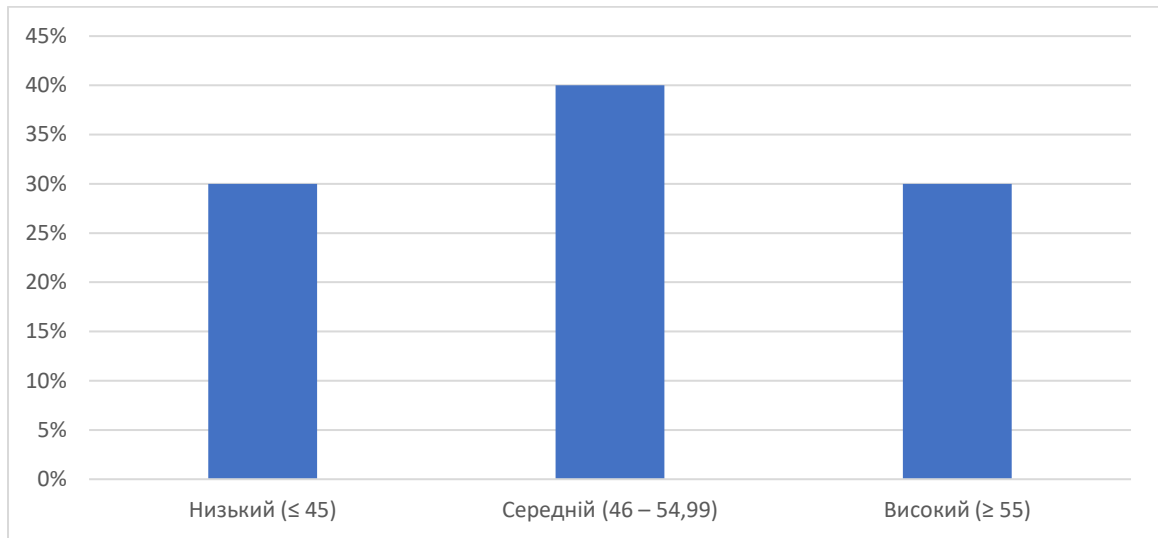


Рис. 2.7. Гістограма розподілу балів за шкалою «Орієнтація на уникнення»

Усі три шкали CISS демонструють, що найбільша кількість респондентів перебуває у середньому діапазоні значень: для «Орієнтації на завдання» це 46 %, для «Орієнтації на емоції» – 42 %, а для «Орієнтації на уникнення» – 40 %. Така картина свідчить про те, що більшість учасників одночасно використовують комбіновані копінгові стратегії: вони помірно застосовують активні дії для вирішення проблем, але не уникають зовсім звернення до емоційного реагування чи ухилення від стресу. Проте паралельно в кожній із трьох шкал присутня невелика, але помітна група респондентів із далеко вираженими крайніми стратегіями. Зокрема, 26 % учасників відзначилися високим рівнем «Орієнтації на завдання», що означає яскраво виражений пріоритет у продуктивному розв'язанні проблем; 28 % респондентів мають високі показники «Орієнтації на емоції», що може свідчити про інтенсивне переживання емоцій і підвищену вразливість під час стресових ситуацій; нарешті, 30 % опитаних здобули високі бали за шкалою «Орієнтація на уникнення», що свідчить про схильність активно

ухилитися від прямого опрацювання труднощів і може знижувати ефективність подолання стресових чинників.

Діагностичний аналіз показав, що в тих респондентів, які демонструють високі значення «Орієнтації на уникнення», часто спостерігаються середні або низькі показники за шкалою «Орієнтація на завдання». Це відображає протилежну спрямованість двох ключових адаптивних механізмів: активного вирішення проблем і поведінкової або мисленнєвої відмови від їх опрацювання. Натомість ті учасники, які належать до групи з високою «Орієнтацією на емоції», можуть перебувати як у середньому діапазоні «Орієнтації на завдання», так і «Орієнтації на уникнення», підкреслюючи індивідуальні особливості емоційного реагування у стресі. Тобто емоційно спрямовані стратегії виявляються незалежними від загальної активності у вирішенні проблем чи прагнення ухилитися від них.

У практичному розрізі отримані дані вказують на важливість адресної роботи з різними групами респондентів. Тим, хто відзначився високою «Орієнтацією на уникнення», доцільно рекомендувати розвиток навичок проактивного планування та побудови чітких алгоритмів дій, а також роботу над емоційною регуляцією задля зменшення ризику хронічного стресового навантаження. Учасникам із високими показниками «Орієнтації на емоції» буде корисно пропонувати тренінги зі стримування інтенсивних емоційних реакцій (наприклад, практики майндфулнес або релаксаційні вправи) для попередження емоційного виснаження. Для групи, яка має високий рівень «Орієнтації на завдання», варто стимулювати обмін досвідом із менш активними у цьому напрямі – таким чином можна створити атмосферу підтримки та взаємонавчання.

Отже, аналіз результатів CISS демонструє, що середня частка респондентів одночасно використовує різні копінгові стратегії, не зосереджуючись виключно на одному способі подолання стресу. Водночас істотна частина молодих людей має виражені крайні схильності: одні активно шукають і застосовують рішення, інші переважно емоційно відгукуються на стрес, а хтось схильний до уникнення. Ці особливості необхідно враховувати при розробці програм психологічної

підтримки та тренінгів із подолання стресу, щоб забезпечити максимально індивідуалізовану й ефективну допомогу.

Таблиця 2.11. Описова статистика «Опитувальника загального психічного стану» (GHQ-28) Д. Голдберг.

	Мін.	Макс.	Сред.	Стд. Відхл.
Тривожність	4,00	21,00	11,9000	4,49603
Депресія	,00	18,00	8,8000	4,51754
Соматичні симптоми	,00	17,00	7,7200	4,39406
Соціальна дисфункція	,00	12,00	3,6200	2,32019

І нарешті, результати GHQ-28 показують, що середні рівні тривоги (11,9 з можливих 21), депресії (8,8 з 21) та соматичних симптомів (7,72 з 21) знаходяться в межах помірного вираження. Соціальна дисфункція, зі середнім лише 3,62 бала, залишається на досить низькому рівні, що свідчить про збереження соціальних зв'язків і функціональності в більшості учасників.

Інтегральний аналіз усіх шкал дозволяє дійти висновку, що в умовах воєнного стану ключовими факторами формування вигорання є підвищений рівень сприйнятого стресу, домінування емоційного та уникаючого копінгу, а також психоемоційні розлади у вигляді тривоги, депресії та соматизації. Ці чинники взаємопов'язані: підвищений стрес активує неадаптивні способи реагування, що, у свою чергу, поглиблює емоційне виснаження і знижує відчуття ефективності. З огляду на це, доцільною є розробка програм психологічної підтримки, що орієнтовані на розвиток адаптивного копінгу, підвищення емоційної обізнаності, ресилієнс-підходів та навчання саморегуляції в умовах стресу.

Таблиця 2.12 Розподіл рівнів тривожності серед респондентів

Рівень тривожності	Кількість респондентів	Частка, %
Низький (≤ 5 балів)	3	6,0 %
Середній (6 – 11 балів)	21	42,0 %
Високий (≥ 12 балів)	26	52,0 %
Усього	50	100,0 %

У табл. 2.12 представлено розподіл респондентів за трьома рівнями тривожності. Лише 3 особи (6,0 %) характеризуються низьким рівнем (≤ 5 балів), що свідчить про мінімальні ознаки занепокоєння та нервового напруження. Користувачі з помірним рівнем (6 – 11 балів) становлять 42,0 % вибірки (21 особа). Найчисленніша група—26 респондентів (52,0 %) — мають високий рівень тривожності (≥ 12 балів), що вказує на виражені емоційні симптоми (постійне відчуття тривоги, напруження, труднощі з концентрацією).

Високий відсоток осіб із підвищеною тривожністю може бути результатом сукупності факторів: соціальних стресорів, підвищеного навантаження на роботі чи навчанні, а також недостатньої стресостійкості. Це вимагає подальшого виявлення тригерів тривоги та, за потреби, розробки програм по роботі зі стресом (наприклад, дихальних вправ, когнітивно-поведінкової терапії).

Для кращого наочного зображення результатів за шкалою було створено гістограму.

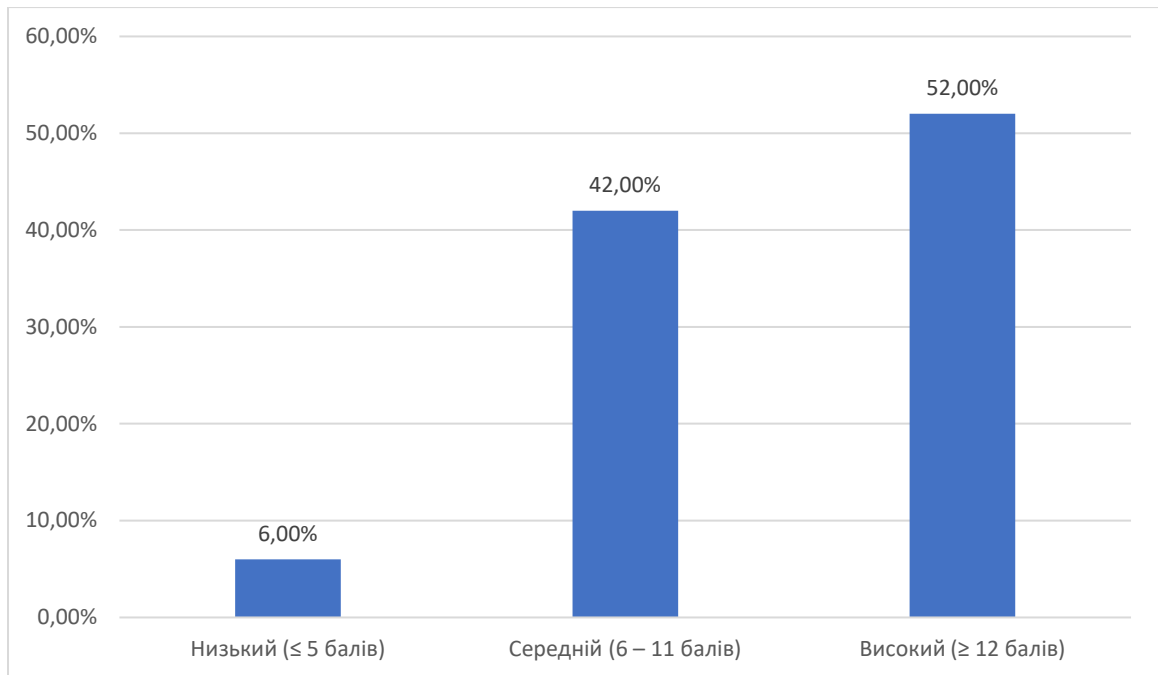


Рис. 2.8. Гістограма розподіл рівнів тривожності серед респондентів

Після аналізу тривожних проявів важливо зрозуміти, як розподіляються депресивні симптоми серед тих самих респондентів.

Таблиця 2.13. Розподіл рівнів депресивних проявів серед респондентів

Рівень депресії	Кількість респондентів	Частка, %
Низький (≤ 5 балів)	15	30,0 %
Середній (6 – 11 балів)	22	44,0 %
Високий (≥ 12 балів)	13	26,0 %
Усього	50	100,0 %

У табл. 2.13 наведено розподіл за шкалою «Депресія». Майже третина вибірки (15 респондентів, 30,0 %) мають низький рівень депресивних проявів (≤ 5 балів), що означає відсутність або мінімальні ознаки пригніченості. 44,0 % (22 особи) демонструють середній рівень (6 – 11 балів), який може виражатися періодичною пригніченістю, зниженням мотивації чи інтересу до діяльності, але без суттєвого порушення функціонування. Високий рівень депресії (≥ 12 балів) виявлено у 13 респондентів (26,0 %): для них характерні стійкі негативні емоції, загальмованість, можливі порушення сну й апетиту.

Варто звернути увагу, що хоча частка високих показників депресії (26 %) менша, ніж у випадку тривожності, понад половина респондентів (54 %) мають щонайменше помірні депресивні прояви. Це може свідчити про когнітивно-афективні зміни, які супроводжують високі рівні тривожності, оскільки часто ці стани перетинаються.

Для кращого наочного зображення результатів за шкалою було створено гістограму.

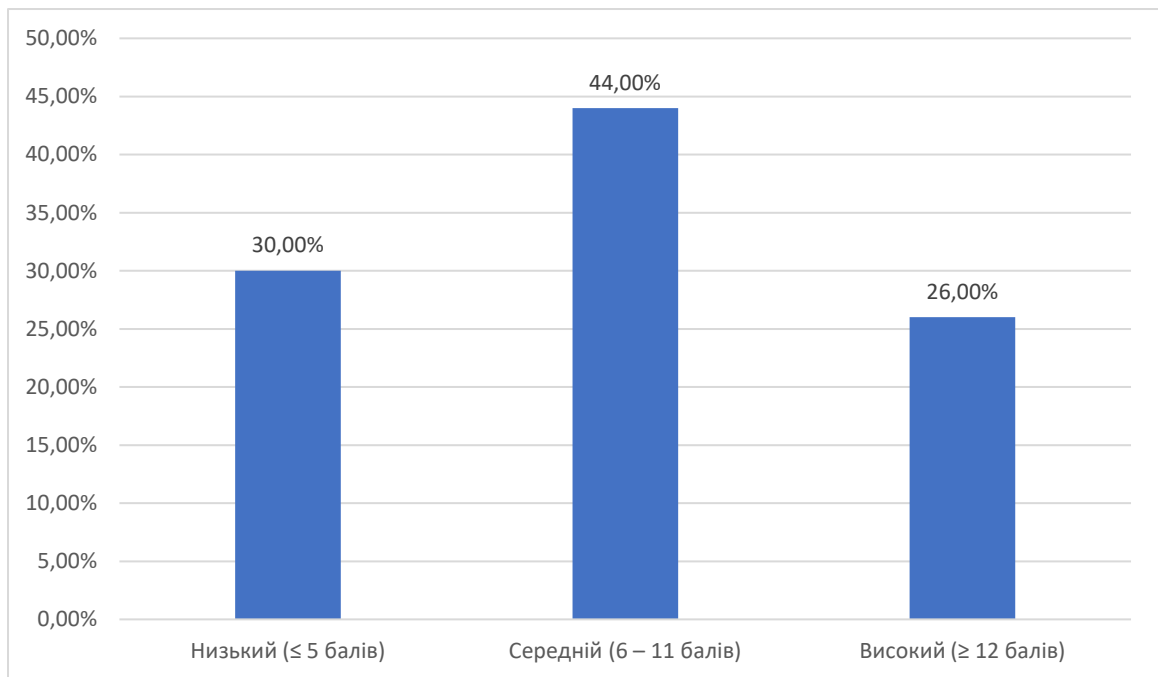


Рис. 2.9. Розподіл рівнів депресивних проявів серед респондентів

Оскільки високі показники тривоги й депресії часто супроводжуються соматичними скаргами, наступним кроком є аналіз саме соматичних симптомів.

Таблиця 2.14. Розподіл рівнів соматичних симптомів серед респондентів

Рівень соматичних симптомів	Кількість респондентів	Частка, %
Низький (≤ 5 балів)	16	32,0 %
Середній (6 – 11 балів)	23	46,0 %
Високий (≥ 12 балів)	11	22,0 %
Усього	50	100,0 %

Як свідчить табл. 2.14 , 32,0 % (16 респондентів) мають низький рівень (≤ 5 балів), тобто у них мінімальні фізичні прояви стресу. Найбільша група (23 особи, 46,0 %) характеризується середнім рівнем (6 – 11 балів), що вказує на помірні соматичні скарги: головний біль, м'язове напруження, порушення сну. Високий рівень (≥ 12 балів) у 11 осіб (22,0 %) означає, що ця частина респондентів відчуває виражені фізичні симптоми, які можуть негативно впливати на їхній загальний стан і потребують медичної або психосоматичної уваги.

Соматичні прояви у більшості вибірки (46 % зі середнім та 22 % із високим рівнем) тісно пов'язані з відчуттями тривожності й депресії: хронічне напруження нервової системи викликає фізіологічні реакції—від головного болю до порушень у роботі вегетативної системи.

Для кращого наочного зображення результатів за шкалою нами було створено гістограму.

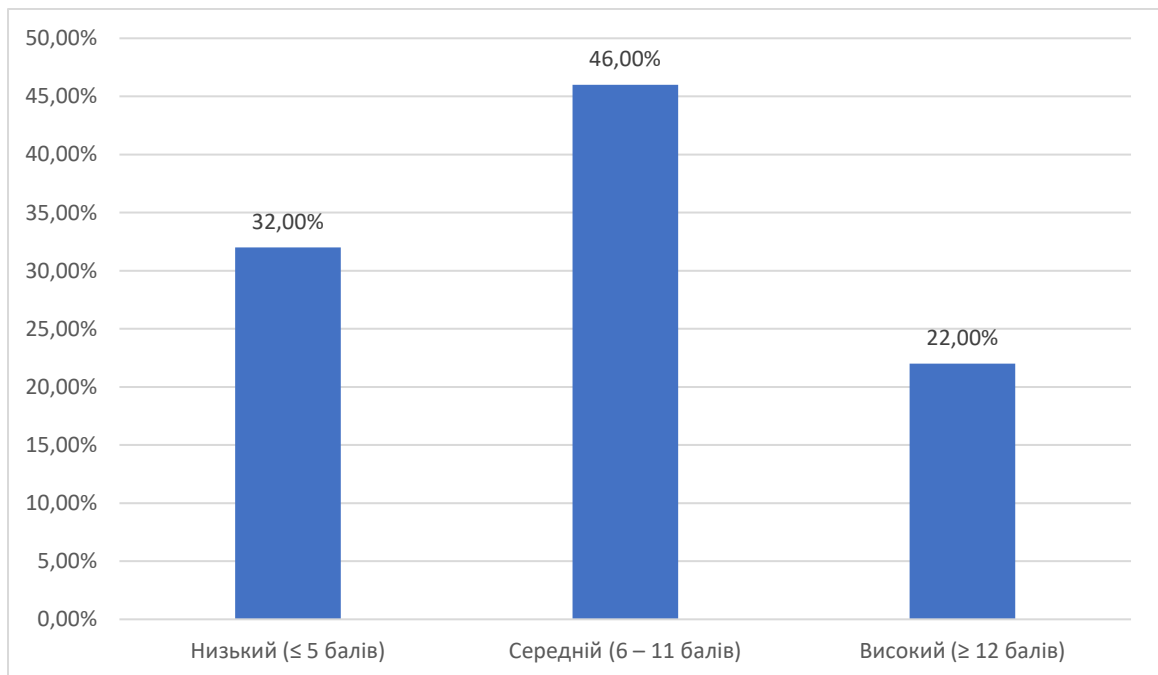


Рис. 2.10. Гістограма розподіл рівнів соматичних симптомів серед респондентів

Незважаючи на високі показники тривоги, депресії та соматичних симптомів, більшість респондентів усе ж зберігають достатню соціальну адаптацію. Це підтверджує аналіз субшкали «Соціальна дисфункція».

Таблиця 2.15. Розподіл рівнів соціальної дисфункції серед респондентів

Рівень соціальної дисфункції	Кількість респондентів	Частка, %
Низький (≤ 5 балів)	43	86,0 %
Середній (6 – 11 балів)	6	12,0 %
Високий (≥ 12 балів)	1	2,0 %
Усього	50	100,0 %

Табл. 2.15 показує, що 43 респонденти (86,0 %) мають низький рівень соціальної дисфункції (≤ 5 балів), тобто переважна більшість не відчуває значущих труднощів у міжособистісній взаємодії. 6 осіб (12,0 %) перебувають на середньому рівні (6 – 11 балів), коли соціальна дисфункція може проявлятися у вигляді епізодів невпевненості чи легкого дискомфорту у спілкуванні. Лише 1 респондент (2,0 %) має високий рівень (≥ 12 балів), що свідчить про суттєві проблеми у соціальній адаптації: можливу ізоляцію, брак соціальної підтримки чи страх перед соціальними ситуаціями.

Така висока частка низьких показників (86 %) означає, що попри достатньо виражені внутрішні симптоми (тривога, депресія, соматика), соціальні навички та адаптивні механізми більшості учасників лишаються на достатньому рівні. Це може бути результатом наявності соціальної підтримки або вродженої здатності до ефективного спілкування.

Для кращого наочного зображення результатів за шкалою нами було створено гістограму.

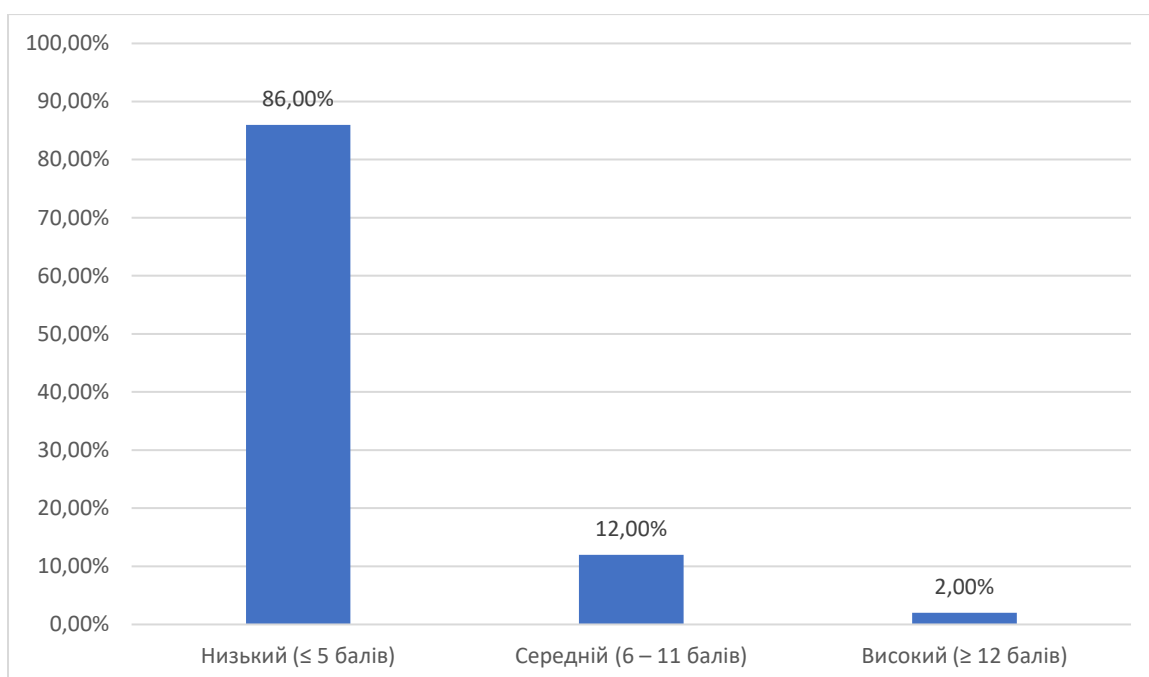


Рис. 2.11. Гістограма розподіл рівнів соціальної дисфункції серед респондентів

Для поглибленого розуміння психологічного стану учасників дослідження було проведено кореляційний аналіз, який дозволяє визначити, наскільки тісно пов'язані між собою основні показники – рівень професійного вигорання (за шкалами опитувальника Масlach), сприйнятий стрес (PSS-10), копінг-поведінка у стресових ситуаціях (CISS) та загальний психічний стан (GHQ-28). Такий підхід дозволяє виявити не лише прямі зв'язки між окремими психоемоційними характеристиками, але й оцінити потенційні захисні або ризиковані чинники в структурі психологічного реагування на стрес.

Кореляції обчислювались за коефіцієнтом Пірсона, що дозволяє виявити лінійні зв'язки між інтервальними змінними. Отримані результати наведені у таблиці нижче та інтерпретуються у контексті загальних тенденцій і психологічного змісту кожної шкали.

Таблиця 2.16 Кореляційна матриця Пірсона між показниками

	Емоційне виснаження	Деперсоналізація	Редукція особистих досягнень	PSS-10	Орієнтація на завдання	Орієнтація на емоції	Орієнтація на уникнення	Тривожність	Депресія	Соматичні симптоми
Деперсоналізація	0,929	1,000	—	—	—	—	—	—	—	—
Редукція особистих досягнень	0,516	0,542	1,000	—	—	—	—	—	—	—
PSS-10	0,667	0,659	0,487	1,000	—	—	—	—	—	—
Орієнтація на завдання	-0,486	-0,604	-0,253	-0,464	1,000	—	—	—	—	—
Орієнтація на емоції	0,383	0,381	0,293	0,481	-0,647	1,000	—	—	—	—
Орієнтація на уникнення	0,432	0,413	0,309	0,417	-0,267	0,206	1,000	—	—	—
Тривожність	0,603	0,590	0,385	0,843	-0,464	0,480	0,456	1,000	—	—
Депресія	0,487	0,487	0,260	0,689	-0,343	0,295	0,448	0,689	1,000	—
Соматичні симптоми	0,440	0,422	0,457	0,659	-0,099	0,230	0,278	0,658	0,591	1,000
Соціальна дисфункція	0,254	0,304	0,230	0,321	-0,175	0,024	0,117	0,321	0,459	0,321

У наведеній матриці Пірсона відображено силу та напрямок лінійних зв'язків між одинадцятьма показниками психічного здоров'я та поведінкових стратегій 50 респондентів. Найпомітнішою є дуже висока кореляція між субшкалами опитувальника вигорання Масlach: емоційне виснаження й деперсоналізація демонструють $r = 0,93$, що свідчить про тісний співвипад

координати відчуття емоційного виснаження й психологічного відчуження від своєї роботи. Обидві ці шкали також істотно пов'язані із загальним рівнем сприйнятого стресу ($r \approx 0,66$), підтверджуючи, що високий стрес посилює симптоматику вигорання.

Редукція особистих досягнень демонструє помірні кореляції з емоційним виснаженням і деперсоналізацією ($r \approx 0,52$ – $0,54$) та зі стресом ($r = 0,49$), що вказує на спільну дисперсію між зниженням самооцінки професійної ефективності та загальним рівнем напруженості.

Серед стратегій копіngu найявнішим захисним фактором є орієнтація на завдання: вона негативно корелює з деперсоналізацією ($r = -0,60$) та емоційним виснаженням ($r = -0,49$), а також зі стресом ($r = -0,46$), ілюструючи, що активні, цілеспрямовані способи подолання труднощів можуть знизити ризик вигорання та надмірного стресу. Водночас орієнтація на емоції й уникнення демонструють помірні позитивні кореляції зі стресом ($r \approx 0,48$ та $0,42$ відповідно) і з проявами тривоги ($r \approx 0,48$ та $0,45$), свідчаючи про меншу ефективність цих стратегій у редукції емоційного навантаження.

Загальний бал PSS-10 найтісніше пов'язаний із тривожністю ($r = 0,84$), а також має значущі зв'язки з депресією ($r = 0,69$) і соматичними симптомами ($r = 0,66$). Це підтверджує конвергентну валідність шкали сприйнятого стресу стосовно різних аспектів психічного та фізичного стану.

Таким чином, аналіз матриці демонструє, що високий рівень сприйнятого стресу асоціюється з посиленням симптомів вигорання, тривожності, депресивних проявів та соматичних скарг, тоді як активна орієнтація на завдання виступає значущим буфером проти цих негативних наслідків.

Проведений комплексний аналіз показав, що в умовах воєнного стану ключовими детермінантами професійного вигорання виступають високий рівень сприйнятого стресу, інтенсифікація емоційних і унікальних копінг-стратегій та підвищена тривожність із супутніми соматичними та депресивними симптомами. Значущі позитивні кореляції між PSS-10 і субшкалами MBI ($r \approx 0,66$) демонструють, що вища напруга призводить до сильнішого емоційного

виснаження та деперсоналізації. Одночасно статично значущий захисний ефект орієнтації на завдання (r з EE = $-0,49$; з деперсоналізацією = $-0,60$; з PSS-10 = $-0,46$) підтверджує доцільність активного, цілеспрямованого підходу до подолання стресу. Водночас ухилення та інтенсивне емоційне реагування мають лише помірний зв'язок зі зростанням симптомів, що вказує на їхню меншу ефективність. Отже, для зниження ризику вигорання в екстремальних обставинах слід фокусуватися на розвитку адаптивного копіngu, зокрема підвищенні мотивації до вирішення задач та навичок самоконтролю, а також системній роботі з емоційною регуляцією та ресилієнсом. Такий підхід дозволить пом'якшити негативний вплив хронічного стресу та зберегти професійну ефективність і психологічне благополуччя фахівців.

Кореляційний аналіз у психологічних дослідженнях дає змогу не лише оцінити зв'язки між окремими змінними, а й виявити цілісні структури взаємозалежностей, що формують так звані кореляційні плеяди. У межах кожної плеяди визначається центральний показник, навколо якого об'єднуються найбільш пов'язані з ним змінні, що разом формують стійку конфігурацію психофізіологічних або поведінкових проявів. Такий підхід дозволяє більш глибоко осмислити механізми стресу, вигорання та адаптації, а також виявити точки докладання психотерапевтичних і профілактичних втручань.

У представленому дослідженні було сформовано чотири основні кореляційні плеяди. Перша з них - плеяда психофізіологічних проявів стресу - окреслює ключові симптоми, що виникають на тлі підвищеного рівня сприйнятого стресу (PSS-10), і демонструє тісний взаємозв'язок із тривожністю, емоційним виснаженням, депресією та соматичними скаргами. Друга плеяда - емоційного виснаження - виявляє внутрішній зв'язок між симптомами вигорання, включно з деперсоналізацією, тривожністю та соматичними і депресивними проявами. У третій плейді - соціальної дисфункції - простежується вплив порушених соціальних зв'язків на психоемоційний стан особистості, зокрема депресію, вигорання та соматизацію. Нарешті, четверта плеяда - орієнтації на завдання - демонструє потужний захисний потенціал цієї копіng-

стратегії, яка асоціюється зі зниженням рівня стресу, тривожності, вигорання та депресивних симптомів.

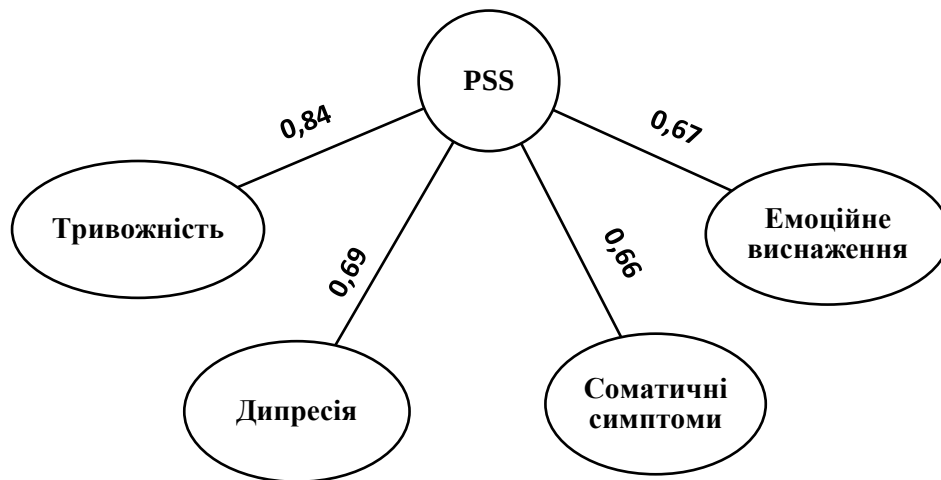


Рис.2.12. Кореляційна плеяда психофізіологічних проявів стресу

У центрі цієї плеяди розташовано показник PSS-10, який відображає суб'єктивний рівень сприйнятого стресу. Він тісно пов'язаний із чотирма іншими показниками: тривожністю ($r \approx 0.84$), емоційним виснаженням ($r \approx 0.67$), депресією ($r \approx 0.69$) та соматичними симптомами ($r \approx 0.66$). Найміцніший кореляційний зв'язок із тривожністю вказує на те, що підвищений рівень стресу в першу чергу проявляється як інтенсивні тривожні реакції. Разом із тим стрес активно стимулює емоційне виснаження - ознака вигорання, що з часом наростає, а також сприяє розвитку депресивних симптомів і соматичних скарг. У тканині цієї плеяди PSS-10 виступає рушійною силою: саме воно «запалює» ланцюжок психологічних і фізіологічних реакцій. З практичної точки зору така структура дає змогу вибудувати інтервенції, спрямовані перш за все на зниження тривожності та опанування технік регуляції стресу, що одночасно блокуватиме розвиток депресії, зменшуватиме соматичні прояви та відтягуватиме настання вигорання.



Рис.2.13. Кореляційна плеяда емоційного виснаження та пов'язаних симптомів

У центрі цієї плеяди розташований показник «Емоційне виснаження», який демонструє тісні кореляційні зв'язки з чотирма ключовими показниками: тривожністю ($r \approx 0,60$), деперсоналізацією ($r \approx 0,93$), соматичними симптомами ($r \approx 0,44$) та депресією ($r \approx 0,49$). Найсильніший місток із деперсоналізацією вказує на те, що відчуття емоційної порожнечі та відстороненості тісно пов'язані із загальним вигоранням - людина не лише відчуває втому, а й дистанціюється від соціального середовища. Висока кореляція з тривожністю свідчить про те, що разом із емоційним вигоранням нарастають і стресові реакції тривожного характеру, а помірніші, але значущі зв'язки з депресивними та соматичними проявами вказують на лавиноподібне наростання психосоматичних скарг. Загалом ця плеяда окреслює єдиний «пучок» симптомів, у якому емоційне виснаження виступає ядром: його зменшення автоматично послабить тривожні, депресивні та фізіологічні реакції, а також сприятиме зниженню відчуття дистанції й відчуження. Такий висновок дозволяє орієнтувати психотерапевтичні та профілактичні заходи саме на зниження рівня емоційного виснаження.



Рис.2.14. Кореляційна плеяда психосоціальні наслідки соціальної дисфункції

У цій кореляційній плеяді центральний показник - соціальна дисфункція - має найміцніші зв'язки з депресивними симптомами ($r = 0,459$), що свідчить про те, що зростання порушень соціальної взаємодії тісно пов'язане з пригніченим настроєм, втратою інтересу та зниженням самооцінки. На другому місці за силою кореляції перебувають соматичні симптоми ($r = 0,321$), що вказує на асоціацію соціальної дисфункції із тілесними проявами стресу - головними болями, порушенням сну та хронічною втомою.

Помірні зв'язки виявлені також із двома компонентами синдрому емоційного вигорання: деперсоналізацією ($r = 0,304$) та емоційним виснаженням ($r = 0,254$), що може свідчити про дефіцит соціальної підтримки та «відстороненість» від оточення в умовах соціальної ізоляції. Кореляція з редукцією особистих досягнень ($r = 0,230$) підкреслює, що люди з вищим рівнем

соціальної дисфункції відчують зниження ефективності та власної цінності в досягненні поставлених цілей.

Слабкіші, але позитивні зв'язки зафіксовано з орієнтацією на уникнення ($r = 0,117$), що вказує на деяку схильність до пасивних стратегій копіngu, і майже відсутні - з орієнтацією на емоції ($r = 0,024$), тобто емоційне регулювання не пов'язане із соціальною дисфункцією. Натомість орієнтація на завдання має слабку негативну кореляцію ($r = -0,175$), що говорить про те, що люди з високою соціальною дисфункцією менш схильні до активного пошуку вирішення проблем.

В цілому, отримані дані свідчать про те, що соціальна дисфункція найсильніше сприяє розвитку депресії та соматизації, помірно посилює тривожність і загальний стрес, а також пов'язана з емоційним вигоранням. Клінічно це означає, що інтервенції, спрямовані на відновлення соціальних зв'язків (групова терапія, тренінги соціальних навичок), можуть водночас знизити депресивні, тривожні та соматичні симптоми, а також зменшити прояви вигорання. Паралельно корисно розвивати в клієнтів проактивні стратегії копіngu з акцентом на орієнтацію на завдання, що дозволить їм більш ефективно протистояти негативним наслідкам соціальної дисфункції.

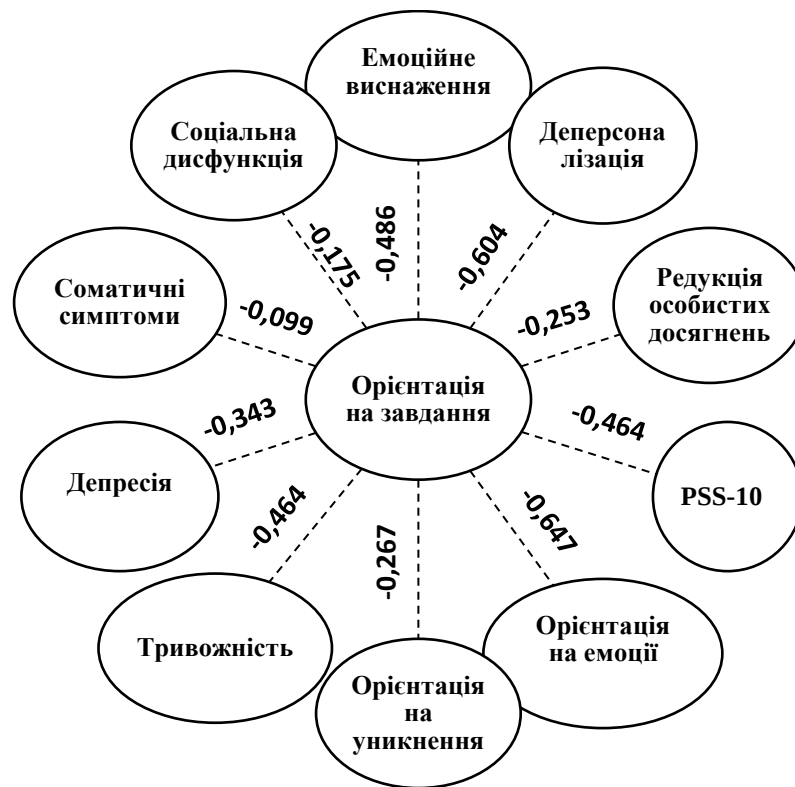


Рис.2.15. Кореляційна плеяда адаптивний профіль орієнтації на завдання

У цій кореляційній плеяді центральною є орієнтація на завдання як захисна копінг-стратегія, протистресовий механізм, що демонструє виражений негативний зв'язок із широким спектром психологічних проявів. Найміцніше вона пов'язана з емоційною регуляцією ($r = -0,647$): чим сильніше людина налаштована на активне вирішення проблем, тим менше в неї потреби «проживати» емоції й ефекту втрати емоційного контролю. Також помітно знижується рівень деперсоналізації ($r = -0,604$) та емоційного виснаження ($r = -0,486$), що свідчить про здатність проактивної діяльності запобігати «відстороненості» від інших людей і зменшувати емоційну втому. Аналіз кореляцій із загальним рівнем стресу (PSS-10) та тривожністю (обидва $r = -0,464$) підтверджує: фокус на конкретних завданнях і пошук шляхів їх розв'язання допомагає знизити відчуття напруги та занепокоєння.

Орієнтація на завдання також захищає від депресивних симптомів ($r = -0,343$), підтримуючи оптимістичну установку та віру у власні сили, а слабші негативні кореляції з редукцією особистих досягнень ($r = -0,253$) і орієнтацією

на уникнення ($r = -0,267$) свідчать, що вона сприяє збереженню ефективності й водночас зменшує вдавання до пасивних копінг-стратегій. Натомість взаємозв'язки з соціальною дисфункцією ($r = -0,175$) і соматичними симптомами ($r = -0,099$) виявилися досить слабкими, що свідчить про те, що орієнтація на завдання найменше впливає на соціальну взаємодію та фізичні прояви стресу.

Отже, ця плеяда демонструє: спрямованість на вирішення конкретних завдань є однією з наймогутніших адаптивних стратегій, здатних зменшувати вигорання, стрес, тривожність і депресію. Відповідно, програми психотерапії й тренінги з розвитку копінг-навичок мають акцентувати увагу саме на формуванні цих проактивних моделей поведінки як ключового чинника зміцнення психологічного здоров'я.

Аналіз чотирьох кореляційних плеяд дає змогу зробити висновок, що психологічний дистрес, пов'язаний зі стресом, вигоранням і соціальною дезадаптацією, має чітко окреслену структуру взаємозв'язків. Найбільш потужним тригером негативних реакцій є суб'єктивно сприйнятий стрес (PSS-10), що ініціює ланцюг тривожних, депресивних та соматичних реакцій. Емоційне виснаження, у свою чергу, виступає ядром професійного вигорання, яке розвивається паралельно з деперсоналізацією та психосоматичними проявами. Соціальна дисфункція формує окремий комплекс психосоціального неблагополуччя, тісно пов'язаний з депресією та зниженням адаптивності.

Водночас результати показують, що орієнтація на завдання є найефективнішою адаптивною стратегією, яка значно знижує рівень стресу, вигорання, тривоги та депресії. Цей чинник має високий потенціал у превентивних та психокорекційних програмах, спрямованих на підтримку психічного здоров'я. З практичної точки зору, інтервенції повинні бути багаторівневими: з одного боку - знижувати рівень суб'єктивного стресу та тривожності, з іншого - підтримувати соціальні зв'язки та активізувати адаптивні копінг-стратегії. Такий комплексний підхід забезпечить більш стійке відновлення психологічного балансу та підвищить загальну стресостійкість особистості.

2.4. Розробка рекомендацій щодо профілактики та корекції емоційного вигорання

У світлі виявлених взаємозв'язків між стресом, неадаптивними копінг-стратегіями та вигоранням, а також з урахуванням воєнного контексту, доцільно розгорнути багаторівневу систему заходів, що забезпечить не лише короточасне зниження симптомів, але й формує стійкі навички протистояння хронічному психоемоційному тиску. Нижче подано детальний опис рекомендацій на індивідуальному, груповому та організаційному рівнях із зазначенням конкретних методів, термінів та показників ефективності.

Індивідуальний рівень профілактики і корекції

1. Розвиток навичок саморегуляції та усвідомленості

Цей напрямок передбачає формування в особистості здатності самостійно керувати своїм емоційним станом, рівнем напруги та внутрішньою реакцією на зовнішні подразники.

Практичні методи:

- Дихальні вправи (наприклад, техніка “4-7-8” або діафрагмальне дихання) для швидкої стабілізації в умовах стресу.
- Прогресивна м'язова релаксація за Е. Джекобсоном (E. Jacobson) – поступове напруження та розслаблення різних груп м'язів для зниження фізіологічного напруження.
- Медитативні практики (майндфулнес): короткі 5–10-хвилинні вправи щодня сприяють розвитку усвідомленості, стабільності уваги та зниженню реактивності на стресори.

Очікуваний ефект: зниження проявів тривожності та соматичних симптомів, покращення концентрації уваги, підвищення здатності «зупинятись» у моменті.

2. Формування проактивного копіngu та ефективного тайм-менеджменту

Підвищення ефективності розв'язання проблем і зменшення відчуття безпорадності за рахунок чіткої організації діяльності та самостійного прийняття рішень.

Інструменти:

- SMART-цілі – постановка конкретних, вимірюваних, досяжних, релевантних та обмежених у часі завдань.
- Матриця Ейзенхауера (Eisenhower) – навичка розрізнення термінових та важливих справ, уникнення перевантаження.
- Техніка Pomodoro – короткі робочі сесії з перервами (25/5 хв) для уникнення емоційного перенапруження.

Результат: зменшення загальної напруги через відчуття контролю над ситуацією, зміцнення почуття самоефективності.

3. Емоційна обізнаність і саморефлексія

Спрямована на розпізнавання, вербалізацію та управління власними емоційними станами.

Методи:

- Ведення емоційного щоденника: запис ситуацій, що викликають емоції, та реакцій на них.
- Щоденник “3 хороші події” – практика щоденної вдячності, яка покращує загальний емоційний фон.
- Карта емоцій Плутчика (Robert Plutchik) – візуальна техніка для ідентифікації складних почуттів.

Очікуваний ефект: підвищення емоційної компетентності, зниження частоти імпульсивних реакцій.

4. Психологічне консультування

Надання кваліфікованої допомоги психолога або психотерапевта.

Формати:

- Короткотривала підтримка (4–6 зустрічей): кризове втручання, навчання технікам самодопомоги.

- Довготривала робота: глибока корекція деструктивних копінг-стратегій, травматичного досвіду.

Переваги: індивідуальний підхід, можливість адресувати особистісні виклики та внутрішні конфлікти.

Груповий (міжколективний) рівень

1. Супервізійна підтримка (професійна рефлексія)

Створення безпечного простору для обміну досвідом, колективного аналізу складних робочих ситуацій.

Формат: супервізійні групи по 5–8 осіб, зустрічі кожні 2–3 тижні.

Етапи сесії:

1. Відкриття і психологічна розминка.
2. Обговорення актуальної теми або кейсу.
3. Зворотний зв'язок та фіксація нових підходів.

Результат: зменшення професійної ізоляції, підвищення самооцінки й ефективності.

2. Психоосвітні тренінги та воркшопи

Підвищення психологічної грамотності, розвиток стресостійкості.

Приклади тем:

- «Емоційне вигорання: як розпізнати і впоратись»
- «Копінг-стратегії: ефективні і неефективні»
- «Психологічна гігієна в умовах хронічного стресу»

Методи: рольові ігри, моделювання ситуацій, обговорення практичних кейсів.

Очікуваний ефект: формування психологічної культури, підвищення усвідомленості.

4. Програми взаємопідтримки (peer-to-peer)

Ініціативи, коли працівники стають джерелом підтримки одне для одного.

Форми:

- Психоемоційні “напарники” – обрання колеги, з яким ведеться регулярна взаємопідтримка.
- Групи швидкого реагування – мікрогрупи на випадок кризових ситуацій.
- Кава-бесіди про стан – неформальні розмови про самопочуття та емоції.

Організаційно-адміністративний рівень

1. Управління навантаженням і режимом роботи

- Встановлення чітких обмежень щодо робочого часу (вихід із корпоративних чатів після 18:00).
- Чергування інтенсивних та легших змін; забезпечення щотижневого “вікна тиші” – час без зборів і термінових задач.
- Запровадження політики "перерви кожні 90 хвилин" (психофізіологічна гігієна праці).

2. Освіта і підтримка з боку керівництва

- Тренінги для менеджерів щодо виявлення ознак вигорання, підтримки співробітників, ненасильницького спілкування.
- Створення ролі "ментора з психічного добробуту" в кожному відділі.
- Регулярні 1:1 зустрічі керівника з кожним членом команди для виявлення емоційного стану.

3. Фізичний і цифровий простір для відновлення

- Створення “кімнат релаксації”: комфортні зони з музикою, ароматерапією, арт-терапевтичними інструментами.
- Доступ до цифрової платформи з вправами на релаксацію, тестами для самоперевірки, короткими лекціями.
- Забезпечення корпоративного доступу до мобільних додатків (наприклад, Headspace, Breathwrk).

4. Системний моніторинг та оцінка ефективності програм

- Щоквартальний моніторинг рівнів вигорання (MBI), стресу (PSS-10) та психоемоційного стану (GHQ-28).
- Запровадження анонімної онлайн-форми зворотного зв'язку щодо змін у самопочутті та ефективності заходів.

Запропонована програма профілактики та корекції емоційного вигорання, структурована на трьох взаємопов'язаних рівнях, враховує не лише фактори ризику, виявлені під час дослідження, а й актуальні виклики воєнного часу. Вона поєднує сучасні підходи психопрофілактики, практики самодопомоги, колективної підтримки та організаційної культури піклування, що сприяє збереженню професійної ефективності та психічного здоров'я в кризових умовах.

Впровадження такого комплексного підходу дозволить значно зменшити ризики емоційного вигорання серед фахівців, зберегти їхню професійну ефективність і сприяти довготривалому психологічному благополуччю.

Висновки до Розділу 2

У розділі 2 було обґрунтовано комплексний підхід до вивчення емоційного вигорання працівників ризиконебезпечних професій в умовах воєнного стану, поєднавши адаптовані українські версії чотирьох валідованих інструментів (MBI, PSS-10, CISS, GHQ-28) із напівструктурованими інтерв'ю. Опитувальник вигорання Маслач дозволив виявити три ключові компоненти вигорання – емоційне виснаження, деперсоналізацію та зниження почуття власних досягнень, PSS-10 оцінює суб'єктивний рівень стресу, CISS демонструє домінуючі копінг-стратегії в стресових ситуаціях, а GHQ-28 розкриває супутні психоемоційні симптоми. Стратифікована вибірка (50 медичних працівників) і суворе дотримання етичних норм гарантують репрезентативність і достовірність даних.

Описова статистика засвідчила широке розмаїття індивідуальних показників: від мінімальних до критично високих значень за шкалами вигорання та стресу. Кореляційний аналіз показав надзвичайно сильний зв'язок між емоційним виснаженням і деперсоналізацією ($r = 0,93$), помірну асоціацію вигорання зі сприйнятим стресом ($r \approx 0,66$) та надійний захисний ефект проактивної орієнтації на завдання (r із емоційним виснаженням $\approx -0,49$; із PSS-10 $\approx -0,46$). Водночас стилі уникнення та емоційної орієнтації були пов'язані зі зростанням симптомів стресу й вигорання, а значущі кореляції PSS-10 із тривожністю ($r = 0,84$), депресією ($r = 0,69$) і соматичними проявами ($r = 0,66$) підтвердили конвергентну валідність методики.

Ці результати підкреслюють необхідність розробки багатовекторної системи профілактики та корекції емоційного вигорання, що враховує як індивідуальні стратегії саморегуляції та проактивного копіngu, так і створення сприятливого соціального та організаційного середовища. У висновку до розділу 2 зазначено, що для зниження ризику вигорання в умовах хронічного стресу слід фокусуватися на розвитку навичок усвідомленості, ефективного тайм-менеджменту та емоційної обізнаності, інтегрувати регулярні супервізії й реер-to-реер підтримку, а також оптимізувати режим роботи й посилити роль керівництва у моніторингу добробуту співробітників.

ВИСНОВКИ

У рамках виконання завдань дипломної роботи було досліджено особливості емоційного вигорання працівників ризиконебезпечних професій в умовах воєнного стану.

1. Класичні моделі (тріадна модель Масlach–Джексон, JD-R, COR) підтвердили важливість балансу «вимоги–ресурси», але у воєнних реаліях доцільно застосовувати інтегративні підходи. Біопсихосоціальна концепція ілюструє, як хронічна активація НРА-вісі (підвищений кортизол) призводить до соматичних проблем і знижує когнітивні та мотиваційні ресурси. Мультифакторні моделі, які суміщають особистісні (перфекціонізм, низька стресостійкість), організаційні (нестача кадрів, невизначеність ролей) та соціокультурні (стигма звернення по допомогу) чинники, дають змогу розглядати вигорання як складний, динамічний процес.

2. Медики екстрених служб, військові, рятувальники, поліцейські, соціальні працівники й педагоги, особливо в прифронтових регіонах виконують надскладні завдання (евакуація під обстрілами, розмінування, патрулювання тощо) за одночасної реальної загрози життю. Дефіцит відпочинку, обмежений доступ до психологічної підтримки та інформаційне перенасичення підсилюють вторинну травматизацію і збільшують порушення сну, що сприяє хронічному стресу й унеможливлює відновлення ресурсів.

3. Психологічні детермінанти вигорання. Стійка тенденція до самоутримання («якщо я відпочину – постраждає команда»), перфекціонізм, емоційна вразливість і низька толерантність до фрустрації в поєднанні з відсутністю підтримки та авторитарним стилем управління створюють ідеальне середовище для виснаження. Щоденний контакт із травмованими людьми й прийняття рішень, які впливають на життя інших, поглиблюють вторинну травматизацію. Позмінна робота й нічні чергування не дають відновитися, тому тривала активація НРА-вісі підвищує кортизол, спричиняє безсоння, ослаблення імунітету та знижує когнітивну продуктивність. Цей «стрес → виснаження →

погіршення функціонування → новий стрес» є ключовим механізмом швидкого розвитку вигорання.

4. Емпіричне дослідження (50 медпрацівників). За MBI 66 % респондентів мають високий рівень емоційного виснаження, 80 % – деперсоналізації, 94 % – зниження особистих досягнень. За PSS-10 68 % учасників відчувають помірний стрес, 22 % – високий, 10 % – низький. За CISS 26 % демонструють виражену орієнтацію на завдання, 28 % – на емоції, 30 % – на уникнення. Опитувальник GHQ-28 показує, що у 52% учасників високий рівень тривожності, 44% – середній рівень депресії, у 46% – середній рівень соматичних симптомів. Кореляції Пірсона: PSS-10 міцно пов'язаний з тривожністю ($r \approx 0,84$), емоційним виснаженням ($r \approx 0,67$), депресією ($r \approx 0,69$) і соматикою ($r \approx 0,66$). Емоційне виснаження та деперсоналізація дуже тісно корелюють між собою ($r \approx 0,93$). Орієнтація на завдання негативно корелює з емоційним виснаженням ($r \approx -0,49$), деперсоналізацією ($r \approx -0,60$), PSS-10 ($r \approx -0,46$) і тривожністю ($r \approx -0,46$), а орієнтації на емоції й уникнення мають помірно позитивні зв'язки зі стресом і тривожністю. Соціальна дисфункція міцно пов'язана з депресією ($r \approx 0,46$) та соматикою ($r \approx 0,32$). Таким чином, вища напруга активує емоційне виснаження та деперсоналізацію, а проактивний копінг (орієнтація на завдання) захищає від вигорання.

5. Практичні рекомендації. Індивідуальний рівень: техніки саморегуляції (діафрагмальне дихання, «4-7-8», прогресивна релаксація, майндфулнес 5–10 хв щодня); тайм-менеджмент (SMART-цілі, матриця Ейзенхауера) для відчуття контролю; емоційна усвідомленість (ведення емоційного щоденника, карта емоцій Плутчика, щоденник вдячності); психологічні консультації (4–6 сеансів кризової підтримки, за потреби довгострокова терапія) для корекції дисфункціональних переконань і травматичного досвіду. Груповий рівень: супервізійні групи (5–8 осіб, 2–3 тижні) для обміну досвідом і зниження деперсоналізації; психоосвітні тренінги з тем «Емоційне вигорання», «Копінг-стратегії подолання стресу», «Психогігієна» (рольові ігри, моделювання кейсів); програми peer-to-peer підтримки

(психоемоційні «напарники», групи швидкого реагування, «кава-бесіди»). Організаційно-адміністративний рівень: оптимізація робочого режиму (чіткі межі робочого часу, чергування інтенсивних і легших змін, «вікна тиші», перерва кожні 90 хв); тренінги для керівників із виявлення ознак вигорання, створення посади “ментора з психічного здоров’я”; кімнати релаксації з елементами ароматерапії й арттерапії; цифрова платформа з вправами для саморегуляції; системний моніторинг (щоквартальна діагностика MBI, PSS-10, GHQ-28; анонімні онлайн-опитування) з подальшим аналізом HR-відділом і корекцією програм.

Застосування зазначених заходів забезпечить зменшення рівня стресу, розвиток адаптивного копіngu й зміцнення соціальної підтримки. Це, у свою чергу, дозволить працівникам із високим ризиком професійної травматизації зберегти психологічну стійкість, підвищити продуктивність і підтримати загальне психічне здоров’я в екстремальних умовах воєнного стану.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бегеза Л. Психологічні особливості емоційного вигорання лікарів. *Psychological prospects journal*. 2020. № 36. С. 37–48. URL: <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2020-36-37-48>.
2. Будівська О. О. Стресостійкість як чинник профілактики професійного вигорання медичних працівників : магістерська робота. 2020. URL: <https://dspace.znu.edu.ua/jspui/handle/12345/4314>.
3. Голованко Г. В., Сопель О. М. Поширеність синдрому емоційного вигорання у медичного персоналу та фактори, які спричиняють його розвиток. *Медсестринство*. 2018. № 4. URL: <https://doi.org/10.11603/2411-1597.2017.4.8550>
4. Дудка А. Аналіз ризику розвитку емоційного вигорання у медичних сестер. Тези доповіді на VIII студентській конференції «Перший крок у науку» (Суми, 11 грудня 2016 року). Суми: Сумський державний університет, 2016. С. 14–15. URL: https://essuir.sumdu.edu.ua/bitstream/123456789/48819/1/Dudka_analiz%20ryzyku.pdf
5. Каширіна Є., Сілюков Д. Синдром професійного вигорання у поліцейських Національної поліції України. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. 2021. № 3(56)ТЗ. С. 90–105. URL: <https://doi.org/10.33216/2219-2654-2021-56-3-3-90-105>
6. Ковровський Ю. Г. Аналіз ефективності впровадження тренінгу «Профілактика та подолання професійного вигорання персоналу оперативно-рятувальної служби ДСНС України». *Організаційна психологія. Економічна психологія*. 2016. № 1(4). С. 45–50.
7. Коляда Н. В., Теслик Н. М., Король С. М. Превентивна профілактика вигорання у професійному самозбереженні здоров'я соціальних працівників та психологів. *Social work issues: philosophy, psychology, sociology*. 2019. № 1(13). С. 7–12. URL: [https://doi.org/10.25140/2412-1185-2019-1\(13\)-7-12](https://doi.org/10.25140/2412-1185-2019-1(13)-7-12)

8. Коса Т. В. Синдром емоційного вигорання серед медичних працівників. *Медсестринство*. 2019. № 3. С. 39–41. URL: <https://doi.org/10.11603/2411-1597.2019.3.10681>.
9. Кризова психологічна служба. *ГО Українська асоціація фахівців з подолання наслідків психотравмуючих подій*. URL: <https://psysservice.org.ua>.
10. Лотоцька-Голуб Л. Л. Соціально-психологічні чинники резистентності до емоційного вигорання у професійній діяльності лікарів : магістерська робота. 2016. URL: [http://lib.iitta.gov.ua/166278/1/Лотцька%20\(все\)5.pdf](http://lib.iitta.gov.ua/166278/1/Лотцька%20(все)5.pdf).
11. Макар М. Б., Макар М. Чинники емоційного виснаження у медичних працівників в умовах пандемії : бакалаврська робота. 2021. URL: <http://elartu.tntu.edu.ua/handle/lib/35331>.
12. Миколук С. Професійне вигорання соціальних працівників в умовах війни. *Humanitas*. 2023. № 6. С. 31–36. URL: <https://doi.org/10.32782/humanitas/2022.6.5> (дата звернення: 15.05.2025).
13. Ожубко Г., Орлова О., Дмитрів В. Психологічні аспекти кризового менеджменту: управління стресом персоналу в умовах війни. *Перспективи та інновації науки*. 2025. № 2(48). С. 1663–1671. URL: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-2\(48\)-1663-1671](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-2(48)-1663-1671).
14. Реуцький М., Біла М. Професійне вигорання медичних працівників. *Перспективи та інновації науки*. 2023. № 14(32). С. 761–771. URL: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-14\(32\)-761-771](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-14(32)-761-771).
15. Романенко С. В. та ін. Психологічна підтримка медичного персоналу: управлінські рішення для зменшення рівня емоційного вигорання. *Інвестиції: практика та досвід*. 2025. № 6. С. 87–94. URL: <https://doi.org/10.32702/2306-6814.2025.6.87>.
16. Титаренко Т. Соціально-психологічний супровід посттравматичних особистісних трансформацій. *Scientific studios on social and political psychology*. 2020. № 45(48). С. 59–68. URL: [https://doi.org/10.33120/ssj.vi45\(48\).142](https://doi.org/10.33120/ssj.vi45(48).142).

17. Штин М. В. А., Маланчін І. М. Синдром професійного вигорання у співробітників відділення інтервенційної кардіології. *Медсестринство*. 2020. № 1. С. 44–46. URL: <https://doi.org/10.11603/2411-1597.2020.1.11040>.
18. Юрченко В. С., Свириденко Д. Ю. Діагностика синдрому емоційного вигорання у медичних працівників психіатричних закладів : кандидатська дисертація. 2016. URL: <http://essuir.sumdu.edu.ua/handle/123456789/47698>.
19. Aiken L. H. et al. Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Qual Saf*. 2016;26(7):559–568
20. Albott C. S. et al. Battle buddies: rapid deployment of a psychological resilience intervention for health care workers during the COVID-19 pandemic. *Anesthesia & Analgesia*. 2020;131(1):43–54
21. Buselli R., Cavallina A., Columbus M. et al. Professional quality of life and mental health outcomes among health care workers exposed to SARS-CoV-2 (COVID-19). *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(17):6180
22. Cocker F., Joss N. Compassion fatigue among healthcare, emergency and community service workers: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2016;13(6):618
23. Di Tella M., Romeo A., Peluso M., Germani A. Mental health of healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Italy. *J Eval Clin Pract*. 2020;26(6):1583–1587
24. Giusti E. M. et al. The psychological impact of the COVID-19 outbreak on health professionals: a cross-sectional study. *Front Psychol*. 2020;11:1684
25. Hu D., Song T., Xu Y. et al. Psychological impact and associated factors during the initial stage of the COVID-19 epidemic among the general population and medical staff in China. *Brain Behav Immun*. 2020;87:11–18
26. Huang J. Z. et al. Mental health survey of medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19. *Chinese Med J (Engl)*. 2020;133(9):1025–1031

27. Ishak W. et al. Burnout in medical students: a systematic review. *Clin Teach*. 2016;10(4):242–245
28. Kisely S. et al. Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis. *BMJ*. 2020;369:m1642
29. Kisely S. et al. Rapid review: psychological impact of emerging virus outbreaks on healthcare workers. *BMJ*. 2020;369:m1642
30. Lai J. et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open*. 2020;3(3):e203976
31. Lu W. et al. Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *Psychiatry Res*. 2020;288:112936
32. Mealer M. et al. The prevalence and impact of post-traumatic stress and burnout syndrome in nurses. *Depress Anxiety*. 2018;26(12):1118–1126
33. Młynarska A. et al. The level of occupational burnout among paramedics of the emergency medical services in Poland. *Int J Occup Med Environ Health*. 2019;32(4):557–570
34. Monbéigi M. et al. A systematic review of burnout among nurses during coronavirus outbreaks (SARS, MERS and COVID-19). *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2021;28(2):200–210
35. Morgantini L. A. et al. Factors contributing to healthcare professional burnout during the COVID-19 pandemic: a rapid turnaround global survey. *PLoS One*. 2020;15(9):e0238217
36. Panagioti M. et al. Controlled interventions to reduce burnout in physicians: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2017;177(2):195–205
37. Salvagioni D. A. J. et al. Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: a systematic review of prospective studies. *PLoS One*. 2017;12(10):e0185781

38. Shanafelt T. D., Ripp J., Trockel M. Understanding and addressing sources of anxiety among health care professionals during the COVID-19 pandemic. *JAMA*. 2020;323(21):2133–2134
39. Shapiro J. et al. Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: results from a randomized trial. *Int J Stress Manage*. 2015;12(2):164–176
40. Sinsky C. A. et al. In search of joy in practice: a report of 23 high-functioning primary care practices. *Ann Fam Med*. 2018;11(3):272–278
41. Vindegaard N., Benros M. E. COVID-19 pandemic and mental health consequences: systematic review of the current evidence. *Brain Behav Immun*. 2020;89:531–542
42. Zhang Z., Han X., Wang Y. Psychological distress among Chinese nurses during COVID-19 epidemic: a longitudinal study. *J Psychiatr Res*. 2021;136:365–370
43. Zrubka Z. et al. Work-related stress and burnout among Hungarian healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *BMC Public Health*. 2021;21:2228

ДОДАТКИ

Додаток А

Опитувальник професійного вигорання (МВІ)

Будь ласка, дайте відповідь, як часто Ви відчуваєте почуття, перераховані в кожному з пунктів опитувальника. Над відповідями довго не замислюйтесь, відповідайте, керуючись першим враженням.

	ніколи	дуже рідко	іноді	часто	дуже часто	кожен день
1. Я відчуваю себе емоційно спустошеним .						
2. Після роботи я відчуваю себе як «вичавлений лимон».						
3. Вранці я відчуваю втому і небажання йти на роботу.						
4. Я добре розумію, що відчувають діти та колеги, та використовую це в інтересах справи.						
5. Я спілкуюся з дітьми, батьками, колегами цілком формально, без зайвих емоцій, і намагаюся звести спілкування з ними до мінімуму.						
6. Після роботи на деякий час хочеться усамітнитися від усіх і всього.						
7. Я вмю знаходити правильне рішення в конфліктних ситуаціях.						
8. Я відчуваю пригніченість і апатію.						
9. Я можу позитивно впливати на продуктивність роботи дітей та колег.						
10. Останнім часом я став більш черствим (нечутливим) у ставленні до тих, з ким працюю.						
11. Як правило, оточуючі мене люди багато вимагають від мене та маніпулюють мною. Вони скоріше втомлюють, ніж радують мене.						
12. У мене багато планів на майбутнє і я вірю в їх здійснення.						
13. У мене все більше життєвих розчарувань.						
14. Я відчуваю байдужість і втрату інтересу до багатьох речей, які радували мене раніше.						
15. Іноді мені дійсно байдуже те, що відбувається з деякими дітьми і колегами.						
16. Мені хочеться усамітнитися і відпочити від усього і всіх.						
17. Я можу легко створити атмосферу доброзичливості і співпраці при спілкуванні з дітьми та колегами.						
18. Я легко спілкуюся з людьми незалежно від їх статусу і характеру.						
19. Я багато встигаю зробити.						
20. Я відчуваю себе на межі можливостей.						
21. Я багато чого ще зможу досягти в своєму житті.						
22. Іноді колеги перекладають на мене вантаж своїх проблем і обов'язків.						

Шкала сприйнятого стресу (PSS-10)

Питання, включені в цю шкалу, стосуються почуттів і думок протягом останнього місяця. У тесті необхідно вказати, як часто у вас виникали певні думки або почуття. Може здатися, що деякі питання подібні, проте між ними є відмінності. Тому розглядайте кожне питання окремо. Найкращий спосіб це зробити – відповідати швидко. Тобто не намагайтеся підрахувати, скільки разів ви відчували певні почуття, а вказуйте приблизно.

Для кожного питання оберіть один із запропонованих варіантів відповіді.

Будь ласка, дайте щонайбільш правильну і чесну відповідь, вказавши, яка підходить саме Вам

1. Як часто останнього місяця Ви турбувалися через непередбачені події?

- ☐ Ніколи
- ☐ Майже ніколи
- ☐ Іноколи
- ☐ Доволі часто
- ☐ Часто

2. Як часто за останній місяць Вам видавалося складним контролювати важливі в Вашому житті речі? *

- ☐ Ніколи
- ☐ Майже ніколи
- ☐ Іноколи
- ☐ Доволі часто
- ☐ Часто

3. Як часто за останній місяць Ви відчували нервову напругу чи стрес? *

- ☐ Ніколи
- ☐ Майже ніколи
- ☐ Іноколи
- ☐ Доволі часто
- ☐ Часто

4. Як часто за останній місяць Ви відчували впевненість у тому, що впораєтеся з вирішенням Ваших особистих проблем? *

- ☐ Ніколи
- ☐ Майже ніколи
- ☐ Іноколи
- ☐ Доволі часто
- ☐ Часто

5. Як часто за останній місяць Ви відчували, що все йде так, як Ви цього хотіли? *

- ☐ Ніколи
- ☐ Майже ніколи
- ☐ Іноколи
- ☐ Доволі часто
- ☐ Часто

6. Як часто останнього місяця Ви думали, що не зможете впоратися з усім тим, що Вам було треба зробити? *

- ☐ Ніколи
- ☐ Майже ніколи
- ☐ Іноколи
- ☐ Доволі часто
- ☐ Часто

7. Як часто останнього місяця Ви могли дати собі раду з Вашою дратівливістю?*

- ☐ Ніколи
- ☐ Майже ніколи
- ☐ Іноколи
- ☐ Доволі часто
- ☐ Часто

8. Як часто останнього місяця Ви відчували, що володієте ситуацією? *

- ☐ Ніколи
- ☐ Майже ніколи
- ☐ Іноколи
- ☐ Доволі часто
- ☐ Часто

9. Як часто останнього місяця Ви відчували роздратування через те, що події, які відбуваються, виходили з-під Вашого контролю? *

- ☐ Ніколи
- ☐ Майже ніколи
- ☐ Іноколи
- ☐ Доволі часто
- ☐ Часто

10. Як часто останнього місяця Вам здавалося, що труднощів нагромаджується стільки, що Ви не в змозі їх контролювати? *

- ☐ Ніколи
- ☐ Майже ніколи
- ☐ Іноколи
- ☐ Доволі часто
- ☐ Часто

Додаток В

Копінг-поведінка в стресових ситуаціях (CISS)

Інструкція: Вкажіть, як часто ви ведете себе подібним чином у важкій стресовій ситуації. Обведіть, будь ласка, кружечком одну з цифр від 1 до 5, відповідаючи на кожен з наступних пунктів.

		1 Дуже рідко	2 Інколи	3 Часто	4 Дуже часто	5 Майже завжди
1.	Краще планую свій час.	1	2	3	4	5
2.	Зосереджуюся на проблемі та обдумую, як її можна вирішити.	1	2	3	4	5
3.	Думаю про щось хороше, що було в моєму житті.	1	2	3	4	5
4.	Намагаюся бути в колі людей.	1	2	3	4	5
5.	Звинувочую себе через нерішучість.	1	2	3	4	5
6.	Роблю те, що вважаю найвідповіднішим у даній ситуації.	1	2	3	4	5
7.	Поглиблююся в свій біль і страждання.	1	2	3	4	5
8.	Звинувачую себе в тому, що опинився в цій ситуації.	1	2	3	4	5
9.	Ходжу по магазинах, нічого не купуючи.	1	2	3	4	5
10.	Думаю про те, що для мене зараз найважливіше.	1	2	3	4	5
11.	Намагаюся більше спати.	1	2	3	4	5
12.	Балую себе улюбленою їжею.	1	2	3	4	5
13.	Переживаю, що не можу впоратися з ситуацією.	1	2	3	4	5
14.	Відчуваю нервові напруження.	1	2	3	4	5
15.	Пригадую, як вирішував подібні проблеми раніше.	1	2	3	4	5
16.	Кажу собі, що це відбувається не зі мною.	1	2	3	4	5
17.	Звинувачую себе за надто емоційне ставлення до ситуації.	1	2	3	4	5
18.	Іду кудись перекусити або пообідати.	1	2	3	4	5
19.	Відчуваю емоційний шок.	1	2	3	4	5

20	Купую собі якусь річ.	1	2	3	4	5
21	Визначаю план дій і дотримуюся його.	1	2	3	4	5
22	Обвинувачую себе за те, що не знаю, як діяти.	1	2	3	4	5
23	Йду на вечірку або в компанію.	1	2	3	4	5
24	Намагаюся вникнути в суть ситуації.	1	2	3	4	5
25	Застигаю, «заморожуюся» й не знаю, що робити.	1	2	3	4	5
26	Негайно вживаю заходів, щоб виправити ситуацію.	1	2	3	4	5
27	Обдумую те, що сталося, і вчуся на своїх помилках.	1	2	3	4	5
28	Шкодную, що не можу змінити того, що сталося, або свого ставлення до цього.	1	2	3	4	5
29	Йду в гості до друга.	1	2	3	4	5
30	Турбуюся про те, що я буду робити.	1	2	3	4	5
31	Проводжу час з дорогою людиною.	1	2	3	4	5
32	Йду на прогулянку.	1	2	3	4	5
33	Кажу собі, що це ніколи не повториться.	1	2	3	4	5
34	Зосереджуюся на своїх загальних недоліках.	1	2	3	4	5
35	Говорю з тією людиною, чію пораду особливо ціную.	1	2	3	4	5
36	Аналізую проблему, перш ніж реагувати на неї.	1	2	3	4	5
37	Дзвоню другу.	1	2	3	4	5
38	Відчуваю роздратування.	1	2	3	4	5
39	Вирішую, що зараз найважливіше робити.	1	2	3	4	5
40	Дивлюся кінофільм.	1	2	3	4	5
41	Контролюю ситуацію.	1	2	3	4	5
42	Прикладаю додаткові зусилля, щоб усе виконати.	1	2	3	4	5
43	Розробляю кілька різних варіантів вирішення проблеми.	1	2	3	4	5
44	Беру відпустку або відгул, дистанціююся від ситуації.	1	2	3	4	5
45	Зриваюся на інших.	1	2	3	4	5
46	Використовую ситуацію, щоб довести, що я це можу зробити.	1	2	3	4	5

47	Намагаюся зібратися, щоб вийти з ситуації переможцем.	1	2	3	4	5
48	Дивлюся телевізор.	1	2	3	4	5

Опитувальник загального психічного стану» (GHQ-28)

Опитування проводиться з метою вивчення Вашого загального самопочуття. Участь у ньому є анонімною.

Будь ласка, уважно прочитайте кожне твердження й оберіть відповідь, яка найточніше відображає Ваш стан або поведінку за останній час. Немає «правильних» чи «неправильних» відповідей, тому не зосереджуйтеся надто довго на жодному питанні. Відповідь обов'язкова на всі твердження.

Шкала оцінки:

- 0 — «Безумовно ні»
- 1 — «Мабуть ні»
- 2 — «Мабуть так»
- 3 — «Безумовно так»

Блок I. Фізичний стан

1. Чудово почуваєтеся та здорові?
2. Відчуваєте потребу в чомусь освіжаючому?
3. Почуваєтеся виснаженими та «не в собі»?
4. Відчували, що захворіли?
5. У Вас болить голова?
6. Відчуваєте скутість або тиск у голові?
7. Вмикалися у Вас раптові відчуття спеки чи ознобу?
8. Спали більше звичайного через хвилювання?
9. Мали труднощі із засинанням?
10. Постійно відчуваєте напругу?
11. Ставали більш роздратованими та з поганим настроєм?
12. Боїтеся або панікуєте без очевидної причини?

Блок II. Емоційно-психологічний стан

13. Відчуваєте, що на Вас «лягає тягар» обов'язків?
14. Постійно відчуваєте нервозність і напругу?
15. Чи вдається Вам залишатися зайнятими (активними)?
16. Удалося взяти під контроль свої справи?
17. Загалом відчуваєте себе добре?
18. Задоволені тим, як виконуєте свої щоденні завдання?
19. Відчуваєте, що відіграєте корисну роль у справах?
20. Почуваєтеся здатними приймати важливі рішення?
21. Можете насолоджуватися звичайними повсякденними справами?

Блок III. Самооцінка та суїцидальні думки

- 22. Думали про себе як про нікчемну людину?
- 23. Відчували, що життя абсолютно безнадійне?
- 24. Відчували, що життя не варте того, щоб його прожити?
- 25. Думали про можливість покінчити з життям?
- 26. Іноді не могли нічого зробити через надмірний нервовий стан?
- 27. Бажали бути мертвими, «піти геть» від усього?
- 28. Ідея самогубства постійно виникала у Ваших думках?

Дякуємо за Ваші відповіді!