

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВАДИМА ГЕТЬМАНА**

Навчально-науковий інститут бізнес-освіти імені Анатолія Поручника

Кафедра педагогіки та психології

**ОСВІТНЬО-ПРОФЕСІЙНА ПРОГРАМА
ПРАКТИЧНА ПСИХОЛОГІЯ**

галузь знань 05 Соціальні та поведінкові науки
спеціальність 053 Психологія
спеціалізація Практична психологія

Форма навчання: заочна

КВАЛІФІКАЦІЙНА МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА

на тему «Психологічні особливості професійного вигорання
лікарів стоматологічної практики»

здобувачки Олени ХАРЬКО

(підпис)

Наукова керівниця: к.психол.н. , доц. Людмила МУЗИЧКО

(підпис)

**Робота допущена до захисту перед екзаменаційною комісією
з атестації здобувачів вищої освіти (ЕК)**

Завідувачка кафедри: д. пед. н., проф. Марина АРТЮШИНА

(підпис)

Київ 2026

ІНДИВІДУАЛЬНЕ ЗАВДАННЯ

здобувачці **Олені Харько**

заочної форми навчання

на підготовку кваліфікаційної магістерської роботи на тему: **«Психологічні особливості професійного вигорання лікарів стоматологічної практики»**

Тему затверджено наказом ректора Університету від «10» грудня 2025 р. № 1879-ст.

Кваліфікаційна робота виконується на матеріалах досліджень українських та зарубіжних психологів, даних, зібраних при проведенні емпіричного дослідження.

План кваліфікаційної магістерської роботи

Розділ 1	Теоретичні основи синдрому професійного вигорання.
Розділ 2	Специфіка професії стоматолога та чинники ризику вигорання.
Розділ 3	Емпіричне дослідження особливостей професійного вигорання лікарів стоматологічної практики.
Об'єкт дослідження:	Професійне вигорання лікарів стоматологічної практики.
Предмет дослідження:	Психологічні особливості професійного вигорання стоматологів.
Мета роботи:	Встановлення психологічних особливостей прояву професійного вигорання у лікарів стоматологічної практики.

Конкретні завдання здобувачу, які він повинен виконати для досягнення поставленої мети:

У розділі 1	Теоретично дослідити сучасні наукові підходи до розуміння феномену професійного вигорання, його структури та специфіки прояву у фахівців соціономічних професій.
У розділі 2	Дослідити специфіку перебігу професійної діяльності стоматологів та виявити чинники їхнього професійного стресу.
У розділі 3	Провести емпіричні дослідження професійного вигорання лікарів стоматологічної практики та встановити психологічні особливості фахівців, які його переживають. Здійснити аналіз та інтерпретацію отриманих результатів дослідження. Здійснити порівняльний аналіз прояву компонентів професійного вигорання залежно від соціально-демографічних та професійних чинників. Визначити психологічні змінні, що виступають предикторами професійного вигорання у досліджуваній групі. Зробити висновки.

Завдання підготував науковий керівник

Людмила МУЗИЧКО

«12» грудня 2025 р.

Завдання одержав здобувач

Олена ХАРЬКО

«12» грудня 2025 р.

Реферат

«Психологічні особливості професійного вигорання лікарів стоматологічної практики»

Кваліфікаційна магістерська робота містить 114 сторінки основного змісту, 18 таблиць, 8 рисунків, список використаних джерел з 105 найменувань, 5 додатків.

Об'єктом дослідження є професійне вигорання лікарів стоматологічної практики.

Предметом дослідження є психологічні особливості професійного вигорання стоматологів.

Мета кваліфікаційної магістерської роботи – встановити психологічних особливостей прояву професійного вигорання у лікарів стоматологічної практики. Відповідно до поставленої мети були визначені такі завдання:

- теоретично дослідити сучасні наукові підходи до розуміння феномену професійного вигорання, його структури та специфіки прояву у фахівців соціономічних професій;
- дослідити специфіку перебігу професійної діяльності стоматологів та виявити чинники їхнього професійного стресу;
- провести емпіричне дослідження професійного вигорання лікарів стоматологічної практики та встановити психологічні особливості фахівців, які його переживають;
- здійснити порівняльний аналіз прояву компонентів професійного вигорання залежно від соціально-демографічних та професійних чинників.
- визначити психологічні змінні, що виступають предикторами професійного вигорання у досліджуваній групі.

Методи дослідження: теоретичні – аналіз, синтез, аналогія, порівняння, узагальнення, емпіричні – Шкала професійного вигорання (MBI) К. Масlach та С. Джексона (офіційний переклад Л. Карамушка); Шкала сприйнятого стресу (PSS-10) Ш. Коена в українськомовній адаптації О. Вельдбрехт, Н. Тавровецької, Утрехтська шкала залученості в роботу (UWES) В. Шауфелі та А. Беккер (офіційний переклад Л. Карамушки, О. Бондарчук, Т. Грубі); Короткий багатовимірний опитувальник професійного процвітання «PERMA-Профайлер на робочому місці» Дж. Батлер і М. Керн (українськомовна адаптація Д. Лавриненка); опитувальник Brief-COPE (українськомовна адаптація Т. Яблонської, О. Верник, Г. Гайворонського), математико-статистичні – описова статистика, відсотковий аналіз, критерій Колмогорова-Смирнова, ф-критерій кутового перетворення Фішера, кореляційний аналіз за Пірсоном, одно факторний дисперсійний аналіз (ANOVA), регресійний аналіз, кластерний аналіз. Статистична обробка здійснювалась за допомогою пакету SPSS-26.

Основні результати дослідження: У роботі здійснено теоретичний аналіз сучасних наукових підходів до розуміння феномену професійного вигорання, його структури та специфіки прояву у соціономічних професіях. Виявлено, що професійна діяльність стоматологів характеризується високим рівнем стресогенності, зумовленим інтенсивною взаємодією з пацієнтами, фізичним та психоемоційним навантаженням, адміністративним тиском і недостатньою соціальною підтримкою.

Емпіричне дослідження показало, що найбільш вираженим компонентом вигорання є емоційне виснаження, тоді як деперсоналізація та редукція досягнень проявляються менш

інтенсивно, але впливають на професійну ефективність. Порівняльний аналіз підтвердив залежність рівня вигорання від соціально-демографічних та професійних чинників (вік, стаж, умови праці). Кореляційний аналіз засвідчив, що високий рівень стресу, низьке благополуччя та дезадаптивні копінг-стратегії є предикторами вигорання, тоді як адаптивні копінги та висока залученість виконують захисну функцію.

Кластерний аналіз дозволив виділити кілька психологічних профілів стоматологів: ризикові групи з високим стресом і дезадаптивними копінгамі, парадоксальні профілі з високою залученістю при виснаженні чи редукції досягнень, а також оптимальні, ресурсні групи з найнижчим рівнем вигорання.

Отримані результати підтвердили висунуті гіпотези та створюють підґрунтя для розробки диференційованих програм профілактики професійного вигорання серед лікарів-стоматологів.

Практичне значення отриманих результатів полягає у можливості використання його результатів для розробки програм психологічної підтримки лікарів-стоматологів, спрямованих на профілактику професійного вигорання.

Отримані дані можуть бути застосовані:

- у практиці психологічного консультування та тренінгових програм для медичних працівників;
- у навчальному процесі закладів вищої освіти для формування навичок стресостійкості та адаптивних копінг-стратегій;
- у діяльності керівників медичних закладів для оптимізації умов праці та зниження чинників професійного стресу.

Таким чином, результати дослідження створюють підґрунтя для диференційованих заходів профілактики вигорання та підвищення психологічного благополуччя стоматологів.

Рік виконання кваліфікаційної магістерської роботи 2026.

Рік захисту роботи 2026.

Ключові слова: професійне вигорання, сприйнятий стрес, залученість у роботу, благополуччя та роботі, копінг, стоматолог.

Відгук

про кваліфікаційну магістерську роботу
здобувача факультету управління персоналом, соціології та психології
освітньо-професійної програми «Практична психологія»

Олени Харько

на тему: «**Психологічні особливості професійного вигорання лікарів
стоматологічної практики**»

Актуальність теми. Тема дослідження є надзвичайно актуальною, оскільки професійне вигорання медичних працівників, зокрема стоматологів, у сучасних умовах війни та високої інтенсивності праці набуває особливого значення. Вивчення психологічних чинників та особливостей вигорання дозволяє розробляти ефективні програми профілактики та підтримки фахівців.

Позитивні риси кваліфікаційної магістерської роботи. Робота відзначається чіткою структурою, логічною послідовністю викладу матеріалу, ґрунтовним теоретичним аналізом та використанням сучасних психодіагностичних методик (MBI, UWES). Авторка продемонструвала високий рівень володіння науковим апаратом та здатність до критичного осмислення проблеми.

Наявність самостійних розробок авторки. У роботі проведено кластерний аналіз, що дозволив виділити психологічні профілі стоматологів із різними рівнями вигорання, стресу та копінг-стратегій. Це є результатом самостійної емпіричної роботи та свідчить про здатність авторки застосовувати статистичні методи для вирішення наукових завдань.

Цінність теоретичних висновків та практичних рекомендацій. Теоретичні висновки розширюють уявлення про багатовимірність феномену професійного вигорання. Практичні рекомендації можуть бути використані у психологічному консультуванні, навчальному процесі та організації роботи медичних закладів для профілактики вигорання серед стоматологів.

Наявність недоліків. Такими можна вважати певну загальність окремих практичних рекомендацій та обмеженість вибірки, що знижує можливість широкої генералізації результатів. Проте ці недоліки не зменшують наукової та практичної цінності роботи.

Загальна оцінка кваліфікаційної магістерської роботи та її допущення до захисту перед ЕК. Кваліфікаційна магістерська робота **О. Харько** відповідає вимогам академічної доброчесності, про що свідчать результати перевірки за допомогою системи StrikePlagiarism (КП1 = 3,79% та КП2 = 1,25% – показники в межах норми). Також зміст роботи відповідає чинним вимогам до наукових досліджень такого рівня, має наукову новизну та практичну значущість. Робота заслуговує на високу позитивну оцінку та може бути допущена до захисту перед екзаменаційною комісією.

Науковий керівник
доцент, к.психол.н.

_____ Людмила МУЗИЧКО

«9» травня 2026 р.

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ СИНДРОМУ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ	8
1.1. Концептуалізація та сучасний стан дослідження феномену вигорання.	8
1.2. Моделі професійного вигорання.	18
1.3. Психологічні та професійні чинники розвитку синдрому вигорання.	33
Висновки до першого розділу.	38
РОЗДІЛ 2 СПЕЦИФІКА ПРОФЕСІЇ СТОМАТОЛОГА ТА ЧИННИКИ РИЗИКУ ВИГОРАННЯ	40
2.1. Психологічний портрет лікаря-стоматолога.	40
2.2. Специфічні чинники професійного стресу в стоматології та психологічні ресурси й захисні механізми лікарів.	44
Висновки до другого розділу.	61
РОЗДІЛ 3 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ ЛІКАРІВ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ПРАКТИКИ	63
3.1. Методика та вибірка дослідження.	63
3.2. Аналіз отриманих результатів.	73
3.3. Рекомендації для подолання наслідків професійного вигорання лікарів-стоматологів.	103
Висновки до третього розділу.	112
ВИСНОВКИ	114
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	116
ДОДАТКИ	128

ВСТУП

Актуальність. Сучасна стоматологічна практика функціонує в умовах підвищеного тиску, що посилює ризик вигорання на робочому місці. Економічна нестабільність та конкуренція призводить до того, що стоматологи, особливо у приватному секторі, постійно перебувають під тиском необхідності залучення та утримання пацієнтів, фінансової відповідальності за вартісне обладнання та витратні матеріали. Робота лікаря-стоматолога — це тривала, дрібна моторика та статичне навантаження, поєднане з необхідністю інтенсивної міжособистісної комунікації (робота з пацієнтами, які часто відчують сильний страх, тривогу чи біль). Ця подвійна напруга — фізична і емоційна — є потужним чинником їхнього виснаження. Зростання рівня правової обізнаності пацієнтів та високі очікування щодо результатів лікування збільшують психологічний тиск та ризик судових позовів, що є хронічним стресором. Ці умови зумовлюють більш швидке виснаження психологічні ресурси лікарів, ніж у менш контактних професіях.

Професійне вигорання визнано однією з найсерйозніших загроз здоров'ю та продуктивності працівників у сфері «людина-людина» у світі, про що свідчить внесення синдрому вигорання (burnout) до МКХ-11 як синдрому, що виникає внаслідок некерованого хронічного професійного стресу.

Професійне вигорання як психологічний феномен привертає увагу дослідників упродовж останніх десятиліть. Вперше описане Г. Фройденбергером (1974), воно розглядається як багатовимірний синдром, що виникає внаслідок хронічного стресу на робочому місці, з яким працівнику не вдається успішно впоратися. У зарубіжній літературі вигорання здебільшого трактують як комплекс емоційного виснаження, деперсоналізації та зниження професійної ефективності (К. Maslach, W. Schaufeli, M.P. Leiter); як наслідок надмірності вимог до роботи та недостатності ресурсів (Е. Demerouti); як втрату сенсу професійної діяльності, що виникає внаслідок тривалого емоційного залучення без належного результату (А.М. Pines & Е. Aronson). Науковці зосереджуються на поведінкових і когнітивних симптомах: втома, зниження

мотивації, цинізм, уникання контактів (Н. Freudenberger); вивченні залученості як антиподу вигоранню (W. Schaufeli) та інші.

Вітчизняні дослідники також акцентують на важливості вивчення цього явища, особливо серед представників допоміжних професій, включаючи медичних працівників. Так, С. Кузьменко та Н. Тавровецька розглядають вигорання у контексті залученості в роботу, акцентуючи увагу на практично-операційному підході; З. Спринська аналізує вигорання як багатовимірне явище, що включає фізичну, психічну та соціальну втомлюваність. До проблеми вигорання медичних працівників звертаються наприклад такі науковці як А. Кернас (феноменологія емоційного вигорання, діагностика та корекція у медичних працівників); В. Русанов (професійне вигорання медиків в умовах війни, психосоціальні ризики); І. Савченко, О. Буряк, І. Юрченко (системний аналіз симптомів вигорання, методи діагностики) та інші. Серед робіт, які вивчають вигорання медиків, лише кілька присвячені проблемі вигорання стоматологів. Загалом, ця категорія медиків допоки залишається поза увагою дослідників.

Отже, важливість цього дослідження зумовлена комплексом соціально-економічних викликів, психологічних особливостей професії та недостатньою вивченістю проблеми в українському контексті. Вивчення психоемоційного стану стоматологів дозволить не лише глибше зрозуміти механізми формування вигорання, а й розробити ефективні програми профілактики та психологічної підтримки, що сприятиме збереженню професійного здоров'я та якості медичних послуг.

З огляду на сказане, **метою** нашого дослідження є встановлення психологічних особливостей прояву професійного вигорання у лікарів стоматологічної практики. А його **завданнями** є такі:

1. теоретично проаналізувати сучасні наукові підходи до розуміння феномену професійного вигорання, його структури та специфіки прояву у фахівців соціономічних професій;

2. дослідити специфіку перебігу професійної діяльності стоматологів та виявити чинники їхнього професійного стресу;
3. провести емпіричне дослідження професійного вигорання лікарів стоматологічної практики та встановити психологічні особливості фахівців, які його переживають;
4. здійснити порівняльний аналіз прояву компонентів професійного вигорання залежно від соціально-демографічних та професійних чинників.
5. визначити психологічні змінні, що виступають предикторами професійного вигорання у досліджуваній групі.

Об'єктом дослідження є професійне вигорання лікарів стоматологічної практики, а його **предметом** виступають психологічні особливості професійного вигорання стоматологів.

В нашому дослідженні ми перевірятимемо такі *гіпотези*:

1. професійне вигорання стоматологів є багатовимірним феноменом, що визначається поєднанням індивідуальних, соціально-демографічних та професійних чинників, а також психологічних змінних (сприйнятий стрес, благополуччя на роботі, копінги, залученість у роботу);
2. рівень і прояви вигорання стоматологів відрізняються залежно від віку, статі, стажу роботи та умов професійної діяльності;
3. високий рівень сприйнятого стресу, низьке благополуччя та використання дезадаптивних копінгів є предикторами вигорання, тоді як адаптивні копінги та висока залученість виконують захисну функцію;
4. у лікарів стоматологічної практики існують різні психологічні профілі (кластерні групи), які відрізняються за рівнем професійного вигорання, сприйнятого стресу, копінг-стратегій та благополуччя, і саме їхня структура найбільш повно визначає особливості прояву професійного вигорання.

Методологічну основу дослідження склали положення концепцій вигорання К. Масlach (MBI) та концепції залученості В. Шуфелі (UWES), які дозволяють вивчати вигорання не лише як дефіцит, а й у контексті ресурсного

потенціалу, що особливо актуально для стоматологів, які працюють у високо стресових умовах, але часто мають високий рівень професійної мотивації.

Методи дослідження: *теоретичні* – аналіз, синтез, аналогія, порівняння, узагальнення, *емпіричні* – Шкала професійного вигорання (MBI) К. Масlach та С. Джексон (офіційний переклад Л. Карамушка); Шкала сприйнятого стресу (PSS-10) Ш. Коена в українськомовній адаптації О. Вельдбрехт, Н. Тавровецької, Утрехтська шкала залученості в роботу (UWES) В. Шауфелі та А. Беккер (офіційний переклад Л. Карамушки, О. Бондарчук, Т. Грубі); Короткий багатовимірний опитувальник професійного процвітання «PERMA-Профайлер на робочому місці» Дж. Батлер і М. Керн (українськомовна адаптація Д. Лавриненка); опитувальник Brief-COPE (українськомовна адаптація Т. Яблонської, О. Верник, Г. Гайворонського), *математико-статистичні* – описова статистика, відсотковий аналіз, критерій Колмогорова-Смирнова, ϕ -критерій кутового перетворення Фішера, кореляційний аналіз за Пірсоном, одно факторний дисперсійний аналіз (ANOVA), регресійний аналіз, кластерний аналіз. Статистична обробка здійснювалась за допомогою пакету SPSS-26.

Наукова новизна отриманих результатів дослідження полягає у комплексному емпіричному аналізі проявів професійного вигорання серед лікарів-стоматологів із застосуванням двох взаємодоповнюючих психодіагностичних моделей — MBI та UWES, — що дозволяє одночасно оцінити рівень деструктивного виснаження та ресурсної залученості.

Уперше для вибірки стоматологів:

- окреслено психологічні профілі (кластерні групи), що відрізняються за рівнем вигорання, сприйнятого стресу, копінгів та благополуччя на роботі;
- показано парадоксальні поєднання високої залученості з емоційним виснаженням чи редукацією досягнень;
- підтверджено роль адаптивних і дезадаптивних копінгів як відповідно захисних та ризикових чинників.

Отримані результати розширюють уявлення про особливості професійного вигорання стоматологів та створюють підґрунтя для практичних рекомендацій щодо його профілактики.

Практичне значення результатів дослідження полягає у можливості використання його результатів для розробки програм психологічної підтримки лікарів-стоматологів, спрямованих на профілактику професійного вигорання.

Отримані дані можуть бути застосовані:

- у практиці психологічного консультування та тренінгових програм для медичних працівників;
- у навчальному процесі закладів вищої освіти для формування навичок стресостійкості та адаптивних копінг-стратегій;
- у діяльності керівників медичних закладів для оптимізації умов праці та зниження чинників професійного стресу.

Таким чином, результати дослідження створюють підґрунтя для диференційованих заходів профілактики вигорання та підвищення психологічного благополуччя стоматологів.

Структура роботи: кваліфікаційна магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, восьми підрозділів, проміжних та прикінцевих висновків, списку використаних джерел і п'яти додатків. Основна частина роботи сягає обсягу 114 сторінок, містить 18 таблиць та 8 рисунків. Список використаних джерел складається зі 105 найменувань (в тому числі 51 іноземною мовою) і поданий на 12 сторінках.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ СИНДРОМУ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ

1.1. Концептуалізація та сучасний стан дослідження феномену вигорання.

Феномен професійного вигорання вперше був описаний у 1974 році американським психоаналітиком Н. J. Freudenberger, який спостерігав стан емоційного виснаження, втрати мотивації та зниження ефективності серед волонтерів у клініці для наркозалежних. У своїй публікації він охарактеризував вигорання як «стан виснаження, спричинений надмірними вимогами до енергії, сили чи ресурсів особистості» [68]. Його робота є системним описом феномену професійного вигорання як психологічного стану, що виникає внаслідок тривалого емоційного навантаження в умовах допоміжної професійної діяльності. Дослідник звернув увагу на характерні зміни в поведінці, мотивації та емоційному стані працівників, яким притаманний високий рівень відданості роботі, - волонтери поступово втрачали енергію, ентузіазм і здатність до емпатії. Він описав такі симптоми, як хронічна втома, цинізм, зниження самооцінки, уникання контактів, а також соматичні прояви — головний біль, порушення сну, зниження імунітету. Науковець підкреслював, що вигорання не є раптовим явищем, а розвивається поступово, як результат надмірної віддачі без належного емоційного відновлення.

Особливістю підходу Г. Фройденбергера було те, що він розглядав вигорання не лише як індивідуальну проблему, а як системне явище, пов'язане з організаційною культурою, стилем керівництва та очікуваннями щодо «героїчної» самопожертви в допоміжних професіях. Він також наголошував на важливості профілактики — створенні умов для емоційного відновлення, підтримки колективу, відкритого обговорення труднощів.

Таким чином, дослідження Г. Фройденбергера стало відправною точкою для подальшої концептуалізації синдрому професійного вигорання та формування міждисциплінарних підходів до його вивчення. Також в 70-х роках

С. Maslach почала досліджувати емоційні наслідки роботи в допоміжних професіях. Спостерігаючи за працівниками охорони здоров'я, освітянами та соціальними працівниками, вона виявила повторюваний патерн емоційного виснаження, втрати емпатії та зниження професійної ефективності. Цей етап концептуалізації феномену вигорання можна назвати *етапом інтуїтивного опису*.

Етап емоційно-екзистенційного осмислення знаменує подальший розвиток концепції вигорання, який відбувався у межах гуманістичної психології. А. М. Pines та Е. Aronson (1988) запропонували екзистенційно-емоційний підхід до розуміння вигорання, трактуючи його як наслідок тривалого емоційного залучення до роботи, що не приносить очікуваного результату [91, с.9]. Отже, вони розглядають вигорання як екзистенційний процес, що виникає внаслідок тривалого емоційного залучення до роботи, яка перестає приносити очікувану віддачу, і підкреслюють, що вигорання — це не просто втома, а втрата життєвої енергії, пов'язаної з розчаруванням у власних ідеалах, цілях і професійній місії. Ключовим чинником розвитку синдрому вважають втрату сенсу професійної діяльності, що супроводжується глибоким розчаруванням, емоційною деформацією та зниженням самооцінки.

Їхній підхід базується на екзистенційно-емоційному розумінні вигорання як процесу, що розгортається у часі та має глибокі внутрішньо особистісні наслідки. Це дозволило авторам описати три основні етапи розвитку професійного вигорання, які відображають поступову втрату емоційної енергії, мотивації та сенсу професійної діяльності:

✓ *етап ентузіазму*, коли працівник сповнений мотивації, ідеалізму, бажання змінити світ або допомогти іншим; має високий рівень емоційного залучення, очікування значущих результатів;

✓ *етап стагнації та розчарування*, коли внаслідок зіткнення з реальністю (обмежені ресурси, бюрократія, низька оцінка з боку керівництва чи клієнтів тощо) виникає відчуття, що зусилля не приносять очікуваного результату, зростає емоційна втома, знижується задоволення від роботи;

✓ *етап апатії та емоційного виснаження*, коли втрачається сенс професійної діяльності, настає емоційне відчуження, цинізм, знижується вияв емпатії, починається уникання контактів та формалізація взаємодії. На цьому етапі можлива поява психосоматичних симптомів, депресивних проявів та професійної деформації [91, с.10].

А.М. Пайнс та Е. Аронсон підкреслюють, що вигорання — це не одномоментний стан, а динамічний процес, який починається з надмірної мотивації та завершується емоційним спустошенням. Автори наголошують, що найбільш вразливими є ті, хто працює «з душею», з високими очікуваннями від себе та світу. Вони сформували бачення багаторівневої системи подолання професійного вигорання, яка охоплює стратегії різного рівня, а саме:

➤ *індивідуальні*: рефлексія власних очікувань і цінностей (переосмислення мотивації, з якою людина прийшла в професію, та реалістичний перегляд очікувань; відновлення емоційного балансу (за допомогою ведення щоденника, медитації, фізичної активності, творчості як способів емоційного розвантаження); пошук сенсу поза професією (розширення ідентичності за межі професійної ролі: хобі, сім'я, волонтерство, духовні практики); психотерапія та індивідуальне консультування для тих, хто переживає глибоку втрату сенсу або депресивні симптоми;

➤ *групові*: групи підтримки та обміну досвідом для спільного обговорення труднощів, нормалізація переживань, зниження ізоляції; професійні воркшопи з профілактики вигорання, спрямовані на розвиток емоційної компетентності та навичок саморегуляції; супервізія та інтервізія (у професіях допомоги це регулярне обговорення складних випадків у безпечному середовищі);

➤ *організаційні*: зміна умов праці (оптимізація навантаження, гнучкий графік, перерви, ротація обов'язків); підтримка з боку керівництва (визнання внеску працівника, зворотний зв'язок, створення культури психологічної безпеки); запровадження організаційної культури, що підтримує сенс (чітке формулювання місії, цінностей, залучення працівників до прийняття рішень);

профілактичні програми на рівні установи (впровадження систем моніторингу емоційного стану, регулярні оцінки ризику вигорання тощо) [91, с.125]. Ці стратегії демонструють, що подолання вигорання потребує цілісного підходу, який враховує не лише симптоми, а й глибинні причини — від індивідуальних очікувань до організаційної культури.

Дослідження А.М. Пайнс та Е. Аронсон заклало концептуальний фундамент для гуманістичного та екзистенційного розуміння професійного вигорання як глибоко особистісного, емоційно забарвленого процесу. Завдяки акценту на емоційному залученні, внутрішніх мотивах та розчаруванні в ідеалах, їхня праця розширила межі дослідження - від зовнішніх чинників до внутрішньо особистісної динаміки — та стала основою для подальших емпіричних досліджень, зокрема в гуманістичних професіях (медицина, освіта, соціальна робота).

Етап психометричної операціоналізації пов'язаний з ключовою подією, що сталась в 1981 році. С. Maslach у співпраці з S. Jackson, виходячи з розуміння вигорання як психологічного синдрому, що виникає у відповідь на хронічний емоційний стрес, розробили перший стандартизований інструмент для діагностики вигорання - Maslach Burnout Inventory (MBI), який закріпив трифакторну модель синдрому:

- *емоційне виснаження*, яке супроводжувалось відчуттям емоційного спустошення, втрати енергії, перевантаження;
- *деперсоналізація*, яка проявлялась цинічним, відстороненим ставленням до клієнтів, пацієнтів або студентів;
- *зниження особистісних досягнень*, що характеризувалось появою відчуття неефективності, зниження самооцінки, сумніви у професійній компетентності [85, с.4].

Вона стала домінантною у подальших дослідженнях і лягла в основу численних емпіричних робіт. Праця К. Маслач та С. Джексона заклала емпіричний та методологічний фундамент для вивчення професійного вигорання. Їхній внесок полягає не лише в розробці діагностичного інструменту,

а й у формуванні наукової мови, через яку феномен вигорання став об'єктом міждисциплінарного аналізу.

Таким чином, початкова концептуалізація вигорання сформувалася як реакція на хронічний емоційний стрес у професійній діяльності, що супроводжується поступовим виснаженням особистісних ресурсів. Вона заклала підґрунтя для подальших теоретичних моделей, розробки психометричних інструментів та міждисциплінарних досліджень.

Наступним був *етап критичного переосмислення та розширення моделей* вигорання. Наприкінці ХХ-початку ХІ ст. в дослідженні феномену вигорання стався суттєвий зсув фокусу ваги науковців – відбувся перехід від індивідуально-симптоматичного розуміння вигорання (як у підході К. Маслач) до системного, контекстуального та мультифакторного його аналізу. Дослідники почали враховувати організаційні, соціальні та культурні чинники, що впливають на розгортання синдрому. Виникають альтернативні підходи, які пропонують нові типології, шкали та теоретичні рамки.

Почався критичний аналіз методологічних і теоретичних засад підходу К. Маслач, особливо того, що стосується Maslach Burnout Inventory (MBI). Науковці прагнули розробити інструмент, який відображав би суб'єктивне переживання виснаження, а не лише його професійно-рольові аспекти; був незалежним від конкретної професії (придатним не лише для представників допоміжних), а також був здатним диференціювати джерела вигорання, дозволяючи виявити, чи пов'язане виснаження з роботою загалом, з клієнтами, чи з особистими факторами.

Група дослідників – Т.С. Kristensen, К.В. Christensen, Е. Villadsen та М. Borritz – почали розробку нового психодіагностичного інструменту Copenhagen Burnout Inventory (CBI), трактуючи вигорання як «фізичне та психологічне виснаження, яке людина приписує своїй роботі» [79, с.196]. Це означає, що джерелом вигорання є не лише об'єктивні умови, а й інтерпретація людиною власного стану.

СВІ складається з трьох незалежних шкал:

- ✓ *особистісне вигорання*: загальне виснаження, незалежно від роботи;
- ✓ *робоче вигорання*: виснаження, яке людина пов'язує з роботою;
- ✓ *клієнтське вигорання*: виснаження, пов'язане зі взаємодією з клієнтами, пацієнтами, учнями тощо.

Мультидоменно-структурований підхід дозволяє виявити специфіку джерел стресу та адаптувати інтервенції, спрямовані на управління стресом та подолання його наслідків. Автори ставлять фокус на емоційно-фізичному компоненті, тому СВІ не включає компонент «зниження особистісних досягнень», оскільки він вважається непрямим і менш валідним показником вигорання. Натомість акцент робиться на втомі, виснаженні, емоційному спустошенні.

Отже, концептуальні засади інструменту, створеного під орудою Т. Крістенсена, відображають зсув від рольового до суб'єктивно-експлікативного підходу до тлумачення сутності вигорання, де ключовим є не професійна ідентичність, а переживання виснаження як особистісного досвіду.

Іншим ключовим напрямом досліджень в межах цього етапу концептуалізації феномену вигорання є дослідження іншої групи науковців - Е. Demerouti, А.В. Bakker, F. Nachreiner та W.B. Schaufeli. Вони концептуалізували універсальну теоретичну рамку, яка дозволяє пояснити розвиток професійного вигорання та залученості працівників у будь-якій професії. Цей підхід базується на ідеї, що будь-яка робота має унікальний набір вимог і ресурсів, які взаємодіють та формують психологічний стан працівника.

Ключовими концептами підходу є такі:

- *робочі вимоги*: фізичні, психологічні, соціальні або організаційні аспекти роботи, які потребують зусиль і потребують витрат;
- *робочі ресурси*: аспекти роботи, які допомагають досягати цілей, знижують вимоги або стимулюють особистісний розвиток;
- *шлях стресу*: формула якого є такою «високі вимоги → виснаження → вигорання → зниження продуктивності та добробуту»;

➤ *шлях мотивації*: формула якого є такою формула якого є такою «високі ресурси → мотивація → залученість → продуктивність та добробут» [61, с.500].

Дослідження Е. Демеруті, А.Б. Баккера, Ф. Нахрайнера та В.Б. Шауфелі стали поворотним моментом у концептуалізації вигорання, змістивши фокус із симптомів на структурні умови праці. Це дозволяє не лише діагностувати ризики, а й проєктувати інтервенції, які спрямовані на оптимізацію балансу між вимогами та ресурсами.

На друге десятиліття поточного сторіччя припав ***етап мультидисциплінарної інтеграції***, в якому дослідження вигорання вийшли за межі психології праці, зокрема, у біомедицину, когнітивні науки, соціологію, педагогіку, військову психологію та цифрову культуру. Вигорання почали розглядати як мультифакторний синдром, що має нейрофізіологічні, соціальні, культурні та екологічні компоненти.

До прикладу, біомедичні та нейрофізіологічні дослідження. В.М. Kudielka, S. Bellingrath & D.H. Hellhammer (2006) вивчали добовий ритм секреції кортизолу у працівників з високим рівнем вигорання, що свідчить про порушення у функціонуванні гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі (HPA axis) [78]. У такий спосіб було підтверджено, що вигорання має фізіологічні прояви, які можна об'єктивно вимірювати.

K. Golonka, J. Mojsa-Kaja, K. Popiel, T. Marek та M. Gawlowska здійснили дослідження електроенцефалографічних (ЕЕГ) змін та варіабельності серцевого ритму (HRV) у людей з вигоранням. Виявлено зниження активності в префронтальній корі та порушення регуляції вегетативної нервової системи. Таким чином, нейрофізіологічні дані підтверджують когнітивне виснаження та порушення емоційної регуляції [63].

В цьому контексті вигорання почали трактувати як психосоматичний синдром, що має біологічні маркери. З'явилися підходи, які пов'язують хронічний стрес із імунною дисфункцією, порушенням сну, когнітивним

дефіцитом. Це дозволило інтегрувати вигорання в медичні протоколи, розробити біоіндикатори для його ранньої діагностики.

Українські науковці наразі також працюють в цьому напрямку. Зокрема, О. Чабан, О. Хаустова О. та В. Омелянович здійснили розробку опитувальника з урахуванням психосоматичних проявів вигорання у медичних працівників [51]. Він є першим валідизованим інструментом в українському медичному контексті, що враховує тілесні симптоми. О. Вавринів О. та Р. Яремко проаналізували психофізіологічні прояви вигорання у рятувальників, поліцейських, військових і виявили зв'язок між вигоранням та порушенням сну, серцево-судинними реакціями [9]. Дослідниками підтверджено необхідність мультидисциплінарного підходу до діагностики та профілактики вигорання.

Натомість у когнітивно-поведінковому підході вигорання розглядається як результат дисфункціональних когніцій, перфекціонізму та румінацій, що дозволяє обумовлювати зміст КПТ-інтервенції (реструктуризація мислення, тренінги асертивності, вироблення навичок самоспівчуття тощо). Такий підхід дозволяє створювати індивідуальні протоколи психологічної допомоги, особливо в освітньому та медичному середовищі.

Концептуальними засадами дослідження, здійсненого М. Олійник (2021), є розуміння емоційного вигорання як результат хронічного стресу, дисфункціональних переконань (перфекціонізм, гіпервідповідальність), невміння регулювати емоції та відновлювати ресурси [37]. У такий спосіб емоційні, когнітивні та поведінкові компоненти вигорання стали елементами структурованої програми допомоги, яка може бути використана в індивідуальному консультуванні, коучингу та груповій роботі.

В межах соціокультурних та військових досліджень вигорання вивчається у контексті вторинної травматизації, роботи з пораненими військовими, етичної напруги. Їхніми результатами є виявлення високого рівня деперсоналізації у фахівців, які працюють у кризових умовах. Такі дослідження сприяють розробці секторальних програм підтримки, зокрема для медиків, психологів, соціальних працівників.

До прикладу, результатами дослідження, яке було проведене Благодійним фондом «Анкора» за підтримки ICAP «Єднання» в межах проєкту «Ініціатива секторальної підтримки громадянського суспільства», вигорання розумілось як емоційне, розумове й фізичне виснаження від тривалого перебування в некерованих стресових ситуаціях через емоційно насичені контакти у професійній діяльності [38]. Дослідники знову повернулись до використання трикомпонентної моделі К. Масlach та С. Джексон. Було встановлено, що дві третини персоналу реабілітаційних центрів для поранених військових мають високий / середній рівень професійного та емоційного вигорання за кожним з трьох його компонентів: 48% учасників мають високий рівень редукції професійних досягнень, 33,3% - емоційного виснаження, а 23,3% - деперсоналізації. Зрештою, дослідники дійшли висновку, що такий рівень деперсоналізації можна вважати позитивним, оскільки персонал реабілітаційних центрів RECOVERY працює з важкими хворими.

Освітні та цифрові аспекти вигорання стали предметом сучасних досліджень. В них вивчається вигорання у студентів, викладачів, IT-фахівців у контексті перевантаження інформацією, онлайн-навчання, Zoom-fatigue (психологічне виснаження, яке виникає внаслідок тривалого / надмірного використання відеозв'язку через платформи Zoom, Google Meet, Microsoft Teams тощо). Дослідники пов'язують вигорання з цифровою фрагментацією уваги, відсутністю меж між роботою та особистим життям. Отримані результати стимулювали розробку цифрової гігієни, рекомендацій щодо балансування роботи он-лайн.

Українські науковці М. Паккі та В. Ворона адаптували шкалу Zoom Fatig і виявили середній рівень втоми за візуальною, соціальною, мотиваційною та емоційною субшкалами. Найбільш вразливими виявилися викладачі гуманітарних дисциплін [40]. С. Кириченко досліджував синдром професійного вигорання викладачів закладів вищої освіти як наслідок дистанційного навчання. підвищення рівня деперсоналізації та емоційного виснаження серед викладачів після переходу на онлайн-формат. Авторка пропонує рекомендації щодо

цифрової гігієни та підтримки психоемоційного стану [20]. К. Koivuneva, Н. Ruokamo зробили огляд, який охоплює понад 40 наукових досліджень, що демонструють зв'язок між цифровим середовищем, академічним благополуччям і вигоранням [76].

Описані та аналогічні дослідження підтверджують, що цифрове середовище — особливо в умовах пандемії та воєнного стану — стало потужним тригером емоційного вигорання як у студентів, так і у викладачів. Вони також демонструють потребу в адаптації освітніх форматів, розвитку цифрової гігієни та впровадженні психоедукаційних програм.

Цей етап перетворив вигорання з психологічного синдрому на комплексну соціально-біологічну проблему, що потребує системного підходу, що створило передумови для: визнання вигорання в МКХ-11, розробки міждисциплінарних протоколів допомоги, інтеграції вигорання в освітні, медичні та військові стратегії.

Нарешті, *етап нормативного та клінічного визнання*, який триває дотепер, характеризується ключовою подією - включення вигорання до МКХ-11 як «фактору, пов'язаного з професійною діяльністю» (QD85). Наразі вигорання визнається як окремий синдром, що потребує профілактики та втручання («occupational phenomenon» - не хвороба, але синдром, що впливає на здоров'я) [35]. Вигорання офіційно описано як синдром, що виникає внаслідок хронічного стресу на робочому місці, який не був успішно подоланий та визначено три його компоненти: виснаження, ментальне дистанціювання, зниження ефективності [58].

Також вигорання визнано у медичних протоколах (МОЗ, JAMA, BMC), особливо в контексті COVID-19, а також офіційно регламентовано в Україні у вигляді методичних рекомендацій МОЗ. Відповідним наказом регламентується профілактика, діагностика та подолання професійного вигорання серед медичних працівників. Визначено терміни, етапи втручання, рекомендовані інструменти [36].

Серед сучасних досліджень згадаймо роботу групи науковців, яку очолював S. Cyr. Дослідження охопило понад 500 медичних працівників у Канаді. Виявлено стійке зростання вигорання, особливо серед жінок, молодих фахівців та тих, хто працював у COVID-відділеннях [60]. A. Shechter, A. Norful здійснили дослідження вигорання в системі охорони здоров'я США. Автори аналізують вплив пандемії на вигорання серед лікарів, медичних сестер та адміністративного персоналу. Їм вдалось встановити ключові предиктори вигорання, якими визнано перевантаження, емоційну ізоляцію, цифрову фрагментацію [95].

Вітчизняні дослідниці Т. Білорус та Д. Меженкова аналізують вигорання в умовах воєнного стану як фактор ризику для управління персоналом та пропонують адаптовані методи діагностики та профілактики для українських організацій [4]. Також вже згадуване раніше дослідження О. Вавринів та Р. Яремка, які вивчали особливості професійного вигорання у рятувальників, військових та поліцейських. Вони виявили специфічні прояви вигорання, як-от, емоційна глухість, порушення сну, зниження емпатії. Автори пропонують мультидисциплінарні підходи до підтримки таких працівників [9].

Підсумовуючи сказане зазначимо, що впродовж останніх десятиліть концепт професійного вигорання пройшов складну еволюцію — від інтуїтивного опису емоційного виснаження до нормативно визнаного феномену з чіткими діагностичними критеріями. Ці трансформації засвідчили, що вигорання — це не лише емоційний стан, а системне порушення взаємодії між особистістю та професійним середовищем. Для більш детального аналізу феномену професійного вигорання перейдемо до дослідження основних моделей цього явища.

1.2. Моделі професійного вигорання.

Як було вказано в попередньому параграфі, перша модель вигорання, яка виникла внаслідок його операціоналізації і лягла в основу відповідного діагностичного інструменту, була створена К. Маслач (1974). Вона визначає

професійне вигорання як психологічний синдром, що виникає внаслідок хронічного емоційного навантаження в професіях «людина-людина». Вона складається з трьох компонентів:

1. *емоційне виснаження* – почуття спустошеності, втрати енергії, неможливості «дати собі раду» навіть після відпочинку. Причинами його виникнення зазвичай виступає низка чинників, як-от, хронічне перевантаження (надмірна кількість завдань, багатозадачність, дедлайни), емоційна напруга (постійна робота з людьми, які потребують підтримки - пацієнти, студенти, клієнти), відсутність відновлення (нерегулярний відпочинок, порушення сну, робота без перерв), невизначеність ролей (розмиті обов'язки, конфлікти між очікуваннями та реальністю), втрата сенсу (відсутність бачення результатів, монотонність, відчуття «роботи заради роботи») тощо;

2. *деперсоналізація* – цинічне ставлення до клієнтів, пацієнтів, студентів; емоційне відсторонення та «знеособлення» взаємодії. Причинами його виникнення може бути психологічна захисна реакція (емоційне дистанціювання як спосіб уникнення перевантаження), відсутність підтримки (низький рівень командної згуртованості, ізоляція, відсутність супервізії), механізація взаємодії (перетворення живої комунікації на формальні процедури), рольова втома (постійне знаходження у професійній ролі без можливості бути собою), вторинна травматизація (робота з травмованими людьми, що викликає емоційне притуплення);

3. *зниження особистісних досягнень* – відчуття неефективності, сумніви у власній компетентності, зниження мотивації до професійного розвитку. Причинами цього виступають відсутність зворотного зв'язку (працівник не отримує підтвердження своєї ефективності), невизнання з боку керівництва або клієнтів (відсутність похвали, ігнорування досягнень), перфекціонізм і самокритика (внутрішні стандарти недосяжні, що породжує хронічне незадоволення), втрата професійної ідентичності (розмитість цінностей, відчуття «я не знаю, навіщо я тут»), невідповідність між зусиллями та результатами (вкладені ресурси не дають очікуваного ефекту) [85].

Кожен із трьох складників вигорання має свої психологічні та організаційні детермінанти, але вони часто взаємопов'язані. Наприклад, емоційне виснаження може призвести до деперсоналізації, а тривала деперсоналізація — до втрати віри у власну ефективність. Саме тому більш пізні моделі (СВІ, JD-R, КППТ-підходи) пропонують багатовимірний аналіз причин, а не лише симптомів.

Модель К. Масlach має вагомі переваги. Модель чітко розмежовує емоційні, когнітивні та поведінкові аспекти вигорання, що забезпечує її теоретичну чіткість. Вона використовується в HR, коучингу, психотерапії, освітніх інтервенціях, що засвідчує її практичну значущість, а її історична значущість зумовлена тим, що вона заклала основу для створення подальших моделей (СВІ, JD-R, КППТ-підходи). Створений на її основі опитувальник MBI є «золотим стандартом» у дослідженнях вигорання. Завдяки його стандартизованості, широко валідизований у різних країнах. Він має високі показники внутрішньої узгодженості та факторної структури, особливо у версії MBI-GS (для загального опитування).

З огляду на це можна визначити перспективи її застосування в сучасних дослідженнях. Наприклад, у порівняльних дослідженнях MBI використовується як базовий інструмент для порівняння з новими моделями (СВІ, JD-R), у клінічній діагностиці застосовується для скринінгу вигорання у медичних працівників, освітян, волонтерів. Методика придатна для використання у крос-культурних дослідженнях, оскільки адаптована для понад 30 мов, а також може інтегруватися в мультифакторні моделі як компонент у складних опитувальниках, що включають стрес, тривожність, мотивацію.

Попри це, модель має певні обмеження. Перш за все через її професійну вузькість, оскільки первісно розроблялась для допоміжних професій, а тому менш релевантна для IT, управлінців, студентів та ін. по-друге, через її рольову прив'язку - фокус на «роботі з людьми» обмежує застосування в технічних або дистанційних сферах. Наголошується на суперечливості шкали «Зниження особистісних досягнень», яка часто має слабку кореляцію з іншими компонентами. Модель не враховує суб'єктивне сприйняття джерел виснаження,

як у СВІ, що свідчить про її недостатню гнучкість. І, насамкінець, МВІ є комерційним інструментом, що ускладнює його вільне використання в дослідженнях через ліцензійні обмеження.

Отже, в сучасній науці модель К. Маслач залишається фундаментальною у вивченні професійного вигорання, особливо в клінічному та освітньому контексті. Водночас її обмеження стимулювали розвиток альтернативних моделей, які враховують суб'єктивні, структурні та мотиваційні аспекти вигорання. Зокрема, йдеться про модель В. Perlman & Е. Hartman (1982), у якій компонент деперсоналізації розглядається у двох аспектах:

- ✓ *деперсоналізація професійної діяльності*, що виявляється втратою сенсу, механічному виконанні завдань, відчуженням від змісту роботи;
- ✓ *деперсоналізація суб'єктів діяльності*, що виявляється емоційним дистанціюванням від клієнтів / пацієнтів / студентів тощо [90]. Це розмежування стало важливим внеском у подальші моделі (зокрема й вдосконалення МВІ), де деперсоналізація часто трактувалась лише як ставлення до людей. Як бачимо, модель заклала основу для розширеного розуміння деперсоналізації, що дозволяє точніше діагностувати вигорання в професіях типів «людина–людина» та «людина–знакова система». Автори підкреслили потребу в розмежуванні типів вигорання залежно від професійного контексту та запропонували напрями майбутніх досліджень, зокрема щодо методології, норм, coping-стратегій, вторинних вигод і стадійності процесу вигорання.

С. Maslach у співавторстві з М. Leiter (1997) обґрунтували Areas of Worklife Model (AWL) пропонує структурований підхід до аналізу організаційних чинників, що сприяють розвитку професійного вигорання, тобто оцінювати не лише індивідуальні симптоми вигорання, а й структурні фактори ризику, що виникають у шести сферах взаємодії працівника з організацією. Вона базується на припущенні, що вигорання виникає не лише як індивідуальна реакція на стрес, а і як наслідок хронічної невідповідності між характеристиками працівника та ключовими аспектами його робочого середовища. У межах цієї моделі

виокремлюють шість сфер ризику, кожна з яких може виступати джерелом напруження або, навпаки, ресурсом для підтримки професійного добробуту.

К. Маслач та М. Лайтер виокремили такі сфери:

- *навантаження*: стосується обсягу завдань, які працівник має виконувати, та наявності ресурсів для їхньої реалізації. Вигорання виникає, коли вимоги перевищують можливості, а відсутність часу на відновлення призводить до хронічного емоційного виснаження;
- *контроль*: охоплює рівень автономії, можливість приймати рішення та впливати на процеси, що стосуються власної роботи. Низький рівень контролю асоціюється з почуттям безсилля, фрустрацією та зниженням мотивації, що може спричинити деперсоналізацію;
- *винагорода*: включає як матеріальні, так і моральні форми визнання. Коли зусилля працівника не отримують належної оцінки, формується відчуття несправедливості та знижується суб'єктивне сприйняття власної ефективності;
- *спільнота*: стосується якості соціальних взаємодій на робочому місці. Конфлікти, ізоляція або відсутність підтримки з боку колег і керівництва можуть призвести до емоційного відсторонення та втрати сенсу професійної діяльності;
- *справедливість*: охоплює рівність у прийнятті рішень, прозорість процедур та відсутність дискримінації. Відчуття несправедливого ставлення підриває довіру до організації та посилює ризик вигорання;
- *цінності*: пов'язана з узгодженістю між особистими переконаннями працівника та ціннісними орієнтирами організації. Коли працівник змушений діяти всупереч власним етичним принципам, виникає внутрішній конфлікт, що сприяє розвитку вигорання [85].

Модель AWL є одним із найефективніших інструментів для структурного аналізу організаційних чинників, що сприяють розвитку професійного вигорання. Її ключова перевага полягає в тому, що вона дозволяє виявити не лише індивідуальні симптоми, а й системні джерела ризику, які закладені в робочому

середовищі. Завдяки чіткій операціоналізації шести сфер вона забезпечує глибоку діагностику взаємодії працівника з організаційною системою.

Серед сильних сторін AWL варто виокремити її прогностичну силу. Проведені авторами дослідження підтверджують, що невідповідність у цих сферах корелює з трьома складниками вигорання за MBI. Крім того, модель має високу гнучкість і може бути адаптована до різних професійних контекстів — від освітнього до медичного, від корпоративного до волонтерського. Її структура сприяє формулюванню конкретних інтервенцій, оскільки кожна сфера є точкою входу для змін, наприклад, оптимізація навантаження або розвиток командної підтримки.

Попри численні переваги, модель AWL має низку обмежень, які слід враховувати при її застосуванні. По-перше, вона фокусується переважно на організаційних чинниках і не охоплює індивідуальні особливості працівника — такі як стиль копінгу, рівень емоційної регуляції чи особистісні ресурси. Це може знижувати її діагностичну точність у випадках, коли вигорання має переважно внутрішньо особистісну природу. По-друге, вона вимагає доступу до організаційної інформації та участі керівництва, що не завжди можливо в умовах обмеженої відкритості або низької корпоративної культури. Також слід зазначити, що деякі сфери — зокрема «справедливість» і «цінності» — є складними для самостійної оцінки працівником, оскільки потребують рефлексії та порівняння з організаційними нормами, які можуть бути неявними або суперечливими.

Модель AWL має широкі перспективи застосування. Вона може бути інтегрована в програми організаційного консалтингу, HR-діагностики, коучингу та фасилітації команд. Особливо ефективною є її комбінація з іншими моделями — зокрема JD-R, яка дозволяє поєднати структурний аналіз із оцінкою індивідуальних ресурсів і вимог. Вона також є перспективною для створення адаптованих опитувальників, які дозволяють оцінити ризики вигорання на рівні групи або організації. У контексті поствоєнної реабілітації та підтримки фахівців

допоміжних професій модель AWL може слугувати інструментом для формування безпечного та ресурсного середовища.

З інших позицій описує вигорання екзистенційно-емоційна модель вигорання А. Pines А. та Е. Aronson (1983), яка розглядає цей феномен не лише як реакцію на зовнішні стресори, а й як глибокий внутрішній конфлікт, пов'язаний із втратою сенсу професійної діяльності. На думку А. Пайнс, вигорання виникає тоді, коли людина інвестує себе емоційно, морально, інтелектуально, але не бачить результату, не відчуває значущості своєї праці, і поступово втрачає віру в її цінність [91, с.3].

Центральним ядром моделі є поняття «емоційної інвестиції без екзистенційного зворотного зв'язку» - стан, коли людина глибоко емоційно вкладається у професійну діяльність, але не отримує підтвердження значущості своїх зусиль — ні через результати, ні через визнання, ні через внутрішнє переживання сенсу [91, с.13]. Тобто, коли працівник віддає себе роботі, але не отримує підтвердження, що його зусилля мають сенс, вплив або визнання, формується стан глибокого розчарування, який переростає у вигорання.

Сильними сторонами цієї моделі є її глибинний психологічний фокус - вона дозволяє аналізувати не лише симптоми, а й мотиваційні, ціннісні та етичні аспекти професійного життя. Модель є універсальною і може бути застосовна до будь-якої професії, особливо до тих, де працівники мають високий рівень ідеалізму (медики, освітяни, волонтери). Вона поєднує емоційні та екзистенційні компоненти, що робить її релевантною для психотерапії (інтегрується з гуманістичною психологією).

Модель А. Пайнс має й певні обмеження, зокрема, йдеться про суб'єктивність конструкта «сенс», що створює складність операціоналізації цього поняття у кількісних дослідженнях. Модель має меншу структурну деталізацію і не дає чіткої карти організаційних чинників, як JD-R чи AWL. Складно використовувати модель для прогнозування поведінкових наслідків (звільнення, плинність кадрів) через обмеженість її прогностичної сили. І,

насамкінець, вона не охоплює ресурсний компонент - модель фокусується на втраті, але не пропонує механізмів компенсації чи відновлення.

У сучасному контексті модель А. Пайнс є особливо актуальною для психотерапевтичної практики, коли потрібна робота з втратою сенсу, емоційним виснаженням, професійною ідентичністю. Вона може використовуватись в якісних дослідженнях, як-от, глибинні інтерв'ю, нарративний аналіз, феноменологічні підходи. Модель добре інтегрується з КПТ та логотерапією, вона може бути основою для інтервенцій, спрямованих на відновлення сенсу та мотивації.

Екзистенційно-емоційна модель А. Пайнс пропонує унікальний погляд на професійне вигорання як на втрату сенсу, що виникає внаслідок емоційної інвестиції без визнання, результату чи впливу. Вона є особливо цінною для гуманістично орієнтованих підходів, психотерапії та освітніх інтервенцій, хоча потребує доповнення структурними моделями для повноцінної діагностики та прогнозування.

Концепція «Work Engagement vs. Burnout» W.B. Schaufeli, M. Salanova, V. González-Romá та A.B. Bakker (2002) базується на ідеї, що професійне благополуччя не є лише відсутністю вигорання, а має власну позитивну структуру — залученість. Автори пропонують розглядати вигорання та залученість як дві полярні, але не симетричні конструкції, які мають різні психологічні механізми. Вигорання є результатом хронічного стресу, виснаження, деперсоналізації, втрати ефективності, а залученість — це позитивний, наповнений енергією стан, що включає: відданість (глибоке почуття значущості, ентузіазму, натхнення та гордості за свою роботу), енергійність (високий рівень психічної витривалості, активності та готовності вкладатися в роботу, навіть у складних умовах) і поглиненість (стан глибокої концентрації, коли працівник настільки занурений у роботу, що втрачає відчуття часу та зовнішніх подразників) [96].

Відданість відображає емоційно-ціннісну прив'язаність до професійної діяльності. Людина не просто виконує завдання, а переживає роботу як джерело

сенсу, самореалізації та соціального внеску. Цей складник виконує власну психологічну функцію, яка сприяє протидії деперсоналізації, підтримці професійної ідентичності та формуванню мотивації до розвитку.

Високий рівень енергійності працівників виявляється стійкістю до стресу, здатністю швидко відновлюватися після навантаження, а також внутрішньою мотивацією до дії. Енергійність є показником того, що робота не виснажує, а навпаки — стимулює. Її психологічна функція стосується протидії емоційному виснаженню, підтримки активного залучення, формування адаптивного копіngu.

Поглиненість є когнітивним маркером залученості, який свідчить про високий рівень інтересу, включеності та внутрішньої мотивації. Водночас, надмірна поглиненість може призводити до ігнорування ознак перевтоми. Серед її психологічних функцій - підтримка продуктивності, формування стану «потокy», підвищення когнітивної гнучкості.

Три складники залученості формують цілісний ресурсний стан, який сприяє професійному благополуччю, мотивації та стійкості до вигорання. Вони мають різну психологічну природу (фізіологічну, емоційну, когнітивну), що дозволяє використовувати їх як окремі шкали в діагностиці та інтервенціях.

Сильні сторони моделі В. Шуфелі обумовлені її позитивною парадигмою — вона тримає фокус на розвитку, а не лише на профілактиці. Вона є універсальною, тому може застосовуватися в різних професіях, культурах, вікових групах. Модель добре інтегрується з JD-R, оскільки залученість розглядається як результат наявності ресурсів у моделі JD-R.

Серед обмежень концепції Work Engagement варто назвати те, що вона не є дзеркальним антиподом вигорання - високий рівень залученості не гарантує відсутності вигорання (можливе «залучене виснаження»). Також вона може маскувати перенавантаження, коли працівники з високою мотивацією можуть ігнорувати сигнали виснаження. І, насамкінець, наголосимо на певній суб'єктивності показника «поглиненості», він не завжди корелює з ефективністю або добробутом.

Модель В. Шуфелі має значні перспективи застосування, зокрема, при латентному профілюванні для створення типів працівників (як-от, «виснажені», «залучені», «апатичні») та при розробці HR-стратегій завдяки моніторингу залученості як індикатора організаційного клімату. В психотерапії та коучингу може застосовуватись для роботи з мотивацією, сенсом, енергією. Модель гарно інтегрується в моделі добробуту, поєднуючись з PERMA, flourishing, resilience.

Загалом, концепція Work Engagement vs. Burnout пропонує ресурсно-орієнтований підхід до вивчення професійного благополуччя, де залученість виступає не лише як протилежність вигоранню, а як самостійний позитивний конструкт. Вона відкриває можливості для розвитку, мотивації та профілактики, особливо в освітньому, організаційному та терапевтичному контекстах. Ця концепція дозволяє перейти від дефіцитарного підходу (діагностика проблем) до ресурсного (розвиток позитивних станів).

Е. Demerouti et al. (2001) обґрунтували **модель JD-R**, яка пропонує універсальну рамку для аналізу професійного вигорання як результату дисбалансу між робочими вимогами та ресурсами.

Робочі вимоги — це фізичні, психологічні, соціальні або організаційні аспекти роботи, які потребують зусиль і пов'язані з фізіологічними та психологічними витратами. Автори визначили основні типи вимог:

- ✓ *когнітивні*: багатозадачність, складність завдань, необхідність швидкого прийняття рішень;
- ✓ *емоційні*: робота з травмованими клієнтами, необхідність емоційного контролю, емпатійне вислуховування;
- ✓ *темп і обсяг*: дедлайни, понаднормова робота, нестача часу на виконання завдань;
- ✓ *рольова невизначеність*: розмиті обов'язки, конфлікт між ролями, суперечливі очікування;
- ✓ *організаційний тиск*: бюрократія, контроль, нестабільність, зміни без попередження.

Надмірність їхнього прояву може призводити до психологічних наслідків, як-от, емоційне виснаження, тривожність, фрустрація, зниження мотивації та вигорання через хронічне перенавантаження.

Робочі ресурси — це фізичні, психологічні, соціальні або організаційні аспекти роботи, які сприяють досягненню робочих цілей, знижують вплив вимог, стимулюють особистісний розвиток і залученість.

Автори визначили основні типи ресурсів:

- *автономія*: можливість самостійно планувати роботу, приймати рішення;
- *соціальна підтримка*: допомога від колег, керівництва, командна згуртованість;
- *зворотний зв'язок*: регулярна оцінка результатів, конструктивна критика;
- *чіткість ролей*: зрозумілі обов'язки, узгоджені очікування;
- *можливості розвитку*: навчання, професійне зростання, участь у проєктах;
- *ресурси відновлення*: гнучкий графік, перерви, доступ до психологічної підтримки.

Коли таких ресурсів достатньо, вони маю позитивні психологічні наслідки, як-от, залученість у роботу, відчуття компетентності, професійне благополуччя та зниження ризику вигорання [61].

Загалом, модель JD-R показує, що вигорання виникає при переважанні вимог над ресурсами, тоді як залученість формується при достатній кількості ресурсів, навіть за високих вимог. Саме тому JD-R є не лише діагностичною, а й інтервенційною моделлю: вона дозволяє визначити, які ресурси потрібно підсилити, щоб компенсувати вимоги.

Вадливим моментом, що стосується моделі JD-R, є концептуальна схема двох взаємопов'язаних психологічних процесів — виснаження та мотивації, які описують, яким чином робоче середовище впливає на психоемоційний стан працівника, його ефективність і ризик розвитку вигорання.

Процес виснаження активується у випадках, коли робочі вимоги перевищують адаптаційні можливості працівника. Вони потребують значних зусиль і не компенсуються адекватними ресурсами. Спочатку працівник стикається з надмірними вимогами, а у разі тривалого впливу цих чинників формується хронічне навантаження, що порушує механізми саморегуляції. Це призводить до емоційного виснаження — ключового компонента вигорання, який проявляється у втраті енергії, мотивації, здатності до емпатії. Насамкінець виникає повноцінний синдром професійного вигорання, що включає деперсоналізацію та зниження особистісних досягнень. Цей процес є домінуючим у професіях з високим емоційним навантаженням — медики, освітяни, соціальні працівники, волонтери та ін.

Процес мотивації активується за наявності достатніх робочих ресурсів, які підтримують внутрішню мотивацію, сприяють досягненню цілей і формують позитивне ставлення до професійної діяльності. Вони можуть бути внутрішніми (самоефективність, оптимізм та ін.) або зовнішніми (автономія, підтримка, зворотний зв'язок, можливості розвитку). Наявність ресурсів сприяє формуванню залученості — позитивного, енергійного, цілеспрямованого стану, протилежного до вигорання. Залученість стимулює продуктивність, ініціативність, готовність до професійного зростання, внаслідок чого формується професійне благополуччя — суб'єктивне відчуття задоволення, сенсу та ефективності. Цей процес є ключовим у розробці інтервенцій, підсилення ресурсів дозволяє не лише знижувати ризик вигорання, а й формувати стійку мотивацію [61].

JD-R не розглядає ці процеси як ізольовані. Вони можуть взаємодіяти, наприклад, високі вимоги можуть бути нейтралізовані сильними ресурсами, а дефіцит ресурсів — посилити негативний вплив вимог. Саме тому модель є ефективною основою для діагностики, профілактики та інтервенцій у сфері професійного добробуту.

Можемо констатувати певні обмеження моделі JD-R. Через високу варіативність змісту шкал модель є гнучкою і потребує ретельної адаптації для

кожного контексту, що ускладнює порівняння між вибірками. Вона не враховує особистісні чинники напряду - хоча модель допускає їхнє включення, базова структура фокусується на зовнішніх умовах. Може бути складною для самодіагностики, оскільки працівники не завжди здатні чітко ідентифікувати свої ресурси або вимоги без фасилітації. Також вона не охоплює етичні та ціннісні конфлікти, на відміну від моделі AWL, JD-R не включає сферу «цінності» як окремий чинник.

Перспективи застосування моделі JD-R стосуються розробки адаптованих опитувальників; аналізу командного балансу вимог і ресурсів. JD-R може бути основою для когнітивної реструктуризації у програмах профілактики вигорання. Модель дозволяє створювати типології працівників за рівнем вимог і ресурсів (наприклад, «ризик вигорання», «залучені», «апатичні») при латентному профілюванні.

Модель JD-R є однією з найпотужніших концептуальних рамок для вивчення професійного вигорання, оскільки поєднує прогностичну силу, гнучкість та практичну застосовність. Вона дозволяє перейти від симптоматичного опису до системного аналізу умов праці, що відкриває нові можливості для діагностики та інтервенцій.

Моделлю, яка реалізує процесний підхід до динамічності вигорання, є п'ятиступенева модель J. Greenberg (2017). Вона описує поступову ескалацію симптомів професійного вигорання — від початкового ентузіазму до глибокої психофізіологічної кризи і є зручною для практичної діагностики, оскільки дозволяє виявити стадію вигорання за поведінковими та соматичними ознаками. Розглянемо їх детальніше:

I стадія («медовий місяць»), характерна для початку кар'єри або нового етапу професійної діяльності: працівник задоволений своєю роботою, демонструє ентузіазм, високу мотивацію та готовність до професійного зростання. Емоційна інвестиція є максимальною і ознаки виснаження відсутні; .

II стадія («нестача палива», критична для профілактичних інтервенцій): з'являються перші ознаки втоми, апатії, порушення сну, а за умови відсутності

додаткової мотивації, підтримки або ресурсів працівник починає втрачати інтерес до роботи, знижується продуктивність, виникає емоційне дистанціювання;

III стадія (хронічні симптоми): накопичене перенавантаження, особливо у трудового ліку, призводить до фізичного та психоемоційного виснаження, що веде за собою хронічну втоми, загострене почуття злоби, пригніченість, відчуття загнаності в кут і можливі психосоматичні прояви, зниження імунітету, схильність до захворювань;

IV стадія (криза, потребує медичного та психотерапевтичного втручання): розвиваються хронічні захворювання, які можуть частково або повністю позбавити людину працездатності; емоційна сфера характеризується деструктивними переживаннями, втратою сенсу професійної діяльності, соціальною ізоляцією;

V стадія («пробивання стіни», точка незворотних змін, якщо не вжито термінових заходів): фізичні та психологічні проблеми переходять у гостру форму, можливий розвиток небезпечних для життя захворювань, включаючи серцево-судинні, аутоімунні та психічні розлади, тому під загрозою опиняється не лише кар'єра, а й загальне функціонування особистості) [66].

Безсумнівними перевагами моделі Дж. Грінберга є її чітка динамічна структура, яка дозволяє відстежити прогресію вигорання у часі, а також її придатність для самодіагностики, коли працівники самостійно можуть ідентифікувати власну стадію.

Слід наголосити й на обмеженнях моделі, які полягають у відсутності емпіричної валідації, оскільки вона не має стандартизованого опитувальника з перевіреними психометричними характеристиками. Також йдеться про недостатню глибину аналізу причин, позаяк модель не враховує специфіку організаційного контексту чи індивідуальних ресурсів. Вона також не охоплює позитивні стани (не пропонує альтернативу у вигляді залученості чи професійного благополуччя). З огляду на сказане, вважаємо, що ця модель

потребує інтеграції з іншими моделями, може бути вкрай корисною у якості динамічного доповнення до JD-R або AWL.

В дослідженнях останніх років бачимо повернення до моделі MBI та її подальшу розробку. Так, N. Almén (2021) запропонував **когнітивно-поведінкову модель клінічного вигорання**, яка включає четвертий компонент — Involvement — як поведінковий та психосоматичний маркер хронічного стресу. Він не є позитивною залученістю (як у В. Шуфелі), а навпаки відображає деструктивну прив'язаність до роботи, яка супроводжується порушенням базових функцій саморегуляції.

Симптомами цього складника вигорання автор називає головні болі, м'язову напругу, порушення сну та безсоння, підвищену дратівливість та емоційну нестабільність, зловживання алкоголем та куріння, нав'язливе повернення до роботи навіть у стані виснаження, а також схильність до самозвинувачення та румінацій [54].

Перевагами цієї моделі безсумнівно можна вважати врахування психосоматичних проявів, які часто ігноруються в класичних моделях; інтеграцію поведінкових маркерів, що дозволяє виявити вигорання через дії, а не лише через суб'єктивні скарги.

Її наразі поки неможливо практично застосувати для вимірювання введеного автором компонента, оскільки нема стандартизованого опитувальника. Попри це вона має гарні перспективи до застосування — психодіагностика медичних працівників, особливо в умовах хронічного стресу та посттравматичних навантажень. На її основі можуть бути розроблені скринінгові інструменти з урахуванням поведінкових та соматичних симптомів. Вона може інтегруватися в когнітивно-поведінкову терапію у якості основи для формування інтервенційних стратегій.

Спираючись на результати проведеного аналізу моделей професійного вигорання, для вимірювання проявів професійного вигорання в емпіричному дослідженні будемо використовувати MBI, який ґрунтується на моделі К. Масlach

та Утрехтську шкалу залученості, яка ґрунтується на моделі В. Шуфелі. Це дасть можливість більш ємнісно дослідити прояви вигорання стоматологів.

1.3. Психологічні та професійні чинники розвитку синдрому вигорання.

Як було встановлено в попередніх параграфах, в сучасній науковій літературі синдром професійного вигорання розглядається як багатовимірне явище, що виникає внаслідок тривалої дії стресогенних чинників у професійному середовищі. Його формування зумовлене складною взаємодією психологічних (внутрішньо особистісних) та професійних (організаційно-середовищних) детермінантів, які можуть мати як кумулятивний, так і синергічний характер.

Психологічні чинники охоплюють індивідуальні особливості особистості, стиль емоційної регуляції, рівень само мотивування, копінг-стратегії, ціннісні орієнтації та очікування від професійної діяльності. Вони визначають суб'єктивне сприйняття навантаження, здатність до адаптації, а також глибину емоційної інвестиції в роботу. До прикладу, перфекціонізм, схильність до самопожертви або ідеалізоване бачення професії можуть підвищувати ризик вигорання навіть за помірного навантаження.

Професійні чинники пов'язані з умовами праці, організаційною культурою, характером професійних ролей, доступом до ресурсів, стилем керівництва та якістю соціальних взаємодій. Вони визначають об'єктивний рівень вимог, можливості для відновлення, а також наявність або відсутність підтримки. Хронічне перевантаження, рольова невизначеність, емоційно складні взаємодії з клієнтами або пацієнтами, відсутність автономії та визнання — усе це є типовими професійними тригерами вигорання.

Таким чином, ефективна діагностика, а загалом і профілактика, синдрому вигорання потребують урахування обох груп чинників — як внутрішніх, так і зовнішніх. Саме їхня взаємодія визначає інтенсивність, тривалість і форму прояву вигорання, що підтверджується сучасними моделями (MBI, JD-R, AWL, A. Pines, UWES) та емпіричними дослідженнями в різних професійних галузях, зокрема в медичній сфері.

Сучасні дослідження підтверджують, що медичні працівники є однією з найбільш вразливих професійних груп щодо розвитку синдрому вигорання. Синдром професійного вигорання серед медичних працівників є багатофакторним феноменом, що формується на перетині індивідуальних психологічних особливостей та професійних умов діяльності. Згідно з узагальненими даними міжнародного скопінг-огляду (E. Nagle et al., 2024), ключовими професійними чинниками є хронічне перевантаження, емоційна напруга при роботі з пацієнтами, рольова невизначеність, нестача автономії та обмежені ресурси. Особливо високий ризик вигорання спостерігається у фахівців, які працюють у відділеннях інтенсивної терапії, онкології, психіатрії та екстреної медицини [87].

Психологічні чинники включають низький рівень емоційної регуляції, перфекціонізм, схильність до самопожертви, а також дефіцит внутрішніх ресурсів — таких як само мотивування, оптимізм, здатність до рефлексії. Як зазначає E. Gökçe (2024), поєднання депресивної симптоматики з ознаками вигорання значно підвищує ризик когнітивного виснаження та порушення професійної ефективності, що, своєю чергою, негативно впливає на безпеку пацієнтів [65].

В Японії R. Kawamoto et al. (2024) досліджували вигорання та депресію серед працівників первинної медичної допомоги, які працювали в умовах пандемії COVID-19. Вони встановили, що високий рівень емоційного виснаження значно корелює з депресивними симптомами, а деперсоналізація також асоціюється з підвищеним ризиком депресії, особливо серед працівників без доступу до психологічної підтримки. Найвищий ризик вигорання проявився серед жінок, молодих фахівців та тих, хто працював понаднормово. Наявність соціальної підтримки та гнучкого графіку знижувала ризик депресії навіть за високого навантаження [74].

Це дослідження підтверджує мультифакторну природу вигорання, де психологічні симптоми переплітаються з організаційними умовами, а також

підтверджує актуальність цього підходу до профілактики вигорання в медичній сфері.

У контексті вітчизняної науки явище вигорання медиків також актуальне. Досліджуючи вигорання онкологів І. Коваль (2017) узагальнила дані попередніх досліджень і зазначає, що факторами вигорання часто виступають вік (молодий та > 50 р., низький / високий фаховий рівень, стать (жіноча), низка психологічних характеристик, як-от, низька стресостійкість, недостатні комунікативні навички, підвищені тривожність та агресивність, сензитивність, домінування пасивних копінг-стратегій, а організаційні чинники - це значне робоче навантаження, неможливість самотійно приймати рішення, конфлікти в колективі, брак соціальної підтримки [22]. Авторка визначає й протективні чинники, якими є психічна витривалість, висока комунікативна компетентність, навички ефективного управління стресом, прийнятний рівень самотійності в організації робочого часу та виробничих завдань, підтримка колег та керівництва. Також вона зазначає, що вираженість і спектр симптомів вигорання залежать від взаємодії специфіки професійної діяльності та персональних особливостей працівника. Результати її дослідження засвідчують, що лікарі, що мають високий адаптаційний ресурс, здатні витримувати більш високий рівень професійного стресу, натомість працівники з низьким ресурсом адаптації можуть вигорати і за наявності незначних професійних труднощів.

В. Ровенська та Є. Саржевська (2020) також серед чинників вигорання лікарів вбачають психологічну перевагу за наявності тривалого впливу професійного стресу (засвідчують наявність вигорання у 70% осіб, що мають лікарську спеціальність), що спонукає третину лікарів з депресивними порушеннями для корекції рівня емоційного напруження та тривожності до регулярного прийому медикаментозних засобів. Іншим чинником вони вважають інтенсивне та тривале психологічне перевантаження, специфіку пацієнтів, фінансову нестабільність сучасної сфери медичної допомоги. Особливу увагу звертають на інтенсивність та стиль спілкування лікарів, відповідність їхнього темпераменту вимогам роботи, схильність до екстра- чи інтравертованості;

емоційну холодність / виражену емоційну лабільність, що виявляється у нездатності до чіткого, злагодженого й рівномірного розподілу робочого часу та професійних дій; робота з психологічно важкими хворими, як-от онкохворими, та постійний безпосередній контакт із пацієнтами, які потребують термінової допомоги / знаходяться у критично тяжкому стані.

В емпіричному дослідженні авторки встановили, що найбільш вираженим синдром професійного вигорання за всіма шкалами виявляється у лікарів-педіатрів та сімейних лікарів, оскільки саме вони найбільше часу безпосередньо та тісно спілкуються з хворими, що призводить до посилення особистісної тривожності, емоційного спустошення та психоемоційного відсторонення, зниження настрою та продуктивності праці, незадоволення собою. У лікарів-хірургів виявлено схожу структуру вигорання (порівнювались групи з різним стажем професійної діяльності). У кожній з груп лікарів в структурі синдрому мінімально присутні ознаки емоційного виснаження, а посередньо та високо виявляється деперсоналізація та редукція особистих досягнень [41].

А. Бабінцева та Ю. Годованець (2020) досліджували вигорання лікарів-неонатологів та дитячих анестезіологів, які надають медичну допомогу пацієнтам неонатального віку. Авторки констатують, що ці лікарі складають групу високого ризику формування синдрому вигорання, що вони пов'язали зі значним потенційним рівнем захворюваності й смертності пацієнтів, підвищеними вимогами до їхнього професійного рівня, необхідністю постійного удосконалення та впровадження сучасних перинатальних технологій, наявністю нічних чергувань, недостатнім рівнем заробітної платні тощо. Найбільш вразливою для цих лікарів є сфера деперсоналізації, важкий ступінь якої виявило 24 %, помірний ступінь має 40 % лікарів, але у них можлива тенденція до поглиблення. Кожен п'ятий лікар демонструє виражене зниження значимості особистісних досягнень, а кожен третій має її помірний ступінь. Дослідниці не виявили жодного випадку, коли б йшлося про відсутність порушень усіх трьох складників вигорання, яке вимірювалось за допомогою за МВІ [2].

Цікаві результати були отримані в дослідженні студентів-медиків, здійснене групою науковців під керівництвом А. Шульгай (2023). Було встановлено, що половина опитаних студентів має високий рівень емоційного виснаження відзначили (50,1 %) та деперсоналізації (53,1 %), і практично кожен третій виявив зниження особистих досягнень (38,1 %). Також вони встановили, що незалежний вплив на розвиток професійного вигорання має період навчання, пов'язаний із курсом до клінічних чи клінічних дисциплін [49]. Такий рівень показників є тривожним, оскільки зазвичай вигорання асоціюється з тривалим перебуванням у професійній ролі, а не з навчальним періодом. Встановлений незалежний вплив етапу навчання як чинника, що підвищує ризик вигорання, узгоджується з даними міжнародних досліджень, які вказують на зростання емоційного навантаження, відповідальності та контактів із людськими стражданнями саме на клінічних етапах підготовки (E. Gökçe, 2024; R. Kawamoto et al., 2024).

У дослідженні вигорання у медичних сестер, проведене С. Бойцанюк, М. Левків та П. Островським (2025), встановлено, що поширеність синдрому вигорання склала 38,2 %. В його структурі найбільш помітним є високе емоційне виснаження (67,41 %), рідше виявляється висока деперсоналізація (23,08 %), а низький рівень особистих досягнень виявили 16,86 % опитаних [6]. Отримані результати свідчать про високу емоційну вразливість цієї професійної групи, яка працює в умовах постійного стресу, емоційного навантаження та міжособистісної напруги. Особливо показовим є дисбаланс у структурі вигорання - найвищим виявився рівень емоційного виснаження, що підтверджує провідну роль цього компонента як первинного маркера синдрому.

Згідно з дослідженням В. Русанова (2025), медичні працівники в умовах війни стикаються з екстремальними стресовими навантаженнями, моральною травматизацією, дефіцитом підтримки та постійною загрозою життю, що значно посилює прояви емоційного виснаження та втрати сенсу професійної діяльності [46]. Методичні рекомендації МОЗ України (2025) також підтверджують, що вигорання є наслідком хронічного стресу, який не був успішно подоланий, і вимагає системної профілактики на рівні організаційної культури [36].

Таким чином, можемо зробити висновок про те, що розвиток синдрому вигорання у медичних працівників є результатом складної взаємодії між психологічною вразливістю та професійними умовами, що вимагає мультидисциплінарного підходу до діагностики, профілактики та інтервенцій.

Висновки до першого розділу.

Здійснивши теоретичний аналіз розробки проблеми вигорання, констатуємо, що впродовж останніх десятиліть концепт професійного вигорання пройшов складну еволюцію — від інтуїтивного опису емоційного виснаження до нормативно визнаного феномену з чіткими діагностичними критеріями. Цей процес включав кілька ключових етапів: клінічного осмислення, коли вигорання вивчалось як синдром, що супроводжується емоційним виснаженням, деперсоналізацією та зниженням ефективності; інструменталізації, коли відбувалась поява перших опитувальників (MBI, CBI), що дозволили кількісно оцінювати стан вигорання; мультидисциплінарної інтеграція, коли розпочались дослідження в нейронауках, біомедицині, соціології, педагогіці, військовій психології; нормативного та клінічного визнання, коли відбулось включення вигорання до МКХ-11, розробка медичних протоколів, рекомендацій МОЗ України.

Існуючі моделі вигорання можна класифікувати за критерієм факторів на одно факторні, як модель А. Pines & Е. Aronson, в якій вигорання визначається як стан фізичного, емоційного та психічного виснаження, який виникає в результаті тривалого перебування в емоційно напружених ситуаціях спілкування; двофакторні, як-от, модель D. Diredonck та W. Schaufeli, яку складають два елементи: емоційне виснаження (є афективним фактором, пов'язане зі скаргами на погіршення самопочуття та високе нерве напруження) та деперсоналізація (є установочним фактором, пов'язане зі зміною ставлення до пацієнтів / самого себе); три факторні, як-от, модель К. Маслач, яку утворюють складники емоційного виснаження, деперсоналізації та редукції власних досягнень; чотири факторні, як-от, модель В. Parman & Е. Hartman, яка розрізняє деперсоналізацію

- професійної діяльності та її суб'єктів; модель N. Almén, яка доповнює MBI додатковим складником, як поведінковим та психосоматичним маркером хронічного стресу. Проаналізовані моделі вигорання наголошують на фізичному та психологічному дискомфорті. Вони різняться між собою й підходом до динамічності вигорання, яке розглядається як стан і як процес.

Аналіз сучасних досліджень вигорання дозволяє чітко окреслити його психологічні (внутрішньо особистісні) та професійні (організаційно-середовищні) детермінанти, які можуть мати як кумулятивний, так і синергічний характер. Сучасні дослідження підтверджують, що медичні працівники є однією з найбільш вразливих професійних груп щодо розвитку синдрому вигорання. Синдром професійного вигорання серед медичних працівників є багатофакторним феноменом, що формується на перетині індивідуальних психологічних особливостей та професійних умов діяльності. Ключовими професійними чинниками є хронічне перевантаження, емоційна напруга при роботі з пацієнтами. Серед організаційних факторів часто згадуються рольова невизначеність, нестача автономії, обмежені ресурси, конфлікти в колективі, брак соціальної підтримки, наявність нічних чергувань, недостатній рівень заробітної платні. Психологічні чинники включають низький рівень емоційної регуляції, перфекціонізм, схильність до самопожертви, дефіцит внутрішніх ресурсів, низька стресостійкість, недостатні комунікативні навички, підвищені тривожність та агресивність, сензитивність, домінування пасивних копінг-стратегій.

В дослідженнях науковців різних країн встановлені схожі факти щодо прояву вигорання медичних працівників. Зокрема, високий рівень емоційного виснаження та дерепсоналізації значно корелює з депресивними симптомами, особливо серед працівників без доступу до психологічної підтримки. А в умовах війни медичні працівники в умовах війни стикаються з екстремальними стресовими навантаженнями, моральною травматизацією, дефіцитом підтримки та постійною загрозою життю, що значно посилює прояви емоційного виснаження та втрати сенсу професійної діяльності.

РОЗДІЛ 2.

СПЕЦИФІКА ПРОФЕСІЇ СТОМАТОЛОГА ТА ЧИННИКИ РИЗИКУ ВИГОРАННЯ

2.1. Психологічний портрет лікаря-стоматолога.

Професія лікаря-стоматолога належить до категорії високо стресових, що зумовлює потребу в глибокому аналізі її психологічного навантаження та особистісних ресурсів фахівця. Для кращого розуміння психологічних та професійних особливостей лікарів стоматологічної практики ми спиратимемось на концепцію психологічного портрету професіонала — цілісний опис сукупності психологічних якостей, досвіду та духовного потенціалу, які визначають успішність людини в певній професійній діяльності. Це дозволить розглядати особистість як єдину систему, де професійні компетенції та особистісні характеристики взаємопов'язані та відповідають вимогам професії.

Формування професійно-психологічного портрета стоматолога є необхідною передумовою для дослідження чинників професійного вигорання, адже саме індивідуально-психологічні характеристики та професійні вимоги визначають стійкість до хронічного стресу, емоційного виснаження та деперсоналізації. У роботі О. Пуліча (2024) зазначається, що дослідження професійного портрету медика стосуються широкого спектру аспектів, які включають психологічні, соціальні, етичні та культурні сторони цієї професії. Зокрема, йдеться про: емоційне вигорання та стрес, ефективність комунікації, культурна компетентність, професійна ідентичність та задоволення від роботи, етичні питання в медичній практиці. Ключовими компонентами психологічного портрета лікаря є емоційна стабільність, розвинена емпатія, здатність до саморегуляції, комунікативна компетентність та мотивація до допомоги іншим. Особливу роль відіграє соціальна компетентність, яка забезпечує ефективну взаємодію з пацієнтами, колегами та адміністративним персоналом, а також сприяє збереженню професійної ідентичності в умовах емоційного навантаження [43, с.143].

Професія лікаря-стоматолога передбачає інтенсивну комунікацію з пацієнтами, колегами та підлеглими. Як зазначають Н. Манащук, Н. Чорний та С. Бойцанюк (2021), вміння лікаря успішно комунікувати допомагає встановити і підтримувати психологічний контакт з пацієнтами, створювати доброзичливу атмосферу взаємодії та довіри, що дозволяє точніше проводити діагностику, отримати підтримку плану лікування, прийнятно пояснити поетапність лікувальних заходів та маніпуляцій, надати пацієнтам адекватну медичну інформацію тощо [31, с.44].

Численні дослідники конфліктної взаємодії в медичній сфері вважають, що відповідальність за організацію продуктивної взаємодії лікаря та пацієнта, з огляду на хворобливий стан останнього та психічні прояви, пов'язані із захворюванням (що спричиняє біль, високу температуру, змінює гормональний стан у пацієнта, сприяє підвищеній дратівливості), переважно повинен нести лікар. О. Демидович (2021) вважає, що «готовність до продуктивної взаємодії лікаря-стоматолога представлена ступенем розвитку його власних спеціальних характеристик: фахових знань, умінь і навичок стоматологічної роботи та взаємодії з пацієнтами, що спрямована на ефективну взаємодію з метою лікування пацієнта і з ніякою іншою метою» [13, с.118]. А гендерно-орієнтоване порівняння особливостей когнітивного та організаційно-діяльнісного компонентів готовності лікарів-стоматологів до продуктивного розв'язання конфлікту показало, що стоматологині мають вищі її показники, як загалом, так і за окремими показниками, а стоматологи чоловіка, навпаки, частіше обирають непродуктивні стратегії розв'язання конфліктів [13, с.124].

J. Lermen з колегами (2022) оцінювали рівень емпатії, особистісних рис та здатності до емоційної регуляції у студентів-стоматологів на різних етапах навчання (2-й та 4-й курси), що дозволило виявити динаміку розвитку психологічних компетенцій, важливих для майбутньої професійної діяльності. Дослідники встановили, що студенти 4-го курсу мали вищий рівень емоційної саморегуляції та більш зрілі прояви емпатії, аніж студенти 2-го курсу, в також виявили позитивну кореляцію між емоційною стабільністю та професійною

впевненістю. Рівень нейротизму був нижчим у старших студентів, що свідчить про адаптацію до стресових умов навчання. Науковці зробили висновок, що психологічні компетенції стоматологів — зокрема емпатія та емоційна регуляція — розвиваються в процесі професійної підготовки, що підтверджує важливість освітніх інтервенцій [82]. Це дослідження підтверджує, що емоційна регуляція та емпатія є не лише особистісними рисами, а й професійно важливими компетенціями, які можуть бути розвинені через навчання. Вони відіграють захисну роль у контексті професійного вигорання, особливо в умовах емоційно насиченої стоматологічної практики.

Інша група дослідників, яку очолювала D. Yaparathna (2025), досліджувала рівень суб'єктивної впевненості студентів останнього року навчання у виконанні ключових клінічних компетенцій загальної стоматології, що дозволило оцінити не лише технічну підготовку, а й психологічну готовність до професійної практики. Науковцям вдалось виявити, що найвищий рівень впевненості студенти продемонстрували у комунікативних навичках та етичних аспектах взаємодії з пацієнтами, а найнижчий — у складних клінічних процедурах, зокрема хірургічних втручаннях та ендодонтії. Авторами дослідження виявлено, що емоційна саморегуляція та позитивна самооцінка корелюють із загальним рівнем впевненості. Вони дійшли висновку, що психологічна впевненість є ключовим компонентом професійної готовності, який формується не лише через практику, а й через освітнє середовище, підтримку викладачів та досвід спілкування з пацієнтами [104]. Це дослідження підтверджує, що низька суб'єктивна впевненість у клінічних компетенціях може бути предиктором тривожності, емоційного виснаження та професійного вигорання. Водночас розвиток впевненості через освітні інтервенції може слугувати захисним фактором.

Дослідження компетентностей студентів-стоматологів здійснюються і в Україні. До прикладу, К. Юдіна (2020) присвятила своє дослідження визначенню базових компетентностей студентів-стоматологів та їхньому розвитку в ЗВО. Такі компетенції вона розуміє як «структурно класифіковані комплекси здатностей

майбутніх стоматологів застосовувати знання, уміння і навички, якості особистості, які служать певною стандартизованою основою для відображення специфіки й забезпечення якості виконання професійних завдань стоматологів і орієнтують на освіту протягом життя» [52, с.237]. Авторка склала перелік на основі аналізу Галузевого стандарту вищої освіти, яким керується фахове навчання стоматологів, зокрема, йдеться про 28 компетенцій гуманітарної і соціально-економічної підготовки (освітня орієнтація) та 17 компетенцій гуманітарної і соціально-економічної підготовки (професійна орієнтація). Дослідниця зазначає, що «визначення базових компетентностей у студентів-стоматологів засвідчує розвиток специфічної, відповідної, високопрофесійної діяльності майбутніх спеціалістів» [52, с.238]. Отже, ключовими компетентностями, необхідними для ефективної професійної діяльності стоматологів, є: клінічна (здатність до діагностики, лікування, прийняття рішень), комунікативна (ефективна взаємодія з пацієнтами та колегами), етична (дотримання професійних норм і стандартів) та психологічна готовність (емоційна стабільність, саморегуляція, мотивація до успіху).

Важливим аспектом роботи стоматолога є відповідність його психофізіологічних можливостей вимогам професії. У дослідженні українських дослідниць, які працюють у галузі гігієни праці та профілактичної медицини О. Панчук та І. Сегети (2016) були виявлені психофізіологічні вимоги до фахівців-стоматологів різних спеціальностей та конкретизовані психофізіологічні характеристики, які мають вирішальне значення для успішного оволодіння професією стоматолога. Серед них: високий рівень розвитку сенсомоторної координації, стійкість до емоційного та фізичного навантаження, здатність до тривалої концентрації уваги, швидкість та точність зорово-моторних реакцій [42, с.149]. Автори підкреслюють, що гігієнічна складова професіографії дозволяє не лише оцінити відповідність індивідуальних особливостей вимогам професії, а й прогнозувати ризики для здоров'я, зокрема — розвитку професійного вигорання, психосоматичних порушень та функціонального перенапруження.

В дослідженні ергономічних критеріїв роботи лікаря-стоматолога Р. Ратушний та І. Пензелик (2023) встановили, що високий рівень концентрації уваги, точність дрібної моторики, витривалість, а також швидкість прийняття рішень є ключовими психофізіологічними характеристиками, необхідними для безпечної та ефективної роботи стоматолога. Їхнє дослідження також акцентує увагу на етичних вимогах: відповідальність, толерантність, дотримання професійних стандартів, готовність до безперервного навчання. Особливу увагу приділено ергономіці робочого місця, яка безпосередньо впливає на збереження психофізіологічного здоров'я лікаря [44].

Т. Петрушанко, Н. Іленко, Н. Іленко-Лобач та ін. (2022) досліджували професійну компетентність майбутніх лікарів-стоматологів, як показника їхнього професіоналізму і фахової майстерності. Вони вважають, що «професійна компетентність, як поєднання високого рівня теоретичної підготовки та здатності до її реалізації під час практичної діяльності, концентрує в собі організаційно-правові, загально-медичні, психолого-педагогічні, соціально-комунікативні, морально-етичні та науково-технічні аспекти». Професійна компетентність є надзвичайно важливим показником у контексті підвищення конкурентоспроможності українських фахівців на світовому ринку, а також конкуренції поміж самими фахівцями [43].

У контексті дослідження професійного вигорання важливо враховувати, що саме поєднання високих вимог до емоційної залученості та обмежених ресурсів саморегуляції створює передумови для розвитку синдрому вигорання. Як зазначають автори галузевих досліджень, стоматологи часто стикаються з тривалим емоційним напруженням, що потребує системної профілактики та психологічної підтримки.

2.2. Специфічні чинники професійного стресу в стоматології та психологічні ресурси й захисні механізми лікарів.

Професійна діяльність лікаря-стоматолога супроводжується значним психоемоційним навантаженням, що зумовлено як об'єктивними умовами праці,

так і особливостями міжособистісної взаємодії з пацієнтами та колегами. У науковій літературі стоматологія послідовно визначається як одна з найбільш стресогенних медичних спеціальностей.

C. Pontes з колегами (2024), вивчаючи професійну діяльність лікарів стоматологічного фаху, встановили, що їхня практика пов'язана фізичними, психічними, біологічними та хімічними небезпеками, які часто-густо зумовлюють високий рівень стресу, тривоги, депресії, вигорання та потенційні суїцидальні думки. Це може мати негативні наслідки для особистості лікарів (непродуктивні механізми долаття труднощів, зниження якості життя, посилення ризику хронічних захворювань, психічних проблем), а також для його професійної діяльності (погіршення якості допомоги пацієнтам) [92].

J.L. Jiménez-Ortiz et al. (2019). досліджували рівень емоційного виснаження, вигорання та суб'єктивного стресу серед студентів стоматологічного факультету, з метою виявлення факторів ризику та захисних механізмів. Вони встановили, що емоційне виснаження виявлено у понад 70% студентів, особливо серед жінок та студентів старших курсів. Високий рівень суб'єктивного стресу корелював із низьким рівнем особистісних досягнень та підвищеною деперсоналізацією. Студенти, які мали низький рівень соціальної підтримки, демонстрували вищі показники вигорання. Автори виявили, що академічне перевантаження, перфекціонізм, страх помилки та відсутність часу на відпочинок є ключовими предикторами хронічного стресу [73]. Отже, вигорання серед студентів стоматології є широко поширеним і системним явищем, яке починається ще на етапі навчання. Тому в ЗВО особливу увагу слід приділяти розвитку емоційної компетентності, саморегуляції та балансу між навчанням і особистим життям.

A.P. Hill та T. Curran (2016) зазначають, що стресовими чинниками, які можуть провокувати вигорання / низький рівень психологічного благополуччя, є тиск часу та графіка, постійне прагнення до досконалості, страх судових позовів, вимогливі та нереалістичні очікування пацієнтів (найчастіше у разі задоволення естетичних потреб), тривожні пацієнти, професійна ізоляція, тиск з боку бізнесу,

проблеми з персоналом, вимоги регуляторних органів та негативне сприйняття стоматологів громадськістю [71]. Неконтрольований стрес призводить до вигорання, яке виявляється на різних рівнях: емоційний (тривога, дратівливість, гіперчутливість, смуток, брак емоцій тощо), когнітивний (проблеми з пам'яттю, увагою, мисленням), поведінковий (замкнутість, агресивна поведінка, знижена емпатія, образа та ворожість, цинізм, залежна поведінка тощо); мотиваційний (поступова втрата зацікавленості, зниження морального духу, ерозія цінностей, пов'язаних із роботою, де мотивація девальвує тощо), фізичний (астенія, проблеми зі сном, розлади опорно-рухового апарату (м'язова напруга, біль у попереку та шийі, судороги тощо), головний біль, запаморочення, анорексія та шлунково-кишкові проблеми.

А результати дослідження V. Collin et al. (2019) показують, що у стоматологів Великобританії виявлено високі рівні стресу та вигорання, а головні фактори стресу пов'язані з регулюванням діяльності, при цьому страх перед судовими позовами зазначається як найбільш стресовий аспект практики стоматології. Автори вказують, що майбутні втручання не повинні зосереджуватися лише на індивідуальних рішеннях, таких як управління стресом, але також слід розглядати глобальні рішення, такі як зміни у робочому середовищі [64].

У дослідженні A. Lukić et al. (2021), яке відштовхувалось від розуміння того, що стоматологія є високо стресогенною медичною спеціальністю з огляду на технічну складність роботи, необхідність викликати довіру пацієнта, ризик помилки, емоційне навантаження, фізичне перенапруження, знаходимо системний опис джерел професійного стресу в стоматології, його наслідки для психічного здоров'я лікарів та вплив на якість надання медичної допомоги. Дослідження має характер оглядової роботи з аналізом міжнародних джерел. Авторам вдалось виокремити такі ключові стресори, як перфекціонізм і страх не відповідати очікуванням, біль і дискомфорт пацієнтів як джерело емоційного тиску, непередбачувана поведінка пацієнтів, невиконання графіка прийомів, відсутність підтримки в колективі. А серед наслідків хронічного стресу

зазначають погіршення психоемоційного стану, вигорання, депресію, тривожні розлади та зниження якості лікування та комунікації з пацієнтами. Ґрунтуючись на результатах здійсненого аналізу, науковці наголошують на необхідності впровадження психологічної освіти ще під час навчання, своєчасне розпізнавання симптомів стресу, профілактики через баланс між вимогами та ресурсами, підтримки ментального здоров'я як частини професійної культури [84]. Це дослідження узагальнює багаторічні емпіричні спостереження щодо стресу в стоматології та підтверджує потребу в інституційній підтримці психічного здоров'я стоматологів.

За кілька років J. Lochmann, D. Deaconu та A. Czirfusz (2024) провели схоже дослідження, в якому прагнули узагальнити наукові дані щодо джерел стресу в стоматологічній практиці та його впливу на клінічну ефективність, безпеку пацієнтів і якість лікування. Огляд охоплює індивідуальні (емоційне виснаження, страх помилки, брак часу, складні пацієнти), організаційні (перевантаження, неефективне управління, відсутність підтримки з боку колег) та системні (загроза судових позовів, адміністративний тиск, відсутність регуляції робочого часу) чинники, що спричиняють стрес. Також автори виявили вплив на якість стоматологічної допомоги. Йдеться про зниження клінічної точності (помилки в діагностиці, порушення протоколів, недбалість у деталях), погіршення комунікації (емоційна дистанція, зниження емпатії, непорозуміння з пацієнтами), зниження задоволеності пацієнтів (втрата довіри, негативне сприйняття професіоналізму, зниження прихильності до лікування) [83]. Цей огляд є цінним джерелом для розробки моделі ризику професійного вигорання та створення профілактичних програм у стоматологічних клініках.

N. Avramova (2023) поставила за мету узагальнити емпіричні дані щодо основних джерел стресу та чинників професійного вигорання серед стоматологів, спираючись на систематичний аналіз міжнародних досліджень (за протоколом PRISMA). Серед ключових джерел стресу вона назвала біологічні, хімічні та фізичні ризики (інфекції, токсичні речовини, ергономічні навантаження), психоемоційні чинники (емоційна напруга, конфлікти з

пацієнтами, страх помилки), адміністративний тиск (документація, фінансові показники, конкуренція). А чинниками вигорання було визнано тривале перевантаження без належного відновлення, відсутність соціальної підтримки, недостатня мотивація та втрата сенсу професійної діяльності. Авторка також конкретизувала наслідки професійного стресу, а саме: погіршення фізичного та психічного здоров'я, зниження якості надання стоматологічної допомоги, підвищення ризику професійної дезадаптації. Підсумовуючи своє дослідження, Н. Аврамова констатувала, що стрес і вигорання в стоматології мають багатофакторну природу. Тому й профілактика повинна включати різні аспекти, як-от, підвищення обізнаності про ризики, навчання ефективним копінг-стратегіям, формування мотивації до самозбереження та професійного розвитку [55].

Для українського науково-практичного контексту це дослідження є цінним, оскільки дає структуровану типологію стресогенних чинників, яку можна адаптувати для психодіагностичних опитувальників та служити методологічною основою для розробки програм підтримки стоматологів, а також підтверджує потребу в інтеграції психологічної компетентності у професійну підготовку. Про важливість останнього свідчать результати досліджень, які представимо далі.

Дослідницька група на чолі з В. Мельник (2023) визначала рівень професійного стресу у лікарів-стоматологів. Було зафіксовано високий його рівень у понад 60% опитаних, особливо серед лікарів із досвідом понад 10 років. Найбільш значущими чинниками стресу вказується на емоційне напруження при роботі з пацієнтами, перевантаження через щільний графік та відсутність психологічної підтримки в колективі. Також науковці встановили, що низький рівень саморегуляції та висока тривожність корелюють із симптомами емоційного вигорання [34]. Отримані результати дозволили авторам дійти висновку про те, що професійний стрес у стоматології має системний характер і потребує цілеспрямованої профілактики, а ефективна корекція можлива лише за умови інтеграції психологічної підтримки у професійне середовище. Це дослідження є важливим емпіричним джерелом для розробки

психодіагностичних інструментів для оцінки стресу у стоматологів, формування моделі ризику професійного вигорання та створення профілактичних програм у медичних закладах.

Ще гіршу картину зафіксували дослідники Н. Бандрівська, О. Мрочко, М. Іськів (2023) - 71% обстежених стоматологів піддаються професійному стресу різної інтенсивності. У стоматологинь він був більш виражений ніж у лікарів чоловіків; посилювався з віком і стажем роботи. До слова, ці дані схожі з тими, які було отримано в дослідженні W. Anzес et al. (2022), які виявили, що професійний стрес високого рівня мають лікарки-жінки (55,8 %), стоматологи приватного сектору (55,7 %) та стоматологи загальної практики (47 %). Лише 30 % стоматологів були задоволені роботою.

Автори зробили висновок, що стан професійного стресу свідчить про появу порушень адаптаційних можливостей функціональних систем організму та формуванню феномену виснаження. Окрім того, тривалий психологічний стрес може негативно впливати на можливість формування взаємин між лікарем та пацієнтом, а також знижувати якість виконання їхньої професійної діяльності [3].

У сучасних умовах стоматологічна практика зазнає значного впливу низки соціальних, економічних та технологічних викликів. Зростання очікувань пацієнтів та підвищення їхньої вимогливості, необхідність постійного оновлення професійного досвіду, робота в умовах високої відповідальності та емоційного напруження — усе це формує сприятливе середовище для розвитку синдрому професійного вигорання у лікарів-стоматологів. Особливої уваги потребує той факт, що стоматологи часто працюють у режимі ізолюваної практики, мають обмежені можливості для емоційної підтримки, а також стикаються з тривалими статичними навантаженнями та ризиками соматичних ускладнень. За результатами проведеного організацією Mental Health America (2020) дослідження виявлено, що емоційне і фізичне виснаження є найбільш поширеними змінами у самопочутті медиків (82%), далі - проблеми зі сном (70%), фізичне виснаження (68%) та страх і непевність, пов'язані з роботою (63%). Більше половини медиків зауважили зміни в апетиті (57%), появу

соматичних симптомів, як-от головний біль / біль у животі (56%), та сумніви щодо майбутньої кар'єри (55%). Значною мірою зросла втома в комунікаціях, зумовлена постійним виявом співчуття іншим (52%). Лікарі зазначають, що не отримують достатньої емоційної підтримки (39%), а серед медичних сестер цей показник ще вищий (45%). Серед засобів подолання стресу деякі медики обирають алкоголь, психологічно активні речовини тощо.

Група дослідників на чолі з B. van der Heijden (2019) активно застосовують модель вимог і ресурсів праці, яка пояснює розвиток вигорання як результат дисбалансу між Job demands (емоційні, когнітивні, часові та фізичні навантаження) та Job resources (підтримка колег, автономія, зворотний зв'язок, можливості розвитку). Ця модель є надзвичайно релевантною для стоматології, де високі вимоги (технічна складність, емоційна напруга, фінансовий тиск) поєднуються з обмеженими ресурсами (нестача часу, підтримки, автономії). Основні висновки, зроблені авторами на основі системних оглядів та мета аналізів, такі: емоційне виснаження та деперсоналізація є найпоширенішими проявами вигорання серед медичних працівників, зокрема стоматологів; соціальна підтримка та якісне лідерство знижують ризик вигорання, а професійна автономія та можливість розвитку є ключовими ресурсами, що пом'якшують вплив стресу [70].

Все сказане вище про професійну діяльність лікарів, зокрема стоматологів, яка супроводжується високим рівнем психоемоційного навантаження, що зумовлює ризик розвитку хронічного стресу, емоційного виснаження та синдрому професійного вигорання, створює контекст, в якому особливого значення набуває вивчення та активізація ресурсів, які сприяють збереженню психічного здоров'я та професійної ефективності медичних працівників.

Теоретичним підґрунтям їхнього дослідження слугуватиме вже згадувана нами вище модель вимог і ресурсів праці (Job Demands–Resources Model, JD-R, E. Demerouti et al., 2001), яка пояснює, що вигорання виникає внаслідок дисбалансу між професійними вимогами та доступними ресурсами. Активізація

ресурсів дозволяє не лише знижувати рівень стресу, а й підвищувати рівень професійного залучення.

Далі розглянемо основні типи таких ресурсів – особистісні, соціальні, організаційні та освітні.

До особистісних (внутрішніх) ресурсів лікаря належать емоційна саморегуляція, рефлексивність, мотивація до професійного розвитку, здатність до адаптивного подолання труднощів (копінг). Високий рівень емоційної компетентності дозволяє лікарю ефективно взаємодіяти з пацієнтами, знижувати рівень конфліктності та зберігати професійну ідентичність навіть у складних клінічних ситуаціях [61].

S.A. Kriakous, K.A. Elliott, C. Lamers, R. Owen (2021) зробили огляд, який підтверджує, що усвідомленість (mindfulness), як особистісна навичка емоційної саморегуляції, знижує рівень емоційного виснаження та підвищує стресостійкість. Також було встановлено, що програма усвідомленості (mindfulness-based stress reduction, MBSR) сприяє підвищенню рівня усвідомленості та співчуття до себе. Однак, MBSR не показала такої ж ефективності у зниженні вигорання або підвищенні стійкості серед медичних працівників. Скорочені програми MBSR виявилися настільки ж ефективними, як і традиційні 8-тижневі програми MBSR [77].

Дослідження Y. Zhang et al. (2025), перевіряючи модель медіації, в якій само ефективність медіаторно впливає на взаємозв'язок між сприйнятим стресом і стійкістю, показує, що резильєнтність і віра у власну ефективність (self-efficacy) є ключовими особистісними ресурсами у кризових умовах. Автори доводять, що резильєнтність та віра у власну здатність впоратися з труднощами є медіаторами, які знижують негативний вплив стресу на психоемоційний стан лікарів [105]. Таким чином, це дослідження виявило внутрішній механізм психологічної адаптації медичного персоналу під час надзвичайних ситуацій у сфері громадського здоров'я через аналіз медіаторного ефекту. Саме роль само ефективності як медіатора між сприйнятим стресом і стійкістю свідчить про те, що суть управління стресом у цій особливій групі полягає не у ліквідації самого

стресу, а у створенні когнітивних мостів, які перетворюють стрес на мотивацію до зростання. Їхнє відкриття надає міцну емпіричну основу для створення системи покращення психічного здоров'я медичного персоналу та забезпечує теоретичне керівництво для стратегій управління людськими ресурсами під час кризових ситуацій. Майбутня практика втручання має зміститися від традиційного режиму «скорочення стресу» до режиму «наповнення повноважень» та сприяти психічному здоров'ю шляхом системного розвитку само ефективності медичного персоналу та покращення їхньої психологічної адаптивності в умовах високого рівня стресу.

B.W. Swider та R.D. Zimmerman (2010) провели дослідження, в якому встановлено, що особистісні риси — зокрема перфекціонізм, невротизм, низька емоційна стабільність — підвищують ризик вигорання, тоді як відкритість до досвіду, екстраверсія та емоційна стабільність виступають захисними чинниками. Таких висновків автори дійшли після кількісного узагальнення взаємозв'язку між рисами особистості за моделлю Big-Five, вимірами професійного вигорання та певними об'єктивними показниками, як-от, прогули, плинність кадрів й ефективність роботи. Всі п'ять рис особистості за цією моделлю мали множинні кореляції істинних балів з емоційним виснаженням, деперсоналізацією та редукцією особистих досягнень. Також усі три виміри професійного вигорання мали множинні кореляції з прогулами, плинністю кадрів та ефективністю роботи. Мета аналітичне моделювання шляхів показало, що послідовність вимірів професійного вигорання залежить від конкретного результату, що підтримує три різні моделі процесу вигорання. Нарешті, професійне вигорання частково медіювало зв'язки між рисами особистості за моделлю Big-Five і плинністю кадрів та ефективністю роботи, водночас повністю медіуючи зв'язок з прогулами [98].

Українські науковці також ведуть пошуки в цьому напрямку, зокрема, у роботі А.І. Галян (2015) встановлені системотвірні ресурси особистості у її самореалізації як суб'єкта професійної діяльності. Ними названі ступінь сформованості професійної ідентичності, ціннісно-сміслові позиціонування,

параметри мотиваційно-потребової сфери та організація особистісної активності. Автори зазначають, що у лікарів напруження, пов'язане з професійною діяльністю, супроводжується зниженням рівня само прийняття, ефективності використання власного інтелектуального потенціалу, екстернальної локусної альтернативи у сфері досягнень, невдач та міжособистісної взаємодії [11]. До слова, теоретичним результатом їхньої наукової розвідки є обґрунтування поняття «модус буття особистості», який передбачає специфічну конфігурацію в певний просторово-часовий період розглянуті ними ресурсні характеристики.

Вітчизняні дослідниці Т.В. Павлюк та Т.І. Толокова (2018) стверджують, що «для фахівців медичної галузі важливими є особисті якості, які дають змогу ефективно справлятися зі стресогенними чинниками. Важливо, щоб медик умів керувати власними емоціями, зберігати впевненість, контролювати свої реакції і професійну поведінку в цілому» [39, с.106]. також вони наголошують, що однією з найважливіших якостей медичного працівника є його емоційна стійкість.

До соціальних ресурсів лікаря зазвичай відносяться підтримка з боку колег, наставників та професійної спільноти, що є важливим чинником стресостійкості. Вона забезпечує емоційне розвантаження, сприяє нормалізації переживань та формує відчуття приналежності до професійного середовища. Дослідження підтверджують, що наявність підтримувального колективу знижує ризик деперсоналізації та підвищує рівень задоволеності професією.

Ми вже згадували результати досліджень, які засвідчують вагомість саме соціальних факторів для зниження стресу на робочому місці та послаблення професійного вигорання лікарів, зокрема, стоматологів. Згадаймо, J.L. Jiménez-Ortiz et al. (2019) встановили, що студенти, які мали низький рівень соціальної підтримки, демонстрували вищі показники вигорання. В. van der Heijden з кол. (2019) дослідили, що соціальна підтримка та якісне лідерство знижують ризик вигорання, а професійна автономія та можливість розвитку є ключовими ресурсами, що пом'якшують вплив стресу. В. Мельник (2023) встановила, що

серед найбільш значущих чинників професійного стресу у лікарів-стоматологів й відсутність психологічної підтримки в колективі.

S.B. Kiser, J.D. Sterns, P.Y. Lai et al. (2024) аналізували результати програми Peer Coaching, спонсорованої лікарнею, які показують, що індивідуальне наставництво з боку професійно підготовлених колег є ефективною стратегією для зменшення вигорання лікарів та міжособистісної відстороненості, одночасно покращуючи їхню професійну самореалізацію та залученість до роботи [75]. Дослідники презентують важливі факти - учасники, які пройшли 3-місячну програму коучингу з колегами-лікарями, мали статистично значуще зниження вигорання; покращилися показники задоволеності роботою, професійного залучення та психологічного благополуччя. Автори підкреслюють важливість рівноправної підтримки між лікарями як ресурсу, що не потребує зовнішніх витрат.

На сайті Physicians Anonymous розміщено статтю, в якій йдеться про важливість взаємної підтримки лікарів, які страждають від вигорання. Це зумовлено тим, що ніколи раніше не було такої нагальної потреби боротися з вигоранням лікарів, психічними захворюваннями та самогубствами, а в ідеалі — запобігати їм [94]. Ідея взаємної підтримки, як у групах, так і в індивідуальному порядку, не є новою. Можна стверджувати, що люди підтримували одне одного в невеликих групах з самого початку існування людства. Взаємна підтримка лікарів, які страждають від вигорання, має дедалі більше підтверджень і впроваджується в багатьох організаціях. Автори розглядають низку програм підтримки колег і узагальнюють ключові елементи, необхідні для створення безпечних і сприятливих умов для задоволення особливих потреб лікарів, які перебувають у зоні ризику вигорання. Їхніми ключовими ідеями є такі: peer support (1:1 або в групах) допомагає лікарям нормалізувати емоційні реакції, зменшити ізоляцію та підвищити стресостійкість; успішні програми включають анонімність, рівноправність, відсутність оцінювання; ефективність таких програм підтверджено у клініках США, Канади, Великої Британії.

Результати дослідження W. Wang, I.A. Mensah, H. Jiang et al. (2022) виявили статистично значущу кореляцію між якістю командної роботи та вигоранням медичних працівників, що вказує на те, що якість командної роботи та вигорання канонічно корелюють між собою. Крім того, дослідження взаємозв'язку між вимірами якості командної роботи (довіра, відкритість, взаємна підтримка) та вигоранням виявило, що, за винятком особистої задоволеності та відданості командній роботі, субшкали якості командної роботи (енергійність командної роботи та занурення в командну роботу) мали негативний взаємозв'язок з емоційним виснаженням та деперсоналізацією як сушкалами вигорання відповідно [101]. Це дозволило авторам дійти висновку, що підвищення якості командної роботи веде до зменшення емоційного виснаження та деперсоналізації, одночасно підвищуючи професійні досягнення. Отже, це дослідження є міцною основою для зменшення синдрому вигорання в галузі охорони здоров'я, яке можна реалізувати шляхом успішного підвищення рівня якості командної роботи. Зрозуміло, що розвиток командної культури є важливою інвестицією в цей стратегічний ресурс. До слова, командну взаємодію слід розглядати не лише соціальним, а й організаційним ресурсом, що формує психологічну безпеку.

Вочевидь, соціальні ресурси мають незалежний захисний ефект, навіть за умов високих професійних вимог, peer support і наставництво дієво знижують емоційне виснаження та ізоляцію.

До організаційних (зовнішніх) ресурсів належать умови праці, доступ до супервізії, гнучкий графік, чіткі клінічні протоколи, можливість професійного розвитку. Організаційна культура, яка визнає важливість психічного здоров'я, створює умови для профілактики вигорання та підвищення якості медичної допомоги.

M. Panagioti, E. Panagoroulou, P. Bower et al. (2017) здійснили мета аналіз, за допомогою якого досліджували як втручання, спрямовані на організацію, впливають на вигорання медиків. Вони встановили, що такі втручання частіше приводили до зменшення вигорання. Найефективнішими у зменшенні вигорання

були ті, що поєднували кілька елементів, таких як структурні зміни, сприяння комунікації між членами медичної команди та виховання почуття командної роботи та контролю над роботою. Однак такі інтенсивні втручання, спрямовані на організацію, були рідкісними і не оцінювалися широко. Більшість організаційних втручань, які вони включили в аналіз, передбачали просте зменшення навантаження або зміни графіка роботи. Побоювання щодо витрат на впровадження та реалізацію організаційних втручань, особливо якщо вони передбачають складні та значні зміни в системі охорони здоров'я, можуть пояснити їхню рідкість. Гарним прикладом сприяння здоровим відносинам між працівником та організацією є модель «Слухай-Дій-Розвивайся», впроваджена в клініці Майо. Автори припускають, що масштабні кластерні рандомізовані випробування таких програм на інституційному або навіть національному рівні, що підкреслюють організаційну культуру шляхом створення безпечного простору для персоналу, щоб визнати та зменшити стрес, є, можливо, оптимальною структурою для пом'якшення вигорання [89]. Мета аналіз показав, що інтервенції, які включають групову підтримку, професійне спілкування та супервізію, значно знижують рівень емоційного виснаження.

Вигорання лікарів є поширеним явищем у всьому світі і негативно впливає на окремих лікарів, пацієнтів, а також на організації та системи охорони здоров'я. Причини цього явища в основному криються в організаціях та системах охорони здоров'я, хоча певну роль відіграють і фактори, пов'язані з самими лікарями. В дослідженні C.P. West, L.N. Dyrbye, T.D. Shanafelt (2018) зазначається, що ефективні рішення повинні відповідати цим чинникам і вимагати, щоб проблема вигорання лікарів розглядалася як спільна відповідальність як систем охорони здоров'я, так і окремих лікарів. Як встановили автори, в США такими вагомими змінами є обмеження робочого часу лікарів-резидентів, що дозволило знизити рівень вигорання. Додаткові дослідження показали користь від скорочення робочого часу лікарів у відділеннях інтенсивної терапії та під час навчальної ротації.

Науковці обґрунтовують доцільні рішення на рівні організації, які слугуватимуть зниженню професійного стресу та профілакуватимуть вигорання медиків. В аспекті корегування надмірного навантаження йдеться про справедливі цілі щодо продуктивності праці, обмеження робочого часу, належний розподіл робочих обов'язків. Для усунення чинників неефективності організації праці йдеться про необхідність введення оптимізованих електронних медичних записів, підтримка немедичним персоналом для зменшення адміністративного навантаження, правильне тлумачення нормативних вимог. Щодо метою створення балансу між особистим життям лікарів та роботою, важливим є реальний вияв поваги до їхніх домашніх обов'язків при складанні графіків роботи та зустрічей, включення всіх необхідних робочих завдань у передбачуваний робочий час, підтримку гнучких графіків роботи, включаючи неповну зайнятість. Для зниження контролю та розширення автономності лікаря наголошується на необхідності забезпечення участі лікарів у встановленні вимог до роботи та її структури, прийняття лідерства лікарів та практики спільного прийняття рішень. А з метою підвищення особистісного сенсу роботи варто просувати спільні основні цінності, захищати час лікарів, який вони проводять з пацієнтами, сприяти розвитку спільнот лікарів, пропонувати можливості професійного розвитку, навчати лідерству та підвищувати обізнаність щодо вигорання лікарів [103]. Автори підкреслюють, що високоякісна командна взаємодія, взаємна підтримка та відкрита комунікація є ключовими захисними чинниками. Також фокус переноситься на значення психологічної безпеки, довіри та відкритості у медичних командах як чинників профілактики вигорання.

Це говорить на користь того, що конкретні стратегії, які організації охорони здоров'я повинні враховувати для сприяння благополуччю лікарів та подолання вигорання мають включати інституційну підтримку та захист колегіальної підтримки та спільноти, а також ретельну увагу до того, наскільки добре проголошені та реалізовані цінності узгоджуються в організації.

І, насамкінець, поговоримо про освітні ресурси. Йдеться про освітні програми з психологічної тематики, тренінги з емоційної компетентності,

навчання адаптивним копінг-стратегіям. Всі вони є ефективними засобами профілактики стресу. Варто включати такі компоненти до освітніх програм медичних факультетів. Це буде сприяти формуванню стійкості до професійних викликів ще на етапі підготовки фахівців.

Про важливість таких програм засвідчували науковці, дослідження яких ми аналізували вище. Це мета аналізи M. Panagioti, E. Panagoroulou, P. Bower et al. (2017), які описували ефективність програми «Слухай-Дій-Розвивайся», впроваджена в клініці Майо; S.B. Kiser, J.D. Sterns, P.Y. Lai et al. (2024), які наголошували на ефективності 3-місячної програми Peer Coaching з колегами-лікарями щодо зниження їхнього вигорання; також ефективність програм Peer support (1:1 або в групах), які допомагають лікарям нормалізувати емоційні реакції, зменшити ізоляцію та підвищити стресостійкість.

Огляд, здійснений групою о N. Varela-Agra, M. Rueda-Extremera, D. Dorta-Afonso et al. (2025), підтверджує ефективність освітніх програм, що включають тренінги з емоційної саморегуляції, когнітивно-поведінкові техніки та групову рефлексію для зниження рівня вигорання та депресивних симптомів у лікарів [100].

У дослідженні S. Di Mario, L. Filomeno, M.V. Manai et al. (2023) описано освітню інтервенцію, яка включає семінари з управління стресом, розвиток копінг-стратегій та навичок комунікації, які спрямовані на зниження рівня емоційного виснаження серед учасників (лікарі різних спеціальностей [89].

S. Bährer-Kohler (2013) представляє BUSCH-тренінг — освітню програму для медиків, яка поєднує самоспостереження, групову підтримку та розвиток емоційної компетентності. Йдеться про структуровану освітню програму, розроблену для медичних працівників з метою зниження ризику професійного вигорання шляхом розвитку особистісних і соціальних ресурсів, адаптована для використання в клінічних і освітніх закладах. Цілями програми є формування навичок самоспостереження та емоційної саморегуляції, розвиток комунікативної компетентності в професійних взаємодіях, активізація мотивації до звернення по допомогу (help-seeking behavior), підвищення усвідомленості

щодо симптомів вигорання та механізмів захисту. Учасники BUSCH-програм демонструють зниження рівня емоційного виснаження, підвищення професійного залучення та зростання самоусвідомлення. Програма адаптується до різних професійних груп (лікарів, медсестр, стоматологів, інтернів) [56].

Як ми вже встановили, професійна діяльність стоматологів характеризується високим рівнем емоційного навантаження, необхідністю точного моторного контролю, постійною комунікацією з пацієнтами та відповідальністю за прийняття клінічних рішень. У цьому контексті особистісні ресурси набувають значення не лише внутрішніх захисних механізмів, а й як модераторів вибору копінг-стратегій, тобто способів поведінки у стресових ситуаціях. У межах транзакційної моделі стресу R.S. Lazarus та S. Folkman (1984) копінг розглядається як процес, що залежить від когнітивної оцінки ситуації та доступних ресурсів. Особистісні ресурси — такі як рефлексивність, емоційна саморегуляція, само ефективність — впливають на те, чи обиратиме стоматолог проблемно-орієнтований копінг (активне вирішення ситуації), емоційно-орієнтований копінг (регуляція емоцій) чи уникнення [80].

Дослідження R.C. Gorter et al. (2000), проведене серед нідерландських стоматологів, виявило, що високий рівень емоційної саморегуляції та соціальної підтримки корелює з використанням активних копінг-стратегій (планування, пошук інформації, звернення по допомогу), тоді як низька самооцінка та перфекціонізм — з уникненням та самозвинуваченням [102]. А у роботі J. Meyerson et al. (2022), яке охоплює копінг-стратегії, вигорання, вторинний травматичний стрес та задоволення співчуттям серед ізраїльських стоматологів, було виявлено, що активні копінги (планування, позитивна переоцінка, звернення по допомогу) асоціюються з нижчим рівнем емоційного виснаження. Натомість, уникнення та самозвинувачення — з підвищеним ризиком деперсоналізації [86].

J. Fares, H. Al Tabosh, Z. Saadeddin, C. El Mouhayyar та H. Aridi (2016) досліджували рівень стресу та вигорання серед студентів медичних факультетів на до клінічному етапі навчання, а також вивчали копінг-стратегії, які студенти

застосовують для подолання психоемоційного навантаження. Високий рівень емоційного виснаження виявлено у значної частини студентів, особливо на 2–3 курсах. Найчастіше вони застосовують такі копінг-стратегії як позитивна переоцінка та планування, їхній прояв асоціювалися з нижчим рівнем вигорання; уникнення та самозвинувачення, їхній прояв корелював з вищим рівнем емоційного виснаження. Цікаво, що жінки демонстрували вищий рівень емоційної чутливості та частіше використовували емоційно-орієнтовані стратегії. Автори підкреслюють, що академічне навантаження, відсутність балансу між навчанням і особистим життям, а також недостатня соціальна підтримка є ключовими чинниками стресу [67]. Отримані результати підштовхнули до думки про те, що вигорання серед студентів медичних спеціальностей починається вже на до клінічному етапі і ефективні копінг-стратегії можуть знижувати ризик емоційного виснаження. Хоча дослідження охоплює студентів-медиків загалом, його результати є релевантними для стоматології, де: навчання є інтенсивним і технічно складним, студенти стикаються з високими очікуваннями та емоційним навантаженням. Стає зрозумілим, що критично важливим є раннє виявлення вигорання та формування адаптивних копінг-стратегій, оскільки стрес медичних працівників на початку кар'єри прогнозує їхній стрес наприкінці життя, пов'язаний з професією.

На теренах України не так багато аналогічних досліджень як закордоном, однак, про деякі зазначимо. В дослідженнях О. Кравець та кол. було доведено існування взаємозв'язку між компонентами професійного вигорання та копінг-стратегіями медичних працівників. Так, емоційне виснаження пов'язане з копінг-стратегіями «прийняття відповідальності», «втеча» та «конфронтація» й деперсоналізація позитивно пов'язані з копінг-стратегіями «втеча» та «дистанціювання» [27].

О. Чабан та О. Хаустова зазначають, що в умовах активних військових дій в Україні, реакція медичних працівників на стрес, являє певну соціальну та психологічну проблему. Сучасною наукою вже описано розвиток низку циклів реагування, як-от, «чим більше страху, тим більше використання проблемно-

фокусованого копіngu»; «чим більше гніву, тим більше застосування емоційно-фокусованих копінг-стратегій», «чим більше проблемно-фокусованого копіngu, тим тривожніше, тим більше занепокоєння, тим більше смутку». Як вважають автори, це зумовлюється високим рівнем базальної позасвідомої тривоги, тобто гострого відчуття невизначеності ситуації [50].

З огляду на викладене, постає необхідність емпіричного вивчення особливостей професійного вигорання лікарів-стоматологів, зокрема: рівня вираженості його компонентів (емоційного виснаження, деперсоналізації, редукції професійних досягнень); зв'язку між вигоранням і копінг-стратегіями; ролі особистісних ресурсів як буферів стресу.

Таке дослідження дозволить не лише поглибити наукове розуміння психологічного стану стоматологів, а й сформувати підґрунтя для розробки цільових психопрофілактичних програм, орієнтованих на підтримку професійного здоров'я медичних працівників.

Висновки до другого розділу.

Здійснивши теоретичний аналіз психологічних особливостей лікарів стоматологічного профілю, можна констатувати певну їхню своєрідність, що дає можливість описати психологічний портрет такого професіонала. Ключовими складовою цього портрету є низка компетентностей - клінічна (здатність до діагностики, лікування, прийняття рішень), комунікативна (ефективна взаємодія з пацієнтами та колегами), етична (дотримання професійних норм і стандартів) та психологічна готовність (емоційна стабільність, саморегуляція, мотивація до успіху). Професійна компетентність, як поєднання високого рівня теоретичної підготовки та здатності до її реалізації під час практичної діяльності, концентрує в собі організаційно-правові, загально-медичні, психолого-педагогічні, соціально-комунікативні, морально-етичні та науково-технічні аспекти. Важливими складниками психологічного портрету стоматологів є емоційна стабільність, розвинена емпатія, здатність до саморегуляції, комунікативна компетентність та мотивація до допомоги іншим.

Особливу роль відіграє соціальна компетентність, яка забезпечує ефективну взаємодію з оточенням та сприяє збереженню професійної ідентичності в умовах емоційного навантаження. Певні професійні компетенції стоматологів розвиваються впродовж навчання в ЗВО, як-от, емоційна регуляція та емпатія, а також психологічна впевненість, яка є ключовим компонентом професійної готовності.

Ключовими психофізіологічними характеристиками, необхідними для безпечної та ефективної роботи стоматолога, є високий рівень концентрації уваги, точність дрібної моторики, витривалість, а також швидкість прийняття рішень.

Професійна діяльність лікаря-стоматолога супроводжується значним психоемоційним навантаженням, що зумовлено як об'єктивними умовами праці, так і особливостями міжособистісної взаємодії з пацієнтами. У науковій літературі стоматологія послідовно визначається як одна з найбільш стресогенних медичних спеціальностей.

Основні джерела стресу: інтенсивність міжособистісної взаємодії з пацієнтами; тривала концентрація уваги та фізичне напруження; обмежені можливості для емоційного розвантаження; перфекціоністські очікування щодо якості роботи; недостатній рівень соціальної підтримки в колективі та адміністративний тиск. Ці чинники можуть призводити до емоційного виснаження, деперсоналізації, зниження професійної ефективності та розвитку психосоматичних порушень.

У відповідь на ці виклики стоматологи мобілізують психологічні ресурси — емоційну саморегуляцію, рефлексивність, професійну ідентичність, а також застосовують копінг-стратегії, які можуть бути як адаптивними (планування, переоцінка, звернення по допомогу), так і дезадаптивними (уникнення, самозвинувачення). Однак, як засвідчують результати досліджень, вибір копінг-стратегій та ефективність психологічних ресурсів є індивідуально варіативними і залежать від особистісних характеристик, досвіду, організаційного контексту.

РОЗДІЛ 3.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ ЛІКАРІВ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ПРАКТИКИ

3.1. Методика та вибірка дослідження.

Для проведення емпіричного дослідження було розроблено його методику, яку склав комплекс психодіагностичних інструментів та процедур математико-статистичної обробки отриманих результатів. З психодіагностичних методик обрано валідні та надійні інструменти, що адаптовані до застосування в українськомовній вибірці. Розглянемо більш детально їхні особливості.

Методика, якою вимірювався прояв основного конструкту, зазначеного в темі нашого дослідження, це *Maslach Burnout Inventory (MBI)* К. Маслач та С. Джексон (офіційний переклад Л. Карамушки). Вона діагностує професійне вигорання у якості психологічного синдрому, що виникає як реакція на тривале емоційне та міжособистісне навантаження у професійній діяльності, особливо в роботі з людьми. В авторській моделі воно розглядається як трикомпонентна структура: емоційне виснаження (суб'єктивне відчуття емоційної перевтоми, втрати енергії, виснаження ресурсів); деперсоналізація (цинічне, дистанційоване ставлення до клієнтів, пацієнтів або колег, знеособлення взаємодії); редукція особистих досягнень (зниження самооцінки, відчуття неефективності, втрати професійної компетентності) [85].

Субшкала «Емоційне виснаження» відображає рівень емоційної перевтоми, втрати сил, психічного виснаження, а високі значення виступають основним маркером вигорання. Субшкала «Деперсоналізація» відображає ступінь відстороненості, формалізованості або негативності у ставленні до інших людей, а високі значення виступають ознакою емоційного захисту. Субшкала «Особисті досягнення» відображає суб'єктивне відчуття успішності, компетентності, професійної реалізації, а низькі значення виступають ознакою зниження мотивації.

У Maslach Burnout Inventory (MBI) не передбачено розрахунок загального показника вигорання. Це принципова позиція авторів - вигорання розглядається як мультифакторний синдром, що складається з трьох незалежних, але взаємопов'язаних вимірів, кожен з яких має власну динаміку та прогностичну силу. Класичний синдром вигорання діагностується у разі наявності високих балів за емоційним виснаженням та деперсоналізацією у поєднанні з низькими балами щодо особистих досягненнях.

Утрехтська шкала залученості в роботу (Utrecht Work Engagement Scale, UWES) В. Шауфелі та А. Беккер (офіційний переклад Л. Карамушки, О. Бондарчук, Т. Грубі, 2018) вимірює рівень позитивного, мотиваційного ставлення до роботи, яке протиставляється професійному вигоранню. Залученість у роботу є позитивним, наповненим енергією стан, що характеризується високим рівнем енергії та витривалості, емоційною прив'язаністю до роботи та глибоким включенням у професійну діяльність. Йдеться не про відсутність вигорання, а про активну емоційну, когнітивну та поведінкову присутність [18].

Методика складається з трьох субшкал: відданість (вимірює відчуття значущості, ентузіазму, натхнення, гордості за свою роботу), енергія (вимірює рівень енергії, витривалості, готовності вкладатись у роботу) та занурення (вимірює повноту включення, зосередженості, втрати відчуття часу під час роботи). Високі значення свідчать про високу мотивацію, емоційне включення та ресурсний стан працівника.

Шкала сприйнятого стресу (Perceived Stress Scale, PSS-10) Ш. Коена в українськомовній адаптації О. Вельдбрехт, Н. Тавровецької (2022), яка вимірює, наскільки стресовим (непередбачуваним, перевантаженим, неконтрольованим) людина вважає попередній місяць власного життя. Сприйнятий стрес розглядається у якості загального результату впливу реальних подій, процесів подолання та низки інших особистісних чинників та факторів середовища, як-от, очікування, толерантність до фрустрації, ресурсний стан людини, рівень накопиченого стресу, наявність соціальної підтримки тощо. PSS не прив'язує

оцінку до конкретних ситуацій – вона чутлива як до існуючих життєвих обставин, так і до стресів, викликаних ненастанням очікуваних подій, а також до проблем в житті друзів і родичів.

PSS складається з 10 тверджень, які оцінюються за допомогою 5-бальної шкали Лайкерта (0 – ніколи, 4 – дуже часто). Сумарний показник відображує, наскільки напруженим людина сприймає поточний момент свого життя – це усвідомлювана оцінка ступеню, в якому зовнішні вимоги перевищують власну здатність впоратися з ними [10].

Опитувальник «The Workplace PERMA-Profiler» J. Butler, M.L. Kern (українськомовна адаптація Д. Лавриненка, 2024) для вимірювання складових професійного процвітання особистості. Як і їхній попередній опитувальник, «PERMA-Profiler на робочому місці» сконструйований на основі теоретичної моделі PERMA М. Селігмана, в якій описуються такі складники, пов'язані з професією:

позитивні емоції - широке коло емоцій, які виникають на роботі, як-от, інтерес, задоволення, радість, вдячність, гордість, оптимізм. Цей складник фіксує частоту та інтенсивність, позитивних емоцій, які переживає людина впродовж робочого дня;

залученість - ступінь залученості людини в роботу, що характеризується відчуттям повноцінної участі в робочому процесі, використанням власних талантів і досвіду, а також відчуттям, що робота є цікавою та створює певні виклики, стан «потoku»;

відносини - якість і кількість соціальних зв'язків на роботі. Йдеться про якісну взаємодію з колегами, керівництвом та клієнтами. Сильні соціальні зв'язки виступають джерелом підтримки та довіри, створюють відчуття приналежності та задоволення від роботи;

сенси - відчуття мети та сенсу в роботі, що включає розуміння того, як робота сприяє досягненню особистих цілей та цінностей, а також відчуття того, що робота має позитивний вплив на інших людей. Загалом йдеться про усвідомлення значущості своєї роботи;

досягнення - відчуття прогресу та досягнень у роботі, що включає визнання власних успіхів, цілепокладання та досягнення цілей, компетентності, а також отримання зворотного зв'язку від колег та керівництва.

Поєднання цих доменів свідчить про професійне (PERMA) та виражає загальну міру задоволеності людини своєю роботою. PERMA-Профайлер_RM містить також 3 додаткові шкали, які дозволяють ширше оцінити добробут працівника у професійному контексті:

професійно-фокусовані негативні емоції: рівень стресу, тривоги, роздратування та інших негативних переживань. Доповнює домен позитивних емоцій, дозволяючи оцінити емоційний баланс працівника, що є важливим для виявлення ризиків емоційного вигорання або психологічного дискомфорту;

фізичне здоров'я: загальне самопочуття, енергія, здатність справлятися з навантаженням. Враховуються фізичні аспекти, які впливають на ефективність і добробут, що є важливим для комплексного розуміння ресурсного стану працівника;

професійна самотність: суб'єктивне відчуття ізоляції, навіть у соціальному середовищі. Може свідчити про недостатню якість міжособистісних зв'язків на роботі, що є важливим маркером для психологічного благополуччя в робочому колективі [28].

Високі значення за шкалами PERMA свідчать про високий рівень добробуту в конкретному домені, а високі значення негативних емоцій та самотності є індикаторами потенційного дистресу. Фізичне здоров'я виступає окремим ресурсним компонентом, що може модулювати загальний добробут та є важливим буферним фактором, що може компенсувати психоемоційне навантаження. Натомість низькі значення PERMA-доменів можуть свідчити про зниження ресурсного потенціалу, що підвищує ризик вигорання.

Опитувальник Brief-COPE С. Carver (скорочена версія опитувальника копінг-стратегій для оцінки способів подолання стресових ситуацій) в українськомовній адаптації Т. Яблонської, О. Вернік, Г. Гайворонського (2023), який складається з 28 тверджень, які стосуються вимірювання 14 способів

подолання стресу: активне подолання, планування, гумор, прийняття, позитивний рефреймінг, звернення до релігії, використання емоційної підтримки, використання інструментальної підтримки, само відволікання, заперечення, вираження емоцій, вживання психоактивних речовин, поведінкове розмежування та само звинувачення. Вони є субшкалами опитувальника, які можна класифікувати за трьома вимірами більш високого порядку: подолання, орієнтоване на проблему; подолання, орієнтоване на емоції; уникання подолання [53].

Копінг, фокусований на проблемі, характеризується активними діями подолання стресу, використанням інформаційної підтримки, плануванням й позитивним рефреймінгом. Високий бал свідчить про вияв копінг-стратегій, спрямованих на зміну самої стресової ситуації, а також про психологічну силу, стійкість, практичний підхід до вирішення проблем особистості та передбачають позитивні результати виходу зі стресової ситуації.

Копінг, фокусований на емоціях, характеризується виразом емоцій, пошуком і використанням емоційної підтримки, проявом гумору, прийняття, само звинувачення, а також застосування стратегій поведінки, оснований на вірі. Високий бал вказує на застосування стратегій подолання, спрямовані на емоційну регуляцію переживань, що стосуються стресової ситуації. Водночас, країні бали, що визначають рівень, однозначно не пов'язані з психічним здоров'ям особистості та її психологічним добробутом, але можуть бути використані для ширшого формулювання стилів подолання, які використовує особа.

Уникаючий копінг, характеризується проявом само відволікання, заперечення, вживання психоактивних речовин та уникнення стресової ситуації. Високий бал вказує на вияв фізичних / когнітивних зусиль, спрямованих на відсторонення від стресора, а низькі - про адаптивне подолання.

Отримані дані планується піддати статистичному аналізу із застосуванням низки процедур, як-от, аналіз середніх значень з метою кількісної оцінки рівня прояву досліджуваних психологічних конструктів, що дозволяє виявити загальні

тенденції, порівняти групи та сформувані профільні характеристики; відсотковий аналіз, для опису розподілу відповідей за окремими шкалами або категоріями, що дає змогу оцінити частотність прояву певних станів, стратегій або рівнів інтенсивності, тест Колмогорова–Смирнова для перевірки нормальності розподілу з метою вибору адекватних статистичних процедур, кореляційний аналіз (за Пірсоном чи Спірменом залежно від розподілу первинних даних) для виявлення зв'язків між компонентами вигорання та іншими змінними, ϕ -критерій кутового перетворення Фішера для аналізу відмінностей вимірюваних проявів (порівняльний аналіз), регресійний аналіз для моделювання впливу предикторів на рівень вигорання, кластерний аналіз для виявлення типових профілів стоматологів за рівнем вигорання та добробуту. Зокрема, планується використання комбінованого підходу, який дозволяє використати сильні сторони двох методів кластеризації: ієрархічний аналіз допоможе визначити оптимальну кількість кластерів (K), а K -Means забезпечить точну та ефективну сегментацію на цю кількість груп.

Статистична обробка буде здійснюватися за допомогою пакету SPSS Statistics (версія 24).

Перейдемо до аналізу етапу збору емпіричних даних та загальної характеристики дослідницької вибірки.

Дослідження проводилось за допомогою спеціально створеної Google-form. Такий вибір було зроблено з огляду на поточні обставини життєдіяльності громадян України, які живуть і працюють в умовах воєнного часу. Дослідницька вибірка збиралась на засадах добровільної участі лікарів стоматологічної практики, які отримали посилання на Гугл-форму. Такими чином, в дослідженні взяли участь 56 лікарів стоматологічної практики, які мали різну спеціалізацію. Найбільше у вибірці виявилось лікарів-терапевтів та загальної практики – 29 (51,8%), всі інші – 27 (48,2%) – були лікарями вузьких спеціальностей, як-от, хірургія, ортодонція, ортопедія, пародонтологія, реставрація, ендодонтологія з різноманітними поєднаннями фахової спрямованості.

Найбільш розмаїтим проявом процесної діяльності опитаних лікарів виявились показники середньої кількості робочих годин на тиждень, та кількість пацієнтів, яких лікарі приймаю впродовж робочого дня. Так, картина робочої активності впродовж тижня є такою: 5 год., 9 год. – по 2 особи (3,7%), 10-12 год. - 1 (1,9%), 12-15 год. - 1 (1,9%), 15 год. - 1 (1,9%), 18 год. – 4 (7,4%), 18-20 год. - 1 (1,9%), 20 год. - 1 (1,9%), 20-35 год. - 3 (5,6%), 24 год. - 3 (5,6%), 25 год. - 1 (1,9%), 30 год. – 10 (18,5%), 30-40 год. - 1 (1,9%), 35 год. - 3 (5,6%), 36 год. - 1 (1,9%), 38 год. – 2 (3,7%), 39 год. - 1 (1,9%), 40 год. – 7 (12,5%), 35-40 год. -1 (1,9%), 35-45 год. -1 (1,9%), 40-50 год. - 1 (1,9%), 46 год. - 1 (1,9%), 48 год. - 3 (5,6%), 50 год. - 1 (1,9%), 60 год. – 2 (3,7%), 77 год. - 1 (1,9%), військовий лікар (цілодобово) -1 (1,9%), вільний графік - 1 (1,9%).

Як бачимо, робоча активність дослідницької групи є високою та надзвичайно різноманітною, зі значною часткою лікарів, які працюють понаднормово, далеко за межами стандартного 40-годинного робочого тижня. Якщо ввести категорії інтенсивності, то отримаємо загальне бачення: 13 осіб (24,1%) мають достатньо низьку трудову активність (до 20 год. / тиждень), 21 (38,9%) – середню (20-35 год.), 15 (26,8%) – мають стандартне тижневе навантаження (36-40 год.), у 9 лікарів (16,7%) понаднормове навантаження (>40 год.) і двоє мають невизначений статус (військовий медик, який працює цілодобово і лікар з вільним графіком роботи).

Переважає помірна інтенсивність (30-40 год. / тиждень): найбільша концентрація відповідей знаходиться в діапазоні 30 год. (18,5%) та 40 год. (9,3%). Це свідчить про те, що значна частина лікарів працює в межах або трохи нижче стандартної норми.

У певних лікарів виявляється значна частка понаднормової роботи: майже 17% опитаних працюють більше 40 год. / тиждень. Це включає 48 год. (5,6%), 50 год. (1,9%), 60 год. (3,7%) і навіть екстремальні 77 год. (1,9%).

Спостерігається велика варіативність графіків: є лікарі, що працюють 5, 9, 18 год., а також військовий лікар з цілодобовим графіком та лікар з вільним

графіком. Це вказує на те, що вибірка охоплює дуже різні моделі зайнятості (можливо, основна робота плюс підробітки, або робота в різних клініках).

Попередньо можемо говорити про групи ризику – це ті лікарі, які повідомили про 48+ робочих год./тиждень. Припускаємо, що саме вони знаходяться в зоні підвищеного ризику професійного вигорання через виявлену інтенсивність.

Оцінка інтенсивності показує, що хоча середній час роботи близький до норми, екстремальні значення (як низькі, так і високі) мають значну вагу. Це підтверджує доцільність використання кластерного аналізу для виявлення типології вигорання. Наша вибірка неоднорідна за інтенсивністю роботи, що, ймовірно, буде сильним предиктором у формуванні різних кластерів («вигорілі з перевантаженням» проти «вигорілі через низьку залученість»).

Щодо кількості пацієнтів, які обслуговуються лікарем впродовж прийому, маємо таке: 1-3, 1-5, 1-7 пацієнтів приймають по 1 лікарю (1,9%), 2-3 пацієнти – у 2 (3,7%), 2 та 2-9 пацієнтів приймають по 1 лікарю (1,9%), 3 пацієнти – у 5 (9,3%), 3-6 пацієнтів 1 (1,9%), 4 пацієнта – у 4 (7,4%), 10, 12, 20, 3-10, 3-4 та 4-12 пацієнтів приймають по 1 лікарю (1,9%), 4-5 пацієнтів – у 2 (3,7%), 5 пацієнтів – у 9 (16,7%), 5-10 та 5-15 пацієнтів приймають по 1 лікарю (1,9%), 5-7 пацієнтів – у 4 (7,4%), 6 пацієнтів – у 3 (5,6%), 6-7 пацієнтів – у 2 (3,7%), 6-8, 6-11, 7 та 7-12 пацієнтів приймають по 1 лікарю (1,9%), 8 пацієнтів – у 3 (5,6%), 9 пацієнтів – у 1 (1,9%), 10-15 пацієнтів – у 2 (3,7%). Про нерівномірне навантаження (від 2-3 до 7-8 пацієнтів) заявив військовий лікар (1,9%).

Спостерігається значний розкид у кількості пацієнтів, але переважна більшість лікарів мають помірне або середнє навантаження (близько 3-7 пацієнтів на день). Для зручності аналізу згрупуємо дані за діапазонами кількості пацієнтів: 11 лікарів (20,4%) мають низьке навантаження (1-3 пацієнти), 28 лікарів (51,9%) – помірне (4-7 пацієнтів), 11 лікарів (20,4%) – середнє та вище за середнє (8-12 пацієнтів), 3 лікарів (5,6%) – високе (>12 пацієнтів), невизначний статус має військовий лікар.

Отже, домінує помірне навантаження: найбільша концентрація відповідей припадає на 5 пацієнтів (16,7%), 3 пацієнти (9,3%) та 4 пацієнти (7,4%) на день. Більше половини опитаних лікарів (51,9%) приймають від 4 до 7 пацієнтів щодня.

Низьке навантаження у п'ятій частині лікарів: приблизно кожен п'ятий лікар приймає 1-3 пацієнти на день, що може свідчити про неповну зайнятість, специфіку практики (як-от, складні хірургічні випадки, що займають багато часу) або роботу за вільним графіком.

Високе кількісне навантаження – рідкість у нашій вибірці: лише невелика частина лікарів (5,6%) приймає 15 або більше пацієнтів щодня. Пікові значення 12, 15, 20 пацієнтів зустрічаються рідко (по 1,9% на кожен показник).

Нерівномірне навантаження військового лікаря підтверджує, що в специфічних умовах (як ми бачили раніше — цілодобова зайнятість) кількість пацієнтів не є стабільною.

Порівнюючи цей аналіз з попереднім аналізом робочих годин, можна зробити попередній висновок. Хоча багато лікарів працюють довгі години (40+ год. / тиждень), їхнє щоденне навантаження пацієнтами залишається помірним. Це означає, що інтенсивність роботи стоматолога вимірюється не тільки кількістю людей у черзі, але й складністю процедур, адміністративною роботою та тривалістю прийому.

Далі в табл. 3.1.1 представимо інші ознаки дослідницької вибірки.

Таблиця 3.1.1 – Загальна характеристика дослідницької вибірки, n=56.

Ознака		n	%
стать	жінки	41	72,2
	чоловіки	15	27,8
вік	до 30 р.	6	11,1
	31-40 р.	12	22,2
	41-50 р.	31	55,4
	51-60 р.	6	11,1
	60 + р.	1	1,9
стаж	до 5 р.	7	13,0
	до 10 р.	10	18,5
	до 15 р.	4	7,1
	до 20 р.	5	8,9
	до 25 р.	15	27,8
	до 30 р.	11	20,4

	до 35 р.		2	3,7
	до 40 р.		1	1,9
	40+ р.		1	1,9
тип практики	державна установа		6	11,1
	приватна установа / кабінет		45 / 5	80,0 / 8,9
сімейний стан	одружений / заміжня		37	66,1
	неодружений / незаміжня		14	25,9
	розлучений (-а)		4	7,1
	вдівець (-а)		1	1,9
наявність дітей, якими опікуються		так	40	70,4
		ні	16	29,6

Домінування жінок (72,2%) відображає загальну тенденцію фемінізації професії стоматолога в Україні, де жінки частіше працюють у цій галузі. Також виявляється як загальна тенденція більшого відгуку саме жінок на участь у дослідженнях, так і відбиток війни, коли чоловіки стали до лав захисників.

Основне ядро вибірки – це лікарі зрілого віку: найбільша вікова група - 41-50 р. (55,4%). У вибірці спостерігається рівномірність молодших та старших груп: групи «до 30 р.», «31-40 р.» та «51-60 р.» мають приблизно однакову представленість (близько 11-22%). Отже, вибірка є зрілою, що забезпечує наявність досвідчених фахівців у дослідженні, які, ймовірно, вже стикалися з проблемою професійного вигорання.

Учасники вибірки демонструють широкий діапазон досвіду - стаж роботи варіюється від мінімального (до 5 р.) до дуже великого (40+ р.). Концентрація спостерігається в середньому діапазоні, найбільш численними є групи лікарів зі стажем «до 25 р.» (27,8%) та «до 30 р.» (20,4%). Розподіл стажу добре корелює з розподілом віку і є репрезентативним для вивчення динаміки вигорання на різних етапах кар'єри.

Як бачимо, у вибірці присутнє явне домінування приватного сектору, оскільки переважна більшість лікарів працюють у приватних установах або власних кабінетах (80,0% та 8,9% відповідно, разом майже 89%). Низька частка державної медицини - лише 11,1% працюють у державних установах. З огляду на цю обставину будемо свідомі того, що результати дослідження (включаючи інтенсивність роботи та кількість пацієнтів) будуть значною мірою відображати

особливості саме приватної практики, яка часто характеризується вищою інтенсивністю та орієнтацією на бізнес-результат.

Переважає більшість опитаних одружені або заміжні (66,1%) і також більшість опікуються дітьми (70,4%). Ці демографічні дані вказують на те, що лікарі поєднують професійні обов'язки з високим рівнем сімейної відповідальності, що є важливим фактором ризику або буферним фактором у розвитку професійного вигорання.

Грунтуючись на розумінні характерних ознак нашої вибірки, будемо здійснювати інтерпретацію отриманих результатів. Про це йтиметься у наступному параграфі.

3.2. Аналіз отриманих результатів.

Слідуючи логіці нашої методики емпіричного дослідження ми отримали дані за допомогою обраних методик, які проаналізуємо далі. За допомогою *опитувальника професійного вигорання* (Maslach Burnout Inventory (MBI)) К. Маслач та С. Джексон було встановлено прояви складників професійного вигорання як психологічного синдрому, що є реакцією на тривале емоційне та міжособистісне навантаження у професійній діяльності, особливо в роботі з людьми. В табл. 3.2.1 та рис. 3.2.1 подано дані щодо рівнів прояву окремих складників.

Таблиця 3.2.1 – Результати вимірювання професійного вигорання (за МБІ К. Маслач), n=56.

Складники	Рівні прояву		
	низький	середній	високий
емоційне виснаження	17 (30,40%)	19 (33,90%)	20 (35,70%)
деперсоналізація	22 (39,30%)	19 (33,90%)	15 (26,80%)
особисті досягнення	12 (21,40%)	21 (37,50%)	23 (41,10%)

Можемо побачити, що майже дві третини вибірки (69,6%) перебувають у зоні середнього та високого емоційного виснаження. Це свідчить про значну поширеність симптомів хронічної втоми, емоційного спустошення та зниження енергетичного ресурсу серед стоматологів. В умовах війни цей показник може

бути зумовлений додатковими зовнішніми стресорами, як-от, небезпека від воєнних дій, нестабільність умов життєдіяльності, обмежені ресурси тощо.

Також більшість стоматологів (73,2%) демонструють низький або середній рівні деперсоналізації, тобто зберігають здатність до емпатії та професійної залученості. Водночас майже третина (26,8%) має високий рівень, що проявляється у байдужості, дистанціюванні від пацієнтів та зниженні якості комунікації. Це є критичним ризиком для професійної ідентичності та якості медичної допомоги.

Аналогічно більшість стоматологів (78,6%) оцінюють свої професійні досягнення на середньому та високому рівні. Це свідчить про збереження мотивації, відчуття компетентності та значущості роботи. Водночас п'ята частина (21,4%) має низький рівень, що може бути індикатором ризику редукції професійних досягнень у майбутньому.

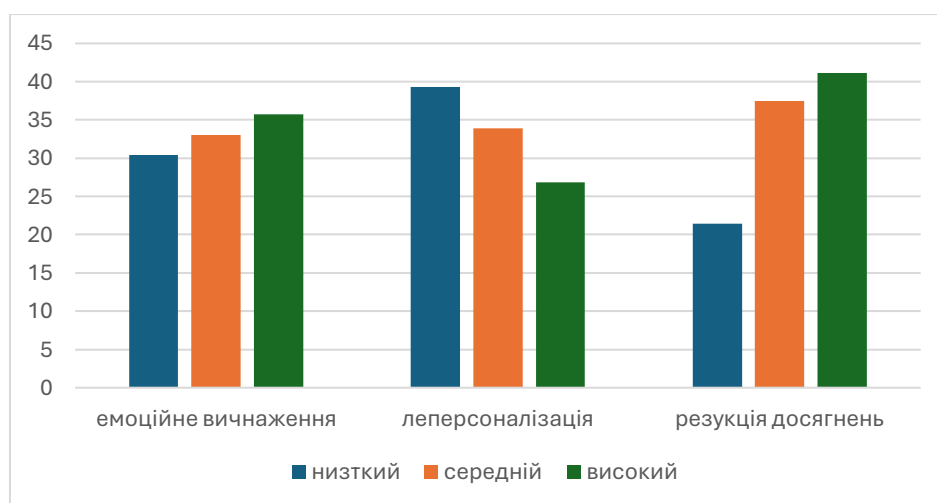


Рисунок 3.2.1 – Рівні прояву складників професійного вигорання, n=56.

Ці дані свідчать про неоднорідність проявів вигорання. Емоційне виснаження (ЕВ) є найбільш поширеним, тоді як деперсоналізація (ДП) менш виражена, а високий рівень особистих досягнень (ОД) виступає компенсаторним фактором. Це підтверджує необхідність комплексних програм підтримки, які одночасно знижують виснаження та зміцнюють професійну мотивацію.

Взаємодія між цими трьома компонентами є ключем до розуміння динаміки та типології професійного вигорання стоматологів. Зазвичай вигорання розвивається поетапно (хоча не завжди строго послідовно):



Рисунок 3.2.2 – Схема розгортання вигорання.

В нашому дослідженні виявлено посилення емоційного виснаження у стоматологів, що є своєрідним «паливом», яке живить наступні етапи. Також в нашій вибірці етап деперсоналізації виражений слабо, що є важливою особливістю. І останній етап виражений сильно. Отже, дані вказують на те, що стоматологи не використовують деперсоналізацію як основний захисний механізм. Вони відчують втому (ЕВ) і сумніваються у своїй компетентності (ОД), але при цьому, схоже, продовжують намагатися зберігати високий рівень емпатії та якості обслуговування (низький ДП).

Тут може бути прихований своєрідний парадокс: таке поєднання компонентів може посилювати вигорання, оскільки постійна підтримка емпатії без достатнього відновлення ресурсів (тобто низька деперсоналізація при високому виснаженні) може прискорювати шлях до редукції особистих

досягнень. Лікарі виснажуються, намагаючись бути ідеальними, і коли це не вдається, вони звинувачують себе. Ця унікальна взаємодія компонентів ідеально підтверджує необхідність використання кластерного аналізу, який заплановано провести згодом.

Отримані нами дані узгоджуються з баченням цієї проблеми Центром громадського здоров'я МОЗ України. Констатується, що медичні працівники посідають чи не перше місце серед спеціальностей з високим ризиком вигорання, у цьому стані перебувають від 20% до 75% медиків.

Як було встановлено в першому розділі, для розгортання професійного вигорання потрібні три вагомні чинники: несприятливі умови праці, індивідуальні особливості людини та відсутність належної підтримки ззовні. Наразі в Україні додався й четвертий чинник - війна. Виявляється, що вигорання не є, власне, проблемою конкретного працівника, а воно більше впливає на його пацієнтів, медичну установу та всю галузь охорони здоров'я країни. Зафіксовано, що в медичних закладах суттєво погіршується якість наданих послуг та збільшується кількість лікарських помилок, а також припиняється професійний розвиток персоналу й порушуються взаємини в колективі. А відтак, пацієнти отримують неякісні послуги, а подекуди «застарілу» й неефективну медичну допомогу. Поява професійного вигорання стоматологів негативно впливає на загальну організаційну культуру та моральний дух спільноти медиків, порушує ефективність розподілу ресурсів та підриває довіру пацієнтів до системи охорони здоров'я загалом.

Наступним кроком була діагностика прояву залученості в роботу за допомогою *Утрехтської шкали залученості в роботу* (Utrecht Work Engagement Scale, UWES) В. Шауфелі та А. Беккер. Оскільки вона дає можливість виміряти рівень позитивного, мотиваційного ставлення до роботи, що є протиставленням професійному вигоранню і у нашому дослідженні є важливою умовою для розуміння особливостей професійного вигорання стоматологів. Отримані дані подаємо в табл. 3.2.2 та на рис. 3.2.2.

Таблиця 3.2.2 – Результати вимірювання проявів залученості в роботу (за UWES, офіційний переклад Л. Карамушки та кол.), n=56.

Складники	Рівні прояву		
	низький	середній	високий
енергійність	6 (10,7 %)	37 (66,1 %)	13 (23,2 %)
відданість	6 (10,7 %)	26 (46,4 %)	24 (42,9 %)
заглибленість	6 (10,7 %)	33 (66,1 %)	17 (30,4 %)

Дані показують, що більшість стоматологів (майже дві третини) демонструють середній рівень енергійності, що свідчить про збереження базового ресурсу життєвої сили та працездатності. Водночас лише чверть має високий рівень, а 10,7% — низький, що може бути індикатором ризику розвитку емоційного виснаження.

Майже половина стоматологів (42,9%) демонструють високий рівень відданості професії, що відображає сильну ідентифікацію з роботою, почуття значущості та гордості за свою діяльність. Це є важливим ресурсом у протидії вигоранню. Водночас 10,7% мають низький рівень, що може свідчити про втрату сенсу та мотивації.

Також більшість стоматологів (66,1%) перебувають на середньому рівні заглибленості, тобто здатні концентруватися на роботі, але не завжди мають відчуття «потoku» чи повного занурення. Третина (30,4%) має високий рівень, що свідчить про сильну залученість та інтерес до професійних завдань.

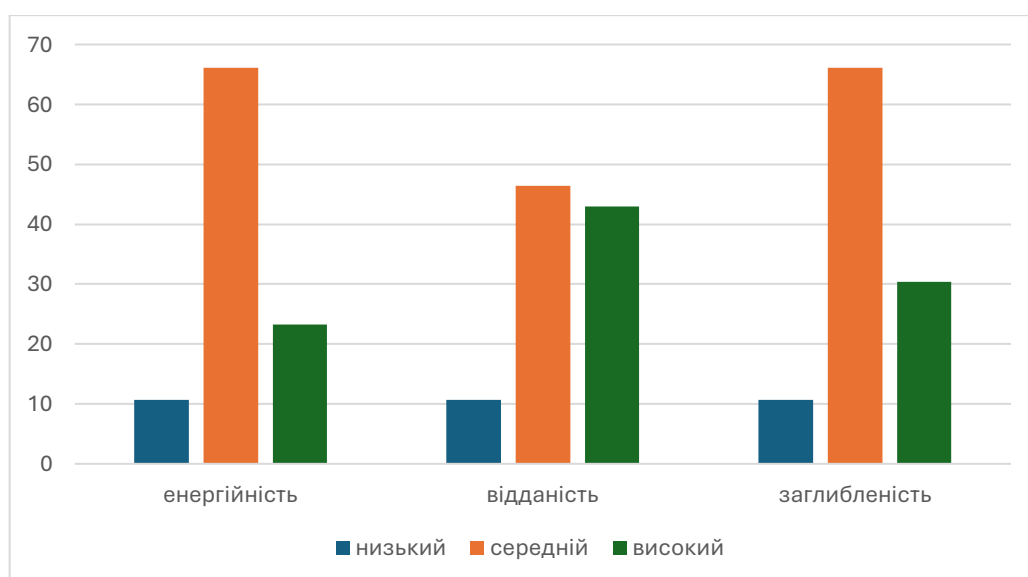


Рисунок 3.2.3 – Рівні прояву складників залученості в роботу, %.

Загалом в дослідницькій вибірці домінують середні рівні енергійності та заглибленості, що вказує на помірну, але не максимальну залученість. Високий рівень відданості у значної частини стоматологів є компенсаторним фактором, який може підтримувати професійну мотивацію навіть за умов емоційного виснаження. А низькі рівні у всіх складниках (близько 10%) сигналізують про групу ризику, яка потребує особливої уваги та психологічної підтримки.

Отже, стоматологи загалом зберігають середній рівень залученості в роботу, з акцентом на відданість професії як ключовий ресурс. Це свідчить про потенціал для розвитку програм підтримки, спрямованих на підвищення енергійності та заглибленості, щоб забезпечити більш стійку професійну залученість.

Вигорання у професійній діяльності асоціюється з тим, як людина почувається на роботі. Тому ми вважаємо за необхідне дослідити особливості її добробуту на робочому місці. З огляду на потребу такого вимірювання було обрано методику «*The Workplace PERMA-Profiler*» J. Butler та M.L. Kern. Дані вимірювання складників добробуту стоматологів на робочому місці подані в табл. 3.2.3 та рис. 3.2.3 далі.

Таблиця 3.2.3-5 – Результати вимірювання добробуту на робочому місці (PERMA-Профайлер на робочому місці у адаптації Д. Лавриненка), n=56.

Складники	Рівні прояву		
	низький	середній	високий
P	23 (41,1 %)	28 (50,0 %)	5 (8,9 %)
E	9 (16,1 %)	24 (42,9 %)	22 (39,3 %)
R	29 (51,8 %)	25 (44,6 %)	12 (21,4 %)
M	7 (12,5 %)	34 (60,7 %)	15 (26,8 %)
A	19 (33,9 %)	27 (48,2%)	10 (17,9 %)
PERMA	40 (71,4 %)	16 (28,6 %)	0 (0,0 %)
N	8 (14,3 %)	29 (51,8 %)	19 (33,9 %)
H	30 (53,6 %)	23 (41,1 %)	3 (5,4 %)
Lon	27 (48,2%)	27 (48,2%)	2 (3,6 %)

Нами встановлено, що більшість стоматологів перебувають у зоні середнього рівня позитивних емоцій (P), але майже половина має низький рівень. Це свідчить про дефіцит радості та задоволення від роботи, що може бути наслідком високого стресу та воєнного контексту життєдіяльності. Майже 40,0% опитаних демонструють високий рівень залученості (E), що є сильним ресурсом. Водночас третина перебуває на середньому рівні, а 16,0% — у зоні ризику низької залученості. Понад половина стоматологів має низький рівень задоволеності стосунками на роботі (R). Це критичний показник, адже соціальна підтримка є одним із ключових факторів профілактики вигорання. Також більшість стоматологів зберігають відчуття сенсу роботи (M), а у чверті воно виявляється на високому рівні. Це компенсаторний ресурс, який може підтримувати мотивацію навіть за умов виснаження. І, насамкінець, близько третини лікарів стоматологічної практики відчуває низький рівень професійних досягнень (A), що може бути індикатором редукції професійної ефективності. Водночас половина має посередній прояв цього відчуття.

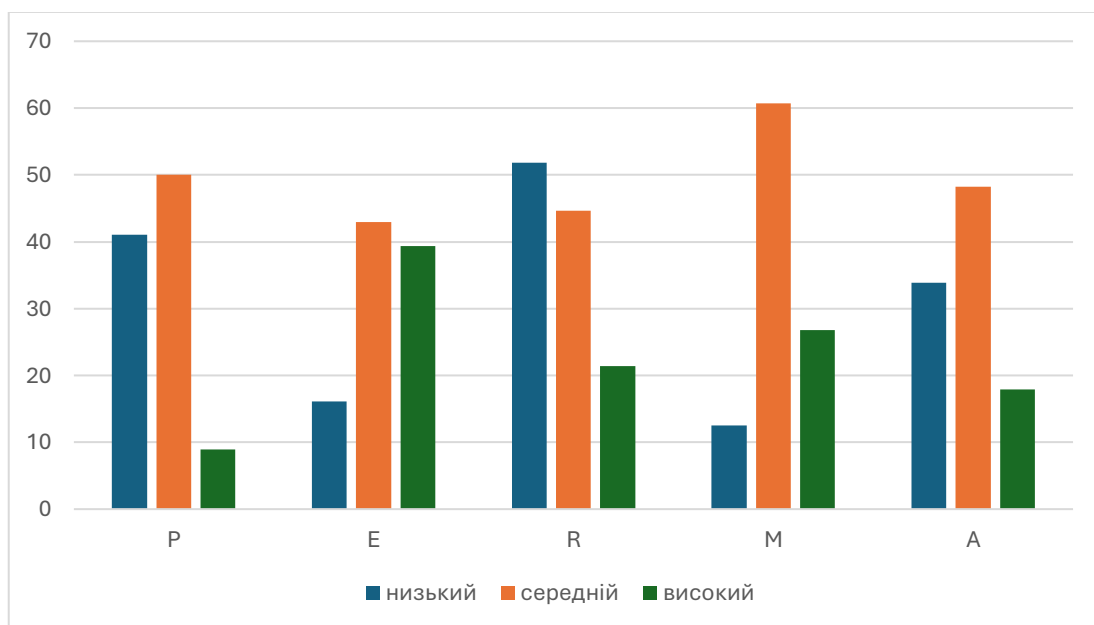


Рисунок 3.2.4 – Рівні прояву складників добробуту на роботі, %.

Методика дає можливість оцінити загальний показник добробуту на робочому місці. Отримані результати унаочнюємо далі.

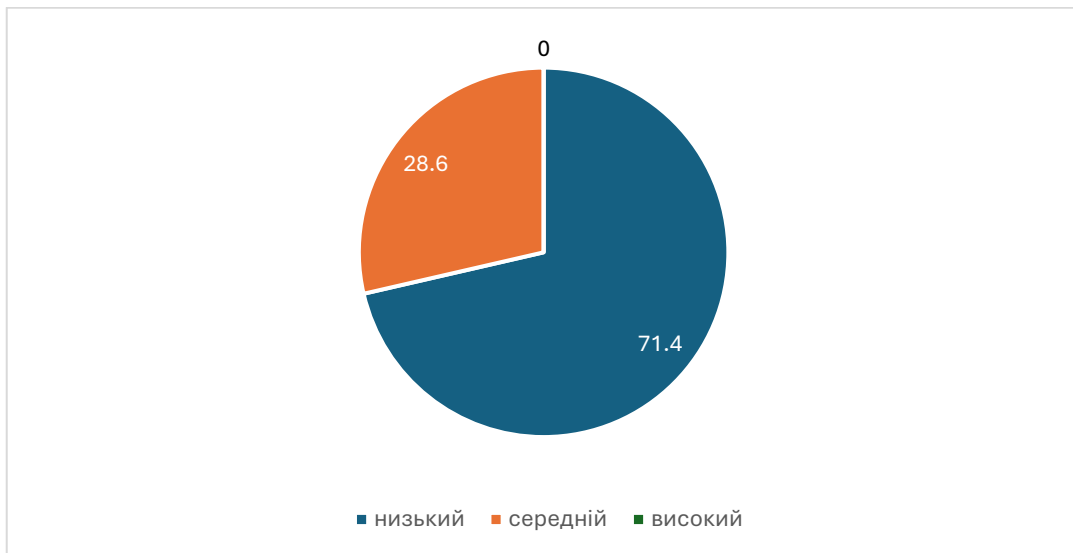


Рисунок 3.2.5 – Рівні прояву показника добробуту на роботі, %.

Цікаво відмітити, що окремі складники добробуту (наприклад, залученість та сенс) мають високі показники, але інтегральний індекс PERMA залишається низьким. Це пояснюється кількома факторами:

- добробут у моделі PERMA є багатовимірним конструктом та формується не лише за рахунок одного сильного складника, а через баланс усіх складників. Якщо сенс (М) чи залученість (Е) є високими, але позитивні емоції (Р) та стосунки (R) низькі, інтегральний показник «просідає», а це означає, що сильні сторони не компенсують слабкі, бо модель передбачає взаємозалежність;
- у стоматологів ми бачимо низькі рівні позитивних емоцій, стосунків, здоров'я та інтегрального PERMA. Навіть якщо окремі складники, як-от, відданість професії, мають високий рівень, вони не можуть «витягнути» загальний показник, бо негативні емоції та проблеми зі здоров'ям мають сильний вплив;
- в умовах війни лікар може зберігати сенс роботи («я допомагаю людям»), але водночас відчувати дефіцит позитивних емоцій, погіршення здоров'я та самотність. Це створює парадокс: окремі складники високі, але загальний добробут низький через зовнішні стресори;
- інтегральний показник PERMA розраховується як середнє значення або інтеграція всіх складників. Якщо хоча б кілька сфер мають низькі значення,

вони «збивають» загальний рівень, навіть за наявності високих показників у інших сферах. Це відображає принцип «ланцюг міцний настільки, наскільки міцна його найслабша ланка».

Тобто, лікар може бути високо мотивованим і відданим професії, але якщо він емоційно виснажений, має погані стосунки в колективі чи проблеми зі здоров'ям, то загальний рівень добробуту не досягає високих значень. Це показує, що професійна мотивація не дорівнює психологічному благополуччю і потрібен баланс між усіма складниками.

Важливою особливістю методики є наявність додаткових субшкал, що вносять додаткові аспекти у розуміння цього феномену. Отримані показники наочно представляємо далі.

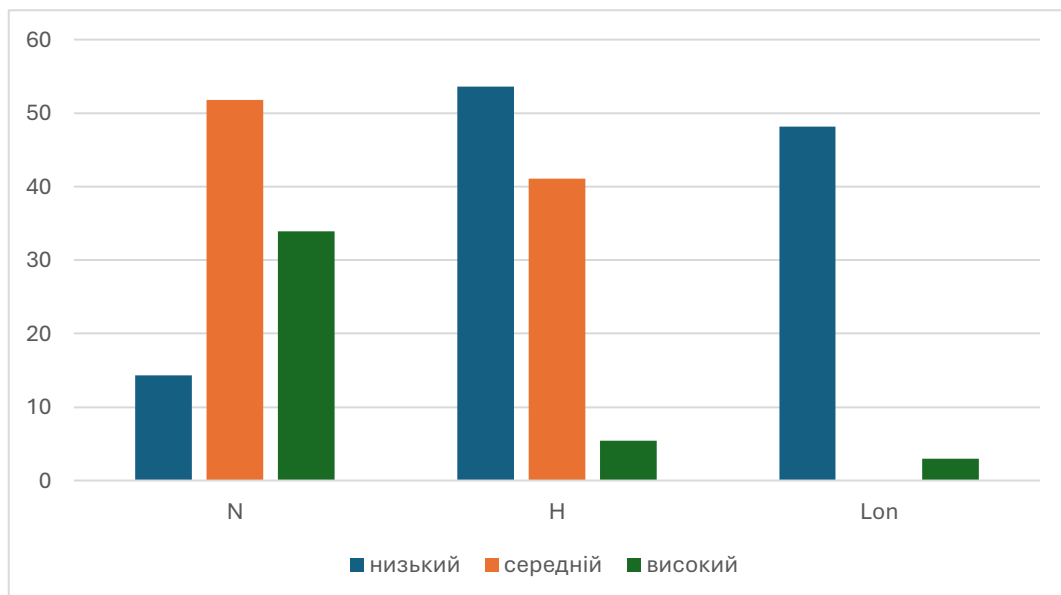


Рисунок 3.2.6 – Рівні прояву додаткових показників добробуту на роботі, %.

Прояв показника N (негативні емоції) показує, що третина стоматологів має високий рівень негативних емоцій, а це, в свою чергу, прямо асоціюється з емоційним виснаженням і ризиком вигорання. Понад половина лікарів стоматологічної практики оцінює свій стан здоров'я (H) як низький. Це свідчить про значні психосоматичні ризики, які потребують уваги. І майже половина стоматологів відчуває високий рівень самотності (Lon) і це тлі на низького рівня

добробуту, що асоціюється з низькими показниками стосунків. Це є додатковим фактором ризику вигорання.

Як бачимо, найбільш проблемними складниками є стосунки (R), здоров'я (H) та інтегральний показник PERMA, оскільки вони демонструють переважно низькі рівні. Відносно сильними ресурсами залишаються залученість (E) та сенс (M), які можуть компенсувати негативні прояви. Високий рівень негативних емоцій та низький рівень позитивних емоцій формують загальну картину психологічного неблагополуччя. Самотність і низькі стосунки підсилюють ризик деперсоналізації та зниження професійної мотивації.

Оскільки професійна діяльність лікарів-стоматологів відбувається в умовах стресу війни, ми припускаємо, що різний ступінь його поширення на людину впливатиме на її психічний статус, який, зокрема, зумовлює її психічний стан на роботі. Для вимірювання сприйняття умов життєдіяльності як стресових було обрано *Шкалу сприйнятого стресу* (Perceived Stress Scale, PSS-10) Ш. Коена. Для встановлення рівнів сприйнятого стресу потрібно було визначити емпіричні норми для нашої вибірки. Перевірка нормальності розподілу даних за допомогою критерію Колмогорова-Смирнова дала підстави обрати спосіб нормування – рівні прояву визначатимуться на основі значень середнього (22,66) та стандартного відхилення (4,65). Норми для дослідницької вибірки подані в табл. 3.2.6.

Таблиця 3.2.6 – Норми для оцінки прояву сприйнятого стресу (за PSS-10 у адаптації О. Вельдбрехт-Н. Тавровецької), n=56.

Показник	Рівні прояву		
	низький	середній	високий
сприйнятий стрес	≤ 17	18-28	≥ 29

Обробка даних дала можливість отримати результати, які подаємо в табл. 3.2.7 та на рис. 3.2.6.

Таблиця 3.2.7 – Результати вимірювання сприйнятого стресу (за PSS-10 у адаптації О. Вельдбрехт-Н. Тавровецької), n=56.

Показник	Рівні прояву		
	низький	середній	високий
сприйнятий стрес	8 (14,3 %)	40 (71,4 %)	8 (14,3 %)

Кількісний аналіз показав, що переважна більшість опитаних (71,4%) мають середній рівень сприйнятого стресу. Це свідчить про те, що більшість фахівців перебувають у стані постійної «функціональної напруги». Хоча вони адаптовані до професійних вимог, їхні внутрішні ресурси витрачаються на підтримку стабільної працездатності в умовах багатозадачності, високої відповідальності та емоційної взаємодії з пацієнтами.

Високий рівень сприйнятого стресу виявлено у 14,3% опитаних. Дана група лікарів знаходиться в зоні підвищеного ризику формування деструктивних фаз професійного вигорання. Суб'єктивне відчуття стресу на такому рівні зазвичай супроводжується втратою контролю над ситуацією, відчуттям безпорадності та зниженням адаптаційних можливостей організму, що може безпосередньо впливати на якість надання медичної допомоги та стан соматичного здоров'я самого лікаря.

Така ж кількість учасників дослідження виявила низький рівень сприйнятого стресу. Це може вказувати на високий ступінь стресостійкості, використання ефективних копінг-стратегій або наявність достатнього досвіду, який дозволяє сприймати складні клінічні та адміністративні ситуації як звичні робочі процеси.

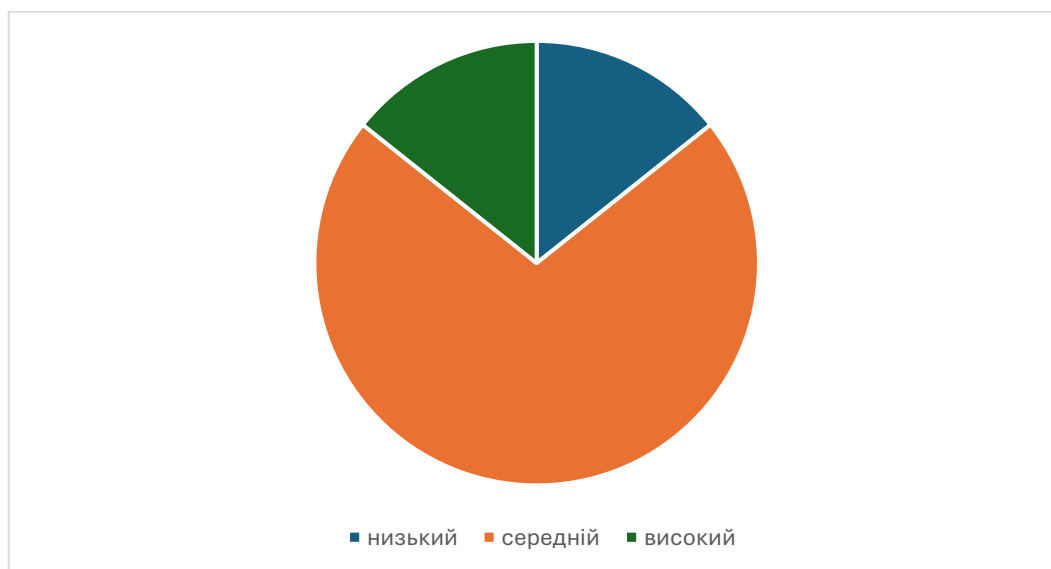


Рисунок 3.2.7 – Рівні сприйнятого стресу, %.

Отримані дані підтверджують специфіку стоматологічного профілю як професії з високим ризиком психоемоційної дезадаптації. Переважання середнього рівня сприйнятого стресу вказує на те, що він є системним чинником у роботі стоматолога. Сприйняття ситуацій як стресових у цієї категорії фахівців може бути зумовлене необхідністю виконання прецизійних маніпуляцій у поєднанні з дефіцитом часу; емоційним тиском з боку пацієнтів, які відчують страх; високим рівнем когнітивного навантаження під час прийняття клінічних рішень. Про це детальніше йшлося в другому розділі. Це створює підґрунтя для подальшого аналізу кореляційних зв'язків між суб'єктивним стресом та окремими компонентами професійного вигорання.

Теоретично обґрунтовано, що зустрічаючись зі стресом, людина певним чином його опановує, виявляючи певні копінг-стратегії. Для вимірювання їхнього прояву застосовувався опитувальник *Brief-COPE* С. Carver (скорочена версія опитувальника копінг-стратегій для оцінки способів подолання стресових ситуацій). Отримані результати представлені в табл. 3.2.8 та на рис. 3.2.7.

Таблиця 3.2.8 – Результати вимірювання проявів копінгу (за Brief-COPE у адаптації Т. Яблонської та кол.), n=56.

Копінги		Рівні прояву		
тип	вид	низький	середній	високий
фокусований на проблемі	активне подолання	3 (5,4 %)	32 (57,1 %)	21 (37,5 %)
	використання інформаційної підтримки	7 (12,5 %)	35 (62,5 %)	14 (25,0 %)
	позитивний рефреймінг	7 (12,5 %)	40 (71,4 %)	9 (16,1 %)
	планування	3 (5,4 %)	30 (53,6 %)	23 (41,1 %)
фокусований на емоціях	емоційна підтримка	7 (12,5 %)	42 (75,0 %)	7 (12,5 %)
	вираження емоцій	8 (14,3 %)	35 (62,5 %)	13 (23,2 %)
	прийняття	1 (1,8 %)	35 (62,5 %)	20 (35,7 %)
	релігія	22 (39,3 %)	29 (51,8 %)	5 (8,9 %)
	самозвинувачення	17 (30,4 %)	36 (64,3 %)	3 (5,4 %)
	гумор	16 (28,6 %)	32 (57,1 %)	8 (14,3 %)
уникаючий	само відволікання	4 (7,1 %)	30 (53,6 %)	22 (39,3 %)
	відмова	16 (28,6 %)	37 (66,1 %)	3 (5,4 %)
	вживання психоактивних речовин	27 (48,2 %)	25 (44,6 %)	4 (7,1 %)
	поведінкове розмежування	29 (51,8 %)	26 (46,4 %)	1 (1,8 %)

Результати дослідження копінгів у дослідницькій вибірці демонструють переважання адаптивних, проблемно-сфокусованих стратегій подолання стресу. Зокрема, за типом «сфокусованих на проблемі» копінгів, найбільшу питому вагу мають показники планування та активного подолання (відповідно 41,1% та 37,5% прояв високого рівня). Це вказує на те, що стоматологи в стресових ситуаціях схильні до логічного аналізу, розробки алгоритмів дій та безпосереднього виправлення ситуації. Такі стратегії є найбільш енергозатратними, але водночас найбільш ефективними для попередження професійної деформації.

У блоці «емоційно-сфокусованих» стратегій привертає увагу високий рівень прийняття (35,7 %), що свідчить про здатність лікарів адекватно сприймати неминучі труднощі клінічної практики. Водночас помірні показники за субшкалами вираження емоцій та емоційної підтримки (відповідно 62,5% та 75,0% - середній рівень прояву) вказують на певну емоційну стриманість фахівців, що може бути наслідком професійної етики та необхідності зберігати «холодний розум» під час маніпуляцій.

А серед «уникаючих» стратегій найбільш вираженим виявилось само відволікання (39,3% - високий рівень). Це може бути інтерпретовано як механізм психологічного захисту: для того, щоб витримати високе навантаження, лікарі змушені перемикає увагу на сторонню активність. Проте низька популярність таких деструктивних копінгів, як вживання психоактивних речовин та поведінкове розмежування (відповідно 48,2% та 51,8% - низький рівень прояву), підкреслює високу адаптивність та відповідальність досліджуваної групи.

Ці дані показують «портрет» того, як саме стоматологи справляються з тим рівнем стресу, який вони переживають. Головний тренд, який ми фіксуємо, стосується того, стоматологи нашої вибірки віддають перевагу конструктивним, раціональним стратегіям, але мають специфічні «западання» в емоційній сфері.

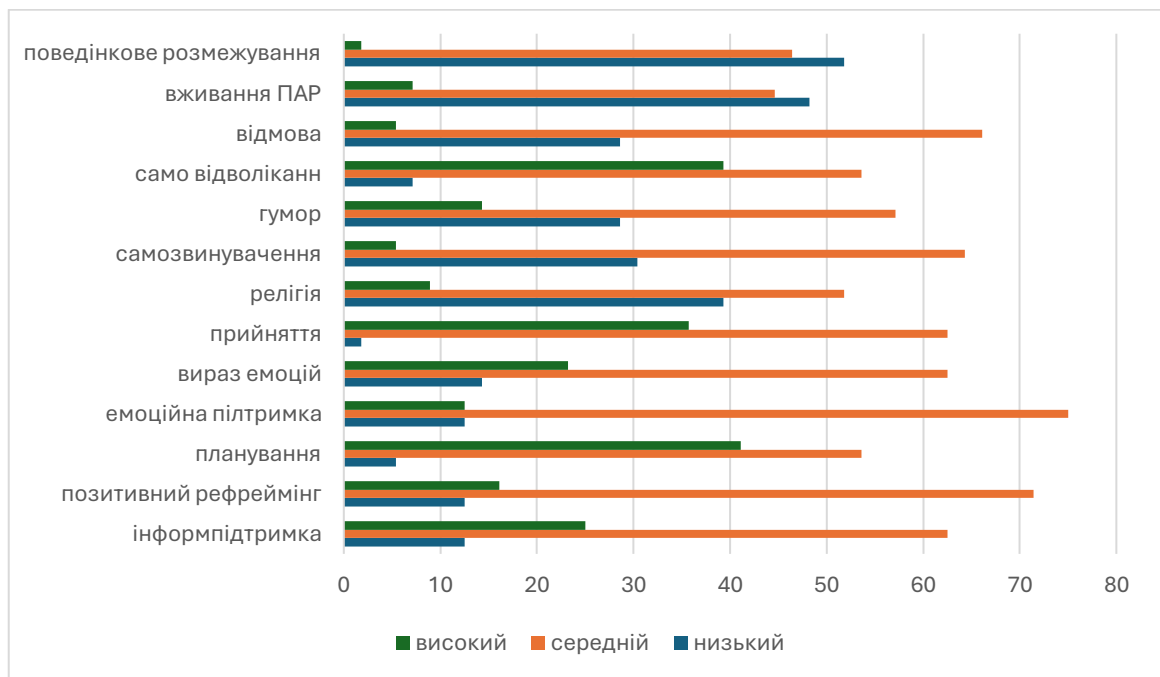


Рисунок 3.2.8 – Рівні прояву копінгів, %.

Домінування проблемно-сфокусованих копінгів є найбільш позитивним аспектом цього напрямку дослідження, який дає підстави констатувати, що стоматологи є людьми дії. Завдяки застосуванню активного та планування, які мають найвищі показники серед усіх конструктивних стратегій, лікарі намагаються розв'язувати проблеми раціонально (наприклад, змінювати графік, вдосконалювати протоколи лікування тощо) і у такий спосіб крок за кроком усувати джерело стресу. Завдяки позитивному рефреймінгу вони здатні переосмислювати невдачі як досвід. Але це вміння у лікарів вибірки не є провідним.

Щодо емоційних копінгів, то важливо зауважити, 35,7% прийняття високого рівня прояву є дуже високим показником. У медицині критично важливо вміти прийняти факт хвороби пацієнта або неминуче ускладнення. Лише 1,8% опитаних мають низький рівень, що свідчить про професійну зрілість вибірки загалом. Самозвинувачення, коли лише 5,4% опитаних мають високий рівень його прояву є добрим показником. Тобто, стоматологи вкрай рідко «їдять себе» за помилки, що захищає їх від швидкого вигорання. Емоційну підтримку як стратегію опанування стресом 75,0% виявляють на середньому рівні, що

говорить про те, що лікарі схильні тримати баланс, вони не замикаються, але й не зловживають допомогою колег чи близьких.

Унікаючі копінги стосуються прихованих загроз. В них криється найцікавіший результат, який може пояснити механізм вигорання. Майже 40,0% дослідницької вибірки виявляє високий рівень само: Це тривожний сигнал. Кожен третій лікар намагається «забутися» через роботу, хобі або сторонні справи, замість того, щоб прожити стрес. У поєднанні з високим стресом це прямий шлях до виснаження. Близько половини вибірки мають низький рівень деструктивних стратегій - вживання ПАР та поведінкового розмежування. Це свідчить про високу культуру здоров'я та професійну відповідальність (лікарі розуміють ризики споживання алкоголю / психотропних речовин).

Дослідивши прояв професійного вигорання у лікарів стоматологічної практики, а також супутні психологічні прояви, що можуть бути важливими для нормального виконання ними професійної діяльності, перейдемо до статистичного аналізу з метою виявлення особливостей професійного вигорання зазначених фахівців.

Почнемо з порівняльного аналізу проявів вигорання у стоматологів в залежності від їхніх характеристик, які були встановлені під час опитування, результати якого представлені в додатку В). Для цього проведемо t-тест для незалежних змінних.

Оскільки в нашій вибірці є лікарі різного типу практики (приватна та державна), порівняємо прояви компонентів їхнього вигорання аби встановити чи є статистично значущі відмінності в рівнях вигорання між цими двома групами лікарів-стоматологів.

Емоційне виснаження: $t = 0,204$ ($p = 0,839$). Різниця між групами не є статистично значущою. Середня різниця становить $-0,96$ бали, але довірчий інтервал включає нуль ($-10,38$ до $+8,46$), що свідчить про відсутність стабільної різниці у рівні емоційного виснаження між стоматологами з різними типами практики.

Деперсоналізація: $t = -0,061$ ($p = 0,954$). Також не виявлено статистично значущих відмінностей. Середня різниця $-0,17$ бали, довірчий інтервал ($-6,62$ до $+6,29$) охоплює нуль, що свідчить про однаковий рівень емоційного дистанціювання незалежно від типу практики.

Редукція особистих досягнень: $t = 0,723$ ($p = 0,472$). Різниця між групами не є статистично значущою. Середня різниця $+2,42$ бали, але довірчий інтервал ($-4,30$ до $+9,14$) включає нуль. Це означає, що відчуття професійної ефективності не залежить від типу практики.

Усі три складники професійного вигорання не демонструють статистично значущих відмінностей за типом практики. Це засвідчує, що форма організації професійної діяльності (приватна, державна, індивідуальна, колективна) не є визначальним чинником у формуванні симптомів вигорання.

Порівняння вигорання за статтю дало аналогічні результати.

Емоційне виснаження: $t = 0,672$ ($p = 0,504$). Різниця між чоловіками та жінками не є статистично значущою. Середня різниця становить $+2,20$ бали, але довірчий інтервал ($-4,36$ до $+8,76$) включає нуль, що свідчить про відсутність стабільної різниці у рівні емоційного виснаження між групами, сформованими за ознакою статі.

Деперсоналізація: $t = -0,41$ ($p = 0,683$). Також не виявлено значущих відмінностей. Середня різниця $-0,71$ бали, довірчий інтервал ($-4,17$ до $+2,76$) включає нуль. Це означає, що тенденція до емоційного дистанціювання від пацієнтів не залежить від статі.

Редукція особистих досягнень: $t = 0,429$ ($p = 0,670$). Різниця між чоловіками та жінками не є статистично значущою. Середня різниця $+0,92$ бали, довірчий інтервал ($-3,37$ до $+5,21$) включає нуль, що свідчить про однакове відчуття професійної ефективності у представників обох статей.

Як бачимо, всі три складники професійного вигорання не демонструють статистично значущих статевих відмінностей. Це свідчить про те, що стать не є визначальним чинником у формуванні симптомів вигорання серед стоматологів.

Для порівняння прояву вигорання у лікарів різних вікових груп використовувався одно факторний дисперсійний аналіз (ANOVA), який дав схожі з попередніми результати.

Емоційне виснаження: $F = 0,442$ ($p = 0,645$). Оскільки значення $0,645$ є значно більшим за $0,05$, ми не маємо підстав відхиляти нульову гіпотезу. Це означає, що середній рівень емоційного виснаження є однаковим у всіх трьох вікових групах.

Деперсоналізація: $F = 1,155$ ($p = 0,323$). Значення p більше за $0,05$, тому робимо висновок про відсутність статистично значущих відмінностей у середніх рівнях деперсоналізації між віковими групами.

Редукція досягнень: F -статистика = $1,140$ ($p = 0,327$). Значення p також більше за $0,05$. Це свідчить про те, що всі три вікові групи мають однаковий середній рівень редукції професійних досягнень.

Отже, незважаючи на наявність певних відмінностей у середніх значеннях між групами, ці відмінності не є статистично значущими. Це означає, що вік (розподіл на молодших, середнього віку та старших) не є визначальним фактором для рівня вигорання у нашій вибірці стоматологів. Оскільки загальний тест ANOVA не виявив значущих відмінностей, проведення подальших множинних порівнянь (post-hoc тестів) немає сенсу, адже вони лише підтвердять відсутність парних відмінностей.

Оскільки віковий чинник не є визначальним у формуванні симптомів вигорання, це підтверджує необхідність універсальних програм профілактики - для всіх вікових категорій стоматологів.

Також було проведено t -тест для незалежних вибірок з метою перевірки, чи існують статистично значущі відмінності у рівні професійного вигорання між стоматологами, які перебувають у шлюбі та не перебувають у шлюбі (включно з розлученими та вдовами). Отримані результати схожі з попередніми.

Емоційне виснаження: $t = -1,163$ ($p = 0,250$). Різниця між одруженими та неодруженими стоматологами не є статистично значущою. Це свідчить про те, що емоційне виснаження проявляється незалежно від сімейного статусу. Хоча

середня різниця становить $-3,53$ бали, вона не виходить за межі довірчого інтервалу.

Деперсоналізація: $t = -1,261$ ($p = 0,211$). Також не виявлено значущих відмінностей між групами. Це означає, що тенденція до емоційного дистанціювання від пацієнтів не залежить від наявності партнера чи сімейної підтримки.

Редукція особистих досягнень: $t = 0,495$ ($p = 0,623$). Рівень відчуття професійної ефективності не відрізняється між одруженими та неодруженими стоматологами. Середня різниця становить менше одного бали і не є статистично значущою.

Отже, всі три складники професійного вигорання не демонструють статистично значущих відмінностей за сімейним статусом. Це свідчить про те, що наявність або відсутність партнера не є визначальним чинником у формуванні симптомів вигорання серед стоматологів.

Ми прагнули з'ясувати, чи існують статистично значущі відмінності вигорання між стоматологами, які мають дітей під опікою, та тими, хто не їх має.

Емоційне виснаження: $t = -2,361$ ($p = 0,022$). Різниця між групами є статистично значущою. Стоматологи, які мають дітей, демонструють вищий рівень емоційного виснаження (середня різниця $-7,24$ бали). Довірчий інтервал ($-13,38$ до $-1,09$) не включає нуль, що підтверджує стабільність ефекту. Це свідчить про додаткове навантаження, пов'язане з поєднанням професійної та батьківської ролі, особливо в умовах кризи.

Деперсоналізація: $t = -1,598$ ($p = 0,116$). Різниця між групами не є статистично значущою, хоча має тенденцію до зростання. Середня різниця $-2,49$ бали, але довірчий інтервал ($-5,62$ до $+0,63$) включає нуль. Це може свідчити про латентний вплив батьківства на емоційне дистанціювання, який не досягає рівня статистичної значущості, але вартий уваги в подальших дослідженнях.

Редукція особистих досягнень: $t = 1,112$ ($p = 0,271$). Різниця між групами не є статистично значущою. Середня різниця $+2,31$ бали, довірчий інтервал ($-$

1,86 до +6,48) включає нуль. Це свідчить про однакове відчуття професійної ефективності у стоматологів незалежно від наявності дітей.

Узагальнюючи ці результати зазначимо, що емоційне виснаження значно вище у стоматологів, які мають дітей під опікою - це єдиний складник із підтвердженою статистичною різницею. Деперсоналізація має тенденцію до зростання, але не є статистично значущою, а редукція досягнень не залежить від батьківського статусу. Отримані результати говорять про те, що поєднання професійної та батьківської відповідальності створює додаткове емоційне навантаження, але не знижує суб'єктивне відчуття ефективності чи професійної ідентичності.

Далі було проведено дисперсійний аналіз (ANOVA) для перевірки, чи існують статистично значущі відмінності між групами стоматологів з різною тривалістю робочого тижня (≤ 30 год, 31–40 год, 41–50 год, > 50 год) за трьома складниками професійного вигорання стоматологів, які також схожі на попередні.

Емоційне виснаження: $F = 1,273$ ($p = 0,293$). Різниця між групами не є статистично значущою. Це означає, що кількість робочих годин не має прямого впливу на рівень емоційного виснаження. Імовірно, стоматологи адаптуються до навантаження або мають компенсаторні ресурси (наприклад, мотивацію, підтримку).

Деперсоналізація: $F = 0,189$ ($p = 0,903$). Різниця між групами є абсолютно незначущою, що свідчить про відсутність зв'язку між тривалістю роботи та емоційним дистанціюванням. Деперсоналізація, ймовірно, більше залежить від стилю керівництва, емоційного клімату, аніж від кількості годин, проведених на роботі.

Редукція особистих досягнень: $F = 0,430$ ($p = 0,732$). Також не виявлено значущих відмінностей. Це означає, що відчуття професійної ефективності не залежить від тривалості робочого тижня. Можливо, стоматологи з великим навантаженням мають більше успішних кейсів, що компенсує втому.

Узагальнюючи ці результати зазначимо, що всі складники професійного вигорання не демонструють статистично значущих відмінностей за ознакою кількості робочих годин на тиждень. Це говорить про те, що тривалість роботи не є визначальним чинником вигорання у нашій вибірці стоматологів.

Завершальним було проведення дисперсійного аналізу (ANOVA) для перевірки, чи існують статистично значущі відмінності між групами стоматологів з різною кількістю пацієнтів за зміну (≤ 5 , 6–10, >10 пацієнтів) за трьома складниками професійного вигорання і отримано схожі з попередніми результати.

Емоційне виснаження: $F = 1,543$ ($p = 0,223$). Різниця між групами не є статистично значущою. Це означає, що кількість пацієнтів за зміну не має прямого впливу на рівень емоційного виснаження. Імовірно, стоматологи адаптуються до навантаження або мають індивідуальні ресурси, які компенсують втому.

Деперсоналізація: $F = 0,441$, $p = 0,646$. Також не виявлено статистично значущих відмінностей, що свідчить про відсутність зв'язку між кількістю пацієнтів і рівнем емоційного дистанціювання. Деперсоналізація, ймовірно, більше залежить від емоційного клімату, типу пацієнтів, а не їхньої кількості.

Редукція особистих досягнень: $F = 1,691$ ($p = 0,194$). Різниця між групами не є статистично значущою, хоча має тенденцію до зростання. Стоматологи з більшою кількістю пацієнтів можуть відчувати зниження суб'єктивної ефективності, але цей ефект не підтверджено статистично.

Отже, всі складники вигорання не демонструють статистично значущих відмінностей за ознакою кількості пацієнтів, які обслуговуються впродовж зміни. Йдеться про те, що кількісне навантаження не є визначальним чинником вигорання у вибірці стоматологів. Імовірно, більш релевантними є якість взаємодії з пацієнтами, емоційна складність кейсів, організаційна підтримка, а не лише кількість.

В таблиці 3.2.9 узагальнено результати порівняльного аналізу прояви складників професійного вигорання стоматологів за ознаками, які були закладені при описі вибірки в Google-form.

Таблиця 3.2.9 – Результати порівняльного аналізу вигорання за ознаками дослідницької вибірки, n=56.

Ознаки	Складники вигорання					
	ЕВ		Д		ОД	
	<i>F/t</i>	<i>p</i>	<i>F/t</i>	<i>p</i>	<i>F/t</i>	<i>p</i>
стать	0,672	0,504	–0,41	0,683	0,429	0,670
вік	0,442	0,645	1,155	0,323	1,140	0,327
тип практики	0,204	0,839	–0,061	0,954	0,723	0,472
к-ть год / тиждень	1,273	0,293	0,189	0,903	0,430	0,732
к-ть пацієнтів / зміна	1,543	0,223	0,441	0,646	1,691	0,194
сімейний стан	–1,163	0,250	–1,261	0,211	0,495	0,623
наявність дітей	–2,361	0,022	–1,598	0,116	1,112	0,271

Дані таблиці дають можливість стверджувати, що єдиним чинником, який статистично впливає на вигорання, є наявність дітей під опікою, що асоціюється з підвищеним емоційним виснаженням. Усі інші соціально-професійні ознаки не демонструють значущих відмінностей. Такі результати можуть свідчити про індивідуалізований характер вигорання, де формальні ознаки не є достатніми предикторами і важливіше брати до уваги емоційні, мотиваційні та контекстуальні чинники.

Підкреслюємо, що вигорання стоматологів не має чітких соціально-демографічних маркерів, окрім батьківства. Тому до програм психологічної підтримки варто включати цільові інтервенції для стоматологів-батьків, з акцентом на емоційне відновлення.

Далі перейдемо до встановлення особливостей вигорання стоматологів з індивідуалізованими особистісними характеристиками, які було охарактеризовано вище. З цією метою використано процедуру лінійного регресійного аналізу, результати якого представлені у додатку С.

Було побудовано три множинні регресійні моделі з метою встановлення впливу копінгів на прояви професійного вигорання.

Модель 1 «Емоційне виснаження з копінг-стратегіями як предикторами» є статистично значущою: копінг-стратегії загалом пояснюють майже половину варіації емоційного виснаження ($R^2 = 0,444$) та має пояснювальну силу ($F(ANOVA) = 2,578$ і є статистично значимою ($p = 0,010$). Ключовими предикторами виступають такі копінги як «позитивний рефреймінг» ($Beta = -0,362$ при $p = 0,057$), що виявляє тенденцію до захисного впливу, є майже значущим. Тобто він може відігравати потенційну роль у зниженні емоційного виснаження; «використання ресурсів» ($Beta = -0,204$ при $p = 0,205$), що виявляє слабкий негативний вплив, є незначущим. Інші копінги ($Beta < \pm 0,15$ при $p > 0,2$) не мають статистично значущого індивідуального впливу, хоча можуть мати латентне значення в інших моделях або при взаємодії.

Отже, емоційне виснаження стоматологів значною мірою пов'язане з характером застосовуваних копінг-стратегій. Слід наголосити на важливості позитивного рефреймінгу як потенційно захисного механізму, що знижує ризик емоційного виснаження. Тому в програму допомог варто залучити практичні інтервенції, які навчають стоматологів позитивному переосмисленню ситуацій.

Модель 2 «Деперсоналізація з копінг-стратегіями як предикторами» є статистично значущою і пояснює майже 40% варіації деперсоналізації ($R^2 = 0,396$) та має пояснювальну силу ($F(ANOVA) = 2,121$ і є статистично значимою ($p = 0,033$). Серед виявлених предикторів вигорання цікавим виявився копінг «гумор» ($Beta = 0,498$ при $p = 0,005$), який є єдиним статистично значущим предиктором, який підвищує рівень деперсоналізації. Але він має парадоксальний ефект – асоціюється з підвищенням деперсоналізації, можливо, як форма емоційного дистанціювання або захисного цинізму. «Використання ресурсів» ($Beta = -0,283$ при $p = 0,092$) і «поведінкове розмежування» ($Beta = -0,279$ при $p = 0,092$) є потенційно захисними механізмами, які знижують рівень деперсоналізації. «Відмова» ($Beta = 0,253$ при $p = 0,085$) є копінгом, що може підсилювати емоційне відчуження, особливо в умовах хронічного стресу, а «позитивний рефреймінг» ($Beta = -0,274$ при $p = 0,174$) виявляє слабкий

захисний ефект, однак є незначущим. Інші копінги ($Beta < \pm 0,15$ при $p = > 0,2$) демонструють слабкі впливи та є статистично незначущими.

Зазначимо, що деперсоналізація є чутливою до стилю копіngu, і деякі стратегії мають неочікуваний ризиковий ефект як-от, гумор, відмова. У такий спосіб обґрунтовується потреба в цільових інтервенціях, які коригують не лише емоційне навантаження, а й стиль реагування на стрес. Також доцільно розвивати захисні копінги (ресурси, розмежування), що варто включати до програм профілактики вигорання. Зазначимо, що є нагальна потреба в психоедукації стоматологів, яка допомагає розпізнавати неефективні копінги та замінювати їх на адаптивні. Модель 3 «Редукція особистих досягнень з копіng-стратегіями як предикторами» статистично значуща ($R^2 = 0,396$), пояснює майже 40% варіації редукції досягнень та має пояснювальну силу (F (ANOVA) = 2,114 і є статистично значимою ($p = 0,034$). Найбільш вираженим предиктором є використання ресурсів ($Beta = 0,436$ при $p = 0,012$), що несподівано має ризиковий ефект: чим більше стоматологи покладаються на зовнішні ресурси, тим сильніше вони відчують редукцію власних досягнень. Це може свідчити про залежність від зовнішньої підтримки та зниження внутрішнього відчуття компетентності. Такий результат може свідчити про залежність від зовнішньої підтримки та зниження внутрішнього відчуття компетентності, що потребує додаткового аналізу та уточнення.

Цей висновок узгоджується з попередніми результатами, де було встановлено, що рівень відчуття професійної ефективності не відрізняється між одруженими та неодруженими стоматологами, а також незалежно від наявності дітей. Отже, фактори сімейного статусу не пояснюють редукцію досягнень, тоді як стиль копіngu має більш вагоме значення.

Ще два копінги є вираженими предикторами, що мають захисний ефект. Копінги «релігія» ($Beta = -0,436$ при $p = 0,001$) та «вживання ПАР» ($Beta = -0,350$ при $p = 0,004$) знижують редукцію досягнень. Незважаючи на низьку поширеність (як було встановлено, лише 7,1 % вибірки виявили високий рівень прояву цього копіngu), вживання ПАР виявилось значущим предиктором.

Стоматологи, які не використовують ПАР як копінг, мають нижчий рівень редукції досягнень, тобто, низький рівень прояву цього копіngu у більшості вибірки узгоджується з тим, що саме уникання ПАР є захисним фактором. Регресія підтверджує, що саме така стратегія (низьке використання ПАР) знижує ризик редукції досягнень. Таким чином, низька поширеність цієї стратегії у вибірці підтверджує її роль як потенційного чинника збереження професійної ефективності.

Решта копінгів мають слабкі та статистично незначущі ефекти. Отримані результати свідчать про складну природу редукції досягнень, вона формується як через залежність від зовнішньої підтримки, так і через внутрішні ціннісні та поведінкові механізми.

Підсумовуючи сказане, можемо констатувати, що емоційне виснаження чутливе до стилю копіngu, але ключовим фактором є здатність позитивно переосмислювати стресові ситуації; деперсоналізація пов'язана з емоційними стилями реагування, і гумор у стресових умовах може мати деструктивний ефект; редукція досягнень найбільш тісно пов'язана з копіngами, і тут проявляються як ризикові, так і захисні механізми. Тобто, емоційне виснаження знижується завдяки позитивному рефреймінгу; деперсоналізація підсилюється через використання гумору як дистанціювання; редукція досягнень найбільш чутлива до копінгів: ризиковим є використання ресурсів, тоді як релігія та уникнення ПАР мають захисний ефект.

Це підтверджує, що різні складники вигорання мають різну детермінованість: емоційне виснаження - через когнітивні стратегії (рефреймінг), деперсоналізація - через емоційні стилі реагування (гумор), а редукція досягнень - через ціннісні та поведінкові механізми (ресурси, релігія, ПАР).

Також було побудовано три множинні регресійні моделі з метою встановлення впливу показників благополуччя на робочому місці на прояви професійного вигорання.

Модель 1 «Емоційне виснаження з показниками благополуччя як предикторами» має досить високу пояснювальну силу ($R^2 = 0,582$), тобто модель пояснює 58,2% варіації емоційного виснаження, що є суттєвим результатом. Вона є статистично значущою (F (ANOVA) = 7,127 при $p < 0,001$). Серед предикторів емоційного виснаження виділені такі, що мають значущий захисний ефект – негативні емоції та здоров'я ($Beta = -0,380$ при $p = 0,008$), тобто нижчий рівень негативних емоцій та кращий стан здоров'я знижують емоційне виснаження. Самотність ($Beta = 0,321$ при $p = 0,048$) є значущим ризиковим предиктором, тобто вищий рівень самотності підвищує емоційне виснаження. Стосунки спричиняють позитивний, але незначущий вплив ($Beta = 0,233$ при $p = 0,338$), сенс виявив слабкий позитивний вплив, але він є незначущим ($Beta = 0,171$ при $p = 0,279$), а інтегральний показник благополуччя виявив слабкий негативний ефект, що також є незначущим ($Beta = -0,091$ при $p = 0,437$). Інші складники PERMA (залученість, позитивні емоції, сенс, досягнення, стосунки) не показали статистично значущого впливу в цій моделі, хоча їхній внесок може проявлятися у комплексних взаємодіях.

Отже, емоційне виснаження стоматологів значною мірою детермінується благополуччям на робочому місці: самотність підвищує ризик, тоді як низький рівень негативних емоцій та високий рівень здоров'я знижують його. Це підтверджує, що психологічні та соціальні чинники благополуччя мають вагомий вплив на професійне вигорання. З огляду на це зазначимо, що практичні інтервенції мають бути спрямовані на зменшення самотності, розвиток емоційної стійкості та підтримку здоров'я й позитивного афекту.

Модель 2 «Деперсоналізація з показниками благополуччя як предикторами» має пояснювальну силу ($R^2 = 0,322$), тобто пояснює 32,2% варіації деперсоналізації, що є суттєвим, але нижчим ніж у моделі емоційного виснаження. Вона також є статистично значущою загалом (F (ANOVA) = 2,425 при $p < 0,024$), але індивідуальні предиктори мають слабкі ефекти. Йдеться про найсильніший предиктор самотності ($Beta = 0,381$ при $p = 0,065$), що є маргінально значущим, тобто вищий рівень самотності підвищує

деперсоналізацію. Тенденцію до захисного ефекту виявляють стосунки ($Beta = -0,328$ при $p = 0,323$), але вплив статистично незначущий. Слабкий позитивний ефект ($Beta = 0,134$ при $p = 0,453$), але він також незначущий.

Інші показники PERMA (позитивні емоції, залученість, сенс, досягнення, стосунки, здоров'я) не мають статистично підтвердженого впливу. Це свідчить, що деперсоналізація стоматологів найбільш чутлива до соціально-емоційного чинника самотності, тоді як інші аспекти благополуччя не відіграють вирішальної ролі.

Модель 3 «Редукція досягнень з показниками благополуччя як предикторами» є статистично значущою загалом ($F(ANOVA) = 2,743$ при $p < 0,012$), пояснює понад третину варіації редукції досягнень ($R^2 = 0,349$). Найбільш виражений предиктор - здоров'я ($Beta = -0,347$ при $p = 0,063$), який має маргінально значущий захисний ефект і свідчить про те, що кращий стан здоров'я знижує редукцію досягнень. Слабкий позитивний ефект виявляють досягнення ($Beta = 0,243$ при $p = 0,283$), але він незначущий. Середній негативний ефект і також незначущий виявляють позитивні емоції ($Beta = -0,530$ при $p = 0,312$), а слабкий негативний ефект (незначущий) виявили самотність ($Beta = -0,086$ при $p = 0,509$) та загальний показник благополуччя ($Beta = -0,144$ при $p = 0,360$).

Підсумовуючи сказане зазначимо, що редукція досягнень пояснюється благополуччям на робочому місці на 35%, що є вагомим результатом. Найбільш виражений захисний ефект має здоров'я, що підтверджує важливість емоційного та фізичного самопочуття, а інші складники PERMA не мають значущого впливу, але можуть діяти опосередковано або в комбінації. Тому практичні інтервенції мають бути спрямовані на підтримку здоров'я, емоційного балансу та суб'єктивного благополуччя стоматологів.

Для того, щоб виявити типи стоматологів за поєднанням рівня вигорання (емоційне виснаження, деперсоналізація, редукція досягнень) та індивідуальних особливостей, провистимемо кластерний аналіз. Кластеризація дозволить перейти від загальних висновків до персоналізованих профілів стоматологів. Це

дасть можливість зрозуміти, які комбінації факторів формують високий, середній чи низький рівень вигорання. На основі цього можна буде сформулювати цільові інтервенції для різних груп.

На першому етапі використано ієрархічний аналіз методом Варда, який дозволив нам побачити загальну картину кластеризації. А на другому етапі відбувалось уточнення кластерів методом k-means. Загалом ми виокремили п'ять чітко диференційованих психосоціальних профілів, які суттєво відрізняються за рівнем вигорання, копінгам, благополуччям на роботі, сприйнятим стресом і залученістю у роботу. Проаналізуємо ці кластери далі.

Кластер 1 - «Виснажені з високим стресом і низькими ресурсами» - характеризується емоційним виснаженням трохи вищого за середній (+0,40) рівня, високим рівнем сприйнятого стресу (+0,78), низькою залученістю у роботу (енергійність -0,96). Домінують копінги «активне подолання» (-0,91) та «рефреймінг» (-1,18) переважно рівня нижче середнього з такими ж проявами благополуччя на роботі та здоров'я.

Профіль описує стоматологів з помірним вигоранням (помірне емоційне виснаження, деперсоналізація нижче середнього, але редукція досягнень відсутня), високим сприйнятим стресом (є ключовим чинником), слабкою залученістю в роботу (низька енергійність і відданість, слабе відчуття сенсу), відсутність благополуччя (низьке PERMA, слабкі стосунки, високий рівень негативних емоцій) і слабкими копінгам (мало використовують адаптивні стратегії (рефреймінг, планування), схильні до уникання).

Психологічний портрет таких стоматологів визначається відчуттям сильного стресу, відсутністю достатніх ресурсів для його подолання. Вони емоційно виснажені, мало залучені в роботу, схильні до пасивності.

Таких стоматологів потрібно залучати у програми зниження стресу, навчання базових адаптивних копінгів, підтримки емоційної стійкості.

Кластер 2 - «Помірно адаптивні з високим вживанням ПАР» - характеризується проявом емоційного виснаження трохи вище середнього рівня (+0,22), близьким до середнього (+0,06) рівнем сприйнятого стресу,

використанням копінгів «активне подолання», «рефреймінг», «гумор» рівня трохи вищого за середній та дуже високим (+1,43) рівнем «вживання ПАР» та «поведінкового розмежування».

Профіль загалом описує стоматологів з помірним сприйнятим стресом і вигоранням (низьким емоційним виснаженням, деперсоналізацією, близькою до середнього, редукцією досягнень нижчою за середню), але з ризиковими копінгами, що потребують корекції (використовують активне подолання, рефреймінг, гумор, але водночас мають високі показники вживання ПАР та поведінкового розмежування). Йдеться про помірну залученість у роботу, без виражених піків, а також благополуччям на роботі середнього рівня, без критичних відхилень.

Психологічний портрет таких стоматологів характеризує фахівців, які загалом справляються зі стресом, але іноді вдаються до ризикових стратегій його подолання (алкоголь, ПАР, уникання). Це прихована зона ризику.

З такими лікарями повинна бути організована робота з профілактики залежностей, розвитку здорових альтернативних копінгів, групової підтримки.

Кластер 3 - «Високо залучені, але з емоційним виснаженням» - характеризується високими емоційним виснаженням (+1,19) та залученістю у роботу (енергійність +1,16), низьким рівнем сприйнятого стресу (-1,16), наявності таких копінгів як планування, емоційна підтримка, рефреймінг вище середнього рівня, а також помірним благополуччям на роботі та посереднім станом здоров'я.

Профіль описує «парадоксальну групу» стоматологів, що дуже високо залучені до роботи (енергійні, віддані, заглиблені), але емоційно виснажені (сприйнятий стрес низький (!), але виснаження все одно високе). У них високий рівень емоційного виснаження, деперсоналізація вище середнього, редукція досягнень нижче середнього. Можливо, вони перевантажені при високій мотивації. З копінгів активно використовують підтримку, рефреймінг та планування. Прояв благополуччя на роботі нижче середнього, попри високу мотивацію.

Психологічний портрет таких лікарів можна визначити як «парадоксальний» - вони дуже залучені в роботу, вмотивовані, але саме через перевантаження й надмірну відданість відчувають емоційне виснаження. Таких фахівців важливо навчати балансуванню навантаження та самозбереженню, а також допомагати формувати вміння відновлення енергії.

Кластер 4 - «Ресурсні, адаптивні, з редукцією досягнень» - характеризується високими редукцією досягнень (+0,88) та залученістю у роботу (відданість +0,79), використанням таких копінгів як «активне подолання», «емоційна підтримка», «релігія» рівня вищого за середній та посереднім благополуччям на роботі і станом здоров'я.

Профіль таких стоматологів описує осіб з хорошими ресурсами, але з відчуттям зниження ефективності (редукція досягнень висока, інші складники помірні), які потребують підтримки професійної самооцінки. У них низький рівень сприйнятого стресу висока залученість у роботу (висока відданість і сенс). З копінгів активно використовують релігію, емоційну підтримку та прийняття. Мають благополуччя на роботі вище середнього рівня, але не відчувають результативності.

Психологічний портрет таких стоматологів описує фахівців з хорошими ресурсами й високою залученістю, але вони переживають відчуття «я мало досягаю», що підриває професійну самооцінку. Тому їх варто залучати у програми підвищення професійної ефективності, розвитку відчуття досягнень та підтримки через зворотний зв'язок.

Кластер 5 - «Оптимальні - низьке вигорання, високі ресурси» - характеризується низькими емоційним виснаженням (-0,25) та деперсоналізацією (-0,13), а також близькою до середнього редукцією досягнень (+0,08). Залученість до роботи вище середнього (+0,34), але збалансована (немає перевантаження). Сприйнятий стрес нижче середнього рівня. Серед копінгів домінують адаптивні стратегії (планування, рефреймінг, емоційна підтримка). Благополуччя (PERMA, здоров'я, стосунки) стабільно вищі за середні, що свідчить про високі ресурси та позитивний психологічний стан.

Профіль описує стоматологів з найкращим балансом - низьке вигорання, високе благополуччя, ефективні копінги. Це еталонна група.

Таким лікарям потрібно забезпечити підтримку й закріплення позитивних стратегій, використання їх як «моделі» для інших.

Підсумовуючи сказане, констатуємо, що кластеризація виявила структурну різноманітність серед стоматологів, яку не видно в регресивних моделях. Є групи ризику (кластер 1, 2), парадоксальні профілі (кластер 3), адаптивні з уразливістю (кластер 4) і оптимальні (кластер 5) профілі. Це відкриває шлях до цільових інтервенцій: розвиток адаптивних копінгів; зниження копінгу «вживання ПАР»; підтримка професійної самооцінки; моніторинг перевантажених вмотивованих працівників.

Перший та другий кластери описують групи ризику (високий стрес, ризикові копінги).

Кластер 1 є ризиковим через поєднання високого рівня сприйнятого стресу, низької залученості у роботу, слабкого використання адаптивних копінгів та низьких показників благополуччя (PERMA, стосунки, здоров'я). Це поєднання означає, що стоматологи мають мало ресурсів для протидії стресу, тому вони найбільш уразливі до розвитку вигорання.

Кластер 2 є ризиковим через поєднання низького вигорання і помірного сприйнятого стресу, використання адаптивних копінгів (рефреймінг, гумор, підтримка) з одночасно дуже високими показниками вживання психоактивних речовин та поведінкового розмежування. Це робить їх «прихованою групою ризику»: зовні вони справляються, але ризикові стратегії можуть призвести до поглиблення вигорання.

Третій і четвертий кластери описують парадоксальні профілі (висока залученість, але виснаження чи редукція досягнень).

Кластер 3 є парадоксальним через поєднання дуже високої залученості у роботу (енергійність, відданість, заглибленість), низького рівня сприйнятого стресу і при цьому високого рівня емоційного виснаження та деперсоналізації. Парадокс у тому, що стоматологи мають мотивацію і ресурси, але саме через

надмірну залученість вони «вигорають». Це група перевантажених, які потребують навчання самозбереженню.

Кластер 4 є парадоксальним через поєднання високої залученості, адаптивних копінгів, низького сприйнятого стресу, високих показників PERMA і здоров'я. Але водночас присутня висока редукція досягнень - відчуття, що їхні професійні зусилля не дають результату. Парадокс у тому, що при наявності ресурсів і мотивації стоматологи переживають суб'єктивне зниження ефективності. Це група, якій потрібна підтримка професійної самооцінки.

Кластер 5 описує оптимальний, ресурсний, найбільш захищений профіль. Він є оптимальним через поєднання низьких вигорання за всіма складниками та сприйнятого стресу, збалансованої високої залученості у роботу, домінуючих адаптивних копінгів (планування, рефреймінг, підтримка) та стабільно вище середнього рівня PERMA, здоров'я, стосунків. Це стоматологи з найкращим балансом ресурсів і навичок. Вони є «еталонною групою», найбільш захищеною від вигорання.

Зрештою, ми отримали багатовимірну картину: стоматологи не просто «вигорають» чи «не вигорають», а формують різні психологічні профілі, які потребують диференційованих інтервенцій. Таким чином, ми можемо стверджувати, що зміст кластерів найбільш повно визначає особливості професійного вигорання стоматологів, оскільки вони відображають багатовимірні профілі, які поєднують рівень вигорання, стрес, копінг-стратегії, благополуччя та залученість до роботи. Це дозволяє перейти від опису окремих факторів до цілісної моделі вигорання, яка має як наукову, так і практичну цінність, що дозволяє розробляти адресні програми психологічної підтримки стоматологів з метою профілактики та подолання професійного вигорання.

3.3. Рекомендації для подолання наслідків професійного вигорання лікарів-стоматологів.

Професійна діяльність лікаря-стоматолога, особливо в умовах війни, супроводжується підвищеним рівнем емоційного, когнітивного та фізичного

навантаження. Як засвідчено вітчизняними та зарубіжними дослідженнями, тривале перебування в стресогенному середовищі без належної психологічної підтримки та ресурсного відновлення призводить до формування симптомів професійного вигорання — емоційного виснаження, деперсоналізації, редукції професійних досягнень.

У цьому контексті постає необхідність не лише теоретичного осмислення феномену вигорання, а й розробки практичних рекомендацій, які враховують специфіку стоматологічної професії, індивідуальні та організаційні чинники ризику вигорання, наявні психологічні ресурси та копінг-стратегії у конкретного лікаря, а також вплив воєнного контексту на професійне функціонування.

Метою цього параграфу є обґрунтування системи рекомендацій, спрямованих на подолання наслідків професійного вигорання серед лікарів-стоматологів, а також створення структурованого чек-листа, який може слугувати інструментом самопомочі, профілактики та раннього виявлення ознак емоційного виснаження. Запропоновані рекомендації базуватимуться на результатах емпіричного дослідження, аналізі сучасних моделей психологічної підтримки (зокрема BUSCH-тренінгу), а також адаптації міжнародного досвіду до українських реалій.

Профілактика та подолання професійного вигорання в стоматології має базуватися на системному підході, який враховує як індивідуальні, так і організаційні чинники ризику. В умовах війни, коли зовнішні стресори посилюють внутрішнє напруження, особливої актуальності набуває формування стійких ресурсних механізмів, здатних забезпечити психологічне відновлення та збереження професійної мотивації.

До загальних принципів такої психологічної роботи належать:

✓ *багатовимірності*: вигорання слід розглядати як феномен, що охоплює емоційний, когнітивний і поведінковий рівні, тому профілактика та подолання мають бути спрямовані на всі компоненти синдрому;

✓ *ресурсності*: ключовим захисним фактором є наявність особистісних і соціальних ресурсів, як-от, емоційна саморегуляція, рефлексивність, соціальна

підтримка, професійна ідентичність, що сприяють профілактиці та подоланню вигорання;

✓ *копінг-адаптації*: ефективна профілактика та подолання передбачає розвиток адаптивних копінг-стратегій, як-от, планування, позитивна переоцінка, звернення по допомогу, а також зниження частоти прояву дезадаптивних, як-от, уникнення, самозвинувачення;

✓ *контекстуалізації*: заходи профілактики та подолання вигорання мають враховувати специфіку стоматологічної практики, як-от, інтенсивну комунікацію, моторну напругу, очікування пацієнтів, а також воєнний контекст, що посилює емоційне навантаження лікарів;

✓ *превентивності*: профілактика вигорання має бути не реактивною, а превентивною, тобто впроваджуватися до появи симптомів вигорання, зокрема через освітні програми, тренінги, регулярну самодіагностику, що гальмуватиме формування синдрому та відтермінує потребу у його подоланні;

✓ *інтеграції*: ефективність подолання професійного вигорання підвищується за умови поєднання індивідуальних, групових та організаційних заходів — від самопомочі до системної підтримки з боку керівництва медичної установи.

Ключовим рівнем профілактики вигорання є організаційний, адже саме робоче середовище визначає інтенсивність стресових чинників та доступність ресурсів для їхньої компенсації в процесі виконання професійної діяльності. Ефективні заходи мають бути спрямовані на створення умов, що підтримують психологічне здоров'я лікарів-стоматологів, знижують ризики емоційного виснаження та сприяють розвитку професійної стійкості.

З огляду на результати аналізу специфіки професійної діяльності стоматологів у другому розділі можна визначити бажані організаційні заходи, що профілакуватимуть їхнє професійне вигорання. Серед них такі: оптимізація робочого навантаження, що стосується регулювання кількості пацієнтів, впровадження гнучкого графіку, чергування складних і простих процедур; супервізії та груповій підтримці, що відбуватиметься у регулярних зустрічах для

обговорення професійних труднощів, обміну досвідом та нормалізації емоційних переживань; запровадженні освітніх програми, як-от, тренінги з емоційної компетентності, комунікації, стрес-менеджменту (BUSCH-тренінг, майндфулнес-програми); моніторингу стану персоналу завдяки використанню психодіагностичних інструментів для раннього виявлення симптомів вигорання; розвиток корпоративної культури підтримки завдяки формуванню атмосфери довіри, взаємоповаги та відкритого обговорення проблем; доступ до професійної допомоги, яка виявляється в отриманні консультацій психологів, а за потреби, зустрічей з психотерапевтами.

Війна суттєво змінює професійне середовище лікаря-стоматолога, оскільки зростає рівень невизначеності, посилюється емоційне навантаження, з'являються додаткові ризики, як-от, перебої з електроенергією, евакуація, робота в умовах обмежених ресурсів тощо. Тому організаційні заходи мають бути адаптовані до кризових умов і спрямовані на підтримку психологічної стійкості персоналу. Вони можуть бути не однаково реалізовані в закладах різної форми власності. В державних установах найбільш ймовірно може йтися про організацію таких заходів:

- введення централізованих програм підтримки, як-от, створення державних платформ психологічної допомоги для медиків, інтегрованих у систему охорони здоров'я;
- створення гнучких стандартів роботи, як-от, офіційне закріплення можливості скороченого або адаптованого графіку в умовах надзвичайних ситуацій;
- проведення психологічного моніторингу, що передбачає регулярні скринінги стану медичних працівників із залученням фахівців кризової психології;
- організація спеціалізованого навчання - включення тренінгів із кризового менеджменту та резильєнсі у післядипломну освіту стоматологів;

- забезпечення соціальних гарантій, тобто забезпечення компенсацій, пільг та доступу до програм реабілітації для лікарів, які працюють у зоні бойових дій чи підвищеного ризику.

Приватні установи можуть виробляти індивідуалізовані треки профілактики вигорання власних працівників, зокрема, впроваджувати:

- корпоративні програми добробуту, коли йдеться про організацію внутрішніх тренінгів з управління стресом, навчання майндфулнес-практик та функціонування груп підтримки;
- гнучкий графік та дистанційні консультації, що дасть можливість частково працювати онлайн, особливо для лікарів, які евакуйовані або мають обмежений доступ до клініки;
- резервні ресурси через створення системи «професійного дублювання» (колеги підміняють один одного у випадку форс-мажору);
- психологічний супровід, залучаючи кризових психологів чи коучів для регулярної роботи з персоналом;
- культуру взаємної підтримки через формування середовища, де обговорення труднощів не стигматизується, а заохочується як частина командної роботи.

Якою б не була організація, ключові акценти в профілактиці та подоланні вигорання персоналу мають стосуватися їхньої адаптивності (заходи мають враховувати нестабільність і швидко змінювані умови), резервності (створення системи заміни та підтримки персоналу у випадку надзвичайних ситуацій), інтеграції психологічної допомоги (доступ до кризових психологів має бути організований як частина робочого процесу), соціальній підтримці (як від держави (гарантії, компенсації), так і від приватних роботодавців (корпоративні програми)), а також фокусі на резильєнсі (розвиток стійкості та здатності відновлюватися після кризових подій).

Таким чином, організаційні заходи в умовах війни мають не лише знижувати професійні стресори, а й створювати систему колективної стійкості,

яка дозволяє стоматологам продовжувати професійну діяльність навіть у надзвичайних умовах.

Професійне вигорання стоматологів формується не лише під впливом організаційних чинників, але й залежить від індивідуальних способів реагування на стрес. Саме копінг-стратегії та особистісні ресурси визначають, чи зможе лікар зберегти психологічну стійкість у кризових умовах.

Вітчизняні та міжнародні дослідження (R.S. Lazarus & S. Folkman, 1984; J. Meyerson, M. Gelkopf, I. Eli & N. Uziel, 2022; Л. Карамушка, Ю. Снігур, 2021) засвідчують, що адаптивні копінги (планування, позитивна переоцінка, звернення по допомогу) знижують ризик емоційного виснаження, тоді як дезадаптивні (уникнення, самозвинувачення, надмірна дистанція) підсилюють симптоми вигорання.

Робота практичного психолога в медичній сфері, зокрема у стоматології, має стратегічне значення для профілактики та подолання професійного вигорання. В умовах високої інтенсивності стресових чинників та воєнного контексту в Україні психологічна підтримка лікарів набуває особливої актуальності. Основним завданням психолога є створення умов для формування у стоматологів досвіду застосування адаптивних індивідуальних стратегій, які забезпечують збереження професійної мотивації та психологічної стійкості.

В контексті емоційної саморегуляції варто навчати лікарів технікам дихання, релаксації, майндфулнесу, що дозволяють швидко знижувати рівень емоційної напруги. Це формує навичку усвідомленого контролю власних емоційних реакцій у стресових ситуаціях.

Через когнітивно-поведінкові методи психолог може допомогти лікарям знаходити нові смисли у професійних труднощах (позитивна переоцінка), трансформувати негативні переживання у досвід розвитку та підвищення компетентності.

Завдяки організації групових зустрічей, супервізії, тренінгів командної взаємодії, що сприяють розвитку навичок звернення по допомогу та формуванню атмосфери довіри у колективі, практичний психолог може забезпечити соціальну

підтримку лікарям. Вона буде виконувати роль потужного ресурсу профілактики та подолання професійного вигорання.

Психологічна робота з лікарями стоматологічної практики має також включати мотивування до регулярної фізичної активності як ресурсу відновлення енергії та профілактики психосоматичних проявів вигорання; професійну рефлексію, для чого психолог стимулює ведення щоденників самоспостереження, використання технік самоаналізу. Це допоможе лікарям усвідомлювати власні емоційні стани та коригувати поведінку.

І, насамкінець, психолог сприяє формуванню навичок тайм-менеджменту, планування відпочинку та підтримки сімейних і соціальних зв'язків, що є критично важливим у кризових умовах, оскільки дозволить створити баланс в системі «робота–життя».

Таким чином, робота практичного психолога спрямована на системне формування у лікарів-стоматологів досвіду застосування адаптивних індивідуальних стратегій, що забезпечують зниження рівня емоційного виснаження, підвищення професійної ефективності, розвиток психологічної стійкості та збереження мотивації та задоволеності роботою.

Цей напрям роботи є не лише профілактичним, але й стратегічним, оскільки створює підґрунтя для довготривалого функціонування стоматологів у складних соціально-професійних умовах.

З огляду на індивідуальну варіативність копінгів, важливо надати стоматологам структурований інструмент самопомочі, який допоможе кожному з них здійснювати щоденну самоперевірку стану; застосовувати швидкі техніки відновлення; підтримувати регулярні практики; орієнтуватися на довгострокові стратегії та своєчасно розпізнавати «сигнали тривоги».

Таким інструментом стане **чек-лист самопомочі** при професійному стресі та вигоранні, розроблений у межах цього дослідження, що поєднує науково обґрунтовані техніки та практичні рекомендації для щоденного використання лікарями-стоматологами.

З огляду на специфіку професійної діяльності стоматолога та результати емпіричного дослідження, було розроблено структурований чек-лист самопомочі, який поєднує науково обґрунтовані техніки психологічної підтримки з практичними рекомендаціями для щоденного використання. Цей інструмент спрямований на раннє виявлення ознак емоційного виснаження, мобілізацію ресурсів та формування стійких копінг-стратегій.

Розроблений нами чек-лист складається з п'яти блоків, кожен з яких відповідає певному рівню самоспостереження та саморегуляції, доступний для опанування та застосування лікарями стоматологічної практики. Розглянемо його детальніше далі.

Чек-лист самопомочі для лікаря-стоматолога як інструмент профілактики професійного вигорання

1. Щоденна самоперевірка. Мета: своєчасне розпізнавання змін у психоемоційному стані.

Цей блок містить прості запитання для щоденного моніторингу емоційного стану: Чи відчуваю я емоційне виснаження або втому? Чи є ознаки дратівливості, байдужості до пацієнтів? Чи маю сили та бажання спілкуватися з колегами? Чи спостерігаю фізичне напруження (головний біль, м'язова скутість)?

2. Техніки швидкої самопомоги (5–10 хв.). Мета: зниження рівня стресу без відриву від професійної діяльності.

Цей блок містить короткі інтервенції, які можна застосовувати протягом робочого дня: дихальна пауза «4–7–8» для зниження тривоги, прогресивна м'язова релаксація, мікро-щоденник емоцій для «вивантаження» напруження, слухання аудіо з природними звуками або музики для відновлення.

3. Щотижневі практики. Мета: стабілізація емоційного фону та профілактика накопичення напруги.

Цей блок передбачає регулярні дії для підтримки психологічного балансу: самооцінку копінг-стратегій (активні vs унікальні), обговорення складних

випадків із колегами, позитивна переоцінка професійних ситуацій та фізичну активність (прогулянки, тренування).

4. Довгострокові стратегії. Мета: формування довготривалих механізмів само підтримки.

Цей блок орієнтований на формування стійких ресурсів лікарів: участь у тренінгах з емоційної компетентності (BUSCH, майндфулнес), розвиток резильєнсу через когнітивну реструктуризацію, планування балансу «робота–життя» та звернення до психолога при стійких симптомах вигорання.

5. Сигнали тривоги (коли потрібна допомога з подолання вигорання).
Мета: своєчасне звернення по професійну допомогу.

Цей блок допомагає розпізнати критичні стани лікарів, які свідчать про формування вигорання і необхідність ужити заходи для його подолання: постійне виснаження, яке не минає після відпочинку; втрата інтересу до роботи, байдужість до пацієнтів; часті соматичні скарги (безсоння, головний біль тощо) та відчуття безнадії або небажання продовжувати професійну діяльність.

Приклади змістового наповнення блоків, які потребують виконання певних психологічних практик, наведений у додатку Е.

Для того, аби він перетворився на дієвий інструмент, він повинен перетворитися у засіб щоденної практики. Це означає, що чек-лист може бути інтегрований у щоденну практику лікаря, використаний як додаток до освітніх програм установи, в якій працює лікар, адаптований для групової роботи з психологом та розміщений у робочих приміщеннях як нагадування про само підтримку.

Таким чином, чек-лист самопомочі стане інструментом персоналізованої профілактики, який дозволяє лікарю-стоматологу зберігати психологічну рівновагу, підвищувати ефективність професійної діяльності та запобігати розвитку синдрому вигорання - особливо в умовах війни та тривалого стресу.

Висновки до третього розділу.

Емпіричне дослідження показало, що професійне вигорання стоматологів має багатовимірну структуру, яка включає емоційне виснаження, деперсоналізацію та редукцію досягнень. Найбільш вираженим чинником є емоційне виснаження, тоді як деперсоналізація та редукція досягнень проявляються менш інтенсивно, але мають значний вплив на професійну ефективність.

Порівняльний аналіз виявив відмінності між групами стоматологів за рівнем вигорання залежно від рівня сприйнятого стресу, показників благополуччя та використання копінг-стратегій. Зокрема, стоматологи з високим рівнем стресу демонструють значно вищі показники емоційного виснаження та деперсоналізації, тоді як високий рівень благополуччя та залученості у роботу асоціюється з нижчими показниками вигорання.

Кореляційний аналіз підтвердив тісний зв'язок між вигоранням і сприйнятим стресом (позитивна кореляція), а також між вигоранням і самотністю. Водночас виявлено негативні кореляції між вигоранням та показниками PERMA (позитивні емоції, залученість, стосунки, сенс, досягнення), що свідчить про захисну роль благополуччя. Адаптивні копінг-стратегії (планування, позитивний рефреймінг, емоційна підтримка) мають негативні кореляції з вигоранням, тоді як дезадаптивні (самозвинувачення, відмова, вживання ПАР) – позитивні.

Проведений кластерний аналіз дозволив виділити п'ять відмінних профілів стоматологів, які відображають багатовимірну структуру професійного вигорання. На відміну від регресійних моделей, що показують окремі предиктори, кластеризація інтегрує рівень вигорання, сприйнятий стрес, благополуччя, копінг-стратегії та залученість у роботу, формуючи цілісні психологічні портрети. Виявлені кластери охоплюють як групи високого ризику (з високим стресом і дезадаптивними копінг-стратегіями), так і ресурсні та оптимальні профілі, а також парадоксальні варіанти, де висока залученість поєднується з емоційним виснаженням чи редукцією досягнень. Таким чином, зміст кластерів

найбільш повно визначає особливості професійного вигорання стоматологів, оскільки відображає не лише інтенсивність симптомів, а й їхній контекст — ресурси, стратегії подолання та суб'єктивне благополуччя. Це забезпечує наукову новизну дослідження та створює основу для розробки диференційованих програм профілактики й підтримки стоматологів у професійній діяльності.

Інтеграція результатів показує, що професійне вигорання стоматологів не можна пояснити лише окремими чинниками. Його особливості найбільш повно визначаються комплексом взаємопов'язаних змінних — рівнем стресу, благополуччям, копінгами та залученістю у роботу. Саме кластерний підхід дозволяє побачити цілісні профілі, які мають практичне значення для розробки диференційованих програм профілактики.

З огляду на специфіку професійної діяльності стоматолога та результати емпіричного дослідження, було розроблено структурований чек-лист самопомочі, який поєднує науково обґрунтовані техніки психологічної підтримки з практичними рекомендаціями для щоденного використання. Цей інструмент спрямований на раннє виявлення ознак емоційного виснаження, мобілізацію ресурсів та формування стійких копінг-стратегій.

ВИСНОВКИ

Проведене нами теоретико-емпіричне дослідження особливостей професійного вигорання лікарів стоматологічної практики в умовах війни в Україні дозволяє зробити такі висновки:

Теоретичний огляд сучасних наукових підходів підтвердив, що професійне вигорання є багатовимірним феноменом, який розглядається як стан і як процес. Його структура включає емоційне виснаження, деперсоналізацію та редукцію досягнень, а також може доповнюватися поведінковими та психосоматичними маркерами. Це підтвердило першу гіпотезу про багатовимірність вигорання.

Аналіз професійної діяльності стоматологів показав її високий рівень стресогенності, що зумовлено інтенсивною міжособистісною взаємодією з пацієнтами, фізичним та психоемоційним навантаженням, перфекціоністськими очікуваннями, недостатньою соціальною підтримкою та адміністративним тиском. Це підтвердило гіпотезу про значущу роль професійних чинників у розвитку стресу та вигорання.

Емпіричні результати засвідчили, що стоматологи демонструють різні рівні прояву вигорання. Найбільш вираженим компонентом є емоційне виснаження, тоді як деперсоналізація та редукція досягнень проявляються менш інтенсивно, але мають значний вплив на професійну ефективність. Встановлено психологічні особливості фахівців, які переживають вигорання: низька стресостійкість, схильність до самозвинувачення, дефіцит ресурсів та використання дезадаптивних копінгів.

Порівняльний аналіз показав, що рівень вигорання відрізняється залежно від соціально-демографічних та професійних чинників. Зокрема, молоді лікарі та ті, хто має менший стаж, демонструють вищий рівень емоційного виснаження; жінки частіше повідомляють про редукцію досягнень; умови праці (нічні чергування, адміністративний тиск) підсилюють деперсоналізацію. Це підтвердило гіпотезу про варіативність проявів вигорання залежно від соціально-професійних характеристик.

Регресійний аналіз підтвердив, що високий рівень сприйнятого стресу, низьке благополуччя на роботі та використання дезадаптивних копінгів (самозвинувачення, відмова, вживання ПАР) є предикторами вигорання. Натомість адаптивні копінги (планування, рефреймінг, емоційна підтримка) та висока залученість у роботу виконують захисну функцію. Це підтвердило третю гіпотезу.

Кластеризація дозволила виділити п'ять психологічних профілів стоматологів, які відрізняються за рівнем вигорання, сприйняття стресу, копінгів та благополуччя на роботі. Серед них - ризикові групи (з високим сприйнятим стресом і дезадаптивними копінгами), парадоксальні профілі (висока залученість у роботу при виснаженні чи редукції досягнень) та оптимальні (збалансовані, ресурсні, найбільш захищені). Це підтвердило гіпотезу про існування різних психологічних профілів, які найбільш повно визначають особливості прояву професійного вигорання таких лікарів.

Отже, у дослідженні підтверджено всі висунуті гіпотези: професійне вигорання стоматологів є багатовимірним феноменом, що визначається поєднанням індивідуальних, соціально-демографічних та професійних чинників, а також психологічних змінних. Його прояви варіюють залежно від віку, статі, стажу та умов праці. Встановлено ключові предиктори вигорання (сприйняття стресу, низьке благополуччя, дезадаптивні копінги) та захисні фактори (адаптивні копінги, залученість у роботу). Кластерний аналіз показав існування різних психологічних профілів стоматологів, що найбільш повно відображають особливості вигорання та створюють основу для диференційованих програм профілактики й підтримки.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Ануфрієв М.І., Капля О.М. Професійне вигорання, як проблема сучасних трудових відносин: зарубіжні та вітчизняні підходи до її вирішення. Юридичний науковий електронний журнал, 2021. – № 12. – С.450–453. – URL: http://www.lsej.org.ua/12_2021/116.pdf.
2. Бабінцева А., Годованець Ю. Синдром професійного вигорання у медичного персоналу неонатальних відділень: міф чи сумна реальність? // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина, 2020. – №10(3(37)). С.5–14. – URL: <https://doi.org/10.24061/2413-4260.X.3.37.2020.1>.
3. Бандрівська Н., Мрочко О., Іськів М. Рівень професійного стресу у лікарів-стоматологів. // Вісник стоматології, 2023. – 124(3). – С. 128–133. <https://doi.org/10.35220/2078-8916-2023-49-3.20>.
4. Білорус Т.В., Меженкова Д.І. Діагностика та профілактика професійного вигорання як основа управління персоналом в умовах сучасних викликів для України // Бізнесінформ, 2024. – № 12. – URL: DOI: <https://doi.org/10.32983/2222-4459-2024-12-339-349>.
5. Бойко Ю.Ю. Структура психологічної готовності майбутнього лікаря до професійної діяльності // Актуальні проблеми психології. Екологічна психологія : збірник наук. праць Ін-ту психології ім. Г. Костюка АПН України. – Том VII. – Вип. 9. – Київ, 2006. – С. 18-24.
6. Бойцанюк С.І., Левків М.О., Островський П.Ю. Емоційне вигорання у медсестер: діагностика та профілактика // Клінічна та профілактична медицина, 2025. – №5. С.119-126. – URL: <https://doi.org/10.31612/2616-4868.5.2025.15>.
7. Брехунцов В.О. Професійне вигорання медичних працівників під час війни. Матеріали IV Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Екстрена та невідкладна допомога в Україні: організаційні, правові, клінічні аспекти» (м. Полтава, 23 лютого 2024 р.), 2024. – С.85–87).

8. Булатевич Н.М. Синдром емоційного вигоряння в контексті професійної майстерності лікаря — К. : Міленіум, 2003. — 77-79 с.
9. Вавринів О. С., Яремко Р. Я. Особливості професійного вигорання фахівців ризиконебезпечних професій. Науковий вісник ЛДУВС, 2022. — № 2. — С. 12–21. — URL: <http://journals.lvduvs.lviv.ua/index.php/psychology/article/view/105>.
10. Вельдбрехт О. О., Тавровецька Н. І., Шкала сприйнятого стресу (PSS-10): адаптація та апробація в умовах війни. // Проблеми сучасної психології, 2022. — № 2 (25). — С.16-27. — URL: <https://surli.li/enqpxa>.
11. Галян А.І. Особистісні ресурси як чинник подолання напружених ситуацій у медичних працівників. // Science and Education a New Dimension. Pedagogy and Psychology, 2015. — III(35), Issue: 71. — С. 78-81. — URL: <https://surli.li/rcpvjn>.
12. Гремлінг С., Ауербач С. Практикум по управлінню стресом. — К. : Наш формат, 2002. — 34 с.
13. Демидович О. Гендерні особливості готовності лікарів-стоматологів до продуктивної взаємодії в конфліктних ситуаціях // Проблеми сучасної психології. — 2018. — №40. — С.115-127. — URL: <https://surli.cc/czkjww>.
14. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників. Вип. 78. Охорона здоров'я від 29.03.2002. №17. Професіонали в галузі стоматології / Рада. Верховна рада України. Законодавство України.
15. Дорошенко О., Біда В., Дорошенко М., Омеляненко О., Дорошенко М., Волосовець Т. Професійне вигорання: актуальність і наслідки для стоматологічної спільноти. // Сучасна стоматологія, 2025. — №3. — С.140-146. — URL: file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/CCT_2025_3_140.pdf.
16. Емоційне вигорання / упоряд. В. Дудяк. К. : Главник, 2007. — 128 с.
17. Карамушка Л.М. Синдром «професійного вигорання» та професійна кар'єра працівників освітніх організацій: гендерні аспекти / Л.М. Карамушка, Т.В. Зайчикова — К. : Міленіум, 2004. — 264 с.

- 18.Карамушка Л. М., Бондарчук О.І., Грубі Т.В. Діагностика перфекціонізму та трудоголізму особистості: психологічний практикум / Л.М. Карамушка, О.І. Бондарчук, Т.В. Грубі. – Кам'янець-Подільський : Медобори-2006, 2018. – 64 с.
- 19.Карамушка Т., Карамушка Л. Професійне вигорання персоналу реабілітаційних центрів для поранених військових: вплив освітньо-професійних характеристик персоналу. Організаційна психологія. Економічна психологія, 2025. – 34(1). – С. 20-31. – URL: <https://doi.org/10.31108/2.2025.1.34.2>.
- 20.Кириченко С.В. Синдром професійного вигорання викладачів закладів вищої освіти як наслідок дистанційного навчання // ScienceRise: Pedagogical Education. – 2025. – № 2 (63). – DOI: [10.15587/2519-4984.2025.332087](https://doi.org/10.15587/2519-4984.2025.332087).
- 21.Кириленко О.А. Психологічні детермінанти професійного стресу у представників професії типу «людина – людина» : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.03 – психологія праці; інженерна психологія / Кириленко Олександра Анатоліївна. – Київ : Київський національний університет імені Тараса Шевченка, 2006. – 190 с.
- 22.Коваль І. Синдром емоційного вигорання у лікарів онкологічного профілю та шляхи його подолання // Psychosomatic medicine and general practice, 2017. – Т. 2, № 1. – С. e020125. – URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/psmgrp_2017_2_1_7.
- 23.Ковальова І.В. Соціальна підтримка як чинник психологічної стійкості медичних працівників : [стаття] / І.В. Ковальова // Актуальні проблеми психології : зб. наук. праць Ін-ту психології ім. Г.С. Костюка НАПН України. – 2020. – Т. 17, Вип. 2. – С. 112–120.
- 24.Козова І.Л. Мотивація до навчального процесу студентів – стоматологів у різних системах сучасної освіти. Проблеми сучасної психології : зб. наук. праць КПНУ ім. Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Київ, 2015. – Вип.30. – С. 292-305.

25. Колісник-Гуменюк Ю.І. Концептуальні основи формування професійно-етичної культури майбутніх медиків // Педагогіка і психологія професійної освіти. – 2011. – № 5. – С. 23–33.
26. Кононова О.В., Борисенко А.В. Роль психоемоційного стресу в розвитку стоматологічних захворювань. // Терапевтика. – 2022. – №1. – С. 34–39. – URL: <https://terapevtyka.com.ua/index.php/journal/article/download/67/49/>.
27. Кравець О.В., Станін Д.М., Єхалов В.В. Стрес-адаптація медичних працівників за умов воєнного часу. The 9 th International scientific and practical conference «Science, innovations and education: problems and prospects» (April 6-8, 2022) CPN Publishing Group, Tokyo, Japan, 2022. – P.74-80.
28. Лавриненко Д. Короткий багатовимірний опитувальник професійного процвітання «PERМАПРОФАЙЛЕР на робочому місці»: адаптація методики та її психометричні показники. Наукові інновації та передові технології, 2024. –9(37). – С. 1163–1165. – URL: [https://doi.org/10.52058/2786-5274-2024-9\(37\)-1163-1175](https://doi.org/10.52058/2786-5274-2024-9(37)-1163-1175).
29. Льошенко О., Кондратьєва В. Діагностика, профілактика, корекція синдрому «емоційного вигорання». Вісник Львівського університету. Серія «Психологічні науки». – 2021. – № 10. – С.105–112. – URL: <https://salolj.ab9fb13>.
30. Максименко С.Д. Синдром емоційного та професійного вигорання у лікарів // Здоров'я України: медична газета (спеціалізоване видання для лікарів). – 2007. – № 23/1. – 68 с.
31. Манащук Н., Чорний Н., Бойцанюк С. Комунікативна компетентність у діяльності лікаря-стоматолога // SWorldJournal. – 2021. – №3(08-03). – С.43–46. – URL: <https://doi.org/10.30888/2663-5712.2021-08-03-054>.
32. Маркова А. Феномен психологічного стресу у працівників медичної сфери : магістерська робота. Ізмаїл, 2024. – 80 с. – URL: <http://dspace.idgu.edu.ua/xmlui/handle/123456789/2050>.

- 33.Маркусова Т., Стаханська О., Бойцанюк С. Аналіз професійного вигорання медсестер та стратегій подолання // SWorldJournal, 2023. – 2(22-02). – С.72–76. URL: <https://doi.org/10.30888/2663-5712.2023-22-02-037>.
- 34.Мельник В.Л., Шевченко В.К. Шевченко Є.В., Мельник І.В. Методи виявлення і корекції професійного стресу в роботі лікаря-стоматолога. // Вісник проблем біології і медицини. – 2023. – №1. – С. 57–61. – URL: <https://vpbim.com.ua/wp-content/uploads/2023/03/57-5.pdf>.
- 35.Міжнародна класифікація хвороб (11 видання). – URL: <https://salol.i/9459B6b>.
- 36.Наказ МОЗ України №923 від 04.06.2025. Методичні рекомендації щодо профілактики професійного вигорання медичних працівників. – URL: <https://salol.i/D008929>.
- 37.Олійник М. Дослідження синдрому вигорання. КППТ-орієнтована модель допомоги при емоційному вигоранні. Український інститут когнітивно-поведінкової терапії, 2021. – 28 с. – URL: <https://salol.i/F0D8942>.
- 38.Особливості професійного та емоційного вигорання мультидисциплінарних реабілітаційних команд, які працюють із пораненими військовими. Дослідження проведено Благодійним фондом «Анкора» за підтримки ІСАР «Єднання» в межах проєкту «Ініціатива секторальної підтримки громадянського суспільства», 2024. – URL: <https://salol.i/719AF24>.
- 39.Павлюк Т.В., Толокова Т.І. Особливості емоційної сфери медичних працівників. // Медична освіта, 2018. – № 1. – С.103-107. – URL: <file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/admin,+28.pdf>.
- 40.Паккі М., Ворона В. «Zoom Fatigue» в освіті дорослих: пілотне дослідження. // International Scientific Journal of Universities and Leadership, 2025. №19. – С.114-126. – URL: <https://doi.org/10.31874/2520-6702-2025-19-114-126>.
- 41.Панчак О.В. Психологічні аспекти активізації творчого медичного мислення студентів-стоматологів. Проблеми сучасної психології : збірник

наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології ім. Г.С. Костюка НАПН України. Вип. 28. Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2015. – С. 431-443.

- 42.Панчук О., Сегета І. Гігієнічні основи професіографічної оцінки стоматологічних спеціальностей та перспективи її використання у практиці сучасної профілактичної медицини // Медичні перспективи, 2016. – Т. XXI. – №4. – С.146-150. – URL: <https://hal.science/hal-01450983/document>.
- 43.Пуліч О. Соціальна компетентність як складник професійно-психологічного портрета лікаря // Науковий вісник Вінницької академії безперервної освіти. Серія «Педагогіка. Психологія», 2024. – Вип. 5. – С.141-146. – URL: <https://surl.li/avwmyo>.
- 44.Ратушний Р.І., Пензелик І.В. Ергономічні критерії роботи лікаря-стоматолога. // Вісник проблем біології і медицини, 2023. – Вип. 3, 170. – С.110-118. – URL: <https://surl.li/xrbkdj>.
- 45.Ровенська В.В., Саржевська Є.О. Особливості розвитку та проявів синдрому емоційного вигорання у лікарів // Економічний вісник Донбасу, 2020. – № 1(59). – С.123-129. – URL: <https://surl.li/bfqggd>.
- 46.Русанов В. Професійне вигорання медичних працівників в умовах війни: історичний аналіз, сучасні дослідження та авторське визначення. РМГР [інтернет]. 30, Вересень 2024 [цит. за 15, Березень 2025];9(3). – URL: <https://salo.li/C5a6daa>.
- 47.Скриник В.А. Чинники та передумови психологічної готовності майбутнього стоматолога до ефективної професійної діяльності. Магістерська робота. – URL: <https://surl.li/pctixm>.
- 48.Формування професійної компетентності майбутніх лікарів-стоматологів / Т.О. Петрушанко, Н.М. Іленко, Н.В. Іленко-Лобач [та ін.] // Актуальні питання лінгвістики, професійної лінгводидактики, психології і педагогіки вищої школи : зб. статей VII Міжнар. наук.-практ. конф., м. Полтава, 24–25 листопада 2022 р. – Полтава, 2022. – С. 190–193. - URL: <https://surl.li/yzdlro>.

- 49.Шульгай А.Г., Федчишин Н.О., Шульгай О.М. Синдром вигорання студентів-медиків під час війни та чинники, які його визначають // Медична освіта, 2023. – №3. – С.104–111. – URL: <https://doi.org/10.11603/m.2414-5998.2023.3.14276>.
- 50.Чабан О.С., Хаустова О.О. Психічне здоров'я в період пандемії COVID-19 (особливості психологічної кризи, тривоги, страху та тривожних розладів). // НейроNews, 2020. – № 3(114). – С. 26-36.
- 51.Чабан О., Хаустова О., Омелянович В. Опитувальник для виявлення синдрому професійного вигорання: розробка та валідізація нової діагностичної методики. РМГР [інтернет]. 31, Березень 2025 [цит. за 18, жовтень 2025]; 10(1). – URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/598>.
- 52.Юдіна К. Визначення базових компетентностей студентів-стоматологів. // Психологія і суспільство, 2020. – №2. – С. 45–52. – DOI: <https://doi.org/10.33989/2075-146x.2020.25.223347>.
- 53.Яблонська Т., Верник О., Гайворонський Г. Українська адаптація опитувальника BriefCOPE. Інсайт: психологічні виміри суспільства. 2023. – № 10. – С. 66–89. <https://doi.org/10.32999/2663-970X/2023-10-4>.
- 54.Almén N.A. Cognitive Behavioral Model Proposing That Clinical Burnout May Maintain Itself [Electronic resource] // International Journal of Environmental Research and Public Health, 2021. – Vol. 18, No. 7. – Article 3446. – URL: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/7/3446>.
- 55.Avramova N. Self-Perceived Sources of Stress and Burnout Determinants in Dentistry: A Systematic Review. // Galician Medical Journal. – 2023. – Vol. 30, Issue 1. – Article E202317. – DOI: <https://doi.org/10.21802/gmj.2023.1.7>.
- 56.Bährer-Kohler S. Burnout for Experts: Prevention in the Context of Living and Working : [монографія] / S. Bährer-Kohler. – Cham : Springer, 2013. – X, 258 с. – (Springer Series in Public Health). – ISBN978-1-4614-4390-2.
- 57.Burn-out an «occupational phenomenon»: International Classification of Diseases. World Health Organization, 2019. – URL: <https://sal0.li/85b2e52>.

58. Burn-out an occupational phenomenon – World Health Organization (WHO). – URL: <https://salol.i/395fAF4>.
59. Burnout in the workplace: A review of data and policy responses in the EU. By Christine Aumayr-Pintar, Catherine Cerf and Agnès Parent-Thirion. Research report of The European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2018. – URL: <https://salol.i/81DECAA>.
60. Cyr S. et al. Evolution of burnout and psychological distress in healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a 1-year observational study // BMC Psychiatry, 2022. – URL: <https://salol.i/A192E90>.
61. Demerouti E., Bakker A. B., Nachreiner F., Schaufeli W. B. The job demands-resources model of burnout // Journal of Applied Psychology. – 2001. – Vol. 86. – № 3. – P. 499–512. – DOI: <https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.499>.
62. Di Mario S., Filomeno L., Manai M.V. et al. Strategies to reduce stress and burnout in healthcare workers: an RCT research protocol. // Journal of Public Health, 2023. – Vol. 33. – P. 895–900. – URL: <https://h1.nu/1i3zO>.
63. Golonka K., Mojsa-Kaja J., Popiel K., Marek T., Gawłowska M. Neurophysiological markers of burnout syndrome: EEG and HRV evidence. Frontiers in Psychology, 2019. – Vol. 10. – Article 2796. – DOI: [10.3389/fpsyg.2019.02796](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02796).
64. Collin V., Toon M., O'Selmo E., Reynolds L., Whitehead M. A survey of stress, burnout and well-being in UK dentists. // British Dental Journal, 2019. – Vol. 226. – P. 40–49.
65. Gökçe E. Depression and Burnout Syndrome in Healthcare Workers: Psychological Health and Reflections on Patient Safety [Electronic resource] // In: Morales-Rodríguez F. M. (Ed.). The Association Between Depression and Suicidal Behavior. – IntechOpen, 2024. – URL: <https://www.intechopen.com/chapters/1191023>.
66. Greenberg J. S. Comprehensive Stress Management. – 13th ed. – New York : McGraw-Hill Education, 2017. – 528 p.

67. Fares J., Al Tabosh H., Saadeddin Z., El Mouhayyar C., Aridi H. Stress, burnout and coping strategies in preclinical medical students. *North Amer. J. Med. Sci.*, 2016. - №8(2). – C. 75. DOI: <https://doi.org/10.4103/1947-2714.177299>.
68. Freudenberger H. J. Staff burnout // *Journal of Social Issues*. – 1974. – Vol. 30, № 1. – P. 159–165. – DOI: [10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x](https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x).
69. Humphris G., King K. The prevalence of dental anxiety across previous distressing experiences, *Journal of Anxiety Disorders*, 2010. – DOI: [10.1016/j.janxdis.2010.09.007](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.09.007).
70. Heijden van der B.I.J.M., Mulder R.H., König C., Anselmann V. Toward a mediation model for nurses' well-being and psychological distress effects of quality of leadership and social support at work. // *Medicine*, 2019. – 98(39), e17315. – DOI: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000017315>.
71. Hill A.P., Curran T. Multidimensional perfectionism and burnout: A meta-analysis. *Pers. Soc. Psychol. Rev.*, 2016. – №20(3). – P. 269–288. DOI: <https://doi.org/10.1177/1088868315596286>.
72. Humphris G., King R.E.A. The prevalence of occupational stress, burnout and emotional distress in UK dentists: A systematic review. // *British Dental Journal*, 2019. – №226(1), P. 40–49. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30631165/>.
73. Jiménez-Ortiz J.L., Islas-Valle R.M., Jiménez-Ortiz J.D., Pérez-Lizarraga E., Hernández-García M.E., González-Salazar F. Emotional exhaustion, burnout, and perceived stress in dental students. *J. Int. Med. Res.*, 2019. – №47(9). – P. 4251–4259. – DOI: <https://doi.org/10.1177/0300060519859145>.
74. Kawamoto R., Ninomiya D., Kumagai T., et al. Association between burnout and depressive symptoms among community healthcare workers in Japan during the COVID-19 pandemic [Electronic resource] // *BMC Psychiatry*. – 2024. – Vol. 24, Article 276. – URL: <https://surl.li/lfhvvi>.
75. Kiser S.B., Sterns J.D., Lai P.Y., et al. Physician Coaching by Professionally Trained Peers for Burnout and Well-Being: A Randomized Clinical Trial. // *JAMA Network Open*, 2024. – №7(4): e245645. – URL: <https://surl.li/aabobr>.

- 76.Koivuneva K., Ruokamo H. Assessing university students' study-related burnout and academic well-being in digital learning environments: A systematic literature review // Seminar.net. – 2022. – Vol. 18(1). – DOI: [10.7577/seminar.4705](https://doi.org/10.7577/seminar.4705).
- 77.Kriakous S.A., Elliott K.A., Lamers C., Owen R. The Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction on the Psychological Functioning of Healthcare Professionals: A Systematic Review. // Mindfulness, 2021. – №12, P. 1–28. – URL: [SpringerLink](https://www.springerlink.com).
- 78.Kudielka B.M., Bellingrath S., Hellhammer D.H. Chronic stress and burnout: Is HPA axis dysregulation a marker? Psychoneuroendocrinology, 2006–2012.
- 79.Kristensen T.S., Borritz M., Villadsen E., Christensen K.B. The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout // Work & Stress. – 2005. – Vol. 19, № 3. – P. 192–207. – DOI: <https://doi.org/10.1080/02678370500297720>.
- 80.Lazarus R.S., Folkman S. Stress, Appraisal, and Coping : [monograph] / R. S. Lazarus, S. Folkman. – New York : Springer Publishing Company, 1984. – XIII, 445 p. – ISBN 9780826141927.
- 81.Leiter M.P., Maslach C. Areas of Worklife: A Structured Approach to Organizational Predictors of Job Burnout. In: Perrewe P., Ganster D.. (Eds.) Research in Occupational Stress and Well Being. — Oxford: Elsevier, 2004. – Vol. 3. – P. 91-134. – URL: [https://doi.org/10.1016/S1479-3555\(03\)03003-8](https://doi.org/10.1016/S1479-3555(03)03003-8).
- 82.Lermen J. et al. Empathy, personality traits, and emotional management in 2nd and 4th-year dentistry students. // Brazilian Dental Journal, 2022. – 33(5), 85–92. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-6440202205003>.
- 83.Lochmann J., Deaconu D., Czirfusz A. Stress in dental practices: A literature review of potential effects on patient care. // Clinical Social Work and Health Intervention. – 2024. – Vol. 15, Issue 3. – P. 34–41. – DOI: https://doi.org/10.22359/cswhi_15_3_05.

84. Lukić A., et al. Occupational Stress among Dental Professionals. // Balkan Journal of Dental Medicine. – 2021. – Vol. 25, No.1. – P. 11–18. – DOI: <https://doi.org/10.2478/bjdm-2021-0011>.
85. Maslach C., Jackson S. E., Leiter M. P. Maslach Burnout Inventory Manual. 3rd ed. Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1996. – URL: <https://surl.li/ixregv>.
86. Meyerson J., Gelkopf M., Eli I., Uziel N. Stress Coping Strategies, Burnout, Secondary Traumatic Stress, and Compassion Satisfaction Amongst Israeli Dentists : [статья] / J. Meyerson, M. Gelkopf, I. Eli, N. Uziel // International Journal of Environmental Research and Public Health. – 2022. – Vol. 19, № 24. – Article № 16667. – DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph192416667>.
87. Nagle E., McMahon G., O'Reilly A. Factors affecting healthcare workers burnout and their conceptual models: scoping review [Electronic resource] // BMC Psychology. – 2024. – Vol. 12, Article 213. – URL: <https://surl.li/wbwiki>.
88. Negucioiu M. et al. Prevalence and Management of Burnout Among Dental Professionals Before, During, and After the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. // Healthcare. – 2023. – Vol. 12, No. 23. – Article 2366. – DOI: <https://doi.org/10.3390/healthcare12232366>.
89. Panagioti M., Panagopoulou E., Bower P. et al. Controlled Interventions to Reduce Burnout in Physicians A Systematic Review and Meta-analysis. - JAMA Intern Med, 2017. – №177 (2). – P.195-205. – URL: [doi:10.1001/jamainternmed.2016.7674](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.7674).
90. Perlman B., Hartman E.A. Burnout: Summary and future research [Electronic resource] // Human Relations, 1982. – Vol. 35, No.4. – P. 283–305. – URL: <https://doi.org/10.1177/001872678203500402>.
91. Pines A. M., Aronson E. Career burnout: Causes and cures. – New York : Free Press, 1988. – 257 p. – URL: <https://psycnet.apa.org/record/1988-98289-000>.
92. Pontes C.C., Stanley K., Molayem S. Understanding the dental profession's stress burden: prevalence and implications. Compend. Contin. Educ. Dent., 2024. - №45(5). – P. 236–241. – PMID: 38900461.

93. Physicians Anonymous. Peer Support for Physician Burnout, 2024. – URL: [Peer support for physician burnout – Physicians Anonymous](#).
94. Shirom A. Job-related burnout: A review. In J.C. uick & L.E. Tetrick (Eds.), Handbook of Occupational Health Psychology. American Psychological Association, 2003. – P. 245–264.
95. Shechter A., Norful A.A. A Peripandemic Examination of Health Care Worker Burnout // JAMA Network Open, 2022. – URL: <https://salolj/2955371>.
96. Schaufeli W., Salanova M., Gonzalez-Roma V., Bakker A. The Measurement of Engagement and Burnout: A Two Sample Confirmatory Factor Analytic Approach. Journal of Happiness Studies, 2002. – 3. – P. 71-92. – URL: <https://doi.org/10.1023/A:1015630930326>.
97. Swider B.W., Zimmerman R.D. Born to burnout: A meta-analytic path model of personality, job burnout, and work outcomes. // Journal of Vocational Behavior, 2010. – №76(3). – P. 487–506. – URL: <https://surl.li/boigaj>.
98. Touyz L. Stress and Coping Strategies in Dentistry. // Journal of Depression and Anxiety. – 2015. – URL: <https://salolj/Af46E84>.
99. Varela-Agra N., Rueda-Extremuera M., Dorta-Afonso D. et al. Psychological interventions to reduce burnout and depression in healthcare professionals: a systematic review. // Current Psychology, 2025. – Vol.44. – P. 6963–6977. – URL: <https://h1.nu/li3yF>.
100. Wang W., Mensah I.A., Jiang H. et al. Teamwork quality and health workers burnout nexus: a new insight from canonical correlation analysis. // Human Resources for Health, 2022. – №20(52). – URL: <https://h1.nu/1dgL6>.
101. Willumsen T., Årøen Lein J.P., Gorter R.C., Myran L. (Eds.). Oral Health Psychology: Psychological Aspects Related to Dentistry : [textbook] / eds. T. Willumsen, J.P. Årøen Lein, R.C. Gorter, L. Myran. – Cham : Springer, 2022. – 357 p. – (Textbooks in Contemporary Dentistry). – URL: [Oral Health Psychology: Psychological Aspects Related to Dentistry | SpringerLink](#)

102. West C.P., Dyrbye L.N., Shanafelt T.D. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. // Journal of Internal Medicine, 2018. – №283(6). – P. 516–529. – URL: <https://doi.org/10.1111/joim.12752>
103. Yaparathna D. et al. Final-Year Dental Students' Perceived Confidence: Competencies in General Dentistry // Journal of Dental Education, (2025). – №89(2). C.210–218. – DOI: <https://doi.org/10.1002/jdd.13045>.
104. Zhang Y., et al. The association between perceived stress and resilience among medical staff during public health emergencies: mediating effect of self-efficacy. // BMC Psychology, 2025. – URL: [s40359-025-03496-0.pdf](https://doi.org/10.1186/s40359-025-03496-0).
105. Zini A., Zaken Y., Ovadia-Gonen H., Mann J., Vered Y. Burnout Level among General and Specialist Dentists: A Global Manpower Concern. // Occupational Medicine & Health Affairs, 2013. – Vol. 1 – No. 5. – DOI: [10.4172/2329-6879.1000128](https://doi.org/10.4172/2329-6879.1000128).

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

ДІАГНОСТИЧНИЙ ІНСТРУМЕНТАРІЙ, ВИКОРИСТАНИЙ В GOOGLE-FORM ДЛЯ ЗБОРУ ЕМПІРИЧНИХ ДАНИХ

ШКАЛА ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ (МВІ) К. Маслач та С. Джексон (офіційний переклад Л. Карамушка)

Інструкція. Дайте відповідь, будь ласка, як часто у Вас виникають почуття, перелічені нижче в опитувальнику. Для цього на бланку для питань відмітьте з кожного пункту варіант відповіді: «ніколи», «дуже рідко», «деколи» «часто», «дуже часто», «кожен день».

- 1 Я відчуваю себе емоційно знищеним
- 2 Після роботи я почуваюся як вичавлений лимон
- 3 Зранку я відчуваю втому і небажання йти на роботу
- 4 Я добре розумію, що відчувають мої підлеглі й колеги, і стараюся враховувати це в інтересах справи
- 5 Я відчуваю, що спілкуюся з деякими підлеглими й колегами як з предметами (без тепла і симпатії до них)
- 6 Після роботи хочеться на деякий час усамітнитися від усіх і всього
- 7 Я вмію знаходити правильне рішення в конфліктних ситуаціях, що виникають у розмові з друзями
- 8 Я відчуваю пригніченість і апатію
- 9 Я упевнений, що моя робота потрібна людям
- 10 Останнім часом я став більш черствим до тих, з ким працюю
- 11 Я помічаю, що моя робота дратує мене
- 12 У мене багато планів на майбутнє і я вірю у їх здійснення
- 13 Моя робота все більше мене розчаровує
- 14 Я думаю, що дуже багато працюю
- 15 Буває, що дійсно мені байдуже те, що відбувається з ким небудь із моїх підлеглих і друзів
- 16 Мені хочеться усамітнитися і відпочити від усього
- 17 Я легко можу створити атмосферу доброзичливості і співпраці в колективі
- 18 Під час роботи я відчуваю приємне задоволення
- 19 Завдяки своїй роботі я вже зробив у житті багато дійсно цінного.
- 20 Я відчуваю байдужість і втрату цікавості до всього, що задовольняло б мене в моїй роботі
- 21 На роботі спокійно справляюся з емоційними проблемами
- 22 Останнім часом я бачу, що друзі і підлеглі все частіше перекладають на мене тягар своїх проблем та обов'язків

Ключ до опитувальника:

Емоційне виснаження – п.п. 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20 (max – 54).

Деперсоналізація – п.п. 5, 10, 11, 15, 22 (max – 30).

Редукція особистих досягнень – п.п. 4, 7, 9, 12, 17, 20, 19, 21 (max – 48).

**УТРЕХТСЬКА ШКАЛА ЗАЛУЧЕНОСТІ В РОБОТУ (UWES) В. Шауфелі та
А. Беккер (офіційний переклад Л. Карамушки, О. Бондарчук, Т. Грубі)**

Інструкція: Будь ласка, уважно прочитайте кожне твердження та визначте, чи відчували Ви коли-небудь щось подібне щодо Вашої основної роботи. Якщо у Вас ніколи не було такого переживання, обведіть "0", якщо те чи інше переживання у Вас було, зазначте, як часто воно виникає, відповідно до поданої шкали: 0 – ніколи, жодного разу, 1 – майже ніколи, кілька разів на рік, 2 – досить рідко, раз на місяць чи рідше, 3 – іноді, кілька разів на місяць, 4 – досить часто, раз на тиждень, 5 – майже завжди, кілька разів на тиждень, 6 – постійно, кожен день.

Ніколи	Майже ніколи	Досить рідко	Іноді	Досить часто	Майже завжди	Постійно
0 балів	1 бал	2 бали	3 бали	4 бали	5 балів	6 балів
Жодного разу	Кілька разів на рік	Раз у місяць або рідше	Кілька разів на місяць	Раз на тиждень	Кілька разів на тиждень	Кожен день

- 1 Під час роботи мене переповнює енергія.
- 2 Моя робота цілеспрямована та осмислена.
- 3 Коли я працюю, час пролітає непомітно.
- 4 Під час роботи я відчуваю прилив сил і енергії.
- 5 Я сповнений ентузіазму щодо своєї роботи.
- 6 Під час роботи я забуваю про все, що мене оточує.
- 7 Моя робота надихає мене.
- 8 Прокинувшись вранці, я радію тому, що піду на роботу.
- 9 Я щасливий, коли інтенсивно працюю.
- 10 Я пишаюся своєю роботою.
- 11 Я занурююся в роботу з головою.
- 12 Я можу працювати протягом тривалого часу без перерв.
- 13 Робота ставить переді мною складні і цікаві завдання.
- 14 Я дозволяю роботі «забирати/відносити» мене.
- 15 У роботі я наполегливий і не відволікаюся на сторонні речі.
- 16 Мені важко відкласти роботу в сторону.
- 17 Я продовжую працювати навіть тоді, коли справи йдуть погано.

Ключ до опитувальника:

Енергійність :1, 4, 8, 12, 15, 16

Відданість: 2, 5, 7, 10, 13

Заглебленість: 3, 6, 9, 11, 14, 17

**КОРОТКИЙ БАГАТОВИМІРНИЙ ОПИТУВАЛЬНИК ПРОФЕСІЙНОГО
ПРОЦВІТАННЯ «PERMA-ПРОФАЙЛЕР НА РОБОЧОМУ МІСЦІ» Дж. Батлер і
М. Керн (українськомовна адаптація Д. Лавриненка)**

Інструкція: Надайте відповіді на запитання за 11-бальною шкалою від 0 до 10, залежно від ступеня характерності для вас того, про що йдеться в їхньому змісті.

1. Як часто ви відчуваєте, що просуваєтесь у досягненні своїх робочих цілей?
0 = ніколи, 10 = завжди
2. Як часто на роботі ви поглинаєтеся тим, що робите?
3. Як часто ви відчуваєте радість на роботі?
4. Як часто ви відчуваєте тривогу на роботі?

5. Як часто ви досягаєте важливих робочих цілей, які поставили перед собою?
 6. Загалом, як би ви оцінили своє здоров'я?
- 0 = жахливе, 10 = відмінне
7. Наскільки ваша робота є цілеспрямованою та змістовною?
- 0 = зовсім ні, 10 = повністю
8. Якою мірою ви отримуєте допомогу та підтримку від колег, коли вам це потрібно?
 9. Загалом, наскільки цінним і вартим уваги є те, що ви робите на роботі?
 10. Наскільки ви відчуваєте захоплення та інтерес до своєї роботи?
 11. Наскільки самотнім ви почуваєтеся на роботі?
 12. Наскільки ви задоволені своїм актуальним фізичним здоров'ям?
- 0 = зовсім ні, 10 = повністю
13. Як часто ви відчуваєте позитив на роботі?
- 0 = ніколи, 10 = завжди
14. Як часто ви відчуваєте злість на роботі?
 15. Як часто ви справляєтеся зі своїми робочими обов'язками?
 16. Як часто ви нудьгуєте на роботі?
 17. Як часто на роботі ви втрачаєте відчуття часу, роблячи те, що вам подобається?
 18. Яке ваше здоров'я порівняно з іншими людьми вашого віку та статі?
- 0 = жахливе, 10 = відмінне
19. Якою мірою ви відчуваєте, що вас цінують ваші колеги?
- 0 = зовсім ні, 10 = повністю
20. Загалом, чи маєте ви відчуття напрямку у виконанні своєї роботи?
 21. Наскільки ви задоволені своїми професійними відносинами?
 22. Наскільки ви відчуваєте себе умиротвореним на роботі?
 23. В цілому, наскільки ви задоволені своєю роботою?
- 0 = зовсім ні, 10 = повністю

Ключ до опитувальника:

Професійно-фокусовані позитивні емоції: P = середнє (3,13,22)
 Професійна залученість: E = середнє (2,10,17)
 Професійні відносини: R = середнє (8,19,21)
 Професійний сенс: M = середнє (7,9,20)
 Професійні досягнення: A = середнє (1,5,15)
 Професійне процвітання: PERMA = середнє (P+E+R+M+A+23)
 Професійно-фокусовані негативні емоції: N = середнє (4, 14, 16)
 Здоров'я: H = середнє (6, 12, 18)
 Професійна самотність: Lon (11)

ШКАЛА СПРИЙНЯТОГО СТРЕСУ (PSS-10) Ш. Коена в українськомовній адаптації О. Вельдбрехт, Н. Тавровецької

Інструкція: Запитання стосуються Ваших почуттів і думок протягом ОСТАННЬОГО МІСЯЦЯ. Будь ласка, для кожного пункту виберіть один із наступних варіантів відповіді, що відображує **ЯК ЧАСТО** ви відчували або міркували в певний спосіб: 0 = ніколи, 1 = майже ніколи, 2 = іноді, 3 = досить часто, 4 = дуже часто.

1. Як часто за останній місяць ви були засмучені через щось, що трапилося несподівано?
2. Як часто за останній місяць ви відчували, що не можете контролювати важливі речі у вашому житті?
3. Як часто за останній місяць ви відчували знервованість та стрес?
4. Як часто за останній місяць ви були впевнені, що зможете вирішити свої особисті проблеми?
5. Як часто за останній місяць ви відчували, що все відбувається по-вашому (відповідно до ваших бажань, планів та поглядів)?
6. Як часто за останній місяць ви відчували, що не можете впоратися з тим, що маєте зробити?

7. Як часто за останній місяць ви були здатні контролювати роздратованість з приводу того, що відбувається у вашому житті?
8. Як часто за останній місяць ви почувалися «господарем становища»?
9. Як часто за останній місяць ви були розсерджені через події, на які не могли впливати?
10. Як часто за останній місяць ви відчували, ніби труднощів накопичилося так багато, що ви не можете їх подолати?

**ОПИТУВАЛЬНИК BRIEF-COPE (українськомовна
адаптація Т. Яблонської, О. Верник, Г. Гайворонського)**

Інструкція: Наступні пункти стосуються того, як Ви справлялися зі стресом у своєму житті відтоді, як дізналися, що почалося повномасштабне вторгнення. Оцініть наведені нижче твердження відносно того, наскільки вони стосувалися саме Вас. Я зазвичай цього не робив (-ла). Я рідко це робив (-ла). Я робив (-ла) це час від часу. Це саме те, що я зазвичай робив (-ла).

1. Я звертав(ла)ся до роботи чи іншої діяльності, щоб відволіктися від думок.
2. Я зосереджував (ла) свої зусилля на тому, щоб щось зробити щодо ситуації, в якій я опинив(ла)ся.
3. Я говорив (ла) собі: «Це нереально».
4. Я вживав (ла) алкоголь або інші речовини, щоб почуватися краще.
5. Я отримував (ла) емоційну підтримку від інших.
6. Я відмовляв(ла)ся від спроб впоратися з цим.
7. Я вживав(ла) заходів, намагаючись покращити ситуацію.
8. Я відмовляв(ла)ся вірити, що це сталося.
9. Я говорив (ла) щось, щоб позбутися своїх неприємних почуттів.
10. Я отримував (ла) допомогу та поради від інших людей.
11. Я вживав (ла) алкоголь або інші речовини, щоб допомогти собі пройти через це.
12. Я намагав(ла)ся побачити це в іншому світлі, зробити це більш позитивним.
13. Я критикував (ла) себе.
14. Я намагав(ла)ся продумати стратегію своїх подальших дій.
15. Я отримував (ла) почуття розуміння та комфорту від когось.
16. Я відмовляв(ла)ся від спроб впоратися.
17. Я шукав (ла) щось хороше в тому, що відбувається.
18. Я жартував (ла) з цього приводу.
19. Я робив (ла) щось, щоб менше про це думати, наприклад дивив(ла)ся телевізор, читав (ла), мріяв (ла), спав (ла) чи робив(ла) покупки.
20. Я приймав (ла) реальність того, що це сталося.
21. Я виражав (ла) свої негативні почуття.
22. Я намагав (ла)ся знайти втіху у своїй релігії чи духовних переконаннях.
23. Я намагав (ла)ся отримати пораду або допомогу від інших людей щодо того, що робити.
24. Я вчив (ла)ся жити з цим.
25. Я довго розмірковував (ла) над тим, які кроки робити для подолання ситуації.
26. Я звинувачував (ла) себе в тому, що сталося.
27. Я молив (ла)ся або медитував (ла).
28. Я сміяв (ла)ся над ситуацією.

Ключ до опитувальника:

Копінг, фокусований на проблемі – п.п. 2, 7, 10, 12, 14, 17, 23, 25.

Копінг, фокусований на емоціях – п.п. 5, 9, 13, 15, 18, 20, 21, 22, 24, 26, 27, 28).

Унікаючий копінг – п.п. 1, 3, 4, 6, 8, 11, 16, 19.

РЕЗУЛЬТАТИ ПОРІВНЯННЯ ПРОЯВУ СКЛАДНИКІВ ВИГОРАННЯ ЗА РІЗНИМИ ОЗНАКАМИ

1. За типом практики

Критерий для независимых выборок

		Критерий равенства дисперсий Ливиня		t-критерий для равенства средних						
		F	знач.	t	ст.св.	знач. (двухсторонняя)	Средняя разность	Среднеквадратичная ошибка разности	95% доверительный интервал для разности	
									Нижняя	Верхняя
ЕМОЦІЙНЕ_виснаження	Предполагаются равные дисперсии	,052	,821	,204	54	,839	,96000	4,70059	-8,46411	10,38411
	Не предполагаются равные дисперсии			,200	6,197	,848	,96000	4,79818	-10,69098	12,61098
ДЕПЕРСОНАЛІЗАЦІЯ	Предполагаются равные дисперсии	,240	,626	-,075	54	,941	-,16667	2,23251	-4,64259	4,30925
	Не предполагаются равные дисперсии			-,061	5,735	,954	-,16667	2,74712	-6,96453	6,63119
РЕДУКЦІЯ_досягнень	Предполагаются равные дисперсии	,128	,722	,793	54	,432	2,42000	3,05345	-3,70181	8,54181
	Не предполагаются равные дисперсии			,680	5,847	,523	2,42000	3,56007	-6,34690	11,18690

2. За статтю

Критерий для независимых выборок

		Критерий равенства дисперсий Ливиня		t-критерий для равенства средних						
		F	знач.	t	ст.св.	знач. (двухсторонняя)	Средняя разность	Среднеквадратичная ошибка разности	95% доверительный интервал для разности	
									Нижняя	Верхняя
ЕМОЦІЙНЕ_виснаження	Предполагаются равные дисперсии	,083	,774	,672	54	,504	2,19837	3,27065	-4,35888	8,75563
	Не предполагаются равные дисперсии			,663	24,292	,514	2,19837	3,31794	-4,64517	9,04192
ДЕПЕРСОНАЛІЗАЦІЯ	Предполагаются равные дисперсии	,003	,954	-,454	54	,651	-,70732	1,55636	-3,82763	2,41300
	Не предполагаются равные дисперсии			-,441	23,635	,663	-,70732	1,60312	-4,01870	2,60406
РЕДУКЦІЯ_досягнень	Предполагаются равные дисперсии	6,055	,017	,429	54	,670	,91870	2,14135	-3,37444	5,21184
	Не предполагаются равные дисперсии			,563	46,737	,576	,91870	1,63100	-2,36293	4,20033

3. За віком

ANOVA

		Сумма квадратов	ст.св.	Средний квадрат	F	знач.
ЕМОЦІЙНЕ_виснаження	Между группами	104,941	2	52,471	,442	,645
	Внутри групп	6291,916	53	118,715		
	Всего	6396,857	55			
ДЕПЕРСОНАЛІЗАЦІЯ	Между группами	60,227	2	30,113	1,155	,323
	Внутри групп	1381,756	53	26,071		
	Всего	1441,982	55			
РЕДУКЦІЯ_досягнень	Между группами	112,555	2	56,278	1,140	,327
	Внутри групп	2615,998	53	49,358		
	Всего	2728,554	55			

4. За сімейним станом

Критерий для независимых выборок

		Критерий равенства дисперсий Ливиня		t-критерий для равенства средних						
		F	знач.	t	ст.св.	знач. (двухсторонн.я)	Средняя разность	Среднеквадратичная ошибка разности	95% доверительный интервал для разности	
									Нижняя	Верхняя
ЕМОЦІЙНЕ_виснаження	Предполагаются равные дисперсии	,525	,472	-1,163	54	,250	-3,52774	3,03413	-9,61080	2,55532
	Не предполагаются равные дисперсии			-1,117	32,751	,272	-3,52774	3,15717	-9,95290	2,89742
ДЕПЕРСОНАЛІЗАЦІЯ	Предполагаются равные дисперсии	,344	,560	-,871	54	,388	-1,26174	1,44833	-4,16547	1,64200
	Не предполагаются равные дисперсии			-,860	35,232	,395	-1,26174	1,46631	-4,23780	1,71433
РЕДУКЦІЯ_досягнень	Предполагаются равные дисперсии	1,080	,303	,495	54	,622	,99147	2,00171	-3,02172	5,00465
	Не предполагаются равные дисперсии			,528	43,326	,600	,99147	1,87774	-2,79454	4,77747

5. За наявністю дітей, якими опікуються

Критерий для независимых выборок

		Критерий равенства дисперсий Ливиня		t-критерий для равенства средних						
		F	знач.	t	ст.св.	знач. (двухсторонн.я)	Средняя разность	Среднеквадратичная ошибка разности	95% доверительный интервал для разности	
									Нижняя	Верхняя
ЕМОЦІЙНЕ_виснаження	Предполагаются равные дисперсии	1,750	,191	-2,361	54	,022	-7,23750	3,06517	-13,38279	-1,09221
	Не предполагаются равные дисперсии			-2,099	22,276	,047	-7,23750	3,44779	-14,38265	-,09235
ДЕПЕРСОНАЛІЗАЦІЯ	Предполагаются равные дисперсии	3,349	,073	-1,598	54	,116	-2,38750	1,49365	-5,38209	,60709
	Не предполагаются равные дисперсии			-1,428	22,456	,167	-2,38750	1,67183	-5,85059	1,07559
РЕДУКЦІЯ_досягнень	Предполагаются равные дисперсии	,203	,654	1,112	54	,271	2,31250	2,07900	-1,85564	6,48064
	Не предполагаются равные дисперсии			1,170	30,922	,251	2,31250	1,97684	-1,71971	6,34471

6. За кількість робочих годин на тиждень

ANOVA

		Сумма квадратов	ст.св.	Средний квадрат	F	знач.
ЕМОЦІЙНЕ_виснаження	Между группами	437,643	3	145,881	1,273	,293
	Внутри групп	5959,214	52	114,600		
	Всего	6396,857	55			
ДЕПЕРСОНАЛІЗАЦІЯ	Между группами	15,569	3	5,190	,189	,903
	Внутри групп	1426,413	52	27,431		
	Всего	1441,982	55			
РЕДУКЦІЯ_досягнень	Между группами	66,098	3	22,033	,430	,732
	Внутри групп	2662,456	52	51,201		
	Всего	2728,554	55			

7. За кількістю пацієнтів впродовж зміни

ANOVA

		Сумма квадратов	ст.св.	Средний квадрат	F	знач.
ЕМОЦІЙНЕ_виснаження	Между группами	351,984	2	175,992	1,543	,223
	Внутри групп	6044,873	53	114,054		
	Всего	6396,857	55			
ДЕПЕРСОНАЛІЗАЦІЯ	Между группами	23,609	2	11,804	,441	,646
	Внутри групп	1418,373	53	26,762		
	Всего	1441,982	55			
РЕДУКЦІЯ_досягнень	Между группами	163,655	2	81,827	1,691	,194
	Внутри групп	2564,899	53	48,394		
	Всего	2728,554	55			

РЕЗУЛЬТАТИ РЕГРЕСІЙНОГО АНАЛІЗУ

1.Сприйнятий стрес як предиктор вигорання.

1.1. Емоційне виснаження

Сводка для модели^b

Модель	R	R-квадрат	Скорректиро- ванный R- квадрат	Стандартная ошибка оценки
1	,187 ^a	,035	,017	10,69113

а. Предикторы: (константа), Сприйнятий_СТРЕС

b. Зависимая переменная: ЕМОЦІЙНЕ_виснаження

ANOVA^a

Модель		Сумма квадратов	ст.св.	Средний квадрат	F	Значимость
1	Регрессия	224,637	1	224,637	1,965	,167 ^b
	Остаток	6172,220	54	114,300		
	Всего	6396,857	55			

а. Зависимая переменная: ЕМОЦІЙНЕ_виснаження

b. Предикторы: (константа), Сприйнятий_СТРЕС

Кoeffициенты^a

Модель		Нестандартизованные коэффициенты		Стандартизо- ванные коэффициент ы	t	Значимость
		B	Стандартная ошибка	Бета		
1	(Константа)	14,291	7,171		1,993	,051
	Сприйнятий_СТРЕС	,435	,310	,187	1,402	,167

а. Зависимая переменная: ЕМОЦІЙНЕ_виснаження

1.2. Деперсоналізація

Сводка для модели^b

Модель	R	R-квадрат	Скорректиро- ванный R- квадрат	Стандартная ошибка оценки
1	,109 ^a	,012	-,007	5,13697

а. Предикторы: (константа), Сприйнятий_СТРЕС

b. Зависимая переменная: ДЕПЕРСОНАЛІЗАЦІЯ

ANOVA^a

Модель		Сумма квадратов	ст.св.	Средний квадрат	F	Значимость
1	Регрессия	17,004	1	17,004	,644	,426 ^b
	Остаток	1424,979	54	26,388		
	Всего	1441,982	55			

а. Зависимая переменная: ДЕПЕРСОНАЛІЗАЦІЯ

б. Предикторы: (константа), Сприйнятий_СТРЕС

Коэффициенты^a

Модель		Нестандартизованные коэффициенты		Стандартизованные коэффициенты		Значимость
		B	Стандартная ошибка	Бета	t	
1	(Константа)	6,772	3,446		1,965	,055
	Сприйнятий_СТРЕС	,120	,149	,109	,803	,426

а. Зависимая переменная: ДЕПЕРСОНАЛІЗАЦІЯ

1.3. Редукція особистих досягнень**Сводка для модели^b**

Модель	R	R-квадрат	Скорректированный R-квадрат	Стандартная ошибка оценки
1	,013 ^a	,000	-,018	7,10776

а. Предикторы: (константа), Сприйнятий_СТРЕС

б. Зависимая переменная: РЕДУКЦІЯ_досягнень

ANOVA^a

Модель		Сумма квадратов	ст.св.	Средний квадрат	F	Значимость
1	Регрессия	,463	1	,463	,009	,924 ^b
	Остаток	2728,091	54	50,520		
	Всего	2728,554	55			

а. Зависимая переменная: РЕДУКЦІЯ_досягнень

б. Предикторы: (константа), Сприйнятий_СТРЕС

Коефіцієнти^а

Модель		Нестандартизовані коефіцієнти		Стандартизовані коефіцієнти	t	Значимість
		B	Стандартна помилка	Бета		
1	(Константа)	32,892	4,768		6,899	<,001
	Сприйнятий_СТРЕС	,020	,206	,013	,096	,924

а. Залежна змінна: РЕДУКЦІЯ_досягнень

2. Копінги як предиктор вигорання.

2.1. Емоційне виснаження.

Сводка для моделі^б

Модель	R	R-квадрат	Скорректированный R-квадрат	Стандартная ошибка оценки
1	,666 ^а	,444	,272	9,20361

а. Предикторы: (константа), поведінкове_розмежування, релігія, планування, гумор, самозвинувачення, вживання_ПАР, відмова, прийняття, емоційна_підтримка, самовідволікання, використання_ресурсів, випаз_емоцій, позитивний_рефреймінг

б. Залежна змінна: ЕМОЦІЙНЕ_виснаження

ANOVA^а

Модель		Сумма квадратов	ст.св.	Средний квадрат	F	Значимість
1	Регрессия	2839,190	13	218,399	2,578	,010 ^б
	Остаток	3557,668	42	84,706		
	Всего	6396,857	55			

а. Залежна змінна: ЕМОЦІЙНЕ_виснаження

б. Предикторы: (константа), поведінкове_розмежування, релігія, планування, гумор, самозвинувачення, вживання_ПАР, відмова, прийняття, емоційна_підтримка, самовідволікання, використання_ресурсів, випаз_емоцій, позитивний_рефреймінг

Коефіцієнти^а

Модель		Нестандартизованні коефіцієнти		Стандартизованні коефіцієнти	т	Значимість
	В	Стандартна помилка	Бета			
1	(Константа)	12,982	6,228		2,084	,043
	використання_ресурсів	-1,569	1,219	-,204	-1,287	,205
	позитивний_рефреймінг	-2,491	1,288	-,362	-1,933	,060
	планування	-,466	1,208	-,063	-,386	,702
	емоційна_підтримка	-,514	1,222	-,065	-,421	,676
	випаз_емоцій	1,174	1,129	,177	1,041	,304
	прийняття	1,759	,987	,257	1,782	,082
	релігія	,913	,800	,167	1,142	,260
	самозвинувачення	,953	1,076	,128	,886	,381
	гумор	2,373	,914	,414	2,597	,013
	самовідволікання	-,047	1,130	-,007	-,042	,967
	відмова	2,226	,970	,326	2,294	,027
	вживання_ПАР	1,567	,794	,260	1,974	,055
	поведінкове_розмежування	-,649	1,145	-,088	-,567	,574

а. Залежна змінна: ЕМОЦІЙНЕ_виснаження

2.2. Деперсоналізація.

Сводка для моделі^б

Модель	R	R-квадрат	Скорректированный R-квадрат	Стандартная ошибка оценки
1	,629 ^а	,396	,209	4,55281

а. Предикторы: (константа), поведінкове_розмежування, релігія, планування, гумор, самозвинувачення, вживання_ПАР, відмова, прийняття, емоційна_підтримка, самовідволікання, використання_ресурсів, випаз_емоцій, позитивний_рефреймінг

б. Залежна змінна: ДЕПЕРСОНАЛІЗАЦІЯ

ANOVA^а

Модель		Сумма квадратов	ст.св.	Средний квадрат	F	Значимость
1	Регрессия	571,404	13	43,954	2,121	,033 ^б
	Остаток	870,578	42	20,728		
	Всего	1441,982	55			

а. Залежна змінна: ДЕПЕРСОНАЛІЗАЦІЯ

б. Предикторы: (константа), поведінкове_розмежування, релігія, планування, гумор, самозвинувачення, вживання_ПАР, відмова, прийняття, емоційна_підтримка, самовідволікання, використання_ресурсів, випаз_емоцій, позитивний_рефреймінг

Коефіцієнти^а

Модель		Нестандартизованні коефіцієнти		Стандартизованні коефіцієнти	т	Значимість
	В	Стандартна помилка	Бета			
1	(Константа)	4,849	3,081		1,574	,123
	використання_ресурсів	-1,032	,603	-,283	-1,712	,094
	позитивний_рефреймінг	-,897	,637	-,274	-1,408	,166
	планування	,373	,597	,106	,624	,536
	емоційна_підтримка	-,124	,604	-,033	-,205	,839
	випаз_емоцій	,853	,558	,271	1,529	,134
	прийняття	,297	,488	,091	,608	,546
	релігія	,345	,396	,133	,871	,389
	самозвинувачення	,017	,532	,005	,032	,974
	гумор	1,357	,452	,498	3,003	,004
	самовідволікання	-,090	,559	-,026	-,160	,874
	відмова	,804	,480	,248	1,676	,101
	вживання_ПАР	1,002	,393	,350	2,551	,014
	поведінкове_розмежування	-,977	,566	-,279	-1,725	,092

а. Залежна змінна: ДЕПЕРСОНАЛІЗАЦІЯ

2.3. Редукція особистих досягнень.

Сводка для моделі^б

Модель	R	R-квадрат	Скоректований R-квадрат	Стандартна помилка оцінки
1	,629 ^а	,396	,208	6,26630

а. Предиктори: (константа), поведінкове_розмежування, релігія, планування, гумор, самозвинувачення, вживання_ПАР, відмова, прийняття, емоційна_підтримка, самовідволікання, використання_ресурсів, випаз_емоцій, позитивний_рефреймінг

б. Залежна змінна: РЕДУКЦІЯ_досягнень

ANOVA^а

Модель		Сума квадратів	ст.св.	Середній квадрат	F	Значимість
1	Регресія	1079,359	13	83,028	2,114	,034 ^б
	Остаток	1649,194	42	39,267		
	Всього	2728,554	55			

а. Залежна змінна: РЕДУКЦІЯ_досягнень

б. Предиктори: (константа), поведінкове_розмежування, релігія, планування, гумор, самозвинувачення, вживання_ПАР, відмова, прийняття, емоційна_підтримка, самовідволікання, використання_ресурсів, випаз_емоцій, позитивний_рефреймінг

Коефіцієнти^а

Модель		Нестандартизованні коефіцієнти		Стандартизованні коефіцієнти	т	Значимість
		В	Стандартна помилка	Бета		
1	(Константа)	30,283	4,240		7,141	<,001
	використання_ресурсів	2,189	,830	,436	2,638	,012
	позитивний_рефреймінг	,478	,877	,106	,545	,589
	планування	,183	,822	,038	,223	,825
	емоційна_підтримка	,546	,832	,106	,656	,515
	випаз_емоцій	-,303	,768	-,070	-,394	,696
	прийняття	-,375	,672	-,084	-,558	,580
	релігія	-1,821	,545	-,510	-3,344	,002
	самозвинувачення	,229	,732	,047	,313	,756
	гумор	-,592	,622	-,158	-,951	,347
	самовідволікання	,285	,770	,061	,370	,713
	відмова	-,195	,660	-,044	-,296	,769
	вживання_ПАР	-1,382	,541	-,350	-2,555	,014
	поведінкове_розмежування	-,216	,779	-,045	-,278	,783

а. Залежна змінна: РЕДУКЦІЯ_досягнень

3. Благополуччя на робочому місці як предиктор вигорання.

3.1. Емоційне виснаження.

Сводка для моделі^б

Модель	R	R-квадрат	Скорректированный R-квадрат	Стандартная ошибка оценки
1	,763 ^а	,582	,501	7,62088

а. Предикторы: (константа), Lon, A, H, N, E, R, M, P, PERMA

б. Залежна змінна: ЕМОЦІЙНЕ_виснаження

ANOVA^а

Модель		Сумма квадратов	ст.св.	Средний квадрат	F	Значимость
1	Регрессия	3725,281	9	413,920	7,127	<,001 ^б
	Остаток	2671,576	46	58,078		
	Всего	6396,857	55			

а. Залежна змінна: ЕМОЦІЙНЕ_виснаження

б. Предикторы: (константа), Lon, A, H, N, E, R, M, P, PERMA

Кoeffициенты^а

Модель		Нестандартизованные коэффициенты		Стандартизо ванные коэффициент ы	т	Значимость
		В	Стандартная ошибка	Бета		
1	(Константа)	34,436	10,840		3,177	,003
	P	-,059	2,727	-,009	-,022	,983
	E	-,247	,922	-,041	-,268	,790
	R	1,691	1,939	,233	,872	,388
	M	,828	1,334	,103	,621	,538
	A	,816	1,216	,093	,671	,505
	PERMA	-4,293	5,470	-,429	-,785	,437
	N	,529	,809	,091	,654	,516
	H	-2,780	,827	-,409	-3,361	,002
	Lon	2,196	1,082	,321	2,030	,048

а. Зависимая переменная: ЭМОЦИОНЕ_виснаження

3.2. Деперсоналізація.

Сводка для модели^б

Модель	R	R-квадрат	Скорректиро ванный R- квадрат	Стандартная ошибка оценки
1	,567 ^а	,322	,189	4,61097

а. Предикторы: (константа), Lon, A, H, N, E, R, M, P, PERMA

б. Зависимая переменная: ДЕПЕРСОНАЛІЗАЦІЯ

ANOVA^а

Модель		Сумма квадратов	ст.св.	Средний квадрат	F	Значимость
1	Регрессия	463,975	9	51,553	2,425	,024 ^б
	Остаток	978,007	46	21,261		
	Всего	1441,982	55			

а. Зависимая переменная: ДЕПЕРСОНАЛІЗАЦІЯ

б. Предикторы: (константа), Lon, A, H, N, E, R, M, P, PERMA

Кoeffициенты^а

Модель		Нестандартизованные коэффициенты		Стандартизо ванные коэффициент ы	т	Значимость
		В	Стандартная ошибка	Бета		
1	(Константа)	10,658	6,559		1,625	,111
	P	,215	1,650	,069	,130	,897
	E	,121	,558	,042	,216	,830
	R	-,328	1,173	-,095	-,280	,781
	M	-,215	,807	-,056	-,266	,791
	A	,557	,736	,134	,757	,453
	PERMA	-,465	3,310	-,098	-,140	,889
	N	,081	,490	,030	,166	,869
	H	-,635	,501	-,197	-1,268	,211
	Lon	1,236	,654	,381	1,888	,065

а. Зависимая переменная: ДЕПЕРСОНАЛІЗАЦІЯ

3.3. Редукція особистих досягнень.

Сводка для модели^б

Модель	R	R-квадрат	Скорректиро ванный R- квадрат	Стандартная ошибка оценки
1	,591 ^а	,349	,222	6,21293

а. Предикторы: (константа), Lon, A, H, N, E, R, M, P, PERMA

б. Зависимая переменная: РЕДУКЦІЯ_досягнень

ANOVA^а

Модель		Сумма квадратов	ст.св.	Средний квадрат	F	Значимость
1	Регрессия	952,929	9	105,881	2,743	,012 ^б
	Остаток	1775,625	46	38,601		
	Всего	2728,554	55			

а. Зависимая переменная: РЕДУКЦІЯ_досягнень

б. Предикторы: (константа), Lon, A, H, N, E, R, M, P, PERMA

Коэффициенты^а

Модель		Нестандартизованные коэффициенты		Стандартизованные коэффициенты	t	Значимость
		B	Стандартная ошибка	Бета		
1	(Константа)	23,018	8,838		2,605	,012
	P	-2,275	2,223	-,530	-1,023	,312
	E	,169	,752	,043	,225	,823
	R	,082	1,581	,017	,052	,959
	M	-,473	1,087	-,090	-,435	,666
	A	1,078	,991	,189	1,087	,283
	PERMA	4,162	4,459	,636	,933	,356
	N	-1,310	,660	-,347	-1,986	,053
	H	,049	,674	,011	,072	,943
	Lon	-,587	,882	-,131	-,666	,509

а. Зависимая переменная: РЕДУКЦИЯ_досягнень

РЕЗУЛЬТАТИ КЛАСТЕРНОГО АНАЛІЗУ.

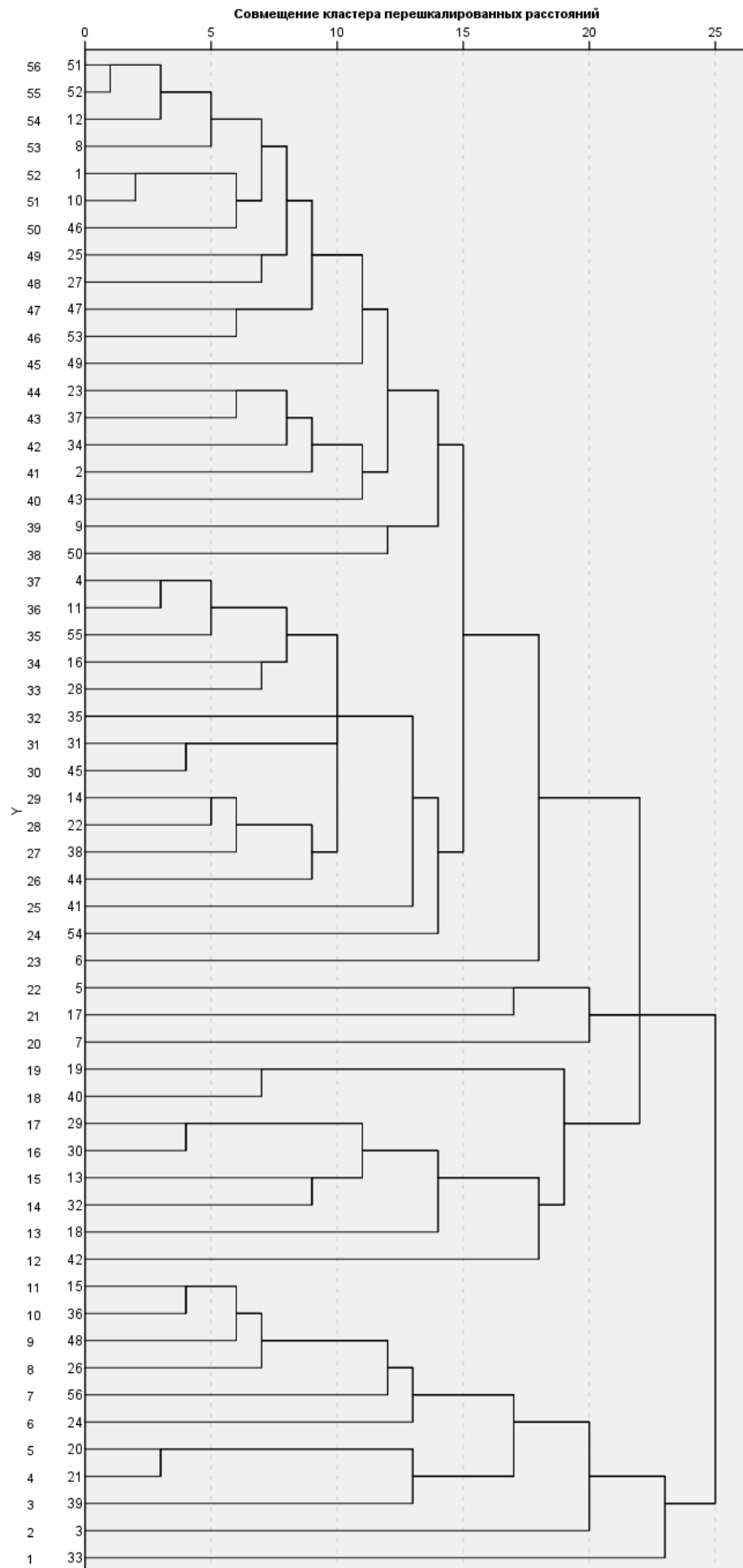
1. Ієрархічний кластерний аналіз.

2.

Порядок агломерации (кластеров)

Этап	Объединенный кластер		Кoeffициенты	Этап первого появления кластера		Следующий этап
	Кластер 1	Кластер 2		Кластер 1	Кластер 2	
1	51	52	7,697	0	0	5
2	1	10	12,060	0	0	13
3	4	11	14,923	0	0	11
4	20	21	15,540	0	0	40
5	12	51	15,835	0	1	9
6	15	36	16,970	0	0	14
7	31	45	18,272	0	0	30
8	29	30	18,390	0	0	33
9	8	12	19,437	0	5	17
10	14	22	19,896	0	0	15
11	4	55	20,170	3	0	24
12	47	53	21,801	0	0	26
13	1	46	22,185	2	0	17
14	15	48	22,337	6	0	20
15	14	38	22,735	10	0	27
16	23	37	23,530	0	0	22
17	1	8	24,417	13	9	23
18	25	27	25,790	0	0	23
19	19	40	26,268	0	0	49
20	15	26	26,274	14	0	35
21	16	28	26,775	0	0	24
22	23	34	27,244	16	0	28
23	1	25	27,723	17	18	26
24	4	16	29,476	11	21	29
25	13	32	30,232	0	0	33
26	1	47	31,558	23	12	32
27	14	44	31,966	15	0	30
28	2	23	32,204	0	22	34
29	4	35	33,075	24	0	31
30	14	31	33,096	27	7	31
31	4	14	34,574	29	30	38
32	1	49	35,863	26	0	36
33	13	29	36,819	25	8	43
34	2	43	37,793	28	0	36
35	15	56	39,305	20	0	39
36	1	2	39,469	32	34	42
37	9	50	39,667	0	0	42
38	4	41	41,205	31	0	41
39	15	24	42,204	35	0	45
40	20	39	42,916	4	0	45
41	4	54	44,226	38	0	44
42	1	9	44,347	36	37	44
43	13	18	45,930	33	0	47
44	1	4	46,713	42	41	48
45	15	20	51,876	39	40	51
46	5	17	53,686	0	0	50
47	13	42	54,755	43	0	49
48	1	6	56,125	44	0	52
49	13	19	58,076	47	19	53
50	5	7	62,223	46	0	52
51	3	15	62,795	0	45	54
52	1	5	65,972	48	50	53
53	1	13	66,928	52	49	55
54	3	33	70,561	51	0	55
55	1	3	76,654	53	54	0

Дендрограмма с использованием метода межгрупповых связей



2. K-means кластеризація

Конечные центры кластеров

	Кластер				
	1	2	3	4	5
Zscore (ЕМОЦІЙНЕ_виснаженн я)	,39739	,22213	1,19218	-,61869	-,58814
Zscore (ДЕПЕРСОНАЛІЗАЦІЯ)	-,31736	,19128	,94744	-,28946	-,38711
Zscore (РЕДУКЦІЯ_досягнень)	-,53495	-,28844	-,60030	,82874	-,11916
Zscore(Енергійність)	-,96521	-,02395	-1,16229	,74100	,49313
Zscore(Відданість)	-1,06062	,04541	-1,16743	,79078	,38976
Zscore(Заглибленість)	-,78564	,06830	-1,21332	,65492	,43977
Zscore (Сприйнятий_СТРЕС)	-,11140	,47012	,14469	-,10417	-,48631
Zscore (активне_подолання)	-,91752	,38426	,23787	,50373	-,92771
Zscore (використання_ресурсів)	-,91752	,38426	,23787	,50373	-,92771
Zscore (позитивний_рефреймін г)	-1,18601	,54739	,26356	-,05367	-,02737
Zscore(планування)	-1,21293	,01602	,49688	,64934	-,72285
Zscore (емоційна_підтримка)	-,79550	,23173	,37529	,37052	-,71204
Zscore(випааз_емоцій)	-,87767	-,07426	,69239	,31493	-,44761
Zscore(прийняття)	,02267	,13428	,40555	,06534	-,66651
Zscore(релігія)	-,38003	,57213	,07842	-,03087	-,49585
Zscore (самозвинувачення)	-,77807	-,07885	,42952	-,22594	,64469
Zscore(гумор)	-,32286	,37837	,42837	-,61779	,39883
Zscore (самовідволікання)	,33338	-,09892	,39688	,18770	-,78107
Zscore(відмова)	,54225	,30588	,59245	-,18075	-1,00315
Zscore(вживання_ПАР)	-,75990	,50763	,92877	-,20938	-,60792
Zscore (поведінкове_розмежу вання)	,71934	-,14349	,55678	-,35358	-,21702
Zscore(P)	-,25729	-,25506	-1,30094	,84775	,24134
Zscore(E)	-,39979	,25766	-1,35841	,75908	-,12296
Zscore(R)	-,16802	-,18033	-1,10322	,71678	,12641
Zscore(M)	-,48202	,26091	-1,39004	,84360	-,18485
Zscore(A)	-,96132	,22184	-,86255	,71637	-,05700
Zscore(PERMA)	-,38592	-,13552	-1,37864	,88197	,18775
Zscore(N)	-,10857	,57135	,92747	-,98466	,17244
Zscore(H)	-,83564	,00375	-,90559	,47282	,59132
Zscore(Lon)	-,14717	,51467	,96984	-,84509	-,00226

ЧЕК-ЛИСТ САМОПОМОЧІ ДЛЯ ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА
(прикладі конкретних засоби підтримки)

Щоденна самоперевірка: вчасно розпізнати ознаки емоційного виснаження.	
Запитання для самопостереження: Чи відчуваю втому, яка не минає після сну? Чи помічаю дратівливість або байдужість до пацієнтів? Чи маю бажання спілкуватися з колегами? Чи є фізичні симптоми (головний біль, напруга в шиї, безсоння)?	Засоби: Ведення щоденника самопостереження (2–3 речення щодня). Використання шкали емоційного стану (0–10 балів, де 0 – вкрай негативний, а 10 – піднесений стан). Нагадування у смартфоні для щоденної перевірки стану.
Техніки швидкої самопомоги (5–10 хв.): знизити рівень стресу без відриву від роботи.	
<i>Дихальна пауза</i> 4–7–8: вдих на 4, затримка на 7, видих на 8 (3 цикли). <i>Прогресивна м'язова релаксація</i>: напружити й розслабити по черзі м'язи рук, плечей, обличчя. <i>Аудіо-відновлення</i>: прослуховування впродовж 5 хв. звуків природи або улюбленої музики. <i>Мікро-щоденник емоцій</i>: записати 2 думки або почуття, які турбують. <i>Вправа «5–4–3–2–1»</i>: назвати 5 речей, які бачу, 4 — які чую, 3 — яких торкаюся, 2 — які відчуваю, 1 — які смакую.	
Щотижневі практики: стабілізувати емоційний фон і підтримувати ресурсний стан.	
Засоби: <i>Самооцінка копінгів</i>: скористатись COPE-опитувальником (наприклад, за https://v.gd/sW0108), встановити притаманні копінги та усвідомити їхню дію. <i>Супервізія або колегіальна зустріч</i>: обговорити складний випадок, поділитися емоціями. <i>Позитивна переоцінка</i>: записати одну ситуацію, яка принесла задоволення чи відчуття успіху. Сформулювати висновок про те, що вона показує про власні професійні сили чи цінності. <i>Фізична активність</i>: 2–3 рази на тиждень — прогулянка, йога, плавання тощо. <i>Психологічна просвіта</i>: перегляд короткого відео або читання статті про емоційне вигорання (наприклад, за https://www.youtube.com/watch?v=OmAGVTFvis0).	
Довгострокові стратегії: формування стійких механізмів самопідтримки.	
Засоби: Тренінги: участь у BUSCH-програмі, майндфулнес-модулях, курсах з емоційної компетентності. Когнітивна реструктуризація: робота з автоматичними негативними думками (запис, переоцінка). Робота з цінностями: визначення 3 ключових професійних цінностей, які мотивують. Медитація усвідомленості: 10 хв. щодня (наприклад, у додатках: Headspace, Meditopia). Психотерапія: регулярні консультації з психологом при стійких симптомах.	
Сигнали тривоги: вчасно звернутися по професійну підтримку.	
Ознаки: Виснаження, яке не минає після вихідних. Втрата сенсу в роботі, байдужість до пацієнтів. Часті соматичні скарги (безсоння, біль у шлунку, тахікардія). Відчуття безнадії, бажання змінити професію або ізолюватися.	Дії: Звернення до психолога або психотерапевта. Повідомлення керівництва про потребу в підтримці. Тимчасове зниження навантаження або перерва в роботі. Участь у групі підтримки або кризовій супервізії.

Приклади психологічних технік.

Практика позитивної переоцінки: записати одну ситуацію, яка принесла задоволення.

Алгоритм виконання

1. Зупинитись на хвилину після робочого дня або процедури.
2. Згадати одну ситуацію, яка принесла хоча б невелике задоволення чи відчуття успіху (як-от, бути вдячністю пацієнта; вдале виконання складної маніпуляції; позитивна взаємодія з колегою; відчуття, що робота має сенс).
3. Записати коротко у щоденнику: що сталося, які емоції виникли, чому це важливо.
4. Сформулюй висновок: що ця ситуація показує про професійні сили чи цінності.

Очікуваний ефект: зміцнення професійної ідентичності, зниження рівня негативних емоцій, формування звички помічати позитивні моменти навіть у складних умовах та підвищення мотивації та відчуття сенсу роботи.

Приклад запису: «Сьогодні пацієнт подякував за уважність і пояснення процедури. Я відчув задоволення та гордість, бо зміг не лише виконати роботу, а й підтримати людину. Це нагадало мені, що моя професія — не тільки лікування, а й допомога у зниженні тривоги пацієнтів.»

Робота з цінностями: визначення 3 ключових професійних цінностей.

Алгоритм виконання

1. Рефлексія: зупинитись і подумати, що є найважливіше у професії стоматолога.
2. Скласти список із 5–6 можливих цінностей, як-от, допомога людям, професійна майстерність, розвиток, фінансова стабільність, довіра пацієнтів, командна робота.
3. Вибрати 3 ключові цінності, які найбільше особисто мотивують.
4. Записати їх у щоденнику та додати коротке пояснення, чому ця цінність важлива, як вона проявляється у роботі.
5. Сформулювати практичний крок для кожної цінності (що можна зробити цього тижня, щоб її реалізувати).

Очікуваний ефект: підвищення внутрішньої мотивації та відчуття сенсу роботи, зниження ризику деперсоналізації (байдужості до пацієнтів), формування стійкої професійної ідентичності та збереження енергії й інтересу до діяльності навіть у кризових умовах.

Приклад виконання:

Цінність 1: Допомога людям.

Чому важливо: відчуття, що моя робота реально покращує життя пацієнтів.

Практичний крок: приділити додаткові 5 хвилин для пояснення лікування пацієнту, щоб знизити його тривогу.

Цінність 2: Професійна майстерність.

Чому важливо: прагнення бути компетентним і впевненим у своїх навичках.

Практичний крок: відвідати онлайн-курс із сучасних методів анестезії.

Цінність 3: Довіра пацієнтів.

Чому важливо: довіра створює відчуття значущості та підсилює мотивацію.

Практичний крок: уважно вислухати скарги пацієнта, навіть якщо вони виходять за межі стоматологічної проблеми.