

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені Вадима Гетьмана**

**Навчально-науковий інститут бізнес-освіти імені Анатолія ПОРУЧНИКА
Кафедра педагогіки та психології**

Галузь знань 05 Соціальні та поведінкові науки
Спеціальність 053 Психологія

Освітньо-професійна програма «Практична психологія»
Форма навчання – заочна

КВАЛІФІКАЦІЙНА МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА

на тему
**ПРОФІЛАКТИКА ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ ПРАЦІВНИКІВ
СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У ПРОЦЕСІ ПІДВИЩЕННЯ
КВАЛІФІКАЦІЇ**

здобувача Юрковської Лідії Геннадіївни

Науковий керівник:
доктор педагогічних наук, професор

_____ **Марина АРТЮШИНА**

Кваліфікаційна магістерська робота допущена до захисту в
Екзаменаційній комісії з атестації здобувачів вищої освіти

Завідувач кафедри:
доктор педагогічних наук, професор

_____ **Марина АРТЮШИНА**

Київ 2026

ЗМІСТ

	Стор.
ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ ПРАЦІВНИКІВ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	8
1.1. Феномен професійного вигорання: психологічний зміст, структура та концептуальні підходи до вивчення.....	8
1.2. Чинники та психологічні механізми виникнення професійного вигорання у медичних працівників.....	12
1.3. Резильєнтність та психологічне благополуччя як ресурси протидії вигоранню: теоретичні моделі та профілактичний потенціал.....	17
1.4. Підвищення кваліфікації працівників галузі охорони здоров'я як середовище психологічної профілактики: зарубіжний та вітчизняний досвід.....	23
Висновки до розділу 1.....	30
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ ТА ПОВ'ЯЗАНИХ ПСИХОЛОГІЧНИХ ХАРАКТЕРИСТИК У ПРАЦІВНИКІВ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	33
2.1. Організація та методичне забезпечення дослідження.....	33
2.2. Рівень та структура професійного вигорання у працівників системи охорони здоров'я: результати діагностики.....	44
2.3. Взаємозв'язок показників вигорання з резильєнтністю та психологічним процвітанням.....	52
2.4. Психологічні профілі працівників системи охорони здоров'я за рівнем вигорання та ресурсними характеристиками.....	55
Висновки до розділу 2.....	57

РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА ПРОФІЛАКТИКИ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ ПРАЦІВНИКІВ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У ПРОЦЕСІ ПІДВИЩЕННЯ КВАЛІФІКАЦІЇ.....	60
3.1. Концептуальне обґрунтування та структура програми профілактики професійного вигорання працівників системи охорони здоров'я.....	60
3.2. Методичні рекомендації щодо впровадження програми профілактики професійного вигорання у процесі підвищення кваліфікації працівників системи охорони здоров'я.....	64
Висновки до розділу 3.....	68
ВИСНОВКИ.....	70
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	76
ДОДАТКИ.....	85

ВСТУП

Актуальність теми. У сучасних умовах реформування системи охорони здоров'я України, зростання професійних вимог та інтенсивності праці медичних працівників проблема професійного вигорання набуває особливої актуальності. Високий рівень емоційного навантаження, відповідальність за життя і здоров'я пацієнтів, дефіцит ресурсів та організаційні труднощі сприяють формуванню стійкого психоемоційного напруження. Професійне вигорання негативно впливає не лише на психологічний стан фахівців, але й на якість медичних послуг, ефективність професійної діяльності та безпеку пацієнтів. Водночас сучасні підходи у психології акцентують увагу на ролі ресурсних характеристик особистості, зокрема резильєнтності та психологічного процвітання, як факторів, що здатні знижувати ризик розвитку вигорання.

Особливої уваги потребує вивчення даної проблеми у контексті підвищення кваліфікації працівників системи охорони здоров'я, яке виступає не лише освітнім, а й потенційно профілактичним середовищем. У зв'язку з цим дослідження взаємозв'язку між професійним вигоранням та ресурсними характеристиками є актуальним як у теоретичному, так і практичному аспектах для України.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Проблема професійного вигорання активно досліджується як у вітчизняній, так і в зарубіжній психології. Значний внесок у вивчення даного феномену зробили К. Масlach, С. Джексон, які розробили концепцію емоційного вигорання як синдрому, що включає емоційне виснаження, деперсоналізацію та редукцію професійних досягнень.

Ресурсні аспекти особистості, зокрема резильєнтність, досліджували М. Унгар, К. Ріфф, а також інші науковці, які підкреслюють її роль у подоланні стресових ситуацій. Концепція психологічного процвітання була розроблена М. Селігманом у межах позитивної психології, де підкреслюється значення позитивних емоцій, залученості, міжособистісних відносин, сенсу життя та досягнень.

У вітчизняних дослідженнях проблеми професійного вигорання медичних працівників висвітлюються у працях Л. Карамушки, О. Бондарчук, І. Ващенко, О. Креденцер, які вивчали зв'язок вигорання з організаційними та гендерними чинниками. В. Бойко, В. Омелянович, О. Хаустова, О. Чабан також розглядали питання професійного стресу та вигорання, запропонували підходи до діагностики та інтерпретації цього явища, валідізували нову діагностичну методику для виявлення синдрому професійного вигорання. С. Андрейчин, Н. Кавецька, В. Русанов, Н. Ярема досліджував динаміку поширеності вигорання серед медичного персоналу, запропонували шляхи його подолання, доводили у своїх дослідженнях ефективність психологічних втручань для зниження рівнів професійного вигорання медичних працівників в умовах війни. Разом з тим недостатньо дослідженим залишається питання комплексного аналізу взаємозв'язку між рівнем професійного вигорання та ресурсними характеристиками особистості у медичних працівників у процесі підвищення кваліфікації. Також попри наявність ґрунтовних зарубіжних та вітчизняних досліджень, питання профілактики професійного вигорання саме в умовах підвищення кваліфікації медичних працівників залишається недостатньо розробленим, Вказане обумовлює актуальність даної роботи.

Мета дослідження – визначити особливості прояву професійного вигорання у працівників вітчизняної системи охорони здоров'я в актуальних умовах та встановити його взаємозв'язок із резильєнтністю та психологічним процвітанням, а також обґрунтувати програму профілактики професійного вигорання працівників вітчизняної системи охорони здоров'я у процесі підвищення кваліфікації.

Для досягнення поставленої мети визначено такі **завдання дослідження**:

1. Проаналізувати теоретичні підходи до вивчення феномену професійного вигорання.
2. Визначити основні чинники та психологічні механізми розвитку вигорання у медичних працівників.

3. Охарактеризувати резильєнтність та психологічне процвітання як ресурси подолання вигорання.

4. Провести емпіричне дослідження рівня та структури професійного вигорання працівників галузі охорони здоров'я.

5. Встановити взаємозв'язок між показниками вигорання, резильєнтності та психологічного процвітання.

6. Виокремити психологічні профілі працівників за рівнем вигорання та ресурсними характеристиками.

7. Розробити програму профілактики професійного вигорання працівників галузі охорони здоров'я та методичні рекомендації щодо її впровадження у процесі підвищення кваліфікації.

Об'єкт дослідження – професійне вигорання працівників системи охорони здоров'я України в сучасних умовах.

Предмет дослідження – профілактика професійного вигорання працівників вітчизняної системи охорони здоров'я у процесі підвищення кваліфікації.

Методи дослідження. Для досягнення мети дослідження було використано комплекс методів:

- *теоретичні*: бібліосемантичний аналіз, систематизація та узагальнення наукових джерел з проблеми дослідження;

- *емпіричні*: методика «Професійне вигорання» (О. Чабан); опитувальник «Maslach Burnout Inventory» (К. Масlach, С. Джексон); шкала резильєнтності на робочому місці «Resilience at Work Scale» (R@W); опитувальник психологічного процвітання «PERMA Profiler» (М. Селігман).

- *математико-статистичні*: описова статистика; t-критерій Ст'юдента; U-критерій Манна–Уїтні; однофакторний дисперсійний аналіз (ANOVA, критерій Уелча); кореляційний аналіз (коефіцієнт Пірсона).

Для обрахунку статистичних показників використовувалася програма Jamovi.

Теоретична та практична значущість. Теоретична значущість дослідження полягає у поглибленні наукових уявлень про взаємозв'язок

професійного вигорання з ресурсними характеристиками особистості, зокрема резильєнтністю та психологічним процвітанням.

Практична значущість полягає у можливості використання отриманих результатів для розробки програм профілактики професійного вигорання, а також у впровадженні методичних рекомендацій профілактики професійного вигорання у процеси підвищення кваліфікації працівників системи охорони здоров'я.

Інформаційна та емпірична база дослідження. Інформаційну базу дослідження становлять праці вітчизняних та зарубіжних науковців у галузі психології праці, організаційної та медичної психології.

У дослідженні взяли участь 170 працівників галузі охорони здоров'я, здебільшого лікарів та представників допоміжних діагностичних спеціальностей, які проходили навчання на циклах спеціалізації в Національному університеті охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика впродовж I-го півріччя 2026 року. Для збору емпіричних даних використовувалася Гугл-форма анонімного опитування.

Структура роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Робота містить 35 таблиць та 8 рисунків. Основний зміст викладено на 75 сторінках.

Результати дослідження оприлюднені у тезах доповіді Юрковської Л.Г. на тему: «Професійне вигорання працівників системи охорони здоров'я у процесі підвищення кваліфікації» в межах участі у роботі 93-ї студентської наукової конференції, присвяченої 120-річчю КНЕУ «Інноваційні проєктні рішення на шляху до економічного відродження України», 30 квітня 2026 р., м. Київ (див. додаток И).

Також апробація результатів дослідження здійснена в Національному університеті охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, що підтверджується актом впровадження в освітній процес, який додається до роботи (див. скан-копію у додатку К).

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ ПРАЦІВНИКІВ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Феномен професійного вигорання: психологічний зміст, структура та концептуальні підходи до вивчення

Перше ґрунтовне дослідження професійного вигорання як психологічного феномену, який негативно характеризує психічне благополуччя як окремої особи, так і груп професіоналів певного напрямку, здійснив відомий американський дослідник-психіатр у 70-х рр. ХХ ст. Г. Фройденбергер. Його дослідження було базоване на спостереженнях за працівниками американських закладів охорони здоров'я (далі – ЗОЗ), які надавали послуги населенню за кошти державного чи муніципальних бюджетів і благодійників, а також за медичними волонтерами. Г. Фройденбергер першим надав спеціальний опис особливого стан поступового фізичного, емоційного та когнітивного виснаження досліджуваних осіб, який виникав внаслідок хронічної перевтоми та відданості роботі, яка була оцінена як надмірна [60, с. 161-163]. В цей же період вперше було впроваджено поняття та запропоновані різновиди допоміжних професій, які були визначені як особливо чутливі до професійного вигорання.

У вказаний період у контексті соціальної психології проблемам вигорання були присвячені дослідницькі зусилля К. Масlach і С Джексон, які вивчали, як фахівці когнітивно справляються з емоційним збудженням у своїй роботі [65].

Найбільш визнаною і широко застосовуваною у світовій науці залишається трикомпонентна модель вигорання, розроблена К. Масlach і С. Джексон. Згідно із даною моделлю, запропонованою та оприлюдненою у 1981 р., вигорання є психологічним синдромом, що складається з трьох взаємопов'язаних, але якісно відмінних компонентів [65, с. 99-113], які подані схематично (дивись рис. 1.1.).



Рисунок 1.1 – Трикомпонентна модель вигорання за К. Маслач і С. Джексон

Перший компонент – це **емоційне виснаження**, яке описується як відчуття спустошеності, втрати енергетичних та емоційних ресурсів, нездатності далі віддавати себе роботі. Це центральний і найбільш очевидний прояв вигорання, який фахівці переживають як хронічну втому від самого факту роботи. Другий компонент – **деперсоналізація**, яка виявляється у формуванні цинічного, відстороненого, подекуди зневажливого ставлення до людей, яким надається допомога: пацієнтів, клієнтів, учнів. Це своєрідний психологічний захист, спосіб дистанціюватись від емоційного навантаження, яке вже стало нестерпним. Третім компонентом є **редукція особистісних досягнень**. Вона проявляється у зниженні відчуття власної компетентності та продуктивності, переживанні себе як неефективного фахівця, втраті задоволення від результатів праці [67]. Важливо наголосити, що у вимірюванні третього компонента логіка є зворотною: чим нижчий бал, тим вищий рівень вигорання, оскільки саме низька оцінка власних досягнень свідчить про його наявність [66; 67].

Поряд із моделлю К. Масlach у науковому просторі сформувались інші концептуальні підходи до розуміння вигорання. В. Шауфелі з колегами розробив альтернативну двовимірну модель, в якій вигорання визначається через виснаження та цинізм як протилежний полюс залученості [68, с. 397-422]. Т. Крістенсен запропонував ще більш мінімалістичну концепцію, зводячи вигорання до хронічного виснаження, — однак цей підхід зазнав критики з боку самих К. Масlach і В. Шауфелі, які наполягали, що редукція вигорання лише до втоми є концептуально неправомірною [71, с. 204-220]. У вітчизняному контексті В. Русанов здійснив детальний історичний огляд еволюції визначень вигорання — від Фройденбергера до включення феномену у МКХ-11 у 2019 році, — акцентуючи на необхідності враховувати культурний та інституційний контекст при вивченні вигорання медичних працівників [37]. Н. Марута та співавтори у комплексному аналітичному огляді підкреслюють, що кількість наукових публікацій, присвячених вигоранню медичних фахівців, суттєво зросла за останні роки, що свідчить як про масштаб проблеми, так і про зростаючий дослідницький інтерес до неї [23; 24].

Принципово важливим є розмежування вигорання із суміжними психологічними станами — стресом і втомою. На відміну від гострого стресу, який є реакцією на конкретну загрозу чи вимогу і може мати адаптивний характер, вигорання є результатом **хронічного** стресу, якому не знайдено ефективного вирішення [1; 50, с. 11-16]. Якщо звичайна втома минає після відпочинку та відновлення ресурсів, то вигорання зберігається навіть після відпустки чи вихідних і не знімається короткочасним перепочинком. Від депресії вигорання відрізняється насамперед своєю ситуативною прив'язаністю до роботи: людина, яка вигоріла, може отримувати задоволення від інших сфер життя, тоді як при депресії пригніченість охоплює всі сфери існування [2, с. 37-48]. Ця диференціація має не лише теоретичне, а й практичне значення: вона визначає тактику психологічної допомоги та вибір методів профілактики. Свіріч у своєму дослідженні наголошують, що вигорання виходить за межі індивідуальних реакцій і набуває фізіологічного та екзистенційного вимірів —

особливо у медичній професії, де воно нерідко переростає у кризу професійної ідентичності [4, с. 10-16; 5, с. 95-104].

Специфіка вигорання у «помагаючих» професіях, до яких належить і медицина, зумовлена самою природою фахової діяльності. Постійна інтенсивна взаємодія з людьми у ситуаціях болю, страждання та кризи; необхідність підтримувати «детачед концерн» — поєднання співчуття з емоційною відстороненістю; етичні дилеми та відповідальність за чужі долі — усе це формує специфічне професійне навантаження, яке не має аналогів в інших галузях [6, с. 17-24; 9, с. 101-113]. Н. Кавецька, С. Андрейчин і Н. Ярема підкреслюють, що у медичній сфері до цих чинників додаються дефіцит ресурсів, хронічне перевантаження та недостатня підтримка з боку керівництва — що разом створює умови, надзвичайно сприятливі для розвитку вигорання [13, с. 28-30]. Н. Марута зі співавторами звертають особливу увагу на те, що в українських реаліях ці чинники посилюються умовами воєнного стану, перетворюючи вигорання медиків на системну проблему охорони здоров'я [23; 24].

Таким чином, феномен професійного вигорання є багатовимірним психологічним конструктом, що не зводиться ні до стресу, ні до втоми, ні до депресії, а є самостійним синдромом із власною структурою, динамікою та специфічними чинниками виникнення. Трикомпонентна модель К. Маслач залишається методологічним підґрунтям переважної більшості сучасних досліджень і слугує теоретичною основою для розробки діагностичних інструментів та профілактичних програм, зокрема у контексті підвищення кваліфікації медичних працівників.

Отже, вигорання як психологічний феномен має чітку трикомпонентну структуру, якісно відрізняється від стресу і втоми, а у фахівців «помагаючих» професій набуває особливої виразності внаслідок специфіки міжособистісного навантаження у їхній діяльності.

1.2. Чинники та психологічні механізми виникнення професійного вигорання у медичних працівників

Проблема професійного вигорання у медичних працівників залишається однією з найгостріших у сучасній психологічній науці та системі охорони здоров'я. Згідно з класифікацією ВООЗ (МКХ-11, код QD85), синдром професійного вигорання визнано офіційним феноменом, пов'язаним зі сферою зайнятості [77].

Вивчення чинників виникнення вигорання у медичних працівників вимагає системного підходу, що охоплює організаційний, особистісний і ситуативний виміри. У дослідженнях встановлено, що розвиток синдрому є багатофакторним процесом, у якому провідну роль відіграють як об'єктивні організаційні чинники (надмірне навантаження, низька заробітна плата, дефіцит кадрів), так і суб'єктивні психологічні чинники (напружені стосунки в колективі, зниження емпатії, втрата сенсу професійної діяльності) [47; 49].

Організаційні чинники є найвагомішою групою детермінант вигорання у медицині. До них відносять: надмірне робоче навантаження і понаднормову зайнятість; хронічну нестачу кадрових та матеріальних ресурсів; жорстку регламентацію праці; дефіцит автономії у прийнятті рішень; незадовільний мікроклімат у колективі; низьку заробітну плату і відсутність суспільного визнання. Н. Теренда зі співавторами зазначають, що перелічені фактори не лише посилюють суб'єктивне відчуття навантаженості, а й формують стійке відчуття безпорадності та несправедливості, що є безпосереднім підґрунтям для розвитку емоційного виснаження [43, с. 29-33]. Особливо значущим є питання організації праці в умовах реформування системи охорони здоров'я України: скорочення ставок, підвищення норм обслуговування пацієнтів, адміністративна перевантаженість лікарів позбавляють медичних фахівців часу на відновлення та збільшують кількість ролей, що виконуються одночасно [32; 43].

Особистісні чинники утворюють другу за значущістю групу. До них відносяться: висока тривожність, емоційна нестійкість, низька самооцінка та

слабка Я-концепція; перфекціонізм і нереалістичні очікування щодо власної ефективності; трудоголізм і поведінка «типу А»; низький рівень емпатії та соціального інтелекту; неконструктивні стратегії подолання стресу (копінг-стратегії уникнення); висока потреба у зовнішньому схваленні. М. Павлюк разом із колегами систематизує ці особливості у дві групи: зовнішні (організаційні) та внутрішні (індивідуально-особистісні) чинники вигорання, підкреслюючи, що внутрішні чинники опосередковують вплив зовнішніх умов на суб'єктивний стан працівника [29, с. 227-240]. Відмінності у структурі вигорання за спеціальностями, виявлені у дослідженнях лікарів різного профілю, підтверджують, що саме особистісний тип фахівця — зокрема «інструментальний» чи «емоційний» — визначає переважний вид вигорання [29; 30; 31].

Дослідження Л. Бегези показало, що лікарі «інструментального типу» (хірурги, анестезіологи) демонструють вищий рівень емоційного виснаження та деперсоналізації: компонент виснаження на високому рівні фіксується у $57 \pm 4,7$ % обстежених, тоді як у лікарів так званих «контактних» спеціальностей ці показники нижчі на 3–5 %. При цьому деперсоналізація у медицині нерідко набуває форми функціонального захисту — своєрідного психологічного відсторонення, що дозволяє лікарю зберегти здатність до роботи в умовах постійного емоційного тиску [2, с. 38-46].

Ситуативні чинники охоплюють конкретні обставини, що провокують гострі стресові реакції на фоні хронічної напруги: смерть пацієнта, конфліктні ситуації з родичами хворих, надзвичайні події у відділенні, зміни режиму роботи. В умовах воєнного стану в Україні до ситуативних чинників додалися загроза фізичної безпеки, евакуація, масовий приплив поранених, дефіцит обладнання та медикаментів. А. Гільман та Т. Колопельник фіксують суттєве загострення всіх трьох компонентів вигорання у лікарів в умовах воєнного конфлікту, наголошуючи, що традиційні моделі профілактики виявляються недостатніми в екстремальних умовах [5, с. 95-104].

Емоційне навантаження та хронічний стрес є центральними психологічними механізмами виникнення вигорання. Медична діяльність за своєю природою передбачає інтенсивну емоційну залученість: лікар і медична сестра постійно взаємодіють із людьми в критичних станах, несуть відповідальність за їхнє здоров'я та життя, опосередковано переживають вторинне психологічне травмування. І. Юрченко зі співавторами характеризують цей процес як поступове виснаження «емоційного ресурсу» особистості: спочатку людина намагається компенсувати дефіцит внутрішніх ресурсів за рахунок ситуативної мобілізації, однак у разі відсутності відновлення формується хронічне напруження, яке поступово трансформується у синдром вигорання [50, с. 11-16].

Хронічний стрес є одночасно причиною і наслідком вигорання, утворюючи замкнене коло: надмірне навантаження викликає стрес. Стрес, у свою чергу, знижує ефективність і підвищує сприйнятливність до помилок. Помилки та невдачі посилюють тривогу та відчуття некомпетентності. Як результат, формується емоційне виснаження. Д. Асонов зазначає, що найбільшу вагу у виникненні синдрому мають саме трудові (організаційні) чинники, при цьому хронічний характер стресу є вирішальним — тоді як гострий стрес може навіть мобілізувати людину, тривалий і некерований стрес незмінно призводить до виснаження [1].

Рольові конфлікти є специфічним для медичної сфери чинником вигорання. Медичний працівник одночасно виконує кілька ролей, між якими виникають суперечності: лікар-клініцист і адміністратор, фахівець і педагог (наставник інтернів), професіонал і людина з власними потребами у відпочинку та приватному житті. Конфлікт між роллю «рятівника» (завжди бути готовим допомогти) і роллю людини, яка потребує відпочинку, є одним із найбільш поширених і психологічно руйнівних. До рольових конфліктів належить також суперечність між ціннісними установками лікаря і реальними умовами системи охорони здоров'я: неможливість надати пацієнту допомогу належного рівня

через брак ресурсів породжує моральне страждання (moral distress), яке суттєво прискорює вигорання [9, с. 101-113; 10, с. 23-30].

Лотоцька О. В. та колеги у дослідженні середнього медичного персоналу різнопрофільних відділень встановили, що найвищий рівень вигорання фіксується саме там, де рольове навантаження є найбільш суперечливим: у відділеннях інтенсивної терапії та реанімації медичні сестри поєднують технічно складну роботу з інтенсивним емоційним контактом з важкохворими та їхніми родичами. Гігієнічні умови праці (нічні зміни, тривалий час перебування на ногах, шум) посилюють фізичне виснаження і знижують психологічну стійкість, роблячи людину більш вразливою до рольових стресорів [21, с. 19-23].

Синдром хронічної втоми (СХВ) є суміжним із вигоранням станом, однак між ними існують суттєві відмінності. Вигорання є контекстуально обумовленим (пов'язане з конкретними умовами праці) і потенційно оборотним при зміні цих умов; СХВ має більш виражений соматичний компонент, включаючи імунологічні порушення, і зберігається навіть у стані відпочинку. Водночас хронічне вигорання може виступати передумовою розвитку СХВ, оскільки тривале емоційне виснаження порушує нейроендокринну регуляцію та знижує імунний захист. У медичних працівників ризик розвитку обох станів є синергетично підвищеним через поєднання психологічного навантаження та несприятливих умов праці [29, с. 229-240, 47, с. 91-101].

Поширеність вигорання в системі охорони здоров'я. Показники вигорання серед медичних працівників в Україні та у світі залишаються критично високими. За даними досліджень, від 20 % до 75 % медпрацівників перебувають у стані вигорання різного ступеня тяжкості залежно від спеціальності, регіону та умов праці. Дослідження А. Гільмана серед медичних працівників первинної ланки зафіксувало загальний показник вигорання на рівні 48,82 %: майже половина опитаних перебуває у стані помірного виснаження, а 4,1 % — у критичному стані, що потребує термінової психологічної допомоги. Найвищі показники зафіксовано за шкалою особистого вигорання ($M = 58,79\%$),

що відображає глибоке суб'єктивне відчуття знесилання, незалежно від досвіду роботи у кризових ситуаціях [5, с. 95-104].

Дані В. Чорної зі співавторами свідчать, що у 56,8 % респондентів чітко простежуються симптоми емоційного пригнічення та депресивних переживань, а 59,5 % медичних працівників повідомили про повне виснаження власних психоемоційних ресурсів. При цьому 23,6 % учасників дослідження демонструють попередники синдрому — субклінічний стан, за якого ризик переходу до повноцінного вигорання без профілактичного втручання є надзвичайно високим [47, с. 90-102].

В. Русанов у своєму дослідженні підкреслює, що традиційно наукові роботи зосереджуються переважно на індивідуальних чинниках вигорання, залишаючи поза увагою організаційні та системні детермінанти, а культурний та соціальний контекст — зокрема, умови медичної системи України — недостатньо враховується у інтервенційних програмах. Ця методологічна прогалина є важливою для розуміння специфіки вигорання саме у вітчизняній системі охорони здоров'я [37].

Таким чином, аналіз чинників та психологічних механізмів виникнення професійного вигорання у медичних працівників дозволяє зробити такі узагальнення. По-перше, вигорання є поліетіологічним феноменом, що виникає внаслідок взаємодії організаційних, особистісних і ситуативних чинників. По-друге, провідними психологічними механізмами є хронічний стрес, емоційне перевантаження та рольові конфлікти, що послідовно виснажують внутрішні ресурси особистості. По-третє, вигорання може переходити у синдром хронічної втоми. По-четверте, поширеність вигорання серед медичних працівників в Україні сягає критичного рівня, що потребує системних профілактичних заходів на індивідуальному та організаційному рівнях. Ці висновки визначають напрями емпіричного дослідження у подальших розділах роботи.

1.3. Резильєнтність та психологічне благополуччя як ресурси протидії вигоранню: теоретичні моделі та профілактичний потенціал

Сучасна психологічна наука розглядає резильєнтність і психологічне благополуччя не лише як показники психічного здоров'я, а й як активні ресурси, здатні протидіяти розвитку професійного вигорання. Особливої актуальності це набуває у медичній сфері, де рівень хронічного стресу є системно підвищеним, а умови праці лишають мало простору для природного відновлення. Розуміння теоретичних моделей резильєнтності та благополуччя, механізмів їхньої дії і профілактичного потенціалу є необхідною основою для розробки ефективних програм підтримки медичних працівників.

Концепція резильєнтності: витоки та сучасні підходи. Поняття резильєнтності (від англ. *resilience* — пружність, стійкість) прийшло до психології з природничих наук, де воно позначало здатність матеріалу повертатися до первинної форми після деформуючого впливу. У психологічному сенсі резильєнтність описує здатність особистості адаптуватися до стресових ситуацій, долати труднощі і відновлюватися після негативних подій без тривалих деструктивних наслідків. Г. Лазос у фундаментальному огляді сучасних досліджень виокремлює чотири хвилі концептуалізації резильєнтності: від розуміння її як природженої риси особистості — через процесуальний і системний підходи — до сучасного інтегративного погляду, що розглядає резильєнтність як динамічний процес взаємодії особистості із середовищем [20, с. 30-37]. Кожна з хвиль додала нові виміри розуміння феномену, однак ключовий висновок залишається незмінним: резильєнтність є не просто природженою стійкістю, а набутою компетентністю, яку можна розвивати й зміцнювати.

У психологічній науці сформувалося три основні площини розуміння резильєнтності: як риси або здатності особистості долати стрес; як динамічного процесу копіngu; як адаптаційно-захисного механізму, що дозволяє протистояти стресу або відновлюватися після психотравми [20, с. 30-37]. Для медичної

практики найбільш операційним є процесуальний підхід, що дає змогу описати конкретні поведінкові та когнітивні стратегії підтримки стійкості в умовах хронічного навантаження.

Концепція резильєнтності на робочому місці. Розвиток організаційної психології сприяв формуванню окремого напрямку — дослідженню резильєнтності на робочому місці (workplace resilience). Концептуальний внесок Robertson та співавторів полягає у виокремленні трьох рівнів: особистісного (здатність індивіда відновлюватися після стресових подій), командного (взаємна підтримка і колективне подолання труднощів) та організаційного (системне забезпечення умов для відновлення). Ця тривимірна модель є особливо цінною для медицини, оскільки дозволяє адресувати вигорання не лише на рівні окремого фахівця, а й на рівні відділення та закладу охорони здоров'я в цілому. О. Креденцер у теоретичному аналізі підходів до концепту резильєнтності в організаційній психології підтверджує: саме інтеграція особистісного та організаційного рівнів забезпечує стійкий профілактичний ефект [17, с. 124–136].

Резильєнтність на робочому місці включає кілька ключових компонентів: здатність сприймати виклики як можливості для зростання, а не лише як загрози (когнітивна гнучкість); навички саморегуляції в умовах стресу; розвинену соціальну мережу підтримки; відчуття значущості власної роботи; здатність зберігати сфокусованість і цілеспрямованість навіть у складних обставинах. Для медичних фахівців резильєнтність виконує подвійну захисну функцію: вона не лише знижує суб'єктивне відчуття стресу, а й підтримує якість надання медичної допомоги, яка прямо залежить від психологічного стану лікаря або медичної сестри [18, с. 85-95].

Психологічне благополуччя: моделі та виміри. Поряд із резильєнтністю, психологічне благополуччя є другим ключовим ресурсом протидії вигоранню. У. Нікітчук та В. Федун систематизують досвід вимірювання благополуччя через провідні міжнародні індекси та психологічні моделі, підкреслюючи, що це поняття є багаторівневим і включає як суб'єктивний компонент (оцінка власного стану і задоволеності), так і евдемоністичний (реалізація потенціалу, осмислене

існування) [28, с. 20-25]. Найбільш авторитетною психологічною моделлю залишається шестикомпонентна структура К. Ріфф, що включає: самоприйняття, позитивні стосунки з іншими, автономію, управління середовищем, особистісне зростання і цілеспрямованість у житті.

Н. Каргіна у теоретичному дослідженні психологічного благополуччя в екзистенційному вимірі показує, що справжнє благополуччя передбачає не просто відсутність страждання, а активне переживання сенсу і повноти буття [15, с. 127-136]. Цей підхід є принципово важливим для медичної сфери: вигорання починається саме з утрати відчуття сенсу в роботі, і відновлення благополуччя неможливе без повернення до екзистенційного виміру — питання «навіщо я це роблю» стає не менш важливим, ніж технічна якість роботи.

Модель PERMA М. Селігмана та її зв'язок із професійним здоров'ям медиків. Найбільш операційною моделлю психологічного благополуччя у контексті профілактики вигорання є модель процвітання (flourishing) PERMA, розроблена М. Селігманом у рамках позитивної психології. Аббревіатура розкривається через п'ять компонентів добробуту: Positive emotions (позитивні емоції) — переживання радості, вдячності, натхнення; Engagement (залученість) — стан потоку і глибокої включеності в діяльність; Relationships (стосунки) — якісні, підтримуючі міжособистісні зв'язки; Meaning (сене) — відчуття значущості того, що ти робиш; Accomplishment (досягнення) — переживання успіху і компетентності. О. Савченко та Д. Лавриненко здійснили першу україномовну адаптацію методики «PERMA-Профайлер», підтвердивши її надійні психометричні властивості та застосовність в українській вибірці, що відкриває можливості для емпіричних досліджень процвітання у вітчизняному контексті [39, с. 167-178].

Зв'язок між PERMA і вигоранням є оберненим і системним: кожен з компонентів моделі прямо протидіє відповідному виміру вигорання. Позитивні емоції нейтралізують емоційне виснаження; залученість є антиподом деперсоналізації та відстороненості; якісні стосунки з колегами і пацієнтами підтримують соціальний ресурс, що захищає від ізоляції; відчуття сенсу у роботі

— найпотужніший захист від редукції особистих досягнень; а переживання успіху підтримує самоефективність навіть у складних умовах. Таким чином, цілеспрямоване підвищення рівня процвітання за моделлю PERMA є одночасно стратегією профілактики вигорання, а не лише розвитку позитивних якостей [39, с. 167-178; 72].

Ресурсна модель збереження С. Гобфолла і механізм вигорання. Для розуміння зв'язку між ресурсами особистості і вигоранням надзвичайно важливою є теорія збереження ресурсів (Conservation of Resources Theory, COR) С. Гобфолла (Hobfoll). Відповідно до цієї моделі, стрес виникає у трьох ситуаціях: коли ресурси людини перебувають під загрозою; коли ресурси вже втрачені; коли інвестиції ресурсів не приносять очікуваної віддачі. У контексті вигорання ця концепція пояснює ключовий механізм: тривале витрачання ресурсів (емоційних, когнітивних, фізичних) без їхнього поповнення запускає «спіраль втрат» — кожна наступна втрата ресурсу підвищує вразливість до подальших втрат, що прискорює розвиток виснаження. Саме тому профілактика вигорання у ресурсній парадигмі — це не лише усунення стресорів, а й активне нарощування і збереження ресурсів: особистісних (резильєнтність, самоефективність, оптимізм), соціальних (підтримка колег, наставництво) та організаційних (автономія, справедливість, визнання) [8, с. 47-52; 46, с. 35-40].

Особливо небезпечним у ресурсній моделі є так звана «спіраль втрат»: коли людина вже перебуває в стані виснаження, навіть невеликий додатковий стресор завдає непропорційно великої шкоди, оскільки вона не має достатнього буфера ресурсів для його нейтралізації. Навпаки, «спіраль набуттів» — процес накопичення ресурсів — формує стійкість, за якої навіть значні стресори не призводять до критичного виснаження. Інвестування в розвиток резильєнтності і підтримку благополуччя медичних працівників має саме такий накопичувальний характер: кожен крок у нарощуванні ресурсів підвищує стійкість до наступних стресових впливів [5, с. 95–104; 46, с. 35-40].

Взаємозв'язок резильєнтності та благополуччя. Резильєнтність і психологічне благополуччя є взаємопов'язаними, але відмінними конструктами.

Резильєнтність — це динамічна здатність, що виявляється у відповідь на стресор; благополуччя — це базовий стан особистості, який і визначає ресурсний потенціал цієї відповіді. О. Креденцер та Д. Сергієнко в емпіричному дослідженні підтвердили: резильєнтність є значущим предиктором суб'єктивного благополуччя фахівців допомагаючих професій, і цей зв'язок є двостороннім — вищий рівень благополуччя, своєю чергою, підвищує ресурс для прояву резильєнтності в стресових ситуаціях [18, с. 85-95]. Таким чином, між цими двома конструктами існує позитивний зворотний зв'язок, що має принципове значення для профілактики: підвищення будь-якого з них автоматично зміцнює і другий.

Н. Дейнека, М. Марущак з колегами у дослідженні психологічної стійкості медичних сестер різних відділень доводять: медсестри з вищим рівнем резильєнтності достовірно рідше схильні до вигорання, довше зберігають мотивацію до роботи і забезпечують вищу якість догляду за пацієнтами [6, с. 16-24]. При цьому резильєнтність включає не лише поведінкові, а й емоційні та когнітивні складові: позитивне мислення, здатність переосмислювати труднощі, переживання роботи як значущої та цінної.

Профілактичний потенціал резильєнтності та благополуччя у підвищенні кваліфікації медиків. Розуміння того, що резильєнтність є компетентністю, яку можна розвивати, відкриває значний профілактичний потенціал у системі підготовки та підвищення кваліфікації медичних фахівців. В. Шульгай обґрунтовує необхідність цілеспрямованого формування навичок резильєнтності вже у процесі підготовки медичних працівників: самоефективність, планування, самоконтроль, відданість справі і наполегливість є не лише особистісними рисами, а й компетентностями, що набуваються і вдосконалюються в ході навчання [48, с. 126-129; 49, с. 44-47]. Психологічна стійкість захищає медичного працівника від наслідків професійного стресу і підвищує здатність відновлювати відчуття контролю над власним станом і ситуацією.

О. Чиханцова у дослідженні розвитку резильєнтності в ситуаціях невизначеності описує конкретні психологічні механізми, через які цей розвиток відбувається: переосмислення травматичного досвіду, формування конструктивних стратегій подолання, розвиток толерантності до невизначеності, зміцнення опорних стосунків [46, с. 35-40]. Ці механізми можуть бути цілеспрямовано включені до програм підвищення кваліфікації медичних фахівців у форматі тренінгів, балінтівських груп, супервізії та психологічних майстерень. Профілактичні програми, побудовані на засадах позитивної психології і ресурсного підходу, демонструють подвійний ефект: вони одночасно знижують рівень вигорання і підвищують задоволеність роботою, що особливо важливо для утримання кадрів у системі охорони здоров'я.

Дані дослідження А. Гільмана щодо медичних працівників первинної ланки підтверджують, що хронічний стрес і ризик вигорання є системними незалежно від досвіду роботи в кризових ситуаціях [5, с. 96-103]. Це означає, що профілактичне втручання, спрямоване на зміцнення резильєнтності і підтримку благополуччя, є необхідним для всіх категорій медичного персоналу — не лише для «груп ризику», а й для тих, хто зовні виглядає цілком адаптованим.

Таким чином, теоретичний аналіз концепцій резильєнтності та психологічного благополуччя дозволяє зробити такі узагальнення. По-перше, резильєнтність є динамічним, розвиваємим ресурсом особистості, що функціонує на трьох рівнях — індивідуальному, командному та організаційному — і забезпечує активну адаптацію до стресових умов медичної праці. По-друге, модель PERMA описує процвітання як системний конструкт, кожен компонент якого прямо протидіє відповідному виміру вигорання, роблячи цільове підвищення рівня процвітання потужним профілактичним інструментом. По-третє, ресурсна теорія Гобфолла пояснює механізм, за яким накопичення ресурсів резильєнтності і благополуччя формує «спіраль набуттів», що захищає від виснаження навіть у умовах високого хронічного навантаження. По-четверте, резильєнтність і благополуччя є взаємопов'язаними конструктами, розвиток будь-якого з яких зміцнює і другий. По-п'яте, оскільки ці якості є набутими

компетентностями, вони мають бути цілеспрямовано включені до програм підготовки та підвищення кваліфікації медичних фахівців як обов'язкова складова їхнього професійного здоров'я. Ці теоретичні положення визначають методологічне підґрунтя для емпіричного дослідження, описаного у наступних розділах роботи.

1.4. Підвищення кваліфікації працівників галузі охорони здоров'я як середовище психологічної профілактики: зарубіжний та вітчизняний досвід

Підвищення кваліфікації медичних працівників традиційно розглядається як механізм оновлення клінічних знань та практичних навичок. Однак в умовах системного зростання поширеності професійного вигорання, хронічного стресу та морального дистресу у медичній галузі цей процес набуває якісно нового виміру — середовища психологічної профілактики та підтримки професійного здоров'я. Визнання психологічної компетентності повноправною складовою професійної підготовки медика відкриває можливість цілеспрямованого включення профілактичних програм у систему безперервного професійного розвитку, роблячи психологічну підтримку доступною, систематичною та нестигматизованою.

Нормативно-правове регулювання підвищення кваліфікації в охороні здоров'я України. Система підвищення кваліфікації медичних працівників в Україні зазнала суттєвого реформування у 2021–2022 роках. Ключовим нормативним документом стала Постанова Кабінету Міністрів України від 14 липня 2021 року № 725 «Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку медичних та фармацевтичних працівників», яка набрала чинності з 1 січня 2022 року [33]. Відповідно до неї усі лікарі та фармацевти України зобов'язані здійснювати безперервний професійний розвиток (БПР). З 1 січня 2023 року ця вимога поширилася також на молодших спеціалістів, бакалаврів і магістрів з медсестринства. Додатковим

нормативним підґрунтям є наказ МОЗ України від 16 квітня 2025 року № 650, що визначає порядок підготовки фахівців з фаховою передвищою та вищою немедичною освітою і враховує сучасні потреби галузі [34].

Система БПР передбачає обов'язкове накопичення балів через різноформатні заходи: конференції, тренінги, вебінари, стажування, самоосвіту та атестацію. Принципово важливим є те, що чинна нормативна база жодним чином не обмежує тематику заходів клінічним змістом — психологічні, комунікативні та особистісно орієнтовані програми є повноправними компонентами БПР, що відкриває законодавчо закріплений простір для інтеграції заходів психологічної профілактики. На практиці, однак, психологічний складник залишається периферійним у переважній більшості програм підвищення кваліфікації, і подолання цього дисбалансу є одним із пріоритетних завдань реформування галузевої освіти [11; 12; 13].

Психологічний зміст безперервного професійного розвитку. Концепція безперервного професійного розвитку за своєю природою є не суто когнітивним, а глибоко особистісним процесом. Теоретичним підґрунтям цього розуміння слугує транзактна модель стресу Р. Лазаруса та С. Фолкман, яка розглядає суб'єктивну оцінку ситуації і ресурсів як ключову детермінанту стресової реакції. З цієї позиції підвищення кваліфікації впливає не лише на обсяг клінічних знань, а й на когнітивну оцінку власної компетентності — центральний ресурс, що захищає від вигорання. Н. Кавецька зі співавторами описують, як психотипологічні особливості медичного фахівця визначають його вразливість до вигорання, і підкреслюють, що без врахування індивідуальних психологічних характеристик стандартні програми підвищення кваліфікації мають обмежений профілактичний ефект [13, с. 27-31].

В. Шульгай обґрунтовує концептуальний зсув у підготовці медичних фахівців: резильєнтність і комунікативна компетентність мають формуватися не як супутні, а як центральні компетентності медичної освіти. Серед ключових компонентів, що підлягають розвитку у рамках БПР, дослідник виокремлює самоефективність, здатність до планування і самоконтролю, наполегливість та

відданість справі — якості, що формують психологічний «хребет» стійкості до вигорання [48, с. 125-130; 49, с. 43-48]. Цей підхід відповідає сучасним міжнародним стандартам медичної освіти, де психологічне благополуччя лікаря визнається не особистою справою, а системним пріоритетом закладу охорони здоров'я.

Важливим виміром психологічного змісту БПР є також розвиток здатності до рефлексії - усвідомленого осмислення власного досвіду, емоційного стану і меж. Н. Дейнека із колегами у дослідженні медсестер різних відділень показує, що психологічна стійкість охоплює поведінковий, емоційний і когнітивний рівні, і є не природженою рисою, а компетентністю, яка розвивається в ході активного навчання і рефлексивних практик [6, с. 18-23]. Отже, БПР, побудований на рефлексивних методах, не лише навчає, але й безпосередньо зміцнює психологічне здоров'я медичного фахівця.

Можливості інтеграції профілактичних програм у процес підвищення кваліфікації. Психологічна профілактика вигорання є найефективнішою, коли вона є систематичною, доступною і не потребує від фахівця самотійного звернення по допомогу — адже саме готовність визнати проблему є першим і найважчим кроком. Інтеграція профілактичних програм у цикли підвищення кваліфікації вирішує цю проблему: медичний працівник отримує психологічну підтримку як частину стандартного освітнього процесу, без стигматизації і без необхідності ідентифікувати себе як «того, хто потребує допомоги».

Р. Іващенко та В. Огнєв у масштабному медико-соціальному дослідженні на вибірці 483 медичних працівників розробили структурно-функціональну модель раннього виявлення та профілактики синдрому вигорання. Серед шести індексів, що входять до моделі, особливу роль відіграє індекс навчальної готовності (LRI — Learning Readiness Index), який відображає готовність медичного працівника до участі у профілактичних програмах і опанування нових підходів до роботи з власним станом. Цей показник є одночасно індикатором ризику (низька готовність до навчання корелює з вищим рівнем вигорання) і мішенню для втручання [12]. Дослідники встановили, що включення профілактичних модулів

у цикли підвищення кваліфікації підвищує LRI і знижує індекс стресового навантаження у медичних фахівців.

Р. Іващенко та М. Григоров у дослідженні 206 медичних фахівців ідентифікували, що стресостійкість і доступ до соціальної підтримки є двома найвагомішими ендогенними факторами захисту від вигорання [11]. Ці дані мають пряме значення для структури профілактичних програм: ефективна інтеграція у БПР має включати, по-перше, тренінги стресостійкості та саморегуляції і, по-друге, заходи, що будують і зміцнюють соціальну підтримку всередині колективу — балінтівські групи, інтервізії, командні супервізії.

Теренда Н. О. зі співавторами, узагальнюючи зарубіжний досвід подолання вигорання у медицині, виокремлюють сеанси групової психотерапії за методом Балінта як найбільш апробовану і дієву форму профілактики, яка органічно вбудовується у формат підвищення кваліфікації [43, с. 30-32]. Балінтівська група — структурований формат колегіального обговорення складних клінічних і міжособистісних ситуацій — поєднує дидактичний і терапевтичний потенціал: одночасно розвиває рефлексивні навички і знижує емоційне навантаження. Це робить її особливо цінним інструментом для включення у цикли БПР.

Огляд доказових практик профілактики вигорання у медицині. Світова доказова база профілактики вигорання у медицині нараховує кілька добре вивчених форматів інтервенцій, кожен з яких має свої механізми дії, показання та обмеження. Класифікація профілактичних заходів передбачає три рівні: первинний (запобігання розвитку вигорання), вторинний (рання діагностика і корекція) та третинний (реабілітація після вигорання). У контексті підвищення кваліфікації найбільш операційними є заходи первинного та вторинного рівнів.

Mindfulness-based interventions (MBI) — інтервенції на основі усвідомленості — є найбільш дослідженим форматом профілактики вигорання у медицині. Програми типу MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction) та MBCT (Mindfulness-Based Cognitive Therapy) у численних рандомізованих дослідженнях демонструють значуще зниження рівня емоційного виснаження, тривоги і депресії у медичних працівників. Механізм дії ґрунтується на розвитку

метакогнітивного усвідомлення: практикуючи усвідомленість, медичний фахівець навчається спостерігати за власними стресовими реакціями без автоматичної ідентифікації з ними, знижуючи реактивність і відновлюючи ресурс [9, с. 102-112; 10, с. 24-28]. Ключовою перевагою МВІ є можливість навчання в груповому форматі протягом 8 тижнів, що ідеально відповідає структурі циклів підвищення кваліфікації. Т. Пастрик та В. Шатило у дослідженні медичних сестер гастроентерологічних і проктологічних відділень фіксують, що систематична робота з усвідомленістю знижує проявність морального дистресу і покращує психологічну підтримку в команді — ефекти, що безпосередньо протидіють розвитку вигорання [31, с. 194-198].

CBT-based programs (когнітивно-поведінкові програми) є другим за поширеністю доказовим форматом. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) у профілактиці вигорання адресує дисфункційні переконання (перфекціонізм, надмірну відповідальність, стереотипи про «правильного лікаря»), патологічні поведінкові патерни (відмова від відпочинку, неможливість делегувати) та когнітивні спотворення (катастрофізація, надмірне узагальнення невдач). Л. Засекіна та Т. Пастрик представили доказову когнітивно-поведінкову психоедукаційну програму для медичних фахівців, ефективність якої підтверджена на рівні $p < 0,001$: після проходження програми показники емоційної дисрегуляції у медпрацівників, які взаємодіють із хронічно хворими пацієнтами, достовірно знизилися [10, с. 24-28]. Програма будується на принципах атрибутивної моделі мотивації та емоцій, що дозволяє адресувати як когнітивний, так і емоційний рівень реагування на стрес.

У ширшому контексті, Л. Засекіна та А. Мартинюк у дослідженні медпрацівників в умовах тривалого травматичного стресу показують, що компасійна втома і моральний дистрес — два суміжних з вигоранням феномени — добре піддаються корекції через структуровані психоедукаційні програми з елементами КПТ, які можуть бути вбудовані у формат навчальних заходів [9, с. 102-112]. Особливо важливою є превентивна психоедукація — розвиток у

медичних фахівців здатності розпізнавати ранні ознаки вигорання в собі та колегах, що є першим кроком до своєчасного звернення по підтримку.

Supervision (супервізія) та інтервізія — ще один добре обґрунтований формат профілактичної роботи, що органічно вписується у процес підвищення кваліфікації. Супервізія передбачає роботу медичного фахівця під керівництвом більш досвідченого колеги-психолога або лікаря; інтервізія — горизонтальний колегіальний формат без ієрархії. Обидва формати виконують потрібну функцію: навчальну (розбір складних клінічних і міжособистісних ситуацій), психогігієнічну (відреагування накопичених емоцій) і соціальну (формування відчуття спільноти та взаємної підтримки). Вітчизняні дослідники підкреслюють, що програми психологічної підтримки, що включають групові форми роботи, є найбільш ефективними для зниження вигорання саме тому, що адресують не лише індивідуальний, а й командний і організаційний рівні проблеми [8; 14].

Р. Іващенко та В. Огнєв у розробленій моделі профілактики включають окремий індекс доступу до допомоги (АНІ — Access to Help Index), фіксуючи, що відсутність доступних форм психологічної підтримки є самостійним фактором ризику вигорання [12]. Саме тому інтеграція балінтівських груп, супервізій та психоедукаційних заходів у регулярні цикли підвищення кваліфікації — а не лише у кризові моменти — є стратегічно важливою для зниження поширеності вигорання на системному рівні.

Вітчизняний та зарубіжний досвід: зіставлення та уроки. Зарубіжний досвід профілактики вигорання у медицині характеризується системністю і структурністю: у провідних системах охорони здоров'я США, Великої Британії та країн ЄС програми підтримки добробуту лікарів є обов'язковою, фінансово забезпеченою складовою роботи медичних закладів та медичних шкіл. Ключовим принципом є «normalized well-being» — нормалізація турботи про власне психологічне здоров'я як очікуваної і схвалюваної поведінки лікаря, а не ознаки слабкості.

У вітчизняному контексті ситуація є принципово іншою: більшість медичних закладів не мають штатних психологів, а психологічна підтримка медичного персоналу залишається здебільшого ситуативною і неформалізованою. Р. Іващенко та В. Огнєв констатують, що стандартизовані моделі раннього виявлення та профілактики вигорання в Україні залишаються недостатньо розробленими, незважаючи на зростаюче визнання проблеми [12]. Разом з тим нормативна база 2021–2023 років формує необхідне підґрунтя для системних змін: обов'язковий характер БПР, його відкрита тематична рамка і розвинена цифрова інфраструктура (система НПР) створюють технічні умови для масштабованого впровадження психологічних профілактичних модулів.

Л. Засєкіна та А. Мартинюк звертають увагу на специфіку поточного українського контексту: умови тривалого травматичного стресу, спричинені воєнним конфліктом, підвищують ризик вигорання у медичних фахівців до критичного рівня і водночас знижують їхню здатність самотійно ініціювати пошук допомоги [9, с. 102-110]. Це означає, що пасивна модель («хочеш — приходи») є принципово недостатньою: потрібна активна інтеграція психологічної підтримки у звичні освітні і робочі рутини медичних фахівців. Підвищення кваліфікації є оптимальним середовищем для реалізації цієї стратегії.

Таким чином, підвищення кваліфікації медичних працівників в Україні має значний нереалізований потенціал як середовище психологічної профілактики. Узагальнення теоретичних і практичних матеріалів дозволяє сформулювати такі висновки. По-перше, нормативна база 2021–2023 років формує правові умови для систематичного включення психологічних профілактичних програм у цикли БПР. По-друге, психологічний зміст безперервного розвитку — розвиток резильєнтності, рефлексивних і комунікативних навичок, стресостійкості — є рівноправним із клінічним компонентом. По-третє, доказові практики профілактики вигорання — MBI, CBT-based програми, балінтівські групи, супервізія та інтервізія — є масштабованими, добре структурованими і придатними для вбудовування у формат підвищення кваліфікації. По-четверте, в

умовах тривалого стресу системна інтеграція психологічної підтримки у звичні освітні рутини є єдиною реалістичною стратегією первинної профілактики вигорання у масштабах галузі. Ці висновки окреслюють методологічні орієнтири для розробки профілактичної програми, описаної у наступних розділах роботи.

Висновки до розділу 1

Теоретико-методологічний аналіз, здійснений у першому розділі, дозволяє сформулювати такі висновки відповідно до поставлених завдань дослідження.

1. Теоретичні підходи до вивчення феномену професійного вигорання. Феномен професійного вигорання вперше описаний Г. Фройденбергером у 1974 році як стан поступового фізичного, емоційного та когнітивного виснаження, що виникає внаслідок хронічного надмірного навантаження у «помагаючих» професіях. Найбільш визнаною та методологічно обґрунтованою залишається трикомпонентна модель К. Масlach і С. Джексона (1981), відповідно до якої вигорання є психологічним синдромом, що включає емоційне виснаження, деперсоналізацію та редукцію особистісних досягнень. Поряд із нею у науковому просторі існують альтернативні підходи — двовимірна модель Шауфелі (виснаження та цинізм) і мінімалістична концепція Крістенсена, — однак вони зазнали концептуальної критики за редукцію складного синдрому до одного виміру. У 2019 році ВООЗ включила синдром вигорання до МКХ-11 (код QD85), надавши йому офіційного статусу. Принципово важливим є розмежування вигорання із суміжними станами — стресом, втомою і депресією: на відміну від них, вигорання є хронічним, контекстуально прив'язаним до роботи і не знімається короткочасним відпочинком, що визначає специфіку підходів до його профілактики та подолання.

2. Чинники та психологічні механізми розвитку вигорання у медичних працівників. Встановлено, що виникнення вигорання у медицині є поліетіологічним процесом, детермінованим взаємодією трьох груп чинників.

Організаційні чинники — надмірне робоче навантаження, дефіцит ресурсів, низька автономія, несправедливе винагородження — формують системний контекст виснаження. Особистісні чинники — перфекціонізм, емоційна нестійкість, дисфункційні копінг-стратегії, психотипологічні особливості — визначають індивідуальну вразливість до стресорів. Ситуативні чинники — смерть пацієнта, моральні дилеми, конфлікти з родичами хворих, в умовах воєнного стану — загроза фізичній безпеці та масовий приплив поранених — є тригерами гострих стресових реакцій на тлі хронічного виснаження. Центральними психологічними механізмами вигорання є хронічний стрес (що утворює замкнений деструктивний цикл), емоційне навантаження та рольові конфлікти. Емпіричні дані свідчать, що поширеність вигорання серед медичних працівників в Україні сягає критичного рівня — від 48,82 % серед медиків первинної ланки до 59,5 % серед фахівців, які повністю вичерпали психоемоційні ресурси, — що кваліфікує проблему як системну загрозу для охорони здоров'я та вимагає структурованих профілактичних заходів.

3. Резильєнтність та психологічне процвітання як ресурси подолання вигорання. Аналіз теоретичних моделей і емпіричних даних підтверджує, що резильєнтність і психологічне процвітання виступають активними ресурсами протидії вигоранню, а не лише індикаторами психічного здоров'я. Резильєнтність, розглянута через концепцію *workplace resilience* (Robertson та ін.), функціонує на трьох взаємопов'язаних рівнях — індивідуальному, командному та організаційному — і є набутою компетентністю, доступною для цілеспрямованого розвитку. Модель психологічного процвітання PERMA (М. Селігман), вперше адаптована для українських вибірок Савченком О. В. та Лавриненком Д. Г., описує п'ять компонентів благополуччя, кожен з яких прямо протидіє відповідному виміру вигорання: позитивні емоції — емоційному виснаженню, залученість — деперсоналізації, сенс — редукції досягнень. Теорія збереження ресурсів С. Гобфолла пояснює механізм, за яким нарощування резильєнтності і процвітання запускає «спіраль набуттів», що захищає від виснаження навіть в умовах значного хронічного навантаження. Оскільки

резильєнтність і благополуччя є взаємопотенціюючими конструктами і розвиваємими компетентностями, їхній цілеспрямований розвиток у рамках безперервного професійного розвитку медичних фахівців визначено як стратегічний напрям профілактики вигорання в системі охорони здоров'я України.

Таким чином, теоретико-методологічне підґрунтя дослідження охоплює концептуальну модель вигорання як трикомпонентного синдрому, системний аналіз його детермінант у медичній галузі та ресурсну парадигму профілактики, що інтегрує резильєнтність і психологічне процвітання. Ці положення слугують теоретичною основою для розробки та обґрунтування методологічного апарату емпіричного дослідження, представленого у наступних розділах роботи.

РОЗДІЛ 2.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ ТА ПОВ'ЯЗАНИХ ПСИХОЛОГІЧНИХ ХАРАКТЕРИСТИК У ПРАЦІВНИКІВ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Організація та методичне забезпечення дослідження

Виродовж емпіричної частини дослідження досягалися такі завдання:

- вивчення рівня та структури професійного вигорання працівників системи охорони здоров'я у процесі підвищення кваліфікації;
- встановлення взаємозв'язку між показниками вигорання та психологічними ресурсами особистості, зокрема резильєнтністю та психологічним процвітанням;
- виокремлення психологічні профілі працівників за рівнем вигорання та ресурсними характеристиками.

Гіпотеза дослідження передбачала, що існує статистично значущий взаємозв'язок між рівнем професійного вигорання та психологічними характеристиками працівників системи охорони здоров'я, а саме: вищий рівень резильєнтності та психологічного благополуччя пов'язаний із нижчим рівнем вигорання. Також припускалося, що показники вигорання можуть відрізнятися залежно від професійного стажу, віку та умов професійної діяльності.

Дослідження має кореляційний дизайн і здійснювалося у формі одноразового (поперечного) опитування. У межах дослідження було проведено емпіричне обстеження працівників системи охорони здоров'я під час проходження ними освітнього процесу з підвищення кваліфікації з використанням стандартизованих психодіагностичних методик.

У дослідженні взяли участь 170 працівників галузі охорони здоров'я різних спеціальностей, які проходили післядипломне навчання та підвищення кваліфікації в Національному університеті охорони здоров'я України імені

П. Л. Шупика, передусім, на циклах вторинної спеціалізації з лікувальних та діагностичних (лабораторний) спеціальностей. Вибірка є різномірною за віком, стажем професійної діяльності, спеціалізацією та умовами праці, що забезпечує можливість комплексного аналізу досліджуваних показників.

Для досягнення мети дослідження було обрано ряд психодіагностичних методик, що дозволяють всебічно оцінити як рівень професійного вигорання, так і ресурсні характеристики особистості.

Методика «Оцінка рівня професійного вигорання» за К. Масlach, використана для діагностики трьох основних компонентів синдрому вигорання: емоційного виснаження, деперсоналізації та редукції професійних досягнень. Дана методика є однією з найбільш валідних та широко застосовуваних у дослідженнях професійного вигорання. Її докладний опис подано у додатку А [7; 64].

Опитувальник для виявлення синдрому професійного вигорання (О. Чабан, 2025) застосовано з метою комплексної оцінки симптоматики вигорання, включаючи емоційні, когнітивні та поведінкові прояви. Методика дозволяє отримати інтегральний показник вигорання, а також оцінити його окремі симптоматичні прояви. Докладний опис даної методики подано у додатку Б [45].

Шкала резильєнтності на робочому місці (Resilience at Work Scale, R@W) використана для оцінки здатності особистості ефективно функціонувати в умовах професійного стресу, адаптуватися до труднощів та зберігати психологічну стійкість. Опис даної методики подано у додатку В [25, с. 60-69].

PERMA-профайлер (короткий багатовимірний опитувальник психологічного процвітання) застосовано для оцінки рівня психологічного благополуччя за ключовими компонентами: позитивні емоції, залученість, стосунки, смисл та досягнення. Опис вказаної методики подано у додатку Г [39, с. 167-178].

Застосування комплексу зазначених методик, на наш погляд, забезпечує багатовимірний підхід до вивчення проблеми професійного вигорання та

дозволяє виявити як негативні, так і ресурсні аспекти функціонування особистості.

Збір емпіричних даних здійснювався за допомогою онлайн-опитування із використанням платформи Google Forms. Участь у дослідженні була добровільною та анонімною. Респондентам було надано інформацію щодо мети дослідження та гарантії конфіденційності отриманих даних як безпосередньо на заняттях в межах відповідних циклів спеціалізації, так і через розсилку на платформах Viber та Telegram в чати їх навчальних груп через профільні кафедри та кураторів даних циклів. Посилання на використану для опитування респондентів Гугл-форму та скріншот її першої сторінки подано у додатку Д.

Для обробки емпіричних даних було використано програму Jamovi.

У дослідженні застосовано такі методи математико-статистичного аналізу: описова статистика (обчислення середніх значень та стандартного відхилення); порівняльний аналіз (t-критерій Стюдента) для виявлення відмінностей між групами; кореляційний аналіз Пірсона для визначення взаємозв'язків між показниками.

Як уже вказувалося вище, у дослідженні взяли участь 170 респондентів – працівників галузі охорони здоров'я різних спеціальностей та з різним професійним досвідом.

Аналіз розподілу респондентів за стажом роботи у галузі охорони здоров'я (див. таб. 2.1) показав, що найбільшу частку становлять фахівці зі стажом до 10 років — 35,29%.

Таблиця 2.1 - Розподіл респондентів дослідження за стажом роботи у галузі охорони здоров'я

№ з/п	Загальний стаж у галузі ОЗ	Кількість респондентів	% у вибірці
1	до 10 років	60	35,29
2	від 11 до 20 років	28	16,47
3	від 21 до 30 років	40	23,53
4	31 до 40 років	27	15,88
5	понад 41 рік	15	8,82
	Разом:	170	100,00

Досить значною є також група респондентів зі стажем від 21 до 30 років (23,53%). Частка осіб зі стажем 11–20 років становить 16,47%, а зі стажем 31–40 років — 15,88%. Найменш чисельною є група респондентів зі стажем понад 41 рік — 8,82%. Отримані дані свідчать про представленість у вибірці як молодих спеціалістів, так і досвідчених працівників.

Переважає у вибірці фахівців зі стажем до 10 років (35,29%) може пояснюватися тим, що молоді спеціалісти частіше проходять цикли вторинної спеціалізації для отримання нової кваліфікації. Водночас значна представленість працівників зі стажем 21–30 років (23,53%) може свідчити про те, що потреба в підвищенні кваліфікації зберігається і на етапі професійної зрілості. З погляду дослідження вигорання такий розподіл є інформативним (див. рис 2.1.): він дозволяє порівняти прояви синдрому на різних етапах професійного становлення, а саме: від періоду адаптації до етапу можливого накопичення хронічного стресу.

Ваш загальний стаж (стаж медичної чи іншої діяльності в галузі охорони здоров'я):
170 ответов

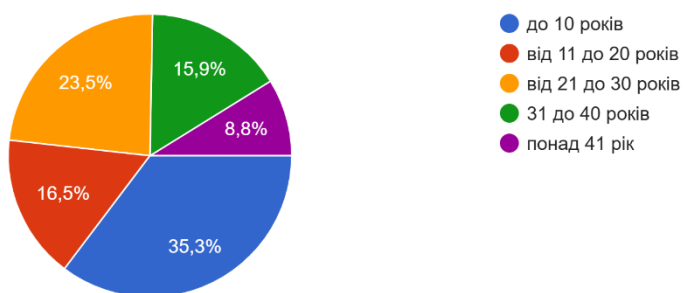


Рисунок 2.1 - Розподіл респондентів дослідження за стажем роботи у галузі охорони здоров'я

Віковий розподіл респондентів є відносно рівномірним (див. таб. 2.2.). Найбільшу частку становлять особи віком 51–60 років (24,12%), дещо менше — 41–50 років (22,35%) та 31–40 років (21,18%). Респонденти віком до 30 років складають 20,59%, а найменшу частку становлять особи віком від 61 року і

старше — 11,76%. Такий розподіл дозволяє враховувати вікові особливості професійного функціонування медичних працівників.

Таблиця 2.2. - Віковий розподіл респондентів дослідження

№ з/п	Вік респондентів	Кількість респондентів	% у вибірці
1	до 30 років	35	20,59
2	31-40 років	36	21,18
3	41-50 років	38	22,35
4	51-60 років	41	24,12
5	від 61 року і старше	20	11,76
	Разом:	170	100,00

Віковий склад вибірки (див. рис. 2.2) має значення для аналізу вигорання з кількох причин. По-перше, літературні дані вказують на нелінійний зв'язок між віком та вигоранням: молоді працівники частіше демонструють високий рівень емоційного виснаження через невідповідність очікувань реальності, тоді як у старших вікових групах може спостерігатися накопичена втома або, навпаки, вироблені адаптивні стратегії [16; 19; 22] . По-друге, різні вікові когорти формувалися в різних умовах системи охорони здоров'я, що могло вплинути на їхні ресурси резильєнтності [25, с. 62-65].

Ваш вік
170 ответов

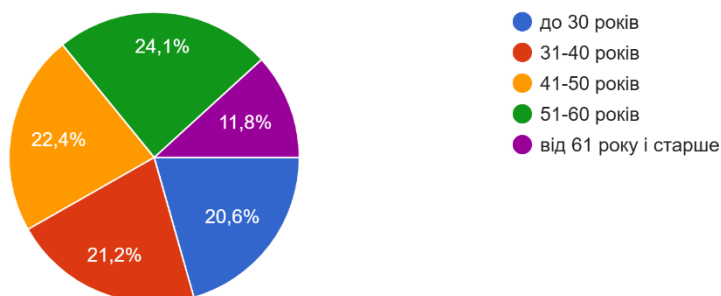


Рис. 2.2 - Віковий розподіл респондентів дослідження

За спеціальністю (див. таб. 2.3) найбільші групи респондентів представлені діагностичними спеціальностями та педіатрією — по 20,00%. Значну частку становлять також представники терапевтичного напрямку (17,06%). Менше

представлені фахівці у сфері психічного здоров'я (10,00%), судово-медичної експертизи (7,65%) та громадського здоров'я (7,06%). Частка представників первинної медичної допомоги та хірургічного напрямку становить по 5,29%, інші спеціальності — 7,65%. Це свідчить про достатню різноманітність професійного складу вибірки.

Таблиця 2.3 - Розподіл респондентів дослідження за групами спеціальностей

№ з/п	Спеціальність респондентів	Кількість респондентів	% у вибірці
1	Діагностичні спеціальності	34	20,00
2	Педіатрія	34	20,00
3	Терапевтичний напрям (внутрішня медицина)	29	17,06
4	Психічне здоров'я та/або психіатрія	17	10,00
5	Судово-медична експертиза	13	7,65
6	Громадське здоров'я	12	7,06
7	Первинна медична допомога (сімейна медицина)	9	5,29
8	Хірургічний напрям	9	5,29
9	Інші медичні спеціальності	13	7,65
	Разом:	170	100,00

Для більш наочного представлення розподілу респондентів за спеціальностями подано відповідну діаграму (рис. 2.3).

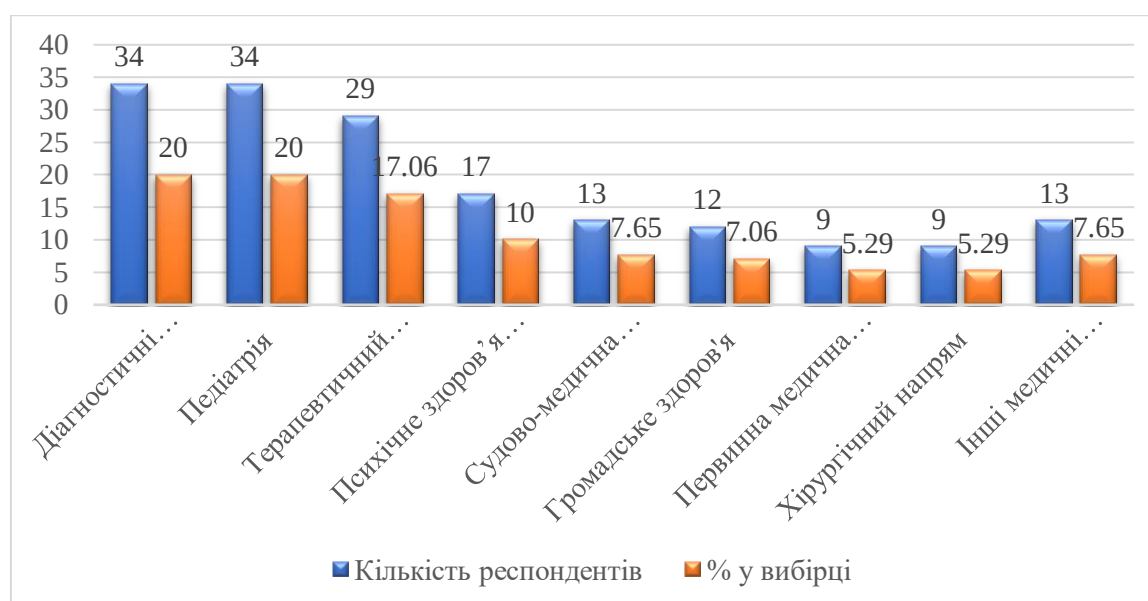


Рисунок 2.3. - Розподіл респондентів дослідження за групами спеціальностей

Як видно з візуалізації, вибірка є широкою та репрезентативною, жодна спеціальність не домінує абсолютно, що знижує ризик викривлення результатів у зв'язку із можливою однорідністю вибірки.

За статтю у вибірці переважають жінки — 82,35%, тоді як чоловіки становлять 17,65% (див. таб. 2.4). Такий розподіл відповідає загальній тенденції фемінізації медичної сфери.

Таблиця 2.4. - Статевий розподіл респондентів дослідження

№ з/п	Стать респондентів	Кількість респондентів	% у вибірці
1	Жінка	140	82,35
2	Чоловік	30	17,65
3	Інше	0	0
	Разом:	170	100,00

Значне переважання жінок у вибірці (82,35%) відповідає загальним тенденціям у галузі охорони здоров'я України, де жінки традиційно становлять більшість серед медичних працівників, особливо у терапевтичних, педіатричних та діагностичних спеціальностях [35; 40, с. 102-107]. Цей фактор слід враховувати при інтерпретації результатів. Показовим є те, що відповідь «Інше» не обрав жоден респондент (див. рис 2.4). На наш погляд, це свідчить про вкоріненість у професійній свідомості працівників вітчизняної галузі охорони здоров'я саме орієнтацій та уявлення про біологічну статеву ознаку, а соціальні питання гендеру — значно меншою мірою.

Ваша стать
170 ответов

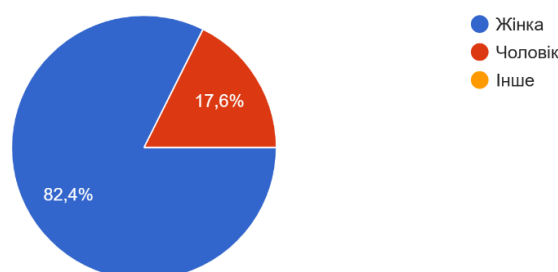


Рисунок 2.4. – Статевий розподіл респондентів дослідження

В сучасних закладах охорони здоров'я в Україні станом на нині існують, передусім, жіночі та чоловічі відділення, жіночі та чоловічі палати, які наповнюються пацієнтами саме за біологічною статтю. Система охорони здоров'я не виключає можливість палат чи відділень для небінарних особистостей саме за соціальною ознакою гендерну, проте не робить на їх формуванні спеціальних акцентів.

Ми вважаємо, що при такому статевому розподілі, який представлений у досліджуваній вибірці респондентів, порівняльний аналіз показників професійного вигорання, резильєнтності та процвітання не дасть статистично значущої інформації. Ми вважаємо перспективу у продовженні даного дослідження із додатковим організаційним зусиллям щодо залученням у нього чоловіків - представників різних медичних спеціальностей.

Аналіз сімейного стану показав, що більшість респондентів перебувають у шлюбі (56,47%). Частка неодружених становить 17,65%, розлучених — 15,88%, вдовців/вдів — 5,29%, інші варіанти — 4,71% (див. таб. 2.5).

Таблиця 2.5 - Розподіл респондентів дослідження за сімейним станом

№ з/п	Сімейний стан респондентів	Кількість респондентів	% у вибірці
1	Одружений(а)	96	56,47
2	Одинок / одначка	30	17,65
3	Розлучений(а)	27	15,88
4	Вдівець / вдова	9	5,29
5	Інше	8	4,71
	Разом:	170	100,00

Увага до сімейного стану досліджуваних респондентів обслуговує гіпотезу про те, що гострота проявів професійного вигорання може проявлятися меншою мірою, якщо професіонал галузі охорони здоров'я задоволений своїм особистим життям та вважає, що його сімейне життя є благополучним.

Більше детальний аналіз зв'язків між сферами професійного вигорання та задоволеністю особистим життям ми вважаємо перспективою нашого дослідження, проте зібрані демографічні дані щодо сімейного становища (див.

рис. 2.5) вважаємо значущими також для даного дослідження, оскільки вони вказують на репрезентативність вибірки досліджуваних осіб.

Ваш сімейний стан
170 ответов

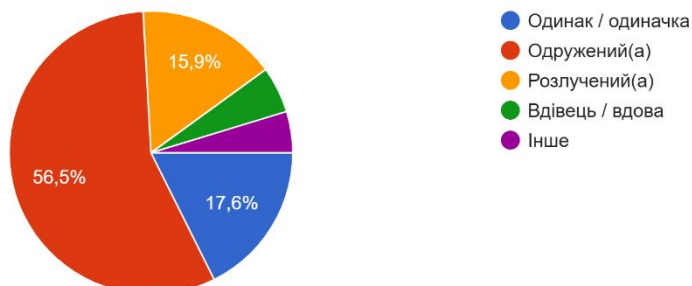


Рисунок 2.5 - Розподіл респондентів дослідження за сімейним станом

Щодо умов професійної діяльності (див. таб. 2.6), 29,41% респондентів зазначили, що працюють у відділеннях з підвищеним емоційним навантаженням, тоді як 57,65% не працюють у таких умовах, а 12,94% вагалися з відповіддю.

Таблиця 2.6. - Розподіл респондентів дослідження за критерієм наявності підвищеного емоційного навантаження в робочих умовах

№ з/п	Наявність підвищеного емоційного навантаження	Кількість респондентів	% у вибірці
1	Ні	98	57,65
2	Так	50	29,41
3	Важко визначитися	22	12,94
	Разом:	170	100,00

Розподіл респондентів за наявністю підвищеного емоційного навантаження є особливо важливим для цілей дослідження. Майже третина вибірки (29,41%) працює у відділеннях з високим емоційним навантаженням — це можуть бути відділення інтенсивної терапії, онкологічні, паліативні служби, психіатричні заклади тощо (див. рис. 2.6). Саме ці працівники перебувають у групі підвищеного ризику розвитку вигорання, і їхня присутність у вибірці дозволить перевірити гіпотезу про зв'язок умов праці з рівнем вигорання. Частка тих, хто

вагався з відповіддю (12,94%), може свідчити про недостатню рефлексію власних умов праці або про амбівалентне сприйняття емоційного навантаження як норми професії.

Чи працюєте Ви у відділенні з підвищеним емоційним навантаженням (реанімація, інтенсивна терапія, невідкладна допомога, кризове консультування тощо)?

170 ответов

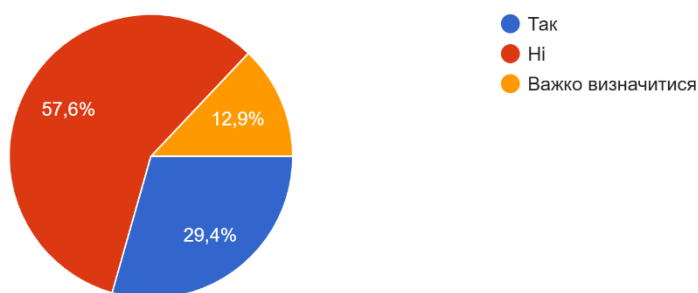


Рисунок 2.6. - Розподіл респондентів дослідження за критерієм наявності підвищеного емоційного навантаження в робочих умовах

Аналіз досвіду керівної діяльності показав, що більшість респондентів не займають керівних посад (60,00%). Водночас 29,41% працюють на керівних посадах, а 10,59% мають такий досвід у минулому (див. таб. 2.7).

Таблиця 2.7 - Розподіл респондентів за досвідом керівної посади

№ з/п	Досвід керівної посади	Кількість респондентів	% у вибірці
1	Ні	102	60,00
2	Так	50	29,41
3	Є досвід керівної посади у минулому	18	10,59
	Разом:	170	100,00

Росподіл респондентів за досвідом керівної посади (див рис. 2.7) ми вважаємо значущим для перевірки відмінностей у рівні та структурі професійного вигорання між організаторами охорони здоров'я та виконавцями та визначення, чи необхідні різні програми профілактики професійного

вигорання для організаторського складу кадрів системи охорони здоров'я та для виконавського персоналу.

Чи працюєте Ви на керівній посаді?

170 ответов

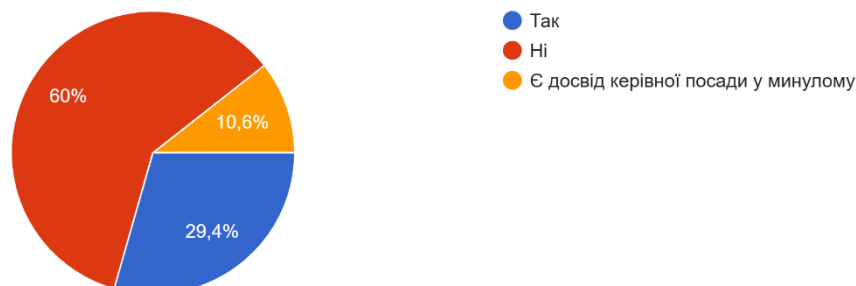


Рисунок 2.7 - Розподіл респондентів за досвідом керівної посади

Загалом соціально-демографічні та професійні характеристики вибірки створюють достатні умови для перевірки основних гіпотез дослідження. Різноманітність за стажем дозволяє аналізувати динаміку вигорання на різних етапах кар'єри; віковий розподіл дає змогу враховувати вікові особливості психологічних ресурсів; представленість різних спеціальностей доводить репрезентативність вибірки та дозволяє в перспективі розвитку даного дослідження аналізувати прояви вигорання в залежності від специфіки професійної діяльності. Наявність у вибірці як працівників з підвищеним емоційним навантаженням, так і тих, хто працює у менш стресогенних умовах, забезпечує варіативність, необхідну для кореляційного аналізу. Також важливою є наявність у вибірці представників управлінського складу, організаторів охорони здоров'я та представників виконавських посад без досвіду управлінської діяльності в галузі охорони здоров'я.

Таким чином, вибірка характеризується різноманітністю за віком, стажем, спеціальністю та умовами професійної діяльності, що дозволяє здійснити комплексний аналіз особливостей професійного вигорання у працівників системи охорони здоров'я в умовах підвищення ними кваліфікації.

2.2. Рівень та структура професійного вигорання у працівників системи охорони здоров'я: результати діагностики

Аналіз рівня професійного вигорання медичних працівників за методикою О. Чабана [45] дозволив виявити особливості поширеності даного синдрому у досліджуваній вибірці (див. таб. 2.8).

Таблиця 2.8 - Рівень професійного вигорання працівників системи охорони здоров'я (за методикою О. Чабана)

Рівні проф. вигорання	Кількість респондентів	% у вибірці
Відсутні ознаки	4	2,35
Низький рівень	44	25,88
Середній рівень	103	60,59
Високий рівень	19	11,18
Разом:	170	100,00

Отримані результати свідчать про те, що у більшості респондентів спостерігається середній рівень вираженості професійного вигорання — 60,59% (103 особи). Це вказує на наявність у значної частини медичних працівників ознак формування синдрому вигорання та потребу у підвищеній увазі до власного психоемоційного стану.

Низький рівень вигорання виявлено у 25,88% респондентів (44 особи), що свідчить про наявність окремих симптомів, які можуть прогресувати за несприятливих умов професійної діяльності.

Високий рівень професійного вигорання зафіксовано у 11,18% опитаних (19 осіб), що є тривожним показником, оскільки дана група потребує більш глибокого психологічного супроводу та можливого втручання з боку фахівців у сфері ментального здоров'я.

Водночас лише у 2,35% респондентів (4 особи) не виявлено ознак професійного вигорання, що свідчить про незначну частку осіб із повністю збереженим психоемоційним ресурсом у професійній діяльності.

Таким чином, отримані результати дозволяють зробити висновок про те, що у вибірці медичних працівників переважає середній рівень професійного вигорання, що вказує на актуальність проблеми та необхідність розробки профілактичних і корекційних заходів, спрямованих на зниження рівня вигорання та підтримку психологічного благополуччя фахівців.

Для більш детального аналізу структури професійного вигорання було використано методику К. Масlach [7], яка дозволяє оцінити три ключові компоненти синдрому: емоційне виснаження, деперсоналізацію та редукцію професійних досягнень (див. таб. 2.9).

Таблиця 2.9 - Показники професійного вигорання за методикою К. Масlach

Шкала професійного вигорання	М (середнє значення)	SD (стандартне відхилення)
Емоційне виснаження (EE)	27,70	9,57
Деперсоналізація (DP)	10,08	5,21
Редукція професійних досягнень (PA)	31,44	4,76

Отримані результати свідчать про те, що найбільш вираженим компонентом у досліджуваній вибірці є емоційне виснаження, середнє значення якого становить $M = 27,70$ при стандартному відхиленні $SD = 9,57$. Це вказує на значний рівень психоемоційного напруження та перевтоми серед медичних працівників, що може бути пов'язано з високими вимогами професійної діяльності.

Рівень деперсоналізації у вибірці є середнім ($M = 10,08$; $SD = 5,21$), що свідчить про наявність тенденції до емоційного відсторонення у взаємодії з пацієнтами, однак ця характеристика не є домінуючою.

Показник редукції професійних досягнень має середнє значення $M = 31,44$ ($SD = 4,76$), що може свідчити про відносно збережене відчуття професійної

ефективності у більшості респондентів, незважаючи на наявність ознак емоційного виснаження.

Таким чином, отримані результати дозволяють зробити висновок про те, що у структурі професійного вигорання медичних працівників провідну роль відіграє емоційне виснаження, тоді як деперсоналізація та зниження професійної ефективності виражені меншою мірою, проте не відсутні, а мають середнє значення.

Також було розраховано інтегральний показник вигорання, який не використовувався як основний через багатовимірну структуру методики. Його M (середнє значення) склало 70,81, а SD (середнє відхилення) склало 11,53.

У межах порівняльного аналізу було обрано ті соціально-професійні характеристики, які мають безпосереднє теоретичне значення для дослідження професійного вигорання: наявність підвищеного емоційного навантаження, досвід керівної посади, вік та загальний стаж роботи у сфері охорони здоров'я.

Статевий розподіл не було використано для порівняльного аналізу у зв'язку з нерівномірністю представленості груп: у вибірці переважали жінки, що могло б знизити коректність статистичного порівняння. Інформація про спеціальність респондентів використовувалася передусім для опису різноманітності вибірки, оскільки окремі професійні групи були представлені нерівномірно.

Перед проведенням порівняльного аналізу здійснено перевірку статистичних передумов. Нормальність розподілу перевірялася за допомогою критерію Шапіро–Уїлка [3; 38], однорідність дисперсій — за тестом Левена [26]. Для загального показника вигорання за методикою О. Чабана виявлено відхилення від нормальності ($W = 0,963$; $p < 0,001$), тоді як показники за шкалами К. Маслач відповідали припущенню нормальності ($p > 0,05$). Однорідність дисперсій підтверджена для всіх показників у відповідних групах.

Аналіз відмінностей залежно від емоційного навантаження. З метою виявлення відмінностей у рівні професійного вигорання залежно від наявності підвищеного емоційного навантаження було проведено порівняльний аналіз із

використанням t-критерію Стьюдента для незалежних вибірок [38]. Описові статистики груп подано у таблиці 2.10, результати t-тесту - у таблиці 2.11.

Таблиця 2.10 - Описова статистика показників вигорання залежно від емоційного навантаження ($M \pm SD$)

Показник	Ні ($M \pm SD$)	Так ($M \pm SD$)
Чабан	31,63 $\pm$ 17,09	38,8 $\pm$ 17,22
Емоційне виснаження	26,48 $\pm$ 9,98	29,4 $\pm$ 8,37
Деперсоналізація	9,57 $\pm$ 4,59	10,4 $\pm$ 5,52
Редукція досягнень	31,0 $\pm$ 4,66	33,0 $\pm$ 4,46

Розширені дані описової статистики та результати непараметричної перевірки наведено у Додатку Е (див. там таб. Е.1 та Е.2).

Таблиця 2.11 - Відмінності у показниках професійного вигорання залежно від емоційного навантаження (t-критерій Стьюдента)

Показник	t	p	d (Cohen)
Загальний рівень вигорання (Чабан)	-2,41	0,017	0,42
Емоційне виснаження	-1,80	0,074	0,31
Деперсоналізація	-0,99	0,323	0,17
Редукція професійних досягнень	-2,48	0,014	0,43

Примітка. * $p < 0,05$. $H_1: \mu H_1 \neq \mu_{Так}$.

Отримані результати свідчать про те, що загальний рівень професійного вигорання (за методикою О.С. Чабана) є статистично значуще вищим у респондентів, які працюють в умовах підвищеного емоційного навантаження ($t = -2,41$; $p = 0,017$). Розмір ефекту є середнім ($d = 0,42$), що свідчить про практичну значущість виявлених відмінностей.

Аналіз компонентів професійного вигорання за методикою К. Маслач показав, що статистично значущі відмінності спостерігаються за шкалою редукції професійних досягнень ($t = -2,48$; $p = 0,014$; $d = 0,43$): у групі з

підвищеним емоційним навантаженням середнє значення складає $M = 33,0$, тоді як у групі без такого навантаження — $M = 31,0$.

Водночас за показниками емоційного виснаження ($p = 0,074$) та деперсоналізації ($p = 0,323$) статистично значущих відмінностей між групами не виявлено, хоча тенденція до вищих значень у групі з підвищеним навантаженням присутня.

Для перевірки стійкості отриманих результатів було застосовано непараметричний критерій Манна–Уїтні [3; 26], який підтвердив наявність статистично значущих відмінностей за загальним показником вигорання ($U = 1871$; $p = 0,019$) та редукцією досягнень ($U = 1928$; $p = 0,034$). Детальні результати непараметричного аналізу наведено у Додатку Е (див. там таб. Е.2).

Таким чином, підвищене емоційне навантаження є значущим фактором, пов'язаним із загальним рівнем професійного вигорання та окремими його компонентами, зокрема зниженням відчуття професійної ефективності.

Аналіз відмінностей залежно від наявності керівної посади. З метою виявлення відмінностей у рівні професійного вигорання залежно від наявності керівної посади було проведено порівняльний аналіз із використанням t -критерію Стюдента для незалежних вибірок. Результати подано у таблиці 2.12. Розширені описові дані та результати непараметричної перевірки наведено у Додатку Е (див там таб. Е.3 та Е.4).

Таблиця 2.12 - Відмінності у показниках професійного вигорання залежно від наявності керівної посади (t -критерій Стюдента)

Показник	t	p	d (Cohen)
Загальний рівень вигорання (Чабан)	0,79	0,428	0,14
Емоційне виснаження	0,21	0,833	0,04
Деперсоналізація	1,45	0,149	0,25
Редукція професійних досягнень	-3,24	0,001	0,56

Примітка. $** p < 0,01$. $H_1: \mu_{Hi} \neq \mu_{Так}$.

Отримані результати свідчать про відсутність статистично значущих відмінностей між групами за загальним рівнем професійного вигорання ($p = 0,428$), емоційним виснаженням ($p = 0,833$) та деперсоналізацією ($p = 0,149$).

Водночас виявлено статистично значущі відмінності за шкалою редукції професійних досягнень ($t = -3,24$; $p = 0,001$; $d = 0,56$). Розмір ефекту є середнім, що свідчить про практичну значущість виявлених відмінностей. Згідно з описовими статистиками, респонденти з керівним досвідом мають вищі показники редукції досягнень ($M = 33,04$), ніж ті, хто не обіймає керівних посад ($M = 30,5$), що може свідчити про більшу схильність до зниження відчуття професійної ефективності серед управлінського персоналу.

Результати t -критерію Стюдента були підтверджені непараметричним критерієм Манна–Уїтні, який також виявив статистично значущі відмінності лише за шкалою редукції професійних досягнень ($U = 1861$; $p = 0,007$). Детальні результати наведено у Додатку Е (див там таб. Е.4).

Таким чином, наявність керівної посади не пов'язана із загальним рівнем професійного вигорання, однак впливає на відчуття професійної ефективності.

Аналіз відмінностей залежно від віку. З метою виявлення вікових особливостей професійного вигорання було проведено однофакторний дисперсійний аналіз (ANOVA). У зв'язку з порушенням припущення однорідності дисперсій для окремих показників (критерій Левена: для загального рівня вигорання $F = 4,02$; $p = 0,004$; для емоційного виснаження $F = 2,75$; $p = 0,030$) використано робастний критерій Уелча [38]. Результати подано у таблиці 2.13. Описові статистики груп та результати апостеріорного аналізу наведено у Додатку Е (див. там таб. Е.5).

Таблиця 2.13 - Відмінності у показниках вигорання залежно від вікової групи (ANOVA Уелча)

Показник	F	p	df2
Загальний рівень вигорання (Чабан)	2,69	0,037*	76,3
Емоційне виснаження	1,66	0,167	77,2
Деперсоналізація	2,65	0,039*	76,7
Редукція професійних досягнень	2,20	0,077	78,1

Результати аналізу показали наявність статистично значущих відмінностей між віковими групами за загальним рівнем професійного вигорання ($F = 2,69$; $p = 0,037$) та показником деперсоналізації ($F = 2,65$; $p = 0,039$).

Водночас за показниками емоційного виснаження ($p = 0,167$) та редукції професійних досягнень ($p = 0,077$) статистично значущих відмінностей між віковими групами не виявлено.

Аналіз середніх значень свідчить про тенденцію до зниження рівня вигорання з віком: найнижчі показники загального рівня вигорання зафіксовано у групі респондентів від 61 року і старше ($M = 25,15$), тоді як у молодших вікових групах вони є вищими (до 30 років: $M = 36,29$; 31–40 років: $M = 36,83$). Аналогічна тенденція спостерігається для деперсоналізації.

Попри загальну статистичну значущість, апостеріорний аналіз (критерій Тьюкі) не виявив значущих попарних відмінностей між конкретними віковими групами ($p > 0,05$), що може свідчити про поступовий характер змін без чітких меж між окремими категоріями.

Таким чином, вік виступає значущим чинником окремих проявів вигорання, а саме: загального рівня та деперсоналізації - із тенденцією до зниження з роками.

Аналіз відмінностей залежно від стажу. З метою виявлення впливу стажу професійної діяльності на рівень вигорання проведено однофакторний дисперсійний аналіз із використанням робастного критерію Уелча (у зв'язку з порушенням однорідності дисперсій для окремих показників). Результати подано у таблиці 2.14. Описові статистики та апостеріорний аналіз наведено у Додатку Е (див. там таб. Е.6).

Таблиця 2.14 - Відмінності у показниках вигорання залежно від стажу
(ANOVA Уелча)

Показник	F	p	df2
Загальний рівень вигорання (Чабан)	1,64	0,175	61,1
Емоційне виснаження	1,15	0,341	61,1
Деперсоналізація	1,73	0,154	61,6
Редукція професійних досягнень	1,24	0,303	59,3

Результати аналізу не виявили статистично значущих відмінностей між групами з різним стажем за жодним із досліджуваних показників: загальним рівнем вигорання ($p = 0,175$), емоційним виснаженням ($p = 0,341$), деперсоналізацією ($p = 0,154$) та редукцією досягнень ($p = 0,303$).

Водночас аналіз середніх значень свідчить про певні тенденції: найнижчі показники загального рівня вигорання спостерігаються у групі з найбільшим стажем — понад 41 рік ($M = 25,20$), тоді як у групах із меншим стажем вони є вищими.

Апостеріорний аналіз із використанням критерію Тьюкі не виявив статистично значущих попарних відмінностей між жодними групами за стажем ($p > 0,05$), що підтверджує відсутність впливу тривалості професійної діяльності на показники вигорання та свідчить про відносну стабільність цього феномену незалежно від тривалості досвіду.

У ході емпіричного дослідження встановлено, що професійне вигорання є поширеним явищем серед медичних працівників. За методикою О. Чабана переважає середній рівень вигорання (60,59%), що свідчить про наявність виражених проявів цього феномену у значної частини респондентів.

Аналіз структури професійного вигорання за методикою К. Маслач показав наявність підвищених показників емоційного виснаження, деперсоналізації та редукції професійних досягнень, що вказує на комплексний характер проявів вигорання у досліджуваній вибірці.

Встановлено, що емоційне навантаження є статистично значущим фактором професійного вигорання. Респонденти з підвищеним емоційним навантаженням демонструють вищий загальний рівень вигорання та більш виражене зниження професійної ефективності.

Виявлено, що наявність керівної посади не впливає на загальний рівень професійного вигорання, однак пов'язана з більш вираженою редукцією професійних досягнень, що свідчить про підвищене відчуття професійної неефективності серед управлінського персоналу.

Вік є частково значущим чинником професійного вигорання: встановлено відмінності за загальним рівнем вигорання та деперсоналізацією. При цьому спостерігається тенденція до зниження показників вигорання з віком.

Стаж професійної діяльності не виявив статистично значущого впливу на рівень професійного вигорання, що свідчить про відносну стабільність цього феномену незалежно від тривалості професійного досвіду.

Отримані результати підтверджують, що ключову роль у формуванні професійного вигорання відіграють не стільки об'єктивні характеристики професійного шляху (вік, стаж), скільки суб'єктивні фактори, зокрема рівень емоційного навантаження та особливості професійної діяльності.

2.3. Взаємозв'язок показників вигорання з резильєнтністю та психологічним процвітанням

З метою виявлення характеру взаємозалежностей між основними змінними дослідження — показниками професійного вигорання, резильєнтності та психологічного процвітання - було застосовано кореляційний аналіз за коефіцієнтом Пірсона [58]. Статистичну обробку даних здійснено за допомогою програмного пакету Jamovi 2.16.26. Отримані результати представлено в таблиці 2.15.

Результати кореляційного аналізу засвідчили наявність статистично значущих взаємозв'язків між усіма досліджуваними змінними, що вказує на їхню системну природу. Отримані дані підтверджують доцільність інтегрованого вивчення синдрому вигорання у зв'язку з ресурсними характеристиками особистості, на чому наголошують провідні дослідники в галузі організаційної психології та психології здоров'я [54; 71].

Насамперед зафіксовано виражені позитивні кореляційні зв'язки між загальним індексом вигорання та двома його центральними складовими — емоційним виснаженням ($r = 0,781$; $p < 0,001$) і деперсоналізацією ($r = 0,698$; $p <$

0,001). Ці дані свідчать про високу структурну узгодженість синдрому та підтверджують ключову роль емоційного виснаження у формуванні загального вигорання, що відповідає теоретичній моделі К. Масlach [64].

Таблиця 2.15 - Кореляційні зв'язки між показниками професійного вигорання, резильєнтності та психологічного процвітання

Показники	1	2	3	4	5	6
1. Чабан (заг.)	—					
2. Емоц. виснаження	0,781***	—				
3. Деперсоналізація	0,698***	0,616***	—			
4. Редукція досягнень	-0,332***	-0,188*	-0,328***	—		
5. Резильєнтність	-0,606***	-0,515***	-0,533***	0,542***	—	
6. PERMA	-0,528***	-0,467***	-0,438***	0,443***	0,601***	—

Примітка: * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

Водночас редукція професійних досягнень виявляє значущі від'ємні зв'язки з іншими компонентами синдрому ($r =$ від $-0,188$ до $-0,332$), що відображає її специфічну функцію як індикатора зниження суб'єктивного відчуття фахової компетентності. Згідно з концепцією К. Масlach [66], зростання емоційного виснаження і деперсоналізації супроводжується послабленням відчуття власної результативності, що й підтверджується отриманими даними.

Особливу наукову цінність становить аналіз взаємозв'язків між вигоранням і резильєнтністю. Встановлено достатньо виражені негативні кореляції між загальним рівнем вигорання та психологічною стійкістю ($r = -0,606$; $p < 0,001$), між резильєнтністю та емоційним виснаженням ($r = -0,515$; $p < 0,001$) і деперсоналізацією ($r = -0,533$; $p < 0,001$). Отримані результати узгоджуються з положеннями ресурсної теорії С. Гобфолла [70] та емпіричними даними про захисну роль резильєнтності у медичних фахівців [69; 70].

Суттєво, що між резильєнтністю і редукцією досягнень виявлено позитивний зв'язок ($r = 0,542$; $p < 0,001$). Наведений результат може бути інтерпретований у контексті теорії збереження ресурсів: особи з вищим рівнем

стресостійкості здатні зберігати переживання фахової ефективності навіть за умов значного навантаження, оскільки залучають більш широкий спектр адаптаційних стратегій [73; 74].

Аналогічні закономірності виявлено й щодо психологічного процвітання (за моделлю PERMA М. Селігмана [72]). Зафіксовано статистично значущі від'ємні кореляції між загальним показником PERMA і рівнем вигорання ($r = -0,528$; $p < 0,001$), емоційним виснаженням ($r = -0,467$; $p < 0,001$) та деперсоналізацією ($r = -0,438$; $p < 0,001$). Ці дані свідчать про те, що зниження рівня психологічного благополуччя є тісно пов'язаним із посиленням проявів синдрому вигорання, що підтверджується в сучасних крос-секційних дослідженнях медичного персоналу [52; 57].

Редукція досягнень, своєю чергою, позитивно корелює з показником PERMA ($r = 0,443$; $p < 0,001$), що підкреслює роль суб'єктивного відчуття фахового успіху в структурі загального психологічного благополуччя фахівця [59; 74].

Показовим є встановлений сильний позитивний зв'язок між резильєнтністю та психологічним процвітанням ($r = 0,601$; $p < 0,001$). Цей результат вказує на те, що обидва конструкти спираються на спільну ресурсну основу та взаємно підсилюють один одного у формуванні психологічного потенціалу особистості. Згідно з В. Ляудіс та сучасними дослідниками в галузі позитивної психології, резильєнтність є одним із ключових предикторів процвітання і детермінантою стійкого суб'єктивного благополуччя [62; 63].

Отже, результати кореляційного аналізу підтверджують, що рівень резильєнтності та психологічного процвітання обернено пов'язаний із вираженістю синдрому вигорання у медичних працівників. Це дозволяє обґрунтувати доцільність розгляду зазначених конструктів як пріоритетних мішеней психологічної профілактики та ресурсно-орієнтованих програм підтримки персоналу охорони здоров'я [61; 62; 74].

2.4. Психологічні профілі працівників системи охорони здоров'я за рівнем вигорання та ресурсними характеристиками

На підставі результатів емпіричного дослідження та з урахуванням підходів до типологізації психологічних станів фахівців у стресогенних умовах [54] було здійснено узагальнення отриманих даних із метою виокремлення психологічних профілів медичних працівників залежно від рівня вигорання та ресурсних характеристик особистості.

Метод профільного аналізу набув широкого застосування в організаційній психології та психології праці завдяки своїй інформативності у виявленні латентних підгруп у досліджуваній популяції [69]. У нашому дослідженні психологічний профіль розглядається як інтегральна характеристика, що відображає певний тип співвідношення між показниками вигорання, резильєнтності та психологічного процвітання [63; 66].

Комплексний аналіз отриманих даних дозволив умовно виокремити три психологічні профілі.

Перший профіль — ризикований тип — характеризується поєднанням високого загального рівня вигорання, вираженого емоційного виснаження та деперсоналізації з пригніченим відчуттям фахової ефективності. Паралельно у представників цієї групи фіксуються низькі показники резильєнтності та психологічного процвітання, що виявляється у дефіциті позитивних емоцій, знижених відчутті сенсу діяльності та рівні залученості до роботи. Відповідно до сучасних класифікацій вигорання [62; 65], такий профіль є індикатором критичного стану адаптаційного ресурсу і потребує пріоритетної психологічної підтримки.

Другий профіль — адаптаційний тип — відрізняється помірними проявами вигорання, які не сягають критичного рівня, однак можуть виявлятися у формі епізодичного емоційного виснаження та зниженої мотивації. Рівень резильєнтності й психологічного процвітання у даній групі є середнім, що свідчить про відносно стабільний психологічний стан із достатніми, проте не

надлишковими адаптаційними ресурсами. Дослідники зазначають, що представники подібного профілю становлять найчисельнішу категорію серед медичних фахівців і є найбільш чутливими до організаційних умов діяльності [54; 57].

Третій профіль — ресурсний тип — характеризується низьким рівнем вигорання, мінімальними проявами емоційного виснаження і деперсоналізації та стійким переживанням фахової результативності. Для представників цього профілю притаманні висока психологічна стійкість і розвинені навички саморегуляції, а рівень психологічного процвітання відповідає оптимальним значенням за всіма компонентами моделі PERMA [72]. Такий профіль відображає стан психологічного благополуччя, що забезпечує збереження ефективної фахової діяльності навіть в умовах тривалого навантаження [63; 74].

Узагальнену характеристику виділених профілів представлено в таблиці 2.16.

Таблиця 2.16 - Психологічні профілі працівників системи охорони здоров'я за рівнем вигорання та ресурсними характеристиками

Показники	Профіль 1: ризикований	Профіль 2: адаптаційний	Профіль 3: ресурсний
Загальний рівень вигорання	Високий	Середній	Низький
Емоційне виснаження	Високе	Помірне	Низьке
Деперсоналізація	Висока	Помірна	Низька
Редукція досягнень	Виразена (низька ефективність)	Помірна	Низька (висока ефективність)
Резильєнтність	Низька	Середня	Висока
Психологічне процвітання (PERMA)	Низьке	Середнє	Високе
Емоційний стан	Негативний фон, виснаження	Нестабільний	Позитивний
Професійна мотивація	Знижена	Помірна	Висока
Адаптація до стресу	Низька	Часткова	Висока
Ризик вигорання	Високий	Помірний	Мінімальний

Виділені психологічні профілі підтверджують системний характер взаємозв'язку між вигоранням і ресурсними характеристиками особистості. Низький рівень резильєнтності й психологічного процвітання формує умови для розвитку та хронізації вигорання, тоді як їхні високі значення виконують протективну функцію, сприяючи підтриманню фахової ефективності. Аналогічну залежність описують у своїх роботах дослідники синдрому вигорання серед медичного персоналу різних країн [52; 69; 70; 76].

Практичне значення представленої типології полягає у можливості її використання для диференційованого планування психологічних інтервенцій. Зокрема, особи з «ризикованим» профілем потребують першочергових заходів психологічного супроводу, тоді як для осіб з «адаптаційним» профілем доцільними є превентивні програми зміцнення резильєнтності та психологічного процвітання [53; 59; 63].

Отримані результати свідчать про те, що цілеспрямований розвиток резильєнтності та компонентів психологічного процвітання може слугувати ключовим напрямом профілактики вигорання у системі охорони здоров'я та може бути покладений в основу програм підвищення кваліфікації медичних фахівців [57; 74; 76].

Висновки до розділу 2

За результатами проведеного емпіричного дослідження було встановлено низку висновків. Дослідження мало кореляційний дизайн та здійснювалося у формі одноразового опитування із використанням стандартизованих психодіагностичних методик. В емпіричному дослідженні взяли участь 170 працівників системи охорони здоров'я різних спеціальностей, які проходили підвищення кваліфікації. Вибірка характеризувалася різноманітністю за віком, стажем професійної діяльності, спеціальністю та умовами праці, що забезпечило можливість комплексного аналізу досліджуваних показників. Для діагностики професійного вигорання та ресурсних характеристик особистості було використано методики К. Маслач, О. Чабана, шкалу резильєнтності R@W та

PERMA-профайлер. Статистична обробка результатів здійснювалася із застосуванням описової статистики, кореляційного аналізу, t-критерію Стьюдента, U-критерію Манна–Уїтні та однофакторного дисперсійного аналізу.

Результати дослідження засвідчили поширеність професійного вигорання серед працівників системи охорони здоров'я. За методикою О. Чабана у більшості респондентів виявлено середній рівень професійного вигорання (60,59%), тоді як високий рівень встановлено у 11,18% досліджуваних. Лише у незначної частини респондентів ознаки професійного вигорання були відсутні. Отримані результати свідчать про актуальність проблеми психоемоційного виснаження медичних працівників та необхідність впровадження профілактичних заходів у системі професійної підготовки й підвищення кваліфікації.

Аналіз структури професійного вигорання за методикою К. Маслач показав, що найбільш вираженим компонентом синдрому є емоційне виснаження, що вказує на високий рівень психоемоційного напруження та перевтоми у професійній діяльності медичних працівників. Показники деперсоналізації та редукції професійних досягнень також мали середній рівень вираженості, що свідчить про наявність тенденції до емоційного дистанціювання та часткового зниження відчуття професійної ефективності.

У ході порівняльного аналізу встановлено, що підвищене емоційне навантаження є статистично значущим чинником професійного вигорання. Респонденти, які працюють в умовах високого емоційного напруження, демонструють вищий загальний рівень вигорання та більш виражену редукцію професійних досягнень. Отримані результати підтверджують важливу роль умов професійної діяльності у формуванні синдрому вигорання.

Виявлено, що наявність керівної посади не пов'язана із загальним рівнем професійного вигорання, однак супроводжується більш вираженим зниженням суб'єктивного відчуття професійної ефективності. Це може свідчити про додаткове психологічне навантаження та високий рівень відповідальності управлінського персоналу в системі охорони здоров'я.

Аналіз вікових особливостей показав, що вік є частково значущим чинником професійного вигорання. Встановлено тенденцію до зниження рівня загального вигорання та деперсоналізації у старших вікових групах. Водночас стаж професійної діяльності не продемонстрував статистично значущого впливу на показники вигорання, що дозволяє припустити відносну стабільність цього феномену незалежно від тривалості професійного досвіду.

Кореляційний аналіз підтвердив наявність статистично значущих взаємозв'язків між професійним вигоранням, резильєнтністю та психологічним процвітанням. Встановлено, що зростання рівня вигорання супроводжується зниженням психологічної стійкості та показників психологічного благополуччя. Найбільш виражені негативні зв'язки зафіксовано між загальним рівнем вигорання та резильєнтністю, а також між вигоранням і показниками PERMA. Це свідчить про те, що резильєнтність та психологічне процвітання виконують захисну функцію щодо розвитку синдрому вигорання.

На основі отриманих результатів було виокремлено три психологічні профілі працівників системи охорони здоров'я: ризикований, адаптаційний та ресурсний. Ризикований профіль характеризується високим рівнем вигорання та низькими показниками резильєнтності й психологічного благополуччя. Адаптаційний профіль відображає помірний рівень вигорання та середній рівень психологічних ресурсів. Ресурсний профіль характеризується низьким рівнем вигорання, високою резильєнтністю та вираженим психологічним процвітанням. Виділення зазначених профілів дозволяє диференційовано підходити до планування профілактичних і психокорекційних заходів.

Таким чином, результати емпіричного дослідження підтвердили висунуту гіпотезу щодо існування взаємозв'язку між професійним вигоранням, резильєнтністю та психологічним процвітанням працівників системи охорони здоров'я. Отримані дані свідчать про доцільність розроблення та впровадження програм профілактики професійного вигорання, спрямованих на розвиток психологічної стійкості, підтримку професійної ефективності та зміцнення психологічного благополуччя працівників системи охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 3.

ПРОГРАМА ПРОФІЛАКТИКИ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ ПРАЦІВНИКІВ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У ПРОЦЕСІ ПІДВИЩЕННЯ КВАЛІФІКАЦІЇ

3.1. Концептуальне обґрунтування та структура програми профілактики професійного вигорання працівників системи охорони здоров'я

Необхідність розроблення спеціалізованої програми профілактики професійного вигорання для медичних працівників зумовлена сукупністю чинників: зростанням рівня хронічного стресу в системі охорони здоров'я, задокументованою поширеністю синдрому вигорання серед різних категорій медичного персоналу та обмеженою кількістю науково обґрунтованих профілактичних програм, що відповідають умовам безперервного фахового навчання в Україні [27; 33]. Результати проведеного емпіричного дослідження переконливо засвідчили, що низький рівень резильєнтності та психологічного процвітання є суттєвими предикторами вигорання, тоді як їхні високі значення виконують протективну функцію, що й стало концептуальною підставою для розробки програми.

Методологічну основу програми складають чотири взаємопов'язані принципи. Принцип науковості передбачає опертя виключно на теорії та підходи, що мають емпіричне підтвердження в рецензованих наукових джерелах [22]. Принцип доказовості вимагає використання методів із доведеною ефективністю щодо редукції вигорання та формування психологічного благополуччя [27]. Принцип інтегративності означає поєднання когнітивно-поведінкового, позитивно-психологічного та ресурсно-орієнтованого підходів у єдиному програмному форматі [35]. Принцип практичної орієнтованості забезпечує перевагу інтерактивних методів навчання, спрямованих на

формування конкретних навичок, застосовних безпосередньо у професійній практиці медичного фахівця [36; 55].

Теоретичним підґрунтям програми слугують три взаємодоповнюючі концепції. По-перше, теорія збереження ресурсів С. Гобфолла [56; 61], яка розглядає вигорання як наслідок тривалої втрати особистісних ресурсів і підставою для відновлення яких є цілеспрямоване нарощування ресурсного потенціалу. По-друге, модель психологічного процвітання М. Селігмана PERMA [72], що визначає п'ять ключових компонентів благополуччя: позитивні емоції (Positive emotions), залученість (Engagement), стосунки (Relationships), сенс (Meaning) та досягнення (Accomplishment). По-третє, концепція психологічного капіталу Ф. Лютанса [63], яка включає впевненість у власній ефективності, оптимізм, надію та резильєнтність як взаємопов'язані складові психологічних ресурсів особистості.

Важливим методологічним рішенням у побудові програми є її диференційований характер: розроблено дві варіативні версії програми — для осіб із «ризикованим» та «адаптаційним» психологічними профілями. Підставою для такої диференціації слугують результати типологічного аналізу, описаного у розділі 2, а також принцип відповідності інтервенції рівню актуальних потреб учасників [51]. Представники «ризикованого» профілю потребують інтенсивнішого та структурованішого супроводу із значно більшою питомою вагою кризово-стабілізуючих елементів і навичок базової саморегуляції. Натомість для осіб з «адаптаційним» профілем більш доречною є превентивна програма, орієнтована на закріплення та розширення наявних ресурсів, розвиток стійкості до майбутніх стресогенних навантажень і формування довгострокових звичок психогігієни. Ця логіка узгоджується із ступінчастою моделлю психологічної допомоги [41] та принципом відповідності інтенсивності втручання рівню ризику [42]. Особи з «ресурсним» профілем не включені до цільової аудиторії програми, оскільки демонструють оптимальний рівень психологічного функціонування і не потребують спеціалізованого втручання.

Цільовою аудиторією програми є медичні працівники всіх категорій (лікарі, медичні сестри, фельдшери, психологи медичних установ), які проходять курси підвищення кваліфікації. Передумовою участі є проходження первинного скринінгу з використанням опитувальника MBI (адаптація Н. Водоп'янової), шкали резильєнтності та інструментарію PERMA, на підставі результатів якого кожний учасник відноситься до одного з трьох психологічних профілів, визначених у розділі 2 [7; 39]. Програма інтегрується у зміст курсів підвищення кваліфікації як самостійний тематичний модуль тривалістю від 12 до 20 академічних годин залежно від варіанту (рис. 3.1) та може реалізовуватися як у очному, так і в дистанційно-змішаному форматах [41; 44; 51].

Загальна мета програми — знизити рівень професійного вигорання у медичних працівників та сформувати психологічні ресурси, що забезпечують їхню стійку фахову ефективність. Конкретні завдання програми охоплюють:

- 1) підвищення психоедукаційної компетентності учасників щодо природи та механізмів вигорання;
- 2) розвиток навичок емоційної регуляції та когнітивної гнучкості як складових резильєнтності;
- 3) зміцнення компонентів психологічного процвітання відповідно до моделі PERMA;
- 4) формування установок на активне використання організаційних і соціальних ресурсів підтримки.

Очікувані результати реалізації програми включають: статистично значуще зниження показників емоційного виснаження та деперсоналізації; підвищення рівня резильєнтності та психологічного процвітання; формування у учасників конкретних інструментів самодопомоги та поведінкових стратегій збереження ресурсів [22; 27; 35].

Базова структура програми охоплює чотири тематичні модулі. Перший — психоедукаційний — спрямований на формування обізнаності щодо симптомів вигорання та оцінку власних ресурсів. Другий модуль присвячено розвитку резильєнтності: стратегіям когнітивної гнучкості, емоційної регуляції та

управління стресом. Третій модуль реалізується в логіці моделі PERMA і включає практичні техніки зміцнення кожного з п'яти компонентів психологічного процвітання. Четвертий модуль орієнтований на організаційний вимір: формування навичок звернення по підтримку та розвиток культури психологічної безпеки в медичному колективі [40]. Детальний зміст модулів для кожного з двох варіантів програми представлено у Додатках А і Б.

Таблиця 3.1 - Структура базової програми профілактики вигорання

Модуль	Тема та зміст	Форми роботи	Орієнтовна тривалість
Модуль 1. Психоедукація	Симптоми вигорання; оцінка власних ресурсів; стрес і здоров'я	Міні-лекція, групова дискусія, самодіагностика	4 год (2 заняття по 2 год)
Модуль 2. Резильєнтність	Когнітивна гнучкість; емоційна регуляція; стрес-менеджмент	Тренінгові вправи, рольові ситуації, майндфулнес-практики	6 год (3 заняття по 2 год)
Модуль 3. PERMA	Позитивні емоції, залученість, стосунки, сенс, досягнення	Психологічні техніки, рефлексивні щоденники, парна робота	6 год (3 заняття по 2 год)
Модуль 4. Організаційні ресурси	Соціальна підтримка; психологічна безпека; звернення по допомогу	Воркшоп, кейс-аналіз, групова рефлексія	4 год (2 заняття по 2 год)
Разом			20 год

Примітка: ЕВ — емоційне виснаження; Д — деперсоналізація; РД — редуція досягнень. Тривалість наведено для повного варіанту (ризикований профіль); для адаптаційного профілю тривалість кожного модуля скорочена (разом 12 год).

Програма будується на принципах суб'єкт-суб'єктної взаємодії, де учасник виступає активним конструктором власного навчального досвіду, а фасилітатор — супроводжуючим і ресурсом [35; 36]. Кожне заняття дотримується єдиної структури: «розминка — теоретичний блок — практична вправа — рефлексія». Таке побудова забезпечує поступове нарощування навичок і підтримання мотивації учасників упродовж усього курсу [41; 42].

Таким чином, розроблена програма являє собою науково обґрунтований, диференційований та практично орієнтований інструмент профілактики вигорання, що органічно вписується у формат безперервного фахового навчання медичних працівників і спирається на доведені механізми розвитку психологічних ресурсів особистості [35; 36; 41; 42].

3.2. Методичні рекомендації щодо впровадження програми профілактики професійного вигорання у процесі підвищення кваліфікації працівників системи охорони здоров'я

Ефективне впровадження програми профілактики вигорання у систему підвищення кваліфікації потребує ретельного організаційно-методичного супроводу на всіх етапах її реалізації. Пропоновані нижче рекомендації адресовані трьом категоріям учасників процесу: організаторам підвищення кваліфікації, психологам-фасилітаторам та безпосередньо медичним працівникам — учасникам програми.

Рекомендації для організаторів підвищення кваліфікації. На підготовчому етапі доцільно інтегрувати процедуру скринінгового обстеження у загальний алгоритм реєстрації на курси підвищення кваліфікації: впровадити онлайн-форму з трьома опитувальниками (MBI, шкала резильєнтності, PERMA), передбачивши автоматизовану первинну обробку результатів та розподіл учасників за профілями [7; 25; 39; 45]. Важливою організаційною умовою є формування груп за профілем: особи з «ризикованим» і «адаптаційним»

профілями мають навчатися в окремих групах, позаяк відмінності у рівні дистресу, мотивації та темпі засвоєння матеріалу можуть суттєво знизити ефективність навчання при змішаному складі [44; 51].

Оптимальний розмір навчальної групи — 10–14 осіб, що забезпечує достатній рівень психологічної безпеки для відкритого обговорення та індивідуальної уваги з боку фасилітатора [51]. Розклад занять рекомендується формувати з урахуванням специфіки робочого графіку медичного персоналу: заняття по 2–3 академічні години 2–3 рази на тиждень є більш ефективними, ніж тривалі одноденні сесії, оскільки дозволяють учасникам інтегрувати засвоєні навички у повсякденну практику між заняттями [41; 42]. Матеріально-технічне забезпечення повинне включати простір, придатний для групової роботи (мобільні стільці, достатня площа для рухливих вправ), а також роздатковий матеріал у вигляді робочих зошитів учасника.

Рекомендації для психологів-фасилітаторів. До провадження програми допускаються фахівці з вищою психологічною освітою, що мають досвід групової роботи не менше двох років та пройшли спеціальну підготовку за змістом програми [22; 27]. Ключовою компетентністю фасилітатора є здатність адаптувати темп і глибину подачі матеріалу до актуального стану групи, оперативно реагуючи на ознаки перевантаження або, навпаки, зниженої залученості учасників. Перед початком кожного заняття рекомендується проводити коротку (5 хвилин) емоційну реєстрацію групи («Термометр настрою»), що дозволяє відстежувати динаміку стану учасників і за потреби коригувати план заняття [27; 35].

Особлива увага при роботі з учасниками «ризикованого» профілю має приділятися дотриманню принципів психологічної безпеки: ненасильницького запрошення до участі у вправах, конфіденційності персональних розкриттів, нормалізації емоційних реакцій [27]. У разі виявлення учасника з ознаками гострого кризового стану фасилітатор зобов'язаний здійснити індивідуальне консультування або направлення до відповідного фахівця, оскільки груповий формат за таких обставин є недостатнім [27; 44].

Відмінності між двома варіантами програми. Програма для «ризикованого» профілю (Додаток Ж) є повним варіантом тривалістю 20 академічних годин і характеризується вищою інтенсивністю роботи зі стабілізації стану, ширшим діапазоном методів регуляції дистресу та більшою кількістю практичних вправ у кожному занятті. Зокрема, другий модуль містить окреме заняття, присвячене фізіологічним аспектам стресу та тілесній саморегуляції, яке відсутнє у скороченому варіанті, а четвертий модуль включає два заняття замість одного. Вправи підібрані з урахуванням глибшого рівня дефіциту ресурсів: акцент робиться на техніках зниження збудження, відновлення базового відчуття безпеки та компетентності [22; 27].

Програма для «адаптаційного» профілю (Додаток З) є скороченим варіантом тривалістю 12 академічних годин, орієнтованим на превентивне зміцнення ресурсів і формування довготривалих звичок психогігієни. Перший модуль скорочено до одного заняття, другий і третій — до двох занять кожен, четвертий — до одного. Вправи підібрані з акцентом на розширення вже наявних адаптивних ресурсів, розвиток оптимізму та проактивних стратегій поведінки. Загальна тональність програми є більш ресурсоорієнтованою і менш кризово-центрованою порівняно з варіантом для «ризикованого» профілю [22; 27; 40].

Принципова відмінність між програмами полягає не лише в тривалості, але й у глибині опрацювання матеріалу та питомій вазі різних методів. У програмі для «ризикованого» профілю переважають стабілізуючі техніки (прогресивна м'язова релаксація, дихальні вправи, робота з автоматичними думками), тоді як у програмі для «адаптаційного» профілю — розвиваючі та перспективні (майндфулнес, техніки оптимізму, планування профілактики). Обидві програми мають однакову модульну структуру, що забезпечує послідовне охоплення всіх ключових змінних дослідження (вигорання, резильєнтність, PERMA), проте відрізняються за обсягом, складністю завдань та співвідношенням стабілізуючих і розвиваючих елементів [42; 43].

Критерії та інструменти оцінки ефективності програми. Для оцінки результативності запропоновано передтест-посттестовий дизайн: учасники

проходять діагностику за чотирма інструментами безпосередньо перед початком програми та одразу після її завершення (табл. 3.2). Як критерії ефективності розглядаються: статистично значуще зниження показників емоційного виснаження та деперсоналізації за MBI; підвищення рівня резильєнтності та загального показника PERMA; суб'єктивна задоволеність учасників програмою за авторською шкалою [46; 47].

Таблиця 3.2 - Система оцінки ефективності програми
(передтест / посттест)

Діагностичний інструмент	Вимірюваний конструкт	Момент вимірювання
Опитувальник MBI (адапт. Н. Водоп'янової)	Рівень вигорання (ЕВ, Д, РД)	До та після програми
Шкала резильєнтності (укр. адапт.)	Психологічна стійкість	До та після програми
PERMA-Profiler (адапт. укр. версія)	Психологічне процвітання	До та після програми
Шкала суб'єктивного задоволення навчанням (затверджена у ЗВО)	Задоволеність програмою	Після програми

Для оцінки відстроченого ефекту рекомендується проведення катamnестичного обстеження через три місяці після завершення програми з використанням тих самих інструментів. Це дозволить з'ясувати, чи зберігаються набуті зміни в умовах реальної професійної практики без підтримки фасилітатора [41; 51].

Рекомендації для медичних працівників — учасників програми. Для підтримання досягнутих змін у повсякденній практиці учасникам рекомендується:

1) вести щоденник психологічного самопостереження, фіксуючи рівень стресу, застосовані стратегії та їхню ефективність;

- 2) практикувати щонайменше одну техніку саморегуляції щодня (наприклад, дихальна вправа або сканування тіла);
- 3) підтримувати регулярний контакт із колегами, що пройшли програму, у форматі неформальних «груп підтримки» на робочому місці [35; 36];
- 4) повертатися до матеріалів робочого зошита учасника під час підвищення рівня стресу або перших ознак вигорання;
- 5) звертатися до психолога установи при появі стійких ознак вигорання або значному погіршенні психологічного стану [27; 28].

Перспективи подальшого впровадження та масштабування програми. Розроблена програма може бути поширена у системі підвищення кваліфікації медичних працівників як на рівні окремих медичних закладів, так і в межах регіональних центрів підвищення кваліфікації. Перспективним напрямом є розробка дистанційного (e-learning) варіанту програми, орієнтованого на медичних фахівців, які не можуть брати участь у очних заняттях [30; 44]. Також доцільним є впровадження програми у систему первинної підготовки медичного персоналу з метою профілактики вигорання на ранніх етапах фахової кар'єри [48; 51]. Подальші дослідження мають бути спрямовані на верифікацію ефективності програми в контрольованому квазіексперименті та вивчення модераторів її результативності (стаж, спеціальність, тип медичного закладу) [21; 22; 41].

Висновки до розділу 3

За результатами проведеного дослідження вдалося здійснити концептуальне обґрунтування, структуру та методичне забезпечення диференційованої програми профілактики професійного вигорання медичних працівників у процесі підвищення кваліфікації.

Методологічну основу програми складають чотири принципи — науковості, доказовості, інтегративності та практичної орієнтованості. Теоретичним підґрунтям слугують теорія збереження ресурсів С. Гобфолла, модель

психологічного процвітання PERMA М. Селігмана та концепція психологічного капіталу Ф. Лютанса.

Обґрунтовано диференційований характер програми: розроблено два варіанти — для осіб із «ризикованим» психологічним профілем (20 год, акцент на стабілізацію та відновлення ресурсів) і для осіб із «адаптаційним» профілем (12 год, акцент на превентивний розвиток ресурсів і формування довготривалих звичок психогігієни). Диференціація обумовлена суттєвими відмінностями у глибині ресурсного дефіциту між двома групами та необхідністю відповідності інтенсивності втручання рівню ризику.

Програма охоплює чотири тематичні модулі: психоедукацію, розвиток резильєнтності, зміцнення компонентів PERMA та опанування організаційних ресурсів. Деталізовані тематичні плани для обох варіантів програми представлено у додатках Ж та З.

Розроблено методичні рекомендації для трьох цільових груп: організаторів підвищення кваліфікації (скринінг та формування груп за профілем), психологів-фасилітаторів (підготовка, ведення груп, робота з кризовими станами) та медичних працівників-учасників (підтримка змін у повсякденній практиці).

Запропоновано систему оцінки ефективності на основі передтест-посттестового дизайну з використанням чотирьох діагностичних інструментів та катamnестичного обстеження через три місяці після завершення програми.

Визначено перспективи масштабування програми: розробка дистанційного варіанту, впровадження у систему первинної підготовки медичного персоналу та верифікація ефективності у контрольованому педагогічному експерименті.

ВИСНОВКИ

За результатами комплексного дослідження феномену професійного вигорання у працівників системи охорони здоров'я України в умовах підвищення кваліфікації, відповідно до поставлених завдань дослідження, здійсненого в теоретичній, емпіричній та прикладній площинах, сформульовано такі висновки.

1. Проаналізовано теоретичні підходи до вивчення феномену професійного вигорання - вигорання є самостійним психологічним синдромом, що принципово відрізняється від стресу, втоми та депресії. Першим описав цей стан Г. Фройденбергер (1974), який зафіксував поступове фізичне, емоційне та когнітивне виснаження фахівців допоміжних професій. Найбільш визнаною залишається трикомпонентна модель К. Масlach і С. Джексон (1981), яка включає емоційне виснаження, деперсоналізацію та редукцію особистісних досягнень як якісно відмінні, проте взаємопов'язані компоненти синдрому. У 2019 році ВООЗ включила вигорання до МКХ-11 (код QD85), надавши йому офіційного статусу. Аналіз альтернативних підходів - двовимірної моделі Шауфелі та концепції Крістенсена - показав, що редукція вигорання до одного виміру є концептуально недостатньою і знижує діагностичний потенціал інструментарію. Ключовим теоретичним висновком є те, що вигорання є хронічним, контекстуально прив'язаним до умов праці станом, не знімається короткочасним відпочинком і вимагає специфічних, цілеспрямованих профілактичних заходів.

2. Визначено основні чинники та психологічних механізмів розвитку вигорання у медичних працівників - встановлено, що цей синдром є поліетіологічним: його виникнення зумовлено взаємодією трьох груп чинників. Організаційні чинники — надмірне робоче навантаження, дефіцит кадрових і матеріальних ресурсів, низька автономія, несправедливе винагородження, несприятливий мікроклімат — формують системний контекст виснаження. Особистісні чинники — перфекціонізм, емоційна нестійкість, трудоголізм, дисфункційні копінг-стратегії — визначають індивідуальну вразливість до стресорів. Ситуативні чинники — смерть пацієнта, рольові конфлікти,

моральний дистрес, а в умовах воєнного стану — загроза фізичній безпеці — виступають тригерами гострих реакцій на тлі хронічного виснаження. Центральними психологічними механізмами є хронічний стрес (що замикає деструктивний цикл «навантаження — виснаження — зниження ефективності»), емоційне перевантаження та рольові конфлікти. Емпіричні дані свідчать про критичну поширеність вигорання серед медичного персоналу України: від 48,82 % на первинній ланці до 59,5 % серед тих, хто повністю вичерпав психоемоційні ресурси, що кваліфікує проблему як системну загрозу для галузі.

3. Охарактеризовано резильєнтність та психологічне процвітання як ресурси подолання вигорання - обидва конструкти є активними захисними ресурсами особистості, а не лише показниками психічного здоров'я. Резильєнтність — динамічна набута компетентність, що функціонує на трьох рівнях (індивідуальному, командному та організаційному) і забезпечує адаптацію до стресових умов медичної праці. Модель психологічного процвітання PERMA (М. Селігман) описує п'ять взаємопов'язаних компонентів благополуччя (позитивні емоції, залученість, стосунки, сенс і досягнення), кожен з яких прямо протидіє відповідному виміру вигорання. Теорія збереження ресурсів С. Гобфолла пояснює ключовий механізм: нарощування ресурсів резильєнтності і процвітання запускає «спіраль набуттів», що захищає від виснаження навіть за умов значного хронічного навантаження. Встановлено, що резильєнтність і психологічне процвітання є взаємопотенціуючими конструктами: розвиток будь-якого з них зміцнює і другий, що відкриває широкі можливості для їхнього цілеспрямованого розвитку у рамках безперервного фахового навчання медичних працівників.

4. Здійснено емпіричне дослідження рівня та структури професійного вигорання на вибірці з 170 медичних працівників різних спеціальностей, які проходили підвищення кваліфікації в Національному університеті охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика впродовж першого півріччя 2026 року. Вибірка характеризувалася різноманітністю за віком (від 30 до 61+ років),

стажем (від до 10 до понад 41 року) та умовами праці, що забезпечило достатню варіативність для кореляційного аналізу.

Для діагностики використано комплекс стандартизованих методик: опитувальник О. Чабана, Maslach Burnout Inventory, шкалу резильєнтності R@W та PERMA-профайлер; статистична обробка здійснена за допомогою програми Jamovi. Результати засвідчили, що у більшості респондентів (60,59 %) діагностовано середній рівень вигорання, а у 11,18 % — високий.

Найбільш вираженим компонентом синдрому є емоційне виснаження, що вказує на гостру актуальність проблеми психоемоційного перевантаження в умовах реформованої галузі охорони здоров'я. Підвищене емоційне навантаження на робочому місці виступає статистично значущим чинником вигорання; управлінська посада асоційована з більш вираженою редукцією досягнень; вік є частково значущим чинником, тоді як стаж не демонструє прямого статистично значущого зв'язку з рівнем вигорання.

5. Встановлення взаємозв'язків між показниками вигорання, резильєнтності та психологічного процвітання здійснено за допомогою кореляційного аналізу (коефіцієнт Пірсона). Встановлено статистично значущі взаємозв'язки між усіма досліджуваними змінними, що підтверджує їхній системний характер. Зафіксовано сильні позитивні кореляції між загальним рівнем вигорання та емоційним виснаженням ($r = 0,781$; $p < 0,001$) і деперсоналізацією ($r = 0,698$; $p < 0,001$), що свідчить про високу структурну узгодженість синдрому. Між рівнем вигорання та резильєнтністю встановлено сильний негативний зв'язок ($r = -0,606$; $p < 0,001$): чим вищий рівень психологічної стійкості, тим менш вираженим є вигорання. Аналогічну картину демонструє зв'язок між вигоранням і психологічним процвітанням ($r = -0,528$; $p < 0,001$). Особливо значущим є встановлений позитивний зв'язок між резильєнтністю та PERMA ($r = 0,601$; $p < 0,001$), що вказує на спільну ресурсну основу цих конструктів і їхній взаємопотенціуючий характер. Таким чином, гіпотезу дослідження підтверджено: резильєнтність та психологічне процвітання виконують статистично значущу захисну функцію щодо розвитку синдрому вигорання.

6. Виокремлення психологічних профілів медичних працівників за рівнем вигорання та ресурсними характеристиками дозволило ідентифікувати три якісно відмінних типи. Ризикований профіль об'єднує осіб із високим загальним рівнем вигорання, вираженим емоційним виснаженням і деперсоналізацією, пригніченим відчуттям фахової ефективності та низькими показниками резильєнтності й PERMA — стан, що потребує пріоритетної психологічної підтримки. Адаптаційний профіль характеризується помірними проявами вигорання, середнім рівнем ресурсних характеристик і відносно стабільним психологічним станом; представники цієї групи є найчисельнішими і найбільш чутливими до організаційних умов, що робить їх цільовою аудиторією превентивних програм. Ресурсний профіль відображає оптимальний психологічний стан: низький рівень вигорання, висока резильєнтність та виражене психологічне процвітання за всіма компонентами PERMA забезпечують збереження фахової ефективності навіть в умовах тривалого навантаження. Виділена типологія є підставою для диференційованого підходу до планування профілактичних інтервенцій.

7. Розроблення програми профілактики та методичних рекомендацій щодо її впровадження реалізовано у вигляді двох диференційованих варіантів відповідно до виявлених психологічних профілів. Методологічну основу програми складають чотири принципи — науковості, доказовості, інтегративності та практичної орієнтованості — а теоретичним підґрунтям слугують теорія збереження ресурсів С. Гобфолла, модель PERMA М. Селігмана та концепція психологічного капіталу Ф. Лютанса.

Програма для «ризикованого» профілю (Додаток Ж) є повним варіантом тривалістю 20 академічних годин (10 занять) із акцентом на стабілізацію стану та відновлення ресурсів. Вона включає чотири тематичні модулі: психоедукацію (розпізнавання симптомів вигорання та самодіагностика ресурсів), розвиток резильєнтності (фізіологія стресу, когнітивна гнучкість, емоційна регуляція), зміцнення компонентів PERMA (позитивні емоції, стосунки, сенс і досягнення) та опанування організаційних ресурсів підтримки. Переважають стабілізуючі

методи: прогресивна м'язова релаксація, дихальні техніки, робота з автоматичними думками.

Програма для «адаптаційного» профілю (Додаток 3) є скороченим варіантом тривалістю 12 академічних годин (6 занять), орієнтованим на превентивний розвиток ресурсів і формування стійких звичок психогігієни. Вона охоплює ті ж чотири модулі у стислішому форматі з акцентом на розвиваючі та перспективні методи: майндфулнес, техніки оптимізму, планування профілактики. Принципова відмінність між програмами полягає не лише в обсязі, а й у глибині опрацювання матеріалу та співвідношенні стабілізуючих і розвиваючих елементів.

Методичні рекомендації для організаторів підвищення кваліфікації передбачають обов'язковий скринінг учасників та формування груп за психологічним профілем; оптимальний розмір групи — 10–14 осіб. Рекомендації для психологів-фасилітаторів включають вимоги до кваліфікації та принципи психологічно безпечного ведення груп. Для самих медичних працівників розроблено систему рекомендацій щодо підтримки досягнутих змін: ведення щоденника самоспостереження, щоденна практика саморегуляції, участь у неформальних групах підтримки. Для оцінки ефективності запропоновано передтест-посттестовий дизайн із чотирма діагностичними інструментами та катамнестичним обстеженням через три місяці. Перспективи подальшого впровадження охоплюють розробку дистанційного варіанту програми, інтеграцію у систему первинної підготовки медиків і верифікацію ефективності у контрольованому квазіексперименті.

Таким чином, проведене дослідження підтвердило, що профілактика професійного вигорання працівників системи охорони здоров'я в умовах підвищення кваліфікації є системним завданням, що потребує одночасного врахування індивідуальних ресурсних характеристик (резильєнтність, психологічне процвітання), психологічних профілів фахівців і умов їхньої фахової діяльності. Процес підвищення кваліфікації є оптимальним середовищем для реалізації диференційованих профілактичних програм: він

забезпечує систематичний, нестигматизований і доступний доступ до психологічної підтримки для всіх категорій медичного персоналу. Розроблені програмові матеріали та методичні рекомендації мають практичну цінність для закладів підвищення кваліфікації, медичних установ і психологів-фасилітаторів, а отримані теоретичні та емпіричні результати розширюють наукові уявлення про механізми вигорання і ресурсний потенціал особистості в умовах хронічного фахового стресу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Асонов Д. Емоційне вигорання медичних працівників: моделі, фактори ризику та протективні фактори. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2021. Т. 6, № 2. DOI: <https://doi.org/10.26766/pmgp.v6i2.295>
URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/295>
2. Бегеза Л. Психологічні особливості емоційного вигорання лікарів. *Психологічні перспективи*. 2020. Вип. 36. С. 37–48.
DOI: <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2020-36-37-48>
3. Боснюк В. Ф. Математичні методи в психології : курс лекцій. Харків : НУЦЗУ, 2020. 141 с. URL: [http://repositsc.nuczu.edu.ua/bitstream/123456789/11329/1/Математичні%20методи%20в%20психології%20\(Боснюк\).pdf](http://repositsc.nuczu.edu.ua/bitstream/123456789/11329/1/Математичні%20методи%20в%20психології%20(Боснюк).pdf)
4. Вавринів О.С., Яремко Р.Я. Особливості професійного вигорання фахівців ризиконебезпечних професій. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ (серія психологічна)*. 2022. № 2. С. 10-16.
DOI: <https://doi.org/10.32782/2311-8458/2022-2-2>
5. Гільман А. Ю., Колопельник Т. М. Психологічні особливості професійного вигорання лікарів в умовах війни. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2025. № 3. С. 95–104.
DOI: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2025.3.15650>
URL: <https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/visnyk-gigieny/article/view/15650>
6. Дейнека Н. Д., Марущак М. І., Оксенюк О. Є., Стернік В. М., Мялюк О. П. Особливості психологічної стійкості медсестер різних відділень. *Медсестринство*. 2025. № 1. С. 16–24. DOI: <https://doi.org/10.11603/2411-1597.2025.1.15204> URL: <https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/nursing/article/view/15204>
7. Діагностика професійного “вигорання” (К. Маслач, С. Джексон в адаптації Н. Е. Водоп'янової). 2017. : веб-сайт.
URL: https://vugoraniya.blogspot.com/2017/12/blog-post_57.html

8. Емішянц О.Б. Особливості соціально-психологічної адаптації особистості. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія : Психологічні науки. 2017. Вип. 4 (1). С. 47-52.
URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvkhp_2017_4%281%29_10

9. Засекіна Л., Мартинюк А. Моральний дистрес та втома від співчуття у медпрацівників в умовах тривалого травматичного стресу. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи*. 2023. Т.2. № 3(2). С. 101–113. DOI: <https://doi.org/10.33216/2219-2654-2023-62-3-2-101-113>

10. Засекіна Л. В., Пастрик Т. В. Моральний дистрес та емоційна експресивність медпрацівників: когнітивно-поведінкова психоедукаційна програма. *Журнал сучасної психології*. 2023. № 4. С. 23–30. DOI: <https://doi.org/10.26661/2310-4368/2022-4-3>.
URL: <http://journalsofznu.zp.ua/index.php/psych/article/view/3060>

11. Іващенко Р. О., Григоров М. М. Ідентифікація екзогенних та ендогенних факторів ризику синдрому емоційного вигорання у медичних працівників. *Експериментальна і клінічна медицина*. 2025. Т. 94, № 2. DOI: <https://doi.org/10.35339/ekm.2025.94.2.ivh>.
URL: <https://ecm.knmu.edu.ua/article/view/10.35339.ekm.2025.94.2.ivh>

12. Іващенко Р. О., Огнєв В. А. Медико-соціальне обґрунтування моделі раннього виявлення та профілактики синдрому вигорання у медичних працівників. *Експериментальна і клінічна медицина*. 2025. Т. 94, № 4. DOI: <https://doi.org/10.35339/ekm.2025.94.4.ivo>.
URL: <https://ecm.knmu.edu.ua/article/view/10.35339.ekm.2025.94.4.ivo>

13. Кавецька Н. А., Андрейчин С. М., Ярема Н. З. Професійне вигорання серед медичних працівників: психологічні аспекти. *Медична освіта*. 2020. № 4. С. 27–31. URL: <https://doi.org/10.11603/me.2414-5998.2020.4.11654>

14. Карамушка, Л. М. *Психічне здоров'я персоналу організацій в умовах війни: навчально-методичний посібник*. Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України. 2023. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/737839/1/Karamushka_Mental%20health.pdf

15. Каргіна Н. Теоретичні аспекти психологічного благополуччя в екзистенційному розумінні. *Психологічні перспективи*. 2019. Вип. 33. С. 127–138. DOI: <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2019-33-127-138>
16. Кириленко Т. С. Психологія: емоційна сфера особистості: навч. посіб. Київ: Либідь, 2007. 256 с.
17. Креденцер О. В. Основні підходи до аналізу поняття «резильєнтність» в сучасній організаційній психології. *Організаційна психологія. Економічна психологія*. 2024. Т. 33, № 3–4. С. 124–136. DOI: <https://doi.org/10.31108/2.2024.3.33.11>. URL: <http://orgpsy-journal.in.ua/index.php/oep/article/view/468>
18. Креденцер О. В., Сергієнко Д. С. Резильєнтність як чинник суб'єктивного благополуччя психологів в умовах війни. *Організаційна психологія. Економічна психологія*. 2024. Т. 32, № 2. С. 85–95. DOI: <https://doi.org/10.31108/2.2024.2.32.7>
19. Куліш, О. В., Сіпко, Л. О. Вплив емпатії на формування синдрому емоційного вигорання у медичних працівників. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*. 2022. № 1. С. 32–36. <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2022.1.6>
20. Лазос Г. П. Резильєнтність: концептуалізація понять, огляд сучасних досліджень. *Актуальні проблеми психології. Т. 3: Консультативна психологія і психотерапія*. 2018. Вип. 14. С. 26–64. URL: https://lib.iitta.gov.ua/716873/1/Lazos_APP_V3N14_2018.pdf
21. Лотоцька О. В. та ін. Гігієнічні аспекти профілактики синдрому емоційного вигорання у середнього медичного персоналу різнопрофільних відділень лікарні. / О. В. Лотоцька, В. В. Литвинюк, О. М. Сопель, Г. А. Крицька, С. В. Кучер. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2020. № 3. С. 19–23. DOI: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2020.3.11616> URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/VSG_2020_3_6
22. Максименко С. Д. Загальна психологія. Видання 3є, перероблене та доповнене. Навчальний посібник. К.: Центр учбової літератури, 2021. 272 с.

23. Марута Н. О., Панько Т. В., Семікіна О. Є. та ін. Емоційне вигорання серед медичних працівників в галузі ментального здоров'я в умовах війни: клініко-соціальні аспекти та шляхи подолання (огляд літератури). *Український вісник психоневрології*. 2025. Т. 33, вип. 1 (122). С. 69–75. DOI:<https://doi.org/10.36927/2079-0325-V33-is1-2025-11>

24. Марута Н. О., Панько Т. В., Семікіна О. Є. та ін. Сучасний стан проблеми емоційного вигорання у працівників сфери охорони психічного здоров'я (аналітичний огляд літератури). *Український вісник психоневрології*. 2025. Т. 33, вип. 2 (123). С. 64-73 DOI:<https://doi.org/10.36927/2079-0325-V33-is2-2025>

25. Місайлова К., Лавриненко Д., Креденцер О., Шкала резильєнтності на робочому місці (R@W SCALE): адаптація та психометричні властивості. *Наука і освіта*. 2025. № 4. С. 60-69. DOI: 10.24195/2414-4665-2025-4-7

26. Москальов І. О., Лисенко Д. П. Застосування методів математичної статистики у психолого-педагогічних дослідженнях : навч. посіб. Київ : НУОУ, 2023. 187 с. URL: https://sprotyvg7.com.ua/wp-content/uploads/2023/07/nuou_ebook-8.pdf

27. Мушкевич М. І. Основи психотерапії : навч. посіб / М. І. Мушкевич, С. Є. Чагарна ; за ред. М. І. Мушкевич. Вид. 3-тє. Луцьк : Вежа-Друк, 2017. 420 с.

28. Нікітчук У. І., Федун В. П. Операціоналізація поняття «психоемоційне благополуччя особистості». *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*. 2022. № 3. С. 20–25. DOI: <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2022.3.4>. URL: <http://psy-visnyk.uzhnu.uz.ua/index.php/psy/article/view/136>

29. Павлюк М. М., Журавська Д., Клімишина Н. Психологічні чинники емоційного вигорання у професійній діяльності. *Актуальні проблеми психології*. 2018. Т. XI, Вип. 18. С. 226–244.

30. Палько І. О., Ляхова Н. О. Вивчення рівня професійного вигорання серед працівників Центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф. *Intermedical Journal*. 2024. № 2. С. 129–134. <https://doi.org/10.32782/2786-7684/2024-2-22>

31. Пастрик Т. В., Шатило В. Й., Можарівська А. А., Серебряков О. М., Патута Б. В. Моральний дистрес у медичних сестер гастроентерологічних і проктологічних відділень: психологічні особливості та шляхи подолання. Україна. *Здоров'я нації*. 2025. № 4. С. 193–200.

URL: <https://journals.uzhnu.uz.ua/index.php/health/article/view/1556>

32. Пивоварчик І.М., Цибух Л.М. Професійне вигорання медичних працівників первинної ланки. *Ментальне здоров'я*. 2026. № 1.

DOI: <https://doi.org/10.32782/3041-2005/2026-1.28>

URL: <https://journals.oneu.od.ua/index.php/mh/article/view/186>

33. Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку працівників сфери охорони здоров'я : постанова Кабінету Міністрів України від 14 липня 2021 р. № 725. *Офіційний портал Верховної Ради України*.

Веб-сайт: URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/725-2021-%D0%BF#Text>

34. Про затвердження Порядку проведення атестації працівників сфери охорони здоров'я та внесення змін до деяких наказів Міністерства охорони здоров'я України : наказ МОЗ України від 16.04.2025 № 650. *Офіційний портал Верховної Ради України*.

Веб-сайт: URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0824-25#Text>

35. Психологія управління: навчальний посібник / укл. В.В.Ягоднікова. Одеса: видавець Букаєв В.В., 2022. 141 с.

36. Рибалка В. В. Теорії особистості у вітчизняній психології та педагогіці: навч. посіб. Одеса: Букаєв В. В, 2009. 575 с.

37. Русанов В. Професійне вигорання медичних працівників в умовах війни: історичний аналіз, сучасні дослідження та авторське визначення. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2024. Т. 9, № 3.

DOI: [10.26766/PMGP.V9I3.529](https://doi.org/10.26766/PMGP.V9I3.529)

38. Руська Р. В. Теорія імовірності та математична статистика в психології : навч. посіб. Тернопіль, 2020. 112 с.

URL: https://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/38426/1/TIMC_ПС.pdf

39. Савченко О.В., Лавриненко Д.Г. Короткий багатовимірний опитувальник процвітання «PERMA-профайлер»: адаптація методики та її психометричні властивості. *Габітус. Психологія особистості*. 2023. Випуск 52. С. 167-178. DOI: <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2023.52.29>

40. Свір В., Сич А. Психологічні особливості професійного вигорання у медичних працівників. *Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом. Психологія*. 2025. № 2 (67). С. 102-107. DOI: <https://doi.org/10.32689/maup.psych.2025.2.15>

41. Сердюк Л. З. Психологія мотивації учіння майбутніх фахівців: монографія. Київ: Університет «Україна», 2012. 323 с.

42. Татенко В. О. Психологія впливу: суб'єктна парадигма: монографія. Київ: Видавничий дім «Корпорація», 2008. 322 с.

43. Теренда Н. О., Павлів Т. Б., Теренда О. А. Професійне вигорання – одна з невирішених проблем системи охорони здоров'я. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2021. № 2. С. 29–33. DOI: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2021.2.12377>

44. Федоренко Р. П. Психологія сім'ї: навч. посіб. Луцьк: Вежа, 2015. 364 с. URL : https://evnuir.vnu.edu.ua/bitstream/123456789/9788/1/fedorenko_psych_fam.pdf

45. Чабан О., Хаустова О., Омелянович В. Опитувальник для виявлення синдрому професійного вигорання: розробка та валідація нової діагностичної методик. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2025. № 1. Том 10. DOI: 10.26766/pmgrp.v10i1.598

46. Чиханцова О. А. Розвиток резильєнтності особистості в ситуаціях невизначеності. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського*. Серія: Психологія. 2023. Т. 34 (73), № 1. С. 35–40. DOI: <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2023.1/07>

47. Чорна В.В., Хлєстова С.С., Гудзевич Л.С., Калашченко С.І., Гринзовський А.М. Предиктори професійної мотивації на формування синдрому емоційного вигорання в медичних працівників світу та України. Україна.

Здоров'я нації. 2025. № 4. С. 90–102. DOI: <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2025.4/10>

48. Шульгай В. Мочульська О. Шульгай В. Важливість формування комунікації і резильєнтності при підготовці медичних працівників. *Медична освіта*. 2026. № 1. С. 125–130 .DOI: <https://doi.org/10.11603/me.2414-5998.2026.1.16043>. URL: https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/med_osvita/article/view/16043

49. Шульгай О. М. Радченко Т. Г. Фактори, що сприяють професійному вигоранню медичних сестер на сучасному етапі, та практичні підходи до його подолання. *Медсестринство*. 2025. № 3-4, С. 43–48. DOI: <https://doi.org/10.11603/2411-1597.2025.3-4.15727> URL: <https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/nursing/article/view/15727>

50. Юрченко І., Савченко І., Буряк О. Професійне вигорання медичних працівників за сучасних умов. *Медсестринство*. 2020. № 4. С. 11–16. DOI: <https://doi.org/10.11603/2411-1597.2020.4.11865>

51. Яценко Т. С. Активне соціально-психологічне навчання: теорія, процес, практика: навч. посіб. Хмельницький: Вид-во НАДПСУ, 2004. 792 с.

52. Aiken L. H., Clarke S. P., Sloane D. M. et al. Nurses' reports on hospital care in five countries: the ways in which nurses' work is structured have left nurses among the least satisfied workers. *Health Affairs*. 2001. Vol. 20, № 3. P. 43–53.

53. Baka, Ł., & Basińska, B. Burnout phenomenon still unresolved: The current state in theory and implications for public interest. *Frontiers in Organizational Psychology*, 2025. V. 3, 1549253. <https://doi.org/10.3389/forgp.2025.1549253>

54. Bakker A. B., Demerouti E. The Job Demands-Resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology*. 2007. Vol. 22, № 3. P. 309–328.

55. Bianchi, R., Swingle, G., & Schonfeld, I. S. Burnout: Fifty years later. *Workplace Health & Safety*. 2024. V. 72(9), P. 430–436. <https://doi.org/10.1177/21650799241260441>

56. Carrillo-García, C., et al. Burnout: A review of theory and measurement. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2022. V. 19(3), 1780. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031780>

57. Dyrbye L. N., Shanafelt T. D., Johnson P. O. et al. A cross-sectional study exploring the relationship between burnout, absenteeism, and job performance among American nurses. *BMC Nursing*. 2019. Vol. 18. Art. 57.
58. Field A. *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics*. 5th ed. London: SAGE Publications; 2018. 1076 p.
59. Fredrickson B. L. The role of positive emotions in positive psychology: the broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*. 2001. Vol. 56, № 3. P. 218–226.
60. Freudenberger, H. J. Staff burn-out. *Journal of Social Issues*. 1974. Vol. 30. Is. 1. P. 159–165. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
61. Gabassi, P. G., et al. Burnout syndrome in the helping professions. *Psychological Reports*, 2002. V. 90 (1), P. 309–314. <https://doi.org/10.2466/pr0.2002.90.1.309>
62. Leiter M. P., Maslach C. Areas of worklife: A structured approach to organizational predictors of job burnout. *Research in Occupational Stress and Well-being*. 2003. Vol. 3. P. 91–134.
63. Luthans F., Youssef C. M., Avolio B. J. *Psychological Capital: Developing the Human Competitive Edge*. Oxford: Oxford University Press; 2007. 290 p.
64. Maslach C., Jackson S. E., Leiter M. P. *Maslach Burnout Inventory Manual*. 4th ed. Menlo Park: Mind Garden; 2016. 52 p.
65. Maslach, C., & Jackson, S. E. The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 1981. № 2(2). P. 99–113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
66. Maslach, C., Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, V. 15(2), P. 103–111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>
67. Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. *Maslach Burnout Inventory Manual* (3rd ed.). Consulting Psychologists Press. 1996.
68. Maslach C., Schaufeli W. B., Leiter M. P. Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 2001. V. 52. P. 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>

69. Mealer M., Jones J., Newman J., McFann K. K., Rothbaum B., Moss M. The presence of resilience is associated with a healthier psychological profile in intensive care unit (ICU) nurses: results of a national survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2012. Vol. 49, № 3. P. 292–299.

70. Rees C. S., Breen L. J., Cusack L., Hegney D. Understanding individual resilience in the workplace: the international collaboration of workforce resilience model. *Frontiers in Psychology*. 2015. Vol. 6. P. 73.

71. Schaufeli W. B., Leiter M. P., Maslach C. Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*. 2009. Vol. 14, № 3. P. 204–220. <https://doi.org/10.1108/13620430910966406>

72. Seligman M. E. P. Flourish: A Visionary New Understanding of Happiness and Well-being. New York: Free Press; 2011. 349 p.

73. Shanafelt, T. D., & Noseworthy, J. H. Executive leadership and physician well-being: Nine organizational strategies to promote engagement and reduce burnout. *Mayo Clinic Proceedings*, 2017. V. 92(1), P. 129–146. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.10.004>

74. Tugade M. M., Fredrickson B. L. Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2004. Vol. 86, № 2. P. 320–333.

75. Ungur, A.-P., et al. A narrative review of burnout syndrome in medical personnel. *Diagnostics*, 2024. V. 14 (17). <https://doi.org/10.3390/diagnostics14171971>

76. West C. P., Dyrbye L. N., Shanafelt T. D. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *Journal of Internal Medicine*. 2018. Vol. 283, № 6. P. 516–529.

77. World Health Organization. *Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases*. 2019. URL: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>

ДОДАТКИ

Додаток А

ОПИС МЕТОДИКИ

Діагностика професійного “вигорання” (К. Масlach, С. Джексон в адаптації Н. Е. Водоп’янової)

Призначення – вивчення ступеня професійного “вигорання”.

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”; “кожний день”.

Опитувальник

1. Я почуваю 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.
10. 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.

Опрацювання даних

Опитувальник має три шкали: “емоційне виснаження” (9 тверджень), “деперсоналізація” (5 тверджень) і “редукція особистих досягнень” (8 тверджень).

Варіанти відповідей оцінюються так:

“Ніколи” – 0 балів;

“Дуже рідко” – 1 бал;

“Інколи” – 3 бали;

“Часто” – 4 бали;

“Дуже часто” – 5 балів;

“Кожний день” – 6 балів.

Ключ до опитувальника

Нижче перераховуються шкали і відповідні їм пункти опитувальника.

“Емоційне виснаження” – відповіді “так” на запитання 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20 (максимальна сума балів – 54).

“Деперсоналізація” – відповіді “так” на запитання 5, 10, 11, 15, 22 (максимальна сума балів – 30).

“Редукція особистих досягнень” – відповіді “так” на запитання 4, 7, 9, 12, 17, 20, 19, 21 (максимальна сума балів – 48).

Чим більша сума балів з кожної шкали окремо, тим більше в опитуваного виражені різні сторони “вигорання”. Про важкість “вигорання” свідчить сума балів усіх шкал

Інтерпретація проводиться, зазвичай, окремо по кожній субшкалі згідно з оригінальним посібником К. Маслач, С. Джексон.

Нормування за методикою Маслач (MBI)

Таблиця А.1 - Субшкала 1: Емоційне виснаження (Emotional Exhaustion)

Рівень	Бали
Низький	0 – 16
Середній	17 – 26
Високий	27 і вище

Таблиця А.2 - Субшкала 2: Деперсоналізація (Depersonalization)

Рівень	Бали
Низький	0 – 6
Середній	7 – 12
Високий	13 і вище

Таблиця А.3 - Субшкала 3: Редукція особистісних досягнень (Personal Accomplishment)

Рівень	Бали
Низький	39 і вище
Середній	32 – 38
Високий	0 – 31

Використані джерела:

1. Діагностика професійного “вигорання” (К. Маслач, С. Джексон в адаптації Н. Е. Водоп’янової) : *веб-сайт*. URL:

https://vugoraniya.blogspot.com/2017/12/blog-post_57.html

2. Maslach, C., & Jackson, S. E. The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 1981. № 2(2). P. 99–113.

3. Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. *Maslach Burnout Inventory Manual* (3rd ed.). Consulting Psychologists Press. 1996.

ОПИС МЕТОДИКИ**Опитувальник для виявлення синдрому професійного вигорання****(© Чабан О.С., 2025)**

Опитувальник анонімний, тому ми розраховуємо на Ваші щирі та правдиві відповіді. Не роздумуйте над запитаннями, відповідайте якомога швидше. Питання, які містяться в ньому спрямовані на діагностику проявів емоційного вигорання – стану фізичного, емоційного та розумового виснаження внаслідок тривалих стресів чи надмірних вимог в професійному або особистому житті.

Виберіть лише один варіант, який найбільше підходить, або має найбільше значення для Вас.

На кожне запитання необхідно відповісти «ТАК» чи «НІ». Правильних, чи неправильних відповідей не існує.

Ваш вік: _____ Ваша стать: _____ Ваш фах: _____

Ваш стаж: _____

Ваш сімейний стан: _____ Ви керівник? _____

1. Я повністю задоволений своєю роботою
2. Моя робота явно погіршила моє ментальне та фізичне здоров'я
3. Психологічна атмосфера на роботі мене повністю влаштовує
4. Я відчуваю, що моя робота робить мене більш жорстким та черствим та різко категоричним
5. Я відчуваю певне розчарування у своїй професії
6. Найкращий час для мене – це п'ятниця, по обіді, з передчуттям відпочинку попереду від всіх та всього
7. Я думаю, що на роботі мене більше навантажують, чим у інших, відчуваю цю несправедливість
8. Мене повністю влаштовує моя заробітна плата

9. Мої зусилля та старання на роботі не знаходять потрібної, належної та справедливої компенсації у заробітній платі, додаткових днях відпочинку та ін. моїх індивідуальних потребах (відпустити з роботи за потребою, дозволити гнучкий графік, дозволити запізнення та ін.)

10. Мої захоплення, хобі та цікавості за межами роботи стали значно меншими, тому що на них не вистачає часу

11. Мої захоплення, хобі стали значно меншими, тому що мені це стало не цікавим, відчуття, що нічого не хочеться і нічого не радує

12. Мені часто хочеться усамітнитися та відпочити від усіх

13. Я відчуваю, що втрачаю задоволення від своєї роботи

14. Часто після роботи відчуваю себе “вичавленим лимоном” та «батареєю, яка розрядилася»

15. У мене порушився сон (погано засинаю, сон став переривчастим, зменшилась тривалість, з'явилися ранішні просинання, відсутнє відчуття відпочинку)

16. В спілкуванні в колективі я відчуваю все більше формальності, зникли теплі та дружні відносини, відчуття взаємопідтримки, надійності, щирості, довіри та «сімейності»

17. Думаю, що я надто багато працюю

18. Мої рідні та друзі вважають, що я надто багато працюю

19. Робота з людьми все більше мене втомлює, хочеться усамітнитися і поменше бути серед людей, в такому ступені, що я подумую виїхати на якийсь хутір, чи село і самому вести просте господарство

20. Я дуже переживаю, якщо в мене щось не складається та не вирішується на роботі 21. Буває так, що я на роботі наче «підвисаю», «туплю», можу просидіти якийсь час, ні про що не думаючи, наче провалившись кудись, наче в якомусь ступорі

22. Коли я повертаюсь після роботи додому я практично завжди продовжую думати про те, що відбувалося, чи буде відбуватися на роботі, іноді навіть веду

діалоги в своїй голові з колегами чи керівництвом, в тому числі у вигляді сварок, емоційних переконуваль

23. Я відчуваю, що втрачаю задоволення від звичного життя (їжа, відпочинок, секс, час з друзями, розваги та ін.)

24. Я став (-ла) більше тривожитися та переживати з приводу будь – чого

25. Я відчуваю, що моя робота вихолощує та притуплює мої відчуття та емоції (я стаю «сухарем» та «черствію»), практично перестав (-ла) жартувати

26. Ефективність моєї роботи останнім часом дуже залежить від мого настрою (хороший настрій – я ефективний (-на) та продуктивний (-на) , мною задоволені; поганий – неефективний (-на), помилки, мої партнери незадоволені мною)

27. Коли я вертаюсь додому мені потрібно побути якийсь час (кілька годин) самому, ні з ким не спілкуватися

28. Я відчуваю, що мене найкраще розуміють лише мої домашні улюбленці (собака, кіт)

29. В мене постійне відчуття, що не вистачає часу ні на що, в т.ч. на домашню роботу, я живу наче в постійному цейтноті

30. Іноді звичайні ситуації на роботі викликають у мене надмірні емоції та подразнення

31. При згадці про деяких моїх колег, чи керівників у мене знижується, а то і псується настрій

32. Останнім часом я відчуваю, що живу у прокрастинації (безпричинно відкладаю на завтра, після завтра і т.д. робочі завдання)

33. Я дуже переживаю за свою роботу

34. Я боюся втратити свою роботу і роблю все, щоб цього не сталося, в т.ч. працюю у неробочий час, затримуюсь на роботі, можу виконувати завдання у вихідні, чи у відпустці, легкі та беззаперечно відгукуюсь на прохання вийти на роботу в позаробочий, чи вихідний час

35. Я боюсь підвести своїх колег по роботі, часто погоджуюсь замінити їх у чомусь, допомогти їм, виконати за них частину їхньої роботи

36. Іноді, з думками про наступний день роботи, я вже починаю переживати, аж до серцебиття, відчуття нехватки повітря, надмірного хвилювання, нудоти, запаморочення

37. Я завжди радію, коли бачу, як моя робота приносить конкретні результати

38. Відчуваю, що щось потрібно міняти на роботі, щось відбувається не так, але не розумію, що саме

39. Мені часто по роботі зустрічаються люди, від яких я відчуваю втому та сильне роздратування, настільки, що не усвідомлено хочу їм чогось поганого, навіть пошепки, чи в думках промовляю це

40. Із - за роботи я втратив спокій та душевну рівновагу, почав більше вживати неформальної лексики, особливо коли сам, за кермом авто, коментуючи дії навколишніх водіїв та пішоходів

41. Раніше я був значно відкритим (-тою) , уважним (-ною) та дружнім (-ньою) до своїх колег, співробітників та тих, з ким я працюю

42. Впевнений (-на), що моє керівництво зовсім не думає про людей та їх здоров'я

43. Іноді я думаю, що результати моєї роботи зовсім не вартують тих зусиль, які я затратив (-ла) на них

44. Мене не особливо хвилюють прохання та душевний стан моїх колег – це їхні справи, тут кожний сам за себе, і нікого не хвилюють чужі проблеми, своїх вистачає

45. Робота з людьми дуже розчарувала мене і якби була можливість змінити роботу, щоб було поменше контактів з людьми – зробив (-ла) би це, не задумуючись

46. Я чітко бачу перспективу та кар'єрний ріст на своїй роботі, постійно самоудосконалююсь та навчаюсь, щоб досягнути більшого

47. Якщо з'являється можливість «посачкувати», зменшити час на роботу – роблю це не задумуючись, без всяких докорів сумління

48. Я захоплююсь людьми, які повністю та всеосяжно присвятили себе професії та досягнули загального визнання, саме завдяки своєму професіоналізму.

49. В цілому - я щаслива людина

50. Якби я повернувся назад, я знову обрав (-ла) би свою професію

«Ключі» та інтерпретація результатів обстеження з використанням

Опитувальника для виявлення синдрому професійного вигорання

Оцінка проводиться за принципом дименсiальностi (ваги, значущостi окремих самооцiнок (вiдповiдей) для формування, або/та прояву Burn Out синдрому, у виглядi загальної суми набраних балiв.

Таблиця Б.1 - Ключі

Питання	Бали за відповідь		Питання	Бали за відповідь	
	ТАК	НІ		ТАК	НІ
1	0	3	26	1	0
2	5	0	27	1	0
3	0	3	28	1	0
4	2	0	29	1	0
5	2	0	30	1	0
6	1	0	31	1	0
7	1	0	32	1	0
8	0	3	33	1	0
9	1	0	34	1	0
10	1	0	35	1	0
11	1	0	36	1	0
12	1	0	37	0	2
13	1	0	38	1	0
14	1	0	39	1	0
15	1	0	40	1	0
16	1	0	41	1	0
17	1	0	42	1	0
18	1	0	43	1	0
19	1	0	44	1	0
20	1	0	45	1	0
21	1	0	46	0	1
22	3	0	47	1	0
23	1	0	48	1	0
24	1	0	49	0	5
25	3	0	50	0	5

Інтерпретація отриманих результатів опитувальника:

0 - 5 балів – ознак формування та наявності професійного вигорання не спостерігається. Дотримуйтеся цієї ж тактики та стратегії професійного життя, режиму роботи та відпочинку.

6 - 21 балів – низька, але є ймовірність формування синдрому професійного вигорання. Ваша самооцінка потребує додаткового самоаналізу та спостереження за деякими ознаками цього синдрому, зверніть увагу на психогігієну та психоекологію вашої професійної діяльності, розширте свої знання про цей синдром, його причини та наслідки.

22 - 59 балів – середня ймовірність формування синдрому професійного вигорання. Ваша ситуація потребує консультації спеціаліста в області ментального здоров'я з базовими знаннями про цей синдром, наприклад сімейного лікаря, чи іншого фахівця інтерніста, психолога, клінічного, чи медичного психолога, який має додаткові знання в області ментального здоров'я та знання про Burn Out синдром. Рекомендовано відповідально та серйозно поставитися до ситуації на роботі, власного відпочинку та інших антиборнаут дій.

60 - 75 балів – висока ймовірність формування синдрому професійного вигорання. Ваша ситуація потребує консультації (додаткового обстеження) спеціаліста з ментального здоров'я з фаховими знаннями медичної психології, психотерапії та/або психіатрії. Рекомендовано уважно підійти до власного здоров'я та робочих відносин, є висока ймовірність формування психосоматичних розладів, розладів поведінки та емоційних порушень.

Також опитувальник дозволяє вивчити симптоматологічну структуру емоційного вигорання – виразність симптомів емоційного вигорання, відповідно до факторної структури опитувальника, рахуються як арифметична сума балів, отриманих за певними запитаннями і вони можуть бути оцінені в залежності від мінімально можливої до максимально можливої кількості балів.

1. Симптоми професійного незадоволення: 1, 2, 5, 13, 43, 45, 46, 49 та 50 запитання. $\Sigma = 0 - 23$ бали.
2. Емоційно-вольові симптоми: 3, 4, 7, 16, 31, 38, 39, 40, 41, 42, 44. $\Sigma = 0 - 14$ балів.
3. Симптоми втоми та відчуття бракування часу: 10, 14, 17, 18, 29. $\Sigma = 0 - 5$ балів.
4. Симптоми деперсоналізації та дереалізації: 21, 22, 26, 30, 32, 38. $\Sigma = 0 - 8$ балів.
5. Астено-депересивні симптоми: 11, 15, 23, 24, 25. $\Sigma = 0 - 7$ балів.
6. Симптоми тривоги: 20, 33, 34, 35. $\Sigma = 0 - 4$ бали.
7. Симптоми потреби в усамотненні та відсторонення від людей: 12, 19, 27, 28, 36. $\Sigma = 0 - 5$ балів.
8. Симптоми незадоволеності грошовою винагородою: 8, 9. $\Sigma = 0 - 4$ бали.
9. Симптоми прагнення відпочинку: 6, 47. $\Sigma = 0 - 2$ бали.
10. Симптоми позитивних моральних установок на відданість роботи: 37, 48. $\Sigma = 0 - 3$ бали.

Використане джерело:

Чабан О., Хаустова О., Омелянович В. Опитувальник для виявлення синдрому професійного вигорання: розробка та валідізація нової діагностичної методик. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2025. № 1. Том 10. DOI: 10.26766/pmgrp.v10i1.598

ОПИС МЕТОДИКИ

Шкала резильєнтності на робочому місці (R@W Scale)

Інструкція. Будь ласка, прочитайте уважно наведені твердження та вкажіть міру своєї згоди з кожним із них за шкалою від 0 до 6 (0 – повністю не погоджуюсь, 6 – повністю погоджуюсь).

Таблиця В.1 – Опитувальник

	Твердження	Повністю не погоджуюсь	Не погоджуюсь	Частково не погоджуюсь	Важко сказати	Частково погоджуюсь	Погоджуюсь	Повністю погоджуюсь
		0	1	2	3	4	5	6
1	У мене є важливі базові принципи, яких я рішуче дотримуюсь у своїй роботі.							
2	Я знаю свої сильні сторони і регулярно використовую їх у своїй роботі.							
3	Моя робота дає мені змогу реалізувати своє покликання.							
4	Моя робота – це середовище, де я відчуваю себе на своєму місці.							
5	Моя робота не суперечить моїм цінностям і переконанням.							
6	Загалом, я ціную те, що є в моєму робочому середовищі.							
7	Коли на роботі все йде не так, це зазвичай затьмарює інші сфери мого життя.							
8	Люди, які демонструють поганий настрій на роботі, як правило, пригнічують мене.							

9	Я обов'язково роблю перерви, щоб зберегти свої сили та енергію, коли важко працюю.							
10	У мене є кілька перевірених методів, що допомагають мені розслабитись, коли робочі моменти тиснуть на мене.							
11	Якщо на роботі виникають складні ситуації, від яких рівень мого стресу зростає, я маю перевірені методи, які допомагають мені впоратися з ним.							
12	Я стежу за тим, щоб моя робота не була важливіша за моє особисте життя.							
13	Я часто прошу оцінити мою роботу, щоб підвищити свою продуктивність / ефективність.							
14	Я маю гарну фізичну форму.							
15	У мене є друзі на роботі, на підтримку яких я можу розраховувати, коли я цього потребую.							
16	Я маю сильний та надійний колектив на роботі, який мене підтримує.							

Оброблення результатів. Розрахунок здійснюється шляхом додавання кількості балів, отриманих за кожне твердження.

Для всіх тверджень використовується прямий підрахунок балів (0=0, 1=1, 2=2 і т.д.), окрім тверджень 7 та 8, які розраховуються реверсно (0=6, 1=5, 2=4 і т.д.).

Значення рахуються для кожної окремої субшкали та загального показника:

Життя сьогоднішнім – сума 1–2

Знаходження свого покликання – сума 3–6

Бачення перспектив – сума 7–8

Управління стресом – сума 9–12

Піклування про здоров'я – сума 13–14

Побудова мереж (контактів) – сума 15–16

Загальний рівень резильєнтності на робочому місці – сума 1–16

Таблиця В.2 – Тестові норми українськомовної версії R@W Scale

Загальний рівень резильєнтності на робочому місці	Шкали						Рівень індивідуального результату
	Життя сьогоденням	Знаходження свого покликання	Бачення перспектив	Управління стресом	Піклування про здоров'я	Побудова мережі (контактів)	
0–57	0–8	0–15	0–2	0–11	0–5	0–7	Низький
58–73	9–10	16–21	3–6	12–18	6–9	8–10	Середній
≥74	≥11	≥22	≥7	≥19	≥10	≥11	Високий

Таблиця В.3 – Інтерпретація індивідуальних рівнів за шкалами українськомовної версії R@W Scale

Назва шкали	Рівень індивідуального результату	
	Низький	Високий
Загальний рівень резильєнтності на робочому місці	Знижена здатність опиратися робочим стресорам, схильність до професійного виснаження, труднощі в подоланні конфліктів або змін. У таких випадках працівник може бути вразливим до вигорання	Здатність працівника ефективно адаптуватися до професійних викликів, зберігати психологічну стійкість, керувати ресурсами й підтримувати баланс між навантаженням та особистісним благополуччям. Це людина, яка здатна «відновлюватись» після труднощів, не втрачаючи професійної мотивації
Життя сьогоднішнім	Може свідчити про надмірну зайнятість тривожними думками або румінаціями (неприємні події з минулого або можливих в майбутньому), через що знижується ефективність у реальному часі. Такий працівник схильний до прокрастинації або емоційного відволікання	Здатність фокусуватися на теперішньому моменті, бути продуктивним тут і зараз. Це співробітники, які не застрягають у переживанні минулих помилок і не занурені в гіпотетичні проблеми майбутнього
Знаходження свого покликання	Відсутність зв'язку між особистими цінностями та роботою, виконання обов'язків без внутрішньої включеності. Це може бути раннім маркером професійного вигорання або сумніву в доцільності обраного шляху	Ідентифікацію з професійною роллю, відчуття сенсу, захопленість справою. Такі працівники мають виражену внутрішню мотивацію, високий рівень професійної життєстійкості, зокрема компонент прийняття виклику та емоційної залученості
Бачення перспектив	Низькі бали можуть указувати на песимізм або відсутність віри в можливість позитивних	Оптимістичне ставлення до майбутнього, переконаність у можливості кар'єрного зростання, адаптивність до змін. Такий

	змін, що може впливати на загальну резильєнтність	працівник швидше приймає професійні виклики
Управління стресом	Ознака емоційної нестійкості, імпульсивної поведінки або недостатнього контролю над навантаженням, що посилює професійну вразливість	Наявність ефективних стратегій боротьби зі стресом: когнітивних (раціоналізація, рефреймінг), поведінкових (тайм-менеджмент, відпочинок), емоційних (контроль емоційної реакції). Такий працівник рідше піддається тиску, менш схильний до виснаження
Піклування про здоров'я	Низькі показники можуть свідчити про нехтування власним добробутом, відсутність регулярної турботи про себе, що знижує ресурс опору стресу	Цілеспрямована увага до фізичного та психічного здоров'я, включно з режимом сну, харчуванням, фізичною активністю. Такі працівники більш енергетично стабільні та витривалі
Побудова мережі (контактів)	Обмеженість соціального капіталу, труднощі в налагодженні контактів або низьку відкритість до взаємодії, що зменшує професійну стійкість	Здатність створювати підтримувальні професійні зв'язки, звертатися по допомогу, брати участь у професійних спільнотах, що формує додаткову буферну зону проти стресу

Використане джерело:

Місайлова К., Лавриненко Д., Креденцер О., Шкала резильєнтності на робочому місці (R@W SCALE): адаптація та психометричні властивості. *Наука і освіта*. 2025. № 4. С. 60-69. DOI 10.24195/2414-4665-2025-4-7

ОПИС МЕТОДИКИ

Короткий багатовимірний опитувальник процвітання «PERMA Profiler»

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.

Питання методики:

1. Як часто ви відчуваєте, що просуваєтесь у досягненні своїх робочих цілей?
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?
7. Наскільки ваша робота є цілеспрямованою та змістовною?
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 відчуваєтеся на роботі?
12. Наскільки ви задоволені своїм актуальним фізичним здоров'ям?
13. Як часто ви відчуваєте позитив на роботі?
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?
19. Якою мірою ви відчуваєте, що вас цінують ваші колеги?
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?

Обробка результатів

Професійно-фокусовані позитивні емоції: $P = \text{середнє (3, 13, 22)}$

Професійна залученість: $E = \text{середнє (2, 10, 17)}$

Професійні відносини: $R = \text{середнє (8, 19, 21)}$

Професійний сенс: $M = \text{середнє (7, 9, 20)}$

Професійні досягнення: $A = \text{середнє (1, 5, 15)}$

Професійне процвітання: $PERMA = \text{середнє (P+E+R+M+A+23)}$

Професійно-фокусовані негативні емоції: $N = \text{середнє (4, 14, 16)}$

Здоров'я: $H = \text{середнє (6, 12, 18)}$

Професійна самотність: $Lon (11)$

Запропонована нижче шкала дозволяє визначати рівень індивідуального результату за загальним показником рівня благополуччя.

Високий рівень: високі значення за шкалою «Благополуччя» свідчать про те, що людина переважно переживає позитивні емоції, сприймає себе як досить щасливу особу, яка живе теперішнім і цілком зосереджена на обраній меті. Людина переживає себе спроможною долати перешкоди та досягати бажаного за допомогою своїх сильних сторін. Занурення у виконання цікавої справи дозволяє швидко включатись у діяльність, завершувати розпочате без зайвих зусиль. У відносинах з іншими така особа відчуває комфорт, підтримку, власну цінність і любов, проявляє ініціативність, довіру та готовність підтримувати тривалі стосунки. Маючи пріоритетні цінності, така особа відчуває сенс свого існування, спрямовує зусилля на досягнення справді значущих цілей у житті. Серед

основних потреб у таких людей домінують відчуття цінності та значущості. Активність таких осіб детермінована внутрішньою мотивацією, орієнтованою на особистісне зростання та кооперацію, що виявляється в наполегливості та пристрасності в досягненні визначених цілей. Відчуття гордості за досягнення посилює переживання власної майстерності та компетентності.

Низький рівень: низькі значення за шкалою «Благополуччя» відображають стан нестачі позитивних емоцій і переживань, втрати задоволення від виконання справ, які раніше приносили насолоду й інтелектуальну наснагу. Людина переживає себе виключеною з потоку життя, спостерігачем, який очікує більш сприятливих часів. Така безініціативна позиція не дозволяє повною мірою проявляти свій потенціал, як наслідок, людина переживає брак своєї компетентності, нестачу знань і вмінь, невпевненість у можливості успішного завершення справи. Отже, розпочаті справи часто не завершуються, людина не розуміє сенсу визначених цілей, переживає розгубленість і невдоволеність собою, знецінює власні здобутки. Стосунки з іншими не приносять задоволення, особа переживає свою відстороненість від інших, неможливість переживання сумісності й інтимності у стосунках.

Таблиця Г.1 - Тестові норми за показником рівня благополуччя особистості

Станайн	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Значення (бали)	≤3,06	3,07–4,31	4,32–5,0	5,01–6,0	6,01–6,81	6,82–7,62	7,63–8,05	8,06–8,49	≥8,50
Рівень	Низький			Середній			Високий		

Таблиця Г.2 - Тестові норми за субшкалами методики «PERMA–Профайлер» (українськомовна адаптація)

Англ. позначення	Субшкала	Рівень індивідуального результату		
		Низький	Середній	Високий
P	Позитивні емоції	≤4,65	4,66–7,66	≥7,67
E	Залученість	≤5,66	5,67–8,32	≥8,33
R	Відносини	≤5,32	5,33–8,32	≥8,33
M	Сенс	≤4,65	4,66–7,74	≥7,75

A	Досягнення	$\leq 5,32$	5,33–7,66	$\geq 7,67$
N	Негативні емоції	$\leq 4,32$	4,33–6,66	$\geq 6,67$
H	Здоров'я	$\leq 4,65$	4,66–7,66	$\geq 7,67$

Використане джерело:

Савченко О.В., Лавриненко Д.Г. Короткий багатовимірний опитувальник процвітання «PERMA-профайлер»: адаптація методики та її психометричні властивості. *Габітус. Психологія особистості*. 2023. Випуск 52. С. 167-178. DOI: <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2023.52.29>

Гугл-форма, використана для збору емпіричних даних дослідження

Посилання на використану для збору емпіричних даних дослідження Гугл-форму з 4-ма психологічними методиками:

<https://forms.gle/dgWDVGbwmewAFXXT9>

2L7IKPBujwTig6D_sJAYlqgl5OzQ4q wzPjr4sgTlkg/viewform?fbzx=103009753856342679

Психологічне опитування

Шановні колеги!

Пропонуємо вам взяти участь у психологічному дослідженні, яке проводиться з навчально-науковою метою та з перспективою розробки заходів, що сприятимуть профілактиці професійного вигорання працівників галузі охорони здоров'я.

Метою опитування є визначення рівня професійного вигорання та виявлення чинників, що можуть впливати на психологічне благополуччя працівників галузі охорони здоров'я у професійній діяльності та під час професійного навчання.

Участь у дослідженні є повністю добровільною. Опитування є анонімним. Конфідентційність усієї наданої інформації гарантується.

Отримані дані будуть використані та оприлюднені у освітньо-наукових публікаціях виключно в узагальненому вигляді. Персональні дані респондентів не збираються та не передаються третім особам.

Уважно прочитайте кожне твердження та оберіть той варіант відповіді, який найбільшою мірою відповідає Вашому досвіду або відчуттям у професійній діяльності.

У цьому опитуванні немає правильних чи неправильних відповідей — важлива лише Ваша особиста думка.

Заповнення анкети займе приблизно 10–15 хвилин.

Щиро дякуємо Вам за участь у дослідженні та за Ваш внесок у розвиток психологічної підтримки працівників системи охорони здоров'я.

Щодо додаткових питань про дане опитування та/або перспективи використання його результатів просимо звертатися за такими контактними даними

тел. +380504183550 (Вайбер, ВатсАп), ел. пошта: postpostglossator@gmail.com, Лідія Юрковська

grupaukraina@gmail.com [Сменить аккаунт](#)

Не будет видно получателю

Рисунок Д.1 – Скріншот першої сторінки Гугл-форми, використаної для збору емпіричних даних дослідження

Додаток Е

Таблиці статистичних обрахунків, виконані в програмі Jamovi 2.6.26

1. Порівняльний аналіз за емоційним навантаженням: розширені дані

Таблиця Е.1 - Описові статистики груп «Є/немає підвищеного емоційного навантаження»

Показник	Група	N	Середнє	Медіана	SD	SE
Чабан (Загальний рівень)	Ні	98	31,63	27,00	17,09	1,727
	Так	50	38,8	39,0	17,22	2,435
Емоційне виснаження	Ні	98	26,48	26,00	9,98	1,008
	Так	50	29,4	29,0	8,37	1,184
Деперсоналізація	Ні	98	9,57	9,00	4,59	0,463
	Так	50	10,4	10,0	5,52	0,781
Редукція досягнень	Ні	98	31,00	31,00	4,66	0,471
	Так	50	33,0	33,0	4,46	0,630

Таблиця Е.2 - Результати критерію Манна–Уїтні
(перевірка стійкості результатів)

Показник	U (Манн-Уїтні)	P	Різниця медіан	Рангова біс. кореляція
Загальний рівень вигорання (Чабан)	1871	0,019	-7,000	—
Емоційне виснаження	2006	0,072	-3,000	—
Деперсоналізація	2286	0,505	-1,000	—
Редукція досягнень	1928	0,034	-2,000	—

Примітка. $H_1: \mu_{Ні} \neq \mu_{Так}$.

2. Порівняльний аналіз за наявністю керівної посади: розширені дані

Таблиця Е.3 - Описові статистики груп «Є/немає керівної посади»

Показник	Група	N	Середнє	Медіана	SD	SE
Чабан (Загальний рівень)	Ні	102	35,6	33,0	18,97	1,879
	Так	50	33,14	33,00	15,54	2,198
Емоційне виснаження	Ні	102	28,0	27,5	9,78	0,968
	Так	50	27,62	27,00	9,24	1,306

Показник	Група	N	Середнє	Медіана	SD	SE
Деперсоналізація	Ні	102	10,4	10,0	5,11	0,506
	Так	50	9,14	8,50	5,25	0,742
Редукція досягнень	Ні	102	30,5	31,0	4,46	0,441
	Так	50	33,04	33,00	4,74	0,671

**Таблиця Е.4 - Результати критерію Манна–Уїтні
(перевірка стійкості результатів)**

Показник	U (Манн-Уїтні)	P	Різниця медіан	Рангова біс. кореляція
Загальний рівень вигорання (Чабан)	2401	0,559	2,00	-0,059
Емоційне виснаження	2531	0,941	~0	-0,008
Деперсоналізація	2162	0,127	1,00	-0,152
Редукція досягнень	1861	0,007	-2,00	0,270

Примітка. $H_1: \mu_{Hi} \neq \mu_{Так}$.

3. Порівняльний аналіз за вікових групах: описові статистики

Таблиця Е.5 — Описові статистики за віковими групами

Показник	Вікова група	N	Середнє	SD	SE	
Чабан (Загальний рівень)	31–40 років	36	36,83	21,02	3,504	
	41–50 років	38	35,58	16,26	2,638	
	51–60 років	41	34,41	15,74	2,459	
	від 61 року і старше	20	25,15	12,68	2,834	
	до 30 років	35	36,29	19,40	3,279	
Емоційне виснаження	31–40 років	36	30,28	10,37	1,729	
	41–50 років	38	26,63	8,34	1,353	
	51–60 років	41	27,37	9,76	1,524	
	від 61 року і старше	20	24,65	6,50	1,453	
	до 30 років	35	28,34	10,88	1,839	
Деперсоналізація	31–40 років	36	11,75	5,98	0,996	
	41–50 років	38	9,45	4,65	0,754	
	51–60 років	41	9,32	5,13	0,800	
	від 61 року і старше	20	8,05	3,71	0,829	
	до 30 років	35	11,09	5,33	0,900	

Показник	Вікова група	N	Середнє	SD	SE	
Редукція досягнень	31–40 років	36	30,86	4,17	0,695	
	41–50 років	38	30,47	5,42	0,879	
	51–60 років	41	32,24	5,32	0,831	
	від 61 року і старше	20	33,20	3,11	0,694	
	до 30 років	35	31,14	4,45	0,752	

Примітка. Апостеріорний тест Тьюкі не виявив значущих попарних відмінностей ($p > 0,05$) за жодним показником.

4. Порівняльний аналіз за стажом: описові статистики

Таблиця Е.6 — Описові статистики за групами стажу

Показник	Група стажу	N	Середнє	SD	SE	
Чабан (Загальний рівень)	до 10 років	60	34,28	19,42	2,507	
	від 11 до 20 років	28	38,43	19,19	3,626	
	від 21 до 30 років	40	36,15	16,56	2,619	
	31 до 40 років	27	33,52	13,63	2,623	
	понад 41 рік	15	25,20	15,91	4,107	
Емоційне виснаження	до 10 років	60	27,95	10,25	1,324	
	від 11 до 20 років	28	28,61	11,67	2,205	
	від 21 до 30 років	40	28,57	8,88	1,404	
	31 до 40 років	27	27,33	6,81	1,311	
	понад 41 рік	15	23,33	8,30	2,142	
Деперсоналізація	до 10 років	60	10,85	5,32	0,686	
	від 11 до 20 років	28	11,04	6,39	1,207	
	від 21 до 30 років	40	9,65	4,48	0,708	
	31 до 40 років	27	9,11	5,13	0,988	
	понад 41 рік	15	8,07	3,73	0,963	
Редукція досягнень	до 10 років	60	30,75	4,37	0,564	
	від 11 до 20 років	28	32,29	4,56	0,862	
	від 21 до 30 років	40	31,20	5,49	0,868	
	31 до 40 років	27	31,41	4,66	0,897	
	понад 41 рік	15	33,33	4,55	1,174	

Примітка. Апостеріорний тест Тьюкі не виявив значущих попарних відмінностей ($p > 0,05$) за жодним показником.

Додаток Ж

Програма профілактики професійного вигорання для працівників системи охорони здоров'я з «ризикованим» психологічним профілем

Цільова аудиторія: медичні працівники з вираженими показниками вигорання (Профіль 1 «ризикований» за типологією, представленою у розділі 2).

Тривалість: 20 академічних годин (10 занять по 2 год).

Формат: очний / змішаний; група 10–14 осіб; психолог-фасилітатор.

Загальна мета: стабілізація психологічного стану, відновлення ресурсного потенціалу, зниження рівня вигорання та формування навичок саморегуляції.

Таблиця Ж.1 - Тематичний план занять

№	Тема заняття	Мета	Методи та форми роботи	Очікуваний результат
Модуль 1. Психоедукація (2 заняття, 4 год)				
1.1	«Вигорання: що це і чому це стосується мене»	Підвищити обізнаність щодо симптомів вигорання; зняти стигму	Міні-лекція; перегляд та обговорення відеокейсу; групова дискусія «Мій досвід»	Усвідомлення особистих проявів вигорання; зниження тривоги щодо звернення по допомогу
1.2	«Самодіагностика ресурсів і дефіцитів»	Визначити індивідуальний ресурсний профіль; виявити мішені для роботи	Заповнення опитувальників MBI, шкали резильєнтності та PERMA; інтерпретація результатів у парах; зворотний зв'язок фасилітатора	Сформований індивідуальний «профіль вигорання»; усвідомлення ключових зон напруги
Модуль 2. Розвиток резильєнтності (3 заняття, 6 год)				
2.1	«Тіло під тиском: фізіологія стресу та базова саморегуляція»	Опанувати техніки зниження фізіологічного збудження	Психоедукаційний блок «Нейробіологія стресу»; практика діафрагмального дихання; прогресивна м'язова релаксація за	Знання про реакції організму на стрес; вміння застосовувати 2–3 техніки саморегуляції

			Джекобсоном; щоденник самопостереження	
2.2	«Когнітивна гнучкість: змінюємо внутрішній діалог»	Розвинути навички когнітивного переосмислення	Психоедукація «Когнітивні викривлення»; техніка АВС (А. Елліс); робота з автоматичними думками; вправа «Адвокат захисту»	Вміння ідентифікувати та оспорювати дисфункціональні переконання
2.3	«Емоційна регуляція та психологічні кордони»	Навчити стратегіям управління негативними емоціями та захисту особистісних меж	Психодрама «Кордони у стосунках пацієнт–медик»; техніка «СТОП»; дихальна вправа «4–7–8»; рефлексивне коло	Репертуар стратегій емоційної регуляції; вміння встановлювати та відстоювати кордони
Модуль 3. Зміцнення компонентів PERMA (3 заняття, 6 год)				
3.1	«Позитивні емоції та залученість (Р + Е)»	Активізувати ресурс позитивних переживань; підвищити рівень залученості в роботу	Вправа «Три позитивні події»; практика вдячності; техніка «Флоу» (М. Чіксентміхайі); групова рефлексія	Навички фіксації позитивного досвіду; визначення власних «зон потоку»
3.2	«Стосунки та підтримка (R)»	Зміцнити ресурс соціальної підтримки	Картографування соціальної мережі; вправа активного слухання; практика «Лист подяки»; рольова гра «Прохання про допомогу»	Розширення мережі підтримки; навичка вербалізації потреб
3.3	«Сенс і досягнення (М + А)»	Поновити відчуття сенсу фахової діяльності; сформулювати систему малих досягнень	Вправа «Мої цінності»; техніка «Дерево досягнень»; складання індивідуального «Плану малих перемог»; групове святкування успіхів	Переосмислення сенсу роботи; конкретний план нарощування відчуття компетентності

Модуль 4. Організаційні ресурси (2 заняття, 4 год)				
4.1	«Де шукати підтримку: організаційні та позаорганізаційні ресурси»	Ознайомити з доступними ресурсами підтримки; знизити бар'єри до звернення по допомогу	Інформаційний воркшоп; кейс-аналіз «Як і коли звертатися до психолога»; складання особистого «Плану підтримки»	Знання конкретних ресурсів; сформований індивідуальний план
4.2	«Психологічна безпека в колективі: від теорії до практики»	Сформувати установки на підтримуючу комунікацію в команді	Лекція «Культура психологічної безпеки» (за А. Едмондсон); групова дискусія; розробка командних домовленостей; зворотний зв'язок та підсумкова рефлексія	Набір конкретних практик підтримуючої комунікації; командні домовленості

Рекомендовані матеріали: робочий зошит учасника; картки технік саморегуляції; аудіозапис вправ на релаксацію; QR-посилання на додаткові ресурси.

Форма оцінювання: передтест і посттест за MBI, шкалою резильєнтності та PERMA; анкета зворотного зв'язку учасника; катамнез через 3 місяці.

ДОДАТОК 3

**Програма профілактики професійного вигорання для працівників системи
охорони здоров'я з «адаптаційним» психологічним профілем**

Цільова аудиторія: медичні працівники з помірними показниками вигорання та середнім рівнем ресурсів (Профіль 2 «адаптаційний» за типологією, представленою у розділі 2).

Тривалість: 12 академічних годин (6 занять по 2 год).

Формат: очний / змішаний; група 10–14 осіб; психолог-фасилітатор.

Загальна мета: превентивне зміцнення психологічних ресурсів, розширення адаптивного репертуару та формування стійких звичок психогігієни для попередження переходу до «ризикованого» профілю.

Таблиця 3.1 - Тематичний план занять

№	Тема заняття	Мета	Методи та форми роботи	Очікуваний результат
Модуль 1. Психоедукація (1 заняття, 2 год)				
1.1	«Вигорання: ранні сигнали та моніторинг стану»	Розвинути навички раннього розпізнавання ознак вигорання та регулярної самооцінки	Міні-лекція; самодіагностика (MBI, PERMA, резильєнтність); техніка «Колесо балансу»; індивідуальна рефлексія	Усвідомлення поточного рівня ресурсів; налаштування на регулярний самомоніторинг
Модуль 2. Резильєнтність (2 заняття, 4 год)				
2.1	«Стрес-менеджмент у повсякденній практиці»	Розширити репертуар адаптивних копінг-стратегій	Огляд стратегій копіngu (Р. Лазарус); вправа «Ресурсний кошик»; майндфулнес-практика «Сканування тіла»; складання щотижневого плану відновлення	Сформований персональний «Антистрес-план»; 2–3 нові копінг-стратегії

2.2	«Когнітивне переосмислення та оптимізм»	Розвинути навички реатрибуції та реалістичного оптимізму	Техніка «Переписати сценарій»; вправа «Що в моїй владі?»; практика пошуку ресурсів у труднощах; груповий обмін досвідом	Навички когнітивної гнучкості; знижена схильність до катастрофізації
Модуль 3. PERMA (2 заняття, 4 год)				
3.1	«Підтримка позитивного досвіду та соціальних зв'язків (P + R)»	Зміцнити щоденний ресурс позитивних переживань і підтримувальних стосунків	Практика «Щоденник вдячності»; техніка «Активне конструктивне реагування» (Ш. Гейблі); вправа «Мережа підтримки»	Систематична практика позитивної уваги; зміцнені зв'язки підтримки
3.2	«Сенс і маленькі перемоги (M + A + E)»	Поновити та підтримати відчуття сенсу і компетентності	Вправа «Для чого я у цій роботі»; техніка «Мікро-досягнення»; практика «Залученість у поточний момент»; індивідуальний план самопідтримки	Оновлене розуміння сенсу діяльності; план нарощування дрібних успіхів
Модуль 4. Організаційні ресурси (1 заняття, 2 год)				
4.1	«Профілактика як звичка: організаційна підтримка та самодопомога»	Інтегрувати навички у щоденну практику; ознайомити з організаційними ресурсами	Воркшоп «Моя щоденна рутина психогігієни»; обговорення бар'єрів до самодопомоги; розробка «Особистого плану профілактики»; підсумкова рефлексія	Конкретний індивідуальний план; зменшені бар'єри до звернення по підтримку

Рекомендовані матеріали: робочий зошит учасника (скорочена версія); картки технік позитивного мислення; щоденник вдячності; QR-посилання на ресурси самодопомоги.

Форма оцінювання: передтест і посттест за MBI, шкалою резильєнтності та PERMA; анкета зворотного зв'язку учасника; катамнез через 3 місяці.

ДОДАТОК И

Тези доповіді, подані для участі у роботі 93-ї студентської наукової конференції, присвяченої 120-річчю КНЕУ «Інноваційні проєктні рішення на шляху до економічного відродження України», 30 квітня 2026 р., м. Київ

Юрковська Л.Г.

*053 «Психологія», 2-й курс,
Київський національний економічний університет Імені Вадима Гетьмана*

Науковий керівник: доктор педагогічних наук, професор Артюшина М.В.

**ПРОФЕСІЙНЕ ВИГОРАННЯ ПРАЦІВНИКІВ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
У ПРОЦЕСІ ПІДВИЩЕННЯ КВАЛІФІКАЦІЇ**

Вступ. Професійне вигорання є однією з актуальних проблем сучасної системи охорони здоров'я України, яка пов'язана з притаманними для медичної діяльності високими ризиками емоційного навантаження, великими обсягами щоденних завдань професійної діяльності медичних працівників, професійною етичною та юридичною відповідальністю за життя пацієнтів та якість їх життєдіяльності. Окрім того, додаткові ризики для галузі охорони здоров'я та медичного персоналу спричиняє воєнний стан в Україні, який триває уже 5-й рік, та пов'язані із війною наслідки, які проявляються у різних категорій пацієнтів – поранених учасників бойових дій, родин загиблих воїнів, тимчасово переміщених осіб, жертв обстрілів та повітряних атак у тилу тощо. Сучасні обставини в Україні зумовлюють особливо гостро постійну необхідність та значущість як підвищення професійної кваліфікації персоналу закладів охорони здоров'я, так і збереження їхнього психічного здоров'я.

Підвищення кваліфікації, здобуття нових вторинних спеціалізацій є як ресурсом професійного розвитку, так і додатковим навантаженням, у зв'язку з яким може проявлятися наявне у медичного працівника емоційне виснаження та/або інші компоненти професійного вигорання. Додаткової актуальності дослідженню професійного вигорання працівників системи охорони здоров'я саме у процесі підвищення кваліфікації додають організаційно-психологічні чинники – тобто можливість впродовж навчання, коли медичний працівник, принаймні, частково відокремлений від практичної професійної діяльності та залученості у поточні проблеми пацієнтів, привернути його увагу до власного психологічного здоров'я, виділити час на ресурс зосередженості для проходження певного психологічного опитування.

Метою дослідження є вивчення рівня професійного вигорання медичних працівників у процесі підвищення кваліфікації в сучасних умовах вітчизняної системи охорони здоров'я, а також аналіз впливу емоційного навантаження, наявності керівної посади на його прояви.

В українському контексті проблема вигорання набуває додаткової актуальності через реформування системи охорони здоров'я та підвищені вимоги до професійної компетентності фахівців. Встановлено, що ключовими факторами ризику є емоційне навантаження, тривалий стаж роботи, управлінська відповідальність та дефіцит ресурсів для відновлення.

Методи дослідження. У дослідженні взяли участь 170 працівників галузі охорони здоров'я, здебільшого лікарів та представників допоміжних діагностичних спеціальностей, які проходили навчання на циклах спеціалізації в Національному університеті охорони здоров'я

України імені П.Л. Шупика впродовж I-го півріччя 2026 року. Для збору емпіричних даних даних використовувалася Гугл-форма анонімного опитування, у якій були зібрані методики оцінки професійного вигорання за К. Маслач та О. Чабаном, а також опитувальники для вивчення психологічних характеристик резильєнтності на робочому місці та психологічного благополуччя (PERMA). Для статистичної обробки даних застосовано описові статистики, t-критерій Стьюдента для незалежних вибірок та непараметричний критерій Манна–Уїтні.

Огляд фахової літератури. Проблемам професійного вигорання медичних працівників присвячено багато робіт вітчизняних та зарубіжних дослідників, зокрема в межах організаційної та медичної психології. Концепцію феномену вигорання обґрунтував Г. Фройдєнберг у 70-х рр. XX ст., проте широкого поширення та визнання набула модель вигорання, запропонована у дослідженнях К. Маслач. Дана модель містить три компоненти: емоційне виснаження, деперсоналізація та редукція особистісних досягнень [1; 6]. У 2019 році ВООЗ (Всесвітня організація охорони здоров'я) офіційно визнала вигорання одним з «професійних феноменів», включивши його до МКХ-11 [8]. У зарубіжних дослідженнях Т. Шанафелта зі співавторами вказується на істотну поширеність ознак вигорання серед лікарів та медичних сестер [7].

Серед вітчизняних дослідників слід відзначити роботи Л. Карамушки, О. Креденцер, які вивчали зв'язок вигорання з організаційними та гендерними чинниками [3]. В. Омелянович, О. Хаустова, О. Чабан розробили та валідізували нову діагностичну методику для виявлення синдрому професійного вигорання [5]. С. Андрейчин, Н. Кавецька, В. Русанов, Н. Ярема досліджував динаміку поширеності вигорання серед медичного персоналу, запропонували шляхи його подолання, доводили у своїх дослідженнях ефективність психологічних втручань для зниження рівнів професійного вигорання медичних працівників в умовах війни [2; 4]. Варто відзначити, що попри наявність ґрунтовних зарубіжних та вітчизняних досліджень, питання профілактики професійного вигорання саме в умовах підвищення кваліфікації медичних працівників залишається недостатньо розробленим, Вказане обумовлює актуальність даної роботи.

Результати дослідження. Розподіл респондентів за рівнями професійного вигорання (за методикою О. Чабана) показав, що переважна більшість досліджуваних має середній рівень вигорання - 103 особи (60,59%). Низький рівень виявлено у 44 респондентів (25,88%), високий - у 19 осіб (11,18%), тоді як відсутність ознак вигорання зафіксовано лише у 4 респондентів (2,35%).

Аналіз показників професійного вигорання за методикою К. Маслач засвідчив середній рівень емоційного виснаження ($M = 27,70$), середній рівень деперсоналізації ($M = 10,08$) та відносно високі показники редукції професійних досягнень ($M = 31,44$), що свідчить про тенденцію до зниження суб'єктивного відчуття професійної ефективності у досліджуваній вибірці.

Результати дослідження показали, що підвищене емоційне навантаження є статистично значущим фактором професійного вигорання медичних працівників. Зокрема, виявлено значущі відмінності за загальним показником професійного вигорання ($t = -2,41$; $p = 0,017$; $d = 0,42$), що свідчить про вищий рівень вигорання у респондентів, які працюють в умовах підвищеного емоційного навантаження.

Аналіз компонентів вигорання показав, що найбільш чутливим до впливу емоційного навантаження є показник редукції професійних досягнень ($t = -2,48$; $p = 0,014$; $d = 0,43$), що відображає зниження суб'єктивного відчуття професійної ефективності. Водночас за показниками емоційного виснаження ($p = 0,074$) та деперсоналізації ($p = 0,323$) статистично

значущих відмінностей не виявлено, хоча спостерігається тенденція до їх підвищення (див. таблицю 1).

Отримані результати були підтверджені за допомогою непараметричного критерію Манна–Уїтні ($p = 0,019$ для загального показника та $p = 0,034$ для редукції професійних досягнень), що свідчить про їхню надійність.

Додатковий аналіз впливу наявності керівної посади показав відсутність статистично значущих відмінностей за загальним рівнем професійного вигорання ($p = 0,428$), емоційним виснаженням ($p = 0,833$) та деперсоналізацією ($p = 0,149$). Водночас виявлено значущі відмінності за показником редукції професійних досягнень ($t = -3,24$; $p = 0,001$; $d = 0,56$), що свідчить про вищий рівень зниження професійної ефективності серед осіб, які обіймають керівні посади (див. таблицю 1).

Таблиця 1.

Відмінності у показниках професійного вигорання залежно від досліджуваних факторів

Показник	Емоційне навантаження (p)	Керівна посада (p)
Загальний рівень вигорання	0,017*	0,428
Емоційне виснаження	0,074	0,833
Деперсоналізація	0,323	0,149
Редукція професійних досягнень	0,014*	0,001*

Примітка: * — статистично значущі відмінності ($p \leq 0,05$)

Результати непараметричного аналізу (критерій Манна–Уїтні) підтвердили ці висновки ($p = 0,007$), що додатково засвідчує стійкість отриманих результатів.

Таким чином, встановлено, що емоційне навантаження є ключовим фактором формування професійного вигорання, тоді як управлінський статус впливає переважно на окремі його компоненти, зокрема на суб'єктивне відчуття професійної ефективності.

Висновки і пропозиції. Проведене дослідження дозволило встановити, що емоційне навантаження є одним із ключових факторів розвитку професійного вигорання медичних працівників. Воно впливає як на загальний рівень вигорання, так і на окремі його компоненти, зокрема на відчуття професійної ефективності.

Наявність керівної посади не визначає загальний рівень вигорання, однак пов'язана зі зниженням суб'єктивної оцінки професійних досягнень. Це свідчить про необхідність окремих підходів до психологічної підтримки саме управлінського персоналу в медичних закладах.

Практичне значення дослідження полягає у можливості розробки програм профілактики професійного вигорання, спрямованих на зниження емоційного навантаження, розвиток навичок саморегуляції та підвищення психологічної стійкості медичних працівників у процесі професійної діяльності та підвищення кваліфікації.

Список використаних джерел

1. Діагностика професійного "вигорання" (К. Маслач, С. Джексон в адаптації Н. Е. Водоп'янової). (2017). https://vugoraniya.blogspot.com/2017/12/blog-post_57.html
2. Кавецька, Н. А., Андрейчин, С. М., & Ярема, Н. З. (2020). Професійне вигорання серед медичних працівників: психологічні аспекти. *Медична освіта*, (4), 27–31. <https://doi.org/10.11603/me.2414-5998.2020.4.11654>
3. Карамушка, Л. М. (2023). *Психічне здоров'я персоналу організацій в умовах війни: навчально-методичний посібник*. Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України. https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/737839/1/Karamushka_Mental%20health.pdf

4. Русанов, В. (2024). Професійне вигорання медичних працівників в умовах війни: історичний аналіз, сучасні дослідження та авторське визначення. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 9(3). DOI: 10.26766/pmgrp.v9i3.529
5. Чабан, О., Хаустова, О., & Омелянович, В. (2025). Опитувальник для виявлення синдрому професійного вигорання: розробка та валідація нової діагностичної методики. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 10(1). <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v10i1.598>
6. Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *Maslach Burnout Inventory manual* (3rd ed.). Consulting Psychologists Press.
7. Shanafelt, T. D., & Noseworthy, J. H. (2017). Executive leadership and physician well-being: Nine organizational strategies to promote engagement and reduce burnout. *Mayo Clinic Proceedings*, 92(1), 129–146. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.10.004>
8. World Health Organization. (2019). *Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases*. <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>

ДОДАТОК К

Скан-копія Акту впровадження в НУОЗ України імені П.Л. Шупика



ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор з науково-педагогічної роботи
НУОЗ України імені П.Л. Шупика
в.п.а. кореспондент НАМН України
професор

О. К. Толстанов

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

Назва пропозиції для впровадження: використання методичної розробки щодо впровадження програми профілактики професійного вигорання у процесі підвищення кваліфікації працівників системи охорони здоров'я.

1. Ким запропоновано, адреса виконавця: 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9, НУОЗ України імені П. Л. Шупика.

Автор: Юрковська Л.Г.

2. Джерело інформації:

Методична розробка щодо впровадження програми профілактики професійного вигорання у процесі підвищення кваліфікації працівників системи охорони здоров'я, обговорена і схвалена на засіданні кафедри педагогіки, психології, медичного та фармацевтичного права НУОЗ України імені П.Л. Шупика від 04 травня 2026 року, протокол № 5.

3. Коли було впроваджено: квітень 2026 року.

4. Строки впровадження: квітень 2026 року – березень 2027 року.

5. Результати та ефективність використання методу у відповідності з критеріями, викладеними в джерелі інформації

Методична розробка щодо впровадження програми профілактики професійного вигорання у процесі підвищення кваліфікації працівників системи охорони здоров'я дає такі позитивні результати:

1. Підтримка емоційного стану працівників галузі охорони здоров'я.

Профілактика професійного вигорання дає психологічний інструментарій для роботи лікаря, за допомогою якого відбувається корекція і розвиток емоційної сфери особистості в частині уникнення емоційного виснаження, відсторонення від пацієнтів тощо, надається емоційно-почуттєва підтримка слухачам циклів спеціалізації та тематичного вдосконалення для гармонізації їх емоційних станів, підвищення їх резильєнтності та психологічного благополуччя.

2. Практика застосування психологічних знань.

Може використовуватися науково-педагогічними працівниками для психосудакції слухачів в межах освітнього процесу на циклах спеціалізації та тематичного вдосконалення, психологами, психотерапевтами для психодіагностики та психокорекції; лікарями та іншими працівниками галузі охорони здоров'я для самодіагностики, самокорекції та профілактики професійного вигорання.

3. Інтерактивне навчання.

Програма дозволяє отримати слухачам значущу інформацію та провести її аналіз; здійснити оцінку рівня власного професійного вигорання; конкретизувати проблему і підвищити рівень резильєнтності та психологічного благополуччя; моделювати ситуації, в яких медичний працівник піддається професійному вигоранню, і розробляти шляхи його уникнення та профілактики; визначати шляхи підвищення резильєнтності та психологічного благополуччя конкретних працівників галузі охорони здоров'я, які проходять навчання на циклах спеціалізації та тематичного вдосконалення; опосередковане сприяти психологічному

благополуччю пацієнтів та психологічному комфорту їх комунікації з психологічно ресурсним, психологічно благополучним персоналом закладів охорони здоров'я.

4. Підвищення доступності знань.

Запропонована методична розробка відноситься до освітньо-психологічного інструментарію і може використовуватися як психосудовий та психодіагностичний, психокорекційний комплекс.

5. Розвиток критичного мислення.

Використання методичної розробки сприяє розвитку критичного мислення слухачами на викладачами в частині діагностики та профілактики професійного вигорання.

6. Підвищення залученості.

Методична розробка може застосовуватися для індивідуальної і групової роботи, сприяти зацікавленості та додаткові мотивації у процесі підвищення кваліфікації працівників системи охорони здоров'я, що відповідає інтересам розвитку вітчизняної галузі охорони здоров'я.

Ефективність:

1. Застосування у навчанні.

Методична розробка даної програми дозволяє провайдером освітнього процесу надавати кращі освітні послуги за критеріями психологічних потреб слухачів, які, зі свого боку, отримують позитивні зрушення у емоційно-когнітивній сфері щодо профілактики професійного вигорання.

2. Персоналізація навчального процесу.

Методична розробка може реалізовуватися як в індивідуальному навчанні, так і під час групової роботи. Незалежно від форми роботи слухач відчуває цілеспрямований вплив фахівця та в результаті впливу набуває позитивної спрямованості.

3. **Процес підтримки.** Реалізація методичної розробки позитивно впливає на психологічний клімат в групі осіб, що навчаються, підвищує інтерес до занять, психологічну ресурсність слухачів.

4. **Аналіз даних.** Використання методичної розробки дозволяє кафедрі зібрати дані про емоційний стан слухачів як анонімно, так і персоналізовано (за згодою слухача), провести необхідну психокорекційну роботу з метою оптимізації функційних та емоційних станів слухачів щодо профілактики професійного вигорання. Це значно сприяє успішності навчання слухачів та, опосередковано, позитивному психологічному клімату у трудових колективах практичних підрозділів охорони здоров'я.

6. Пропозиції:

Поширити отримані позитивні результати для застосування у освітньому процесі підготовки лікарів та інших категорій професіоналів галузі охорони здоров'я на циклах спеціалізації, циклах тематичного вдосконалення за різними спеціальностями у закладах вищої та післядипломної освіти галузі охорони здоров'я України.

Відповідальний за впровадження:

завідувач кафедри педагогіки, психології
медичного та фармацевтичного права
доктор медичних наук, кандидат педагогічних наук,
професор

Володимир КРАСНОВ

«11» травня 2026 р