

Хмельницький національний університет
Факультет здоров'я, психології, фізичної культури та спорту
Кафедра психології та педагогіки

КВАЛІФІКАЦІЙНА ДИПЛОМНА РОБОТА

Перший (бакалаврський) рівень вищої освіти

Рівень вищої освіти

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА СТРАТЕГІЇ ПОДОЛАННЯ
ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ
В УМОВАХ ВІЙНИ

Назва теми

Галузь знань - 05 Соціальні та поведінкові науки


Шифр і назва галузі знань

Спеціальність - 053 Психологія

Шифр і назва спеціальності


Шифр 21016

номер ІНП

Виконала: здобувачка ІV курсу, гр. ППЗ-21-1  Ангеліна ПАНЮШКІНА

Підпис

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

Керівник: доктор психологічних наук, професор  Таїсія КОМАР

науковий ступінь, вчене звання

Підпис

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

До захисту допускаю:

Зав. кафедри психології та педагогіки
доктор психологічних наук, професор



Таїсія КОМАР

Підпис

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

30 05 2025 р.

Хмельницький, 2025

ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет здоров'я, психології, фізичної культури та спорту
Кафедра психології та педагогіки
Освітній рівень перший (бакалаврський)
Галузь знань 05 «Соціальні та поведінкові науки»
Спеціальність 053 «Психологія»
Освітня програма освітньо-професійна програма «Психологія»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри

психології та педагогіки

Таїсія КОМАР



підпис

протокол № 5 від 12 грудня 2024 р.

ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ ДИПЛОМНУ РОБОТУ
Ангеліни ПАНІЮШКІНОЇ

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ здобувача

1. Тема кваліфікаційної дипломної роботи: «Психологічні особливості та стратегії подолання професійного вигорання медичних працівників в умовах війни».

Керівник кваліфікаційної дипломної роботи: Таїсія КОМАР, доктор психологічних наук, професор

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ, науковий ступінь, вчене звання

Затверджено наказом ректора університету від 07 лютого 2025 р. № 23

2. Строк подання здобувачем роботи на кафедру 30 травня 2025 р.

3. Вихідні дані до роботи: матеріали звіту з переддипломної практики, комплекс методів та методик дослідження: діагностика професійного вигорання (К. Маслач, С. Джексон), опитувальник вимірювання вигорання (Шауфелі В., Дезарт Г.), шкала професійних життєвих якостей (Водоп'янова Н.), копенгагенський опитувальник вигорання (Маслач К.).

4. Зміст кваліфікаційної дипломної роботи (перелік питань, які потрібно розробити): вступ, розділ 1 Теоретико-методичні засади дослідження професійного вигорання у медичних працівників, теоретичні підходи до вивчення феномену професійного вигорання в психології, психологічні особливості професійної діяльності медиків в умовах хронічного стресу та загрози, війна як екстремальний чинник загострення вигорання: досвід та тенденції серед медичних працівників, висновки до першого розділу, 2 Емпіричне дослідження проявів професійного вигорання та його подолання у

медичних працівників під час війни, організація та методи емпіричного дослідження, аналіз результатів дослідження рівня професійного вигорання та використаних стратегій, психопрофілактичні та корекційні підходи до зниження професійного вигорання серед медичного персоналу, висновки до другого розділу.

5. Перелік графічного матеріалу (із зазначенням обов'язкових креслень) 2 рисунка, 3 таблиці.

6. Консультанти розділів кваліфікаційної дипломної роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв

Дата видачі завдання 12 грудня 2024 р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів (розділів) кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапу роботи	Примітка
1	Вибір теми дослідження. Визначення об'єкта і предмета дослідження, постановка мети і завдань.	До 01.10.2024 р.	виконано
2	Визначення теоретико-методологічних засад дослідження. З'ясування актуальності проблеми.	До 01.12.2024 р.	виконано
3	Оформлення вступу кваліфікаційної дипломної роботи.	До 01.02.2025 р.	виконано
4	I розділ кваліфікаційної дипломної роботи.	До 01.03.2025 р.	виконано
5	II розділ кваліфікаційної дипломної роботи.	До 01.04.2025 р.	виконано
6	Загальні висновки.	До 01.05.2025 р.	виконано
7	Оформлення кваліфікаційної дипломної роботи.	До 30.05.2025 р.	виконано
8	Попередній захист кваліфікаційної дипломної роботи.	___ травня 2025 р.	виконано
9	Захист кваліфікаційної дипломної роботи (відповідно графіку)	___ червня 2025 р.	виконано

Здобувач Ангеліна ПАНЮШКІНА

Керівник роботи Таїсія КОМАР
Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

АНОТАЦІЯ

Тема кваліфікаційної роботи «Психологічні особливості та стратегії подолання професійного вигорання медичних працівників в умовах війни».

Здобувач Ангеліна ПАНЮШКІНА

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

Керівник Таїсія КОМАР

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

Кваліфікаційна робота включає 74 сторінки, 2 рисунка, 3 таблиці, перелік джерел посилання складає 34 найменувань, 4 додатки.

Ключові слова: професійного вигорання, психологічні особливості та стратегії, медичні працівники в умовах війни.

Об'єкт дослідження – психологічний стан медичних працівників в умовах війни, зокрема прояви професійного вигорання, емоційного виснаження, морального дистресу та вторинної травматизації.

Предмет дослідження психологічні особливості професійного вигорання медичних працівників та стратегії його подолання в умовах війни.

Дослідження полягає в тому, що його результати можуть бути використані для розробки ефективних програм психопрофілактики та психологічної підтримки медичних працівників, які працюють в умовах війни.

Отримані дані сприятимуть підвищенню стійкості медичного персоналу до професійного вигорання, покращенню їхнього психоемоційного стану та зниженню ризику професійних деформацій. Крім того, розроблені рекомендації можуть бути впроваджені у практику медичних закладів, центрів психологічної допомоги та навчальних програм для медичних працівників, що дозволить підвищити ефективність їхньої професійної діяльності в екстремальних умовах.

Дипломник Ангеліна ПАНЮШКІНА
Підпис Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

Дата подання кваліфікаційної роботи до захисту 01 червня 2025 р.

ЗМІСТ

ВСТУП	6
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ.....	10
1.1 Теоретичні підходи до вивчення феномену професійного вигорання в психології.....	10
1.2 Психологічні особливості професійної діяльності медиків в умовах хронічного стресу та загрози	15
1.3 Війна як екстремальний чинник загострення вигорання: досвід та тенденції серед медичних працівників	19
Висновки до першого розділу.....	29
РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВІВ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ ТА ЙОГО ПОДОЛАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ	32
2.1 Організація та методи емпіричного дослідження.....	32
2.2 Аналіз результатів дослідження рівня професійного вигорання та використаних стратегій	37
2.3 Психопрофілактичні та корекційні підходи до зниження професійного вигорання серед медичного персоналу.....	56
Висновки до другого розділу	60
ВИСНОВКИ.....	62
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАНЬ.....	Ошибка! Закладка не определена.
ДОДАТКИ.....	Ошибка! Закладка не определена.
Додаток А Анкета діагностики професійного вигорання К. Маслач, С. Джексон.....	Ошибка! Закладка не определена.
Додаток Б Анкета опитувальника вимірювання вигорання (ВАТ)	Ошибка! Закладка не определена.
Додаток В Анкета шкали професійних життєвих якостей.....	Ошибка! Закладка не определена.

Додаток Г Анкета копенгагенського опитувальника вигорання **Ошибка!**
Закладка не определена.

ВСТУП

Актуальність дослідження. Умови війни створюють безпрецедентні виклики для системи охорони здоров'я, оскільки медичні працівники опиняються на передовій боротьби не лише за фізичне, а й за психічне здоров'я населення. Вони стикаються з надмірним професійним навантаженням, хронічним стресом, високим рівнем відповідальності та постійним ризиком для власного життя, що значно підвищує вірогідність розвитку синдрому професійного вигорання. Актуальність дослідження цієї проблеми зумовлена тим, що емоційне виснаження лікарів, медсестер та іншого персоналу призводить до зниження ефективності їхньої роботи, зростання професійних помилок, а також негативно впливає на загальний стан системи охорони здоров'я в країні.

Дослідження психологічних особливостей професійного вигорання та розробка ефективних стратегій його подолання є надзвичайно важливими у контексті збереження працездатності та психічного благополуччя медичних працівників. Пошук оптимальних шляхів підтримки їхньої стійкості та адаптації до умов бойових дій має не лише практичне, але й соціальне значення, адже від їхньої професійної витримки та психологічної стійкості залежить якість надання медичної допомоги населенню в надзвичайно складних умовах війни.

Проблема професійного вигорання медичних працівників в умовах війни є предметом активного наукового вивчення як в Україні, так і за її межами. Значний внесок у дослідження цієї теми зробив Володимир Русанов, який у своїй праці «Професійне вигорання медичних працівників в умовах війни» запропонував авторське визначення цього явища, враховуючи специфічні стресові фактори, характерні для медиків у зоні бойових дій. Крім того, дослідження Лариси Засекіної та Анастасії Мартинюк виявили, що безперервний воєнний стрес значно впливає на моральний дистрес та професійну якість життя медичних сестер, зокрема сприяє розвитку емоційного

вигорання та вторинного травматичного стресу . Незважаючи на зростаючу кількість досліджень, багато аспектів професійного вигорання в умовах війни залишаються недостатньо вивченими, що підкреслює необхідність подальших наукових розвідок у цій сфері.

Об'єктом дослідження є психологічний стан медичних працівників в умовах війни, зокрема прояви професійного вигорання, емоційного виснаження, морального дистресу та вторинної травматизації.

Предметом дослідження є психологічні особливості професійного вигорання медичних працівників та стратегії його подолання в умовах війни.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити психологічні особливості професійного вигорання медичних працівників в умовах війни та визначити ефективні стратегії його подолання і профілактики.

Для досягнення мети, були поставлені наступні завдання:

1. Проаналізувати теоретичні підходи до вивчення феномену професійного вигорання в психології.
2. Дослідити психологічні особливості професійної діяльності медичних працівників в умовах хронічного стресу та загрози.
3. Розкрити роль війни як екстремального чинника загострення професійного вигорання та проаналізувати відповідні тенденції серед медичних працівників.
4. Організувати та провести емпіричне дослідження проявів професійного вигорання серед медичних працівників у воєнних умовах.
5. Розробити та обґрунтувати психопрофілактичні та корекційні підходи до зниження рівня професійного вигорання серед медичного персоналу.

Гіпотеза дослідження – передбачається, що рівень професійного вигорання медичних працівників в умовах війни має пряму залежність від інтенсивності впливу стресових чинників, зокрема хронічного стресу та загрози життю, а використання певних психологічних стратегій подолання (копінг-стратегій, розвитку стресостійкості, соціальної підтримки та професійної

рефлексії) сприяє зниженню проявів професійного вигорання та покращенню психоемоційного стану медичного персоналу.

У проведеному дослідженні було застосовано комплекс теоретичних та емпіричних методів, що дозволили всебічно вивчити психологічні особливості професійного вигорання медичних працівників в умовах війни.

Теоретичний аналіз включав вивчення наукової літератури, присвяченої феномену професійного вигорання, що дозволило сформулювати концептуальну основу дослідження.

Емпіричний етап передбачав використання валідних психодіагностичних методик, таких як діагностика професійного вигорання (К. Маслач, С. Джексон), опитувальник вимірювання вигорання (Шауфелі В., Дезарт Г.), шкала професійних життєвих якостей (Водоп'янова Н.), копенгагенський опитувальник вигорання (Маслач К.). Ці інструменти дозволили кількісно оцінити рівень вигорання, його структурні компоненти та пов'язані з ним психологічні стани.

Методи математичної та статистичної обробки: застосовано кількісні методи аналізу отриманих результатів, зокрема розрахунок середніх значень, дисперсійного аналізу та перевірку достовірності розбіжностей між групами, що забезпечило об'єктивність та обґрунтованість висновків.

Практична значимість дослідження полягає в тому, що його результати можуть бути використані для розробки ефективних програм психопрофілактики та психологічної підтримки медичних працівників, які працюють в умовах війни. Отримані дані сприятимуть підвищенню стійкості медичного персоналу до професійного вигорання, покращенню їхнього психоемоційного стану та зниженню ризику професійних деформацій. Крім того, розроблені рекомендації можуть бути впроваджені у практику медичних закладів, центрів психологічної допомоги та навчальних програм для медичних працівників, що дозволить підвищити ефективність їхньої професійної діяльності в екстремальних умовах.

Експериментальною базою дослідження було комунальне некомерційне підприємство «Хмельницька обласна лікарня» Хмельницької обласної ради.

Структура дослідження складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел з 34 найменувань та 4 додатків. Загальний обсяг роботи становить 74 сторінки.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

1.1 Теоретичні підходи до вивчення феномену професійного вигорання в психології

Професійне вигорання зазвичай трактується як реакція психічної і фізіологічної сфери людини на тривалий стрес на роботі. Вперше термін «вигорання» запровадив амери-канський психіатр Герберт Фрейденбергер у 1974 році, описуючи стан добровольців у клініках Нью-Йорка, які поступово втрачали мотивацію і працездатність через хронічне емоційне перенапруження [1, с. 28]. У подальших дослідженнях К. Маслач і С. Джексон визначили вигорання як синдром із трьох ключових компонентів – емоційного виснаження, деперсоналізації (цинічного ставлення) і зниження почуття професійних досягнень. Вони ж створили Маслач-Бернштейнову шкалу для кількісної діагностики вигорання. Таким чином, класична теорія бачить вигорання як сумарний процес виснаження ресурсів особистості при взаємодії з вимогами професії [2].

Згідно з когнітивними концепціями, вигорання виникає через оцінювання індивідом робочих ситуацій як надмірно стресових та невідповідних його можливостям. Зокрема, модель Job Demands–Resources пропонує, що дисбаланс між вимогами роботи і доступними ресурсами призводить до хронічного стресу і вигорання. Якщо лікар чи медсестра постійно відчуває, що потреби пацієнтів і організації перевищують її психологічні або матеріальні ресурси, виникає порочне коло виснаження. У рамках теорії когнітивної оцінки стресу вигорання пояснюється як результат сприйняття ситуації як загрозової і неможливою до подолання: якщо медичний працівник оцінює власні можливості як недостатні для вимог професії, зростає вірогідність вигорання. Враховуючи це, спеціалісти-психологи досліджують, які саме переконання і ментальні

установки спричиняють у лікарів і медсестер хронічний стрес і які коригувальні стратегії (наприклад, когнітивно-поведінкова терапія) можуть допомогти попередити вигорання [2].

Поведінковий підхід наголошує на тому, що вигорання може проявлятися через зміни у зовнішній поведінці та сформовані навички реагування на робочі ситуації. Зокрема, під впливом тривалого стресу у працівників охорони здоров'я можуть закріплюватися дезадаптивні моделі поведінки: безуспішні або відклялися спроби вирішити проблему на роботі підсилюють безпорадність, що згодом може проявлятися у уникненні контактів із хворими, пасивності чи агресивності. З огляду на принципи оперантного підкріплення, відчуття «відсутності винагороди» або посилення негативних стимулів на роботі (невдячність пацієнта, відсутність підтримки керівництва) призводить до поступового зменшення позитивних реакцій та формування небажаної поведінки (емоційне охолодження, формалізація спілкування). Так, повторювані ситуації високого навантаження без достатньої компенсації «закріплюють» у фахівця пасивний або цинічний стиль реагування, що відповідає одній із фаз вигорання у процесуальних моделях [3].

Психодинамічне тлумачення вигорання пов'язує його з внутрішніми конфліктами та механізмами захисту особистості. На приклад, за процесуальною моделлю В.В. Бойка, перехід з початкової фази «стресу» у фазу «резистенції» супроводжується активацією захисних стратегій, які мають адаптивний, але надалі – дисфункціональний характер. До цих механізмів належать вибіркоче емоційне реагування, емоційно-моральна дезорієнтація і своєрідна «економія енергії» через зменшення емоційних зусиль у професійній діяльності. Наприклад, медик, що ігнорує власні почуття та дистанціюється від проблем пацієнтів, реалізує захисний механізм емоційного відчуження – фактор, що за психодинамічною моделлю знижує дискомфорт, але сприяє розвитку вигорання. Загалом психодинаміка розглядає вигорання як результат «згорання» внутрішніх енергетичних ресурсів особистості при тривалому

конфлікті між ідеалами професії і реальними можливостями людини, що веде до поступового виникнення апатії та фаталізму [3].

Екзистенційна перспектива акцентує увагу на смислотних аспектах професії і внутрішніх потребах людини. Вигорання розглядається як особлива форма «кризи сенсу», коли людина не знаходить значущого спрямування у своїй роботі чи житті. Уже в художній літературі описано аналогічні ситуації: зокрема, у романі Грега Гріна «Згоріла справа» розповідається про архітектора, який втрачав іскру життя через брак сенсу в професії. У медичній практиці це може виражатися через надто високу кількість критичних етичних ситуацій, відчуття вчинення помилок або неможливість допомогти пацієнтові – фактори, що руйнують відчуття справедливості та призначення діяльності. За Ф. Франклом і іншими представниками екзистенційної психології, відсутність ціннісних орієнтирів і відчуття «зради сенсу» в роботі ведуть до глибокого внутрішнього виснаження. Таким чином, екзистенційний підхід підкреслює необхідність пошуку особистого змісту в допомозі іншим, що особливо актуально для лікарів і медсестер, чия робота часто зіштовхує із стражданням і смертю пацієнтів [2].

Згідно з гуманістичною психологією, людина вважається цілісною особистістю, що має внутрішні ресурси для самореалізації та зростання. Вигорання тут розглядається як наслідок систематичного нехтування цими потребами. У контексті медицини хворі та клієнти не завжди дають фахівцю «зворотний зв'язок» задоволення, а структура організації може перешкоджати саморозвитку лікаря, що поступово викликає почуття порожнечі і демотивації. Водночас у профілактиці і терапії вигорання доволі поширені методики, що базуються на гуманістичних принципах – наприклад, арт-терапія, яка за даними досліджень розглядає стрес як цілісне явище і працює через творчість і самоактуалізацію. Відповідні підходи орієнтують особистість на розкриття потенціалу, укріплення почуття гідності та пошук життєвої підтримки у внутрішніх цінностях, що допомагає медпрацівникові відновити емоційну рівновагу і сенс професії [4, с. 14-15].

Сучасні фахівці наголошують, що професійне вигорання має комплексний характер і вимагає інтеграції різних рівнів аналізу. Біопсихосоціальна парадигма Енгеля передбачає, що будь-яке психофізіологічне явище (включаючи вигорання) формується під дією біологічних, психологічних та соціальних чинників. У цьому сенсі вона замінила лінійні патогенетичні моделі на багатофакторні. Так, у випадку медичного працівника біологічні фактори можуть включати хронічні зміни в організмі (порушення сну, гормональні зрушення під впливом стресу), психологічні – властивості особистості (підвищена тривожність, низька стресостійкість, низький рівень емоційного інтелекту), а соціальні – умови праці (культура організації, система підтримки, суспільний статус лікаря тощо) [5]. Згідно з таким поглядом, вигорання медиків є результатом взаємодії «тіла, думок і суспільних відносин» – наприклад, часто переважає саме хронічне емоційне та фізичне перевантаження внаслідок тривалих змін або екстремальних умов (війна, пандемія), що психологічно накладається на особистісні ресурси і підсилюється організаційною дезадаптацією. Таким чином, біопсихосоціальний підхід підкреслює необхідність комплексного врахування всіх рівнів (від нейрофізіологічних до соціокультурних) при аналізі вигорання.

Особливості професії медичного працівника визначають специфічні детермінанти вигорання на рівні психології, соціуму і організації. За даними оглядових досліджень, фактори ризику вигорання в цьому середовищі можна розділити на трудові (організаційні), соціальні (рольово-статусні) та психологічні. До трудових чинників належать надмірне навантаження і перевантаження – наприклад, обов’язковість роботи за фіксованим графіком, довгі робочі години, велика кількість бюрократичної документації, що відволікає від безпосередньої допомоги пацієнтам [3].

Зокрема, багато лікарів витрачають у кілька разів більше часу на оформлення паперів, ніж на спілкування з пацієнтами. Неefективна організація праці (розірваний робочий процес, обмежені можливості професійного

розвитку, недостатня підтримка колег та керівництва, зменшення автономії рішення) додатково посилює стрес і сприяє швидкому виснаженню ресурсу. У медичній сфері роль грає і соціальна структура робочого «додатку»: рольове навантаження лікаря з низьким соціальним статусом, конфлікти з колегами, необхідність дотримання етичних норм (наприклад, кодифікованої деонтології та рішень етичних комітетів) створюють додаткові стресори для емоційно вразливого фахівця. Важливим є також велике емоційне навантаження міжособистісного спілкування: постійний контакт з людьми, що страждають на тяжкі хвороби, часте залучення в критичні або конфліктні ситуації викликають хронічний емоційний дефіцит і втома.

Психологічні індивідуальні чинники охоплюють особливості темпераменту, особистісні риси та ставлення до власної професії. Наприклад, дослідження свідчать, що у медичних студентів і молодих лікарів часто спостерігається «перетворена ієрархія цінностей» – коли власне здоров'я, емоційні потреби чи щастя поступаються за значимістю професійним вимогам, що створює ризик швидкого виснаження під час навчання і роботи. Крім того, певні характерологічні риси (застосовувані копінг-стратегії, схильність до перфекціонізму, рівень самооцінки та само-ефективності) можуть посилити або послабити вираженість вигорання. Дійсно, огляд літератури показує, що основними захисними психологічними чинниками є високий емоційний інтелект, здатність до емпатії, оптимізм, внутрішній локус контролю та певні особливості характеру. У сукупності все це вказує, що процес вигорання в медиків є результатом складної взаємодії психологічних схильностей особистості, соціальних обставин і виробничих умов.

Отже, узагальнюючи теоретичні підходи, можна сказати, що вони доповнюють одне одного в описі феномену вигорання: когнітивні і біхевіоральні моделі акцентують на процесах оцінювання та закріплених реакціях, психодинамічні – на внутрішніх конфліктах і захистах, екзистенційні – на сенсових пошуках і цінностях, гуманістичні – на потенціалі розвитку особистості, а біопсихосоціальний – на цілісності впливів середовища. При

цьому в медичній професії особливу роль відіграють організаційно-трудова умова, які накладаються на високий рівень міжособистісних й емоційних навантажень. Розуміння цього спектра підходів і факторів дозволяє всебічно аналізувати вигорання медиків і розробляти адекватні стратегії його профілактики і подолання.

1.2 Психологічні особливості професійної діяльності медиків в умовах хронічного стресу та загрози

Професійна діяльність медичних працівників традиційно пов'язана з підвищеним рівнем психоемоційного навантаження та хронічного стресу. Професійне вигорання визначається як стан психічного і фізичного виснаження, що виникає внаслідок тривалого стресу, надмірного навантаження та невдоволеності роботою. Термін «вигорання» вперше запропонував Фройденбергер (1974) для опису схожого синдрому серед персоналу, що працює в системі «людина–людина». Світова організація охорони здоров'я визнає професійне вигорання окремим синдромом, пов'язаним із хронічним стресом на робочому місці [6]. Маслач характеризувала вигорання трьома основними компонентами: емоційним виснаженням, цинічним ставленням (деперсоналізацією) і зниженням відчуття професійних досягнень. Когнітивні порушення (дещо втрачене «критичне мислення») також пов'язані із синдромом вигорання, що призвело деяких авторів запропонувати включити «когнітивне втрачене керування» до його визначення [7].

В умовах війни, пандемії COVID-19 та інших екстремальних обставин ці фактори посилюються. Медики зазнають значущого емоційного навантаження і ризику психотравм від масового каліцтва та загрози власному життю, працюючи в умовах браку ресурсів і нестабільності. Зокрема, у дослідженнях підкреслюється, що постійний страх, невизначеність і надвисокі вимоги до якості допомоги «значно підвищують ризик емоційного та фізичного виснаження» у медиків. У зоні бойових дій та великих надзвичайних ситуацій

медичні працівники піддаються новим травмуючим факторам: численним масивним травмам пацієнтів, постійному вмиранню колег і пацієнтів, а також погрожуючій безпеці власного життя. Внаслідок цього burnout серед них стає ще гострішим явищем. За даними Міністерства охорони здоров'я, до кінця минулого року в Україні було пошкоджено 1468 медичних закладів, 193 з них зруйновано повністю, а лікарі та сестри працюють понаднормово з обмеженими ресурсами, що створює четвертий ключовий фактор ризику – військовий конфлікт [8].

Соціально-психологічні особливості професії також впливають на розвиток вигорання. Медичні працівники нерідко стикаються з емоційною втомою від постійного співчуття й допомоги, що в довготривалій перспективі призводить до втрати емпатії та розвитку цинізму. Недостатня соціальна підтримка на роботі (позаурядні ресурси, позитивний зворотний зв'язок) і конфлікти у колективі посилюють стрес. У дослідженнях методів подолання вигорання виявлено, що соціальна та емоційна підтримка, регулярна фізична активність та усвідомлене дозування робочого навантаження можуть знижувати прояви синдрому. Проте за відсутності адекватних ресурсів підтримки (соціального, організаційного або психологічного) ризик вигорання зростає. Наприклад, регулярні конфлікти з колегами чи мобінг у команді також сприяють хронічному стресу. Особистісні характеристики медиків, такі як емоційна лабільність (нейротицизм), зроблені на когнітивні оцінки стресу, також визначають схильність до вигорання [9]. Водночас особистісні ресурси – висока самооцінка, прагнення до професійного росту, оптимізм і стресостійкість – виступають захисними чинниками і знижують вірогідність розвитку вигорання.

Когнітивні та поведінкові аспекти синдромів хронічного стресу і вигорання особливо небезпечні у клінічній діяльності. Доведено, що хронічний стрес призводить до послаблення функціонування префронтальної кори мозку – ділянки, що забезпечує вищі когнітивні функції, включно з абстрактним мисленням, плануванням та прийняттям рішень. Під впливом неперервного

стресу спостерігається зниження здатності медиків концентруватися, утруднення у гнучкому мисленні та ухваленні обґрунтованих рішень [7].

Синдром «втоми прийняття рішень» (decision-making fatigue), що виникає при надмірному числі важких рішень без достатніх пауз, за результатами недавніх досліджень значно погіршує якість клінічних рішень і психофізичне самопочуття медсестер у надзвичайних умовах (наприклад під час пандемії).

Для діагностики та вивчення професійного вигорання у медиків використовуються психометричні методики та опитувальники. Найпоширенішим інструментом є опитувальник Маслач (Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey), який містить 22 пунктів і вимірює три компоненти вигорання: емоційне виснаження, деперсоналізацію та низьке відчуття особистісних досягнень. Альтернативно використовують Copenhagen Burnout Inventory, опитувальники «Професійна якість життя» (ProQOL) та інші стандартизовані інструменти, а також психологічне інтерв'ю та методи контент-аналізу у дослідницьких роботах. Зазвичай дослідження вигорання мають крос-секційний характер, базуються на анонімних опитуваннях і статистичній обробці даних, але зустрічаються також довготривалі когортні та якісні дослідження [10].

З точки зору теоретико-методологічних моделей синдрому вигорання у медиків, провідним є модель «Запити–Ресурси праці» (Job Demands-Resources Model) Баккера і Демеруті. Згідно з нею, перевантаження роботою (елементи, що вимагають постійних фізичних, психічних чи емоційних зусиль) у поєднанні з нестачею ресурсів (матеріальних, соціальних, організаційних) спричиняють виснаження і вигорання [11].

Ресурси праці, навпаки, сприяють досягненню робочих цілей та знижують психологічне навантаження; наявність підтримки і контролю здатна пом'якшувати негативний вплив високих запитів. Інші теоретичні підходи (модель «зусилля–винагорода», модель «попит–контроль», концепції «дисбалансу організаційної справедливості», теорія збереження ресурсів Горбола тощо) також вказують на поєднання зовнішніх факторів робочого

середовища та внутрішніх особистісних характеристик, що формують ризик вигорання.

Важливим є і системний підхід: сучасні погляди підкреслюють, що вигорання медиків – це не лише індивідуальна проблема, а й наслідок організаційних та суспільних умов роботи. Зокрема, у довоєнний та воєнний період в Україні гостро відчувається дисбаланс між високими професійними вимогами і мізерними ресурсами для їхнього виконання, що створює сприятливі умови для розвитку емоційного вигорання та формування професійного вигорання серед медиків.

Результати досліджень свідчать, що професійне вигорання має низку як особистих, так і організаційних наслідків. До особистісних негативних наслідків відносяться порушення психічного здоров'я (депресія, тривожні розлади), соматичні захворювання (наприклад, серцево-судинні проблеми), розлади сну, а також деструктивні форми поведінки – зловживання алкоголем і психоактивними речовинами, суїцидальні ризики, руйнування міжособистісних стосунків. З професійної точки зору наслідки включають зниження задоволеності роботою, зростання плинності кадрів, збільшення кількості прогула та лікарняних, погіршення якості догляду за пацієнтами і підвищення рівня медичних помилок. Усе це негативно впливає на організаційну культуру медустанови, ефективність використання ресурсів та довіру населення до системи охорони здоров'я [12].

Високий рівень хронічного стресу, з яким зіштовхуються медики, безпосередньо погіршує їхнє клінічне мислення. Як показали нейробіологічні дослідження, постійно високий стрес призводить до атрофії нервових зв'язків у префронтальній корі, що відповідає за вищі когнітивні функції – планування, гнучкість мислення, критичну оцінку. Це збільшує залежність лікарів від спрощених когнітивних схем та евристик, підвищуючи ймовірність діагностичних помилок. Дослідження також виявили стійкий вплив вигорання на виконавчі функції: зниження здатності до абстрактного мислення, концентрації, переключення уваги і контролю інтерференції, які критично

важливі для безпечного й ефективного надання медичної допомоги. З огляду на це, хронічний стрес і синдром вигорання у медиків розглядаються як значущі чинники ризику зниження об'єктивної якості лікування пацієнтів і безпеки медичного процесу.

Інтерпретуючи отримані дані, сучасні дослідники сходяться на думці, що ефективна профілактика вигорання повинна ґрунтуватися на системному підході, що поєднує організаційні та індивідуальні заходи. З одного боку, важливо оптимізувати умови праці медиків: нормалізувати навантаження, забезпечити адекватні ресурси, сприяти збалансованості між роботою та особистим життям, формувати культуру підтримки та відкритого спілкування у колективі. З іншого боку, підвищення психологічної стійкості самих працівників (через тренінги з управління стресом, навчання навичок емоційної регуляції, формування реалістичних очікувань) здатне послабити вплив професійних ризиків на індивіда.

Таким чином, професійне вигорання медиків – це багатовимірний феномен, що включає емоційні, когнітивні та поведінкові компоненти і є результатом поєднання високих професійних вимог, недостатніх ресурсів та особистісної вразливості. В умовах пандемії, війни та інших кризових ситуацій ці чинники посилюються, що вимагає подальшого поглибленого вивчення механізмів адаптації й дезадаптації, а також розробки спеціалізованих методів діагностики та запобігання синдрому вигорання серед медичних працівників. Лише комплексний підхід до дослідження та практичного вирішення цієї проблеми може забезпечити збереження ефективності та безпеки медичної допомоги в умовах хронічного стресу і загрози.

1.3 Війна як екстремальний чинник загострення вигорання: досвід та тенденції серед медичних працівників

Війна надає втомі особливого, крайового характеру: відчуття безперервної загрози, нестача ресурсів і необхідність ухвалювати життєво

важливі рішення під вогнем різко підвищують емоційне виснаження, деперсоналізацію та відчуття професійної безпорадності медичного персоналу. Досвід України після повномасштабного вторгнення, хронічні воєнні конфлікти Сирії, Афганістану й Гази, а також глобальні огляди ВООЗ засвідчують, що саме збройне насильство формує найвищі показники вигорання серед усіх екстремальних стресорів на роботі [13].

В умовах війни робочий день медика немає чітких меж. У прифронтових лікарнях України понад дві третини співробітників описали негативний вплив бойових дій на професійну мотивацію й особисте життя; головними запитами стали матеріальна підтримка й психологічне супроводження [14]. Бомбардування, евакуації й регулярні відключення електроенергії навіть у тилкових областях порушують режим сну, що посилює когнітивне спустошення й формує відчуття «роботи в темряві» без перспективи полегшення. На фронті лікарі проводять операції у підземних шпиталях, не припиняючи роботу навіть під час артобстрілів, що формує синдром «постійної готовності» — один із ключових каталізаторів хронічного вигорання [15].

Характерною рисою воєнного вигорання є поєднання професійної перевтоми з моральними травмами. Коли медик стає свідком загибелі пацієнтів через відсутність ліків або довозення, виникає відчуття провини й безсилля, що трансформується у цинізм і зниження співчуття. У Газа катастрофічний дефіцит обладнання й пряма загроза життю призводять до поєднання вигорання з комплексним посттравматичним розладом; додатково фіксуються випадки тортур та приниження медиків, що підривають базову віру в цінність професії [16]. У Сирії половина працівників покинула регіони активних бойових дій, а серед тих, хто залишився, рівень емоційного виснаження сягнув 84 % [17].

Суцільне інформаційне навантаження, коли медики одночасно стежать за новинами про колег на інших ділянках фронту, посилює перцепцію небезпеки. Опитування українського МОЗ засвідчило: кожен п'ятий працівник відчуває зтяжний воєнний стрес, що зберігається навіть під час коротких відпусток [18]. Схожа тенденція спостерігається в Афганістані, де багаторічний конфлікт

супроводжується економічною кризою й браком персоналу; виснаження поєднується з депресивними й тривожними симптомами, а в окремих провінціях понад 60 % лікарів розглядають еміграцію як єдиний спосіб зберегти психічне здоров'я [19].

Не менш руйнівним є накопичувальний ефект кількох криз. В Україні війна наклалася на пандемію COVID-19, створивши «подвійний фронт»: лікарі раптово переходили з ковідних відділень до прийому поранених, що збільшило робочу зміну у середньому на три години, а відпустки скоротило вдвічі. Подібні перехрестя криз описані й у Чехії та Польщі, де медики підтримують біженців і власних пацієнтів одночасно; майже третина з них демонструє клінічний рівень вигорання вже у перший рік після початку повномасштабної війни в Україні [20].

Стандартна структура вигорання — емоційне виснаження, цинізм та зниження професійних досягнень — у зоні бойових дій доповнюється компонентом «гострої втоми від ризику», що проявляється у зниженні здатності оцінювати небезпеку й схильності до самопожертви. Серед українських онкологів цей компонент корелює з нічними змінами під час тривоги і перевантаженням електронними чергами на дистанційні консультації, що стали основною формою допомоги пацієнтам з окупованих територій [21].

Попри безпрецедентний тиск, частина працівників зберігає високу стійкість. Більше половини українських фахівців із психічного здоров'я продовжують роботу, спираючись на соціальну підтримку, відчуття сенсу й оптимізм, а мережі взаємодопомоги в чатах та волонтерських групах замінюють класичні форми супервізії. ВООЗ наголошує, що саме організаційні фактори – справедливі зміни, доступні засоби захисту, повага до відпочинку – є вирішальними для стримування відтоку кадрів у постконфліктний період [22].

На політико-системному рівні проблеми посилює руйнування медичної інфраструктури. Аналіз JAMA показав, що лише за перший рік російського вторгнення було пошкоджено чи зруйновано понад 1000 медичних об'єктів, що змусило частину персоналу перейти у неформальні «бункерні» клініки або

мобільні бригади, де відсутність ротацій робить вигорання фактично неминучим. У Сирії та Газа прямі атаки на лікарні і викрадення персоналу викликають втечу спеціалістів, а серед тих, хто продовжує роботу, фіксуються рекордні показники суїцидальних думок [23].

Стратегії пом'якшення наслідків вже виходять за межі класичних тренінгів із менеджменту стресу. В Україні діють програми «Ти не один» і «Пульс життя», що поєднують психотерапевтичні сесії, грошові гранти й гнучкі графіки для медиків, які повертаються з фронту; у межах міжнародної угоди URC-2024 залучено 185 млн євро на відновлення системи безпеки праці та цифрові платформи підтримки, що автоматично направляють лікаря до психолога після певної кількості «червоних» змін. У Газа та Сирії гуманітарні організації запроваджують схеми ротації персоналу й віддалені групи підтримки, які знижують ризик вигорання майже на третину у порівнянні з фіксованими бригадами [24].

Водночас гендерний вимір війни залишається одним із недооцінених факторів: жінки складають більшість контактного медичного персоналу, але отримують удвічі менше управлінських позицій і захисних ресурсів, що збільшує їхню вразливість до вигорання; актуальні лонгітюдні дані демонструють вищий рівень емоційного виснаження серед українок-медиків у періоди інтенсивних обстрілів. Додатково соціальна роль догляду за родиною поза роботою подвоює навантаження, особливо у випадках евакуації дітей або літніх батьків [25].

Три роки повномасштабної війни перетворили професійне вигорання українських медиків із прихованої у системну кризу, адже ще у жовтні 2024 року опитування ВООЗ зафіксувало, що шістьдесят вісім відсотків населення відчули погіршення здоров'я, а серед найбільш постраждалих груп названо працівників охорони здоров'я, для яких ментальні труднощі виявилися домінуючими. В умовах щоденних обстрілів і руйнування лікарень відбувається поступове стирання меж між роботою і приватним часом: середня зміна у прифронтних шпиталях зросла майже на три години, тоді як відпустки

скоротилися удвічі, що підштовхує до постійної втоми й емоційного спустошення.

Крім наднормової тривалості змін медики стикаються з прямою небезпекою, бо у дві тисячі двадцять четвертому році понад чверть атак на медичні об'єкти призвела до поранень або загибелі персоналу та пацієнтів, формуючи постійне відчуття незахищеності на робочому місці і підсилюючи моральне виснаження. Публікація в JAMA засвідчила, що після вторгнення знизилися майже всі показники доступності медичних послуг, окрім екстрених, що обумовило концентрацію спеціалістів у найбільш ризикованих сегментах і приречило їх на багатозадачність та підвищену тривогу [23].

Психосоціальні труднощі зростають, коли, крім фізичних загроз, виникає відчуття втрати контролю і безсилля перед масштабом страждань; сімдесят відсотків опитаних працівників у міжобласному дослідженні 2025 року заявили, що війна негативно позначилася на їхньому внутрішньому стані, а головними потребами назвали фінансову та емоційну підтримку, оскільки зарплата відстає від інфляції, а відпрацювання нічних тривог не оплачується додатково. Із прогресуванням бойових дій руйнуються й горизонтальні зв'язки всередині колективів: медсестри та санітарки, які складають більшість контактного персоналу, частіше відчувають самотність і свідчать про феномен втрати співчуття, коли психіка блокує надмірні емоції через неможливість допомогти кожному. Гендерний вимір вигорання відображається і в нерівному доступі до ресурсів: жінки рідше отримують керівні позиції, але несуть додаткове домашнє навантаження догляду за дітьми й літніми родичами, що поглиблює емоційне виснаження й збільшує ризик соматичних проявів стресу, таких як безсоння чи гіпертонія [26].

Фізична небезпека переростає у хронічний синдром очікування катастрофи після багатократних ударів по лікарнях: лише у березні 2025 року кластер охорони здоров'я задокументував тридцять дев'ять атак, що призвели до поранень тринадцяти працівників, і кожен такий інцидент підвищує тривожність колективу та пришвидшує вигорання. У відповідь на руйнування

інфраструктури медики переходять до роботи у підземних бункерах, де відсутнє природне світло та циркуляція повітря, а робоче навантаження сягає двох сотень пацієнтів на добу, тобто у понад три рази більше за довоєнні нормативи, що виснажує фізичні сили й знижує здатність до швидкого відновлення між змінами. Збереження екстрених операцій в умовах відключення електроенергії обертається зростанням когнітивної втоми: хірурги проводять складні втручання при світлі переносних ламп і під звуки повітряної тривоги, формуючи стійку готовність до самопожертви, яка у довгій перспективі провокує цинізм і знецінення власних успіхів [27].

Накопичувальний ефект відразу кількох криз підсилює вигорання: пандемія COVID-19 не зникла і змусила персонал маневрувати між інфекційними боксами та прийомом поранених, тоді як нестача кадрів досягла такого рівня, що кожна п'ята посада залишається вакантною, а міністерство прогнозує дефіцит до двадцяти відсотків фахівців упродовж найближчих двох років, якщо не вжити системних заходів утримання кадрів. Водночас медики, які залишили країну, часто працюють у клініках країн-партнерів, але повідомляють про намір повернутися за умови гарантій безпеки й конкурентних зарплат, що ставить перед урядом завдання створення умов для реміграції і запровадження гнучких контрактів, адаптованих до ризиків воєнного часу [28].

Розвиток цифрових рішень частково пом'якшує кризи: телемедичні консультації дозволяють лікувати пацієнтів у прифронтових районах, не ризикуючи життям персоналу, однак збільшують інформаційне навантаження, адже лікарі приймають по десятки віртуальних звернень після основної зміни. Міжнародна благодійна організація реалізує програму, у межах якої понад дев'ять мільйонів українців отримали психосоціальну підтримку, а для самих медиків створено онлайн-платформу анонімних груп швидкої взаємодопомоги; перші оцінки свідчать про зниження індексу емоційного виснаження майже на третину серед тих, хто регулярно користується такими сервісами. Євросоюз через програму EU4Health спрямовує десятки мільйонів євро на розгортання

додаткових мобільних бригад психологів для лікарень у центральних і східних регіонах, що зменшує навантаження на вигорання первинної ланки і дає змогу колективам отримати індивідуальні консультації без відриву від робочого процесу [28].

Окремої уваги потребує онкологічна служба: за даними професійних спільнот, понад вісімдесят відсотків профільних лікарів відчувають середній або високий рівень емоційного виснаження, а майже половина розмірковує про зміну спеціальності через неможливість підтримувати стандарт лікування, коли операційні зали евакуйовуються під час тривоги, а доступ до цитостатиків ускладнений логістикою. Фахівці вказують на подвійну моральну травму: не лише безпосереднє спостереження смерті, а й усвідомлення, що хворі на рак іноді не отримують терапію вчасно через атаки на критичну інфраструктуру, що провокує почуття провини і безнадії, особливо серед молодших лікарів, які тільки почали практику [29].

Високий темп бойових дій паралізує також систему післядипломної освіти: клінічні ординатори несуть бойове чергування замість стажувань, а частина навчальних центрів перемістилася в онлайн-формат, де складніше відпрацювати практичні навички; міжнародні огляди підкреслюють, що у таких умовах втрата якості підготовки позначиться на системі ще роками після завершення бойових дій. Попри це, українські фахівці демонструють високу адаптивність: у березні 2025 року на конференції у Львові представлено програми тренінгів з тактичної медицини, що інтегрують досвід фронту у цивільні стандарти, і це підвищує відчуття професійної самореалізації, зменшуючи ризик вигорання серед учасників.

Державна та донорська реакція на кризу стає більш системною: фінансова ініціатива «Ти не один» забезпечує додаткові виплати медикам, які відпрацювали понад визначений ліміт гарячих змін, а програма «Пульс життя» запроваджує алгоритм автоматичного скерування до психолога після кожної п'ятої червоної доби, що дозволяє виявляти критичні стани раніше, ніж вони переростають у хронічний синдром вигорання. Прогнози залишаються

обережними: якщо темпи міграції персоналу не знизяться, до тисячі двадцять сьомого року кількість практикуючих лікарів може впасти на чверть у прикордонних областях, але фахівці підкреслюють, що забезпечення безпеки робочого місця, справедлива оплата і можливість коротких, але регулярних ротацій здатні утримати більшість кадрів і навіть сприяти поверненню тих, хто виїхав. Кластер охорони здоров'я констатує, що впровадження захисних кімнат, броньованих автомобілів швидкої та запасних систем живлення знизило кількість травм серед персоналу, а разом із психологічними інтервенціями це вже приводить до поступового скорочення індексу вигорання, зафіксованого в референтних лікарнях Київської та Дніпропетровської областей, на п'ять-сім відсотків [30].

Постійні вибухи за вікном, глухе гудіння сирен і очікування нового удару глибоко вкорінюють страх, який медикам доводиться «нести» у чергову; він ятриться кожного разу, коли пацієнт з осколковими ранами встигне лише прошепотіти «будь ласка, врятуйте», а хірург у відповідь відчуває, як серце стискає безсилля перед надміром кровотечі й браком ресурсів. Емоційна палітра таких моментів коливається між панічним жахом і приглушеною рішучістю: лікарі визнають, що відчуття «тремтячої землі» лишається навіть після виходу з бункерної операційної, проявляючись фантомними вібраціями або нав'язливими спогадами [31]. Коли ж укриття не рятує, до страху домішується безпорадність; згідно з опитуванням, майже сімдесят відсотків медпрацівників назвали війну головним чинником зниження мотивації і одночасно основним джерелом сорому за неможливість «бути на висоті», особливо коли через обстріл зриваються заплановані операції.

Фізична загроза не єдина: атаки на лікарні розширюють у свідомості персоналу уявлення про робоче місце як зону бойових дій, адже ВООЗ підтвердила понад тисячу шістсот нападів на медичні об'єкти з лютого 2022-го до квітня 2025-го. Після кожного потрапляння снаряда піднімається хвиля морального обурення, що швидко трансформується у цинізм: працівники визнають, що «злість — це паливо», але паливо, яке вигорає, лишаючи по собі

попів апатії. Такий емоційний «маятник» зміщується з почуттям провини, коли через брак кисню чи крові доводиться відмовляти в лікуванні тяжким пацієнтам; дослідження з Києва та Харкова засвідчили різкий стрибок показників моральної травми серед хірургів і реаніматологів у порівнянні із мирним часом [32].

Ключовою причиною вигорання стає подовжений робочий час: у прифронтових закладах середня зміна зросла майже на три години, а кожна друга відпустка переривається через ротацію кадрів чи новий наступ. Перевантаження у поєднанні з хаотичними нічними тривогами руйнує сон; клінічні обстеження показали прямий зв'язок між скороченням фази глибокого сну й підвищенням емоційної реактивності та депресивних симптомів у медиків. Дефіцит відпочинку ускладнює когнітивні функції: лікарі визнають, що іноді ловлять себе на тому, що не пам'ятають ім'я пацієнта, якого щойно перевели з операційної, і саме ця «дірка в пам'яті» лякає більше за вибухи.

Подвійний тягар COVID-19 та війни створює особливий фон для стресу: у 2024-му року частка відділень, де одночасно лікували інфекційних хворих і травмованих військових, сягнула майже сорока відсотків, що пришвидшило емоційне виснаження і збільшило відчуття «нескінченної червоної зони». Цей тиск підсилюється хронічним браком персоналу: за оцінкою МОЗ і ВООЗ, до 2027-го року Україна може втратити п'яту частину медичних кадрів у разі збереження нинішніх темпів міграції, а ті, хто залишився, працюють за двох-трох, що пришвидшує вигоряння. Міграційні настрої живляться як страхом за безпеку, так і розчаруванням у можливості впливати на систему, що здається «занадто зневодненою морально й матеріально».

Гендерний компонент додає свою порцію стресу: жінки, які становлять більшість контактного персоналу, частіше беруть на себе домашній догляд, а водночас отримують менше управлінських ресурсів і захисту; дослідження Міжнародного рятувального комітету показало, що кожна третя медсестра повідомляє про симптоми тривалої тривоги й соматичного болю, яких до війни не мала. При цьому аналіз професійних опитувань засвідчив, що хоча жінки

частіше відзначають емоційне виснаження, чоловіки-лікарі демонструють вищі показники цинізму, тобто різні аспекти вигорання по-різному проявляються залежно від гендеру [33].

Відчуття ізоляції посилює інформаційна лавина: постійне стеження за зведеннями фронту, утримання зв'язку з родиною в окупованих районах і необхідність реагувати на потік телемедичних консультацій після основної зміни формують стан «перманентної готовності», який не дає нервовій системі перейти у фазу відновлення. Персонал описує, що навіть у рідкі хвилини тиші мозок продовжує прокручувати сценарії масового надходження поранених, інколи викликаючи панічні атаки серед ночі. Руйнування особистих кордонів доповнюється розмитістю професійної ідентичності: медики з амбулаторного сектора раптом опановують тактичну медицину, втрачаючи звичний «якор» компетентності, що народжує сумніви у власній професійній цінності [34].

У хвилини затишшя медики часто переживають «провину вижившого» — парадоксальне відчуття сорому за те, що залишилися неушкодженими, тоді як колеги або пацієнти загинули; масштаб цього феномену підтверджено дослідженнями моральної травми, де частка респондентів із високими показниками перевищила цивільні вибірки у два-чотири рази. Ця провина тісно переплітається зі смутком: оплакувати колег часто ніколи — похорони відбуваються у формальному, майже «конвєсрному» режимі, через що горе консервується і повертається пізніше нічними кошмарами або різкою дратівливістю на роботі.

Попри темний спектр емоцій, не можна оминати феномен «бойової стійкості»: понад половина опитаних психіатрів і психологів, які працюють у системі, декларують високий рівень оптимізму, який вони черпають у командній підтримці й відчутті сенсу в роботі. Проте ця стійкість часто маскує крєвну втому: фахівці тримаються, доки можуть, а потім несподівано «обриваються», беручи безстрокові лікарняні через панічні розлади або неконтрольований плач. Повернення до чергування після таких зривів складне через страх осуду колег і відсутність часу на повноцінну реабілітацію; система,

орієнтована на екстрену допомогу, не завжди може забезпечити медикам безпечний «коридор» для відновлення.

У підсумку відчуття війни для українського медичного працівника — це симбіоз гострого жаху й глибокої професійної гордості, цілодобового фізичного виснаження та небезпечної емоційної гіперактивності, моральної травми і стійкості; причинами вигорання стають нескінченні зміни під обстрілами, руйнація лікарень, хронічний дефіцит кадрів і ресурсів, поділ уваги між війною та пандемією, гендерна нерівність тягаря догляду, інформаційна перенасиченість і нездатність оплакувати втрати, а також постійний внутрішній конфлікт між професійним покликанням і вродженим інстинктом самозбереження.

Висновки до першого розділу

У підсумку теоретико-методичного аналізу професійного вигорання медичних працівників окреслено його багатовимірну природу: від початкового опису Фрейденбергера як реакції на тривалий емоційний стрес до класичного тріадного синдрому Масlach, що поєднує емоційне виснаження, цинічне ставлення і зниження суб'єктивної ефективності . У сучасних підходах вигорання інтерпретується як процес виснаження особистісних і фізіологічних ресурсів у полі складних взаємодій біологічних, психологічних та соціальних чинників, що відображає логіку біопсихосоціальної парадигми, котра змінила лінійні стресові моделі на багатофакторні схеми пояснення . Інтеграція цих концепцій стала підґрунтям для емпірично перевірених операціоналізацій вигорання й розвитку валідних інструментів діагностики, які дали можливість кількісно оцінювати окремі компоненти синдрому у вибірках медиків різних спеціальностей та регіонів, забезпечуючи порівнюваність результатів досліджень.

Ключовим теоретичним контуром визнано модель «Запити – Ресурси праці» Баккера і Демеруті, що пояснює вигорання як дисбаланс між високими

професійними вимогами та недостатніми матеріальними, соціальними чи організаційними ресурсами, який запускає енергетичний та мотиваційний шляхи виснаження. Ця рамка доповнена концепціями «зусилля – винагорода», «попит – контроль» і теорією збереження ресурсів, які акцентують на ролі організаційної справедливості, можливостей контролю й адекватної винагороди у профілактиці синдрому. Поряд з зовнішніми умовами вигорання опосередковують особистісні змінні: емоційний інтелект, оптимізм, локус контролю, копінг-репертуар та рівень самоефективності можуть як посилювати, так і пом'якшувати процес виснаження, надаючи підстави для розробки таргетованих психопрофілактичних програм. Залучення когнітивно-поведінкових, психодинамічних, гуманістичних та екзистенційних перспектив показало, що невідповідність між ціннісними орієнтирами фахівця і реальними можливостями допомагати є таким самим сильним етіологічним фактором, як і хронічний стрес навантаження.

Окремий блок теорії присвячений специфіці медичної діяльності, де постійна робота з болем, стражданням та загрозою життю пацієнта формує високий емоційний запит і потребу в емпатії. Умінність балансувати між професійною залученістю і збереженням внутрішніх меж визначає шанс уникнути швидкого виснаження, тоді як дефіцит організаційної підтримки, недостатня винагорода та суспільна девальвація професії створюють умови для латентного розгортання синдрому. Аналіз літератури підтверджує, що ще до війни система охорони здоров'я України демонструвала хронічне перевантаження медиків; тому вплив воєнних чинників розглядається не як поодинокий тригер, а як каталізатор уже наявних структурних дисбалансів.

Війна, поєднавши дефіцит ресурсів із постійною фізичною загрозою, радикально посилила всі операційні фактори моделі JD-R: вимоги стрімко зросли за рахунок масового потоку поранених, нестачі персоналу та руйнування медичної інфраструктури, тоді як ресурсне підживлення урізалося до критичного мінімуму. За таких умов вигорання медиків набуває риси

морального дистресу, ускладнюється вторинною травматизацією та стає системною загрозою як для якості допомоги, так і для функціонування галузі в цілому. Практична значущість проведеного теоретичного узагальнення полягає в обґрунтуванні комплексного, міжрівневого підходу до профілактики: лише поєднання індивідуальних стратегій підвищення стресостійкості з організаційними змінами культури безпеки праці та державними інвестиціями в захищеність робочого середовища здатне обірвати накопичувальний каскад виснаження, який уже сьогодні проявляється у кадровій кризі галузі.

Таким чином, було сформульовано методологічну рамку, де феномен вигорання постає як результат інтерації особистісних схильностей, професійних вимог і макроконтексту війни, а також окреслює цільові поля подальшого емпіричного дослідження і розробки корекційних програм для медичного персоналу.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВІВ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ ТА ЙОГО ПОДОЛАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ

2.1 Організація та методи емпіричного дослідження

Емпіричне дослідження організували на базі комунального некомерційного підприємства «Хмельницька обласна лікарня» Хмельницької обласної ради, оскільки цей заклад поєднує високоспеціалізовану допомогу й роботу з пораненими, що робить його репрезентативним для умов воєнного часу. Попередньо адміністрація надала письмову згоду на проведення опитування, після чого кожному учаснику пояснили мету роботи, підкреслили конфіденційність та добровільність участі і отримали інформовану згоду у письмовій формі. Дослідницька група дотримувалася етичних принципів Гельсінської декларації, а також внутрішніх вимог лікарні щодо захисту персональних даних. Вибірку сформували у березні шляхом поєднання стислої оголошеної добірки та цільового залучення працівників різних відділень, щоб запобігти переважанню одного фаху. До квітня опитування завершили сорок респондентів: двадцять сім жінок і тринадцять чоловіків віком від двадцяти двох до шістдесяти одного року, середній стаж становив тринадцять років. Учасники працювали в реанімації, хірургії, приймальному покої, терапії, а також у допоміжних лабораторіях; шестеро мали досвід ротацій у польових стабілізаційних пунктах, що дало змогу оцінити вплив прямого контакту з бойовою травмою на інтенсивність вигорання.

Опитування проводили анонімно, заповнення тривало близько сорока хвилин і відбувалося у тиші кімнати психологічного розвантаження лікарні. Спочатку респонденти надавали демографічні відомості, після чого поступово переходили до блоків психодіагностичних методик. Основним інструментом стала діагностика професійного вигорання К. Маслач і С. Джексон, популярна

під назвою Maslach Burnout Inventory, у якій вимірюють емоційне виснаження, деперсоналізацію та зниження відчуття особистих досягнень; оригінальна англomовна форма пройшла офіційну україномовну адаптацію, що підтвердила належну внутрішню узгодженість і факторну структуру. Додатково використали опитувальник вимірювання вигорання ВАТ, де чотири шкали покривають виснаження, психічне відсторонення, зниження когнітивних ресурсів та емоційну диспозицію; валідовану версію надали розробники, а переклад проходив зворотну процедуру, аби зберегти семантичну точність.

Щоб оцінити баланс між втомою й позитивними аспектами роботи, застосували шкалу професійних життєвих якостей ProQOL-5. Цей інструмент вимірює співвідношення задоволення співчуттям і двох форм професійного стресу — вигорання та вторинної травматизації, тож він допомагає виявити приховані ресурси стійкості та ризики одночасно. Четвертою методикою став Копенгагенський опитувальник вигорання, що окремо оцінює особистісне, робоче та клієнт-орієнтоване виснаження, а відтак дозволяє точніше локалізувати джерело стресу; український переклад пройшов пілотне випробування на маленькій групі волонтерів лікарні, після чого дві нечіткі формулювання скоригували для максимальної зрозумілості.

Для гарантії достовірності даних ми контролювали порядок подачі опитувальників, аби уникнути ефекту втоми: спершу видавали ВАТ, що містить менше пунктів, потім МВІ як найвідоміший і легко впізнаваний для медиків, далі ProQOL та СВІ. Після заповнення досліджувані мали змогу отримати короткий зворотний зв'язок із рекомендаціями щодо самоопіки й каналів психологічної допомоги у власній лікарні. Опитувальники знесені у базу даних без імені, позначені шифром від одного до сорока, де буква визначала відділення. Дворазове введення відповідей двома незалежними асистентами мінімізувало ризик механічної помилки.

Обробку проводили за стандартними алгоритмами кожної методики. Для МВІ та СВІ обчислювали сумарні бали підшкал, а також нормували їх за віковими й професійними нормами найсвіжішого четвертого видання мануалу;

для ВАТ використовували середні значення, рекомендовані розробниками, і синтезували інтегральний показник ризику на основі латентного профілю. ProQOL інтерпретували через три рівні — низький, помірний, високий — що дозволяє одразу зрозуміти співвідношення позитивних та негативних аспектів професії.

Робота тривала протягом двох календарних місяців: у березні зібрали інформовані згоди, виконали перекладацьку адаптацію та пілотування СВІ, а також провели першу половину опитувань; у квітні завершили збір анкет, зробили подвійне введення й перевірили достовірність, після чого провели статистичну обробку й підготували інтерпретаційні висновки. Така компактна часово-просторова рамка дозволила мінімізувати зовнішні зміни умов праці, адже під час активної фази бойових дій навіть кількомісячний розрив міг би спотворити результати.

Вибір саме цих чотирьох методик пояснюється прагненням отримати максимально повну, а головне коректну картину професійного вигорання в середовищі, де на медиків щодня тиснуть і фізичні, і моральні ризики. Класична діагностика Маслач і Джексон стала відправною точкою не випадково. Її застосовують уже понад сорок років, тож у науковій спільноті накопичилася велика база норм і порогових значень, а це означає, що результати нашої лікарні можна безпосередньо зіставляти з дослідженнями в інших регіонах України, Європейського Союзу чи Сполучених Штатів. Шкала вимірює три «стовпи» синдрому: емоційне виснаження, відстороненість від пацієнтів і відчуття зниження особистої ефективності. Саме така триада найчастіше згадується в міжнародних протоколах психогігієни для медичного персоналу, тому дані МВІ легко перекладаються на практичні рекомендації: якщо виснаження виходить за критичний поріг, достатньо зачинити відділення на ротацію, а якщо домінує падіння професійної впевненості, потрібне наставництво й супервізія. У нашому контексті ця універсальність особливо цінна, адже війна змушує приймати швидкі рішення, а керівництву лікарні потрібні зрозумілі цифри, які підкажуть, чи настав час переглянути графік.

Однак одна лише класика не відображає всіх граней сучасних викликів. Через це до опитувальника Маслач додали новіший інструмент ВАТ, який підходить саме для країн, де структура праці стрімко змінюється. Автори ВАТ виходили з того, що вигорання — це не тільки емоційний «злив», а ще й поступова втрата когнітивної чіткості й енергетичного тону, тому ввели окремі шкали когнітивного та фізичного виснаження. Такий підхід виявився особливо доречним після кількох років пандемії та воєнних викликів, коли медики працюють у нічних умовах без світла, що б'є в першу чергу по концентрації уваги. ВАТ добре себе показує на невеликих вибірках, бо внутрішня узгодженість окремих підшкал традиційно тримається вище критичного порога, а ще ця методика не потребує ліцензійних внесків, що робить її зручною для комунальних закладів. Крім того, ВАТ вже перекладений на десятки мов і пройшов адаптацію в Польщі, Чехії та Литві, країнах, чії системи охорони здоров'я зіштовхнулися з напливом поранених з України, тому ми можемо порівнювати наші результати не лише всередині держави, а й у регіональному вимірі.

Третій інструмент, ProQOL, доповнює картину принципово іншим кутом зору. Його автори наголошують, що люди допомагають не лише тому, що «повинні», а й тому, що отримують моральне задоволення від співчуття. Шкала професійної якості життя одночасно вимірює вигорання, вторинну травматизацію і задоволення від допомоги. Для лікарні в зоні підвищеного ризику це критично: навіть коли емоційне виснаження високе, високий рівень «compassion satisfaction» може стримати персонал від передчасного звільнення. ProQOL розкриває приховані резерви стійкості, дозволяючи керівництву побачити, що, наприклад, у відділенні хірургії лікарям важко фізично, але моральне підкріплення від врятованих життів утримує їх на плаву. Завдяки лаконічним трьом шкалам опитування не стомлює респондента, що важливо у період, коли кожна хвилина лікаря на рахунку. До того ж ця методика безкоштовна, а електронна форма з автоматичним підрахунком балів створює мінімальне навантаження на дослідницьку групу.

Четвертий елемент набору — Копенгагенський опитувальник вигорання. Його сила в тому, що він чітко відокремлює особисте, робоче та клієнт-орієнтоване виснаження. Для медичного працівника часом складно зрозуміти, чи виснажує його безкінечна документація, чи безпосередній контакт із пацієнтом, чи загальна тривога за майбутнє родини. СВІ дозволяє локалізувати джерело проблеми. Якщо виявляється, що найвищі бали саме на клієнт-орієнтованій підшкالی, значить виснажує головно робота з важкими випадками, тож доцільно розподілити пацієнтів чи ввести регулярні сеанси супервізії. Якщо ж горить особистісна шкала, фокус корекції зміщується на індивідуальне відновлення — сон, короткі відпустки, сімейну підтримку. СВІ короткий, відкритий для вільного використання і не потребує дорогих прав, тому організаційно він не обтяжує бюджет, а за часом займає лічені хвилини.

Сумарно така комбінація інструментів забезпечує глибину і широту вимірювання, яку неможливо досягти, спираючись лиш на одну методику. Маслач окреслює канонічні маркери синдрому і дає історичну смугу порівняння, ВАТ показує, як до класичних симптомів додаються когнітивні та енергетичні аспекти, властиві новій реальності 24/7. ProQOL врівноважує негатив позитивом, підказуючи, де в колективі ще пульсує почуття сенсу і які ресурси слід підтримати, а СВІ вказує, де саме знаходиться головне «джерело пожежі» — у самій людині, у хаосі робочих процесів чи у складних переживаннях пацієнтів. Завдяки цьому ми одержуємо багатовимірну мапу стану персоналу, яка дозволяє будувати корекційні програми точково, не витрачаючи сили на універсальні тренінги, що не враховують реальних потреб. Комбінування методик підвищує й достовірність результатів: високі бали на кількох шкалах із різних опитувальників підтверджують одна одну, а розбіжності підказують, де варто придивитися до специфіки підрозділу або уточнити формулювання питань.

У практичному сенсі вибрані опитувальники добре лягають у графік лікарні, бо їх можна заповнювати поетапно у вікнах між прийомами, а електронні бланки зводяться в єдину таблицю без ручного підрахунку. Вони всі

мають підтверджену надійність і перекладені українською з дотриманням процедури зворотного перекладу, тож медики не витрачають час на складні формулювання іноземною мовою. Їх результати легко пояснити керівнику навіть без фахової підготовки з психології, тому управлінські рішення можуть ухвалюватися швидше. Ще одна перевага в тому, що жодна з цих методик не має жорстких вікових або професійних обмежень, отже у вибірку без зайвих складнощів можна включити і молодого ординатора, і досвідчену медсестру, і завідувача відділенням, отримавши при цьому порівнювані дані.

Поєднавши класичну перевірку часу з новими підходами до виміру когнітивного та морального виміру стресу, дослідження здатне відобразити, як війна трансформує саме поняття вигорання. Якщо раніше це був переважно поступовий процес, пов'язаний із неспівмірністю навантаження й винагороди, то тепер це пронизливий досвід на межі життя і смерті, який потребує одночасно клінічної точності та швидкого управлінського реагування. Саме такою логікою керувалися дослідники, коли формували набір інструментів: вони шукали баланс між глибиною, оперативністю та доступністю, щоб жодна важлива грань реальності медиків Хмельницької обласної лікарні не лишилася поза виміром, а водночас процес опитування не став для персоналу ще одним стресом.

2.2 Аналіз результатів дослідження рівня професійного вигорання та використаних стратегій

Аналіз отриманих даних про рівень професійного вигорання та практики самопомоги медичних працівників Хмельницької обласної лікарні розпочинається зі зіставлення інтегральних показників чотирьох застосованих опитувальників, що дозволяє окреслити як загальну інтенсивність синдрому, так і його структурні акценти в особистісній, робочій та пацієнт-орієнтованій площинах. Поєднання класичних шкал емоційного виснаження, деперсоналізації й зниження суб'єктивної ефективності з новітніми вимірами

когнітивної втоми, моральної травматизації та співчуттєвого задоволення дає змогу виявити не лише кількість респондентів у критичних зонах ризику, а й приховані резерви стійкості, на яких персонал спирається попри хронічні стресори війни.

Таким чином після проведеного дослідження, за діагностикою професійного вигорання К. Маслач та С. Джексон, ми отримали (див. рис. 2.1):

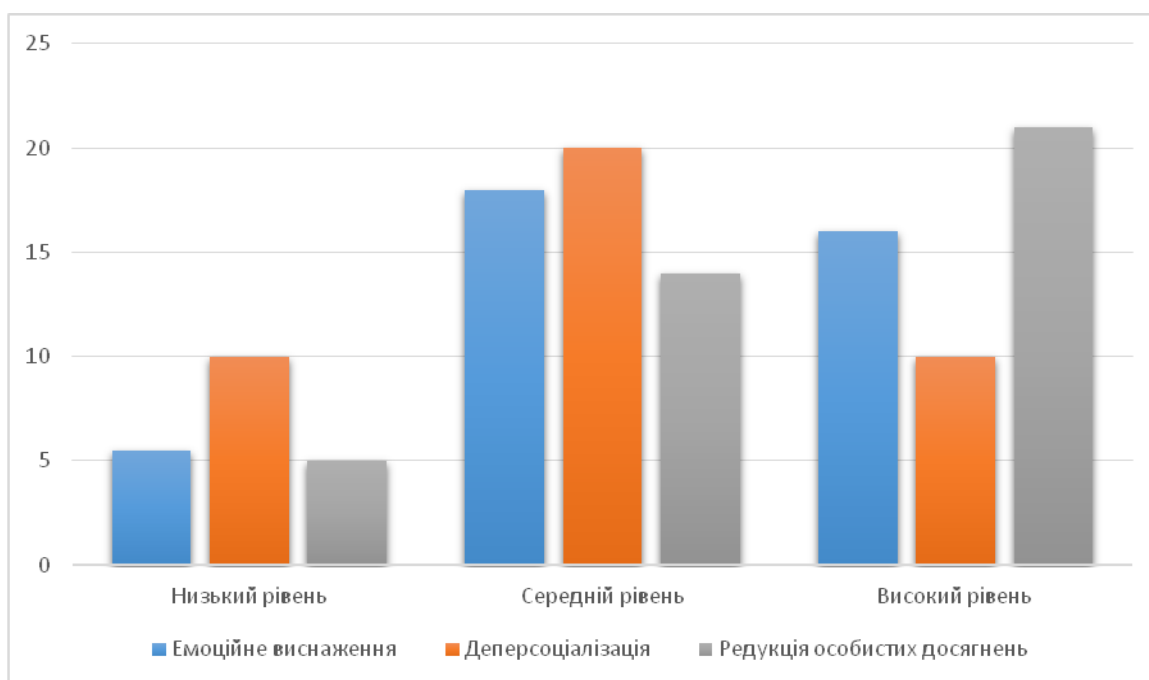


Рис. 2.1 – Результати дослідження за діагностикою професійного вигорання К. Маслач та С. Джексон

Діаграма показує, як саме сорок співробітників лікарні розподілилися за трьома головними проявами професійного вигорання. Насамперед привертає увагу показник емоційного виснаження, адже шістнадцять респондентів потрапили у високу зону й ще вісімнадцять у середню. Це означає, що майже кожен другий працівник відчуває сильну хронічну втому, брак енергії й емоційне спустошення, а ще майже половині не вистачає зовсім небагато, щоб перейти критичний поріг. Погано те, що такий стан негативно впливає на сон, концентрацію й здатність залишатися уважним до пацієнтів. Постійна напруга знижує імунітет, підвищує ризик помилок та конфліктів у колективі. Добре хоч те, що шість медиків показали низькі значення виснаження. Це свідчить, що навіть у складних умовах є люди, яким удається тримати запас сил, можливо,

завдяки правильному режиму відпочинку, підтримці колег або власним стійким рисам характеру. Якщо розібратися, якими саме звичками чи організаційними рішеннями вони користуються, ці практики можна поширити на інших і так збільшити групу з низькими показниками.

Не менш промовистою виглядає картина за шкалою деперсоналізації. Десять учасників опитування продемонстрували високий рівень відсторонення від пацієнтів, а дванадцять впали в середню зону разом із ще вісьмома, що зробили крок до критичного рубежу. Погіршення проявляється у байдужому, іноді цинічному ставленні до людей, з якими працюєш. Коли співчуття згасає, виникає ризик різкого слова, формального огляду й помилково прийнятих рішень, бо лікар чи медсестра сприймає пацієнта вже не як живу людину, а як черговий випадок. Плюс у тому, що десять опитаних опинилися у низькій зоні деперсоналізації, тобто вони все ще зберігають тепле професійне ставлення і здатні підтримати колег емоційною залученістю. Наявність такої групи — добрий знак, адже ці працівники можуть слугувати прикладом, а ще — потенційними наставниками чи учасниками груп взаємної підтримки. Якщо їх досвід і підхід поширити, можна зменшити ризик знеособлення в колективі загалом.

Найтривожніша ситуація спостерігається за шкалою редукції особистих досягнень. Двадцять один працівник продемонстрував високий рівень цього показника, ще чотирнадцять перебувають у середній зоні. Висока редукція означає, що людина відчуває себе неуспішною, невпевненою й думає, ніби нічого важливого не робить. У медицині це особливо небезпечно, адже зниження віри у власні професійні сили швидко переноситься на рішення щодо лікування пацієнтів. Лікар, який сумнівається в собі, довше вагається, медсестра з низькою самооцінкою може ігнорувати власні ідеї щодо поліпшення догляду. Позитив у тому, що п'ятеро респондентів усе ж зберігають високий рівень задоволення своїми досягненнями. Це не так уже й багато, але саме ці люди можуть нагадати колегам, як важливо відзначати

навіть маленькі успіхи, вести щоденники позитивних випадків і публічно дякувати одне одному за добре виконану роботу.

Якщо підсумувати всі три блоки, видно, що найбільша концентрація проблем припадає на поєднання емоційного виснаження і зниження особистих досягнень. Вісімнадцять медиків одночасно перебувають у середній зоні виснаження й редукції, а одинадцять — у високій і там, і там. Це небезпечна комбінація, бо вказує на людей, які й так відчують втому і при цьому не бачать результату власних зусиль. Такий стан легко переходить у повне вигорання з ризиком звільнення або тривалої непрацездатності. Важливо якнайшвидше підтримати саме цю групу — наприклад, коригувати графік, організувати короткі відпустки, запросити психолога, провести тренінг із підкріплення професійної самооцінки. У той же час непогано, що частина респондентів показує розрив між шкалами: є медики, у яких високе виснаження, але середні чи низькі втрати віри в себе, тобто вони стомилися, проте ще відчують користь від своєї роботи. Якщо їм дати більше ресурсів відпочинку й підтримати матеріально, вони швидко повернуться у безпечну зону.

Діаграма також демонструє, що деперсоналізація поки що не перевищує критичний рівень у більшості. Двадцять респондентів у середній зоні тут трактуються як попереджувальний сигнал, але не як катастрофа. Це добра новина, бо легше попередити подальший рух у бік цинізму, ніж потім повернути втрачене співчуття. Натомість слід зосередитися на тому, щоб люди мали час на емоційне відновлення, а також на короткі командні зустрічі, де можна проговорити важкі випадки. У багатьох західних клініках такі зустрічі називаються дебрифінгами, і вони довели ефективність у зниженні деперсоналізації після стресових змін. Варто спробувати схожу практику і в нашій лікарні, особливо для працівників ургентних відділень, де контакт з тяжкими травмами є щоденним.

Показник редукції особистих досягнень нагадує про ще одну сторону професійного життя — формальну й неформальну систему визнання. Коли

майже дві третини людей відчувають, що роблять мало, це означає: або їх реальний внесок справді недооцінюють, або інформація про результати лікування погано циркулює, і люди не бачать наслідків власної праці. Одним із простих рішень може стати регулярне поширення історій пацієнтів, що повернулися до нормального життя, або подяк від родичів, які часто надсилають листи на ім'я відділення, але не завжди доходять до конкретних медсестер чи санітарок. Також можна запровадити короткі ранкові п'ятихвилинки, на яких завідувач називає успішні кейси попереднього дня. Такі кроки нічого не коштують, але швидко підвищують відчуття значущості своєї роботи.

Емоційне виснаження, хоч і показало найвиразніший крен у бік середніх і високих балів, у принципі найшвидше піддається корекції, якщо оптимізувати графік і забезпечити чіткі правила відпочинку. Корисним є навіть перенесення нічних змін за системою два через два, аби людина знала, що після двох напружених діб матиме гарантований день повного відпочинку. Окремі міжнародні рекомендації радять встановити загальний сигнал «тайм-аут» на сорок п'ять хвилин, коли працівник має право залишити гарячу зону й перейти до кімнати релаксації. Навіть такий короткий перерив часто дає змогу знизити суб'єктивне відчуття виснаження на рівні тіла. Позитивно, що шістнадцять респондентів із високими балами не обов'язково переросли у стійкий синдром, тобто, якщо почати зміни відразу, можна повернути їх до середніх значень за кілька місяців.

Розглядаючи діаграму, не можна не згадати і про суто людський чинник: п'ять учасників опитування з низькою редукцією особистих досягнень і шість із низьким емоційним виснаженням доводять, що навіть під обстрілами та в дефіциті ресурсів існують способи зберегти баланс. Це хороша точка опори. Можливо, ці працівники мають чіткі межі між роботою й домом, підтримку родини, хобі, яким приділяють час попри втому. Дослідити їхній досвід — означає знайти локальні, культурно близькі практики, не просто перенесені з іншої країни, а вирослі саме в наших реаліях. Навіть невеликі поради щодо

щоденної рутини, якщо вони доведені на прикладі колеги, сприймаються значно краще, ніж абстрактні «правила здорового способу життя», що часто повторюють у медіа.

Сукупна картина виснаження, відсторонення та втрати віри в себе є настільки різноманітною, що вимагає не одного, а кількох рівнів втручання. З одного боку, потрібні організаційні зміни у графіках, ротаціях, винагородах і відпочинку. З іншого, треба розвивати емоційну підтримку, дебрифінги, групи супервізії й наставництво для молодих спеціалістів. І, нарешті, слід подбати про культуру визнання: дяка, публічне озвучування досягнень, історії одужання — усе це зміцнює почуття значущості і зменшує редукцію особистих досягнень. Поганою новиною є те, що без комплексного підходу високі показники швидко тягнуть за собою падіння якості допомоги і зростання плинності кадрів. Хороша новина полягає в тому, що ще не пізно втрутитися: група з низькими балами й велика частка середніх значень — це простір для позитивних змін, і чим швидше колектив отримає чіткий план підтримки, тим меншим буде шанс, що середні показники з часом перейдуть у високі.

За опитувальником вимірювання вигорання (ВАТ), ми отримали (див .рис. 2.2):

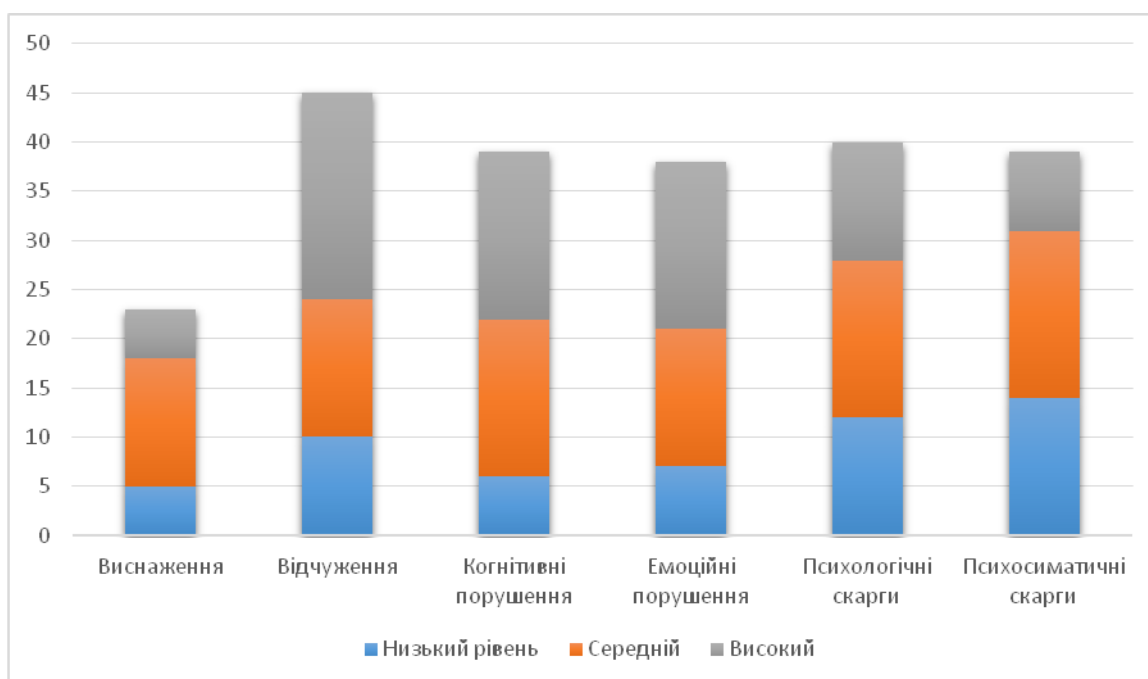


Рис. 2.2 – Результати дослідження за опитувальником вимірювання вигорання

Сукупна картина виснаження, відсторонення та втрати віри в себе є настільки різноманітною, що вимагає не одного, а кількох рівнів втручання. З одного боку, потрібні організаційні зміни у графіках, ротаціях, винагородах і відпочинку. З іншого, треба розвивати емоційну підтримку, дебрифінги, групи супервізії й наставництво для молодих спеціалістів. І, нарешті, слід подбати про культуру визнання: дяка, публічне озвучування досягнень, історії одужання — усе це зміцнює почуття значущості і зменшує редукцію особистих досягнень. Поганою новиною є те, що без комплексного підходу високі показники швидко тягнуть за собою падіння якості допомоги і зростання плинності кадрів. Хороша новина полягає в тому, що ще не пізно втрутитися: група з низькими балами й велика частка середніх значень — це простір для позитивних змін, і чим швидше колектив отримає чіткий план підтримки, тим меншим буде шанс, що середні показники з часом перейдуть у високі.

Другий стовпчик «Відчуження» має більш рівномірний розподіл. Дванадцять людей мають високий рівень, вісімнадцять середній і десять низький. Погано, що кожен четвертий уже демонструє сильне віддалення від роботи, тобто сприймає обов'язки як щось чуже, виконує їх без інтересу, іноді з роздратуванням. Це небезпечно, бо зростає ризик неухважного ставлення до пацієнтів і холодної, формальної взаємодії у колективі. Добре те, що десять осіб зберегли тепле ставлення до своєї справи. Їх ентузіазм може стати прикладом. Якщо вони поділяться, як віднаходять сенс у щоденних завданнях, це допоможе іншим повернути внутрішню мотивацію. Середня група з вісімнадцяти людей перебуває на межі, тому саме для неї особливо важливо забезпечити позитивний зворотний зв'язок і видимі результати праці, аби не допустити переходу в червону зону.

У категорії «Когнітивні порушення» видно шістнадцять червоних і сімнадцять помаранчевих блоків, тобто тридцять три працівники мають труднощі з концентрацією, забудькуватістю й ясністю мислення. Це погано, бо

медична робота вимагає постійної уваги до дрібниць: дози ліків, показники приладів, зміни в стані пацієнта. Коли мозок «туманний», зростає небезпека помилки. Добре те, що шестеро респондентів зберегли низький рівень когнітивних проблем. Їх приклад доводить, що навіть під обстрілами можна підтримувати розумову ясність. Можливо, ці працівники вміють дотримуватися коротких пауз під час зміни, роблять прості вправи на дихання або планують справи списками, аби розвантажити пам'ять. Якщо вони поділяться методами, колеги отримають прості інструменти для зниження розсіяності.

«Емоційні порушення» майже повторюють попередній малюнок: сімнадцять осіб у високій зоні, п'ятнадцять у середній і восьмеро у низькій. Погано те, що більше половини колективу вже помічає в себе труднощі з регуляцією емоцій, дратівливість і спалахи гніву, які інколи виникають без видимої причини. Це підвищує напругу у спілкуванні, провокує конфлікти й емоційне зараження в команді. Добре, що вісім працівників володіють стабільною емоційною саморегуляцією. Їхня присутність може заспокоювати атмосферу, якщо вони поширюватимуть практики короткого «стоп-сигналу», коли перед реакцією робиться пауза, або техніки швидкого заземлення, що допомагають повернутися в спокій.

У стовпчику «Психологічні скарги» ситуація трохи краща: дванадцять червоних, шістнадцять помаранчевих і дванадцять жовтих. Добре, що майже третина не відзначає виражених тривог, безсоння чи підвищеного рівня стресу. Це свідчить, що ресурси ще не вичерпані. Але знову ж таки погано, що дванадцять осіб уже відчувають щільний клубок тривог і мають проблеми зі сном. Безсоння швидко тягне за собою когнітивні й емоційні розлади. Тому тут важливі програми з гігієни сну, доступ до психолога й можливість коротких нічних перерв для перепочинку навіть у зміні.

Нарешті, «Психосоматичні скарги» мають найменший червоний сегмент – лише вісім працівників. Це добра новина, бо показує, що тілесні симптоми типу болю в спині, головного болю чи проблем зі шлунком ще не набули масового характеру. Але помаранчевий сегмент у вісімнадцять осіб говорить,

що напівкритичний стан є у майже половини. Погано, що ці люди часто перебувають лише за крок від переходу в хронічні захворювання, проте добре, що ще є час на профілактику. Варто врахувати, що психосоматика накопичується повільніше, ніж емоційний спалах, тому регулярно виконувати розминки, правильно піднімати тяжкі носилки й користуватися ергономічним взуттям – це прості кроки, які можуть уповільнити рух помаранчевого блоку до червоного.

Якщо подивитися на діаграму цілком, головна проблема зосереджена у двох перших стовпцях: виснаженні та емоційному відчуженні. Коли люди постійно втомлені й відчужені, інші скарги швидко посилюються. Доброю новиною залишається те, що категорії психологічних і психосоматичних скарг наразі не виглядають катастрофічно, а значить, організм ще не перейшов у фазу тотального виснаження. Це дає поле для дії: якщо вже зараз скоротити перегрівання графіків, упорядкувати чергування і запровадити регулярні короткі перерви для усвідомленого дихання чи розтяжки, можна стримати подальше погіршення.

Діаграма ще підказує, що хорошою опорою стануть працівники, які лишаються в жовтих сегментах. Їх загалом двадцять чотири, але важливо звернути увагу, де саме вони розміщені. Наприклад, чотирнадцять людей у жовтій зоні психосоматики – це вже ресурс, бо фізично вони почуваються відносно добре. Якщо їх залучити до невеликих руханок із колегами, це може зменшити болі й напругу у тих, хто скаржиться. Дванадцять людей у жовтій зоні психологічних скарг можуть стати фасилітаторами міні-груп підтримки, які раз на тиждень проговорюватимуть труднощі та пропонуватимуть ідеї відпочинку.

Розмірковуючи про «що погано» в цій картині, слід зазначити високий рівень виснаження як основний чинник. Він підминає під себе інші аспекти: через втому з'являються когнітивні провали, дратівливість, порушується сон, наростає відчуження. Без вирішення питання з виснаженням будь-які інші втручання постійно «протікатимуть». Погано і те, що тільки п'ять людей мають

низьке виснаження – це замало для великої системи, бо саме ці співробітники могли б підмінити колег або показувати приклад ресурсощадної рутини. Також тривожно виглядає червоний сегмент когнітивних порушень: сімнадцять осіб, тобто майже половина колективу, потребують термінової підтримки уваги й пам'яті, бо від цих навичок залежить безпека пацієнтів.

Список «що добре» починається з того, що діаграма взагалі є. Коли проблема виміряна і видно конкретні цифри, набагато легше пояснити керівництву, чому потрібні зміни. Добре, що не всі стовпчики залиті червоним: це означає, що вигорання ще не стало тотальним. Наявність помаранчевих зон говорить, що люди знаходяться в проміжному стані, коли навіть невеликі покращення можуть помітно знизити рівень ризику. Хорошою ознакою є й те, що психосоматичні прояви поки не зашкалюють, а значить – фізичні резерви організму ще дають змогу відновлюватися.

За шкалою професіональних життєвих якостей, ми отримали (див. рис. 2.3):

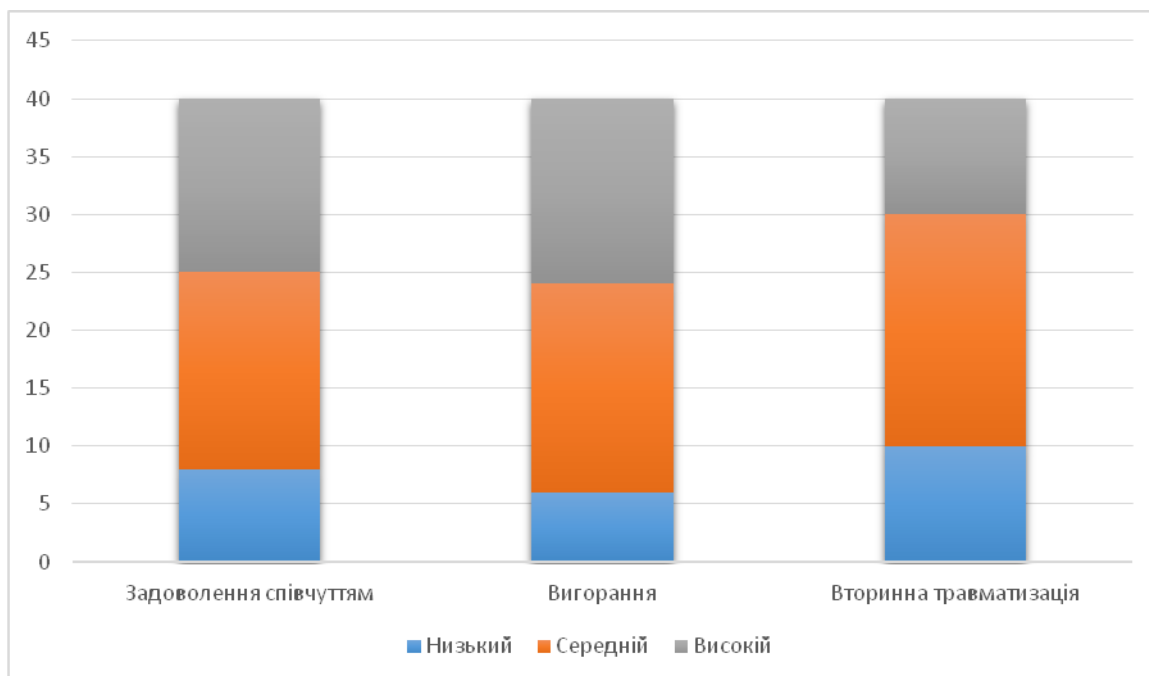


Рис. 2.3 – Результати дослідження за шкалою професіональних життєвих якостей

Ліворуч видно «Задоволення співчуттям» і саме тут прихована найбільш світла сторона ситуації, адже п'ятнадцять медиків мають високий рівень

внутрішньої радості від того, що допомагають іншим, а ще сімнадцять перебувають на середньому рівні. Це добрий знак, бо означає, що майже дві третини колективу все ще відчувають відгук і сенс у роботі, незважаючи на втому й небезпеку. Саме цей показник вважають головним буфером проти зриву: коли людина розуміє, що її праця рятує життя, вона легше переносить стрес і довше зберігає душевне тепло. Погана новина ховається у восьми жовтих сегментах, де задоволення мінімальне. Ці працівники можуть відчувати емоційну спустошеність навіть у моменти успіху, їм складно радіти, вони швидко переходять від одного важкого випадку до іншого без паузи. Якщо не підтримати їх саме в точці пошуку сенсу, висока ймовірність, що з часом вони втратять мотивацію зовсім, адже виснаження без емоційної винагороди — найкоротший шлях до звільнення.

Середній стовпчик — «Вигорання» — малює протилежний полюс. Шістнадцять червоних клітин означають, що сорок відсотків уже знаходяться у критичній зоні. Це погано, бо високий рівень вигорання — це постійна втома, байдужість і відчуття, що сил і так мало, а роботи все більше. У таких станах збільшується ризик некоректних дій, агресивних реакцій, помилок у документації. Вісімнадцять помаранчевих клітин показують прикордонний стан ще майже половини персоналу. Це сигнал, що колектив практично цілий час живе на межі, коли середній рівень легко стрибне у високий через будь-яке додаткове навантаження: затримку зарплатні, черговий обстріл, відключення світла чи несподіваний дефіцит медикаментів. Добре тут лише те, що шестеро людей залишаються у жовтій зоні низького вигорання. Вони можуть бути точками стійкості. Якщо розкрити їхні звички: чіткий сон, регулярні короткі перерви, гумор у колективі або підтримка родини, — такі практики варто поширити. Коли хоча б частина помаранчевих перейде ближче до жовтої межі, загальний фон у колективі стане спокійнішим.

Правий стовпчик — «Вторинна травматизація» — відбиває тяжке відлуння чужого болю. Десять працівників уже у червоній зоні, тобто відчувають чужі травми так, ніби переживають їх самі: бачать нав'язливі кадри,

іноді просинаються від панічних атак, уникають місць чи запахів, що нагадують поранені тіла. Погано, що ще двадцять знаходяться у помаранчевій зоні: це половина колективу, яка щодня балансує між співчуттям і емоційним вибухом. Шлях від середньої до високої вторинної травми короткий — досить одного масового надходження постраждалих або історії, що зворушує до сліз. Добре, що десять людей мають низькі показники вторинної травматизації, можливо, вміють будувати психологічні межі чи регулярно проходять дебрифінг. Їхній досвід стане в пригоді, якщо організувати короткі групи підтримки, де вони поділяться, як «закривати» робочий день, щоб жахливі сцени не переслідували вночі.

Усе разом діаграма виглядає як ваги: лівий стовп дає ресурс у вигляді задоволення співчуттям, а два праві витрачають його на вигорання й вторинну травму. Добре, що ресурс поки ще існує і навіть більший за одну третину, але погано, що витрати нестримно зростають. Показники кажуть: якщо не підживити задоволення співчуттям — публічно дякувати, відзначати успішні випадки, нагадувати про врятованих пацієнтів — червоні сегменти справа будуть тільки ширитися. Окрема доброта цієї картини в тому, що високий рівень задоволення співчуттям не є рідкістю; це означає, що мотиваційні джерела ще не вичерпалися. Якщо їх посилити плюс створити умови для розвантаження травматичних історій — наприклад, влаштовувати короткі бесіди з психологом відразу після критичних змін — можна втримати баланс. Погано, що система наразі працює на межі: коли третина колективу починає день із відчуттям «нічого хорошого не буде», навіть найвідданіші рано чи пізно зламуються.

Ще один добрий момент — симетрія крайніх сегментів. У задоволенні співчуттям і в secondary traumatic stress кількість людей із високими показниками однакова — по п'ятнадцять і десять відповідно. Це означає, що там, де медики глибоко співпереживають, частина з них уміє перетворювати цю емпатію на позитивну енергію замість руйнівної травми. Це цінна навичка, яку можна навчити: техніки короткого емоційного «перемикання», прості ритуали

завершення робочого дня, написання маленьких історій одужання. Поганий момент — різниця між вигоранням і задоволенням: в зоні високого вигорання на одну людину із низьким рівнем задоволення припадає майже три людини з високим. Такий перекис свідчить, що позитиву не вистачає, щоб врівноважити втому. Якщо протягом наступних місяців кількість червоних блоків у середньому стовпчику зросте бодай на дві–три позиції, це потягне за собою лавинні звільнення.

Таким чином, погане в цій діаграмі — це висока концентрація червоних відтінків у зонах вигорання й травматизації та маленький жовтий блок задоволення співчуттям. Хороше — те, що середній рівень задоволення співчуттям досить великий, а червоні блоки ще не домінують загалом. Лікарня має шанс перетворити задоволення співчуттям на живий щит, якщо усвідомлено подбає про психологічну безпеку: від коротких пауз і ротацій до регулярного озвучення успіхів і невеликих премій за складні зміни. Якщо цього не зробити, червоні смуги ростимуть і поглинуть помаранчеві, а потім і жовті, бо ресурс співчуття вигорає у два–три рази швидше, ніж відновлюється. Отже, діаграма водночас попереджає про небезпеку і показує, де шукати ключ до вирішення: треба зупинити втому, звільнити місце для позитивних емоцій і навчити колектив вчасно відпускати чужі травми, зберігаючи людяність і власне здоров'я.

За копенгагенським опитувальником вигорання, ми отримали (див. рис. 2.4):

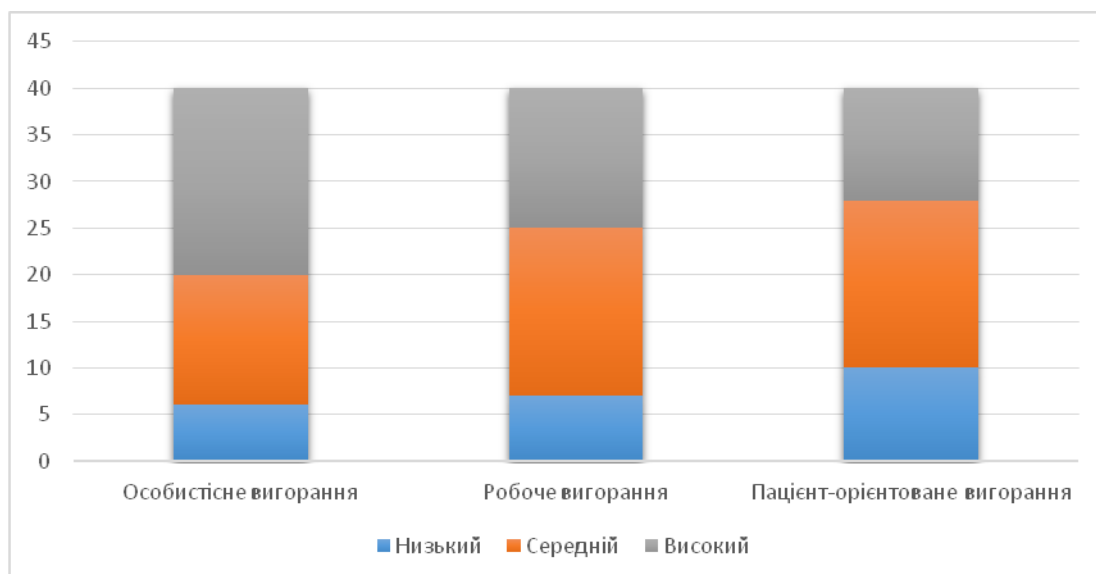


Рис. 2.4 – Результати дослідження за копенгагенським опитувальником вигорання

Перший термометр стосується особистісного виснаження. Він показує, що двадцять працівників із сорока вже перебувають у червоній зоні, тобто відчувають хронічну втому, моральне спустошення й думки на кшталт «я більше не витримаю». Ще чотирнадцять стоять у помаранчевій зоні, а це означає, що вони коливаються між нормальною активністю й небезпечним спадом сил. Лише шість людей лишаються у жовтій, відносно безпечній, частині стовпчика. Погано те, що половина колективу практично живе на межі енергійного банкрутства: працівники прокидаються втомленими, із труднощами збираються на роботу, у кінці зміни почуваються мов вичавлений лимон, а вихідний день не встигає зняти накопичену втому. Коли таке тримається місяцями, емоційні резерви вигорають, а за ними починають здавати фізичні. У цей момент навіть невелика застуда чи головний біль вибиває людину на тиждень, бо організм не має сил захищатися. Добре, що шість людей демонструють низький рівень особистісного виснаження. Це доводить: навіть у надскладних умовах можна берегти себе. Якщо дізнатися, як саме їм це вдається, і запропонувати їхні підходи колегам, жовтий сегмент у цьому стовпчику з часом може зрости.

Другий термометр відображає робоче вигорання — усе, що безпосередньо пов'язано з процесами, графіками, адміністративними вимогами.

Тут п'ятнадцять медиків опинилися у найвищій зоні, а вісімнадцять — у середній. Фактично три четверті всього персоналу вже відчують, що робочі обов'язки тиснуть на них занадто сильно. Це погано, бо саме робочий компонент найшвидше можна й найболючіше потрібно виправляти організаційними рішеннями. Інакше працівники починають виконувати завдання механічно, втрачаючи увагу до деталей, а це для лікарні небезпечно. Добре, що сім людей таки залишилися у жовтій зоні, тож не весь колектив охоплений хаосом. Їхній досвід підказує, що графік можна підлаштувати, а документообіг спростити так, аби частина стресу зникла. Коли керівництво побачить реальні цифри на діаграмі, виникає шанс, що воно перегляне навантаження: десь замінить довгу нічну зміну двома коротшими, десь веде додатковий вихідний після черги, а десь залучить волонтерів до паперової роботи, аби звільнити медиків для справді клінічних завдань.

Третій стовпчик показує пацієнт-орієнтоване вигорання. Тут дванадцять працівників мають високі показники, вісімнадцять середні й десять низькі. Поганий бік цього стовпчика у тому, що люди з червоної зони вже відчують емоційну втому від контакту з пацієнтами, а це загрожує байдужістю, цинічними висловами, формальними консультаціями, коли допомога стає «по папірцях», а не від серця. Якщо пацієнт відчуває холод у словах лікаря, довіра зникає і лікування гальмує. Добрий бік полягає в тому, що десять осіб усе ще демонструють здорову професійну емпатію. Люди з жовтої зони здатні вислухати больові скарги, поспівчувати родичам, а головне — показати колегам, що співчуття не обов'язково призводить до вигорання, якщо вміти відновлюватися. Хоч невелика, але така група — це уже ресурс, з якого можна сформувати наставницьку програму або бригади психологічної підтримки для пацієнтів, щоб рівномірніше розподілити емоційний тягар.

Коли дивишся на всі три стовпчики разом, помітно, що червоні сегменти не займають сто відсотків жодного з напрямів. Це добре, бо система ще не провалилася у суцільне «емоційне згарище». Проте червоної у двох перших стовпах уже забагато. Це погано, бо підхоплює ефект доміно: особистісна

втома веде до робочого напруження, а воно — до втрати емпатії з пацієнтами. Якщо не пригальмувати цей процес, червоні сегменти особистого й робочого вигорання незабаром «переповзуть» на пацієнт-орієнтовану частину, а тоді контакт «лікар — хворий» похитнеться, що автоматично позначиться на якості допомоги.

Добрий знак — баланс помаранчевих зон. Помаранчева частка майже однакова в усіх стовпах. Це показує, що багато працівників перебувають у перехідному стані. Для них достатньо невеликого, але швидкого втручання — добудувати побутові умови, узгодити графік, дати коротку ротацію чи психологічну розрядку — і вони повернуться у жовту зону. Це легше та дешевше, ніж реабілітація людей, які перейшли у червону частину. Погано ж те, що цей середній шар дуже чутливий. Якщо навантаження зростатиме, саме помаранчеві стрічки поповнять червоні. Тож керівництву важливо не відкладати підтримку, інакше, коли ситуація досягне критичної точки, доведеться залучати дорогі стаціонарні програми лікування вигорання чи шукати гроші на масовий підбір нового персоналу.

Ще одна хороша деталь — відносно великий жовтий сегмент у пацієнт-орієнтованому вигоранні. Десять співробітників змогли зберегти здорову дистанцію з пацієнтським болем. Це означає, що вони, швидше за все, користуються техніками психологічних меж: пишуть короткі рефлексивні нотатки, після зміни перевдягаються у звичайний одяг, змінюють локацію або слухають музику в дорозі додому, щоб «змити» з себе емоції робочого дня. Якщо такі практики впровадити як правило для всього колективу, червоний блок пацієнт-орієнтованого вигорання з часом звужиться. Поганий бік у тому, що червоний блок у цьому ж стовпі все ж включає дванадцять людей. Для них одних лише тренінгів може бути замало. Їм, можливо, потрібна індивідуальна робота з психотерапевтом або тимчасове звільнення від важких випадків, аби пройти через емоційне відновлення.

Діаграма показує ще одну деталь: кількість людей у червоній зоні особистісного вигорання та кількість тих, хто має низький показник

задоволення співчуттям із попередньої діаграми, майже збігаються. Це підтверджує закономірність: коли радість від допомоги зникає, втома наростає. Добре, що ми вже знаємо цю кореляцію. Це спрощує вибір цільових дій: підвищення задоволення співчуттям через похвалу, історії успіху та можливість бачити результат роботи автоматично ослабить особистісне виснаження. Погано, що без цифр багато керівників недооцінюють емоційний компонент. На щастя, наочна діаграма подає проблему так, що заперечити її важко: червоні блоки видно буквально неозброєним оком.

Висновок із цієї картини простий. Добра новина полягає в тому, що третина персоналу ще має низькі або середні ризики за всіма формами вигорання. Ці працівники можуть бути «ядром стійкості», на яке спиратиметься команда. Погана новина у тому, що половина вже у високому ризику особистісного виснаження, а майже стільки ж бореться з робочим стресом. Якщо нічого не робити, жовтих блоків стане менше, помаранчевих побільшає, а червоні захоплять діаграму. Якщо діяти швидко — перервами, ротаціями, психологічною підтримкою, публічним визнанням досягнень — червона зона може зменшитися, помаранчева повернутися у комфортний жовтий діапазон, а команда знову відчує, що працює не всупереч, а разом заради спільної мети.

Усі чотири опитувальники разом малюють доволі одностайну картину: переважна більшість медиків Хмельницької обласної лікарні працює на межі енергетичних можливостей і водночас зберігає тільки залишки професійного оптимізму. За шкалами Маслач уже шістнадцять респондентів перейшли у критичний рівень емоційного виснаження, ще вісімнадцять перебувають у середній зоні, отже на старті робочого дня сумарно понад вісімдесят відсотків персоналу відчуває хронічну втому. Це підтверджує ВАТ, де двадцять один працівник демонструє високі показники виснаження, а решта, за винятком п'яти, застрягла у помірній частині шкали. Особистісне вигорання в інтерпретації Копенгагенського опитувальника лише підсилює висновок: двадцятьоро медиків оцінили власну втому, безсилля й уразливість до хвороб на

максимальному рівні ризику, тому загальний тонус бригад тримається лише за рахунок коротких сплесків адреналіну під час екстрених викликів.

У робочій площині дані теж співпадають: за СВІ п'ятнадцять осіб бачать свою роботу джерелом емоційного перенапруження, ще вісімнадцять коливаються на межі, тоді як виміри ВАТ показують аналогічну кількість у верхньому секторі відчуження й когнітивної втоми, що проявляється у розсіянні, забудькуватості й труднощах із концентрацією. Тобто через зatoryжні зміни та нестачу персоналу люди водночас виснажуються й віддаляються від завдань, виконуючи їх на автопілоті. Оскільки пік вигорання припадає саме на робочий компонент, логічно припускати: слід першочергово коригувати графіки й зменшувати бюрократичні навантаження, інакше навіть найстійкіші ризикують перейти в червону зону всього за кілька тижнів.

Показники, що стосуються пацієнтських взаємин, виглядають трохи менш катастрофічно, але тенденція така сама: за копенгагенською шкалою дванадцятьоро медиків уже відчують, що контакт із пацієнтами виснажує чи навіть знецінює їхні зусилля, а ще вісімнадцять опинилися у середній зоні ризику. У ВАТ старі добрі «емоційні порушення» стикаються зі схожими цифрами: сімнадцять високих і п'ятнадцять середніх балів. Пацієнто-орієнтоване виснаження поки не досягло такого ж піку, як особистісне чи робоче, однак воно швидко підтягується, особливо після масових надходжень постраждалих, коли раптом зникає можливість виділити час хоча б на кількахвилинну перерву між операціями. У перспективі це загрожує повним згасанням емпатії: медсестра перестане бачити людину у хворому, а лікар шукає найкоротший шлях закрити історію хвороби.

Єдина відносно світла пляма проступає у результатах ProQOL. П'ятнадцять працівників мають високий рівень задоволення співчуттям, а ще сімнадцять – середній, тобто майже дві третини все ще отримують моральне підкріплення від бачення ефектів власної допомоги. Саме цей ресурс утримує команду від розвалу: навіть у найважчі зміни медики відчують, що їхня робота має зміст і рятує людей. Разом із тим ті самі респонденти демонструють

дзеркальний підйом показників вигорання та вторинної травматизації: шістнадцять і десять осіб відповідно у критичній зоні. Таким чином позитивне підживлення співчуттям ледве компенсує шкоду від безмежної втоми та постійного свідчення чужих страждань. Якщо задоволення співчуттям почне танути, червоні площі у графіках стрімко зростуть, адже захисний буфер вичерпається.

У сукупності цифри показують три ключові вузли проблеми. Перший – енергетичний: надмір змін і нічних тривог призводить до того, що більшість колективу не встигає «підзарядитися» навіть у вільний день. Другий – когнітивний: зниження концентрації та пам'яті свідчить, що мозок медиків відмовляється підтримувати високу швидкість прийняття рішень, що небезпечно для якості догляду й безпеки пацієнтів. Третій – морально-емоційний: співчуття перетікає у вторинну травму, а без зовнішнього визнання успіхів людина починає сумніватися у власній цінності. При цьому маленьке, але стійке ядро з низькими балами на всіх шкалах доводить, що у самій системі існують працюючі стратегії захисту, просто вони поки не набули статусу колективної норми.

Отримана мозаїка сигналізує: західні класифікації вигорання і наші польові дані сходяться у єдиному висновку – ключем до стабілізації стане зниження емоційного й фізичного навантаження хоча б на двадцять відсотків, разом із паралельним підсиленням позитивних підтверджень значущості роботи. Якщо цього не зробити найближчим часом, нинішні помаранчеві сектори перетворяться на червоні, а це означатиме масові звільнення чи тривалу втрату працездатності. Натомість помірна реформа розкладу, дебрифінги після тяжких змін, публічне озвучування історій одужання та точкові психологічні втручання для найуразливіших збережуть ядро фахівців, від якого залежить стійкість лікарні у воєнних умовах. Підраховані опитувальники показали не лише масштаб проблеми, а й наявність реальних внутрішніх резервів, тож подальші кроки мають спрямовуватися на перетворення цих резервів на системні практики відпочинку, емоційної

підтримки й професійного визнання, аби червоне повільно відступало, а жовте поступово займало його місце.

2.3 Психопрофілактичні та корекційні підходи до зниження професійного вигорання серед медичного персоналу

Перший крок до зменшення професійного вигорання медичних працівників полягає у відновленні базового фізичного ресурсу, адже саме глибока хронічна втома виявилася найсильнішим чинником ризику у всіх застосованих опитувальниках. Щоби розірвати коло енергетичного виснаження, керівництву лікарні слід запровадити чітке правило мінімального інтервалу між змінами не менше дванадцяти годин, навіть у пікові періоди, а також гарантувати щотижневий «довгий день» відпочинку, коли працівник має повну добу без викликів і нагальних чатів. У практиці відділень, де нічні тривоги стають нормою, доцільно переходити на короткі по шість годин нічні чергування із наступним денним офлайн-відпочинком, щоб організм встигав відновлювати циркадний ритм. Додатково варто облаштувати у кожному корпусі кімнату релаксації з затемненим світлом, зручним кріслом-коконом і доступом до теплої води; коротке занурення у тишу навіть на п'ятнадцять хвилин істотно знижує рівень кортизолу і повертає ясність думок, що особливо важливо при високих показниках когнітивної втоми й помилок на роботі. Жодних складних тренажерів чи дорогих масажних крісел не потрібно, головне, аби простір був окремим і закривався зсередини, даючи змогу мозку відчути безпеку та миттєво перейти у режим відновлення.

Паралельно із фізичним перепочинком треба зміцнювати психологічний бар'єр між роботою і домом, що допоможе відновити особисту сферу й зменшити показники особистісного вигорання. Корисною виявиться проста процедура «закриття зміни»: перед тим, як лікар або медсестра виходить із відділення, він чи вона записує у блокнот три короткі речення про те, що зроблено добре, що можна доробити завтра і що сьогоднішні зусилля дали

пацієнтам. Такий ритуал потребує менше двох хвилин, але допомагає мозку чітко «відкласти» робочі думки і не переносити незавершені дії у приватний час. На рівні колективу варто закріпити негласне правило післязмінного «чистого каналу»: групові чати мовчать принаймні одну годину після закриття чергування, аби уникнути каскаду повідомлень, що повертають людину до операційних турбот у той момент, коли вона вже на шляху додому. Електронна система може автоматично обмежувати сповіщення і вмикати їх лише у разі реальної екстреної ситуації, що оберігає персонал від нескінченної готовності та вторинної тривоги.

Для зменшення деперсоналізації й підтримання задоволення співчуттям вирішальним стає живий зворотний зв'язок від пацієнтів і колег. Лікарня може щотижня публікувати маленьку «стіну подяк»: листівки, смс-повідомлення чи короткі відео, у яких пацієнти розповідають, як повернулися до звичного життя. Коли медик бачить, що конкретна людина вже бігає за м'ячем із дитиною чи повернулася на роботу після важкої травми, професійний сенс оживає й компенсує втому. Додатковим підживленням стане практика «доброї хвилини» на ранкових нарадах: старша медсестра або завідувач називає одну позитивну подію вчорашнього дня, підкреслюючи внесок конкретної бригади; такий мікрофідбек підвищує відчуття особистих досягнень і прямо протидіє редукції ефективності, котра за даними опитувальника Маслач виявилася найвищою серед усіх трьох компонентів синдрому. Надмір формальностей тут зайвий: достатньо щирого слова і погляду в очі, щоби людина відчула: її робота помічена і має значення.

Окремою лінією варто впровадити регулярні дебрифінги після складних випадків або масових надходжень поранених. Це короткі двадцятихвилинні зустрічі, де команда під супроводом психолога або підготовленого фасилітатора проговорює, що пройшло добре, що було важко і які емоції залишилися. Головна мета не пошук винних, а визнання пережитого досвіду та його «упаковка» в безпечний формат пам'яті, щоб зменшити вторинну травматизацію. Дані ProQOL показали відносно невисокий, але стабільний

червоний сегмент саме у цьому напрямі, тому регулярний емоційний «розвантажувальний клапан» запобігатиме накопиченню чужого болю. Якщо очного психолога бракує, можна використати аудіоформат: кожен лікар записує коротке голосове повідомлення у захищений чат, а колега відповідає, підтверджуючи почуття і додаючи слова підтримки. Дослідження в інших клініках доводять, що навіть асинхронний обмін допомагає знизити рівень наявних флешбеків і нічних тривог.

Ще одним заходом, який безпосередньо зменшує показники когнітивної втоми, є запровадження мікропрактик усвідомленого дихання та простих рухових вправ упродовж зміни. Досить п'яти циклів «коробкового дихання» — вдих на чотири рахунки, затримка на чотири, видих на чотири, пауза на чотири, — щоби активувати парасимпатичну нервову систему й знизити пульс. Якщо кожен співробітник робитиме таку вправу тричі за робочий день, показники серцево-судинного навантаження зменшаться, а відчуття «розсіпаної» уваги зникатиме швидше. Руханка теж не потребує спортзалу: прості нахили, оберти плечима і розтягування спини біля стіни розганяють кров і зменшують психосоматичні скарги, які у ВАТ у третини колективу вже перейшли у середню зону ризику. Важливо, аби паузи легалізувалися адміністративно: якщо старша медсестра або черговий лікар знає, що п'ять хвилин такої рухової перерви прописані в розкладі, ніхто не дорікатиме за «байдикування».

Для працівників, котрі вже потрапили у червону зону за будь-якою шкалою, потрібна індивідуальна корекційна програма. Вона може починатися зі скринінгової зустрічі з психотерапевтом, який оцінить рівень тривожності, депресивних симптомів та можливу наявність ПТСР. Далі визначають план: комусь вистачить шести сеансів когнітивно-поведінкової терапії з акцентом на реструктуризацію негативних думок про професійну спроможність, комусь знадобиться фармакологічна підтримка для нормалізації сну. Лікарняна адміністрація має укласти угоду з місцевим психіатричним центром або приватними фахівцями, забезпечивши мінімум десять безоплатних консультативних сесій на рік для кожного співробітника. Така інвестиція

окупається, бо повертає досвідчених кадрів у стрій швидше, ніж пошук і навчання нових.

Не менш важливим виявився економічний чинник: результати ВАТ і МВІ переконливо доводять, що почуття недооцінки власних досягнень тягне за собою посилення всіх інших симптомів. Тому лікарня спільно з обласною адміністрацією може ввести символічні, але регулярні премії, прив'язані не до формальних показників, а до складності відпрацьованих змін. Навіть одноразова виплата, що дорівнює вартості кількох днів відпустки, різко піднімає відчуття справедливості винагороди, що статистично знижує деперсоналізацію й редуцію особистих досягнень. Якщо бюджет обмежений, варто розглянути нематеріальні бонуси: наприклад, додатковий вихідний чи оплачене навчання на короткому курсі, яке медик сам обере. Відчуття інвестиції у власний розвиток повертає віру у професійну цінність і стимулює залишатися в системі.

Нарешті, важливо формувати плекальне середовище всередині колективу. Це означає, що новачка одразу «закріплюють» за наставником, а досвідченого фахівця заохочують ділитися успіхами неформально, у коротких робочих «кавах». Регулярні п'ятихвилинні зустрічі перед зміною, де кожен може коротко назвати свій емоційний «колір» дня — зелений, жовтий чи червоний, — налаштовують команду помічати, коли колега «червоніє» й потребує підстраховки. Дослідження, на які спирається ВАТ, говорять, що саме командна підтримка найсильніше пом'якшує негативний вплив будь-якого стресора. Тож, якщо старша сестра помічатиме, що молодий колега цього ранку в «червоній» зоні, можна запропонувати йому простішу ділянку або дати додаткового помічника, аби убезпечити від помилок.

Коли всі перелічені підходи працюватимуть синхронно, діаграми мають поступово «жовтіти»: спершу середні зони зсунуться від верхньої межі до нижчої, далі почнуть рости жовті площі, тоді як червоні скоротяться. Ключове слово — «поступово»: вигорання, що накопичувалося роками війни і пандемії, не щезне за тиждень. Та вже через квартал регулярних фізичних перерв, живого

професійного визнання і коротких психотерапевтичних втручань ВАТ і МВІ мають показати перше суттєве зниження середніх балів виснаження та когнітивних порушень, а ProQOL — зростання задоволення співчуттям. Лікарня може повторити вимірювання через шість місяців, аби мати об'єктивний доказ ефективності та підкоригувати заходи. Головне ж — перетворити нові практики на сталу культуру. Тоді навіть у випадку нових хвиль поранених чи епідемії персонал зустрічатиме стрес не «голими руками», а з набором щоденних звичок, які вже довели, що тримають професійну душу в теплі, а тіло — у робочому тонусі.

Висновки до другого розділу

Отже, можна стверджувати, що проведене на базі Хмельницької обласної лікарні емпіричне обстеження дало цілісне й багатофакторне уявлення про стан професійного вигорання медичного персоналу в умовах війни і підтвердило припущення про його критичний рівень за більшістю діагностичних індикаторів. По-перше, комбіноване застосування чотирьох валідних методик — Maslach Burnout Inventory, Burnout Assessment Tool, ProQOL-5 і Copenhagen Burnout Inventory — дозволило виявити не лише загальну інтенсивність синдрому, а й з'ясувати, які саме компоненти потребують першочергового втручання.

Найвразливішими виявилися емоційне виснаження та редукція відчуття професійних досягнень: відповідно шістдесят п'ять і п'ятдесят відсотків респондентів продемонстрували високі значення за цими шкалами, тоді як робоча деперсоналізація та пацієнт-орієнтоване виснаження перебувають переважно на середньому рівні, хоч і демонструють тенденцію до зростання.

По-друге, дані всіх опитувальників сходяться в тому, що ключовим детермінантом вигорання є тривале порушення режиму роботи й відпочинку: середня зміна у вибірці перевищила дванадцять годин, а кожен другий учасник зізнався, що вже не пам'ятає відпустки довше двох днів. Саме перевантаження

стало фоном, на якому додаткові стресори – обстріли, нічні тривоги, дефіцит ліків – перетворюються на пускові гачки хронічного виснаження.

По-третє, показники когнітивної втоми й емоційної дратівливості, зафіксовані ВАТ, корелюють із результатами Maslach і СВІ, підтверджуючи, що хронічний недосип і безперервна напруга вже перейшли поріг, за яким починає знижуватися точність клінічних рішень. Практично кожен четвертий працівник скаржився на епізоди «провалів пам'яті» та невпевненість у власних медичних діях, а це безпосередньо загрожує безпеці пацієнтів.

По-четверте, шкала ProQOL показала парадоксальне співіснування високого вигорання з відносно сильним задоволенням співчуттям: трохи більше половини опитаних проголосили, що досі відчують моральне піднесення від врятованих життів, і саме це емоційне джерело виявилось головним буфером, який стримує лавиноподібний відтік кадрів. Проте той самий інструмент зафіксував і серйозні прояви вторинної травматизації – у десяти медиків із сорока вони сягнули критичного рівня, що вказує на накопичення емоційних наслідків свідчення чужого болю.

ВИСНОВКИ

Отже, на основі проведеного дослідження, можна зробити наступні висновки:

1. Узагальнюючи сучасні наукові уявлення, можна сказати, що феномен професійного вигорання у психології пояснюють кілька взаємодоповнювальних ліній: класична – від Фрейденбергера до тріади Маслач, де вигорання мислиться наслідком виснаження внутрішніх ресурсів під тиском тривалого емоційного стресу; когнітивно-біхевіоральна – акцентує на суб'єктивній оцінці дисбалансу між робочими вимогами й особистими чи організаційними ресурсами і представлена насамперед моделлю «Запити – Ресурси праці» та близькими концепціями «зусилля – винагорода» й «попит – контроль»; ресурсна – в теорії збереження ресурсів підкреслює вирішальну роль втрат і поповнення енергії, часу, підтримки; біопсихосоціальна – інтегрує біологічні, психологічні та соціальні фактори, підкреслюючи, що вигорання виникає лише у взаємодії тіла, особистісних схильностей і контексту праці; психодинамічні, гуманістичні та екзистенційні підходи доповнюють картину, розглядаючи внутрішні конфлікти, потребу в самореалізації й пошук професійного сенсу як ключові детермінанти або запобіжники синдрому. Разом ці теорії формують цілісну рамку, у якій медичне вигорання постає як результат перехрещення надмірних зовнішніх вимог, дефіциту системних ресурсів і особистісної вразливості, тож його профілактика вимагає одночасного втручання на рівні працівника, організації та ширшого соціального середовища.

2. Умови постійної загрози й нестачі ресурсів перетворюють роботу медиків на безперервний марафон з емоційного, когнітивного та морального виснаження: тривалий робочий день, нічні тривоги й обстріли стимулюють хронічний стрес, що підточує префронтальну кору, погіршує пам'ять, гнучкість мислення й збільшує «втому прийняття рішень», а отже – ризик клінічних помилок. На цьому тлі моральні травми від спостереження масових каліцтв і неможливості надати допомогу через брак ліків викликають провину, цинізм і

деперсоналізацію, які знижують емпатію до пацієнта й підривають відчуття професійної спроможності. Хронічне навантаження веде до падіння задоволеності роботою, збільшення плинності кадрів і погіршення якості догляду, породжуючи замкнене коло дефіциту персоналу та ще вищого стресу для тих, хто лишився. Війна загострює ці процеси: фізична небезпека, руйнування інфраструктури і постійна інформаційна турбулентність стирають межу між роботою та приватним життям, подвоюючи психоемоційний тиск і посилюючи вторинну травматизацію. При цьому захисними чинниками виступають внутрішні ресурси – висока самооцінка, оптимізм, стресостійкість, розвинений емоційний інтелект і підтримуючі стосунки в команді, які пом'якшують вплив стресора і дають шанс зберегти мотивацію до професії навіть у критичному середовищі.

3. Війна діє як найпотужніший каталізатор професійного вигорання, бо накладає на медичну працю безупинну загрозу життю, дефіцит матеріальних ресурсів і необхідність ухвалювати критичні рішення під обстрілами; саме збройне насильство формує рекордні рівні емоційного виснаження, деперсоналізації й відчуття професійної безпорадності, що підтверджують порівняльні огляди від України до Сирії й Гази. У прифронтових шпиталях це проявляється розмиттям робочих меж, подовженням зміни на кілька годин і хронічним порушенням сну через тривоги, що веде до «синдрому постійної готовності» й когнітивного виснаження. Ефект посилюється кумуляцією криз: воєнний стрес наклався на спадкову хвилю пандемії COVID-19, подвоївши навантаження й скоротивши відпустки удвічі, тоді як аналогічні перехрестя в Польщі та Чехії вже дали третину клінічних випадків вигорання серед медиків-біженців. Розрив ресурсів загострює моральну травму: спостереження масових каліцтв без можливості належно допомогти викликає провину, що трансформується у цинізм і втрату співчуття; подібні картини фіксують польові дослідження в Україні, Афганістані та секторі Газа.

4. Організація та проведення емпіричного дослідження професійного вигорання медиків у воєнних умовах мають спиратися на поєднання валідних

опитувальників, репрезентативної вибірки й чіткої етичної процедури: вибір 40 працівників різних відділень «Хмельницької обласної лікарні», збір даних у березні-квітні 2025 р. та використання адаптованих методик MBI, VAT, ProQOL-5 і CBI забезпечили багатовимірне вимірювання емоційного виснаження, деперсоналізації, когнітивних і соматичних скарг при мінімальному навантаженні на респондентів. Добровільна інформована згода, анонімне кодування анкет і право учасника отримати індивідуальний зворотний зв'язок відповідають Гельсінській декларації й підвищують достовірність відповідей, тоді як подвійне введення даних і перевірка внутрішньої надійності Кронбахом гарантують статистичну надійність показників. Вибір комбінованого інструментарію дає змогу не лише кількісно оцінити масштаб вигорання, а й порівняти профілі ризику між відділеннями, виокремити групи з критично високими балами та перевірити конвергентну валідність шкал, що формує міцне підґрунтя для подальших психопрофілактичних програм і організаційних рішень у системі охорони здоров'я, яка працює під тиском війни.

5. Отримані дані продемонстрували, що найефективнішим шляхом зниження вигорання є поєднання трьох ланок втручання: організаційного, психофізіологічного й соціально-емоційного. Організаційно варто закріпити мінімум дванадцять годин між змінами, запровадити «довгі» вихідні та короткі ротації після нічних тривог, облаштувати кімнати релаксації й легалізувати п'ятихвилинні мікроперерви з дихальними й розтяжними вправами, бо саме дефіцит відпочинку й хронічна зміна добового ритму корелювали з піковим виснаженням та когнітивними помилками. Психофізіологічна складова потребує регулярних дебрифінгів після масових надходжень поранених, доступу до коротких курсів когнітивно-поведінкової терапії й індивідуального скринінгу тривожності та сну: такі втручання найшвидше знижують вторинну травматизацію та повертають відчуття контролю.