

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

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

Другий (магістерський)
Освітній рівень

АРТТЕРАПІЯ ЯК ЗАСІБ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ МЕДИЧНОГО
ПЕРСОНАЛУ В УМОВАХ КРИЗОВИХ СИТУАЦІЙ

назва теми

Галузь знань - 05 Соціальні та поведінкові науки

Шифр і назва галузі знань

Спеціальність - 053 Психологія

Шифр і назва спеціальності

Шифр 241044

номер НПП

Виконала: студентка II курсу, група ППмз24-2



Анастасія Кулаківська

Ім'я, прізвище

Керівник: кандидат психологічних наук, доцент
науковий ступінь, вчене звання



Лариса ПОДКОРИТОВА

Ім'я, прізвище

До захисту допускаю:

Зав. кафедри психології та педагогіки
доктор психологічних наук, професор



Таїсія КОМАР


Ім'я, прізвище

1 грудня 2025 р.

Хмельницький, 2025

ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

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

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідуюча кафедри психології та педагогіки

Тайсія КОМАР
протокол № 5 від 12 грудня 2022 р.

ЗАВДАННЯ НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ ДИПЛОМНУ РОБОТУ

Анастасія Кулаківська

1. Тема кваліфікаційної дипломної роботи: «Арттерапія як засіб психологічної підтримки медичного персоналу в умовах кризових ситуацій»

Керівник кваліфікаційної роботи: ПОДКОРИТОВА Лариса Олександрівна, кандидат психологічних наук, доцент кафедри психології та педагогіки.

Затверджено наказом ректора університету від 25 серпня 2025 р. № 30

2. Строк подання студентом роботи на кафедру 07 грудня 2025 р.

3. Вихідні дані до роботи: матеріали звіту з науково-дослідної практики, комплекс методів та методик дослідження: шкала тривожності Спілбергера-Ханіна; методика діагностики емоційного вигорання В. Бойка; шкала соціального адаптаційного стресу (Т. Холмса, Р. Прає); кольоровий тест Люшера; опитувальник копінг-стратегій Brief-COPE (адаптація Т. Яблонська, О. Верник, Г. Гайворонський).

4. Зміст кваліфікаційної дипломної роботи (перелік питань, які потрібно розробити): вступ, розділ 1 Теоретичні аспекти застосування арттерапії у психологічній підтримці медичного персоналу, 1.1 Психологічні особливості професійної діяльності медичних працівників в умовах криз, 1.2 Основні підходи та види арттерапії як напряму психотерапевтичної допомоги, 1.3. Зарубіжний та вітчизняний досвід застосування арттерапії у сфері охорони здоров'я, висновки до розділу, розділ 2 Емпіричне дослідження використання арттерапії для підтримки медичного персоналу в умовах кризових ситуацій, 2.1 Організація та методологія емпіричного дослідження, 2.2 Аналіз результатів констатувального етапу дослідження психоемоційного стану медичного персоналу, 2.3 Формувальний етап реалізації програми психологічної підтримки медичного персоналу техніками арттерапії «Кольори внутрішньої опори», 2.4 Практичні рекомендації щодо впровадження арттерапії в систему

підтримки медичного персоналу, висновки до розділу, висновки, перелік джерел посилання, додатки.

5. Перелік графічного матеріалу (із зазначенням обов'язкових креслень) 10 таблиць, 3 рисунки.

1. Консультанти розділів кваліфікаційної роботи

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

2. Дата видачі завдання 12 грудня 2024 року

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів (розділів) дипломної роботи магістра	Строк виконання етапу роботи	Примітка
1	Вибір теми дослідження. Визначення об'єкта і предмета дослідження, постановка мети і завдань.	До 02 січня 2025 р.	виконано
2	Визначення теоретико-методологічних засад дослідження. З'ясування актуальності проблеми.	До 03 березня 2025 р.	виконано
3	Оформлення вступу кваліфікаційної роботи.	До 01 вересня 2025 р.	виконано
4	I розділ кваліфікаційної роботи.	До 10 вересня 2025 р.	виконано
5	II розділ кваліфікаційної роботи.	До 01 жовтня 2025 р.	виконано
6	Загальні висновки.	До 01 листопада 2025 р.	виконано
7	Оформлення кваліфікаційної роботи.	До 01 грудня 2025 р.	виконано
8	Попередній захист кваліфікаційної роботи.	18.11. 2025 р.	виконано
9	Захист кваліфікаційної роботи (відповідно графіку)	18 грудня 2025 р.	виконано

Здобувач  Кулаківська А.О.

Керівник роботи  ПОДКОРИТОВА Л.О.

АНОТАЦІЯ

Тема кваліфікаційної роботи «Зв'язок рефлексії і особистісної саморегуляції у підлітковому віці».

Здобувач Тетяна ЛАЗАРЧУК

Ім'я, прізвище

Керівник Лариса ПОДКОРИТОВА

Ім'я, прізвище

Кваліфікаційна робота включає 96 сторінок, 10 таблиць, 5 рисунків, перелік джерел посилання складає 85 найменувань, 5 додатків.

Ключові слова: рефлексія, саморегуляція, підлітки, розвиток, рефлексивність, системна рефлексія, інтроспекція, квазірефлексія, вольовий потенціал.

Об'єкт дослідження: рефлексія у підлітковому віці.

Предмет дослідження: зв'язок рефлексії і особистісної саморегуляції у підлітковому віці.

За результатами дослідження розроблено рекомендації щодо розвитку рефлексії у підлітків, рекомендації щодо розвитку особистісної саморегуляції у підлітковому віці та тренінг з розвитку особистісної саморегуляції та рефлексії в підлітковому віці.

Одержані результати можуть бути використані в процесі підготовки студентів, практичній роботі психолога, працівників Центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді.

Дипломник



Тетяна ЛАЗАРЧУК

Ім'я, прізвище

Дата подання кваліфікаційної роботи до захисту 1 грудня 2025 р.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ЗАСТОСУВАННЯ АРТТЕРАПІЇ У ПСИХОЛОГІЧНІЙ ПІДТРИМЦІ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ	12
1.1 Психологічні особливості професійної діяльності медичних працівників в умовах криз.....	12
1.2 Основні підходи та види арттерапії як напряму психотерапевтичної допомоги.....	19
1.3. Зарубіжний та вітчизняний досвід застосування арттерапії у сфері охорони здоров'я.....	26
Висновки до розділу.....	31
РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВИКОРИСТАННЯ АРТТЕРАПІЇ ДЛЯ ПІДТРИМКИ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ В УМОВАХ КРИЗОВИХ СИТУАЦІЙ.....	33
2.1 Організація та методологія емпіричного дослідження.....	33
2.2 Аналіз результатів констатувального етапу дослідження психоемоційного стану медичного персоналу.....	43
2.3 Формувальний етап реалізації програми психологічної підтримки медичного персоналу техніками арттерапії «Кольори внутрішньої опори.....	52
2.4 Практичні рекомендації щодо впровадження арттерапії в систему підтримки медичного персоналу.....	62
Висновки до розділу.....	66
ВИСНОВКИ	68
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ.....	72
ДОДАТКИ.....	79
Додаток А Опис структури заняття Модуля 1 «Усвідомлення емоційного стану та зниження напруги».....	79
Додаток Б Бланк поінформованої згоди на участь у програмі психологічної підтримки медичного персоналу «Кольори внутрішньої опори».....	82
Додаток В Аналітична таблиця результатів дослідження.....	83
Додаток Г Логотип програми психологічної підтримки медичного персоналу «Кольори внутрішньої опори».....	84

ВСТУП

Актуальність теми. Сучасна медична система функціонує в умовах підвищених навантажень, постійної невизначеності та високого рівня емоційного напруження, особливо в періоди соціальних, воєнних та епідеміологічних криз. Медичні працівники є однією з найбільш вразливих професійних груп, оскільки щодня зіштовхуються з людськими стражданнями, болем, смертю, що призводить до професійного вигорання, тривалого стресу, емоційного виснаження та розвитку тривожних розладів [5]. Психологічна підтримка медичного персоналу в таких обставинах є не лише питанням професійного функціонування, а й важливою умовою збереження психічного здоров'я фахівців.

У цьому контексті дедалі більшого значення набувають інноваційні та гуманістично орієнтовані методи психологічної допомоги, зокрема арттерапія, як метод, який спирається на використання творчого процесу як засобу емоційної саморегуляції, самовираження та внутрішньої трансформації. Арттерапія забезпечує можливість безпечного емоційного розвантаження, знижує рівень тривоги, сприяє рефлексії та особистісному зростанню, що підтверджується численними науковими дослідженнями.

Значну увагу проблемі психологічної підтримки медичних працівників в екстремальних умовах приділяють сучасні вітчизняні та зарубіжні дослідники. Так, Т. Титаренко вказує на потребу формування адаптивних стратегій подолання стресу у представників соціономічних професій. І. Чабан зазначає, що в умовах надзвичайних ситуацій медичні працівники відчують загрозу не лише фізичному, а й психічному благополуччю. У роботах Л. Орбан-Лембрик, М. Лазуренко розкривається роль психотерапевтичних інтервенцій, зокрема арттерапії, як ефективного засобу емоційної підтримки й стабілізації особистості [65, с. 178].

У зарубіжній науковій традиції також простежується активний розвиток напрямів психологічної підтримки медиків. Зокрема, дослідження К. Мальхіоді

та Е. Гуссак демонструють ефективність використання арттерапії для зниження симптомів тривожності, посттравматичного стресового розладу (ПТСР), емоційного виснаження в персоналі лікарень, шпиталів і реабілітаційних центрів [11].

Водночас, в українському науково-практичному полі дослідження потенціалу арттерапії в роботі саме з медичними працівниками залишаються недостатньо розробленими. Більшість наявних досліджень фокусуються на роботі з дітьми, підлітками чи особами з психічними розладами. Такий дефіцит емпірично обґрунтованих моделей арттерапевтичної підтримки медичного персоналу в кризових умовах зумовлює потребу у глибшому вивченні цієї теми та її практичному застосуванні.

Таким чином, актуальність обраної теми зумовлена підвищеним емоційним навантаженням медичних працівників у періоди криз (війна, пандемія, надзвичайні ситуації); недостатньою розробленістю арттерапевтичних програм саме для дорослої професійної групи медиків; потребою у впровадженні ефективних і науково обґрунтованих методів психологічної підтримки, що враховують специфіку професійної діяльності медичних фахівців; перспективністю використання арттерапії як м'якої, гуманістичної та ефективної психокорекційної практики.

Відповідно, дослідження арттерапії як засобу психологічної підтримки медичного персоналу в умовах кризових ситуацій є науково обґрунтованим і практично значущим напрямом, що сприятиме збереженню професійної ефективності, психічного здоров'я та особистісної стійкості фахівців медичної сфери в умовах надзвичайних ситуацій.

Об'єкт дослідження – психологічна підтримка медичних працівників у кризових ситуаціях.

Предмет дослідження – особливості застосування арттерапії як засобу психологічної підтримки медичного персоналу в умовах кризових ситуацій.

Мета дослідження: науково обґрунтувати та емпірично дослідити ефективність арттерапії як засобу психологічної підтримки медичних працівників, які перебувають в умовах кризових впливів.

Завдання дослідження:

- 1) проаналізувати наукові дослідження щодо проблеми психологічної підтримки медичних працівників у кризових умовах;
- 2) розкрити теоретичні засади арттерапії як методу психологічної підтримки та допомоги;
- 3) визначити психологічні особливості медичного персоналу під час професійних стресових навантажень;
- 4) розробити програму психологічної підтримки медичного персоналу «Кольори внутрішньої опори» та сформулювати практичні рекомендації щодо застосування арттерапії для медичних працівників в умовах кризових ситуацій.

Гіпотеза дослідження. Передбачається, що застосування арттерапії як засобу психологічної підтримки медичного персоналу в умовах кризових ситуацій сприятиме зниженню рівня психічної напруги, проявів тривожності та симптомів професійного стресу, а також сприятиме покращенню загального психічного стану фахівців.

Методи дослідження. Групу *теоретичних методів* становили аналіз, синтез, систематизація та узагальнення наукових джерел з проблеми арттерапії та особливостей психологічної підтримки працівників соціономічної сфери. Для реалізації завдань *емпіричного* етапу дослідження нами було використано комплекс психодіагностичних методик, спрямованих на вивчення психічного стану медичних працівників та особливостей їхнього реагування на стресові ситуації. Зокрема, застосовано шкалу тривожності Спілбергера-Ханіна для визначення рівня ситуативної та особистісної тривожності; методику діагностики емоційного вигорання В. Бойка для виявлення ступеня професійного виснаження; шкалу соціального адаптаційного стресу (Т. Холмса, Р. Праге) для оцінки інтенсивності стресових чинників у житті респондентів; кольоровий тест Люшера як проєктивну методику для вивчення актуального емоційного стану, а

також опитувальник копінг-стратегій Brief-COPE (адаптація Т. Яблонської, О. Верник, Г. Гайворонського) для виявлення особистісних способів подолання стресу. Зазначений діагностичний інструментарій дозволив комплексно оцінити психоемоційний стан та динаміку змін у результаті впровадження арттерапевтичної програми.

У процесі дослідження було застосовано як кількісні, так і якісні методи аналізу емпіричних даних. Для об'єктивного представлення результатів використовувалися такі статистичні підходи: описова статистика – для узагальнення основних показників досліджуваних психоемоційних станів (середнє значення, стандартне відхилення, мінімальні та максимальні значення) до та після впровадження арттерапевтичної програми; порівняльний аналіз (t-критерій Стьюдента для залежних вибірок) з метою перевірки статистичної значущості змін у психоемоційному стані медичних працівників до та після участі в арттерапевтичній програмі; критерій Стьюдента (у залежній та незалежній вибірках) для аналізу змін у рівнях стресу, тривожності, емоційного вигорання до і після впливу арттерапії, а також для порівняння експериментальної та контрольної груп.

Також якісний аналіз включав аналіз змісту візуальних образів, створених під час арттерапевтичних сесій та інтерпретацію вербальних висловлювань учасників. Це дозволило глибше зрозуміти внутрішні переживання та механізми психологічного відновлення медичного персоналу.

Практичне значення проведеного дослідження полягає у створенні, апробації та теоретичному обґрунтуванні програми психологічної підтримки медичних працівників «Кольори внутрішньої опори» із використанням арттерапевтичних технологій, спрямованої на зниження рівня психоемоційного напруження, профілактику емоційного вигорання та підвищення рівня психологічної стійкості в умовах кризового функціонування системи охорони здоров'я. Розроблено практичні рекомендації щодо впровадження арттерапевтичної підтримки у заклади охорони здоров'я в рамках системи психологічного супроводу персоналу. Надано чіткі інструктивні орієнтири для

практичних психологів, психотерапевтів, клінічних психологів та керівників медичних установ щодо організації групової та індивідуальної роботи з використанням методів арттерапії. Відповідно, запропонована програма має адаптивний характер, тобто може бути модифікована згідно специфіки роботи конкретного медичного закладу, рівня стресогенності, вікових, професійних чи індивідуальних особливостей учасників.

Експериментальна база дослідження. Емпіричне дослідження проводилось на базі комунального некомерційного підприємства «Хмельницька обласна лікарня» Хмельницької обласної ради та комунального підприємства «Хмельницька міська лікарня» Хмельницької міської ради. Зазначені медичні заклади є провідними установами охорони здоров'я Хмельницької області, які забезпечують високоспеціалізовану медичну допомогу населенню та функціонують у режимі підвищеного професійного навантаження в умовах воєнного стану та постійної емоційної напруги.

До участі в дослідженні було залучено 40 медичних працівників з різних підрозділів. Серед учасників було: 16 лікарів (40 %) різного спрямування, 18 медичних сестер і фельдшерів (45 %), та 6 молодших медичних працівників (15%).

Апробація результатів дослідження. Результати дослідження були представлені на кафедральних наукових семінарах «Актуальні проблеми наукових досліджень здобувачів вищої освіти другого і третього рівнів – 2025» (м. Хмельницький, Хмельницький національний університет, кафедра психології та педагогіки, 9-10 жовтня 2025 р.) і «Сучасні досягнення в наукових дослідженнях здобувачів вищої освіти другого і третього рівнів – 2025» (м. Хмельницький, Хмельницький національний університет, кафедра психології та педагогіки, 17-18 листопада 2025 р.), а також на XIV Всеукраїнській науково-практичній конференції «Формування особистості сучасного фахівця як суб'єкта самотворення в умовах освітнього простору» (м. Хмельницький, Хмельницький національний університет, 27 листопада 2025 р.) та опубліковані в збірнику матеріалів цієї конференції. Також основні положення та висновки дослідження

було опубліковано в статті на тему: «Ресурсний потенціал арттерапії в системі психологічної підтримки медичного персоналу» спільно з Л. Подкоритовою у науковому журналі «Psychology Travelogs» Хмельницького національного університету.

Структура роботи. Робота складається зі вступу, двох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, переліку джерел посилання, який містить 70 найменувань, 4 додатків. Основний зміст роботи викладений на 70 сторінках, містить 10 таблиць та 3 рисунки. Загальний обсяг роботи – 83 сторінки.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ЗАСТОСУВАННЯ АРТТЕРАПІЇ У ПСИХОЛОГІЧНІЙ ПІДТРИМЦІ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ

1.1 Психологічні особливості професійної діяльності медичних працівників в умовах криз

У психологічній науці криза розглядається як гострий, переломний, межовий стан, що виникає в результаті дії внутрішніх або зовнішніх чинників, які суттєво порушують рівновагу особистості, її звичні механізми адаптації, самоорганізації та функціонування. Вона супроводжується напруженням, тривожністю, відчуттям загрози, втрати або непередбачуваності, часто викликає дезорієнтацію, страх, безпорадність, дистрес або розгубленість [25].

У межах нашої кваліфікаційної роботи поняття «в умовах кризи» та «в умовах кризових ситуацій» розглядаються як тотожні й використовуються як взаємозамінні. Це пов'язано з тим, що в обох випадках йдеться про психологічно напружені, дестабілізуючі обставини, які вимагають від індивіда значної мобілізації внутрішніх ресурсів і адаптаційного потенціалу. Наукова література (К. Абульханова, В. Ромек, Т. Юдіна) не завжди чітко розмежовує ці поняття, а іноді використовує їх взаємозамінно для позначення стану людини, що перебуває у складних життєвих обставинах, які супроводжуються психоемоційною напругою, почуттям безвиході або втратою звичних орієнтирів. Тому в дослідженні «умови кризи» й «умови кризових ситуацій» тлумачаться як такі, що описують спільний контекст дії зовнішніх і внутрішніх дестабілізуючих чинників, у якому формуються або активізуються відповідні психологічні реакції особистості [35, с. 87].

За визначенням С. Москаленка, криза – це ситуація, в якій звичні адаптаційні ресурси особистості виявляються недостатніми, а нові ще не сформовані [67, с. 75]. На думку О. Фурмана, криза є гострою фазою

психологічної невизначеності, що вимагає радикального переосмислення і перебудови внутрішньої картини світу особистості [62, с. 51].

Зарубіжний дослідник Р. Лазарус, вказував на те, що криза пов'язана з когнітивною оцінкою ситуації як такої, що перевищує можливості подолання, викликає сильний стрес і потребу в реорганізації поведінки [42]. Дж. Каплан ще у 60-х роках ХХ століття визначив кризу як стан психологічного дисбалансу, коли людина неспроможна вирішити проблему за допомогою звичних засобів [14, с. 77]. А науковець В. Франкл акцентував увагу на екзистенційному вимірі кризи, коли втрачається сенс і цінності, на яких раніше трималася особистість [25, с. 66].

Вітчизняна дослідниця Т. Титаренко розглядала кризу як переломний момент особистісного розвитку, що супроводжується внутрішньою нестабільністю, конфліктами і потребою в трансформації ідентичності. Вона підкреслювала, що криза може не лише руйнувати, а й слугувати поштовхом до глибинних змін та особистісного зростання [43].

У сучасній психології існує кілька типологій криз. Узагальнюючи позиції Л. Анциферової, Г. Ніконової, О. Братко, Н. Петрової, К. Дейвіса, Ш. Коппа [14; 25], можна виокремити такі основні види криз:

1) ситуативні кризи – спричинені раптовими подіями, що мають гострий травматичний характер: стихійні лиха, війна, пандемія, терористичні акти, смерть близьких, втрата роботи тощо. Вони не піддаються прогнозуванню й чинять потужний психоемоційний вплив;

2) психологічні (внутрішньо-особистісні) кризи – пов'язані з внутрішнім конфліктом, втратою сенсу, зіткненням із власними обмеженнями або складними морально-етичними виборами. Як зазначав В. Франкл, екзистенційна криза постає тоді, коли людина зіштовхується із екзистенційним вакуумом, тобто втратою ціннісних орієнтирів [18];

3) розвиткові (нормативні) кризи – характерні для певних етапів життя особистості: підлітковий вік, раннє дорослішання, криза середнього віку,

пенсійний період тощо. Це передбачувані фази, проте часто вони теж є досить психологічно напруженими;

4) кумулятивні (накопичені) кризи – виникають внаслідок тривалого впливу мікростресів, постійного перенавантаження, невизнання потреб або хронічної напруги (описані у працях Ч. Фіглі, К. Маслач [56]);

5) професійні кризи – пов'язані з втратою мотивації, професійним вигоранням, фрустрацією через відсутність результату або конфліктом професійних цінностей. Особливо характерні для сфер «людина – людина», зокрема і в медицині (досліджено М. Волович, А. Захаровим, К. Маслач, М. Лейтер) [35].

Професійна діяльність медичного персоналу належить до категорії високо стресових, емоційно насичених, соціально відповідальних і міжособистісно інтенсивних видів діяльності. Згідно класифікації Є. Клімова, за типом «людина – людина», вона вимагає високого рівня емпатії, відповідальності, етичної зрілості, стресостійкості, оперативного мислення та саморегуляції [1, с. 69-76].

Розглянемо далі основні психологічні характеристики професійної діяльності медиків.

1. Високий рівень професійної відповідальності. Медичні працівники несуть пряму відповідальність за життя та здоров'я пацієнтів, що вимагає від них швидкого й точного прийняття рішень, навіть у ситуаціях невизначеності або дефіциту ресурсів. Такий рівень відповідальності є хронічним джерелом психоемоційної напруги.

Т. Титаренко підкреслює, що усвідомлення постійної відповідальності за інших є чинником внутрішньої тривоги та схильності до надмірного контролю, що унеможлиблює емоційне розслаблення навіть у позаробочий час [48]. І. Талан звертає увагу на феномен «професійної гіпервідповідальності» [54], коли медик ідентифікує себе виключно через функцію рятівника, що підвищує ризик виснаження. Зарубіжний дослідник А. Гаванде зазначав, що в медицині існує так званий «тягар безпомилковості», що змушує лікарів функціонувати у стані постійної мобілізації [10, с. 98].

2. Постійний контакт із людськими стражданнями. Медичні працівники постійно зустрічаються з болем, фізичними стражданнями, хронічними хворобами, втратою пацієнтів, а іноді – з жорстокими наслідками війни, травмами, агонією та смертю. Такий контакт формує вторинну психотравматизацію.

О. Караванова зазначає, що повторюване спостереження за стражданнями призводить до емоційної байдужості або навпаки, до підвищеної емпатійної вразливості [29, с. 18]. Ч. Фіглі увів поняття «втома від співчуття» – стан емоційного виснаження, що виникає внаслідок надмірного співпереживання чужому болю [61]. К. Нефф рекомендував фахівцям «професій турботи» розвивати самоспівчуття як засіб збереження психологічного ресурсу [63, с. 55].

3. Необхідність постійного емоційного самоконтролю. У професійній поведінці медика не допускаються афективні вибухи, надмірні емоційні реакції чи прояви особистісної вразливості. Очікується, що фахівець буде стриманим, врівноваженим і раціональним, незалежно від внутрішнього стану.

Л. Сушко підкреслює, що такий самоконтроль часто досягається шляхом пригнічення емоцій, а не їхнім усвідомленням та екологічним проживання [52]. Це формує так звану «емоційну броню», яка призводить до внутрішнього конфлікту й психосоматичних проявів. П. Екман довів, що емоційне пригнічення виснажує когнітивні ресурси і підвищує ризик професійного вигорання [15, с. 66]. І. Захаров у своїх дослідженнях звертав увагу на те, що відсутність внутрішньої гігієни емоцій у медичного персоналу провокує тривалі постстресові реакції, депресивні епізоди та відчуття відчуженості [12, с. 34].

4. Інтенсивна когнітивна діяльність. Медики щоденно здійснюють багаторівневу обробку інформації, часто в умовах обмеженого часу. Це включає аналіз симптомів, діагностику, планування лікування, комунікацію з колегами та пацієнтами, ведення документації тощо.

Г. Ковальов відзначав, що така діяльність вимагає розвинутого клінічного мислення, оперативної пам'яті, когнітивної гнучкості [5, с. 72]. Р. Теплов вказував, що професія лікаря – це інтелектуально насичена діяльність, яка не

допускає помилок у складних діагностичних умовах [52]. Зарубіжний дослідник Д. Канеман стверджував, що когнітивна перевага суттєво знижує якість прийняття рішень, особливо в умовах стресу та багатозадачності [59, с. 153].

5. Мультифункціональність професійної ролі. Медичні працівники виконують кілька функцій одночасно: терапевтичну, освітню, етичну, комунікативну, інструктивну, кризову. Вони є не лише фахівцями з медичних питань, а й моральними авторитетами, порадиниками, рятівниками, іноді – «останньою надією» для пацієнта.

Н. Чепелева зазначає, що рольова багатофункціональність медиків є джерелом внутрішньої напруги та фрустрації, особливо у випадках, коли неможливо реалізувати очікування пацієнтів або рідних [59, с. 118]. Ю. Мальована дослідила, що багато медичних працівників страждають від рольового конфлікту – зіткнення між вимогами адміністрації, пацієнтів і власною системою цінностей [39]. У західних дослідженнях відзначається важливість рольового розмежування, що зменшує ризик вигорання [13, с. 78].

6. Соціальна напруга та комунікативні конфлікти. Медики постійно взаємодіють із різними типами пацієнтів, їхніми родинами, адміністрацією, колегами. Усі ці взаємодії часто наповнені очікуваннями, тривогою, незрозумінням або звинуваченнями.

О. Синьова вказує, що медики часто стають об'єктом проєкцій пацієнтів, їхніх страхів, гніву, розчарувань [48, с. 8]. І. Бондарчук додає, що комунікативна напруга з родичами важких пацієнтів або в умовах смерті близьких може викликати внутрішню деструкцію у медпрацівника [2]. Дж. Різон наголошує, що комунікаційні конфлікти – це найчастіша причина помилок у медичній сфері і вони чинять значний вплив на емоційний стан персоналу [54, с. 90].

7. Висока моральна вразливість. Медичні працівники постійно перебувають у ситуаціях, які вимагають етичного вибору, морального самоконтролю, гуманізму. Їхня професія нерозривно пов'язана з моральними дилемами: прийняття рішень у межах паліативної допомоги, зважування життів у разі дефіциту ресурсів, конфіденційність тощо.

В. Франкл говорив, що професія медика – це щоденне перебування на межі «життя та смерті», де екзистенційна напруга є нормою [45]. О. Долженкова підкреслювала, що порушення морального балансу стає одним із найпотужніших тригерів професійної кризи совісті [3]. І. Сенчило вказує, що високий рівень моральної відповідальності без належної підтримки часто призводить до депресивних переживань, втрати сенсу професійної діяльності серед медичного персоналу [68, с. 95].

Сучасна війна в Україні, що розгорнулася на всій території держави, поставила медичний персонал у надзвичайно складні умови професійного функціонування, які мають ознаки гострої та хронічної соціально-психологічної кризи. В умовах тривалого збройного конфлікту на території України, медичні працівники виступають основними фігурами у системі порятунку життя, стабілізації здоров'я, надання екстреної, військово-медичної, психологічної та гуманітарної допомоги населенню.

За визначенням С. Москаленка, професійна діяльність у кризових умовах – це робота в ситуації підвищеної непередбачуваності, ризику та інформаційної турбулентності, коли фахівець змушений ухвалювати рішення в умовах загрози життю, дефіциту часу та ресурсів. Під час війни в Україні медичні працівники працюють в умовах повітряних тривог, обстрілів, бомбардувань, евакуацій; надають допомогу військовим, цивільним, дітям, жертвам катувань і сексуального насильства; діють в польових госпіталях, на базах стабілізації, у військових медичних установах та цивільних лікарнях, які переобладнані під центри надання екстреної допомоги; зазнають фізичного, морального та емоційного виснаження, зіштовхуються з відчуттям безсилля, провини, фрустрації, втрати контролю над ситуацією [16, с. 43].

Розглянемо психологічні виклики та особливості реагування медичного персоналу в умовах криз. Медичні працівники в прифронтових зонах чи під обстрілами працюють на межі виживання. Згідно даних Міністерства охорони здоров'я України від початку повномасштабного вторгнення було пошкоджено або зруйновано понад 1000 медичних закладів. Перебування під прямим ризиком

смерті підвищує у медичних працівників рівень гострої тривожності, посттравматичних стресових розладів, панічних реакцій.

Згідно з дослідженням І. Талан, медики в умовах війни мають ознаки бойового стресу другого рівня, який характеризується вираженою емоційною відстороненістю, реакціями «замороження», апатією, гіперчутливістю до тригерів. Повторний контакт із травмою пацієнтів, особливо дітей, військових, жінок, які пережили насильство, призводить до формування синдрому «болю від співчуття» [17, с. 39]. Як зазначає Ч. Фіглі, це знижує здатність медика до співпереживання і викликає емоційне притуплення, цинізм [58].

Дослідження О. Долженкової серед працівників мобільних госпіталів показали, що понад 75 % респондентів мають високий рівень емоційного виснаження та схильність до морального виснаження: коли працівник втрачає віру в сенс діяльності, відчувається безпорадним перед масштабом втрат [13].

Також медики змушені ухвалювати рішення, коли ресурсів недостатньо: кого оперувати першого, кому надати останній кисневий балон. Як зазначав В. Франкл, це призводить до екзистенційного конфлікту, втрати ціннісної рівноваги, провини перед тими, хто недоотримав допомоги [52, с. 76].

Багато медиків працюють далеко від сім'ї, без можливості повернутись додому або побачитись із дітьми. Це формує хронічну самотність, емоційне спустошення та втрату внутрішнього ресурсу. Парадоксально, але навіть у героїчних умовах частина медичного персоналу зіштовхується з несправедливим ставленням пацієнтів або суспільства. Як відзначає М. Журба, це посилює синдром «рятівника, якого не рятують» і поглиблює внутрішню кризу особистості [33, с. 89].

Серед актуальних українських досліджень варто виділити Н. Цигипу, яка вивчала емоційне вигорання у медичних працівників Київської області, що працювали в умовах повітряних тривог [61]. Було встановлено високий рівень тривожності, деперсоналізації та симптомів посттравматичного стресового розладу у 58 % досліджуваних. І. Клименко виявив у своїх дослідженнях на базі медичних закладів Харкова та Миколаєва, що медики демонструють

парадоксальну витривалість, але мають невисоку суб'єктивну стресостійкість та потребують професійної психологічної підтримки [24]. У дослідженні громадської організації «Лікарі без кордонів» в Україні підкреслено важливість психологічної супервізії, застосування технік арттерапії та груп підтримки для збереження функціонування медиків у екстремальних умовах [37].

Відповідно до визначених особливостей професійної діяльності медичного персоналу, в емпіричному розділі нашої роботи передбачено подальший аналіз вивчення рівня ситуативної та особистісної тривожності, ступеня емоційного вигорання, рівня соціального та адаптаційного стресу, а також інтенсивності стресогенних чинників у житті респондентів. Крім того, увага буде зосереджена на дослідженні актуального емоційного стану медичних працівників та їхніх індивідуальних способів подолання стресу: копінг-стратегій, що дасть змогу комплексно оцінити ресурси та потреби даної професійної групи у контексті психологічної підтримки [38, с. 48].

Також, з огляду на встановлену специфіку професійної діяльності медичних працівників в умовах криз, зокрема в реаліях воєнного часу в Україні, виникає потреба в ефективних, науково обґрунтованих підходах до психоемоційної підтримки цієї категорії фахівців. Одним із перспективних напрямів психотерапевтичної допомоги в таких умовах виступає арттерапія, яка поєднує в собі експресивні, ресурсні та реабілітаційні можливості. Саме тому доцільним у наступному пункті нашої роботи є розгляд основних підходів і видів арттерапії як ефективного засобу підтримки та відновлення психологічного благополуччя медичного персоналу.

1.2 Основні підходи та види арттерапії як напрям психотерапевтичної допомоги

У сучасному науковому та психотерапевтичному дискурсі арттерапія посідає важливе місце як один із найгнучкіших і найресурсніших напрямів психологічної допомоги. Її ефективність ґрунтується на здатності творчого

процесу виступати не лише засобом самовираження, а й потужним каналом трансформації внутрішнього досвіду, зниження емоційної напруги та відновлення психічної рівноваги.

Поняття арттерапії сформувалося на перетині психології, педагогіки, медицини, філософії мистецтва та психоаналітичної традиції. Його зміст постійно збагачується завдяки розвитку різних методологічних підходів і форм практичного застосування. Уперше термін «*art therapy*» був вжитий британським педагогом і митцем А. Гіллом у 1938 році при описі своєї роботи та незабаром він отримав широке розповсюдження [2].

Арттерапія (від лат. *ars (artis)* – мистецтво і грец. *θεραπεία* – лікування) є напрямом психотерапії, що ґрунтується на використанні образотворчої діяльності, творчого самовираження та символічного відображення внутрішнього світу людини як інструменту психологічної допомоги, діагностики та реабілітації. Цей підхід інтегрує елементи психоаналізу, гуманістичної психології, когнітивно-поведінкової терапії та тілесно-орієнтованої практики. Згідно з визначенням Американської асоціації арттерапії (*American Art Therapy Association, AATA*), арттерапія – це форма психотерапевтичної практики, яка застосовує процес творчості як засіб пізнання, зцілення та розвитку особистості [4].

Арттерапевтичний підхід має міждисциплінарне підґрунтя, що охоплює психологію, психоаналітику, філософію мистецтва, педагогіку та соціологію [43]. Серед найбільш значущих теоретичних концепцій:

1) психоаналітичний підхід. Засновник арттерапії в Британії Е. Адамсон розвивав ідеї З. Фрейда та К. Юнга, наголошуючи на тому, що мистецька діяльність є способом несвідомого вираження внутрішніх конфліктів і захисних механізмів [70, с. 321]. У цьому контексті арттерапія розглядається як форма вільних асоціацій через образ: малюнок, скульптуру, колаж чи інші форми візуалізації;

2) юнгіанський (аналітичний) підхід. К. Юнг вважав, що архетипові образи, які проявляються у творчості, мають потужний трансформаційний потенціал.

Арттерапія тут використовується для активації внутрішніх ресурсів особистості через символічну роботу з образами [6, с. 78]. Сучасні дослідники, такі як П. Мюнінгер, доводять ефективність застосування мандал, казкотерапії, символів у роботі з посттравматичними стресовими та тривожними розладами;

3) гуманістичний підхід. На базі теорій К. Роджерса та А. Маслоу сформувався екзистенційно-гуманістичний напрям арттерапії, де мистецтво розглядається як засіб самовираження, пошуку сенсу, особистісного зростання [34]. Н. Роджерс, донька К. Роджерса, започаткувала методику «експресивного мистецтва» (*expressive arts therapy*), де поєднуються живопис, танець, поезія, драма тощо [66, с. 57]. Вона підкреслювала, що процес створення важливіший, ніж результат, адже саме в ньому відбувається особистісна трансформація;

4) когнітивно-поведінковий підхід. Хоча цей напрям менш типово пов'язується з арттерапією, деякі автори, зокрема Л. Дауні, доводять, що через структуровану артдіяльність можливо змінювати деструктивні переконання, автоматичні думки, працювати з тривожними або депресивними установками [7, с. 89]. У вітчизняній психології цей підхід підтримують О. Титаренко, Н. Паніна, які досліджують вплив артметодів на зміну когнітивних патернів у підлітків і дорослих, які пережили травму;

5) тілесно-орієнтований та інтегративний підхід. Арттерапія активно інтегрується з методами тілесної терапії, психодрами, гештальт-терапії [29]. Наприклад, Ш. Каган застосовує візуалізацію образів у поєднанні з дихальними практиками та техніками розслаблення як засіб зниження соматизованої тривоги. В Україні цей напрям підтримують О. Вознесенська, Л. Собчик, І. Сірик, Л. Подкоритова та багато інших, які розробляють інтегративні психокорекційні програми з використанням музикотерапії, танцювально-рухової терапії та образотворчої діяльності [46].

Представимо також сучасні підходи до класифікації арттерапії. У світовій практиці розрізняють декілька рівнів та підходів до арттерапії:

1) клінічний арттерапевтичний підхід – застосовується у роботі з посттравматичними стресовими розладами, тривожними та депресивними

розладами, аутизмом, онкопсихологією. Працює переважно в лікарнях, реабілітаційних центрах;

2) психоосвітній артпідхід – використовується в закладах освіти різних рівнів, соціальних службах для розвитку емоційного інтелекту, рефлексії, адаптаційного потенціалу особистості;

3) ресурсно-релаксаційний артпідхід – як елемент самодопомоги, саморегуляції, зниження тривожності, напруги [8, с. 91].

В Україні арттерапія активно розвивається з 2000-х років. Основні науковці та практики: О. Чуйко [60], яка досліджує використання арттерапії в освітньому середовищі, розробила програми арткорекції для дітей з травматичним досвідом; О. Титаренко вивчає арттерапію в роботі з підлітками, які пережили втрати, застосовує артметоди у корекції посттравматичних стресових розладів [43, с. 128]]; І. Сірик створила програму інтегрованої артпсихотерапії для жінок, які пережили насильство; І. Книш досліджує арттерапевтичну роботу з внутрішньо переміщеними особами, військовослужбовцями та їх родинами [62, с. 22].

Значний внесок у розвиток арттерапії в Україні здійснила Л. Подкоритова – вітчизняна дослідниця, чия наукова та практична діяльність зосереджена на застосуванні арттерапевтичних методів у психокорекційній, освітній та консультативній практиці. У своїх працях вона активно досліджує можливості арттерапії як інструменту подолання агресивної поведінки у підлітків, розвитку рефлексії у фахівців соціономічної сфери, а також зниження психоемоційної напруги у різних категорій клієнтів. Зокрема, у співавторстві з О. Гоєю, авторка здійснила емпіричне дослідження ефективності арттерапії в роботі з агресивними підлітками, довівши її позитивний вплив на зниження різних видів агресії та посилення емоційного самоконтролю [44, с. 36-52]. У межах досліджень вона розробила низку авторських арттерапевтичних методик, серед яких особливої уваги заслуговують «П'ять чуттів» – техніка, спрямована на усвідомлення тілесних та емоційних відчуттів, та «Пасьянс емоцій», що дозволяє учасникам проєктувати власні емоційні стани у формі кольору й символу [45, с. 94-106]. Також Л. Подкоритова активно застосовує арттерапевтичні підходи у

психологічному супроводі батьків дітей з особливими потребами та у формуванні рефлексивної культури майбутніх психологів. Її праці демонструють міждисциплінарну глибину, поєднуючи психологію, мистецтво й педагогіку, а також слугують доказом терапевтичної сили мистецького вираження в подоланні внутрішніх конфліктів, кризових станів і розвитку особистісного потенціалу [47].

У повномасштабних воєнних умовах, що тривають з 2022 року, арттерапія стала практичною відповіддю на колективну травму українського народу, а її ефективність підтверджена пілотними дослідженнями у Києві, Харкові, Хмельницькому, Львові, Тернополі [9].

У межах загального підходу до арттерапії науковці виділяють низку напрямів залежно від форми творчого вираження, цілей, терапевтичної парадигми та особливостей психічного впливу. Кожен із них має власну методологічну базу, техніки, психотерапевтичні механізми та сферу застосування.

Одним із найбільш класичних та досліджених напрямів є образотворча арттерапія, яка включає малювання, живопис, колаж, ліплення, графіку. Її суть полягає в проєктивному відображенні внутрішнього світу клієнта на символічному рівні, що дозволяє усвідомити витіснені емоції, внутрішні конфлікти, ресурси і потреби [27]. Такий підхід активно розвивали Е. Крамер, М. Наумбург, а в українському науковому полі – О. Вознесенська, Л. Подкоритова, Т. Титаренко, І. Сірик, О. Скнар, О. Чуйко. Цей вид арттерапії є надзвичайно корисним для зниження тривожності, регуляції емоцій, подолання наслідків травматичних подій [61, с. 21].

Іншим впливовим напрямом є музикотерапія, що передбачає прослуховування музики, імпровізацію, створення мелодій та ритмів з метою емоційної регуляції та стимуляції позитивних афективних станів. Наукові дослідження М. Босо підтверджують, що музика впливає на лімбічну систему мозку, сприяючи зниженню симптомів депресії, тривоги, психосоматичних розладів. Вітчизняні дослідниці, такі як Л. Шульгіна та О. Бондаренко,

адаптували цей вид арттерапії до освітнього та клінічного простору, особливо в роботі з внутрішньо переміщеними особами та дітьми [14, с. 56].

До напрямів, що поєднують тілесну та емоційну роботу, належить танцювально-рухова терапія, яка передбачає використання імпровізованого або структурованого руху як засобу експресії, інтеграції та трансформації емоцій. Рух у цьому контексті стає не лише фізичною активністю, а й формою глибокого переживання, відновлення контакту з тілом, опрацювання травматичного досвіду. Основоположницею цього напрямку вважається М. Чейс, а в Україні – І. Єрмакова, К. Даниленко [58, с. 19].

Невід'ємною складовою сучасної арттерапії є драматерапія та психодрама, які базуються на розігруванні внутрішніх сюжетів, міфологем, конфліктів і ролей. Така форма терапії дозволяє учасникові не лише дослідити власні внутрішні сценарії поведінки, а й знайти альтернативні варіанти реагування, посилити емпатію та здатність до співпереживання. Яскравим прикладом є психодрама Я. Морено, яка використовується у груповій психотерапії для переживання втрат, особистісних криз, зцілення міжособистісних травм [49].

В окрему групу арттерапевтичних підходів виділяється бібліотерапія – терапія словом. Вона заснована на використанні художньої літератури, поезії, казок та метафор як інструментів для стимуляції рефлексії, формування смислів, опрацювання травматичного досвіду людини. Цей напрям особливо ефективний у роботі з підлітками, а також із клієнтами, які мають труднощі у вербалізації переживань. Бібліотерапевтичні практики застосовуються також у роботі з працівниками, які переживають професійне вигорання у рамках груп підтримки [15, с. 87].

Окремо варто згадати фототерапію, яка використовує як вже створені світлини, так і фотографування, як інструмент дослідження і трансформації образу «Я». Фототерапія дає можливість через візуальні образи переосмислити особистий досвід, усвідомити ідентичність, візуалізувати внутрішні стани. Її основоположницею є Дж. Вейц, а в Україні над розвитком напрямку працюють І. Беляєва, М. Луценко [57].

В останні десятиліття дедалі більшого поширення набуває інтегративна арттерапія, яка поєднує кілька видів творчої діяльності в єдиному терапевтичному просторі. Такий підхід передбачає використання малювання, руху, музики, слова, символів і метафор у контексті екзистенційної, гуманістичної або тілесно-орієнтованої терапії. Н. Роджерс сформувала цілісну систему експресивної арттерапії, яка лягла в основу багатьох сучасних програм психоемоційної підтримки. В українському контексті інтегративний підхід активно реалізують О. Вознесенська, Л. Глушко, Н. Мрака, Л. Подкоритова, О. Скнар, О. Чуйко, І. Сірик та ін. [18, с. 32].

Таким чином, арттерапія постає як багатовимірний і гнучкий напрям психотерапевтичної допомоги, що забезпечує клієнтові безпечний простір для вираження, дослідження та трансформації внутрішнього світу через доступні й природні засоби творчості. Різноманітність видів арттерапії дозволяє адаптувати її до потреб конкретної особистості чи цільової групи з урахуванням емоційного стану, рівня рефлексії, типу психологічного запиту, соціокультурного контексту [26]. Зокрема, в роботі з медичними працівниками в умовах війни та посттравматичних викликів арттерапія виявляється незамінним засобом підвищення емоційної витривалості, відновлення внутрішніх ресурсів і збереження психічного здоров'я фахівців [56, с. 34].

З огляду на різноманіття підходів та видів арттерапії як ефективного напрямку психотерапевтичної допомоги, далі доцільним є аналіз практичного досвіду їх застосування у сфері охорони здоров'я, зокрема у вітчизняному та зарубіжному контекстах, що дозволяє виявити найефективніші моделі психоемоційної підтримки медичного персоналу.

1.3. Зарубіжний та вітчизняний досвід застосування арттерапії у сфері охорони здоров'я

У сучасних системах охорони здоров'я зарубіжних країн арттерапія дедалі частіше інтегрується в структуру клінічної психотерапії, паліативної медицини, реабілітації та медико-психологічного супроводу пацієнтів і медичного персоналу. Її ефективність підтверджується численними емпіричними дослідженнями, метааналізами та клінічними випробуваннями, що дає підстави розглядати арттерапію як науково обґрунтовану інтервенцію в контексті психосоматичної медицини та психічного здоров'я.

Одним із найбільш досліджуваних напрямів у зарубіжній практиці є використання арттерапії у роботі з онкопацієнтами. Зокрема, у дослідженні Й. Мі Кім у Південній Кореї було доведено, що участь у програмі групової арттерапії сприяла зниженню рівня депресивних симптомів та тривоги у пацієток з раком молочної залози [50]. Подібні результати отримала Е. Філіпс, яка у 2010-х роках в США реалізовувала програму «*Healing with the Arts*» для хворих на рак, де творчість ставала засобом емоційної розрядки, перетворення страждання у символічні образи та формування внутрішнього ресурсу до подолання хвороби [39, с. 31].

Також відомий метааналіз досліджень, проведений Г. Міллер, засвідчив, що індивідуальні та групові арттерапевтичні втручання зменшують емоційне виснаження, покращують показники якості життя та сприяють зростанню суб'єктивного відчуття контролю у тяжкохворих пацієнтів [55].

Значну увагу зарубіжна практика приділяє застосуванню арттерапії в паліативній медицині, зокрема, у хоспісах. Американська дослідниця С. Хоган у своїй праці «*Art Therapy in End-of-Life Care*» описує, як творчість сприяє опрацюванню страху смерті, вираженню духовного змісту досвіду хворого, налагодженню комунікації з родичами. Арттерапія у паліативному контексті слугує засобом підтримки ідентичності, збереження гідності та завершення життєвих «гештальтів» [34]. У дослідженні Дж. Фостер арттерапія застосовувалась у хоспісах Лондона для роботи з болем, емоційною дезорієнтацією та ізоляцією і показала значні результати щодо зниження

показників тривоги та покращення міжособистісного контакту в останні дні життя [40, с. 98].

Велика кількість міжнародних досліджень присвячена використанню арттерапії для осіб, що пережили травматичні події, зокрема ветеранів бойових дій, жертв катастроф, біженців. Так, у США у Центрі військової медицини при Університеті Бостона арттерапевтичні протоколи активно застосовуються у роботі з ветеранами Іраку та Афганістану. Дослідження Е. Нолан підтвердило, що арттерапія сприяє зниженню флешбеків, покращенню сну та відновленню образу «Я» у військовослужбовців із посттравматичними стресовими розладами [17]. Подібні результати отримані в дослідженнях німецької дослідниці А. Гантер, яка працювала з сирійськими біженцями в Берліні. Арттерапія допомогла учасникам впоратися з посттравматичним стресом через проєктивне опрацювання образів втрати, руйнації, еміграції [20, с. 52].

Зростає також інтерес до застосування арттерапії як засобу профілактики професійного вигорання серед медичних працівників. У дослідженні британських учених Ш. Вілкінсон і Р. Деніела, проведеному на базі лікарень Великої Британії, було встановлено, що арттерапевтичні інтервенції у форматі групового малювання знижували рівень хронічного стресу, сприяли кращій командній взаємодії та зменшенню симптомів тривожності [41].

Американська арттерапевтка К. Стерн, яка працює у клініці Мейо, розробила програму *Art for Resilience* – творчий протокол підтримки для лікарів, медсестер, реабілітологів, який поєднує створення візуальних щоденників, групові творчі сесії та інтеграцію художніх елементів у робочий простір [50]. У Канаді Центр інтегративної медицини при Університеті Британської Колумбії впроваджує модулі арттерапії у програми підготовки медиків як засіб профілактики професійного вигорання та розвитку емпатичної компетентності [21, с. 66].

Варто зазначити, що в низці країн арттерапія має офіційне визнання як частина мультидисциплінарного підходу до лікування. Наприклад, у Німеччині (зокрема в клініках університету Гейдельберга та Мюнхена), арттерапевти

входять до штату психіатричних і реабілітаційних установ. У США Американська асоціація арттерапії сертифікує фахівців, а сама методика має окреме представлення в ICD-10-CM як підтримувальна психотерапія. У Великобританії Британська асоціація арттерапевтів діє при підтримці Національної служби охорони здоров'я, де арттерапевти мають право працювати в установах психіатричного профілю, онкоклініках, геріатричних центрах [42].

Зарубіжний досвід застосування арттерапії у сфері охорони здоров'я засвідчує її багатовимірну ефективність як психотерапевтичного інструменту. Вона успішно використовується в онкопсихології, паліативній допомозі, роботі з ПТСР, а також для підтримки медичних працівників, які зазнають високих емоційних навантажень. Наукові дослідження підтверджують, що арттерапевтичні інтервенції сприяють зниженню тривожності, депресії, покращенню якості життя, комунікативної взаємодії та внутрішньої резильєнтності. Цей досвід має важливе прикладне значення для адаптації методів арттерапії в українських медичних закладах, зокрема в умовах воєнного часу та системної травматизації медичного персоналу [23, с. 36].

Варто зазначити, що вітчизняна психотерапевтична школа, попри обмежене фінансування, демонструє динамічний розвиток арттерапевтичного напрямку, який сьогодні активно інтегрується в освітній, медичний, реабілітаційний та соціально-психологічний простір. Арттерапія в Україні поступово набуває статусу не лише допоміжної техніки, а й самостійної психокорекційної стратегії в роботі з різними цільовими групами: від дітей із порушеннями розвитку до осіб, які зазнали гострих травматичних подій, а також професіоналів, зокрема медиків, що працюють у кризових умовах.

У наукових працях українських психологів і педагогів арттерапія розглядається як універсальний засіб активізації внутрішніх ресурсів особистості, стимуляції рефлексії, розвитку емоційної компетентності та зняття психоемоційної напруги. Значний внесок у розвиток теоретичних і методичних основ арттерапії зробили такі вітчизняні дослідники, як: Л. Подкоритова, яка досліджує арттерапію як компонент комплексної психореабілітації, зокрема у

роботі з професійним вигоранням медичних та освітянських кадрів. У своїх працях вона обґрунтовує важливість інтеграції арттерапії в системи профілактики вторинної травматизації та психосоматичних розладів [12]. І. Сірик вивчає емоційно-експресивні засоби в арттерапії, вплив мандалотерапії на саморегуляцію та відновлення психологічного балансу [38]. Т. Титаренко – авторка концепції життєстійкості, у працях якої простежується зв'язок між творчими практиками та розвитком психологічного резильєнсу [53]. О. Чуйко досліджує арттерапію як інструмент психологічної підтримки осіб, які перебувають у ситуації екзистенційної невизначеності, зокрема в умовах війни.

У клінічній практиці арттерапія використовується в неврологічних, онкологічних, психіатричних та реабілітаційних закладах. Особливої актуальності набули програми, спрямовані на супровід онкопацієнтів (роботи онкопсихологів в обласних онкодиспансерах у Дніпрі, Львові, Києві); паліативну психологічну підтримку (в окремих хоспісах і мобільних бригадах паліативної допомоги); психокорекцію дитячих порушень розвитку – арттерапевтичні елементи активно застосовуються у роботі дитячих психіатрів, логопедів, дефектологів, корекційних педагогів, психологів. Одним із прикладів є діяльність Медичного центру реабілітації та паліативної допомоги (м. Київ), де у 2019-2022 рр. впроваджено арттерапевтичні сесії з онкопацієнтами, пацієнтами з бічним аміотрофічним склерозом, з метою зниження рівня дистресу та формування позитивного образу майбутнього [50, с. 24].

Після початку повномасштабного вторгнення Росії в Україну у 2022 році арттерапія набула особливого значення в роботі з внутрішньо переміщеними особами, військовими та ветеранами, родинами загиблих, а також з медичним персоналом, що працює в умовах хронічного стресу, нестачі ресурсів, зіштовхується з масовими стражданнями та травмами.

Зокрема, в рамках ініціативи Міністерство охорони здоров'я України та підтримки міжнародних партнерів (UNICEF, WHO, Medecins Sans Frontieres), у низці лікарень України з 2022 року впроваджено арттерапевтичні групи для медиків на основі інтегративного та образотворчого підходу. Метою є зниження

симптомів професійного вигорання, підтримка психоемоційного балансу та створення простору для колективного вираження переживань.

У межах програм гуманітарної психологічної допомоги, реалізованих Психологічною кризовою службою, Центром травмотерапії «Простір підтримки», арттерапія застосовується для стабілізації емоційного стану, зниження рівня посттравматичних стресових розладів серед військових медиків, мобільних бригад та медсестер, що працюють на прифронтових територіях. Дослідницька група при Харківському національному медичному університеті у 2023 році провела пілотне дослідження впливу арттерапії на психологічний стан лікарів і медичних сестер обласної лікарні. Результати засвідчили статистично значуще зниження рівня тривоги (за шкалою Спілбергера) та емоційного вигорання (за методикою В. Бойко) у групі, яка проходила регулярні арттерапевтичні сесії протягом 4 тижнів [51].

Формування професійної арттерапевтичної спільноти в Україні забезпечується через діяльність ВГО «Арттерапевтична асоціація», програм підготовки при університетах (наприклад, магістерські курси з арттерапії в Київському національному університеті ім. Т. Шевченка, Університеті К. Ушинського, Національному педагогічному університеті ім. М. Драгоманова), регулярних конференцій, майстер-класів, підвищення кваліфікації.

У 2022-2024 роках зросла кількість фахових публікацій, зокрема в наукових журналах «Психологія і суспільство», «Практична психологія та соціальна робота», «Актуальні проблеми психології», де висвітлюються результати досліджень щодо ефективності арттерапії в роботі з кризовими станами, ПТСР, професійним вигоранням фахівців соціономічних професій [70].

Вітчизняний досвід застосування арттерапії у сфері охорони здоров'я свідчить про її зростаючу значущість як науково-обґрунтованого та гуманістично орієнтованого інструменту психоемоційної підтримки. Попри відсутність системної інтеграції арттерапії в державні клінічні протоколи, фахівці різних галузей: практичні психологи, психотерапевти, реабілітологи активно впроваджують арттерапевтичні підходи у свою роботу з пацієнтами та

медичним персоналом. Особливої актуальності набула ця практика в умовах війни, коли медичні працівники функціонують у хронічному стресі, підвищеній емоційній напрузі та моральних дилемах. Відтак, подальший розвиток арттерапії в Україні потребує інституційної підтримки, наукового супроводу та міждисциплінарної співпраці задля ефективної адаптації світових практик до національного контексту.

Висновки до розділу

Проведене теоретичне дослідження показало, що професійна діяльність медичних працівників у кризових умовах, зокрема в умовах війни, надзвичайних ситуацій та системного стресу, супроводжується значними психоемоційними навантаженнями, високим рівнем відповідальності, постійною загрозою травматизації та професійного вигорання. Встановлено, що психологічними особливостями цієї діяльності є висока когнітивно-емоційна напруга, схильність до соматизації стресу, потреба в емоційній саморегуляції, а також схильність до пригнічення почуттів у зв'язку з домінуванням установки на професіоналізм і самопожертву. В умовах війни в Україні ситуація ускладнюється нестачею ресурсів, надмірною кількістю пацієнтів і моральними дилемами, що ще більше актуалізує потребу в системній психологічній підтримці медичного персоналу.

Досліджено, що арттерапія постає як універсальний напрям психотерапевтичної допомоги, що дозволяє клієнту безпечно виразити та трансформувати внутрішні переживання, зняти напругу, активізувати ресурсні стани та відновити емоційну рівновагу. Теоретичний аналіз засвідчив наявність багатьох підходів до арттерапії: когнітивно-поведінкового, психоаналітичного, гуманістичного, екзистенційного, гештальт-підходу тощо. Виділено основні форми арттерапії, що мають доведену ефективність: образотворча арттерапія, музикотерапія, танцювально-рухова терапія, драматерапія, фототерапія, бібліотерапія, а також інтегративна арттерапія, яка поєднує кілька напрямів творчої експресії. Кожен вид має свої особливості впливу на психіку, механізми

регуляції та сферу застосування, а тому потребує фахової підготовки та етичного супроводу.

Зарубіжний досвід свідчить про інституціалізацію арттерапії як клінічно визнаного методу психотерапії, що застосовується в онкопсихології, паліативній допомозі, роботі з ПТСР, а також у профілактиці професійного вигорання медичного персоналу.

Вітчизняний досвід застосування арттерапії у сфері охорони здоров'я, попри відсутність офіційного визнання на рівні клінічних стандартів, активно розвивається завдяки зусиллям науковців, практичних психологів, кризових інтервентів та волонтерських організацій. Арттерапія використовується у дитячих клініках, онкологічних центрах, у програмах роботи з внутрішньо переміщеними особами, ветеранами, військовими та медичними працівниками. Особливої ваги цей напрям набув у період повномасштабної війни, коли виникла потреба в швидких, гнучких, доказових формах емоційної стабілізації в умовах тотальної травматизації.

Таким чином, результати теоретичного аналізу дають підстави вважати арттерапію потенційно ефективним напрямом системної психологічної підтримки медичних працівників, що працюють в умовах криз. У поєднанні з іншими методами психотерапевтичного впливу арттерапія дозволяє реалізувати принцип гуманістичного підходу, орієнтованого на відновлення цілісності особистості через творче самовираження.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВИКОРИСТАННЯ АРТТЕРАПІЇ ДЛЯ ПІДТРИМКИ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ В УМОВАХ КРИЗОВИХ СИТУАЦІЙ

2.1 Організація та методологія емпіричного дослідження

Емпіричне дослідження психологічних особливостей емоційного стану медичних працівників та ефективності арттерапевтичної інтервенції як засобу психологічної підтримки в умовах кризової ситуації було реалізоване на базі двох закладів охорони здоров'я Хмельницької області: комунального некомерційного підприємства «Хмельницька обласна лікарня» Хмельницької обласної ради та комунального підприємства «Хмельницька міська лікарня» Хмельницької міської ради.

Обрані медичні установи виконують функцію центрів високоспеціалізованої медичної допомоги, працюють у режимі постійного підвищеного функціонального навантаження в умовах воєнного стану, що обумовлює наявність потужного стресового фону та підвищену психологічну вразливість персоналу до розвитку професійного вигорання, тривалого емоційного напруження, стресових і посттравматичних порушень.

У дослідженні взяли участь 40 медичних працівників з різних підрозділів комунального некомерційного підприємства «Хмельницька обласна лікарня» Хмельницької обласної ради. Серед учасників було: 16 лікарів (40 %) різного спрямування; 18 медичних сестер і фельдшерів (45 %), які безпосередньо забезпечують безперервний догляд за пацієнтами та найчастіше зустрічаються з високим рівнем емоційного навантаження; 6 молодших медичних працівників (15 %), діяльність яких також супроводжується значними фізичними та психологічними навантаженнями. Гендерний розподіл – 28 жінок (70 %) і 12 чоловіків (30 %) – загалом відображає традиційну гендерну структуру медичного персоналу в українських закладах охорони здоров'я.

Формування вибірки здійснювалося за принципом поєднання цільового та доступного відбору, із застосуванням наступних критеріїв включення:

наявність стажу медичної роботи не менше 2 років;

здійснення професійної діяльності в умовах безпосереднього контакту з пацієнтами;

вік у межах працездатного діапазону (від 24 до 59 років);

добровільна згода на участь у дослідженні;

відсутність поточних психічних або тяжких соматичних захворювань, які могли б вплинути на результати.

Вік респондентів варіювався від 24 до 59 років. Середній вік учасників становив 41,3 роки, що відповідає періоду найбільшої професійної активності. Стаж роботи в галузі охорони здоров'я коливався від 2 до 35 років, що дозволило охопити як молодих спеціалістів, так і досвідчених професіоналів.

З метою експериментальної перевірки ефективності арттерапевтичної програми учасники дослідження були умовно розподілені на дві рівні за чисельністю групи:

експериментальна група (n=20): брала участь у реалізації програми психологічної підтримки, яка включала систематичне застосування арттерапевтичних методів і технік. Упродовж восьми тижнів із цією групою проводилися структуровані заняття, спрямовані на зниження емоційного напруження, опрацювання тривожних станів, підвищення емоційної стабільності та розвиток внутрішнього ресурсу;

контрольна група (n=20): не отримувала цілеспрямованого психологічного втручання впродовж періоду дослідження, що дозволило забезпечити наукову валідацію змін у психічному стані учасників експериментальної групи шляхом міжгрупового порівняння.

Дослідження здійснювалося з дотриманням етичних принципів, що регламентують проведення психолого-педагогічних і соціально-поведінкових досліджень [59]. Вибірка формувалася на умовах добровільної участі. Всі учасники надали письмову інформовану згоду на участь, були попереджені про

анонімність результатів, добровільність участі та право відмовитися від неї на будь-якому етапі дослідження. У процесі реалізації дослідницьких процедур не використовувалися засоби, що можуть спричинити шкоду психічному або фізичному здоров'ю учасників.

Усі респонденти працюють у безпосередньому контакті з пацієнтами, що підвищує рівень емоційного навантаження та робить їх вразливими до розвитку професійного вигорання, стресових і посттравматичних розладів.

Для всебічного вивчення психічного стану медичного персоналу та оцінки ефективності запропонованої програми підтримки було застосовано комплекс психодіагностичних методик [3, с. 59]. Нижче наведемо детальний опис основних інструментів дослідження.

Шкала тривожності Спілбергера-Ханіна є широко визнаним і надійним психометричним інструментом для кількісної оцінки рівня тривожності в двох її основних проявах: ситуативній (тимчасовій) та особистісній (тривалій, стабільній) тривожності. Шкала широко використовується для діагностики тривожних розладів, моніторингу змін у психоемоційному стані під час терапії, а також для вивчення психологічних реакцій у різних професійних групах, у тому числі медичних працівників, які перебувають у стресогенних умовах. Вона дає змогу досліднику або практичному психологу оцінити не лише рівень тимчасової напруги, а й схильність до тривожності, що є важливою складовою ризику професійного вигорання. Розроблена в 1960-х роках американськими психологами Ч. Спілбергером та Р. Ханіном, ця методика зазнала широкого застосування у клінічній, педагогічній, соціально-психологічній та емпіричній практиці. Методика базується на розрізненні двох типів тривожності:

ситуативна тривожність – це тимчасовий емоційний стан людини, що виникає у відповідь на конкретну стресову ситуацію, характеризується суб'єктивним відчуттям напруженості, занепокоєння, підвищеної активності нервової системи. Цей тип тривожності може змінюватися залежно від обставин і часу;

особистісна тривожність – це стабільна характеристика особистості, що відображає загальну схильність індивіда відчувати тривогу, занепокоєння у широкому спектрі ситуацій. Вона має ознаки емоційної нестійкості і є рисою темпераменту чи характеру.

Шкала складається з двох під шкал, по 20 запитань кожна. Кожна підшкала містить твердження, що описують відчуття, емоції та поведінкові реакції, які респонденти оцінюють за чотирибальною шкалою частоти або інтенсивності (наприклад: «зовсім не», «іноді», «часто», «майже завжди»). Перша підшкала оцінює рівень ситуативної тривожності, вимірюючи реакцію людини на актуальні обставини. Друга підшкала спрямована на визначення стабільного рівня тривожності як особистісної характеристики. Сума балів по кожній підшкалі підраховується окремо. Вищі значення свідчать про більший рівень тривожності.

Методика має високі показники валідності та надійності [31]. Коефіцієнти внутрішньої узгодженості (альфа Кронбаха) зазвичай перевищують 0,85 для обох під шкал. Шкала добре корелює з іншими інструментами для вимірювання тривожності, а також дозволяє адекватно відрізнити ситуативні реакції від стійких особистісних характеристик.

У контексті нашого дослідження шкала тривожності Спілбергера-Ханіна застосовується для визначення початкового рівня ситуативної та особистісної тривожності медичних працівників, а також для оцінки змін у психоемоційному стані під впливом арттерапевтичної програми підтримки. Це дозволяє об'єктивно відстежити динаміку емоційної напруги, оцінити ефективність психокорекційного втручання та здійснити міжгруповий порівняльний аналіз.

Наступна методика *діагностики емоційного вигорання В. Бойка*, є комплексним психодіагностичним інструментом, що дозволяє всебічно оцінити рівень професійного вигорання за трьома стадіями: напруга, резистенція та виснаження. Даний інструмент містить 84 запитання, які спрямовані на виявлення симптомів і ознак, що характерні для кожної зі стадій розвитку вигорання.

Синдром емоційного вигорання розглядається як процес, що проходить через кілька послідовних фаз, у кожній із яких домінують певні психологічні, емоційні та поведінкові особливості. Стадія напруги – початковий етап, що характеризується підвищеним психологічним навантаженням, емоційною перевантаженістю, підвищеною тривожністю та стресом у професійній діяльності. На цьому етапі відбувається мобілізація ресурсів особистості для подолання труднощів, але вже проявляються перші ознаки дисбалансу. Стадія резистенції – період тимчасового пристосування до стресових чинників, що супроводжується появою захисних психологічних механізмів, зниженням емоційної чутливості та формуванням певної психологічної стійкості. Водночас на цій стадії зростає ризик розвитку цинізму, деперсоналізації та емоційного відчуження фахівця. Стадія виснаження – завершальний етап, що характеризується значним зниженням психологічних і фізичних ресурсів, глибоким емоційним виснаженням, зниженням мотивації, професійної ефективності та задоволеності роботою. На цій стадії можливий розвиток серйозних психосоматичних розладів.

Методика складається із 84 питань, які розподілені між трьома блоками, що відображають відповідні стадії вигорання. Респонденти відповідають на твердження, оцінюючи наявність чи відсутність симптомів. Підсумкові бали за кожен блок інтерпретуються окремо, що дає можливість не лише визначити загальний рівень вигорання, а й виокремити домінуючу стадію, на якій перебуває досліджуваний.

У межах нашого дослідження методика використовується для комплексної діагностики ступеня емоційного вигорання медичних працівників, що функціонують в умовах підвищеного стресу воєнного часу. Визначення домінуючої стадії дозволяє більш точно спрямувати психологічне втручання, вибрати адекватні методи підтримки та профілактики, серед яких арттерапевтичні техніки відіграють важливу роль [24]. Дані, отримані за допомогою цієї методики, слугують підґрунтям для оцінки ефективності

запропонованої психологічної програми та обґрунтування рекомендацій щодо системної підтримки медичного персоналу.

Опишемо далі *шкалу соціального адаптаційного стресу, розроблену американськими дослідниками Т. Холмсом та Р. Раге* [28]. Ця методика є одним із найпоширеніших психометричних інструментів, що дозволяє кількісно оцінити інтенсивність життєвих подій, які можуть виступати як значущі стресові чинники та потенційно призводити до порушення адаптаційних можливостей особистості. Ця шкала є важливою складовою оцінки загального рівня психосоціального навантаження в контексті вивчення впливу стресу на соматичне та психічне здоров'я медичного персоналу.

Основою для створення шкали послужила теорія психосоціального стресу, яка стверджує, що будь-які значні зміни у житті людини (навіть позитивного характеру) вимагають мобілізації адаптаційних ресурсів. У разі надмірного накопичення таких подій або їхнього тривалого впливу зростає ризик розвитку психосоматичних захворювань, емоційних розладів, виснаження, депресивних станів і професійного вигорання.

Шкала включає 43 життєві події, кожна з яких має визначений стресовий ваговий коефіцієнт, що відображає її середню стресогенність за результатами широкомасштабних емпіричних опитувань. Наприклад: смерть подружжя – 100 балів; розлучення – 73; зміна професійної діяльності – 36; порушення режиму сну – 16; незначні порушення законодавства – 11. Респондент має відзначити ті події, які траплялися з ним протягом останніх 12 місяців, після чого підсумовуються відповідні бали.

Отримана сумарна кількість балів дозволяє визначити ступінь ризику психосоматичних ускладнень: менше ніж 150 балів – низький рівень стресового навантаження, ймовірність захворювання незначна; 150-199 балів – помірний ризик, ймовірність розвитку стрес-індукованих порушень становить близько 35 %; 200-299 балів – високий ризик (понад 50 %); понад 300 балів – дуже високий рівень стресу з імовірністю розвитку порушень понад 80 %.

У рамках нашого дослідження ця методика застосовується з метою оцінки рівня накопиченого стресового навантаження у житті медичних працівників, які функціонують в умовах воєнного часу, нестабільного середовища та підвищеної професійної відповідальності [67]. Отримані показники дозволяють співвіднести інтенсивність зовнішніх психосоціальних чинників із рівнем тривожності, емоційного вигорання та іншими психоемоційними параметрами, що сприяє цілісному аналізу ефективності арттерапевтичної підтримки.

Кольоровий тест М. Люшера є однією з найвідоміших проєктивних методик, що дозволяє досліджувати психоемоційний стан особистості, а також неусвідомлювані реакції на стрес, внутрішню напругу, потреби, мотиваційні структури та індивідуальні особливості реагування на середовище [22, с. 78]. Тест широко використовується у медичній психології, психотерапії, психодіагностиці персоналу в умовах підвищеного стресу, зокрема серед представників охорони здоров'я.

Методика ґрунтується на психофізіологічній теорії кольорової переваги, згідно з якою кожен колір викликає в організмі людини певну емоційно-вегетативну реакцію. Вибір кольору не є випадковим: він відображає актуальний психічний стан, домінантні потреби, внутрішні конфлікти або стресові реакції. В основі тесту лежить уявлення про кольорову асоціацію як проєкцію внутрішнього стану. Таким чином, тест дозволяє обійти раціональний контроль респондента, надаючи несвідомий матеріал, що є особливо важливим при роботі з медичними працівниками, які часто схильні до емоційної цензури через професійну культуру стриманості.

Класичний тест включає вісім кольорових карток: чотири основні кольори: синій (спокій, задоволення), зелений (наполегливість, стабільність), червоний (активність, енергія), жовтий (оптимізм, майбутнє); чотири додаткові кольори: фіолетовий (емоційна лабільність, афективна незрілість), коричневий (вегетативні реакції, тілесність), чорний (заперечення, протест), сірий (нейтралітет, відсторонення).

Респондент двічі здійснює ранжування кольорів за ступенем їхньої привабливості, що дозволяє діагностувати конгруентність між бажаним і реальним емоційним станом, а також виявити приховані внутрішні конфлікти або напруження адаптаційних механізмів.

Хоча Кольоровий тест Люшера є проєктивною методикою і не передбачає класичних параметрів валідності в межах психометричної шкали, його діагностична чутливість, швидкість проведення та глибинний характер оцінки зробили його ефективним у клінічній практиці. Стандартизовані алгоритми інтерпретації дозволяють ідентифікувати домінуючі потреби (наприклад, потреба в емоційній підтримці, визнанні, автономії); стресові зони (сфери внутрішнього конфлікту, компенсаційної активності); ознаки психоемоційного виснаження, невротизації чи фрустрації; психовегетативну вразливість та наявність ознак професійного вигорання.

У межах нашого емпіричного дослідження кольоровий тест Люшера застосовувався як експрес-метод для діагностики актуального емоційного стану медичних працівників, які функціонують в умовах високого рівня психоемоційного та фізичного стресу, який обумовлений збройним конфліктом, перевантаженням системи охорони здоров'я та тривалим контактом із людськими стражданнями.

Дані, отримані за допомогою цієї методики, дозволили виявити внутрішньо-особистісну напругу та рівень емоційного виснаження; візуалізувати емоційні деформації, характерні для ранніх стадій вигорання; оцінити зміни психоемоційного стану до та після впровадження арттерапевтичної програми, порівнявши результати між експериментальною та контрольною групами.

Варто вказати на переваги використання цієї методики у роботі з медичним персоналом: мінімальне навантаження на респондента; не потребує вербалізації стану (важливо у випадку психологічної втоми чи закритості); можливість швидко виявити тенденції емоційного вигорання, пригнічення базових потреб та

стресове перенапруження; висока ефективність у поєднанні з іншими методиками для комплексної діагностики психоемоційного благополуччя [32].

На завершення ми застосували *опитувальник копінг-стратегій Brief-COPE (в адаптації Т. Яблонської, О. Верник, Г. Гайворонського)* [69, с. 66-89]. Методика є широко визнаним психодіагностичним інструментом, розробленим американськими дослідниками Ч. Карвером, М. Шейєром і К. Вайнтрауб, яка призначена для вивчення індивідуальних способів подолання стресу [36].

Опитувальник Brief-COPE базується на когнітивно-біхевіоральній теорії стресу й копіngu Р. Лазаруса і С. Фолькман, згідно з якою ефективність подолання залежить не стільки від самого стресора, скільки від індивідуальних способів його когнітивної оцінки та поведінкової реакції. Копінг-стратегії, згідно з цією моделлю, є свідомими формами реагування, спрямованими на зниження психологічної напруги, контроль емоцій або зміну проблемної ситуації [30].

В адаптованій версії опитувальника Brief-COPE представлено 15 шкал (копінг-стратегій), кожна з яких включає по 4 твердження. Усього опитувальник містить 60 тверджень, які оцінюються респондентом за 4-бальною шкалою від 1 («зовсім не використовую») до 4 («використовую дуже часто»). Методика дозволяє визначити пріоритетні поведінкові та когнітивні стратегії, які особистість використовує в ситуаціях стресу. Усі шкали згруповано за функціональною ознакою:

функціональні (адаптивні) копінг-стратегії:

позитивна переоцінка (усвідомлення цінності досвіду, оптимістичний погляд на ситуацію);

планування (конструктивна побудова стратегії подолання проблеми);

активне подолання (реальні дії, спрямовані на зміну ситуації);

звернення за емоційною підтримкою (пошук розуміння й підтримки у близьких);

звернення за інструментальною підтримкою (пошук порад і конкретної допомоги);

прийняття (усвідомлене прийняття ситуації як неминучої);

почуття гумору (використання гумору як механізму емоційного регулювання).

неефективні (дезадаптивні) копінг-стратегії:

втеча – уникнення (ігнорування проблеми, втеча в інші справи);

заперечення (відмова визнавати проблему);

поведінкова дезорганізація (емоційні зриви, імпульсивні реакції);

звинувачення себе (виражене самозвинувачення, зниження самооцінки);

звинувачення інших (проєкція відповідальності);

вживання психоактивних речовин (алкоголь, медикаменти як спосіб «розрядки»);

релігійна рефлексія (звернення до віри, як спосіб подолання).

У нашому дослідженні методика Brief-COPE застосовується для вивчення індивідуальних стратегій подолання стресу медичних працівників, які функціонують в умовах хронічного емоційного напруження, постійної невизначеності, ризику та професійної відповідальності, особливо в контексті війни в Україні.

Застосування цієї методики дозволило виявити індивідуальні варіанти копінгу медичного персоналу в умовах високого стресу; провести порівняльний аналіз між експериментальною та контрольною групами до й після арттерапевтичного втручання; оцінити ефективність копінг-поведінки та її зміну під впливом програми підтримки.

Таким чином, обраний психодіагностичний інструментарій у своїй сукупності забезпечує всебічне вивчення психоемоційного стану медичних працівників, рівня їхньої адаптації до стресу, проявів емоційного виснаження та особливостей подолання кризових ситуацій. Комплексне застосування цих методик дозволило отримати валідну, надійну та різнопланову емпіричну інформацію, що становила підґрунтя для аналітичного осмислення результатів констатувального етапу дослідження, подану в наступному підрозділі.

2.2 Аналіз результатів констатувального етапу дослідження психоемоційного стану медичного персоналу

З метою виявлення вихідного рівня психоемоційного стану медичних працівників в умовах кризових ситуацій було проведено констатувальний етап емпіричного дослідження, у межах якого здійснено порівняльний аналіз показників тривожності, емоційного вигорання, рівня соціального стресу, особливостей копінг-стратегій та емоційного реагування в експериментальній і контрольній групах. Отримані результати дозволили встановити психологічний «профіль» учасників на початку дослідницького впливу та слугували основою для подальшої розробки і впровадження арттерапевтичної програми психологічної підтримки медичного персоналу.

Для дослідження рівня тривожності було застосовано шкалу Спілбергера-Ханіна, що дозволяє виміряти два незалежні показники: ситуативну тривожність як емоційний стан у конкретний момент часу та особистісну тривожність як стійку індивідуально-психологічну рису (див. табл. 2.1).

Таблиця 2.1 – Середні значення показників ситуативної та особистісної тривожності в контрольній та експериментальній групах (n=20)

Група	Ситуативна тривожність (M±SD)	Особистісна тривожність (M±SD)
Експериментальна	45,3 ± 6,7	46,1 ± 5,9
Контрольна	44,8 ± 7,2	45,5 ± 6,3

На констатувальному етапі дослідження спостерігається високий рівень тривожності у більшості респондентів обох груп, що є очікуваним результатом з огляду на характер їхньої професійної діяльності в умовах кризових ситуацій (зокрема, воєнного часу). У таблиці 2.2 представлено результати показників ситуативної та особистісної тривожності респондентів.

Таблиця 2.2 – Розподіл рівнів ситуативної та особистісної тривожності серед учасників (%)

Група	Рівень тривожності	Ситуативна тривожність (%)	Особистісна тривожність
Експериментальна група	Низький	9,7 %	6,5 %
	Середній	38,7 %	41,9 %
	Високий	51,6 %	51,6 %
Контрольна група	Низький	12,9 %	9,7 %
	Середній	35,5 %	45,2 %
	Високий	51,6 %	45,2 %

В експериментальній групі середнє значення ситуативної тривожності становило 45,3 бала, що відповідає високому рівню. Особистісна тривожність також демонструє високі показники – 46,1 бала. Ці дані свідчать про сформовану емоційну напруженість та стійку схильність до тривожного реагування. Подібна картина спостерігається і в контрольній групі: ситуативна тривожність – 44,8 бала, особистісна – 45,5 бала, що також свідчить про виражену тривожність як стан і як особистісну характеристику.

Узагальнюючи частотний розподіл, бачимо, що високий рівень ситуативної тривожності присутній у 51,6 % учасників обох груп, а високий рівень особистісної тривожності присутній у понад половини медичних працівників експериментальної групи та у 45,2 % контрольної. Ці результати свідчать про високий рівень психоемоційного напруження, що може бути чинником ризику для емоційної дестабілізації та зниження професійної ефективності. Водночас, майже ідентичні показники у двох групах підтверджують їхню початкову психологічну однорідність, що є важливим критерієм достовірності подальших міжгрупових порівнянь на етапі реалізації програми підтримки.

Аналіз особливостей емоційного вигорання медичних працівників на констатувальному етапі ми здійснили за методикою В. Бойка, яка дозволила кількісно та якісно оцінити стадії його розвитку (стадія напруги – початковий рівень дестабілізації психоемоційного стану; стадія резистенції – зниження

адаптивних механізмів і збільшення психічного напруження; стадія виснаження – стійкі зміни емоційного фону, індиферентність, психосоматичні порушення) (див. табл. 2.3).

Таблиця 2.3 – Середні значення рівнів вираженості стадій емоційного вигорання ($M \pm SD$)*

Стадія синдрому	Експериментальна група (n=20)	Контрольна група (n=20)
Напруга	28,9 ± 5,3	28,1 ± 6,1
Резистенція	41,2 ± 4,7	40,8 ± 5,5
Виснаження	36,5 ± 6,8	35,9 ± 7,1

* – максимально можливий бал на кожній стадії – 48. Бал від 30 вважається високим і свідчить про наявність виражених симптомів.

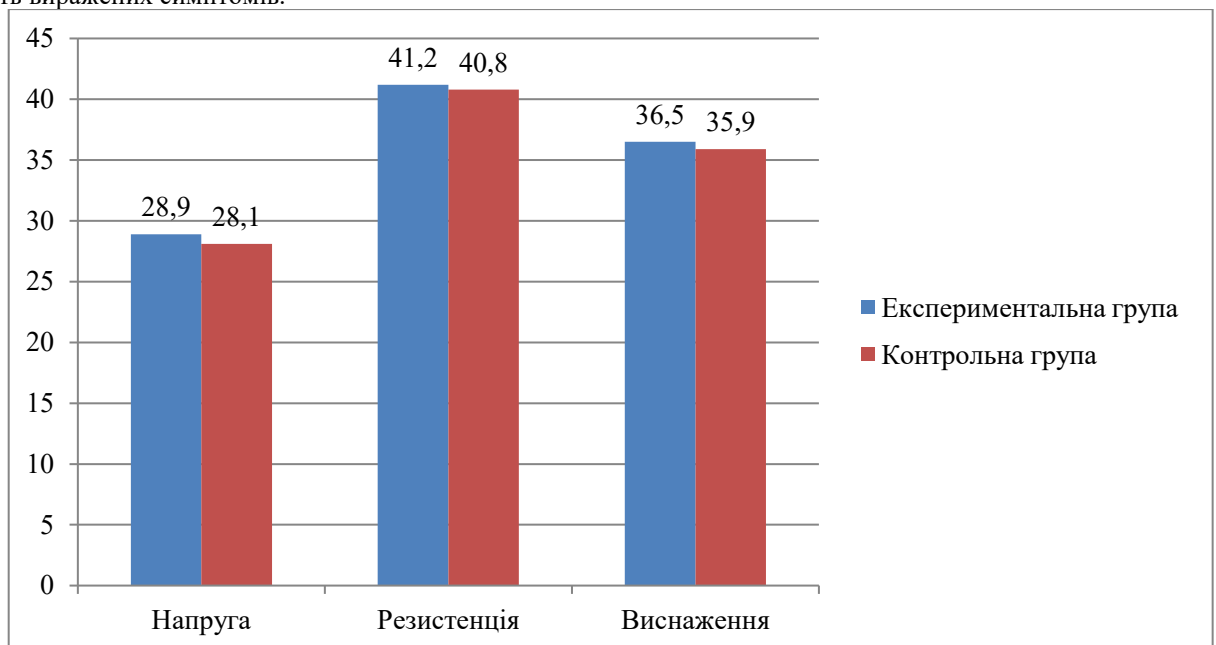


Рисунок 2.1 – Середні значення рівнів прояву стадій емоційного вигорання респондентів експериментальної і контрольної груп

Отримані дані свідчать про високу поширеність симптомів емоційного вигорання серед медичних працівників обох груп. У експериментальній групі виявлено: високі середні значення на всіх трьох стадіях (напруга – 28,9; резистенція – 41,2; виснаження – 36,5), що свідчить про наявність емоційного перенапруження, зниження стресостійкості, формування цинічного ставлення до професійних обов'язків та загальну емоційну виснаженість (див. табл. 2.4).

Таблиця 2.4 – Частотний розподіл рівнів прояву стадій емоційного вигорання (%)

Група	Стадія	Низький рівень (%)	Середній рівень (%)	Високий рівень (%)
Експериментальна група	Напруга	12,9 %	51,6 %	35,5 %
	Резистенція	6,5 %	45,2 %	48,3 %
	Виснаження	9,7 %	51,6 %	38,7 %
Контрольна група	Напруга	16,1 %	54,8 %	29,1 %
	Резистенція	9,7 %	45,2 %	45,2 %
	Виснаження	12,9 %	54,8 %	32,3 %

Аналогічну картину зафіксовано і в контрольній групі, де рівні лише дещо нижчі, але статистично достовірно не відрізняються. Це підтверджує початкову психологічну співмірність груп, що дозволяє надалі обґрунтовано порівнювати ефективність застосування арттерапевтичної програми у рамках формувального етапу.

Найвищі показники в обох групах зафіксовані на стадії резистенції, що узгоджується з дослідженнями М. Борисової, О. Романчук та К. Маслач, які наголошували, що саме цей етап є найбільш типовим для працівників системи охорони здоров'я на фоні хронічного стресу, перенавантаження та відсутності ефективної психологічної підтримки.

Далі представимо аналіз рівня соціального адаптаційного стресу медичних працівників на констатувальному етапі (за шкалою Т. Холмса, Р. Раге) (табл. 2.5).

Таблиця 2.5 – Середні показники загального рівня життєвого стресу, $M \pm SD$

Група	Середнє значення стресових балів	Діапазон балів (мінімальні – максимальні)
Експериментальна	317,6 ± 49,3	245-406
Контрольна	309,1 ± 52,8	233-398

Аналіз отриманих даних свідчить про надзвичайно високий рівень життєвого стресу у більшості респондентів обох досліджуваних груп. У експериментальній групі 71 % учасників мають критичний рівень соціального

стресу (понад 300 балів), що свідчить про високу ймовірність порушення фізичного та психічного здоров'я. У контрольній групі таких респондентів 61,3 %, що також підтверджує серйозне напруження адаптаційних ресурсів.

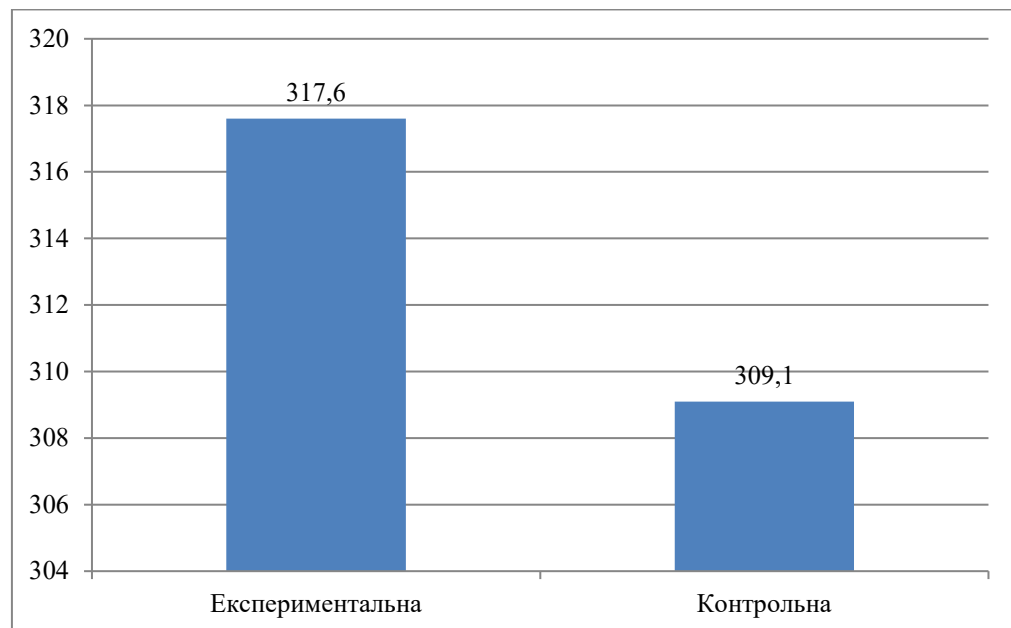


Рисунок 2.2 – Середнє значення стресових балів респондентів

Таблиця 2.6 – Розподіл респондентів за рівнями життєвого стресу (%)

Група	Низький рівень	Середній	Високий
Експериментальна	0 %	29,0 %	71,0 %
Контрольна	3,2 %	35,5 %	61,3 %

Середні значення в обох групах перевищують межеве значення у 300 балів: в експериментальній групі – 317,6 балів, у контрольній – 309,1. Це свідчить про масовий характер сильного стресового стану, що особливо актуально для медичних працівників, які виконують професійну діяльність в умовах війни, емоційної нестабільності, ризику, відповідальності, дефіциту ресурсів і постійного контакту з людським болем.

Найчастіше респонденти відзначали такі високостресові події, як: загроза безпеці родини, втрата близьких, фінансова нестабільність, професійні конфлікти, хронічна втома, необхідність приймати життєво важливі рішення під тиском часу.

Отримані результати корелюють із високими показниками тривожності та симптомами емоційного вигорання, виявленими за іншими методиками, що ще

раз підкреслює високий ризик психологічної дезадаптації медичного персоналу та необхідність системної психопрофілактики.

Аналіз емоційного стану медичних працівників за результатами кольорового тесту Люшера дозволив оцінити поточний психоемоційний стан респондентів, рівень їхньої адаптації, психічного напруження, конфліктності та наявність прихованих переживань (див. табл. 2.7).

Таблиця 2.7 – Преференція основних кольорів (%) (перші 3 позиції у ранжуванні)

Колір	Експериментальна група	Контрольна група
Синій (1)	67,7 %	64,5 %
Зелений (2)	54,8 %	51,6 %
Червоний (3)	41,9 %	45,2 %
Жовтий (4)	29,0 %	35,5 %

Зменшення преференції жовтого та червоного кольорів у понад 50 % респондентів може свідчити про втрату активної життєвої позиції, емоційне виснаження, домінування тривожних тенденцій.

Таблиця 2.8 – Наявність індикаторів стресу за тестом Люшера (%)

Параметр	Експериментальна (%)	Контрольна (%)
Ознаки прихованої тривожності	83,9 %	77,4 %
Підвищена внутрішня напруга	61,3 %	58,1 %
Ознаки емоційного виснаження	71,0 %	67,7 %
Емоційна ізоляція, самозахист	48,4 %	51,6 %

Результати дослідження свідчать, що переважна більшість учасників обох груп продемонстрували високий рівень емоційного перенапруження та психічного виснаження. Частий вибір сірих, чорних та коричневих кольорів на перших позиціях або відкидання основних кольорів сигналізує про емоційне виснаження, втрату внутрішньої мотивації, пригнічення базових потреб (в безпеці, відпочинку, підтримці).

Висока частка прихованої тривожності (експериментальна група – 83,9 %; контрольна група – 77,4 %) свідчить про наявність латентного внутрішнього

конфлікту, що не завжди усвідомлюється респондентами, але значною мірою визначає їхню поведінку та емоційні реакції. Найбільш показовими є ознаки емоційного виснаження та ізоляції, оскільки понад 70 % учасників експериментальної групи демонструють симптоми емоційного знебарвлення, апатії, зниження рівня життєвої енергії, що повністю узгоджується з даними методики В. Бойка.

Ці особливості особливо актуальні для працівників охорони здоров'я в умовах затяжної кризи, зумовленої воєнним станом, де домінує високий рівень емоційної відповідальності, дефіцит психологічних ресурсів, обмежені можливості для емоційного відновлення. Показники експериментальної та контрольної груп не мають статистично достовірних розбіжностей ($p > 0,05$) на етапі констатування, що забезпечує валідність подальшого аналізу динаміки психоемоційного стану під впливом арттерапевтичної програми підтримки.

Кольоровий тест Люшера виявився високочутливим інструментом для діагностики суб'єктивного емоційного дискомфорту, психічного перенапруження та рівня ресурсності медичного персоналу, що дозволило глибше зрозуміти особливості їхнього функціонування в кризових умовах.

Завершенням діагностичного етапу дослідження був аналіз результатів опитувальника копінг-стратегій Brief-COPE (в адаптації Т. Яблонської, О. Верник, Г. Гайворонського). Всі шкали інструменту було поділено за функціональною ознакою на функціональні (адаптивні) копінги, які сприяють ефективному вирішенню проблеми або емоційному регулюванню та неефективні (дезадаптивні) копінги, що призводять до уникнення, дезорганізації чи посилення стресу (табл. 2.9).

Таблиця 2.9 – Середні значення ($M \pm SD$) адаптивних та дезадаптивних копінг-стратегій у досліджуваних групах

Копінг	Експериментальна група	Контрольна група
Адаптивні копінги		
Позитивна переоцінка	$3,2 \pm 0,7$	$3,1 \pm 0,6$
Планування	$3,4 \pm 0,6$	$3,3 \pm 0,7$

Активне подолання	3,3 ± 0,5	3,2 ± 0,6
Звернення за емоційною підтримкою	2,9 ± 0,8	2,7 ± 0,7
Звернення за інструментальною підтримкою	3,0 ± 0,7	2,8 ± 0,8
Прийняття	2,7 ± 0,6	2,6 ± 0,7
Почуття гумору	2,3 ± 0,9	2,2 ± 0,8
Сумарно (адаптивні)	20,8 ± 2,9	19,9 ± 3,2
Деадаптивні копінги		
Втеча-уникнення	3,1 ± 0,6	3,2 ± 0,5
Заперечення	2,8 ± 0,7	3,0 ± 0,6
Поведінкова дезорганізація	2,9 ± 0,8	3,1 ± 0,7
Самозвинувачення	3,4 ± 0,6	3,5 ± 0,5
Звинувачення інших	2,7 ± 0,9	2,8 ± 0,8
Вживання психоактивних речовин	2,1 ± 0,5	2,0 ± 0,4
Релігійна рефлексія	2,6 ± 0,7	2,7 ± 0,6
Сумарно (деадаптивні)	19,6 ± 2,5	20,3 ± 2,8

У респондентів обох груп домінують когнітивно-орієнтовані стратегії: планування, позитивна переоцінка, активне подолання. Це вказує на потенціал до раціонального аналізу проблеми, формування цілей і дій, орієнтованих на конструктивне вирішення. У близько 65 % учасників ці стратегії посідали найвищі рейтингові позиції. Водночас, знижені показники використання соціальної підтримки (емоційної та інструментальної) та почуття гумору свідчать про емоційне закриття та зниження пластичності у регуляції психоемоційного стану. Цей факт корелює з показниками тесту Люшера (емоційна ізоляція) і потребує корекції.

Особливу увагу привертають високі показники самозвинувачення (3,4-3,5), поведінкової дезорганізації, уникнення та заперечення, що спостерігаються у понад 70 % респондентів. Такі копінги свідчать про високу емоційну вразливість, труднощі в осмисленні ситуації, тенденцію до внутрішнього конфлікту, самокритики, ризику для розвитку депресивних чи тривожних станів.

Середній рівень адаптивності копінгів у обох групах є помірним, але потенційно корисним для подальшої психокорекції. Високий рівень

дезадаптивних копінгів, особливо емоційно-деструктивних, вказує на виснаження внутрішніх ресурсів та високий рівень невирішеного стресу. Відсутність значущих статистичних відмінностей між групами ($p > 0,05$) підтверджує початкову однорідність вибірки, що забезпечує достовірність подальших висновків щодо ефективності арттерапевтичного втручання.

Результати констатувального етапу дослідження засвідчили високий рівень психоемоційного напруження, професійного виснаження та домінування неадаптивних копінг-стратегій серед медичного персоналу, які функціонують в умовах затяжної соціально-політичної кризи, зумовленої війною в Україні. Учасники дослідження обох груп (експериментальної та контрольної) продемонстрували схожі показники за всіма діагностичними методиками, що свідчить про валідну початкову базу для подальшої експериментальної перевірки ефективності запропонованої психологічної інтервенції.

Таким чином, узагальнений аналіз результатів констатувального етапу дозволяє стверджувати, що медичні працівники, які задіяні в наданні допомоги в умовах воєнного часу, потребують цілеспрямованої психологічної інтервенції, спрямованої на зниження рівня тривожності та стресу; профілактику й корекцію емоційного вигорання; активізацію ефективних копінг-стратегій; відновлення психоемоційної рівноваги та внутрішніх ресурсів.

Це створило підґрунтя для розроблення та впровадження комплексної програми підтримки медичного персоналу з використанням арттерапевтичних засобів, яка представлена у наступному пункті кваліфікаційної роботи.

2.3 Формувальний етап реалізації програми психологічної підтримки медичного персоналу техніками арттерапії

Формувальний етап дослідження передбачав розробку, впровадження та апробацію психологічної програми підтримки медичного персоналу, що функціонують в умовах кризових ситуацій. У контексті цього дослідження програма спрямована на зниження психоемоційного напруження, підвищення

рівня стресостійкості, розвиток внутрішніх ресурсів та сприяння професійному відновленню персоналу, який систематично зіштовхується з високим рівнем психологічного навантаження.

У межах формувального етапу здійснювалося впровадження авторської ресурсної програми психологічної підтримки «Кольори внутрішньої опори», яка базується на арттерапевтичних підходах, зокрема: кольоротерапії, ізотерапії, мандалотерапії, техніках візуалізації, колажуванні, символічному моделюванні емоційного стану, роботі з метафоричними картами, методах кататимного переживання образів.

Програма розроблена з урахуванням основних принципів позитивної психотерапії, екзистенційного підходу, ресурсно-орієнтованої арттерапії та елементів когнітивно-поведінкової терапії. Також враховано особливості професійної діяльності медичного персоналу, які працюють в умовах надмірного стресу, емоційного вигорання та кризи ідентичності.

Основними завданнями програми є:

зниження емоційної напруги за допомогою безпечних невербальних способів (малюнок, колір, форма);

підвищення рівня усвідомлення власного емоційного стану;

стимулювання процесів емоційного самовираження;

відновлення почуття контролю та безпеки;

пошук індивідуальних внутрішніх опор;

активізація адаптивних копінг-стратегій;

формування позитивного образу «Я» у професійній та особистісній сферах.

Програма реалізується протягом двох місяців у форматі 8 групових занять тривалістю 1,5 години кожне, з періодичністю 1 раз на тиждень. Заняття проводяться із дотриманням принципів конфіденційності, добровільності участі та емоційної безпеки. Перед початком та після завершення програми проводилося діагностичне обстеження (констатувальний і контрольний зріз) із використанням валідованих психодіагностичних методик, що дозволяє

здійснити кількісний та якісний аналіз динаміки психоемоційного стану учасників експериментальної групи.

Представимо детальніше структуру програми «Кольори внутрішньої опори» з описом тематичних модулів.

Модуль 1. Усвідомлення емоційного стану та зниження напруги

Мета: розвиток здатності до емоційної саморефлексії та зменшення внутрішньої напруги.

Завдання:

формування навичок розпізнавання власних емоцій;

вивчення особистих ресурсів для зниження стресу;

створення безпечного простору для самовираження. Очікувані результати:

зниження рівня тривожності;

розвиток емоційної свідомості;

перше включення у терапевтичну взаємодію.

Структура заняття:

Привітання, налаштування

1. Вправа «Моє емоційне небо» (малювання кольоровими олівцями власного стану).

2. Техніка «Контейнер для емоцій» (використання образу ємності для «зберігання» складних переживань).

3. Музична релаксація

Підсумок, рефлексія: Обговорення відчуттів після вправ за допомогою техніки продовження речення «Моя емоція сьогодні...».

Модуль 2. Емоційна регуляція та ресурсне відновлення

Мета: розвиток навичок емоційного саморегулювання.

Завдання:

вивчення способів емоційної стабілізації;

посилення внутрішніх ресурсів;

закріплення конструктивних механізмів подолання стресу.

Очікувані результати:

підвищення впевненості у здатності впливати на свій стан;
активізація уявлень про ресурсні образи.

Структура заняття:

1. Релаксаційна вправа «Дихання квітки».
2. Техніка «Мій ресурс» (створення колажу із зображеннями ресурсів).
3. Візуалізація «Безпечне місце» (під аудіо супровід).

Підсумок, рефлексія: малювання власного ресурсу у вигляді символу та вправа «Я зберігаю в собі...»

Модуль 3. Відновлення відчуття контролю

Мета: повернення відчуття власного впливу на події свого життя.

Завдання:

осмислення зон контролю;
розвиток здатності до самостійного прийняття рішень;
формування образу сили.

Очікувані результати:

зниження відчуття безпорадності;
усвідомлення власної сили.

Структура заняття:

1. Вправа «Коло контролю» (робота з зонами впливу/контролю).
2. Техніка «Образ моєї сили» (створення фігурки з пластиліну або глини).
3. Вправа «Якби я був супергероєм...»

Підсумок, рефлексія: обговорення внутрішніх ресурсів.

Домашнє завдання: написання щоденника: «Що я контролюю сьогодні»

Модуль 4. Опрацювання втрати, страху і провини

Мета: емоційне проживання важких почуттів, пов'язаних із досвідом втрат.

Завдання:

дати простір для безпечного вираження страху, горя, провини;
зниження емоційної ізоляції;
підтримка процесу емоційного звільнення.

Очікувані результати:

вираження пригнічених емоцій;
зменшення інтенсивності почуття провини.

Структура заняття:

1. Вправа «Лист втратам» (письмова терапія).
2. Арт-техніка «Порожній стілець» (робота з образами візуально).
3. Техніка «Подолання» (малюнок моста через ріку страху).

Підсумок, рефлексія: аудіо-медитація «Прощення»

Модуль 5. Відновлення цінностей і сенсів

Мета: переосмислення ціннісних орієнтирів у посткризовий період.

Завдання:

повернення до власних життєвих орієнтирів;
формування відчуття сенсу навіть у складних обставинах.

Очікувані результати:

відчуття внутрішньої опори;
активізація життєвих цілей.

Структура заняття:

1. Техніка «Дерево сенсів» (малювання фарбами з обговореннями).
2. Артвправа «Мій шлях» (створення колажу або малюнку дороги).
3. Робота з цитатами: «Що дає мені цей зміст?»

Підсумок, рефлексія: написання листа «Мій внутрішній маяк».

Модуль 6. Відновлення контактів та соціальної взаємодії

Мета: сприяння емоційному зближенню в колективі, формування довіри.

Завдання:

активізувати командну підтримку;
налагодити відкриту комунікацію;
зменшити почуття ізоляваності.

Очікувані результати:

зростання рівня довіри в групі;
покращення соціального клімату.

Структура заняття:

1. Розігрів: «Мій символ у групі»
 2. Арттехніка «Портрет з елементів інших» (кожен учасник додає щось до портрета іншого).
 3. Вправа «Коло підтримки» (вербальні повідомлення підтримки)
- Підсумок, рефлексія: обговорення «Яка підтримка мені потрібна» та відкриті побажання в групі.

Модуль 7. Креативність як шлях до внутрішнього відновлення

Мета: активізація творчого потенціалу як ресурсу відновлення.

Завдання:

зниження психологічної втоми;
 стимуляція уяви;
 вивільнення позитивних емоцій.

Очікувані результати:

підвищення настрою;
 відновлення відчуття радості від творчості.

Структура заняття:

1. Музично-візуальна імпровізація (під музику створюється спонтанне зображення).
 2. Техніка «Малювання в темряві» (без зорового контролю відбувається вивільнення внутрішнього).
 3. Створення колажу «Моя мрія».
- Підсумок, рефлексія: виставка робіт та усна рефлексія у формі «3 відкриття про себе».

Модуль 8. Інтеграція досвіду та завершення

Мета: узагальнення особистого досвіду, завершення терапевтичного процесу.

Завдання:

усвідомлення змін, які відбулися;

формування планів на подальше ресурсне життя;
символічне завершення роботи.

Очікувані результати:

інтеграція набутих знань і навичок;

готовність до самостійного використання технік у майбутньому.

Структура заняття:

1. Техніка «Коло мого росту» (малювання прогресу).
2. Вправа «Подарунок собі майбутньому» (лист собі).
3. Створення спільного арт-об'єкта (символ групової сили)

Підсумок, рефлексія: завершальне коло зворотного зв'язку. Учасники отримують сертифікати участі, обговорюють враження.

У межах формувального етапу експериментального дослідження з реалізації програми психологічної підтримки медичного персоналу засобами арттерапії експериментальна група була додатково розподілена на дві підгрупи. Такий поділ було зумовлено потребою в забезпеченні якісної організації занять у малих групах, що, водночас, сприяло більш ефективній взаємодії, глибшому опрацюванню особистісних переживань та забезпеченню психологічної безпеки учасників.

Підгрупа 1 налічувала 10 осіб, підгрупа 2 – 10 осіб. Розподіл здійснювався із дотриманням принципу добровільності, враховуючи індивідуальні особливості, графіки роботи та готовність до участі у груповій терапевтичній взаємодії. Заняття в кожній підгрупі проводилися паралельно за ідентичною структурою програми, що забезпечувало єдність експериментального впливу, контрольованість умов реалізації програми та можливість подальшого узагальнення результатів дослідження. Такий формат дозволив не лише оптимізувати процес психотерапевтичної взаємодії, але й створити безпечний простір для вираження емоцій, формування довіри в групі та активізації внутрішніх ресурсів учасників у межах використання арттерапевтичних технік.

Після завершення формувального етапу дослідження було здійснено контрольне вимірювання з метою оцінки її ефективності. Загальна кількість

учасників як у контрольній, так і в експериментальній групі становила по 20 особи. Експериментальна група, нагадаємо, була попередньо поділена на дві підгрупи: перша – 10 учасників, друга – 10 учасників, що дозволило здійснити глибший внутрішньо-груповий аналіз змін, зокрема вплив індивідуальних та групових форм роботи (див. табл. 2.10).

Таблиця 2.10 – Порівняльний аналіз показників учасників експериментальної та контрольної груп до і після реалізації програми підтримки

№	Показники	ЕГ*: до (%)	КГ: до (%)	ЕГ: після (%)	КГ: після (%)
1	Ситуативна тривожність	70	69	45	68
2	Особистісна тривожність	75	74	50	74
3	Емоційне вигорання	65	64	38	63
4	Дезадаптивні копінг-стратегії	60	59	33	58
5	Адаптивні копінг-стратегії	40	41	65	42
6	Рівень стресу	68	67	40	66
7	Загальний емоційний стан	58	57	72	58

* ЕГ – експериментальна група, КГ – контрольна група

У контрольній групі показники рівня тривожності залишилися статистично незмінними: середнє значення ситуативної тривожності після експерименту становило 42,5 бала ($\sigma=4,3$) на противагу 42,1 бала ($\sigma=4,6$) на констатувальному етапі, що свідчить про незначні коливання в межах похибки. Особистісна тривожність демонструвала подібну тенденцію (43,8 бала зменшились до 43,2 бала).

Натомість в експериментальній групі спостерігається виразна позитивна динаміка. Показник ситуативної тривожності знизився з 44,6 бала ($\sigma=4,9$) до 37,1 бала ($\sigma=4,1$), а особистісної – з 45,2 бала ($\sigma=5,0$) до 38,6 бала ($\sigma=4,3$). Виявлено статистично значущі зміни ($p<0,01$) за критерієм Вілкоксона для залежних вибірок, що свідчить про ефективність програми в зниженні тривожності.

У контрольній групі динаміка щодо показників емоційного вигорання залишилась статистично несуттєвою: загальний індекс становив 64,2 % → 63,5 % з незначними коливаннями в межах субшкал («фаза напруги», «резистенція», «виснаження»). Кореляційний аналіз ($r=0,89$) між результатами до та після засвідчив високу стійкість показників, тобто відсутність змін унаслідок зовнішніх впливів.

Натомість в експериментальній групі виявлено істотне зниження рівня емоційного вигорання: з 68,7 % до 51,3 %, особливо за шкалами «емоційне виснаження» та «редукція професійних досягнень». Позитивна динаміка підтверджується зворотною кореляцією між показниками тривожності та фазами вигорання ($r=-0,71$), що свідчить про взаємозв'язок зниження тривожності зі зниженням вигорання.

У контрольній групі переважали малоефективні способи подолання стресу (наприклад, «дистанціювання», «втеча-уникнення», «самозвинувачення») як до, так і після експерименту. Середній індекс конструктивних копінгів залишився на рівні 45,1 бала, тоді як ескапістські копінги становили 58,7 бала.

Експериментальна група демонструє значне зростання використання проблемно-орієнтованих стратегій («планування», «пошук соціальної підтримки», «позитивна переоцінка») – з 48,2 бала до 63,9 бала, а індекс емоційно-деструктивних копінгів знизився з 59,1 бала до 43,4 бала. Статистично значущі зміни зафіксовані на рівні $p<0,01$ (t-критерій Стьюдента для незалежних вибірок), що свідчить про сформованість здорових механізмів подолання стресу внаслідок участі в програмі.

Рівень суб'єктивного стресу в контрольній групі залишився в діапазоні помірною – 21,3 бала ($\sigma=3,5$) до 20,8 бала ($\sigma=3,7$), зміни не є значущими. Водночас експериментальна група показала суттєве зниження показників з 24,9 бала до 17,2 бала, що свідчить про перехід зі стану сильного до помірною стресу. Кореляційний аналіз між зниженням рівня стресу та зростанням конструктивних копінг-стратегій показав коефіцієнт $r=-0,65$, що підтверджує зв'язок між психоемоційною стабілізацією та розвитком адаптивних механізмів.

У контрольній групі відмічено незначні коливання емоційного тону та напруження. Показник загального фону залишився в межах негативно-забарвленого емоційного стану ($M=-1,8$ за шкалою від -3 до $+3$). В експериментальній групі відбувся зсув емоційного стану в бік позитивного: $M=+0,9$, що свідчить про виражене покращення загального емоційного самопочуття, зниження внутрішнього конфлікту, роздратування, апатії. Статистично значущі зміни фіксуються за критерієм Манна-Уїтні ($p<0,01$) (див. рис. 2.3).

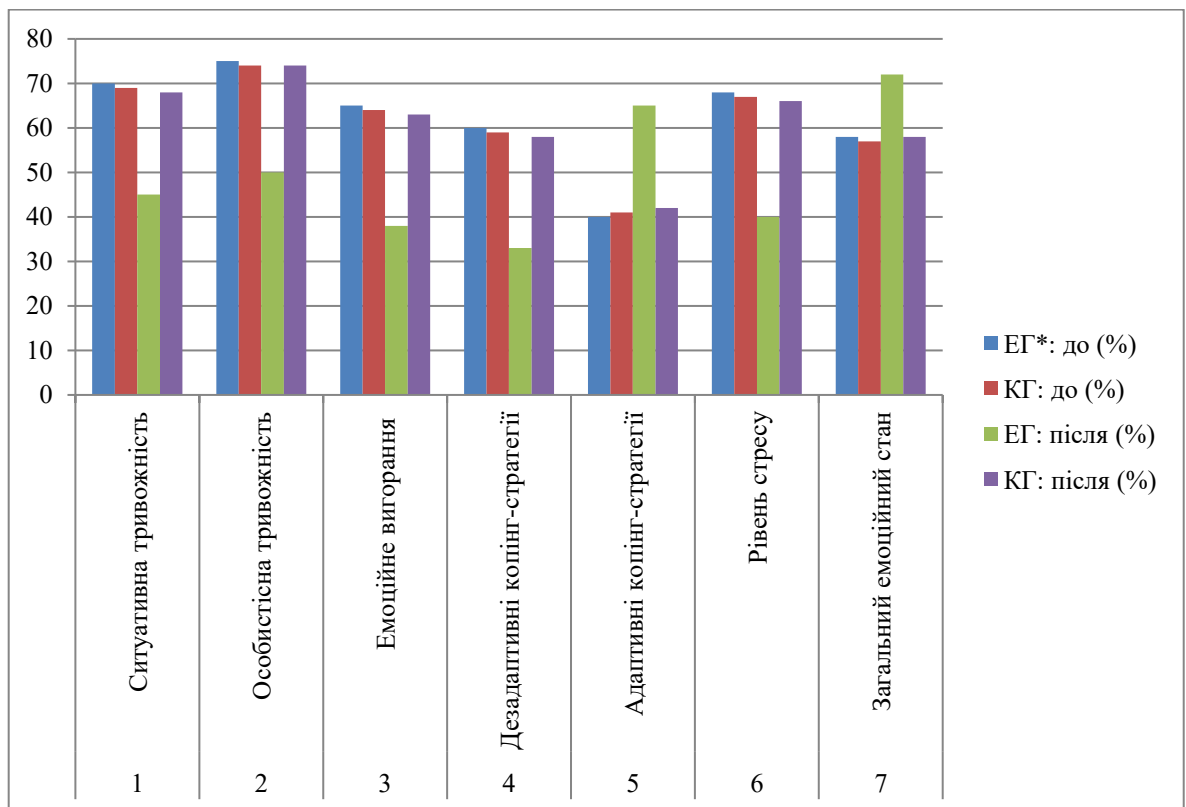


Рисунок 2.3 – Порівняльний аналіз показників експериментальної та контрольної груп до і після реалізації програми підтримки

Отримані результати свідчать про статистично підтверджену ефективність реалізованої програми, спрямованої на розвиток здорових копінг-стратегій, зниження рівня тривожності, вигорання та покращення емоційного стану учасників. Позитивна динаміка у всіх досліджуваних показниках в експериментальній групі контрастує зі стабільно високими рівнями психологічної напруги у контрольній групі, що підтверджує доцільність

подальшого впровадження програми в роботу з професійними ризиками та психоемоційною нестабільністю.

На основі результатів контрольного зрізу, отриманих після впровадження формульованого етапу експерименту, було підтверджено висунуту нами гіпотезу: застосування арттерапії як засобу психологічної підтримки медичного персоналу в умовах кризових ситуацій сприяло зниженню рівня психоемоційної напруги, ситуативної та особистісної тривожності, симптомів професійного вигорання та стресу. Водночас, спостерігалось покращення загального емоційного стану та більш адаптивне використання копінг-стратегій, що свідчить про ефективність запропонованої програми психоемоційної підтримки.

Таким чином, отримані результати формульованого етапу дослідження дали змогу обґрунтувати ефективність арттерапевтичного втручання та стали підґрунтям для розроблення практичних рекомендацій щодо впровадження арттерапії в систему психологічної підтримки медичного персоналу.

2.4 Практичні рекомендації щодо впровадження арттерапії в систему підтримки медичного персоналу

На основі отриманих даних формульованого етапу нашого дослідження ми сформулювали науково обґрунтовані практичні рекомендації щодо впровадження арттерапії як ефективного інструменту психологічної допомоги медичним працівникам у сучасних умовах професійної діяльності.

1. Впроваджувати систематичні арттерапевтичні заняття у структурованому форматі в межах програм психологічного супроводу медичних працівників.

Систематичність та регулярність арттерапевтичних занять є необхідним складником для забезпечення стійкого терапевтичного ефекту. Такі заняття можуть бути інтегровані у графік внутрішніх тренінгів або занять з профілактики професійного вигорання, проходити 1-2 рази на тиждень, із залученням кваліфікованих психологів або арт терапевтів [64]. Структурований підхід

передбачає використання перевірених технік (мандалотерапія, колажування, нейрографіка, пісочна терапія тощо), з чітко визначеними цілями: зниження тривожності, стабілізація емоційного стану, підвищення самоусвідомлення тощо.

2. Забезпечити фахову підготовку практичних психологів та інших фахівців з психічного здоров'я щодо використання арттерапевтичних методик.

Необхідно організовувати підвищення кваліфікації психологів, що працюють у сфері охорони здоров'я, шляхом проходження сертифікованих курсів, семінарів та тренінгів з арттерапії. Поглиблене розуміння механізмів впливу арттерапії на психіку людини, знання протоколів безпечного супроводу клієнтів та вміння підбирати методики відповідно до індивідуального запиту є передумовою ефективного впровадження арттерапії як інструменту підтримки медичних працівників.

3. Розробити адаптовані арттерапевтичні програми з урахуванням специфіки діяльності медичного персоналу (високий рівень стресу, емоційного навантаження, дефіцит часу тощо).

Програми мають бути короткостроковими, доступними та ефективними, орієнтованими на мобільне застосування, тобто з можливістю реалізації як у формі групових, так й індивідуальних занять у позаробочий або робочий час. Важливо враховувати професійні ризики (вигорання, вторинна травматизація), тому доцільно включати елементи релаксації, психоедукації, техніки візуального самовираження. Програма повинна мати оцінку ефективності на кожному етапі (за допомогою психодіагностичних методик).

4. Інституціоналізувати арттерапію як складову частину системи охорони психічного здоров'я медичних працівників у закладах охорони здоров'я.

Рекомендується впровадити інституційний підхід: створення кабінетів психологічного розвантаження, введення штатних одиниць арттерапевтів або мультидисциплінарних команд підтримки, розробка внутрішніх політик щодо профілактики професійного вигорання та емоційного виснаження. Варто

закріпити положення про арттерапію в нормативних документах медичних закладів як форму психоемоційної підтримки персоналу.

5. Проводити моніторинг ефективності арттерапевтичних втручань шляхом психодіагностики до і після участі у програмі.

Для обґрунтування доцільності впровадження арттерапії як постійного елементу підтримки медичного персоналу важливо здійснювати регулярну оцінку рівня стресу, тривожності, симптомів вигорання та психоемоційної стабільності за допомогою валідних психометричних методик. Це дозволить не лише об'єктивізувати результати, а й удосконалювати зміст програм відповідно до потреб учасників.

6. Інтегрувати арттерапевтичні елементи у процес професійного навчання та післядипломної освіти медичних працівників.

Інтеграція базових арттерапевтичних технік до програм підвищення кваліфікації медичного персоналу сприятиме формуванню навичок саморегуляції, психоемоційного розвантаження та професійної гігієни. Це дозволить медичним працівникам опанувати прості форми арттерапії (наприклад, візуальні щоденники, техніки автопортрету, асоціативне малювання) як інструменти самопомоги у напружених умовах професійної діяльності, підвищуючи рівень психологічної культури та стресостійкості.

7. Підвищувати поінформованість керівників медичних закладів щодо ефективності арттерапії у сфері охорони психічного здоров'я персоналу.

Ефективне впровадження арттерапевтичних програм можливе лише за підтримки адміністрації медичних установ. Рекомендується проводити роз'яснювальну роботу, презентації досліджень, що демонструють вплив арттерапії на зниження симптомів вигорання, тривожності й стресу, та ознайомлювати керівників з позитивним досвідом зарубіжних та вітчизняних практик. Це сприятиме зменшенню упередженого ставлення до арттерапії як до «допоміжної» практики та формуванню сприятливого організаційного клімату для її впровадження.

8. Формувати міждисциплінарні команди для розробки та реалізації арттерапевтичних заходів у медичних закладах.

Співпраця психологів, психотерапевтів, арттерапевтів, освітян та самих медичних працівників дозволить створити програми, що будуть максимально адаптовані до контексту діяльності персоналу. Такий підхід забезпечить гнучкість, відповідність актуальним запитам та підвищить мотивацію до участі у психологічних інтервенціях. Командна модель дає змогу поєднувати різні форми арттерапії (музикотерапія, казкотерапія, кінезіоарт, драматерапія) для досягнення комплексного психотерапевтичного ефекту.

9. Стимулювати участь медичного персоналу у добровільних арттерапевтичних заходах через створення безпечного і довірливого середовища. Арттерапевтична робота повинна відбуватися у просторі, вільному від тиску, оцінювання чи конкуренції. Важливо створити атмосферу емоційної безпеки, де учасники можуть вільно самовиражатися та досліджувати власний внутрішній світ. Рекомендується уникати директивності, забезпечити конфіденційність, добровільність участі та індивідуальний підхід до кожного учасника, що значно підвищує ефективність психокорекційної роботи.

10. Впроваджувати цифрові формати арттерапії як засіб дистанційної підтримки медичних працівників.

Ураховуючи обмежений ресурс часу, фізичне виснаження та ризики особистої безпеки, доцільним є застосування онлайн-арттерапевтичних платформ, мобільних додатків, відеосесій та інтерактивних арт-завдань. Це забезпечить доступність арттерапії для медичних працівників навіть у складних умовах, таких як чергування, віддалена робота або карантинні обмеження. Цифрові рішення мають супроводжуватись методичним забезпеченням та професійним фасилітаторством відповідних фахівців.

Узагальнюючи запропоновані практичні рекомендації, слід підкреслити, що результати проведеного дослідження, як констатувального, так і формувального етапу, підтвердили ефективність впровадження арттерапії як інструменту психологічної підтримки медичного персоналу. Практичне

застосування окреслених рекомендацій дозволяє не лише забезпечити стійке зниження негативних симптомів, а й створити цілісну систему психологічної підтримки в умовах високого професійного навантаження. Таким чином, запропонована арттерапевтична програма та практичні рекомендації можуть бути інтегровані у діяльність медичних закладів як ефективний засіб профілактики та корекції психологічних труднощів у медичних працівників.

Висновки до розділу

У результаті проведеного емпіричного дослідження використання арттерапії для підтримки медичного персоналу в умовах кризових ситуацій було реалізовано комплексний підхід, що поєднує теоретико-методологічне обґрунтування, констатувальний аналіз, впровадження програми арттерапевтичної підтримки «Кольори внутрішньої опори» та формулювання практичних рекомендацій.

На констатувальному етапі дослідження було проведено емпіричну діагностику психоемоційного стану медичного персоналу в умовах хронічного стресу та підвищеного навантаження внаслідок кризових подій. За результатами шкали Спілбергера-Ханіна було виявлено підвищений рівень як особистісної, так і ситуативної тривожності, що підтверджує дані інших вітчизняних і зарубіжних дослідників щодо високої тривожної насиченості професійної діяльності медичного персоналу в екстремальних умовах.

Аналіз за методикою В. Бойка засвідчив переважання другої (резистентної) та третьої (виснаження) стадії синдрому емоційного вигорання, що відображає хронічний вплив професійного стресу, втрату емоційної енергії та мотивації до виконання функціональних обов'язків. Згідно з даними шкали соціального адаптаційного стресу Г. Холмса, Р. Раге, у більшості учасників виявлено високий рівень кумулятивного стресового навантаження, що виходить за межі

допустимих психофізіологічних ресурсів і створює підґрунтя для розвитку психосоматичних порушень.

Результати кольорового тесту Люшера вказали на емоційну пригніченість, приховану тривожність, схильність до самозахисних реакцій і психологічної ізоляції, що узгоджується з показниками методики В. Бойка та свідчить про нестачу ефективних стратегій емоційного регулювання. Опитувальник Brief-COPE дозволив виявити, що, незважаючи на часткове використання адаптивних копінгів, значна частина медичних працівників систематично вдається до дезадаптивних копінг-стратегій, що вказує на психоемоційне виснаження та потребу в професійній психологічній підтримці. Результати засвідчили наявність високого рівня емоційного виснаження, проявів професійної деформації та зниження мотивації в значній частини учасників дослідження, що підтвердило необхідність цілеспрямованої психологічної підтримки.

Формувальний етап дослідження передбачав розробку та впровадження авторської програми психологічної підтримки медичного персоналу із застосуванням методів арттерапії. Заняття проводилися в груповому форматі з урахуванням специфіки професійної діяльності медиків та доступного ресурсу часу. У результаті реалізації програми спостерігалася позитивна динаміка психоемоційного стану учасників: знизився рівень тривожності, напруження та емоційного вигорання, зросла суб'єктивна оцінка власної стресостійкості та внутрішнього ресурсу. Проведений аналіз ефективності арттерапевтичного втручання засвідчив високий потенціал методів арттерапії як засобу відновлення психологічного благополуччя, зміцнення внутрішніх опор і формування адаптивних копінг-стратегій у медичних працівників, які функціонують в умовах кризового навантаження. Також підтвердилася висунута нами гіпотеза про те, що застосування арттерапії як засобу психологічної підтримки медичного персоналу в умовах кризових ситуацій сприяє зниженню рівня психічної напруги, проявів тривожності та симптомів професійного стресу, а також покращує загальний психічний стан фахівців.

На завершальному етапі були сформульовані науково обґрунтовані практичні рекомендації щодо впровадження арттерапії в систему підтримки медичного персоналу. Вони базуються на результатах емпіричного дослідження і мають практичну цінність для психологів, керівників закладів охорони здоров'я та інших фахівців, залучених до забезпечення ментального благополуччя медиків.

ВИСНОВКИ

Узагальнення результатів проведеного теоретико-емпіричного дослідження дало змогу отримати цілісне уявлення про особливості психоемоційного стану медичних працівників у кризових умовах та науково обґрунтувати доцільність застосування арттерапевтичних засобів як ефективного напрямку психологічної підтримки, що підтверджує актуальність, теоретичну й практичну значущість поставлених у роботі завдань.

1. У процесі аналізу наукових джерел, присвячених психологічній підтримці медичних працівників, виявлено, що умови надмірного професійного навантаження, емоційного вигорання, тривалого перебування в ситуаціях невизначеності та критичного дефіциту ресурсів спричиняють значне загострення психоемоційного стану медичних працівників. Було доведено, що в умовах криз, таких як пандемії, військові дії, надзвичайні ситуації, медичні працівники особливо потребують системної та фахової психологічної допомоги. Психологічна підтримка має бути орієнтована не лише на подолання стресу, а й на формування механізмів саморегуляції, резильєнтності, відновлення психоемоційної рівноваги. Зокрема, актуальними є підходи, що поєднують глибинну роботу з особистістю за допомогою доступних засобів емоційного розвантаження, серед яких особливе місце посідає арттерапія.

2. Здійснено аналіз теоретичних засад арттерапії як ефективного методу психологічної підтримки. Арттерапія, як інтегративна психотерапевтична методика, базується на використанні художньої діяльності для вираження та трансформації внутрішніх переживань, символічного пропрацювання травматичних досвідів, зниження рівня тривоги та психологічної напруги. Обґрунтовано, що арттерапевтичні практики є безпечними, ненасильницькими та доступними у форматі групової чи індивідуальної допомоги. Теоретичне підґрунтя методу включає положення гуманістичної психології, психодинамічного підходу, тілесно-орієнтованої терапії та теорії творчого потенціалу. Виявлено, що арттерапія сприяє не лише зниженню рівня

емоційного виснаження, а й розвитку саморефлексії, посиленню відчуття контролю над собою та ситуацією, підвищенню професійної мотивації.

3. У процесі емпіричного констатувального етапу дослідження було вивчено психоемоційні особливості медичного персоналу, який працює в умовах інтенсивного професійного стресу. Застосовані психодіагностичні методики дозволили виявити високий рівень тривожності, емоційного вигорання, астеничних проявів, зниження ресурсів саморегуляції та мотиваційної виснаженості у значної частини опитаних. Особливо помітними були показники за шкалами тривожності, нервово-психічного напруження, емоційного виснаження, зниження життєвого тону та зневіри у професійній діяльності. Це підтвердило доцільність та необхідність цілеспрямованого психологічного втручання.

4. На формувальному етапі було розроблено та реалізовано програму психологічної підтримки медичного персоналу з використанням технік арттерапії. Програма включала заняття з елементами кольоротерапії, мандалотерапії, казкотерапії, колажу, а також роботу з метафоричними картками, символами й образами. Заняття проводились у груповому форматі, що сприяло додатковому емоційному ресурсу завдяки підтримки колег. Після завершення програми було зафіксовано позитивну динаміку у психоемоційних станах учасників: зменшення тривожності та емоційного напруження, підвищення самооцінки, покращення настрою, а також зростання відчуття власної ефективності. Отримані результати підтвердили гіпотезу щодо ефективності застосування арттерапії як засобу психологічної підтримки медичного персоналу в умовах кризових ситуацій, який сприяє зниженню рівня психічної напруги, проявів тривожності та симптомів професійного стресу, а також покращує загальний психічний стан медиків.

5. Розроблено практичні рекомендації щодо впровадження арттерапії в систему психологічної підтримки медичного персоналу. Було сформульовано організаційно-методичні умови реалізації таких програм, зокрема: створення безпечного психологічного простору, забезпечення супроводу фахівців з

арттерапії, адаптація технік під специфіку роботи медиків, інтеграція короткострокових втручань у розклад змін або періоди відпочинку. Запропоновано варіанти роботи у форматі міні-груп, індивідуальних сесій та онлайн-занять. Підкреслено важливість міждисциплінарної взаємодії між адміністрацією медичних закладів, психологами, арттерапевтами та самими працівниками для досягнення довготривалого ефекту підтримки.

Отримані результати дослідження можуть бути використані у практичній психології системи охорони здоров'я для створення програм підтримки персоналу в лікарнях, поліклініках, реабілітаційних центрах, госпіталях; в системі кризової інтервенції та екстреної психологічної допомоги як інструмент стабілізації емоційного стану фахівців у період воєнних дій, пандемій, стихійних лих тощо; у центрах психосоціальної підтримки під час роботи з медичним персоналом, що зазнає професійного виснаження або посттравматичних стресових розладах; в освітніх закладах медичного профілю у межах програм підготовки та підвищення кваліфікації з питань емоційного самозбереження та стрес-менеджменту; у науково-дослідній сфері як база для подальших міждисциплінарних досліджень на перетині психології, арттерапії та медицини, а також у роботі органів охорони здоров'я та соціального захисту для розробки політик і нормативів щодо впровадження психологічного супроводу в систему кадрового менеджменту медичних установ.

Таким чином, результати дослідження мають високу прикладну цінність і можуть бути інтегровані в сучасну практику психоемоційної підтримки медичного персоналу як ефективний ресурс збереження їхнього професійного та психологічного благополуччя.

Отже, проведене дослідження підтвердило актуальність, ефективність та практичну значущість арттерапевтичних методик у контексті підтримки психічного здоров'я медичних працівників у кризових умовах. Арттерапія може бути інтегрована в систему психологічного супроводу у медичних закладах як превентивний та відновлювальний інструмент, що дозволяє зберегти

професійний потенціал персоналу та забезпечити емоційну витривалість у періоди підвищених навантажень.

Перспективи подальших досліджень полягають у глибшому вивченні ефективності окремих видів арттерапевтичних технік залежно від професійного профілю медичних працівників, рівня емоційного вигорання та особистісних особливостей. Доцільним є також розроблення та впровадження довготривалих програм психологічної підтримки з використанням арттерапії у медичних закладах, а також вивчення динаміки змін психоемоційного стану персоналу в умовах посткризового відновлення. Подальші дослідження можуть бути спрямовані на міждисциплінарний аналіз впливу арттерапії на якість професійної діяльності медичних працівників, їхню стресостійкість і загальний рівень психологічного благополуччя.

ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ

1. Алексеєнко А. П., Лісовий В. М. Соціально-філософські та етичні проблеми медицини. Харків: Колегіум, 2010. С. 213.
2. Арт-терапія. Велика українська енциклопедія. URL: <https://vue.gov.ua/Арт-терапія> (дата звернення: 16.07.2025).
3. Берегова О. В., Коваль К. І. Діагностика та корекція посттравматичного стресового розладу у жителів країни, що перебуває у стані військового конфлікту. *Габітус*. № 42. 2022. С. 113–118.
4. Богута Х. Р., Фільц О. О., Закаль Ю. П. Досвід застосування арт-терапії в умовах психіатричного стаціонару. *Форум психіатрії і психотерапії*. Львів, 2000. № 2. С. 42–44.
5. Боднар А. Я. Емоційне вигорання як внутрішньо особистісний конфлікт. *XVIII міжнародна науково-практична конференція «Конфліктологічна експертиза: теорія та методика»*. Київ, 2019. С. 8–12.
6. Болотова Н. П. Мозарт-терапія в практичній психології. *Прикладна психологія та психоаналіз*. 2007. № 3/4. С. 19–30.
7. Власюк М. Арт-терапія: лікування мистецтвом. *Відкритий урок: розробки, технології, досвід*. 2008. № 7/8. С. 90.
8. Вознесенська О. Л., Мова Л. В. Арт-терапія в роботі практичного психолога: використання арт-технологій в освіті. Київ : Шкільний світ, 2007. 120 с.
9. Вознесенська О. Л., Сидоркіна М. Ю. Арт-терапія у подоланні психічної травми: Практичний посібник. Київ : Золоті ворота, 2015. 148 с.
10. Гавенко В. Л., Вітенко І. С., Самардакова Г. О. Практикум з медичної психології. Харків: Регіон-інформ, 2002. 248 с.
11. Галич М. Ю., Литвин В. В. Загальна характеристика посттравматичного стресового розладу в умовах воєнного часу: діагностика та профілактика. *Юридична психологія*. 2022. № 1 (30). С. 22–28.

12. Галян А. І. Соціально-психологічні аспекти адаптаційної здатності майбутніх медичних працівників. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія : Психологічні науки*. Херсон : Видавничий дім «Гельветика», 2016. № 1. Т. 1. С. 20–26.
13. Горачук В. В. Наукове обґрунтування системи професійної реабілітації лікарів-педіатрів поліклінічних закладів: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: 14.02.03. Київ, 2009. 26 с.
14. Горбова С. А. Музикотерапія. Досвід чи інновація? *Логопед*. 2012. № 12. С. 10–13.
15. Грецов А. Г. Застосування арт-терапії в психологічних тренінгах зі старшокласниками та студентами. *Психологія та школа*. 2004. № 3. С. 74–80.
16. Даценко І. І., Габович Р. Д. Профілактична медицина. Загальна гігієна з основами екології. Навчальний посібник. Київ : Здоров'я, 1999. С. 608–658.
17. Дідковська Л. І. Психологічні аспекти надання паліативної допомоги. *Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні питання розвитку стаціонарної та мобільної паліативної допомоги в Україні»*. Львів, 2019. С. 9–13.
18. Доцюк А. Арт-терапевтичні техніки у відтворенні власної захищеності: збереження, цілісність, стійкість. *Простір арт-терапії: творча інтеграція та трансформація в епоху плинного модерну: матеріали XV Міжнародної міждисциплінарної науково-практичної конференції* (м. Львів, 16-18 лютого 2018 р.) С. 139–141.
19. Драга Т. М., Мялюк І. Я., Криницька І. Я. Особливості синдрому емоційного вигорання у медичних працівників. *Медсестринство*. 2017. № 3. С. 48–51.
20. Животенко Л. Арт-терапія: популярні методи у роботі психолога. *Психолог дошкілля*. 2016. № 1. С. 26–27.
21. Зборюк Т. П. Арт-терапевтичні технології у психокорекційній практиці. *Шкільний психолог. Усі для роботи*. 2010. № 4. С. 23–31.

22. Зливков В. Л., Лукомська С. О., Федан О. В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях: навч. посіб. Київ : Педагогічна думка, 2016. 219 с.
23. Зорін С. С. ІЗО-терапія – засіб психічної гармонізації та розвитку людини. *Образотворче мистецтво в школі*. 2006. № 5. С. 54–57.
24. Каламаж Р.В. Я-концепція в контексті когнітивних стилів. *Наукові записки. Серія «Психологія»*. 2009. №12. С. 100–116.
25. Калошин В. Ф. Філософське ставлення до стресу: психологічний практикум. Харків, 2017. 112 с.
26. Калька Н. Практикум з арт-терапії: навч.-метод. посібник. Львів: ЛьвДУВС, 2020. 232 с.
27. Карапетова О. В. Використання методів арт-терапії у роботі психолога з корекції тривожних станів особистості. *Вісник університету імені Альфреда Нобеля. Серія «Педагогіка і психологія». Педагогічні науки*. 2020. № 2 (20). С. 34–39.
28. Ключков В.В. Психологічні чинники стійкості особистості: наукові погляди. *Вісник Національного університету оборони України*. 2022. № 69 (5). С. 58–66.
29. Колпакчи О. С. Арт-терапія: лекцій: навчальний посібник. Київ: Центр навчальної літератури, 2018. 288 с.
30. Корнієнко І. О. Психологія опанувальної поведінки особистості: монографія. Мукачево: РВУ МДУ, 2017. 465 с.
31. Корольчук В. Діагностика впливу психотравмуючих факторів на особистість. *Актуальні проблеми психології. Вісник КНТЕУ*. 2012. № 3. С. 94–104.
32. Корольчук, М. С. Психологічні особливості віддалених наслідків стресогенних впливів : монографія. Київ : КНТЕУ, 2014. 275 с.
33. Кравець Н. М. Психологічні особливості професійної деформації медичних працівників (хірургів). *Науковий вісник*. 2009. № 2. С. 1–14.

34. Крижко Г. Ю. Танцювальна терапія у роботі практичного психолога. *Шкільному психологу. Усі для роботи*. 2014. № 9. С. 134–139.
35. Кризова психологія. Навчальний посібник. За заг. ред. проф. О. В. Тімченка. Харків: НУЦЗУ, КП «Міська друкарня», 2013. 383 с.
36. Ларіна Т. О. Особливості вияву копінг-стратегій особистості, що зазнала впливу травматичної ситуації. *Наукові студії із соціальної та політичної психології*. 2018. № 41. С. 180–191.
37. Лисенко О. Г. Психологічні особливості професійної діяльності медичних працівників. *Актуальні проблеми психології*. Київ, 2016. Том 1, № 45. С. 124–132.
38. Маркова М. В., Мухаровська І. Р., Кривоніс Т. Г. Психоонкологія в аспекті сучасної теорії та клінічної практики. *Медична психологія*. 2019. № 4. С. 31–37.
39. Медична психологія: підручник / за редакцією академіка С. Д. Максименка. Т. II. Київ: «Видавництво Людмила», 2023. 520 с.
40. Нікітенко С. Г. Чинники лояльності як провідної професійної якості. *Актуальні проблеми психології: збірник наукових праць Інституту психології Г.С. Костюка АПН України*. Київ : ГНОЗІС, 2009. № 3. С. 273–281.
41. Пасічник І. П. Проблеми формування професійного іміджу майбутнього лікаря. *Кредитно-модульна система організації навчального процесу у вищих медичних (фармацевтичному) навчальних закладах України на новому етапі (з дистанційним під'єднанням ВМ(Ф)НЗ України за допомогою відеоконференц-зв'язку): матеріали Х ювілей. Всеукр. навч.-наук. конф. з міжнар. участю*. Тернопіль, 2013. Ч. 2. С. 611–613.
42. Пилипчук Л. С. Особистісні чинники взаємодії медичних сестер з пацієнтами в умовах стаціонарного лікування: дис.. ... канд. психол. наук: 19.00.04. Київ, 2019. 249 с.
43. Підліпна Л. В. Психотерапія мистецтвом: програма з основ арт-терапії. *Психологічна газета*. 2008. № 5. С. 10–32.

44. Подкоритова Л. Дослідження зображення форми та кольорів емоцій у малюнку за допомогою авторської методики «Пасьянс емоцій». *Простір арт-терапії : Збірник наукових праць*. Київ : Золоті ворота, 2018. № 1 (23). С. 36–52.
45. Подкоритова Л. О. Аналіз результатів апробації авторської методики «П'ять чуттів». *Простір арт-терапії : зб. наук. праць УМО НАПН України, ГО «Арт-терапевтична асоціація»*. Київ : Золоті ворота, 2012. № 1 (12). С. 94–106.
46. Подкоритова Л. Багатовимірність арт-терапії як професійного буття психолога. *Простір арт-терапії*, 2011. № 2 (10). С. 15 – 23.
47. Подкоритова Л., Кулаківська А. Арттерапевтичний підхід у психологічній допомозі медичним працівникам. *Формування особистості сучасного фахівця як суб'єкта самотворення в умовах освітнього простору: тези доп. всеукр. наук.-практ. конф., м. Хмельницький, 27 листопада 2025р.* Хмельницький, 2025.
48. Подкоритова Л., Кулаківська А. Ресурсний потенціал арттерапії в системі психологічної підтримки медичного персоналу. *Psychology Travelogs*. 2025. № 3. С. 26–36.
49. Полозюк Ю. Застосування технік фототерапії у діяльності психолога. *Психолог*. 2014. № 23. С. 21–23.
50. Попіль М. І. Актуалізація особистісних якостей як чинник ефективності професійної діяльності медсестер. *Зб. наук. праць. Наук. записки РДГУ*. Рівне : РДГУ, 2008. № 41. С. 145–148.
51. Психологічні аспекти медичної праці: навч. посібник / Уклад. І. В. Федік. Київ, 2017. 126 с.
52. Психологія професійної компетентності медичних сестер : адаптаційний вимір : колект. монографія / Східноєвропейський національний ун-т ім. Лесі Українки ; за ред. Ж. Вірної. Луцьк : СНУ ім. Лесі Українки, 2015. 227 с.
53. Розумовська Т. В. Арт-терапія як ефективний засіб корекції негативних наслідків ПТСР. *Наукові записки. Серія «Психологія»*. №1. 2023. №1. С. 58–67.

54. Романова О. Аналіз рівня розвитку та взаємозв'язку організаційної лояльності та професійної прихильності в персоналу медичних закладів. *Організаційна психологія. Економічна психологія*, 2019. № 4(18). С. 78–84.
55. Сахно С. Г. Психосоціальний напрям арт-терапії, застосований психіатричними службами в Україні. *Мистецтво лікування*. 2013. № 9/10. С. 64–65.
56. Скнар О. Арт-терапевтична техніка «колаж» у роботі психолога. *Психолог. Шкільний світ*. 2009. № 9. С. 12–14.
57. Скорченко Ю. Арт-терапія – профілактика емоційних та психологічних негараздів. *Мистецтво та освіта*. 2006. № 1. С. 62–63.
58. Сорока О. В. Арт-терапія: теорія і практика: навчально-методичний посібник. Тернопіль: Астон, 2014. 195 с.
59. Спіріна І. Д., Пилягіна Г. Я., Чугунов В. В., Фаузі Є. С., Живілова Я. С., Шевченко Ю. М. Медична психологія. Дніпро : ЛІРА, 2022. 300 с.
60. Сурмяк Ю. Р., Гуменюк Л. Й. До питання оцінки психічного здоров'я при психотравмах (діагностичні критерії). *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ*. 2015. № 2. С. 191–201.
61. Тараріна О. Практикум з арт-терапії в роботі з дітьми. Астамір-В, 2019. 257 с.
62. Терлецька Л. Г. Арт-терапія як метод дослідження творчого аспекту психічного здоров'я особистості. *Психологічна газета*. 2006. № 1. С. 3–14.
63. Уварова О. О., Сікорська О. О. Уміння самоорганізації у майбутніх лікарів як умова формування професійного іміджу. *Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині): зб. матеріалів III всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю*. Запоріжжя: ЗДМУ, 2022. С. 90–91.
64. Федорчук В.М. Тренінг особистісного зростання. Київ: «Центр учбової літератури», 2014. 250 с.

65. Шевченко А., Губенко І., Карнацька О. Основи загальної і медичної психології, психічного здоров'я та міжособового спілкування. Київ: Медицина, 2021. 312 с.
66. Шевченко М. В. Фототерапія як синтез методів психотерапії. Психологія особистості. *Габітус*. № 25. 2021. С. 139–143.
67. Шелестова О. В. Розлади адаптації як наслідок впливу стресу. *Медична психологія*, 2016. № 4. С. 74–77.
68. Юдіна О. М. Психологічні особливості формування емпатійності майбутніх лікарів : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук : спец. 19.00.01 «Загальна психологія, історія психології». Київ, 2004. 20 с.
69. Яблонська Т., Верник О., Гайворонський Г. Українська адаптація опитувальника Brief-COPE. *Інсайт: психологічні виміри суспільства*. 2023. № 10. С. 66–89.
70. Яновський М. І. Психологічний вплив мистецтва на людину. *Практична психологія та соціальна робота*. 2005. №4. С. 19–22.
71. Яцук Н. В., Говоруха О. С., Гречка В. В. Теоретичні аспекти про посттравматичні стресові розлади, як наслідок війни. Методики надання психологічної допомоги, особливості діагностики. *Scientific horizon in the context of social crises. Scientific collection «Interconf»*. № 124. 2022. С. 78–90.