

**Міністерство освіти і науки України
Тернопільський національний педагогічний університет
імені Володимира Гнатюка**

**Факультет педагогіки і психології
Кафедра психології розвитку та консультування**

**Кваліфікаційна робота
ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТРЕСОСТІЙКОСТІ МЕДИЧНИХ
ПРАЦІВНИКІВ В УМОВАХ ВІЙНИ**

**Спеціальність 053 Психологія
ОПП «Психологія»**

Здобувачки першого (бакалаврського)
рівня вищої освіти, групи Пст-35
Козловської Світлани Євстахівни

НАУКОВИЙ КЕРІВНИК:
кандидат психологічних наук, доцент
Свідерська Галина Мирославівна

РЕЦЕНЗЕНТ:
кандидат психологічних наук, доцент
Вовк Валентина Олегівна

Тернопіль – 2026

АНОТАЦІЯ

Козловська С. Психологічні особливості стресостійкості медичних працівників в умовах війни. Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «бакалавр» зі спеціальності 053 Психологія. ТНПУ ім. В. Гнатюка. Тернопіль, 2026. 78 с.

У кваліфікаційній роботі здійснено теоретичний аналіз основних наукових підходів до визначення поняття стресу у вітчизняній та зарубіжній психології, досліджено категорію професійного стресу, причин його виникнення у медичних працівників та розкрито феномен стресостійкості. На основі проведеного емпіричного дослідження виділено психологічні особливості стресостійкості медичних працівників в умовах війни.

Ключові слова: стрес, професійний стрес, стресостійкість, копінг-стратегії, медичні працівники, війна.

ANNOTATION

Kozlovska S. Psychological Features of Stress Resilience among Healthcare Professionals in Wartime Conditions. Bachelor's thesis for the BA degree in the specialty 053 Psychology. Ternopil Volodymyr Hnatiuk National Pedagogical University. Ternopil, 2026. 78 p.

This thesis presents a theoretical analysis of the main scientific approaches to defining the concept of stress in Ukrainian and international psychology, examines the category of occupational stress and its causes among healthcare workers, and explores the phenomenon of stress resilience. Based on the empirical study, the psychological characteristics of stress resilience among healthcare workers in wartime conditions are identified.

Keywords: stress, occupational stress, stress resilience, coping strategies, healthcare workers, war.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ СТРЕСОСТІЙКОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ.....	8
1.1 Феномен стресу як об'єкт зарубіжних і вітчизняних психологічних досліджень.....	8
1.2 Професійний стрес та причини його виникнення у медичних працівників.....	22
1.3 Поняття стресостійкості як важливої професійної риси медика.....	33
РОЗДІЛ 2 ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТРЕСОСТІЙКОСТІ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ В УМОВАХ ПОВНОМАСШТАБНОГО ВТОРГНЕННЯ.....	40
2.1 Програма та методики дослідження показників стресостійкості медичних працівників	40
2.2 Емпіричне дослідження психологічних особливостей прояву стресостійкості у професійній поведінці медиків.....	46
ВИСНОВКИ.....	61
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	63
ДОДАТКИ.....	69

ВСТУП

В умовах повномасштабної війни в Україні проблема збереження психічного здоров'я медичних працівників набуває особливого значення. Медики є однією з найбільш уразливих професійних груп, оскільки щоденно працюють в умовах підвищеного психоемоційного навантаження, високої відповідальності за життя та здоров'я пацієнтів, дефіциту ресурсів, тривалої напруги та невизначеності. Професійна діяльність медичних працівників під час війни часто супроводжується контактом із наслідками бойових дій, тяжкими пораненнями, людськими втратами, що суттєво підвищує ризик розвитку стресових розладів, емоційного виснаження та професійного вигорання.

У сучасних умовах особливого значення набуває феномен стресостійкості як інтегральної психологічної характеристики особистості, що забезпечує ефективну адаптацію до екстремальних обставин, збереження професійної працездатності та психологічного благополуччя. Достатній рівень стресостійкості дозволяє медичним працівникам підтримувати якість професійної діяльності, приймати виважені рішення у критичних ситуаціях, контролювати власні емоційні стани та успішно долати наслідки тривалого стресу. Водночас недостатня стресостійкість може призводити до зниження ефективності роботи, розвитку професійного вигорання, психосоматичних порушень та погіршення якості медичної допомоги.

Проблема стресостійкості особистості вивчалася в контексті дослідження психології стресу (В.Корольчук, Р. Лазарус, Л.Наугольник, Н.Савелюк, Г. Сельє, С. Фолкман та ін.), емоційної стійкості (І. Аршава, К. Пилипенко, В. Писаренко, О. Рева, Л.Степаненко, О. Чебикін та ін.), психологічної стійкості (Є. Крупник, Г.Лазос). Сутність, психологічні механізми, структурні компоненти та соціально-психологічні чинники стресостійкості особистості були предметом дослідження багатьох вітчизняних і зарубіжних вчених (О.

Баранов, Г. Дубчак, Ю.Дудник, В. Крайнюк, М. Кудінова, Ю. Тептюк, Г.Ришко, Р. Шевченко, М.Шпак та ін.).

Наукові дослідження останніх років свідчать про зростання рівня психологічної травматизації, тривожності, дистресу та емоційного виснаження серед медичного персоналу, який працює в умовах воєнного часу. Водночас питання психологічних особливостей стресостійкості медичних працівників, чинників її формування та ресурсів підтримки залишаються недостатньо вивченими, особливо в контексті тривалої війни в Україні.

Таким чином, суспільна значущість проблеми, недостатня розробленість окремих її аспектів у сучасній психологічній науці та потреба у збереженні професійного потенціалу медичних працівників в умовах війни зумовлюють актуальність теми дослідження «Психологічні особливості стресостійкості медичних працівників в умовах війни».

Об'єкт дослідження: стресостійкість медичних працівників.

Предмет дослідження: психологічні особливості стресостійкості медиків в умовах війни.

Мета дослідження: теоретично та емпірично дослідити психологічні особливості стресостійкості медичних працівників в умовах війни.

Завдання:

1. Здійснити теоретичний аналіз дослідження проблеми стресу та стресостійкості у зарубіжній та вітчизняній психології.

2. Розкрити основні причини виникнення професійного стресу у медичних працівників.

3. Проаналізувати поняття стресостійкості як важливої риси медика-професіонала.

4. Підібрати психологічний інструментарій та провести емпіричне дослідження особливостей копінг-стратегій, рівнів стресостійкості, саморегуляції медичних працівників у стресових умовах.

5. На основі отриманих результатів виокремити психологічні особливості стресостійкості медиків в умовах війни.

Методи дослідження: *теоретичні* (аналіз, узагальнення, синтез, абстрагування, порівняння, систематизація наукової літератури з проблеми дослідження професійних стресових ситуацій та стресостійкості);

емпіричні: методика «Діагностика стану стресу» (А.О. Прохорова), опитувальник «Способи стрес-долаючої поведінки» Р. Лазаруса, С. Фолкмана, методика «Аналіз стилю життя» («Бостонський тест на стресостійкість») та методика М.Лахада «Basic PH»; *статистичні:* опрацювання даних методами математико-статистичного аналізу, серед яких кореляційний аналіз Ч.Спірмена.

Експериментальна база дослідження. Дослідження проводилось протягом 2025-2026 рр. серед медичних працівників м. Тернополя. У ньому взяли участь 47 осіб КНП «Тернопільська обласна дитяча клінічна лікарня» ТОР.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що: уточнено теоретичні уявлення про сутність та психологічний зміст стресостійкості медичних працівників в умовах воєнного стану; визначено особливості прояву стресостійкості у медичних працівників, які здійснюють професійну діяльність в умовах тривалого впливу воєнних стресорів; набули подальшого розвитку наукові положення щодо психологічних чинників збереження професійної ефективності та психічного здоров'я медичного персоналу в умовах тривалих кризових ситуацій.

Практичне значення одержаних результатів. Отримані емпіричні дані щодо рівня стресостійкості, особливостей переживання стресу, копінг-стратегій та ресурсів подолання складних життєвих ситуацій дозволяють своєчасно виявляти групи ризику щодо розвитку професійного вигорання, емоційного виснаження та дезадаптаційних станів серед медичних працівників.

Результати дослідження можуть бути використані для розробки та впровадження програм психологічного супроводу медичного персоналу, тренінгів розвитку стресостійкості, формування ефективних стратегій подолання стресу та зміцнення особистісних ресурсів. Виявлені особливості застосування копінг-стратегій та ресурсів BASIC Ph можуть слугувати основою

для створення психопрофілактичних заходів, спрямованих на підвищення адаптаційних можливостей медичних працівників в умовах тривалого воєнного навантаження. Матеріали дослідження можуть бути використані у навчальному процесі закладів вищої освіти під час викладання дисциплін «Медична психологія», «Психологія стресу», «Екстремальна психологія», «Психологія здоров'я», а також у системі післядипломної освіти та підвищення кваліфікації працівників сфери охорони здоров'я.

Структура та обсяг роботи. Бакалаврська робота складається із вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг роботи 78 сторінок.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ СТРЕСОСТІЙКОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

1.1 Феномен стресу як об'єкт зарубіжних і вітчизняних психологічних досліджень

Постать Ганса Сельє традиційно пов'язують із становленням наукового вчення про стрес. Водночас, як зазначає українська дослідниця Наталія Савелюк, витoki уявлень про це явище сягають ще античної доби. Зокрема, Аристотель, Гіппократ, Гален та інші мислителі того часу звертали увагу на вплив несприятливих чинників на стан людини та функціонування її організму. Важливий внесок у наукове осмислення механізмів адаптації організму до зовнішніх впливів зробив французький фізіолог Клод Бернар. У 1859 році він обґрунтував положення про те, що необхідною умовою життєдіяльності є не лише забезпечення клітин поживними речовинами, а й підтримання стабільності внутрішнього середовища організму. Саме ця стабільність, на його думку, створює умови для вільного та незалежного існування живого організму. Для позначення внутрішнього середовища він увів поняття, яке стало теоретичною основою для формування концепції гомеостазу [35].

Власне поняття «гомеостаз» уперше було введене американським фізіологом Волтером Кеноном. У своїх працях він визначив гомеостаз як сукупність узгоджених фізіологічних механізмів, що забезпечують підтримання відносної сталості внутрішнього середовища організму. Важливим внеском ученого стало також запровадження терміна «боротьба або втеча», який характеризує типову реакцію організму на небезпеку чи загрозу. У сучасній науці цей феномен розглядають як прояв гострої стресової реакції, що супроводжується активацією симпатичної нервової системи та мобілізацією ресурсів організму для подолання небезпечної ситуації. У подальшому зазначена реакція була інтерпретована як початкова стадія загального

адаптаційного синдрому, концепцію якого розробив Ганс Сельє. Ця концепція стала однією з фундаментальних теоретичних основ сучасного вчення про стрес і механізми адаптації організму до дії несприятливих чинників [35].

Стрес являє собою неспецифічну адаптаційну реакцію організму на дію внутрішніх або зовнішніх чинників, які порушують стан його внутрішньої рівноваги. Під впливом стресора в організмі запускається комплекс фізіологічних змін, спрямованих на мобілізацію ресурсів для подолання загрози або пристосування до нових умов. Насамперед активується симпатична нервова система, що супроводжується викидом адреналіну та норадреналіну. Унаслідок цього підвищуються артеріальний тиск, частота серцевих скорочень і дихання, посилюється потовиділення, пригнічуються процеси травлення та збільшується кровопостачання життєво важливих органів і м'язів. Такі зміни забезпечують готовність організму до швидкої поведінкової реакції, відомої як реакція боротьби або втечі.

Через певний час після початку дії стресора до процесу адаптації залучається інший механізм - гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникова вісь (див. рис. 1.1). Її активація спричиняє виділення гормонів стресу, зокрема кортизолу, які забезпечують підтримання адаптаційних процесів у разі тривалої дії стресових чинників та сприяють відновленню порушеної рівноваги організму [39].

Активація гіпоталамо-гіпофізарно-наднирничкової осі розпочинається з виділення гіпоталамусом кортиколіберину (кортикотропін-рилізинг-гормону), який стимулює передню частку гіпофіза до секреції адренокортикотропного гормону (АКТГ). Під впливом АКТГ кора наднирничкових залоз посилює вироблення глюкокортикоїдів, насамперед кортизолу, який є одним із ключових гормонів стресової реакції організму [39].

Кортизол виконує важливу роль у регуляції обмінних процесів, зокрема вуглеводного обміну. Його дія спрямована на підтримання достатнього рівня глюкози в крові шляхом стимуляції її синтезу та обмеження процесів накопичення. Завдяки цьому забезпечується безперервне постачання енергії до

тканин, особливо до головного мозку та нервової системи, для яких глюкоза є основним джерелом енергетичного забезпечення. Підвищення концентрації кортизолу сприяє мобілізації ресурсів організму в умовах стресу та підтриманню його адаптаційних можливостей. У зв'язку з цим рівень кортизолу широко використовується як один із біохімічних показників стресового навантаження та функціонування стрес-реалізуючих систем організму.

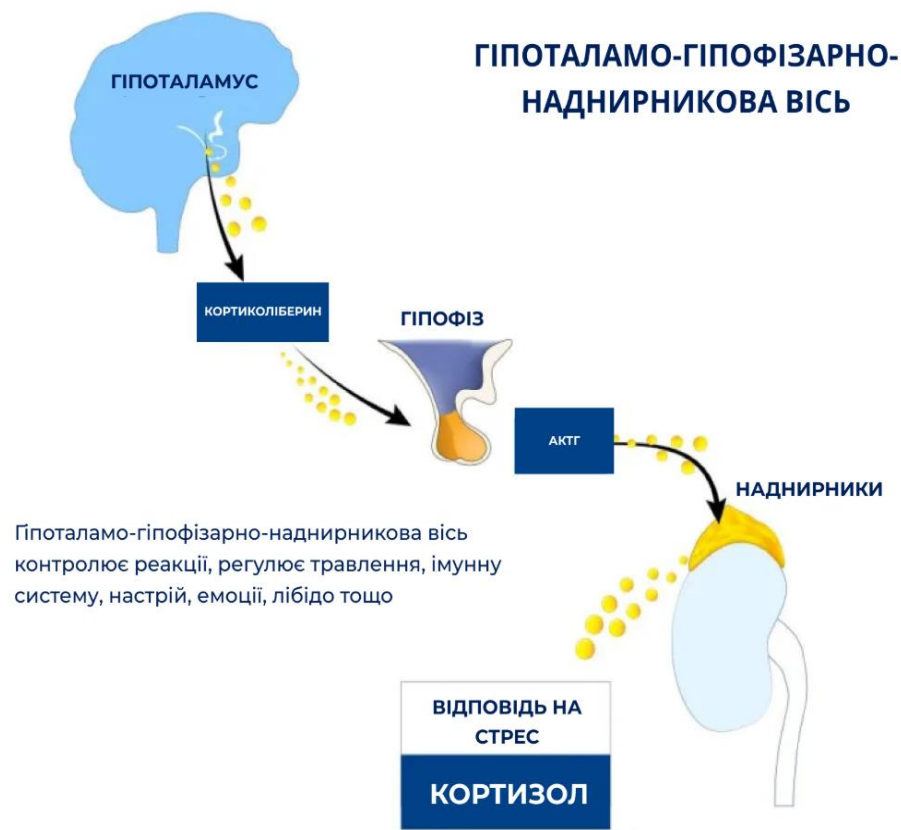


Рис. 1.1 Фізіологічний механізм стресу [39]

Стадія адаптації характеризується тривалим функціонуванням механізмів стресової відповіді, що супроводжується підвищеним рівнем секреції адреналіну та кортизолу. На початкових етапах ці гормони виконують важливу адаптаційну функцію, забезпечуючи мобілізацію фізичних і психічних ресурсів організму. Зокрема, вони сприяють підвищенню артеріального тиску, активації серцево-судинної діяльності, збільшенню концентрації глюкози в крові та покращенню енергетичного забезпечення головного мозку, що підвищує готовність організму до ефективного реагування на стресові чинники [39].

Водночас тривала активація стрес-реалізуючих систем може мати несприятливі наслідки для здоров'я. Хронічно підвищений рівень кортизолу та катехоламінів пов'язаний із розвитком артеріальної гіпертензії, порушенням вуглеводного обміну, формуванням інсулінорезистентності та підвищенням ризику виникнення цукрового діабету. Крім того, надмірна секреція кортизолу здатна пригнічувати функціонування імунної системи, знижуючи опірність організму до інфекцій та інших несприятливих впливів. Одним із додаткових ефектів цього гормону є стимуляція апетиту та посилення накопичення жирової тканини, що може сприяти розвитку надмірної маси тіла й метаболічних порушень [39].

У концепції Ганса Сельє стрес трактується як універсальна неспецифічна реакція організму на вплив різноманітних несприятливих чинників фізичного, хімічного або біологічного походження. Основні положення цієї теорії ґрунтуються на таких принципах [59].

По-перше, кожний живий організм наділений вродженими механізмами саморегуляції, які забезпечують підтримання відносної сталості внутрішнього середовища. Такі механізми реалізуються через процеси гомеостазу, що є необхідною умовою нормального функціонування організму та його виживання.

По-друге, дія стресорів, тобто інтенсивних зовнішніх або внутрішніх подразників, порушує стан гомеостатичної рівноваги. У відповідь на таке порушення організм активує комплекс неспецифічних фізіологічних реакцій, спрямованих на відновлення стабільності внутрішнього середовища та забезпечення адаптації до змінених умов. Важливо, що подібна реакція виникає незалежно від того, чи має стресор позитивний або негативний характер, і виконує передусім захисно-пристосувальну функцію.

По-третє, процес розвитку стресової реакції та адаптації організму до дії стресора має стадійний характер. Перебіг стресу відбувається через послідовну зміну певних етапів, кожен з яких відображає особливості мобілізації та використання адаптаційних ресурсів організму. Тривалість окремих стадій і

швидкість переходу між ними визначаються індивідуальними особливостями організму, рівнем його резистентності, а також силою, тривалістю та характером впливу стресового чинника.

По-четверте, адаптаційні можливості організму не є безмежними. Кожна людина володіє певним запасом адаптаційної енергії та ресурсів, які забезпечують здатність протистояти несприятливим впливам середовища. У разі тривалої або надмірно інтенсивної дії стресорів ці ресурси поступово виснажуються, що призводить до зниження ефективності адаптаційних механізмів, порушення функціонування органів і систем, розвитку психосоматичних захворювань та інших негативних наслідків для здоров'я. У крайніх випадках повне виснаження адаптаційних резервів може становити загрозу для життя організму [29].

Також варто зазначити, що Ганс Сельє у межах своєї теорії виокремлював два основні види стресу - евстрес і дистрес. Евстрес являє собою позитивну форму стресової реакції, яка супроводжується конструктивними емоційними переживаннями та сприяє активізації адаптаційних можливостей організму. Натомість дистрес виникає внаслідок надмірного або тривалого впливу стресорів і пов'язаний із порушенням процесів адаптації, що може призводити до розвитку різноманітних психічних і соматичних розладів.

Учений наголошував, що не всі стресові ситуації мають негативний характер. За певних умов стресори здатні викликати позитивні емоції, підвищувати мотивацію, працездатність та ефективність діяльності людини. Такий стан супроводжується помірною мобілізацією фізіологічних і психологічних ресурсів організму, що сприяє успішному подоланню труднощів і набуттю нового адаптаційного досвіду. Якщо інтенсивність і тривалість впливу стресора не перевищують адаптаційних можливостей людини, організм успішно пристосовується до змінених умов і після завершення дії подразника повертається до стану рівноваги без негативних наслідків для здоров'я (див. рис.1.2) [39; 59].



Рис. 1.2 Евстрес та дистрес (за Г.Сельє) [39]

Якщо ж дія стресора є тривалою або надмірно інтенсивною, адаптаційні ресурси організму поступово виснажуються. У таких умовах зростає напруження фізіологічних механізмів регуляції, що сигналізує про необхідність відновлення внутрішньої рівноваги та зниження рівня стресового навантаження. Ефективне подолання стресу потребує використання відповідних копінг-стратегій, відпочинку або усунення чинників, що підтримують стан напруження.

За відсутності належного відновлення організм змушений функціонувати в умовах тривалого стресу, поступово пристосовуючись до підвищеного рівня навантаження. Проте така адаптація супроводжується значними витратами фізіологічних ресурсів і може призвести до перевищення меж індивідуальної стресостійкості. У результаті підвищується ризик порушення функціонування окремих систем організму, розвитку психосоматичних розладів та переходу до стадії виснаження, яка є завершальним етапом загального адаптаційного синдрому.

Розвиток стресу відбувається через три послідовні стадії (див. рис.1.3), які утворюють загальний адаптаційний синдром: стадію тривоги, стадію резистентності та стадію виснаження [29].

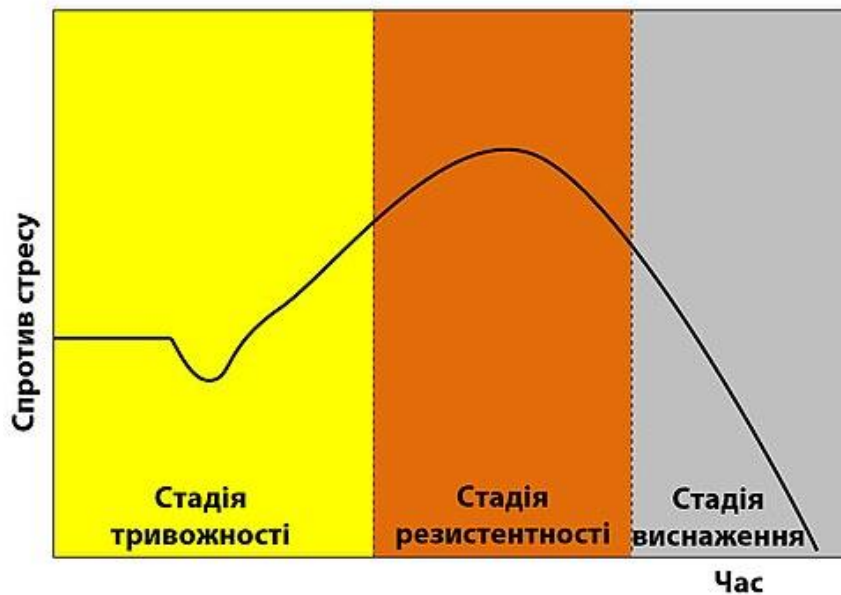


Рис.1.3 Стадії розвитку стресу (за Г.Сельє)

Перша стадія - стадія тривоги (аларм-реакція) характеризується мобілізацією адаптаційних ресурсів організму у відповідь на дію стресора. У цей період активізуються фізіологічні механізми захисту, підвищується рівень психічної та фізичної готовності до подолання загрози. Людина перебуває у стані напруження, підвищеної пильності та зосередженості. На цьому етапі відбувається інтенсивна мобілізація внутрішніх ресурсів, що забезпечує високу працездатність і здатність до ефективного реагування на складні життєві обставини. У деяких випадках спостерігається тимчасове послаблення симптомів психосоматичних захворювань, що пояснюється концентрацією адаптаційних можливостей організму на подоланні актуальної загрози [9].

Друга стадія - це стадія резистентності (опору). Вона настає за умови тривалого впливу стресора. На цьому етапі організм пристосовується до нових умов існування та підтримує відносну рівновагу шляхом раціонального використання наявних адаптаційних ресурсів. Незважаючи на продовження дії стресового чинника, людина зберігає здатність ефективно виконувати повсякденні завдання та контролювати свою поведінку. Водночас поступове виснаження енергетичних і психофізіологічних ресурсів може проявлятися у вигляді підвищеної втомлюваності, зниження працездатності та емоційного напруження.

Третя - стадія виснаження розвивається внаслідок тривалої дії стресора за умов недостатнього відновлення адаптаційних ресурсів. На цьому етапі механізми пристосування втрачають свою ефективність, що призводить до фізичного та психологічного виснаження організму. Спостерігається зниження стійкості до несприятливих впливів, погіршення функціонування різних органів і систем, зростає ризик виникнення психосоматичних розладів та хронічних захворювань. Таким чином, стадія виснаження відображає межу адаптаційних можливостей організму та свідчить про необхідність зовнішньої підтримки або усунення дії стресового чинника для відновлення нормального функціонування людини [9].

Чинник, який спричиняє виникнення стресової реакції, прийнято називати стресором. У сучасній психології стресор розглядається не лише як об'єктивний зовнішній або внутрішній вплив, але і як явище, значення якого визначається суб'єктивним сприйняттям та оцінкою людини. Згідно з когнітивним підходом, стресова реакція значною мірою залежить від того, як особистість інтерпретує певну ситуацію чи подразник. Якщо подія оцінюється як загрозлива, небезпечна або така, що перевищує наявні ресурси для її подолання, ймовірність виникнення стресу суттєво зростає [29].

Водночас існують подразники, здатні викликати стресову реакцію незалежно від їх суб'єктивної оцінки. Це пов'язано з безпосереднім впливом певних фізичних, біологічних або хімічних чинників на організм людини через сенсорні чи метаболічні механізми. У таких випадках стрес може виникати внаслідок тривалого або інтенсивного впливу подразника, навіть якщо людина не сприймає його як безпосередню загрозу. Таким чином, виникнення стресу зумовлюється як особливостями когнітивної інтерпретації ситуації, так і об'єктивними характеристиками самого стресора.

Важливий внесок у розвиток психологічного розуміння стресу зробив Річард Лазарус, який одним із перших запропонував розмежовувати фізіологічний і психологічний аспекти цього явища. Відповідно до його концепції, фізіологічний стрес виникає як реакція організму на дію реальних

фізичних або біологічних подразників, тоді як психологічний (або емоційний) стрес пов'язаний із суб'єктивною оцінкою людиною певної ситуації як загрозової, складної або такої, що перевищує її адаптаційні можливості. Водночас дослідник наголошував на умовності такого поділу, оскільки будь-яка фізіологічна стресова реакція супроводжується емоційними переживаннями, а психологічний стрес неминуче проявляється через відповідні фізіологічні зміни в організмі.[55]

Річард Лазарус та Сьюзен Фолкман визначали психологічний стрес як особливий тип взаємодії між людиною та навколишнім середовищем, за якого вимоги ситуації оцінюються як такі, що загрожують благополуччю особистості або перевищують її наявні ресурси для подолання труднощів. Таким чином, центральне місце в розвитку стресу посідає когнітивна оцінка події та індивідуальне сприйняття її значущості. [56]

У сучасній психології прийнято виокремлювати декілька видів психологічного стресу. До них належать:

- внутрішньоособистісний стрес, який виникає внаслідок нереалізованих потреб, внутрішніх конфліктів або втрати життєвих орієнтирів;
- міжособистісний стрес, пов'язаний із труднощами спілкування та конфліктними взаєминами;
- особистісний стрес, що виникає через невідповідність між очікуваннями та соціальними ролями людини;
- сімейний стрес, зумовлений проблемами сімейного функціонування;
- а також професійний стрес, який формується під впливом особливостей трудової діяльності та професійного середовища.

Причини виникнення стресу є різноманітними та охоплюють як зовнішні, так і внутрішні чинники. До них належать несприятливі фізичні умови середовища, надмірне інформаційне навантаження, що потребує швидкої обробки великого обсягу інформації, порушення фізіологічних функцій

організму внаслідок захворювань, дефіциту сну чи перевтоми. Важливу роль відіграють також психологічні та психосоціальні чинники, зокрема відчуття втрати контролю над подіями, переживання загрози, соціальна ізоляція, остракізм, міжособистісні конфлікти, груповий тиск та інші ситуації, що порушують психологічне благополуччя особистості. [9].

У стресовій ситуації людина часто зосереджується на подоланні безпосередньої загрози, не приділяючи достатньої уваги аналізу причин її виникнення. Проте для ефективного попередження та подолання негативних наслідків стресу важливим є своєчасне визначення чинників, які його зумовлюють. До найбільш поширених джерел стресу належать індивідуально-психологічні особливості особистості, професійні та навчальні навантаження, а також складні життєві обставини.

Одним із чинників виникнення стресу можуть виступати особливості характеру людини, які визначають специфіку її реагування на зовнішні впливи та життєві події. Підвищена емоційна чутливість, тривожність або схильність до надмірного переживання труднощів можуть посилювати інтенсивність стресових реакцій. Значним джерелом стресу є також напруження, пов'язане із професійною діяльністю або навчанням, особливо за умов дефіциту часу, високої відповідальності чи несприятливих умов виконання завдань. Крім того, суттєвий стресогенний потенціал мають складні життєві події, зокрема втрата близької людини, розлучення, фінансові труднощі, вимушені зміни звичного способу життя та інші кризові ситуації, які потребують адаптації та перегляду життєвих орієнтирів [5].

Таким чином, стрес можна розглядати як універсальну реакцію організму на різноманітні виклики, загрози або вимоги середовища. У сучасній науковій літературі поняття «стрес» використовується у кількох взаємопов'язаних значеннях. Насамперед стрес може розглядатися як сукупність зовнішніх чинників або впливів, що спричиняють виникнення стану напруження чи збудження в людини. У такому значенні частіше використовуються терміни

«стресор», «стресовий чинник» або «тригер», які позначають події, ситуації чи умови, здатні викликати стресову реакцію.

Друге значення поняття стосується внутрішнього психічного та фізіологічного стану людини, що виникає у відповідь на дію стресора. У цьому контексті стрес розглядається як суб'єктивне переживання напруження, тривоги або збудження, яке супроводжується певними емоційними реакціями, захисними механізмами та процесами подолання складних життєвих обставин (копінг-процесами). Такі реакції можуть виконувати адаптаційну функцію, сприяючи мобілізації ресурсів особистості та підвищенню її здатності ефективно взаємодіяти з навколишнім середовищем [5].

У третьому значенні стрес трактується як комплекс фізіологічних реакцій організму на пред'явлені вимоги або несприятливі впливи середовища. Ці реакції охоплюють зміни у функціонуванні нервової, ендокринної, серцево-судинної та інших систем організму і спрямовані на забезпечення необхідного рівня активності для подолання труднощів та відновлення порушеної рівноваги. Таким чином, стрес є багатовимірним феноменом, який поєднує зовнішні впливи, суб'єктивні переживання та фізіологічні механізми адаптації людини до умов середовища [9].

Сучасні дослідження стресу свідчать про те, що, незважаючи на універсальний характер фізіологічних реакцій організму на стресові впливи, індивідуальні особливості перебігу стресової реакції можуть суттєво відрізнятися. Варіативність проявів стресу стосується як інтенсивності та тривалості фізіологічних змін, так і характеру психологічних переживань. Таким чином, реакція на стрес визначається не лише властивостями самого стресора, а й складною взаємодією індивідуальних характеристик особистості та особливостей середовища, в якому вона функціонує.

До чинників індивідуальних відмінностей належать генетичні особливості, умови розвитку, стан здоров'я, спосіб життя та поведінкові звички, пов'язані зі збереженням здоров'я. Водночас значний вплив на перебіг стресових реакцій мають соціально-економічні умови, культурне середовище,

історичний контекст, система соціальної підтримки та інші зовнішні чинники. Саме врахування багатфакторної природи стресу зумовило формування сучасного міждисциплінарного підходу до його вивчення, який інтегрує досягнення фізіології, психології, медицини та соціальних наук [1].

У межах такого підходу відбувається подальше уточнення змісту поняття «стрес». Зокрема, на думку сучасних науковців Шелдона Коена, Пітера Джанароса та Сол Манук, стрес слід розуміти як особливий досвід взаємодії людини з навколишнім середовищем, за якого вимоги ситуації перевищують наявні психологічні та фізіологічні ресурси особистості, необхідні для ефективного подолання труднощів. Відповідно, ключовим чинником виникнення стресу виступає дисбаланс між вимогами середовища та адаптаційними можливостями людини [9].

У сучасних дослідженнях наголошується, що для психологічного та фізичного благополуччя особистості важливими є не лише характеристики самого стресора, а й особливості реагування на нього. Саме характер і спосіб реагування значною мірою визначають наслідки стресу для здоров'я та ефективність адаптації до складних життєвих обставин.

Однією з найбільш поширених класифікацій є поділ стресових реакцій на психологічні, поведінкові, когнітивні та фізіологічні. Ці реакції можуть виникати на різних етапах взаємодії зі стресором: до його безпосереднього впливу, під час дії стресового чинника або після завершення стресової ситуації. Психологічні реакції охоплюють емоційні переживання, які виникають у відповідь на стресор, а також процеси регуляції цих переживань. До них можуть належати тривога, страх, напруження, роздратування, пригніченість або інші емоційні стани. Поведінкові реакції проявляються через конкретні способи подолання стресу та адаптації до складних обставин, зокрема використання різних копінг-стратегій, звернення по соціальну підтримку, зміну поведінки або, навпаки, уникнення проблемної ситуації.

Когнітивні реакції пов'язані з процесами сприймання, оцінювання та інтерпретації стресової події. Вони включають аналіз потенційної загрози,

оцінку власних ресурсів для її подолання, прогнозування можливих наслідків та формування відповідних уявлень про ситуацію. Фізіологічні реакції відображають зміни у функціонуванні організму під впливом стресу та охоплюють імунні, вегетативні, нейроендокринні й нервові процеси, спрямовані на забезпечення адаптації до підвищених вимог середовища. У сукупності всі зазначені реакції утворюють цілісну систему реагування людини на стресові впливи та забезпечують її пристосування до умов, що змінюються [9].

Також варто зазначити, що вчені, які займаються проблемами стресу, виділяють ще такі його види [13] залежно від тривалості, інтенсивності та особливостей перебігу стресової реакції: гострий, епізодичний гострий та хронічний.

Гострий стрес є найпоширенішою формою. Він виникає у відповідь на конкретні події або ситуації, що сприймаються як загрозливі чи надмірно напружені, та характеризується короткочасним перебігом. Причинами гострого стресу можуть бути несподівані життєві події, конфліктні ситуації, надмірне навантаження або переживання щодо майбутніх подій. Після усунення або завершення дії стресора психофізіологічний стан людини, як правило, поступово нормалізується [10].

Епізодичний гострий стрес характеризується регулярним повторенням гострих стресових реакцій. Найчастіше він спостерігається в осіб, які постійно перебувають у стані поспіху, дефіциту часу та підвищеної відповідальності. Такі люди нерідко відчують перевантаження численними обов'язками, схильні до надмірного занепокоєння та мають труднощі з плануванням власної діяльності. Тривале перебування в умовах повторюваного стресового навантаження може негативно впливати на психічне та фізичне здоров'я особистості.

Хронічний стрес є найбільш несприятливою формою стресового стану, оскільки характеризується тривалим і безперервним впливом стресогенних чинників. Він може зберігатися протягом місяців або навіть років і часто

пов'язаний із тривалими життєвими труднощами, нерозв'язаними міжособистісними конфліктами, несприятливими умовами праці чи наслідками психотравмувальних подій. Особливу небезпеку становить ситуація, коли людина втрачає віру в можливість змінити обставини або успішно подолати труднощі. За таких умов хронічний стрес стає постійним джерелом психоемоційного напруження та може сприяти розвитку психосоматичних розладів, емоційного виснаження й погіршенню загального стану здоров'я [10].

Інтенсивність переживання стресу може варіювати залежно від сили впливу стресора, індивідуальних особливостей людини та наявних адаптаційних ресурсів. У психології прийнято виокремлювати кілька рівнів прояву стресу, які відображають ступінь його впливу на психічне та фізичне функціонування особистості. [14].

Слабкий ступінь стресу характеризується мінімальним впливом на психофізіологічний стан людини. У цьому випадку зберігається психологічна рівновага, а діяльність здійснюється у звичному режимі без істотних змін у поведінці, емоційному стані чи працездатності.

Середній ступінь стресу супроводжується помірними змінами у психічній та соматичній сферах. За умови, що рівень напруження не перевищує адаптаційних можливостей особистості, стрес може виконувати мобілізаційну функцію. Це проявляється у підвищенні концентрації уваги, зібраності, організованості, швидкості прийняття рішень, упевненості у власних силах та загальній продуктивності діяльності [14].

Сильний ступінь стресу характеризується вираженим порушенням фізіологічного та психологічного функціонування. У людини можуть спостерігатися тривога, емоційний дискомфорт, підвищена втомлюваність, труднощі концентрації уваги, погіршення пам'яті та мислення, а також зростання кількості помилок у діяльності. Тривале перебування в такому стані становить ризик для фізичного й психічного здоров'я та потребує своєчасного усунення або послаблення дії стресових чинників.

Отже, розвиток наукових уявлень про стрес засвідчує поступовий перехід від його розуміння переважно як неспецифічної фізіологічної реакції організму до усвідомлення складної взаємодії фізіологічних, психологічних та соціальних чинників. Якщо ранні дослідження були зосереджені насамперед на механізмах підтримання гомеостазу, то сучасні підходи акцентують увагу на особливостях функціонування особистості в умовах невизначеності, змін та підвищених вимог середовища. Однією з найпоширеніших класифікацій є поділ стресу на фізіологічний і психологічний, причому останній охоплює низку специфічних різновидів залежно від джерела та характеру переживань. Відповідно, симптоматика стресу зазвичай розглядається у чотирьох основних вимірах: фізіологічному, поведінковому, когнітивному (інтелектуальному) та емоційному, що дозволяє комплексно аналізувати прояви цього феномену та його вплив на життєдіяльність людини [35].

1.2 Професійний стрес та причини його виникнення у медичних працівників

Професійна діяльність посідає провідне місце в житті дорослої людини та є одним із найважливіших чинників її особистісного розвитку, соціальної реалізації й психологічного благополуччя. Як зазначають американські дослідники Френк Ленді та Джеффри Конте, значна частина життєвого часу людини пов'язана з професійною діяльністю, а питання професійного становлення, кар'єрного розвитку та трудової самореалізації займають важливе місце серед її життєвих завдань [54]. Повсякденна діяльність дорослої людини значною мірою зосереджена на виконанні професійних обов'язків, організації робочих процесів, вирішенні виробничих завдань та взаємодії з колегами. Водночас істотна частина емоційних переживань пов'язана із професійними досягненнями й невдачами, міжособистісними стосунками в колективі, умовами праці та рівнем задоволеності власною професійною діяльністю.

У зв'язку з цим професійний стрес є закономірним супутником багатьох видів трудової діяльності. Його виникнення зумовлене необхідністю постійного пристосування до професійних вимог, відповідальності, інтенсивного навантаження та різноманітних виробничих викликів. Професійний стрес чинить суттєвий вплив на ефективність праці, якість виконання професійних обов'язків, процес професійного становлення та особистісного розвитку працівника. Крім того, тривале перебування в умовах професійного стресу може негативно позначатися на психічному та фізичному здоров'ї людини [12].

Актуальність проблеми професійного стресу підтверджується і тим, що пов'язані з ним порушення розглядаються в сучасних міжнародних класифікаційних системах охорони здоров'я. Професійний стрес в даний час виділений в окрему рубрику в Міжнародній класифікації хвороб (МКХ-11). Сьогодні професійний стрес визначають як складний багатовимірний феномен, який проявляється через сукупність психологічних, емоційних, поведінкових і фізіологічних реакцій, що виникають у відповідь на напружені або несприятливі умови професійної діяльності. Таким чином, професійний стрес є важливим предметом психологічних досліджень, оскільки впливає не лише на результативність праці, а й на загальне благополуччя та якість життя особистості.

На думку Т.Циганчук, успішність професійної діяльності значною мірою залежить від впливу різноманітних стресогенних чинників, які доцільно поділяти на об'єктивні та суб'єктивні. До групи об'єктивних чинників належать стресори соціального походження, зумовлені особливостями функціонування сучасного суспільства. Серед них важливе місце посідають прискорення темпів суспільного розвитку, зростання інтенсивності життєдіяльності, постійні соціальні зміни, а також ускладнення вимог до професійної підготовки та оцінювання результатів діяльності [42]. Унаслідок цього можуть виникати суперечності між природними психофізіологічними можливостями людини та високою динамікою соціальних процесів, що потребують швидкої адаптації до нових умов.

До другої групи належать суб'єктивні чинники, пов'язані з індивідуально-психологічними особливостями особистості. До них відносять неадекватні установки, когнітивні помилки, негативні емоційні переживання, труднощі адаптації до змін соціального статусу та інші внутрішні чинники, які можуть підсилювати стресові реакції. Особливе значення мають мотиваційні чинники, що визначають спрямованість діяльності особистості та відображають її потреби, цінності, життєві цілі й установки. Саме вони значною мірою впливають на суб'єктивне сприйняття професійних труднощів і способи реагування на них [42].

Водночас, як зазначає Л.Наугольник, професійний стрес не можна пояснювати виключно впливом чинників робочого середовища. Його виникнення та перебіг зумовлюються комплексною взаємодією професійних і позапрофесійних факторів [29]. На психологічний стан працівника суттєво впливають сімейні обставини, матеріальне становище, стан здоров'я, соціальні взаємини, життєві кризи та інші події, що відбуваються поза межами професійної діяльності. Таким чином, професійний стрес доцільно розглядати як багатфакторне явище, формування якого відбувається під впливом як умов праці, так і ширшого життєвого контексту особистості.

На думку А. Єфімової, **професійні стресогенні чинники** можна систематизувати за кількома основними групами залежно від джерел їх виникнення:

1 групу - становлять чинники, пов'язані з умовами праці. До них належать надмірне робоче навантаження, фінансові труднощі, дефіцит вільного часу, необхідність постійного пристосування до змін у професійній діяльності, недостатній рівень матеріального чи морального стимулювання, а також виконання завдань, які виходять за межі безпосередніх посадових обов'язків. Сукупний вплив зазначених факторів може призводити до підвищення психоемоційного напруження та зниження професійної ефективності [11].

2 групу утворюють чинники, пов'язані з індивідуально-психологічними особливостями працівника. Серед них важливе місце займають страх перед

оцінюванням з боку керівництва, переживання надмірної відповідальності, побоювання допустити помилку у взаємодії з колегами чи адміністрацією, підвищена емоційна чутливість, відчуття ізольованості в колективі, невпевненість у рівні власної професійної компетентності, а також труднощі самоорганізації та планування часу.

3 група охоплює управлінські чинники. Вони пов'язані з особливостями організації та керівництва професійною діяльністю. До таких стресорів належать конфлікти з адміністрацією, незадоволеність рівнем управлінської культури, несправедлива або неадекватна оцінка результатів праці, недостатня довіра керівництва до професійних можливостей працівника, проблеми професійної атестації, а також недостатнє врахування індивідуальних особливостей персоналу під час управлінської взаємодії [11].

4-ту групу становлять чинники, пов'язані з міжособистісними взаєминами в колективі. До них належать конфлікти з колегами, негативне оцінювання професійних або особистісних якостей працівника, соціальне відторгнення, наявність неформальних угруповань у колективі, міжособистісна напруженість, психологічна несумісність та інші прояви несприятливого соціально-психологічного клімату [11].

5 група включає чинники, безпосередньо пов'язані зі змістом професійної діяльності. Серед них виокремлюють професійні невдачі, конфліктні ситуації у процесі виконання службових обов'язків, невідповідність умов праці потребам працівника, необхідність швидкого освоєння нових видів діяльності та інші професійні труднощі, які вимагають значних адаптаційних зусиль [11].

Таким чином, професійний стрес формується під впливом широкого спектра чинників, що охоплюють як об'єктивні умови праці та особливості організації професійної діяльності, так і суб'єктивні характеристики особистості та специфіку міжособистісних взаємин у трудовому колективі. Комплексний характер цих впливів зумовлює необхідність системного підходу до вивчення та профілактики професійного стресу [11].

Результати досліджень професійного стресу свідчать про те, що його виникненню та розвитку значною мірою сприяють особливості мотиваційної сфери особистості, а також ступінь суб'єктивного контролю над ситуацією. Зокрема, низький рівень мотивації до професійної діяльності та відчуття безпорадності щодо впливу на перебіг подій підвищують імовірність формування стресових станів. Так, дослідження стресу в умовах організаційних змін показали, що негативне ставлення працівників до нововведень супроводжується зростанням показників психоемоційного напруження, погіршенням самопочуття та зниженням рівня активності.

Як зазначає Т. В. Циганчук, характер мотивації по-різному впливає на динаміку стресового стану. Процесуальна мотивація, що ґрунтується на зацікавленості самим змістом діяльності, сприяє мобілізації внутрішніх ресурсів особистості та підвищенню ефективності виконання професійних завдань. Натомість мотивація самоствердження нерідко супроводжується посиленням емоційної напруженості, підвищеною чутливістю до оцінювання результатів діяльності та інтенсивними емоційними переживаннями, що може виступати додатковим джерелом стресу [42].

Стрес, пов'язаний із професійною діяльністю, розглядається як комплекс психофізіологічних реакцій, що виникають у ситуаціях, коли вимоги робочого середовища перевищують рівень знань, навичок або ресурсів працівника. У науковій літературі причини виникнення професійного стресу поділяють на безпосередні та головні. Безпосередні причини являють собою чинники, які безпосередньо запускають механізм стресової реакції та пов'язані з несприятливими умовами професійної діяльності.

Серед безпосередніх причин професійного стресу виокремлюють кілька основних груп:

➤ До **семантичних (смыслових) чинників** належать висока суб'єктивна складність професійних завдань, значний рівень відповідальності, небезпечність умов діяльності, недостатній контроль над ситуацією, невизначеність або непередбачуваність подій, суперечливість інформації, а

також переживання часткових чи повних професійних невдач. Такі фактори безпосередньо впливають на оцінку працівником власних можливостей і рівень психологічної напруги [12].

➤ **Операціональні чинники** пов'язані з особливостями обробки інформації у процесі професійної діяльності. До них належать дефіцит або надлишок інформації, необхідність працювати з великим обсягом даних, нерегулярність надходження важливої інформації та труднощі її своєчасного отримання. За таких умов підвищується когнітивне навантаження, що може призводити до перевтоми та зниження ефективності діяльності.

➤ До **часових чинників** належать дефіцит часу для виконання професійних завдань, тривале робоче навантаження, нерівномірний розподіл завдань у часі, необхідність працювати у високому темпі та несподіване виникнення термінових ситуацій. Подібні умови вимагають постійної мобілізації ресурсів організму й нерідко супроводжуються значним психоемоційним напруженням [4].

➤ **Технічні чинники** стресу пов'язані з матеріально-технічним забезпеченням професійної діяльності. До них відносять недостатню оснащеність робочого місця, використання застарілого обладнання, часті технічні несправності та інші обмеження, які ускладнюють виконання професійних обов'язків і можуть виступати джерелом додаткового стресового навантаження.

Таким чином, професійний стрес формується під впливом комплексу взаємопов'язаних чинників, серед яких особливе значення мають мотиваційні особливості особистості, суб'єктивне відчуття контролю над ситуацією та специфіка організації професійної діяльності. Саме тому ефективна профілактика професійного стресу передбачає не лише оптимізацію умов праці, а й розвиток особистісних ресурсів та навичок психологічної саморегуляції [31].

Головними причинами професійного стресу вважаються чинники, пов'язані з індивідуальними особливостями суб'єкта праці, які визначають його

вразливість до стресових впливів, здатність до саморегуляції та ефективність подолання складних професійних ситуацій. До таких чинників належать ставлення працівника до професійної дисципліни та рівень відповідальності за результати діяльності, сформованість професійних знань, умінь і навичок, наявність практичного досвіду, стан фізіологічних ресурсів організму, а також індивідуально-психологічні особливості особистості. Важливу роль відіграють рівень мотивації до професійної діяльності, особливості розвитку професійно значущих якостей, емоційна стійкість та здатність до адаптації в умовах підвищених вимог [36].

Водночас джерелом професійного стресу можуть виступати несприятливі умови праці. До виробничих стресорів належать обмежений робочий простір, відсутність можливості для усамітнення та відпочинку, підвищений рівень шуму, несприятливий температурний режим, недостатнє або надмірно інтенсивне освітлення, а також вплив шкідливих хімічних речовин та інших факторів виробничого середовища. Такі умови створюють додаткове навантаження на фізичні та психологічні ресурси працівника, знижуючи його працездатність і загальне самопочуття.

Суттєвий вплив на розвиток професійного стресу мають також особливості міжособистісних взаємин у трудовому колективі. Несприятливий соціально-психологічний клімат, відсутність взаємоповаги, довіри та підтримки між працівниками, постійна конкуренція, міжособистісні конфлікти й недостатній рівень командної взаємодії можуть значно посилювати психоемоційне напруження та ускладнювати процес професійної адаптації.

Серед основних проявів професійного стресу найчастіше виокремлюють емоційне виснаження, деперсоналізацію та зниження професійної самооцінки. Емоційне виснаження характеризується відчуттям спустошення, хронічної втоми та зменшенням емоційних ресурсів, що негативно позначається на продуктивності професійної діяльності. Деперсоналізація проявляється у формуванні відстороненого, формального або байдужого ставлення до людей, з якими працівник взаємодіє в процесі роботи. Зниження професійної самооцінки

супроводжується втратою впевненості у власній компетентності, сумнівами щодо професійних досягнень та зменшенням задоволеності результатами своєї праці.

Таким чином, професійний стрес є складним багатфакторним явищем, виникнення якого зумовлюється взаємодією індивідуально-психологічних характеристик працівника, умов професійної діяльності та особливостей соціального середовища. Тривалий вплив професійних стресорів може призводити до емоційного виснаження, зниження ефективності праці та погіршення психологічного благополуччя особистості. [25].

Професійний стрес медичних працівників зумовлений комплексом детермінант, специфічних для соціономічних професій типу «людина – людина». Серед ключових стресогенних факторів виділяють такі [24]:

1. **Високий рівень суб'єктивної відповідальності** за життя та соматичний стан пацієнтів, що висуває підвищені вимоги до психоемоційної стійкості фахівця.

2. **Пролонгований емоційний асиметричний контакт** із пацієнтами, які перебувають у стані дистресу (фрустрація, біль, депресивні прояви). Завдяки механізму емоційного зараження це призводить до деструктивного вигорання та втоми від співчуття у медичного персоналу.

3. **Десинхроноз** (порушення природних циркадних біоритмів) унаслідок нерегулярного графіку праці, зокрема нічних та добових чергувань. Це суттєво знижує адаптаційні та компенсаторні можливості організму.

4. **Матеріально-економічний дисбаланс**, притаманний постсоціалістичному простору, де рівень заробітної плати медичних працівників не корелює із мірою їхньої соціальної відповідальності. Цей чинник виступає тригером професійної депривації та деструктивного особистісного стресу [24].

Емпіричні дослідження свідчать, що стрес є невід'ємним компонентом щоденної професійної діяльності медичних працівників і супроводжує значну частину їхньої рутинної роботи. Як підкреслює Л.І.Магдисюк, професійна

взаємодія лікарів із пацієнтами часто характеризується високою емоційною насиченістю та потребує інтенсивного, хоча не обов'язково конфліктного, міжособистісного спілкування. Це зумовлює постійне психоемоційне навантаження, пов'язане з необхідністю емпатійного включення, прийняття відповідальних рішень та взаємодії з людьми у стані страждання або тривоги.

Водночас результати досліджень останніх років демонструють, що у лікарів загальної практики частота та інтенсивність проявів стресових реакцій можуть бути навіть вищими, ніж у представників спеціалізацій із традиційно екстремальними умовами праці, таких як хірургія чи травматологія. Це пояснюється тривалістю контакту з пацієнтами, широким спектром звернень, високою відповідальністю за первинну діагностику та необхідністю прийняття рішень в умовах обмеженої інформації [23].

Спостереження Ю.Паустовського та В.Зенкіної [30] чітко показують, що симптоматика професійного стресу у медичних працівників не характеризується чіткою специфічністю та може проявлятися у широкому діапазоні змін: від відносно легких емоційних реакцій, таких як дратівливість і підвищена втомлюваність, до більш виражених психічних і психосоматичних порушень. У складніших випадках можливий розвиток невротичних розладів, а також соматизація психологічного напруження.

Важливу роль у формуванні індивідуальних особливостей перебігу стресових реакцій відіграють властивості особистості. Так, темпераментні характеристики можуть визначати специфіку реагування на професійні стресори: зокрема, у осіб меланхолічного типу частіше спостерігаються схильність до тривожності, невпевненості та переживань щодо професійної діяльності, тоді як для представників холеричного типу більш імовірним є формування імпульсивних реакцій та агресивного стилю міжособистісної взаємодії з пацієнтами [29].

Як зазначає В. Винокур [4], професійний стрес значною мірою пов'язаний зі зниженням рівня професійної мотивації, тоді як професійне вигорання та збереження зацікавленості у професійній діяльності можуть розглядатися як

два протилежні полюси у ставленні людини до своєї професії. У низці досліджень також підкреслюється, що поступовий розвиток професійної деформації у медичних працівників часто призводить до формування негативного, а іноді приховано агресивного ставлення до пацієнтів. Це може проявлятися у домінуванні односторонньої комунікації, що реалізується через критику, оцінювання та психологічний тиск, унаслідок чого страждає якість взаємодії між лікарем і пацієнтом, а також ефективність лікувального процесу загалом.

Відтак професійний стрес постає як багатовимірне явище, що проявляється через комплекс психічних і фізіологічних реакцій у відповідь на напружені умови трудової діяльності. У науковій літературі підкреслюється, що стресогенними чинниками можуть виступати різні типи невідповідностей, зокрема розрив між очікуваннями працівника та реальними можливостями професійної діяльності, а також невідповідність між вимогами роботи і наявними ресурсами особистості для їх виконання [4; 11; 12; 31].

До джерел професійного стресу також відносять організаційні особливості трудового процесу, специфіку професійних вимог і рольових очікувань, індивідуально-психологічні характеристики працівника та його професійні установки. Окрему групу становлять чинники фізичного середовища, а також стресори, пов'язані з груповими процесами в колективі та загальноорганізаційним рівнем функціонування установи [11].

Отже, професійний стрес у сучасній психології розглядається як процес складної взаємодії між особистістю та професійним середовищем, за якого вимоги діяльності перевищують адаптаційні, особистісні та професійні ресурси індивіда, що може створювати загрозу його професійному розвитку та психологічному благополуччю. Тривала дія таких умов сприяє формуванню синдрому емоційного вигорання, який проявляється у психічному, емоційному та фізичному виснаженні.

Синдром професійного вигорання традиційно описується через три ключові компоненти: емоційне виснаження, деперсоналізацію та редукцію

професійних досягнень. Емоційне виснаження відображає стан хронічного психоемоційного перевантаження та дефіциту емоційних ресурсів. Деперсоналізація проявляється у формуванні відстороненого, формалізованого або негативно забарвленого ставлення до інших людей. Редукція професійних досягнень характеризується зниженням суб'єктивної оцінки власної компетентності та ефективності у професійній діяльності.

К. Маслач, описуючи динаміку розвитку професійного вигорання, виокремлює кілька послідовних стадій його формування [57]:

1 стадія - спостерігається емоційна спустошеність, поступове зниження інтенсивності емоційних переживань, переважання негативного емоційного фону, а також зростання відчуття відстороненості у взаємодії з оточенням. У цей період підвищується дратівливість, рівень тривожності та загальної незадоволеності.

На 2 стадії відчуття емоційного виснаження та відстороненості поширюється на значну частину соціальних контактів. Відбувається погіршення якості взаємин із колегами, посилюються прояви роздратування та антипатії, які можуть виникати навіть у процесі безпосереднього міжособистісного спілкування.

3-тя стадія характеризується глибокими змінами ціннісно-мотиваційної сфери особистості. Зростає рівень байдужості, який поширюється не лише на професійну діяльність, а й на неформальне спілкування. Емоційне виснаження поступово трансформується у стійке фізичне та інтелектуальне виснаження, що істотно знижує загальну працездатність і якість життя фахівця [58].

Професійне вигорання [28; 30] розглядається як процес поступового накопичення нервово-психічного напруження. Чим вищим є рівень такого напруження у професійній діяльності, зокрема у медичних працівників, тим більша ймовірність швидшого розвитку синдрому вигорання. Первинними проявами цього стану зазвичай виступає загальна психофізіологічна втома, яка може супроводжуватися порушеннями сну у вигляді безсоння або, навпаки, надмірної сонливості, що не забезпечує відновлення ресурсів організму. У

результаті формується стан прогресуючого виснаження, пов'язаний із недостатнім відновленням фізіологічних і психологічних ресурсів.

У подальшому до зазначених симптомів приєднуються емоційна нестабільність, підвищена дратівливість та необґрунтовані прояви агресії у професійному спілкуванні [21]. Це, своєю чергою, сприяє зростанню кількості конфліктних ситуацій серед медичного персоналу і підвищенню рівня незадоволеності професійною діяльністю. На більш пізніх етапах розвитку синдрому можуть спостерігатися загострення хронічних соматичних захворювань, а також формування стійкого емоційного відчуження та байдужості до професійної діяльності.

Ефективна профілактика та подолання професійного вигорання медиків передбачає цілеспрямоване навчання фахівців технікам психоемоційного відновлення, а також розвиток конструктивних стратегій подолання стресу і формування стресостійкості як важливої професійної компетентності.

1.3 Поняття стресостійкості як важливої професійної риси медика

Формування наукових уявлень про протидію стресу пов'язане з працями зарубіжних дослідників, які розглядали особистість як активну, самостійну та конструктивну систему. Ще у 1937 році Гордон Оллпорт звернув увагу на творчу природу особистості, підкреслюючи її прагнення до подолання труднощів і вирішення дедалі складніших життєвих завдань. Посилення інтересу до проблеми подолання стресу зумовлене його універсальним характером та поширеністю у всіх сферах життєдіяльності людини, зокрема в умовах професійного розвитку [1].

Різноманітність стресогенних ситуацій і чинників – таких, як складні життєві події, соціальні кризи або екстремальні умови діяльності у поєднанні з індивідуально-психологічними особливостями особистості зумовлює формування різних способів реагування, стратегій поведінки та стилів подолання труднощів. У західній психологічній традиції проблематика протидії

стресу, його профілактики та корекції відображена у поняттях «coping» і «coping behavior», які позначають процеси подолання стресових ситуацій, попередження розвитку стресових реакцій, а також відновлення оптимального функціонального стану особистості після впливу стресорів.

Проблема стресостійкості особистості вивчалася в контексті дослідження психології стресу (Р. Лазарус, Г. Сельє, С. Фолкман та ін.), емоційної стійкості (К. Пилипенко, В. Писаренко, О. Рева, О. Чебикін та ін.), психологічної стійкості (Є. Крупник, В. Лебедев та ін.), толерантності до стресу (В. Крайнюк та ін.). Сутність, психологічні механізми, структурні компоненти та соціально-психологічні чинники стресостійкості особистості були предметом дослідження багатьох вітчизняних і зарубіжних вчених (Б. Величковський, Г. Дубчак, В. Крайнюк, М. Кудінова, В. Розов, Н.Савелюк, Ю. Тептюк, Р. Шевченко, М.Шпак та ін.).

Аналіз наукових джерел з проблеми дослідження засвідчує відсутність єдиного, чітко усталеного визначення поняття «стресостійкість» у психологічній науці. Це зумовлено багатовимірністю даного феномену та різними підходами до його інтерпретації в межах сучасних психологічних досліджень.

Зокрема, Р. Шевченко розглядає стресостійкість як комплексну інтегральну властивість особистості, що забезпечує необхідний рівень адаптації до дій в екстремальних умовах. Вона сприяє ефективному перенесенню інтелектуальних, вольових та емоційних навантажень, обумовлених специфікою професійної діяльності, без виникнення суттєвих негативних наслідків для професійного функціонування, стану здоров'я самої особистості та її соціального оточення [45].

Г. Дубчак, яка вивчала стресостійкість майбутніх фахівців соціономічних професій, поглиблює розуміння сутності поняття професійна стресостійкість. Дослідниця вважає, що професійну стресостійкість слід розуміти як здатність людини протистояти негативному впливу стресових факторів професійної діяльності, зумовлену індивідуальним комплексом її вроджених і набутих

властивостей та процесів, які забезпечують оптимальне успішне досягнення мети трудової діяльності в складній емоціогенній ситуації [7]

Подібною позиції дотримується Т. Дудка [8], яка визначає стресостійкість як інтегральну властивість цілісної особистості, що функціонує у взаємозв'язку з багаторівневою системою психологічних характеристик. До цієї системи належать когнітивні, інтелектуальні, емоційні та інші особистісні якості, які в сукупності забезпечують здатність людини ефективно функціонувати в умовах стресових впливів.

М. М. Шпак, аналізуючи сучасні наукові підходи до вивчення здатності особистості протистояти стресу, зазначає, що стресостійкість у психологічній науці найчастіше розглядається у трьох основних аспектах: як стійка властивість особистості, як динамічний процес адаптації та як функціональний стан індивіда в умовах стресової ситуації [47].

Г. Дубчак, досліджуючи стресостійкість майбутніх фахівців соціономічних професій, конкретизує зміст поняття «професійна стресостійкість». На її думку, вона являє собою здатність особистості протидіяти негативному впливу професійних стресорів, яка формується на основі поєднання вроджених і набутих індивідуально-психологічних властивостей та психічних процесів і забезпечує ефективне досягнення професійних цілей в умовах емоційно напруженої діяльності. [7].

Таким чином, узагальнення результатів наукових досліджень дозволяє констатувати, що у психологічній науці **феномен стресостійкості** не має єдиного трактування та здебільшого розглядається у трьох основних ракурсах:

- По-перше, стресостійкість інтерпретується **як властивість особистості**, що відображає її здатність ефективно протидіяти стресовим впливам та зберігати стабільність функціонування в умовах підвищеного психоемоційного навантаження;
- По-друге, вона розглядається **як процес**, що характеризує динаміку адаптаційних змін особистості у відповідь на дію стресогенних факторів і визначає стратегії подолання стресових ситуацій;

➤ По-третє, стресостійкість визначається **як стан**, який відображає актуальний рівень функціонального та психоемоційного функціонування людини в умовах стресу та характеризує її здатність до саморегуляції в конкретній ситуації.

Результати досліджень О. Кравцової показали, що психологічні уявлення про феномен стресостійкості особистості розкриваються насамперед у контексті таких наукових підходів [16] (див. рис.1.4):

Психоаналітичний -	досліджується стійкість особистості в ситуаціях конфлікту, при цьому причинами стресу вважається придушення природних потягів, сексуальних інстинктів, біологічних потреб людини;
Біхевіоральний -	стресостійкість залежить від чинників зовнішнього середовища, механізму позитивного чи негативного підкріплення поведінки
Гуманістично-екзистенційний -	йдеться про взаємозв'язок стресостійкості з успішністю самореалізації особистості, самоактуалізацією
Системний -	стресостійкість розглядається як необхідна характеристика цілісного процесу адаптації й пов'язують її з регуляцією емоційних станів, що забезпечує психічну стійкість людини

Рис.1.4 Наукові підходи до феномену стресостійкості

Здійснений теоретичний аналіз наукових досліджень із означеної проблематики засвідчив, що актуальним залишається питання визначення структурних компонентів стресостійкості та характеру їхніх взаємозв'язків. Розглядаючи стресостійкість як індивідуальну здатність організму підтримувати належний рівень працездатності в умовах дії стресових чинників, О. Поліщук виокремлює у її структурі три основні психологічні компоненти: соціальний, поведінковий та особистісний, при цьому наголошуючи, що саме особистісний компонент відіграє провідну роль у визначенні рівня стійкості індивіда до стресу [32].

Подібного підходу дотримується В. Корольчук, яка розглядає структуру стресостійкості як багатокомпонентну систему, що включає особистісний, соціальний, типологічний та поведінковий компоненти [14]. Така багаторівнева інтерпретація дає змогу розглядати не лише ієрархічні співвідношення між компонентами стресостійкості, а й особливості їх функціональної ролі у забезпеченні адаптації особистості до стресових ситуацій

Тобто стресостійкість можна визначити як інтегративну властивість особистості, що ґрунтується на узгодженій взаємодії емоційних, вольових, інтелектуальних і мотиваційних компонентів психічної діяльності. Така взаємодія забезпечує ефективне досягнення цілей діяльності в умовах емоційно напруженої та складної ситуації.

Водночас стресостійкість розглядається як інтегральна характеристика особистості, що є важливою передумовою успішної соціальної взаємодії. Вона проявляється через емоційну стабільність, відносно низький рівень тривожності, розвинені навички саморегуляції та психологічну готовність до дії в умовах стресу.

В. Корольчук виокремлює зовнішні та внутрішні чинники стресостійкості особистості [14] – див. табл. 1.1.

Таблиця 1.1

Чинники стресостійкості (за В.Корольчук)

Зовнішні	Внутрішні
✓ оцінка стресової ситуації, ✓ стратегії подолання стресу (копінг-поведінка), ✓ вплив травматичних подій, ✓ ступінь опрацювання травматичного досвіду, ✓ рівень соціальної підтримки, професійний і життєвий досвід, ✓ психологічна підготовка до	✓ Я-концепція особистості, ✓ інтернальний локус контролю, ✓ рівень когнітивного розвитку, ✓ сформованість комунікативної сфери ✓ змістові характеристики структурних компонентів стресостійкості

Підвищення рівня стресостійкості пов'язується насамперед із пошуком та актуалізацією внутрішніх і зовнішніх ресурсів, які забезпечують стабільність функціонування особистості в стресогенних умовах і сприяють ефективному подоланню негативних наслідків стресу. У цьому контексті особливе значення надається використанню конструктивних копінг-стратегій як одного з провідних механізмів адаптації.

Згідно з підходом Річарда Лазаруса і С'юзен Фолкман [52; 56], виокремлюють два основні типи подолання стресових ситуацій: проблемно-орієнтований та емоційно-орієнтований копінг. Вибір відповідної стратегії зумовлюється суб'єктивною когнітивною оцінкою ситуації, зокрема уявленням особистості про можливість або неможливість впливу на стресогенний чинник.

Проблемно-орієнтоване подолання стресу є домінуючим у випадках, коли індивід оцінює ситуацію як таку, що піддається зміні або корекції шляхом активних дій. Натомість емоційно-орієнтований копінг переважає тоді, коли ситуація сприймається як неконтрольована або така, що не підлягає безпосередньому вирішенню, і тому основні зусилля спрямовуються на зміну емоційного ставлення до події та її інтерпретації [33].

Збереження та підвищення рівня стресостійкості особистості безпосередньо пов'язане з пошуком і використанням внутрішніх і зовнішніх ресурсів, які сприяють подоланню негативних наслідків стресових впливів. У цьому контексті ресурси стресостійкості розглядаються як сукупність внутрішніх характеристик і зовнішніх умов, що підвищують здатність особистості до ефективного функціонування в стресогенних обставинах.

Особливу роль у структурі ресурсів відіграють стратегії подолання стресу, які відображають індивідуальні способи поведінки та реагування на складні ситуації [20]. Ефективність таких стратегій значною мірою залежить від життєвої позиції особистості, її активності, спрямованості на самореалізацію та розвитку власного потенціалу.

Аналіз основних наукових досліджень проблеми стресостійкості дає підстави стверджувати, що більшість учених розглядають її як властивість психіки, яка відображає здатність індивіда ефективно здійснювати професійну або життєву діяльність в умовах дії стресогенних факторів.

Детермінантами стресостійкості виступають усі структурні компоненти особистості, зокрема спрямованість, набутий життєвий і професійний досвід, особливості психічних процесів, нейродинамічні характеристики, темперамент, характер і здібності [2]. Стресостійкість як інтегральна характеристика психічного розвитку формується в процесі онтогенезу на основі генетично зумовлених індивідуальних властивостей особистості та під впливом соціального середовища.

Як інтегративна властивість, стресостійкість передбачає взаємодію з усіма структурними компонентами психіки як у процесі дії стресогенних чинників, так і після їхнього впливу. До її основних функцій відносять спрямованість на подолання перешкод, активізацію діяльності в екстремальних умовах, підтримання стабільності емоційно-вольової саморегуляції, а також забезпечення стійкого рівня професійної мотивації [33].

РОЗДІЛ 2

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТРЕСОСТІЙКОСТІ МЕДИКІВ В УМОВАХ ПОВНОМАСШТАБНОГО ВТОРГНЕННЯ

2.1 Програма та методики дослідження показників стресостійкості медичних працівників

Дослідження стресостійкості проводилось упродовж 2025-2026 рр. серед медичних працівників м. Тернополя. У ньому взяли участь 47 осіб КНП «Тернопільська обласна дитяча клінічна лікарня» ТОР.

Для дослідження нами були застосовані наступні емпіричні методики - методика «Діагностика стану стресу» (А.О. Прохорова), опитувальник «Способи стрес-долаючої поведінки» Р. Лазаруса, С. Фолкмана, методика «Аналіз стилю життя» («Бостонський тест на стресостійкість») та методика Мулі Лахада «Basic PH».

Методика «Діагностика стану стресу» (А.О. Прохорова) дозволила нам виявити особливості переживання стресу: ступінь самоконтролю та емоційної лабільності в стресових умовах. Вона призначена для людей старших 18 років без обмежень за освітніми, соціальними та професійними ознаками.

Підраховується кількість позитивних відповідей за усіма питаннями. Результат 0 – 4 бали означає високий рівень регуляції у стресових ситуаціях; 5-7 балів – помірний рівень, 8-9 – низький рівень. Людина, яка характеризується *високим рівнем регуляції*, поводить у стресових ситуаціях досить стримано і вміє регулювати власні емоції. Як, правило, такі люди не схильні дратуватися і звинувачувати інших і себе у подіях, які відбуваються.

Помірний (середній) рівень регуляції – особа не завжди правильно і адекватно поводить себе у стресових ситуаціях. Іноді вона вміє зберігати самовладання, але бувають такі випадки, коли навіть незначні події порушують емоційну рівновагу

Низький (слабкий) рівень регуляції притаманний людям із високим ступенем перевтоми та виснаження. Вони часто втрачають самоконтроль у стресовій ситуації і не вміють володіти собою. Таким особам варто розвивати навички саморегуляції у стресі.

Опитувальник «Способи стрес-долаючої поведінки» Р. Лазаруса, С. Фолкмана призначений для визначення копінг-стратегій як способів подолання стресів і труднощів у різноманітних сферах психічної діяльності. Для початку пропонують 50 тверджень, які стосуються поведінки у стресовій життєвій ситуації. Випробуваний повинен оцінити, як часто ці види поведінки виявляються в нього. Шкали методики виглядають таким чином:

1) Конфронтація - стратегія конфронтації передбачає спроби вирішення проблеми за рахунок не завжди цілеспрямованої поведінкової активності, здійснення конкретних дій, спрямованих або на зміну ситуації, або на реагування негативними емоціями у зв'язку з виниклими труднощами. При вираженій перевазі цієї стратегії можуть спостерігатися імпульсивність у поведінці (іноді з елементами ворожості й конфліктності), труднощі в плануванні дій, прогнозування їх результату, корекції стратегії поведінки, невиправдана впертість. Копінг-дії при цьому втрачають свою цілеспрямованість і стають переважно результатом розрядки емоційного напруження. Часто стратегія конфронтації розглядається як неадаптивна, однак при помірному використанні вона забезпечує здатність особистості до опору труднощам, енергійність та завзятість при вирішенні проблемних ситуацій, вміння відстоювати власні інтереси, справлятися з тривогою в стресогенних умовах.

2) Дистанціювання - передбачає спроби подолання негативних переживань у зв'язку з проблемою за рахунок суб'єктивного зниження її значущості та ступеня емоційного залучення у неї. Характерним є використання інтелектуальних прийомів раціоналізації, перемикання уваги, відсторонення, гумору, знецінення тощо.

3) Самоконтроль Стратегія самоконтролю передбачає спроби подолання негативних переживань у зв'язку з проблемою за рахунок цілеспрямованого придушення і стримування емоцій, мінімізації їх впливу на оцінювання ситуації та вибір стратегії поведінки, високий контроль поведінки, прагнення до оволодіння собою. При вираженому переважанні стратегії самоконтролю в особистості може спостерігатися прагнення приховувати від оточення свої переживання й прагнення у зв'язку з проблемною ситуацією. Часто така поведінка свідчить про страх саморозкриття, надмірну вимогливість до себе, що призводить до сильного контролю поведінки.

4) Пошук соціальної підтримки Стратегія пошуку соціальної підтримки передбачає спроби вирішення проблеми за рахунок залучення зовнішніх (соціальних) ресурсів, пошуку інформаційної, емоційної та дієвої підтримки. Характерними є орієнтованість на взаємодію з іншими людьми, очікування уваги, поради, співчуття. Пошук переважно інформаційної підтримки передбачає звернення за рекомендаціями до експертів і знайомих, що володіють, з точки зору респондента, необхідними знаннями. Потреба переважно в емоційній підтримці проявляється прагненням бути вислуханим, отримати емпатійну відповідь, розділити з ким-небудь свої переживання. При пошуку переважно дієвої підтримки провідною є потреба в допомозі конкретними діями.

5) Прийняття відповідальності - стратегія прийняття відповідальності передбачає визнання суб'єктом своєї ролі у виникненні проблеми й відповідальності за її розв'язання, у деяких випадках з виразним компонентом самокритики й самозвинувачення. За умови помірнього використання ця стратегія відображає прагнення особистості до розуміння залежності між власними діями та їх наслідками, готовність аналізувати свою поведінку, шукати причини актуальних труднощів в особистих недоліках і помилках. Водночас вираженість цієї стратегії у поведінці може призводити до невинуватливої самокритики, переживання почуття провини й незадоволеності

собою. Зазначені особливості, як відомо, є фактором ризику розвитку депресивних станів.

6) Втеча-уникнення. Стратегія втечі-уникнення передбачає спроби подолання особистістю негативних переживань через труднощі за рахунок реагування за типом ухилення: заперечення проблеми, фантазування, невинуватити очікування, відволікання і т.ін. При вираженій перевазі стратегії уникнення можуть спостерігатися неконструктивні форми поведінки в стресових ситуаціях: заперечення або повне ігнорування проблеми, ухилення від відповідальності і дій стосовно вирішення труднощів, що виникли, пасивність, нетерпіння, спалахи роздратування, занурення у фантазії, переїдання, уживання алкоголю тощо, з метою зниження болісного емоційного напруження. Більшість дослідників цю стратегію розглядає як неадаптивну, проте ця обставина не виключає її користі в окремих ситуаціях, особливо в короткостроковій перспективі й при гострих стресогенних ситуаціях. Позитивні сторони: можливість швидкого зниження емоційного напруження в ситуації стресу.

7) Планування розв'язання проблеми. Стратегія планування розв'язання проблеми передбачає спроби подолання проблеми за рахунок цілеспрямованого аналізу ситуації та можливих варіантів поведінки, вироблення стратегії вирішення проблеми, планування власних дій з урахуванням об'єктивних умов, минулого досвіду і наявних ресурсів. Стратегія розглядається більшістю дослідників як адаптивна, сприяє конструктивному вирішенню труднощів.

8) Позитивна переоцінка передбачає спроби подолання негативних переживань у зв'язку з проблемою за рахунок її позитивного переосмислення, розгляду як стимулу для особистісного зростання. Характерна орієнтованість на надособистісне, філософське осмислення проблемної ситуації, включення її в більш широкий контекст роботи особистості над саморозвитком.

Методика «Аналіз стилю життя» (Бостонський тест на стресостійкість). Ця методика складається з 20 тверджень. Кожне твердження

має декілька варіантів відповідей серед яких наступні: «Завжди» – за цю відповідь досліджуваному нараховується 1 бал; наступна відповідь «Часто» – за неї 2 бали; відповідь «Іноді» – досліджуваному нараховується 3 бали; за наступну відповідь «Майже ніколи» – принесе досліджуваному 4 бали; і остання відповідь «Ніколи» – досліджуваний отримає 5 балів.

Наступним кроком підбивається сума всіх набраних балів за всіма 20 твердженнями. За підсумками загальній кількості набраних балів визначають рівень вираженості стресостійкості.

Також треба акцентувати, що дана методика має шкалу оберненого характеру – тобто, стресостійкість особистості досліджуваного буде вище вираженою якщо у нього буде мало балів. Чим менше набрано балів – тим вища вираженість стресостійкості, чим більше набрано балів – тим менше виражена стресостійкість медичних працівників.

Результати інтерпретуються наступним чином: Коли випробуваний медик отримав до 10 балів або рівно 10 балів – це свідчить про занадто високий прояв стресостійкості (однак при умові, що відповіді досліджуваного були чесними); 28 коли вся кількість балів котрі отримані досліджуваним знаходиться в межах від 11 балів до 30 – мова йде власне про нормальний (або середній) рівень прояву стресостійкості; якщо досліджуваний отримав більше 30 балів, то це трактується як низький рівень вираженості стресостійкості; ну і вже коли понад 50 балів – можемо говорити про дуже низький рівень вияву стресостійкості.

Модель «BASIC Ph» – це багатовимірна модель подолання стресу та пошуку внутрішньої стабільності, розроблена професором Мулі Лаадом – директором Ізраїльського Центру попередження стресу. Вона демонструє різні стилі, шляхи того, як людина може впоратися із стресом і кризою.

Визначаємо домінантні ресурсні канали

1. В – Віра та цінності (Belief & values) – віра, переконання, цінності, філософія життя.

2. А – Афект, емоції (Affect) – вираження емоцій та почуттів.

3. S – Соціалізація (Socialization) – соціальні зв'язки, соціальна підтримка, соціальна приналежність, спілкування.

4. I – Уява (Imagination) – уява, мрії, спогади, творчість.

5. C – Когніція, мислення (Cognition, thought) – розум, пізнання, когнітивні стратегії.

6. Ph – Фізичний аспект (Physical) – фізична активність, тілесні ресурси.

Віра та цінності (Belief & values) – цей спосіб подолання кризи базується на вмінні вірити: це може бути віра в Бога, в людей чи в самого себе. Існування в нашому житті сенсовної наповненості, системи життєвих цінностей, місії, віри є джерелом, з якого людина може почерпнути сили у складних ситуаціях.

Афект, емоції (Affect) – цей спосіб подолання стресу вимагає від нас, перш за все, навчитися розуміти власні почуття, називати їх своїми власними іменами. Після цього з'являється можливість висловити розпізнані почуття найбільш прийнятними для кожної людини способами: словесно – в особистій розмові, письмово – в листі, без слів – в танці, малюнку, музиці чи драмі. Йдеться про пряме чи опосередковане вираження почуттів: наприклад, записувати в щоденник свої почуття, висловлювати їх у будь-який арт-спосіб (малюнок, спів, інструментальна музика) тощо.

Соціалізація (Socialization) – даному способу стресодолання притаманне прагнення до спілкування, звернення за підтримкою до сім'ї, близьких людей чи до кваліфікованих спеціалістів. Крім цього, ми можемо самі допомагати іншим потребуючим людям, занурюватися в суспільну роботу тощо. Суть способу полягає у соціальній включеності, можливості бути серед людей, бути чимось корисною, почувати себе частиною системи, організації тощо.

Уява (Imagination) – цей спосіб подолання стресу апелює до наших творчих здібностей, креативної сторони нашої особистості. Завдяки уяві ми можемо мріяти, розвивати інтуїцію та пластичність, шукати і знаходити рішення у світі гри та фантазії, уявляти собі змінене майбутнє та минуле, навіть

спогади про щасливі моменти здатні зменшити інтенсивність переживань у складних ситуаціях «тут і тепер». Сюди також відноситься почуття гумору, імпрровізація, мистецтво та різного роду ремесла.

Когніція, мислення (Cognition) – спосіб подолання кризи через звернення до наших ментальних здібностей, до нашого вміння логічно та критично мислити, оцінювати ситуацію, пізнавати та досягати нові ідеї, планувати, навчатися, збирати достовірну інформацію, аналізувати проблеми та вирішувати їх. Сюди ж належить пріоритетність, альтернатива, делегування та саморефлексія (розмова з самим собою).

Фізичний аспект (Physical) – спосіб стресодолання, що передбачає звернення до фізичної активності нашого тіла. Цей спосіб пов'язаний із такими можливостями нашого фізичного тіла, як здатність відчувати себе завдяки слуху, зору, нюху, дотику, смаку, відчуттю тепла та холоду, болі та задоволення, орієнтації на місцевості, внутрішньої напруги чи розслаблення. Він також включає в себе різного роду фізичні навантаження (зарядка чи виконання фізкультурних комплексів, ходьба, прогулянка на природі, походи в гори тощо) та тілесні практики (релаксаційні техніки, дихальні вправи тощо).

2.2 Емпіричне дослідження особливостей прояву стресостійкості у професійній поведінці медиків

Дослідження показників стресостійкості медичних працівників ми розпочали з методики А.О.Прохорова. Згідно отриманих даних, високий рівень саморегуляції у стресових ситуаціях мають 48,9% медичних працівників. Тобто майже половина досліджуваних поводить у стресових ситуаціях досить стримано і вміє регулювати власні емоції. Як правило, такі люди не схильні дратуватися і звинувачувати інших і себе у подіях, які відбуваються (див. рис. 2.1).

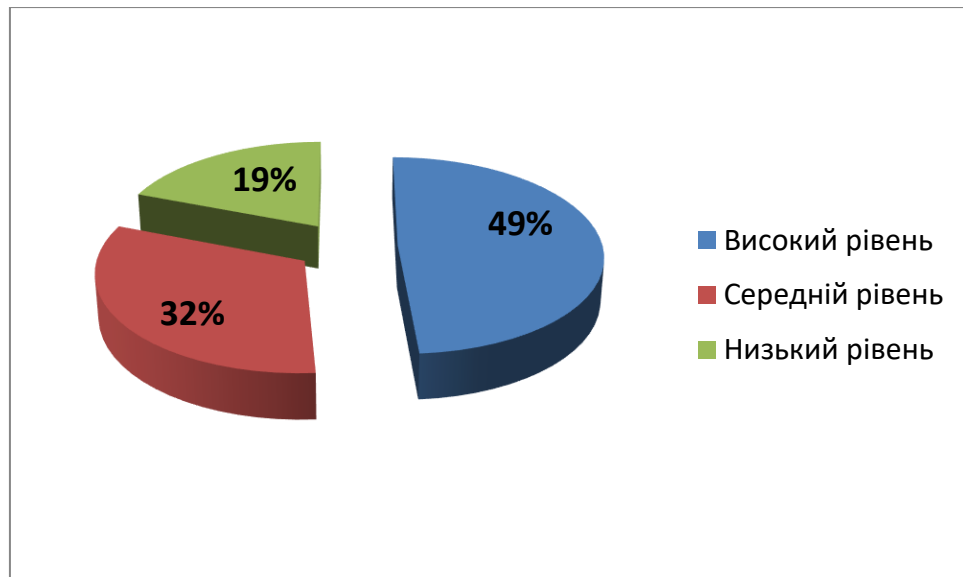


Рис. 2.1 Рівні саморегуляції медичних працівників (за методикою А.О.Прохорова)

Третина з наших досліджуваних (31,9%) мають середній рівень саморегуляції - вони не завжди правильно і адекватно поведуться у стресових ситуаціях. Іноді вони вміють зберігати самовладання, але бувають такі випадки, коли навіть незначні події порушують їхню емоційну рівновагу.

19,2% осіб характеризуються низьким рівнем саморегуляції у стресових ситуаціях. Саме їм варто розвивати навички давати собі раду, застосовуючи конструктивні копінг-стратегії.

Ці результати свідчать про достатньо високий рівень психологічної готовності значної частини медичних працівників до діяльності в умовах підвищеного стресу. Зокрема, 48,9% продемонструвала високий рівень саморегуляції, що вказує на їхню здатність контролювати власні емоційні реакції, зберігати самовладання та приймати виважені рішення навіть у складних професійних ситуаціях. Такий показник є особливо важливим для медичних працівників, оскільки їхня діяльність передбачає постійне перебування в умовах емоційного напруження, високої відповідальності та необхідності швидкого реагування.

Разом з тим, 31,9% досліджуваних мають середній рівень саморегуляції. Це свідчить про те, що їхня здатність до контролю емоцій та поведінки в стресових ситуаціях є нестійкою і залежить від сили та тривалості впливу

стресогенних чинників. У звичних умовах вони здатні ефективно справлятися з емоційним навантаженням, проте в окремих ситуаціях можуть відчувати труднощі із збереженням психологічної рівноваги.

Особливу увагу привертає група медичних працівників із низьким рівнем саморегуляції (19,2%). Такі особи можуть гостріше реагувати на професійні труднощі, частіше переживати негативні емоційні стани та мати менше ресурсів для ефективного подолання стресу. В умовах війни та постійних професійних перевантажень це може підвищувати ризик емоційного виснаження, професійного вигорання та зниження ефективності діяльності.

Загалом отримані результати дозволяють стверджувати, що більшість досліджуваних медичних працівників характеризуються середнім і високим рівнями саморегуляції (80,8%), що є позитивним показником їхньої стресостійкості. Водночас наявність групи осіб із низьким рівнем саморегуляції актуалізує необхідність розробки та впровадження психологічних програм, спрямованих на розвиток навичок емоційної саморегуляції, опанування конструктивних копінг-стратегій та підвищення психологічної стійкості до професійних стресів.

Питальник «Способи стрес-долаючої поведінки» Р. Лазаруса, С. Фолкмана ми застосували з метою дослідження домінуючих копінг-стратегій, які використовують медичні працівники для подолання професійних стресових ситуацій. Загальні результати подаємо у табл. 2.1.

Таблиця 2.1

**Показники використання медичними працівниками копінг-стратегій
(за методикою Р. Лазаруса, С. Фолкмана)**

Копінг-стратегія	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
Конфронтаційний копінг	21,3% (10 осіб)	55,3% (26 осіб)	23,4% (11 осіб)
Дистанціювання	25,5% (12 осіб)	53,2% (25 осіб)	21,3% (10 осіб)
Самоконтроль	0% (0 осіб)	38,3% (18 осіб)	61,7% (29 осіб)
Пошук соціальної	12,8%	38,3%	48,9%

підтримки	(6 осіб)	(18 осіб)	(23 особи)
Прийняття відповідальності	8,5% (4 особи)	51,1% (24 особи)	40,4% (19 осіб)
Втеча-уникнення	46,8% (22 особи)	34,0% (16 осіб)	19,2% (9 осіб)
Планування розв'язання проблеми	10,6% (5 осіб)	38,3% (18 осіб)	51,1% (24 особи)
Позитивна переоцінка	12,8% (6 осіб)	42,6% (20 осіб)	44,6% (21 особа)

Проаналізуємо детально отримані дані. Перша **стратегія - конфронтація** - застосовується половиною наших досліджуваних на середньому рівні – 55,3%. Високий рівень її використання притаманний 23,4% медиків, і низький – 21,3% (див. рис. 2.2).

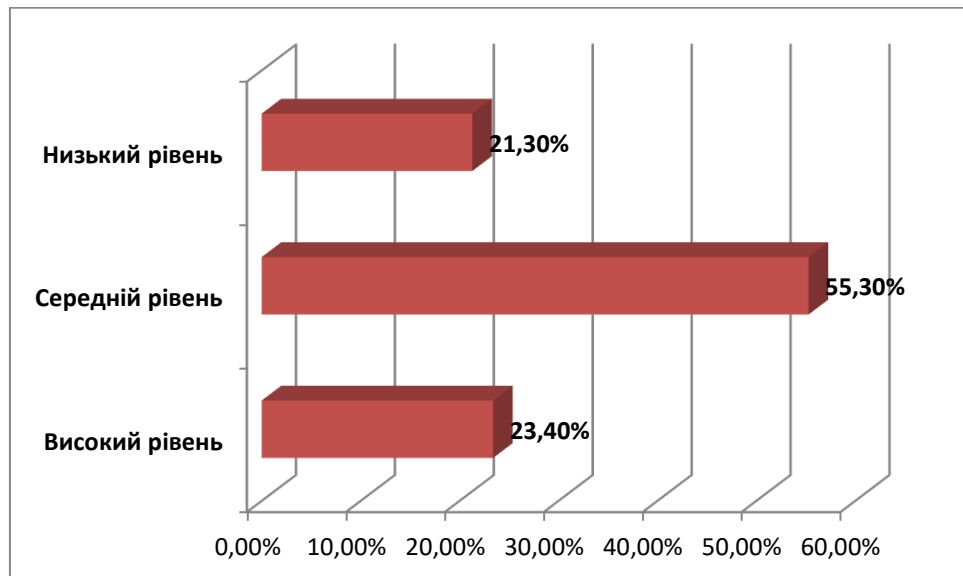


Рис. 2.2 Застосування конфронтаційної стратегії медичними працівниками

Як відомо, конфронтаційна стратегія - це спроби вирішити проблему за рахунок не завжди цілеспрямованої поведінкової активності, це здійснення конкретних дій, які спрямовані або на зміну ситуації, або на відреагування негативними емоціями на труднощі. Нерідко стратегія конфронтації розглядається науковцями як неадаптивна, однак ми вважаємо основними причинами її використання особливості професійної діяльності медиків. Крім того, на наше переконання, при помірному використанні конфронтація забезпечує здатність особистості до опору труднощам, енергійність і

заповзятливість при вирішенні проблемних ситуацій, вміння відстоювати власні інтереси асертивно та справлятися з тривогою у стресогенних умовах.

Також більшість наших досліджуваних застосовують **дистанціювання від проблеми** на середньому рівні – 53,2%, низький рівень притаманний 25,5%. Тільки п'ята частина медичних працівників (21,3%) використовує дистанціювання на високому рівні, тобто часто застосовує інтелектуальні прийоми раціоналізації, переключення уваги, відсторонення, гумор, знецінення тощо (див. рис. 2.3).

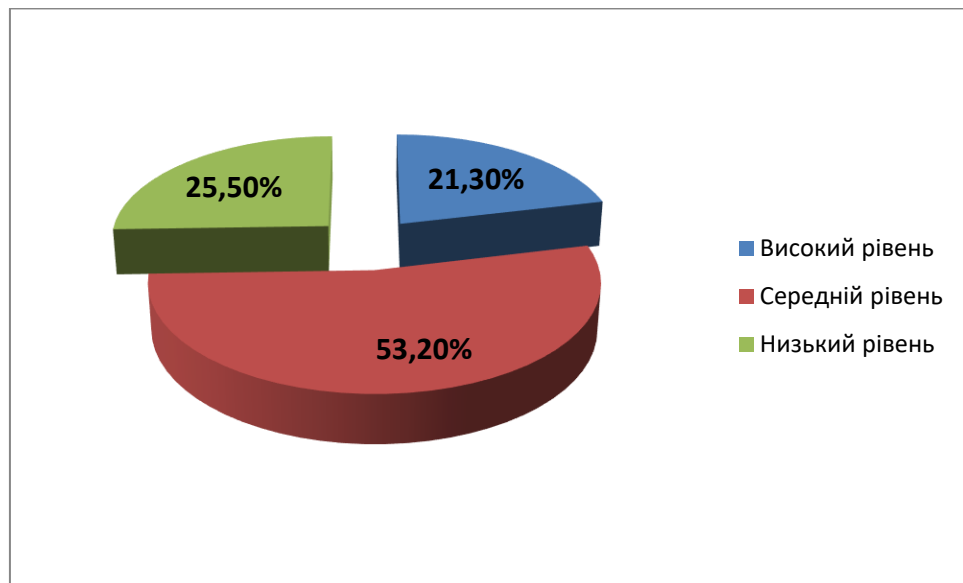


Рис. 2.3 Застосування стратегії дистанціювання від проблеми медичними працівниками

Наступний копінг – це «**Самоконтроль**». Спроби подолання негативних переживань завдяки цілеспрямованому придушенню, стримуванню емоцій, мінімізації їх впливу на оцінку ситуації, високий рівень контролю поведінки, прагнення до самовладання притаманні абсолютній більшості медиків (61,7%), 38,3% мають середній рівень застосування цієї копінг-стратегії (рис. 2.4).

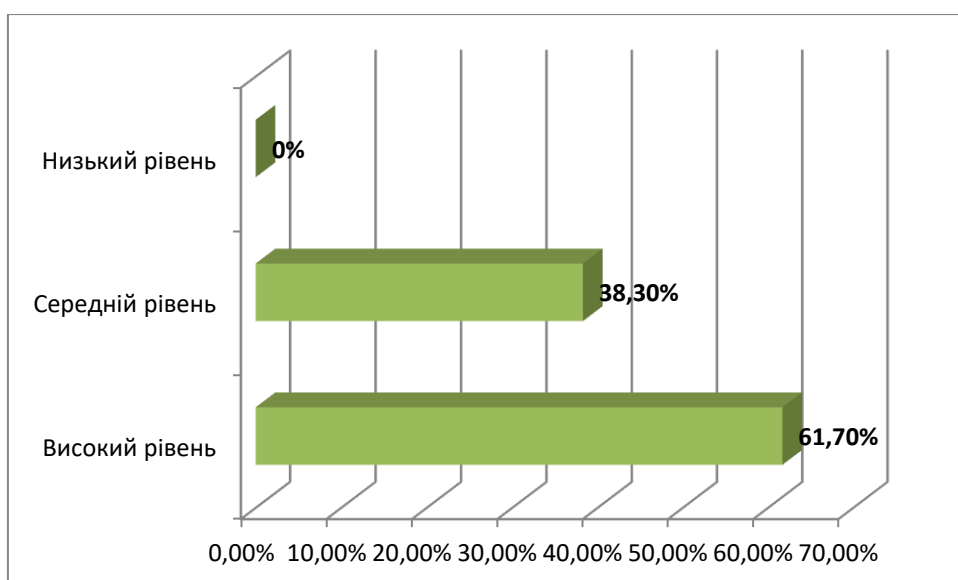


Рис. 2.4 Застосування стратегії самоконтролю медичними працівниками

Так само часто медики використовують таку просоціальну копінг-стратегію, як **пошук соціальної підтримки**. Абсолютна більшість досліджуваних (48,9% + 38,3%) вирішує проблеми завдяки залученню зовнішніх (соціальних) ресурсів, пошуку інформаційної, емоційної та дієвої підтримки у колег по роботі. Тільки 12,8% медичних працівників застосовують цю копінг-стратегію на низькому рівні (рис. 2.5).

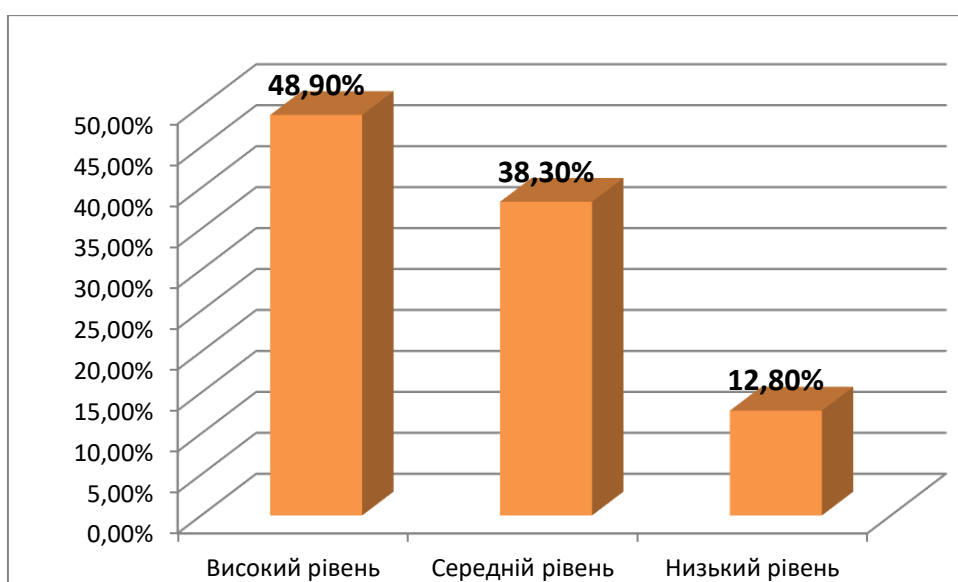


Рис. 2.5 Застосування стратегії пошук соціальної підтримки медичними працівниками

Щодо стратегії «Прийняття відповідальності», то на високому рівні вона притаманна 40,4% медиків, на середньому рівні – 51,1%. Тільки 8,5% осіб ця стратегія застосовується на низькому рівні (див. рис. 2.6).

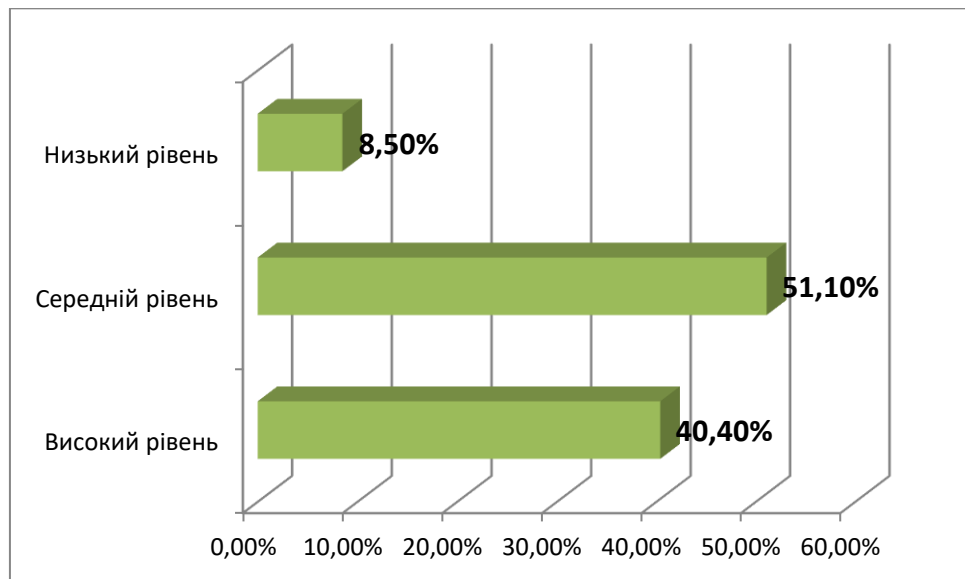


Рис. 2.6 Застосування стратегії прийняття відповідальності медичними працівниками

Ще одна копінг-стратегія – це «Втеча-уникнення». Більшість наших досліджуваних рідко її застосовують (високий рівень притаманний тільки 19,2% %, середній 34,0% осіб) – див. рис. 2.7.

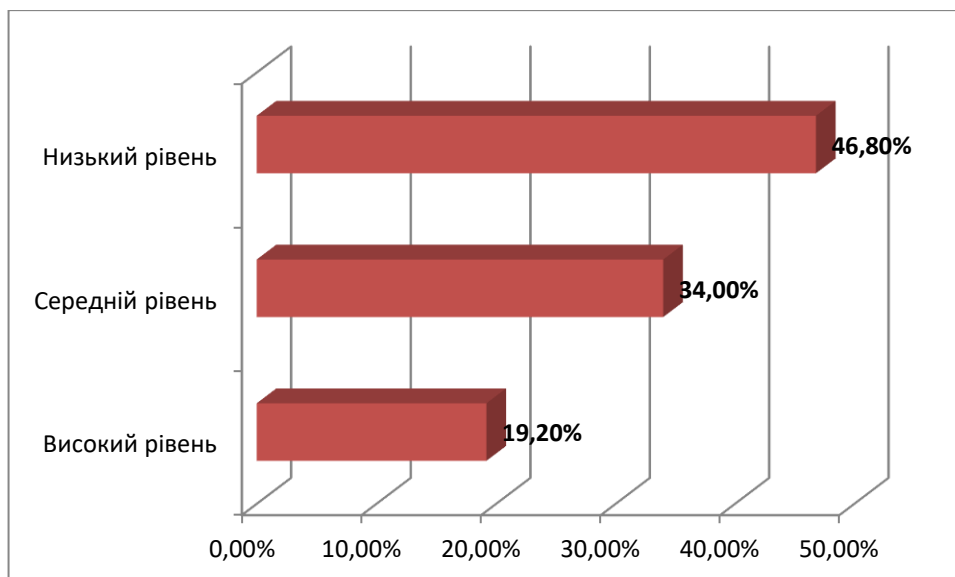


Рис. 2.7 Застосування стратегії «Втеча-уникнення» медичними працівниками

Також абсолютна більшість медиків застосовує копінг-стратегію «Планування вирішення проблеми» – високий рівень у 51,1% осіб. Вони

пробують подолати проблему за рахунок цілеспрямованого аналізу ситуації і можливих варіантів поведінки, формування стратегії вирішення проблеми, планування власних дій з врахуванням об'єктивних умов, минулого досвіду і наявних ресурсів. Середній рівень використання даного копінгу у 38,3% медичних працівників (рис. 2.8).

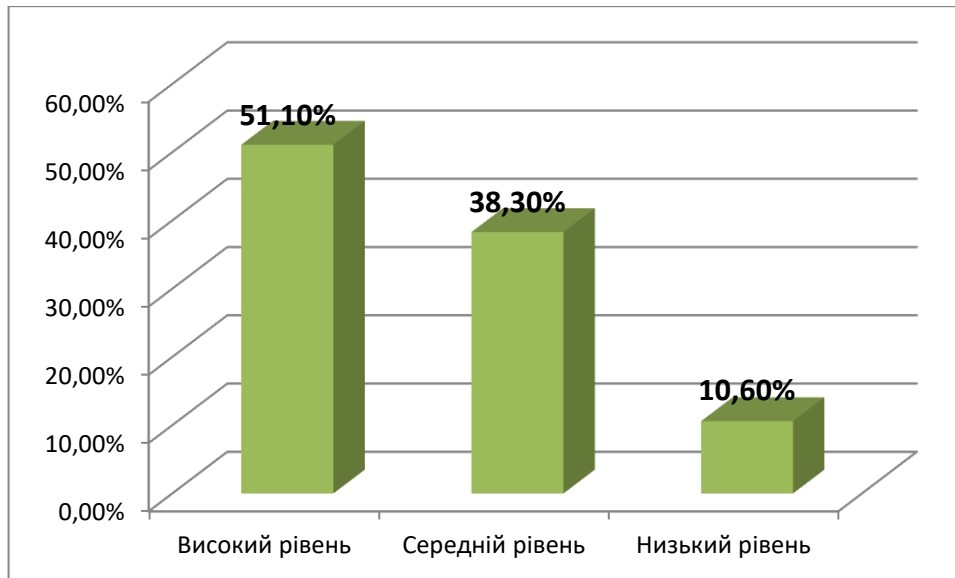


Рис. 2.8 Застосування стратегії «Планування вирішення проблеми» медичними працівниками

І остання стратегія – «Позитивна переоцінка» як подолання особистістю негативних переживань у зв'язку з проблемою за рахунок її позитивного переосмислення, реінтерпретації, розгляд її як стимулу для особистісного зростання притаманна для 42,6% досліджуваних на середньому рівні та 44,6% на високому. Для цих медичних працівників характерною є зорієнтованість на філософське осмислення проблемної ситуації, включення її в більш ширший контекст роботи особистості над саморозвитком (рис. 2.9).

Отримані результати свідчать, що серед медичних працівників найбільш поширеними є конструктивні копінг-стратегії. Зокрема, понад половина респондентів (51,1%) демонструє високий рівень використання стратегії «Планування розв'язання проблеми», що характеризує їхню схильність до раціонального аналізу складних ситуацій та активного пошуку шляхів їх подолання.

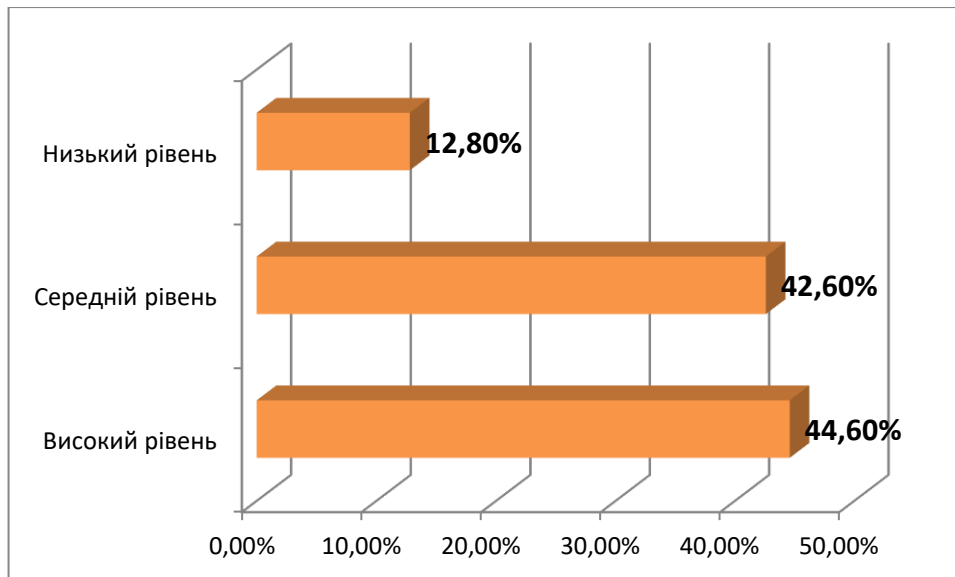


Рис. 2.9 Застосування стратегії «Позитивна переоцінка» медичними працівниками

Високі показники також виявлено за шкалами «Самоконтроль» (44,6%), «Пошук соціальної підтримки» (44,7%) та «Позитивна переоцінка» (44,6%). Це свідчить про здатність більшості досліджуваних контролювати власні емоції, звертатися по допомогу до колег і близьких та знаходити позитивний сенс навіть у складних життєвих обставинах.

За шкалою «Втеча-уникнення» найбільша частка респондентів має низький рівень (34,0%), що можна розглядати як позитивний показник, оскільки медичні працівники переважно не схильні уникати вирішення проблем або заперечувати наявність стресових ситуацій.

Показники за шкалами «Конфронтаційний копінг», «Дистанціювання» та «Прийняття відповідальності» переважно знаходяться на середньому рівні, що свідчить про помірне використання цих способів подолання стресу залежно від особливостей конкретної ситуації.

Таким чином, у досліджуваній групі медичних працівників домінують адаптивні проблемно-орієнтовані та особистісно-ресурсні копінг-стратегії, які сприяють ефективному подоланню професійного стресу та підтриманню психологічної стійкості в умовах війни. Це узгоджується зі специфікою їхньої

професійної діяльності, яка вимагає високого рівня відповідальності, самоконтролю та готовності діяти в кризових ситуаціях.

За допомогою методики «Аналіз стилю життя» («Бостонський тест на стресостійкість») ми досліджували рівень стресостійкості медичних працівників (див. табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Розподіл рівнів стресостійкості за методикою «Аналіз стилю життя»

Рівень	Кількість осіб	%
Високий рівень стресостійкості	8	17,0
Достатній рівень стресостійкості	18	38,3
Середній рівень стресостійкості	14	29,8
Низький рівень стресостійкості	7	14,9
Разом	47	100

Як бачимо з табл. 2.2, високий рівень стресостійкості виявлено у 17,0 % досліджуваних (8 осіб). Для цих респондентів характерними є емоційна врівноваженість, здатність контролювати власні переживання, ефективно організовувати професійну діяльність та підтримувати психологічне благополуччя навіть в умовах підвищеного навантаження.

Найбільша частка опитаних - 38,3 % (18 осіб) продемонструвала достатній рівень стресостійкості. Такі результати свідчать про загалом успішну адаптацію до професійних труднощів, хоча за умов тривалого перевантаження у цих медичних працівників можуть виникати ознаки емоційного виснаження і вигорання.

У 29,8 % респондентів (14 осіб) зафіксовано середній рівень стресостійкості, що характеризується періодичним переживанням психоемоційного напруження, втоми та труднощами у відновленні психологічних ресурсів.

Низький рівень стресостійкості виявлено у 14,9 % медичних працівників (7 осіб). Це може свідчити про високий рівень хронічного стресу, емоційного виснаження, перевтоми та ризик розвитку професійного вигорання.

Аналіз отриманих результатів засвідчив, що у більшості респондентів спостерігається достатній або середній рівень стресостійкості. Це свідчить про наявність значного психоемоційного навантаження, зумовленого професійною діяльністю, однак водночас про сформованість певних адаптаційних механізмів подолання стресу.

Отримані результати дають підстави стверджувати, що професійна діяльність медичних працівників супроводжується значним психоемоційним навантаженням, що впливає на їхню стресостійкість та потребує впровадження заходів психологічної підтримки, профілактики емоційного вигорання та розвитку навичок саморегуляції.

З метою вивчення провідних ресурсних каналів подолання стресу медичних працівників було використано методикою BASIC Ph Мулі Лахада.

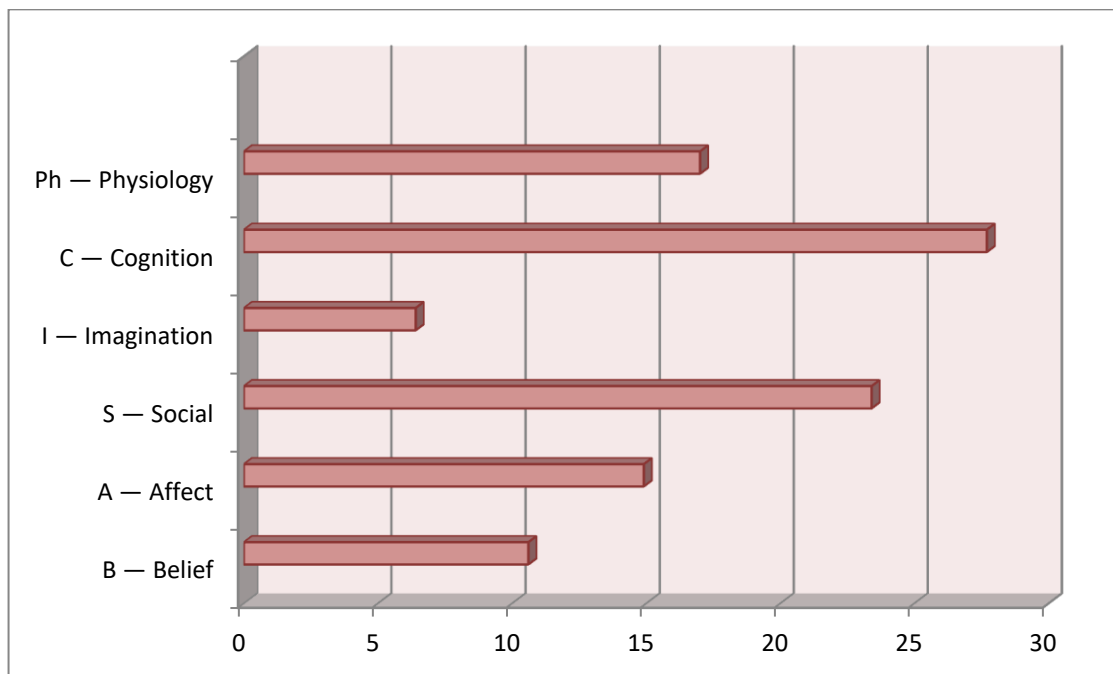


Рис. 2.10 Розподіл домінуючих ресурсних каналів стресостійкості за методикою BASIC Ph Мулі Лахада

Аналіз результатів за методикою BASIC Ph показав, що серед медичних працівників переважають когнітивні та соціальні способи подолання стресу. Найбільша частка досліджуваних (27,7%) використовує канал **С (Cognition)**,

який передбачає раціональне осмислення проблемної ситуації, аналіз причин її виникнення, пошук інформації та вироблення ефективних способів вирішення. Отриманий результат свідчить про те, що для більшості медичних працівників характерним є усвідомлений та проблемно-орієнтований підхід до подолання стресу. Це можна пояснити специфікою їхньої професійної діяльності, яка вимагає швидкого прийняття рішень, аналітичного мислення та високого рівня відповідальності.

Другою за поширеністю виявилася стратегія **S (Social)**, яку обрали 23,4% респондентів. Для таких осіб важливим ресурсом подолання стресу є підтримка колег, близьких людей, друзів та професійного оточення. Висока представленість цього ресурсного каналу свідчить про значущість міжособистісних взаємин і соціальної взаємодії як чинника психологічної стійкості медичних працівників, особливо в умовах підвищеного професійного навантаження та воєнного стану.

У 17,0% досліджуваних домінує канал **Ph (Physiology)**. Це означає, що для збереження психологічної рівноваги вони переважно використовують фізичну активність, турботу про здоров'я, відпочинок, дихальні практики або інші тілесні способи зняття напруження. Такі стратегії сприяють зниженню психофізіологічних проявів стресу та підтриманню працездатності.

Канал **A (Affect)** виявився провідним для 14,9% медичних працівників. Представники цієї групи долають стрес переважно через емоційне вираження власних переживань, відкритість до почуттів та їх усвідомлення. Використання емоційного ресурсу допомагає їм зменшувати внутрішню напругу та відновлювати емоційну рівновагу.

Для 10,6% респондентів домінуючим є канал **B (Belief)**, який пов'язаний із системою переконань, цінностей, віри, пошуком сенсу та внутрішніх духовних ресурсів. Такий результат свідчить, що частина медичних працівників спирається на світоглядні орієнтири та особистісні цінності як джерело психологічної підтримки у складних життєвих обставинах.

Найменш поширеним виявився канал **I (Imagination)** - 6,4%. Це свідчить про те, що медичні працівники відносно рідко використовують уяву, творчість, фантазування чи символічні образи як основний спосіб подолання стресових ситуацій. Ймовірно, це пов'язано з практичною спрямованістю їхньої професійної діяльності, яка потребує реалістичного сприйняття ситуації та конкретних дій.

Отже, результати дослідження демонструють, що у медичних працівників КНП «Тернопільська обласна дитяча клінічна лікарня» ТОР переважають раціонально-когнітивні та соціально орієнтовані копінг-ресурси. Це свідчить про достатньо високий рівень адаптаційного потенціалу досліджуваних, їхню здатність конструктивно аналізувати складні ситуації, використовувати підтримку оточення та ефективно долати професійні стреси. Водночас порівняно невисока представленість духовного та творчого каналів вказує на можливість розширення репертуару копінг-стратегій через розвиток особистісних і внутрішньоресурсних способів психологічної самодопомоги.

Таблиця 2.3

Кореляційні зв'язки між показниками стресостійкості, саморегуляції та копінг-стратегіями медичних працівників (n=47)

Показники	Саморегуляція	Стресостійкість
Конфронтаційний копінг	0,18	0,12
Дистанціювання	-0,29*	-0,34*
Самоконтроль	0,61**	0,56**
Пошук соціальної підтримки	0,37*	0,42**
Прийняття відповідальності	0,45**	0,39**
Втеча-уникнення	-0,58**	-0,64**
Планування розв'язання проблеми	0,67**	0,71**
Позитивна переоцінка	0,52**	0,59**
Канал BASIC Ph – Cognition	0,63**	0,68**

Канал BASIC Ph – Social	0,34*	0,41**
Канал BASIC Ph – Physiology	0,28	0,36*
Канал BASIC Ph – Affect	0,19	0,15
Канал BASIC Ph – Belief	0,31*	0,38*
Канал BASIC Ph – Imagination	0,11	0,08

Примітка: * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$ (коефіцієнт кореляції Спірмена).

Проведений кореляційний аналіз дозволив виявити низку статистично значущих взаємозв'язків між показниками стресостійкості, саморегуляції та способами подолання стресу у медичних працівників.

Найсильніший позитивний зв'язок встановлено між показниками стресостійкості та копінг-стратегією **«Планування розв'язання проблеми»** ($r = 0,71$; $p \leq 0,01$). Це свідчить про те, що чим вищою є здатність медичних працівників аналізувати проблему та планувати власні дії, тим вищим є рівень їхньої стресостійкості. Аналогічний позитивний зв'язок виявлено між саморегуляцією та цією стратегією ($r = 0,67$; $p \leq 0,01$).

Значущі позитивні кореляції зафіксовано між стресостійкістю та копінгами **«Самоконтроль»** ($r = 0,56$; $p \leq 0,01$), **«Позитивна переоцінка»** ($r = 0,59$; $p \leq 0,01$), а також **«Пошук соціальної підтримки»** ($r = 0,42$; $p \leq 0,01$). Отримані результати свідчать, що ефективне керування власними емоціями, здатність знаходити позитивний зміст у складних ситуаціях та використання соціальної підтримки виступають важливими ресурсами підтримання психологічної стійкості медичних працівників.

Виявлено також помірні позитивні зв'язки між показниками саморегуляції та стратегією **«Прийняття відповідальності»** ($r = 0,45$; $p \leq 0,01$), що підтверджує важливість усвідомлення власної ролі у вирішенні професійних труднощів для розвитку адаптивної поведінки.

Особливу увагу привертають негативні кореляції зі стратегією **«Втеча-уникнення»**. Зокрема, встановлено обернений зв'язок між цією стратегією та стресостійкістю ($r = -0,64$; $p \leq 0,01$), а також саморегуляцією ($r = -0,58$; $p \leq 0,01$). Це означає, що схильність уникати вирішення проблем або заперечувати

наявність труднощів негативно впливає на здатність медичних працівників ефективно протидіяти стресу.

Серед ресурсних каналів BASIC Ph найтісніші позитивні взаємозв'язки зі стресостійкістю та саморегуляцією виявлено для каналу **С (Cognition)** ($r = 0,68$ та $r = 0,63$ відповідно; $p \leq 0,01$). Це підтверджує, що когнітивні ресурси - аналіз ситуації, раціональне мислення та пошук оптимальних рішень - є провідними чинниками психологічної стійкості медичних працівників.

Таким чином, результати кореляційного аналізу свідчать, що високий рівень стресостійкості медичних працівників пов'язаний насамперед із використанням конструктивних проблемно-орієнтованих копінг-стратегій, розвитком навичок саморегуляції та переважанням когнітивних ресурсів подолання стресу, тоді як уникання проблем істотно знижує адаптаційні можливості особистості.

ВИСНОВКИ

У бакалаврській роботі здійснено теоретико-емпіричний аналіз психологічних особливостей стресостійкості медичних працівників в умовах війни. Отримані результати дозволяють сформулювати низку узагальнень, що відображають зміст досліджуваної проблеми.

У ході теоретичного аналізу встановлено, що стрес є складним багаторівневим психофізіологічним феноменом, який виникає у відповідь на дію стресорів та супроводжується активацією адаптаційних механізмів організму. Сучасна психологічна наука розглядає стрес не лише як фізіологічну реакцію, а й як результат взаємодії когнітивної оцінки ситуації, індивідуальних ресурсів особистості та характеристик зовнішнього середовища. Важливе місце у структурі стресової реакції займають нейроендокринні механізми, зокрема активація гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової системи, що забезпечує мобілізацію організму в умовах загрози.

Встановлено, що професійна діяльність медичних працівників належить до категорії емоційно напружених видів діяльності та характеризується постійною дією комплексу стресогенних чинників. В умовах війни рівень професійного стресу суттєво зростає через підвищену відповідальність, дефіцит ресурсів, ризик для життя, інтенсивність емоційного контакту з пацієнтами та необхідність швидкого прийняття рішень у кризових ситуаціях. Це зумовлює підвищену актуальність проблеми стресостійкості саме в медичному середовищі.

Узагальнення наукових підходів дозволяє визначити стресостійкість як інтегративну властивість особистості, що забезпечує ефективне функціонування та збереження психологічної рівноваги в умовах дії стресових чинників. Стресостійкість формується як багатокomпонентне утворення, що включає емоційні, когнітивні, вольові, мотиваційні та поведінкові складові, а також залежить від індивідуально-типологічних особливостей, життєвого досвіду та соціального контексту розвитку особистості.

Результати проведеного нами дослідження демонструють, що у медичних працівників КНП «Тернопільська обласна дитяча клінічна лікарня» TOP переважають раціонально-когнітивні та соціально орієнтовані копінг-ресурси. Це свідчить про достатньо високий рівень адаптаційного потенціалу досліджуваних, їхню здатність конструктивно аналізувати складні ситуації, використовувати підтримку оточення та ефективно долати професійні стреси. Водночас порівняно невисока представленість духовного та творчого каналів вказує на можливість розширення репертуару копінг-стратегій через розвиток особистісних і внутрішньоресурсних способів психологічної самодопомоги. Результати кореляційного аналізу свідчать, що високий рівень стресостійкості медичних працівників пов'язаний насамперед із використанням конструктивних проблемно-орієнтованих копінг-стратегій, розвитком навичок саморегуляції та переважанням когнітивних ресурсів подолання стресу.

Можемо констатувати, що досліджувана проблема залишається і надалі актуальною та все більше привертає увагу сучасних дослідників в умовах війни в Україні. На нашу думку, стресостійкість медичного працівника є інтегральною властивістю особистості, яка охоплює комплекс когнітивних, емоційних, адаптивних та особистісних властивостей, що забезпечують його здатність протистояти професійному стресу, чинити опір негативному впливу стресових факторів з метою збереження психічного здоров'я та збереження працездатності.

Таким чином, результати проведеного дослідження підтверджують актуальність проблеми формування та розвитку стресостійкості медичних працівників, особливо в умовах воєнного стану. Перспективним напрямом подальших досліджень є розробка та впровадження програм психологічної підтримки та профілактики професійного вигорання у медичному середовищі.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бардин Н. М., Жидецький Ю. Ц., Кіржецький Ю. І. Стресостійкість : навчальний посібник / за ред. Я. М. Когута. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2021. 204 с.
2. Боженко В. Г. Стресостійкість як запорука психологічного здоров'я особистості. *Теорія і практика сучасної психології*: збірник наукових праць (Запоріжжя від 27.02.2019 р.) Запоріжжя, 2019. С 67-71.
3. Бужинська С. М., Скляр С. С., Даніліч-Скакун А. А. Стресостійкість студентів як складник успішності навчання у ЗВО. *Габітус*. 2021. Вип. 23. С. 55–59.
4. Винокур В.А. Професійний стрес у медичних працівників та його попередження. *Рівненська газета*. № 11. 2004. С. 28.
5. Галицький Е. Психологічні механізми стресостійкості медичних працівників: кваліфікаційна робота бакалавра. Київ: НУБІП, 2025. 74 с.
6. Головенко Х. В., Сопель О. М. Поширеність синдрому емоційного вигорання у медичного персоналу і фактори, які спричиняють його розвиток. *Медсестринство*. 2015. № 1. С. 51–53.
7. Дубчак Г. М. Психологія становлення професійної стресостійкості майбутніх фахівців соціономічних професій : автореф. дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.07. Київ, 2018. 41 с.
8. Дудка Т. М. Психологічні особливості стресостійкості особистості. URL: <http://kspodn.onu.edu.ua/index.php/kunena/sektsiya-3-fenomeni-psikhologichnogo-zdorov-ya-ta-ortobiozu-lyudini-psikhoistorichnij-vimir/203-psikhologichni-osoblivosti-stresostijkostiosobistosti>.
9. Дудник Ю.І. Психологічні особливості розвитку стресостійкості у студентському віці: магістерська робота. Тернопіль: ТНПУ ім. Володимира Гнатюка, 2021. 173 с.
10. Екстремальна психологія: [підручник / Євсюков О.П. та ін.; за заг. ред. проф. О. В. Тімченка]. Київ : ТОВ «Август Трейд» 2007. 502 с.

11. Єфімова А.Г. Професійний стрес та його наслідки: основні теоретичні положення. The 12th International scientific and practical conference “Modern problems of science, education and society” (February 5-7, 2024) SPC “Sciconf.com.ua” С. 735-741.

12. Келеман Л. О. Професійний стрес у медичних працівників. *Актуальні проблеми практичної психології*: збірник наукових праць Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції 17 травня 2024 року. Одеса, 2024. С.95-98.

13. Когут О.О. Стресостійкість особистості в сучасному вимірі соціокультурного простору. *Психологічний журнал*. 2021. №7 (7). С.87-96.
<https://doi.org/10.31108/1.2021.7.7.9>

14. Корольчук В. М. Обґрунтування організаційної моделі дослідження стресостійкості особистості. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2010. Вип. 7. С. 210-218.

15. Корольчук В. М. Психологічні засади дослідження стресостійкості особистості. *Наукові студії із соціальної та політичної психології*. 2011. Вип. 26. С. 183–192.

16. Кравцова О. К. Стресостійкість особистості як психологічний феномен: основні теоретичні підходи. *Вісник післядипломної освіти. Серія : Соціальні та поведінкові науки*. 2019. Вип. 7. С. 98–117.

17. Крайнюк В. М. Психологія стресостійкості особистості : монографія. Київ: Ніка-Центр, 2007. 432 с.

18. Кудінова М. С. Структурно-компонентний аналіз феномена стресостійкості особистості. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. 2014. № 1(34). С. 156–173.

19. Лазарус Р. Емоції і міжособистісні відносини: людина в центрі концептуалізації емоцій і подолання. *Журнал особистості*. 2006. № 1. С. 9-43.

20. Лазос Г. П. Резильєнтність: концептуалізація понять, огляд сучасних досліджень. *Актуальні проблеми психології. Т. 3 : Консультативна психологія і психотерапія*: зб. наук. праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Київ, 2018. Вип. 14. С. 26–64.

21. Лазуренко О.О. Психологія професійного здоров'я фахівця: до проблеми профілактики емоційного вигорання та формування емоційної компетентності лікаря. *Fundamental and Applied Researches in Practice of Leading Scientific Schools*. 2016. № 1 (13). Р. 140-154.

22. Ляшин Я. Є. Копінг у подоланні життєвих труднощів. *Проблеми сучасної психології*: зб. наук. праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / за ред. С. Д. Максименка, Л. А. Онуфрієвої. 2017. Вип. 35. С. 293–309.

23. Магдисюк Л. І. Психологічні особливості якості життя осіб з серцево-судинними захворюваннями. *Психологія: реальність і перспективи*: зб. наук. праць. Вип. 8. Рівне: РДГУ, 2017. С. 180-184.

24. Магдисюк Л. І., Карпук Ю.А. Психологічні особливості якості життя медичних працівників. *Zbiór artykułów naukowych z Konferencji Międzynarodowej NaukowoPraktycznej (on-line) zorganizowanej dla pracowników naukowych uczelni, jednostek naukowobadawczych oraz badawczych z państw obszaru byłego Związku Radzieckiego oraz byłej Jugosławii*. (30.03.2018) Warszawa, 2018. S.21-26.

25. Магдисюк Л.І., Казмірук О.Ю. Психологічні особливості стресостійкості медичних працівників. *Science, research, development pedagogy*. № 12 Pedagogy: monografia pokonferencyjna: Zbior artykułów naukowych z Konferencji Międzynarodowej Naukowo-Praktycznej (on-line) zorganizowanej dla pracowników naukowych uczelni, jednostek naukowobadawczych oraz badawczych z państw obszaru byłego Związku Radzieckiego oraz byłej Jugosławii, 29.12.2018 - 30.12.2018, Belgrade (Serbia). Warszawa : Sp. z o.o. «Diamond trading tour», 2018. S. 46-48.

26. Максименко Т.С. Вплив стресових факторів на емоційний стан працівників МНС. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. Вип. 3, ч. 2. Харків. 2008. С. 9–17.

27. Мальована Л. В. Стресостійкість як умова ефективної діяльності медичних працівників під час війни: кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня бакалавра за спеціальністю 053 Психологія. Тернопіль: ТНТУ, 2022. 68 с.

28. Маляр-Газда Н. М. Емоційне вигорання – актуальна проблема медицини сьогодення. *Науково-практичний журнал для педіатрів та лікарів загальної практики-сімейної медицини*. 2015. № 3. С. 15–18.

29. Наугольник Л. Б. Психологія стресу: підручник. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.

30. Паустовський Ю., Зенкіна В. Синдром вигорання – страшна ціна за відданість медичній професії. *Охорона праці*. 2021. №5. С. 44-48.

31. Подолян В.М., Фурман Л.Б. Стан професійного стресу у медичних працівників, протидії та його подолання. *Довкілля та здоров'я*. 2022. № 103(2). С. 53-62. <https://doi.org/10.32402/dovkil2022.02.053>

32. Поліщук О. Психологічні компоненти стресостійкості особистості. URL: <http://oldconf.neasmo.org.ua/node/1348>

33. Ришко Г.М. Основні концептуальні теорії та підходи до вивчення феномена стресостійкості особистості. *Проблеми сучасної психології*. Збірник наукових праць К-ПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України. 2013. Випуск 22. С.493-509.

34. Руднєва К. Л., Кучеренко Є. В. Переживання стресу медичними працівниками багатoproфільної лікарні. Гуманітарний корпус: збірник наукових статей з актуальних проблем філософії, культурології, психології, педагогіки та історії. Випуск 24. Вінниця: ТОВ «ТВОРИ», 2019. С. 171–173.

35. Савелюк Н. Переживання стресу в умовах війни: досвід українського студентства. *Психологія: реальність і перспективи*: Збірник наукових праць РДГУ. 2022. Вип. 18. С.141-152.

36. Савка Ю. М., Сливка Я. І., Поляк-Митровка І. І. Синдром професійного вигорання у медичних працівників м. Ужгород. *Проблеми клінічної педіатрії*. 2018. №1 (39). С. 66–72.

37. Сергієнко Н.П. Стресостійкість працівників МНС на різних етапах професіоналізації. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. Збірник наукових праць. Вип. 11. Харків : НУЦЗУ. 2012. С. 200-201.

38. Степаненко Л. В. Емоційні властивості в системі копінг-ресурсів особистості. *Габітус*. 2021. Вип. 21. С. 92–96.

39. Стрес. URL: <https://unilab.com.ua/ua/bloh/2-uncategorised/348-stres.html>.

40. Титаренко Т. М. Профілактика порушень адаптації молоді до повсякденних стресів і кризових життєвих ситуацій: навч. посіб. Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології; за наук. ред. Т. М. Титаренко. Київ : Міленіум. 2011. 272 с.

41. Циганчук Т. В. Динаміка переживання стресу студентами вищих навчальних закладів : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01. Київ, 2011. 274 с.

42. Циганчук Т.В. Стрес у професійній діяльності. *Проблеми сучасної психології*: Збірник наукових праць К-ПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України. 2015. Випуск 30. С.669-678.

43. Чеканська О. А., Данчук Ю. П. Особливості копінг-поведінки особистості у стресових ситуаціях. *Теорія і практика сучасної психології*. 2019. т. 1. № 4. С. 63-67. DOI <https://doi.org/10.32840/2663-6026.2019.4-1.12>

44. Шевченко О. Т. Психологічні передумови розвитку резильєнтності у медичних сестер. *Збірник наукових статей Київського міжнародного університету й Інституту соціальної та політичної психології НАПН України. Серія: «Психологічні науки: проблеми і здобутки»*. Випуск 1 (11). К.: КиМУ, 2018. С. 297–313.

45. Шевченко Р. М. Психологічні умови розвитку стресостійкості жінок – державних службовців : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07. Київ, 2020. 22 с.

46. Шишин А., Пономаренко Т. Психологічні особливості стресостійкості особистості в умовах невизначеності. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*. 2023. Випуск 16. С. 64–71. URL: http://psy-visnyk.lnu.lviv.ua/archive/16_2023/9.pdf

47. Шпак М.М. Стресостійкість особистості в дискурсі сучасних психологічних досліджень. *Габітус*. 2022. Вип.39. С. 199-203.
48. Щербакова І. М., Акентьєва Л. М. Особливості стресостійкості медичних працівників в умовах реформування медичної галузі. *Людина віртуальна: нові горизонти*: зб. наукових праць / за заг. ред. д. філос. н. Журби М. А. Монреаль: СРМ «ASF», 2018. С. 140–142.
49. Ярош Н.С. Саногенне мислення як чинник стрес-долаючої поведінки особистості : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01. Київ, 2018. 235 с.
50. Acute stress can boost and buffer hedonic consumption: The role of individual differences in consumer life history strategies / B. M. Fennis et al. *Personality and Individual Differences*. 2021. Vol. 185. URL: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.111261>
51. Coping with stress. Effective people and processes. Edited by C. R. Snyder. Oxford university press. 2001. 234 p.
52. Folkman S., Lazarus R.S. Coping and Emotion. Stress and Coping: an anthology. N.Y.: Columbia University Press, 1991. P.207-227
53. Hobfoll S. E. Social and psychological resources and adaptation. *Review of General Psychology*. 2002. № 6(4). P. 307-324.
54. Landy F, &Conte J. Work in the 21st Century: An Introduction to Industrial and Organizational Psychology. McGraw-Hill, 2003. 630 p.
55. Lazarus R. S., Folkman S. Cognitive Theories of Stress and the Issue of Circularity. *Dynamics of Stress*. 1986. P. 63–80.
56. Lazarus R.S., Folkman S. Stress, appraisal, and coping. N.Y., 1984. 266 p.
57. Maslach C. Burnout: A social psychological analysis. In The Burnout syndrome ed. J. W. Jones. Park Ridge, IL: London House, 1982, pp. 30 53.
58. Maslach C. Understanding burnout: Definition issues in analyzing a complex phenomenon / Job stress and burnout: Research, theory and intervention perspectives / Ed. W. S. Pain. Beverly Hills, London, New Delhi, 1982, pp. 29-40.
59. Selye H. A. Stress without Distress. *Psychopathology of Human Adaptation*. 1976. P. 137–146.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Діагностика стану стресу (А.О. Прохоров)

Методика дозволяє виявити особливості переживання стресу: ступінь самоконтролю і емоційної лабільності в стресових умовах

Інструкція: *Обведіть кружечком номери тих питань, на які ви відповідаєте позитивно*

1. Я завжди прагну робити роботу до кінця, але часто не встигаю і змушений надолужувати згаяне.
2. Коли я дивлюся на себе в дзеркало, я помічаю сліди втоми і перевтоми на своєму обличчі.
3. На роботі і вдома суцільні неприємності.
4. Я наполегливо борюся зі своїми шкідливими звичками, але у мене не виходить.
5. Мене турбує майбутнє.
6. Мені часто необхідні алкоголь, сигарета або снодійне, щоб розслабитися після напруженого дня.
7. Навколо відбуваються такі зміни, що голова йде обертом. Добре б, якби все не так стрімко змінювалося.
8. Я люблю сім'ю і друзів, але часто разом з ними я відчуваю нудьгу і порожнечу.
9. В житті я нічого не досяг і часто відчуваю розчарування в самому собі.

ДОДАТОК Б

Опитувальник «Способи стрес-долаючої поведінки» Р. Лазаруса, С. Фолкмана (адаптація Л. Вассермана)

Інструкція: Вам пропонується 50 тверджень, які стосуються поведінки у важкій життєвій ситуації. Оцініть, наскільки часто дані варіанти поведінки проявляються у вас.

	Опинившись у важкій ситуації, я ...	ніколи	рідко	іноді	часто
1	... зосереджувався на тому, що мені треба було робити далі – на наступному кроці	0	1	2	3
2	... починав щось робити, знаючи, що все це все одно не буде працювати, головне – робити хоча б щось	0	1	2	3
3	... намагався схилити тих, хто стоїть вище, щоб вони змінили свою думку	0	1	2	3
4	... говорив з іншими, щоб більше дізнатися про ситуацію	0	1	2	3
5	... критикував і докоряв собі	0	1	2	3
6	... намагався не палити за собою мости, залишаючи все, як воно є	0	1	2	3
7	... сподівався на диво	0	1	2	3
8	... примирювався з долею: буває, що мені не щастить	0	1	2	3
9	... поведився, нібито нічого не трапилося	0	1	2	3
10	... старався не показувати своїх почуттів	0	1	2	3
11	... намагався побачити в ситуації щось позитивне	0	1	2	3
12	... спав більше, ніж зазвичай	0	1	2	3
13	... зривав свою досаду на тих, хто накликав на мене проблеми	0	1	2	3
14	... шукав співчуття та розуміння у кого-небудь	0	1	2	3
15	... у мене виникла потреба виразити себе творчо	0	1	2	3
16	... намагався забути все це	0	1	2	3
17	... звертався за допомогою до спеціалістів	0	1	2	3
18	... змінювався і зростав як особистість у позитивний бік	0	1	2	3
19	... вибачався або старався все згладити	0	1	2	3
20	... складав план дій	0	1	2	3
21	... старався дати якийсь вихід своїм почуттям	0	1	2	3
22	... розумів, що сам викликав цю проблему	0	1	2	3
23	... набирався досвіду в цій ситуації	0	1	2	3
24	... говорив з кимось, хто міг конкретно допомогти	0	1	2	3

	в цій ситуації				
25	...намагався покращити своє самопочуття їжею, випивкою, палінням чи ліками	0	1	2	3
26	... відчайдушно ризикував	0	1	2	3
27	... намагався діяти не надто поспішно, довіряючи першому поштовху	0	1	2	3
28	... знаходив нову віру у щось	0	1	2	3
29	... знову відкривав для себе щось важливе	0	1	2	3
30	... щось змінював так, що все налагоджувалося	0	1	2	3
31	... у цілому уникав спілкування з людьми	0	1	2	3
32	... не допускав цього до себе, намагаючись про нього особливо не задумуватись	0	1	2	3
33	... питав поради у родича чи друга, яких поважав	0	1	2	3
34	... намагався, щоб інші не дізналися, наскільки погано йдуть справи	0	1	2	3
35	... відмовлявся сприймати це надто серйозно	0	1	2	3
36	... говорив про те, що я відчуваю	0	1	2	3
37	... стояв на своєму і боровся за те, чого хотів	0	1	2	3
38	... зганяв це на інших людях	0	1	2	3
39	... користувався минулим досвідом – мені доводилось вже потрапляти у такі ситуації	0	1	2	3
40	... знав, що треба робити, і подвоював свої зусилля, щоб усе налагодити	0	1	2	3
41	... відмовлявся вірити, що це дійсно трапилось	0	1	2	3
42	... я давав обіцянку, що наступного разу все буде по-іншому	0	1	2	3
43	... знаходив кілька інших способів розв'язання проблеми	0	1	2	3
44	... старався, щоб мої емоції не надто заважали мені в інших справах	0	1	2	3
45	... щось змінював у собі	0	1	2	3
46	... хотів, щоб все це швидше якось змінилось чи закінчилось	0	1	2	3
47	... уявляв собі, фантазував, як все це могло б обернутися	0	1	2	3
48	... молився	0	1	2	3
49	.. прокручував подумки, що мені сказати чи зробити	0	1	2	3
50	... думав про те, як би в даній ситуації діяла людина, якою я захоплююсь і намагаюсь наслідувати	0	1	2	3

ДОДАТОК В

Модель «BASIC Ph» – це багатовимірна модель подолання стресу та пошуку внутрішньої стабільності, розроблена професором Мулі Лахадом – директором Ізраїльського Центру попередження стресу. Вона демонструє різні стилі, шляхи того, як людина може впоратися із стресом і кризою.

Опитувальник для самодіагностики за інтегративною моделлю психологічного виживання людини після сильного стресу Basic Ph або «Місток над прірвою (за Мулі Лахадом)

Інструкція. Згадайте, коли ви відчували сильний стрес. Що ви робите, щоб впоратися з цим станом? Що допомагає вам найліпше, а що незначною мірою? Позначте, наскільки часто ви користуєтеся тим чи тим способом, щоб впоратися зі стресом.

№ з/п	Твердження	Ніколи 0 балів	Рідко 1 бал	Іноді 2 бали	Періодично 3 бали	Часто 4 бали	Майже завжди 5 балів	Завжди 6 балів
1	Я здаюся і покладаюся на долю у розв'язанні проблеми							
2	Я не говорю про свої емоції прямо, але виражаю їх опосередковано, приміром плачу, коли думаю про себе							
3	Я шукаю підтримки в людей							
4	Я фантазую і даю волю своїй уяві, наприклад уявляю себе у спокійному, безтурботному місці							
5	Я збираю інформацію, щоб переконатися, що у мене є найліпший варіант розв'язання проблеми							
6	Я їм або сплю менше/більше, ніж зазвичай							
7	Я вірю у власні сили і здатність долати перешкоди							
8	Я висловлюю почуття у власний завуальований спосіб — через натяки, сарказм або навіть флірт							
9	Я спілкуюся з друзями по телефону							
10	Я згадую свої улюблені історії, байки, притчі або							

	казки — як спосіб пошуку розв'язання проблеми							
11	Я аналізую проблеми й намагаюся розв'язати їх							
12	Я постійно займаюсь фізичною працею, наприклад прибираю, готую їжу, працюю з деревом, ремонтую автомобіль тощо							
13	Моє кредо: «Я зможу пережити це, незважаючи ні на що»							
14	Я не тримаю почуття всередині й звільняюсь від них через плач, сміх або крик							
15	Я намагаюся знайти підтримку в друга або членів моєї сім'ї							
16	Коли я слухаю музику, то даю волю своїй уяві							
17	Я створюю спеціальний план і дію згідно з ним крок за кроком							
18	Я використовую вправи для релаксації							
19	Я прошу допомоги у Бога в молитві							
20	Я накручую себе емоційно, щоб посилити свою мотивацію							
21	Я глибоко занурююсь у взаємини з членами громади або організації, до якої я належу							
22	Я згадую часи, коли мені було краще, ніж зараз, або думаю про час, коли все зміниться на краще							
23	Насамперед, я намагаюся зрозуміти, що, власне, відбувається							
24	Я розслабляюся, коли роблю щось: приймаю душ або ванну, йду на прогулянку або бігаю							
25	Я опираюся на свої духовні переконання або на свою життєву філософію							
26	Я розповідаю або слухаю жарти і смішні історії							
27	Я шукаю людей, з якими можна провести час, нічим особливо не займаючись							
28	Я переглядаю спортивні змагання, фільми або читаю							

	книжки, уявляючи себе на місці дійових осіб										
29	Я зважую всі можливі варіанти розв’язання проблеми і якщо змога — обираю найліпший із них										
30	Я намагаюся постійно займатися якоюсь фізичною діяльністю										
31	Моє кредо: «Те, що не вбиває мене, робить мене сильнішим»										
32	Я даю вихід власним емоціям										
33	Я пишу листи та e-mail друзям і сподіваюсь отримати відповідь										
34	Я мрію та думаю про ліпші часи, уявляю їх										
35	Я намагаюся знайти розв’язання проблеми у найліпший спосіб, з тих, які знаю, обмірковую кожен з них										
36	Я виходжу з дому або намагаюся бути активним (-ою), аби позбутися надлишку енергії										
Особистісні ресурси											
В (віра і цінності)		А (емоції)		S (соціальний)		I (уява)		С (пізнання і думка)		Ph (фізіологія і діяльність)	
1		2		3		4		5		6	
7		8		9		10		11		12	
13		14		15		16		17		18	
19		20		21		22		23		24	
25		26		27		28		29		30	
31		32		33		34		35		36	

1. В – Belief & values – віра, переконання, цінності, філософія життя.

2. А – Affect – вираження емоцій та почуттів.

3. S – Socialization – соціальні зв'язки, соціальна підтримка, соціальна приналежність, спілкування.

4. I – Imagination – уява, мрії, спогади, творчість.

5. С – Cognition, thought – розум, пізнання, когнітивні стратегії.

6. Ph – Physical – фізична активність, тілесні ресурси.

Belief & values – цей спосіб подолання кризи базується на вмінні вірити: це може бути віра в Бога, в людей чи в самого себе. Існування в нашому житті

сенсовної наповненості, системи життєвих цінностей, місії, віри є джерелом, з якого людина може почерпнути сили у складних ситуаціях.

Affect – цей спосіб подолання стресу вимагає від нас, перш за все, навчитися розуміти власні почуття, називати їх своїми власними іменами. Після цього з'являється можливість висловити розпізнані почуття найбільш прийнятними для кожної людини способами: словесно – в особистій розмові, письмово – в листі, без слів – в танці, малюнку, музиці чи драмі. Йдеться про пряме чи опосередковане вираження почуттів: наприклад, записувати в щоденник свої почуття, висловлювати їх у будь-який арт-спосіб (малюнок, спів, інструментальна музика) тощо.

Socialization – даному способу стресодолавання притаманне прагнення до спілкування, звернення за підтримкою до сім'ї, близьких людей чи до кваліфікованих спеціалістів. Крім цього, ми можемо самі допомагати іншим потребуючим людям, занурюватися в суспільну роботу тощо. Суть способу полягає у соціальній включеності, можливості бути серед людей, бути чимось корисною, почувати себе частиною системи, організації тощо.

Imagination – цей спосіб подолання стресу апелює до наших творчих здібностей, креативної сторони нашої особистості. Завдяки уяві ми можемо мріяти, розвивати інтуїцію та пластичність, шукати і знаходити рішення у світі гри та фантазії, уявляти собі змінене майбутнє та минуле, навіть спогади про щасливі моменти здатні зменшити інтенсивність переживань у складних ситуаціях «тут і тепер». Сюди також відноситься почуття гумору, імпровізація, мистецтво та різного роду ремесла.

Cognition – спосіб подолання кризи через звернення до наших ментальних здібностей, до нашого вміння логічно та критично мислити, оцінювати ситуацію, пізнавати та осягати нові ідеї, планувати, навчатися, збирати достовірну інформацію, аналізувати проблеми та вирішувати їх. Сюди ж належить пріоритетність, альтернатива, делегування та саморефлексія (розмова з самим собою).

Physical – спосіб стресодолання, що передбачає звернення до фізичної активності нашого тіла. Цей спосіб пов'язаний із такими можливостями нашого фізичного тіла, як здатність відчувати себе завдяки слуху, зору, нюху, дотику, смаку, відчуттю тепла та холоду, болі та задоволення, орієнтації на місцевості, внутрішньої напруги чи розслаблення. Він також включає в себе різного роду фізичні навантаження (зарядка чи виконання фізкультурних комплексів, ходьба, прогулянка на природі, походи в гори тощо) та тілесні практики (релаксаційні техніки, дихальні вправи тощо).

Так, у кожної людини є шість каналів подолання стресу, при цьому, з них домінуючими є лише кілька. З огляду на це, важливо розуміти свої сильні сторони і розвивати слабкі (пасивні) канали, тим самим посилюючи і збагачуючи свої ресурси. Для розвитку каналів, що менш виражені у Вашому індивідуальному стилі стресодолання, Вам допоможуть наступні запитання та відповіді на них.

Belief & values:

У що та у кого Ви вірите? Які у Вашому житті є традиції, які Ви любите та/чи яких притримуєтесь?

До якої групи чи спільноти Ви б хотіли бути приналежним (професійна спільнота, група за інтересами тощо)? Які їх цінності Вам близькі?

Що Ви цінуєте у партнерах, з якими у Вас є спільна справа, робота, хобі, інтереси тощо? Що, на Вашу думку, цінують у Вас Ваші партнери?

Які сенси наповнюють Ваше життя?

Affect:

Які емоції Ви переживаєте в певний момент, чи можете їх назвати?

Чи вмієте Ви розпізнавати емоції інших людей?

Чи чините Ви вплив на себе та оточуючих Вас людей, з урахуванням їх/своїх емоційних реакцій?

Чи ділитися Ви своїми переживаннями з тими, хто поруч?

Чи дозволяєте Ви проявляти Ваші емоції? З ким у стосунку Ви дозволяєте їх проявляти?

Socialization:

Що для Вас означає допомога і підтримка? Чи просите Ви про допомогу, коли її потребуєте? Чи надаєте Ви допомогу тим, хто її потребує?

Як Ви вважаєте наскільки важливо ділити обов'язки в сім'ї? Чи домовляєтесь Ви про розподіл обов'язків?

Чи подобається Вам спілкуватися з іншими? Які це люди і чим вони Вам подобаються? Що Ви отримуєте у цьому спілкуванні?

Imagination:

Вам подобається створювати щось нове? У якій сфері життя Ви можете назвати себе новатором?

Яка сфера для створення нового найбільш для Вас цікава?

Чи виділяєте Ви час у своєму житті на спілкування з мистецтвом, на продукування чогось нового?

Чи дозволяєте Ви собі мріяти? Чи уявляєте собі Ваші мрії та бажання?

Як Ви розвиваєте свою уяву?

Cognition and thought:

Вам важливо точно оцінити ситуацію, зібрати всю інформацію? Що для Вас «вся» інформація? Які ризики Ви закладаєте у планування, коли зібрана інформація не є вичерпною? Як Ви перевіряєте достовірність отриманої інформації?

Чи аналізуєте Ви складні ситуації Вашого життя? Чи Ваш досвід допомагає Вам «не ставати на ті ж граблі»? Чи відслідковуєте Ви прогрес у вирішенні складних життєвих ситуацій з плином часу (з віком)?

Як часто у своєму житті Ви тренуєте себе, самодисциплінуєте? Що є свідченням у Вашому житті дисципліни?

Physical:

Як Ви турбуєтеся про себе?

Чи повноцінно Ви спите?

Чи можете Ви захопитися роботою, не дивлячись на фізичний дискомфорт (холод, голод, сирість тощо)? Чи уважні Ви до себе і можете розрізнити фізичний дискомфорт від емоційного невдоволення?

Як Ви чергуєте свою активність та періоди відпочинку?

Які види відпочинку Вам більше подобаються? Чи плануєте Ви відпочинок у Вашому щоденному житті? Чи виконуєте Ви ці пункти плану?

Які види фізичних навантажень є у Вашому житті?

Чи уважні Ви у своєму харчуванні до свого організму? Чи зберігаєте баланс між корисним і тим, що приносить задоволення, у Вашому харчуванні?

Чи користуєтесь Ви техніками релаксації? Які з них практикуєте?