

МІНІСТЕРСТВО ОБОРОНИ УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ОБОРОНИ УКРАЇНИ

Кваліфікаційна наукова  
праця на правах рукопису

МАТВЄЄВА ДАРЬЯ ОЛЕГІВНА

УДК 159.922:159.938(043.3)

**ДИСЕРТАЦІЯ**

**ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ  
ВІЙСЬКОВОГО ЛІКАРЯ В УМОВАХ ВІЙНИ**

Спеціальність 053 – психологія

05 – соціальні та поведінкові науки

Подається на здобуття ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело \_\_\_\_\_ Д.О. Матвєєва

Науковий керівник: Стасюк Василь Васильович, доктор психологічних наук, професор

Київ – 2026

## АНОТАЦІЯ

*Матвеева Д.О.* Психологічні особливості розвитку резильєнтності військового лікаря в умовах війни. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття ступеня доктора філософії за спеціальністю 053 «Психологія» галузі знань 05 «Соціальні та поведінкові науки». – Національний університет оборони України, Київ, 2026.

Дисертація присвячена теоретичному обґрунтуванню та емпіричному вивченню психологічних особливостей розвитку резильєнтності військових лікарів в умовах війни. Резильєнтність розглядається як інтегральне психологічне утворення, представлене взаємопов'язаними мотиваційно-ціннісним, когнітивно-рефлексивним, емоційно-вольовим, поведінковим (операційно-діяльним) і комунікативно-регулятивним компонентами, які забезпечують професійну ефективність, психічну стійкість, адаптивність, саморегуляцію та психологічне відновлення в умовах виконання завдань медичного забезпечення військ.

Актуальність роботи зумовлена:

*по-перше*, вимогами програмно-цільових та нормативно-правових документів у сфері національної безпеки і оборони України, які визначають пріоритетність зміцнення бойового потенціалу Збройних Сил України, розвитку спроможностей системи військово-медичного забезпечення, збереження людського капіталу сил оборони, а також гарантування права на якісну медичну допомогу та охорону здоров'я;

*по-друге*, наслідками тривалої збройної агресії російської федерації проти України, що спричинили суттєве зростання навантаження на систему медичного забезпечення військ, збільшення потреби у своєчасному наданні медичної допомоги пораненим і травмованим військовослужбовцям та цивільному населенню, а також необхідність забезпечення відповідності можливостей військово-медичної системи чисельності військ, характеру

виконуваних ними завдань, інтенсивності бойових дій та прогнозованим санітарним втратам;

*по-третє*, особливою соціальною та професійною значущістю діяльності військового лікаря як важливої складової забезпечення боєздатності військ. Виконання ним професійних обов'язків пов'язане зі збереженням життя і здоров'я військовослужбовців, організацією та наданням медичної допомоги, участю в лікувально-евакуаційних заходах, а також ухваленням клінічних, організаційних і морально відповідальних рішень в умовах невизначеності, дефіциту часу, обмежених ресурсів, підвищеної небезпеки та тривалого психоемоційного напруження;

*по-четверте*, необхідністю наукового осмислення резильєнтності як провідного психологічного конструкту, що забезпечує збереження професійної ефективності, психічної стійкості, емоційної врівноваженості, функціональної спроможності та особистісної цілісності військового лікаря в умовах тривалого впливу бойових, морально-етичних і психоемоційних чинників війни;

*по-п'яте*, недостатньою розробленістю цілісного науково обґрунтованого підходу до діагностики, психологічного супроводу та цілеспрямованого розвитку резильєнтності військових лікарів, який ураховував би специфіку їхньої службово-професійної діяльності, структуру психологічних ресурсів, чинники ризику, механізми саморегуляції, особливості професійного відновлення та умови збереження психічного здоров'я в умовах війни.

Теоретичний аналіз наукових джерел, присвячених проблематиці резильєнтності та психологічним особливостям її розвитку, підтвердив концептуальну багатовимірність, міждисциплінарний характер і понятійну неоднозначність цього конструкту. У сучасному науковому дискурсі резильєнтність розглядається як здатність особистості підтримувати адаптивність, психологічне благополуччя та ефективне функціонування в умовах тривалого впливу стресогенних і психотравмувальних чинників.

Вітчизняні та зарубіжні дослідники пов'язують резильєнтність з успішним відновленням після несприятливого досвіду, підтриманням психологічного благополуччя, здатністю протистояти кризам і розвиватися в умовах труднощів, збереженням професійної компетентності в стресогенних ситуаціях, а також конструктивним смисловим осмисленням складних життєвих подій (С. Калаур, О. Сорока, О. Хамініч, О. Шевченко, С. Лутар, О. Романчук, А. Мастен, Дж. Бонанно, С. Богданов, О. Бойко, Н. Гусак, А. Максименко, В. Чернобровкін).

У військово-психологічних дослідженнях, що набули особливої актуальності в умовах російсько-української війни, увагу зосереджено на вивченні психічної та емоційної стійкості, професійної мотивації, інформаційно-психологічної безпеки, саморегуляції, копінг-поведінки, профілактики емоційного вигорання, посттравматичного зростання та психологічного супроводу фахівців екстремального профілю (В. Ключков, О. Кокун, Н. Лозінська, С. Миронець, В. Мороз, В. Осьодло, І. Пішко, О. Сафін, В. Стасюк, М. Фомич, О. Хміляр та ін.).

Попри значний масив загальнотеоретичних, клінічних і військово-психологічних досліджень, психологічні особливості розвитку резильєнтності військових лікарів залишаються недостатньо вивченими. Наразі недостатньо розкрито її сутність як інтегрального професійно-психологічного утворення, що забезпечує здатність військового медика зберігати професійну ефективність, психічну стійкість і функціональну спроможність в умовах війни та структурно поєднує мотиваційно-ціннісний, когнітивно-рефлексивний, емоційно-вольовий, поведінковий (операційно-діяльнісний) і комунікативно-регулятивний компоненти.

У межах дослідження резильєнтність військового лікаря визначено як інтегральний психологічний конструкт, що забезпечує збереження професійної ефективності, психічної стійкості та адаптивності в умовах війни. З урахуванням специфіки військово-медичної діяльності її конкретизовано як здатність військового лікаря підтримувати психологічну

стійкість і професійну компетентність в умовах екстремальних впливів, відновлювати ефективне функціонування після стресу та демонструвати посттравматичне зростання, що виявляється у зміцненні внутрішніх ресурсів, удосконаленні адаптаційних стратегій і збереженні професійної ідентичності.

Для досягнення мети дослідження розроблено та теоретично обґрунтовано модель діагностики резильєнтності військових лікарів, яка уможливорює комплексне оцінювання їхнього ресурсного потенціалу та визначення зон психологічної вразливості. Емпіричне дослідження реалізовано на основі поєднання якісних і кількісних методів, що забезпечило всебічне вивчення як суб'єктивного професійного досвіду військових медиків, так і психодіагностичних показників досліджуваного явища.

Встановлено, що розвиток резильєнтності військового лікаря детермінується системною взаємодією особистісних і професійних чинників. Провідними психологічними ресурсами визначено стійку професійну мотивацію, життєстійкість, конструктивні копінг-стратегії, сформованість базових переконань, розвинену рефлексивність, емоційно-вольову саморегуляцію та комунікативну толерантність. Сукупність зазначених характеристик забезпечує збереження професійної суб'єктності, адаптивності та ефективності діяльності військових лікарів в умовах хронічного стресу й невизначеності.

Теоретичні та емпіричні результати дослідження стали підґрунтям для розроблення, впровадження й апробації програми психологічної підтримки та розвитку резильєнтності військових лікарів в умовах війни. Її зміст спрямовано на розвиток навичок саморегуляції, когнітивної стабілізації, ціннісно-смиислової підтримки та ефективної командної взаємодії. Позитивна динаміка цільових показників у представників експериментальної групи підтвердила ефективність і доцільність впровадження розробленої програми у практику психологічного забезпечення військово-медичної служби.

**Наукова новизна** одержаних результатів полягає в тому, що у дисертації:

*вперше:*

сформульовано та науково обґрунтовано авторське визначення поняття «резильєнтність військового лікаря» з урахуванням специфіки військово-медичної діяльності та впливу бойових, професійних і морально-етичних навантажень в умовах війни;

визначено та науково обґрунтовано психологічні особливості розвитку резильєнтності військового лікаря в умовах війни як інтегрального психологічного утворення, що забезпечує адаптивність, професійну ефективність, саморегуляцію, психологічне відновлення та збереження професійної надійності в екстремальних умовах службово-професійної діяльності;

емпірично встановлено рівні та психологічні чинники розвитку резильєнтності військового лікаря в умовах війни;

розроблено та теоретично обґрунтовано модель діагностики резильєнтності військового лікаря, яка забезпечує комплексне оцінювання її структурних компонентів, психологічних ресурсів і чинників професійно-психологічної вразливості;

*удосконалено:*

теоретико-методичні підходи до емпіричного дослідження психологічних особливостей розвитку резильєнтності військових лікарів в умовах війни;

авторське напівструктуроване інтерв'ю як інструмент якісного дослідження психологічних особливостей розвитку резильєнтності військових лікарів;

наукові уявлення про взаємозв'язок резильєнтності військових лікарів із професійною мотивацією, життєстійкістю, базовими переконаннями, рефлексивністю, копінг-стратегіями, особистісними та комунікативними характеристиками;

*набули подальшого розвитку:*

наукові положення про резильєнтність медичних фахівців, які здійснюють професійну діяльність в умовах війни;

уявлення про психологічні ресурси військового лікаря як чинники забезпечення його професійної ефективності, психічної стійкості та психологічного благополуччя;

практичні засоби психологічного супроводу та розвитку резильєнтності військових лікарів, представлені комплексом вправ, психотехнік і психоосвітніх інструментів, спрямованих на зміцнення психологічних ресурсів, розвиток саморегуляції та профілактику професійного вигорання;

програма психологічної підтримки та розвитку резильєнтності військових лікарів в умовах війни.

**Практичне значення отриманих результатів** полягає у розробленні та апробації моделі діагностики й програми психологічної підтримки та розвитку резильєнтності військових лікарів, призначених для вдосконалення системи психологічного супроводу військово-медичної служби в умовах війни.

Розроблена модель діагностики забезпечує комплексне оцінювання структурних компонентів резильєнтності військових лікарів, визначення їхніх індивідуальних психологічних ресурсів і чинників професійно-психологічної вразливості під час виконання службово-професійних завдань.

Авторська програма психологічної підтримки та розвитку резильєнтності військових лікарів в умовах війни, що включає комплекс тренінгових вправ, психотехнік і психоосвітніх заходів, може бути впроваджена у практичну діяльність психологів, посадових осіб структур морально-психологічного забезпечення та керівників військово-медичних підрозділів сил оборони з метою профілактики емоційного вигорання, підтримання психічного здоров'я й підвищення професійної надійності медичного персоналу.

Результати дослідження можуть бути використані в освітньому процесі Національного університету оборони України, Української військово-медичної академії, в системі післядипломної освіти військових лікарів і підготовки військових психологів, а також у подальших наукових дослідженнях проблем резильєнтності, психічної стійкості, професійної життєстійкості, психологічного супроводу та збереження психічного здоров'я фахівців, які здійснюють медичне забезпечення військ в умовах війни.

**Ключові слова:** резильєнтність, військовослужбовці, особистість, професійна діяльність, психологічна стійкість, психічна стійкість, стресостійкість, стрес, професійний стрес, психічні стани, психологічні ресурси, мотивація, саморегуляція, психологічний супровід, психологічне благополуччя.

### ABSTRACT

*Matvieieva D.O.* Psychological Features of Resilience Development in Military Physicians under Wartime Conditions. – Qualification scientific work on the rights of the manuscript.

Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in the specialty 053 «Psychology» (field of knowledge 5 «Social and Behavioral Sciences»). – National Defence University of Ukraine, Kyiv, 2026.

The dissertation is devoted to the theoretical substantiation and empirical study of the psychological features of the development of resilience in military physicians under conditions of war. Resilience is considered as an integrated psychological construct represented by interrelated motivational-value, cognitive-reflective, emotional-volitional, behavioural (operational-activity), and communicative-regulatory components that ensure professional effectiveness, mental stability, adaptability, self-regulation, and psychological recovery in the course of performing tasks related to the medical support of troops.

The relevance of the study is determined by:

firstly, the requirements of policy, programme, and regulatory legal documents in the field of national security and defence of Ukraine, which define the priority of strengthening the combat potential of the Armed Forces of Ukraine, developing the capabilities of the military medical support system, preserving the human capital of the defence forces, as well as guaranteeing the right to quality medical care and health protection;

secondly, the consequences of the prolonged armed aggression of the Russian Federation against Ukraine, which have led to a significant increase in the burden on the system of medical support of troops, a growing need for timely medical care for wounded and injured service members and civilians, as well as the necessity to ensure that the capabilities of the military medical system correspond to the number of troops, the nature of the tasks they perform, the intensity of hostilities, and projected medical casualties;

thirdly, the particular social and professional significance of the military physician's activity as an important component of maintaining the combat capability of troops. The performance of professional duties by a military physician is associated with preserving the life and health of service members, organizing and providing medical care, participating in treatment and evacuation measures, as well as making clinically, organizationally, and morally responsible decisions under conditions of uncertainty, time pressure, limited resources, increased danger, and prolonged psycho-emotional strain;

fourthly, the need for scientific understanding of resilience as a leading psychological construct that ensures the preservation of professional effectiveness, mental stability, emotional balance, functional capacity, and personal integrity of a military physician under the prolonged influence of combat-related, moral-ethical, and psycho-emotional factors of war;

fifthly, the insufficient development of a holistic scientifically grounded approach to the diagnosis, psychological support, and purposeful development of resilience in military physicians, which would take into account the specific nature of their service-professional activity, the structure of psychological resources, risk

factors, mechanisms of self-regulation, features of professional recovery, and conditions for preserving mental health under conditions of war.

The theoretical analysis of scientific sources devoted to resilience and the psychological features of its development confirmed the conceptual multidimensionality, interdisciplinary nature, and terminological ambiguity of this construct. In contemporary scientific discourse, resilience is regarded as an individual's ability to maintain adaptability, psychological well-being, and effective functioning under prolonged exposure to stressful and psychotraumatic factors.

Ukrainian and foreign researchers associate resilience with successful recovery after adverse experience, maintaining psychological well-being, the ability to withstand crises and develop under difficult conditions, preserving professional competence in stressful situations, as well as constructive meaning-making of complex life events (S. Kalaur, O. Soroka, O. Khaminich, O. Shevchenko, S. Luthar, O. Romanchuk, A. Masten, G. Bonanno, S. Bohdanov, O. Boiko, N. Husak, A. Maksymenko, V. Chernobrovkin).

In military-psychological studies, which have become particularly relevant under the conditions of the Russian-Ukrainian war, attention is focused on the study of mental and emotional stability, professional motivation, information and psychological security, self-regulation, coping behaviour, prevention of emotional burnout, post-traumatic growth, and psychological support for specialists working in extreme conditions (V. Klochkov, O. Kokun, N. Lozinska, S. Myronets, V. Moroz, V. Osiodlo, I. Pishko, O. Safin, V. Stasiuk, M. Fomych, O. Khmiliar, and others).

Despite a substantial body of general theoretical, clinical, and military-psychological research, the psychological features of the development of resilience in military physicians remain insufficiently studied. At present, its essence has not been sufficiently clarified as an integrated professional-psychological construct that ensures the ability of a military medical specialist to preserve professional effectiveness, mental stability, and functional capacity under conditions of war and

structurally combines motivational-value, cognitive-reflective, emotional-volitional, behavioural (operational-activity), and communicative-regulatory components.

Within the framework of this research, the resilience of a military physician is defined as an integrated psychological construct that ensures the preservation of professional effectiveness, mental stability, and adaptability under conditions of war. Taking into account the specific nature of military medical activity, it is specified as the ability of a military physician to maintain psychological stability and professional competence under extreme influences, restore effective functioning after stress, and demonstrate post-traumatic growth, which is manifested in the strengthening of internal resources, improvement of adaptive strategies, and preservation of professional identity.

To achieve the aim of the research, a model for diagnosing resilience in military physicians was developed and theoretically substantiated. This model enables a comprehensive assessment of their psychological resource potential and the identification of areas of psychological vulnerability. The empirical study was implemented on the basis of a combination of qualitative and quantitative methods, which ensured a comprehensive examination of both the subjective professional experience of military medical specialists and the psychodiagnostic indicators of the phenomenon under study.

It was established that the development of resilience in a military physician is determined by the systemic interaction of personal and professional factors. The leading psychological resources were identified as stable professional motivation, hardiness, constructive coping strategies, well-established basic beliefs, developed reflexivity, emotional-volitional self-regulation, and communicative tolerance. The totality of these characteristics ensures the preservation of professional agency, adaptability, and effectiveness of military physicians' activity under conditions of chronic stress and uncertainty.

The theoretical and empirical results of the research formed the basis for the development, implementation, and approbation of a program of psychological

support and development of resilience in military physicians under conditions of war. Its content is aimed at developing skills of self-regulation, cognitive stabilization, value-meaning support, and effective team interaction. The positive dynamics of target indicators among representatives of the experimental group confirmed the effectiveness and feasibility of implementing the developed program in the practice of psychological support within the military medical service.

**The scientific novelty** of the obtained results lies in the fact that,  
*for the first time:*

the author's definition of the concept of "resilience of a military physician" has been formulated and scientifically substantiated, taking into account the specific nature of military medical activity and the influence of combat-related, professional, and moral-ethical burdens under conditions of war;

the psychological features of the development of resilience in a military physician under conditions of war have been identified and scientifically substantiated as an integrated psychological construct that ensures adaptability, professional effectiveness, self-regulation, psychological recovery, and preservation of professional reliability under extreme conditions of service-professional activity;

the levels and psychological factors of the development of resilience in a military physician under conditions of war have been empirically determined;

a model for diagnosing the resilience of a military physician has been developed and theoretically substantiated, ensuring a comprehensive assessment of its structural components, psychological resources, and factors of professional-psychological vulnerability;

*the study has improved:*

theoretical and methodological approaches to the empirical study of the psychological features of the development of resilience in military physicians under conditions of war;

the author's semi-structured interview as an instrument for the qualitative study of the psychological features of the development of resilience in military physicians;

scientific understanding of the relationship between the resilience of military physicians and professional motivation, hardiness, basic beliefs, reflexivity, coping strategies, personality characteristics, and communicative characteristics;

*acquired further development:*

scientific provisions concerning the resilience of medical specialists who carry out professional activity under conditions of war;

understanding of the psychological resources of a military physician as factors ensuring professional effectiveness, mental stability, and psychological well-being;

practical means of psychological support and development of resilience in military physicians, represented by a set of exercises, psychological techniques, and psychoeducational tools aimed at strengthening psychological resources, developing self-regulation, and preventing professional burnout;

the program of psychological support and development of resilience in military physicians under conditions of war.

**The practical significance of the obtained results** lies in the development and approbation of a diagnostic model and a program of psychological support and development of resilience in military physicians, intended to improve the system of psychological support for the military medical service under conditions of war.

The developed diagnostic model ensures a comprehensive assessment of the structural components of resilience in military physicians, as well as the identification of their individual psychological resources and factors of professional-psychological vulnerability during the performance of service-professional tasks.

The author's program of psychological support and development of resilience in military physicians under conditions of war, which includes a set of training exercises, psychological techniques, and psychoeducational measures,

may be implemented in the practical activity of psychologists, officials of moral and psychological support structures, and commanders of military medical units of the defence forces in order to prevent emotional burnout, maintain mental health, and enhance the professional reliability of medical personnel.

The results of the research may be used in the educational process of the National Defence University of Ukraine, the Ukrainian Military Medical Academy, in the system of postgraduate education of military physicians and training of military psychologists, as well as in further scientific studies of resilience, mental stability, professional hardiness, psychological support, and preservation of the mental health of specialists who provide medical support to troops under conditions of war.

**Keywords:** resilience, military personnel, personality, professional activity, psychological stability, mental stability, stress resistance, stress, occupational stress, mental states, psychological resources, motivation, self-regulation, psychological support, psychological well-being.

## СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

*Наукові праці, в яких опубліковано основні наукові результати дисертації*

1. Зінченко Д. О. Теоретичні погляди на природу резильєнтності в сучасній психології: сутність і зміст. *Наукові записки. Серія: Психологія*. 2025. Вип. 2 (8). С. 53–58. DOI: <https://doi.org/10.32782/cusu-psy-2025-2-7>.

2. Осьодло В., Матвєєва Д. Дослідження резильєнтності військових лікарів: інтеграція інтерв'ю, проєктивного аналізу та шкали Коннора – Девідсона. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Серія: Психологія*. 2025. № 2 (22). С. 134–143. DOI: [https://doi.org/10.17721/BPSY.2025.2\(22\).15](https://doi.org/10.17721/BPSY.2025.2(22).15).

3. Стасюк В. В., Матвєєва Д. О. Резильєнтність військових лікарів: виклики війни. *«Габітус»: науковий журнал Причорноморського науково-дослідного інституту економіки та інновацій*. Одеса, 2025. № 79 (2). С. 154–160. DOI: <https://doi.org/10.32782/hbts.79.2.29>.

4. Матвєєва Д. Вислуга років як чинник життєстійкості військових лікарів у контексті дослідження резильєнтності. *Psychology Travelogs*. 2026. № 2. С. 292–308. DOI: <https://doi.org/10.31891/PT-2026-2-26>.

5. Матвєєва Д. О. Резильєнтність військових лікарів як ресурс протидії психологічному виснаженню в умовах війни. *Наукові перспективи*. 2026. № 4 (70). С. 2123–2136. DOI: [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2026-4\(70\)-2123-2136](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2026-4(70)-2123-2136).

6. Матвєєва Д. О. Психологічні механізми підтримки резильєнтності військових лікарів в умовах війни: науково-методичне обґрунтування та експертна верифікація практичних рекомендацій. *Наукові перспективи*. 2026. № 5 (71). С. 3006–3023. DOI: [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2026-5\(71\)-3006-3023](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2026-5(71)-3006-3023).

7. Matvieieva D. Resilience of military physicians during wartime: practical tools for development. *The Bulletin of National Defence University of Ukraine*. 2026. Vol. 21, No. 3. P. 42–51. DOI: <https://doi.org/10.33099/2617-6858-26-21-3-42-51>.

*Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації*

8. Зінченко Д. О. Роль резильєнтності у професійній діяльності військового лікаря в умовах війни. *Вектори соціальної, організаційної та економічної психології* : тези доп. IV Міжнар. наук.-практ. конф. (Київ, 28 лют. 2025 р.). Київ : Держ. торг.-екон. ун-т, 2025. С. 94–96. DOI: <https://doi.org/10.31617/k.knute.2025-02-28>.

9. Зінченко Д. О. Резильєнтність як ключовий компонент психологічного благополуччя лікаря: теоретичні аспекти. *Розвивальний потенціал сучасної соціальної роботи: методологія та технології* : матеріали X Всеукр. з міжнар. участю наук.-практ. конф. (Київ, 14–15 берез. 2025 р.). Київ : КНУ імені Тараса Шевченка, 2025. С. 65–67.

10. Матвєєва Д. О., Осьодло В. І. Психологічна стійкість і резильєнтність: спільне й відмінне у контексті військово-медичної діяльності. *Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи* : матеріали X Міжнар. наук.-практ. конф. (Київ, 7–8 листоп. 2025 р.). Київ : Ліра-К, 2025. С. 166–168.

11. Матвєєва Д. О. Професійна діяльність військових лікарів в умовах війни: психологічні аспекти. *Психологічні читання*: матеріали XI наук.-практ. конф. молодих вчених (Харків, 6 лют. 2026 р.). Харків : ХНУВС, 2026. С. 153–155.

12. Осьодло В. І., Матвєєва Д. О. Психологічні наслідки та шляхи відновлення особистості в умовах війни. *Вектори соціальної, організаційної та економічної психології* : тези доп. V Міжнар. наук.-практ. конф. (Київ, 27 лют. 2026 р.) / відп. ред. С. Миронець. Київ : Держ. торг.-екон. ун-т, 2026. С. 189–193. DOI: <https://doi.org/10.31617/k.knute.2026-02-27>.

13. Матвеева Д. О., Стасюк В. В. Психологічне забезпечення розвитку резильєнтності військових лікарів під час виконання спеціальних завдань з медичного забезпечення в умовах бойових дій. *Проблеми психології діяльності в особливих умовах* : матеріали IV Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю (Черкаси, 21–22 квіт. 2026 р.) Київ : ТОВ «7БЦ», 2026. С. 88–89.

14. Осьодло В., Матвеева Д. Резильєнтність військового лікаря в умовах війни: практичні інструменти розвитку. Сучасні тренінгові технології для розвитку особистості: основні напрямки та технології : збірник матеріалів Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю, 15–16 квітня 2026 р. / за заг. ред. Т. Д. Перепелюк. Київ : МДУ, 2026. С. 176–180.

## ЗМІСТ

|                                                                                                                                            |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>АНОТАЦІЯ .....</b>                                                                                                                      | <b>2</b>  |
| <b>СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ .....</b>                                                                                         | <b>15</b> |
| <b>ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....</b>                                                                                                      | <b>20</b> |
| <b>ВСТУП.....</b>                                                                                                                          | <b>22</b> |
| <b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ<br/>ДОСЛІДЖЕННЯ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ В ПСИХОЛОГІЇ.....</b>                                           | <b>34</b> |
| 1.1. Теоретичний аналіз поняття «резильєнтність» у психологічному<br>вимірі.....                                                           | 34        |
| 1.2. Аналіз професійної діяльності військових лікарів в умовах війни ...                                                                   | 46        |
| 1.3. Психологічні чинники і шляхи розвитку резильєнтності військових<br>лікарів .....                                                      | 61        |
| Висновки до розділу 1 .....                                                                                                                | 80        |
| <b>РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ<br/>ОСОБЛИВОСТЕЙ РОЗВИТКУ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ ВІЙСЬКОВОГО<br/>ЛІКАРЯ В УМОВАХ ВІЙНИ .....</b>  | <b>82</b> |
| 2.1. Організація роботи, методи дослідження резильєнтності військового<br>лікаря, характеристика основних етапів дослідження .....         | 82        |
| 2.2. Аналіз результатів напівструктурованого інтерв'ю військових<br>лікарів, які виконували професійні обов'язки в районі бойових дій ...  | 94        |
| 2.3. Результати емпіричного дослідження психологічних особливостей і<br>чинників розвитку резильєнтності військових лікарів в умовах війни | 107       |
| 2.4. Життєстійкість як психологічний ресурс резильєнтності військових<br>лікарів: взаємозв'язок із вислугою років .....                    | 120       |
| 2.5. Обґрунтування моделі діагностики резильєнтності військових<br>лікарів в умовах війни.....                                             | 134       |
| Висновки до розділу 2 .....                                                                                                                | 144       |

|                                                                                                                                    |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ ПІДТРИМКИ ТА РОЗВИТКУ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ ВІЙСЬКОВОГО ЛІКАРЯ В УМОВАХ ВІЙНИ.....</b>                | <b>147</b> |
| 3.1. Програма психологічної підтримки та розвитку резильєнтності військового лікаря в умовах війни: підходи, принципи, умови ..... | 147        |
| 3.2. Аналіз результативності впровадження програми підтримки та розвитку резильєнтності військового лікаря в умовах війни .....    | 153        |
| 3.3. Психофізіологічний аспект впровадження програми підтримки та розвитку резильєнтності.....                                     | 163        |
| 3.4. Психологічні механізми підтримки резильєнтності військового лікаря в умовах війни.....                                        | 171        |
| Висновки до розділу 3 .....                                                                                                        | 177        |
| <b>ВИСНОВКИ .....</b>                                                                                                              | <b>180</b> |
| <b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....</b>                                                                                            | <b>185</b> |
| <b>ДОДАТКИ .....</b>                                                                                                               | <b>205</b> |

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

|                    |                                                                                                          |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| AT                 | – артеріальний тиск                                                                                      |
| BetaT              | – спектральний показник варіабельності серцевого ритму                                                   |
| BSP                | – варіабельність серцевого ритму                                                                         |
| CD-RISC-25         | – Шкала резильєнтності Коннора – Девідсона, 25-пунктова версія                                           |
| CCo                | – показник централізації регуляції серцевого ритму                                                       |
| ДНП                | – показник диференційованості нервових процесів                                                          |
| ЕГ                 | – експериментальна група                                                                                 |
| HF                 | – високочастотний компонент спектра варіабельності серцевого ритму                                       |
| HF <sub>norm</sub> | – нормований високочастотний компонент спектра варіабельності серцевого ритму                            |
| IES-R              | – Шкала оцінювання впливу травматичної події                                                             |
| LF                 | – низькочастотний компонент спектра варіабельності серцевого ритму                                       |
| LF/HF              | – співвідношення низькочастотного та високочастотного компонентів спектра варіабельності серцевого ритму |
| LF <sub>norm</sub> | – нормований низькочастотний компонент спектра варіабельності серцевого ритму                            |
| ІН                 | – індекс напруження регуляторних систем                                                                  |
| КГ                 | – контрольна група                                                                                       |
| КЧСМ               | – критична частота світлових миготінь                                                                    |
| НПС                | – нервово-психічна стійкість                                                                             |
| ПЖС                | – професійна життестійкість                                                                              |
| ПЗМР               | – проста зорово-моторна реакція                                                                          |
| ПТСР               | – посттравматичний стресовий розлад                                                                      |
| SDNN               | – стандартне відхилення інтервалів серцевого ритму                                                       |

|                    |                                                                         |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| СНП                | – сила нервових процесів                                                |
| SPSS<br>Statistics | – пакет прикладних комп'ютерних програм для статистичного аналізу даних |
| Statistica         | – пакет прикладних комп'ютерних програм для статистичного аналізу даних |
| СЗМР               | – складна зорово-моторна реакція                                        |
| VLF                | – дуже низькочастотний компонент спектра варіабельності серцевого ритму |
| ФРНП               | – функціональна рухливість нервових процесів                            |
| ЦНС                | – центральна нервова система                                            |
| ЧСС                | – частота серцевих скорочень                                            |
| $\chi^2$           | – критерій хі-квадрат Пірсона                                           |
| $\Delta$           | – різниця між показниками на етапі завершення та на початку дослідження |
| ВПК                | – військово-професійні компетентності                                   |

## ВСТУП

**Актуальність теми дослідження** зумовлена потребою зміцнення бойового потенціалу та посилення спроможностей Збройних Сил України шляхом підвищення рівня боєготовності і боєздатності, розвитку людського капіталу, що передбачає забезпечення права людини на охорону здоров'я, якісне комплексне лікування та належне медичне забезпечення, як наголошено у Стратегії національної безпеки України [42].

Через запровадження правового режиму воєнного стану, пов'язаного з відбиттям збройної агресії російської федерації проти України, значно збільшилася кількість військових частин (підрозділів) сил оборони держави та чисельність особового складу. Зважаючи на інтенсивність бойових дій, постійне порушення ворогом правил ведення війни і використання забороненого озброєння, спрямованих, насамперед, на збільшення ураження особового складу сил безпеки і оборони України, існує нагальна потреба у своєчасному наданні всіх видів медичної допомоги для збереження життя поранених (травмованих) військовослужбовців і цивільних осіб. Відповідно до Воєнно-медичної доктрини система медичного забезпечення сьогодення має бути адекватною та відповідати чисельності військ, їх завданням за призначенням, враховувати напруженість бойових дій, а також ймовірну кількість і структуру санітарних втрат [41].

Військова медицина є невід'ємною складовою забезпечення боєздатності армії, оскільки спрямована на збереження життя і здоров'я військовослужбовців, своєчасне надання їм медичної допомоги та підтримання спроможності особового складу до виконання бойових завдань. У цій системі військовий лікар виступає ключовим суб'єктом військово-медичного забезпечення, професійна підготовка якого потребує тривалого часу, високого рівня фахової компетентності та значних організаційних зусиль.

Сучасна війна висуває жорсткі вимоги не лише до професійних знань, умінь та навичок, а й до ментального ресурсу військового лікаря. На цьому тлі особливої уваги потребує проблематика вивчення резильєнтності як важливої складової психічної витривалості, оскільки від неї залежить не лише якість виконуваної роботи, а й життя в цілому як військового лікаря, так і пацієнта, якому він надає медичну допомогу.

Військовий лікар здійснює професійну діяльність в умовах, де його роль виходить за межі звичайних обов'язків медичного працівника цивільної системи охорони здоров'я. Сучасна бойова патологія поранень, інтенсивні евакуаційні заходи, гостра нестача медичного персоналу, несвоєчасне медичне постачання та постійний стрес створюють несприятливе середовище, яке випробовує не лише фізичні сили, а й психічну стійкість.

У цьому контексті психічна стійкість означає не лише здатність зберігати спокій і зосередженість, але й адаптуватися до виконання службових обов'язків в умовах бойових дій. Військовий лікар нерідко має ухвалювати критично важливі рішення за обмежених ресурсів, координуючи роботу команди спеціалістів із різним рівнем компетентності та досвіду в умовах підвищеної небезпеки.

У професійній діяльності військового лікаря резильєнтність відіграє функцію активізації позитивних психологічних якостей і є важливою для відчуття задоволеності собою як висококваліфікованим медичним спеціалістом. Це внутрішня психологічна опора, яка дає змогу залишатися ефективним у найскладніших ситуаціях, підтримувати інших і, водночас, не втрачати власну емоційну врівноваженість і стресостійкість.

Огляд наукової літератури дає підстави стверджувати, що у дослідженнях запропоновано різні варіанти визначення поняття «резильєнтність», найчастіше як збереження позитивної адаптації попри значний досвід перебування у стресових ситуаціях, успішне відновлення після травми (С. Калаур, О. Сорока, О. Хамініч, О. Шевченко) [44; 145]; збереження стану благополуччя попри негаразди, за С. Лутар (S. Luthar) та

О. Романчуком [48; 116]; здатність протистояти труднощам, відновлюватися та розвиватися, незважаючи на життєві кризи, за А. Мастен (A. Masten) [120; 121]; позитивну відповідь на негативні події життя, компетентне функціонування в умовах стресу, а також здатність відчувати позитивні емоції та навчатися на власному досвіді, за Дж. Бонанно (G. Bonanno) [77; 78; 164]; здатність до конструктивного відображення складних подій (С. Богданов, О. Бойко, Н. Гусак, А. Максименко, В. Чернобровкін) [65]. За визначенням С. Ваніштендаль (S. Vanistendael), Е. Вернер (E. Werner), Т. Коско (T. Cosco) [128; 160; 162], резильєнтність характеризується здатністю особистості до психологічного відновлення після впливу стресових або складних життєвих подій.

Значний внесок у розроблення досліджуваного наукового питання зробили сучасні дослідники, а саме С. Саутвік (S. Southwick), Д. Чарні (D. Charney) та Д. ДеП'єрро (J. DePierro), які визначають резильєнтність (психологічну стійкість) як вміння долати життєві випробування, зберігаючи, відновлюючи та плекаючи при цьому своє психічне здоров'я, особистісну цілісність та зростання, соціальні зв'язки [50].

У контексті сучасних досліджень професійної діяльності військовослужбовців в умовах війни особливої актуальності набуває теоретико-методологічне обґрунтування чинників психічної стійкості, впливу професійного стресу та командної взаємодії в екстремальних умовах. Накопичений у вітчизняній психологічній науці досвід дає змогу спиратися на підходи до осмислення мотивації, інформаційно-психологічної безпеки та ролі малої команди як осередку ефективної взаємодії (О. Хміляр) [2; 60–62], а також на положення щодо емоційної стійкості, психологічного відновлення й реабілітації військовослужбовців (В. Стасюк) [53; 55].

Питання забезпечення психічної стійкості особового складу в умовах бойових дій висвітлено в контексті психологічної стійкості, адаптаційних ресурсів і підтримання ефективності військовослужбовців під впливом бойових стресорів (О. Кокун, В. Клочков, В. Мороз, В. Осьодло, І. Пішко,

Н. Лозінська) [9; 36; 37]. Вагомим для розуміння цієї проблематики є також дослідження стресостійкості, реабілітаційних ресурсів, бойового злагодження та посттравматичного зростання військовослужбовців (Л. Олійник) [32; 58; 132]. Вивчення механізмів адаптації в особливих умовах діяльності потребує врахування умов розвитку саморегуляції, нервово-психічної стійкості та специфіки професійного стресу (О. Сафін) [29; 51; 52; 134], а також копінг-поведінки, емоційної регуляції та професійного вигорання (С. Миронець та співавт.) [28; 90; 109; 153].

Особливе значення для розв'язання окресленої проблематики мають комплексні підходи до мобілізації психологічних ресурсів, підтримки психічного здоров'я та відновлення фахівців екстремального профілю, зокрема в контексті резильєнтності особистості в умовах війни (М. Фомич та співавт.) [6; 44; 98; 99].

Втім, психологічні особливості розвитку резильєнтності військового лікаря досі не становили предмета окремих спеціалізованих дисертаційних досліджень, що підтверджує актуальність цієї проблематики та потребу в її подальшому науковому вивченні. Незважаючи на значні теоретичні й практичні напрацювання, поняття «резильєнтність» залишається дискусійним через функціонування в науковому обігу низки близьких за змістом понять – «життєстійкість», «стресостійкість», «стійкість до травми», «психологічна пружність», «психологічна стійкість» та інші. Додаткову термінологічну неоднозначність зумовлює варіативність його написання, зокрема вживання форм «резильєнтність», «резилентність», «резелентність», «резилієнс» тощо.

На цей час недостатньо досліджено природу конструкту та компонентів резильєнтності, роль особистісних ресурсів у побудові ефективної системи психологічного сприяння розвитку стійкості особистості та психологічних засобів для подолання життєвих негараздів.

Таким чином, важливість і актуальність порушеного проблемного питання, об'єктивна необхідність в експериментально-теоретичному

дослідженні психологічних особливостей розвитку резильєнтності військового лікаря, а також недостатній рівень наукової розробленості зумовили вибір теми дисертації: *«Психологічні особливості розвитку резильєнтності військового лікаря в умовах війни»*.

**Наукове завдання роботи** полягає у визначенні змісту, структури, психологічних чинників, психодіагностичних критеріїв, а також засобів психологічного супроводу і розвитку резильєнтності військових лікарів.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами, грантами.** Дисертаційну працю виконано в межах науково-дослідної роботи кафедри суспільних наук Національного університету оборони України «Історія військової психології в силах оборони України», шифр «Ретроспектива» (державний реєстраційний номер 0124U004892).

Тема дисертації «Психологічні особливості розвитку резильєнтності військового лікаря в умовах війни» розглянута на засіданні кафедри суспільних наук 03 грудня 2024 року (протокол № 9) та затверджена вченою радою університету 27 грудня 2024 року (протокол № 15).

**Мета дослідження** – теоретично обґрунтувати й емпірично дослідити психологічні особливості розвитку резильєнтності військових лікарів в умовах війни, розробити науково обґрунтовану програму психологічної підтримки й розвитку резильєнтності військово-медичних фахівців.

Відповідно до мети визначено такі **завдання**:

- 1) провести теоретико-методологічний аналіз наукових досліджень щодо визначення поняття «резильєнтність» та «психологічні особливості розвитку резильєнтності» в сучасній психологічній науці;
- 2) розробити й теоретично обґрунтувати модель діагностики резильєнтності військового лікаря в умовах війни;
- 3) емпірично дослідити рівні та чинники психологічних особливостей розвитку резильєнтності військового лікаря;

4) розробити авторське напівструктуроване інтерв'ю як інструмент якісного дослідження психологічних особливостей розвитку резильєнтності військового лікаря в умовах війни;

5) розробити й експериментально перевірити результативність програми підтримки та розвитку резильєнтності військового лікаря в умовах війни.

**Об'єкт дослідження** – резильєнтність військового лікаря як психологічний феномен.

**Предмет дослідження** – психологічні особливості розвитку резильєнтності військового лікаря Збройних Сил України в умовах війни.

Для вирішення окреслених завдань та досягнення поставленої мети використано такі **методи дослідження**:

*теоретичні* – аналіз наукових джерел, їх синтез, узагальнення й систематизацію, що стали підґрунтям для подальшого емпіричного дослідження;

*емпіричні* – діагностичні (бесіди, опитування, інтерв'ювання, анкетування), спостереження, тестування, Шкалу резильєнтності Коннора – Девідсона-25 для визначення рівня резильєнтності, опитувальник «Велика п'ятірка» для структурного вивчення особистості військового лікаря, Методику діагностики професійної мотивації (В. Осьодла) для виявлення домінування певних мотивів у діяльності та ціннісної спрямованості особистості, «Шкалу базових переконань» Р. Янов-Бульман для визначення глобальних, стійких уявлень про світ і про себе, які впливають на мислення, емоційні стани і поведінку, «Опитувальник професійної життєстійкості» (методику О. М. Кокуна, розроблену з урахуванням концепції життєстійкості С. Мадді) для оцінювання ступеня задоволеності суб'єкта у професійній сфері, опитувальник «Копінг-стратегії» Р. Лазаруса для дослідження базисних стратегій поведінки, Шкалу оцінювання впливу травматичної події (Impact of Event Scale-Revised (IES-R)) для оцінювання суб'єктивного дистресу, викликаного травматичною подією, «Методику визначення рівня

рефлексивності» для визначення рівня рефлексивності, а для дослідження особливостей комунікативної толерантності – методика «Комунікативна толерантність». Психофізіологічне обстеження проводилося за допомогою програмно-апаратного комплексу для проведення психофізіологічних досліджень «ПФІ-2» та МПФІ-1 «Ритмограф»;

*статистичні* – комплекс методів математичної статистики, використаних для дослідження рівнів, міжгрупових відмінностей, внутрішньогрупової динаміки та взаємозв'язків психологічних і психофізіологічних показників розвитку резильєнтності військових лікарів в умовах війни, а саме: описові статистики,  $t$ -критерій Стюдента для незалежних вибірок, критерій Манна – Вітні ( $U$ ), тест Левена, парний  $t$ -критерій Стюдента, критерій Вілкоксона та кореляційний аналіз. Математико-статистичне опрацювання емпіричних даних та їх графічну презентацію проведено за допомогою пакетів прикладних комп'ютерних програм SPSS Statistics, Statistica та Microsoft Excel.

**Наукова новизна одержаних результатів** полягає в тому, що у дисертаційному дослідженні:

*вперше:*

сформульовано та науково обґрунтовано авторське визначення поняття «резильєнтність військового лікаря», яке, на відміну від наявних підходів, інтегрує специфіку військово-медичної діяльності в умовах війни та розкриває резильєнтність як здатність медичного фахівця підтримувати психологічну стійкість і професійну компетентність в умовах екстремальних або травмуючих впливів, відновлювати функціонування після стресу, демонструвати посттравматичне зростання, зміцнювати внутрішні ресурси, удосконалювати адаптаційні стратегії та зберігати професійну ідентичність;

визначено та науково обґрунтовано психологічні особливості розвитку резильєнтності військового лікаря в умовах війни як інтегрального психологічного утворення, що забезпечує адаптивність, професійну ефективність, саморегуляцію, психологічне відновлення та збереження

професійної надійності в екстремальних умовах службово-професійної діяльності;

розроблено та теоретично обґрунтовано модель діагностики резильєнтності військових лікарів в умовах війни;

емпірично визначено рівні та психологічні чинники розвитку резильєнтності військових лікарів в умовах війни.

*удосконалено:*

теоретико-методичні підходи до емпіричного дослідження резильєнтності військових лікарів як інтегрального багатовимірного професійно-психологічного утворення;

наукові уявлення про взаємозв'язок резильєнтності військових лікарів із професійною мотивацією, життєстійкістю, рефлексивністю, копінг-стратегіями, базовими переконаннями та комунікативними характеристиками;

авторське напівструктуроване інтерв'ю як інструмент якісного дослідження психологічних особливостей розвитку резильєнтності військових лікарів.

*набули подальшого розвитку:*

наукові положення щодо резильєнтності медичних фахівців, професійна діяльність яких здійснюється в умовах війни, підвищеного ризику, невизначеності та інтенсивного психоемоційного навантаження;

уявлення про психологічні чинники резильєнтності військового лікаря, що забезпечують збереження його професійної ефективності, психічної стійкості, функціональної спроможності та психологічного благополуччя;

практичні засоби психологічної підтримки й розвитку резильєнтності військових лікарів, систематизовані у комплекс вправ, психотехнік і психоосвітніх інструментів, спрямованих на розвиток саморегуляції, актуалізацію адаптаційних можливостей, підтримання психологічної стійкості та профілактику професійного вигорання;

програма психологічної підтримки та розвитку резильєнтності військових лікарів в умовах війни, орієнтована на підтримання професійної функціональності, зміцнення адаптаційних стратегій і збереження професійної ідентичності фахівця.

**Практичне значення результатів дослідження** полягає у розробленні й апробації моделі діагностики та програми психологічної підтримки і розвитку резильєнтності військового лікаря, спрямованих на вдосконалення системи психологічного супроводу військово-медичної служби в умовах війни.

Розроблена модель діагностики забезпечує комплексне оцінювання структурних компонентів резильєнтності військових лікарів, дає змогу визначати індивідуально-психологічні особливості, адаптаційні можливості та чинники професійно-психологічної вразливості під час виконання службово-професійних завдань в умовах підвищеного ризику, невизначеності й інтенсивного психоемоційного навантаження.

Авторська програма психологічної підтримки та розвитку резильєнтності військових лікарів в умовах війни, що охоплює комплекс тренінгових вправ, психотехнік і психоосвітніх заходів, може бути впроваджена у практичну діяльність психологів, посадових осіб структур психологічної підтримки персоналу та керівників військово-медичних підрозділів сил оборони. Застосування програми сприятиме профілактиці професійного вигорання, підтриманню психічного здоров'я, розвитку навичок саморегуляції, збереженню професійної функціональності та підвищенню професійної надійності медичного персоналу.

Результати дисертації можуть бути використані в освітньому процесі Національного університету оборони України, Української військово-медичної академії, у системі післядипломної освіти військових лікарів і підготовки військових психологів, а також у подальших наукових дослідженнях проблем резильєнтності, психічної стійкості, професійної життєстійкості, психологічного супроводу та збереження психічного

здоров'я фахівців, які здійснюють медичне забезпечення військ в умовах війни.

Результати дисертації **впроваджено** у практичну діяльність закладів охорони здоров'я Міністерства оборони України (довідки впровадження № 616 від 01 лютого 2025 року, № 1169-III/14/141 від 03 березня 2025 року, № 807 від 03 лютого 2025 року, № 421 від 14 лютого 2025 року) та освітній процес Української військово-медичної академії (довідка впровадження № 533/1402 від 16.04.2026).

**Особистий внесок здобувача.** Розроблені автором наукові положення та одержані емпіричні дані є самостійним внеском у дослідження проблеми розвитку резильєнтності військових лікарів в умовах війни. У статті «Дослідження резильєнтності військових лікарів: інтеграція інтерв'ю, проєктивного аналізу та шкали Коннора – Девідсона», виконаній у співавторстві з В. Осьодлом, здобувачка опрацювала основний обсяг емпіричного та аналітичного матеріалу, зокрема, зібрала емпіричні дані, узагальнила їх на основі інтеграції результатів інтерв'ю, проєктивної методики «Не дай людині впасти» та Шкали резильєнтності Коннора – Девідсона, провела психологічну інтерпретацію отриманих результатів і сформулювала основні висновки щодо структурно-змістових характеристик резильєнтності військових лікарів. У статті «Резильєнтність військових лікарів: виклики війни», виконаній у співавторстві з В. Стасюком, здобувачка аналітично опрацювала наукові джерела з проблематики резильєнтності військових лікарів, узагальнила результати авторського інтерв'ю, обґрунтувала модель діагностики резильєнтності, сформулювала висновки щодо психологічних викликів, професійних ризиків і специфіки діяльності військових лікарів в умовах війни.

У тезах доповіді «Психологічна стійкість і резильєнтність: спільне й відмінне у контексті військово-медичної діяльності», підготовлених у співавторстві з В. Осьодлом, здобувачкою здійснено теоретико-методологічне зіставлення та понятійно-термінологічне розмежування

категорій «психологічна стійкість» і «резильєнтність». У тезах доповіді «Психологічні наслідки та шляхи відновлення особистості в умовах війни», підготовлених у співавторстві з В. Осьодлом, здобувачкою систематизовано негативні зміни в структурі особистості військовослужбовців під дією чинників війни, а також обґрунтовано ключові вектори психологічного відновлення. У тезах доповіді «Психологічне забезпечення розвитку резильєнтності військових лікарів під час виконання спеціальних завдань з медичного забезпечення в умовах бойових дій», підготовлених у співавторстві з В. Стасюком, обґрунтовано організаційні засади, специфіку та змістове наповнення заходів психологічного супроводу медичного персоналу під час виконання професійних завдань в особливих умовах.

**Апробація результатів дослідження.** Основні положення і результати дослідження відображено на численних наукових, науково-практичних конференціях, семінарах та галузевих науково-практичних заходах:

*міжнародних* – «Вектори соціальної, організаційної та економічної психології» (Київ, 2025); «Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи» (Київ, 2025); «Вектори соціальної, організаційної та економічної психології» (Київ, 2026); X Міжнародній науковій конференції «Сучасна війна: гуманітарний аспект» (Харків, 2026);

*всеукраїнських* – «Розвивальний потенціал сучасної соціальної роботи: методологія та технології» (Київ, 2025); «Сучасні тренінгові технології для розвитку особистості: еко-тренінг» (Львів, 2025); «Психологія особистості фахівця в умовах воєнного стану та поствоєнної реабілітації» (Львів, 2025); «Психологічні читання» (Харків, 2026); «Проблеми психології діяльності в особливих умовах» (Черкаси, 2026); «Сучасні тренінгові технології для розвитку особистості: основні напрямки та технології» (Київ, 2026).

Окремі положення дисертаційного дослідження були представлені у форматі наукових доповідей і майстер-класів. Зокрема, на XXVI Національному конгресі кардіологів України, у межах секційного засідання «Медико-соціальні проблеми здоров'я в умовах війни», виголошено доповідь

«Психологічні методи корекції та профілактики емоційного вигорання у військових медиків» (Київ, 2025). На VIII Науково-практичній конференції з міжнародною участю «Академічні читання імені Володимира Паська» в межах 34-ї Міжнародної медичної виставки «PUBLIC HEALTH 2025» представлено доповідь «Резильєнтність військового лікаря: психологічні ресурси та виклики війни» (Київ, 2025). На X Міжнародній науковій конференції «Сучасна війна: гуманітарний аспект» проведено майстер-клас «Розвиток резильєнтності військовослужбовців в умовах війни: практичні інструменти» (Харків, 2026). На Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю «Сучасні тренінгові технології для розвитку особистості: основні напрямки та технології» проведено майстер-клас і представлено матеріали «Резильєнтність військового лікаря в умовах війни: практичні інструменти розвитку» (Київ, 2026).

**Публікації.** Результати дослідження опубліковані в 14 наукових працях здобувача за темою дисертації, із них 6 – у співавторстві, серед яких: 7 статей – у фахових виданнях України в галузі психології, 7 – у збірниках тез доповідей на наукових конференціях, семінарах та круглих столах (додаток А).

**Обсяг і структура дисертації.** Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел (166 найменувань, із них 97 – іноземними мовами), 12 додатків на 120 сторінках. Загальний обсяг дисертації становить 324 сторінки, із них основного тексту – 163 сторінки. Дисертація містить 21 таблицю і 24 рисунки.

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИКО–МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ В ПСИХОЛОГІЇ

#### 1.1. Теоретичний аналіз поняття «резильєнтність» у психологічному вимірі

Сучасна людина, як зазначають науковці О. Кокун і Т. Мельничук, функціонує в умовах постійних соціальних, економічних, політичних та інформаційних викликів, що актуалізують проблему збереження адаптаційного потенціалу особистості. Зростання інтенсивності суспільних трансформацій, посилення інформаційного навантаження, кризові явища та швидкий технологічний розвиток зумовлюють підвищення рівня психоемоційного напруження й створюють додаткові ризики для психічного здоров'я особистості. В українському суспільстві зазначені впливи істотно посилилися внаслідок широкомасштабної збройної агресії російської федерації проти України, що стала потужним стресогенним і психотравмувальним чинником.

У зв'язку з цим у сучасному науковому дискурсі дедалі більшої значущості набувають поняття, пов'язані зі здатністю особистості протистояти стресовим впливам, адаптуватися до складних життєвих обставин і зберігати психологічну рівновагу. До таких понять належать стресостійкість, життєстійкість, життєздатність, емоційна стійкість, резилієнс і резильєнтність. Їх змістове поле охоплює психологічні ресурси, механізми саморегуляції та адаптаційні можливості особистості, що забезпечують подолання стресових ситуацій, зниження їх травмуючого впливу та запобігання негативним психологічним наслідкам [17, с. 4].

Формування сучасних уявлень про резильєнтність бере початок у природничо-науковій традиції, у межах якої вивчалися закономірності

стійкості, саморегуляції та відновлення систем за умов дії зовнішніх впливів. Надалі окремі аспекти цього феномена відображалися в дослідженнях стресу, захворювань, нейропластичності та психонейроімунології. Проте як самостійний психологічний конструкт резильєнтність утвердилася значно пізніше, коли в центрі наукової уваги опинилися питання позитивної адаптації особистості, подолання наслідків психотравмувального досвіду та збереження психологічного благополуччя в несприятливих умовах [124, с. 3–8].

Відомо, що перші дослідження резильєнтності не передбачали академічного обґрунтування її теорії, а були швидше феноменологічно виокремлені з характеристик тих людей, які вижили після серйозних травм і катастроф. Історично дослідники, клініцисти і теоретики працювали в межах традиційної медичної моделі. Суть їх роботи полягала в розумінні, описі та класифікації хвороб, психопатологій і дефіцитів психіки. Наукова література, моделі досліджень і технології практичного втручання зосереджувалися на психічних проблемах людини, переважно чинниках ризику та негативних наслідках – розладах, до яких призводили надмірні стресові навантаження. Як зазначають К. Болтон (K. Bolton) та Г. Річардсон (G. Richardson), наприкінці 1980-х років відбувся перехід від медичної моделі до так званої міждисциплінарної (за Г. Річардсоном – «новий рух науки»), коли дослідники почали вивчати не лише психічні наслідки від травмування, а й особливості тих людей, яким вдалося адаптуватися до несприятливих умов, пережити їх і згодом навіть психологічно зростати.

Саме з цього часу науковий інтерес зосереджується не лише на розумінні, класифікації та описі чинників, що призводять до психопатології після стресових подій, які перевищують адаптаційні можливості людини, а й на вивченні шляхів та умов, які сприяють здоровому психологічному розвитку і позитивній адаптації. Під час цієї зміни з'явилися новаторські праці, присвячені концепції резильєнтності [76; 139; 140; 157].

Термін «резильєнтність» (від лат. «re» – назад і «salire» – стрибати, тобто буквально «відскочити») активно впроваджувався у психологічну науку та увійшов до психологічного лексикону з фізики, де ним позначають властивість матерії набувати початкової форми після деформації, яка виникла внаслідок тиску (опір матеріалів). Саме поняття у психологічному контексті не має одного конкретного автора, оскільки воно поступово ставало частиною психологічного лексикону завдяки ряду досліджень, присвячених адаптації людей до складних життєвих обставин.

Вагомий внесок у становлення емпіричних досліджень резильєнтності зробили Е. Вернер (E. Werner) та Р. Сміт (R. Smith), які на основі лонгітюдного дослідження дітей з острова Кауаї обґрунтували значення захисних особистісних і соціально-середовищних чинників у процесі позитивної адаптації особистості до несприятливих життєвих умов. Дослідження було розпочате у 1955 р. і тривало понад тридцять років, що дало змогу простежити особливості розвитку дітей, які зростали в умовах високого ризику. Зокрема, аналізувався вплив пренатального стресу, бідності, сімейного насильства, алкогольної залежності батьків, психічних захворювань у родині та інших несприятливих чинників середовища.

Результати дослідження засвідчили, що, попри наявність значної кількості чинників ризику, частина дітей демонструвала позитивну адаптацію, соціальну компетентність і здатність до ефективного функціонування в різних сферах життєдіяльності. Це стало важливим емпіричним підґрунтям для подальшого розвитку концепції резильєнтності в психологічній науці [162; 163].

Е. Вернер і Р. Сміт виокремили низку захисних якостей і ресурсів, які сприяли адаптивності дітей в умовах несприятливого середовища. До них належали соціальна компетентність, відповідальність, навички розв'язання проблем, орієнтованість на досягнення, адекватна самооцінка, комунікативна ефективність, а також наявність підтримувальних зв'язків у сім'ї та поза її межами. Отже, результати Кауайського дослідження дали підстави

розглядати резильєнтність не лише як індивідуальну властивість особистості, а й як результат взаємодії внутрішніх ресурсів людини з підтримувальним соціальним середовищем [162].

Відтоді цей термін вживають і вивчають науковці, теоретики та фахівці-практики з різних суміжних дисциплін. Наукова інтерпретація поняття є доволі розгорнутою і наведена у працях зарубіжних і вітчизняних науковців. Варто зазначити, що на сучасному етапі розвитку психологічної науки єдиного загальноприйнятого визначення резильєнтності не сформовано, що зумовлено розбіжностями у методологічних позиціях представників різних наукових шкіл. У загальнонауковому вимірі, зокрема в Оксфордському словнику англійської мови, резильєнтність (resilience) інтерпретується як спроможність витримувати важкі умови чи швидко відновлюватися після них [138]. У подібному контексті Всесвітня організація охорони здоров'я визначає резильєнтність як здатність окремих осіб, сімей і груп відносно добре долати важкі ситуації, розглядаючи її як певний ресурсний потенціал (resourcefulness) [165].

У сучасних наукових дослідженнях резильєнтності виокремлюють наступні підходи до її концептуалізації: по-перше, розгляд її як індивідуальної характеристики (ego-resiliency) або відносно сталої риси особистості, що виступає психологічним буфером і виявляється через такі властивості, як когнітивна гнучкість, винахідливість, міцність характеру та адаптивність до мінливих умов зовнішнього середовища; по-друге, інтерпретацію як динамічного процесу позитивної адаптації суб'єкта в кризових обставинах. У межах другого підходу резильєнтність постає як безперервний, активний процес мобілізації та розвитку нових адаптаційно-відновлювальних ресурсів, що характеризується нерівномірною динамікою залежно від виникнення нових безпекових чи професійних ризиків.

Попри тривалу дискусію щодо дихотомії «риси» та «процесу», у психологічній науці сформувався консенсус стосовно того, що цей конструкт відображає спроможність окремих осіб, сімей та соціальних груп зберігати

ефективне функціонування й адаптуватися попри наявність виражених психологічних, соціальних чи соціокультурних деструкцій. Зазначені виміри (як стабільна властивість і як динамічний процес) інтегрально виявляються на всьому континуумі онтогенетичного розвитку людини [62].

Водночас резильєнтність розглядають як здатність особи або спільноти підтримувати динамічну рівновагу й цілісність у складних ситуаціях, забезпечуючи не лише успішну адаптацію до мінливого середовища, а й реалізацію завдань особистісного та професійного розвитку.

Відповідно до наявних методологічних підходів, виокремлюють індивідуальний та груповий рівні функціонування зазначеного конструкту. На індивідуальному рівні його провідними атрибутами визначено:

1) адекватну самооцінку, яка через почуття власної гідності та віру у власний потенціал забезпечує успішне подолання кризових станів і складних життєвих обставин;

2) опору на власні сили (автономію, самостійність та сформований внутрішній локус контролю), що дозволяє особистості зберігати суб'єктивне відчуття контролю над життєвими подіями перед обличчям важких випробувань;

3) соціальну чуйність, яка уможливорює ефективну просоціальну взаємодію з мікро- та макрооточенням, виявлення емпатії та готовності до взаємодопомоги [123].

Зазначені атрибути узгоджуються з ширшим колом психологічних чинників, які в зарубіжній літературі розглядаються як передумови резильєнтності, зокрема: відчуття узгодженості життя, самоефективність, надія, позитивні риси характеру та наявність підтримувального середовища посилюють здатність особистості зберігати цілісність і функціональність у ситуаціях невизначеності, втрат і тривалого стресового впливу [72; 73; 75; 130; 142]. У цьому аспекті резильєнтність доцільно розглядати не лише як здатність до відновлення, а і як інтегральну характеристику, що формується

на перетині когнітивних, мотиваційних, ціннісних і соціально-середовищних чинників.

Водночас теоретико-методологічний аналіз наявного категоріального апарату дозволяє класифікувати дефініції резильєнтності в межах чотирьох провідних підходів: диспозиційний (атрибутивний), процесуально-динамічний, системний та соціально-екологічний.

У межах диспозиційного (атрибутивного) підходу резильєнтність інтерпретується як стабільна індивідуальна характеристика, відносно стала риса особистості або комплекс її внутрішніх здібностей, що виступає буфером проти стресу. За Г. Вагнільд (G. Wagnild) та Г. Янг (H. Young) резильєнтність є персональною характеристикою, що модерує або пом'якшує негативні наслідки стресу і сприяє адаптації [161]. К. Коннор (K. Connor) і Дж. Девідсон (J. Davidson) визначають резильєнтність через сукупність особистісних якостей, які дозволяють людині зростати перед обличчям невдач [87].

На думку Д. Асонова та О. Хаустової резильєнтність «resiliency» є властивістю або здатністю особистості. Науковці наголошують на відмінності між поняттями «резильєнтність» (властивість), «резилієнс» (процес) та «життєстійкість» (захисний чинник резильєнсу). Особа може бути більше або менше резильєнтною (resilient) в один період життя, ніж в інший, а резилієнс – більш або менш ефективним процесом [3].

У вітчизняній науковій школі О. Кокун розглядає цей конструкт як комплекс розумових, фізичних, емоційних і поведінкових здібностей людини, що допомагають адаптуватися, відновлюватися та процвітати в умовах ризику [17, с. 6–8].

Представники процесуально-динамічного підходу розглядають резильєнтність (resilience) не як фіксовану властивість, а як безперервний, активний і нерівномірний у часі динамічний процес появи чи розвитку нових сил і ресурсів адаптації. С. Лутар (S. Luthar), Д. Чікетті (D. Cicchetti) та Б. Беккер (B. Becker) визначають її як динамічний процес, що охоплює

позитивну адаптацію в контексті пережитих значних життєвих негараздів [117]. Дж. Бонанно (G. Bonanno) наголошує на мультिवимірній природі цього поняття, де динамічність забезпечує психічну гнучкість і здатність пристосовуватися до змін [78]. Зі свого боку, Н. Байкалова пропонує інтерпретувати цей процес через операційну формулу, де резильєнтність є поєднанням твердої волі (навмисних дій і вольових зусиль, спрямованих на самопідтримку та розширення копінг-стратегій) та гнучкості (здатності адаптуватися до важких ситуацій і переосмислювати їхній сенс) [4].

Спираючись на розуміння резильєнтності як наявної внутрішньої спроможності, Р. Неман (R. Neman) визначає її як здатність адаптуватися попри трагедії, травми, негаразди і постійні життєві стресори [126]. А. Федер (A. Feder) та співавтори описують конструкт через спроможність успішно адаптуватися до стресових життєвих подій, значної загрози або травми [158].

У межах зазначеного підходу С. Фергус (S. Fergus) та М. Циммерман (M. Zimmerman) розглядають резильєнтність як процес подолання негативних наслідків травматичних подій та уникнення ризикованих життєвих траєкторій [96].

Американська психологічна асоціація також трактує резильєнтність через процесуальний вимір – як «процес успішної адаптації до негараздів, травм, трагедій, загроз або навіть значних джерел стресу» [81]. Водночас таке визначення окреслює лише загальний зміст досліджуваного феномена й не повною мірою відображає його багатовимірну природу. Це зумовлено тим, що формування та прояв резильєнтності детермінуються складною взаємодією біологічних, психологічних, соціальних і культурних чинників, сукупність яких визначає характер реагування особистості на стресовий або травматичний досвід [137].

У специфічних умовах збройного конфлікту процесуальний вимір резильєнтності чітко простежується в дослідженнях, присвячених психологічному відновленню особистісного потенціалу комбатантів та демобілізованих військовослужбовців [132]. Показовими у цьому контексті є

напрацювання В. Стасюка [53; 55], який розглядає стійкість як наскрізний динамічний процес, що охоплює як етап попередньої психологічної підготовки до діяльності в екстремальних умовах, так і подальшу реінтеграцію після впливу бойового стресу. Такий підхід дає підстави трактувати досліджуваний конструкт не як статичний захист, а як мобільний внутрішній ресурс, що забезпечує збереження психологічної рівноваги та запускає механізми посттравматичного зростання особистості в умовах війни.

У межах системного підходу резильєнтність досліджується як інтегральна властивість відкритої самоорганізованої системи, що здатна підтримувати рівновагу та цілісність під впливом деструктивних чинників. А. Мастен (A. Masten) визначає резильєнтність як здатність динамічної системи успішно пристосовуватися до порушень, забезпечуючи позитивну адаптацію і розвиток [120]. Важливим у цьому контексті є уточнення термінології. З метою узгодження понятійного апарату А. Мастен наголошує на необхідності обережного використання термінів, пов'язаних із резильєнтністю. Зокрема, коли йдеться про відносно сталу особистісну рису, дослідниця пропонує використовувати термін «*resiliency*», тоді як для позначення процесу реагування на стресові події та адаптації до них – «*resilience*» [120; 121]. У цьому аспекті складність перекладу термінів актуалізує ще одну проблему – чіткого визначення в межах сучасної української психологічної науки. Це проблема інтеграції іншомовного концептуального апарату у вітчизняну наукову традицію без втрати смислової та методологічної точності.

Типовим прикладом є визначення Ф. Лозеля (F. Lösel): резильєнтність – це здатність людини або соціальної системи вибудовувати нормальне, повноцінне життя у складних умовах. Науковець наголошує, що, попри зовнішню простоту цього визначення, концепція резильєнтності значно ширша, ніж поняття «подолання». Резильєнтність передбачає досягнення позитивного результату, попри високий рівень ризику, збереження основних

властивостей особистості в умовах небезпеки, а також повне відновлення після травматичного досвіду й подальше успішне функціонування.

У свою чергу, К. Болтон (K. Bolton) трактує резильєнтність через структурний вимір, визначаючи її як гіпотетичний набір захисних чинників, що запобігають дезадаптації після стресового впливу [76, с. 3].

У сучасних дослідженнях розглядають процес резильєнтності не лише як досягнення гомеостатичної рівноваги після травмуючих подій, а й вихід із певним «приростом» – вивищенням функціональних компетенцій (посттравматичним зростанням) [20, с. 30].

Як підкреслює Ю. Паскевська, як механізм позитивної адаптації та психологічного захисту резильєнтність пов'язана з рефреймінгом, адаптивною обробкою важких викликів, наданням їм позитивного смислу та актуалізацією ефективних копінг-стратегій [39]. Системний характер конструкту виявляється у прагненні особистості після пережитих надзвичайних або травматичних подій повернути втрачене благополуччя, стабілізувати власний психоемоційний стан і відновити повноцінне функціонування. Заходи психосоціальної підтримки в межах цього підходу спрямовуються на комплексне забезпечення базових потреб людини – біологічних, матеріальних, соціальних, духовних, культурних, когнітивних та емоційних, оскільки лише їх задоволення дозволяє системі ефективно функціонувати [123].

У межах соціально-екологічного підходу резильєнтність концептуалізується не лише як індивідуальна характеристика особистості, а й як результат її взаємодії з різними рівнями соціального середовища. У цьому контексті важливого значення набуває екологічна модель У. Бронфенбреннера, у межах якої розвиток людини аналізується з урахуванням як індивідуальних особливостей, зокрема темпераменту та пізнавальних можливостей, так і умов середовища, у якому вона функціонує.

Сучасне застосування соціально-екологічної моделі резильєнтності, зокрема щодо дітей у надзвичайних ситуаціях, зосереджене на аналізі

взаємодії чинників ризику та захисних чинників на різних соціоекологічних рівнях – сім'ї, однолітків, школи та ширшої громади [100; 131; 135]. Такий підхід дає змогу розглядати резильєнтність як результат взаємодії індивідуальних, міжособистісних і соціальних ресурсів, а не як ізольовану властивість особистості.

У цьому ж контексті М. Унгар (M. Ungar) наголошує на здатності системи передбачати труднощі, адаптуватися до них і реорганізовувати власне функціонування в умовах несприятливих обставин через актуалізацію доступних ресурсів [159]. К. Фольке (C. Folke) визначає конструкт через здатність системи вистояти перед змінами та продовжувати розвиватися в умовах постійних трансформацій середовища [97].

У вітчизняному науковому просторі близьку позицію представлено в працях Н. Гусак та співавторів, які визначають резильєнтність як здатність людини або соціальної групи пом'якшувати вплив надзвичайних ситуацій та їхні соціальні й психологічні наслідки через взаємодію з різними підтримувальними системами, зокрема родиною, релігійними організаціями та професійними спільнотами [47, с. 29–31].

Соціально-екологічне розуміння резильєнтності акцентує значення соціальної підтримки, що може надходити з боку сім'ї, друзів, освітнього, професійного, релігійного та громадського середовища. Водночас індивідуальна резильєнтність не є універсальною характеристикою, яка однаково проявляється в усіх сферах життя. Її наявність в одній сфері не обов'язково свідчить про такий самий рівень стійкості в інших сферах. З огляду на це дослідники виокремлюють навчальну, емоційну та поведінкову резильєнтність.

Зазначене зумовлює певні обмеження у вимірюванні індивідуальної резильєнтності, оскільки її прояви залежать від характеру життєвих труднощів, рівня ризику та компетентності особистості в конкретній ситуації. У зв'язку з цим окремі дослідники пропонують оцінювати резильєнтність

через два основні аспекти: суттєві або незначні життєві негаразди / ризики та високий або низький рівень компетентності [47, с. 27–28].

Вартим уваги є підхід до розуміння цього явища як соціально-екологічного конструкту. Термін «екологічна резильєнтність» передбачає можливість використання ресурсів для підтримання благополуччя на рівні окремої особистості, сім'ї або близького кола спілкування, громади та суспільства загалом. Посилення адаптаційно-відновлювального потенціалу має охоплювати не лише індивідуальну роботу з людиною, а й безпосередній вплив на ширші системи її соціального оточення.

Як зазначає О. Хамініч, узагальнюючи погляди сучасних науковців, відсутність загальновизнаного визначення резильєнтності стала однією з перешкод для подальшого дослідження цієї проблематики. Основні труднощі зумовлені наявністю суперечливих дефініцій та різних підходів до операціоналізації цього конструкту, а також відсутністю консенсусу щодо процедур вимірювання ключових факторів резильєнтності. Це, своєю чергою, спричиняє розбіжності в підходах до її дослідження в різних наукових школах і дослідницьких лабораторіях. Так, О. Хамініч припускає, що подальше уточнення змісту поняття «резильєнтність» доцільно здійснювати в контексті вивчення адаптації та саморегуляції [59, с. 160–165].

Отже, на основі розгляду наявних підходів до визначення резильєнтності можна стверджувати про таке: по-перше, на цей час не існує загальновизнаної дефініції резильєнтності, що ускладнює концептуалізацію пов'язаних із цим конструктом понять, а також зумовлює розбіжності в методологічних позиціях різних наукових шкіл; по-друге, дослідники досягли консенсусу щодо розгляду резильєнтності як багатовимірної системи, і, узагальнюючи наявні дані, можна виокремити такі її ключові характеристики:

- 1) це біопсихосоціальне явище, що охоплює особистісні, міжособистісні та суспільні виміри й постає природним результатом процесів розвитку протягом тривалого часу;

2) безпосередньо пов'язане зі здатністю психіки відновлюватися після тривалого впливу несприятливих умов;

3) залежно від фокусу дослідження може розглядатися і як відносно стала характеристика особистості, і як динамічний процес;

4) формування конструкту детерміноване взаємодією внутрішніх і зовнішніх чинників (емоційний інтелект, позитивні стосунки з оточенням, адекватна самооцінка, впевненість у власній ефективності, тип прив'язаності тощо);

5) резильєнтність відіграє провідну роль у запуску механізмів посттравматичного зростання особистості [20, с. 52–53].

Загалом історія розвитку досліджень цього наукового конструкту показала, що його вивчення потребує уваги до динаміки та процесів взаємодії, холістичного (цілісного) підходу, а також урахування специфіки професійного досвіду й підготовки самих фахівців, які працюють у кризових умовах.

Поняття «резильєнтності» широко використовують у психологічній практиці для опису впливу деструктивних або загрозливих умов на людину та визначення її здатності до відновлення і нормального функціонування в майбутньому [8; 49]. Розуміння того, як особистість витримує екстремальні навантаження й досягає особистісного зростання, є фундаментальним для фахівців із психічного здоров'я. Вивчення цього конструкту допомагає створювати ефективні методи психопрофілактики й розвитку таких інтегральних якостей, як життєстійкість та професійна стресостійкість [21].

Важливим аспектом є те, що резильєнтність може змінюватися протягом життя під впливом набутого досвіду, переосмислення успіхів і невдач та формування нових стратегій подолання труднощів. Отже, вона постає як динамічний процес, детермінований особистісними ресурсами, соціальною підтримкою та соціокультурними чинниками.

У межах військово-психологічних досліджень проблема резильєнтності концептуально пов'язана з вивченням психічної стійкості, бойової мотивації,

інформаційно-психологічної безпеки та командної взаємодії особистості в умовах війни. Зокрема, у працях О. Хміляра глибоко розкрито питання бойової мотивації воїна, його захищеності в інформаційному просторі та функціонування малої команди як ефективної групи й осередку лідерства [2; 60–62]. Разом із дослідженнями В. Стасюка [53; 55] щодо реабілітаційного потенціалу військовослужбовців, ці напрацювання створюють тривале теоретичне підґрунтя для аналізу резильєнтності військового лікаря. Специфіка його діяльності в умовах бойового стресу, високої відповідальності, ризику та морально-етичних дилем вимагає особливих механізмів збереження професійної ефективності.

У межах дослідження ми дотримуємося підходу, згідно з яким резильєнтність розглядаємо як здатність особистості не лише відновлюватися до «достресового» рівня функціонування, а й набувати нового досвіду, внутрішньо зміцнюватися та розвиватися після впливу стресових і травмувальних обставин завдяки актуалізації власних особистісних ресурсів. Йдеться не лише про пристосування до змінених умов, а насамперед про збереження психічного здоров'я, відновлення цілісності життєдіяльності та підтримання здатності до ефективного функціонування. У цьому контексті досліджуваний конструкт постає як динамічний процес взаємодії індивідуально-психологічних характеристик, ставлень і захисних чинників, які посилюють адаптаційний потенціал особистості військового фахівця [12].

## **1.2. Аналіз професійної діяльності військових лікарів в умовах війни**

Бути лікарем надзвичайно престижно, але саме ця професія – одна з тих, що висуває найжорстокіші вимоги до людини як професіонала своєї справи. Лікарі піддаються більшому ризику тривоги та депресії, порівняно з фахівцями інших професій. Їхня професійна діяльність часто призводить до підвищення рівня стресу та появи відчуття невпевненості. Робота в тісному

контакті з пацієнтами та взаємовідносини між лікарем і пацієнтом викликають низку як позитивних, так і негативних емоцій. Довгий робочий день і недосипання негативно впливають як на фізичне, так і на психічне здоров'я, стають чинниками, що спричиняють зростання рівня вигорання [82]. У цьому контексті О. Шевченко зазначає, що розвиток резильєнтності медичних працівників пов'язаний з емоційною стійкістю, адаптаційним потенціалом, професійною мотивацією та здатністю до саморегуляції [67].

Проте, на відміну від працівників цивільної системи охорони здоров'я, для професійної діяльності військового лікаря характерні значно вища напруженість та інтеграція клінічних компетентностей із військовою службою. Військові лікарі виконують подвійне навантаження: надають медичну допомогу та беруть участь у бойових діях, що створює додатковий стрес та підвищує ризик професійного вигорання. Це потребує наявності в них високого рівня стійкості та адаптивності. Сучасний військовий лікар має поєднувати високий рівень фахової медичної кваліфікації з ґрунтовними знаннями тактичної медицини, виконувати професійні обов'язки в екстремальних і потенційно небезпечних умовах.

В умовах воєнного часу лікарський склад Збройних Сил України є головним компонентом системи військово-медичного забезпечення та представлений як кадровими військовими лікарями, так і лікарями-офіцерами запасу, які залучаються у період воєнних дій. Кожен військовий лікар зобов'язаний добре розуміти особливості ведення бойових дій, знати особливості виникнення та перебігу бойової патології, знати і вміло реалізовувати головні принципи організації та проведення лікувально-евакуаційних, санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів в умовах воєнних конфліктів різної інтенсивності, мати достатні організаційні навички. Переліченими якостями має володіти не тільки кадровий склад медичної служби, а й лікарі-офіцери медичної служби запасу, які прийдуть у Збройні Сили України, якщо інтереси Батьківщини вимагатимуть від них виконання суспільного та громадянського обов'язків.

У структурі медичної служби бригад та окремих частин переважна більшість лікарів працює за спеціальністю загальної практики – сімейної медицини, що зумовлює універсальність їхніх професійних компетенцій. Водночас у складі медичних служб оперативних об'єднань (корпусів) виконують обов'язки лікарі понад 50 спеціальностей: хірурги, терапевти, стоматологи, анестезіологи-реаніматологи, неврологи, гігієністи, епідеміологи, токсикологи-радіологи, бактеріологи та ін.

Відповідно до основних завдань медичної служби Збройних Сил України функціональними напрямками діяльності військових лікарів залежно від виконуваних ключових завдань є:

- 1) медико-логістичне забезпечення – забезпечення частин та підрозділів табельним медичним майном і технікою, своєчасне поповнення запасів та організація їх раціонального використання в умовах бойових дій;
- 2) мобілізаційна та бойова підготовка медичних підрозділів, спрямована на підтримання високого рівня готовності до прийому поранених та надання допомоги в умовах різних сценаріїв розвитку оперативної обстановки;
- 3) надання медичної допомоги на етапах евакуації – від надання невідкладної допомоги у прифронтових умовах до стабілізації стану пацієнтів і підготовки до транспортування на госпітальні бази;
- 4) профілактична та гігієнічна робота, яка включає епідеміологічний контроль, санітарно-гігієнічні заходи, а також гігієнічне виховання особового складу для зниження ризику захворювань у польових умовах;
- 5) медико-психологічна підтримка поранених, військовослужбовців та самого медичного персоналу насамперед в умовах тривалих бойових дій та масових втрат.

Професійна діяльність лікаря у воєнних умовах послідовно розгортається на етапах медичної евакуації, кожен з яких має чітко регламентований обсяг допомоги:

1) перша лікарська допомога – спрямована на усунення або зменшення наслідків поранень і захворювань, що безпосередньо загрожують життю, а також запобігання розвитку ускладнень і підготовку поранених до подальшої евакуації;

2) кваліфікована медична допомога, спрямована на усунення загрозливих для життя наслідків поранень та уражень, запобігання розвитку ускладнень та підготовку поранених до подальшої евакуації;

3) спеціалізована медична допомога – найвищий рівень медичного забезпечення у бойових умовах, який надають у лікувальних закладах госпітальних баз, що передбачає залучення висококваліфікованих фахівців та застосування спеціалізованого обладнання [33, с. 54–71, 112–145, 149–151].

Умови роботи суттєво варіюють залежно від етапу надання медичної допомоги. Діяльність у тилкових лікувальних закладах відрізняється від роботи на стабілізаційних пунктах та безпосередньо на передовій і за рівнем матеріально-технічного забезпечення, і за психологічним та професійним навантаженням (табл. 1.1) [41].

Таблиця 1.1 – Порівняльна характеристика умов, змісту діяльності і професійних вимог до військових лікарів на різних етапах медичного забезпечення в умовах бойових дій

| Критерій                          | Військово-медичний клінічний центр                               | Військовий мобільний госпіталь        | Передове хірургічне відділення або група, стабілізаційний пункт | Зона бойового зіткнення                  |
|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| Умови діяльності                  | Стаціонарні, контрольовані, наближені до цивільної медицини      | Відносно стабільні тиллові            | Напівпольові, мобільні                                          | Екстремальні, нестабільні                |
| Матеріально-технічне забезпечення | Високий рівень, сучасне обладнання                               | Середній або високий                  | Обмежене                                                        | Мінімальне                               |
| Основні завдання                  | Спеціалізована медична допомога, планове лікування, реабілітація | Спеціалізована допомога, стабілізація | Ургентна допомога, стабілізація та сортування                   | Домедична допомога, евакуація під вогнем |

Продовження табл. 1.1

|                           |                                       |                                        |                                                                 |                                                   |
|---------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Критерій                  | Військово-медичний клінічний центр    | Військовий мобільний госпіталь         | Передове хірургічне відділення або група, стабілізаційний пункт | Зона бойового зіткнення                           |
| Обсяг і специфіка роботи  | Переважно планова, прогнозована       | Інтенсивна через потік поранених       | Висока динаміка, дефіцит часу                                   | Надзвичайна інтенсивність, високий ризик          |
| Психологічне навантаження | Високе, але передбачуване             | Високе, пов'язане з масовістю поранень | Дуже високе, робота в напружених умовах                         | Максимальне, екстремальні ситуації                |
| Рівень загрози            | Мінімальний                           | Невисокий, потенційна небезпека        | Підвищений                                                      | Максимальний                                      |
| Ключові компетентності    | Високоспеціалізовані клінічні навички | Оперативна допомога, командна робота   | Тактична медицина, швидке ухвалення рішень                      | Надзвичайна стресостійкість, виживання, евакуація |

Медична служба Збройних Сил України функціонує в умовах підвищеної динаміки подій та непередбачуваності. Основними чинниками, що визначають специфіку та ускладнюють діяльність військового лікаря, є:

1) фактор раптовості та непередбачуваності початку бойових дій – військові лікарі змушені діяти в умовах раптового виникнення масових втрат, часто – за відсутності повного забезпечення та часу на розгортання системи допомоги. Це потребує від них високого рівня професійної готовності, самостійності у прийнятті рішень та вміння працювати в умовах невизначеності;

2) масовість та нерівномірність санітарних втрат, які можуть виникати одночасно на різних напрямках, що потребує гнучкого розподілу ресурсів, оперативної евакуації та координації з іншими службами. Водночас одномоментне надходження великої кількості поранених значно підвищує психоемоційне навантаження на лікарів;

3) застосування новітніх засобів ураження: використання високоточної зброї, артилерії великого калібру та ударних безпілотних літальних апаратів зумовлює домінування політрам, комбінованих та акубаротравм. За

наявними статистичними даними, середньодобові санітарні втрати в інтенсивних операціях можуть становити 0,8–3,4 % від загального складу, що радикально збільшує навантаження на госпітальні ланки;

4) складні похідно-бойові та кліматичні умови – постійна зміна обстановки, загроза обстрілів, обмеженість у засобах та складні природні умови значно ускладнюють виконання професійних завдань. Військові лікарі працюють у ситуаціях, де безпека їх самих часто не гарантована, що посилює рівень стресу та потребує розвитку адаптивних механізмів;

5) загроза інфекційних захворювань – висока щільність військ, міграційні процеси, погіршення санітарних умов та потенційне використання біологічної зброї підвищують важливість епідеміологічного контролю як частини професійної діяльності лікаря;

6) специфіка бойових травм, що характеризуються особливою тяжкістю, високою частотою шоків станів та ускладнень. Як зазначав класик воєнно-польової хірургії М. І. Пирогов: «Травма уражає не лише тіло, а й душу пораненого». Це потребує від військових лікарів не лише клінічної компетентності, а й психологічної готовності надавати допомогу в умовах високого морального та емоційного напруження;

7) ризик ураження медичних підрозділів. Військові лікарі часто працюють у прифронтових зонах або під загрозою обстрілів, що зумовлює потребу в особливих навичках самозбереження, взаємодії з іншими службами та збереження професійної ефективності в умовах постійної небезпеки.

У межах наукового аналізу всі деструктивні чинники, що ускладнюють професійну діяльність військового лікаря, доцільно диференціювати за кількома взаємопов'язаними вимірами:

1) операційно-бойовий (загроза життю, нестабільність ситуації, ризик контузій);

2) клініко-професійний (потік політравм, дефіцит часу на діагностику, сортування);

- 3) організаційно-ресурсний (ліміт медикаментів/обладнання, логістичні збої);
- 4) соціально-психологічний (взаємодія з пацієнтами в стані афекту, депривація сну);
- 5) морально-етичний (ситуації тріажу (сортування), етичні дилеми вибору).

Додатковим чинником, що ускладнює діяльність, є обмеженість ресурсного забезпечення. Досвід воєнних дій в Україні засвідчує, що медичні працівники нерідко змушені надавати допомогу за умов недостатнього забезпечення обладнанням і медикаментами, перевантаженості та дефіциту персоналу. Водночас забезпечення ефективного супроводу бойових дій неможливе без тісної координації з іншими структурами – тиловими службами, інженерними та хімічними підрозділами, системою цивільної охорони здоров'я, ДСНС та іншими силовими відомствами [33, с. 54–71, 112–145, 149–151].

Окремим аспектом є поєднання клінічних функцій з управлінськими. Професійна діяльність військового лікаря передбачає не лише здатність організовувати та безпосередньо надавати медичну допомогу відповідно до конкретних умов бойової обстановки, наявного устаткування та рівня медичного забезпечення, а й володіння розвиненими управлінськими навичками. Зокрема, від військового лікаря очікується готовність ефективно керувати підрозділами медичної служби, координувати роботу медичних частин і закладів, а також забезпечувати належну організацію лікувально-евакуаційних заходів. Він поєднує функції клінічного фахівця та військовослужбовця, що вимагає високої професійної підготовки, психологічної стійкості, здатності до саморегуляції та ефективної командної взаємодії.

У межах авторського інтерв'ю, проведеного з медичним персоналом, який виконує завдання з медичного забезпечення в районі бойових дій та

залучений до складу угруповання сил і засобів, було виокремлено низку стресогенних чинників, що істотно впливають на психічне здоров'я:

- 1) підвищений рівень відповідальності за життя і здоров'я пацієнтів;
- 2) емоційна напруга, зумовлена необхідністю ухвалення складних рішень у критичних умовах;
- 3) психологічний тиск, пов'язаний із постійною загрозою для власного життя та життя підлеглих;
- 4) емпатійне співпереживання стану пацієнтів;
- 5) фактор невизначеності ситуаційної динаміки [38].

Сукупність зазначених чинників формує надзвичайно напружене професійне середовище, у якому лікарю доводиться працювати на межі фізичних і психічних можливостей. Високий рівень відповідальності за життя інших, постійна загроза власній безпеці, моральні дилеми, дефіцит ресурсів та часові обмеження зумовлюють підвищені вимоги до психологічної стійкості, емоційної регуляції та здатності до ефективного прийняття рішень у кризових ситуаціях.

Дослідження, проведені серед військових медиків армії США, показали, що необхідність працювати поблизу зони бойових дій зумовлює високий ризик травматизації та контузій. Саме військові лікарі частіше за інші категорії військовослужбовців стикаються з феноменом «вторинної травматизації», коли постійний контакт із травмованими й пораненими провокує розвиток симптомів посттравматичного стресового розладу [74, с. 928–929].

З позицій сучасної психологічної науки професійну діяльність військових лікарів у воєнних умовах супроводжує висока ймовірність розвитку емоційного вигорання. Результати досліджень показують, що військові медики в умовах війни зазнають інтенсивного стресового навантаження, яке істотно позначається на їхній працездатності, якості ухвалення професійних рішень та рівні суб'єктивного благополуччя [101,

с. 495–497]. У військових медиків виділяють кілька взаємопов'язаних деструктивних феноменів [34, с. 54–86]:

1) вторинна травматизація – виникає у лікарів, які безпосередньо не зазнавали бойових травм, проте переживають стресові реакції через спостереження за стражданнями поранених або опосередковане переживання їхніх травматичних історій. Це може призводити до розвитку симптомів ПТСР, депресії та тривожних розладів;

2) моральна травма – виникає в разі внутрішнього конфлікту, пов'язаного з діями або бездіяльністю, що суперечать особистим моральним переконанням. У військових хірургів моральна травма проявляється як почуття провини або сорому через необхідність ухвалення складних етичних рішень, зокрема щодо ампутацій або визначення пріоритетності надання медичної допомоги в умовах обмежених ресурсів (сортування);

3) емоційне вигорання – наслідок тривалого впливу вторинної та моральної травматизації, що характеризується виснаженням емоційних ресурсів, зниженням мотивації, емоційною відчуженістю від пацієнтів та зниженням якості надання медичної допомоги;

4) когнітивна втома – пов'язана з надмірним навантаженням на увагу, пам'ять та процеси ухвалення рішень, що підвищує ймовірність помилок у діагностиці й лікуванні, а також збільшує ризик травм.

У військового лікаря травматичний досвід може порушувати базові уявлення про безпечність, справедливість і контрольованість світу. Це поглиблює ризики дезадаптації та зумовлює потребу у відновленні цілісної системи життєвих смислів [112].

Військові лікарі перебувають у ситуації подвійного навантаження:

1) зовнішнього, зумовленого бойовою обстановкою, ризиком для життя, складністю медичних випадків;

2) внутрішнього, пов'язаного з відповідальністю, етичними дилемами, спостереженням тяжких поранень, смертей товаришів по службі, а іноді –

необхідністю ухвалювати рішення про розподіл допомоги при дефіциті ресурсів.

Наслідком таких навантажень можуть бути прояви гострого стресу, емоційного виснаження, синдрому професійного вигорання, вторинної травматизації, в окремих випадках – розвиток посттравматичних розладів. З огляду на це важливим елементом професійної діяльності лікаря в умовах війни є здатність підтримувати власну психологічну стійкість, використовувати адаптивні стратегії подолання та ефективну командну взаємодію [80; 122; 127].

У подібних обставинах сформована резильєнтність постає провідним психологічним ресурсом, що забезпечує здатність лікарів адаптуватися до екстремальних обставин і підтримувати ефективність професійної діяльності [101, с. 495–497].

У науковій літературі поняття «резильєнтність» не має уніфікованого та загальновизнаного визначення, що ускладнює його теоретичне осмислення та практичне застосування. Систематичний огляд Г. Абєрн та співавторів (G. Aburn et al.) дав змогу виокремити п'ять ключових характеристик цього конструкту: піднесення над негараздами, адаптація та пристосування, динамічний процес, звичайна магія та взаємозв'язок із психічними розладами як маркером резильєнтності [71, с. 980–981].

Основою резильєнтності є поєднання вроджених та набутих характеристик особистості. До вроджених характеристик належать оптимізм, позитивне ставлення до подій, здатність до емоційної саморегуляції та сприйняття труднощів як джерела досвіду [156, с. 1161–1163]. До набутих характеристик відносять особливості соціального оточення, наявність підтримки та рівень інтегрованості особистості у професійне середовище [143, с. 304–305]. Дискусія щодо домінування внутрішніх чи зовнішніх детермінант резильєнтності триває й дотепер [115, с. 273–274].

У контексті діяльності фахівців медичної сфери резильєнтність розглядають як критично важливу якість, що визначає здатність лікарів

ефективно функціонувати в умовах високого професійного стресу та клінічної невизначеності. Дослідження С. Гарбаріно (S. Garbarino), П. Лантері (P. Lanteri), П. Дурандо (P. Durando) та інших підтверджують роль особистісних характеристик, зокрема оптимізму й емоційної стабільності, у підвищенні стійкості до професійних стресорів [86]. Так, Д. Ілі (D. Eley) встановила, що резильєнтність позитивно пов'язана з наполегливістю, цілеспрямованістю і кооперативністю – якостями, які визначають здатність лікаря ефективно діяти під тиском зовнішніх обставин [154].

Дослідження Е. Ваддімби (A. Waddimba), Дж. Кука (G. Cooke) та співавторів показали, що вищий рівень резильєнтності у лікарів і медичних працівників середньої ланки пов'язаний із більшою толерантністю до клінічної невизначеності. Це особливо актуально для військових медиків, які змушені ухвалювати рішення в умовах нестачі інформації, обмеженості ресурсів і бойового ризику [88, с. 1–2; 130, с. 1706–1708]. Додатково виявлено, що соціальна підтримка колег і відчуття належності до команди є основними предикторами високої резильєнтності. Лікарі, які працювали у більших колективах, мали вищі показники стійкості, ніж ті, хто діяв в умовах ізоляції [136].

Колегіальна взаємодія в бойових умовах виконує функцію психологічного буфера. Результати дослідження Ю. Цвака (J. Zwack) та Й. Швайцера (J. Schweitzer) підтверджують, що соціальна взаємодія з колегами, професійний обмін досвідом і підтримка досвідчених фахівців є важливими ресурсами підтримання резильєнтності [166, с. 382–385]. Важливими чинниками виявилися сімейні зв'язки та близьке соціальне оточення [110, с. 428–430; 111, с. 332–333].

Важливу роль у розвитку резильєнтності відіграють також позапрофесійні ресурси – фізична активність, хобі та інші види дозвілля. Як показали Дж. К. Перес (G. K. Perez) та Ю. Цвак (J. Zwack), саме ці чинники можуть бути профілактичними механізмами запобігання професійному вигоранню медичних працівників [133; 166]. Окрему групу становлять

організаційні чинники: рівень робочого навантаження, ступінь автономії в ухваленні рішень, можливості кар'єрного розвитку та ефективність командної роботи [94; 148].

Релевантною для військової медицини є концепція вікарної резильєнтності (*vicarious resilience*), запропонована П. Ернандес (P. Hernández), Д. Гангсеєм (D. Gangsei) та Д. Енгстромом (D. Engstrom) [104]. Спостереження за тим, як поранені військовослужбовці долають травму й адаптуються до нових умов життя, може бути джерелом внутрішньої сили для військового лікаря. Водночас, як наголошують, Е. Бренон (E. Brennan) та колеги, розвиток резильєнтності потребує системної підтримки з боку інституцій: адекватних умов роботи, психологічного супроводу, зменшення адміністративного тиску [62; 79].

Проблематику психологічної стійкості, професійного стресу, емоційного вигорання, саморегуляції та відновлення фахівців в екстремальних умовах відображено у працях вітчизняних дослідників. Зокрема, В. Стасюк розглядає формування психологічної стійкості військовослужбовців у період підготовки до виконання бойових завдань, а також питання відновлення та реабілітації в умовах збройного конфлікту [53; 55]. Психологічні умови розвитку стресостійкості, саморегуляцію, фрустраційну толерантність, емоційну стабільність та нервово-психічну стійкість військовослужбовців аналізують О. Сафін та співавтори [29; 51; 52; 134]. У працях С. Миронця та співавторів висвітлено проблематику професійного стресу, емоційної регуляції, копінг-поведінки та вигорання [28; 90; 109; 153]. Праці М. Фомича та співавторів доповнюють цей напрям аналізом психічного здоров'я, травматичного досвіду, функціонального стану та психологічних ресурсів фахівців екстремального профілю [6; 44; 98; 99].

Вивчення психоемоційного стану військових медичних працівників у період бойових дій у зарубіжній та вітчизняній науковій літературі представлено обмежено, оскільки більшість досліджень зосереджена на

психологічних проблемах військовослужбовців лінійних підрозділів, медичного середнього персоналу та цивільного населення. Психоемоційний стан військових лікарів та особливості розвитку їхньої резильєнтності досліджені недостатньо. Водночас наявні праці створюють теоретичне підґрунтя для подальшого аналізу професійної діяльності військового лікаря як специфічного виду діяльності, що поєднує медичний, військовий, організаційний, морально-етичний і психологічний виміри [28; 44; 52; 53; 55; 98; 109; 134].

Таким чином, резильєнтність військового лікаря є інтегральним, багатокомпонентним конструктом, у якому поєднані особистісні, соціальні та організаційні ресурси, забезпечуючи гнучку адаптацію до екстремальних умов професійної діяльності. Резильєнтність виконує захисну, стабілізаційну та адаптаційну функції:

- 1) знижує вплив бойового стресу;
- 2) підтримує психічне здоров'я;
- 3) сприяє саморозвитку і професійній ефективності;
- 4) зміцнює командну згуртованість і підтримує належний морально-психологічний стан особового складу.

На відміну від цивільної медичної практики, діяльність військового лікаря у воєнний час відбувається в динамічному, часто непередбачуваному середовищі, що потребує високого рівня професійної компетентності, психологічної готовності, емоційної стабільності, здатності до саморегуляції, адаптивності і злагодженої командної взаємодії. Військовий лікар не лише надає невідкладну медичну допомогу, стабілізує стан поранених і готує їх до подальшої евакуації, а й підтримує функціональну спроможність особового складу.

На основі аналізу змісту професійної діяльності військових лікарів в умовах війни виокремлено психологічні чинники, що визначають ефективність їхнього професійного функціонування: здатність до швидкого ухвалення рішень, емоційну врівноваженість, стресостійкість, навички

саморегуляції, адаптивність, професійну ідентичність, мотиваційну стійкість і здатність до психологічного відновлення.

Професійна діяльність військового лікаря в умовах війни характеризується високим рівнем складності, невизначеності та відповідальності. Вона здійснюється під впливом бойових, професійних, морально-етичних і психоемоційних навантажень, що зумовлює підвищені вимоги до психологічної стійкості, професійної компетентності, емоційної саморегуляції та здатності до відновлення після стресу. Військовий лікар змушений діяти за умов дефіциту часу, обмеженості ресурсів, безпосередньої або потенційної загрози життю, високої відповідальності за поранених і необхідності прийняття швидких рішень у критичних ситуаціях.

У таких умовах особливого значення набуває здатність військового лікаря підтримувати ефективність клінічних, організаційно-управлінських і лікувально-евакуаційних дій, зберігати професійну працездатність, адаптивно реагувати на стресові й травмуючі обставини, мобілізувати внутрішні та зовнішні ресурси, підтримувати командну взаємодію та зберігати професійну ідентичність. Ці характеристики мають значення не лише для індивідуального психологічного благополуччя лікаря, а й для забезпечення безперервності та ефективності системи військово-медичного забезпечення.

Актуальність вивчення резильєнтності військових лікарів зумовлена тим, що їхня професійна діяльність безпосередньо пов'язана із збереженням життя і здоров'я військовослужбовців та цивільних осіб, підтриманням бойової стійкості підрозділів та функціональної спроможності медичної служби в умовах війни.

Військовий лікар є не лише суб'єктом надання медичної допомоги, а й важливою ланкою лікувально-евакуаційного процесу, організації медичного забезпечення та психологічної підтримки особового складу. Тому його здатність зберігати професійну ефективність в екстремальних умовах має як індивідуальне, так і системне значення.

Попри наявність значної кількості зарубіжних досліджень, присвячених професійному стресу, емоційному вигоранню, вторинній травматизації та резильєнтності медичних працівників, питання резильєнтності військових лікарів в українському воєнному контексті залишається недостатньо розробленим. Особливої наукової уваги потребує виявлення психологічних чинників, які забезпечують підтримання їхньої професійної ефективності, психічного здоров'я, мотиваційної стійкості, емоційної саморегуляції, здатності до відновлення після впливу бойових і професійних стресорів, а також можливість посттравматичного зростання. Це актуалізує необхідність подальшого емпіричного дослідження структурних компонентів резильєнтності військового лікаря, механізмів її розвитку та шляхів психологічної підтримки.

Отже, професійна діяльність військових лікарів в умовах війни є складним багатовимірним процесом, що інтегрує клінічну роботу, організаційно-управлінські дії, лікувально-евакуаційні заходи та психологічну готовність до функціонування в екстремальних умовах. Її ефективність безпосередньо позначається на збереженні життя і здоров'я, підтриманні бойової стійкості підрозділів та стабільності системи військово-медичного забезпечення.

Узагальнення теоретичних положень щодо специфіки професійної діяльності військових лікарів в умовах війни дає підстави сформулювати авторське визначення досліджуваного поняття: «резильєнтність військового лікаря» – це інтегральна професійно-психологічна здатність військово-медичного фахівця підтримувати психічну саморегуляцію, клінічну виваженість, професійну працездатність і якість надання медичної допомоги в умовах стресу, дефіциту часу, інформаційної невизначеності, морально-етичних дилем і відповідальності за життя пацієнта, забезпечувати адаптивне професійне функціонування під впливом екстремальних або травмувальних чинників, зберігати цілісність професійної ідентичності лікаря-офіцера,

відновлювати особистісні та професійні ресурси після несприятливих подій та виявляти посттравматичне зростання.

### **1.3. Психологічні чинники і шляхи розвитку резильєнтності військових лікарів**

Вивчення психологічних аспектів професійної діяльності військових лікарів показало, що у процесі служби, особливо в умовах війни, їм доводиться стикатися з комплексом серйозних психологічних викликів, які істотно впливають на емоційний стан, психічне здоров'я та загальне функціонування особистості. Найчастіше це проявляється у формі психологічних травм, хронічного стресу, відчуття ізоляції та самотності, порушень сну, кризових переживань ідентичності, труднощів у соціальних взаєминах, депресивних і тривожних розладів. Для військових медиків ці проблеми ускладнюються додатковим тягарем професійної відповідальності за життя поранених, необхідністю ухвалювати швидкі рішення в умовах дефіциту часу та ресурсів, а також складністю вирішуваних морально-етичних дилем.

У цьому екстремальному контексті резильєнтність є ключовою внутрішньою опорою військового лікаря. Вона не лише забезпечує його адаптацію до надзвичайних умов військової служби, але й дає змогу ефективно долати стресові навантаження, зберігаючи внутрішню цілісність і професійну надійність. Така здатність сприяє повноцінному відновленню медика після перенесення психотравмувальних подій без тривалого негативного впливу на його духовне, моральне, соціальне, психічне та фізичне здоров'я, діючи як потужний захисний щит від розвитку професійного вигорання та посттравматичних стресових розладів.

Сучасна психологічна наука дозволяє розглянути конструкт резильєнтності військового лікаря у трьох взаємопов'язаних площинах – як

індивідуально-психологічну рису особистості, динамічний процес та адаптаційно-захисний механізм [8].

Розглядаючи резильєнтність як інтегральну характеристику особистості військового лікаря, доцільно визначити її як складний, багатовимірний і динамічний психологічний конструкт, що забезпечує збереження відносно стабільного рівня психологічного й фізичного функціонування за умов впливу стресових, несприятливих або потенційно травматичних подій. Її зміст розкривається через підтримання внутрішньої рівноваги, збереження позитивного емоційного потенціалу, осмислення власного досвіду та його подальшу інтеграцію в особистісний і професійний розвиток [148; 164].

Резильєнтні особистості характеризуються готовністю сприймати стресові ситуації не лише як загрозу, а й як можливість для переосмислення досвіду, зміцнення внутрішніх ресурсів і формування нових способів реагування [89]. Для них властиві відчуття життєвого сенсу, емоційна стабільність, продуктивність, автономність, адекватне самосприйняття і реалістичне бачення соціального середовища. Важливими ознаками резильєнтної особистості є міжособистісна компетентність, здатність до підтримувальних і взаємоповажних стосунків, самопізнання, саморегуляція та конструктивне вираження емоцій.

Як персональна характеристика резильєнтність модерує або пом'якшує негативні наслідки стресу і сприяє адаптації. Концептуалізуючи цей психологічний конструкт, Д. Геллерстайн (D. Hellerstein) виокремив дві його базові складові, які є фундаментальними для представників військово-медичної служби:

1. фізична резильєнтність – як первинний показник загальної стресостійкості та високої толерантності організму до перевантажень (депривація сну, робота в польових умовах);

2. психологічна резильєнтність – що містить у собі побудову та підтримку надійних соціальних зв'язків у військовому колективі, готовність

спиратися на соціальну підтримку, здатність до віднайдення вищих смислів у трагічних подіях війни, а також безперервне підвищення професійного рівня й опанування психотехнологій саморегуляції.

На думку дослідника, резильєнтні люди мають три характеристики: стійке прийняття реальності як такої; глибоку, підкріплену міцними цінностями, віру в те, що життя має сенс; надзвичайну здатність імпровізувати.

Науковець розглядає резильєнтність як багатокомпонентне утворення, що охоплює оптимізм, альтруїзм, моральність, віру й духовність, почуття гумору, наявність прикладу для наслідування, соціальну підтримку, готовність протистояти страху, усвідомлення сенсу й мети життя, а також освіту як ресурс особистісного розвитку. Саме поєднання цих компонентів сприяє ефективнішому подоланню стресових ситуацій, швидшому відновленню після втрат і криз, збереженню внутрішньої стійкості та здатності до подальшого розвитку. При цьому резильєнтність не є незмінною, а може цілеспрямовано формуватися й удосконалюватися [103].

У межах дослідження, враховуючи теоретичні здобутки Д. Геллерстайна та сучасні підходи до концептуалізації зазначеного конструкту, резильєнтність військових лікарів розглядається як складне інтегральне утворення, що проявляється у:

- 1) об'єктивному прийнятті суворої реальності війни як такої;
- 2) глибокій, підкріпленій військовою присягою та гуманістичними цінностями вірі в те, що їхня професійна місія має вищий сенс;
- 3) високій здатності до професійної імпровізації в екстремальних умовах службово-бойової діяльності.

Американський дослідник Г. Ширальді (G. Schiraldi), спираючись на практичний досвід і численні емпіричні дослідження, визначив психофізіологічний фундамент резильєнтності. Насамперед здоровий, оптимально функціонуючий мозок і фізичне здоров'я [43]. Мозок, що працює ефективно в умовах бойового стресу, здатен миттєво аналізувати клінічну

картину, приймати точні рішення й регулювати життєдіяльність усього організму. Для підтримки такого стану військовому лікарю необхідні системні звички (навіть в районі бойових дій, за можливості): регулярні доступні фізичні вправи, збалансоване харчування, дотримання режиму сну та якісного відпочинку під час ротацій, уникнення деструктивних шкідливих звичок. На цьому соматичному підґрунті базуються вищі психічні компоненти резильєнтності – уміння опановувати сильні негативні емоції, свідомо вдячність, реалістичний оптимізм і розвинене почуття гумору як засіб розрядки психоемоційного напруження.

Досліджуючи поведінкові індикатори стійкості, К. Черрі (K. Cherry) виділяє низку ознак, які безпосередньо корелюють із профілем успішного військового медика:

1) менталітет уцілілого (survivor mentality): військові лікарі сприймають себе не жертвами обставин чи свідками трагедій, а активними суб'єктами, які вижили та продовжують діяти задля порятунку інших, доки мета не буде досягнута;

2) ефективна емоційна регуляція: здатність керувати проявами бойового стресу, зокрема гнівом, страхом чи сумом, усвідомлювати їхню тимчасовість і не допускати їхнього дезорганізуючого впливу на когнітивні функції під час надання медичної допомоги згідно своїх функціональних обов'язків;

3) виражений внутрішній локус контролю: чітке переконання лікаря, що його професійні дії, майстерність та рішення безпосередньо впливають на перебіг лікування пацієнтів;

4) розвинені навички вирішення проблем: раціональний, холодний аналіз критичної ситуації, швидке визначення пріоритетів та оперативне ухвалення оптимальних клінічних, організаційних і евакуаційних рішень;

5) співчуття до себе (self-compassion): конструктивне ставлення до власних помилок чи неминучих професійних втрат, уникаючи саморуйнівної аутоагресії;

б) опора на соціальну підтримку: усвідомлення цінності взаємопідтримки та командної згуртованості, а також готовність своєчасно звертатися по допомогу до колег, командування чи психологів підрозділу [84].

Загалом, інтеграція когнітивних, регулятивних та соціально-поведінкових характеристик дозволяє розглядати резильєнтність як вищу форму професійної зрілості, яка забезпечує трансформацію травматичного досвіду в потужний ресурс особистісно-професійного розвитку [114].

Переходячи від статичного опису рис до процесуального підходу, слід підкреслити, що в умовах війни резильєнтність військового лікаря розгортається як динамічний процес активного подолання наслідків травматизації. За визначенням Г. Лазоса, цей процес є послідовною трикомпонентною взаємодією: контакт особистості з несприятливими подіями або факторами ризику; активацію захисних чинників та їх взаємодію з чинниками вразливості; формування адаптивної резильєнтності або, за несприятливих умов, перехід до патологічного реагування психіки [20, с. 35].

У такому динамічному вимірі резильєнтність постає не просто станом, а безперервним процесом психологічного відновлення особистості в умовах тривалого виснаження чи хронічної загрози для життя [137]. Резильєнтність забезпечує здатність особистості навчатися на складному досвіді, трансформувати власні способи реагування, зміцнювати внутрішні ресурси та підтримувати психічне благополуччя попри негативні події чи життєві зміни [1]. Важливу роль у цьому процесі відіграють умови життєдіяльності й соціальне середовище, які можуть як сприяти розвитку резильєнтності, так і посилювати ризики дезадаптації.

Теоретичний аналіз фундаментальних праць Дж. Річардсона (G. Richardson), А. Мастен (A. Masten) та Г. Лазоса дав змогу виокремити внутрішні і зовнішні чинники резильєнтності, а також конкретні її переваги. Це стосується станів особистості і результатів діяльності, яких досягають завдяки високому рівню резильєнтності.

До чинників, що визначають високий рівень резильєнтності, належать: ефективна підтримка, наявність близьких і стабільних відносин, розвиток інтелекту і навичок вирішення проблем, соціальна підтримка, самоефективність, оптимізм, саморегуляція, самоконтроль, здатність до планування діяльності, мотивація досягнення успіху, активні копінг-стратегії для вирішення проблем, адекватна самооцінка, життєстійкість, позитивний настрій, віра, надія, сенс життя, ефективність у відносинах із колегами.

Резильєнтність є особистісною властивістю, що визначає спроможність людини долати стрес, протистояти впливу психотравмуючих чинників і адаптуватися після стресових ситуацій, виконуючи функцію копінгово-захисного механізму. Перевагами розвитку резильєнтності є адаптованість до змінюваних умов життя, стійкість до стресу, психологічне благополуччя та успішність в основній діяльності [20; 21; 120; 139].

Водночас, аналіз сучасних наукових підходів дозволяє розглядати резильєнтність як динамічне утворення, розвиток якого є комплексним процесом, зумовленим взаємодією внутрішніх особистісних ресурсів та зовнішніх соціально-середовищних обставин. Концептуалізація зазначеного конструкту засвідчує відсутність універсального способу реагування на психотравмуючий досвід, оскільки за подібних екстремальних умов особистості можуть демонструвати різний рівень психологічної дезадаптації або збереження психічної рівноваги [107]. У контексті професійної діяльності фахівців екстремального профілю гнучкість, адаптивність та наполегливість виступають важливими чинниками мобілізації внутрішньої стійкості через цілеспрямовану трансформацію когнітивної та поведінкової сфер. Поведінковий складник розвитку резильєнтності передбачає перехід від стратегій уникнення до активного розв'язання проблемних ситуацій [85; 125; 150].

У межах дослідження зазначене набуває особливої уваги, оскільки професійне середовище військового лікаря характеризується хронічним дефіцитом часу та екстремальністю умов (робота на етапах евакуації,

стабілізаційних пунктах). Відтак, трансформація поведінкових патернів від уникнення до проактивного копіngu стає базовою умовою збереження професійного та психічного здоров'я.

Систематизація наукових поглядів дозволяє диференціювати ключові чинники та механізми детермінації резильєнтності за п'ятьма базовими вимірами психічної діяльності фахівця: ціннісно-смысловим, когнітивним, регулятивно-поведінковим, оцінно-афективним та соціально-середовищним.

Ціннісно-смысловий вимір визначає основою формування резильєнтності наявність чіткої життєвої мети та почуття узгодженості. На думку А. Суда (A. Sood) та співавторів, наявність життєвої мети є фундаментальним психологічним ресурсом, актуалізація якого потребує усвідомлення її переваг, ідентифікації релевантних джерел цілепокладання (професійна діяльність, інтерперсональна взаємодія) та ієрархізації провідних цінностей і пріоритетів [149]. Екстраполюючи ці положення на діяльність військово-медичного персоналу, вважаємо, що «вища мета» трансформується у професійну місію – порятунок життя комбатантів та виступає потужним смыслом, який знижує ризик розвитку синдрому професійного вигорання.

Спрямованість на пошук внутрішньої закономірності, мети та сенсу життя як базового механізму розвитку резильєнтності також виокремлюють О. Хамініч [59, с. 160–165] та Ш. Хешмат (Sh. Heshmat), причому останній доводить, що прагнення до значущої мети безпосередньо пов'язане зі здатністю діяти всупереч страху та трансформувати страждання у провідник особистісного зростання. У своїх працях Ш. Хешмат визначає вісім основних чинників, що впливають на резильєнтність: прагнення досягнути значущої мети, здатність ставити під сумнів припущення, когнітивна гнучкість, зростання через страждання, вміння діяти всупереч страху, регуляція емоцій, усвідомлення власної відповідальності за дії, соціальна підтримка [105].

Розвиваючи цей вимір, А. Тан (A. Tan) та співавтори репрезентують почуття узгодженості через тріаду компонентів: зрозумілість, осмысленість та керованість. Розвиток почуття узгодженості передбачає стимулювання

рефлексії індивідуальних переконань, емоційних станів, зовнішніх викликів та інтенсифікацію залучення наявних внутрішніх і зовнішніх ресурсів [70].

У межах концепції С. Мадді (S. Maddi) життестійкість визначається як одна з ключових складових резильєнтності, що репрезентується через включеність, контроль і сприйняття викликів. Розвиток життестійкості пов'язується із застосуванням процедур ситуаційної реконструкції, спрямованої на прогнозування наслідків стресу, та фокусування, що передбачає рефлексію тілесних відчуттів і змін емоційного стану [102; 118; 119].

З позицій військової психології, ситуаційна реконструкція у професійній діяльності військових медиків може розглядатися як дієвий спосіб зниження невизначеності, оскільки передбачає ментальне моделювання можливих критичних сценаріїв, зокрема під час масового надходження поранених, і підготовку до прийняття відповідальних рішень в умовах дефіциту часу й ресурсів.

Окреслена готовність до ухвалення рішень у критичних сценаріях бойової обстановки переводить вектор дослідження резильєнтності у площину індивідуальних когнітивних стратегій. Відтак, процес збереження психічного здоров'я в умовах тривалого психоемоційного напруження безпосередньо залежить від гнучкості мислення та опанування технік саморегуляції, що виступає основою для покращення психологічного супроводу фахівців. Когнітивна гнучкість, яка інтерпретується через здатність до позитивної переоцінки, прийняття негативних обставин та емоцій, детально проаналізована у працях А. Еліса (A. Ellis), Дж. Еббота (J. Abbott), М. Фарчі (M. Farchi), В. Сонгпатуна (W. Songprakun) та М. Стейнхарда (M. Steinhardt) [152; 92; 95; 144; 147]. Впровадження техніки «АВС» у практику психологічного супроводу військових лікарів дозволяє їм оперативню реструктурувати деструктивні думки (наприклад, почуття провини через неможливість урятувати пацієнта у термінальному стані) й переорієнтувати когнітивну оцінку події. Важливість активних копінг-

стратегій (планування, копінг розв'язання проблем) підкреслюють Дж. Беккі (J. Bekki) та О. Салер (O. Sahler) [91; 146]. Для військового лікаря чіткий алгоритм та стандартизовані плани дій виступають зовнішньою опорою, яка зменшує когнітивне навантаження під час ухвалення життєво важливих рішень.

Оптимізм та позитивний атрибутивний стиль, за визначенням К. Карвера (C. Carver) та Д. Садоу (D. Sadow), виступають предикторами формування конструктивних очікувань щодо майбутнього [83; 141]. Оптимізм діє як ресурс, який підвищує рівень надії, надає енергію та стійкість, зменшує ризик апатії та безнадійності, а також сприяє подоланню стресу в труднощах життя [106]. Віра у можливість індивідуального розвитку навичок знижує індекс стресогенності в умовах кризи [85].

Як справедливо зазначають О. Односталко, З. Кіреєва та Б. Бірон, резильєнтність та оптимізм є динамічними чинниками, які кристалізуються протягом усього професійного шляху та виступають потужними інструментами регенерації лікаря після важких втрат – психічних, соматичних, соціальних чи духовних [30; 31]. Оптимізм заряджає енергією та виступає антидотом проти розвитку військової апатії та вимушеної безпорадності [106].

Навпаки, виражений песимізм у військово-медичному середовищі різко знижує резильєнтність, запускаючи механізм «самоздійснюваного пророцтва», коли очікування невдачі веде до зниження концентрації, помилок під час операцій, падіння професійної самооцінки та тотального виснаження внутрішніх ресурсів [125]. Постійний стрес і фокусування на негативних перспективах мають руйнівний вплив на здоров'я: песимістичний погляд на ситуації знижує рівень резильєнтності, веде до ослаблення самооцінки, а також до виснаження особистісного потенціалу через постійні деструктивні переживання. Задля запобігання цьому військовий лікар має розвивати високу самосвідомість (розуміння меж власних можливостей), самоефективність та навички психофізіологічної саморегуляції.

Регулятивно-поведінковий вимір резильєнтності конкретизується у здатності особистості свідомо керувати власним психоемоційним станом, підтримувати внутрішню організованість і зберігати функціональність у стресових умовах. П. Дженнінгс (P. Jennings) та співавтори деталізують цей компонент через актуалізацію позитивних емоцій за допомогою тренінгів емоційної саморегуляції та технік розвитку усвідомленості (mindfulness) [108]. У зазначеному дискурсі теоретичні положення О. Яцини дають змогу інтерпретувати емоційну саморегуляцію як імманентний механізм стабілізації психічного стану, що забезпечує зниження психоемоційної напруги, підтримання позитивного афекту та мобілізацію вольових зусиль. Такий механізм нівелює деструктивний вплив хронічного стресу на життєдіяльність суб'єкта і виступає вагомим чинником збереження його психічного та соматичного здоров'я. Оскільки поведінкова активність людини значною мірою детермінується її внутрішньою мотивацією, саморегуляція передбачає також оптимізацію мотиваційної сфери, що гарантує архітектонічну узгодженість емоційних реакцій, вольових зусиль і цілеспрямованої поведінки [69].

Поведінковий вимір резильєнтності відображає здатність військового лікаря переходити від пасивного уникнення до проактивного, стандартизованого й послідовного реагування в екстремальних умовах. У діяльності на стабілізаційному пункті, передовому хірургічному відділенні/групі це проявляється в дотриманні офіційних алгоритмів тактичної медицини, передусім послідовності MARCH PAWS у межах Tactical Combat Casualty Care, що передбачає пріоритетне усунення загроз життю: контроль масивної кровотечі, забезпечення прохідності дихальних шляхів, оцінку дихання, кровообігу, профілактику гіпотермії та врахування черепно-мозкової травми, а також подальше знеболення, антибіотикопрофілактику, обробку ран і фіксацію місця перелому. Зазначена алгоритмізована модель дій мінімізує чинник когнітивної невизначеності, структурує професійну поведінку фахівця в умовах стресу та забезпечує

підтримання високої результативності й надійності надання медичної допомоги пораненим комбатантам

Однак ефективність регулятивних і поведінкових стратегій значною мірою залежить від того, наскільки особистість усвідомлює власний стан, адекватно оцінює свої можливості та вірить у здатність впливати на перебіг складних обставин. Саме тому наступним важливим аспектом аналізу є оцінно-афективний та ресурсний вимір резильєнтності, що розкриває роль емоційної динаміки, самосвідомості, самооцінки та самоефективності у підтриманні психологічної стійкості військового лікаря.

Афективний аспект цього виміру зумовлений екстремальними умовами професійної діяльності військового лікаря, що супроводжуються контактом із тяжкими травмами і людськими втратами, що може актуалізувати тривогу, виснаження, провину, безсилля, гнів або емоційну відстороненість. Тому здатність усвідомлювати й регулювати інтенсивні емоційні реакції є важливою умовою збереження внутрішньої рівноваги.

Оцінний аспект резильєнтності безпосередньо пов'язаний із рівнем розвитку професійної самосвідомості, стабільністю самооцінки та здатністю військового лікаря встановлювати психологічно здорові межі у професійній діяльності. Йдеться про усвідомлення того, що особистісна цінність і професійна компетентність фахівця не можуть повністю ототожнюватися з результатом кожного окремого клінічного випадку, особливо в умовах бойової обстановки, коли частина обставин об'єктивно перебуває поза межами його контролю. Прийняття незворотності окремих втрат, знижує ризик самозвинувачення та професійної дезадаптації. Важливого значення при цьому набувають рефлексія власного стану, усвідомлення тілесних і емоційних змін, а також здатність своєчасно вербалізувати актуальні переживання, що сприяє збереженню когнітивної ясності та організованості поведінки в умовах стресу.

У структурі оцінно-афективного виміру особливе місце посідає самоефективність, оскільки віра у власну здатність діяти результативно в

складних обставинах є однією з важливих передумов формування резильєнтності [125]. У контексті професійної діяльності військового лікаря самоєфективність ґрунтується на поєднанні фахової компетентності, клінічного досвіду, здатності до швидкого прийняття рішень і впевненості у власних діях у непередбачуваних ситуаціях бойової обстановки. Оптимальний рівень самоєфективності сприяє зниженню суб'єктивної стресогенності екстремального середовища, підтриманню професійної функціональності та збереженню психічного й соматичного здоров'я військово-медичного фахівця [57].

Водночас зазначені індивідуально-психологічні вміння не формуються і не реалізуються ізольовано від соціально-середовищного контексту, особливо в умовах військово-медичної діяльності, де здатність лікаря до відновлення значною мірою залежить від якості міжособистісної взаємодії, командної підтримки та організаційного середовища. Саме тому подальший аналіз доцільно спрямувати на соціально-середовищний та інтерперсональний вимір резильєнтності, передбачає також включеність особистості в систему соціальних зв'язків, здатність звертатися по допомогу, підтримувати взаємодію з оточенням і використовувати можливості середовища [155].

У цьому вимірі загальносоціальний рівень актуалізації резильєнтності узгоджується з підходом, запропонованим Американською психологічною асоціацією (АРА). Його зміст дає змогу виокремити два взаємопов'язані напрями посилення адаптаційного й регулятивного потенціалу фахівця.

Перший напрям можна визначити як внутрішньоособистісний, або когнітивно-регулятивний. Він пов'язаний зі зміною способу сприйняття кризових обставин через прийняття неминучості змін, відмову від трактування екстремальних подій як непереборних проблем і здатність розглядати складні ситуації в ширшій часовій та життєвій перспективі. Практична реалізація цього напрямку передбачає розвиток позитивного самосприйняття, підтримання обнадійливого погляду на майбутнє,

зосередження на конструктивних аспектах досвіду та використання практик усвідомленості.

Другий напрям має інтерперсональний, або соціально-середовищний, характер. Він орієнтований на формування надійних соціальних зв'язків, залучення допомоги, визначення доступних джерел підтримки та підтримання взаємодії з оточенням. У цьому контексті важливого значення набуває не лише готовність фахівця звертатися по допомогу у складних ситуаціях, а й його власна включеність у підтримувальну взаємодію, зокрема через допомогу іншим, співпрацю та постановку реалістичних цілей у межах професійного середовища.

Наведені підходи доцільно розглядати не як окремий перелік рекомендацій, а як практичне підтвердження багатовимірної природи резильєнтності, що охоплює ціннісно-сміслові орієнтири, когнітивне переосмислення складних подій, регулятивно-поведінкові способи самопідтримки, оцінно-афективне ставлення до себе й майбутнього, а також соціально-середовищні чинники підтримки.

Особливого значення в цьому контексті набуває соціально-середовищний вимір, оскільки саме підтримувальні стосунки, залучення допомоги, взаємодія з іншими та відчуття належності до значущої спільноти створюють зовнішні умови для збереження психологічної рівноваги й конструктивного подолання стресових і кризових обставин [81; 93].

У межах соціально-середовищного виміру особливого значення набуває соціальна підтримка, на ролі якої наголошують М. Кент (M. Kent) та А. Суд (A. Sood) [113; 149]. Соціальне оточення виступає не лише зовнішньою умовою адаптації, а й важливим чинником формування внутрішньої стійкості особистості, оскільки забезпечує відчуття прийняття, належності та захищеності. У цьому контексті О. Хамініч відносить соціальне оточення та беззастережне визнання особистості до первинних механізмів формування стійкості й пропонує п'ятикомпонентну онтогенетичну структуру, що охоплює: 1) соціальне оточення; 2) здатність

знаходити внутрішню закономірність, мету і сенс життя; 3) набуття різних специфічних навичок та умінь; 4) почуття власної гідності; 5) почуття гумору [59, с. 160–165].

Зміст цієї структури свідчить, що соціально-середовищні чинники резильєнтності тісно пов'язані з ціннісно-смысловими та особистісними механізмами її становлення. Прийняття з боку значущого оточення створює передумови для формування почуття власної гідності, здатності до осмислення життєвого досвіду та збереження психологічної рівноваги у складних обставинах. У цьому ж контексті А. Суд (A. Sood) та співавтори окремо виокремлюють релігійність і духовність, розглядаючи релігійні копінг-стратегії, зокрема молитву, а також духовні практики – медитацію та йогу – як адаптивні засоби підтримання стійкості особистості [149].

Специфіка розвитку резильєнтності в екстремальних умовах діяльності визначається наявністю референтних інтерперсональних зв'язків, які забезпечують емоційну підтримку і спільний пошук рішень, а також наявністю успішно інтегрованого минулого психотравмувального досвіду, що трансформується у внутрішній ресурс впевненості. Ефективними інструментами в даному контексті виступають засоби когнітивно-поведінкової терапії (модифікація деструктивних когніцій) та психотехніки саморегуляції (медитативні та дихальні практики) [46]. Для військового медика особливу роль відіграє специфічна «горизонтальна» підтримка – почуття професійного братерства та згуртованості медичної команди, що безпосередньо впливає на надійність діяльності всього підрозділу.

Теоретично обґрунтована структуризація знаходить своє відображення у прикладних класифікаціях, що дозволяють диференціювати компоненти резильєнтності особистості в екстремальних умовах. Спираючись на узагальнені емпіричні дослідження, можна виділити 17 диференційованих чинників розвитку резильєнтності, адаптованих до реалій життєдіяльності військових лікарів [8; 9; 129]:

1) позитивний копінг: спрямування вольових зусиль на розв'язання конкретних медико-тактичних та інтерперсональних проблем, мінімізація деструктивних конфліктів у підрозділі, використання прагматичного та духовного підходів до подолання криз;

2) позитивні прагнення: підтримання внутрішнього професійного ентузіазму, збереження почуття гумору в стресових ситуаціях як засобу психологічного захисту, гнучке ставлення до раптових змін бойової обстановки;

3) позитивне мислення: раціональне переформатування інформації, когнітивний рефреймінг бойових невдач, психологічна готовність до найгірших сценаріїв із фокусом на позитивний результат;

4) реалізм: тверезе оцінювання тактичної та клінічної ситуації, наявність адекватних очікувань від себе, чітке прийняття обставин, які об'єктивно перебувають поза межами контролю лікаря (наприклад, незворотність травм пацієнта);

5) контроль за поведінкою: безперервний моніторинг та корекція власних афективних реакцій на полі бою задля досягнення професійної мети (самоуправління в кризі);

6) фізична підготовка: підтримання високого рівня соматичної витривалості та працездатності, необхідних для багатогодинних хірургічних та евакуаційних сесій;

7) альтруїзм: щира, підкріплена клятвою лікаря безкорислива турбота про побратимів, що дає глибоке моральне задоволення та сенс життєдіяльності;

8) чинники сімейного рівня: збереження міцних емоційних зв'язків із родиною в тилу, використання дистанційного спілкування як ресурсу емоційного підживлення;

9) комунікація: конструктивний, чіткий обмін інформацією в команді під час виконання бойових завдань, уміння управляти інтерперсональними відносинами в умовах стресу;

10) підтримка: чітке усвідомлення доступності та надійності тілової та внутрішньосистемної підтримки (емоційної, матеріально-технічної, інформаційної);

11) близькість: наявність глибокої взаємної довіри, любові та відданості у стосунках із референтними особами;

12) виховання: наявність зрілих, стабільних особистісних патернів поведінки, сформованих батьківською родиною;

13) адаптивність: легкість і швидкість пристосування до специфічних умов військового побуту, гнучкість у виконанні нетипових професійних та командних ролей;

14) чинники рівня військово-медичного колективу: формування здорового психологічного клімату в медичному підрозділі, почуття гордості за спільну рятівну місію, наявність авторитетного, зрілого лідерства з боку командування медичної служби;

15) командна робота та згуртованість: висока інтерперсональна координація та взаємодопомога всередині евакуаційної бригади чи передової хірургічної групи/відділення під час масового прийому поранених;

16) суспільні чинники: відчуття всенародного визнання важливості праці військового медика, інтеграція у патріотичний дискурс, участь у військово-корпоративних ритуалах і церемоніях;

17) зв'язаність та колективна ефективність: відчуття себе невіддільною частиною великої армійської спільноти, віра в спільну перемогу та непохитне уявлення про надвисоку здатність свого підрозділу ефективно працювати разом.

Доповнюючи інструментальну базу розвитку досліджуваного інтегрального багатовимірного психологічного утворення, наукова думка пропонує прикладні психотехнології: 1) розвиток саморефлексії (написання есе, обговорення в малих групах) та рефлексії (написання описово-аналітичних творів про власний досвід ладнання зі складними життєвими ситуаціями чи про те, як це робили відомі особистості); 2) трансформація

власних невдач у досвід – має бути розуміння, що невдачі, помилки є абсолютно припустимими; 3) створення атмосфери, де суб'єкт отримує схвалення за докладені зусилля, наполегливість і старання, а не лише за успішні результати; 4) обговорення питань резильєнтності в контексті досягнень, успішності й соціальних змін, із використанням прикладів про відомих людей; 5) формування підтримки фахівців, що має бути орієнтованою не лише на предметну, а й на емоційну складову [63; 64; 111].

Враховуючи зазначені чинники та прикладні психотехнології, процес розвитку резильєнтності військових лікарів має системно реалізовуватися на трьох взаємопов'язаних рівнях: індивідуальному, міжособистісному (командному) і організаційному рівнях.

Індивідуальний рівень розвитку резильєнтності зосереджується на персональній роботі військового медика над власною самосвідомістю, емоційним інтелектом і когнітивною гнучкістю. Його практичний інструментарій охоплює використання технік саморефлексії, зокрема ведення щоденників, написання есе чи аналітичних описів досвіду подолання криз, застосування методів візуалізації успіху, розвиток самоефективності, а також упровадження концепції «навченого оптимізму» М. Селігмана [66].

У межах цього рівня концептуальні ідеї О. Яцини доцільно розглядати як обґрунтування необхідності індивідуального плану психологічного відновлення, важливого як в умовах безпосередньої загрози, так і на етапі посткризової адаптації [69]. Для військового медика такий план виступає індивідуалізованою стратегією проактивної самодопомоги, що передбачає своєчасне розпізнавання ознак психоемоційного виснаження, добір ефективних способів саморегуляції, актуалізацію позитивних емоцій і мобілізацію вольових зусиль для повернення до професійно ефективного функціонування.

У своїх наукових працях Ю. Бойко-Бузиль доповнює індивідуальний інструментарій через інтеграцію різноманітних видів фізичної (харчування,

вправи, режим) та ментальної (протистояння страхам, опора на «моральний компас», духовні практики) активності [5].

Досліджуючи розвиток резильєнтності особистості в ситуаціях невизначеності О. Чиханцова запропонувала десять способів як це зробити:

- 1) візуалізувати успіх, тобто створити власне бачення успіху;
- 2) підвищити самооцінку, щоб продемонструвати високий рівень резильєнтності. Деякі люди від природи наділені високою самооцінкою, натомість інші мають докладати зусиль для її розвитку;
- 3) підвищити самоєфективність і контроль за ситуацією – щоб продемонструвати самоєфективність, людина має взяти під контроль життєві ситуації різної складності, власні думки й емоції;
- 4) стати оптимістичнішим – для переосмислення ситуації потрібно відштовхнутися від почуття розчарування, щоб побачити можливості;
- 5) керувати своїм стресом – відчуваючи стрес, людина знає, що впорається з ним;
- 6) покращити процес прийняття рішень – можливість змінити своє мислення щодо будь-якого з факторів стресу, поглянути на речі з кращої сторони, або просто реагувати по-іншому;
- 7) висловлювати прохання про допомогу – психологічно стійкі люди завжди знають, коли варто звернутися по допомогу до інших;
- 8) вирішувати конфлікти – очевидно, якщо людина бажає підвищити рівень своєї резильєнтності, то важливо враховувати думку інших і приймати її;
- 9) навчатися – резильєнтні люди навчаються протягом усього життя, на власному досвіді і досягають того, що в їхніх силах;
- 10) бути собою – однією з головних причин, чому люди не змінюються, є те, що «нова, поліпшена версія себе» не відповідає їхньому уявленню про себе та не узгоджується з їхньою ідентичністю чи системою цінностей. Тому розвиток резильєнтності передбачає збереження вірності власним поглядам, цінностям і переконанням [66].

Індивідуальні зусилля щодо розвитку резильєнтності не можуть бути повною мірою ефективними без підтримувального професійного середовища, адже військовий лікар діє не ізольовано, а в системі медичного підрозділу, командної взаємодії та військової організації. У цьому контексті наступним важливим напрямом аналізу є колективний рівень розвитку резильєнтності, який передбачає створення щільного підтримувального та безпечного середовища.

Практичний інструментарій цього рівня охоплює проведення спеціалізованих тренінгів, семінарів і балінтовських груп для обміну професійним та емоційним досвідом; упровадження цільових інституційних програм розвитку резильєнтності, схвалених і підтриманих командуванням, зокрема на рівні Командування медичних сил Збройних Сил України; обов'язкове використання валідного діагностичного інструментарію для раннього виявлення ознак бойової дезадаптації військових лікарів [11]; облаштування психологічно комфортних зон відпочинку, зокрема «зелених кімнат», для медичного персоналу в пунктах постійної чи тимчасової дислокації [25].

Узагальнення зазначених напрямів дає підстави розглядати розвиток резильєнтності військового лікаря як багаторівневий процес, що охоплює індивідуальні, колективні та суспільні механізми підтримки його професійного функціонування в умовах війни. Такий підхід дає змогу поєднати особистісні характеристики фахівця, ресурси професійного середовища та соціальні умови, які забезпечують його здатність зберігати ефективність діяльності й відновлюватися після впливу стресогенних і травмувальних чинників.

У цьому контексті резильєнтний військовий лікар характеризується здатністю до гнучкої поведінки, адаптивного осмислення кризових ситуацій, підтримання професійної активності та поступового відновлення після стресового впливу. Йому притаманні активна професійна позиція, відповідальність, цілеспрямованість, здатність до саморегуляції, оптимізм і

впевненість у можливості досягнення поставлених цілей навіть за умов деструктивного впливу середовища. У цьому контексті резильєнтність постає показником професійної зрілості та компетентності лікаря, що відображає його здатність ефективно вирішувати складні професійні завдання й виконувати службово-професійні обов'язки в умовах підвищеного ризику [26].

### **Висновки до розділу 1**

1. На основі теоретичного аналізу зарубіжних і вітчизняних наукових джерел визначено концептуальну багатовимірність, термінологічну неоднозначність і методологічну складність конструкту резильєнтності. У сучасному науковому дискурсі резильєнтність інтерпретується як індивідуально-психологічна властивість, динамічний процес позитивної адаптації, ресурс відновлення після стресового чи травматичного впливу та інтегральний механізм підтримання психічного функціонування особистості в умовах несприятливих, екстремальних або травмівних обставин.

2. У межах нашого дослідження резильєнтність військового лікаря визначено як здатність медичного фахівця підтримувати психологічну стійкість і професійну компетентність в умовах екстремальних або травмувальних впливів, відновлювати функціонування після стресу та демонструвати посттравматичне зростання, що відображається у зміцненні внутрішніх ресурсів, зрілості адаптаційних стратегій і збереженні професійної ідентичності. Таке розуміння дає змогу розглядати резильєнтність не лише як загальну властивість особистості, а й як професійно значущий психологічний ресурс військового лікаря, необхідний для збереження ефективності діяльності в умовах війни.

3. Узагальнення наукових підходів дало змогу виокремити внутрішні й зовнішні детермінанти резильєнтності військового лікаря. До внутрішніх детермінант належать особистісні якості, когнітивна гнучкість, рефлексивність, емоційна стійкість, саморегуляція, самоефективність,

конструктивні копінг-стратегії, мотиваційно-ціннісна спрямованість і професійна ідентичність. До зовнішніх чинників належать соціальна підтримка, якість міжособистісної та командної взаємодії, організаційні умови професійного середовища й інтенсивність службово-бойового навантаження.

4. В ході аналізу службово-професійної діяльності військових лікарів в умовах війни виявлено її екстремальну, поліфакторну і психологічно напружену спрямованість. Її специфіка зумовлена поєднанням медичної, військово-службової, морально-етичної та комунікативної складових, впливом загрози життю, дефіцитом часу й ресурсів, необхідністю ухвалення рішень в умовах невизначеності та високою відповідальністю за життя і здоров'я поранених і хворих.

5. Обґрунтовано, що резильєнтність військового лікаря має специфічний професійно-психологічний зміст і проявляється у здатності підтримувати емоційну саморегуляцію, зберігати якість професійних рішень в умовах стресу, ефективно взаємодіяти з пораненими, хворими, колегами й командуванням, а також відновлювати функціонування після стресового чи психотравмівного впливу.

## РОЗДІЛ 2

### ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ РОЗВИТКУ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ ВІЙСЬКОВОГО ЛІКАРЯ В УМОВАХ ВІЙНИ

#### **2.1. Організація роботи, методи дослідження резильєнтності військового лікаря, характеристика основних етапів дослідження**

У військовій сфері резильєнтність поступово стала ключовим концептом для розроблення превентивних заходів, спрямованих на підвищення спроможності військовослужбовців долати службові навантаження та стресові чинники. Для військових лікарів розуміння чинників, що забезпечують ефективне подолання бойових та післястресових впливів, особливо важливе, оскільки в їх діяльності поєднані високий рівень психологічного та професійного напруження. Вивчення механізмів стійкості медичних фахівців під час тривалого перебування в районі бойових дій, а також у період повернення до пункту постійної дислокації необхідне для підтримання їх загального функціонування, професійної надійності та психологічного благополуччя.

Дослідження ефективності програм розвитку резильєнтності демонструють, що такі втручання підвищують загальний рівень психологічної стійкості і зменшують частоту проявів психоемоційних порушень [151]. До чинників, що формують індивідуальні відмінності резильєнтності, належать внутрішні психологічні ресурси, соціальне оточення, особистісні особливості та рівень організованості професійної діяльності. Також можливі відмінності, пов'язані з віком і статтю військових лікарів. Аналіз цих змінних дає змогу визначити, які саме чинники найбільше впливають на варіативність резильєнтності і виявити потенційні міжгрупові відмінності.

Метою другого розділу дослідження є визначення психологічних чинників і показників, пов'язаних із рівнем резильєнтності військових лікарів, які виконують професійні завдання в умовах бойових дій та під час повернення до пунктів постійної дислокації. Для цього проаналізуємо вплив таких психологічних конструктів, як структурні особистісні риси (за моделлю «Велика п'ятірка»), професійна мотивація, базові переконання, професійна життєстійкість, особливості копінг-стратегій, рівень впливу травматичних подій, рефлексивність і комунікативні характеристики. Результати застосування цих методик дадуть змогу комплексно оцінити багатофакторну природу резильєнтності військових медиків.

Також потрібно дослідити, чи варіюють показники резильєнтності залежно від соціально-демографічних та професійних характеристик: віку, статі, спеціалізації, місця проходження служби, вислуги років і тривалості перебування в районі бойових дій.

У межах організованого нами емпіричного дослідження були висунуті такі гіпотези:

1) резильєнтність військових лікарів є інтегральною особистісно-професійною характеристикою, що поєднує особистісні, професійні та соціально-психологічні чинники; вона забезпечує ефективне подолання стресових і травматичних впливів, сприяє адаптації до екстремальних умов діяльності та виявляється у збереженні психологічної стійкості і професійної функціональності;

2) вищий рівень резильєнтності військових лікарів пов'язаний із нижчою вираженістю копінг-стратегії уникнення та більшою здатністю до активного подолання стресових ситуацій в умовах бойових і післятравматичних впливів;

3) вищий рівень резильєнтності військових лікарів пов'язаний із розвиненістю професійної мотивації, життєстійкості, саморегуляції, рефлексивності, позитивних базових переконань, емоційної стабільності, відповідальності та комунікативної регуляції.

Висунуті гіпотези визначили загальну логіку емпіричного дослідження та зумовили необхідність застосування комплексного діагностичного підходу. Для їх емпіричної перевірки було використано стандартизовані психодіагностичні методики, спрямовані на вивчення інтегрального рівня резильєнтності, особистісної структури, професійної мотивації, базових переконань, життєстійкості, копінг-стратегій, реакцій на травматичні події, а також рівня рефлексивності та комунікативних характеристик фахівців. Поєднання методів збирання даних – бесіда, опитування, інтерв'ювання, спостереження та психометричного тестування – забезпечило цілісне охоплення різних рівнів функціонування особистості військового лікаря та дало змогу окреслити психологічні чинники, пов'язані з проявом його резильєнтності.

Мета і завдання дослідження зумовили побудову логіки й структури емпіричного етапу, спрямованого на аналіз психологічних особливостей розвитку резильєнтності військових лікарів у процесі професійної діяльності в умовах війни.

На *першому етапі* емпіричного дослідження (методичному) розроблено модель діагностики резильєнтності військових лікарів, що відображає зміст цього психологічного конструкту у професійній діяльності (табл. 2.1) та обрано психодіагностичний інструментарій (табл. 2.2).

Таблиця 2.1 – Модель діагностики резильєнтності військових лікарів у професійній діяльності

| Компонент резильєнтності | Зміст компонента                                                           | Індикатори прояву у професійній діяльності                                           |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Мотиваційно-ціннісний    | Стійка професійна мотивація, пріоритети і ціннісні орієнтації у діяльності | Усвідомлення важливості надання медичної допомоги, психологічної підтримки пацієнтів |
| Когнітивно-рефлексивний  | Усвідомлення власних дій, відкритість до нового, аналітичне мислення       | Рефлексія після операцій, аналіз результатів, пошук оптимальних рішень               |
| Емоційно-вольовий        | Контроль за емоціями, саморегуляція та стресостійкість                     | Збереження спокою в критичних ситуаціях, мобілізація внутрішніх ресурсів             |

| Компонент резильєнтності              | Зміст компонента                                                            | Індикатори прояву у професійній діяльності                           |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Поведінковий (операційно-діяльнісний) | Ефективна поведінка у стресових ситуаціях, адаптивність дій                 | Виконання процедур за протоколом, швидке реагування на кризові події |
| Комунікативно-регулятивний            | Здатність до взаємодії, командної роботи, використання соціальної підтримки | Координація з колегами, консультування, підтримка команди            |

Таблиця 2.2 – Вибір психодіагностичного інструментарію для оцінювання резильєнтності військових лікарів

| Компонент резильєнтності | Психодіагностичний інструмент                                                                                  | Призначення / зміст                                                                         | Тип шкали                                                        |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| Мотиваційно-ціннісний    | Методика діагностики професійної мотивації (В. Осьодла)                                                        | Виявлення домінуючих мотивів у професійній діяльності                                       | Кількісна                                                        |
|                          | Шкала базових переконань особистості «World Assumptions Scale» (Janoff-Bulman, 1992; в адаптації О. Кравцової) | Оцінювання стабільних уявлень про себе, інших та світ, що впливають на професійну стійкість | Кількісно-якісна (бальна оцінка + класифікація типів переконань) |
| Когнітивно-рефлексивний  | Методика «Діагностика рефлексивності»                                                                          | Оцінювання рівня рефлексивних здібностей та усвідомлення власних дій                        | Кількісна                                                        |
|                          | Опитувальник «Велика п'ятірка»                                                                                 | Дослідження когнітивних особливостей, відкритості до нового та аналітичного мислення        | Кількісна                                                        |
| Емоційно-вольовий        | Опитувальник «Копінг-стратегії» (R. Lazarus, адаптація)                                                        | Оцінка стратегій подолання стресу та емоційної регуляції                                    | Кількісна                                                        |
|                          | Шкала оцінювання впливу травматичної події (IES-R, адаптація)                                                  | Визначення рівня суб'єктивного дистресу після травматичних подій у професійній діяльності   | Кількісна                                                        |

| Компонент резильєнтності              | Психодіагностичний інструмент                               | Призначення / зміст                                                                    | Тип шкали |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Поведінковий (операційно-діяльнісний) | Опитувальник професійної життєстійкості (О. Кокуна)         | Оцінювання ефективності поведінкових стратегій та задоволеності професійною діяльністю | Кількісна |
| Комунікативно-регулятивний            | Методика діагностики загальної комунікативної толерантності | Оцінювання рівня комунікативної толерантності та здатності до ефективної взаємодії     | Кількісна |

Примітка: Шкалу резильєнтності Коннора–Девідсона-25 (Connor-Davidson Resilience Scale, CD-RISC-25, адаптація) [16] використано як інтегральну методику для оцінювання загального рівня резильєнтності, включно з особистісними ресурсами, контролем, адаптивністю, стійкістю до стресу та соціальною підтримкою. Шкала не прив’язана до окремого компонента, а забезпечує комплексну характеристику психологічної стійкості військового лікаря.

У нашому дослідженні модель розглянуто як уявну або матеріально репрезентовану систему, що відтворює основні характеристики резильєнтності у військово-медичній діяльності та забезпечує можливість визначення її структурних компонентів, динаміки проявів, чинників, які сприяють або перешкоджають її розвитку, а також рівнів сформованості цієї якості у військових лікарів [54].

Відповідно до теоретично обґрунтованої моделі діагностики резильєнтності військового лікаря емпіричне дослідження передбачало застосування комплексу психодіагностичних методик, згрупованих за п’ятьма компонентами: мотиваційно-ціннісним, когнітивно-рефлексивним, емоційно-вольовим, поведінковим (операційно-діялісним) та комунікативно-регулятивним. Така структура інструментарію забезпечила багатовимірне оцінювання індивідуально-психологічних особливостей, пов’язаних із рівнем резильєнтності військових лікарів в умовах професійної діяльності.

Для діагностики мотиваційно-ціннісного компонента резильєнтності військових лікарів використано Методику діагностики професійної мотивації (В. Осьодла) [35], що забезпечує можливість визначити провідні мотиви професійної діяльності та особливості ціннісної орієнтації фахівця. Додатковим діагностичним інструментом стала «Шкала базових переконань» (Янов-Бульман) [45], що дала змогу оцінити стабільні, глобальні уявлення особистості про себе, інших людей та світ загалом. Поєднання професійних мотивів, ціннісних орієнтацій і базових переконань формує внутрішню основу психологічної стійкості та визначає напрями професійної самореалізації військового лікаря в умовах військово-медичної діяльності.

Когнітивно-рефлексивний вимір резильєнтності було досліджено за допомогою двох психодіагностичних інструментів. Методика «Діагностика рефлексивності» [22; 13] дала змогу оцінити рівень усвідомленого контролю за власними діями, здатність до самопостереження та аналізу професійної діяльності. Паралельно було використано опитувальник «Велика п'ятірка» [15], спрямований на комплексне вивчення особистісної структури, зокрема відкритості до нового досвіду, сумлінності, емоційної стабільності та інших рис, пов'язаних із когнітивною гнучкістю й адаптаційними можливостями особистості.

Сукупність цих показників дала змогу виявити індивідуальні особливості рефлексії, самопостереження, когнітивної гнучкості та особистісної регуляції, які підтримують адаптаційні можливості військового лікаря в умовах професійної діяльності.

Емоційно-вольовий компонент досліджено за допомогою Опитувальника копінг-стратегій (Р. Лазаруса) [45], щоб визначити індивідуальні способи подолання стресу – конструктивні, унікальні, емоційно або проблемно орієнтовані стратегії. Для оцінювання емоційних реакцій на травматичні події застосовано Шкалу оцінювання впливу травматичної події (IES-R) [10], за допомогою якої визначено рівень суб'єктивного дистресу за показниками інтрузій, уникнення та

гіперактивації. Поєднання цих методик дало змогу комплексно оцінити особливості емоційної саморегуляції, здатність до контролю афективних станів та ефективність емоційно-вольових механізмів, що становлять важливу основу резильєнтності військових лікарів.

Для аналізу поведінкових стратегій у професійній сфері використано Опитувальник професійної життестійкості О. Кокуна, розроблений з урахуванням концепції життестійкості С. Мадді [18]. Методика спрямована на оцінювання ступеня професійної залученості, контролю та прийняття виклику як ключових характеристик діяльнісної стійкості фахівця. Її застосування уможливорює аналіз рівня задоволеності професійною діяльністю, готовності до подолання труднощів та ефективності поведінкових реакцій у стресових і надзвичайних ситуаціях, що є особливо значущим для військових лікарів.

Дослідження комунікативно-регулятивного компонента резильєнтності здійснено із застосуванням Методики діагностики загальної комунікативної толерантності [56; 19], спрямованої на виявлення здатності до конструктивної взаємодії, прийняття індивідуальних особливостей колег, пацієнтів та інших учасників військово-медичної діяльності, а також ефективного регулювання соціальних контактів. Особливу увагу приділено показникам соціальної підтримки та міжособистісної регуляції які є важливими зовнішніми чинниками збереження психологічної стійкості військових лікарів в умовах військової служби.

Зміст моделі діагностики резильєнтності військових лікарів реалізовано в межах емпіричного дослідження, спрямованого на вивчення психологічних особливостей її прояву в умовах бойових дій та в пункті постійної дислокації. Дослідження проведено у два етапи: перший – із залученням фахівців, які перебували в районі бойових дій, другий – із військовими лікарями, які виконували професійні завдання в пункті постійної дислокації.

На етапі збору емпіричних даних, поряд із застосуванням стандартизованих психодіагностичних методик, проведено

напівструктуроване інтерв'ю, спрямоване на уточнення індивідуального досвіду подолання стресових ситуацій, особливостей професійної адаптації та суб'єктивного розуміння досліджуваними чинників, що підтримують психологічну стійкість у військово-медичній діяльності.

У процесі дослідження конкретизовано основні індикатори прояву резильєнтності військових лікарів: готовність до гнучкої поведінки в непередбачуваних умовах взаємодії з пацієнтами, здатність до конструктивної комунікації та комунікативної толерантності у складних професійних ситуаціях, а також здатність до відновлення після інтенсивних стресових впливів. Отримані результати стали підґрунтям для розроблення й подальшого впровадження програми психологічної підтримки та розвитку резильєнтності, зміст і результати якої представлено в третьому розділі.

На *другому етапі* (емпіричному) дослідження сформовано вибірки учасників відповідно до завдань кожного етапу дослідницької роботи. Узагальнену характеристику вибірок, залучених до психодіагностичного тестування, напівструктурованого інтерв'ю та впровадження програми психологічної підтримки й розвитку резильєнтності, подано в таблиці 2.3.

Психодіагностичне тестування охопило 625 військово-медичних фахівців, серед яких переважали чоловіки – 422 особи (67,52 %), тоді як жінки становили 203 особи (32,48 %). Середній вік досліджуваних цієї вибірки дорівнював  $41,00 \pm 10,10$  року. На час проведення тестування 147 осіб (23,52 %) перебували в районі бойових дій, а 478 осіб (76,48 %) виконували завдання в пункті постійної дислокації.

Другий етап передбачав проведення напівструктурованого інтерв'ю з 80 військовими лікарями, усі з яких мали досвід професійної діяльності в районі бойових дій. У цій вибірці також переважали чоловіки – 67 осіб (83,75 %), жінки становили 13 осіб (16,25 %). Середній вік досліджуваних становив  $38,75 \pm 8,23$  року. За профілем спеціалізації найбільшу частку становили фахівці хірургічного профілю – 58 осіб (72,50 %), що відображає специфіку військово-медичної діяльності в умовах війни.

Третій етап охоплював вибірку для впровадження програми психологічної підтримки та розвитку резильєнтності, до якої увійшли 30 осіб (лікарів-інтернів): контрольна група – 15 осіб і експериментальна група – 15 осіб. У цій вибірці було 17 чоловіків (56,67 %) і 13 жінок (43,33 %), середній вік становив  $25,27 \pm 1,68$  року. Усі учасники третього етапу виконували професійні завдання в пункті постійної дислокації, що дало змогу організувати впровадження програми та подальше порівняння показників контрольної й експериментальної груп.

Таблиця 2.3 – Демографічна характеристика вибірки досліджуваних

| Критерії та параметри порівняння                                                  | Етап 1.<br>Психодіагностичне<br>тестування<br>( $n = 625$ ) | Етап 2.<br>Напівструктуроване<br>інтерв'ю ( $n = 80$ ) | Етап 3. Вибірка для<br>впровадження<br>програми<br>психологічної<br>підтримки та<br>розвитку<br>резильєнтності ( $n = 30$ ) |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Загальний обсяг вибірки, $n$ (%)                                                  | 625 (100,00 %)                                              | 80 (100,00 %)                                          | 30 (100,00 %); КГ – 15, ЕГ – 15                                                                                             |
| Стать, $n$ (%)                                                                    |                                                             |                                                        |                                                                                                                             |
| чоловіки                                                                          | 422 (67,52 %)                                               | 67 (83,75 %)                                           | 17 (56,67 %); КГ – 10, ЕГ – 7                                                                                               |
| жінки                                                                             | 203 (32,48 %)                                               | 13 (16,25 %)                                           | 13 (43,33 %); КГ – 5, ЕГ – 8                                                                                                |
| Вікові характеристики<br>середній вік,<br>$M \pm SD$ , років                      | $41,00 \pm 10,10$                                           | $38,75 \pm 8,23$                                       | $25,27 \pm 1,68$                                                                                                            |
| Район виконання<br>професійних завдань, $n$<br>(%)                                |                                                             |                                                        |                                                                                                                             |
| район бойових дій                                                                 | 147 (23,52 %)                                               | 80 (100,00 %)                                          |                                                                                                                             |
| пункт постійної<br>дислокації                                                     | 478 (76,48 %)                                               | –                                                      | 30 (100,00 %)                                                                                                               |
| Термін перебування в<br>районі бойових дій<br>середній показник, $M$ ,<br>місяців | чоловіки – 5;<br>жінки – 2                                  | чоловіки – 4;<br>жінки – 4                             | для всієї вибірки<br>етапу – 1,23; для ЕГ –<br>2,47; серед учасників<br>із бойовим досвідом –<br>9,25*                      |
| Профіль спеціалізації, $n$<br>(%)                                                 |                                                             |                                                        |                                                                                                                             |

Продовження табл. 2.3

| Критерії та параметри порівняння            | Етап 1.<br>Психодіагностичне тестування<br>( <i>n</i> = 625) | Етап 2.<br>Напівструктуроване інтерв'ю ( <i>n</i> = 80) | Етап 3. Вибірка для впровадження програми психологічної підтримки та розвитку резильєнтності ( <i>n</i> = 30) |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| хірургічний профіль                         | 326 (52,16 %)                                                | 58 (72,50 %)                                            | 1 (3,33 %); КГ – 1                                                                                            |
| терапевтичний та суміжний клінічний профіль | 276 (44,16 %)                                                | 18 (22,50 %)                                            | 29 (96,67 %)                                                                                                  |
| стоматологічний профіль                     | 23 (3,68 %)                                                  | 4 (5,00 %)                                              | –                                                                                                             |

Примітка: \* середній показник для всієї вибірки третього етапу розраховано з урахуванням учасників без бойового досвіду; середній показник для учасників із бойовим досвідом обчислено лише серед осіб, які мали досвід перебування в районі бойових дій.

На *третьому етапі* (аналітико-інтерпретаційному) дослідження здійснено комплексну математико-статистичну обробку, аналіз та інтерпретацію зібраних емпіричних даних. Первинні результати опрацьовано з метою емпіричного визначення рівнів резильєнтності військових лікарів, особливостей прояву її структурних компонентів і психологічних чинників розвитку.

Застосування комп'ютерних пакетів статистичних програм IBM SPSS Statistics 21.0 та Jamovi забезпечило точність розрахунків, системність обробки й наочність репрезентації результатів. Добір статистичних процедур здійснювався відповідно до типу даних, особливостей вибірки та завдань емпіричного дослідження.

У процесі математико-статистичної обробки було використано такі групи методів:

1) методи описової статистики та частотного аналізу – для визначення середніх значень, стандартного відхилення, медіани, моди, квантилів, мінімальних і максимальних показників, а також частотного розподілу досліджуваних ознак;

2) порівняльні статистичні методи – критерій Манна – Вітні для порівняння двох незалежних груп, критерій Вілкоксона для аналізу парних спостережень, критерій Краскела – Уолліса для зіставлення трьох і більше незалежних груп, а також дисперсійний аналіз ANOVA за умови відповідності даних вимогам параметричної статистики;

3) кореляційний аналіз – для визначення сили, напряму й статистичної значущості взаємозв'язків між рівнем резильєнтності, її структурними компонентами, соціально-демографічними та професійними характеристиками досліджуваних;

4) методи резамплінгу – бутстреп-аналіз для уточнення надійності статистичних показників і побудови довірчих інтервалів, зокрема під час аналізу невеликих вибірок.

Комплексне поєднання кількісних і якісних методів, а також добір статистичних процедур відповідно до типу даних і завдань дослідження забезпечили наукову обґрунтованість, об'єктивність та достовірність отриманих результатів. Це дало змогу окреслити рівні сформованості резильєнтності військових лікарів, виявити особливості прояву її мотиваційно-ціннісного, когнітивно-рефлексивного, емоційно-вольового, поведінкового (операційно-діяльнісного) та комунікативно-регулятивного компонентів, а також визначити психологічні чинники, що посилюють або обмежують її розвиток у специфічних умовах військово-медичної діяльності.

Реалізація аналітико-інтерпретаційного етапу забезпечила системне узагальнення емпіричних результатів і дала підстави для формулювання науково обґрунтованих висновків щодо рівнів, структурних компонентів і чинників розвитку резильєнтності військових лікарів в умовах війни.

Експериментальна робота включала *четвертий етап* (формувальний), який передбачав розроблення та впровадження програми психологічної підтримки й розвитку резильєнтності військових лікарів. Його реалізація була спрямована на оцінювання динаміки психологічних і

психофізіологічних показників у контрольній та експериментальній групах до і після впровадження програми.

Психодіагностичний супровід формувального етапу передбачав первинне та повторне вимірювання показників резильєнтності військових лікарів відповідно до визначеної моделі діагностики. Отримані результати використовувалися для порівняння показників контрольної й експериментальної груп, а також для оцінювання змін, пов'язаних із участю у програмі психологічної підтримки й розвитку резильєнтності.

Окрім психодіагностичного обстеження, на формувальному етапі застосовано психофізіологічне дослідження. Для учасників контрольної та експериментальної груп проведено моніторинг варіабельності серцевого ритму за допомогою апаратно-програмного комплексу МПФІ-1 «Ритмограф» із використанням програмного забезпечення EasyHRV [40; 68]. Дослідження тривало 5 хвилин (300 с) і передбачало короточасну реєстрацію електрокардіограми з подальшим аналізом часових, спектральних та автокореляційних показників варіабельності серцевого ритму. Такий підхід дав змогу оцінити особливості вегетативної регуляції, ступінь активності симпатичного та парасимпатичного відділів автономної нервової системи, а також функціональний стан регуляторних механізмів організму.

Додатково для учасників експериментальної групи застосовано «ПФІ-2» як інструмент поглибленого вивчення професійно важливих психофізіологічних показників [7]. Його використання спрямоване на оцінювання швидкісних реакцій, уваги, орієнтації у просторі, короточасної пам'яті та функціонального стану нервових процесів. Поєднання психодіагностичних і психофізіологічних методів дало змогу комплексно оцінити зміни у стані військових лікарів після впровадження програми та визначити її ефективність за психологічними й психофізіологічними критеріями.

Отже, формувальний етап забезпечив системне впровадження програми психологічної підтримки й розвитку резильєнтності військових

лікарів, а також створив емпіричне підґрунтя для оцінювання її результативності у контрольній та експериментальній групах.

## **2.2. Аналіз результатів напівструктурованого інтерв'ю військових лікарів, які виконували професійні обов'язки в районі бойових дій**

Емпіричне дослідження психологічних особливостей і чинників розвитку резильєнтності військових лікарів в умовах війни передбачало поєднання кількох взаємодоповнюваних методів збирання даних. На першому етапі проведено напівструктуровані інтерв'ю, що дало змогу отримати глибинну інформацію про реальні переживання, професійні виклики та індивідуальні стратегії подолання стресу у військових медиків, які виконують службові обов'язки безпосередньо в районі бойових дій. Саме якісні дані стали підґрунтям для подальшої операціоналізації провідних чинників резильєнтності та уточнення гіпотетичної моделі її розвитку у специфічних умовах військово-медичної практики.

Аналіз інтерв'ю дав змогу окреслити первинні психологічні маркери стійкості, зокрема мотиваційні, емоційно-вольові, когнітивні та поведінкові реакції на екстремальні ситуації, а також визначити зовнішні та внутрішні ресурси, що сприяють або, навпаки, ускладнюють підтримання психологічної рівноваги. Отримані свідчення стали важливою емпіричною основою для подальшої кількісної діагностики, формування показників досліджуваних компонентів резильєнтності та розроблення програми її розвитку.

У цьому пункті послідовно наведено результати аналізу якісних даних інтерв'ю, а також кількісного оцінювання основних психологічних характеристик, що формують резильєнтність військових лікарів у воєнних умовах. Такий підхід забезпечив цілісне уявлення про досліджуваний феномен і дав змогу встановити взаємозв'язки між індивідуальними психологічними особливостями, професійними навантаженнями та рівнем стійкості до екстремальних впливів.

Емпіричну базу дослідження склала вибірка з 80 військових лікарів, які проходять службу у підрозділах медичної служби Збройних Сил України (військові мобільні госпіталі, передові хірургічні відділення, передові хірургічні групи, стабілізаційні пункти) та мають досвід роботи в умовах бойових дій. У межах цього дослідження як «військових лікарів» розуміємо фахівців з вищою медичною освітою, які проходять військову службу на офіцерських посадах та забезпечують виконання комплексу заходів з охорони здоров'я військовослужбовців і цивільного населення в мирний та воєнний час. Функціональні обов'язки військових лікарів охоплюють діагностику і лікування поранених та хворих, організацію та проведення їх медичної евакуації, профілактику захворюваності, а також забезпечення належної організації медичного супроводу підрозділів, зокрема в умовах бойових дій. До вибірки увійшли 67 чоловіків (83,8 %) і 13 жінок (16,2 %), що відображає гендерну специфіку професії та переважання чоловічого контингенту у військово-медичній сфері (табл. 2.4).

Таблиця 2.4 – Характеристика вибірки військових медиків за демографічними, професійними та соціально-психологічними показниками

| Критерій                                                            | Кількість |
|---------------------------------------------------------------------|-----------|
| Стать                                                               | –         |
| Чоловіки                                                            | 67        |
| Жінки                                                               | 13        |
| Вік                                                                 | –         |
| 26–35                                                               | 35        |
| 36–45                                                               | 24        |
| 46+                                                                 | 21        |
| Стаж служби                                                         | –         |
| До 1 року                                                           | 0         |
| 1–5 років                                                           | 60        |
| понад 5 років                                                       | 20        |
| Спеціалізація                                                       | –         |
| Хірург (травматолог)                                                | 45        |
| Анестезіолог                                                        | 13        |
| Терапевт (лікар загальної практики–сімейної медицини, інфекціоніст) | 18        |
| Стоматолог                                                          | 4         |
| Посада                                                              | –         |

| Критерій                           | Кількість |
|------------------------------------|-----------|
| Рядовий лікар                      | 67        |
| Начальник медпункту та ін.         | 13        |
| Соціальна підтримка                | –         |
| Висока                             | 70        |
| Середня                            | 6         |
| Низька                             | 4         |
| Інтенсивність бойових дій          | –         |
| Низька                             | 0         |
| Середня                            | 43        |
| Висока                             | 37        |
| Тривалість перебування в районі БД | –         |
| До 1 місяця                        | 0         |
| 1–3 місяці                         | 59        |
| Понад 3 місяці                     | 21        |
| Доступ до психологічної підтримки  | –         |
| Є                                  | 43        |
| Немає                              | 37        |

За віковими характеристиками респонденти розподілилися таким чином: 26–35 років – 35 осіб (43,8 %), 36–45 років – 24 особи (30,0 %), 46 років і старше – 21 особа (26,2 %). Така структура вказує на переважання осіб середнього віку, що зазвичай відповідає періоду найбільшої професійної активності та сформованої особистісної зрілості.

За стажем військової служби більшість опитаних – 60 осіб (75 %) мали від 1 до 5 років досвіду, лише 20 осіб (25 %) – понад 5 років служби. У вибірці немає респондентів зі стажем менше одного року.

За професійною спеціалізацією більшість становили хірурги – 45 осіб (56,3 %), терапевти – 18 осіб (22,5 %), анестезіологи – 13 осіб (16,2 %), стоматологи – 4 особи (5,0 %). Такий розподіл зумовлений структурою кадрового складу військових медичних підрозділів, де переважають фахівці невідкладного профілю.

Посадовий статус досліджуваних осіб також продемонстрував відносну однорідність: 67 осіб (83,8 %) займали посади рядових лікарів, 13 осіб (16,2 %) – керівні посади (начальників медичних пунктів, відділень тощо).

Це дало змогу порівнювати рівень резильєнтності фахівців із різним рівнем управлінської відповідальності.

Рівень суб'єктивно оціненої соціальної підтримки виявився переважно високим: 70 осіб (87,5 %) зазначили наявність потужного кола соціальної підтримки, 6 осіб (7,5 %) – середній рівень, лише 4 особи (5,0 %) – низький. Цей показник є важливим у контексті вивчення взаємозв'язку соціальних ресурсів із психологічною стійкістю.

Інтенсивність бойових дій, у яких респонденти брали участь 37 осіб (46,3 %) оцінили як високу, 43 особи (53,7 %) – як середню; респонденти з низьким рівнем бойового навантаження у вибірці відсутні. Тривалість перебування в районі бойових дій варіювала від 1 до 3 місяців у 59 осіб (73,8 %), понад 3 місяці – у 21 особи (26,2 %), що вказує на значний кумулятивний вплив бойового стресу.

Важливим параметром була наявність доступу до психологічної підтримки: 43 військових лікарі (53,8 %) мали змогу отримувати фахову психологічну допомогу, а 37 осіб (46,2 %) зазначили про її відсутність. Цей показник має потенційне значення для подальшого аналізу чинників, що впливають на рівень резильєнтності.

Таким чином, сформована вибірка репрезентує різні вікові, професійні та досвідові категорії військових лікарів і є достатньою для виявлення типових психологічних тенденцій для аналізу психологічних чинників розвитку резильєнтності у фахівців медичної служби, які виконують завдання в умовах війни.

Емпіричні дані були зібрані через індивідуальне заповнення анкети респондента, під час якого учасників ознайомлювали з метою дослідження та отримували їхню письмову згоду на участь, а також дозвіл на можливість посилення на їхній досвід у межах наукової роботи. Із 80 військових лікарів, залучених до дослідження, лише четверо висловили бажання залишитися анонімними, що враховано під час обробки та інтерпретації результатів (додаток Б).

У вступній частині дослідження наголошено, що військові лікарі, виконуючи професійні завдання в екстремальних умовах, також потребують психологічної допомоги та підтримки, спрямованої на збереження їхнього особистісного ресурсу й резильєнтності – саме на цьому аспекті зосереджено увагу дослідження. Для формування емоційно сприятливого контакту з респондентами було застосовано проєктивну методику «Не дай людині впасти», яка стимулювала емпатійність, рефлексивність і зацікавлення, водночас знижуючи напруження та налаштовуючи учасників на відкриту співпрацю (рис. 2.1).

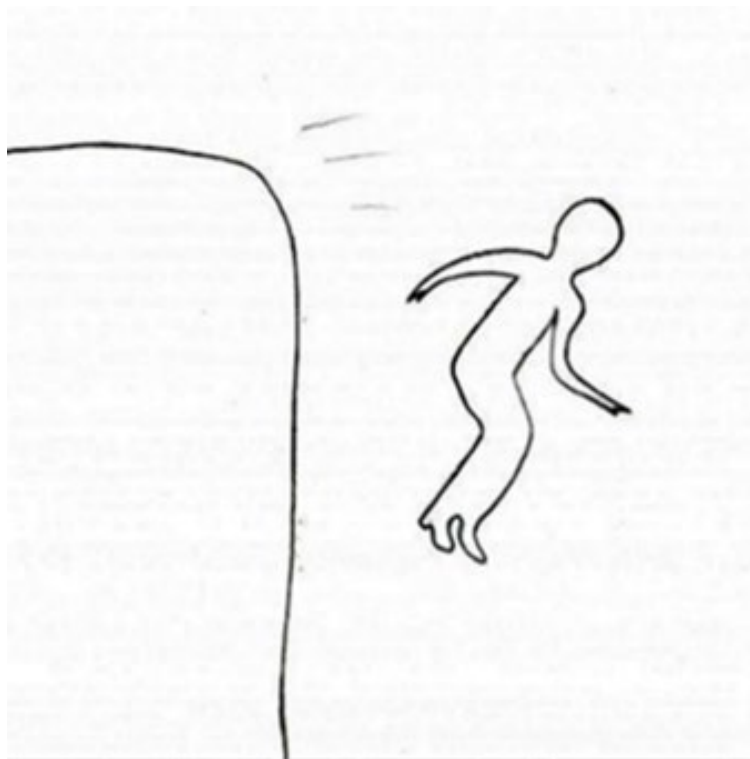


Рисунок 2.1 – Проєктивна методика «Не дай людині впасти»

Проєктивну методику «Не дай людині впасти» було застосовано як допоміжний інструмент дослідження для активізації внутрішніх смислів, виявлення емоційно-ціннісних установок і стратегій реагування військових лікарів у ситуаціях психологічного навантаження. Її використання мало не лише діагностичне, а й мотиваційно-стимульне значення – створення емоційно безпечного простору, в якому респондент міг проявити власне бачення допомоги, підтримки та відповідальності за іншого. Методика побудована за принципом короткої проєктивної історії, у центрі якої –

людина, що перебуває на межі втрати рівноваги. Респондентові пропонувалося уявити, що ця людина ось-ось впаде, і визначити, що саме він зробить у цій ситуації, як діятиме, що відчуває і що, на його думку, відчуває людина, якій загрожує падіння.

На завершальному етапі емпіричного дослідження застосовано Шкалу резильєнтності Коннора – Девідсона (CD-RISC), що дало змогу кількісно оцінити рівень психологічної стійкості, виявити індивідуальні відмінності та визначити зв'язок між резильєнтністю, особистісними характеристиками і особливостями професійного функціонування військових лікарів.

Відповіді було проаналізовано за кількома змістовими параметрами:

- 1) рівень емпатійності – готовність розуміти емоційний стан іншого, співпереживати, проявляти підтримку;
- 2) активність і відповідальність дії – схильність брати ініціативу на себе, діяти рішуче, попереджувати кризу;
- 3) ціннісно-сміслові орієнтири – уявлення про допомогу, обов'язок, командну взаємодію та людяність;
- 4) емоційна регуляція – здатність зберігати внутрішню рівновагу, не піддаватися паніці, діяти зважено в умовах емоційного напруження.

Напівструктуроване інтерв'ю спрямоване на вивчення професійного досвіду, рівня саморефлексії, способів подолання стресових ситуацій та особистісних стратегій розвитку резильєнтності. Інтерв'ю містить дев'ять питань, що дають змогу провести комплексний аналіз:

- 1) інформація про навчання та службу;
- 2) тривалість перебування на поточній посаді;
- 3) труднощі та особливості виконання професійних обов'язків;
- 4) фактори мотивації та натхнення;
- 5) досвід подолання критичних життєвих ситуацій;
- 6) самооцінка професійної компетентності;
- 7) відчуття контролю над життям;
- 8) рівень залученості у діяльність підрозділу;

9) сприйняття труднощів як можливості для особистісного зростання.

Залежно від відкритості та готовності співпрацювати, зацікавленості респондента в дослідженні кількість питань на особистий розсуд інтерв'юера могла бути збільшена, наприклад, респонденту ставили питання щодо порад, які б він дав лікарю-початківцю у випадку втрати пацієнта, або як працювати з конфліктним пацієнтом, тощо.

Питання можна задавати, спираючись на принцип піраміди: абстрактні та загальні питання задавати наприкінці, конкретні та локальні – спочатку. Це дає змогу респонденту звикнути до інтерв'ю, інтерв'юера і порушуваних тем до того, як йому зададуть питання, що потребуватимуть глибших роздумів.

На власному досвіді пересвідчилися, що одна з найвдаліших стратегій початку інтерв'ю – чітко описати мету дослідження, причини, що привели до рішення його провести, та обґрунтувати важливість його проведення в цілому. Коли інтерв'юер викликає у респондента зацікавленість темою інтерв'ю, то цим мотивує його на проходження інтерв'ю, створюючи умови, в яких респондент легше йде на контакт.

Проведене напівструктуроване інтерв'ю забезпечило отримання поглиблених даних щодо особистісних характеристик, внутрішніх ресурсів та життєвих стратегій військових лікарів, які є визначальними чинниками формування та підтримання їхньої психологічної стійкості у специфічних умовах професійної діяльності. Аналіз результатів дав змогу виокремити ключові смислові домінанти, що відображають особливості розвитку резильєнтності військових лікарів в умовах війни, а також визначити індивідуальні патерни подолання стресу, збереження професійної ефективності та підтримання особистісної рівноваги в екстремальних ситуаціях.

1. Професійна самоідентифікація та мотивація – більшість респондентів продемонстрували високу ідентифікацію з професією лікаря, розглядаючи її як життєве покликання, форму служіння та головне джерело сенсу

діяльності. Типовими мотиваційними чинниками є бажання допомагати людям, усвідомлення соціальної значущості професії, почуття обов'язку перед колективом і пацієнтами. Частина учасників вказувала на вплив сімейних традицій (наявність лікарів серед родичів), інші – на прагнення бути корисними під час війни. Водночас у частини військових лікарів (переважно молодших за віком) простежувалася змішана мотивація, де професійне задоволення поєднано з почуттям вимушеності («немає вибору», «служу за призовом»).

2. Труднощі та психологічні виклики професійної діяльності – найчастіше респонденти вказували на емоційне виснаження, зумовлене тривалою роботою в умовах підвищеного стресу, великим потоком поранених, відсутністю повноцінного відпочинку та невизначеністю термінів ротації. Типовими були висловлювання про рутинність, відсутність розвитку, обмежені ресурси та страх за безпеку рідних. Для більшості характерне ставлення до труднощів як до «роботи, яку треба виконати», що вказує на професійну резильєнтність – здатність підтримувати ефективність у стресових умовах через прийняття ситуації як частини професійного обов'язку. Водночас 20 % опитаних вказали на ознаки морального виснаження і зниження емоційної чутливості («звикаєш, стаєш жорсткішим»), що потребує психологічного супроводу.

3. Копінг-стратегії та особистісні ресурси – основними механізмами подолання стресу респонденти називали раціоналізацію подій, колегіальну підтримку, внутрішній діалог та аналіз ситуації, віру в Бога і звернення до моральних принципів. Помітним було прагнення осмислювати професійні помилки як джерело досвіду – «робити висновки», «аналізувати, щоб не повторювати». Відзначено високу частоту когнітивно-аналітичних копінгів, що вказує на зрілу саморефлексію та професійне мислення.

4. Ставлення до контролю над життям і діяльністю – більшість опитаних (70 %) вважають, що частково контролюють власне життя, проте визнають обмеження, зумовлені статусом військовослужбовця та умовами

служби. У висловлюваннях часто поєднували установки інтернального контролю («усе в наших руках») з вірою у вищі сили або долю. Такий баланс вказує на адаптивну позицію прийняття реальності, яка сприяє збереженню психічної рівноваги.

5. Колективна взаємодія та соціальна підтримка – переважна більшість респондентів відзначали цінність колективу як джерела емоційної стабільності, професійної взаємодії та відновлення. Типовими були метафори «комуна», «разом легше», «колектив – це підтримка». Утім, для частини лікарів характерним є прагнення періодичної ізоляції («інколи хочеться побути наодинці»), що відображає потребу у психологічному відновленні після надмірних соціальних контактів.

6. Ставлення до професійних помилок і негараздів – респонденти продемонстрували високий рівень рефлексивності та відповідальності за свої дії. Більшість сприймає труднощі як досвід, що сприяє розвитку, активно аналізує причини невдач, радиться з колегами, веде професійні обговорення. Така стратегія відповідає резильєнтній моделі поведінки, що передбачає конструктивне опрацювання травматичного досвіду. Окремі висловлювання (на кшталт «у кожного хірурга свій цвинтар») демонструють професійну філософію прийняття неминучих втрат, яка водночас виконує захисну і стабілізуючу функцію.

7. Особистісні потреби та способи відновлення – серед найпоширеніших способів психологічного відновлення лікарі називали сон, фізичні вправи, спілкування з близькими, читання, перегляд фільмів і прогулянки. У низці відповідей було наголошено на потребі у структурованому відпочинку, чітких термінах ротації та можливості короткострокового дистанціювання від бойової зони. Це вказує на усвідомлення власних психофізичних меж і формування навичок самодопомоги.

У ході інтерв'ю також виявлено низку психологічних симптомів перевантаження (рис. 2.2), які відображають напруження адаптаційних

ресурсів військових лікарів. За самооцінками респондентів, труднощі зі сном спостерігалися у 16,4% опитаних, що пов'язано переважно з нерегулярним режимом служби, необхідністю чергувань у нічний час та постійною готовністю до екстрених викликів. Цей показник типовий для осіб, які працюють у середовищі з високим рівнем стресу, і вказує на часткове виснаження системи відновлення.

Найпоширенішим проявом психологічного виснаження є зниження концентрації уваги, на яке вказали 57,5% респондентів. У коментарях учасники пов'язували це явище з хронічною втомою, надмірним обсягом інформації, тривалим перебуванням у стані мобілізаційної готовності та браком відпочинку. З психологічної точки зору цей показник вказує на когнітивне виснаження, внаслідок тривалого перебування в умовах бойового стресу й емоційного напруження.

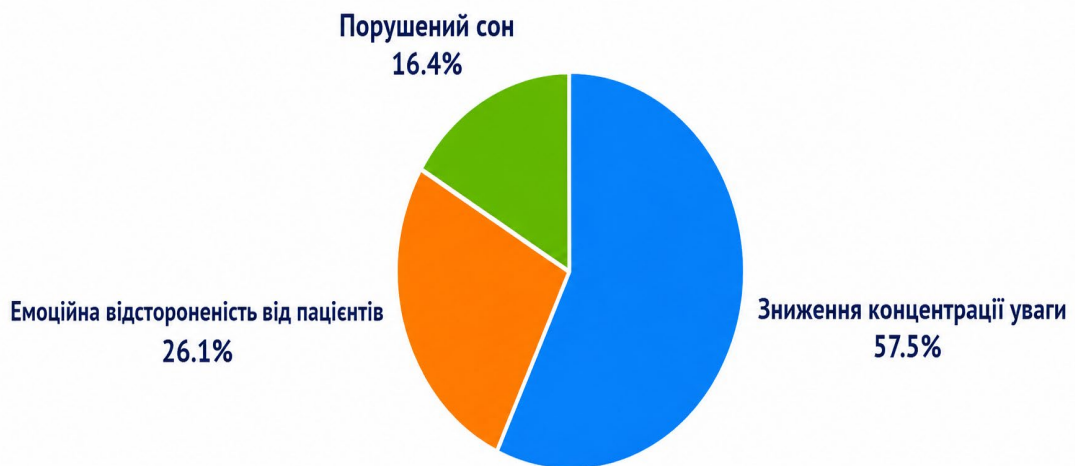


Рисунок 2.2 – Прояви психологічного виснаження військових лікарів за даними напівструктурованих інтерв'ю

Крім того, емоційну відстороненість від пацієнтів зафіксовано у 26,1% опитаних. Цей феномен проявляється у вигляді зменшення емпатійної чутливості, схильності до формального виконання професійних обов'язків і прагнення дистанціюватися від емоційно насичених контактів. Такі реакції є захисними, їх можна розглядати як адаптивну стратегію тимчасового

збереження психічної рівноваги, проте за відсутності своєчасної психологічної підтримки вони здатні перерости у стійкі ознаки емоційного вигорання.

Загалом отримані результати показали, що для переважної більшості військових лікарів характерний високий рівень резильєнтності, що відображає сформовані механізми психологічної стійкості, професійну відповідальність та здатність до внутрішньої мобілізації в умовах підвищеного навантаження. Водночас у чверті респондентів (26,2 %) зафіксовано середній рівень резильєнтності, який поєднується з проявами ситуативного психоемоційного напруження та менш стабільними адаптаційними ресурсами. Це підтверджують результати напівструктурованого інтерв'ю, зокрема більшою представленістю захисно-пасивних поведінкових стратегій у даній групі. Таким чином, попри загалом високий рівень психологічної стійкості вибірки, частина військових лікарів потребує проведення цільових заходів психологічного супроводу, спрямованих на профілактику виснаження, підтримку відновлення та збереження професійної ефективності. Отримані дані узгоджуються з результатами кількісного етапу дослідження, що підтверджує доцільність диференційованого підходу до психологічної підтримки залежно від рівня резильєнтності (табл. 2.5).

Таблиця 2.5 – Узагальнений аналіз показників резильєнтності та поведінкових стратегій (проективна методика «Не дай людині впасти»)

| Показник                               | Підгрупи / значення | Значення / n (%)  | Характеристика показників                                                              | Особливості співвіднесення з поведінковим реагуванням                                    |
|----------------------------------------|---------------------|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| Середній бал резильєнтності за CD-RISC | $M \pm SD$          | $76,06 \pm 10,62$ | Середнє значення відповідає високому рівню резильєнтності у вибірці військових лікарів | Вищі значення CD-RISC переважно поєднуються з активними формами поведінкового реагування |

Продовження табл. 2.5

| Показник                                               | Підгрупи / значення                    | Значення / n (%) | Характеристика показників                                                                                             | Особливості співвіднесення з поведінковим реагуванням                                                                                |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Рівень резильєнтності за CD-RISC                       | Низький                                | 0 (0,00 %)       | Низький рівень резильєнтності у вибірці не зафіксовано                                                                | —                                                                                                                                    |
|                                                        | Середній                               | 21 (26,25 %)     | Відносна збереженість адаптаційних можливостей за наявності окремих ознак напруження механізмів подолання             | У цій групі частіше фіксувалися ситуативно-кризові або захисні форми реагування                                                      |
|                                                        | Високий                                | 59 (73,75 %)     | Виражена здатність до адаптації, саморегуляції та відновлення після стресових впливів                                 | Переважає активно-мобілізаційний тип поведінкового реагування                                                                        |
| Типи поведінкового реагування за проєктивною методикою | «Стрибає» – активно-мобілізаційний тип | 66 (82,50 %)     | Активне реагування, готовність до дії, прагнення до контролю ситуації та збереження професійної активності            | Найчастіше співвідноситься з високим рівнем резильєнтності                                                                           |
|                                                        | «Падає» – ситуативно-кризовий тип      | 13 (16,25 %)     | Ознаки ситуативного емоційного перевантаження, напруження або зниження суб'єктивного контролю                         | Частіше спостерігається серед осіб із середнім рівнем резильєнтності                                                                 |
|                                                        | «Літає» – дистанційовано-захисний тип  | 1 (1,25 %)       | Психологічне дистанціювання як індивідуальна захисна форма реагування                                                 | Поодинокий випадок, що не дає підстав для узагальнення                                                                               |
| Інтегрований висновок                                  | —                                      | —                | Узагальнений психологічний профіль вибірки характеризується переважанням середнього та високого рівнів резильєнтності | Отримані дані свідчать про змістову узгодженість між рівнем резильєнтності та характером поведінкового реагування військових лікарів |

Проведений аналіз засвідчив змістову узгодженість між рівнем резильєнтності фахівців та характером їхнього поведінкового реагування в напружених ситуаціях професійної взаємодії. Високі показники резильєнтності частіше поєднуються з активно-мобілізаційним типом

реагування, що виявляється у готовності до дії, прагненні до контролю ситуації та збереженні професійної активності. Натомість середні значення резильєнтності частіше співвідносяться із ситуативно-кризовими або захисними формами реагування, які можуть відображати емоційне перевантаження, зниження суб'єктивного контролю або потребу в психологічному дистанціюванні.

Враховуючи бойовий досвід респондентів та особливості їхньої діяльності в районі бойових дій, узагальнені результати інтерв'ю, наведені в таблиці є важливим емпіричним підґрунтям для подальшого аналізу психологічних особливостей розвитку резильєнтності військових лікарів. Виявлені показники резильєнтності у поєднанні з даними, отриманими за проєктивною методикою «Не дай людині впасти», забезпечують можливість комплексної оцінки індивідуально-психологічних особливостей військових лікарів, їхніх адаптаційних можливостей і специфічних проявів професійного напруження, зумовлених тривалим впливом бойового стресу.

Отримані результати дають змогу сформулювати попередні висновки про структуру актуальних психологічних труднощів військових лікарів, ступінь їх адаптаційної мобілізованості та наявність внутрішніх ресурсів для підтримання професійної ефективності в умовах підвищеного професійного навантаження. У цьому контексті матеріали напівструктурованого інтерв'ю слугують не лише якісною діагностичною основою для аналізу психологічного стану досліджуваних осіб, але й логічним переходом до формулювання практичних рекомендацій, спрямованих на підсилення системи психологічної підтримки медичного персоналу Сил оборони України.

З огляду на виявлені проблемні зони, зокрема прояви когнітивного виснаження, тенденції до емоційного дистанціювання, нерівномірність професійного навантаження та фрагментованість відновлюваних ресурсів, зібраний емпіричний матеріал обґрунтовує потребу в науково виважених і диференційованих заходах щодо підвищення психічної стійкості військових

лікарів. Надалі ці дані використано як підґрунтя для розроблення системи практичних рекомендацій, орієнтованих на профілактику психологічного виснаження, підтримку резильєнтності і збереження професійної ефективності, які потенційно можуть бути враховані під час удосконалення програм психологічного забезпечення.

### **2.3. Результати емпіричного дослідження психологічних особливостей і чинників розвитку резильєнтності військових лікарів в умовах війни**

Проведені інтерв'ю стали первинною якісною основою для інтерпретації кількісних показників, отриманих на наступному етапі емпіричного дослідження. Зіставлення суб'єктивних висловлювань респондентів із результатами стандартизованих психодіагностичних методик дало змогу не лише верифікувати окремі змістові тенденції, а й глибше зрозуміти структуру та детермінанти психологічних особливостей розвитку резильєнтності в умовах війни.

У цьому контексті наступним кроком став аналіз кількісних емпіричних даних, який передбачав оцінювання рівнів резильєнтності за шкалою Коннора – Девідсона-25, особливостей когнітивних і рефлексивних процесів, емоційно-вольової регуляції, соціально-комунікативних характеристик, а також специфіки копінг-стратегій військових лікарів. Статистична обробка цих показників проведена із застосуванням описової та інференційної статистики, що забезпечило можливість встановлення не лише загальних тенденцій, а й закономірностей зв'язку між чинниками, які впливають на розвиток резильєнтності. Розширені результати міжгрупових порівнянь за психологічними показниками наведено в додатку В.

Застосування кількісного аналізу дало змогу доповнити результати якісного етапу, поглибити їх інтерпретацію та обґрунтувати модель резильєнтності військових лікарів у специфічних умовах воєнного часу.

Отримані дані формують підґрунтя для подальшого узагальнення результатів дослідження, розроблення та апробації програми психологічного супроводу розвитку резильєнтності військових лікарів, а також формування практичних рекомендацій, наведених у розділі 3.

З огляду на специфіку професійної діяльності військових лікарів, що перебувають на службі безпосередньо в районі бойових дій і тилкових підрозділах, на першому етапі емпіричного дослідження проаналізовано рівень резильєнтності в зазначених групах.

Щоб виявити можливі відмінності в загальному рівні професійної резильєнтності військових лікарів залежно від умов виконання професійних обов'язків проведено порівняльний аналіз двох незалежних груп досліджуваних: військових лікарів, які перебували в районі бойових дій, та військових лікарів, які вели професійну діяльність у тилу.

Первинна вибірка дослідження становила 625 військових лікарів. Після перевірки повноти і коректності заповнення психодіагностичної методики Шкала резильєнтності Коннора – Девідсона (CD-RISC-25) до подальшого кількісного аналізу включено 458 досліджуваних, з яких 401 особа перебувала в постійному пункті дислокації, а 57 – у районі бойових дій. Для оцінювання відмінностей за загальним показником резильєнтності були застосовані описові статистики, параметричний *t*-критерій Стюдента для незалежних вибірок та непараметричний критерій Манна – Вітні (*U*) (табл. 2.6).

Таблиця 2.6 – Описові статистики рівня резильєнтності військових лікарів залежно від умов професійної діяльності

| Group Statistics                     |                            |     |        |                |                 |
|--------------------------------------|----------------------------|-----|--------|----------------|-----------------|
| Район виконання службових обов'язків |                            | N   | Mean   | Std. Deviation | Std. Error Mean |
| резильєнтність                       | Постійний пункт дислокації | 401 | 64,247 | 15,4242        | 0,7702          |
|                                      | Район бойових дій          | 57  | 62,544 | 14,7746        | 1,9569          |

Аналіз середніх значень показав, що рівень резильєнтності у військових лікарів, які перебувають у тилу, дещо вищий порівняно з

лікарями, які виконують професійні обов'язки в районі бойових дій. Водночас виявлена різниця між середніми значеннями є незначною.

Для перевірки коректності застосування параметричних методів проведено тест Левена на рівність дисперсій (табл. 2.7), результати якого підтвердили відсутність статистично значущих відмінностей між дисперсіями груп ( $p > 0,05$ ).

Таблиця 2.7 – Результати перевірки статистичних відмінностей між групами

| Критерій                   | Значення | df / Z     | p     |
|----------------------------|----------|------------|-------|
| Критерій Левена (F)        | 0,008    | –          | 0,927 |
| t-критерій Стюдента        | 0,784    | 456        | 0,433 |
| Критерій Манна – Вітні (U) | 10590,5  | Z = -0,896 | 0,370 |

Результати обчислень за t-критерієм Стюдента не виявили статистично значущих відмінностей між групами за загальним рівнем резильєнтності ( $p = 0,433$ ). Аналогічні результати отримано за допомогою критерію Манна – Вітні (U) ( $p = 0,370$ ), що є особливо важливим з огляду на значну нерівність чисельності вибірок.

Відсутність статистично значущих відмінностей у загальному рівні резильєнтності між військовими лікарями, які перебувають в районі бойових дій, і тими, хто виконує професійні обов'язки в тилу, вказує на інтегративну і відносно стабільну резильєнтність як професійно-психологічну якість. В умовах безпосередньої бойової загрози у військових лікарів актуалізуються мобілізаційні та компенсаторні механізми психологічної адаптації, спрямовані на підтримання функціональної готовності та професійної ефективності, натомість у тилкових умовах провідну роль відіграють стабілізаційні ресурси, зокрема регулярність професійної діяльності, можливість відновлення та соціальна підтримка. Сукупна дія цих чинників забезпечує порівнюваний рівень загальної резильєнтності незалежно від умов дислокації.

У цьому контексті отримані результати дають змогу розглядати резильєнтність військових лікарів не лише як відносно сталу індивідуально-психологічну характеристику, а й як динамічну здатність до адаптації, саморегуляції та збереження професійної ефективності в умовах війни. Особливості її актуалізації зумовлюються характером професійної діяльності, інтенсивністю стресового впливу, специфікою психологічної регуляції та рівнем сформованості адаптаційних механізмів. Така форма реалізації психологічної стійкості може бути інтерпретована як функціональний вияв резильєнтності в умовах бойового навантаження, що відображає здатність військового лікаря підтримувати внутрішню організованість, професійну надійність і ефективність діяльності без істотної зміни її інтегрального рівня.

Водночас результати рівневого аналізу резильєнтності показали наявність у досліджуваному конструкті внутрішньої структурної диференціації (табл. 2.8). Зокрема, як у групі військових лікарів, що перебувають в районі бойових дій, так і серед тих, хто виконує професійні обов'язки в тилу, домінує середній рівень резильєнтності, а частка осіб із високим і низьким рівнями є відносно меншою.

Таблиця 2.8 – Описові статистики показників резильєнтності військових лікарів за рівнями сформованості

|                    |         | Низький рівень | Середній рівень | Високий рівень |
|--------------------|---------|----------------|-----------------|----------------|
| N                  | Valid   | 30,00          | 259,00          | 169,00         |
|                    | Missing | 0,00           | 0,00            | 0,00           |
| Mean               |         | 28,40          | 58,57           | 78,73          |
| Std. Error of Mean |         | 1,37           | 0,46            | 0,57           |
| Median             |         | 30,00          | 60,00           | 77,00          |
| Std. Deviation     |         | 7,50           | 7,46            | 7,40           |
| Percentiles        | 25      | 22,00          | 53,00           | 72,00          |
|                    | 50      | 30,00          | 60,00           | 77,00          |
|                    | 75      | 33,50          | 65,00           | 84,00          |

З огляду на виявлену рівневу диференціацію резильєнтності подальший етап емпіричного дослідження спрямовано на визначення

психологічних чинників, що зумовлюють сформованість різних рівнів резильєнтності у військових лікарів. Відповідно до визначених критеріїв досліджувані з низьким (менше 40 балів), середнім (40–69 балів) та високим (70 балів і більше) рівнями резильєнтності було розглянуто як окремі аналітичні групи. Це дало змогу провести порівняльний аналіз особистісних, мотиваційних, когнітивних та емоційно-вольових характеристик, пов'язаних із психологічною стійкістю. Застосований підхід допоміг виявити статистично значущі міжгрупові відмінності та визначити психологічні показники, що можуть розглядатися як ресурси або чинники ризику розвитку резильєнтності військових лікарів. Отримані результати стали підґрунтям для подальшого аналізу структурних компонентів резильєнтності та обґрунтування диференційованих напрямів психологічного супроводу залежно від рівня її сформованості.

За показниками віку та вислуги років статистично значущих відмінностей між групами не виявлено ( $p > 0,05$ ), що вказує на відсутність їх безпосереднього зв'язку з рівнем резильєнтності у межах досліджуваної вибірки. Водночас термін перебування в районі бойових дій вплинув на появу часткових міжгрупових відмінностей. Зокрема, військові лікарі з низьким рівнем резильєнтності мали статистично значущо більший термін перебування в районі бойових дій порівняно з групою середнього рівня ( $p = 0,016$ ). Відмінності між групами з низьким і високим рівнями резильєнтності не досягали статистичної значущості ( $p = 0,225$ ), тоді як між групами із середнім і високим рівнями резильєнтності також виявлено статистично значущі розбіжності ( $p = 0,032$ ).

Отримані результати вказують на нелінійний характер зв'язку між тривалістю перебування в районі бойових дій та рівнем резильєнтності. Найвищий середній показник тривалості перебування в районі бойових дій зафіксовано у групі з низьким рівнем резильєнтності, найнижчий – у групі із середнім рівнем, тоді як група з високим рівнем резильєнтності займає проміжну позицію. Така конфігурація може вказувати не на прямий лінійний

вплив тривалості бойового навантаження, а на складніший, диференційований характер взаємозв'язку, за якого значення мають не лише термін перебування в районі бойових дій, а й індивідуальні способи психологічної саморегуляції, адаптаційні механізми та здатність військового лікаря підтримувати професійну ефективність в умовах тривалого стресового впливу.

Середній вік військових лікарів з низьким рівнем резильєнтності становив  $39,23 \pm 1,91$  року, з середнім рівнем –  $42,04 \pm 0,64$  року, з високим рівнем –  $41,56 \pm 0,75$  року. Медіанні значення віку в усіх групах перебували у близьких інтервалах, що вказує на відсутність виражених вікових відмінностей між групами та відносну вікову однорідність вибірки.

Показники вислуги років також демонструють подібну тенденцію: у групі з низьким рівнем резильєнтності середня вислуга становила  $10,20 \pm 1,75$  року, у групі із середнім рівнем –  $13,59 \pm 0,73$  року, у групі з високим рівнем –  $13,85 \pm 0,87$  року.

Термін перебування в районі бойових дій характеризувався більшою варіативністю: у військових лікарів з низьким рівнем резильєнтності середнє значення становило  $10,87 \pm 2,58$  місяця, у групі з середнім рівнем –  $5,71 \pm 0,52$  місяця, а у групі з високим рівнем –  $7,36 \pm 0,86$  місяця (табл. 2.9).

Таблиця 2.9 – Соціально-демографічні показники військових лікарів залежно від рівня резильєнтності

| Показник                      | Низький рівень резильєнтності | Середній рівень резильєнтності | Високий рівень резильєнтності |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| Вік, років ( $M \pm m$ )      | $39,23 \pm 1,91$              | $42,04 \pm 0,64$               | $41,56 \pm 0,75$              |
| Вислуга років ( $M \pm m$ )   | $10,20 \pm 1,75$              | $13,59 \pm 0,73$               | $13,85 \pm 0,87$              |
| Термін БД, міс. ( $M \pm m$ ) | $10,87 \pm 2,58$              | $5,71 \pm 0,52$                | $7,36 \pm 0,86$               |

За отриманими результатами щодо віку та вислуги років ми зосередили подальший аналіз на внутрішньоособистісних чинниках резильєнтності. З огляду на це було проаналізовано показники особистісних рис, які відображають індивідуальні особливості психологічної регуляції та адаптації військових лікарів до стресових умов професійної діяльності (табл. 2.10).

Таблиця 2.10 – Особистісні риси військових лікарів залежно від рівня резильєнтності

| Шкала                       | Низький рівень резильєнтності | Середній рівень резильєнтності | Високий рівень резильєнтності |
|-----------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| Екстраверсія                | 4,93 ± 0,65                   | 6,46 ± 0,21                    | 7,24 ± 0,25                   |
| Нейротизм                   | 8,38 ± 0,61                   | 7,99 ± 0,18                    | 6,87 ± 0,27                   |
| Відкритість досвіду         | 6,41 ± 0,51                   | 9,47 ± 0,15                    | 11,05 ± 0,22                  |
| Сумлінність                 | 7,14 ± 0,49                   | 9,64 ± 0,14                    | 10,99 ± 0,17                  |
| Доброзичливість – ворожість | 8,45 ± 0,61                   | 10,54 ± 0,16                   | 10,74 ± 0,18                  |

Аналіз особистісних характеристик показав, що рівень екстраверсії зростав відповідно до підвищення рівня резильєнтності: у військових лікарів з низьким рівнем резильєнтності становив  $4,93 \pm 0,65$ , у групі з середнім рівнем –  $6,46 \pm 0,21$ , у групі з високим рівнем –  $7,24 \pm 0,25$ . Показники нейротизму, навпаки, демонстрували зниження – від  $8,38 \pm 0,61$  у групі з низьким рівнем резильєнтності до  $6,87 \pm 0,27$  у групі з високим рівнем.

Подібна позитивна динаміка була виявлена і за шкалами відкритості новому досвіду та сумлінності: відповідні середні значення зростали від  $6,41 \pm 0,51$  до  $11,05 \pm 0,22$  та від  $7,14 \pm 0,49$  до  $10,99 \pm 0,17$  зі зростанням рівня резильєнтності.

Узагальнений аналіз показав, що за шкалами екстраверсії, емоційної стійкості, відкритості новому досвіду та сумлінності спостерігалось стійке зростання показників від низького до високого рівня резильєнтності ( $p \leq 0,01$  у більшості порівнянь). Водночас нейротизм і показники емоційної реактивності характеризувалися оберненою динамікою: найвищі значення притаманні групі з низьким рівнем резильєнтності, а найнижчі – групі з високим рівнем.

Виявлені відмінності в особистісних рисах мають не лише індивідуально-психологічний, а й соціально-регуляторний вимір. Зниження нейротизму та емоційної реактивності у поєднанні зі зростанням екстраверсії, відкритості новому досвіду й сумлінності у групах із середнім і високим рівнями резильєнтності створюють підґрунтя для ефективнішої

міжособистісної взаємодії, гнучкої адаптації до професійних вимог і конструктивного вирішення складних ситуацій в умовах командної медичної діяльності.

Виявлені відмінності в особистісних рисах військових лікарів залежно від рівня резильєнтності зумовили доцільність подальшого аналізу поведінкових механізмів подолання стресу, зокрема копінг-стратегій (табл. 2.11), які відображають особливості реагування фахівців у складних професійних ситуаціях. На основі аналізу копінг-стратегій визначено, що показники планування вирішення проблеми зростають відповідно до підвищення рівня резильєнтності: від  $9,37 \pm 0,65$  у групі з низьким рівнем до  $14,40 \pm 0,17$  у групі з високим рівнем резильєнтності. Аналогічна позитивна динаміка простежується за шкалою позитивної переоцінки, середні значення якої підвищуються від  $9,67 \pm 0,79$  до  $14,86 \pm 0,25$ . Пошук соціальної підтримки також є більш вираженим у групах із середнім і високим рівнями резильєнтності порівняно з групою низького рівня. Натомість копінг-стратегія втечі-уникнення характеризується оберненою тенденцією: її показники знижуються від  $13,26 \pm 0,89$  у групі з низьким рівнем резильєнтності до  $9,83 \pm 0,32$  у групі з високим рівнем. Отримані результати свідчать, що вищий рівень резильєнтності військових лікарів пов'язаний із більш вираженим використанням проблемно-орієнтованих і конструктивних стратегій подолання стресу, тоді як низький рівень резильєнтності асоціюється з більшою схильністю до уникнення як способу реагування на стресові ситуації.

Таблиця 2.11 – Копінг-стратегії військових лікарів у групах з різним рівнем резильєнтності

| Стратегія            | Низький рівень резильєнтності | Середній рівень резильєнтності | Високий рівень резильєнтності |
|----------------------|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| Планування           | $9,37 \pm 0,65$               | $12,76 \pm 0,16$               | $14,40 \pm 0,17$              |
| Позитивна переоцінка | $9,67 \pm 0,79$               | $13,06 \pm 0,21$               | $14,86 \pm 0,25$              |

Продовження табл. 2.11

| Стратегія | Низький рівень | Середній рівень резильєнтності | Високий рівень резильєнтності |
|-----------|----------------|--------------------------------|-------------------------------|
|-----------|----------------|--------------------------------|-------------------------------|

|                            | резильєнтності |              |              |
|----------------------------|----------------|--------------|--------------|
| Втеча–уникнення            | 13,26 ± 0,89   | 11,87 ± 0,26 | 9,83 ± 0,32  |
| Пошук соціальної підтримки | 8,48 ± 0,65    | 11,21 ± 0,20 | 11,62 ± 0,24 |

Домінування дезадаптивних копінг-стратегій у військових лікарів з низьким рівнем резильєнтності поєднується з підвищеною емоційною реактивністю та зниженими можливостями прогнозування наслідків власних дій, що ускладнює міжособистісну взаємодію в умовах високого професійного навантаження. Натомість у групах із середнім і високим рівнями резильєнтності переважання проблемно-орієнтованих та соціально-опосередкованих стратегій вказує на більш зрілу систему психологічної саморегуляції та комунікативної гнучкості.

Окремого аналізу потребують соціально-комунікативні характеристики військових лікарів, які відображають комунікативно-регулятивний компонент резильєнтності та особливості міжособистісної взаємодії в умовах професійного стресу. Аналіз показників комунікативної толерантності засвідчив, що у військових лікарів із низьким рівнем резильєнтності більш вираженими є окремі комунікативні бар'єри, тоді як у групах із середнім і високим рівнями резильєнтності спостерігається тенденція до їх зниження.

Зокрема, показник невміння приймати індивідуальність іншого був найвищим у групі з низьким рівнем резильєнтності –  $6,76 \pm 0,62$ , у групі із середнім рівнем становив  $5,77 \pm 0,16$ , а у групі з високим рівнем –  $4,66 \pm 0,22$ . Статистично значущі відмінності виявлено між групами низького і високого рівнів резильєнтності ( $p = 0,001$ ), а також між групами середнього і високого рівнів ( $p < 0,001$ ), тоді як відмінності між низьким і середнім рівнями не досягали статистичної значущості ( $p = 0,124$ ). Подібну динаміку встановлено за показником еталоцентризму у спілкуванні:  $6,57 \pm 0,48$  у групі з низьким рівнем резильєнтності,  $5,73 \pm 0,19$  – у групі із середнім рівнем та  $5,05 \pm 0,26$  – у групі з високим рівнем. Значущі відмінності виявлено між низьким і

високим рівнями ( $p = 0,010$ ), а також між середнім і високим рівнями резильєнтності ( $p = 0,007$ ).

За показником категоричності у судженнях також спостерігалось зниження середніх значень зі зростанням рівня резильєнтності: від  $5,76 \pm 0,79$  у групі з низьким рівнем до  $4,15 \pm 0,18$  у групі із середнім рівнем та  $3,70 \pm 0,23$  у групі з високим рівнем. Статистично значущими були відмінності між групами низького і високого рівнів резильєнтності ( $p = 0,012$ ), тоді як порівняння низького із середнім рівнем ( $p = 0,056$ ) та середнього з високим рівнем ( $p = 0,062$ ) не досягали рівня статистичної значущості. Це свідчить про наявність загальної тенденції до зниження категоричності у судженнях за умови вищої резильєнтності, однак ця тенденція найбільш виразно проявляється саме при порівнянні крайніх груп.

Показник схильності до трансформації поведінки партнера також був вищим у групі з низьким рівнем резильєнтності –  $5,81 \pm 0,63$ , порівняно з групою середнього рівня –  $4,45 \pm 0,18$  та групою високого рівня –  $4,26 \pm 0,24$ . Статистично значущі відмінності встановлено між низьким і середнім рівнями резильєнтності ( $p = 0,032$ ), а також між низьким і високим рівнями ( $p = 0,018$ ). Водночас між групами середнього і високого рівнів відмінності не були значущими ( $p = 0,482$ ), що дає підстави розглядати цей показник як такий, що насамперед відмежовує групу з низьким рівнем резильєнтності.

Особливо показовими є результати за шкалами емоційної реактивності та прогностичної негнучкості. Емоційна реактивність знижувалася від  $5,71 \pm 0,64$  у групі з низьким рівнем резильєнтності до  $3,87 \pm 0,18$  у групі із середнім рівнем та  $3,71 \pm 0,24$  у групі з високим рівнем. Значущі відмінності встановлено між низьким і середнім рівнями ( $p = 0,006$ ), а також між низьким і високим рівнями резильєнтності ( $p = 0,004$ ), тоді як між середнім і високим рівнями відмінності не були статистично значущими ( $p = 0,379$ ). Показник прогностичної негнучкості мав послідовну спадну динаміку:  $5,67 \pm 0,54$  у групі з низьким рівнем,  $4,24 \pm 0,14$  – у групі із середнім рівнем та  $3,79 \pm 0,23$  – у групі з високим рівнем резильєнтності. Відмінності були статистично

значущими в усіх міжгрупових порівняннях: між низьким і середнім рівнями ( $p = 0,007$ ), низьким і високим рівнями ( $p = 0,001$ ), а також середнім і високим рівнями резильєнтності ( $p = 0,007$ ).

Водночас не всі соціально-комунікативні показники демонструють статистично значущу диференціацію залежно від рівня резильєнтності. Зокрема, за показником нетерпимості до індивідуальних проявів партнера відмінності між групами не досягали статистичної значущості ( $p = 0,615$ ;  $p = 0,147$ ;  $p = 0,061$ ), як і за показником комунікативної ригідності ( $p = 0,825$ ;  $p = 0,650$ ;  $p = 0,426$ ). Емпатична недостатність мала статистично значущу відмінність лише між групами середнього і високого рівнів резильєнтності ( $p = 0,027$ ), тоді як порівняння низького рівня із середнім та високим не були значущими.

Комунікативно-регулятивний компонент резильєнтності військових лікарів проявляється насамперед через окремі характеристики міжособистісної взаємодії, пов'язані зі зниженням емоційної реактивності, прогностичної негнучкості, еталоцентризму у спілкуванні, категоричності суджень та труднощів у прийнятті індивідуальності іншої людини. Виявлена динаміка свідчить, що вищий рівень резильєнтності асоціюється з більшою комунікативною гнучкістю, здатністю враховувати індивідуально-психологічні особливості інших учасників професійної взаємодії та точніше прогнозувати наслідки власної комунікативної поведінки в умовах професійного напруження.

За узагальненими результатами аналізу особистісних характеристик, копінг-стратегій і соціально-комунікативних показників було визначено інтегральні психологічні показники, які відображають системність резильєнтності та її пов'язаність із професійною життестійкістю, постстресовими реакціями й базовими переконаннями військових лікарів (табл. 2.12). Інтегральний показник резильєнтності у групі з низьким рівнем становив  $28,40 \pm 1,37$ , у групі з середнім рівнем –  $58,57 \pm 0,46$ , у групі з високим рівнем –  $78,73 \pm 0,57$ . Аналогічна динаміка спостерігалася і для

загального рівня професійної життєстійкості та показника загальної активності.

Показники вторгнення, уникнення та збудливості мали виразну негативну градієнтну динаміку: найвищі значення зафіксовані у групі з низьким рівнем резильєнтності, тоді як у групі з високим рівнем ці симптоми були статистично значущо нижчими ( $p < 0,01$ ), що свідчить про тісний зв'язок між рівнем резильєнтності та інтенсивністю постстресових реакцій.

За всіма шкалами базових переконань – прихильність світу, доброта людей, справедливість і контрольованість світу, цінність власного «Я», віра у везіння – виявлено статистично значуще зростання показників від низького до високого рівня резильєнтності ( $p < 0,001$ ). Водночас переконання у випадковості подій більш виражене у групі з низьким рівнем резильєнтності, що вказує на зниження суб'єктивного контролю над життєвими подіями.

Інтегральні показники професійної життєстійкості, а також рівні професійної включеності, контролю, прийняття ризику, мотиваційного, емоційного, соціального та професійного компонентів достовірно зростають зі збільшенням рівня резильєнтності ( $p < 0,001$  у всіх порівняннях), що підтверджує системоутворюючу роль резильєнтності в структурі професійної життєстійкості військових лікарів.

Таблиця 2.12 – Інтегральні показники резильєнтності і життєстійкості

| Показник                | Низький рівень резильєнтності | Середній рівень резильєнтності | Високий рівень резильєнтності |
|-------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| Резильєнтність          | 28,40 ± 1,37                  | 58,57 ± 0,46                   | 78,73 ± 0,57                  |
| Загальна життєстійкість | 47,70 ± 3,68                  | 64,47 ± 0,71                   | 71,53 ± 0,78                  |
| Загальна активність     | 32,62 ± 1,97                  | 50,29 ± 0,57                   | 58,28 ± 0,58                  |

Виражена негативна градієнтна динаміка показників вторгнення, уникнення та збудливості показує, що зі зростанням рівня резильєнтності знижується інтенсивність постстресових реакцій, що важливо для підтримання професійної ефективності військових лікарів в умовах війни. Низький рівень резильєнтності, навпаки, асоціюється з більшою уразливістю до симптомів психологічного перенапруження та емоційного виснаження.

Зростання показників за шкалами базових переконань у групах із середнім і високим рівнями резильєнтності відображає формування внутрішньо узгодженої системи смислів і суб'єктивного контролю, що підвищує здатність до психологічної стабілізації в умовах невизначеності та загрози. Більш виражене переконання у випадковості подій у групі з низьким рівнем резильєнтності можна розглядати як індикатор зниженого відчуття контролю та меншої здатності до активного подолання стресових ситуацій.

Таким чином, за результатами емпіричного дослідження визначено, що резильєнтність військових лікарів має багатовимірну, ієрархічно організовану психологічну структуру, яка охоплює особистісні риси, копінг-стратегії, базові переконання, емоційно-вольову регуляцію, соціально-комунікативні характеристики та інтегральні показники професійної життєстійкості. Виявлена градієнтна та порогова динаміка змін вказує на доцільність використання рівневого підходу до аналізу резильєнтності. Отримані за допомогою критерію Манна – Вітні ( $U$ ) статистично значущі міжгрупові відмінності за низкою психологічних показників підтверджують, що рівень резильєнтності асоціюється не з окремими ізольованими характеристиками, а з комплексом взаємопов'язаних психологічних чинників, зокрема індивідуально-психологічними чинниками, адаптивними стратегіями подолання, базовими переконаннями та професійною мотивацією.

Сукупність отриманих результатів засвідчує доцільність диференційованого психологічного супроводу військових лікарів з урахуванням рівня сформованості їхньої резильєнтності. У подальшому, з метою поглибленого уточнення психологічних характеристик, пов'язаних із різними рівнями резильєнтності, здійснено порівняльний аналіз крайніх груп – військових лікарів із низьким та високим рівнями резильєнтності, результати якого подано в додатку Г.

#### **2.4. Життєстійкість як психологічний ресурс резильєнтності військових лікарів: взаємозв'язок із вислугою років**

У межах емпіричного дослідження крім безпосередніх психологічних предикторів резильєнтності, доцільно виокремити також професійно-біографічні характеристики, що можуть впливати на її формування, рівень прояву та механізми підтримання у військових лікарів в умовах війни. Хоча предметом цього дослідження є психологічні особливості розвитку резильєнтності військових лікарів, для глибшого розкриття її психологічних передумов в аналітичне поле включено також життєстійкість як концептуально близький, проте не тотожний психологічний конструкт. Доцільність такого підходу зумовлена тим, що життєстійкість характеризує систему стійких особистісних ресурсів, які забезпечують здатність особистості зберігати внутрішню залученість, відчуття контролю та готовність до конструктивного подолання труднощів, а отже, можуть бути важливою основою розвитку резильєнтності в умовах професійної діяльності підвищеного ризику.

Одним із показників, що відображає специфіку накопичення та реалізації таких ресурсів, є загальна вислуга років, що репрезентує не лише тривалість професійного шляху, а й сукупний вплив військово-професійного досвіду, повторюваних стресогенних навантажень, адаптації до екстремальних умов службової діяльності та поступового формування ефективних стратегій саморегуляції й копіngu. У цьому контексті вислугу років доцільно розглядати не як суто формальний соціально-демографічний параметр, а як потенційно значущий чинник професійного становлення, що може бути пов'язаний із розвитком і підтриманням психологічної стійкості військового лікаря. Саме тому аналіз взаємозв'язку життєстійкості з вислугою років є методологічно виправданим і дає змогу уточнити роль професійного досвіду у структурі психологічних ресурсів, релевантних для формування резильєнтності (додаток Д).

Як видно з графічної інтерпретації (рис. 2.3), середні значення загального рівня професійної життєстійкості демонструють поступове

зростання від групи з найменшою вислугою до групи з найбільшою вислугою. Однофакторний дисперсійний аналіз підтвердив наявність статистично значущих міжгрупових відмінностей за загальним рівнем професійної життєстійкості залежно від вислуги років ( $F(2,386) = 3,50$ ;  $p = 0,031$ ), що узгоджується з виявленою тенденцією підвищення показника зі зростанням професійного стажу.

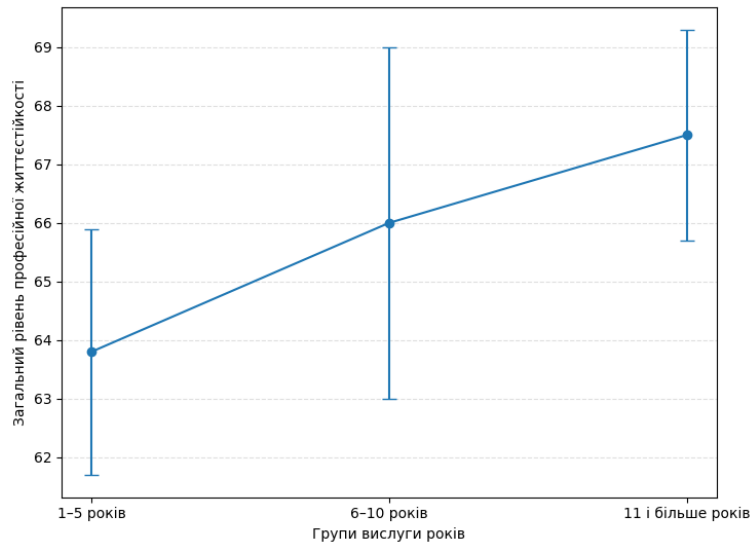


Рисунок 2.3 – Загальний рівень професійної життєстійкості військових лікарів залежно від вислуги років

Водночас вертикальні відрізки на графіку відображають 95 % довірчі інтервали, які частково перекриваються, що вказує на внутрішньогрупову варіативність показника та помірну вираженість ефекту. Це типово для неоднорідних професійних вибірок і не суперечить статистичній значущості загального критерію.

Отриманий результат доцільно інтерпретувати як підтвердження зв'язку між накопиченням професійного досвіду та вищими середніми значеннями професійної життєстійкості. Змістовно це може бути пов'язано зі стабілізацією професійної ролі, удосконаленням способів саморегуляції, формуванням більш ефективних стратегій подолання стресу та здатністю підтримувати функціональність у тривалих стресогенних умовах військово-медичної діяльності.

З огляду на це доцільно включити загальну вислугу років до набору основних змінних емпіричного аналізу та інтерпретувати її як професійно-біографічний ресурс резильєнтності. Додатково потрібно враховувати, що у досліджуваній вибірці більшість опитаних має вислугу 1–5 років, чверть досліджуваних – понад 5 років, що створює підстави для порівняльного аналізу проявів стійкості залежно від досвіду.

Щоб коректно емпірично інтерпретувати роль, яку відіграє загальна вислуга років, уточнимо представленість цього професійно-біографічного параметра у масиві даних та обґрунтованість поділу досліджуваних на порівняльні групи. У дослідженні загальну вислугу років розглянуто як безперервний показник (у роках), додатково згрупований у три інтервали (1–5; 6–10; 11 і більше років) для порівняльного аналізу середніх значень психологічних індикаторів у підгрупах осіб з різним професійним стажем. Статистичні перевірки виконувалися на підвибірках без пропусків для відповідних змінних, тому обсяг вибірки варіював залежно від показника.

Відмінності між цими групами є не формальними, а змістовно вираженими: середні значення фактичної вислуги років закономірно зростають у межах кожної наступної групи, що підтверджує валідність обраної операціоналізації фактора професійного досвіду (рис. 2.4).

Водночас важливо враховувати, що загальна вислуга років є професійно-біографічним показником, тісно пов'язаним із віком. Отже, під час порівняння груп стажу необхідно відобразити їх віковий контекст та уникнути некоректного ототожнення впливу стажу з впливом віку. Отримані дані засвідчують, що групи загальної вислуги років відрізняються за середнім віком: у групах із більшою вислугою переважають старші досліджувані (рис. 2.5). Це означає, що виявлений ефект вислуги слід трактувати як прояв накопиченого професійного досвіду, який реалізується в реальному життєвому (віковому) контексті, а не як «чистий» віковий ефект.

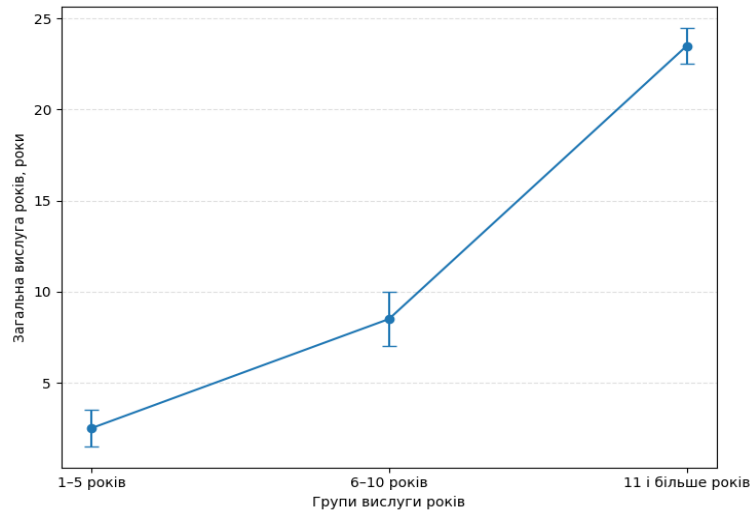


Рисунок 2.4 – Середні значення загальної вислуги (роки) у групах професійного стажу

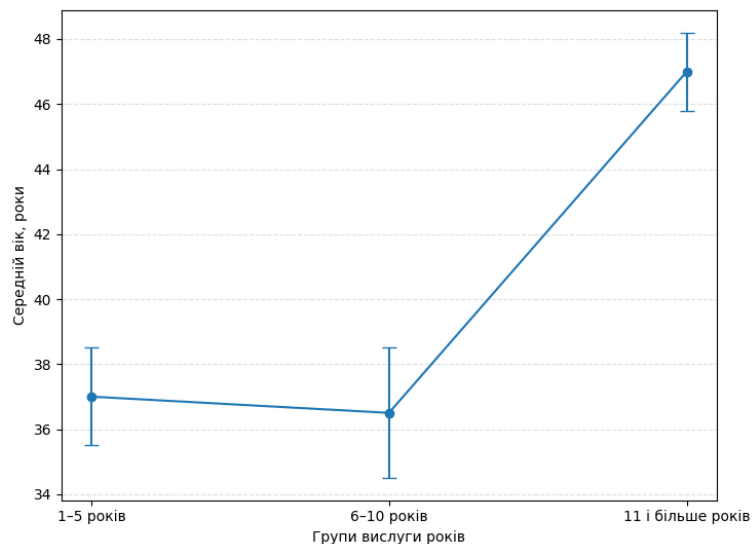


Рисунок 2.5 – Середній вік досліджуваних у групах загальної вислуги років

Наступним кроком стало уточнення психологічного індикатора/компонента професійної життєстійкості, найчутливішого до професійного стажу. Подальший аналіз показав, що професійна життєстійкість зі збільшенням вислуги років зростає нерівномірно за всіма її складовими, а концентрується у найбільш функціонально значущих компонентах. Так, емоційний компонент професійної життєстійкості

демонструє статистично значущі міжгрупові відмінності залежно від стажу служби ( $F(2,386) = 3,3667$ ;  $p = 0,03552$ ): зі зростанням вислуги років середні значення показника також зростають, що узгоджується з припущенням про поступове посилення емоційно-вольової саморегуляції та стійкості до тривалих стресорів бойового середовища (рис. 2.6).

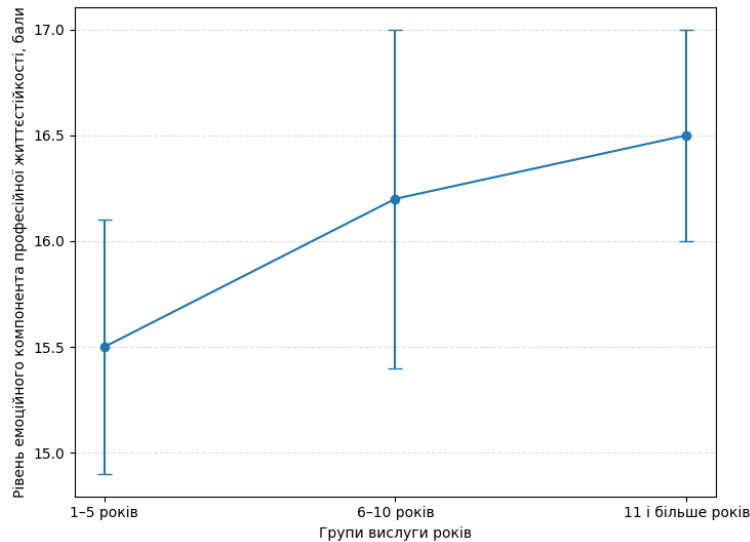


Рисунок 2.6 – Рівень емоційного компонента професійної життєстійкості у групах загальної вислуги років

Представлена на рисунку 2.6 динаміка свідчить, що зі збільшенням вислуги років посилюється здатність військових лікарів до емоційної саморегуляції, контролю афективних реакцій і збереження професійної зосередженості. Для військово-медичної діяльності це має принципове значення, оскільки лікар працює в умовах високої відповідальності, дефіциту часу, контакту з тяжкими пораненнями та необхідності швидкого прийняття рішень. Водночас емоційна стійкість не функціонує ізольовано: вона підтримується мотиваційно-ціннісною сферою, яка визначає, наскільки професійна роль є внутрішньо прийнятою та значущою для самого фахівця (рис. 2.7).

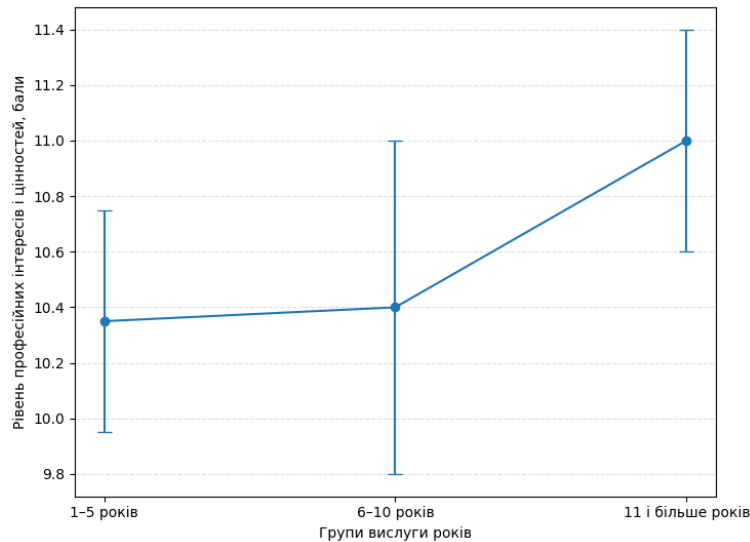


Рисунок 2.7 – Рівень професійних інтересів і цінностей у групах загальної вислуги років

Крім власне професійних показників, зі стажем змінюються й базові когнітивні переконання, що визначають спосіб осмислення подій і психологічну стійкість. Зокрема, у групах із більшою вислугою років зростають показники, які відображають більш впорядковане і смислово узгоджене сприйняття реальності: значущі міжгрупові відмінності виявлено за шкалами «справедливість світу» ( $F(2,361) = 7,0972$ ;  $p = 0,00095$ ) й «узгодженість/прийняття світу» ( $F(2,361) = 8,3293$ ;  $p = 0,00029$ ) (рис. 2.8–2.9).

Динаміка, представлена на рисунку 2.8, не повинна тлумачитися як ідеалізоване або спрощене сприйняття реальності. У контексті військово-медичної діяльності зростання переконання у справедливості світу доцільно розглядати як прагнення до смислового впорядкування складного професійного досвіду.

Для військового лікаря це може означати здатність зберігати переконаність у значущості власної діяльності, бачити внутрішню логіку професійних дій і не втрачати відчуття моральної обґрунтованості своєї ролі навіть у травмівних обставинах.

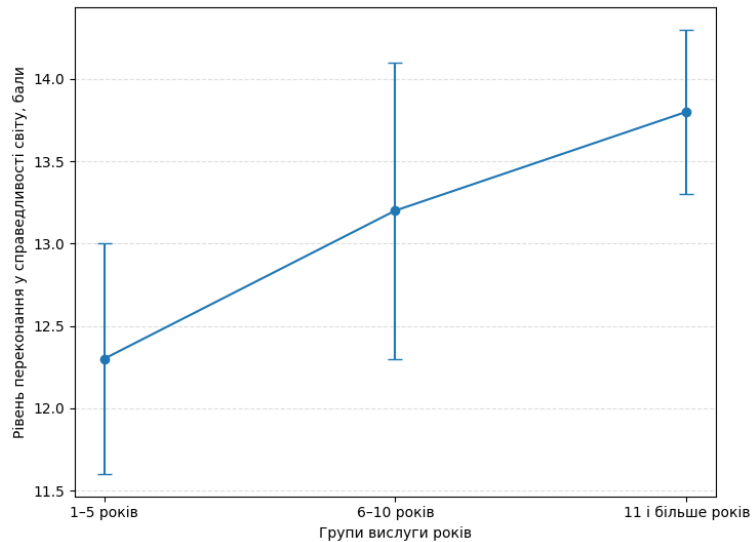


Рисунок 2.8 – Рівень переконання у справедливості світу у групах загальної вислуги років

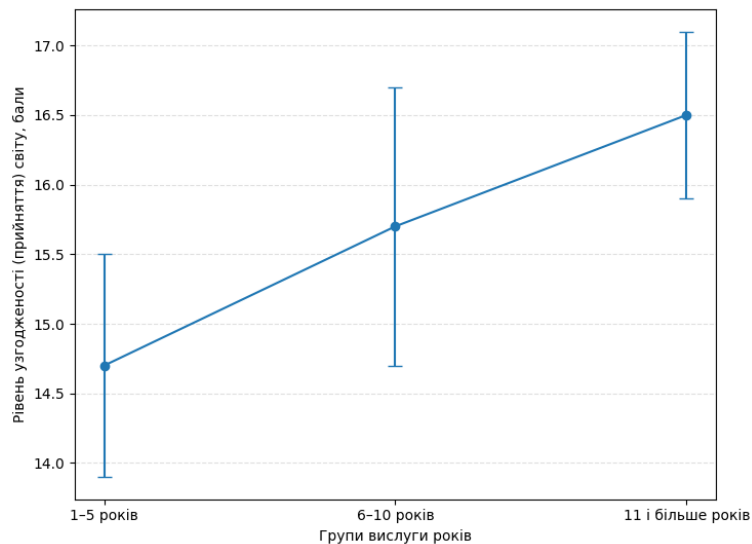


Рисунок 2.9 – Рівень узгодженості (прийняття) світу у групах загальної вислуги років

Рисунок 2.9 засвідчує, що зі збільшенням вислуги років у військових лікарів посилюється здатність приймати складну професійну реальність без її психологічного заперечення або надмірної хаотизації. Така динаміка може свідчити про поступове формування реалістичного бачення умов військово-медичної діяльності, у якому травмівний досвід не руйнує цілісність уявлень про себе, професію та навколишній світ. Важливо, що когнітивне прийняття

реальності доповнюється соціальним виміром базових переконань, зокрема ставленням до інших людей і довірою до міжособистісної взаємодії.

Паралельно зростає показник «доброта людей» ( $F(2,361) = 12,349$ ;  $p = 0,00001$ ) (рис. 2.10), що може вказувати на зміцнення довіри до міжособистісних взаємин та опори на соціальну підтримку.

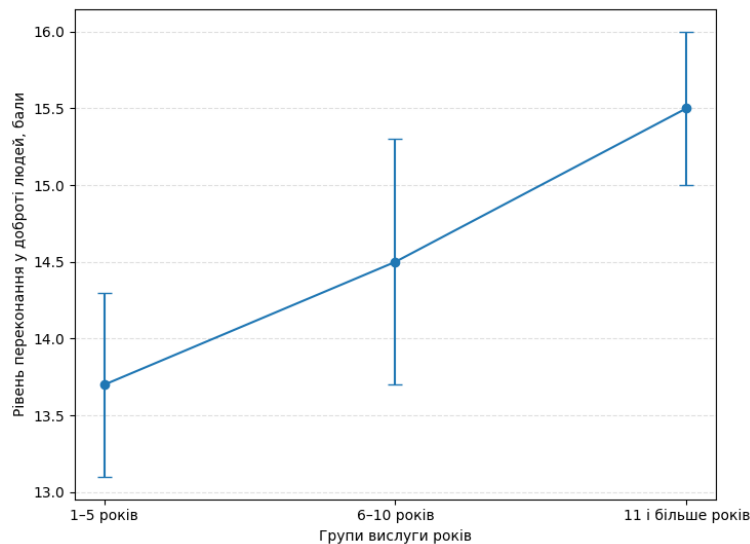


Рисунок 2.10 – Рівень переконаності у доброті людей у групах загальної вислуги років

Водночас за шкалою «randomness/випадковість» спостерігається зворотна динаміка: зі збільшенням вислуги років її середні значення знижуються ( $F(2,361) = 6,8847$ ;  $p = 0,00116$ ), що узгоджується з переходом від сприйняття подій як хаотичних і непередбачуваних до більш контрольованих і структурованих пояснень професійної реальності (рис. 2.11).

Разом ці результати дають підстави розглядати загальну вислугу років як професійно-біографічний ресурс, пов'язаний не лише з інструментальними навичками, а й із трансформацією внутрішніх психологічних опор: емоційної саморегуляції, мотиваційно-ціннісної стабільності та базових смислових переконань.

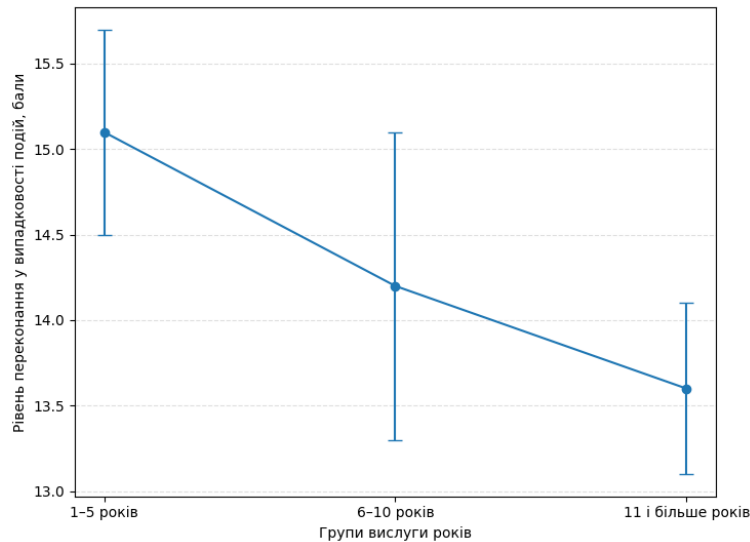


Рисунок 2.11 – Рівень переконання у випадковості подій (randomness) у групах загальної вислуги років

Водночас частина показників демонструє лише тенденції до відмінностей між групами ( $p \approx 0,06-0,10$ ), що відображає складнішу і менш лінійну їх динаміку та потребує подальшого уточнення в ході багатофакторного аналізу (з урахуванням бойового навантаження, спеціалізації, організаційної підтримки тощо). До таких належать, зокрема, мотиваційний компонент професійної життєстійкості ( $p = 0,05975$ ), соціальний компонент ( $p = 0,06976$ ), схильність до професійного ризику ( $p = 0,09909$ ) та окремі особистісні характеристики (нейротизм/емоційна стабільність  $p = 0,08244$ ; сумлінність  $p = 0,06675$ ) (рис. 2.12–2.16).

У межах компонентного аналізу виявлено, що мотиваційний компонент професійної життєстійкості демонструє тенденцію до зростання зі збільшенням загальної вислуги років. Хоча однофакторний дисперсійний аналіз не досягає традиційного порога статистичної значущості, отримане значення  $p = 0,05975$  вказує на наближеність ефекту до значущого, а візуально помітна спрямованість змін може мати практичне значення в умовах воєнного навантаження (рис. 2.12). Змістовно це може відображати поступову стабілізацію професійних мотивів, ціннісних орієнтацій та внутрішньої готовності діяти в умовах ризику й невизначеності.

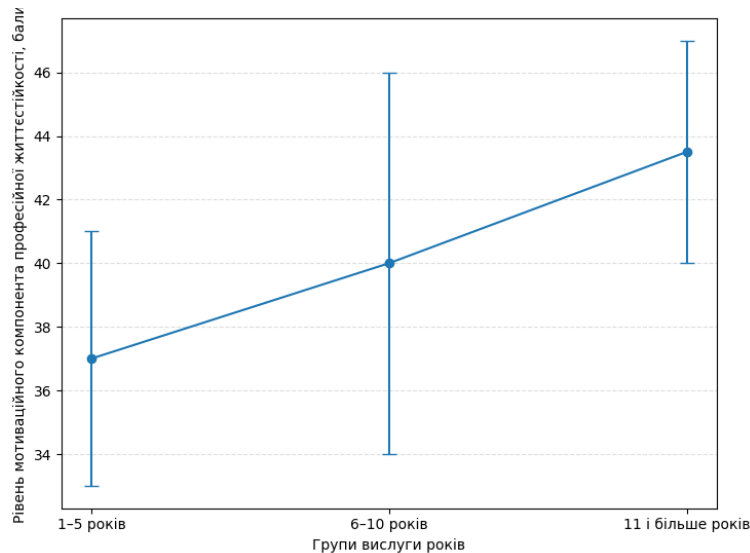


Рисунок 2.12 – Рівень мотиваційного компонента професійної життєстійкості у групах загальної вислуги років

Аналогічними є дані щодо соціального компонента професійної життєстійкості. Спостерігається спрямованість до підвищення показника в групах із більшою вислугою років, однак статистичний критерій фіксує лише тенденцію ( $p = 0,06976$ ), що може бути зумовлено значною внутрішньогруповою варіативністю та впливом організаційних чинників (командною взаємодією, підтримкою підрозділу, стилем керівництва) (рис. 2.13). У цьому контексті доречно розглядати соціальний компонент як контекстно залежний ресурс, який посилюється не тільки стажем, й умовами служби.

Окремо проаналізовано схильність до професійного ризику як поведінково-регуляторний індикатор професійної стійкості. Виявлено тенденцію до відмінностей між групами вислуги років ( $p = 0,09909$ ), причому середні значення зростають у міру накопичення стажу (рис. 2.14). Це може вказувати на перехід від імпульсивного/невпевненого реагування до більш усвідомленого, інструментального прийняття професійного ризику, коли досвід дає змогу точніше оцінювати загрози і діяти більш зважено. З огляду на рівень значущості такий висновок потребує подальшої перевірки і

контролю за супутніми чинниками (типом завдань, інтенсивністю бойових ситуацій, спеціалізацією).

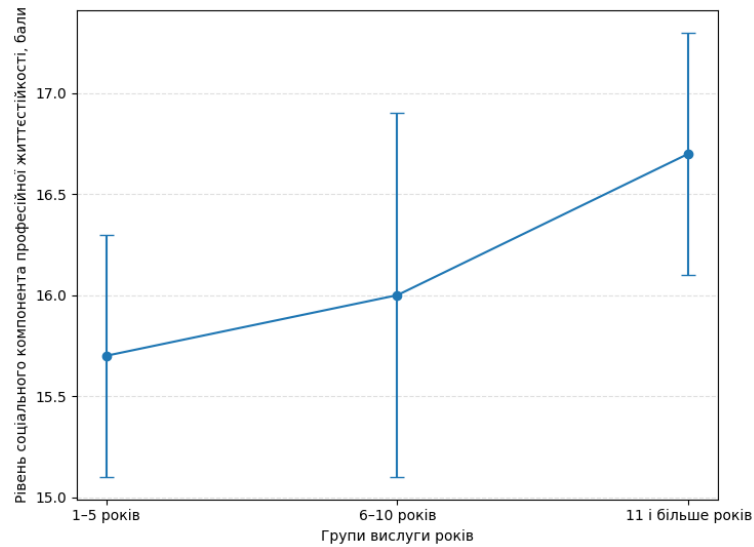


Рисунок 2.13 – Рівень соціального компонента професійної життєстійкості у групах загальної вислуги років

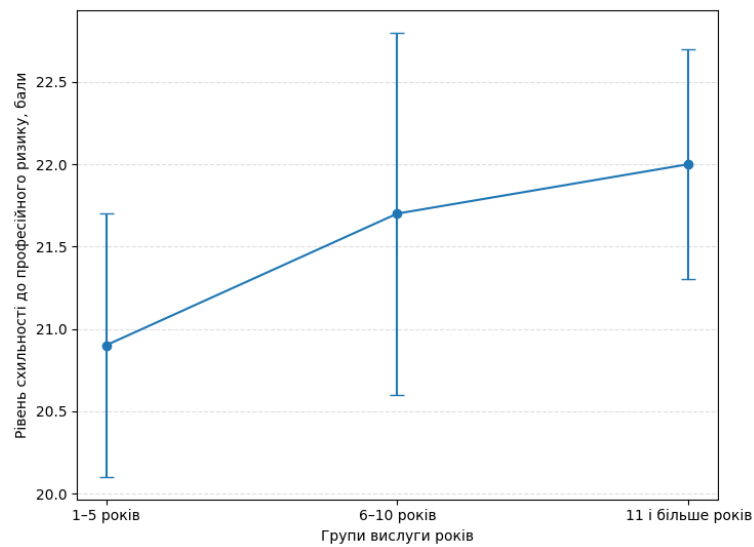


Рисунок 2.14 – Рівень схильності до професійного прийняття ризику у групах загальної вислуги років

Серед особистісних характеристик виявлено тенденційний зв'язок груп загальної вислуги років із чинником нейротизму (емоційної нестабільності) ( $p = 0,08244$ ). Візуально на графіку простежується зниження середніх значень

нейротизму у групі з більшою вислугою років (рис. 2.15), що можна інтерпретувати як відносне посилення емоційної стабільності у досвідченіших військових лікарів. Така динаміка узгоджується з припущенням, що набуття професійного досвіду в умовах тривалого стресу пов'язане з формуванням ефективніших механізмів емоційної саморегуляції та стійкішим контролем за афективними реакціями. З огляду на тенденційний рівень значущості цей результат доцільно розглядати як попередній і уточнювати його на наступних етапах аналізу із залученням багатфакторних моделей та контролем за супутніми змінними.

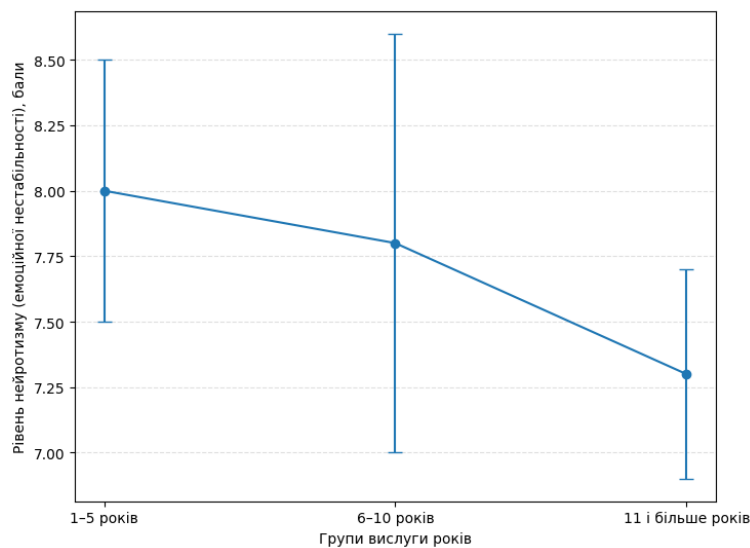


Рисунок 2.15 – Рівень нейротизму / емоційної стабільності у групах загальної вислуги років

За показником сумлінності (conscientiousness/carefulness) виявлено тенденцію до відмінностей між групами загальної вислуги років ( $p = 0,06675$ ), із загальним напрямом на підвищення у групі з найбільшою вислугою (рис. 2.16). Такий результат може відображати поступове зміцнення дисциплінованості, самоконтролю та відповідальності як професійно значущих якостей, що підтримують надійність дій у стресових умовах. Водночас тенденційний рівень значущості потребує обережної інтерпретації та подальшого підтвердження.

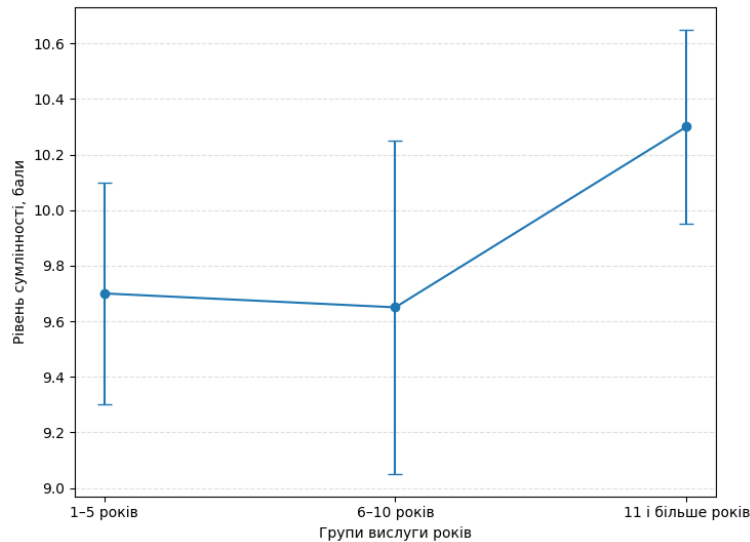


Рисунок 2.16 – Рівень сумлінності (conscientiousness) у групах загальної вислуги років

Таким чином, рисунок 2.16 завершує розгляд показників, які виявляють лише тенденцію до міжгрупових відмінностей без досягнення рівня статистичної значущості, проте формують змістовно узгоджений напрям змін. Мотиваційний і соціальний компоненти професійної життєстійкості, схильність до обґрунтованого прийняття професійного ризику, рівень нейротизму/емоційної стабільності та сумлінність відображають різні аспекти психологічної регуляції діяльності військових лікарів в екстремальних умовах.

Спрямованість змін за цими показниками дає підстави припускати, що зі збільшенням вислуги років можуть посилюватися окремі мотиваційно-регуляторні, соціально-поведінкові та особистісні показники, пов'язані з професійною життєстійкістю. Водночас ці результати потребують подальшої перевірки із застосуванням багатофакторного аналізу.

Узагальнюючи емпіричні результати підрозділу, варто зазначити, що загальна вислуга років у межах цього аналізу пов'язана не стільки з безпосереднім рівнем резильєнтності, скільки з особливостями прояву професійної життєстійкості та пов'язаних із нею психологічних показників. Найбільш виражено цей зв'язок простежується за інтегральним рівнем

професійної життєстійкості, її емоційним компонентом, професійними інтересами й цінностями, а також за базовими когнітивними переконаннями щодо справедливості й узгодженості світу, доброти людей та випадковості подій. Водночас показники, які відобразили лише тенденційний характер відмінностей, доцільно інтерпретувати як перспективні напрями подальшого наукового аналізу, а не як остаточно підтверджені ефекти.

Отже, результати проведеного аналізу не суперечать попереднім емпіричним даним, згідно з якими вислуга років не виступає прямим критерієм розмежування військових лікарів за рівнем резильєнтності. Натомість вони уточнюють роль вислуги років як професійно-біографічного чинника, пов'язаного з особливостями прояву окремих компонентів професійної життєстійкості, способів емоційної саморегуляції, мотиваційно-ціннісної стабілізації та когнітивного впорядкування складного професійного досвіду. Змістовно отримані дані можна інтерпретувати як прояв професійного дозрівання психологічної стійкості, що не зводиться до автоматичного зростання резильєнтності зі збільшенням стажу служби, але може опосередковано підтримувати її розвиток у військових лікарів в умовах війни.

Разом із тим вислугу років не слід трактувати як лінійну детермінанту підвищення резильєнтності, оскільки її розвиток залежить також від інтенсивності бойового навантаження, специфіки медичної спеціалізації, організаційної підтримки, характеру професійних завдань і пережитого досвіду втрат. Саме тому отримані результати доцільно розглядати як підґрунтя для переходу від аналізу окремих показників до виявлення їх системних взаємозв'язків. Це зумовлює необхідність подальшого обґрунтування моделі психодіагностики резильєнтності військових лікарів в умовах війни, у межах якої психологічні показники аналізуються не ізольовано, а як взаємопов'язані компоненти цілісної структури [24].

## **2.5. Обґрунтування моделі діагностики резильєнтності військових лікарів в умовах війни**

Результати емпіричного дослідження, викладені у п. 2.4 відображають багатовимірний і рівнево диференційований характер резильєнтності військових лікарів в умовах війни, а також її тісний зв'язок із комплексом особистісних, когнітивних, емоційно-вольових, поведінкових і професійно-адаптаційних чинників. Виявлені градієнтні та порогові закономірності функціонування цих показників зумовлюють необхідність їх інтеграції в цілісну концептуальну модель, яка б відображала структуру психологічних взаємозв'язків, покладену в основу підтримання та розвитку резильєнтності у військових лікарів. З огляду на це далі обґрунтовано модель діагностики резильєнтності військових лікарів в умовах війни, побудовану на поєднанні результатів кількісного та якісного етапів дослідження і спрямовану на системне оцінювання ресурсів психологічної стійкості та ризиків її зниження.

Запропонована авторська модель діагностики резильєнтності військових лікарів ґрунтується на уявленні про резильєнтність як багатовимірне, ієрархічно організоване психологічне утворення, що актуалізується та набуває специфічних форм реалізації в умовах хронічного професійного стресу та бойової загрози. Модель передбачає інтеграцію п'яти взаємопов'язаних компонентів, виокремлених у межах авторської концептуалізації, кожен з яких відображає окремий рівень психологічної регуляції та відіграє специфічну роль у підтриманні професійної стійкості військового лікаря.

Мотиваційно-ціннісний компонент моделі відображає смислову та ціннісну основу професійної діяльності військового лікаря, яка визначає спрямованість поведінки, рівень залученості до виконання професійних обов'язків та готовність до подолання труднощів в умовах війни. У межах цього компонента застосовані методика діагностики професійної мотивації

(В. Осьодла) та «Шкала базових переконань» (R. Janoff-Bulman, адаптація), що дали змогу виявити провідні мотиви професійної діяльності, ціннісні орієнтації, а також глобальні переконання щодо себе, інших людей і світу загалом. Саме цей компонент виконує системотвірну функцію, оскільки визначає смислову стійкість особистості і здатність інтерпретувати екстремальні події як такі, що можуть бути осмислені і проконтрольовані.

Когнітивно-рефлексивний компонент характеризує здатність військового лікаря усвідомлювати власні психічні стани, дії і рішення, а також гнучко, когнітивно опрацьовувати стресовий досвід. Його продіагностовано за допомогою методики «Діагностика рефлексивності» та опитувальника «Велика п'ятірка», що дало змогу оцінити рівень рефлексивних здібностей, когнітивну відкритість, схильність до аналізу власного досвіду та готовність до прийняття рішень у складних ситуаціях. Цей компонент забезпечує когнітивний контроль та інтеграцію досвіду, сприяючи переходу від реактивних до усвідомлених форм психологічної саморегуляції.

Емоційно-вольовий компонент відображає здатність до регуляції емоційних станів, контролю за афективними реакціями і подолання дистресу, зумовленого впливом травматичних подій. Для його оцінювання використано опитувальник «Копінг-стратегії» (R. Lazarus, адаптація) та шкалу оцінювання впливу травматичної події (Impact of Event Scale – Revised, IES-R, адаптація). Застосування цих методик дало змогу визначити провідні стратегії подолання стресу, рівень емоційної стійкості, а також інтенсивність симптомів вторгнення, уникнення та збудливості. Емоційно-вольовий компонент є регуляторним ядром моделі, оскільки безпосередньо пов'язаний зі здатністю підтримувати професійну ефективність в умовах бойового стресу.

Поведінковий (операційно-діяльнісний) компонент моделі відображає реалізацію внутрішніх психологічних ресурсів у конкретних професійних діях військового лікаря. Його діагностують за допомогою опитувальника професійної життестійкості (О. Кокуна, розробленої з урахуванням концепції

життєстійкості С. Мадді), що дає змогу оцінити рівень професійної включеності, контролю, прийняття ризику, а також задоволення професійною діяльністю. У межах цього компонента аналізують конкретні поведінкові реакції у стресових ситуаціях та ефективність адаптивних дій. Поведінковий (операційно-діяльнісний) компонент є індикатором функціональної реалізації резильєнтності, що відображає ступінь трансформації внутрішніх ресурсів у продуктивну професійну поведінку.

Комунікативно-регулятивний компонент відображає здатність військового лікаря до ефективної міжособистісної взаємодії, толерантності та командної співпраці, що критично важливо у медичній діяльності в умовах війни. Для його оцінювання застосовано методику діагностики загальної комунікативної толерантності, яка дає змогу визначити рівень прийняття іншого, гнучкість у взаємодії, схильність до конструктивного вирішення міжособистісних труднощів та використання соціальної підтримки. Цей компонент забезпечує соціальну регуляцію резильєнтності, знижуючи ризик професійного вигорання та психологічної ізоляції.

Щоб емпірично верифікувати структурну узгодженість запропонованої моделі та виявити взаємозв'язки між окремими психологічними показниками, що входять до її складу, проведено ієрархічний кластерний аналіз змінних. Застосування цього методу дало змогу перейти від аналізу ізольованих показників до виявлення їх інтегральних угруповань, що відображають внутрішню організацію психологічних ресурсів і регуляторних механізмів резильєнтності військових лікарів. Результати кластерного аналізу наведено у вигляді дендрограми, яка ілюструє ступінь наближеності та ієрархічність зв'язків між психологічними показниками, пов'язаними з резильєнтністю, і дає змогу простежити емпіричну конфігурацію компонентів запропонованої моделі (рис. 2.17).

На основі аналізу дендрограми психологічних показників, пов'язаних із резильєнтністю військових лікарів, визначено, що це одна зі складових системи ресурсних і регуляторних характеристик.

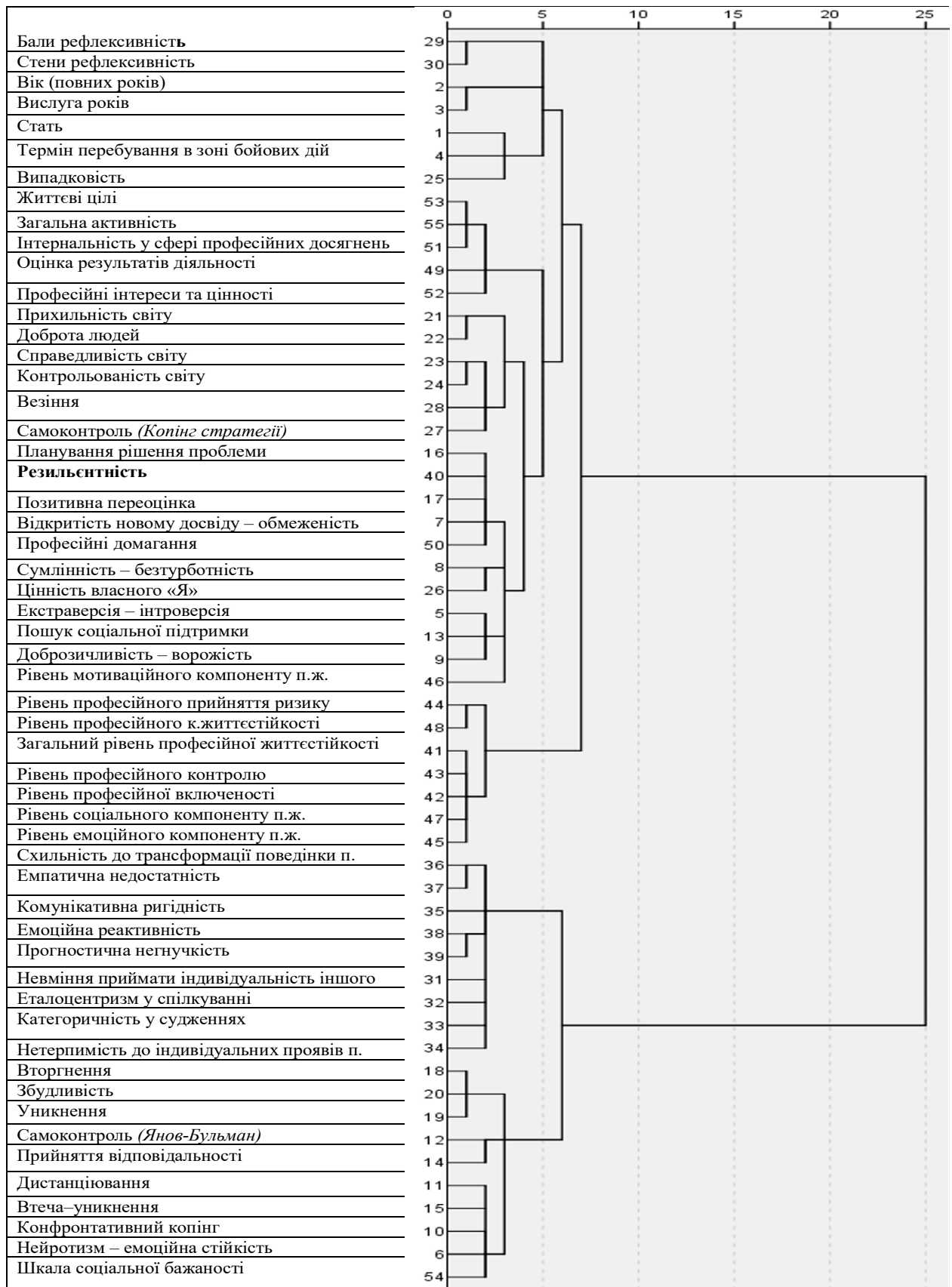


Рисунок 2.17 – Дендрограма психологічних показників резильєнтності військових лікарів за результатами ієрархічного кластерного аналізу методом Ward

Розташування показника резильєнтності в ієрархічній структурі дендрограми дає змогу простежити його психологічні зв'язки з іншими змінними та уточнити функціональне місце у загальній конфігурації показників.

Показник резильєнтності формує спільне угруповання з характеристиками, що відображають когнітивно-рефлексивні та особистісно-регуляторні ресурси, зокрема з показниками планування вирішення проблем, позитивного переоцінювання, відкритості новому досвіду, сумлінності, цінності власного «Я» та рефлексивності. Така наближеність показує, що резильєнтність у військових лікарів пов'язана насамперед з усвідомленими формами психологічної регуляції, здатністю до когнітивної переробки стресового досвіду та опорою на внутрішні особистісні ресурси.

Водночас у межах ширшого ресурсно-регуляторного блоку резильєнтність структурно пов'язана з показниками професійної життєстійкості, зокрема із загальним рівнем професійної життєстійкості, професійною включеністю та професійним контролем. Це вказує на функціональний зв'язок між резильєнтністю та професійною ефективністю, а також на роль резильєнтності як психологічного підґрунтя стабільного виконання професійних обов'язків в умовах бойового стресу.

Важливою особливістю дендрограми є те, що показник резильєнтності не входить до угруповань, сформованих емоційно-реактивними або дезадаптивними показниками, такими як вторгнення, уникнення, збудливість чи нейротизм–емоційна нестійкість. Просторова віддаленість резильєнтності від цих змінних свідчить, що у структурі психологічних взаємозв'язків вона не зводиться до симптоматичних проявів травматичного стресу, а має регулятивно-адаптаційний характер.

Разом із тим резильєнтність не є ізольованим показником і не формує окремого, самодостатнього кластера. Її інтегроване положення в структурі дендрограми відображає системний характер цього психологічного

утворення, яке формується на перетині мотиваційно-ціннісних, когнітивних, емоційно-вольових та професійно-поведінкових механізмів регуляції.

Таким чином, дендрограма ілюструє резильєнтність військових лікарів як інтегральний показник, тісно пов'язаний із психологічними ресурсами особистості та професійної діяльності і водночас відносно відмежований від дезадаптивних форм реагування на бойовий стрес. Отримані результати узгоджуються з авторською моделлю психодіагностики резильєнтності та емпірично підкріплюють доцільність її розгляду як багатовимірного ієрархічно організованого психологічного утворення.

Для уточнення психологічних характеристик, пов'язаних із різними рівнями резильєнтності, проведено порівняльний аналіз крайніх груп із низьким та високим рівнями резильєнтності. Результати ієрархічного кластерного аналізу показали, що резильєнтність військових лікарів є інтегральним психологічним показником, тісно пов'язаним із ресурсними характеристиками особистості і професійної діяльності, водночас відносно відмежованим від дезадаптивних форм реагування на бойовий стрес. Зазначене положення емпірично уточнене в результатах порівняльного аналізу крайніх груп із низьким та високим рівнями резильєнтності, повністю наведених у додатку Г. У табл. 2.13 наведено основні показники, що є найбільш інформативними для інтерпретації психологічних відмінностей між групами.

Таблиця 2.13 – Порівняльні характеристики основних психологічних показників у групах із низьким та високим рівнями резильєнтності

| Показник                   | Низький рівень резильєнтності |                              | Високий рівень резильєнтності |                              | <i>U</i> -критерій Манна-Вітні,<br><i>p</i> |
|----------------------------|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------|------------------------------|---------------------------------------------|
|                            | <i>M</i> ± <i>m</i>           | Me ( <i>Q1</i> ; <i>Q3</i> ) | <i>M</i> ± <i>m</i>           | Me ( <i>Q1</i> ; <i>Q3</i> ) | <i>p</i>                                    |
| Вік (повних років)         | 40,73 ± 1,48                  | 41,00 (30,25; 49,75)         | 42,63 ± 1,30                  | 42,00 (35,75; 49,25)         | 0,338                                       |
| Вислуга років              | 11,56 ± 1,55                  | 9,00 (2,00; 20,75)           | 14,91 ± 1,52                  | 12,00 (6,50; 22,50)          | 0,037                                       |
| Екстраверсія – інтроверсія | 5,60 ± 0,48                   | 5,00 (3,00; 8,75)            | 7,43 ± 0,48                   | 7,00 (5,00; 9,25)            | 0,012                                       |

Продовження табл. 2.13

| Показник                                    | Низький рівень резильєнтності |                      | Високий рівень резильєнтності |                      | U-критерій Манна-Вітні, $p$ |
|---------------------------------------------|-------------------------------|----------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------------------|
|                                             | $M \pm m$                     | Me ( $Q1$ ; $Q3$ )   | $M \pm m$                     | Me ( $Q1$ ; $Q3$ )   |                             |
| Нейротизм – емоційна стійкість              | 8,90 ± 0,46                   | 9,00 (7,00; 10,00)   | 6,67 ± 0,53                   | 7,00 (3,00; 8,25)    | 0,001                       |
| Втеча – уникнення                           | 12,92 ± 0,56                  | 13,00 (10,25; 15,00) | 9,02 ± 0,57                   | 9,00 (6,00; 11,00)   | < 0,001                     |
| Планування вирішення проблем                | 10,56 ± 0,41                  | 11,00 (9,00; 13,00)  | 15,15 ± 0,26                  | 15,00 (13,75; 17,00) | < 0,001                     |
| Позитивне переоцінювання                    | 11,08 ± 0,55                  | 11,00 (9,00; 13,00)  | 15,39 ± 0,39                  | 16,00 (12,75; 17,00) | < 0,001                     |
| Вторгнення                                  | 11,25 ± 0,80                  | 11,00 (7,00; 15,75)  | 8,33 ± 0,74                   | 8,00 (3,75; 12,00)   | 0,012                       |
| Уникнення (IES-R)                           | 11,50 ± 0,71                  | 11,50 (8,00; 15,75)  | 8,57 ± 0,92                   | 8,00 (3,00; 13,25)   | 0,006                       |
| Збудливість                                 | 10,02 ± 0,79                  | 9,00 (6,00; 13,75)   | 6,30 ± 0,75                   | 5,50 (1,75; 10,00)   | 0,001                       |
| Загальний рівень професійної життєстійкості | 55,00 ± 2,27                  | 58,00 (47,00; 65,75) | 75,35 ± 1,39                  | 76,50 (67,75; 83,00) | < 0,001                     |
| Рівень професійної включеності              | 17,77 ± 0,82                  | 19,00 (15,25; 21,00) | 25,17 ± 0,56                  | 25,00 (22,00; 28,00) | < 0,001                     |
| Рівень професійного контролю                | 19,31 ± 0,85                  | 21,00 (16,00; 23,00) | 25,00 ± 0,61                  | 25,50 (22,00; 28,00) | < 0,001                     |
| Життєві цілі                                | 6,29 ± 0,39                   | 6,00 (4,00; 8,00)    | 11,30 ± 0,27                  | 12,00 (9,75; 13,00)  | < 0,001                     |
| Загальна активність                         | 41,04 ± 1,34                  | 41,50 (35,00; 46,75) | 59,91 ± 0,84                  | 60,50 (56,75; 64,00) | < 0,001                     |

Порівняння крайніх груп показало, що за віком ( $p = 0,338$ ) і терміном перебування в районі бойових дій ( $p = 0,167$ ) статистично значущих відмінностей між військовими лікарями з низьким і високим рівнем резильєнтності не виявлено. Це не дає підстав розглядати зазначені характеристики як безпосередні диференціювальні ознаки рівня резильєнтності у межах аналізу крайніх груп. Водночас за показником загальної вислуги років зафіксовано статистично значущу відмінність ( $p = 0,037$ ), що може свідчити про можливу роль професійного досвіду як супутнього чинника, однак не дає підстав трактувати його як прямий або визначальний показник резильєнтності.

Найвиразніші відмінності між групами з низьким і високим рівнями резильєнтності виявлено в емоційно-вольовій сфері та показниках травматичного стресу. У групі з низьким рівнем резильєнтності статистично значуще вищими є показники вторгнення, уникнення та збудливості ( $p < 0,05-0,001$ ), що вказує на більшу інтенсивність травматичних переживань і переважання емоційно-реактивних форм реагування на бойові події. Ці результати узгоджуються з даними щодо копінг-стратегій: у групі з низьким рівнем резильєнтності більш вираженими є дистанціювання та втеча-уникнення, натомість адаптивні способи подолання стресу представлені слабше.

У групі з високим рівнем резильєнтності спостерігається інша психологічна конфігурація, що характеризується переважанням адаптивних копінг-стратегій. Зокрема, у цій групі статистично значуще вищими є показники планування вирішення проблем, позитивного переоцінювання та пошуку соціальної підтримки ( $p \leq 0,01$ ), що відображає орієнтацію на усвідомлену регуляцію стресу, опору на внутрішній особистісний потенціал і використання соціальної підтримки.

Значні відмінності між групами зафіксовано також у мотиваційно-ціннісній сфері. Військові лікарі з високим рівнем резильєнтності мають значуще вищі показники життєвих цілей, загальної активності, професійних інтересів та цінностей, професійних домагань та інтернальності у сфері досягнень ( $p \leq 0,001$ ). Це вказує на наявність чіткої смислової та ціннісної основи професійної діяльності, яка виконує стабілізаційну функцію в умовах війни.

Важливі відмінності виявлено й у системі базових переконань. У групі з високою резильєнтністю статистично значуще вищими є переконання у прихильності світу, доброті людей, справедливості та контрольованості світу, а також цінність власного «Я» (усі  $p < 0,001$ ). Натомість у групі з низькою резильєнтністю ці показники менш виражені, що може зумовлювати зниження відчуття психологічної безпеки та контрольованості подій.

Порівняльний аналіз комунікативної сфери також підтверджує якісні відмінності між групами. Для військових лікарів із низьким рівнем резильєнтності, порівняно з групою високого рівня, характерні статистично значуще вищі показники невміння приймати індивідуальність іншого ( $6,88 \pm 0,37$  проти  $4,41 \pm 0,38$ ;  $p < 0,001$ ), еталоцентризму у спілкуванні ( $6,35 \pm 0,37$  проти  $4,33 \pm 0,41$ ;  $p < 0,001$ ), категоричності суджень ( $5,10 \pm 0,46$  проти  $3,22 \pm 0,40$ ;  $p = 0,001$ ), нетерпимості до індивідуальних проявів партнера ( $6,42 \pm 0,34$  проти  $5,20 \pm 0,36$ ;  $p = 0,022$ ), схильності до трансформації поведінки партнера ( $5,46 \pm 0,38$  проти  $3,61 \pm 0,42$ ;  $p = 0,001$ ), емпатичної недостатності ( $5,96 \pm 0,38$  проти  $4,22 \pm 0,46$ ;  $p = 0,004$ ), емоційної реактивності ( $4,88 \pm 0,41$  проти  $3,28 \pm 0,40$ ;  $p = 0,008$ ) та прогностичної негнучкості ( $5,21 \pm 0,30$  проти  $3,48 \pm 0,43$ ;  $p < 0,001$ ). Водночас за показником комунікативної ригідності статистично значущих відмінностей між групами не виявлено ( $4,69 \pm 0,41$  проти  $4,37 \pm 0,47$ ;  $p = 0,345$ ). Отже, нижчий рівень резильєнтності більшою мірою пов'язаний не із загальною ригідністю спілкування, а з окремими проявами міжособистісної негнучкості, зниженням прийняття індивідуальності іншого та недостатньою емпатійною регуляцією взаємодії.

Окремо розглянемо відмінності у показниках професійної життєстійкості. Військові лікарі з високим рівнем резильєнтності мають статистично значуще вищі показники загального рівня професійної життєстійкості та її компонентів – професійної включеності, контролю, прийняття ризику, а також емоційного і соціального компонентів ( $p \leq 0,001$ ). Це підтверджує функціональний зв'язок між резильєнтністю та здатністю зберігати ефективність професійної діяльності в умовах війни.

Таким чином, результати порівняльного аналізу, повністю наведені в додатку Г та узагальнені в табл. 2.13, показують, що відмінності між групами з низьким і високим рівнями резильєнтності є не лише кількісними, а й якісними, відображаючи різні типи психологічної регуляції – від емоційно-реактивної, фрагментованої та дезадаптивної до інтегрованої, ресурсно-орієнтованої. Отримані емпіричні дані узгоджуються з авторською моделлю

психодіагностики резильєнтності і підтверджують доцільність її розгляду як системного, багатовимірного ієрархічно організованого психологічного утворення.

Отже, результати емпіричного дослідження дали змогу обґрунтувати авторську модель діагностики резильєнтності військових лікарів як багатовимірного, ієрархічно організованого психологічного утворення, що формується та реалізується в умовах хронічного професійного стресу та бойової загрози. Отримані дані показали, що резильєнтність не зводиться до окремих особистісних рис або ситуативних механізмів подолання, а постає як інтегральна система взаємопов'язаних мотиваційно-ціннісних, когнітивно-рефлексивних, емоційно-вольових, поведінкових і професійно-регуляторних компонентів.

Ієрархічний кластерний аналіз засвідчив структурну впорядкованість психологічних показників, пов'язаних із резильєнтністю, і дав змогу визначити її місце в загальній системі психологічної регуляції діяльності військових лікарів. Водночас результати порівняльного аналізу крайніх груп із низьким і високим рівнями резильєнтності показали наявність якісно різних типів психологічного функціонування – від емоційно-реактивного та фрагментованого до інтегрованого, ресурсно-орієнтованого. Це підтверджує положення про те, що рівень резильєнтності визначається не інтенсивністю окремих симптомів або чинників, а ступенем узгодженості й інтеграції психологічних ресурсів особистості і професійної діяльності.

Запропонована модель діагностики резильєнтності забезпечує комплексне оцінювання як ресурсів психологічної стійкості, так і зон потенційної уразливості військових лікарів, що має принципове значення для науково обґрунтованого психологічного супроводу в умовах війни. Модель створює підґрунтя для диференційованого підходу до психодіагностики, профілактики дезадаптивних станів і планування психокорекційних та психоосвітніх заходів з урахуванням рівня та структури резильєнтності.

Отже, обґрунтована авторська модель діагностики резильєнтності військових лікарів є теоретично узгодженою та емпірично підкріпленою і може бути розглянута як методологічна основа для подальшого аналізу практичних можливостей її застосування в системі психологічного забезпечення медичних фахівців Збройних Сил України в умовах війни.

## **Висновки до розділу 2**

Організація емпіричного дослідження, аналіз результатів напівструктурованого інтерв'ю, кількісна психодіагностика психологічних показників та обґрунтування моделі діагностики резильєнтності військових лікарів дали підстави сформулювати такі висновки.

Емпіричне дослідження організовано відповідно до логіки комплексного вивчення резильєнтності військових лікарів в умовах війни. Поєднання якісного та кількісного підходів дало змогу дослідити не лише інтегральний рівень резильєнтності, а й її структурні компоненти, психологічні ресурси, детермінанти і зони потенційної уразливості.

1. Емпіричні результати підтвердили доцільність розгляду резильєнтності військових лікарів в умовах війни як багатовимірного інтегрального психологічного конструкту, що не зводиться до окремих особистісних рис, життєстійкості чи копінг-стратегій, а охоплює мотиваційно-ціннісний, когнітивно-рефлексивний, емоційно-вольовий, поведінковий (операційно-діяльнісний) і комунікативно-регулятивний компоненти.

2. Обґрунтовано та застосовано комплекс психодіагностичних методик, що забезпечив системне оцінювання інтегрального рівня досліджуваного конструкту, його структурних компонентів, психологічних ресурсів і зон потенційної уразливості військових лікарів. Комплексне застосування методик дало змогу поєднати кількісні показники з якісним аналізом суб'єктивного досвіду професійної діяльності в умовах війни.

3. Результати напівструктурованого інтерв'ю показали, що провідними ресурсами резильєнтності військових лікарів є професійна самоідентифікація, усвідомлення значущості лікарської місії, відповідальність перед пацієнтами й колективом, рефлексивне осмислення складних ситуацій, колегіальна підтримка та орієнтація на практичне подолання труднощів. Водночас виявлено ознаки психологічного перевантаження, що підтверджує необхідність системної психологічної підтримки та супроводу.

4. Порівняльний аналіз військових лікарів, які виконували професійні завдання в тилу та в районі бойових дій, не виявив статистично значущих відмінностей за загальним рівнем резильєнтності. Це вказує на відносну стабільність інтегрального показника та зумовлює доцільність подальшого аналізу особливостей саморегуляції й механізмів адаптації військових лікарів до різних умов професійної діяльності.

5. Рівневий аналіз показав, що низький рівень резильєнтності асоціюється з більшою вираженістю емоційно-реактивних, унікальних і травматичних проявів, натомість високий рівень пов'язаний із більшою інтегрованістю мотиваційно-ціннісних, когнітивних, емоційно-вольових, поведінкових і комунікативних ресурсів, професійною включеністю, самоконтролем, плануванням і позитивним переоцінюванням стресового досвіду.

6. Ієрархічний кластерний аналіз показав інтегральне місце резильєнтності в системі психологічної регуляції професійної діяльності військових лікарів. Встановлено її зв'язок із мотиваційно-ціннісними ресурсами, когнітивною гнучкістю, адаптивними копінг-стратегіями, професійною життєстійкістю та комунікативною регуляцією.

7. Встановлено, що професійно-біографічні показники не визначають інтегрального рівня резильєнтності безпосередньо, проте можуть бути пов'язані з окремими психологічними ресурсами її розвитку. Зокрема, загальну вислугу років доцільно інтерпретувати як умову набуття

професійного досвіду, значення якої реалізується через професійну життєстійкість, саморегуляцію, мотиваційно-ціннісну спрямованість і соціальну підтримку.

Отримані результати підтвердили доцільність авторської моделі діагностики резильєнтності військових лікарів, яка забезпечує диференційоване оцінювання ресурсів резильєнтності та зон потенційної уразливості і може бути використана для планування психологічної підтримки та супроводу, психопрофілактичних, психоосвітніх та психокорекційних заходів.

Отже, в розділі емпірично обґрунтовано психологічні особливості розвитку резильєнтності військових лікарів в умовах війни, конкретизовано її структурні компоненти, визначено провідні ресурси й зони уразливості, сформовано наукову основу для подальшого розроблення програми підтримки та розвитку цього конструкту у військово-медичних фахівців.

### **РОЗДІЛ 3**

## **ПСИХОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ ПІДТРИМКИ ТА РОЗВИТКУ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ ВІЙСЬКОВОГО ЛІКАРЯ В УМОВАХ ВІЙНИ**

### **3.1. Програма психологічної підтримки та розвитку резильєнтності військового лікаря в умовах війни: підходи, принципи, умови**

Розроблення програми психологічної підтримки та розвитку резильєнтності військового лікаря в умовах війни зумовлене результатами емпіричного дослідження, які засвідчили багатокomпонентний характер цього психологічного конструкту та актуалізували потребу в цілеспрямованому психологічному супроводі медичних фахівців, професійна діяльність яких відбувається у хронічно стресогенних і часто непередбачуваних умовах. Запропонована програма орієнтована на військових лікарів різних спеціальностей, які виконують професійні обов'язки як у районах ведення бойових дій, так і в тиллових умовах, зокрема у військово-медичних закладах. Метою програми визначено формування та посилення психологічних ресурсів резильєнтності військового лікаря як інтегральної професійно-особистісної якості, що забезпечує ефективне функціонування в умовах війни.

Концептуально програма спирається на авторську п'ятикомпонентну модель резильєнтності військового лікаря, яка охоплює мотиваційно-ціннісний, когнітивно-рефлексивний, емоційно-вольовий, поведінковий (операційно-діяльнісний) та комунікативно-регулятивний компоненти. Саме така структура дала змогу розглядати резильєнтність не як окрему рису чи вузьку навичку стресостійкості, а як багатовимірний психологічний конструкт, що поєднує професійну мотивацію, здатність до осмисленого прийняття рішень, емоційну саморегуляцію, алгоритмізовану поведінку в умовах дефіциту часу та ефективну командну взаємодію. Відповідно, зміст

програми організовано так, щоб кожне заняття адресно впливало на один або декілька зазначених компонентів, а фінальне заняття забезпечувало їх інтеграцію в персональну стратегію професійної стійкості.

За методичним задумом у програмі реалізовано комплексний, системний і практико-орієнтований підходи. Комплексність полягає у поєднанні мінілекцій, практичних вправ, рольових сценаріїв, групових дискусій і рефлексивних процедур у межах єдиного тренінгового циклу. Системність реалізована через послідовний перехід від актуалізації ресурсів і професійних цінностей до розвитку навичок когнітивного контролю, саморегуляції, адаптивної поведінки та командної комунікації. Практична орієнтованість програми забезпечена спрямованістю кожного заняття на відпрацювання конкретних дій, які можуть бути безпосередньо перенесені у професійну діяльність військового лікаря як у тилу, так і в районах ведення бойових дій.

Важливою методологічною основою програми є підхід, орієнтований на актуалізацію та розвиток внутрішнього потенціалу військового лікаря та передбачає посилення здатності до саморегуляції, підтримання професійної мотивації, розвитку рефлексивності, ефективного подолання стресових ситуацій та збереження професійної функціональності в умовах війни. Зміст цього підходу полягає в зосередженні уваги не на дефіцитах чи патологічних проявах, а у виявленні й зміцненні особистісного потенціалу, професійного досвіду, ціннісно-смыслових засад військової служби, командної підтримки та навичок психологічного відновлення.

Завдання програми охоплюють актуалізацію мотиваційно-ціннісної сфери й професійної ідентичності, розвиток когнітивно-рефлексивних навичок, формування емоційно-вольових способів саморегуляції, вдосконалення поведінкових алгоритмів стійкості та комунікативно-регулятивних навичок взаємодії в команді. Враховуючи зазначене, програма спрямована не лише на зниження ризиків психоемоційного виснаження, а й

на створення умов для підтримки і послідовного розвитку резильєнтності військового лікаря.

Не менш значущим є компетентнісний підхід, оскільки зміст програми співвіднесено з військово-професійними компетентностями медичного фахівця. У структурі програми простежується зв'язок із ВПК-16, що передбачає планування та підготовку дій підрозділу з урахуванням сучасного бойового досвіду; ВПК-17, пов'язаною з лідерством, постановкою завдань і організацією взаємодії; та ВПК-18, що охоплює дотримання дисципліни, порядку й безпеки служби. Відповідно, розвиток резильєнтності розглянуто не як ізольоване психологічне завдання, а як чинник підвищення ефективності професійної діяльності військового лікаря через формування навичок мислення під впливом стресу, коротких протоколів відновлення, алгоритму «перші 60 секунд», SBAR-комунікації, асертивності та деескалації. Такий підхід особливо важливий в умовах війни, коли психологічна стійкість безпосередньо пов'язана з якістю прийнятих лікувально-діагностичних рішень, безпекою взаємодії та збереженням працездатності.

Структурно програма має тренінговий формат загальною тривалістю 30 годин і складається з 10 занять по 3 години. Її реалізація передбачає групову офлайн-роботу з використанням мінілекцій, практичних вправ, рольових сценаріїв, групової дискусії та рефлексії. Доцільність такого формату зумовлена можливістю поєднання психоосвітнього компонента з формуванням прикладних навичок, забезпеченням соціального навчання через групову взаємодію, а також створенням умов для нормалізації переживань, взаємної підтримки та безпечного обміну професійним досвідом (додаток Е).

Логіка побудови програми відображає поступове ускладнення змісту і перехід від первинного формування психологічно безпечного простору до інтеграції набутих навичок у професійну практику. Перші заняття передбачають знайомство учасників, формування групової згуртованості,

актуалізацію внутрішніх чинників стійкості, осмислення професійної місії та ціннісних орієнтирів військового лікаря; наступні – на розвиток мислення в умовах стресу, рефлексії, саморегуляції та вольового відновлення; завершальні – на відпрацювання поведінкових алгоритмів, командної комунікації та формування індивідуальної стратегії підтримки змін на 30 днів. Така послідовність є методично обґрунтованою, оскільки перехід до складніших поведінкових і комунікативних інтервенцій відбувається лише після створення базового рівня довіри, групової безпеки та рефлексивної готовності.

Однією з визначальних характеристик програми є її опора на принципи психологічної безпеки. Її положеннями чітко передбачено добровільність участі та право учасника відмовитися від виконання окремої вправи, реалізоване через право «пас». Також передбачено конфіденційність групового процесу, заборону деталізації травматичних подій і натуралістичних описів, зосередженість на внутрішньому потенціалі учасників і практичних навичках, взаємоповагу та відсутність оцінювання особистості, а також використання «стоп-слова» й повернення до правил групи у разі виникнення напруження чи конфлікту. Сукупно ці принципи формують психологічно безпечну навчально-розвивальну рамку, у межах якої учасники можуть відпрацьовувати способи саморегуляції та командної взаємодії без надмірної емоційної актуалізації травматичного досвіду.

Особливого значення набуває принцип дозованості емоційного навантаження. Його реалізація простежується у відмові від надмірної деталізації бойових або травматичних подій, використанні коротких стабілізаційних технік, барометрів стану, вправ на заземлення, дихальних технік, зокрема протоколу «4–2–6» і box breathing, прогресивної м'язової релаксації, а також впровадженні алгоритму дій ведучого в разі гострої емоційної реакції учасника: короткої паузи, техніки заземлення або дихання, індивідуальної підтримки, а за потреби – надання рекомендації про звернення до профільного фахівця чи забезпечення медичного супроводу. Це

підтверджує, що програма побудована з урахуванням ризиків, властивих роботі з особами, які функціонують в умовах воєнного стресу.

Принцип практичного перенесення навичок у діяльність є ще одним важливим засадничим положенням програми. Його реалізацію забезпечено систематичним включенням вправ типу «1 навичка → 1 ситуація застосування», використанням LogBook як структурованого щоденника перенесення та рефлексивного закріплення навичок у реальних умовах професійної діяльності, а також виконанням домашніх завдань після кожного заняття. Завдяки цьому учасник не лише засвоює окрему техніку в межах заняття, а й отримує інструмент для її апробації у професійному середовищі, фіксації результатів застосування та подальшого рефлексивного осмислення.

Важливими організаційно-психологічними умовами реалізації програми є умови її проведення, склад групи та кваліфікація ведучого. Програма може бути впроваджена як у тилкових військово-медичних закладах, так і в районах виконання завдань за умови наявності безпечного приміщення, відповідного режиму роботи та дозволу командування. Обов'язковими організаційними вимогами визначено забезпечення конфіденційного простору без сторонніх осіб, можливість розміщення учасників колом або роботи в малих групах, наявність базових матеріалів для вправ, а також оптимальну чисельність групи 8–15 осіб. Саме така організація дає змогу поєднати групову динаміку, інтенсивність взаємодії та індивідуальну включеність кожного учасника.

Окремою умовою ефективності програми є професійна готовність ведучого – психолога (військового або клінічного) чи іншого фахівця, який має підготовку у сфері психологічної допомоги та групової роботи і володіє навичками кризової комунікації, деескалації та психологічної підтримки. Це положення є принципово важливим, оскільки специфіка контингенту і контексту потребує не лише тренінгової компетентності, а й здатності своєчасно розпізнавати ознаки емоційної дестабілізації, підтримувати межі групи та забезпечувати безпечне ведення процесу.

Важливою умовою участі визначено також дотримання критеріїв відбору та обмежень. У програмі наголошено, що участь є добровільною і не рекомендована в груповому форматі особам із гострими станами, які потребують невідкладної медичної або спеціалізованої психологічної допомоги, а також у випадках істотного погіршення їх соматичного стану. У таких ситуаціях учаснику пропонують перейти в режим спостерігача або тимчасово припинити участь і звернутися до профільного фахівця. Отже, програма чітко розмежовує навчально-розвивальну роботу і ситуації, що потребують клінічного чи кризового втручання.

Очікувані результати програми охоплюють підвищення рівня резильєнтності та/або окремих її компонентів, удосконалення навичок саморегуляції, відновлення та мислення під впливом стресу, підвищення ефективності командної комунікації, а також зростання суб'єктивної готовності застосовувати набуті навички у професійній діяльності в тилових умовах і в районах бойових дій. Для оцінювання результативності передбачено pre/post-діагностику із застосуванням психодіагностичних методик, що були використані в емпіричному дослідженні, а також бланків зворотного зв'язку для оцінювання практичної корисності, психологічної безпеки та перенесення навичок у діяльність.

Додатково в процесі реалізації програми було застосовано цифровий інтерактивний сервіс Mentimeter (цифровий інтерактивний сервіс) як допоміжний інструмент оперативного зворотного зв'язку, рефлексії та проміжного моніторингу групової динаміки. Це дало змогу безпосередньо під час занять фіксувати суб'єктивні оцінки учасників щодо актуального психоемоційного стану, рівня залученості, зрозумілості навчального матеріалу, практичної корисності занять і готовності застосовувати набуті навички у професійній діяльності. Водночас Mentimeter не розглядався як самостійний психодіагностичний інструмент і не замінював стандартизованої pre/post-діагностики, а виконував допоміжну функцію поточного моніторингу та процесуального зворотного зв'язку.

Таким чином, розроблена «Програма психологічної підтримки та розвитку резильєнтності військових лікарів в умовах війни» є структурованою, теоретично обґрунтованою й практично спрямованою системою психологічного супроводу, побудованою відповідно до авторської п'ятикомпонентної моделі резильєнтності військового лікаря. Зміст програми орієнтований на послідовний розвиток мотиваційно-ціннісного, когнітивно-рефлексивного, емоційно-вольового, поведінкового (операційно-діяльнісного) та комунікативно-регулятивного компонентів резильєнтності, які у взаємозв'язку забезпечують збереження професійної ефективності військового лікаря. Обґрунтовані методологічні підходи, принципи психологічної безпеки, організаційні умови та діагностичні засоби оцінювання результативності забезпечують можливість практичного впровадження програми як у тилкових військово-медичних закладах, так і в районах виконання службово-бойових завдань.

### **3.2. Аналіз результативності впровадження програми підтримки та розвитку резильєнтності військового лікаря в умовах війни**

Для оцінювання результативності впровадження програми підтримки та розвитку резильєнтності військового лікаря в умовах війни проведено порівняльний аналіз показників контрольної та експериментальної груп до і після формувального впливу. У формувальному етапі дослідження взяли участь 30 військових лікарів-інтернів, яких розподілено на дві групи по 15 осіб у кожній. До контрольної групи увійшли переважно фахівці за спеціальністю загальна практика – сімейна медицина (14 осіб), а також 1 досліджуваний за спеціальністю хірургія. Учасники цієї групи не брали участі у програмі розвитку резильєнтності. До експериментальної групи увійшли 15 лікарів-інтернів, які взяли участь у програмі; серед них були фахівці за спеціальностями психіатрія (10 осіб) та фізична та реабілітаційна медицина (5 осіб).

Методологічна доцільність апробації розробленої програми на вибірці військових лікарів-інтернів зумовлена специфікою їхнього професійного становлення. Зазначений етап є важливим періодом професіогенезу, що характеризується інтенсивним формуванням навичок психічної саморегуляції, когнітивно-рефлексивних механізмів, локусу професійної відповідальності, здатності до прийняття рішень в умовах дефіциту часу та стратегій міжособистісної взаємодії у кризових ситуаціях.

Попри регламентований характер діяльності та виконання функціональних обов'язків під безпосереднім керівництвом куратора, військові лікарі-інтерни є активними учасниками лікувально-діагностичного процесу. Вони безпосередньо залучені до виконання клінічних завдань, взаємодії з пацієнтами та медичним персоналом, а також функціонують у специфічному військово-професійному середовищі. Окреслені обставини дають підстави розглядати військових лікарів-інтернів як релевантну цільову групу для первинної емпіричної перевірки результативності програми психологічного супроводу та розвитку резильєнтності.

Додатковим науково-практичним аргументом на користь вибору цієї категорії респондентів є їхній службово-професійний контекст. Представники експериментальної групи мали досвід виконання завдань, пов'язаних із бойовими діями, також військові лікарі-інтерни за добровільною згодою можуть залучатися до військової та лікарської практики в районах бойових дій. Зазначене підвищує практичну значущість апробації програми, оскільки дає змогу оцінити її потенціал на етапі раннього професійного становлення військово-медичного фахівця в умовах воєнного часу.

За основними соціально-демографічними показниками обидві групи були загалом зіставними. Зокрема, середній вік учасників контрольної групи становив 25,5 років, експериментальної – 25,00 років; статистично значущих відмінностей за віком між групами не виявлено ( $p = 0,394$ ). За статевим складом контрольна група включала 10 чоловіків і 5 жінок, тоді як

експериментальна – 7 чоловіків і 8 жінок; статистично значущих відмінностей за цим показником також не встановлено ( $p = 0,462$ ). Середній показник вислуги років у контрольній групі становив 1,87 року, в експериментальній – 2,27 року; відмінності між групами не були статистично значущими ( $p = 0,394$ ). Отже, можна вважати, що контрольна та експериментальна групи зіставні за віком, статтю і вислугою років, що дає підстави коректно інтерпретувати виявлені відмінності в динаміці психологічних показників, пов'язані з впровадженням програми. Водночас групи не були однорідними за спеціальністю, тому цей чинник слід урахувати під час інтерпретації результатів як одне з обмежень дослідження. Узагальнену характеристику учасників формувального етапу наведено в табл. 3.1.

Таблиця 3.1 – Характеристика контрольної та експериментальної груп на формувальному етапі дослідження

| Показник               | Контрольна група          | Експериментальна група   |
|------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Кількість, $n$         | 15                        | 15                       |
| Середній вік, років    | 25,5                      | 25                       |
| Середня вислуга, років | 1,87                      | 2,27                     |
| Чоловіки, $n$          | 10                        | 7                        |
| Жінки, $n$             | 5                         | 8                        |
| Основні спеціальності  | ЛЗП-СМ (14), хірургія (1) | Психіатрія (10), ФРМ (5) |

Логіка аналізу передбачала зіставлення показників до і після впровадження програми в межах кожної групи, а також порівняння величини змін між контрольною та експериментальною групами (додаток Ж). Такий підхід дав змогу виявити не лише внутрішньогрупові зрушення, а й оцінити, чи перевищують зміни в експериментальній групі природні коливання показників, що спостерігалися в контрольній. Узагальнену динаміку основних показників у двох групах наведено в табл. 3.2.

Таблиця 3.2 – Динаміка ключових психологічних показників у контрольній та експериментальній групах до і після впровадження програми

| Показник                                    | КГ до | КГ після | КГ $\Delta$ | ЕГ до | ЕГ після | ЕГ $\Delta$ |
|---------------------------------------------|-------|----------|-------------|-------|----------|-------------|
| Резильєнтність                              | 68,33 | 70,33    | 2           | 64,53 | 75,00    | 10,47       |
| Загальний рівень професійної життєстійкості | 64    | 67,13    | 3,13        | 60,33 | 67,13    | 6,8         |
| Професійна включеність                      | 20,53 | 20,8     | 0,27        | 19,33 | 22,4     | 3,07        |
| Професійний контроль                        | 22,07 | 23,07    | 1           | 19,87 | 22,8     | 2,93        |
| Планування вирішення проблеми               | 13,67 | 14       | 0,33        | 12,6  | 14,33    | 1,73        |
| Прийняття відповідальності                  | 8     | 7,67     | -0,33       | 7,53  | 8,4      | 0,87        |
| Прихильність світу                          | 17,47 | 16,93    | -0,54       | 14,67 | 16,8     | 2,13        |
| Справедливість світу                        | 14,2  | 13,47    | -0,73       | 13,87 | 15,6     | 1,73        |
| Контрольованість світу                      | 14,67 | 14,8     | 0,13        | 12,47 | 14,6     | 2,13        |
| Цінність власного «Я»                       | 18,6  | 18,73    | 0,13        | 15,6  | 17,27    | 1,67        |
| Випадковість                                | 14,53 | 14,53    | 0           | 16,67 | 13,93    | -2,74       |
| Невміння приймати індивідуальність іншого   | 5,4   | 5,07     | -0,33       | 7,93  | 6,47     | -1,46       |
| Життєві цілі                                | 11    | 11,13    | 0,13        | 8,73  | 10,00    | 1,27        |

Отримані результати показали, що після завершення програми виразніша позитивна динаміка інтегрального показника резильєнтності спостерігалася в експериментальній групі. Зокрема, середнє значення резильєнтності в її учасників зросло з 64,53 до 75,00 балів, а в контрольній групі цей показник змінився з 68,33 до 70,33 бала. Внутрішньогрупова зміна в експериментальній групі виявилася статистично значущою за критерієм

Вілкоксона ( $p = 0,006$ ), що вказує на позитивні зрушення після участі у програмі. Водночас з огляду на особливості статистичного підтвердження доцільно говорити не про однозначно доведений міжгруповий ефект програми за інтегральним показником резильєнтності, а про виражену позитивну тенденцію до його зростання в учасників експериментальної групи. Візуалізацію цієї динаміки наведено на рис. 3.1.

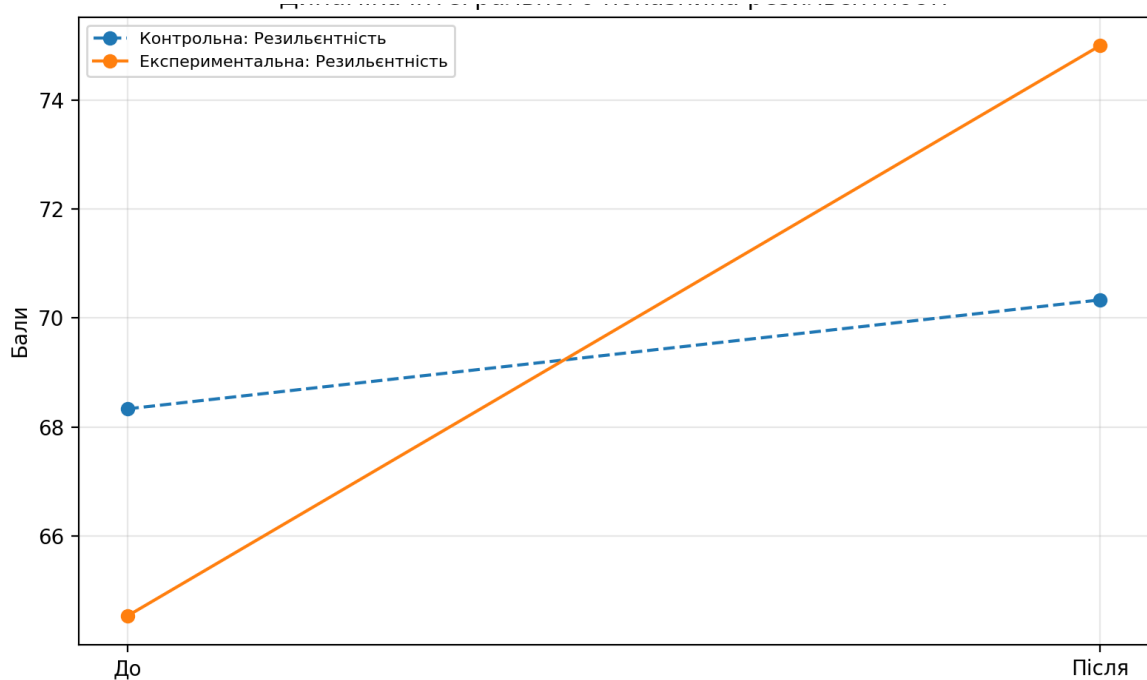


Рисунок 3.1 – Динаміка інтегрального показника резильєнтності в контрольній та експериментальній групах

Натомість переконливіші результати отримано за показниками професійної життєстійкості. В експериментальній групі загальний рівень професійної життєстійкості зріс з 60,33 до 67,13 бала ( $p(t) = 0,001$ ;  $p(w) < 0,001$ ), тоді як у контрольній групі аналогічне підвищення з 64,00 до 67,13 бала не було статистично значущим ( $p(t) = 0,127$ ;  $p(w) = 0,181$ ). Особливо виразні зрушення в експериментальній групі виявлено за підшкалами професійної включеності – з 19,33 до 22,40 бала ( $p(t) = 0,001$ ;  $p(w) = 0,001$ ) і професійного контролю – з 19,87 до 22,80 бала ( $p(t) < 0,001$ ;  $p(w) < 0,001$ ). При цьому міжгрупове порівняння показало статистично

значущо більший зсув в експериментальній групі не лише за показником професійної включеності ( $p = 0,019$ ;  $p(U) = 0,011$ ), а і за показником професійного контролю ( $p = 0,048$ ;  $p(U) = 0,037$ ). Це свідчить про посилення суб'єктності, професійної залученості та переживання власної спроможності впливати на складні службово-професійні обставини саме під впливом програми. Відповідну динаміку подано на рис. 3.2.

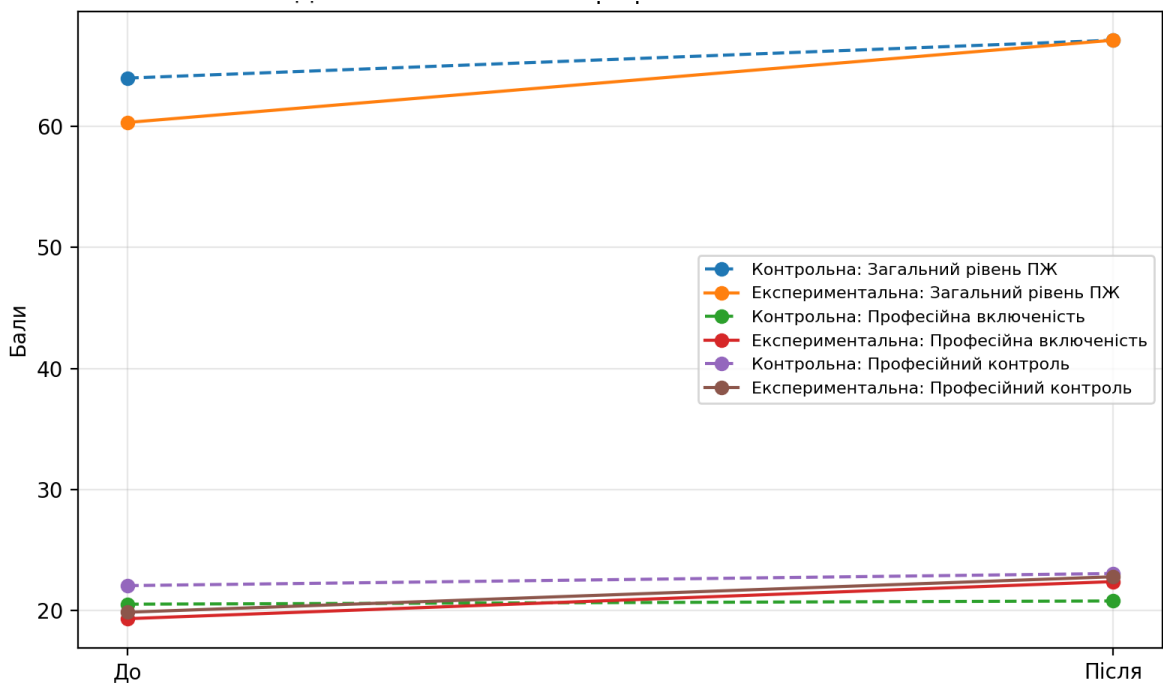


Рисунок 3.2 – Динаміка показників професійної життестійкості в контрольній та експериментальній групах

Важливим результатом є також динаміка конструктивних копінг-стратегій. В експериментальній групі статистично значуще зросли показники планування вирішення проблеми - з 12,60 до 14,33 бала ( $p(t) = 0,006$ ;  $p(w) = 0,009$ ) та прийняття відповідальності - з 7,53 до 8,40 бала ( $p(t) = 0,041$ ;  $p(w) = 0,035$ ). У контрольній групі подібних зрушень не виявлено. Порівняння величини змін між групами показало, що за шкалою планування вирішення проблеми перевага експериментальної групи статистично значуща як за  $t$ -критерієм, так і за  $U$ -критерієм ( $p = 0,044$ ;  $p(U) = 0,019$ ). За шкалою прийняття відповідальності міжгрупова різниця досягла

статистичної значущості за  $t$ -критерієм ( $p = 0,046$ ), але не була підтверджена за критерієм Манна – Вітні ( $U$ ) ( $p(U) = 0,057$ ). Сукупно ці результати дають підстави вважати, що програма сприяла переходу до активніших, проблемно-орієнтованих способів подолання стресових ситуацій. Порівняльну динаміку конструктивних копінг-стратегій наведено на рис. 3.3.

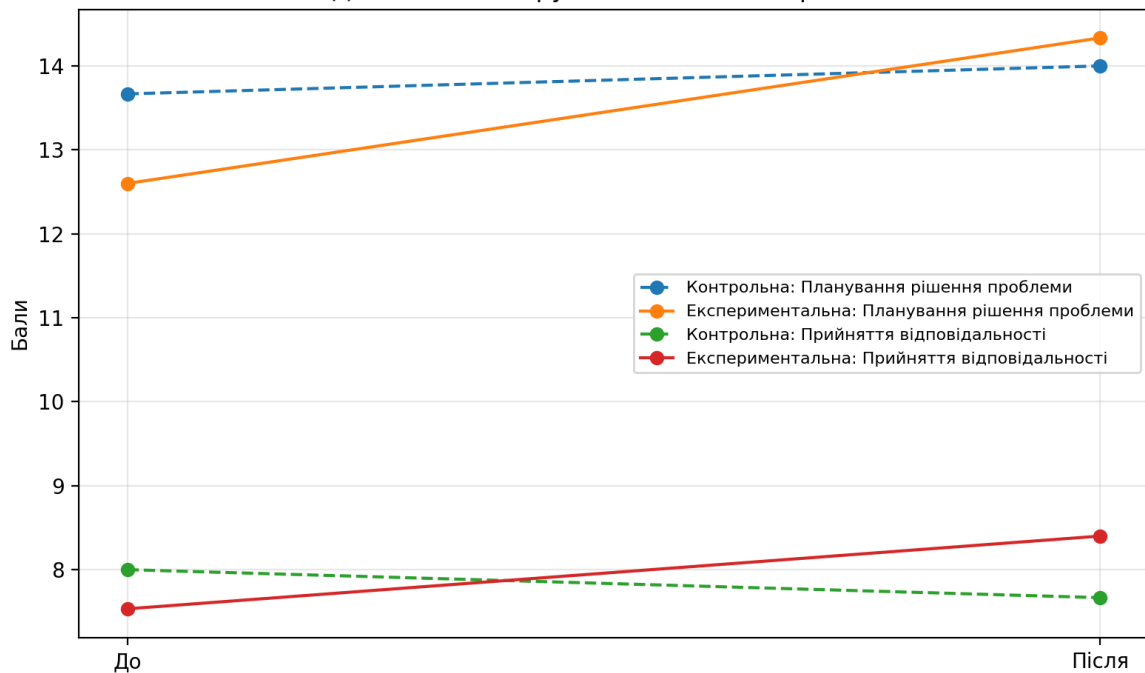


Рисунок 3.3 – Динаміка конструктивних копінг-стратегій у контрольній та експериментальній групах

Окремого аналізу потребують зміни у сфері базових переконань, оскільки саме вони відображають глибинні когнітивно-сміслові опори особистості. В експериментальній групі після проходження програми статистично значуще зросли показники прихильності світу з 14,67 до 16,80 бала ( $p(t) = 0,003$ ;  $p(w) = 0,005$ ), справедливості світу з 13,87 до 15,60 бала ( $p(t) = 0,015$ ;  $p(w) = 0,017$ ), контрольованості світу з 12,47 до 14,60 бала ( $p(t) = 0,002$ ;  $p(w) = 0,003$ ) та цінності власного «Я» з 15,60 до 17,27 бала ( $p(t) = 0,019$ ;  $p(w) = 0,023$ ).

Водночас показник випадковості подій статистично значуще знизився з 16,67 до 13,93 бала ( $p(t) = 0,008$ ;  $p(w) = 0,009$ ), що є позитивним результатом, оскільки свідчить про зменшення сприйняття світу як

хаотичного та неконтрольованого. У контрольній групі подібних зрушень не зафіксовано. Міжгрупове порівняння величини змін підтвердило перевагу експериментальної групи за всіма зазначеними показниками: прихильність світу ( $p = 0,002$ ;  $p(U) = 0,001$ ), справедливість світу ( $p = 0,010$ ;  $p(U) = 0,006$ ), контрольованість світу ( $p = 0,028$ ;  $p(U) = 0,016$ ), цінність власного «Я» ( $p = 0,044$ ;  $p(U) = 0,030$ ) та випадковість подій ( $p = 0,008$ ;  $p(U) = 0,008$ ). Це дає підстави розглядати програму як чинник зміцнення більш впорядкованої, осмисленої та психологічно підтримувальної картини світу. Відповідні зміни відображено на рис. 3.4.

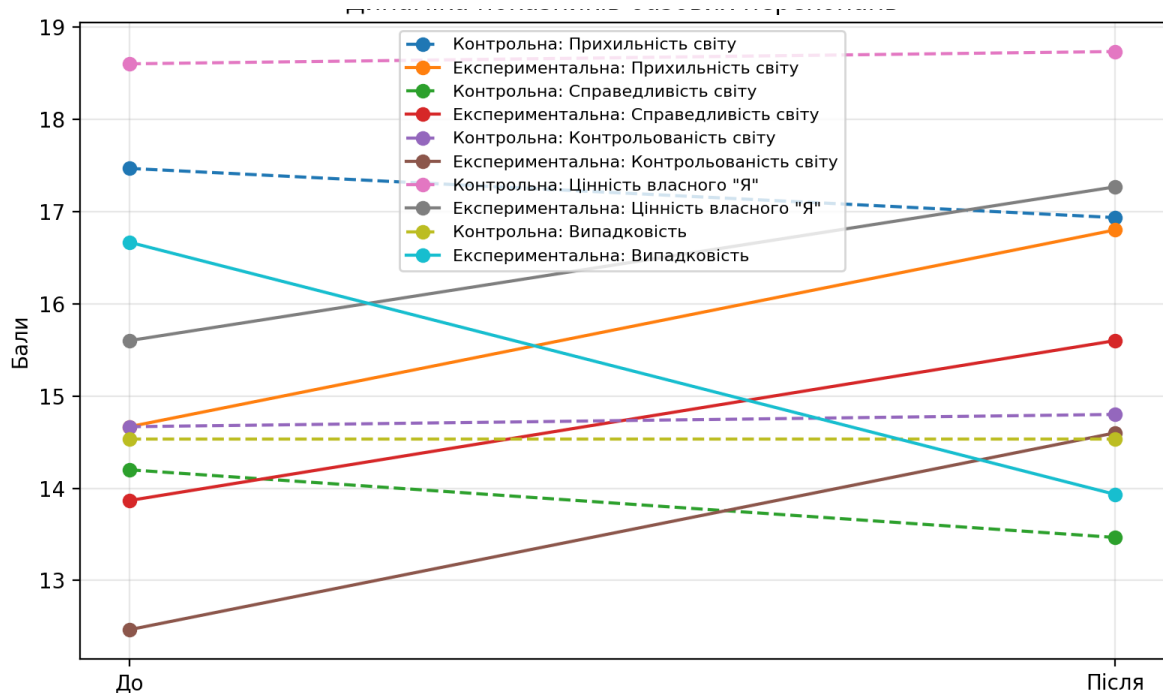


Рисунок 3.4 – Динаміка показників базових переконань у контрольній та експериментальній групах

Змістово важливими є також зміни в комунікативно-регулятивній та мотиваційно-смісловій сферах. Учасники експериментальної групи продемонстрували зниження показника невміння приймати індивідуальність іншого з 7,93 до 6,47 бала ( $p(t) = 0,005$ ;  $p(w) = 0,010$ ), що вказує на підвищення толерантності, гнучкості у взаємодії та готовності до професійної комунікації в напружених умовах військово-медичної діяльності. За мотиваційно-смісловим аспектом в експериментальній групі

виявлено статистично значуще зростання показника життєвих цілей – з 8,73 до 10,00 балів ( $p(t) = 0,020$ ;  $p(w) = 0,016$ ). Проте в міжгруповому порівнянні зсувів обидва показники не досягли статистичної значущості, що вказує на позитивну внутрішньогрупову динаміку, але не дає підстав трактувати її як беззаперечно доведений міжгруповий ефект.

Додатково слід відзначити зміни у структурі професійної життєстійкості. В експериментальній групі статистично значуще підвищився соціальний компонент професійної життєстійкості – з 14,40 до 16,53 бала ( $p(t) = 0,006$ ;  $p(w) = 0,007$ ) та професійний компонент професійної життєстійкості – з 13,60 до 16,13 бала ( $p(t) = 0,007$ ;  $p(w) = 0,017$ ). У міжгруповому порівнянні ці зрушення не досягли статистичної значущості, однак демонструють важливу позитивну тенденцію, що узгоджується із загальною логікою програми, спрямованої на розвиток командної взаємодії, професійної організованості та ефективнішого функціонування у стресогенних умовах.

Водночас аналіз динаміки показників у контрольній групі показав відсутність стійких статистично значущих змін за більшістю досліджуваних параметрів. Лише за показником професійного прийняття ризику зафіксовано значення  $p(t) = 0,047$ , однак за критерієм Вілкоксона цей результат не досяг рівня статистичної значущості ( $p = 0,064$ ). Це дає підстави вважати, що позитивні зрушення в експериментальній групі не можуть бути пояснені лише природними часовими коливаннями показників. Показники, за якими в експериментальній групі зафіксовано статистично значущі зміни, узагальнено в табл. 3.3.

Таблиця 3.3 – Показники позитивної динаміки і тенденцій змін в експериментальній групі після впровадження програми

| Показник                                    | ЕГ до | ЕГ після | $p(t)$<br>в ЕГ | $p(w)$<br>в ЕГ | $p(t)$<br>між<br>групами | $p(U)$<br>між<br>групами |
|---------------------------------------------|-------|----------|----------------|----------------|--------------------------|--------------------------|
| Резильєнтність                              | 64,53 | 75,00    | 0,172          | 0,006          | 0,384                    | 0,058                    |
| Загальний рівень професійної життєстійкості | 60,33 | 67,13    | 0,001          | <0,001         | 0,159                    | 0,184                    |

Продовження табл. 3.3

| Показник                                         | ЕГ до | ЕГ після | $p(t)$<br>в ЕГ | $p(w)$<br>в ЕГ | $p(t)$<br>між<br>групами | $p(U)$<br>між<br>групами |
|--------------------------------------------------|-------|----------|----------------|----------------|--------------------------|--------------------------|
| Професійна включеність                           | 19,33 | 22,40    | 0,001          | 0,001          | 0,019                    | 0,011                    |
| Професійний контроль                             | 19,87 | 22,80    | <0,001         | <0,001         | 0,048                    | 0,037                    |
| Професійне прийняття ризику                      | 20,87 | 22,60    | 0,112          | 0,114          | 0,921                    | 0,588                    |
| Планування вирішення проблеми                    | 12,60 | 14,33    | 0,006          | 0,009          | 0,044                    | 0,019                    |
| Прийняття відповідальності                       | 7,53  | 8,40     | 0,041          | 0,035          | 0,046                    | 0,057                    |
| Прихильність світу                               | 14,67 | 16,80    | 0,003          | 0,005          | 0,002                    | 0,001                    |
| Справедливість світу                             | 13,87 | 15,60    | 0,015          | 0,017          | 0,010                    | 0,006                    |
| Контрольованість світу                           | 12,47 | 14,60    | 0,002          | 0,003          | 0,028                    | 0,016                    |
| Цінність власного «Я»                            | 15,60 | 17,27    | 0,019          | 0,023          | 0,044                    | 0,030                    |
| Випадковість подій                               | 16,67 | 13,93    | 0,008          | 0,009          | 0,008                    | 0,008                    |
| Невміння приймати індивідуальність іншого        | 7,93  | 6,47     | 0,005          | 0,010          | 0,096                    | 0,117                    |
| Життєві цілі                                     | 8,73  | 10,00    | 0,020          | 0,016          | 0,082                    | 0,165                    |
| Соціальний компонент професійної життєстійкості  | 14,40 | 16,53    | 0,006          | 0,007          | 0,082                    | 0,096                    |
| Професійний компонент професійної життєстійкості | 13,60 | 16,13    | 0,007          | 0,017          | 0,582                    | 0,206                    |

Узагальнення результатів дає підстави стверджувати, що програма розвитку резильєнтності військового лікаря в умовах війни виявилася результативною насамперед щодо психологічних характеристик, найчутливіших до цілеспрямованого психоосвітнього і тренінгового впливу. Її впровадження супроводжувалося статистично значущим підвищенням показників професійної життєстійкості, професійної включеності, професійного контролю, конструктивних копінг-стратегій, позитивних базових переконань, а також окремих мотиваційно-сміслових і комунікативно-регулятивних характеристик. Саме ці результати найпереконливіше підтверджують ефективність програми як засобу психологічної підтримки та розвитку адаптаційних ресурсів військового лікаря в умовах війни.

Водночас результати доцільно інтерпретувати з урахуванням певних обмежень: невеликої чисельності груп, їх квазіекспериментального формування та професійної неоднорідності вибірки. Попри це, виявлені

спрямованість і виразність змін в експериментальній групі дають підстави розглядати запропоновану програму як перспективний інструмент психологічного супроводу та розвитку резильєнтності військових лікарів.

### **3.3. Психофізіологічний аспект впровадження програми підтримки та розвитку резильєнтності**

Психофізіологічний аспект упровадження програми підтримки та розвитку резильєнтності військових лікарів досліджувався за двома взаємодоповнювальними блоками показників. Перший блок охоплював параметри варіабельності серцевого ритму, що відображають особливості автономної регуляції, рівень функціонального напруження та характер вегетативного забезпечення діяльності. Другий блок включав психофізіологічні показники, пов'язані з функціональним станом центральної нервової системи, швидкістю сенсомоторного реагування, рухливістю та силою нервових процесів, просторовою орієнтацією і точністю опрацювання інформації.

Залучення цього блоку показників є методично обґрунтованим, оскільки в умовах професійної діяльності військового лікаря ефективність реагування, здатність швидко опрацьовувати інформацію, підтримувати увагу й орієнтуватися в змінних умовах безпосередньо пов'язані з якістю виконання професійних завдань.

Дослідження варіабельності серцевого ритму проводилося за допомогою МПФІ-1 «Ритмограф». У межах аналізу враховувалися показники частоти серцевих скорочень, загальної варіабельності серцевого ритму, індексу напруження регуляторних систем, спектральних компонентів серцевого ритму та їх співвідношення. Зокрема, аналізувалися ЧСС, SDNN, IH, VLF, LF, LFnorm, HFnorm, LF/HF, CCo та BetaT. Такий набір показників дав змогу оцінити не лише загальний рівень серцевої регуляції, а й характер

співвідношення повільнохвильових і високочастотних компонентів у структурі серцевого ритму.

Психофізіологічні дослідження проводилися за допомогою програмно-апаратного комплексу для психофізіологічних досліджень на базі приладу «ПФІ-2» (ТУ У 26.6–37366104–001:2019), у якому реалізовані модифіковані методики оцінки простої зорово-моторної реакції, складної зорово-моторної реакції, функціональної рухливості нервових процесів та критичної частоти світлових миготінь. У межах цього етапу дослідження використовувалися методики: критична частота світлових миготінь за зеленим стимулом для правого та лівого ока, проста реакція на світловий стимул, складна реакція на світловий стимул, функціональна рухливість нервових процесів зі світловими стимулами, коректурна проба, орієнтація в просторі за методикою «Компас» та оцінка короткочасної пам'яті [23].

Застосування програмно-апаратного комплексу «ПФІ-2» забезпечувало стандартизоване пред'явлення стимульного матеріалу, автоматизовану реєстрацію часу реакції та обробку отриманих результатів. Це дало змогу мінімізувати вплив випадкових зовнішніх чинників на процедуру тестування та забезпечити порівнюваність даних, отриманих на початку й після завершення програми.

Доцільність використання зазначеного психофізіологічного блоку підтверджується сучасними дослідженнями військовослужбовців, у яких показано, що психофізіологічний стан в умовах стресового навантаження може змінюватися за параметрами простої та складної зорово-моторної реакції, концентрації уваги, просторової орієнтації та короткочасної пам'яті. З огляду на це зазначені показники можна розглядати як інформативні індикатори функціональної готовності до діяльності, що потребує швидкого реагування, точності рішень і стабільності когнітивної продуктивності [14; 40; 68].

Динаміка в експериментальній групі оцінена за схемою повторних вимірювань «до – після» із застосуванням статистичних процедур для

залежних вибірок. Описову статистику наведено у форматі  $M \pm m$ , статистичну значущість змін визначено за парним  $t$ -критерієм Стьюдента та критерієм Вілкоксона. Для аналізу структури взаємозв'язків між психофізіологічними показниками було використано коефіцієнт рангової кореляції Спірмена. Такий аналітичний підхід дав змогу встановити спрямованість і виразність зрушень, зафіксованих після завершення програми.

Першим етапом аналізу було оцінювання динаміки параметрів варіабельності серцевого ритму в експериментальній групі. Цей блок давав змогу визначити, чи супроводжувалося впровадження програми змінами автономної регуляції серцевого ритму та рівня функціонального напруження. Результати з найбільш виразною динамікою в експериментальній групі наведено в табл. 3.4 [27, с. 41–50].

Таблиця 3.4 – Динаміка показників ВСР в експериментальній групі ( $M \pm m$ )

| Показник             | Початок             | Завершення          | $\Delta$ | $p(t)$ | $p(w)$ |
|----------------------|---------------------|---------------------|----------|--------|--------|
| ЧСС, уд/хв           | $77,26 \pm 2,27$    | $82,80 \pm 3,38$    | 5,54     | 0,185  | 0,135  |
| SDNN, мс             | $54,45 \pm 5,35$    | $46,29 \pm 5,83$    | -8,16    | 0,201  | 0,208  |
| ІН, %/с <sup>2</sup> | $108,55 \pm 22,62$  | $168,09 \pm 34,14$  | 59,55    | 0,123  | 0,188  |
| VLF, мс <sup>2</sup> | $772,80 \pm 136,62$ | $553,80 \pm 96,44$  | -219,00  | 0,109  | 0,151  |
| LF, мс <sup>2</sup>  | $684,73 \pm 144,76$ | $644,60 \pm 172,95$ | -40,13   | 0,789  | 0,679  |
| LFnorm               | $0,56 \pm 0,04$     | $0,65 \pm 0,03$     | 0,09     | 0,050  | 0,035  |
| HFnorm               | $0,44 \pm 0,04$     | $0,35 \pm 0,03$     | -0,09    | 0,050  | 0,041  |
| LF/HF                | $1,73 \pm 0,36$     | $2,30 \pm 0,36$     | 0,57     | 0,196  | 0,151  |
| CCo                  | $39,13 \pm 9,02$    | $35,20 \pm 11,59$   | -3,93    | 0,806  | 0,414  |
| BetaT                | $0,62 \pm 0,05$     | $0,68 \pm 0,04$     | 0,06     | 0,407  | 0,303  |

Примітка:  $\Delta$  – середня різниця між показниками на етапі завершення та на початку;  $p(t)$  – рівень статистичної значущості за парним  $t$ -критерієм Стьюдента;  $p(w)$  – рівень статистичної значущості за критерієм Вілкоксона.

Як засвідчують дані табл. 3.4, в експериментальній групі за більшістю показників варіабельності серцевого ритму статистично значущих внутрішньогрупових зрушень не встановлено. Водночас найбільш виразна динаміка виявлена за спектральними співвідношеннями: показник  $LF_{norm}$  підвищився з  $0,56 \pm 0,04$  до  $0,65 \pm 0,03$  ( $p(t) = 0,050$ ;  $p(w) = 0,035$ ), тоді як  $HF_{norm}$  змінився з  $0,44 \pm 0,04$  до  $0,35 \pm 0,03$  ( $p(t) = 0,050$ ;  $p(w) = 0,041$ ). Це вказує на збільшення напруження симпатичного відділу автономної нервової системи та зменшення впливу парасимпатичного відділу автономної нервової системи. Враховуючи зазначене, після завершення експерименту збільшується робоче напруження, яке підтверджує збільшення активації організму випробуваних під дією навантаження в ході проходження програми [14, с. 186].

Отже, зміни параметрів ВСР в експериментальній групі були переважно помірними та вибірковими. Найчутливішими до впливу програми виявилися саме спектральні компоненти, натомість інші показники зберігали відносну стабільність у межах досліджуваного періоду.

Загальну спрямованість динаміки параметрів ВСР у контрольній групі зіставлено в табл. 3.5.

Таблиця 3.5 – Динаміка показників ВСР у контрольній групі ( $M \pm m$ )

| Показник             | Початок             | Завершення          | $\Delta$ | $p(t)$ | $p(w)$ |
|----------------------|---------------------|---------------------|----------|--------|--------|
| ЧСС, уд/хв           | $86,88 \pm 3,86$    | $79,10 \pm 3,75$    | -7,78    | 0,167  | 0,073  |
| SDNN, мс             | $47,62 \pm 5,59$    | $54,03 \pm 5,91$    | 6,41     | 0,447  | 0,639  |
| ІН, %/с <sup>2</sup> | $185,32 \pm 58,82$  | $124,47 \pm 29,96$  | -60,85   | 0,390  | 0,454  |
| VLF, мс <sup>2</sup> | $504,93 \pm 82,25$  | $710,27 \pm 117,48$ | 205,33   | 0,194  | 0,252  |
| LF, мс <sup>2</sup>  | $841,53 \pm 251,42$ | $907,87 \pm 316,11$ | 66,33    | 0,876  | 0,934  |
| LFnorm               | $0,71 \pm 0,05$     | $0,63 \pm 0,05$     | -0,07    | 0,367  | 0,443  |
| HFnorm               | $0,29 \pm 0,05$     | $0,37 \pm 0,05$     | 0,07     | 0,367  | 0,443  |
| LF/HF                | $5,21 \pm 1,63$     | $2,91 \pm 0,74$     | -2,30    | 0,248  | 0,277  |
| ССо                  | $34,80 \pm 10,68$   | $41,80 \pm 9,25$    | 7,00     | 0,647  | 0,570  |

| Показник | Початок         | Завершення      | $\Delta$ | $p(t)$ | $p(w)$ |
|----------|-----------------|-----------------|----------|--------|--------|
| BetaT    | $0,71 \pm 0,06$ | $0,67 \pm 0,04$ | -0,04    | 0,646  | 0,925  |

Примітка:  $\Delta$  – середня різниця між показниками на етапі завершення та на початку;  $p(t)$  – рівень статистичної значущості за парним  $t$ -критерієм Стьюдента;  $p(w)$  – рівень статистичної значущості за критерієм Вілкоксона.

У контрольній групі статистично значущих внутрішньогрупових змін за показниками варіабельності серцевого ритму не виявлено. Це вказує на обмежену виразність вегетативних зрушень у межах досліджуваного періоду та водночас підтверджує доцільність комплексної інтерпретації показників ВСР у поєднанні з іншими психофізіологічними індикаторами.

Психофізіологічний аналіз охоплював показники критичної частоти світлових миготінь, простої та складної зорово-моторних реакцій, функціональної рухливості нервових процесів, сили нервових процесів, а також параметри орієнтації у просторі (додаток II). Саме цей блок дав змогу конкретизувати особливості змін функціонального стану центральної нервової системи після завершення програми. Результати з найвиразнішою динамікою в експериментальній групі наведено в табл. 3.6.

Таблиця 3.6 – Психофізіологічні показники експериментальної групи з найвиразнішою динамікою ( $M \pm m$ )

| Показник                        | Початок            | Завершення         | $\Delta$ | $p(t)$ | $p(w)$ |
|---------------------------------|--------------------|--------------------|----------|--------|--------|
| ФРНП, мс                        | $263,00 \pm 14,09$ | $232,93 \pm 10,86$ | -30,07   | 0,027  | 0,016  |
| СНП, мс                         | $340,04 \pm 19,21$ | $314,43 \pm 13,30$ | -25,61   | 0,129  | 0,022  |
| Кількість правильних відповідей | $10,47 \pm 1,79$   | $16,20 \pm 1,20$   | 5,73     | 0,003  | 0,009  |
| Кількість помилкових відповідей | $9,53 \pm 1,79$    | $3,80 \pm 1,20$    | -5,73    | 0,003  | 0,009  |

Примітка: показники кількості правильних і помилкових відповідей були отримані за тестом орієнтації у просторі.

У психофізіологічному блоці виявлено вибіркові статистично значущі позитивні зрушення. Зокрема, показник функціональної рухливості нервових процесів зменшився з  $263,00 \pm 14,09$  до  $232,93 \pm 10,86$  мс ( $p(t) = 0,027$ ;  $p(w) = 0,016$ ), що свідчить про підвищення рухливості нервових процесів. Показник сили нервових процесів знизився з  $340,04 \pm 19,21$  до  $314,43 \pm 13,30$  мс; за парним  $t$ -критерієм ця зміна не досягла рівня статистичної значущості ( $p = 0,129$ ), проте за критерієм Вілкоксона виявилася статистично значущою ( $p = 0,022$ ), що дає підстави розглядати її як позитивну динаміку (рис. 3.5).

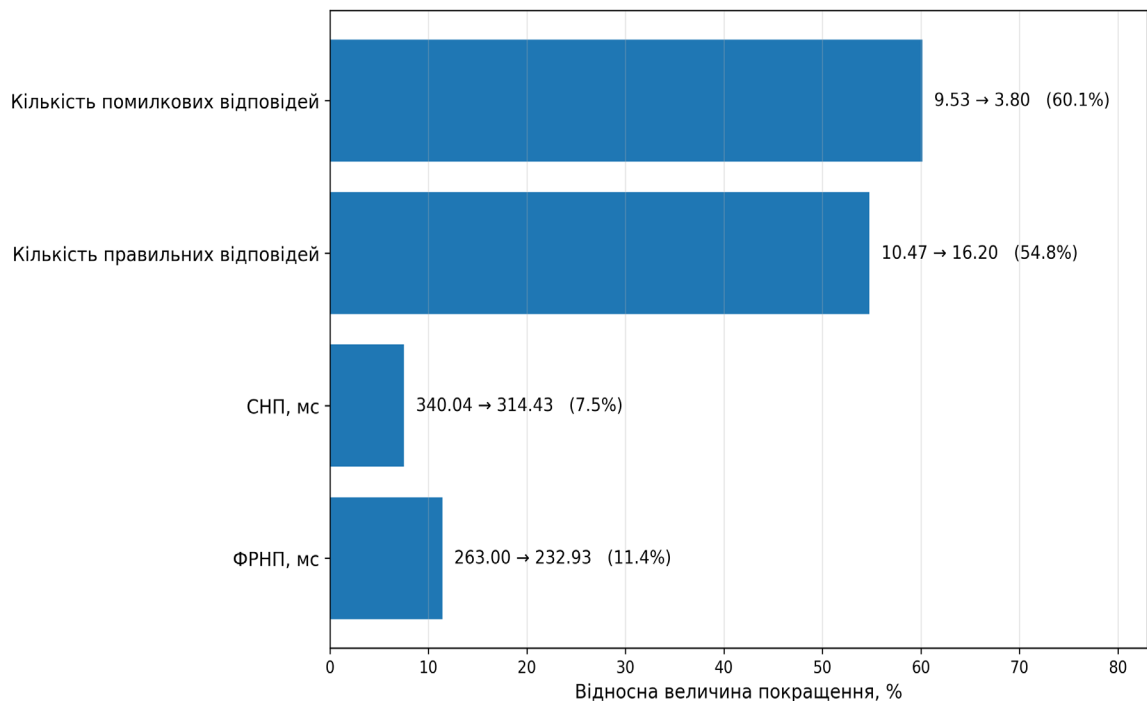


Рисунок 3.5 – Поліпшення психофізіологічних показників в ЕГ після впровадження програми

Найвиразніші зміни зафіксовано в блоці орієнтації у просторі: кількість правильних відповідей зросла з  $10,47 \pm 1,79$  до  $16,20 \pm 1,20$  ( $p(t) = 0,003$ ;  $p(w) = 0,009$ ), а кількість помилкових відповідей зменшилася з  $9,53 \pm 1,79$  до  $3,80 \pm 1,20$  ( $p(t) = 0,003$ ;  $p(w) = 0,009$ ). Отримані результати дають підстави констатувати підвищення точності просторового аналізу та

ефективності опрацювання інформації після завершення програми (додаток К).

Для додаткового відображення структури взаємозв'язків між ключовими психофізіологічними параметрами побудовано кореляційні схеми до початку (рис. 3.6) та після завершення експерименту (рис. 3.7).

Як видно з рис. 3.6, на вихідному етапі дослідження структура кореляційних зв'язків характеризувалася наявністю тісного прямого зв'язку між показниками функціональної рухливості нервових процесів і сили нервових процесів. Окремі зв'язки між цими нейродинамічними показниками простежувалися також із результатами виконання тесту орієнтації у просторі, що дає підстави розглядати їх як важливі компоненти психофізіологічної організації діяльності на початку експерименту.

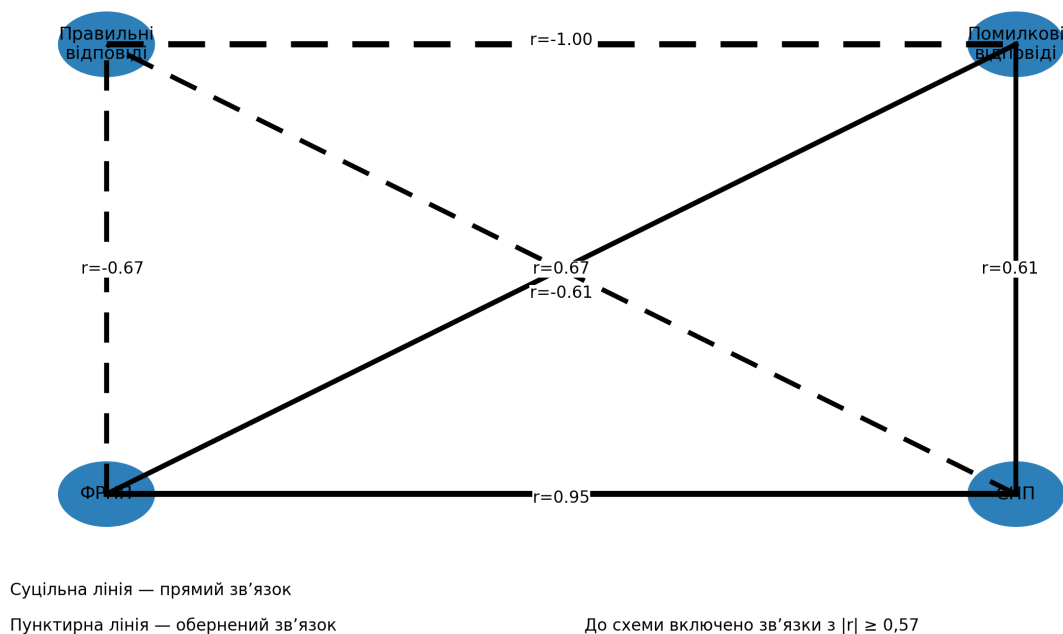


Рисунок 3.6 – Кореляційна схема взаємозв'язків між ключовими психофізіологічними параметрами в експериментальній групі до впровадження програми психологічної підтримки та розвитку резильєнтності

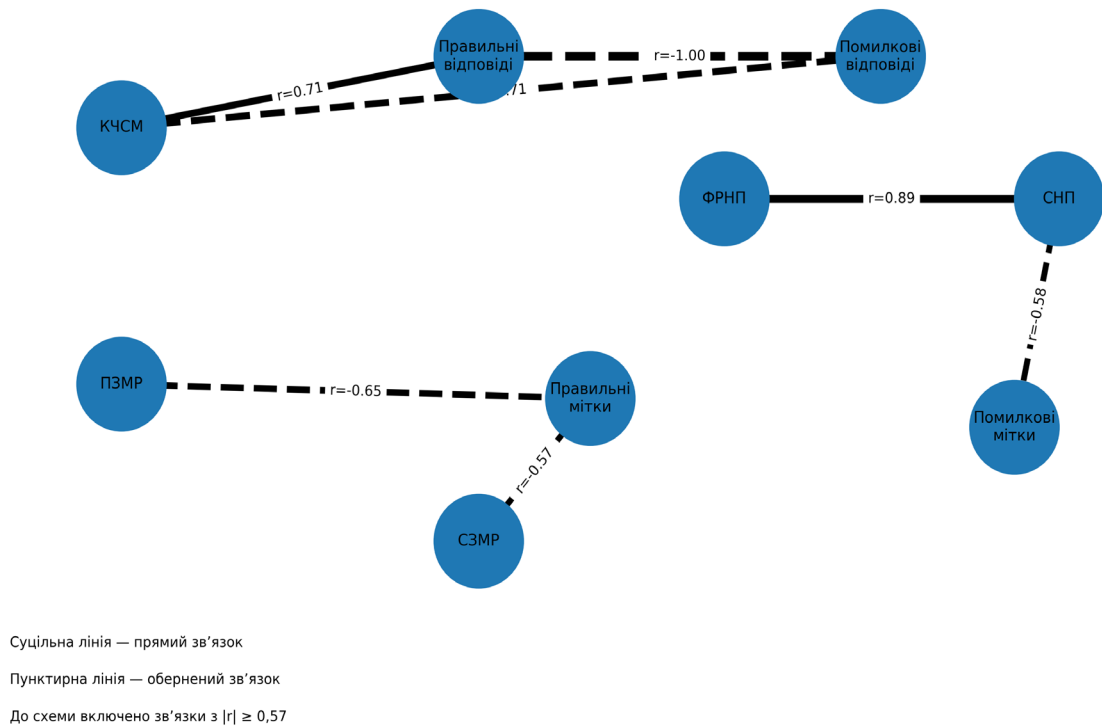


Рисунок 3.7 – Кореляційна схема взаємозв'язків між ключовими психофізіологічними параметрами в експериментальній групі після впровадження програми психологічної підтримки та розвитку резильєнтності

Після завершення програми зберігався тісний зв'язок між показниками функціональної рухливості нервових процесів і сили нервових процесів. Крім того, простежувалися зв'язки цих показників із результатами тесту орієнтації у просторі, що дає підстави констатувати наявність статистично фіксованих взаємозв'язків між нейродинамічними характеристиками та ефективністю виконання просторово-аналітичних завдань (додаток Л).

Таким чином, психофізіологічний ефект впровадженої програми найвиразніше проявився за показниками функціональної рухливості нервових процесів, сили нервових процесів та орієнтації у просторі. Сукупність отриманих результатів показала, що реалізація програми супроводжувалася позитивними змінами психофізіологічних характеристик, пов'язаних зі швидкістю сенсомоторної перебудови, продуктивністю опрацювання інформації і точністю виконання просторово-аналітичних

завдань. Водночас за параметрами варіабельності серцевого ритму встановлено переважно помірні та вибіркові зрушення.

Отже, за психофізіологічним аспектом результати дослідження дають підстави розглядати впроваджену програму як таку, що сприяє позитивним змінам в окремих значущих компонентах функціонального стану військових лікарів. Найвиразніший ефект виявлено на рівні рухливості нервових процесів та орієнтації у просторі, а за параметрами варіабельності серцевого ритму встановлено переважно помірні і вибіркові зміни.

### **3.4. Психологічні механізми підтримки резильєнтності військового лікаря в умовах війни**

Підтримку резильєнтності військового лікаря в умовах війни слід розглядати як цілісний багаторівневий процес, у межах якого психологічну стійкість забезпечує взаємодія внутрішньоособистісних, міжособистісних та організаційних механізмів. Розроблені практичні рекомендації дали змогу конкретизувати не лише напрями психологічного супроводу, а й ті психологічні механізми, через які можна зберегти професійну ефективність, емоційну стабільність, адаптаційні можливості та професійну ідентичність військового лікаря в умовах тривалого бойового стресу (додаток М).

Першим базовим механізмом є психологічна саморегуляція, яка полягає у здатності військового лікаря контролювати інтенсивність емоційних реакцій, знижувати психоемоційне напруження, відновлювати внутрішню рівновагу та зберігати працездатність у ситуаціях високої відповідальності, дефіциту часу та загрози життю. Саме завдяки розвитку навичок саморегуляції відбувається стабілізація емоційно-вольового компонента резильєнтності, знижується ризик виснаження та підвищується здатність до ефективного функціонування в екстремальних умовах. У практичних рекомендаціях цей механізм реалізовано через індивідуальні

консультації, кризові втручання, психоедукаційні мікросесії, навчання технік стрес-менеджменту і виконання вправ на відновлення внутрішньої рівноваги.

Другим важливим механізмом є осмислення та рефлексивне опрацювання професійного і травматичного досвіду. Умови війни створюють для військового лікаря високу ймовірність накопичення психотравмуючих вражень, моральних дилем і внутрішнього напруження, що без належного психологічного опрацювання може призводити до дезадаптації. З огляду на це рефлексія є механізмом когнітивного впорядкування набутого досвіду, його інтеграції у професійну біографію та переосмислення без руйнівного впливу на професійну ідентичність. Саме тому у практичних рекомендаціях наголошено на розвитку когнітивної гнучкості, усвідомленні власних переживань, адаптивному переосмисленні складних подій та включенні відповідних елементів у програми психологічного супроводу.

Третім механізмом є актуалізація професійних смислів і мотиваційно-ціннісних ресурсів. У професійній діяльності військового лікаря резильєнтність значною мірою підтримують не лише навички подолання стресу, а й переживання змістовності власної праці, почуття професійної значущості, усвідомлення цінності надання медичної допомоги в бойових умовах. Підтримка мотиваційно-ціннісного компонента знижує прояви демотивації, сприяє збереженню внутрішньої включеності в діяльність і є психологічною опорою в ситуаціях виснаження. У практичних рекомендаціях цей механізм реалізовано через актуалізацію професійних смислів, психоедукацію, підтримання професійної ідентичності, залучення до участі в навчальних заходах, наставництві та професійному розвитку.

Четвертим механізмом є соціальна підтримка та конструктивна професійна взаємодія. Підтримання резильєнтності військового лікаря відбувається не ізольовано, а в системі взаємодії з колегами, командуванням, службами психологічної підтримки та медичною службою. Соціальна підтримка виконує функцію емоційного буфера, знижує переживання ізоляції, полегшує нормалізацію стресових реакцій і створює умови для

колективного подолання професійних труднощів. Саме тому у практичних рекомендаціях наголошено на необхідності міждисциплінарної координації, проведення психологічних консиліумів, групової підтримки, розвитку навичок конструктивної комунікації, командної взаємодії та взаємодопомоги. Таким чином, соціальна підтримка є не лише зовнішнім ресурсом, а й механізмом комунікативно-регулятивного зміцнення резильєнтності.

П'ятим механізмом слід вважати психологічний моніторинг і ранню профілактику дезадаптації. Стійкість військового лікаря не є сталою величиною, а змінюється залежно від інтенсивності професійного та психоемоційного навантаження, бойового досвіду, умов служби та індивідуальних ресурсів. Саме тому підтримка резильєнтності військового лікаря потребує регулярного моніторингу його психологічного стану, а також своєчасного виявлення ознак перевантаження, виснаження чи дезадаптації. У практичних рекомендаціях психологічний моніторинг розглянуто як інструмент ранньої профілактики, що дає змогу оцінити інтегральний рівень резильєнтності, особливості копінгу, мотиваційно-ціннісні, когнітивно-рефлексивні, емоційно-вольові та комунікативні характеристики. Такий підхід забезпечує адресність психологічної допомоги та корекцію індивідуалізованих програм підтримки.

Шостим механізмом є організаційне забезпечення відновлення та профілактика професійного вигорання. В умовах війни психологічну стійкість фахівці підтримують не лише за рахунок внутрішніх ресурсів особистості, а й через зовнішні умови, що або сприяють відновленню, або, навпаки, посилюють виснаження. До таких умов належать раціональне планування навантаження, чергування інтенсивної роботи й відпочинку, зрозумілість професійних ролей, прогнозованість режиму служби, підтримка керівництва та наявність психологічно безпечного професійного середовища. В рекомендаціях саме ці організаційні чинники розглянуто як опосередковані, але надзвичайно важливі механізми підтримки

резильєнтності, що зменшують кумулятивний стресовий вплив і сприяють довготривалому збереженню професійної ефективності.

Психологічні механізми підтримки резильєнтності військового лікаря в умовах війни доцільно розглядати як систему взаємопов'язаних процесів, що охоплюють саморегуляцію, рефлексивне осмислення досвіду, актуалізацію професійних смислів, соціальну підтримку, психологічний моніторинг та організаційне забезпечення відновлення. Їх сукупна дія забезпечує підтримання психологічної стійкості, профілактику професійного вигорання, збереження професійної ідентичності та підвищення адаптаційних можливостей військового лікаря в умовах війни.

У прикладному вимірі зазначені механізми потребують не лише теоретичного осмислення, а й конкретизації у формі практичних заходів, придатних до використання в системі психологічного супроводу військово-медичних кадрів. Саме тому на основі результатів теоретичного аналізу й емпіричного дослідження розроблено практичні рекомендації, які конкретизують шляхи актуалізації цих механізмів у професійній діяльності військових лікарів.

Оскільки ефективність і прикладну цінність таких рекомендацій слід підтвердити не лише теоретично, а й фаховим зовнішнім судженням, наступним етапом дослідження стало їх експертне оцінювання. Для цього було проведено науково-методичне обґрунтування та практичну верифікацію розроблених практичних рекомендацій щодо підтримки і розвитку резильєнтності військових лікарів в умовах війни.

Для проведення експертного оцінювання застосовано авторський експертний опитувальник, який передбачав збирання загальної інформації про експерта, оцінювання загальної якості рекомендацій, а також аналіз кожної рекомендації за визначеними критеріями. До експертного оцінювання залучено 15 фахівців, професійна діяльність яких пов'язана з військовою медициною та охоплює різні спеціалізації: психіатрію, психофізіологію, неврологію, організацію підготовки медичних кадрів, військову психологію

та психологічну підтримку. Стаж професійної діяльності експертів становив від 11 до 36 років, у середньому – 21,5 року, що вказує на достатній рівень їх професійної компетентності для оцінювання змісту і практичної придатності запропонованих рекомендацій. Більшість залучених експертів мають наукові ступені, а їхній фаховий досвід забезпечив міждисциплінарний підхід до аналізу розроблених положень.

Експертам було запропоновано оцінити практичні рекомендації за п'ятибальною шкалою типу Лайкерта, де 1 бал означав повну незгоду, а 5 балів – повну згоду з наведеними твердженнями. Загальну якість рекомендацій визначено за такими параметрами: наукова обґрунтованість, логічний зв'язок із результатами дослідження, практична цінність, відповідність реальним умовам професійної діяльності військових лікарів та зрозумілість для впровадження. Кожну з рекомендацій оцінено за трьома критеріями: доцільність, реалістичність та наукова обґрунтованість. Крім кількісного оцінювання, опитувальник містив відкриті запитання, що дали змогу зафіксувати найцінніші положення рекомендацій, виявити окремі аспекти, які потребують уточнення, а також узагальнити зауваження і пропозиції експертів (додаток Н).

Результати експертного оцінювання показали високий рівень схвалення розроблених практичних рекомендацій (табл. 3.7). Важливо, що за всіма зазначеними параметрами частка оцінок на рівні 4–5 балів становила 100 %, що вказує на одностайно позитивне сприйняття експертами як змісту рекомендацій, так і їх прикладної спрямованості.

Таблиця 3.7 – Узагальнені результати експертного оцінювання практичних рекомендацій щодо підтримки та розвитку резильєнтності військових лікарів в умовах війни

| Показник             | Середній бал | Мінімум | Максимум | % оцінок 4–5 |
|----------------------|--------------|---------|----------|--------------|
| Науково обґрунтовані | 4,47         | 4,00    | 5,00     | 100,0%       |

Продовження табл. 3.7

| Показник                                 | Середній бал | Мінімум        | Максимум                | % оцінок 4–5 |
|------------------------------------------|--------------|----------------|-------------------------|--------------|
| Логічно впливають                        | 4,60         | 4,00           | 5,00                    | 100,0%       |
| Практична цінність                       | 4,87         | 4,00           | 5,00                    | 100,0%       |
| Відповідають реальним умовам             | 4,53         | 4,00           | 5,00                    | 100,0%       |
| Зрозумілі для впровадження               | 4,87         | 4,00           | 5,00                    | 100,0%       |
| Оцінка окремих рекомендацій              |              |                |                         |              |
| Рекомендація                             | Доцільність  | Реалістичність | Наукова обґрунтованість | Середній бал |
| Рекомендація 1                           | 4,73         | 4,27           | 4,60                    | 4,53         |
| Рекомендація 2                           | 4,87         | 4,73           | 4,80                    | 4,80         |
| Рекомендація 3                           | 4,93         | 4,53           | 4,53                    | 4,67         |
| Рекомендація 4                           | 4,53         | 4,47           | 4,53                    | 4,51         |
| Рекомендація 5                           | 4,60         | 4,73           | 4,73                    | 4,69         |
| Рекомендація 6                           | 4,87         | 4,40           | 4,60                    | 4,62         |
| Рекомендація 7                           | 4,80         | 4,67           | 4,73                    | 4,73         |
| Загальний середній бал рекомендацій 4,65 |              |                |                         |              |

Примітка: інтерпретація: 4,50–5,00 – дуже висока оцінка; 3,50–4,49 – висока; 2,50–3,49 – помірна; нижче 2,50 – низька.

Оцінювання окремих рекомендацій також підтвердило їх високу змістову та практичну валідність. За всіма сімома рекомендаціями середні показники доцільності, реалістичності та наукової обґрунтованості перебували в межах високих значень, переважно на рівні 4,5–4,8 бала. Лише за окремими позиціями зафіксовано поодинокі нижчі оцінки, що не вплинуло на загальну позитивну експертну оцінку. Такий розподіл результатів дає підстави стверджувати, що розроблені практичні рекомендації є науково обґрунтованими, професійно релевантними, достатньо реалістичними для впровадження та придатними до використання в системі психологічного супроводу військових лікарів в умовах війни.

Узагальнення експертних суджень дало змогу не лише підтвердити ґрунтовність запропонованих рекомендацій, а й уточнити окремі їх

положення з урахуванням професійного бачення фахівців. Отримані результати експертного оцінювання доцільно розглядати як підтвердження високої змістової обґрунтованості, практичної цінності та можливості впровадження розроблених рекомендацій у систему психологічного забезпечення професійної діяльності військових лікарів.

### **Висновки до розділу 3**

У розділі обґрунтовано, розроблено та апробовано програму підтримки та розвитку резильєнтності військових лікарів в умовах війни; визначено її методологічні підходи, принципи, організаційно-психологічні умови реалізації; оцінено результативність впровадження програми і практичну спрямованість запропонованих рекомендацій.

1. Розроблена програма психологічної підтримки та розвитку резильєнтності військового лікаря в умовах війни побудована на засадах системного, ресурсного, компетентнісного та практико-орієнтованого підходів. Її зміст ґрунтується на авторській п'ятикомпонентній моделі резильєнтності, що охоплює мотиваційно-ціннісний, когнітивно-рефлексивний, емоційно-вольовий, поведінковий (операційно-діяльнісний) та комунікативно-регулятивний компоненти. Програма спрямована на актуалізацію професійних смислів, розвиток саморегуляції, когнітивного контролю, адаптивної поведінки, професійної життєстійкості та командної взаємодії.

2. Визначено організаційно-психологічні умови впровадження програми, провідними серед яких є добровільність участі, конфіденційність, психологічна безпека, дозованість емоційного навантаження, орієнтація на ресурсні аспекти досвіду та забезпечення перенесення сформованих навичок у професійну діяльність. Дотримання цих умов мінімізує ризики ретравматизації, підтримує безпечну групову динаміку та підвищує прикладну цінність програми для військово-медичного персоналу.

3. За результатами формувального етапу дослідження в експериментальній групі після впровадження програми встановлено статистично значущі позитивні зрушення за низкою психологічних показників. Найбільш змістовно виражені зміни зафіксовано за показниками професійної включеності, професійного контролю, планування вирішення проблеми, а також за базовими переконаннями щодо прихильності світу, його справедливості й контрольованості, цінності власного «Я» та зниженням показника випадковості подій. Отримані результати дають підстави стверджувати, що участь у програмі пов'язана з посиленням суб'єктної позиції військового лікаря, розвитком конструктивних копінг-стратегій і зміцненням когнітивно-смыслових опор резильєнтності.

4. Встановлено, що інтегральний показник резильєнтності після участі у програмі продемонстрував позитивну внутрішньогрупову динаміку, що вказує на загальне посилення здатності військових лікарів до підтримання психологічної стійкості, професійної ефективності та відновлення після стресового впливу.

5. За психофізіологічним аспектом після впровадження програми найвиразнішу позитивну динаміку виявлено за показниками функціональної рухливості нервових процесів, сили нервових процесів та орієнтації у просторі. Отримані результати дають підстави припускати позитивні зрушення в окремих нейродинамічних характеристиках, швидкості сенсомоторної перебудови, точності просторового аналізу та ефективності опрацювання інформації. За параметрами варіабельності серцевого ритму встановлено переважно помірні й вибірккові зрушення, що потребують обережної інтерпретації.

6. Конкретизовано психологічні механізми підтримки та розвитку резильєнтності військового лікаря в умовах війни. До них належать психологічна саморегуляція, рефлексивне осмислення професійно складного, кризового та потенційно психотравмувального досвіду, актуалізація професійних смислів і мотиваційно-ціннісних ресурсів, соціальна підтримка

та конструктивна професійна взаємодія, психологічний моніторинг і рання профілактика дезадаптації, а також організаційне забезпечення відновлення та профілактика професійного вигорання. Сукупна дія цих механізмів забезпечує підтримання психологічної стійкості, професійної ефективності та адаптаційних можливостей військового лікаря.

7. Результати експертного оцінювання підтвердили високий рівень змістової обґрунтованості, практичної цінності, професійної релевантності і реалістичності впровадження розроблених практичних рекомендацій. Це дає підстави розглядати їх як фахово схвалений прикладний інструментарій, придатний для використання в системі психологічного супроводу військово-медичних кадрів.

Узагальнення результатів розділу 3 підтвердило доцільність використання програми підтримки та розвитку резильєнтності як складової психологічного супроводу, післядипломної підготовки та професійного розвитку військово-медичного персоналу. Водночас інтерпретувати отримані результати потрібно з урахуванням обмежень формувального етапу, зокрема невеликої чисельності вибірки.

## ВИСНОВКИ

У дисертації теоретично обґрунтовано та емпірично досліджено психологічні особливості розвитку резильєнтності військового лікаря в умовах війни. Розв'язано наукове завдання щодо визначення змісту, структури, психологічних чинників, психодіагностичних критеріїв та засобів психологічного супроводу розвитку резильєнтності військових лікарів. Розроблено й апробовано модель діагностики резильєнтності військових лікарів, авторське напівструктуроване інтерв'ю як інструмент якісного дослідження, а також програму психологічної підтримки та розвитку резильєнтності військових лікарів, ефективність якої підтверджено результатами експериментальної перевірки.

1. Теоретико-методологічний аналіз зарубіжних і вітчизняних наукових підходів дав змогу виявити багатовимірність, міждисциплінарний характер і дискусійність трактування поняття «резильєнтність» у сучасній психологічній науці. Встановлено, що резильєнтність доцільно розглядати не лише як здатність особистості до відновлення після впливу стресових і психотравмувальних подій, а як інтегральний динамічний психологічний конструкт, який забезпечує позитивну адаптацію, збереження функціональної спроможності, відновлення психічної рівноваги та подальший особистісний і професійний розвиток.

У межах дослідження резильєнтність військового лікаря визначено як здатність медичного фахівця підтримувати психологічну стійкість та професійну компетентність в умовах екстремальних або травмівних впливів, відновлювати функціонування після стресу та демонструвати посттравматичне зростання, що відображається у зміцненні внутрішніх ресурсів, зрілості адаптаційних стратегій та збереженні професійної ідентичності.

2. Дослідження специфіки професійної діяльності військових лікарів в умовах війни засвідчило, що на неї впливає комплекс екстремальних,

організаційних, морально-психологічних, комунікативних і психофізіологічних чинників. Найбільш значущими серед них є висока інтенсивність бойових дій, дефіцит часу та ресурсів, постійний контакт із пораненнями, смертю і людськими стражданнями, висока відповідальність за результати професійних рішень, тривале психоемоційне напруження, необхідність підтримання ефективної командної взаємодії та збереження професійної працездатності в умовах невизначеності.

Обґрунтовано, що за таких умов резильєнтність виконує адаптаційну, регулятивну, стабілізаційну та професійно-забезпечувальну функції, виступаючи одним із провідних психологічних чинників підтримання психічної стійкості, професійної ефективності та готовності військового лікаря до виконання завдань за призначенням.

3. Теоретично обґрунтовано та розроблено модель діагностики резильєнтності військових лікарів в умовах війни, побудовану на засадах системного, особистісно-орієнтованого та ресурсного підходів. У структурі моделі виокремлено мотиваційно-ціннісний, когнітивно-рефлексивний, емоційно-вольовий, поведінковий (операційно-діяльнісний) і комунікативно-регулятивний компоненти, які відображають професійні цінності та смисли, здатність до рефлексивного осмислення досвіду, саморегуляції, емоційно-вольового контролю, конструктивного подолання стресу, ефективної професійної взаємодії та підтримання психологічної стійкості в умовах бойових і професійних навантажень.

Модель забезпечує комплексне оцінювання рівня резильєнтності військових лікарів, їхніх психологічних ресурсів, чинників розвитку та професійно-психологічної вразливості, що створює підґрунтя для адресного психологічного супроводу та розвитку особистісно-професійного потенціалу військово-медичних фахівців.

4. Теоретично обґрунтовано доцільність використання якісного підходу для дослідження психологічних особливостей розвитку резильєнтності військових лікарів в умовах війни та розроблено відповідний інструментарій

у формі авторського напівструктурованого інтерв'ю. Його застосування дало змогу виявити ціннісно-сміслові, емоційні та поведінкові характеристики резильєнтності, що доповнюють результати стандартизованої психодіагностики та поглиблюють розуміння механізмів її розвитку.

5. Емпірично досліджено рівні, психологічні чинники та особливості розвитку резильєнтності військових лікарів в умовах війни. Встановлено, що резильєнтність має багатофакторну природу та пов'язана з професійною життєстійкістю, професійною мотивацією, базовими переконаннями, рефлексивністю, особистісними характеристиками, копінг-стратегіями, комунікативною толерантністю й вираженістю постстресових реакцій.

Провідними чинниками розвитку резильєнтності визначено професійну залученість, усвідомлення суспільної значущості власної діяльності, сформованість професійних інтересів і цілей, емоційну стабільність, здатність до рефлексивного осмислення досвіду, прийняття відповідальності за результати діяльності, орієнтацію на конструктивне розв'язання проблем, пошук соціальної підтримки та збереження переконань щодо контрольованості й осмисленості життєвих подій.

Доведено, що перебування військового лікаря в тилу чи в районі ведення бойових дій саме по собі не є визначальним чинником рівня його резильєнтності. Її розвиток опосередковується комплексною взаємодією особистісних ресурсів, професійного досвіду, мотиваційно-сміслової залученості, здатності до саморегуляції, сформованості конструктивних стратегій подолання труднощів та ефективної професійної взаємодії.

6. Програма психологічної підтримки та розвитку резильєнтності військових лікарів в умовах війни ґрунтується на результатах теоретичного аналізу, якісного інтерв'ю, кількісного емпіричного дослідження та запропонованій моделі психодіагностики. Програма побудована на засадах системного, ресурсного, компетентнісного та практико-орієнтованого підходів і спрямована на розвиток мотиваційно-ціннісного, когнітивно-рефлексивного, емоційно-вольового, поведінково-діяльнісного та

комунікативно-регулятивного компонентів резильєнтності. Її зміст передбачає актуалізацію професійних смислів, розвиток навичок саморегуляції, стабілізації психоемоційного стану, конструктивного опрацювання стресового досвіду, адаптивної копінг-поведінки, командної взаємодії та формування індивідуального плану підтримання психологічного ресурсу.

7. Експериментальна перевірка програми психологічної підтримки та розвитку резильєнтності військових лікарів в умовах війни засвідчила її ефективність. Встановлено підвищення інтегрального рівня резильєнтності в учасників експериментальної групи. Найбільш виражені позитивні зміни зафіксовано за показниками професійної життєстійкості, професійної залученості, професійного контролю, орієнтації на планування розв'язання проблем і прийняття відповідальності. Позитивна динаміка також виявлена у системі базових переконань, зокрема щодо прихильності, справедливості та контрольованості світу, а також цінності власного «Я».

У психофізіологічному аспекті встановлено позитивні зміни окремих показників функціонального стану нервової системи, насамперед функціональної рухливості та сили нервових процесів, а також просторової орієнтації. Водночас показники варіабельності серцевого ритму характеризувалися переважно помірною динамікою.

Отримані результати засвідчили, що розроблена програма є дієвим засобом розвитку резильєнтності військових лікарів, оскільки сприяє активізації внутрішніх психологічних ресурсів, підвищенню професійної осмисленості, розвитку навичок саморегуляції, конструктивної професійної взаємодії та ефективного подолання стресових навантажень в умовах війни.

8. Конкретизовано психологічні механізми підтримки та розвитку резильєнтності військового лікаря в умовах війни, до яких належать психологічна саморегуляція, рефлексивне осмислення професійно складного й потенційно психотравмувального досвіду, актуалізація професійних смислів і мотиваційно-ціннісних ресурсів, соціальна підтримка та

конструктивна професійна взаємодія, психологічний моніторинг і рання профілактика дезадаптації, а також організаційне забезпечення відновлення та профілактика професійного вигорання.

Результати експертного оцінювання підтвердили високу змістову обґрунтованість, практичну значущість, професійну релевантність і реалістичність впровадження розроблених практичних рекомендацій, що дає підстави розглядати їх як ефективний прикладний інструментарій психологічного супроводу військово-медичних фахівців.

Одержані результати поглиблюють наукові уявлення про резильєнтність військового лікаря як інтегральний психологічний конструкт і ключовий ресурс професійної діяльності, що забезпечує збереження психічної стійкості, професійної ефективності, адаптивності та здатності до відновлення в умовах війни, а також розширюють теоретико-методичні засади психологічного супроводу військово-медичного персоналу в системі сил оборони України.

**Перспективними напрямками подальших наукових досліджень є** вивчення довготривалої ефективності програми психологічної підтримки та розвитку резильєнтності військових лікарів, а також розширення емпіричної бази за рахунок залучення різних категорій військово-медичних фахівців.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Адаменко Л. С. Актуальні підходи до проблеми дослідження психічної резильєнтності. *Вісник Національного університету оборони України. Питання психології*. 2020. № 5 (58). С. 5–13. DOI: <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2020-58-5-5-13>.
2. Алещенко В. І., Хміляр О. Ф. Інформаційно-психологічна безпека особистості в умовах воєнних дій. *Вісник Національного університету оборони України*. 2025. № 1 (83). С. 16–25. DOI: <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2025-83-1-16-25>.
3. Асонов Д., Хаустова О. Розвиток концепції резилієнсу в науковій літературі протягом останніх років. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2019. Т. 4, № 4. Art. e0404219. DOI: <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v4i3-4.219>. URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/219> (дата звернення: 12.04.2026).
4. Байкалова Н. Як психологічно допомогти собі та іншим під час війни. URL: <https://www.work.ua/articles/expert-opinion/2862/> (дата звернення: 07.03.2025).
5. Бойко-Бузиль Ю. Ю. Резильєнтність як чинник психічного здоров'я особистості. *Психічне здоров'я особистості у кризовому суспільстві : збірник матеріалів VII Всеукраїнської науково-практичної конференції (28 жовтня 2022 року) / уклад. В. С. Бліхар. Львів : Львівський державний університет внутрішніх справ, 2022. С. 23–28.*
6. Волянчук Н. Ю., Ложкін Г. В., Фомич М. В. Психологічна детермінація помилкових дій суб'єкта діяльності. *Габітус*. 2024. Вип. 59. С. 219–224. DOI: <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.59.38>.
7. Вплив асоційованих зі стресом захворювань органів травлення на психофізіологічний стан операторів безпілотних літальних апаратів / С. М. Пашковський та ін. *Клінічна та профілактична медицина*. 2024. № 3. С. 27–35. DOI: <https://doi.org/10.31612/2616-4868.3.2024.04>.

8. Грішин Е. Резилієнтність особистості: сутність феномену, психодіагностика та засоби розвитку. *Вісник ХНПУ імені Г. С. Сковороди «Психологія»*. 2021. Вип. 64. С. 62–81. DOI: <https://doi.org/10.34142/23129387.2021.64.04>. URL: <http://journals.hnpu.edu.ua/index.php/psychology/article/view/3635> (дата звернення: 12.04.2026).

9. Забезпечення психологічної стійкості військовослужбовців в умовах бойових дій : метод. посіб. / О. М. Кокун та ін. Київ ; Одеса : Фенікс, 2022. 128 с. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/731412/> (дата звернення: 12.04.2026).

10. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців : метод. посіб. / Н. А. Агаєв та ін. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.

11. Збірник психодіагностичних методик для професійно-психологічного відбору кандидатів на військову службу за контрактом у Збройних Силах України : метод. посіб. / О. М. Кокун та ін. Київ : Центр учбової літератури, 2023. 74 с.

12. Зінченко Д. О. Теоретичні погляди на природу резильєнтності в сучасній психології: сутність і зміст. *Наукові записки. Серія: Психологія*. 2025. Вип. 2 (8). С. 53–58. DOI: <https://doi.org/10.32782/cusu-psy-2025-2-7>.

13. Іллющенко С. Ю. Рефлексивна компетентність як чинник професійного розвитку офіцера Збройних Сил України : дис. ... доктора філософії : 053 Психологія. Київ, 2023. 207 с.

14. Кальниш В. В. Працездатність, втома та хронічна втома за умов роботи з підвищеною небезпекою : монографія. Вінниця : ТОВ «Меркьюрі-Поділля», 2025. 468 с.

15. Кліманська М. Б., Галецька І. І. Українська адаптація короткого п'ятифакторного опитувальника особистості TIPI (TIPI-UKR). *Психологічний часопис*. 2019. Т. 5, № 9. С. 57–76. DOI: <https://doi.org/10.31108/1.2019.5.9.4>.

16. Кокун О. М. Діагностика професійної життєстійкості та психофізіологічної стійкості : методичні рекомендації. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2024. 58 с.
17. Кокун О. М., Мельничук Т. І. Резилієнс-довідник : практ. посіб. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2023. 25 с.
18. Кокун О. Опитувальник професійної життєстійкості (українська версія). *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2021. № 1 (1). С. 90–104.
19. Кушнерьова А. М. Особливості комунікації медичних працівників з пацієнтами кардіологічного профілю : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 – медична психологія. Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Київ, 2021. 227 с.
20. Лазос Г. П. Резильєнтність: концептуалізація понять, огляд сучасних досліджень. *Актуальні проблеми психології. Т. 3 : Консультативна психологія і психотерапія*. 2018. Вип. 14. С. 26–64.
21. Лазос Г. П. Теоретико-методологічна модель резильєнтності як основа побудови психотехнології її розвитку. *Організаційна психологія. Економічна психологія*. 2019. № 2–3 (17). С. 77–89.
22. Малімон Л. Я., Пашкіна А. М. Гармонізація індивідуальних та групових організаційних цінностей в місцевих органах виконавчої влади : навч.-метод. посіб. Луцьк : Гадяк Жанна Володимирівна : Волиньполіграф, 2014. 135 с.
23. Мальцев О. В. Психофізіологічна ефективність відновлення працездатності у військовослужбовців-учасників бойових дій : дис. ... канд. мед. наук : 14.02.01. Київ, 2020. 171 с.
24. Матвєєва Д. Вислуга років як чинник життєстійкості військових лікарів у контексті дослідження резильєнтності. *Psychology Travelogs*. 2026. № 2. С. 292–308. DOI: <https://doi.org/10.31891/PT-2026-2-26>.
25. Матвєєва Д. О. Психологічні механізми підтримки резильєнтності військових лікарів в умовах війни: науково-методичне обґрунтування та

експертна верифікація практичних рекомендацій. *Наукові перспективи*. 2026. № 5 (71). С. 3006–3023. DOI: [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2026-5\(71\)-3006-3023](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2026-5(71)-3006-3023).

26. Матвєєва Д. О. Резильєнтність військових лікарів як ресурс протидії психологічному виснаженню в умовах війни. *Наукові перспективи*. 2026. № 4 (70). С. 2123–2136. DOI: [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2026-4\(70\)-2123-2136](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2026-4(70)-2123-2136).

27. Методи відновлення психоемоційного стану військовослужбовців після перебування в зоні бойових дій та оцінка ефективності їх застосування : посібник / В. В. Кальниш та ін. ; за заг. ред. В. Кальниша. Київ, 2025. 292 с.

28. Миронець С. М. Вплив професійного стресу на суб'єктивне ставлення рятувальників міжнародних гуманітарних місій до умов індивідуальної та групової діяльності. *Психологічний журнал Уманського державного педагогічного університету імені Павла Тичини*. 2022. Вип. 8. С. 63–73. DOI: <https://doi.org/10.31499/2617-2100.8.2022.258316>.

29. Мороз Л. І., Сафін О. Д. Модель розвитку стресостійкості здобувачів вищої освіти в умовах воєнного стану. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Психологія*. 2022. Т. 33 (72), № 5. С. 48–53. DOI: <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2022.5/08>.

30. Односталко О. С. Ресурси стійкості особистості в умовах складних та нетипових ситуацій життя : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01 / Одеський національний університет імені І. І. Мечникова. Одеса, 2020. 183 с.

31. Односталко О. С., Кіреєва З. О., Бірон Б. В. Психометричний аналіз адаптованої версії Шкали резильєнтності (CD-RISC-10). *Габітус*. 2020. Вип. 14. С. 110–117.

32. Олійник Л. В., Коваль І. С. Розвиток стресостійкості військовослужбовців механізованих підрозділів в умовах оборони. *Наукові записки Львівського державного університету безпеки життєдіяльності. Педагогіка і психологія*. 2025. № 2 (6). С. 123–129. DOI: <https://doi.org/10.32782/3041-1297/2025-2-19>.

33. Організація медичного забезпечення військ : підручник для студентів вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладів України III–IV рівнів акредитації / за ред. М. І. Бадюка. 2-ге вид., перероб. і допов. Київ : МП Леся, 2014. 528 с.

34. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій / О. М. Кокун та ін. Київ : Юрінком Інтер, 2020. 208 с. ISBN 978-611-01-2854-4.

35. Осьодло В. І. Методика діагностики професійної мотивації. *Вісник Національної академії оборони України: збірник наукових праць*. 2007. Вип. 2 (4). С. 142–151.

36. Осьодло В., Будагьянц Л. Розпізнати бойову психічну травму: вступ до філософії військової психології. *Вісник Національного університету оборони України*. 2022. № 4 (68). С. 113–122. DOI: <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2022-68-4-113-122>.

37. Осьодло В., Будагьянц Л. Сучасні контексти концепту моральної готовності військовослужбовців. *Вісник Національного університету оборони України*. 2023. № 3 (73). С. 106–114. DOI: <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2023-73-3-106-114>.

38. Осьодло В., Матвєєва Д. Дослідження резильєнтності військових лікарів: інтеграція інтерв'ю, проєктивного аналізу та шкали Коннора–Девідсона. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Психологія*. 2025. № 2 (22). С. 134–143. DOI: [https://doi.org/10.17721/BPSY.2025.2\(22\).15](https://doi.org/10.17721/BPSY.2025.2(22).15).

39. Паскевська Ю. А. Резилієнтність як психологічний ресурс персоналу пенітенціарних установ. *Psychological Journal*. 2022. Т. 8, № 1. С. 110–119.

40. Петрачков О., Ярмач О. Аналіз стану варіабельності серцевого ритму офіцерів оперативного рівня Збройних Сил України. *Вісник Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка*.

*Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини*. 2023. № 28 (1). С. 45–51. DOI: [https://doi.org/10.32626/2309-8082.2023-28\(1\).45-51](https://doi.org/10.32626/2309-8082.2023-28(1).45-51).

41. Про затвердження Воєнно-медичної доктрини України : Постанова Кабінету Міністрів України від 31 жовт. 2018 р. № 910. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/910-2018-%D0%BF#Text> (дата звернення: 08.12.2024).

42. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 14 верес. 2020 р. «Про Стратегію національної безпеки України» : Указ Президента України від 14 верес. 2020 р. № 392/2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/392/2020#Text> (дата звернення: 08.12.2024).

43. Прокоф'єва Л. Аналіз феномену «резильєнтність»: вивчення та перспективи. *Сучасна психологія: проблеми та перспективи*. 2021. Вип. 2. С. 122–127. URL: <http://dspace.idgu.edu.ua/jspui/handle/123456789/1565> (дата звернення: 12.04.2026).

44. Психологічна резильєнтність особистості в умовах війни : колективна монографія / О. Г. Біла та ін. Черкаси : ЧНУ імені Б. Хмельницького, 2024.

45. Психологічне діагностування проявів адаптаційних розладів у суб'єктів освітнього простору в умовах воєнного стану і післявоєнного відновлення країни : практ. посіб. / Н. В. Пророк та ін. ; за ред. Н. В. Пророк. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2023. 220 с.

46. *Психологія кризових станів: наука і практика* : збірник матеріалів Міжнародної науково-практичної конференції (м. Київ, 4–6 листопада 2021 року). Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2021. 226 с.

47. Психосоціальна підтримка в умовах надзвичайних ситуацій: підхід резилієнс : навч.-метод. посіб. / Н. Гусак та ін. ; за заг. ред. Н. Гусак. Київ : НаУКМА, 2017. 92 с.

48. Романчук О. Психологічна стійкість в умовах війни: індивідуальний та національний вимір. URL: [https://i-cbt.org.ua/resilience\\_ukraine/](https://i-cbt.org.ua/resilience_ukraine/) (дата звернення: 12.04.2026).

49. Савчин М. В., Федорчук В. М., Гапоненко Л. О. Резильєнтність як потенціал відновлення особистості у складних життєвих ситуаціях. *Moderní aspekty vědy*. 2023. С. 302–316.

50. Саутвік С. М., Чарні Д. С., ДеП'єрро Д. М. Резилієнтність: мистецтво долати найбільші виклики життя / пер. з англ. І. Куришко, О. Антошин. Львів : Компанія «Манускрипт», 2024. 400 с.

51. Сафін О. Д., Мась Н. М., Тептюк Ю. О. Динаміка впливу нервово-психічної стійкості на поведінкові девіації військовослужбовців у процесі їхнього професіогенезу. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Військово-спеціальні науки*. 2025. № 2 (62). С. 58–63. DOI: <https://doi.org/10.17721/1728-2217.2025.62.58-63>.

52. Сафін О. Д., Сорока О. М. Психологічні передумови дослідження професійного стресу в особливих умовах діяльності. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Військово-спеціальні науки*. 2021. № 1 (45). С. 39–43. DOI: <https://doi.org/10.17721/1728-2217.2021.45.39-43>.

53. Стасюк В. В. Формування психологічної стійкості у військовослужбовців у період підготовки до виконання бойових завдань. *Психологія і суспільство*. 2006. № 4 (26). С. 92–95.

54. Стасюк В. В., Матвєєва Д. О. Резильєнтність військових лікарів: виклики війни. *Габітус*. 2025. № 79 (2). С. 154–160. DOI: <https://doi.org/10.32782/hbts.79.2.29>.

55. Стасюк В., Федоренко Ю. Психологічне відновлення та реабілітація військовослужбовців в умовах збройного конфлікту. *Вісник Національного університету оборони України*. 2025. № 4 (86). С. 176–185. DOI: <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2025-86-4-176-185>.

56. Технології роботи організаційних психологів : навч. посіб. / за наук. ред. Л. М. Карамушки. Київ : Фірма «ІНКОС», 2005. 366 с.
57. Титаренко Т. М. Психологічне здоров'я особистості: засоби самодопомоги в умовах тривалої травматизації : монографія. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2018. 160 с.
58. Формування стресостійкості особового складу під час подолання спеціальної смуги перешкод / Л. В. Олійник та ін. *Перспективи та інновації науки*. 2025. № 10 (56). С. 1808–1821. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-10\(56\)-1808-1821](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-10(56)-1808-1821).
59. Хамініч О. М. Резильєнтність: життєстійкість, життєздатність або резильєнтність? *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки*. 2016. Вип. 6 (2). URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvkhpr\\_2016\\_6%282%29\\_\\_30](http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvkhpr_2016_6%282%29__30) (дата звернення: 12.04.2026).
60. Хміляр О. Ф. Мала команда як ефективна група та осередок лідерства. *Психологія і суспільство*. 2024. Т. 89, № 1. С. 149–158. DOI: <https://doi.org/10.35774/PIS2024.01.149>.
61. Хміляр О. Ф. Психічна стійкість солдата. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*. 2022. Вип. 6. С. 71–79. DOI: <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2022.6.13>.
62. Хміляр О. Ф. Психологія бойової мотивації воїна. *Вісник Національного університету оборони України*. 2022. № 2 (66). С. 121–131. DOI: <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2022-66-2-121-131>.
63. Чепелева Н. В. Самопроекування особистості у дискурсивному просторі : монографія / за ред. Н. В. Чепелевої. Київ : Педагогічна думка, 2016. 232 с. URL: <http://lib.iitta.gov.ua/704560/> (дата звернення: 12.04.2026).
64. Чепелева Н. В. Теоретико-методологічні засади дослідження самопроекування особистості. *Актуальні проблеми психології. Т. 2 : Психологічна герменевтика*. 2014. Вип. 8. С. 4–15.

65. Чернобровкін В. М., Морозова О. Б. Аналіз сучасних підходів до розвитку і посилення резилієнс особистості. *Технології розвитку інтелекту*. 2021. Т. 5, № 1 (29). DOI: <https://doi.org/10.31108/3.2021.5.1.11>. URL: [https://psytir.org.ua/index.php/technology\\_intellect\\_develop/article/view/547](https://psytir.org.ua/index.php/technology_intellect_develop/article/view/547) (дата звернення: 12.04.2026).

66. Чиханцова О. А. Розвиток резильєнтності особистості в ситуаціях невизначеності. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Психологія*. 2023. Т. 34 (73), № 1. С. 35–40.

67. Шевченко О. Т. Психологічні передумови розвитку резильєнтності у медичних сестер. *Психологічні науки: проблеми і здобутки*. 2018. Вип. 1. С. 297–313.

68. Ярмак О., Жембровський С., Романюк О. Моніторинг стану варіабельності серцевого ритму у офіцерів в період дії правового режиму воєнного стану. *Physical Culture and Sport: Scientific Perspective*. 2025. № 2 (13). С. 112–119. DOI: <https://doi.org/10.31891/pcs.2025.2.15>.

69. Яцина О. В. Емоційна саморегуляція: огляд проблеми в досвіді переживання пандемії COVID-19. *Професійні компетентності фахівців фізичної терапії та ерготерапії: інноваційні підходи* : матеріали II науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Ужгород, 21–22 жовтня 2021 р.). Ужгород : ДВНЗ «УжНУ», 2021. С. 105–107.

70. A salutogenic program to enhance sense of coherence and quality of life for older people in the community: A feasibility randomized controlled trial and process evaluation / K. K. Tan et al. *Patient Education and Counseling*. 2016. Vol. 99, no. 1. P. 108–116. URL: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.08.003> (дата звернення: 20.06.2026).

71. Aburn G., Gott M., Hoare K. What is resilience? An Integrative Review of the empirical literature. *Journal of Advanced Nursing*. 2016. Vol. 72, no. 5. P. 980–1000. URL: <https://doi.org/10.1111/jan.12888> (дата звернення: 20.06.2026).

72. Antonovsky A. The life cycle, mental health and the sense of coherence. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*. 1985. Vol. 22, No. 4. P. 273–280.

73. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York : W. H. Freeman and Company, 1997. 604 p.

74. Battlemind debriefing and Battlemind training as early interventions with soldiers returning from Iraq: Randomization by platoon / A. B. Adler et al. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2009. Vol. 77, No. 5. P. 928–940. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0016877>.

75. Benard B. Fostering resiliency in kids: Protective factors in the family, school and community. 1991. URL: <http://www.hopeworks.org/formation/documents/FosteringResiliency.pdf> (дата звернення: 12.04.2026).

76. Bolton K. W. The development and validation of the Resilience Protective Factors Inventory: A confirmatory factor analysis : dissertation. Arlington : The University of Texas at Arlington, 2013. URL: [https://mavmatrix.uta.edu/socialwork\\_dissertations/120/](https://mavmatrix.uta.edu/socialwork_dissertations/120/) (дата звернення: 12.04.2026).

77. Bonanno G. A. Clarifying and extending the construct of adult resilience. *American Psychologist*. 2005. Vol. 60, No. 3. P. 265–267. DOI: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.3.265b>.

78. Bonanno G. A. Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*. 2004. Vol. 59, No. 1. P. 20–28. DOI: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>.

79. Brennan E. J., Gormley G. J., Shapiro J. Resilience and the ability to bounce back from life's adversities. *BMJ*. 2015. Vol. 351. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.h4709>.

80. Building physician resilience / P. M. Jensen et al. *Canadian Family Physician*. 2008. Vol. 54, No. 5. P. 722–729.

81. Building your resilience. URL: <https://www.apa.org/topics/resilience/building-your-resilience> (дата звернення: 04.03.2025).

82. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population / T. D. Shanafelt et al. *Archives of Internal Medicine*. 2012. Vol. 172, No. 18. P. 1377–1385. DOI: <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.3199>.

83. Carver C. S., Scheier M. F., Segerstrom S. C. Optimism. *Clinical Psychology Review*. 2010. Vol. 30, No. 7. P. 879–889. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.01.006>.

84. Cherry K. What is resilience? Verywell Mind. 2022. URL: <https://www.verywellmind.com/what-is-resilience-2795059> (дата звернення: 12.04.2026).

85. Clarke J., Nicholson J. Resilience: Bounce back from whatever life throws at you. London : Crimson Publishing, 2010. 208 p.

86. Co-morbidity, mortality, quality of life and the healthcare/welfare/social costs of disordered sleep: A rapid review / S. Garbarino et al. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2016. Vol. 13. Art. 831. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph13080831>.

87. Connor K. M., Davidson J. R. T. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*. 2003. Vol. 18, No. 2. P. 76–82. DOI: <https://doi.org/10.1002/da.10113>.

88. Cooke G. P., Doust J. A., Steele M. C. A survey of resilience, burnout, and tolerance of uncertainty in Australian general practice registrars. *BMC Medical Education*. 2013. Vol. 13. Art. 2. DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6920-13-2>.

89. Coutu D. L. How resilience works. *Harvard Business Review*. 2002. Vol. 80, No. 5. P. 46–56.

90. Development of Specialists' Stress Tolerance in the Process of Their Professional Activity / O. Soroka et al. *Human Factors, Business Management and Society*. 2022. Vol. 56. P. 196–204. DOI: <https://doi.org/10.54941/ahfe1002269>.

91. Effects of an online personal resilience training program for women in STEM doctoral programs / J. M. Bekki et al. *Journal of Women and Minorities in Science and Engineering*. 2013. Vol. 19, No. 1. P. 17–35. DOI: <https://doi.org/10.1615/JWomenMinorScienEng.2013005351>.
92. Ellis A. Rational psychotherapy and individual psychology. *Journal of Individual Psychology*. 1957. Vol. 13, No. 1. P. 38–44.
93. Exploring resilience in rural GP registrars: Implications for training / L. Walters et al. *BMC Medical Education*. 2015. Vol. 15, No. 1. Art. 110. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12909-015-0399-x>.
94. Exploring the impact of resilience, self-efficacy, optimism and organizational resources on work engagement / S. Mache et al. *Work*. 2014. Vol. 47, No. 4. P. 491–500. DOI: <https://doi.org/10.3233/WOR-131617>.
95. Farchi M., Gidron Y. The effects of “psychological inoculation” versus ventilation on the mental resilience of Israeli citizens under continuous war stress. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2010. Vol. 198, No. 5. P. 382–384. DOI: <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181da4b67>.
96. Fergus S., Zimmerman M. A. Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*. 2005. Vol. 26, No. 1. P. 399–419. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144357>.
97. Folke C. Resilience. *Ecology and Society*. 2016. Vol. 21, No. 4. Art. 44. DOI: <https://doi.org/10.5751/ES-09088-210444>.
98. Fomych M. V. Checking the effectiveness of modern technologies in the work of a psychologist with firefighters-rescuers. *Insight: The Psychological Dimensions of Society*. 2023. № 9. P. 169–189. DOI: <https://doi.org/10.32999/KSU2663-970X/2023-9-10>.
99. Fomych M., Pereylygina L. Gender determinants of psychological well-being among psychologists of the State Emergency Service. *The Bulletin of National Defence University of Ukraine*. 2026. Vol. 21, No. 1. P. 122–128. DOI: <https://doi.org/10.33099/2617-6858-26-21-1-122-128>.

100. Guy-Evans O. Bronfenbrenner's ecological systems theory. Simply Psychology. 2024. URL: <https://www.simplypsychology.org/bronfenbrenner.html> (дата звернення: 12.04.2026).

101. Harbuzova V., Ulunova A., Mynenko S. Assessment of professional life quality and resilience of medical staff working at military treatment and rehabilitation facilities in the conditions of war in Ukraine. *Eastern Ukrainian Medical Journal*. 2024. Vol. 12, No. 3. P. 492–504. DOI: [https://doi.org/10.21272/eumj.2024;12\(3\):492-504](https://doi.org/10.21272/eumj.2024;12(3):492-504).

102. Hardiness training facilitates performance in college / S. R. Maddi et al. *Journal of Positive Psychology*. 2009. Vol. 4, No. 6. P. 566–577. DOI: <https://doi.org/10.1080/17439760903157133>.

103. Hellerstein D. How can I become more resilient? Psychology Today. 2011. URL: <https://www.psychologytoday.com/us/blog/heal-your-brain/201108/how-can-i-become-more-resilient> (дата звернення: 12.04.2026).

104. Hernández P., Gangsei D., Engstrom D. Vicarious resilience: A new concept in work with those who survive trauma. *Family Process*. 2007. Vol. 46, No. 2. P. 229–241.

105. Heshmat S. The 8 key elements of resilience. Psychology Today. 2020. URL: <https://www.psychologytoday.com/us/blog/science-choice/202005/the-8-key-elements-resilience> (дата звернення: 12.04.2026).

106. Hobfoll S. E. Conservation of resources theory: Its implication for stress, health, and resilience. *The Oxford Handbook of Stress, Health, and Coping* / ed. by S. Folkman. New York : Oxford University Press, 2011. P. 127–147.

107. Hurley K. What is resilience? Your guide to facing life's challenges, adversities, and crises. Everyday Health. 2020. URL: <https://www.everydayhealth.com/wellness/resilience/> (дата звернення: 12.04.2026).

108. Improving classroom learning environments by Cultivating Awareness and Resilience in Education (CARE): Results of a randomized controlled trial / P.

A. Jennings et al. *School Psychology Quarterly*. 2013. Vol. 28, No. 4. P. 374–390. DOI: <https://doi.org/10.1037/spq0000035>.

109. Influence of Emotional Burnout on Coping Behavior in Pedagogical Activity / E. Voitenko et al. *International Journal of Organizational Leadership*. 2021. Vol. 10, Iss. 2. P. 183–196. DOI: <https://doi.org/10.33844/ijol.2021.60525>.

110. Influences on GP coping and resilience: A qualitative study in primary care / A. Cheshire et al. *British Journal of General Practice*. 2017. Vol. 67, No. 659. P. e428–e436. DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp17X690893>.

111. Inter-Agency Standing Committee (IASC) Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Inter-Agency Referral Form and Guidance Note. Geneva : IASC, 2017. URL: [https://interagencystandingcommittee.org/sites/default/files/migrated/2017-02/1866\\_psc\\_iasc\\_ref\\_guidance\\_t2\\_digital.pdf](https://interagencystandingcommittee.org/sites/default/files/migrated/2017-02/1866_psc_iasc_ref_guidance_t2_digital.pdf) (дата звернення: 12.04.2026).

112. Janoff-Bulman R. Shattered assumptions: Toward a new psychology of trauma. New York : Free Press, 1992.

113. Kent M., Davis M. C., Reich J. W. The resilience handbook: Approaches to stress and trauma. New York : Routledge, 2014.

114. Klohnen E. C. Conceptual analysis and measurement of the construct of ego-resiliency. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1996. Vol. 70, No. 5. P. 1067–1079. DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.70.5.1067>.

115. Levine S. Psychological and social aspects of resilience: A synthesis of risks and resources. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2003. Vol. 5, No. 3. P. 273–280.

116. Luthar S. S., Cicchetti D. The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Development and Psychopathology*. 2000. Vol. 12, No. 4. P. 857–885.

117. Luthar S. S., Cicchetti D., Becker B. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*. 2000. Vol. 71, No. 3. P. 543–562. DOI: <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00164>.

118. Maddi S. Hardiness: An operationalization of existential courage. *Journal of Humanistic Psychology*. 2004. Vol. 44, No. 3. P. 279–298.
119. Maddi S. R., Kahn S., Maddi K. L. The effectiveness of hardiness training. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*. 1998. Vol. 50, No. 2. P. 78–86. DOI: <https://doi.org/10.1037/1061-4087.50.2.78>.
120. Masten A. S. Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*. 2001. Vol. 56, No. 3. P. 227–238. DOI: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.227>.
121. Masten A. S. Resilience in children threatened by extreme adversity: Frameworks for research, practice, and translational synergy. *Development and Psychopathology*. 2011. Vol. 23, No. 2. P. 493–506. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0954579411000198>.
122. McLain D. L. Evidence of the properties of an ambiguity tolerance measure: The Multiple Stimulus Types Ambiguity Tolerance Scale-II (MSTAT-II). *Psychological Reports*. 2009. Vol. 105. P. 975–988. DOI: <https://doi.org/10.2466/PR0.105.3.975-988>.
123. McLeod S. Maslow's hierarchy of needs. Simply Psychology. 2024. URL: <https://www.simplypsychology.org/maslow.html> (дата звернення: 12.04.2026).
124. Mental health, job satisfaction, and intention to relocate: Opinions of physicians in rural British Columbia / H. V. Thommasen et al. *Canadian Family Physician*. 2001. Vol. 47, No. 4. P. 737–744.
125. Morel E. Die 7 Säulen der Resilienz. Stefan Mähleke, 2021. 212 p.
126. Neman R. APA's resilience initiative. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2005. Vol. 36. P. 227.
127. Olson K., Kemper K. J., Mahan J. D. What factors promote resilience and protect against burnout in first-year pediatric and medicine-pediatric residents? *Journal of Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2015. Vol. 20, No. 3. P. 192–198. DOI: <https://doi.org/10.1177/2156587214568894>.

128. Operationalising resilience in longitudinal studies: A systematic review of methodological approaches / T. Cosco et al. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2016. Vol. 71, No. 1. P. 98–104. DOI: <https://doi.org/10.1136/jech-2015-206980>.
129. Peculiarities of psychological assistance in overcoming the consequences of COVID-19: A resilience approach / T. Melnychuk et al. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*. 2022. Vol. 17, No. 1. P. 95–107. DOI: <https://doi.org/10.5114/nan.2022.117960>.
130. Peterson C., Seligman M. E. P. Character strengths and virtues: A handbook and classification. Washington, DC ; New York : American Psychological Association ; Oxford University Press, 2004.
131. Physician resilience: A grounded theory study of obstetrics and gynaecology residents / A. F. Winkel et al. *Medical Education*. 2019. Vol. 53, No. 2. P. 184–194. DOI: <https://doi.org/10.1111/medu.13737>.
132. Posttraumatic growth and rehabilitative resources of the combatants and demobilized servicemen / O. Prokofieva et al. *Environment and Social Psychology*. 2024. Vol. 9, No. 6. P. 1–14. DOI: <https://doi.org/10.54517/ESP.V9I6.2359>.
133. Promoting resiliency among palliative care clinicians: Stressors, coping strategies, and training needs / G. K. Perez et al. *Journal of Palliative Medicine*. 2015. Vol. 18, No. 4. P. 332–337. DOI: <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.0221>.
134. Psychological conditions for the development of stress resistance in specialists of different age categories / O. Soroka et al. *Physical Ergonomics and Human Factors*. 2022. Vol. 63. P. 117–123. DOI: <https://doi.org/10.54941/ahfe1002604>.
135. Psychological interventions for resilience enhancement in adults / I. Helmreich et al. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017. No. 2. Art. CD012527. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012527>.

136. Resilience among employed physicians and mid-level practitioners in Upstate New York / A. C. Waddimba et al. *Health Services Research*. 2016. Vol. 51, No. 5. P. 1706–1734. DOI: <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12499>.
137. Resilience through the lens of interactionism: A systematic review / A. Pangallo et al. *Psychological Assessment*. 2015. Vol. 27, No. 1. P. 1–20. DOI: <https://doi.org/10.1037/pas0000024>.
138. Resilience. *Oxford Advanced Learner's Dictionary*. URL: <https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/english/resilience?q=resilience> (дата звернення: 04.02.2025).
139. Richardson G. E. The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*. 2002. Vol. 58, No. 3. P. 307–321. DOI: <https://doi.org/10.1002/jclp.10020>.
140. Rutter M. Psychological resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1987. Vol. 57, No. 3. P. 316–331. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1987.tb03541.x>.
141. Sadow D., Hopkins B. Resiliency training and empowerment among homeless, substance-abusing veterans: Increasing a sense of self-efficacy and internal attribution of control as a result of resiliency training. *Research Communications in Psychology, Psychiatry and Behavior*. 1993. Vol. 18, No. 3. P. 121–134.
142. Snyder C. R. Conceptualizing, measuring, and nurturing hope. *Journal of Counseling and Development*. 1995. Vol. 73. P. 355–360. DOI: <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1995.tb01764.x>.
143. Social support and resilience to stress across the life span: A neurobiologic framework / F. Ozbay et al. *Current Psychiatry Reports*. 2008. Vol. 10. P. 304–310.
144. Songprakun W., McCann T. V. Effectiveness of a self-help manual on the promotion of resilience in individuals with depression in Thailand: A randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2012. Vol. 12. Art. 12. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-12>.

145. Soroka O., Kalaur S. The resilience approach in socio-maladjusted supervisors rehabilitation. *Social Work and Education*. 2019. Vol. 6, No. 1. P. 61–69. DOI: <https://doi.org/10.25128/2520-6230.19.1.6>.

146. Specificity of problem-solving skills training in mothers of children newly diagnosed with cancer: Results of a multisite randomized clinical trial / O. J. Sahler et al. *Journal of Clinical Oncology*. 2013. Vol. 31, No. 10. P. 1329–1335. DOI: <https://doi.org/10.1200/JCO.2011.39.1870>.

147. Steinhardt M. A., Dolbier C. L. Evaluation of a resilience intervention to enhance coping strategies and protective factors and decrease symptomatology. *Journal of American College Health*. 2008. Vol. 56, No. 4. P. 445–453. DOI: <https://doi.org/10.3200/JACH.56.4.445-454>.

148. Stevenson A. D., Phillips C. B., Anderson K. J. Resilience among doctors who work in challenging areas: A qualitative study. *British Journal of General Practice*. 2011. Vol. 61, No. 588. P. e404–e410. DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp11X583182>.

149. Stress management and resilience training among Department of Medicine faculty: A pilot randomized clinical trial / A. Sood et al. *Journal of General Internal Medicine*. 2011. Vol. 26, No. 8. P. 858–861. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11606-011-1640-x>.

150. Stricker K. Resilience training and why it is important in the workplace. URL: <https://peakwellnessco.com/workplace-resilience-training> (дата звернення: 12.04.2026).

151. The Comprehensive Soldier and Family Fitness Program Evaluation / P. D. Harms et al. Report No. 4: Evaluation of resilience training and mental and behavioral outcomes. 2013. URL: <https://digitalcommons.unl.edu/pdharms/10/> (дата звернення: 03.12.2025).

152. The impact of online resilience training for sales managers on wellbeing and performance / J. A. Abbott et al. *Electronic Journal of Applied Psychology*. 2009. Vol. 5, No. 1. P. 89–95. DOI: <https://doi.org/10.7790/ejap.v5i1.145>.

153. The Influence of Emotional Intelligence on Coping Skills / I. Yevchenko et al. *International Journal of Statistics in Medical Research*. 2025. Vol. 14. P. 257–265. DOI: <https://doi.org/10.6000/1929-6029.2025.14.25>.

154. The relationship between resilience and personality traits in doctors: Implications for enhancing well-being / D. S. Eley et al. *PeerJ*. 2013. Vol. 1. Art. e216. DOI: <https://doi.org/10.7717/peerj.216>.

155. Thriving in scrubs: A qualitative study of resident resilience / A. F. Winkel et al. *Reproductive Health*. 2018. Vol. 15. Art. 53. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0489-4>.

156. Tugade M. M., Fredrickson B. L., Barrett L. F. Psychological resilience and positive emotional granularity. *Journal of Personality*. 2004. Vol. 72. P. 1161–1190. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2004.00294.x>.

157. Tusaie K., Dyer J. Resilience: A historical review of the construct. *Holistic Nursing Practice*. 2004. Vol. 18, No. 1. P. 3–8. DOI: <https://doi.org/10.1097/00004650-200401000-00002>.

158. Understanding resilience / G. Wu et al. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*. 2013. Vol. 7. Art. 10. P. 1–15. DOI: <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2013.00010>.

159. Ungar M. Resilience across cultures. *British Journal of Social Work*. 2008. Vol. 38, No. 2. P. 218–235.

160. Vanistendael S. *La résilience ou le réalisme de l'espérance : blessé, mais pas vaincu*. Éd. actualisée 2015. Paris ; Genève : BICE, 2015. 60 p. URL: <https://bice.org/fr/produit/la-resilience-ou-le-realisme-de-lesperance/> (дата звернення: 07.03.2025).

161. Wagnild G. M., Young H. M. Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*. 1993. Vol. 1, No. 2. P. 165–178.

162. Werner E. E., Smith R. S. Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth. New York : McGraw-Hill, 1982. 229 p.

163. Werner E., Smith R. Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood. Ithaca, New York : Cornell University Press, 1992.
164. What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resources, and life stress / G. A. Bonanno et al. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2007. Vol. 75, No. 5. P. 671–682.
165. World Health Organization. Regional Office for Europe. Building resilience: A key pillar of Health 2020 and the Sustainable Development Goals: Examples from the WHO Small Countries Initiative. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2017. URL: <https://iris.who.int/items/eb84fa20-575c-477f-9bf2-fcfecbfc7f0d> (дата звернення: 12.04.2026).
166. Zwack J., Schweitzer J. If every fifth physician is affected by burnout, what about the other four? Resilience strategies of experienced physicians. *Academic Medicine*. 2013. Vol. 88, No. 3. P. 382–389. DOI: <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318281696b>.

## ДОДАТКИ

## Додаток А

## Список публікацій здобувача за темою дисертації

*Наукові праці, в яких опубліковано основні наукові результати дисертації*

1. Зінченко Д. О. Теоретичні погляди на природу резильєнтності в сучасній психології: сутність і зміст. *Наукові записки. Серія: Психологія*. 2025. Вип. 2 (8). С. 53–58. DOI: <https://doi.org/10.32782/cusu-psy-2025-2-7>.

2. Осьодло В., Матвєєва Д. Дослідження резильєнтності військових лікарів: інтеграція інтерв'ю, проєктивного аналізу та шкали Коннора – Девідсона. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Серія: Психологія*. 2025. № 2 (22). С. 134–143. DOI: [https://doi.org/10.17721/BPSY.2025.2\(22\).15](https://doi.org/10.17721/BPSY.2025.2(22).15).

3. Стасюк В. В., Матвєєва Д. О. Резильєнтність військових лікарів: виклики війни. *«Габітус»: науковий журнал Причорноморського науково-дослідного інституту економіки та інновацій*. Одеса, 2025. № 79 (2). С. 154–160. DOI: <https://doi.org/10.32782/hbts.79.2.29>.

4. Матвєєва Д. Вислуга років як чинник життєстійкості військових лікарів у контексті дослідження резильєнтності. *Psychology Travelogs*. 2026. № 2. С. 292–308. DOI: <https://doi.org/10.31891/PT-2026-2-26>.

5. Матвєєва Д. О. Резильєнтність військових лікарів як ресурс протидії психологічному виснаженню в умовах війни. *Наукові перспективи*. 2026. № 4 (70). С. 2123–2136. DOI: [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2026-4\(70\)-2123-2136](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2026-4(70)-2123-2136).

6. Матвєєва Д. О. Психологічні механізми підтримки резильєнтності військових лікарів в умовах війни: науково-методичне обґрунтування та експертна верифікація практичних рекомендацій. *Наукові перспективи*. 2026. № 5 (71). С. 3006–3023. DOI: [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2026-5\(71\)-3006-3023](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2026-5(71)-3006-3023).

7. Matvieieva D. Resilience of military physicians during wartime: practical tools for development. *The Bulletin of National Defence University of Ukraine*. 2026. Vol. 21, No. 3. P. 42–51. DOI: <https://doi.org/10.33099/2617-6858-26-21-3-42-51>.

*Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації*

8. Зінченко Д. О. Роль резильєнтності у професійній діяльності військового лікаря в умовах війни. *Вектори соціальної, організаційної та економічної психології* : тези доп. IV Міжнар. наук.-практ. конф. (Київ, 28 лют. 2025 р.). Київ : Держ. торг.-екон. ун-т, 2025. С. 94–96. DOI: <https://doi.org/10.31617/k.knute.2025-02-28>.

9. Зінченко Д. О. Резильєнтність як ключовий компонент психологічного благополуччя лікаря: теоретичні аспекти. *Розвивальний потенціал сучасної соціальної роботи: методологія та технології* : матеріали X Всеукр. з міжнар. участю наук.-практ. конф. (Київ, 14–15 берез. 2025 р.). Київ : КНУ імені Тараса Шевченка, 2025. С. 65–67.

10. Матвєєва Д. О., Осьодло В. І. Психологічна стійкість і резильєнтність: спільне й відмінне у контексті військово-медичної діяльності. *Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи* : матеріали X Міжнар. наук.-практ. конф. (Київ, 7–8 листоп. 2025 р.). Київ : Ліра-К, 2025. С. 166–168.

11. Матвєєва Д. О. Професійна діяльність військових лікарів в умовах війни: психологічні аспекти. *Психологічні читання*: матеріали XI наук.-практ. конф. молодих вчених (Харків, 6 лют. 2026 р.). Харків : ХНУВС, 2026. С. 153–155.

12. Осьодло В. І., Матвєєва Д. О. Психологічні наслідки та шляхи відновлення особистості в умовах війни. *Вектори соціальної, організаційної та економічної психології* : тези доп. V Міжнар. наук.-практ. конф. (Київ, 27 лют. 2026 р.) / відп. ред. С. Миронець. Київ : Держ. торг.-екон. ун-т, 2026. С. 189–193. DOI: <https://doi.org/10.31617/k.knute.2026-02-27>.

13. Матвеева Д. О., Стасюк В. В. Психологічне забезпечення розвитку резильєнтності військових лікарів під час виконання спеціальних завдань з медичного забезпечення в умовах бойових дій. *Проблеми психології діяльності в особливих умовах* : матеріали IV Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю (Черкаси, 21–22 квіт. 2026 р.) Київ : ТОВ «7БЦ», 2026. С. 88–89.

14. Осьодло В., Матвеева Д. Резильєнтність військового лікаря в умовах війни: практичні інструменти розвитку. Сучасні тренінгові технології для розвитку особистості: основні напрямки та технології : збірник матеріалів Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю, 15–16 квітня 2026 р. / за заг. ред. Т. Д. Перепелюк. Київ : МДУ, 2026. С. 176–180.

**Авторське напівструктуроване інтерв'ю для дослідження психологічних особливостей розвитку резильєнтності військових лікарів в умовах війни**

Анкета респондента

Прізвище \_\_\_\_\_

Ім'я \_\_\_\_\_

По батькові \_\_\_\_\_

Дата народження \_\_\_\_\_

Місце народження \_\_\_\_\_

Місце проживання, телефон \_\_\_\_\_

Відомості про освіту \_\_\_\_\_

Місце, дата запису інтерв'ю \_\_\_\_\_

**Заява на використання матеріалів інтерв'ю**

Я, \_\_\_\_\_,

(прізвище, ім'я, по батькові)

даю дозвіл на використання з науковою метою матеріалів інтерв'ю, проведеного зі мною \_\_\_\_\_

(військове звання, посада)

При цьому моє ім'я може (не може) згадуватися як джерело інформації.

(потрібне підкреслити)

Дата \_\_\_\_\_

підпис \_\_\_\_\_

**ПРИМІТКИ**

---



---



---

1. Представитись, розповісти про дослідження і його важливість, запропонувати пройти проєктивну методику “Не дай людині впасти” (3-5хв).
2. Чи не могли б Ви коротко розповісти про себе (де навчались та проходили службу)\_\_\_\_\_
3. Як довго Ви перебуваєте на своїй крайній посаді\_\_\_\_\_
4. Наскільки складно Вам зараз виконувати свої обов’язки, з якими труднощами Ви стикаєтесь?  
\_\_\_\_\_
5. Що Вас мотивує і надихає?  
\_\_\_\_\_
6. Чи не пригадаєте Ви випадку, коли вам довелось докласти максимальних зусиль щоб подолати життєві негаразди, як Ви справились?  
\_\_\_\_\_
7. Яку оцінку Ви дасте собі як спеціалісту-професіоналу від 1 до 10? Чому?  
\_\_\_\_\_
8. Чи маєте Ви відчуття контролю над своїм життям?  
\_\_\_\_\_
9. Ви повноцінно залучені у життєві активності Вашого підрозділу, колективу?  
\_\_\_\_\_
10. Ви розглядаєте життєві або професійні негаразди як можливість для розвитку?  
\_\_\_\_\_

## Додаток В

**Порівняльний аналіз психологічних показників військових лікарів  
залежно від рівня резильєнтності**

| Показник                                                   | Низький рівень<br>резильєнтності<br>(код 0) |                             | Середній рівень<br>резильєнтності<br>(код 1) |                             | Високий<br>рівень<br>резильєнтності<br>(код 2) |                             | Критерій Манна—<br>Вітні (U) |              |              |
|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|--------------|--------------|
|                                                            | M ± m                                       | Me (Q1<br>; Q3)             | M ± m                                        | Me (Q1 ;<br>Q3)             | M ± m                                          | Me (Q1<br>; Q3)             | p (U)<br>0-1                 | p (U)<br>0-2 | p (U)<br>1-2 |
| Вік<br>(повних років)                                      | 39,23 ±<br>1,91                             | 38,50<br>(28,75 ;<br>46,25) | 42,04 ±<br>0,64                              | 41,00<br>(33,00 ;<br>50,00) | 41,5<br>6 ±<br>0,75                            | 41,00<br>(33,50 ;<br>49,00) | ,138                         | ,190         | ,691         |
| Вислуга років                                              | 10,20±<br>1,75                              | 7,50<br>(2,00;14<br>,00)    | 13,59±<br>0,73                               | 10,00<br>(3,00;<br>24,00)   | 13,8<br>5±<br>0,87                             | 10,00<br>(3,00;<br>21,00)   | ,180                         | ,090         | ,571         |
| Термін<br>перебування в<br>районі бойових<br>дій (місяців) | 10,87±<br>2,58                              | 5,00<br>(2,00;13<br>,00)    | 5,71±<br>0,52                                | 3,00<br>(0,00;<br>7,00)     | 7,36<br>±<br>0,86                              | 4,00<br>(1,00;<br>8,00)     | ,016                         | ,225         | ,032         |
| екстраверсія –<br>інтроверсія                              | 4,93±<br>0,65                               | 5,00<br>(2,00;7,<br>50)     | 6,46±<br>0,21                                | 6,00<br>(4,00;<br>9,00)     | 7,24<br>±<br>0,25                              | 7,00<br>(5,00;<br>9,00)     | ,016                         | ,001         | ,019         |
| нейротизм –<br>емоційна<br>стійкість                       | 8,38±<br>0,61                               | 8,00<br>(6,00;10<br>,50)    | 7,99±<br>0,18                                | 8,00<br>(6,00;<br>9,50)     | 6,87<br>±<br>0,27                              | 7,00<br>(5,00;<br>9,00)     | ,466                         | ,018         | ,000         |
| відкритість<br>новому досвіду –<br>обмеженість             | 6,41±<br>0,51                               | 7,00<br>(3,50;8,<br>50)     | 9,47±<br>0,15                                | 9,00<br>(8,00;<br>11,00)    | 11,0<br>5±<br>0,22                             | 11,00<br>(9,00;<br>13,00)   | ,000                         | ,000         | ,000         |
| сумлінність –<br>безтурботність                            | 7,14±<br>0,49                               | 7,00<br>(6,00;9,<br>00)     | 9,64±<br>0,14                                | 10,00<br>(8,00;<br>11,00)   | 10,9<br>9±<br>0,17                             | 11,00<br>(9,00;<br>13,00)   | ,000                         | ,000         | ,000         |
| доброзичливість<br>– ворожість                             | 8,45±<br>0,61                               | 9,00<br>(6,00;11<br>,00)    | 10,54±<br>0,16                               | 10,00<br>(9,00;<br>12,00)   | 10,7<br>4±<br>0,18                             | 11,00<br>(9,00;<br>12,00)   | ,001                         | ,001         | ,370         |
| конфронтативний<br>копінг                                  | 7,56±<br>0,56                               | 7,00<br>(5,00;10<br>,00)    | 9,42±<br>0,19                                | 9,00<br>(8,00;<br>11,00)    | 9,60<br>±<br>0,23                              | 9,00<br>(8,00;<br>11,00)    | ,003                         | ,002         | ,516         |
| дистанціювання                                             | 10,59±<br>0,58                              | 11,00<br>(9,00;13<br>,00)   | 9,75±<br>0,19                                | 9,00<br>(8,00;<br>12,00)    | 9,25<br>±<br>0,25                              | 9,00<br>(7,00;<br>11,00)    | ,128                         | ,026         | ,065         |
| самоконтроль                                               | 13,37±<br>0,77                              | 14,00<br>(11,00;1<br>6,00)  | 13,72±<br>0,19                               | 13,00<br>(12,00;<br>16,00)  | 13,4<br>9±<br>0,26                             | 14,00<br>(11,00;<br>15,00)  | ,882                         | ,669         | ,635         |
| пошук<br>соціальної<br>підтримки                           | 8,48±<br>0,65                               | 9,00<br>(6,00;10<br>,00)    | 11,21±<br>0,20                               | 11,00<br>(9,00;<br>13,25)   | 11,6<br>2±<br>0,24                             | 12,00<br>(9,00;<br>14,00)   | ,000                         | ,000         | ,198         |
| прийняття<br>відповідальності                              | 7,22±<br>0,50                               | 8,00<br>(5,00;9,<br>00)     | 7,65±<br>0,15                                | 8,00<br>(6,00;<br>9,00)     | 7,35<br>±<br>0,18                              | 7,00<br>(6,00;<br>9,00)     | ,409                         | ,897         | ,136         |
| втеча—уникнення                                            | 13,26±<br>0,89                              | 13,00<br>(9,00;17<br>,00)   | 11,87±<br>0,26                               | 12,00<br>(9,00;<br>14,00)   | 9,83<br>±<br>0,32                              | 10,00<br>(7,00;<br>12,00)   | ,118                         | ,000         | ,000         |
| планування                                                 | 9,37±                                       | 10,00                       | 12,76±                                       | 13,00                       | 14,4                                           | 15,00                       | ,000                         | ,000         | ,000         |

|                                           |             |                        |            |                        |             |                        |      |      |      |
|-------------------------------------------|-------------|------------------------|------------|------------------------|-------------|------------------------|------|------|------|
| рішення проблеми                          | 0,65        | (6,00;11,00)           | 0,16       | (11,00;14,00)          | 0±0,17      | (13,00;16,00)          |      |      |      |
| позитивна переоцінка                      | 9,67±0,79   | 9,00 (6,00;13,00)      | 13,06±0,21 | 13,00 (11,00;15,00)    | 14,86±0,25  | 15,00 (12,00;17,00)    | ,000 | ,000 | ,000 |
| вторгнення                                | 12,71±1,18  | 12,00 (9,00;17,75)     | 10,56±0,32 | 10,00 (7,00;14,00)     | 8,60±0,40   | 9,00 (5,00;12,00)      | ,074 | ,001 | ,000 |
| уникнення                                 | 12,88±1,01  | 12,00 (10,25;17,00)    | 10,48±0,32 | 10,00 (7,00;13,00)     | 9,44±0,45   | 9,00 (6,00;13,50)      | ,017 | ,002 | ,062 |
| збудливість                               | 11,67±1,19  | 11,00 (8,00;16,75)     | 8,64±0,31  | 8,00 (5,00;12,00)      | 6,78±0,40   | 6,00 (4,00;10,00)      | ,011 | ,000 | ,000 |
| прихильність світу                        | 12,73±0,89  | 13,00 (8,75;16,25)     | 14,95±0,24 | 15,00 (12,00;17,00)    | 17,41±0,34  | 18,00 (15,00;20,00)    | ,033 | ,000 | ,000 |
| доброта людей                             | 11,50±0,76  | 12,50 (9,00;14,25)     | 14,42±0,21 | 14,00 (13,00;16,00)    | 15,78±0,29  | 16,00 (13,00;18,00)    | ,000 | ,000 | ,000 |
| справедливість світу                      | 9,54±0,61   | 9,50 (7,00;12,00)      | 12,76±0,23 | 13,00 (11,00;15,00)    | 14,50±0,30  | 14,00 (12,00;17,00)    | ,000 | ,000 | ,000 |
| контрольованість світу                    | 12,08±0,76  | 12,50 (9,75;14,00)     | 14,33±0,20 | 15,00 (12,00;16,00)    | 15,63±0,27  | 15,00 (13,00;17,00)    | ,000 | ,000 | ,001 |
| випадковість                              | 16,19±0,93  | 15,50 (12,75;21,00)    | 14,29±0,22 | 14,00 (12,00;16,00)    | 13,78±0,30  | 14,00 (11,00;16,00)    | ,039 | ,012 | ,219 |
| цінність власного «Я»                     | 14,88±0,84  | 15,00 (11,75;18,00)    | 17,17±0,23 | 17,00 (15,00;19,00)    | 19,53±0,23  | 20,00 (18,00;21,00)    | ,007 | ,000 | ,000 |
| самоконтроль                              | 14,15±0,53  | 14,00 (12,00;16,00)    | 16,41±0,17 | 16,00 (15,00;18,00)    | 17,74±0,27  | 18,00 (16,00;20,00)    | ,000 | ,000 | ,000 |
| везіння                                   | 11,23±0,60  | 11,50 (10,00;12,00)    | 14,46±0,19 | 14,00 (13,00;16,00)    | 16,18±0,26  | 16,00 (14,00;18,00)    | ,000 | ,000 | ,000 |
| бали_рефлексивність                       | 113,12±2,77 | 114,00 (105,00;122,25) | 122,260,93 | 122,00 (114,00;130,00) | 120,54±1,14 | 120,00 (112,00;128,00) | ,002 | ,008 | ,325 |
| стени_рефлексивність                      | 3,46±0,30   | 4,00 (2,00;4,25)       | 4,440,11   | 4,00 (4,00;5,00)       | 4,33±0,13   | 4,00 (3,00;5,00)       | ,005 | ,011 | ,645 |
| невміння приймати індивідуальність іншого | 6,76±0,62   | 7,00 (5,00;8,00)       | 5,770,16   | 6,00 (4,00;7,00)       | 4,66±0,22   | 4,00 (3,00;6,00)       | ,124 | ,001 | ,000 |
| еталоцентризм у спілкуванні               | 6,57±0,48   | 6,00 (5,00;8,50)       | 5,730,19   | 5,00 (4,00;7,00)       | 5,05±0,26   | 5,00 (3,00;7,00)       | ,128 | ,010 | ,007 |
| категоричність у судженнях                | 5,76±0,79   | 5,00 (2,00;9,00)       | 4,150,18   | 4,00 (2,00;6,00)       | 3,70±0,23   | 3,00 (2,00;5,00)       | ,056 | ,012 | ,062 |
| нетерпимість до індивідуальних            | 6,48±0,62   | 6,00 (5,00;7,00)       | 5,850,18   | 6,00 (4,00;7,00)       | 5,33±0,23   | 5,00 (4,00;6,00)       | ,615 | ,147 | ,061 |

|                                                          |                |                            |               |                            |                    |                            |      |      |      |
|----------------------------------------------------------|----------------|----------------------------|---------------|----------------------------|--------------------|----------------------------|------|------|------|
| проявів партнера                                         |                | 50)                        |               | 7,00)                      | 0,21               | 7,00)                      |      |      |      |
| комунікативна ригідність                                 | 4,33±<br>0,68  | 5,00<br>(1,50;6,<br>50)    | 4,19<br>0,17  | 4,00<br>(2,00;<br>6,00)    | 4,11<br>±<br>0,24  | 4,00<br>(2,00;<br>6,00)    | ,825 | ,650 | ,426 |
| схильність до трансформації поведінки партнера           | 5,81±<br>0,63  | 5,00<br>(4,50;7,<br>00)    | 4,45<br>0,18  | 4,00<br>(3,00;<br>6,00)    | 4,26<br>±<br>0,24  | 4,00<br>(2,00;<br>6,00)    | ,032 | ,018 | ,482 |
| емпатична недостатність                                  | 5,81±<br>0,73  | 5,00<br>(3,50;8,<br>50)    | 5,22<br>0,18  | 5,00<br>(3,00;<br>7,00)    | 4,53<br>±<br>0,24  | 4,00<br>(2,00;<br>7,00)    | ,463 | ,110 | ,027 |
| емоційна реактивність                                    | 5,71±<br>0,64  | 5,00<br>(3,00;8,<br>00)    | 3,87<br>0,18  | 4,00<br>(2,00;<br>5,00)    | 3,71<br>±<br>0,24  | 3,00<br>(1,50;<br>5,00)    | ,006 | ,004 | ,379 |
| прогностична негнучкість                                 | 5,67±<br>0,54  | 5,00<br>(4,50;8,<br>00)    | 4,24<br>0,14  | 4,00<br>(3,00;<br>5,00)    | 3,79<br>±<br>0,23  | 3,00<br>(2,00;<br>5,00)    | ,007 | ,001 | ,007 |
| резильєнтність                                           | 28,40±<br>1,37 | 30,00<br>(22,00;3<br>3,50) | 58,57<br>0,46 | 60,00<br>(53,00;<br>65,00) | 78,7<br>3±<br>0,57 | 77,00<br>(72,00;<br>84,00) | ,000 | ,000 | ,000 |
| загальний рівень професійної життєстійкості              | 47,70±<br>3,68 | 50,00<br>(35,00;6<br>1,00) | 64,47<br>0,71 | 65,00<br>(59,00;<br>72,00) | 71,5<br>3±<br>0,78 | 71,00<br>(66,00;<br>78,00) | ,000 | ,000 | ,000 |
| рівень професійної включеності                           | 14,89±<br>1,24 | 17,00<br>(10,00;1<br>9,00) | 21,50<br>0,28 | 22,00<br>(19,00;<br>24,00) | 23,9<br>3±<br>0,30 | 24,00<br>(22,00;<br>26,00) | ,000 | ,000 | ,000 |
| рівень професійного контролю                             | 17,59±<br>1,35 | 18,00<br>(13,00;2<br>2,00) | 22,10<br>0,28 | 22,00<br>(19,00;<br>25,00) | 23,8<br>3±<br>0,32 | 24,00<br>(21,00;<br>27,00) | ,001 | ,000 | ,000 |
| рівень професійного прийняття ризику                     | 15,22±<br>1,26 | 15,00<br>(12,00;2<br>0,00) | 20,88<br>0,27 | 21,00<br>(18,00;<br>24,00) | 23,7<br>7±<br>0,30 | 23,00<br>(21,00;<br>26,00) | ,000 | ,000 | ,000 |
| рівень емоційного компонента професійної життєстійкості  | 11,74±<br>1,01 | 13,00<br>(8,00;15<br>,00)  | 15,95<br>0,21 | 16,00<br>(14,00;<br>18,00) | 17,0<br>9±<br>0,22 | 17,00<br>(16,00;<br>19,00) | ,000 | ,000 | ,000 |
| рівень мотиваційного компонента життєстійкості           | 30,33±<br>4,33 | 20,00<br>(12,00;5<br>6,00) | 40,02<br>1,68 | 24,00<br>(17,00;<br>64,00) | 44,1<br>0±<br>2,25 | 24,00<br>(20,00;<br>69,00) | ,022 | ,001 | ,004 |
| рівень соціального компонента професійної життєстійкості | 11,19±<br>0,94 | 12,00<br>(8,00;15<br>,00)  | 15,89<br>0,23 | 16,00<br>(14,00;<br>18,00) | 17,6<br>4±<br>0,26 | 18,00<br>(16,00;<br>20,00) | ,000 | ,000 | ,000 |
| рівень професійного компонента життєстійкості            | 11,93±<br>0,98 | 12,00<br>(8,00;16<br>,00)  | 15,20<br>0,22 | 15,00<br>(13,00;<br>17,00) | 16,9<br>7±<br>0,28 | 17,00<br>(14,00;<br>19,00) | ,001 | ,000 | ,000 |
| оцінка результатів діяльності                            | 6,59±<br>0,56  | 7,00<br>(4,00;9,<br>00)    | 10,64<br>0,17 | 11,00<br>(9,00;<br>13,00)  | 12,1<br>0±<br>0,18 | 13,00<br>(11,25;<br>14,00) | ,000 | ,000 | ,000 |
| професійні                                               | 6,66±          | 7,00                       | 9,35          | 9,00                       | 10,7               | 11,00                      | ,000 | ,000 | ,000 |

|                                              |                |                        |               |                        |                    |                        |      |      |      |
|----------------------------------------------|----------------|------------------------|---------------|------------------------|--------------------|------------------------|------|------|------|
| домагання                                    | 0,34           | (5,00;8,00)            | 0,13          | (8,00;11,00)           | 6±<br>0,15         | (10,00;12,00)          |      |      |      |
| інтернальність у сфері професійних досягнень | 7,72±<br>0,58  | 8,00<br>(5,50;10,00)   | 11,02<br>0,18 | 11,00<br>(9,00;13,00)  | 12,7<br>4±<br>0,19 | 13,00<br>(12,00;14,00) | ,000 | ,000 | ,000 |
| професійні інтереси та цінності              | 7,10±<br>0,67  | 7,00<br>(4,00;9,50)    | 10,46<br>0,15 | 11,00<br>(9,00;12,00)  | 11,6<br>6±<br>0,18 | 12,00<br>(11,00;13,00) | ,000 | ,000 | ,000 |
| життєві цілі                                 | 4,55±<br>0,47  | 4,00<br>(2,00;6,00)    | 8,83<br>0,18  | 9,00<br>(7,00;11,00)   | 11,0<br>3±<br>0,17 | 11,00<br>(10,00;13,00) | ,000 | ,000 | ,000 |
| шкала соціальної бажаності                   | 5,31±<br>0,42  | 6,00<br>(3,00;7,00)    | 4,63<br>0,12  | 4,00<br>(3,00;6,00)    | 3,76<br>±<br>0,15  | 3,00<br>(3,00;5,00)    | ,109 | ,001 | ,000 |
| загальна активність                          | 32,62±<br>1,97 | 35,00<br>(23,00;41,00) | 50,29<br>0,57 | 51,00<br>(44,00;57,00) | 58,2<br>8±<br>0,58 | 60,00<br>(56,00;63,00) | ,000 | ,000 | ,000 |

**Порівняльний аналіз психологічних показників військових лікарів із  
низьким і високим рівнями резильєнтності**

| Показник                                             | Низький рівень<br>резильєнтності |                            | Високий рівень<br>резильєнтності |                            | Критерій<br>Манна—<br>Вітні (U) |
|------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|----------------------------------|----------------------------|---------------------------------|
|                                                      | M ± m                            | Me (Q1 ;<br>Q3)            | M ± m                            | Me (Q1<br>; Q3)            | p (U)                           |
| Вік (повних років)                                   | 40,73±<br>1,48                   | 41,00<br>(30,25;<br>49,75) | 42,63±<br>1,30                   | 42,00<br>(35,75;<br>49,25) | ,338                            |
| Вислуга років                                        | 11,56±<br>1,55                   | 9,00<br>(2,00;<br>20,75)   | 14,91±<br>1,52                   | 12,00<br>(6,50;<br>22,50)  | ,037                            |
| Термін перебування в районі<br>бойових дій (місяців) | 6,90±<br>1,52                    | 3,00<br>(1,00;<br>8,75)    | 8,35±<br>1,56                    | 5,00<br>(1,75;<br>11,25)   | ,167                            |
| екстраверсія - інтроверсія                           | 5,60±<br>0,48                    | 5,00<br>(3,00;<br>8,75)    | 7,43±<br>0,48                    | 7,00<br>(5,00;<br>9,25)    | ,012                            |
| нейротизм - емоційна стійкість                       | 8,90±<br>0,46                    | 9,00<br>(7,00;<br>10,00)   | 6,67±<br>0,53                    | 7,00<br>(3,00;<br>8,25)    | ,001                            |
| відкритість новому досвіду –<br>обмеженість          | 7,77±<br>0,34                    | 8,00<br>(6,25;<br>10,00)   | 12,13±<br>0,34                   | 13,00<br>(10,00;<br>14,00) | ,000                            |
| сумлінність - безтурботність                         | 8,46±<br>0,35                    | 9,00<br>(7,00;<br>10,00)   | 11,70±<br>0,28                   | 12,00<br>(10,00;<br>13,00) | ,000                            |
| доброзичливість - ворожість                          | 9,29±<br>0,48                    | 9,00<br>(7,00;<br>12,00)   | 11,00±<br>0,33                   | 11,00<br>(9,00;<br>12,00)  | ,007                            |
| конфронтативний копінг                               | 8,63±<br>0,40                    | 9,00<br>(7,00;<br>10,75)   | 9,65±<br>0,41                    | 10,00<br>(8,00;<br>12,00)  | ,077                            |
| дистанціювання                                       | 9,92±<br>0,38                    | 10,00<br>(8,00;<br>11,75)  | 8,72±<br>0,43                    | 9,00<br>(7,00;<br>10,25)   | ,023                            |
| самоконтроль                                         | 13,25±<br>0,47                   | 13,00<br>(11,00;<br>16,00) | 14,11±<br>0,43                   | 14,00<br>(12,00;<br>16,00) | ,336                            |
| пошук соціальної підтримки                           | 9,75±<br>0,44                    | 9,00<br>(8,00;<br>12,00)   | 11,65±<br>0,37                   | 12,00<br>(9,75;<br>13,25)  | ,001                            |
| прийняття відповідальності                           | 7,02±<br>0,37                    | 7,50<br>(5,00;<br>9,00)    | 7,43±<br>0,35                    | 8,00<br>(6,00;<br>9,00)    | ,412                            |
| втеча-уникнення                                      | 12,92±<br>0,56                   | 13,00<br>(10,25;<br>15,00) | 9,02±<br>0,57                    | 9,00<br>(6,00;<br>11,00)   | ,000                            |
| планування рішення проблеми                          | 10,56±<br>0,41                   | 11,00<br>(9,00;<br>13,00)  | 15,15±<br>0,26                   | 15,00<br>(13,75;<br>17,00) | ,000                            |

|                                                    |                 |                               |                 |                               |      |
|----------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------|-----------------|-------------------------------|------|
| позитивна переоцінка                               | 11,08±<br>0,55  | 11,00<br>(9,00;<br>13,00)     | 15,39±<br>0,39  | 16,00<br>(12,75;<br>17,00)    | ,000 |
| вторгнення                                         | 11,25±<br>0,80  | 11,00<br>(7,00;<br>15,75)     | 8,33±<br>0,74   | 8,00<br>(3,75;<br>12,00)      | ,012 |
| уникнення                                          | 11,50±<br>0,71  | 11,50<br>(8,00;<br>15,75)     | 8,57±<br>0,92   | 8,00<br>(3,00;<br>13,25)      | ,006 |
| збудливість                                        | 10,02±<br>0,79  | 9,00<br>(6,00;<br>13,75)      | 6,30±<br>0,75   | 5,50<br>(1,75;<br>10,00)      | ,001 |
| прихильність світу                                 | 13,58±<br>0,44  | 13,50<br>(12,00;<br>16,00)    | 18,37±<br>0,64  | 19,00<br>(16,00;<br>21,00)    | ,000 |
| доброта людей                                      | 13,04±<br>0,43  | 13,50<br>(12,00;<br>15,00)    | 16,41±<br>0,60  | 17,00<br>(14,00;<br>19,25)    | ,000 |
| справедливість світу                               | 11,54±<br>0,52  | 12,00<br>(9,00;<br>14,00)     | 15,30±<br>0,54  | 15,00<br>(12,00;<br>17,25)    | ,000 |
| контрольованість світу                             | 13,33±<br>0,49  | 13,00<br>(12,00;<br>15,75)    | 16,41±<br>0,56  | 16,00<br>(13,00;<br>20,00)    | ,000 |
| випадковість                                       | 15,52±<br>0,48  | 15,00<br>(13,00;<br>17,75)    | 14,15±<br>0,55  | 14,00<br>(11,75;<br>16,25)    | ,154 |
| цінність власного «Я»                              | 16,10±<br>0,54  | 17,00<br>(14,00;<br>19,00)    | 20,17±<br>0,39  | 20,00<br>(19,00;<br>22,00)    | ,000 |
| самоконтроль                                       | 15,42±<br>0,38  | 15,50<br>(14,00;<br>17,75)    | 18,24±<br>0,51  | 18,50<br>(16,00;<br>21,00)    | ,000 |
| везіння                                            | 13,44±<br>0,44  | 13,50<br>(11,25;<br>15,75)    | 16,65±<br>0,51  | 16,50<br>(14,00;<br>19,00)    | ,000 |
| бали_ рефлексивність                               | 117,25<br>±1,99 | 118,50<br>(107,25;<br>125,00) | 122,74±<br>2,04 | 123,00<br>(113,50;<br>130,25) | ,070 |
| стени_ рефлексивність                              | 3,88±<br>0,24   | 4,00<br>(2,25;<br>5,00)       | 4,54±<br>0,25   | 5,00<br>(3,75;<br>5,25)       | ,057 |
| невміння приймати індивідуальність<br>іншого       | 6,88±<br>0,37   | 7,00<br>(5,00;<br>8,00)       | 4,41±<br>0,38   | 4,00<br>(3,00;<br>6,00)       | ,000 |
| еталоцентризм у спілкуванні                        | 6,35±<br>0,37   | 6,00<br>(5,00;<br>9,00)       | 4,33±<br>0,41   | 4,00<br>(2,75;<br>6,00)       | ,000 |
| категоричність у судженнях                         | 5,10±<br>0,46   | 5,00<br>(2,25;<br>7,00)       | 3,22±<br>0,40   | 2,00<br>(1,00;<br>5,00)       | ,001 |
| нетерпимість до індивідуальних<br>проявів партнера | 6,42±<br>0,34   | 6,00<br>(5,00;<br>8,00)       | 5,20±<br>0,36   | 5,00<br>(4,00;<br>7,00)       | ,022 |
| комунікативна ригідність                           | 4,69±<br>0,41   | 5,00<br>(2,00;                | 4,37±<br>0,47   | 4,00<br>(2,00;                | ,345 |

|                                                          |                |                            |                |                            |      |
|----------------------------------------------------------|----------------|----------------------------|----------------|----------------------------|------|
|                                                          |                | 6,00)                      |                | 6,00)                      |      |
| схильність до трансформації поведінки партнера           | 5,46±<br>0,38  | 5,00<br>(4,00;<br>7,00)    | 3,61±<br>0,42  | 4,00<br>(1,00;<br>5,00)    | ,001 |
| емпатична недостатність                                  | 5,96±<br>0,38  | 6,00<br>(4,00;<br>7,75)    | 4,22±<br>0,46  | 4,00<br>(2,00;<br>6,25)    | ,004 |
| емоційна реактивність                                    | 4,88±<br>0,41  | 5,00<br>(3,00;<br>6,00)    | 3,28±<br>0,40  | 3,00<br>(1,00;<br>5,00)    | ,008 |
| прогностична негнучкість                                 | 5,21±<br>0,30  | 5,00<br>(4,00;<br>6,00)    | 3,48±<br>0,43  | 3,00<br>(2,00;<br>5,00)    | ,000 |
| резильєнтність                                           | 39,83±<br>1,48 | 42,50<br>(33,00;<br>48,00) | 86,91±<br>0,81 | 85,00<br>(82,00;<br>89,25) | ,000 |
| загальний рівень професійної життєстійкості              | 55,00±<br>2,27 | 58,00<br>(47,00;<br>65,75) | 75,35±<br>1,39 | 76,50<br>(67,75;<br>83,00) | ,000 |
| рівень професійної включеності                           | 17,77±<br>0,82 | 19,00<br>(15,25;<br>21,00) | 25,17±<br>0,56 | 25,00<br>(22,00;<br>28,00) | ,000 |
| рівень професійного контролю                             | 19,31±<br>0,85 | 21,00<br>(16,00;<br>23,00) | 25,00±<br>0,61 | 25,50<br>(22,00;<br>28,00) | ,000 |
| рівень професійного прийняття ризику                     | 17,92±<br>0,78 | 19,00<br>(14,25;<br>21,00) | 25,17±<br>0,50 | 26,00<br>(23,00;<br>28,00) | ,000 |
| рівень емоційного компонента професійної життєстійкості  | 13,67±<br>0,64 | 14,00<br>(12,00;<br>17,00) | 17,52±<br>0,39 | 17,00<br>(16,00;<br>19,00) | ,000 |
| рівень мотиваційного компонента життєстійкості           | 35,52±<br>3,39 | 25,50<br>(16,00;<br>59,00) | 48,22±<br>4,17 | 41,00<br>(22,00;<br>77,25) | ,001 |
| рівень соціального компонента професійної життєстійкості | 13,21±<br>0,61 | 14,00<br>(11,00;<br>16,00) | 18,54±<br>0,43 | 19,00<br>(16,00;<br>20,25) | ,000 |
| рівень професійного компонента життєстійкості            | 13,27±<br>0,64 | 13,50<br>(11,00;<br>17,00) | 18,39±<br>0,48 | 18,00<br>(16,00;<br>21,00) | ,000 |
| оцінка результатів діяльності                            | 8,98±<br>0,43  | 9,50<br>(7,00;<br>11,00)   | 12,39±<br>0,30 | 13,00<br>(12,00;<br>14,00) | ,000 |
| професійні домагання                                     | 8,08±<br>0,29  | 8,00<br>(7,00;<br>9,00)    | 11,11±<br>0,25 | 11,50<br>(10,00;<br>12,00) | ,000 |
| інтернальність у сфері професійних досягнень             | 8,83±<br>0,38  | 9,00<br>(7,00;<br>10,75)   | 13,00±<br>0,30 | 13,00<br>(12,00;<br>15,00) | ,000 |
| професійні інтереси та цінності                          | 8,85±<br>0,46  | 9,00<br>(6,25;<br>11,00)   | 12,11±<br>0,28 | 12,00<br>(11,00;<br>14,00) | ,000 |
| життєві цілі                                             | 6,29±<br>0,39  | 6,00<br>(4,00;<br>8,00)    | 11,30±<br>0,27 | 12,00<br>(9,75;<br>13,00)  | ,000 |
| шкала соціальної бажаності                               | 5,23±          | 5,00                       | 3,26±          | 3,00                       | ,000 |

|                     |                |                            |                |                            |      |
|---------------------|----------------|----------------------------|----------------|----------------------------|------|
|                     | 0,31           | (3,25;<br>7,00)            | 0,27           | (2,00;<br>4,00)            |      |
| загальна активність | 41,04±<br>1,34 | 41,50<br>(35,00;<br>46,75) | 59,91±<br>0,84 | 60,50<br>(56,75;<br>64,00) | ,000 |

## Додаток Д

**Показники професійної життєстійкості та пов'язаних психологічних характеристик військових лікарів у групах загальної вислуги років**

| Показник                                                | Група загальної вислуги 1-5 років | Група загальної вислуги 6-10 років | Група загальної вислуги 11 і більше років | ANOVA F  | ANOVA p | Інтерпретація                   |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------|----------|---------|---------------------------------|
|                                                         | M±m; Me (Q1; Q3)                  | M±m; Me (Q1; Q3)                   | M±m; Me (Q1; Q3)                          |          |         |                                 |
| Загальний рівень професійної життєстійкості             | 63.81±1.07; 66.00 (58.00; 72.00)  | 65.95±1.52; 65.50 (59.00; 73.00)   | 67.47±0.89; 69.00 (61.00; 76.00)          | 3,5008   | 0,03114 | статистично значущі відмінності |
| Середні значення загальної вислуги (роки)               | 2.74±0.11; 2.50 (2.00; 4.00)      | 8.23±0.17; 8.00 (7.00; 10.00)      | 23.60±0.59; 23.00 (16.00; 29.00)          | 604,7284 | <0,001  | статистично значущі відмінності |
| Середній вік досліджуваних (роки)                       | 37.10±0.76; 33.00 (29.00; 44.25)  | 36.51±0.86; 34.00 (31.00; 40.00)   | 47.00±0.57; 47.00 (40.00; 54.00)          | 75,1297  | <0,001  | статистично значущі відмінності |
| Рівень емоційного компонента професійної життєстійкості | 15.50±0.31; 16.00 (13.75; 18.00)  | 16.19±0.42; 16.50 (14.00; 18.25)   | 16.47±0.23; 17.00 (15.00; 18.00)          | 3,3667   | 0,03552 | статистично значущі відмінності |
| Рівень професійних інтересів і цінностей                | 10.34±0.23; 11.00 (9.00; 12.00)   | 10.37±0.31; 11.00 (9.00; 12.00)    | 10.99±0.18; 11.00 (10.00; 12.00)          | 3,0558   | 0,04819 | статистично значущі відмінності |
| Рівень переконання у справедливості світу               | 12.27±0.30; 12.00 (10.75; 14.00)  | 13.22±0.42; 13.00 (11.00; 16.00)   | 13.82±0.28; 14.00 (11.00; 16.00)          | 7,0972   | <0,001  | статистично значущі відмінності |
| Рівень узгодженості (прийняття) світу                   | 14.63±0.36; 14.00 (12.00; 18.00)  | 15.69±0.54; 16.00 (13.00; 19.00)   | 16.47±0.27; 16.00 (14.00; 19.00)          | 8,3293   | <0,001  | статистично значущі відмінності |
| Рівень переконання у доброті людей                      | 13.67±0.31; 14.00 (12.00; 16.00)  | 14.47±0.39; 15.00 (13.00; 17.00)   | 15.55±0.24; 16.00 (14.00; 17.00)          | 12,3494  | <0,001  | статистично значущі відмінності |

| Показник                                                   | Група загальної вислуги 1-5 років         | Група загальної вислуги 6-10 років        | Група загальної вислуги 11 і більше років | ANOVA F | ANOVA p | Інтерпретація                   |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|---------|---------|---------------------------------|
|                                                            | M±m; Me (Q1; Q3)                          | M±m; Me (Q1; Q3)                          | M±m; Me (Q1; Q3)                          |         |         |                                 |
| Рівень переконання у випадковості подій                    | 15.10±0.34;<br>15.00<br>(13.00;<br>18.00) | 14.17±0.38;<br>14.00<br>(12.00;<br>16.00) | 13.63±0.24;<br>13.00<br>(11.00;<br>16.00) | 6,8847  | 0,00116 | статистично значущі відмінності |
| Рівень мотиваційного компонента професійної життєстійкості | 37.11±2.05;<br>22.00<br>(17.00;<br>61.25) | 40.20±3.29;<br>23.50<br>(18.00;<br>65.00) | 43.90±1.93;<br>47.00<br>(19.00;<br>69.00) | 2,8383  | 0,05975 | тенденція до відмінностей       |
| Рівень соціального компонента професійної життєстійкості   | 15.71±0.32;<br>16.00<br>(14.00;<br>18.00) | 15.98±0.49;<br>17.00<br>(14.00;<br>18.00) | 16.66±0.27;<br>17.00<br>(15.00;<br>19.00) | 2,6811  | 0,06976 | тенденція до відмінностей       |
| Рівень схильності до професійного прийняття ризику         | 20.89±0.39;<br>21.50<br>(18.00;<br>24.00) | 21.72±0.57;<br>22.00<br>(18.75;<br>25.00) | 21.98±0.34;<br>22.00<br>(19.00;<br>25.00) | 2,3256  | 0,09909 | тенденція до відмінностей       |
| Рівень нейротизму / емоційної стабільності                 | 7.99±0.26;<br>8.00 (6.00;<br>9.75)        | 7.77±0.38;<br>8.00 (5.00;<br>10.00)       | 7.26±0.20;<br>7.00 (6.00;<br>9.00)        | 2,5115  | 0,08244 | тенденція до відмінностей       |
| Рівень сумлінності                                         | 9.70±0.21;<br>10.00 (8.00;<br>12.00)      | 9.67±0.27;<br>9.00 (8.00;<br>11.00)       | 10.24±0.16;<br>10.00 (9.00;<br>12.00)     | 2,7253  | 0,06675 | тенденція до відмінностей       |

## Додаток Е

**Паспорт програми психологічної підтримки та розвитку резильєнтності військових лікарів в умовах війни****1. Назва програми**

**Програма розвитку резильєнтності військових лікарів в умовах війни (30 годин).**

**2. Цільова група**

Військові лікарі Збройних Сил України (лікарі різних спеціальностей), які виконують професійні обов'язки в умовах бойових дій або в тиллових умовах (стабілізаційні пункти, мобільні госпіталі, госпітальні відділення тощо).

**3. Мета програми**

Формування та посилення психологічних ресурсів резильєнтності військового лікаря як інтегративної професійно-особистісної якості, що забезпечує ефективне функціонування у хронічно стресогенних умовах війни.

**4. Завдання програми**

- актуалізувати мотиваційно-ціннісні ресурси та професійну ідентичність;
- розвинути когнітивно-рефлексивні навички (мислення під стресом, аналіз рішень, ААР/дебріфінг);
- сформувані емоційно-вольові навички саморегуляції та відновлення;
- тренувати поведінкові алгоритми стійкості (адаптивні копінги, «перші 60 секунд»);
- удосконалити комунікативно-регуляторні навички командної взаємодії (SBAR, асертивність, деескалація, запит підтримки).

**5. Теоретико-методологічна основа**

Програма розроблена на основі авторської **п'ятикомпонентної моделі резильєнтності** військового лікаря: мотиваційно-ціннісного, когнітивно-рефлексивного, емоційно-вольового, поведінкового (операційно-діяльнісного) та комунікативно-регуляторного компонентів.

**6. Формат і тривалість**

- Загальна тривалість: **30 годин**.
- Структура: **10 занять по 3 години**.
- Формат: груповий тренінг (офлайн), із використанням мінілекцій, практичних вправ, рольових сценаріїв, групової дискусії, рефлексії.

**7. Умови проведення (тилові та бойові)**

Програма може проводитися:

- у тиллових закладах (аудиторія/клас/тренінговий зал/симуляційний центр);

- у районах виконання завдань (за наявності безпечного приміщення, відповідного режиму та дозволу командування).

#### **Організаційні вимоги:**

- приміщення, що забезпечує конфіденційність (без сторонніх осіб);
- можливість розсадки колом/роботи в малих групах;
- фліпчарт/маркер, стікери, таймер; за потреби — роздруковані сценарії SBAR та картки вправ;
- оптимальна чисельність групи: **8–15 осіб**.

#### **8. Вимоги до ведучого**

Ведучий/тренер: психолог (військовий психолог/клінічний психолог) або інший фахівець із підготовкою у сфері психологічної допомоги та групової роботи, який володіє навичками кризової комунікації, деескалації та психологічної підтримки в умовах війни.

#### **9. Принципи психологічної безпеки**

- добровільність участі та **право «пас»** (учасник може не відповідати/не брати участі у вправі);
- конфіденційність: «усе, що в групі — залишається в групі»;
- заборона деталізації травматичних подій та натуралістичних описів;
- фокус на ресурсах і практичних навичках; взаємоповага та відсутність оцінювання особистості;
- регламент «стоп-слово» та повернення до правил групи у разі напруги/конфлікту.

**Алгоритм дій ведучого в разі гострої емоційної реакції:** коротка пауза → заземлення/дихальна техніка 1–2 хв → індивідуальна підтримка → за потреби рекомендація звернення до фахівця/медичного супроводу.

#### **10. Очікувані результати**

- підвищення рівня резильєнтності та/або окремих її компонентів;
- покращення навичок саморегуляції, відновлення та мислення під стресом;
- підвищення ефективності командної комунікації (SBAR, асертивність, деескалація);
- зростання суб'єктивної готовності застосовувати навички у професійній діяльності в тилових і бойових умовах.

#### **11. Оцінювання ефективності**

Ефективність оцінюється шляхом **pre/post-діагностики** із застосуванням тих самих психодіагностичних методик, що використовувалися в емпіричному дослідженні, а також за допомогою **бланків зворотного зв'язку (feedback)** для оцінки практичної корисності, психологічної безпеки та перенесення навичок у діяльність.

## Розділ І. ЗАГАЛЬНА СТРУКТУРА ПРОГРАМИ

**Таблиця 1.1. Програма розвитку резильєнтності військових лікарів (30 год)**

| № заняття | Тема заняття                                                              | Години | Мінілекція (ключовий зміст)                                                                                                     | Практична частина (вправи/методи)                                                                                             | Компоненти моделі |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1         | Вступ. Резильєнтність військового лікаря: структура, цілі, правила роботи | 3      | Резильєнтність як процес і професійно-особистісна здатність в умовах війни; 5-компонентна модель; очікувані результати програми | «Знайомство через професійну силу»; правила групи; «Очікування–внесок–межі»; рефлексивне коло; первинна самодіагностика стану | МЦ, КР, КОМ       |
| 2         | Професійна місія й сенс: цінності як опора стійкості                      | 3      | Цінності, професійна етика, сенс служби; «сенс–мотивація–витримка»                                                              | «Професійний шлях у кризах»; техніка «Цінності → рішення»; обговорення етичних дилем (тріаж/дефіцит ресурсів)                 | МЦ, КР            |
| 3         | Мотивація в умовах тривалої війни: профілактика вигорання через самосенс  | 3      | Внутрішня/зовнішня мотивація; «ціна» професійної місії; межі відповідальності                                                   | «Мої мотиви: ядро і ризики»; «Карта ресурсів мотивації»; міні-план підтримки мотивації на 7 днів                              | МЦ, ЕВ            |
| 4         | Мислення під дією стресу: когнітивні викривлення та клінічні рішення      | 3      | Тунельне бачення, катастрофізація, поспішні висновки; алгоритм «STOP-пауза»                                                     | Розбір кейсу (факти–інтерпретації–рішення); «3 питання перед дією»; чек-лист протоколізації рішень                            | КР, ПОД           |
| 5         | Рефлексія й навчання на досвіді: AAR/дебрифінг без самозвинувачення       | 3      | Рефлексія як професійний інструмент; структура AAR; конструктивний зворотний зв'язок                                            | Міні-дебрифінг після кейсу; «Коло контролю»; «Урок → дія → підтримка»; формування персональних висновків                      | КР, МЦ, КОМ       |
| 6         | Саморегуляція в гострому стресі: керування емоційним станом               | 3      | Фізіологія стресу; швидкі протоколи саморегуляції (1–3 хв)                                                                      | «Емоційний барометр»; дихальні техніки; прогресивна м'язова релаксація; заземлення (grounding)                                | ЕВ                |
| 7         | Вольова регуляція і відновлення ресурсів: витримка, ритм,                 | 3      | Вольова стійкість; самопідтримка; профілактика виснаження; цикл відновлення                                                     | Майндфулнес-практика; «План відновлення 24/72» (сон/харчування/пауза/підтримка); «План Б                                      | ЕВ, МЦ            |

| № заняття | Тема заняття                                                                  | Години | Мінілекція (ключовий зміст)                                                      | Практична частина (вправи/методи)                                                                                     | Компоненти моделі    |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------|--------|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
|           | «24/72»                                                                       |        |                                                                                  | у перевантаженні»                                                                                                     |                      |
| 8         | Поведінкові алгоритми резильєнтності: копінг і дії в умовах дефіциту часу     | 3      | Копінг-стратегії (Лазарус): планування/уникання/дистанціювання; адаптивність дій | Самооцінка типових реакцій; тренування «перші 60 секунд» у кризі; рольові сценарії «дефіцит часу/ресурсів»            | ПОД, ЕВ, КР          |
| 9         | Командна взаємодія й підтримка: комунікація в напрузі, конфлікт, межі         | 3      | Командна стійкість; SBAR; психологічні межі; запит підтримки без стигми          | SBAR-тренування; асертивні відповіді; міні-сценарії «складна розмова» (колега/командир/пацієнт); алгоритм деескалації | КОМ, ЕВ, ПОД         |
| 10        | Інтеграція. Персональна стратегія резильєнтності та план підтримки на 30 днів | 3      | Резильєнтність як процес; індивідуальний профіль ресурсів; підтримка змін        | «Мій шлях змін»; «5 компонентів → 5 звичок»; підсумкова рефлексія; план дій на 30 днів; зворотний зв'язок             | МЦ, КР, ЕВ, ПОД, КОМ |

**Таблиця 1.2. Компоненти моделі резильєнтності військових лікарів у професійній діяльності**

| № | Компонент резильєнтності                    | Зміст та прояв у професійній діяльності                                     | Приклади поведінки / професійних дій                                                |
|---|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Мотиваційно-ціннісний (МЦ)                  | Стійка професійна мотивація, пріоритети та ціннісні орієнтації у діяльності | Усвідомлення важливості надання медичної допомоги, психологічна підтримка пацієнтів |
| 2 | Когнітивно-рефлексивний (КР)                | Усвідомлення власних дій, відкритість до нового, аналітичне мислення        | Рефлексія після операцій, аналіз результатів, пошук оптимальних рішень              |
| 3 | Емоційно-вольовий (ЕВ)                      | Контроль емоцій, саморегуляція та стресостійкість                           | Збереження спокою в критичних ситуаціях, мобілізація внутрішніх ресурсів            |
| 4 | Поведінковий (операційно-діяльнісний) (ПОД) | Ефективна поведінка у стресових ситуаціях, адаптивність дій                 | Виконання процедур за протоколом, швидке реагування на кризові події                |
| 5 | Комунікативно-регулятивний (КОМ)            | Здатність до взаємодії, командної роботи, використання соціальної підтримки | Координація з колегами, консультування, підтримка команди                           |

**Таблиця 1.3. Відповідність змісту програми психологічної підтримки та розвитку резильєнтності військових лікарів військово-професійним компетентностям (ВПК)**

| Код компетентності (ВПК) | Зміст компетентності                                                                  | Як саме підсилює програма (що формується)                                                                                                                                                                                                                                                 | Індикатори сформованості (поведінкові маркери)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Заняття програми |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| ВПК-16                   | Планування/підготовка дій підрозділу; TLP/MDMP; урахування сучасного бойового досвіду | Когнітивна стійкість у прийнятті рішень (мислення під стресом, розпізнавання когнітивних викривлень, рефлексія/AAR); саморегуляція працездатності (короткі протоколи відновлення, план <b>24/72</b> ); алгоритмізація дій у дефіциті часу (алгоритм «перші 60 секунд», адаптивні копінги) | 1) У рольовому кейсі <b>відокремлює факти від інтерпретацій</b> та формулює $\geq 1$ альтернативу рішення. 2) Застосовує <b>STOP-паузу</b> перед рішенням (фіксація у LogBook). 3) Проводить короткий <b>AAR (5 питань)</b> і формулює «урок $\rightarrow$ наступний крок». 4) Має заповнений план <b>24/72</b> і виконує щонайменше 1 пункт (LogBook).                                                      | 4–5; 6–7; 8      |
| ВПК-17                   | Лідерство; постановка задач; розподіл завдань; робота з підлеглими                    | Лідерська стійкість і самоконтроль у напрузі; комунікація та керування взаємодією (SBAR, асертивність, деескалація, запит підтримки); рефлексивне лідерство (дебріфінг без звинувачення, конструктивний зворотний зв'язок)                                                                | 1) Передає інформацію за <b>SBAR <math>\leq 60</math> сек</b> із чітким запитом. 2) Використовує <b>Я-повідомлення</b> в напруженій взаємодії (без агресії/пасивності). 3) Демонструє <b>деескалацію</b> (пауза $\rightarrow$ визнання емоцій $\rightarrow$ рамка $\rightarrow$ вибір). 4) Дає <b>фідбек 2+1</b> (про поведінку/рішення) і приймає його.                                                     | 6–7; 9; 5        |
| ВПК-18                   | Дисципліна, порядок, безпека служби; виконання керівних документів                    | Профілактика помилок через стрес/виснаження; самодисципліна і контроль імпульсивності (дотримання стандартів поведінки в кризі); етична стійкість і межі відповідальності (цінності $\rightarrow$ рішення)                                                                                | 1) Використовує короткі протоколи саморегуляції (дихання/grounding) перед/після піку навантаження (LogBook). 2) У кризовому сценарії діє за алгоритмом « <b>перші 60 секунд</b> » і зберігає послідовність дій. 3) Формулює <b>межі відповідальності</b> (моє/командне/системне) і 1 крок у зоні контролю. 4) У кейсі етичної дилеми аргументує рішення через <b>цінність <math>\rightarrow</math> дію</b> . | 6–7; 8; 2–3      |

### 1.4. Обмеження участі.

Участь у програмі є добровільною. **Не рекомендована** участь у груповому форматі за наявності гострих станів, що потребують невідкладної медичної або спеціалізованої психологічної допомоги (виражене психоемоційне збудження, дезорієнтація, неконтрольовані панічні прояви, гострі психотичні симптоми тощо), а також у разі суттєвого погіршення соматичного стану. У таких випадках учаснику пропонується **перейти в режим спостерігача** (без виконання вправ) або тимчасово припинити участь у занятті з подальшим зверненням до профільного фахівця/медичного супроводу. У межах програми діє **право «пас»** і можливість перервати виконання будь-якої вправи у разі дискомфорту.

## Розділ II. ПЛАН ПРОВЕДЕННЯ ПРОГРАМИ

### Заняття 1 (3 год). Вступ. Резильєнтність як професійно-особистісна здатність. Знайомство та згуртованість

| Параметр          | Зміст                                                                                                                                               |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Мета              | Сформувати психологічно безпечний простір; створити первинну згуртованість; познайомити з 5-компонентною моделлю; запустити самоусвідомлення стану. |
| Компоненти моделі | МЦ, КР, КОМ                                                                                                                                         |
| Матеріали         | Фліпчарт/маркер, стікери, таймер, аркуші А4                                                                                                         |

| Етап (структура)                          | Час   | Зміст/діяльність                               |
|-------------------------------------------|-------|------------------------------------------------|
| Вступ і рамки                             | 10 хв | Вітання, правила безпеки, мета заняття         |
| Знайомство й емпатійний контакт           | 40 хв | Вправи 1–2                                     |
| Згуртованість і «контракт резильєнтності» | 40 хв | Вправи 3–4                                     |
| Мінілекція                                | 20 хв | Резильєнтність як ресурс; 5-компонентна модель |
| Перерва                                   | 15 хв |                                                |
| Практика: очікування–внесок–              | 25 хв | Вправа 5                                       |

| Параметр                       | Зміст |                           |
|--------------------------------|-------|---------------------------|
| межі                           |       |                           |
| Самодіагностика + техніка 1 хв | 15 хв | Вправа 6                  |
| Рефлексія й закриття           | 15 хв | Підсумок, 1 інсайт, 1 дія |

| Практичні вправи                                   | Час   | Хід (коротко)                                                                                                                    | Дебрифінг (питання)                                                                |
|----------------------------------------------------|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| 1) «Знайомство через ресурс»                       | 12 хв | Коло: ім'я/роль + 1 професійна сила «що тримає»                                                                                  | Що спільного почули? Що підкріпило?                                                |
| 2) «Два факти – одна професійна сила»              | 12 хв | Пари: 2 факти + 1 сила; у колі представляють партнера                                                                            | Яку силу було приємно почути? Що здивувало?                                        |
| 3) «Карта команди: допомагає/заважає»              | 15 хв | 2 колонки на фліпчарті; збір пунктів; обрати 5–7 «допомагає»                                                                     | Які 2 правила критичні для нас?                                                    |
| 4) «Командний контракт резильєнтності»             | 20 хв | Узгодити правила (конфіденційність, повага, право «пас», «Я-повідомлення», без оцінювання, підтримка, таймінг, фідбек); ініціали | Що робимо, якщо правило порушено? (стоп → переформулювання → повернення до правил) |
| 5) «Очікування–внесок–межі»                        | 20 хв | Стікери у 3 колонки; групування й узгодження                                                                                     | Які очікування реалістичні? Який внесок беремо?                                    |
| 6) «Барометр стану 0–10 + 1-хвилинна стабілізація» | 10 хв | Оцінка: напруга/ресурс/концентрація; 1 хв дихання 4–2–6 або заземлення 5-4-3-2-1                                                 | Що змінилось на 0,5–1 бал?                                                         |

### Заняття 2 (3 год). Професійна місія і цінності: сенс як опора стійкості

| Параметр          | Зміст                                                                                                      |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Мета              | Зміцнити мотиваційно-ціннісний контур; формувати етичну стійкість; підсилити емпатію до пацієнта і колеги. |
| Компоненти моделі | МЦ, КР, КОМ                                                                                                |
| Матеріали         | Картки «цінностей», фліпчарт                                                                               |

| Етап (структура)                           | Час   | Зміст/діяльність                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Емпатійний розігрів                        | 10 хв | Вправа 1                                                                                                                                                        |
| Мінілекція                                 | 20 хв | Цінності/сенси/етика як ресурс резильєнтності                                                                                                                   |
| Практика цінностей                         | 40 хв | Вправи 2–3                                                                                                                                                      |
| Мінілекція                                 | 15 хв |                                                                                                                                                                 |
| Перерва                                    | 15 хв |                                                                                                                                                                 |
| Етичний кейс + командна дискусія           | 25 хв | Вправа 4                                                                                                                                                        |
| Барометр стану 0–10 + коротка стабілізація | 5 хв  | «до/після» + 2 цикли дихання 4–2–6                                                                                                                              |
| Рефлексія + план дії                       | 10 хв | 1 висновок, 1 дія на тиждень                                                                                                                                    |
| Перенесення в практику (уніфіковано)       | 40 хв | 1 навичка → 1 ситуація застосування → 1 запис у LogBook (індивідуально 5 хв + робота в парах 10 хв + обговорення в малій групі 15 хв + підсумок ведучого 10 хв) |

| Практичні вправи                                      | Час   | Хід (коротко)                                                                                                                    | Дебрифінг (питання)                                 |
|-------------------------------------------------------|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 1) «Мікро-підтримка в парі»                           | 10 хв | У парах: «що було важким?» + «яка підтримка потрібна?»; слухання без порад (2 хв) + 1 фраза підтримки/віддзеркалення             | Що допомогло відчувати підтримку?                   |
| 2) «Цінності → рішення»                               | 30 хв | Обрати 3 ключові цінності; розбір кейсу дефіциту ресурсу (тріаж/обмежені ресурси) через призму «цінність → рішення → дія»        | Яка цінність «тримає» в кризі?                      |
| 3) «Професійний компас»                               | 20 хв | 1–2 речення: «Для мене важливо... Я дію так...»; обмін у трійках + короткий зворотний зв'язок («що звучить сильно»)              | Що звучить найбільш переконливо/практично?          |
| 4) «Мікрорефлексія та інтеграція: «цінність → 1 дія»» | 10 хв | Індивідуально: сформулювати 1 дію на тиждень, яка відображає обрану цінність; обговорення в парах (перевірка реалістичності)     | Яку 1 дію ви реально зробите до наступного заняття? |
| 5) Етичний кейс «тріаж/дефіцит»                       | 25 хв | Групи 3–4: рішення + аргументація; правило: критикуємо рішення, хвалюємо людину; коротка презентація груп                        | Як зберегти людяність і ефективність?               |
| 6) «Перенесення в практику + LogBook»                 | 10 хв | Обрати одну навичку з заняття → визначити 1 ситуацію застосування → записати шаблон LogBook (ситуація/навичка/до–після/висновок) | Що може завадити застосуванню і як це обійти?       |

### Заняття 3 (3 год). Мотивація у тривалій війні: профілактика виснаження через сенс і межі

| Параметр          | Зміст                                                                                                    |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Мета              | Стабілізувати мотивацію; навчити бачити «червоні прапорці» вигорання; розвивати взаємопідтримку команди. |
| Компоненти моделі | МЦ, ЕВ, КОМ                                                                                              |
| Матеріали         | Шкала «вигорання/ресурс», стікери                                                                        |

| Етап (структура)                 | Час   | Зміст/діяльність                                                                                                 |
|----------------------------------|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Вступ, рамки, чек-ін             | 10 хв | Мета заняття, короткий барометр стану 0–10 (напруга/ресурс), нагадування «право пас»                             |
| Мінілекція                       | 20 хв | Вигорання у тривалому стресі; «червоні прапорці»; мотиваційні ресурси; межі відповідальності як фактор стійкості |
| Практичний блок 1                | 40 хв | Вправи 1–2 (з короткими переходами)                                                                              |
| Практичний блок 2                | 25 хв | Вправа 3                                                                                                         |
| Перерва                          | 15 хв | —                                                                                                                |
| Практичний блок 3                | 25 хв | Вправа 4                                                                                                         |
| Мікрорефлексія                   | 15 хв | 1 висновок по заняттю + «що беру в роботу» (коротке коло)                                                        |
| Перенесення в практику + LogBook | 10 хв | Вправа 5                                                                                                         |
| Закриття заняття                 | 25 хв | Підсумок, відповіді на питання, фіксація «1 дія на 7 днів»                                                       |

| Практичні вправи            | Час   | Хід (коротко)                                                                                                                         | Дебрифінг (питання)                                            |
|-----------------------------|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 1) «Коло вдячності команди» | 8 хв  | По колу: 1 коротка фраза вдячності колезі/команді (без обговорення)                                                                   | Що змінилось у настрої групи?                                  |
| 2) «Мотиви: ядро і ризики»  | 30 хв | Індивідуально: визначити мотиваційне «ядро» та 1–2 ризики виснаження; у трійках: обмін і пошук 1 реалістичного способу зменшити ризик | Який ризик найреальніший? Який крок найпростіший і здійснений? |
| 3) «Межі відповідальності»  | 25 хв | «Коло контролю»: моє / командне / системне; сформулювати 1 крок у зоні власного контролю та 1 «що відпускаю»                          | Що відпускаю? Що роблю як лікар і як людина?                   |
| 4) «План підтримки»         | 25 хв | Скласти план із 2 малих дій (сон/харчування/пауза/контакт                                                                             | Що може завадити? Як обійти                                    |

| Практичні вправи                      | Час   | Хід (коротко)                                                                                                                              | Дебрифінг (питання)                                                                |
|---------------------------------------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| мотивації на 7 днів»                  |       | підтримки/професійна гордість); перевірка в парі на конкретність і реалістичність (коли/де/як)                                             | перешкоду?                                                                         |
| 5) «Перенесення в практику + LogBook» | 10 хв | Обрати 1 навичку із заняття → визначити 1 ситуацію застосування → заповнити короткий шаблон LogBook (ситуація/навичка/до–після/1 висновок) | Де саме ви застосуєте це протягом найближчих 48 годин? Що допоможе не «зірватися»? |

### Заняття 4 (3 год). Мислення під стресом: когнітивні викривлення і рішення

| Параметр          | Зміст                                                                                             |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Мета              | Стабілізувати мислення в кризі; підвищити якість рішень; тренувати командну комунікацію в кейсах. |
| Компоненти моделі | КР, ПОД, КОМ                                                                                      |
| Матеріали         | Кейси, чек-листи                                                                                  |

| Етап (структура)                 | Час   | Зміст/діяльність                                                                                                                                   |
|----------------------------------|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Вступ, рамки, чек-ін             | 10 хв | Мета заняття; короткий барометр (напруга/концентрація 0–10); правило «коротко і по суті»                                                           |
| Мінілекція                       | 20 хв | Когнітивні викривлення під стресом (тунельне бачення, катастрофізація, поспішні висновки); принцип «факти vs інтерпретації»; STOP як мікропротокол |
| Практичний блок 1                | 5 хв  | Вправа 1                                                                                                                                           |
| Практичний блок 2                | 35 хв | Вправа 2 (35 хв) + презентації/узагальнення (10 хв)                                                                                                |
| Практичний блок 3                | 20 хв | Вправа 3 (15 хв) + короткий обмін у парах «де застосую STOP» (5 хв)                                                                                |
| Перерва (обов'язкова)            | 15 хв | —                                                                                                                                                  |
| Практичний блок 4                | 20 хв | Вправа 4 (15 хв) + мікрорефлексія «що підсилює ясність у команді» (5 хв)                                                                           |
| Закріплення (чек-лист рішень)    | 25 хв | Практика «3 питання перед дією» + міні-чек-лист протоколізації рішень (індивідуально 5 хв → пари 10 хв → група 10 хв)                              |
| Перенесення в практику + LogBook | 10 хв | 1 навичка → 1 ситуація застосування → 1 запис LogBook                                                                                              |
| Підсумок і закриття              | 25 хв | 1 висновок, 1 дія на 48 год; відповіді на питання                                                                                                  |

| Практичні вправи                       | Час   | Хід (коротко)                                                                                                                                                 | Дебрифінг (питання)                                                               |
|----------------------------------------|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 1) «Сканер уваги 60 секунд»            | 5 хв  | «3 факти тут-і-зараз» для зниження хаосу й повернення фокусу                                                                                                  | Що стало яснішим?                                                                 |
| 2) «Кейс: факти–інтерпретації–рішення» | 35 хв | Групи 3–4: 5 фактів; 3 інтерпретації/ризик; 3 рішення (А/В/С); коротка презентація (≈2 хв на групу)                                                           | Чи відділили факт від інтерпретації? Що було найскладнішим?                       |
| 3) «STOP-пауза перед рішенням»         | 15 хв | S-stop, Т-три вдихи, О-оцінка, Р-план; репетиція на кейсі                                                                                                     | Де STOP найбільш корисний у вашій роботі?                                         |
| 4) «Фрази командної ясності»           | 15 хв | Мікро-тренінг: «Я бачу..., пропоную..., ризик..., прошу...»; у парах 3 повтори з різними сценаріями                                                           | Яка фраза найсильніша/найпрактичніша?                                             |
| 5) «Перенесення в практику + LogBook»  | 10 хв | Обрати 1 навичку (STOP або «факти/інтерпретації» або «фрази ясності») → визначити 1 робочу ситуацію → записати LogBook (ситуація/навичка/до–після/1 висновок) | Де саме ви застосуєте це протягом найближчих 48 годин? Який бар'єр може завадити? |

### Заняття 5 (3 год). Рефлексія, AAR і дебрифінг без звинувачення

| Параметр          | Зміст                                                                          |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| Мета              | Навчити професійній рефлексії; підсилити згуртованість через безпечний фідбек. |
| Компоненти моделі | КР, МЦ, КОМ                                                                    |
| Матеріали         | Схема AAR, таймер                                                              |

| Етап (структура)     | Час   | Зміст/діяльність                                                                                                      |
|----------------------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Вступ, рамки, чек-ін | 10 хв | Мета заняття; короткий барометр 0–10 (напруга/ресурс); нагадування правил безпеки («без деталей травми», «право пас») |
| Мінілекція           | 20 хв | Рефлексія як професійний інструмент; структура AAR; принцип «blameless» (про дії/рішення, не про особистість)         |
| Практичний блок 1    | 35 хв | Вправа 1 (AAR)                                                                                                        |
| Практичний блок 2    | 15 хв | Вправа 2 (фідбек 2+1)                                                                                                 |

| Етап (структура)                        | Час   | Зміст/діяльність                                                                                               |
|-----------------------------------------|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Перерва                                 | 15 хв | —                                                                                                              |
| Практичний блок 3                       | 5 хв  | Вправа 3 (коло довіри)                                                                                         |
| Практичний блок 4                       | 25 хв | Вправа 4 (протокол помилки) + коротке обговорення                                                              |
| Закріплення навички (мікро-AAR у парах) | 25 хв | Тренування «1 ситуація → 5 питань AAR → 1 урок → 1 дія» (пари/трійки)                                          |
| Перенесення в практику + LogBook        | 10 хв | 1 навичка → 1 ситуація застосування → 1 запис LogBook                                                          |
| Підсумок і закриття                     | 20 хв | Групова рефлексія: 1 правило команди «без звинувачення»; питання/відповіді; узгодження домашнього застосування |

| Практичні вправи                           | Час   | Хід (коротко)                                                                                                                          | Дебрифінг (питання)                                                     |
|--------------------------------------------|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 1) Міні- дебрифінг AAR                     | 35 хв | У трійках: один описує кейс <b>без травм-деталей</b> ; двоє ведуть AAR за 5 питаннями (що було/що планували/що вийшло/чому/що змінити) | Який головний урок? Яка 1 дія на майбутнє?                              |
| 2) «Фідбек 2+1»                            | 15 хв | У трійках: 2 сильні дії/рішення колеги + 1 пропозиція покращення; правило: лише поведінка/рішення, без оцінки особистості              | Що зробило фідбек безпечним і корисним?                                 |
| 3) «Коло довіри команди»                   | 5 хв  | По колу 1 речення: «Сьогодні безпеку підвищило...» (без обговорення)                                                                   | Яке правило беремо як групову норму?                                    |
| 4) «Протокол помилки без самозвинувачення» | 25 хв | «Факт → урок → дія → підтримка»: індивідуально (5–7 хв) + короткий обмін у парах/трійках (решта часу)                                  | Яку дію зробите інакше? Яка підтримка потрібна?                         |
| 5) «Перенесення в практику + LogBook»      | 10 хв | Обрати 1 навичку (AAR або фідбек 2+1) → визначити 1 робочу ситуацію → записати LogBook (ситуація/навичка/до–після/1 висновок)          | Коли саме ви зробите AAR (після зміни/після епізоду)? Що може завадити? |

### Заняття 6 (3 год). Саморегуляція в гострому стресі: швидкі протоколи

| Параметр          | Зміст                                                                                                     |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Мета              | Стабілізувати фізіологію стресу; підвищити керованість емоцій; розвивати емпатію до себе (самоспівчуття). |
| Компоненти моделі | ЕВ                                                                                                        |
| Матеріали         | Інструкції, килимок за бажанням                                                                           |

| Етап (структура)                       | Час   | Зміст/діяльність                                                                                  |
|----------------------------------------|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Вступ, рамки, техніка безпеки          | 10 хв | Мета заняття; «право пас»; протипоказання/стоп-правило для дихальних технік; короткий чек-ін 0–10 |
| Мінілекція                             | 20 хв | Фізіологія стресу; принцип «короткі протоколи 1–3 хв»; коли краще дихання/grounding/ПМР           |
| Практичний блок 1                      | 10 хв | Вправа 1 (емоційний барометр)                                                                     |
| Практичний блок 2                      | 20 хв | Вправа 2 (дихання) + коротка фіксація ефекту «до/після»                                           |
| Практичний блок 3                      | 15 хв | Grounding (5–4–3–2–1 + “стопи”) як швидкий протокол (вбудовано як окремий міні-блок)              |
| Перерва                                | 15 хв | —                                                                                                 |
| Практичний блок 4                      | 25 хв | Вправа 3 (ПМР): короткий варіант + обговорення                                                    |
| Практичний блок 5                      | 10 хв | Вправа 4 (самоспівчуття фразою)                                                                   |
| Практичний блок 6                      | 15 хв | Вправа 5 (емпатійне віддзеркалення)                                                               |
| Закріплення (мікро-протокол 90 секунд) | 20 хв | 3 раунди: «барометр → обрати техніку → виконати 90 сек → оцінити ефект» (пари/трійки)             |
| Перенесення в практику + LogBook       | 10 хв | 1 техніка → 1 ситуація застосування → 1 запис LogBook                                             |
| Підсумок і закриття                    | 10 хв | 1 висновок, 1 обраний протокол, відповіді на питання                                              |

| Практичні вправи                 | Час   | Хід (коротко)                                                                       | Дебрифінг (питання)                                |
|----------------------------------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| 1) «Емоційний барометр»          | 10 хв | Оцінка стану 0–10 (напруга/ресурс/концентрація) + вибір техніки під стан            | Яка потреба стоїть за цим станом?                  |
| 2) Дихання 4–2–6 / box breathing | 20 хв | Навчання (5 хв) + виконання 2–4 циклів (5 хв) + коротка фіксація «до/після» (10 хв) | Що змінилось у тілі? Яка техніка спрацювала краще? |
| 3) Заземлення                    | 15 хв | 5–4–3–2–1 (сенсорне повернення в “тут-і-зараз”) + варіант “стопи на                 | Що повернуло фокус найшвидше?                      |

| Практичні вправи                      | Час   | Хід (коротко)                                                                                                                 | Дебрифінг (питання)                                                |
|---------------------------------------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| (grounding)                           |       | підлозі”                                                                                                                      |                                                                    |
| 4) Прогресивна м’язова релаксація     | 25 хв | Короткий ПМР: напруга 3–4 сек → розслаблення 6–8 сек (5–7 груп м’язів)                                                        | Де напруга була найбільшою? Що відпустилося?                       |
| 5) «Самоспівчуття фразою»             | 10 хв | «Мені важко... Це нормально... Я зроблю 1 крок...» (в парі або в колі добровільно)                                            | Яка фраза найпідтримуюча і «ваша»?                                 |
| 6) «Емпатійне віддзеркалення»         | 15 хв | У парах: спікер 2 хв (без деталей), слухач віддзеркалює без порад; зміна ролей                                                | Що відчули як слухач/спікер?                                       |
| 7) «Перенесення в практику + LogBook» | 10 хв | Обрати 1 техніку (дихання/grounding/ПМР) → визначити 1 ситуацію застосування → LogBook (ситуація/техніка/до–після/1 висновок) | Коли і де застосуєте протягом найближчих 48 год? Що може завадити? |

### Заняття 7 (3 год). Вольова регуляція і відновлення: протокол 24/72

| Параметр          | Зміст                                                                 |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| Мета              | Планувати відновлення; підтримати витримку; зміцнити взаємопідтримку. |
| Компоненти моделі | ЕВ, МЦ, КОМ                                                           |
| Матеріали         | Шаблон «24/72», стікери                                               |

| Етап (структура)                       | Час   | Зміст/діяльність                                                                                                        |
|----------------------------------------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Вступ, рамки, чек-ін                   | 10 хв | Мета заняття; короткий барометр 0–10 (ресурс/втома); нагадування «право пас»                                            |
| Мінілекція                             | 20 хв | Вольова регуляція і відновлення; різниця «втома–перевтома–виснаження»; логіка протоколу 24/72                           |
| Практичний блок 1                      | 10 хв | Вправа 1                                                                                                                |
| Практичний блок 2                      | 35 хв | Вправа 2 (30 хв) + коротка звірка в парах (5 хв)                                                                        |
| Перерва                                | 15 хв | —                                                                                                                       |
| Практичний блок 3                      | 20 хв | Вправа 3 (15 хв) + коротке обговорення (5 хв)                                                                           |
| Практичний блок 4                      | 15 хв | Вправа 4 (10 хв) + мікрорефлексія (5 хв)                                                                                |
| Закріплення: «План Б у перевантаженні» | 35 хв | Малі групи: 2–3 сценарії (дефіцит часу/ресурсів/конфлікт) → вибір 1 пункту 24 год + 1 пункту 72 год + 1 запит підтримки |

| Етап (структура)                 | Час   | Зміст/діяльність                                          |
|----------------------------------|-------|-----------------------------------------------------------|
| Перенесення в практику + LogBook | 5 хв  | 1 пункт з «24 год» → коли/де → 1 запис LogBook            |
| Підсумок і закриття              | 20 хв | 1 висновок + 1 конкретна дія на 24 год; питання/відповіді |

| Практичні вправи                      | Час   | Хід (коротко)                                                                                           | Дебрифінг (питання)                                                   |
|---------------------------------------|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 1) «Втома vs виснаження: маркери»     | 10 хв | Група називає маркери; ведучий фіксує (фізичні/емоційні/когнітивні/поведінкові)                         | Які 2 маркери для вас ключові?                                        |
| 2) «План 24/72»                       | 30 хв | Заповнення шаблону (24 год: 3 пункти; 72 год: 3 пункти) + перевірка в парах на реалістичність           | Що зробить план реалістичним саме у ваших умовах?                     |
| 3) «Ресурсні мікропаузи»              | 15 хв | Тренування трьох форматів: 30 сек / 1 хв / 3 хв (дихання/grounding/розслаблення плечей)                 | Яка пауза найдієвіша і коли її реально зробити?                       |
| 4) «Запит підтримки без стигми»       | 10 хв | Скрипт: «Мені потрібно... Чи можеш...?»; 2 повтори в парах із різними ситуаціями                        | Які слова звучали природно? Що було складним?                         |
| 5) «Перенесення в практику + LogBook» | 10 хв | Обрати 1 пункт «24 год» → визначити 1 ситуацію/час виконання → LogBook (ситуація/дія/до–після/висновок) | Коли саме зробите це протягом 24 годин? Що може завадити і як обійти? |

### Заняття 8 (3 год). Поведінкові алгоритми: копінгі і “перші 60 секунд”

| Параметр          | Зміст                                                                        |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Мета              | Сформувати адаптивні алгоритми дій у стресі; тренувати командну координацію. |
| Компоненти моделі | ПОД, ЕВ, КР, КОМ                                                             |
| Матеріали         | Сценарії, таймер                                                             |

| Етап (структура)     | Час   | Зміст/діяльність                                                                                       |
|----------------------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Вступ, рамки, чек-ін | 10 хв | Мета заняття; барометр 0–10 (напруга/концентрація); коротке правило «спочатку алгоритм — потім деталі» |
| Мінілекція           | 20 хв | Копінг-стратегії (адаптивні/дезадаптивні); алгоритмізація дій у кризі; «перші 60 секунд» як            |

| Етап (структура)                        | Час   | Зміст/діяльність                                                                                                                     |
|-----------------------------------------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                         |       | мікропротокол                                                                                                                        |
| Практичний блок 1                       | 15 хв | Вправа 1                                                                                                                             |
| Практичний блок 2                       | 25 хв | Вправа 2 (20 хв) + короткий дебриф (5 хв)                                                                                            |
| Практичний блок 3                       | 20 хв | Вправа 3 (15 хв) + повтор/зворотний зв'язок (5 хв)                                                                                   |
| Перерва                                 | 15 хв | —                                                                                                                                    |
| Практичний блок 4                       | 35 хв | Вправа 4 (25 хв) + обговорення (10 хв)                                                                                               |
| Закріплення: «копінг → дія → результат» | 30 хв | Індивідуально: обрати 1 копінг, який замінюю, і 1 альтернативу; у парах: програти 2 короткі ситуації та зафіксувати «наступний крок» |
| Перенесення в практику + LogBook        | 5 хв  | 1 алгоритм/навичка → 1 ситуація застосування → 1 запис LogBook                                                                       |
| Підсумок і закриття                     | 10 хв | 1 висновок + 1 дія на 48 год; питання/відповіді                                                                                      |

| Практичні вправи                         | Час   | Хід (коротко)                                                                                                                              | Дебрифінг (питання)                                                     |
|------------------------------------------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 1) «Мій типовий копінг»                  | 15 хв | Самооцінка типових реакцій у стресі + обмін у трійках: «що працює/що шкодить»                                                              | Який копінг хочете замінити? На що саме?                                |
| 2) «Перші 60 секунд у кризі»             | 20 хв | Алгоритм: зупинка → 3 видихи → пріоритет → дія 1; репетиція на сценаріях                                                                   | Який крок був найважчий? Що допомогло?                                  |
| 3) «Передача зміни: 60 секунд»           | 15 хв | Структура: стан/ризик/що зроблено/що потрібно; 60 сек передача + 20 сек повтор приймаючого                                                 | Що допомогло ясності? Що було зайвим?                                   |
| 4) «Груповий сценарій: дефіцит ресурсів» | 25 хв | Ролі, короткий план, комунікація; виконання сценарію в малих групах                                                                        | Де була найкраща координація? Що заважало?                              |
| 5) «Перенесення в практику + LogBook»    | 10 хв | Обрати 1 навичку (перші 60 секунд / передача зміни / заміна копіngu) → визначити 1 ситуацію → LogBook (ситуація/навичка/до–після/висновок) | Де саме ви застосуєте це протягом 48 годин? Який бар'єр найімовірніший? |

### Заняття 9 (3 год). Командна взаємодія: SBAR, асертивність, деескалація

| Параметр          | Зміст                                                                    |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Мета              | Підсилити комунікацію команди; емпатійне слухання; керування конфліктом. |
| Компоненти моделі | КОМ, ЕВ, ПОД                                                             |
| Матеріали         | Картки ситуацій                                                          |

| Етап (структура)                                | Час   | Зміст/діяльність                                                                                                   |
|-------------------------------------------------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Вступ, рамки, чек-ін                            | 10 хв | Мета заняття; барометр 0–10 (напруга/ясність); правило «говоримо коротко і по суті»                                |
| Мінілекція                                      | 20 хв | Командна стійкість; стандарти комунікації SBAR; асертивність vs агресія/пасивність; деескалація як навичка безпеки |
| Практичний блок 1                               | 10 хв | Вправа 1                                                                                                           |
| Практичний блок 2                               | 10 хв | Вправа 2                                                                                                           |
| Практичний блок 3                               | 35 хв | Вправа 3 (30 хв) + міні-дебриф (5 хв)                                                                              |
| Перерва                                         | 15 хв | —                                                                                                                  |
| Практичний блок 4                               | 20 хв | Вправа 4 (15 хв) + коротке закріплення (5 хв)                                                                      |
| Практичний блок 5                               | 30 хв | Вправа 5 (20 хв) + повтор/закріплення в парах (10 хв)                                                              |
| Закріплення: рольові сценарії «складна розмова» | 20 хв | 2–3 короткі сценарії (колега/командир/пацієнт): SBAR або Я-повідомлення або деескалація; зворотний зв'язок 2+1     |
| Перенесення в практику + LogBook                | 5 хв  | 1 навичка → 1 реальна комунікація → 1 запис LogBook                                                                |
| Підсумок і закриття                             | 10 хв | 1 висновок + 1 дія на 48 год; відповіді на питання                                                                 |

| Практичні вправи            | Час   | Хід (коротко)                                                                                 | Дебрифінг (питання)                               |
|-----------------------------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| 1) «Сильна команда в кризі» | 10 хв | Малі групи: 3 ознаки команди, що витримує тиск + 3 дії лідера/члена команди; 1 хв презентація | Що застосуємо завтра?                             |
| 2) «Мій внесок у команду»   | 12 хв | По колу: «Коли важко, я корисний(на) команді тим, що...»; ведучий групує типи внеску          | Який внесок хочете підсилити?                     |
| 3) SBAR-тренування          | 30 хв | 3 раунди в парах/трійках: передача ≤60 сек + повтор приймаючого + фідбек 2+1                  | Що зробило повідомлення ясним?<br>Що було зайвим? |

| Практичні вправи                      | Час   | Хід (коротко)                                                                                                                                       | Дебрифінг (питання)                                                  |
|---------------------------------------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| 4) Асертивність «Я-повідомлення»      | 15 хв | Скрипт: «Коли..., я відчуваю..., мені потрібно..., прошу...»; 2 повтори в парах                                                                     | Які слова працюють найкраще?                                         |
| 5) Деескалація конфлікту              | 20 хв | Алгоритм: пауза → визнання емоцій → рамка → вибір; рольова сцена (1–2 раунди)                                                                       | Що знизило напругу? Що спрацювало найшвидше?                         |
| 6) «Перенесення в практику + LogBook» | 10 хв | Обрати 1 навичку (SBAR/Я-повідомлення/деескалація) → визначити 1 реальну комунікацію протягом 48 год → LogBook (ситуація/навичка/до–після/висновок) | Де саме застосуєте це протягом 48 годин? Який бар’єр найімовірніший? |

### Заняття 10 (3 год). Інтеграція: стратегія резильєнтності і підтримка на 30 днів

| Параметр          | Зміст                                                                                          |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Мета              | Інтегрувати 5 компонентів у план; закріпити згуртованість; забезпечити перенесення в практику. |
| Компоненти моделі | Усі 5                                                                                          |
| Матеріали         | Шаблон «5 компонентів → 5 звичок», папір/ручки                                                 |

| Етап (структура)                 | Час   | Зміст/діяльність                                                                                              |
|----------------------------------|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Вступ, чек-ін                    | 10 хв | Мета фінального заняття; короткий барометр 0–10 (ресурс/втома); рамка «інтегруємо і закріплюємо»              |
| Мінілекція                       | 15 хв | Резильєнтність як процес; принципи підтримки змін; «малі звички» як найбільш стійкий формат                   |
| Практичний блок 1                | 20 хв | Вправа 1                                                                                                      |
| Практичний блок 2                | 35 хв | Вправа 2 (25 хв) + уточнення/перевірка SMART (10 хв)                                                          |
| Перерва                          | 15 хв | —                                                                                                             |
| Практичний блок 3                | 10 хв | Вправа 3                                                                                                      |
| Практичний блок 4                | 10 хв | Вправа 4                                                                                                      |
| Підсумковий feedback             | 10 хв | Заповнення бланка (коротка анкета)                                                                            |
| Перенесення в практику + LogBook | 10 хв | 1 звичка → перший крок завтра → 1 запис LogBook                                                               |
| Закриття колом                   | 10 хв | Вправа 5                                                                                                      |
| Інтеграційна групова рефлексія   | 35 хв | «Що беру у службу», «що підтримуватиме», «які бар’єри і як обійти»; відповіді на питання; завершення програми |

| Практичні вправи                      | Час   | Хід (коротко)                                                                                                       | Дебрифінг (питання)                                   |
|---------------------------------------|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 1) «Мій профіль змін»                 | 20 хв | Індивідуально: 2 навички взяв(ла); що змінив(ла); що ще важко; короткий обмін у парах                               | Який 1 результат найцінніший?                         |
| 2) «5 компонентів → 5 звичок»         | 25 хв | По кожному компоненту (МЦ/КР/ЕВ/ПОД/КОМ) сформулювати 1 звичку на 30 днів (дуже конкретно)                          | Яка звичка найреальніша?                              |
| 3) «Пара підтримки на 30 днів»        | 10 хв | Домовленість: 1 контакт/тиждень (формат/день/час/короткий протокол «стан–ресурс–1 дія»)                             | Як зробити контакт регулярним?                        |
| 4) «Лист підтримки собі/команді»      | 10 хв | 5–7 речень: «що беру» + «що бажаю» + «коли важко, я зроблю...»                                                      | Що хочете сказати собі?                               |
| 5) «Закриття колом»                   | 10 хв | 1 слово — мій ресурс після курсу                                                                                    | Що беремо як командний ресурс?                        |
| 6) «Перенесення в практику + LogBook» | 10 хв | Обрати 1 ключову звичку → визначити перший крок завтра (2–5 хв) → запис LogBook (звичка/ситуація/до–після/висновок) | Що може завадити завтра? Яка «підстраховка» допоможе? |

### Домашні завдання

| № заняття | 1 навичка (обрати одну)                                               | 1 застосування до наступного заняття (де/коли)                   | 1 запис у LogBook (що зафіксувати)                           |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 1         | Барометр стану 0–10 + 1-хв стабілізація (дихання 4–2–6 або grounding) | 1 раз перед початком зміни або перед складною розмовою           | Ситуація → техніка → до/після (0–10) → 1 висновок            |
| 2         | «Цінність → рішення» (професійний компас)                             | У реальній ситуації вибору/пріоритизації: «що головне зараз»     | Цінність → рішення → ефект (ясність/напруга 0–10)            |
| 3         | Коло контролю (моє/командне/системне)                                 | При перевантаженні: 30 сек розмежування + 1 крок у зоні контролю | Що відпустив(ла) → що зробив(ла) → до/після (напруга/ресурс) |
| 4         | STOP-пауза перед рішенням                                             | 1 раз перед важливою дією/командним повідомленням                | Ситуація → STOP → рішення → до/після (концентрація/напруга)  |
| 5         | Короткий AAR (5 питань)                                               | Після зміни або одного епізоду: 5 хв AAR                         | 1 урок → 1 дія → ефект (ясність/ресурс 0–10)                 |
| 6         | Одна техніка саморегуляції: 4–2–6 / 5–4–3–2–1 / короткий ПМР          | У піку напруги або одразу після: 1 раз                           | Техніка → до/після (напруга 0–10) → що спрацювало            |

| № заняття | 1 навичка (обрати одну)                                                    | 1 застосування до наступного заняття (де/коли)                           | 1 запис у LogBook (що зафіксувати)                         |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 7         | План 24/72 (обрати 1 пункт на 24 год)                                      | Реалізувати 1 пункт протягом наступної доби (сон/їжа/вода/контакт/пауза) | Який пункт → виконання → ефект (ресурс/сон 0–10)           |
| 8         | «Перші 60 секунд» або «Передача зміни 60 сек»                              | 1 раз (на початку зміни/перед комунікацією/у кризі)                      | Алгоритм → що зробив(ла) → до/після (концентрація/напруга) |
| 9         | SBAR ≤60 сек або Я-повідомлення або деескалація (пауза→емоція→рамка→вибір) | 1 реальна комунікація (передача інформації/складна розмова/конфлікт)     | Що сказав(ла) → результат → ефект (ясність/напруга 0–10)   |
| 10        | 1 звичка на 30 днів (з 5 компонентів)                                      | Перший крок наступного дня (2–5 хв)                                      | Звичка → де зробив(ла) → ефект + 1 бар'єр/1 підтримка      |

Примітка: під час кожного 3-годинного заняття передбачено одну обов'язкову перерву тривалістю 15 хв; конкретний час перерви визначає керівник програми з урахуванням динаміки групи та організаційних умов.

## Розділ III. ІНДИКАТОРИ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТІ ПРОГРАМИ (ПОВЕДІНКОВІ МАРКЕРИ)

### 1. Мотиваційно-ціннісний компонент (МЦ)

#### Поведінкові маркери (спостерігаємо/фіксуємо):

1. Учасник формулює **1–2 професійні цінності** і пов'язує їх із рішенням у кейсі («цінність → рішення»).
2. Уміє окреслити **межі відповідальності** («моє/командне/системне») і назвати 1 крок у зоні контролю.
3. Називає 1–2 способи **підтримки мотивації** під час тривалого навантаження (реалістичні дії).
4. Демонструє готовність **просити/приймати підтримку** без стигми (вправа «запит підтримки»).

**Критерій прогресу:** формулювання стають конкретнішими; зменшується самозвинувачення; зростає «плановість» мотивації.

## 2. Когнітивно-рефлексивний компонент (КР)

### Поведінкові маркери:

1. Розрізняє **факти vs інтерпретації** у кейсі (може назвати  $\geq 3$  фактів без оцінок).
2. Застосовує алгоритм **STOP-пауза** перед рішенням (принаймні 1 раз у рольовій ситуації).
3. Уміє провести **короткий AAR/ дебрифінг** за структурою (що було/що планували/що вийшло/чому/що змінити).
4. Формулює 1 «урок» і 1 «дію» після кейсу («урок  $\rightarrow$  наступний крок»).

**Критерій прогресу:** менше імпульсивних висновків; більше структурованості; коротші й чіткіші рішення.

## 3. Емоційно-вольовий компонент (ЕВ)

### Поведінкові маркери:

1. Учасник може назвати свій стан за шкалою 0–10 (**барометр**) і обрати відповідну техніку.
2. Виконує **1–2 швидкі протоколи саморегуляції** (дихання/заземлення/релаксація) і фіксує зміну стану на  $\geq 0,5$ –1 бал.
3. Має **план 24/72** (принаймні 3 пункти на 24 год і 3 пункти на 72 год) і тестує хоча б 1 пункт.
4. У складній взаємодії зберігає контроль тону/темпу (пауза, короткі фрази).

**Критерій прогресу:** швидше відновлюється після напруги; зростає контроль імпульсів; з'являється стабільна рутина відновлення.

## 4. Поведінковий (операційно-діяльнісний) компонент (ПОД)

### Поведінкові маркери:

1. Використовує алгоритм «**перші 60 секунд**» (зупинка  $\rightarrow$  дихання  $\rightarrow$  пріоритет  $\rightarrow$  дія 1) у рольовому сценарії.
2. Обирає **адаптивні копінги** (планування/вирішення проблем) замість неефективних стратегій у конкретній ситуації.
3. Демонструє здатність **працювати за протоколом/чек-листом** в умовах часу (на кейсі).
4. Уміє швидко визначати **пріоритети** (що зараз найважливіше).

**Критерій прогресу:** менше хаотичних дій; більше алгоритмізації; зростає точність і послідовність.

## 5. Комунікативно-регулятивний компонент (КОМ)

### Поведінкові маркери:

1. Використовує **SBAR**: передає інформацію структуровано ≤60 сек із чітким запитом.
2. Застосовує **асертивність** (Я-повідомлення) без агресії та пасивності.
3. Виконує **деескалацію** за алгоритмом (пауза → визнання емоцій → рамка → вибір).
4. Надає **безпечний фідбек 2+1** (про поведінку, без ярликів) і приймає його.

**Критерій прогресу:** комунікація коротша й точніша; менше конфліктів; більше підтримки і «командної ясності».

**Учасники програми ведуть LogBook (щоденник перенесення навичок у професійну діяльність)**

### Призначення LogBook

LogBook фіксує **перенесення тренінгових навичок у реальні ситуації** (тил/бойові), дозволяє оцінити не тільки знання, а й застосування.

### Як заповнювати:

**Період:** протягом усієї програми + 2 тижні після (за можливості).

**Частота:** 3–4 записи на тиждень (або мінімум 1 запис після кожного заняття).

**Час:** 2–3 хв на запис.

**Правило безпеки:** без детальних травматичних описів, без ПІБ, без геолокацій.

## ДОДАТКИ:

### 1. ПРАКТИЧНІ ВПРАВИ

#### 1.1. ВПРАВИ НА ЗНАЙОМСТВО, ЗГУРТОВАНІСТЬ І ФОРМУВАННЯ ГРУПОВОЇ ВЗАЄМОДІЇ

| № | Вправа                         | Мета                                 | Час     | Матеріали   | Покрокове проведення                                                           | Варіанти                                     | Дебрифінг                        | Зауваги безпеки                            |
|---|--------------------------------|--------------------------------------|---------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------|
| 1 | М'яч: «Ім'я + мій суперресурс» | Швидке знайомство, підняття енергії, | 7–10 хв | М'який м'яч | 1) Стати колом. 2) Інструкція: хто ловить м'яч, каже ім'я + роль (1 слово) + 1 | 2-е коло: «ресурс, який хочу підсилити»; або | Що спільного почули? Який ресурс | Не просити історій з війни; лише 1–2 слова |

| № | Вправа                  | Мета                                                          | Час      | Матеріали               | Покрокове проведення                                                                                                                                                                                           | Варіанти                                                                     | Дебрифінг                                             | Зауваги безпеки                                                     |
|---|-------------------------|---------------------------------------------------------------|----------|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
|   |                         | ресурсна рамка                                                |          |                         | ресурс (спокій/точність/гумор тощо). 3) Кидає іншому. 4) Коло до всіх. 5) Ведучий підсумовує 3–5 ресурсів групи.                                                                                               | без ролі, якщо соромляться                                                   | «підкріпив»? «підкріпив»?                             |                                                                     |
| 2 | М'яч: «Я як інструмент» | Легке самопредставлення через метафору, сміх, контакт         | 8–12 хв  | М'яч                    | 1) Коло. 2) Інструкція: «Сьогодні я як ___, бо...». 3) Ведучий дає 2–3 приклади. 4) Коло до всіх. 5) Підсумок: які «інструменти» ми як команда.                                                                | Тільки медичні інструменти / будь-які предмети; можна «як тварина/пора року» | Яка метафора запам'яталась? Що це говорить про групу? | Уникати жартів про травму/смерть; тримати нейтрально                |
| 3 | «Бінго знайомств»       | Познайомити багатьох, активізувати рух, зняти скутість        | 12–15 хв | Бланки Bingo 5×5, ручки | 1) Роздати бланки. 2) Правило: 1 клітинка = 1 ім'я (бажано різні). 3) Завдання: знайти людей під твердження і вписати імена. 4) Хто зробив лінію — «Бінго!». 5) 2–3 учасники діляться відкриттями.             | Скоротити до 4×4; «перша лінія» або «10 клітинок»                            | Про що ми схожі? Який ресурс найчастіше?              | Твердження лише про навички/звички/уподобання, без травматичних тем |
| 4 | «Шикування без слів»    | Командна координація, згуртованість, весело без саморозкриття | 7–10 хв  | Нічого                  | 1) Інструкція: вишикуватись за стажом служби/роками в медицині мовчки (жести/пальці). 2) 2–3 хв виконання. 3) Перевірка: кожен називає свій показник по черзі. 4) За часом — другий раунд («жайворонок-сова»). | Дозволити «3 слова на людину»; заміна: «за кількістю кав на день»            | Що допомогло домовитись? Хто координував?             | Не використовувати чутливі критерії (вік, досвід БД, втрати)        |
| 5 | «Пазл-команда»          | Відчуття «ми», кооперація,                                    | 10–15 хв | 3–4 картини,            | 1) Роздати кожному 1 фрагмент. 2) Завдання:                                                                                                                                                                    | Заміна: «пазл-фрази» (речення з                                              | Як знайшли «своїх»? Як                                | Не робити «хто гірший»; тримати                                     |

| № | Вправа                                 | Мета                                                              | Час      | Матеріали                                                  | Покрокове проведення                                                                                                                                                                    | Варіанти                                                                                                   | Дебрифінг                                                                 | Зауваги безпеки                                                             |
|---|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
|   |                                        | формування мінікоманд                                             |          | розрізані на частини; конверти                             | знайти людей зі своєю картинкою і скласти пазл. 3) Кожна команда за 1 хв: 1 сила команди + 1 правило взаємодії.                                                                         | частин); легке змагання “хто швидше”                                                                       | розподілили ролі?                                                         | дружній тон                                                                 |
| 6 | «Speed meeting: 2 хв»                  | Швидкий контакт з багатьма, тренування емпатійного слухання       | 12–18 хв | Таймер, картки питань                                      | 1) Два ряди/кола навпроти. 2) 2 хв на пару (1 хв кожен). 3) Зовнішній ряд зміщується. 4) 4–6 ротацій. 5) Фінал: «1 річ, яку почув(ла) і беру собі».                                     | 3 ротації, якщо мало часу; відповіді одним реченням                                                        | Що було легше — говорити чи слухати? Що повторювалося?                    | Питання лише безпечні (ресурс/звичка/цінність у колегам), без травматизації |
| 7 | Кольорові стікери: «Я в команді»       | Зробити видимими ресурси/запити/внесок, підсилити групову ясність | 8–12 хв  | Стікери 3 кольорів, маркери, дошка                         | 1) На дошці 3 зони: сильний у / потрібна підтримка / можу дати. 2) Кожен пише по 1 стікеру в кожну (1–3 слова). 3) Клеїть. 4) Ведучий групує. 5) 3–4 коментарі по 1 стікеру.            | Кожен бере 1 чужий «запит» і каже: «можу допомогти так...»                                                 | Що стало очевидним про групу? Який запит можемо закрити як команда?       | Запити про навички/режим/комунікацію, не про травматичні деталі             |
| 8 | М'яч: «Комплімент по ділу»             | Швидко підсилити довіру й згуртованість, задати позитивну норму   | 6–10 хв  | М'яч                                                       | 1) Коло. 2) Кидаєш м'яч: називаєш ім'я і даєш професійний комплімент (точність/спокій/підтримка). 3) Отримувач: «дякую, я підсилюю...» і кидає далі. 4) Коло до всіх.                   | Якщо мало знайомі – комплімент «за вправою» (уважно слухав, підтримав)                                     | Як було отримувати/давати комплімент? Що змінилося в атмосфері?           | Лише професійні якості/поведінка; без сарказму й оцінок особистості         |
| 9 | «Побудуй міст» (командний конструктор) | Згуртованість, координація, розподіл ролей, лідерство             | 15–25 хв | Папір А4, скотч, ножиці, 10–15 пластики, х стаканчиків або | 1) Поділ на 3 команди по 4–5 осіб. 2) Завдання: з доступних матеріалів побудувати «міст», що витримає 1 предмет (маркера/телефона) 10 сек. 3) 3 хв планування (хто що робить), 10–12 хв | Обмеження: «спілкування лише пошепки» або «лише 10 фраз на команду»; додати роль «спостерігач-координатор» | Що допомогло домовитися? Як розподілили ролі? Що б змінили в комунікації? | Без змагання «хто краший» – фокус на процесі й командності                  |

| №  | Вправа                                   | Мета                                                         | Час      | Матеріали                                                | Покрокове проведення                                                                                                                                                                                                                               | Варіанти                                                                   | Дебрифінг                                                               | Зауваги безпеки                                                      |
|----|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
|    |                                          |                                                              |          | палички                                                  | будівництво, 3 хв тест. 4) Короткі презентації рішень.                                                                                                                                                                                             |                                                                            |                                                                         |                                                                      |
| 10 | «Глухий інженер» (інструкція без жестів) | Чіткість комунікації, активне слухання, терпіння             | 12–18 хв | Набір LEGO/конструктор або сірників/паличок, ширма/папка | 1) Пари. Один бачить зразок конструкції (або картинку), інший — ні. 2) Інструктор описує словами 3 хв, без жестів і показу. 3) Будівельник може ставити лише запитання «так/ні». 4) Порівняння зразка й результату. 5) Обмін ролями (за часом).    | Дозволити відкриті запитання («яка довжина?»); збільшити складність зразка | Які слова були найточніші? Які запитання найбільше допомогли?           | Не критикувати особистість; оцінюємо інструкцію/процес               |
| 11 | «Радіоефір» (SBAR-лайт у грі)            | Стандартизація повідомлень, зниження хаосу, командна ясність | 10–15 хв | Картки сценаріїв, таймер                                 | 1) Трійки: «передає», «приймає», «спостерігач». 2) Передає ≤45 сек за структурою: Стан/Ризик/Зроблено/Потрібно. 3) Приймає повторює 15 сек «що почув». 4) Спостерігач дає 1 сильну дію + 1 покращення. 5) Ротація ролей.                           | Ускладнення: шум (легка музика), обмеження до 30 сек                       | Що зробило повідомлення зрозумілим? Де губився сенс?                    | Сценарії без травматичних деталей; фокус на комунікації              |
| 12 | «Спільний малюнок із зав'язаними очима»  | Довіра, взаємодія, сміх, прийняття недосконалості            | 12–18 хв | Фломастери, великий папір (A1/A2), пов'язки на очі       | 1) Команда 4–5 осіб, 1 аркуш і 1 фломастер. 2) Усі, крім одного, із пов'язками. 3) Завдання: намалювати «ідеальну команду в кризі» або «корабель/медпункт» за 5 хв. 4) Бачить лише 1 «навігатор», він словами керує. 5) Відкриття пов'язок і сміх. | Змінити «навігатора» посередині; дозволити 2 навігатори                    | Як звучали інструкції? Як реагували на помилки? Що підтримувало довіру? | Коментарі без висміювання; підкреслити «це про процес, не про красу» |

| №  | Вправа                                        | Мета                                                               | Час      | Матеріали                                                             | Покрокове проведення                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Варіанти                                                                       | Дебрифінг                                                    | Зауваги безпеки                                                              |
|----|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| 13 | «Емпатійні окуляри» (перемикання перспективи) | Розвиток емпатії, зниження конфліктності, командне розуміння ролей | 15–20 хв | Картки ролей (лікар/медсестра/командир/пацієнт/координатор евакуації) | 1) Малі групи по 3–4. 2) Дайте ситуацію (напружена зміна, дефіцит часу). 3) Кожен тягне роль. 4) 5 хв обговорення: «що для мене важливо, чого я боюся, що прошу від команди». 5) Потім «перемикання»: кожен повторює позицію іншого («Я на місці ____ думаю...»).<br>1) Трійки: спікер 2 хв говорить (без деталей травми) про «що зараз важко в роботі». 2) Слухач 1 ставить 2 уточнення («що саме...?», «що допомагає...?») і 1 підтримувальне питання («яку підтримку тобі зараз треба?»). 3) Спостерігач фіксує: що було емпатійним. 4) Ротація ролей. | Замість ролей – «позиції» (оптиміст/скептик/планувальник); додати спостерігача | Що нового зрозуміли про інших? Яка фраза зняла напругу?      | Не використовувати реальні конфлікти з підрозділу; працюємо з умовним кейсом |
| 14 | «Два + Одне питання» (командне слухання)      | Активне слухання, емпатійний контакт, коротка взаємопідтримка      | 10–15 хв | Таймер                                                                | 1) Трійки: спікер 2 хв говорить (без деталей травми) про «що зараз важко в роботі». 2) Слухач 1 ставить 2 уточнення («що саме...?», «що допомагає...?») і 1 підтримувальне питання («яку підтримку тобі зараз треба?»). 3) Спостерігач фіксує: що було емпатійним. 4) Ротація ролей.                                                                                                                                                                                                                                                                      | Якщо група втомлена — лише пари; або скоротити до 1 хв спікеру                 | Які питання відкривали людину? Які — закривали?              | Заборонити «оцінки» і поради; лише питання й віддзеркалення                  |
| 15 | «Комплімент по процесу» (не людині)           | Позитивна комунікація, згуртованість, культура фідбеку             | 8–12 хв  | Стікери або картки                                                    | 1) Кожен пише 2 короткі «компліменти по процесу» для різних людей: «Дякую за ____ (уважне слухання/структуру/спокій)». 2) Передає адресатам. 3) 2–3 добровольці читають 1 отриманий комплімент.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Робити усно в колі; або «таємний комплімент»                                   | Як вплинуло на атмосферу? Що хочеться повторювати в команді? | Тільки про поведінку/внесок, без жартів «на межі»                            |
| 16 | «Рятувальна                                   | Командна                                                           | 20–      | 5–7                                                                   | 1) Поділ на 3 команди по 4–                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Додати                                                                         | Які ролі були                                                | Не робити                                                                    |

| №  | Вправа                                               | Мета                                                  | Час     | Матеріали                                 | Покрокове проведення                                                                                                                                                                                   | Варіанти                                                                   | Дебрифінг                                                              | Зауваги безпеки                                                        |
|----|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
|    | місія»<br>(кооперативний квест у кімнаті)            | взаємодія, планування, координація                    | 30 хв   | “завдань” на папері, канцелярія, конверти | 5. 2) Кожна команда отримує «місію» з 5 кроків (логічні задачі, пазл-фраза, шифр, коротке сортування). 3) Умови: 1 говорити, 1 писати, 1 перевіряти, 1 координувати. 4) Фініш – обмін «що спрацювало». | «обмеження»: 1 хв тиша на план; або міняти ролі кожні 5 хв                 | корисні? Де втрачали час?                                              | «приниження»; завдання мають бути посильні й безпечно-смішні           |
| 17 | «Ланцюжок історії команди»                           | Сміх, контакт, спільна «історія», креативна взаємодія | 8–12 хв | М'яч або просто коло                      | 1) Ведучий починає 1 речення: «Наша команда в кризі діяла так...» 2) По колу кожен додає 1 речення (до 10–15 сек). 3) Завершує ведучий: підсумок «що вийшло про нас».                                  | Додати правило: кожне речення має містити слово «підтримка/ясність/спокій» | Які «цінності» проявилися в історії? Що хочемо перенести в реальність? | Заборонити деталізацію бойових подій; тримаємо метафорично/узагальнено |
| 18 | «Командний термометр» (швидка діагностика взаємодії) | Виявити стан групи, домовитися про 1 покращення       | 7–10 хв | Стікери, дошка                            | 1) На дошці шкала 0–10: «Рівень взаємопідтримки зараз». 2) Кожен клеїть стікер на шкалу. 3) Питання: «Що підніме нас на +1?» 4) Обираєте 1 правило/дію на наступне заняття.                            | Робити наприкінці заняття як «закриття»                                    | Що заважає? Що підтримує? Яка 1 дія найреальніша?                      | Не виносити «хто винен»; тільки про процес і рішення                   |

## 1.2. ДИХАЛЬНІ ВПРАВИ

| Підблок                         | Мета                                                                                                                                   | Очікуваний результат (поведінкові індикатори)                                                                                               | Показання (коли застосовувати)                                                                                                      | Техніка безпеки (обов'язково)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Детальний опис вправи (скрипт ведучого)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Алгоритм виконання (покроково)                                                                                                                       | Тривалість | Оцінювання ефекту (0–10)                                          | Домашнє завдання / перенесення в практику                                                             |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.2. Дихальні вправи (комплекс) | Зниження фізіологічного збудження; відновлення контролю над диханням і увагою; підвищення ясності мислення перед рішенням/комунікацією | 1) Виконує 1–2 протоколи (1–3 хв). 2) Фіксує зміну стану $\geq 0,5$ –1 бал. 3) Уміє обрати техніку під ситуацію (перед рішенням/після піку) | Перед складною розмовою; перед прийняттям рішення; після пікового навантаження; при напруженні/дратівливості; при накопиченні втоми | Скринінг: гостра задишка/бронхоспазм, аритмія, схильність до непритомності, виражене запаморочення — виконувати лише природне дихання або спостерігати. Стоп-правило: запаморочення/нудота/оніміння/посилення тривоги → зупинка, природне дихання, очі відкриті, перехід на заземлення. Правила: сидючи з опорою; дихати неглибоко; не форсувати; інтенсивність 60–70 % комфортності | Вступ (15 сек): «Сядьте з опорою, стопи на підлозі. Ми дихаємо спокійно, без зусилля. Якщо стане некомфортно — зупиняєтесь і переходите на природне дихання.» А) 4–2–6 (1 хв): «Вдих — 4... пауза — 2... видих — 6... Видих довший. Плечі м'які. Повторюємо 6–8 циклів.» В) Вох (2 хв): «Вдих 4... пауза 4... видих 4... пауза 4... Рівно, як квадрат.» С) Фізіологічний | А) 4–2–6: 6–8 циклів. Адаптація: 3–1–4. В) Вох 4–4–4–4: 4 цикли; якщо важко — 4–0–4–0 або 3–3–3–3. С) Фізіологічний зітх: 3–5 повторів (не більше 5) | 1–3 хв     | До/після: напруга або ресурс або концентрація (обрати 1 показник) | 3 дні: обрати 1 техніку, застосувати 1 раз/день; LogBook : ситуація → техніка → до/після → 1 висновок |

| Підблок                     | Мета                                                                               | Очікуваний результат (поведінкові індикатори)                                                                                                            | Показання (коли застосовувати)                                                                                                                  | Техніка безпеки (обов'язково)                                                                                                                                                                                                                          | Детальний опис вправи (скрипт ведучого)                                                                                                                                                                                                                                      | Алгоритм виконання (покроково)                                                                                                                         | Тривалість | Оцінювання ефекту (0–10)                      | Домашнє завдання / перенесення в практику                                                     |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
|                             |                                                                                    |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                        | зітх (30 сек):<br>«Короткий вдих, ще маленький довгих і довгий видих. 3–5 разів, не більше.»                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                        |            |                                               |                                                                                               |
| 1.3. Заземлення (grounding) | Повернення контролю і зниження тривоги; стабілізація уваги перед дією/комунікацією | 1) Виконує протокол за 1–2 хв. 2) Відмічає покращення концентрації/зниження тривоги $\geq 0,5$ –1 бал. 3) Застосовує як «швидку допомогу» в навантаженні | При різкому стресі; «накритті» тривогою; перед складною комунікацією; після триггерного повідомлення; у піку навантаження для повернення фокусу | Право «пас». Без деталізації подій. Стоп-правило: якщо посилюється дисоціація/паніка — спростити вправу до контакту зі стопами/предметом, очі відкриті, звернутися до ведучого. Поза: сидячи/стоячи, стопи на підлозі. Не обов'язково запліщувати очі. | Вступ (10 сек):<br>«Зараз повертаємо увагу до реальності. Очі можна тримати відкритими. Головна задача — відчуті опору і повернути фокус.» А) 5–4–3–2–1: «Назвіть 5 предметів, які бачите... 4 відчуття дотику... 3 звуки... 2 запахи/смаки... 1 фразу: 'Я тут і зараз'.» В) | А) 5–4–3–2–1: послідовно виконати 5 кроків. В) «Стопи»: натиск п'ятами 3 рази + 3 спокійні видихи. С) «Предмет-якір»: опис 3 ознак + 3 природні видихи | 1–2 хв     | До/після: тривога/напруження або концентрація | 1 тиждень: застосувати заземлення мінімум 3 рази; LogBook: «коли застосув(ла) → що допомогло» |

| Підблок                                   | Мета                                                                                                                     | Очікуваний результат (поведінкові індикатори)                                                                                                          | Показання (коли застосовувати)                                                                                    | Техніка безпеки (обов'язково)                                                                                                                                                                                                                                                                    | Детальний опис вправи (скрипт ведучого)                                                                                                                                                  | Алгоритм виконання (покроково)                                                                                                              | Тривалість | Оцінювання ефекту (0–10)                        | Домашнє завдання / перенесення в практику                                                         |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                           |                                                                                                                          |                                                                                                                                                        |                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Стопи: «Відчуйте п'яти, натисніть ними в підлогу, розслабте. 3 рази.» С) Предмет-якір: «Візьміть предмет (ручка), опишіть його 3 ознаки (форма/температура/вага).»                       |                                                                                                                                             |            |                                                 |                                                                                                   |
| 1.4. Прогресивна м'язова релаксація (ПМР) | Зниження м'язової напруги; профілактика соматизації; відновлення після зміни; поліпшення сну/відчуття контролю над тілом | 1) Учасник виконує 6–8 циклів «напруга–розслаблення». 2) Фіксує зниження тілесної напруги $\geq 1$ бал. 3) Уміє обрати «короткий» або «повний» варіант | Після зміни; перед сном; при м'язовому «затиску»; після конфлікту/емоційного піку; у тилу для відновлення ресурсу | Протипоказання/обмеження: гострий біль, травма, післяопераційний стан, судоми — не напружувати відповідні групи; напруга має бути легкою (60%). Стоп-правило: біль/запаморочення → зупинити напруження, перейти на м'яке дихання і заземлення. Поза: сидячи з опорою або лежачи (за можливості). | Вступ (15 сек): «Ми не «качатимемо» м'язи. Напруження легке, коротке. Якщо є травма — цю зону пропускаємо.» Скрипт циклу (повторюється): «Напружуємо... 3–4 секунди... відпускаємо... 6– | Короткий варіант (5–7 хв): 1) кисті/передпліччя; 2) плечі; 3) обличчя/щелепа; 4) живіт; 5) ноги/ступні. Повний (10–12 хв): додати: біцепси, | 5–12 хв    | До/після: тілесна напруга або ресурс/сонливість | 3 рази на тиждень: короткий ПМР перед сном або після зміни; LogBook: «зона напруги → ПМР → ефект» |

| Підблок | Мета | Очікуваний результат (поведінкові індикатори) | Показання (коли застосовувати) | Техніка безпеки (обов'язково) | Детальний опис вправи (скрипт ведучого)                                                                                       | Алгоритм виконання (покроково)                                                         | Тривалість | Оцінювання ефекту (0–10) | Домашнє завдання / перенесення в практику |
|---------|------|-----------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------------------|-------------------------------------------|
|         |      | залежно від часу                              |                                |                               | 8 секунд. Відчуйте різницю між напругою і розслабленням.» Кінцівка: «З повільні видихи, відчуйте тіло як важче й спокійніше.» | грудні м'язи, спина, сідниці. Для кожної групи: 3–4 сек напруга → 6–8 сек розслаблення |            |                          |                                           |

## 2. НАБІР СЦЕНАРІЇВ ДЛЯ РОЛЬОВИХ ВПРАВ

| Блок / вправа | Сценарій (назва)                     | Контекст (коротко)                    | Ролі                                 | Завдання учасників                    | Шаблон / підказка       | Критерії успіху                                | Дебрифінг (2–3 питання)                                |
|---------------|--------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| SBAR          | SBAR-1 Погіршення стану у стабпункті | Раптове падіння АТ після стабілізації | Лікар/фельдшер → старший лікар зміни | Передати за SBAR ≤60 с + чіткий запит | S/B/A/R                 | Ключові цифри, 1–2 ризики, конкретне прохання  | Що було зайвим? Чого не вистачило? Чи прозвучав запит? |
| SBAR          | SBAR-2 Масове надходження,           | 3 поранених, нестача                  | Черговий → начальник                 | SBAR + пріоритети та                  | S/B/A/R + пріоритизація | Структура, пріоритети, план А/Б, запит ресурсу | Чи зрозумілі пріоритети?                               |

| Блок /<br>вправа          | Сценарій (назва)                       | Контекст<br>(коротко)                       | Ролі                                       | Завдання<br>учасників                              | Шаблон /<br>підказка          | Критерії успіху                                          | Дебрифінг<br>(2–3 питання)                 |
|---------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
|                           | дефіцит ресурсу                        | персоналу/крові                             | медпункту                                  | потреби                                            |                               |                                                          | Який план Б?                               |
| SBAR                      | SBAR-3 Підозра на сепсис               | 3 доба після операції, лихоманка/тахікардія | Молодший лікар → реаніматолог/інфекціоніст | SBAR + прохання протоколу (аналізи/АБ/переведення) | S/B/A/R                       | Стислість, клінічні маркери, конкретний next step        | Наскільки чітко “що я прошу”?              |
| SBAR                      | SBAR-4 Збудження/агресія пацієнта      | Дезорієнтація, ризик для себе/персоналу     | Лікар → психіатр/старший зміни             | SBAR + запит на тактику безпеки                    | S/B/A/R                       | Опис поведінки без ярликів, оцінка ризиків, план безпеки | Чи уникали оцінок? Які кроки безпеки?      |
| SBAR                      | SBAR-5 Запит на евакуацію              | Потрібне переведення на вищий рівень        | Лікар стабпункту → координатор евакуації   | SBAR + готовність/ризиків в дорозі                 | S/B/A/R                       | Готовність, супровід, ризики, таймінг                    | Чи ясно «коли/як евакуювати»?              |
| SBAR                      | SBAR-6 Інцидент без звинувачень        | Невідповідність у дозі/документах           | Лікар → старший зміни/колега               | SBAR як інцидент-репорт + пропозиція виправлення   | S/B/A/R                       | Нейтральний тон, фокус на безпеку, рішення               | Що допомогло зберегти повагу?              |
| Передача<br>зміни 60<br>с | Shift-1 Нестабільна гемодинаміка       | Падає АТ, тахікардія                        | Той, хто здає → хто приймає                | 60 с передача + 20 с повтор                        | Стан/Ризики/Зроблено/Потрібно | Чіткість, ключові цифри, next step                       | Що важко вкласти в 60 с? Що було головним? |
| Передача<br>зміни 60<br>с | Shift-2 Дихальна недостатність         | Сатурація 88–90, задишка                    | Здає → приймає                             | Те саме                                            | Стан/Ризики/Зроблено/Потрібно | Ризик-орієнтація (пневмо/аспірація), конкретика          | Яка структура допомогла не загубитись?     |
| Передача<br>зміни 60<br>с | Shift-3 Біль і паніка                  | Високий біль, тривога                       | Здає → приймає                             | Те саме                                            | Стан/Ризики/Зроблено/Потрібно | Баланс «медичне+психологічне», план заспокоєння          | Що додало ясності/спокою?                  |
| Передача<br>зміни 60      | Shift-4 Конфлікт із родичами/командиро | Тиск, вимоги негайності                     | Здає → приймає                             | Те саме                                            | Стан/Ризики/Зроблено/Потрібно | Дії деескалації, запит підтримки старшого                | Який “меседж” має                          |

| Блок /<br>вправа          | Сценарій (назва)                          | Контекст<br>(коротко)                   | Ролі                                 | Завдання<br>учасників                                 | Шаблон /<br>підказка              | Критерії успіху                                     | Дебрифінг<br>(2–3 питання)                                |
|---------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| с                         | м                                         |                                         |                                      |                                                       |                                   |                                                     | бути єдиним?                                              |
| Передача<br>зміни 60<br>с | Shift-5 Дефіцит<br>ресурсу на зміні       | Відсутній<br>персонал,<br>високий потік | Здає → приймає                       | Те саме                                               | Стан/Ризики/Зро<br>блено/Потрібно | Пріоритизація,<br>профілактика помилок              | Яка 1 дія<br>знизить<br>ризики?                           |
| Складна<br>розмова        | Talk-1 Колега на<br>межі виснаження       | Різкість,<br>помилки,<br>недосип        | Старший/колега ↔<br>виснажений лікар | Підтримка + план<br>паузи/перерозподі<br>лу           | Я-повідомлення<br>+ емпатія       | Без моралізаторства,<br>конкретика,<br>домовленість | Що було<br>підтримкою?<br>Яка<br>домовленість<br>реальна? |
| Складна<br>розмова        | Talk-2 Після<br>помилки без<br>приниження | Помилка/затри<br>мка дії                | Лікар ↔ колега                       | “Безпека→урок→<br>дія”                                | Факт→урок→дія<br>→підтримка       | Факти без оцінок,<br>спільний план                  | Що зняло<br>оборону?<br>Який урок?                        |
| Складна<br>розмова        | Talk-3 Тиск<br>командира<br>«прискорити»  | Агресивний<br>тон, тиск                 | Лікар ↔ командир                     | Деескалація +<br>межі + варіанти                      | Я-повідомлення<br>+ рамка         | Спокій, межі,<br>альтернативи                       | Як зберегли<br>рамку<br>безпеки?                          |
| Складна<br>розмова        | Talk-4 Відмова<br>пацієнта                | Тривога/недові<br>ра                    | Лікар ↔ пацієнт                      | Емпатія +<br>інформування +<br>перевірка<br>розуміння | Емпатія→інфо→<br>питання          | Контакт, ясність, повага                            | Що<br>допомогло<br>довірі?                                |
| Складна<br>розмова        | Talk-5 Конфлікт<br>ролей у команді        | «це не моє»,<br>напруга                 | Двоє колег                           | Узгодити ролі на<br>зміні                             | Рамка→ролі→до<br>мовленість       | Конкретні<br>домовленості, фіксація                 | Яка 1<br>домовленість<br>найважливіш<br>а?                |
| Складна<br>розмова        | Talk-6 Погані<br>новини (обережно)        | Ускладнення/зм<br>іна плану             | Лікар ↔<br>пацієнт/родич             | Коротко,<br>співчутливо, без<br>зайвих деталей        | SPIKES-лайт                       | Ясність, пауза, питання                             | Що людина<br>зрозуміла?<br>Які питання?                   |
| Деескала<br>ція           | Dees-1 Агресивний<br>родич                | Натовп/ризик<br>ескалації               | Лікар ↔ родич                        | Пауза→визнання<br>емоції→рамка→ви<br>бір              | 5 кроків                          | Тон, безпечна<br>дистанція, межі                    | Що знизило<br>напругу?                                    |
| Деескала                  | Dees-2 Паніка                             | Тривога,                                | Лікар ↔ пацієнт                      | Заземлення +                                          | 5 кроків                          | Простота фраз,                                      | Яка фраза                                                 |

| Блок /<br>вправа | Сценарій (назва)                | Контекст<br>(коротко) | Ролі                      | Завдання<br>учасників                | Шаблон /<br>підказка      | Критерії успіху            | Дебрифінг<br>(2–3 питання) |
|------------------|---------------------------------|-----------------------|---------------------------|--------------------------------------|---------------------------|----------------------------|----------------------------|
| ція              | пацієнта                        | неконтрольовані дії   |                           | прості інструкції                    |                           | контроль дихання           | спрацювала?                |
| Деєскалація      | Dees-3 Конфлікт між медиками    | Пік навантаження      | 2 колеги + спостерігач    | Стоп-слово + повернення до протоколу | 5 кроків                  | Швидкість, рольова ясність | Як повернулись до задачі?  |
| Деєскалація      | Dees-4 “Ви нічого не робите”    | Претензії, тиск       | Лікар ↔ відвідувач/колега | Визнати емоцію + 2 опції             | 5 кроків                  | Рамка, вибір, коротко      | Яка опція була прийнятною? |
| Деєскалація      | Dees-5 Мікроменеджмент/контроль | Напруга в команді     | Колега ↔ колега           | Межі + формат комунікації            | 5 кроків + Я-повідомлення | Повага, чіткі межі         | Який формат узгодили?      |

### 3. АНКЕТИ ЗВОРОТНОГО ЗВ’ЯЗКУ

**А) Коротка картка після заняття (1 хв)**

Дата / № заняття: \_\_\_\_

1. Найкорисніше сьогодні: \_\_\_\_\_
2. Найскладніше / незрозуміло: \_\_\_\_\_
3. 1 дія, яку спробую до наступного заняття: \_\_\_\_\_
4. Мій стан після заняття (0–10): напруга \_\_\_\_ / ресурс \_\_\_\_

**Б) Підсумкова анкета після програми (10 хв)**Оцініть за шкалою **1–5** (1 — зовсім ні, 5 — повністю так):

1. Програма була актуальною для моєї службової діяльності. 1 2 3 4 5
2. Отримані техніки реально застосовні в умовах служби. 1 2 3 4 5
3. Покращились навички саморегуляції в стресі. 1 2 3 4 5
4. Покращилась здатність зберігати ясність мислення/приймати рішення під тиском. 1 2 3 4 5
5. Покращилась командна взаємодія/комунікація (SBAR, асертивність). 1 2 3 4 5
6. Я відчував(ла) психологічну безпеку під час занять (право «пас», повага, конфіденційність). 1 2 3 4 5
7. Темп і тривалість занять були оптимальними. 1 2 3 4 5
8. Я готовий(а) рекомендувати програму колегам. 1 2 3 4 5

**Відкриті питання:**

9. Які 2 вправи/теми були найкориснішими і чому?
10. Які 2 речі варто змінити/додати?
11. Яку 1 техніку ви реально використовуватимете надалі?
12. Які бар'єри можуть заважати застосуванню (час, умови служби, підтримка, тощо)?

**4. LOGBOOK (ЩОДЕННИК ПЕРЕНЕСЕННЯ НАВИЧОК У ПРОФЕСІЙНУ ДІЯЛЬНІСТЬ)**

## **Інструкція для учасників: як заповнювати LogBook (щоденник застосування навичок резильєнтності)**

### **1) Навіщо потрібен LogBook**

LogBook допомагає зафіксувати, **які навички з програми Ви реально застосовуєте у службі** (у тилкових або бойових умовах) і **який ефект** це дає. Це не «звіт», а інструмент самопідтримки та професійного розвитку.

### **2) Як часто і скільки часу це займає**

**Частота:** 3–4 записи на тиждень **або** мінімум 1 запис після кожного заняття.

**Тривалість одного запису:** 2–3 хвилини.

Якщо часу мало – використовуйте **«Швидкий формат (60 секунд)»**.

### **3) Правила безпеки (обов'язково)**

**Не вказуйте ПІБ**, позивні, номери підрозділів, точні локації/координати.

**Не описуйте травматичні події детально.** Достатньо 1–2 нейтральних речень.

Мета — фіксувати **навичку і дію**, а не переживання події.

### **4) Як заповнювати таблицю LogBook (пояснення кожної графи)**

1. **Дата** – коли була ситуація.
2. **Умова (тил/бойові)** – позначте одне.
3. **Ситуація (1–2 речення)** – коротко і нейтрально (наприклад: «передача зміни», «конфлікт у команді», «дефіцит часу»).
4. **Компонент (МЦ/КР/ЕВ/ПОД/КОМ)** – оберіть, що тренували:
  - МЦ** мотиваційно-ціннісний
  - КР** когнітивно-рефлексивний
  - ЕВ** емоційно-вольовий
  - ПОД** поведінковий (операційно-діяльнісний)
  - КОМ** комунікативно-регулятивний
5. **Навичка/техніка** – напишіть назву (STOP, SBAR, 24/72, дихання 4–2–6, «перші 60 секунд», AAR, Я-повідомлення тощо).
6. **Що саме зробив(ла)** – 1–2 речення: конкретна дія («зробив 3 цикли дихання», «передав SBAR за 50 секунд», «провів короткий AAR»).
7. **Ефект (0–10) до/після** – оцініть один показник (напруга/ресурс/концентрація) або два, якщо хочете.
  - приклад: **напруга 7 → 5**

8. **Що спрацювало** – 1 фраза (що саме допомогло).
9. **Що зміню наступного разу** – 1 фраза (як зробити краще/простішим).

### 5) Швидкий формат (60 секунд)

Заповніть лише 4 рядки:

- **Ситуація:** ...
- **Навичка:** ...
- **До/після (0–10):** ... / ...
- **1 висновок:** ...

### 6) Приклад заповнення (зразок)

- **Дата:** 14.03.2025
- **Умова:** тил
- **Ситуація:** «Конфлікт у команді під час пікового навантаження.»
- **Компонент:** КОМ
- **Навичка:** деескалація (пауза → емоція → рамка → вибір)
- **Що зробив(ла):** «Зробив паузу, назвав емоцію, запропонував 2 варіанти дій.»
- **Ефект:** напруга 8 → 6
- **Що спрацювало:** «Пауза і короткі фрази.»
- **Що зміню:** «Чіткіше формулювати рамку (безпека пацієнта).»

### 7) Порада, щоб LogBook реально працював

Пишіть **коротко**. Головне — **ситуація → навичка → дія → ефект**.

Навіть 5–7 записів за весь курс уже дадуть корисну картину ваших змін.

| № | Дата | Умова<br>(тил/бойові) | Ситуація (1–2<br>речення) | Компонент<br>(МЦ/КР/ЕВ/ПОД/КОМ) | Навичка/техніка | Що саме<br>зробив(ла)<br>(коротко) | Ефект<br>(0–10)<br>до/після | Що<br>спрацювало | Що зміню<br>наступного<br>разу |
|---|------|-----------------------|---------------------------|---------------------------------|-----------------|------------------------------------|-----------------------------|------------------|--------------------------------|
|---|------|-----------------------|---------------------------|---------------------------------|-----------------|------------------------------------|-----------------------------|------------------|--------------------------------|

|       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ..... |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

### **Методичні рекомендації для тренера щодо реалізації програми психологічної підтримки та розвитку резильєнтності військових лікарів в умовах війни**

#### **1. Загальна позиція тренера**

Тренер під час реалізації програми виконує не роль оцінювача, контролера або психотерапевта, а роль фасилітатора безпечного навчально-рефлексивного простору. Його основне завдання полягає у підтриманні структурованості групової роботи, забезпеченні психологічної безпеки, поясненні змісту вправ, регулюванні групової динаміки та сприянні перенесенню набутих навичок у професійну діяльність військових лікарів.

Під час проведення занять тренер має послідовно утримувати три фокуси: професійний, ресурсний і безпековий. Професійний фокус передбачає зв'язок кожної вправи з реальною діяльністю військового лікаря. Ресурсний фокус спрямований на виявлення й посилення наявних способів саморегуляції, відновлення, підтримки та професійної взаємодії. Безпековий фокус полягає в недопущенні примусового саморозкриття, деталізації травматичних подій, взаємного оцінювання або посилення самозвинувачення.

#### **2. Основні правила ведення групи**

На початку першого заняття тренер обов'язково проговорює правила групової роботи, а за потреби повертається до них упродовж усієї програми. Базовими правилами є добровільність участі, конфіденційність, право «пас», взаємна повага, безоцінність висловлювань, заборона деталізації травматичних подій, орієнтація на досвід без переходу до оцінювання особистості, дотримання часових меж і можливість зробити паузу у разі емоційного напруження.

Рекомендоване формулювання тренера:

«У межах нашої роботи діє принцип добровільності. Ви можете не відповідати на запитання, не коментувати особистий досвід або сказати «пас». Ми не оцінюємо людину, а працюємо з навичками, діями, рішеннями і

способами підтримки. Усе, що обговорюється в групі, залишається в межах групи. Ми не деталізуємо травматичні події й не змушуємо нікого говорити більше, ніж він або вона готові».

### 3. Межі відповідальності тренера

Тренер відповідає за структуру, темп, правила безпеки, змістову логіку заняття, коректне проведення вправ і завершення групової роботи. Водночас тренер не бере на себе функції індивідуальної терапії, клінічної діагностики або кризового втручання поза межами своєї компетентності.

У разі виявлення в учасника ознак гострої дезорганізації, панічної реакції, вираженого психоемоційного збудження, дезорієнтації, гострого соматичного погіршення або висловлювань, що можуть свідчити про небезпеку для себе чи інших, тренер має припинити участь цієї особи в активній вправі, перевести її у режим спостерігача або забезпечити індивідуальну підтримку з подальшим скеруванням до профільного фахівця.

### 4. Алгоритм дій тренера при гострій емоційній реакції учасника

У разі гострої емоційної реакції тренер діє за коротким алгоритмом:

пауза → стабілізація → індивідуальна підтримка → оцінка потреби в додатковій допомозі → повернення групи до безпечної рамки.

Рекомендовані дії:

Зупинити вправу або знизити її інтенсивність.

Спокійним голосом запропонувати учаснику зробити паузу.

Запропонувати коротке заземлення: відчувати стопи, назвати предмети в кімнаті, зробити повільний видих.

Не розпитувати про травматичні деталі.

Уточнити просте: «Що Вам зараз потрібно: пауза, вода, вийти на кілька хвилин, побути спостерігачем?».

За потреби залучити співведучого або відповідальну особу.

Після стабілізації коротко повернути групу до правил безпеки.

Тренер не має інтерпретувати реакцію учасника публічно або використовувати її як навчальний приклад без чіткої згоди.

### 5. Як давати інструкції до вправ

Інструкція до кожної вправи має бути короткою, структурованою і зрозумілою. Бажано дотримуватися такої послідовності:

Назвати мету вправи.

Пояснити, що саме роблять учасники.

Визначити час виконання.

Назвати формат роботи: індивідуально, в парах, у трійках, у групі.

Нагадати правило безпеки.

Пояснити, як завершиться вправа.

Приклад: «Зараз ми виконаємо коротку вправу для відділення фактів від інтерпретацій. Її мета — повернути ясність мислення в умовах напруги. Ви працюєте в малих групах, маєте 10 хвилин. Спочатку записуєте лише факти, потім можливі інтерпретації, і лише після цього – рішення. Ми не шукаємо ідеальної відповіді, а тренуємо спосіб мислення».

#### 6. Як проводити обговорення після вправи

Дебрифінг після вправи має бути коротким, безпечним і спрямованим на навчальний результат. Не потрібно вимагати від кожного учасника глибокого саморозкриття. Оптимально ставити запитання, які переводять переживання в професійний висновок.

Рекомендовані запитання:

Що було для Вас корисним?

Що було складним?

Що Ви помітили про себе як фахівця?

Який один висновок можна взяти в практику?

У якій реальній ситуації це може бути застосовано?

Що може завадити застосуванню?

Який найменший реалістичний крок Ви можете зробити?

Питання, яких краще уникати:

«Що Ви відчували в найважчий момент життя?»

«Розкажіть детально, що сталося».

«Чому Ви так відреагували?»

«Хто винен у цій ситуації?»

«Що Ви зробили неправильно?»

#### 7. Особливості роботи з військовими лікарями

Під час проведення програми тренер має враховувати, що військові лікарі поєднують медичну професійну роль із вимогами військової служби. Для цієї категорії учасників характерні висока відповідальність, схильність до самоконтролю, орієнтація на ефективність, обмежена готовність говорити про власне виснаження, а також ризик сприймати потребу в підтримці як ознаку слабкості.

Тому тренеру доцільно використовувати професійно нейтральні формулювання: «підтримання функціональності», «збереження професійної надійності», «керованість у стресі», «якість рішення», «ресурс відновлення», «командна ясність». Такі формулювання знижують опір і допомагають учасникам сприймати психологічні навички як частину професійної компетентності, а не як ознаку особистої вразливості.

#### 8. Адаптація занять до умов проведення

У тилових умовах тренер може проводити заняття в повному форматі: з мінілекцією, роботою в парах, рольовими сценаріями, бланками, рефлексією та домашнім завданням.

В умовах, наближених до бойових, заняття доцільно адаптувати:

скорочувати мінілекційний блок;

залишати одну ключову навичку на заняття;

використовувати короткі вправи без глибокого саморозкриття;

уникати емоційно насичених обговорень;

робити акцент на алгоритмах, які можна застосувати негайно;

завершувати заняття стабілізацією;

не проводити заняття після критичних подій без оцінки стану групи.

#### 9. Робота з опором учасників

Опір учасників може проявлятися як мовчання, іронія, знецінення теми, надмірна раціоналізація, пасивність або формальне виконання вправ. Тренеру не варто вступати в конфронтацію. Доцільно визнавати право учасника на обережність і пов'язувати матеріал із практичною користю.

Рекомендовані формулювання: «Скепсис тут зрозумілий. Пропоную перевірити не «чи подобається техніка», а чи може вона дати хоча б 5–10 секунд більшої керованості».

«Не потрібно вірити в це як у теорію. Достатньо спробувати як професійний інструмент».

«Ми не говоримо про слабкість. Ми говоримо про якість дії під навантаженням».

«Ця вправа не вимагає особистих подробиць. Працюємо на рівні алгоритму».

#### 10. Робота з надмірним самозвинуваченням

Учасники можуть переносити професійні помилки, складні рішення або обмежені результати допомоги у площину особистої провини. Тренер має допомагати відділяти факт від інтерпретації, дію від особистості, зону контролю від системних обмежень.

Корисні формулювання:

«Зараз важливо відділити те, що було у Вашій зоні контролю, від того, що залежало від обставин, ресурсів або системи».

«Ми не знімаємо відповідальність, але робимо її конструктивною».

«Помилка або складне рішення не дорівнює Вашій професійній неспроможності».

«Наше завдання — не знайти винного, а сформулювати урок і наступну дію».

#### 11. Робота з груповою динамікою

Тренер має підтримувати баланс між активними й менш активними учасниками. Якщо частина групи домінує, варто використовувати формат короткого кола, письмової відповіді або роботи в парах. Якщо група пасивна, доцільно ставити простіші запитання, використовувати шкали 0–10, стікери або короткі індивідуальні записи.

Не рекомендовано примушувати мовчазних учасників до публічного висловлювання. Краще запропонувати варіанти: сказати одне слово, записати відповідь, обговорити в парі або пропустити.

#### 12. Завершення заняття

Кожне заняття має завершуватися структуровано. Тренер не повинен залишати групу в емоційно відкритому стані. Завершення має містити три обов'язкові елементи:

короткий змістовий підсумок;  
стабілізацію або повернення до теперішнього моменту;  
конкретний крок до наступного заняття.

Рекомендоване формулювання: «Сьогодні ми не намагалися розв'язати всі складні питання, але відпрацювали один інструмент, який може допомогти зберігати керованість у реальних умовах. Пропоную кожному визначити одну ситуацію, де Ви можете спробувати цю навичку протягом найближчих 48 годин».

### 13. Ведення LogBook

LogBook використовується не як форма контролю, а як інструмент перенесення навичок у практику. Тренер має пояснити, що записи мають бути короткими, без персональних даних, без геолокації, без опису травматичних деталей.

Мінімальний запис може містити:  
ситуацію в загальних словах;  
застосовану навичку;  
стан до і після за шкалою 0–10;  
один висновок;  
одну дію на майбутнє.

Тренер не повинен вимагати зачитування особистих записів. Можна обговорювати лише загальні спостереження: що виявилося корисним, що складно застосовувати, які бар'єри виникають.

### 14. Рекомендації щодо використання бланків і вправ

Бланки, передбачені програмою, мають використовуватися як допоміжний інструмент структурування, а не як звітна документація. Учасник може залишити бланк собі. Якщо бланки збираються для аналізу ефективності, вони мають бути знеособленими.

Тренеру варто уникати надмірного накопичення письмових завдань. У кожному занятті достатньо одного ключового бланка або одного короткого запису в LogBook. Надлишок форм може знизити залученість і створити відчуття формального контролю.

### 15. Критерії якісного проведення заняття

Заняття можна вважати якісно проведеним, якщо:  
 учасники розуміють мету заняття;  
 правила безпеки дотримані;  
 була відпрацьована хоча б одна практична навичка;  
 учасники сформулювали хоча б один висновок або дію;  
 не було примусового саморозкриття;  
 тренер не допустив взаємного звинувачення або знецінення;  
 заняття завершилося стабілізацією та конкретним наступним кроком.

#### 16. Підсумкова пам'ятка тренера

Перед заняттям:

переглянути мету й одну головну навичку заняття;  
 підготувати матеріали;  
 оцінити організаційні умови;  
 передбачити можливість паузи;  
 налаштуватися на безпечний темп.

Під час заняття:

говорити коротко й структуровано;  
 не перевантажувати теорією;  
 стежити за станом групи;  
 підтримувати право «пас»;  
 не допускати деталізації травматичних подій;  
 переводити обговорення в площину навичок і дій.

Після заняття:

коротко зафіксувати, що спрацювало;  
 відмітити, які вправи потребують адаптації;  
 оцінити динаміку групи;  
 підготувати наступне заняття з урахуванням стану учасників.

17. Висновок: методичні рекомендації для тренера забезпечують безпечне, структуроване й професійно орієнтоване проведення програми психологічної підтримки та розвитку резильєнтності військових лікарів в умовах війни. Їхнє призначення полягає не в дублюванні змісту програми, а в регламентації способу її реалізації: підтриманні психологічної безпеки, коректному веденні вправ, адаптації занять до умов проведення, роботі з груповою динамікою, попередженні повторної травматизації та забезпеченні перенесення набутих навичок у професійну діяльність.

## Додаток Ж

## Показники контрольної та експериментальної груп до та після проходження програми

## Показники контрольної групи до та після проходження програми

| Показник                                 | Показники у вихідному стані |       |       |       | Показники після коригуючої програми |       |       |       | Середній індивідуальний зсув показника (M ± m) | p(t)  | p(w)  |
|------------------------------------------|-----------------------------|-------|-------|-------|-------------------------------------|-------|-------|-------|------------------------------------------------|-------|-------|
|                                          | M ± m                       | Me    | Q1    | Q3    | M ± m                               | Me    | Q1    | Q3    |                                                |       |       |
| Екстраверсія / інтроверсія               | 8,13±0,80                   | 8,00  | 6,00  | 11,00 | 7,87±0,65                           | 8,00  | 6,00  | 9,00  | 0,27±0,40                                      | 0,512 | 0,465 |
| Нейротизм / емоційна стабільність        | 7,27±0,85                   | 8,00  | 4,00  | 9,00  | 6,93±0,69                           | 8,00  | 4,00  | 9,00  | 0,33±0,53                                      | 0,541 | 0,528 |
| Відкритість новому досвіду / обмеженість | 10,53±0,76                  | 11,00 | 8,00  | 13,00 | 10,47±0,66                          | 11,00 | 8,00  | 13,00 | 0,07±0,64                                      | 0,918 | 0,964 |
| Сумлінність / безтурботність             | 10,33±0,42                  | 10,00 | 9,00  | 12,00 | 10,27±0,54                          | 11,00 | 8,00  | 12,00 | 0,07±0,30                                      | 0,827 | 0,822 |
| Доброзичливість / ворожість              | 11,40±0,64                  | 11,00 | 9,00  | 14,00 | 11,53±0,66                          | 12,00 | 9,00  | 14,00 | -0,13±0,38                                     | 0,728 | 0,567 |
| Конфронтаційний копінг                   | 9,20±0,65                   | 9,00  | 7,00  | 11,00 | 9,60±0,51                           | 9,00  | 8,00  | 11,00 | -0,40±0,53                                     | 0,465 | 0,415 |
| Дистанціювання                           | 8,80±0,50                   | 8,00  | 8,00  | 10,00 | 9,73±0,75                           | 10,00 | 8,00  | 12,00 | -0,93±0,47                                     | 0,068 | 0,063 |
| Самоконтроль                             | 14,00±0,57                  | 14,00 | 13,00 | 15,00 | 14,07±0,56                          | 14,00 | 13,00 | 15,00 | -0,07±0,57                                     | 0,909 | 0,949 |
| Пошук соціальної підтримки               | 11,40±0,75                  | 11,00 | 10,00 | 13,00 | 11,73±0,73                          | 11,00 | 10,00 | 14,00 | -0,33±0,64                                     | 0,613 | 0,839 |
| Прийняття відповідальності               | 8,00±0,53                   | 8,00  | 7,00  | 9,00  | 7,67±0,49                           | 8,00  | 7,00  | 9,00  | 0,33±0,41                                      | 0,430 | 0,435 |
| Втеча–уникнення                          | 11,00±0,92                  | 10,00 | 9,00  | 13,00 | 10,67±1,03                          | 10,00 | 8,00  | 14,00 | 0,33±0,50                                      | 0,519 | 0,404 |
| Планування розв'язання проблеми          | 13,67±0,54                  | 14,00 | 12,00 | 15,00 | 14,00±0,63                          | 14,00 | 12,00 | 16,00 | -0,33±0,40                                     | 0,417 | 0,558 |
| Позитивна переоцінка                     | 14,47±0,77                  | 14,00 | 11,00 | 17,00 | 15,00±0,76                          | 16,00 | 13,00 | 18,00 | -0,53±0,55                                     | 0,349 | 0,357 |
| Інтрюзія                                 | 6,60±1,04                   | 6,00  | 3,00  | 10,00 | 6,07±1,27                           | 6,00  | 1,00  | 11,00 | 0,53±0,50                                      | 0,301 | 0,385 |
| Уникнення                                | 5,67±0,89                   | 5,00  | 3,00  | 8,00  | 6,47±1,28                           | 4,00  | 3,00  | 11,00 | -0,80±0,72                                     | 0,284 | 0,270 |
| Збудливість                              | 5,27±1,03                   | 5,00  | 2,00  | 9,00  | 4,87±1,15                           | 4,00  | 1,00  | 8,00  | 0,40±0,74                                      | 0,598 | 0,586 |
| Прихильність до світу                    | 17,47±0,94                  | 17,00 | 14,00 | 20,00 | 16,93±0,84                          | 17,00 | 15,00 | 19,00 | 0,53±0,51                                      | 0,310 | 0,340 |
| Доброта людей                            | 15,20±0,79                  | 15,00 | 14,00 | 17,00 | 15,67±1,09                          | 15,00 | 14,00 | 18,00 | -0,47±0,55                                     | 0,411 | 0,256 |
| Справедливість світу                     | 14,20±0,81                  | 13,00 | 12,00 | 16,00 | 13,47±1,03                          | 13,00 | 12,00 | 16,00 | 0,73±0,64                                      | 0,268 | 0,368 |

| Показник                                        | Показники у вихідному стані |        |        |        | Показники після коригуючої програми |        |        |        | Середній індивідуальний зсув показника (M ± m) | p(t)  | p(w)  |
|-------------------------------------------------|-----------------------------|--------|--------|--------|-------------------------------------|--------|--------|--------|------------------------------------------------|-------|-------|
|                                                 | M ± m                       | Me     | Q1     | Q3     | M ± m                               | Me     | Q1     | Q3     |                                                |       |       |
| Контрольованість світу                          | 14,67±0,76                  | 14,00  | 13,00  | 18,00  | 14,80±0,93                          | 14,00  | 13,00  | 16,00  | -0,13±0,65                                     | 0,841 | 1,000 |
| Випадковість                                    | 14,53±1,16                  | 14,00  | 13,00  | 16,00  | 14,53±1,23                          | 15,00  | 12,00  | 16,00  | 0,00±0,39                                      | 1,000 | 0,722 |
| Цінність власного Я                             | 18,60±0,92                  | 19,00  | 15,00  | 21,00  | 18,73±0,85                          | 19,00  | 16,00  | 22,00  | -0,13±0,36                                     | 0,719 | 0,668 |
| Самоконтроль (базові переконання)               | 17,80±0,83                  | 17,00  | 15,00  | 20,00  | 18,07±0,78                          | 17,00  | 15,00  | 20,00  | -0,27±0,52                                     | 0,617 | 0,569 |
| Удача                                           | 15,40±0,96                  | 16,00  | 12,00  | 18,00  | 15,47±0,93                          | 16,00  | 13,00  | 17,00  | -0,07±0,36                                     | 0,855 | 1,000 |
| Рефлексивність (бали)                           | 120,47±3,33                 | 124,00 | 112,00 | 125,00 | 121,27±3,31                         | 120,00 | 117,00 | 125,00 | -0,80±1,67                                     | 0,640 | 0,699 |
| Рефлексивність (стени)                          | 4,20±0,45                   | 5,00   | 3,00   | 5,00   | 4,33±0,40                           | 4,00   | 4,00   | 5,00   | -0,13±0,26                                     | 0,610 | 0,593 |
| Неприйняття індивідуальності іншого             | 5,40±0,87                   | 5,00   | 4,00   | 9,00   | 5,07±0,81                           | 4,00   | 2,00   | 9,00   | 0,33±0,49                                      | 0,511 | 0,503 |
| Еталоноцентризм у спілкуванні                   | 4,93±0,77                   | 5,00   | 2,00   | 7,00   | 4,60±0,84                           | 5,00   | 1,00   | 6,00   | 0,33±0,59                                      | 0,582 | 0,498 |
| Категоричність у судженнях                      | 4,47±0,61                   | 5,00   | 3,00   | 5,00   | 4,33±0,64                           | 4,00   | 2,00   | 6,00   | 0,13±0,46                                      | 0,774 | 0,763 |
| Нетерпимість до індивідуальних проявів партнера | 4,80±0,52                   | 5,00   | 4,00   | 6,00   | 4,60±0,66                           | 6,00   | 2,00   | 7,00   | 0,20±0,43                                      | 0,647 | 0,762 |
| Комунікативна ригідність                        | 2,80±0,63                   | 2,00   | 1,00   | 3,00   | 3,20±0,54                           | 3,00   | 2,00   | 4,00   | -0,40±0,31                                     | 0,212 | 0,270 |
| Прагнення переробити партнера                   | 3,53±0,57                   | 4,00   | 1,00   | 5,00   | 3,40±0,55                           | 4,00   | 1,00   | 5,00   | 0,13±0,42                                      | 0,758 | 0,934 |
| Емпатійна недостатність                         | 4,53±0,56                   | 4,00   | 3,00   | 6,00   | 4,67±0,57                           | 5,00   | 3,00   | 7,00   | -0,13±0,41                                     | 0,751 | 0,717 |
| Емоційна реактивність                           | 2,40±0,53                   | 2,00   | 1,00   | 5,00   | 2,60±0,51                           | 2,00   | 1,00   | 4,00   | -0,20±0,48                                     | 0,683 | 0,684 |
| Прогностична негнучкість                        | 3,60±0,54                   | 3,00   | 2,00   | 5,00   | 2,67±0,51                           | 2,00   | 1,00   | 4,00   | 0,93±0,57                                      | 0,126 | 0,124 |
| Резильєнтність                                  | 68,33±2,92                  | 70,00  | 62,00  | 77,00  | 70,33±3,99                          | 67,00  | 58,00  | 87,00  | -2,00±1,75                                     | 0,273 | 0,271 |
| Загальний рівень професійної життєстійкості     | 64,00±1,66                  | 66,00  | 60,00  | 69,00  | 67,13±1,99                          | 67,00  | 63,00  | 74,00  | -3,13±1,93                                     | 0,127 | 0,181 |
| Рівень професійної залученості                  | 20,53±0,83                  | 22,00  | 17,00  | 23,00  | 20,80±0,62                          | 20,00  | 19,00  | 23,00  | -0,27±0,85                                     | 0,758 | 0,899 |
| Рівень професійного контролю                    | 22,07±1,00                  | 22,00  | 18,00  | 24,00  | 23,07±0,99                          | 23,00  | 20,00  | 26,00  | -1,00±0,79                                     | 0,228 | 0,270 |

| Показник                                          | Показники у вихідному стані |       |       |       | Показники після коригуючої програми |       |       |       | Середній індивідуальний зсув показника (M ± m) | p(t)  | p(w)  |
|---------------------------------------------------|-----------------------------|-------|-------|-------|-------------------------------------|-------|-------|-------|------------------------------------------------|-------|-------|
|                                                   | M ± m                       | Me    | Q1    | Q3    | M ± m                               | Me    | Q1    | Q3    |                                                |       |       |
| Рівень професійного прийняття ризику              | 21,40±0,72                  | 20,00 | 19,00 | 23,00 | 23,27±0,92                          | 24,00 | 21,00 | 26,00 | -1,87±0,86                                     | 0,047 | 0,064 |
| Емоційний компонент професійної життєстійкості    | 16,07±0,54                  | 16,00 | 16,00 | 18,00 | 15,87±0,39                          | 16,00 | 16,00 | 17,00 | 0,20±0,49                                      | 0,689 | 0,379 |
| Мотиваційний компонент професійної життєстійкості | 17,73±0,59                  | 18,00 | 17,00 | 20,00 | 18,60±0,60                          | 19,00 | 17,00 | 20,00 | -0,87±0,51                                     | 0,109 | 0,102 |
| Соціальний компонент професійної життєстійкості   | 16,27±0,81                  | 16,00 | 14,00 | 18,00 | 16,87±0,75                          | 17,00 | 14,00 | 19,00 | -0,60±0,54                                     | 0,287 | 0,340 |
| Професійний компонент професійної життєстійкості  | 13,93±1,01                  | 15,00 | 10,00 | 16,00 | 15,80±1,09                          | 16,00 | 13,00 | 19,00 | -1,87±0,89                                     | 0,054 | 0,062 |
| Оцінка результатів діяльності                     | 11,93±0,69                  | 13,00 | 11,00 | 14,00 | 12,20±0,61                          | 12,00 | 11,00 | 14,00 | -0,27±0,53                                     | 0,623 | 0,618 |
| Професійні домагання                              | 9,47±0,62                   | 9,00  | 8,00  | 11,00 | 10,20±0,66                          | 10,00 | 8,00  | 12,00 | -0,73±0,45                                     | 0,127 | 0,116 |
| Інтернальність у сфері професійних досягнень      | 12,93±0,58                  | 13,00 | 11,00 | 15,00 | 12,87±0,62                          | 13,00 | 11,00 | 15,00 | 0,07±0,60                                      | 0,913 | 0,954 |
| Професійні інтереси та цінності                   | 11,60±0,60                  | 11,00 | 10,00 | 14,00 | 10,93±0,68                          | 10,00 | 9,00  | 13,00 | 0,67±0,39                                      | 0,106 | 0,138 |
| Життєві цілі                                      | 11,00±0,40                  | 11,00 | 10,00 | 12,00 | 11,13±0,62                          | 12,00 | 10,00 | 13,00 | -0,13±0,40                                     | 0,744 | 0,810 |
| Шкала соціальної бажаності                        | 4,73±0,53                   | 4,00  | 3,00  | 7,00  | 4,67±0,47                           | 4,00  | 3,00  | 6,00  | 0,07±0,33                                      | 0,843 | 0,763 |
| Загальна активність                               | 56,93±2,11                  | 57,00 | 48,00 | 62,00 | 57,33±2,38                          | 59,00 | 50,00 | 65,00 | -0,40±1,31                                     | 0,764 | 0,494 |

### Показники експериментальної групи до та після проходження програми

| Показник                                 | Показники у вихідному стані |       |       |       | Показники після коригуючої програми |       |       |       | Середній індивідуальний зсув показника (M ± m) | p(t)   | p(w)  |
|------------------------------------------|-----------------------------|-------|-------|-------|-------------------------------------|-------|-------|-------|------------------------------------------------|--------|-------|
|                                          | M ± m                       | Me    | Q1    | Q3    | M ± m                               | Me    | Q1    | Q3    |                                                |        |       |
| Екстраверсія - інтроверсія               | 7,40±0,92                   | 7,00  | 5,00  | 9,00  | 7,87±1,05                           | 7,00  | 6,00  | 10,00 | 0,47±0,52                                      | 0,388  | 0,391 |
| Нейротизм - емоційна стійкість           | 7,67±0,77                   | 7,00  | 5,00  | 11,00 | 7,67±0,58                           | 8,00  | 6,00  | 9,00  | 1,47±0,35                                      | <0,001 | 0,821 |
| Відкритість новому досвіду – обмеженість | 10,20±0,88                  | 12,00 | 8,00  | 12,00 | 10,73±0,75                          | 11,00 | 8,00  | 13,00 | 0,53±0,98                                      | 0,595  | 0,423 |
| Сумлінність - безтурботність             | 9,00±0,87                   | 9,00  | 7,00  | 12,00 | 9,53±0,79                           | 9,00  | 7,00  | 11,00 | 0,53±0,69                                      | 0,452  | 0,425 |
| Доброзичливість - ворожість              | 10,07±0,51                  | 10,00 | 9,00  | 11,00 | 11,60±0,62                          | 11,00 | 10,00 | 13,00 | 1,53±0,43                                      | 0,003  | 0,003 |
| Конфронтативний копінг                   | 10,27±0,82                  | 10,00 | 7,00  | 12,00 | 9,60±0,81                           | 10,00 | 9,00  | 11,00 | 0,67±0,48                                      | 0,191  | 0,179 |
| Дистанціювання                           | 10,40±0,65                  | 10,00 | 9,00  | 12,00 | 10,73±0,37                          | 11,00 | 9,00  | 12,00 | 0,33±0,49                                      | 0,511  | 0,450 |
| Самоконтроль                             | 16,00±0,93                  | 16,00 | 13,00 | 20,00 | 17,13±0,85                          | 17,00 | 14,00 | 18,00 | 1,13±0,38                                      | 0,009  | 0,060 |
| Пошук соціальної підтримки               | 11,53±0,75                  | 12,00 | 10,00 | 14,00 | 12,93±0,43                          | 13,00 | 12,00 | 14,00 | 1,40±0,70                                      | 0,066  | 0,081 |
| Прийняття відповідальності               | 7,53±0,68                   | 8,00  | 6,00  | 10,00 | 8,40±0,63                           | 9,00  | 7,00  | 10,00 | 0,80±0,35                                      | 0,041  | 0,035 |
| Втеча-уникнення                          | 13,47±1,05                  | 12,00 | 10,00 | 16,00 | 11,93±0,91                          | 12,00 | 9,00  | 16,00 | 1,53±1,03                                      | 0,160  | 0,129 |

| Показник                                  | Показники у вихідному стані |        |        |        | Показники після коригуючої програми |        |        |        | Середній індивідуальний зсув показника (M ± m) | p(t)  | p(w)  |
|-------------------------------------------|-----------------------------|--------|--------|--------|-------------------------------------|--------|--------|--------|------------------------------------------------|-------|-------|
|                                           | M ± m                       | Me     | Q1     | Q3     | M ± m                               | Me     | Q1     | Q3     |                                                |       |       |
| Планування рішення проблеми               | 12,60±0,87                  | 12,00  | 10,00  | 16,00  | 14,33±0,64                          | 14,00  | 13,00  | 16,00  | 1,73±0,53                                      | 0,006 | 0,009 |
| Позитивна переоцінка                      | 13,40±1,16                  | 14,00  | 12,00  | 16,00  | 15,13±1,00                          | 16,00  | 13,00  | 18,00  | 1,73±0,89                                      | 0,072 | 0,076 |
| Вторгнення                                | 9,80±1,71                   | 11,00  | 5,00   | 15,00  | 9,20±1,55                           | 11,00  | 3,00   | 14,00  | 0,47±0,90                                      | 0,612 | 0,553 |
| Уникнення                                 | 10,73±1,82                  | 11,00  | 5,00   | 17,00  | 9,33±1,63                           | 9,00   | 5,00   | 15,00  | 1,40±1,15                                      | 0,242 | 0,070 |
| Збудливість                               | 9,73±1,72                   | 11,00  | 4,00   | 15,00  | 8,00±1,33                           | 8,00   | 4,00   | 12,00  | 1,73±0,94                                      | 0,088 | 0,089 |
| Прихильність світу                        | 14,67±1,36                  | 16,00  | 10,00  | 18,00  | 16,80±1,22                          | 17,00  | 12,00  | 20,00  | 2,13±0,58                                      | 0,003 | 0,005 |
| Доброта людей                             | 15,20±1,16                  | 15,00  | 12,00  | 18,00  | 16,27±0,86                          | 16,00  | 14,00  | 20,00  | 1,07±0,61                                      | 0,100 | 0,071 |
| Справедливість світу                      | 13,87±1,17                  | 14,00  | 10,00  | 18,00  | 15,60±0,97                          | 15,00  | 12,00  | 19,00  | 1,73±0,63                                      | 0,015 | 0,017 |
| Контрольованість світу                    | 12,47±0,67                  | 13,00  | 10,00  | 14,00  | 14,60±0,51                          | 14,00  | 13,00  | 16,00  | 2,13±0,57                                      | 0,002 | 0,003 |
| Випадковість                              | 16,67±0,77                  | 16,00  | 15,00  | 18,00  | 13,93±1,08                          | 13,00  | 12,00  | 17,00  | 2,73±0,88                                      | 0,008 | 0,009 |
| Цінність власного «Я»                     | 15,60±1,28                  | 17,00  | 10,00  | 20,00  | 17,27±1,12                          | 18,00  | 13,00  | 20,00  | 1,67±0,63                                      | 0,019 | 0,023 |
| Самоконтроль                              | 16,00±0,93                  | 16,00  | 13,00  | 20,00  | 17,13±0,85                          | 17,00  | 14,00  | 18,00  | 1,13±0,38                                      | 0,009 | 0,016 |
| Везіння                                   | 14,60±0,95                  | 14,00  | 12,00  | 18,00  | 15,47±0,97                          | 15,00  | 12,00  | 18,00  | 0,73±0,70                                      | 0,313 | 0,351 |
| Бали                                      | 122,20±3,89                 | 124,00 | 108,00 | 136,00 | 122,60±2,40                         | 125,00 | 114,00 | 130,00 | 1,20±2,64                                      | 0,657 | 0,900 |
| Стени                                     | 4,47±0,48                   | 5,00   | 3,00   | 6,00   | 4,60±0,27                           | 5,00   | 4,00   | 5,00   | 0,13±0,39                                      | 0,737 | 0,840 |
| Невміння приймати індивідуальність іншого | 7,93±0,89                   | 8,00   | 6,00   | 11,00  | 6,47±0,61                           | 6,00   | 4,00   | 8,00   | 1,47±0,43                                      | 0,005 | 0,010 |

| Показник                                        | Показники у вихідному стані |       |       |       | Показники після коригуючої програми |       |       |       | Середній індивідуальний зсув показника ( $M \pm m$ ) | p(t)   | p(w)   |
|-------------------------------------------------|-----------------------------|-------|-------|-------|-------------------------------------|-------|-------|-------|------------------------------------------------------|--------|--------|
|                                                 | $M \pm m$                   | Me    | Q1    | Q3    | $M \pm m$                           | Me    | Q1    | Q3    |                                                      |        |        |
| Еталоцентризм у спілкуванні                     | 6,47±0,59                   | 6,00  | 5,00  | 7,00  | 4,67±0,67                           | 5,00  | 3,00  | 6,00  | 1,80±0,77                                            | 0,035  | 0,032  |
| Категоричність у судженнях                      | 4,93±0,92                   | 5,00  | 2,00  | 7,00  | 4,53±0,59                           | 5,00  | 3,00  | 6,00  | 0,40±0,78                                            | 0,616  | 0,548  |
| Нетерпимість до індивідуальних проявів партнера | 5,93±0,59                   | 6,00  | 5,00  | 8,00  | 5,07±0,71                           | 5,00  | 3,00  | 7,00  | 0,87±0,62                                            | 0,181  | 0,216  |
| Комунікативна ригідність                        | 4,20±1,02                   | 3,00  | 2,00  | 5,00  | 4,27±0,92                           | 4,00  | 2,00  | 5,00  | 0,00±0,52                                            | 1,000  | 0,886  |
| Схильність до трансформації поведінки партнера  | 5,53±0,81                   | 5,00  | 3,00  | 8,00  | 5,27±0,59                           | 5,00  | 4,00  | 7,00  | 0,27±0,73                                            | 0,719  | 0,860  |
| Емпатична недостатність                         | 5,67±0,85                   | 5,00  | 4,00  | 9,00  | 5,07±0,85                           | 5,00  | 3,00  | 7,00  | 0,60±0,67                                            | 0,389  | 0,324  |
| Емоційна реактивність                           | 3,80±0,88                   | 3,00  | 1,00  | 5,00  | 3,00±0,83                           | 3,00  | 0,00  | 5,00  | 0,80±0,48                                            | 0,118  | 0,117  |
| Прогностична негнучкість                        | 4,40±0,81                   | 4,00  | 2,00  | 5,00  | 3,93±0,78                           | 3,00  | 2,00  | 7,00  | 0,47±0,72                                            | 0,525  | 0,204  |
| Резильєнтність                                  | 64,53±5,78                  | 72,00 | 54,00 | 84,00 | 75,00±3,72                          | 72,00 | 59,00 | 92,00 | 6,00±4,17                                            | 0,172  | 0,006  |
| Загальний рівень професійної життєстійкості     | 60,33±2,44                  | 60,00 | 53,00 | 67,00 | 67,13±2,20                          | 67,00 | 61,00 | 70,00 | 6,80±1,64                                            | <0,001 | <0,001 |

| Показник                                                   | Показники у вихідному стані |       |       |       | Показники після коригуючої програми |       |       |       | Середній індивідуальний зсув показника (M ± m) | p(t)   | p(w)   |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------|-------|-------|-------------------------------------|-------|-------|-------|------------------------------------------------|--------|--------|
|                                                            | M ± m                       | Me    | Q1    | Q3    | M ± m                               | Me    | Q1    | Q3    |                                                |        |        |
| Рівень професійної включеності                             | 19,33±1,10                  | 19,00 | 16,00 | 22,00 | 22,40±1,09                          | 23,00 | 20,00 | 24,00 | 3,07±0,75                                      | 0,001  | 0,001  |
| Рівень професійного контролю                               | 19,87±0,86                  | 21,00 | 18,00 | 22,00 | 22,80±0,86                          | 22,00 | 21,00 | 25,00 | 2,93±0,49                                      | <0,001 | <0,001 |
| Рівень професійного прийняття ризику                       | 20,87±1,11                  | 21,00 | 19,00 | 25,00 | 22,60±1,02                          | 24,00 | 20,00 | 25,00 | 1,73±1,02                                      | 0,112  | 0,114  |
| Рівень емоційного компонента професійної життєстійкості    | 15,60±0,63                  | 16,00 | 15,00 | 17,00 | 16,60±0,89                          | 18,00 | 13,00 | 19,00 | 1,00±0,71                                      | 0,181  | 0,194  |
| Рівень мотиваційного компонента професійної життєстійкості | 17,07±0,76                  | 17,00 | 16,00 | 19,00 | 17,67±0,83                          | 18,00 | 16,00 | 20,00 | 0,60±0,72                                      | 0,420  | 0,256  |
| Рівень соціального компонента професійної життєстійкості   | 14,40±0,73                  | 14,00 | 13,00 | 17,00 | 16,53±0,72                          | 16,00 | 15,00 | 18,00 | 2,13±0,65                                      | 0,006  | 0,007  |
| Рівень професійного компонента професійної життєстійкості  | 13,60±0,85                  | 14,00 | 11,00 | 17,00 | 16,13±0,80                          | 16,00 | 14,00 | 18,00 | 2,53±0,80                                      | 0,007  | 0,017  |
| Оцінка результатів діяльності                              | 10,40±0,92                  | 10,00 | 9,00  | 13,00 | 11,93±0,78                          | 12,00 | 11,00 | 13,00 | 1,53±0,86                                      | 0,095  | 0,078  |

| Показник                                     | Показники у вихідному стані |       |       |       | Показники після коригуючої програми |       |       |       | Середній індивідуальний зсув показника ( $M \pm m$ ) | p(t)  | p(w)  |
|----------------------------------------------|-----------------------------|-------|-------|-------|-------------------------------------|-------|-------|-------|------------------------------------------------------|-------|-------|
|                                              | $M \pm m$                   | Me    | Q1    | Q3    | $M \pm m$                           | Me    | Q1    | Q3    |                                                      |       |       |
| Професійні домагання                         | 8,67±0,83                   | 8,00  | 7,00  | 12,00 | 9,40±0,88                           | 10,00 | 6,00  | 12,00 | 0,73±0,40                                            | 0,085 | 0,088 |
| Інтернальність у сфері професійних досягнень | 11,53±0,62                  | 12,00 | 10,00 | 14,00 | 12,20±0,55                          | 13,00 | 10,00 | 14,00 | 0,67±0,64                                            | 0,313 | 0,238 |
| Професійні інтереси та цінності              | 9,20±0,79                   | 10,00 | 7,00  | 11,00 | 10,20±0,73                          | 10,00 | 7,00  | 13,00 | 1,00±1,04                                            | 0,351 | 0,450 |
| Життєві цілі                                 | 8,73±1,11                   | 10,00 | 7,00  | 12,00 | 10,00±1,10                          | 12,00 | 6,00  | 13,00 | 1,27±0,48                                            | 0,020 | 0,016 |
| Шкала соціальної бажаності                   | 4,33±0,64                   | 4,00  | 3,00  | 6,00  | 4,40±0,43                           | 4,00  | 3,00  | 6,00  | 0,07±0,49                                            | 0,894 | 0,897 |
| Загальна активність                          | 50,73±3,83                  | 55,00 | 43,00 | 61,00 | 53,53±3,24                          | 54,00 | 47,00 | 64,00 | 2,80±2,75                                            | 0,325 | 0,271 |

**Показники нейродинамічних характеристик і сенсомоторного  
реагування в експериментальній групі**

| Показник                                                             | Середнє<br>значення<br>(поч.) | Середнє<br>значення<br>(зав.) | $\Delta$ | t      | df | p(t)  | W  | p(w)  | N<br>(поч.) | N<br>(зав.) | SD<br>(поч.) | SD<br>(зав.) |
|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|----------|--------|----|-------|----|-------|-------------|-------------|--------------|--------------|
| Критична частота<br>світлових<br>миготінь, Гц<br>(КЧСМ.оба.зел)      | 38,760                        | 37,133                        | -1,627   | 2,171  | 14 | 0,048 | 12 | 0,011 | 15          | 15          | 5,150        | 3,777        |
| Час реакції, мс<br>(проста зорова<br>реакція на світло)              | 276,281                       | 290,575                       | 14,293   | -2,856 | 14 | 0,013 | 17 | 0,012 | 15          | 15          | 23,687       | 25,177       |
| Стандартне<br>відхилення часу<br>реакції (проста<br>зорова реакція)  | 47,445                        | 43,675                        | -3,771   | 0,770  | 14 | 0,454 | 44 | 0,389 | 15          | 15          | 20,820       | 17,469       |
| Помилки<br>пропуску (проста<br>зорова реакція)                       | 0,533                         | 0                             | -0,533   | 1,835  | 14 | 0,088 | 0  | 0,066 | 15          | 15          | 1,125        | 0            |
| Помилки<br>вимірювання<br>(проста зорова<br>реакція)                 | 0                             | 0                             | 0        | —      | 14 | —     | 0  | —     | 15          | 15          | 0            | 0            |
| Час реакції, мс<br>(складна зорова<br>реакція на світло)             | 417,811                       | 427,001                       | 9,190    | -0,799 | 14 | 0,438 | 45 | 0,421 | 15          | 15          | 36,028       | 25,048       |
| Стандартне<br>відхилення часу<br>реакції (складна<br>зорова реакція) | 81,987                        | 79,987                        | -2,000   | 0,260  | 14 | 0,798 | 52 | 0,679 | 15          | 15          | 28,875       | 25,365       |
| Помилки<br>пропуску (складна<br>зорова реакція)                      | 0,067                         | 0,533                         | 0,467    | -1,606 | 14 | 0,131 | 2  | 0,129 | 15          | 15          | 0,258        | 1,060        |
| Помилки<br>вимірювання<br>(складна зорова<br>реакція)                | 0                             | 0                             | 0        | —      | 14 | —     | 0  | —     | 15          | 15          | 0            | 0            |
| Помилки<br>інструкції<br>(складна зорова<br>реакція)                 | 2,467                         | 2,400                         | -0,067   | 0,163  | 14 | 0,872 | 35 | 0,748 | 15          | 15          | 1,727        | 2,384        |
| Функціональна<br>рухливість<br>нервових<br>процесів, мс              | 263,000                       | 232,933                       | -30,067  | 2,464  | 14 | 0,027 | 14 | 0,016 | 15          | 15          | 54,580       | 42,043       |
| Сила нервових<br>процесів, мс                                        | 340,043                       | 314,429                       | -25,614  | 1,613  | 14 | 0,129 | 20 | 0,022 | 15          | 15          | 74,390       | 51,529       |

## Додаток К

## Показники орієнтації в просторі, уваги та пам'яті в експериментальній групі

| Показник                                                | Середнє<br>значення<br>(поч.) | Середнє<br>значення<br>(зав.) | $\Delta$ | t      | df | p(t)  | W    | p(w)  | N<br>(поч.) | N<br>(зав.) | SD (поч.) | SD (зав.) |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|----------|--------|----|-------|------|-------|-------------|-------------|-----------|-----------|
| Кількість завдань                                       | 217,600                       | 234,800                       | 17,200   | -1,132 | 14 | 0,277 | 27,5 | 0,065 | 15          | 15          | 47,927    | 46,856    |
| ДНП                                                     | 0,001                         | 0,001                         | 0,000    | -0,547 | 14 | 0,593 | 42   | 0,510 | 15          | 15          | 0,001     | 0,001     |
| Час правильного вказування, мс (орієнтація в просторі)  | 11164,333                     | 10132,267                     | 1032,067 | 0,594  | 14 | 0,562 | 45   | 0,421 | 15          | 15          | 7573,210  | 2640,446  |
| Час помилкового вказування, мс (орієнтація в просторі)  | -11066,267                    | -9417,533                     | 1648,733 | -0,411 | 14 | 0,687 | 55   | 0,804 | 15          | 15          | 15265,429 | 4647,906  |
| Кількість правильних відповідей (орієнтація в просторі) | 10,467                        | 16,200                        | 5,733    | -3,619 | 14 | 0,003 | 11   | 0,009 | 15          | 15          | 6,947     | 4,663     |
| Кількість помилкових відповідей (орієнтація в просторі) | 9,533                         | 3,800                         | -5,733   | 3,619  | 14 | 0,003 | 11   | 0,009 | 15          | 15          | 6,947     | 4,663     |
| Кількість правильних позначок (орієнтація в просторі)   | 20,933                        | 21,467                        | 0,533    | -0,689 | 14 | 0,502 | 41   | 0,461 | 15          | 15          | 3,173     | 2,356     |
| Кількість помилкових позначок (орієнтація в просторі)   | 0,133                         | 0,200                         | 0,067    | -0,435 | 14 | 0,670 | 6    | 0,655 | 15          | 15          | 0,352     | 0,414     |
| Кількість оброблених кілець                             | 511,867                       | 512,000                       | 0,133    | -1,468 | 14 | 0,164 | 0    | 0,157 | 15          | 15          | 0,352     | 0         |
| Витрачений час, с                                       | 217,733                       | 215,067                       | -2,667   | 0,299  | 14 | 0,769 | 48   | 0,495 | 15          | 15          | 32,708    | 46,370    |
| Час правильного вказування, с (оцінка пам'яті)          | 12,067                        | 12,467                        | 0,400    | -0,371 | 14 | 0,716 | 43   | 0,861 | 15          | 15          | 2,154     | 4,257     |
| Час помилкового вказування, с (оцінка пам'яті)          | 8,867                         | 8,000                         | -0,867   | 0,350  | 14 | 0,732 | 38,5 | 0,624 | 15          | 15          | 6,968     | 8,298     |
| Кількість правильних                                    | 14,400                        | 14,467                        | 0,067    | -0,082 | 14 | 0,936 | 31   | 0,858 | 15          | 15          | 2,414     | 2,850     |

| Показник                                                     | Середнє<br>значення<br>(поч.) | Середнє<br>значення<br>(зав.) | $\Delta$ | t     | df | p(t)  | W    | p(w)  | N<br>(поч.) | N<br>(зав.) | SD (поч.) | SD (зав.) |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|----------|-------|----|-------|------|-------|-------------|-------------|-----------|-----------|
| Відповідей<br>(оцінка<br>пам'яті)                            |                               |                               |          |       |    |       |      |       |             |             |           |           |
| Кількість<br>помилкових<br>відповідей<br>(оцінка<br>пам'яті) | 3,200                         | 2,600                         | -0,600   | 0,770 | 14 | 0,454 | 30,5 | 0,291 | 15          | 15          | 2,305     | 2,444     |

## Додаток Л

**Кореляційна матриця ключових психофізіологічних показників до та після початку впровадження програми**

**Кореляційна матриця ключових психофізіологічних показників до початку впровадження програми**

| Показник                                       | Функціональна рухливість нервових процесів, мс | Сила нервових процесів, мс | Кількість правильних відповідей | Кількість помилкових відповідей |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Функціональна рухливість нервових процесів, мс | 1,000                                          | 0,954                      | -0,670                          | 0,670                           |
| Сила нервових процесів, мс                     | 0,954                                          | 1,000                      | -0,609                          | 0,609                           |
| Кількість правильних відповідей                | -0,670                                         | -0,609                     | 1,000                           | -1,000                          |
| Кількість помилкових відповідей                | 0,670                                          | 0,609                      | -1,000                          | 1,000                           |

**Кореляційна матриця ключових психофізіологічних показників після завершення програми**

| Показник                                       | Функціональна рухливість нервових процесів, мс | Сила нервових процесів, мс | Кількість правильних відповідей | Кількість помилкових відповідей |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Функціональна рухливість нервових процесів, мс | 1,000                                          | 0,890                      | 0,031                           | -0,031                          |
| Сила нервових процесів, мс                     | 0,890                                          | 1,000                      | 0,073                           | -0,073                          |
| Кількість правильних відповідей                | 0,031                                          | 0,073                      | 1,000                           | -1,000                          |
| Кількість помилкових відповідей                | -0,031                                         | -0,073                     | -1,000                          | 1,000                           |

## **Практичні рекомендації щодо підтримки та розвитку резильєнтності військових лікарів в умовах війни**

### **Вступ**

#### **1. РЕЗИЛЬЄНТНІСТЬ ЯК ПСИХОЛОГІЧНИЙ КОНСТРУКТ**

#### **2. ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ПІДТРИМКИ ТА РОЗВИТКУ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ ВІЙСЬКОВИХ ЛІКАРІВ В УМОВАХ ВІЙНИ**

##### **2.1. Психологічна підтримка військових лікарів в умовах бойових дій**

##### **2.2. Міждисциплінарна координація психопрофілактичних заходів**

##### **2.3. Індивідуалізовані програми психологічної підтримки та розвитку резильєнтності військових лікарів**

##### **2.4. Психологічний моніторинг резильєнтності як засіб ранньої профілактики**

##### **2.5. Психоедукація та розвиток психологічних ресурсів військових лікарів**

##### **2.6. Психологічно сприятливі умови відновлення та профілактика професійного вигорання**

##### **2.7. Апробація та нормативна інтеграція практичних рекомендацій**

#### **3. ЧИННИКИ, ЩО ПІДТРИМУЮТЬ РЕЗИЛЬЄНТНІСТЬ ВІЙСЬКОВИХ ЛІКАРІВ**

#### **4. ПРАКТИЧНІ ТЕХНІКИ ПІДТРИМКИ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ ВІЙСЬКОВИХ ЛІКАРІВ**

##### **4.1. Швидкі техніки стабілізації на робочому місці**

##### **4.2. Щоденні практики психологічного відновлення**

##### **4.3. Робота з емоційним навантаженням**

#### **5. РОЛЬ МЕДИЧНОГО КОЛЕКТИВУ У ПІДТРИМЦІ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ**

#### **6. ОЗНАКИ, КОЛИ ЛІКАРЮ ПОТРІБНА ДОПОМОГА**

#### **7. КОРОТКІ ПРАКТИЧНІ ПОРАДИ ДЛЯ ЛІКАРІВ**

### **ДОДАТКИ. ПСИХОДІАГНОСТИЧНИЙ ІНСТРУМЕНТАРІЙ**

#### **1. Шкала резильєнтності Коннора–Девідсона (CD-RISC-25)**

#### **2. Опитувальник професійної життєстійкості (О. Кокур)**

#### **3. Шкала PCL-5 (Перелік симптомів ПТСР)**

#### **4. Багатомірна шкала сприйняття соціальної підтримки**

#### **5. Тест на тривожність (GAD-7)**

#### **6. Опитувальник для виявлення синдрому професійного вигорання**

#### **7. Коротка шкала стійкості (The Brief Resilience Scale; B. Smith)**

### **ВИСНОВКИ**

## ВСТУП

Проблема підтримки та розвитку резильєнтності військових лікарів в умовах війни є вкрай актуальною, оскільки їхня професійна діяльність здійснюється в ситуаціях постійної загрози, високого психоемоційного напруження, перевантаження та підвищеної відповідальності за життя і здоров'я інших людей. У сучасних умовах війни військовий лікар змушений виконувати професійні обов'язки в умовах невизначеності, дефіциту часу й ресурсів, під впливом тривалого стресу, а також нерідко за наявності ризику для власного життя. За таких умов особливої ваги набуває здатність зберігати психологічну стійкість, професійну надійність, емоційну врівноваженість і здатність до ефективного прийняття рішень.

Специфіка діяльності військових медиків у кризових умовах визначається поєднанням інтенсивного робочого навантаження, необхідності діяти в екстремальних обставинах, постійного контакту з людським болем, травмою, смертю, а також обов'язку швидко й точно реагувати в ситуаціях, від яких безпосередньо залежить життя поранених і хворих. Така професійна реальність створює значне навантаження на емоційно-вольову, когнітивну та мотиваційну сфери особистості військового лікаря й підвищує ризик психічного виснаження, професійного вигорання, дезадаптації та зниження ефективності професійної діяльності.

Практичні рекомендації щодо підтримки та розвитку резильєнтності військових лікарів в умовах війни розроблено на основі комплексного теоретичного аналізу феномену резильєнтності, результатів емпіричного дослідження психологічних особливостей її розвитку, а також апробації авторської моделі психодіагностики та програми психологічного супроводу військових лікарів у професійній діяльності в умовах бойових дій.

Результати проведеного дослідження засвідчили, що резильєнтність військових лікарів має багатовимірний, динамічний і рівнево диференційований характер та формується у взаємодії мотиваційно-ціннісних, когнітивно-рефлексивних, емоційно-вольових, поведінково-діяльнісних і комунікативно-

регулятивних компонентів. Встановлено, що ефективність професійного функціонування в умовах війни значною мірою залежить від здатності військового лікаря до психологічної саморегуляції, осмислення травматичного досвіду, використання конструктивних копінг-стратегій, збереження професійної мотивації та залучення ресурсів соціальної підтримки.

Отримані емпіричні дані, зокрема результати кількісного дослідження ( $N = 625$ ) та напівструктурованого інтерв'ю з військовими лікарями ( $N = 80$ ), дали змогу виявити ключові психологічні чинники, що сприяють розвитку резильєнтності або, навпаки, ускладнюють її формування в умовах бойової діяльності. Це створило підґрунтя для розроблення практично орієнтованих рекомендацій, спрямованих на системне посилення внутрішніх і зовнішніх ресурсів психологічної стійкості військових лікарів.

Метою цих рекомендацій є профілактика емоційного виснаження військових лікарів, підтримка їхньої професійної ефективності та збереження психічного здоров'я в умовах війни. У цьому контексті рекомендації мають комплексний характер і орієнтовані на різні рівні психологічного впливу: індивідуальний, міжособистісний, організаційний і нормативно-управлінський. Вони передбачають розвиток навичок психологічної саморегуляції, формування адаптивних копінг-стратегій, посилення соціальної підтримки, удосконалення командної взаємодії, психологічний моніторинг та створення умов для своєчасного відновлення особистісних і професійних ресурсів.

Таким чином, запропоновані практичні рекомендації спрямовані на підвищення психологічної готовності військових лікарів до виконання професійних завдань в умовах війни, профілактику емоційного виснаження і професійного вигорання, підтримку належного рівня професійної ефективності, збереження психічного здоров'я та забезпечення стійкості функціонування системи військово-медичного забезпечення загалом.

## 1. РЕЗИЛЬЄНТНІСТЬ ЯК ПСИХОЛОГІЧНИЙ КОНСТРУКТ

Сучасні умови професійної діяльності лікаря, особливо в ситуаціях війни, масових втрат, тривалого перевантаження та ресурсного дефіциту, істотно підвищують значення психологічних ресурсів, що забезпечують збереження психічного здоров'я, професійної надійності та здатності ефективно діяти в критичних обставинах. У цьому контексті особливого значення набуває феномен резильєнтності, який у сучасній психології розглядається як один із ключових чинників адаптації до стресу, подолання наслідків травматичного досвіду та підтримання ефективного функціонування особистості в умовах тривалих навантажень.

Професія лікаря, а особливо військового лікаря, пов'язана з постійним впливом низки психологічних ризиків. До них належать хронічний стрес, зумовлений тривалим перебуванням у ситуації напруження та високої відповідальності; емоційне виснаження, що виникає внаслідок інтенсивного професійного навантаження; вторинна травматизація як наслідок постійного контакту з болем, стражданням і смертю інших людей; професійне вигорання, пов'язане зі зниженням емоційної залученості, втратою внутрішніх ресурсів і відчуттям професійного спустошення; моральна травма, яка може формуватися в ситуаціях складного етичного вибору, неможливості надати допомогу в повному обсязі або переживання професійної безпорадності. Сукупна дія цих чинників створює серйозні ризики для психічного благополуччя лікаря, якості професійних рішень і стабільності його професійного функціонування.

За таких умов резильєнтність доцільно розглядати не лише як індивідуальну психологічну властивість, а і як важливу професійну компетентність лікаря, що забезпечує здатність зберігати внутрішню стійкість, регулювати власний психоемоційний стан, відновлювати ресурси та підтримувати професійну ефективність у кризових обставинах. Важливо, що ця компетентність не є вроджено фіксованою: вона може цілеспрямовано формуватися і розвиватися у процесі професійної підготовки, психологічного

супроводу, набуття досвіду та опанування навичок саморегуляції й адаптивного подолання стресу.

Поняття «резильєнтність» було запозичене психологічною наукою з фізики, де воно позначало здатність матеріалу відновлювати первинну форму після деформації. У психологічному значенні цей термін набув ширшого змісту й почав позначати здатність людини зберігати або відновлювати психологічну рівновагу, адаптуватися до несприятливих обставин та продовжувати ефективне функціонування після значних стресових чи травматичних впливів. У сучасних підходах резильєнтність розглядається як багатовимірний і динамічний феномен, що поєднує особистісні ресурси, поведінкові стратегії, когнітивні механізми, систему цінностей і соціальні чинники підтримки.

У професійному контексті резильєнтність лікаря можна визначити як здатність зберігати психологічну стійкість, професійну надійність і функціональність в умовах інтенсивного стресу, емоційного навантаження та кризових подій, відновлювати внутрішні ресурси після психотравмуючих впливів і продовжувати виконання професійних завдань без критичного зниження якості діяльності. Для військового лікаря це означає не лише витримування навантаження, а й здатність діяти зібрано, відповідально і гуманно в обставинах загрози, невизначеності та високої ціни професійних рішень.

Результати теоретичного аналізу та емпіричного дослідження дають підстави розглядати резильєнтність лікаря як інтегральне психологічне утворення, у структурі якого доцільно виокремити кілька ключових складових.

Першою складовою є емоційна саморегуляція – здатність усвідомлювати, контролювати й конструктивно опрацьовувати власні емоційні реакції, знижувати рівень внутрішнього напруження та зберігати працездатність у стресових ситуаціях.

Другою складовою виступають професійний сенс і цінності, які забезпечують внутрішню мотиваційну опору, підтримують відданість професійній ролі, сприяють збереженню професійної ідентичності та

дозволяють надавати значення власній діяльності навіть у надзвичайно складних умовах.

Третьою складовою є соціальна підтримка, що охоплює здатність лікаря звертатися по допомогу, приймати підтримку колег, зберігати довіру в командній взаємодії та використовувати міжособистісні ресурси як чинник психологічної стабілізації.

Четвертою складовою є когнітивна гнучкість, тобто здатність адаптивно осмислювати події, змінювати способи реагування залежно від ситуації, бачити альтернативні рішення, зберігати ясність мислення та здатність до рефлексії в умовах невизначеності.

П'ятою складовою є здатність до відновлення, яка проявляється у вмінні відновлювати психологічні та фізичні ресурси після інтенсивного навантаження, повертатися до продуктивного функціонування після кризових подій і підтримувати довготривалу професійну працездатність.

У діяльності військового лікаря зазначені складові набувають особливої значущості, оскільки саме їх узгоджене функціонування забезпечує здатність витримувати тривалий стрес, мінімізувати негативний вплив професійних ризиків, підтримувати якість медичної допомоги та зберігати психічне здоров'я. Таким чином, резильєнтність військового лікаря доцільно розуміти як динамічний, багатокомпонентний психологічний ресурс і водночас як професійно важливу компетентність, розвиток якої є необхідною умовою надійного функціонування фахівця в умовах війни.

Саме в такому розумінні резильєнтність слугує концептуальною основою для розроблення практичних рекомендацій щодо профілактики емоційного виснаження, збереження психічного здоров'я, підтримки професійної ефективності та розвитку психологічної стійкості військових лікарів.

## 2. ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ПІДТРИМКИ ТА РОЗВИТКУ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ ВІЙСЬКОВИХ ЛІКАРІВ В УМОВАХ ВІЙНИ

У процесі подолання стресових і професійно травмуючих ситуацій військові лікарі використовують різноманітні адаптивні стратегії, що були

виявлені за результатами напівструктурованого інтерв'ю та кількісного аналізу психологічних показників. Зокрема, до найбільш поширених стратегій належать активна професійна та міжособистісна взаємодія з колегами, аналіз і рефлексія власного досвіду, застосування прийомів психологічної саморегуляції, відновлення ресурсів через дозвілєву активність (читання, фізичні навантаження, прогулянки), а також використання духовних практик.

Узагальнення зазначених емпіричних даних дозволило визначити ключові напрями психологічної підтримки та стало підґрунтям для розробки практичних рекомендацій щодо підтримки й розвитку резильєнтності військових лікарів в умовах бойових дій.

## 2.1. Психологічна підтримка військових лікарів в умовах бойових дій

З метою підтримки та розвитку резильєнтності військових лікарів в умовах бойових дій доцільним є створення зовнішніх мобільних міждисциплінарних психологічних груп підтримки, діяльність яких спрямовується на надання оперативної та цілеспрямованої психологічної допомоги безпосередньо в місцях несення служби та пунктах постійної дислокації.

До складу таких груп рекомендовано залучати військових психологів, психотерапевтів, фахівців із психофізіології, а за потреби – психіатрів, що забезпечує комплексний підхід до оцінки психологічного стану військових лікарів та вибору адекватних форм психологічного втручання. Міждисциплінарний характер команд дозволяє поєднувати психодіагностичні, консультативні, психоедукаційні та корекційні заходи з урахуванням індивідуальних і професійних потреб фахівців.

Основним завданням мобільних психологічних груп є підтримка ключових компонентів резильєнтності військових лікарів, зокрема:

мотиваційно-ціннісного компонента – через актуалізацію професійних смислів, підтримку почуття значущості лікарської діяльності, зниження проявів демотивації та емоційного виснаження;

когнітивно-рефлексивного компонента – шляхом створення умов для усвідомлення та осмислення професійного і травматичного досвіду, розвитку рефлексії, когнітивної гнучкості та адаптивного переосмислення складних подій;

емоційно-вольового компонента – через формування навичок емоційної саморегуляції, зниження рівня психоемоційної напруги, стабілізацію емоційних станів і мобілізацію внутрішніх ресурсів.

Форми роботи мобільних психологічних груп можуть включати індивідуальні психологічні консультації, короткострокові кризові втручання, елементи групової підтримки, психоедукаційні мікросесії, а також навчання базовим технікам саморегуляції та стрес-менеджменту, адаптованим до умов бойової діяльності. За необхідності передбачається подальше скерування військових лікарів до спеціалізованих форм психологічної або психіатричної допомоги з дотриманням принципів конфіденційності та професійної етики.

Реалізація зазначеної рекомендації сприятиме профілактиці професійного вигорання, збереженню психологічної стійкості та підтримці професійної ефективності військових лікарів, а також забезпечить безперервність психологічного супроводу в умовах підвищеного ризику та тривалого стресового навантаження.

## 2.2. Міждисциплінарна координація психопрофілактичних заходів

Ефективна підтримка та розвиток резильєнтності військових лікарів в умовах війни потребує системної міждисциплінарної координації дій фахівців, залучених до організації військово-медичної діяльності. У зв'язку з цим доцільним є інтегрування зусиль командування, служб психологічної підтримки персоналу та медичної служби з метою формування узгодженої системи психопрофілактики, орієнтованої на збереження психічного здоров'я, професійної ефективності та психологічної стійкості військових лікарів.

Міждисциплінарна координація передбачає єдність підходів до оцінювання психологічної стійкості, узгодження критеріїв психологічного

благополуччя та використання спільних діагностичних орієнтирів для моніторингу психоемоційного стану персоналу. Такий підхід створює умови для раннього виявлення ознак емоційного й професійного перевантаження, своєчасного реагування на дезадаптивні прояви та попередження розвитку професійного вигорання.

У межах реалізації цієї рекомендації доцільним є впровадження регулярних узгоджувальних заходів (робочих зустрічей, міждисциплінарних консультацій, психологічних консилиумів), спрямованих на аналіз психологічного стану військових лікарів, визначення груп підвищеного ризику та вибір оптимальних форм психологічного супроводу. Важливим елементом координації є чітке розмежування ролей і відповідальності між залученими структурами: командування забезпечує організаційні умови та управлінську підтримку психопрофілактичних заходів, служби психологічної підтримки здійснюють психодіагностичну, консультативну та корекційну роботу, тоді як медична служба інтегрує психологічний супровід у загальну систему медичного забезпечення та ініціює подальше спеціалізоване втручання за потреби.

Міждисциплінарна координація також передбачає розробку та використання узгоджених алгоритмів психологічного реагування у кризових ситуаціях, а також забезпечення інформаційної взаємодії між фахівцями в межах їх професійної компетенції з дотриманням принципів конфіденційності та етичних стандартів.

Реалізація зазначеної рекомендації сприятиме підвищенню адаптаційних можливостей військових лікарів, забезпеченню безперервності психологічного супроводу та інтеграції психопрофілактики в систему управління персоналом, що є важливою умовою збереження психічного здоров'я та професійної надійності військово-медичних кадрів в умовах бойових дій.

### 2.3. Індивідуалізовані програми психологічної підтримки та розвитку резильєнтності військових лікарів

З урахуванням індивідуальних відмінностей психологічних ресурсів, професійного досвіду та умов виконання службових обов'язків доцільним є впровадження індивідуалізованих програм розвитку резильєнтності військових лікарів, спрямованих на цілеспрямоване посилення адаптаційних можливостей і психологічної стійкості в умовах війни.

Індивідуалізований підхід передбачає побудову програм розвитку резильєнтності на основі результатів психологічної діагностики, що дозволяє враховувати рівень сформованості окремих компонентів резильєнтності, наявні ресурси та зони психологічної вразливості військового лікаря. Такий підхід забезпечує адресність психологічного впливу та підвищує ефективність психопрофілактичних і корекційних заходів.

Зміст індивідуалізованих програм розвитку резильєнтності може включати:

- вправи на психологічну саморегуляцію (контроль емоційних станів, зниження психоемоційної напруги, відновлення внутрішньої рівноваги);

- методи підвищення емоційної стабільності та стресостійкості, спрямовані на зменшення інтенсивності негативних емоційних реакцій у професійно складних ситуаціях;

- техніки управління стресом, адаптовані до умов бойової діяльності;

- розвиток когнітивної гнучкості та рефлексивних умінь, що сприяють усвідомленню, осмисленню та конструктивному переосмисленню професійного й травматичного досвіду;

- формування навичок конструктивної професійної взаємодії з колегами, зокрема ефективної комунікації, командної підтримки та взаємодопомоги.

Індивідуалізовані програми психологічної підтримки та розвитку резильєнтності доцільно адаптувати з урахуванням специфіки бойового досвіду, професійної спеціалізації та ролі військового лікаря, а також умов виконання службових завдань (перебування в районі бойових дій або в пунктах

постійної дислокації). Гнучкість програм дозволяє поєднувати індивідуальні та групові форми роботи, короткострокові втручання та пролонговані заходи психологічного супроводу.

Реалізація індивідуалізованих програм розвитку резильєнтності сприятиме посиленню мотиваційно-ціннісного, когнітивно-рефлексивного та емоційно-вольового компонентів резильєнтності, підвищенню адаптаційних можливостей, зниженню ризику професійного вигорання та збереженню професійної ідентичності військових лікарів в умовах тривалого стресового навантаження.

#### 2.4. Психологічний моніторинг резильєнтності як засіб ранньої профілактики

З метою раннього виявлення ознак психологічного перевантаження, зниження адаптаційних можливостей та профілактики професійного вигорання доцільним є впровадження систематичного психологічного моніторингу резильєнтності військових лікарів як складової комплексної системи психопрофілактики в умовах війни.

Психологічний моніторинг доцільно здійснювати у формі регулярного психологічного скринінгу із застосуванням стандартизованих психодіагностичних методик, що мають україномовні версії та застосовуються у вітчизняних і міжнародних наукових дослідженнях. Такий підхід дозволяє оцінювати як інтегральний рівень резильєнтності, так і окремі психологічні компоненти, пов'язані з подоланням стресу та адаптацією до екстремальних умов професійної діяльності.

Психологічний моніторинг доцільно проводити поетапно: первинно – для визначення вихідного рівня психологічної стійкості та адаптаційних можливостей; планово – через визначені проміжки часу в умовах тривалого професійного навантаження (від 3-х місяців); ситуативно – після інтенсивних бойових, евакуаційних, клінічно складних або психотравмувальних подій;

повторно – після реалізації заходів психологічної підтримки з метою оцінювання динаміки стану.

Для оцінювання загального рівня резильєнтності військових лікарів доцільним є використання шкали резильєнтності Коннора – Девідсона (CD-RISC-25) в україномовній версії, яка дозволяє визначати рівень психологічної стійкості та здатності до відновлення після стресових і травматичних впливів.

З метою аналізу копінг-стратегій і способів подолання стресу можуть застосовуватися опитувальники, що мають україномовні версії та широко використовуються у психологічних дослідженнях, зокрема:

опитувальник копінг-стратегій Ways of Coping Questionnaire (Р. Лазарус, С. Фолкман) в адаптованому україномовному варіанті;

опитувальник COPE / Brief COPE в україномовній версії для виявлення адаптивних і дезадаптивних способів реагування на стресові ситуації.

Для оцінювання мотиваційно-ціннісного компонента резильєнтності доцільним є використання:

методики діагностики професійної мотивації особистості (В. Осьодло);

шкали базових переконань особистості (R. Janoff-Bulman) в україномовному адаптованому варіанті, що дозволяє оцінювати уявлення про себе, світ і власну здатність контролювати життєві події.

З метою аналізу когнітивно-рефлексивного компонента можуть застосовуватися:

методика «Діагностика рівня рефлексивності»;

опитувальник «Велика п'ятірка – 2» (BFI-2) в україномовній версії – для оцінювання особистісних і когнітивних характеристик, пов'язаних із психологічною гнучкістю та адаптацією.

Для оцінювання емоційно-вольового компонента резильєнтності доцільним є використання:

шкали тривоги і депресії HADS (україномовна версія) як скринінгового інструменту емоційного неблагополуччя;

опитувальника емоційної регуляції ERQ в україномовній версії для оцінювання стратегій когнітивної переоцінки та емоційного пригнічення.

Для аналізу поведінково-діяльнісного та комунікативно-регулятивного компонентів можуть застосовуватися методики оцінювання соціальної підтримки, міжособистісної взаємодії та ресурсів професійної комунікації, що мають україномовні версії та використовуються в психологічній практиці.

Результати психологічного моніторингу доцільно використовувати як підґрунтя для корекції індивідуалізованих програм психологічної підтримки, визначення груп підвищеного психологічного ризику та планування цілеспрямованих психопрофілактичних заходів. Регулярність моніторингу забезпечує можливість відстеження динаміки психологічного стану військових лікарів і своєчасного психологічного втручання.

Застосування психодіагностичних методик здійснюється з дотриманням професійних, етичних і конфіденційних стандартів, а також з урахуванням специфіки військово-медичної діяльності та умов виконання службових завдань. У такому форматі психологічний моніторинг виступає ефективним інструментом ранньої профілактики психологічної дезадаптації та професійного вигорання, сприяючи збереженню психічного здоров'я й професійної стійкості військових лікарів.

## 2.5. Психоедукація та розвиток психологічних ресурсів військових лікарів

З метою формування усвідомленого ставлення військових лікарів до власного психічного здоров'я та посилення внутрішніх ресурсів подолання стресу доцільним є впровадження системи психоедукаційних заходів, спрямованих на розвиток психологічної грамотності, навичок саморегуляції та ефективного управління психоемоційними станами в умовах війни.

Психоедукація розглядається як важливий елемент психологічної профілактики, що поєднує інформування, формування практичних навичок і підтримку адаптивних моделей поведінки. Її реалізація може здійснюватися у форматі тренінгів, семінарів, практикумів і короткотривалих навчальних

модулів, адаптованих до специфіки військово-медичної діяльності, умов несення служби та рівня психоемоційного навантаження військових лікарів.

Зміст психоедукаційних заходів доцільно спрямовувати на:

розвиток навичок психологічної саморегуляції, зокрема контролю емоційних реакцій, зниження психоемоційної напруги та відновлення внутрішньої рівноваги;

формування умінь управління емоційними станами в ситуаціях професійного стресу, невизначеності та підвищеної відповідальності;

підвищення усвідомлення власних внутрішніх ресурсів (цінностей, мотивації, професійних смислів) і способів їх підтримки в умовах тривалого стресового впливу;

розвиток навичок ефективного використання соціальних ресурсів, зокрема професійної взаємодії, командної підтримки та міжособистісної комунікації;

формування адекватного ставлення до психологічної допомоги та зниження стигматизації звернення за нею.

Психоедукаційні заходи можуть мати груповий або індивідуальний формат, а також поєднуватися з практичними вправами, обговоренням типових стресових ситуацій і відпрацюванням адаптивних стратегій реагування. За потреби такі заходи доцільно доповнювати індивідуальними та груповими психологічними консультаціями, спрямованими на поглиблену роботу з актуальними психоемоційними труднощами та підтримку процесів психологічної адаптації.

Реалізація психоедукаційних програм сприятиме посиленню мотиваційно-ціннісного, когнітивно-рефлексивного та емоційно-вольового компонентів резильєнтності, підвищенню рівня психологічної самосвідомості, формуванню навичок відповідального ставлення до власного психічного стану та профілактиці професійного вигорання військових лікарів в умовах війни.

## 2.6. Психологічно сприятливі умови відновлення та профілактика професійного вигорання

Підтримка та розвиток резильєнтності військових лікарів в умовах війни потребує не лише індивідуальних психологічних втручань, але й створення психологічно сприятливих організаційних умов відновлення, які виступають важливим опосередкованим чинником збереження психоемоційної стабільності та професійної ефективності. У цьому контексті формування таких умов доцільно розглядати як складову системної профілактики професійного вигорання військових лікарів.

Психологічно сприятливі умови відновлення передбачають, насамперед, забезпечення можливостей для регламентованого відпочинку та відновлення психічних ресурсів, що включає раціональне планування робочого навантаження, чергування періодів інтенсивної діяльності та відпочинку, а також дотримання принципів гігієни праці в умовах бойової та тилової діяльності. Таке чергування сприяє зниженню кумулятивного стресового впливу та запобігає хронічному психоемоційному виснаженню.

Важливим елементом створення сприятливих умов відновлення є оптимізація організаційних і професійних вимог, що дозволяє зменшити надмірне емоційне навантаження та підвищити відчуття керованості професійної ситуації. Чіткість професійних ролей, зрозумілість функціональних обов'язків, прогнозованість режиму служби та підтримка з боку керівництва виступають факторами, які сприяють стабілізації психоемоційного стану військових лікарів.

Формування психологічно сприятливих умов відновлення також передбачає створення можливостей для професійного розвитку та підтримки професійної ідентичності. Участь у навчальних заходах, обмін професійним досвідом, залучення до наставництва та підвищення кваліфікації сприяють збереженню відчуття професійної значущості, мотивації та контролю над власною професійною траєкторією, що є важливими ресурсами резильєнтності.

Крім того, доцільним є підтримання психологічно безпечного соціально-професійного середовища, в якому заохочується взаємна підтримка, колегіальність і відкритість до обговорення труднощів, пов'язаних із професійною діяльністю. Таке середовище знижує рівень емоційної ізоляції, сприяє нормалізації переживань і підвищує ефективність використання соціальних ресурсів подолання стресу.

Реалізація зазначеної рекомендації сприятиме збереженню психоемоційної стабільності, профілактиці синдрому професійного вигорання та підтримці довготривалої професійної ефективності військових лікарів, водночас посилюючи поведінковий (операційно-діяльнісний) і мотиваційно-ціннісний компоненти резильєнтності в умовах війни.

## 2.7. Апробація та нормативна інтеграція практичних рекомендацій

З метою підвищення практичної значущості та забезпечення сталості впровадження розроблених рекомендацій доцільним є їх поетапна апробація та нормативна інтеграція в систему психологічного супроводу військових лікарів. Запропоновані рекомендації можуть бути використані як науково обґрунтоване підґрунтя для експертного обговорення серед фахівців психологічної підтримки персоналу, медичних служб і представників управлінської ланки, залучених до організації військово-медичної діяльності.

Апробацію практичних рекомендацій доцільно здійснювати в умовах реальної професійної діяльності військових лікарів із урахуванням специфіки підрозділів, умов несення служби та характеру виконуваних завдань. Такий підхід дозволяє оцінити ефективність, адаптивність і доцільність запропонованих заходів, а також виявити можливі організаційні та методичні обмеження їх застосування.

Важливим етапом апробації є залучення фахівців різних профілів до аналізу результатів упровадження рекомендацій, що створює умови для їх подальшого уточнення та вдосконалення. Узагальнення практичного досвіду

застосування рекомендацій сприятиме формуванню уніфікованих підходів до психологічної підтримки та розвитку резильєнтності військових лікарів.

Нормативна інтеграція рекомендацій передбачає включення узагальнених положень до внутрішніх нормативних документів, регламентів і протоколів психологічного супроводу персоналу, а також використання їх положень у програмах підготовки, підвищення кваліфікації та професійного навчання військових лікарів. Така інтеграція сприяє стандартизації психопрофілактичних заходів і забезпечує їх узгодженість із чинною системою управління персоналом.

Реалізація зазначеної рекомендації створює умови для системного впровадження науково обґрунтованих підходів до підтримки та розвитку резильєнтності, підвищує ефективність психологічного супроводу військових лікарів і сприяє збереженню їх психічного здоров'я та професійної надійності в умовах війни.

### 3. ЧИННИКИ, ЩО ПІДТРИМУЮТЬ РЕЗИЛЬЄНТНІСТЬ ВІЙСЬКОВИХ ЛІКАРІВ

Резильєнтність військового лікаря доцільно розглядати не як ізольовану індивідуальну рису, а як багаторівневий ресурс, що формується у взаємодії особистісних умінь, якості командної взаємодії та організаційних умов професійної діяльності. Сучасні дослідження дедалі послідовніше показують, що стійкість медичного персоналу не може бути зведена лише до «особистої витривалості»: її підтримують або, навпаки, послаблюють характеристики робочого середовища, стиль керівництва, доступність підтримки, справедливість розподілу навантаження та можливість безпечного професійного обговорення складних випадків.

Для військових лікарів це питання набуває особливої ваги, оскільки їхня діяльність здійснюється в умовах поєднання хронічного стресу, дефіциту часу й ресурсів, відповідальності за життя поранених, повторюваного контакту з тяжкими травмами, ризику вторинної травматизації та морального дистресу. У

таких умовах підтримка резильєнтності повинна мати системний характер і охоплювати щонайменше три рівні: індивідуальний, міжособистісний (командний) та організаційний (суспільний).

На індивідуальному рівні одним із ключових факторів підтримки резильєнтності є сформованість навичок саморегуляції. Йдеться про здатність розпізнавати власний психоемоційний стан, своєчасно знижувати надмірне напруження, керувати фізіологічним збудженням, підтримувати працездатність у гостростресових ситуаціях і відновлюватися після інтенсивного навантаження. У сучасній літературі саме практики саморегуляції, зокрема *mindfulness*-підходи, стрес-менеджмент і навички усвідомленого самоспостереження, розглядаються як важливий шлях зниження професійного виснаження та посилення стійкості медичних працівників. Огляди й метааналізи свідчать, що такі інтервенції здатні зменшувати стрес і прояви вигорання та водночас посилювати психологічне благополуччя і резильєнтність.

Не менш значущим чинником є психологічна гнучкість – здатність зберігати контакт із реальністю ситуації, приймати неминучі труднощі без надмірного уникання, змінювати стратегії дій відповідно до вимог обставин та утримувати орієнтацію на професійно значущі цінності навіть у стресі. Саме психологічна гнучкість у сучасних дослідженнях дедалі частіше постає як один із провідних предикторів нижчого рівня вторинного травматичного стресу та вигорання, тоді як її дефіцит поєднується з дезадаптивними копінг-стратегіями та вищим психологічним дистресом. Для військового лікаря це означає здатність не «застигати» в переживанні безсилля або перевантаження, а перебудовувати способи дії, зберігаючи професійний фокус і внутрішню зібраність.

Важливим захисним фактором також є сформованість здорових меж у роботі. У контексті медичної професії це не означає зниження відповідальності чи емоційної відстороненості, а передбачає вміння регулювати ступінь залучення, не ототожнювати повністю власну особистісну цінність із

результатом кожного клінічного випадку, своєчасно визнавати межі своїх ресурсів і звертатися по допомогу. Сучасні підходи до профілактики вигорання все частіше підкреслюють значення self-care, self-compassion, гнучких режимів праці та практик відновлення як складових довготривалої професійної стійкості. Це особливо важливо у військово-медичній діяльності, де тривале ігнорування меж власного виснаження підвищує ризик помилок, емоційного спустошення та моральної травми.

Окремо слід підкреслити роль професійного сенсу та ціннісної опори. Для військового лікаря усвідомлення значущості власної місії, відчуття професійної причетності до захисту життя, внутрішня узгодженість між етичними цінностями і професійною роллю підтримують стійкість у ситуаціях тривалого напруження. Коли ж лікар не має можливості діяти відповідно до своїх моральних орієнтирів через дефіцит ресурсів, неможливість допомогти всім або необхідність працювати в умовах жорстких обмежень, це може сприяти моральному дистресу й моральній травмі. Відтак підтримка резильєнтності на індивідуальному рівні повинна включати не лише техніки саморегуляції, а й осмислення професійного сенсу, моральної складності роботи та допустимих меж особистої відповідальності.

На командному рівні резильєнтність військових лікарів істотно підтримується якістю взаємин із колегами. Підтримка з боку професійного оточення знижує відчуття ізоляції, нормалізує переживання стресу, створює можливість емоційного «розвантаження» і водночас підсилює впевненість у тому, що складні події не потрібно переживати наодинці. У сучасних оглядах організаційних чинників стійкості медичних працівників саме міжособистісна взаємодія, згуртованість команди та підтримка з боку безпосереднього оточення визначаються як ключові захисні фактори. Для військових лікарів, чия робота часто відбувається в умовах високого темпу, втрат і невизначеності, колегіальна підтримка є не факультативним, а структурно необхідним ресурсом.

Суттєве значення має культура взаємодопомоги. Йдеться про таку командну норму, за якої звернення по підтримку не розглядається як прояв слабкості, а сприймається як професійно відповідальна дія. У практичному вимірі це означає готовність колег підмінити перевантаженого фахівця, допомогти у прийнятті складного рішення, розділити відповідальність за критичний випадок, уважно ставитися до ознак виснаження в команді та підтримувати психологічно безпечне середовище для обговорення помилок і труднощів. Підтримувальна командна культура прямо пов'язана з нижчим рівнем організаційного стресу і кращим психологічним функціонуванням персоналу.

Важливим механізмом командної підтримки є регулярне обговорення складних клінічних випадків, емоційно напружених подій і морально суперечливих ситуацій. Ідеться не про формальне «розбирання», а про структуровані рефлексивні обговорення, які поєднують професійний аналіз, емоційне визнання переживань і пошук смислової та практичної опори. Дослідження показують, що *reflective debriefing*, *Schwartz Rounds* та інші форми колективної рефлексії можуть зменшувати дистрес, допомагати в переробці складного досвіду й підтримувати стійкість персоналу. Для військових лікарів це особливо важливо у зв'язку з частим зіткненням із ситуаціями втрат, безсилля, морального конфлікту та наслідками вторинної травматизації.

Крім того, командний рівень включає стиль лідерства. Сучасні дані щодо військових медичних працівників свідчать, що адаптивне лідерство, яке поєднує гнучкість, уважність до потреб персоналу, чесну комунікацію й підтримку в умовах невизначеності, пов'язане з нижчим рівнем вигорання. Тому підтримка резильєнтності військових лікарів потребує не лише «горизонтальної» підтримки колег, а й «вертикальної» підтримки з боку командирів і керівників медичних підрозділів.

На організаційному рівні одним із провідних факторів підтримки резильєнтності є справедливий розподіл навантаження. Саме надмірні вимоги до працівника, хронічний дефіцит персоналу, відсутність контролю над

режимом праці, повторювана робота в умовах перевантаження та несправедливе розподілення складних завдань є добре відомими предикторами вигорання. Ще класичні моделі професійного вигорання описували workload, fairness, control, community і values як центральні параметри організаційного контексту, що визначають ризик виснаження. Новіші огляди у сфері охорони здоров'я підтверджують, що саме мезоорганізаційні характеристики робочого середовища істотно впливають на індивідуальну стійкість персоналу. Для військових лікарів це означає необхідність максимально можливого балансу між інтенсивністю служби, тривалістю змін, складністю клінічних завдань і доступними ресурсами відновлення.

Другим важливим фактором є супервізія. У професіях із високою емоційною та моральною напругою супервізія виконує відразу кілька функцій: підтримувальну, рефлексивну, навчальну та профілактичну. Вона допомагає осмислювати складні випадки, знижувати тягар особистої ізолюваної відповідальності, вчасно виявляти дезадаптивні патерни реагування та зміцнювати професійну компетентність без саморуйнівної ціни. У сучасній літературі наявні дані, що ефективна професійна супервізія та trauma-informed supervision пов'язані зі зниженням імовірності вигорання та підвищенням безпеки практики. У випадку військових лікарів супервізійні формати є особливо цінними як простір для інтеграції клінічного, етичного та психологічного вимірів досвіду.

Третім ключовим чинником є організована психологічна підтримка персоналу. Сучасні міжнародні підходи, зокрема рекомендації ВООЗ, наголошують, що охорона психічного здоров'я працівників має включати не лише індивідуальні тренінги, а й організаційні заходи: створення безпечних умов праці, доступ до психологічної допомоги, навчання керівників, розвиток підтримувальної культури, раннє виявлення дистресу та системи повернення до функціонування після кризових подій. ВООЗ прямо вказує, що психічне здоров'я на роботі не може бути забезпечене лише зусиллями самого

працівника, якщо зберігаються небезпечні або хронічно перевантажувальні умови праці.

Для військових лікарів психологічна підтримка персоналу повинна включати доступні й нестигматизовані форми допомоги: кризове консультування, психоосвіту щодо стресу і моральної травми, алгоритми раннього звернення по допомогу, короткі підтримувальні інтервенції після критичних подій, а також програми розвитку резильєнтності. Систематичні огляди свідчать, що психологічні інтервенції в медичному середовищі можуть підвищувати резильєнтність і покращувати благополуччя, однак найкращі результати вони дають тоді, коли є вбудованими у практику організації, а не існують як епізодичні разові заходи.

Слід також підкреслити, що організаційний рівень має охоплювати морально безпечне середовище. Значна частина дистресу медичного персоналу виникає не лише через перевтому, а через неможливість працювати відповідно до професійних і етичних стандартів в умовах браку ресурсів, часу чи підтримки. Саме тому сьогодні дедалі частіше поряд із вигоранням обговорюють моральну травму і *moral distress*. Відповідно, підтримка резильєнтності військових лікарів потребує організаційних рішень, які зменшують моральну перевантаженість: чітких процедур, етичної підтримки, реалістичного розподілу відповідальності, визнання моральної складності клінічної роботи у воєнних умовах.

Отже, чинники, що підтримують резильєнтність військових лікарів, мають багаторівневий характер. На індивідуальному рівні провідне значення мають навички саморегуляції, психологічна гнучкість, здорові межі у роботі та ціннісно-смилова опора. На командному рівні ключову роль відіграють підтримка колег, культура взаємодопомоги, психологічна безпека та можливість обговорення складних випадків. На організаційному рівні визначальними є справедливий розподіл навантаження, підтримувальне лідерство, супервізія та доступна система психологічної допомоги персоналу. Саме поєднання цих рівнів створює умови, за яких резильєнтність військового

лікаря постає не як випадковий індивідуальний ресурс, а як результат цілеспрямованої професійної, командної та організаційної підтримки.

#### 4. ПРАКТИЧНІ ТЕХНІКИ ПІДТРИМКИ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ ВІЙСЬКОВИХ ЛІКАРІВ

Підтримка резильєнтності військового лікаря в умовах війни потребує не лише загального розуміння чинників психологічної стійкості, а й опанування конкретних практичних технік, які можуть застосовуватися безпосередньо у професійній діяльності та в періоди після інтенсивного відновлення. З огляду на характер військово-медичної роботи, найбільш доцільними є короткі, доступні, безпечні й структуровані техніки, що не потребують спеціального обладнання, тривалого усамітнення чи значного часу. Такий підхід узгоджується з сучасними підходами до підтримки психічного здоров'я працівників: ВООЗ наголошує, що ефективна підтримка має включати як умови безпечної праці, так і практичні інструменти зниження напруження, раннього розпізнавання дистресу та своєчасного звернення по допомогу.

##### 4.1. Швидкі техніки стабілізації на робочому місці

У професійній діяльності військового лікаря особливе значення мають техніки швидкої стабілізації стану, які можуть використовуватися безпосередньо під час зміни, після емоційно напруженого клінічного епізоду, контакту з тяжко пораненими, втрати пацієнта або в ситуації гострого перевантаження. Їхня мета полягає не в повному усуненні стресу, а у швидкому зниженні рівня психофізіологічного напруження до функціонально прийняттого рівня, за якого лікар може зберігати професійну надійність, ясність мислення та керованість поведінки.

До таких технік насамперед належать дихальні вправи. Коротке вирівнювання дихання є одним із найбільш доступних способів зниження гострого напруження. Йдеться не про складні дихальні практики, а про просте уповільнення й ритмізацію дихання, що допомагає зменшити тілесні прояви

стресу, послабити внутрішню дезорганізацію та повернути відчуття контролю. На платформі «Ти як?» техніки самодопомоги подаються саме як прості інструменти для управління стресом і плекання стійкості, придатні до щоденного використання.

Другу групу становлять прийоми короткого відновлення уваги. У ситуації перевантаження увага часто звужується, фіксується на травматичному стимулі або, навпаки, стає фрагментарною. Коротке переключення на нейтральні ознаки середовища, фіксація тілесних відчуттів, коротке називання того, що людина бачить, чує і відчуває «тут і тепер», може виконувати функцію заземлення і допомагати вийти зі стану емоційного захлинання. Такі техніки особливо доречні після надмірно інтенсивних клінічних епізодів, коли лікареві потрібно швидко відновити робочу зосередженість. Платформа «Ти як?» також містить техніки заземлення, тілесні практики та вправи для зниження емоційної напруги.

Третім практичним інструментом є мікропаузи – короткі перерви тривалістю від кількох десятків секунд до кількох хвилин, які дозволяють знизити кумулятивне напруження впродовж зміни. У науковій літературі короткі відновлювальні паузи розглядаються як важливий компонент профілактики перевтоми та професійного виснаження, особливо в медичних працівників із високою інтенсивністю праці. Мікропаузи можуть включати коротке дихальне вирівнювання, зміну пози, розслаблення м'язів плечового поясу, кілька ковтків води, коротке виходження з перевантаженого стимульного поля або свідоме «перезавантаження» уваги перед переходом до наступного завдання.

У практичному вимірі доцільно рекомендувати такий короткий алгоритм стабілізації:

- зупинитися на кілька секунд і визнати власний стан;
- вирівняти дихання;
- повернути увагу до тіла й простору;
- коротко визначити найближчу реалістичну дію;

за потреби залучити колегу або зробити коротку паузу перед продовженням роботи.

#### 4.2. Щоденні практики психологічного відновлення

Швидкі техніки стабілізації є важливими, але недостатніми без систематичного щоденного відновлення. Резильєнтність підтримується не лише реакцією на гострий стрес, а й здатністю людини регулярно повертати собі ресурсний стан. Для військових лікарів, чия діяльність відбувається в умовах високого навантаження, особливо важливими є практики, що допомагають зменшувати накопичення виснаження між змінами.

Одним із базових чинників є відновлювальний сон. Сучасні дослідження серед медичних працівників показують стійкий зв'язок між порушеннями сну, вищим рівнем емоційного виснаження, вигорання та зниженням благополуччя. Недостатній або фрагментований сон не лише погіршує самопочуття, а й знижує увагу, самоконтроль, швидкість ухвалення рішень і емоційну регуляцію. Тому рекомендації щодо підтримки резильєнтності мають включати не абстрактну пораду «більше спати», а акцент на відновлювальному характері сну: створення хоча б мінімально стабільного режиму, зменшення стимуляції перед відпочинком, використання коротких відновлювальних періодів сну після тривалих змін, якщо це можливо в організаційних умовах.

Другим важливим компонентом є фізична активність. Систематичні огляди показують, що фізична активність асоціюється зі зниженням ризику вигорання, насамперед за показниками емоційного виснаження і деперсоналізації. Для військового лікаря йдеться не обов'язково про інтенсивні тренування, а про регулярне включення рухової активності як способу тілесного «скидання» напруження і підтримки загального функціонального стану. Практично це може бути швидка хода, короткі вправи на мобілізацію тіла, помірне аеробне навантаження, розтягування після зміни або інші форми доступної рухової активності, сумісні з режимом служби.

Третім важливим елементом є психологічне «відключення» після зміни, тобто здатність поступово виходити з режиму безперервної професійної напруги. Для військових лікарів це особливо складно через високу емоційну насиченість роботи, схильність подумки повертатися до клінічних рішень, пережитих втрат або невиконаних завдань. Однак саме відсутність хоча б часткового психологічного дистанціювання від роботи сприяє хронізації стресу. Тому доцільно рекомендувати короткі ритуали завершення зміни: внутрішнє підбиття підсумку, коротку фразу завершення робочого дня, зміну одягу чи маршруту, душ, тиху фізичну активність, короткий контакт із близькою людиною або іншу дію, яка символічно відмежовує професійний епізод від часу відновлення. Такий підхід узгоджується із сучасними моделями профілактики вигорання, де важливу роль відіграє відновлення після роботи, а не лише витримування роботи.

#### 4.3. Робота з емоційним навантаженням

Важливою складовою підтримки резильєнтності є не лише зниження фізіологічного напруження, а й здатність працювати з емоційним навантаженням. У діяльності військового лікаря емоції часто мають складний, змішаний і відкладений характер: поряд із тривогою та виснаженням можуть виникати провина, злість, безсилля, сором, оніміння, внутрішня відстороненість або моральний дистрес. За таких умов корисною є практика усвідомлення емоцій, тобто короткого розпізнавання й називання того, що саме людина переживає. Сам факт розпізнавання емоційного стану вже знижує ризик того, що переживання буде діяти неусвідомлено і посилюватиме дезорганізацію поведінки.

Другим важливим елементом є нормалізація переживань. У роботі з військовими лікарями доцільно підкреслювати, що сильні емоційні реакції в умовах війни, перевантаження, втрат і морально складних рішень не є автоматично ознакою слабкості чи професійної непридатності. У межах психоосвітнього підходу нормалізація означає визнання того, що реакція на

надзвичайні обставини є очікуваною людською відповіддю. Водночас нормалізація не повинна перетворюватися на знецінення або пасивне терпіння; її завдання – зменшити самоосуд і створити умови для своєчасного звернення по допомогу, якщо навантаження не зменшується. Матеріали «Ти як?» також поєднують самодопомогу з маршрутами отримання професійної підтримки, що відповідає саме такому підходу.

Третім компонентом є техніки самопідтримки. Вони можуть включати внутрішні підтримувальні формули, коротке нагадування собі про межі власної відповідальності, усвідомлення вже виконаної допомоги, звернення до цінностей професії, коротке письмове чи усне проговорення переживань, а також звернення по людську і професійну підтримку замість ізоляції. У системі самодопомоги такі техніки доцільно розглядати як первинний рівень турботи про психічний стан, але не як заміну психологічної чи психотерапевтичної допомоги у випадку стійкого дистресу.

## 5. РОЛЬ МЕДИЧНОГО КОЛЕКТИВУ У ПІДТРИМЦІ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ

Підтримка резильєнтності військових лікарів не може бути покладена виключно на особисті зусилля окремого фахівця. Сучасні дослідження у сфері охорони здоров'я дедалі переконливіше показують, що психологічне благополуччя працівника істотно залежить від якості професійного середовища, характеру командної взаємодії та рівня психологічної безпеки. Психологічно безпечне середовище — це таке професійне середовище, у якому людина може поставити запитання, визнати труднощі, звернутися по допомогу, висловити сумнів або обговорити помилку без страху приниження, стигматизації чи ізоляції. У медичних колективах вищий рівень психологічної безпеки пов'язаний із нижчим рівнем вигорання та кращим професійним функціонуванням.

У цьому контексті особливе значення має підтримка між колегами. Для військового лікаря можливість коротко проговорити складний випадок,

отримати людське визнання труднощів, не залишатися наодинці з відчуттям провини, безсилля чи виснаження є важливим захисним чинником. Колегіальна підтримка зменшує суб'єктивну ізоляцію, сприяє емоційному розвантаженню, нормалізує переживання і підтримує відчуття професійної спільності.

Окремого значення набувають регулярні обговорення складних випадків. Йдеться не лише про клінічний аналіз, а й про можливість осмислення емоційного та морального виміру роботи. Дані щодо форматів на кшталт Schwartz Rounds свідчать, що такі простори колективної рефлексії можуть підтримувати емоційне благополуччя персоналу, покращувати взаємини між колегами та створювати умови для безпечного обговорення складного професійного досвіду. Хоча ці формати не є універсальною відповіддю на всі проблеми виснаження, вони демонструють цінність структурованого спільного осмислення емоційного навантаження в системі охорони здоров'я.

Отже, роль медичного колективу полягає не лише в організації спільної роботи, а й у створенні підтримувального психологічного простору, де лікар може залишатися професійно ефективним, не приховуючи ціну власного емоційного навантаження.

## 6. ОЗНАКИ, КОЛИ ЛІКАРЮ ПОТРІБНА ДОПОМОГА

Одним із важливих компонентів підтримки резильєнтності є своєчасне розпізнавання моменту, коли звичайних засобів самопомоги вже недостатньо. У професійному середовищі медиків існує ризик нормалізації виснаження, коли тривала перевтома починає сприйматися як «звичайний» стан професії. Саме тому практичні рекомендації повинні містити чіткі орієнтири, за якими лікар може розпізнати потребу в додатковій підтримці.

До таких ознак належать:

- тривале емоційне виснаження, коли відчуття спустошеності, перевтоми і внутрішньої вичерпаності не минає після відпочинку;
- втрата мотивації і зниження відчуття професійного сенсу;

цинізм, емоційне відсторонення від пацієнтів, колег або власної професійної ролі;

порушення сну, особливо якщо вони мають стійкий характер і впливають на денне функціонування;

соматичні симптоми, зокрема головний біль, постійна м'язова напруга, серцебиття, шлунково-кишкові розлади, відчуття хронічного виснаження або інші тілесні прояви дистресу.

Звернення до психолога, психотерапевта або іншого фахівця у сфері психічного здоров'я є доцільним тоді, коли такі симптоми зберігаються, посилюються або починають впливати на професійне функціонування, стосунки, здатність до відпочинку та повсякденне життя. Особливо важливим є звернення по допомогу, якщо людина переживає стійку тривогу, виражену безнадійність, постійні нав'язливі спогади про травматичні події, значне уникання, емоційне оніміння або відчуття, що власних ресурсів уже недостатньо. Сучасні підходи ВООЗ наголошують на необхідності доступних маршрутів професійної підтримки й недопустимості перекладати весь тягар психічного благополуччя лише на саму людину.

У контексті матеріалів «Ти як?» (за посиланням <https://howareu.com/>) важливо також те, що самодопомога подається разом із можливістю самоскринінгу та маршрутами онлайн-, офлайн-допомоги й гарячих ліній. Це відповідає сучасній логіці ступеневої підтримки: від самодопомоги – до професійної допомоги, якщо дистрес не зменшується.

## 7. КОРОТКІ ПРАКТИЧНІ ПОРАДИ ДЛЯ ЛІКАРІВ

Для практичного використання доцільно подати основні рекомендації у форматі коротких правил.

Практичні правила підтримки резильєнтності військового лікаря:

Робіть короткі паузи під час зміни. Навіть нетривалі мікропаузи знижують накопичення напруження і допомагають відновити робочу зосередженість.

Вирівнюйте дихання у моменти перевантаження. Коротке уповільнення дихання може допомогти зменшити гостру фізіологічну реакцію на стрес.

Поверніть увагу до «тут і тепер». Якщо після складного випадку виникає внутрішня дезорганізація, корисно коротко заземлитися через дихання, тілесні відчуття і простір довкола.

Не залишайтеся наодинці зі складними випадками. Коротке професійне або людське проговорення з колегою часто є важливим фактором стабілізації.

Підтримуйте контакт із колегами. Колегіальна взаємодопомога є важливим ресурсом психологічної стійкості.

Відновлюйте сили після роботи. Сон, рухова активність і хоча б мінімальне психологічне дистанціювання від зміни мають не другорядне, а захисне значення.

Називайте власний стан. Усвідомлення емоцій і визнання виснаження часто є першим кроком до відновлення.

Не ототожнюйте власну цінність із результатом кожного випадку. У воєнних умовах не все залежить від лікаря; важливо визнавати межі контролю і відповідальності.

Використовуйте доступні ресурси самопомоги. Матеріали «Ти як?» (за посиланням <https://howareu.com/>) можуть слугувати зручним інструментом щоденної самопідтримки та самоспостереження.

Звертайтеся по допомогу, якщо виснаження триває. Стійка втома, безсоння, цинізм, емоційне оніміння чи відчуття втрати контролю – це підстави не для самоосуду, а для фахового звернення.

Використовуйте короткий чек-лист самоспостереження. Доцільно періодично ставити собі такі запитання:

Чи вдається мені хоча б частково відновлюватися після зміни?

Чи не став мій сон гіршим упродовж останнього часу?

Чи не уникаю я розмов про складні випадки?

Чи не зросли в мене дратівливість, байдужість або цинізм?

Чи не відчуваю я, що працюю вже лише «на виснаженні»?

Чи є в мене людина, до якої я можу звернутися по підтримку?

Чи не настав момент, коли самодопомоги вже недостатньо?

Таким чином, практичні техніки підтримки резильєнтності військових лікарів мають поєднувати швидкі способи стабілізації стану на робочому місці, щоденні практики психологічного відновлення, навички роботи з емоційним навантаженням, ресурси колегіальної підтримки та чіткі орієнтири щодо своєчасного звернення по фахову допомогу. Найбільш продуктивним є підхід, за якого самодопомога не протиставляється професійній підтримці, а розглядається як її перший, доступний і повсякденний рівень. Така логіка відповідає і сучасним міжнародним підходам до ментального здоров'я працівників, і структурі української платформи «Ти як?», яка поєднує психоосвіту, техніки самодопомоги, самоскринінг і маршрути професійної допомоги.

## ВИСНОВКИ

Запропоновані практичні рекомендації щодо підтримки та розвитку резильєнтності військових лікарів в умовах війни ґрунтуються на результатах теоретичного аналізу та емпіричного дослідження і відображають системний підхід до психологічного супроводу професійної діяльності військових медиків. Їх реалізація передбачає комплексне поєднання індивідуальних, групових і організаційних заходів, спрямованих на підтримання ключових компонентів резильєнтності, посилення адаптаційних ресурсів особистості та профілактику професійного вигорання.

Практичні рекомендації мають прикладне значення, можуть бути адаптовані до різних умов військово-медичної діяльності та становити науково обґрунтовану основу для вдосконалення системи психологічного супроводу військових лікарів. Їх упровадження може сприяти підвищенню ефективності психологічної підтримки військово-медичних фахівців, а також слугувати підґрунтям для подальших наукових розвідок у галузі військової та медичної психології.

## ДОДАТКИ. МЕТОДИКИ ОЦІНЮВАННЯ РІВНЯ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ ВІЙСЬКОВИХ ЛІКАРІВ

### 1. Шкала резильєнтності Коннора–Девідсона (CD-RISC-25)

Центральним інструментом оцінювання інтегрального рівня резильєнтності є **шкала резильєнтності Коннора–Девідсона (CD-RISC-25)** в україномовній версії, яка дозволяє визначати загальний рівень психологічної стійкості, здатність до відновлення після стресу та адаптацію до складних життєвих обставин. Застосування цієї методики забезпечує можливість кількісного аналізу резильєнтності та порівняння показників у різних групах військових лікарів залежно від умов професійної діяльності.

Шкала резильєнтності Коннора–Девідсона-25 (The 25-item Connor-Davidson resilience scale; CD-RISC-25) складається з 25 тверджень (Connor & Davidson, 2003). Відповіді на твердження даються за п'ятибальною шкалою Лайкерта (від «повністю невірно» до «вірно майже у всіх випадках»).

Інструкція: Вам пропонується оцінити себе за 25 твердженнями, обвівши кружечком відповідну цифру:

0 = повністю невірно

1 = зрідка вірно

2 = вірно час від часу

3 = часто вірно

4 = вірно майже у всіх випадках

Пам'ятайте, що у даному випадку «правильних» чи «неправильних» відповідей бути не може.

| №  | Твердження                                           | Варіанти відповіді |   |   |   |   |
|----|------------------------------------------------------|--------------------|---|---|---|---|
| 1  | Здатний адаптуватися до змін                         | 0                  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2  | Маю близькі та безпечні стосунки                     | 0                  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3  | Вірю в можливість допомоги Вищих сил                 | 0                  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4  | Можу впоратися з усім, що трапиться                  | 0                  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5  | Минулий успіх дає впевненість для нових викликів     | 0                  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6  | Дивлюся на речі з гумористичного боку                | 0                  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7  | Впевнений, що подолання стресу зміцнює               | 0                  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8  | Швидко відновлююсь після хвороби або труднощів       | 0                  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9  | Вважаю, що в житті нічого не трапляється без причини | 0                  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10 | Докладаю всі зусилля незважаючи ні на що             | 0                  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11 | Можу досягти своїх цілей не зважаючи на перепони     | 0                  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12 | Коли все виглядає безнадійно, я не здаюся            | 0                  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13 | Знаю, куди звернутися за допомогою                   | 0                  | 1 | 2 | 3 | 4 |

|    |                                                        |   |   |   |   |   |
|----|--------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 14 | Під тиском зосереджуюсь і думаю ясно                   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15 | Надаю перевагу прийняттю лідерства у вирішенні проблем | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16 | Мене важко розчарувати невдачею                        | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17 | Думаю про себе як про сильну людину                    | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18 | Здатен приймати непопулярні або важкі рішення          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19 | Можу впоратися з неприємними почуттями                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20 | Можу діяти на підставі передчуття                      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21 | Маю сильне відчуття мети                               | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22 | Контролюю своє життя                                   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23 | Люблю життєві виклики                                  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24 | Працюю, щоб досягти своїх цілей                        | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25 | Горджуся своїми досягненнями                           | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Обробка результатів. Кількісний показник резильєнтності за методикою складає сума балів за 25 твердженнями (від 0 до 100).

## 2. Опитувальник професійної життєстійкості (О. Кокун)

З урахуванням отриманих емпіричних даних, що засвідчують значущий вплив задоволеності собою як лікарем-професіоналом на загальний рівень резильєнтності, доцільним є застосування інструментів, спрямованих на оцінювання професійної життєстійкості та суб'єктивного ставлення до власної професійної діяльності. У цьому контексті особливої методичної цінності набуває **опитувальник професійної життєстійкості (О. Кокун)**, який широко використовується у вітчизняних психологічних дослідженнях і має україномовну версію.

Дослідницький бланк Опитувальника професійної життєстійкості

Ім'я та прізвище \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

вік \_\_\_\_ стать \_\_\_\_ професія \_\_\_\_\_ посада \_\_\_\_\_

стаж роботи на посаді \_\_\_\_\_ загальний стаж роботи за професією \_\_\_\_\_

Інструкція: Будь ласка, дайте відповіді на нижченаведені 24 запитання, обвівши кружечком відповідну цифру:

0 = ні; 1 = скоріше ні; 2 = важко сказати; 3 = скоріше так; 4 = так

|   |                                                           |   |   |   |   |   |
|---|-----------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1 | Чи отримуєте ви задоволення від процесу своєї роботи?     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2 | Чи подобається вам постійно бути в курсі робочих справ?   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3 | Чи виникає у вас стан певного піднесення, коли доводиться | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

|    |                                                                                                                                     |   |   |   |   |   |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
|    | братися за нестандартні робочі справи?                                                                                              |   |   |   |   |   |
| 4  | Чи намагаєтесь ви постійно бути в курсі всіх своїх робочих справ?                                                                   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5  | Чи потрібне, на вашу думку, чітке планування роботи?                                                                                | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6  | Чи підвищує вашу професійну відповідальність виникнення нестандартної ситуації?                                                     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7  | Чи сильно вас захоплює взаємодія з колегами при розв'язанні поставлених завдань?                                                    | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8  | Чи вважаєте ви, що постійний взаємний контроль за діяльністю колег по роботі (в розумних межах) йде їй на користь?                  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9  | Чи має бути повна мобілізованість природною реакцією групи колег, що спільно працюють на виникнення нештатних ситуацій?             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10 | Чи часто у думках ви повертаєтесь до справ поза роботою?                                                                            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11 | Чи часто ви перевіряєте відповідність поставлених на роботі завдань тому, як вони виконуються?                                      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12 | Чи згодні ви з тим, що ефективно професійне зростання неможливе без постійного розв'язання нестандартних та відповідальних завдань? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13 | Чи часто ви стикаєтесь у процесі своєї роботи з чимось цікавим та (чи) вартим уваги?                                                | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14 | Чи часто у вас виникає занепокоєння, коли з якихось причин стає неможливим передбачити особливості своєї роботи наперед?            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15 | Чи сильно псується у вас настрій, коли на роботі доводиться вирішувати непередбачувані ситуації?                                    | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16 | Чи часто обставини вашої роботи складаються так, що доводиться постійно тримати у фокусі уваги свої робочі справи?                  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17 | Чи потрібний, на вашу думку, постійний моніторинг ходу професійної діяльності (своєї, колег, організації)?                          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18 | Чи підвищується у вас бажання працювати у разі збільшення відповідальності за кінцевий результат роботи?                            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19 | Чи перебуваєте ви в курсі робочих та позаробочих справ своїх колег?                                                                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20 | Чи важко вам працювати з колегами, які не зовсім відкриті щодо ходу та результатів своєї та (або) спільної роботи?                  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21 | Чи поліпшується ваша взаємодія з колегами, коли доводиться розв'язувати незвичні завдання?                                          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22 | Чи важко вас відволікти під час роботи на позаробочі питання?                                                                       | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23 | Чи перевірка зайвий раз того, що робиш, йде тільки на користь кінцевому результату?                                                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24 | Чи згодні ви з тим, що працювати в умовах невизначеності має вміти кожний працівник?                                                | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

**Обробка результатів опитувальника.** Опитувальник професійної життєстійкості містить 24 запитання і дозволяє визначити загальний рівень професійної життєстійкості а також рівень вираженості трьох його складових (контроль, включеність і прийняття виклику) та чотирьох компонентів (емоційний, мотиваційний, соціальний і власне професійний). Відповіді

даються за п'ятибальною шкалою Лайкерта (від «ні» = 0 до «так» = 4). Кількісні результати опитувальника підраховуються згідно з ключем.

| № | Показники                                                  | Сума балів за запитаннями             |
|---|------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 1 | Загальний рівень професійної життєстійкості                | 1 – 24<br>(від 0 до 96)               |
| 2 | Рівень професійної включеності                             | 1,4,7,10,13,16,19,22<br>(від 0 до 32) |
| 3 | Рівень професійного контролю                               | 2,5,8,11,14,17,20,23<br>(від 0 до 32) |
| 4 | Рівень професійного прийняття ризику                       | 3,6,9,12,15,18,21,24<br>(від 0 до 32) |
| 5 | Рівень емоційного компоненту професійної життєстійкості    | 1,2,3,13,14,15<br>(від 0 до 24)       |
| 6 | Рівень мотиваційного компоненту професійної життєстійкості | 4,5,6,16,17,18<br>(від 0 до 24)       |
| 7 | Рівень соціального компоненту професійної життєстійкості   | 7,8,9,19,20,21<br>(від 0 до 24)       |
| 8 | Рівень професійного компоненту професійної життєстійкості  | 10,11,12,22,23,24<br>(від 0 до 24)    |

### Інтерпретація

| № | Рівень професійної життєстійкості | Бали    |
|---|-----------------------------------|---------|
| 1 | Низький                           | 0 – 53  |
| 2 | Нижчий за середній                | 54 – 60 |
| 3 | Середній                          | 61 – 66 |
| 4 | Вищий за середній                 | 67 – 74 |
| 5 | Високий                           | 75 – 96 |

### 3. Шкала PCL-5 (Перелік симптомів ПТСР)

Далі будуть перераховані проблеми з якими інколи стикаються люди, що пережили сильну стресову подію: будь ласка, тримаючи у голові найгіршу подію, уважно прочитайте проблеми та відмітьте наскільки вони вас турбували протягом останнього місяця (Таблиця 1).

Будь ласка, коротко опишіть подію (якщо це викликає сильне занепокоєння пропустіть цей пункт):

| № | Протягом останнього місяця, як сильно вас турбували                 | Зовсім ні | Трохи | Помірно | Відчутно | Дуже |
|---|---------------------------------------------------------------------|-----------|-------|---------|----------|------|
| 1 | Повторювані, хвилюючі та небажані спогади стресового досвіду?       | 0         | 1     | 2       | 3        | 4    |
| 2 | Повторювані, хвилюючі сновидіння про стресовий досвід?              | 0         | 1     | 2       | 3        | 4    |
| 3 | Раптове почуття або події, ніби стресовий досвід знову трапляється? | 0         | 1     | 2       | 3        | 4    |

| №  | Протягом останнього місяця, як сильно вас турбували                                                                                                                                  | Зовсім ні | Трохи | Помірно | Відчутно | Дуже |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------|---------|----------|------|
| 4  | Почуття засмученості, коли щось нагадує про стресовий досвід?                                                                                                                        | 0         | 1     | 2       | 3        | 4    |
| 5  | Сильні фізичні реакції, коли щось нагадувало про стресовий досвід (наприклад, серцебиття, утруднене дихання, потіння)?                                                               | 0         | 1     | 2       | 3        | 4    |
| 6  | Уникання спогадів, думок або почуттів, пов'язаних із стресовим досвідом?                                                                                                             | 0         | 1     | 2       | 3        | 4    |
| 7  | Уникання зовнішніх стимулів (людей, предметів, місць...), які нагадують про стресовий досвід?                                                                                        | 0         | 1     | 2       | 3        | 4    |
| 8  | Проблеми згадування важливих моментів стресового досвіду?                                                                                                                            | 0         | 1     | 2       | 3        | 4    |
| 9  | Сильні негативні переконання про себе, інших людей або навколишній світ (наприклад, «я поганий», «зі мною щось дуже не так», «нікому не можна довіряти», «світ – небезпечне місце»)? | 0         | 1     | 2       | 3        | 4    |
| 10 | Самозвинувачення або звинувачення інших на рахунок стресового досвіду, або того, що сталося після нього?                                                                             | 0         | 1     | 2       | 3        | 4    |
| 11 | Сильні негативні емоції, такі як страх, жах, злість, почуття провини або сором?                                                                                                      | 0         | 1     | 2       | 3        | 4    |
| 12 | Втрата інтересу до тієї активності (діяльності), яка раніше приносила задоволення?                                                                                                   | 0         | 1     | 2       | 3        | 4    |
| 13 | Відчуття віддаленості або відокремленості від інших?                                                                                                                                 | 0         | 1     | 2       | 3        | 4    |
| 14 | Проблеми у переживанні позитивних емоцій (наприклад, незмога у відчутті радості або любові по відношенні до близької людини)                                                         | 0         | 1     | 2       | 3        | 4    |
| 15 | Роздратування, спалахи гніву, агресивна поведінка?                                                                                                                                   | 0         | 1     | 2       | 3        | 4    |
| 16 | Те, що ви дуже ризикуєте або робите речі, які можуть зашкодити?                                                                                                                      | 0         | 1     | 2       | 3        | 4    |
| 17 | Бути «на взводі» або «на сторожі»?                                                                                                                                                   | 0         | 1     | 2       | 3        | 4    |
| 18 | Відчуття постійної напруги?                                                                                                                                                          | 0         | 1     | 2       | 3        | 4    |
| 19 | Труднощі із зосередженістю?                                                                                                                                                          | 0         | 1     | 2       | 3        | 4    |
| 20 | Проблеми із засинанням або нічні прокидання?                                                                                                                                         | 0         | 1     | 2       | 3        | 4    |

### Інтерпретація PCL-5

Опитувальник *PCL-5* складається із 20 питань, кожне з яких оцінюється від 0 до 4 балів в залежності від вираженості симптому. Цей опитувальник зазвичай використовується для скринінгу ПТСР. Питання по цій шкалі відображаються відповідні кластери симптомів ПТСР згідно із класифікацією DSM-5:

Критерій А – опис травматичної події.

Критерій В, симптоми інтрузії – від 1 по 5-те запитання.

Критерій С, симптоми уникнення – 6 та 7 запитання.

Критерій D, негативні думки та емоцій – від 8 по 14 запитання.

Критерій Е, симптоми надмірної реактивності – від 15 по 20 запитання.

Мінімально можливий бал – 0, максимально можливий – 80. Для діагнозу ПТСР наявність експозиції до травматичної події є обов'язковою.

Є 2 підходи щодо інтерпретації результатів. Клінічно значущими симптоми вважаються, якщо:

1. Підрахунок по кластерах симптомів. Опитуваний відповідає на 2+ балів по одному запитанню із критеріїв В та С, та на два запитання – критеріїв D та Е.

2. Підрахунок загальної кількості балів. Опитуваний загалом набирає 33 або більше балів.

#### 4. “Багатомірна шкала сприйняття соціальної підтримки”

Методика розкриває основні положення україномовної версії опитувальника Multidimensional Scale of Perceived Social Support – MSPSS (Zimet et al., 1988).

**ІНСТРУКЦІЯ:** Опитування проводиться з метою дослідження особистого самопочуття. Опитування є добровільним і анонімним. Ми зацікавлені в тому, що ви думаєте щодо кожного з наступних тверджень. Уважно прочитайте кожне твердження і виберіть цифру відповідно до того, як ви оцінюєте твердження щодо себе, якщо: 0 - ви дуже не згодні, 1 - ви не згодні, 2 - ви трохи не згодні, 3 - якщо ви нейтральні, 4 - ви злегка згодні, 5 - ви згодні, 6 - ви дуже згодні. Відповіді мають бути на всі питання.

Дякуємо за Ваш час та відповіді!

1. Є хтось, хто поряд, коли я в біді.

- 0 – «ви дуже не згодні»;

- 1 – «ви не згодні»;

- 2 – «ви трохи не згодні»;

- 3 – «якщо ви нейтральні»;

- 4 – «ви злегка згодні»;

- 5 – «ви згодні»;

- 6 – «ви дуже згодні».

2. Є хтось, з ким я можу розділити свої біди і радощі.

- 0 – «ви дуже не згодні»;
- 1 – «ви не згодні»;
- 2 – «ви трохи не згодні»;
- 3 – «якщо ви нейтральні»;
- 4 – «ви злегка згодні»;
- 5 – «ви згодні»;
- 6 – «ви дуже згодні».

3. Моя сім'я насправді хоче мені допомогти.

- 0 – «ви дуже не згодні»;
- 1 – «ви не згодні»;
- 2 – «ви трохи не згодні»;
- 3 – «якщо ви нейтральні»;
- 4 – «ви злегка згодні»;
- 5 – «ви згодні»;
- 6 – «ви дуже згодні».

4. Я отримую емоційну підтримку, в якій маю потребу, від моєї сім'ї.

- 0 – «ви дуже не згодні»;
- 1 – «ви не згодні»;
- 2 – «ви трохи не згодні»;
- 3 – «якщо ви нейтральні»;
- 4 – «ви злегка згодні»;
- 5 – «ви згодні»;
- 6 – «ви дуже згодні».

5. У мене є хтось, з ким я відчуваю себе добре.

- 0 – «ви дуже не згодні»;
- 1 – «ви не згодні»;
- 2 – «ви трохи не згодні»;
- 3 – «якщо ви нейтральні»;
- 4 – «ви злегка згодні»;
- 5 – «ви згодні»;
- 6 – «ви дуже згодні».

6. Мої друзі насправді намагаються мені допомогти.

- 0 – «ви дуже не згодні»;
- 1 – «ви не згодні»;
- 2 – «ви трохи не згодні»;
- 3 – «якщо ви нейтральні»;
- 4 – «ви злегка згодні»;
- 5 – «ви згодні»;
- 6 – «ви дуже згодні».

7. Я можу розраховувати на моїх друзів, коли мені погано.

- 0 – «ви дуже не згодні»;

- 1 – «ви не згодні»;
- 2 – «ви трохи не згодні»;
- 3 – «якщо ви нейтральні»;
- 4 – «ви злегка згодні»;
- 5 – «ви згодні»;
- 6 – «ви дуже згодні».

8. Я можу говорити про мої проблеми з моєю сім'єю.

- 0 – «ви дуже не згодні»;
- 1 – «ви не згодні»;
- 2 – «ви трохи не згодні»;
- 3 – «якщо ви нейтральні»;
- 4 – «ви злегка згодні»;
- 5 – «ви згодні»;
- 6 – «ви дуже згодні».

9. У мене є друзі, з якими я можу розділити свої біди і радощі.

- 0 – «ви дуже не згодні»;
- 1 – «ви не згодні»;
- 2 – «ви трохи не згодні»;
- 3 – «якщо ви нейтральні»;
- 4 – «ви злегка згодні»;
- 5 – «ви згодні»;
- 6 – «ви дуже згодні».

10. Є хтось особливий в моєму житті, кого турбують мої почуття.

- 0 – «ви дуже не згодні»;
- 1 – «ви не згодні»;
- 2 – «ви трохи не згодні»;
- 3 – «якщо ви нейтральні»;
- 4 – «ви злегка згодні»;
- 5 – «ви згодні»;
- 6 – «ви дуже згодні».

11. Моя сім'я хоче допомогти мені в прийнятті рішень.

- 0 – «ви дуже не згодні»;
- 1 – «ви не згодні»;
- 2 – «ви трохи не згодні»;
- 3 – «якщо ви нейтральні»;
- 4 – «ви злегка згодні»;
- 5 – «ви згодні»;
- 6 – «ви дуже згодні».

12. Я можу говорити про мої проблеми з моїми друзями.

- 0 – «ви дуже не згодні»;
- 1 – «ви не згодні»;
- 2 – «ви трохи не згодні»;

- 3 – «якщо ви нейтральні»;
- 4 – «ви злегка згодні»;
- 5 – «ви згодні»;
- 6 – «ви дуже згодні».

#### 5. Тест на тривожність (GAD-7)

Generalized Anxiety Disorder-7 (Генералізований тривожний розлад 7 (GAD-7)) – це коротке опитування для оцінювання симптомів тривожності у людини протягом останніх двох тижнів, яке включає в себе 7 запитань, кожне з яких оцінює тяжкість симптомів за вказаний період згідно бальної системи: варіант відповіді «Ніколи» – 0 балів, «Кілька днів» – 1 бал, «Понад половину часу» – 2 бали, «Майже щодня» – 3 бали. Загальна оцінка GAD-7 для семи пунктів коливається від 0 до 21 балу, де результат у 0–4 бали – без симптомів, 5–9 балів – легкі симптоми, 10–14 балів – помірні симптоми, більше 15 балів – клінічно значимі симптоми.

Як часто за останні 2 тижні вас непокоїли наступні проблеми?

1. Підвищена нервова збудливість, неспокій чи дратівливість:

- ☐ Ніколи
- ☐ Кілька днів
- ☐ Понад половину часу
- ☐ Майже щодня

2. Нездатність впоратись із хвилюванням:

- ☐ Ніколи
- ☐ Кілька днів
- ☐ Понад половину часу
- ☐ Майже щодня

3. Надмірне занепокоєння з різного приводу:

- ☐ Ніколи
- ☐ Кілька днів
- ☐ Понад половину часу
- ☐ Майже щодня

4. Нездатність розслабитися:

- ☐ Ніколи
- ☐ Кілька днів
- ☐ Понад половину часу
- ☐ Майже щодня

5. Крайній рівень неспокою: «Місця собі не знаходжу»:

- ☐ Ніколи
- ☐ Кілька днів
- ☐ Понад половину часу
- ☐ Майже щодня

6. Легко піддаюся відчуттю неспокою чи дратівливості:

- ☐ Ніколи
- ☐ Кілька днів
- ☐ Понад половину часу
- ☐ Майже щодня

7. Страх через відчуття, ніби станеться щось жахливе:

- ☐ Ніколи
- ☐ Кілька днів
- ☐ Понад половину часу
- ☐ Майже щодня

#### 6. Опитувальник для виявлення синдрому професійного вигорання.

Опитувальник анонімний, тому ми розраховуємо на Ваші щирі та правдиві відповіді. Не роздумуйте над запитаннями, відповідайте якомога швидше. Питання, які містяться в ньому спрямовані на діагностику проявів емоційного вигорання – стану фізичного, емоційного та розумового виснаження внаслідок тривалих стресів чи надмірних вимог в професійному або особистому житті. Виберіть лише один варіант, який найбільше підходить, або має найбільше значення для Вас. На кожне запитання необхідно відповісти «ТАК» чи «НІ». Правильних, чи неправильних відповідей не існує.

Ваш вік: \_\_\_\_\_ Ваша стать: \_\_\_\_\_ Ваш фах: \_\_\_\_\_

Ваш стаж: \_\_\_\_\_ Ваш сімейний стан: \_\_\_\_\_

Ви керівник? \_\_\_\_\_

| №   | Твердження                                                                                                                                                                                                                                                                 | Так | Ні |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|
| 1.  | Я повністю задоволений своєю роботою                                                                                                                                                                                                                                       |     |    |
| 2.  | Моя робота явно погіршила моє ментальне та фізичне здоров'я                                                                                                                                                                                                                |     |    |
| 3.  | Психологічна атмосфера на роботі мене повністю влаштовує                                                                                                                                                                                                                   |     |    |
| 4.  | Я відчуваю, що моя робота робить мене більш жорстким та черствим та різко категоричним                                                                                                                                                                                     |     |    |
| 5.  | Я відчуваю певне розчарування у своїй професії                                                                                                                                                                                                                             |     |    |
| 6.  | Найкращий час для мене – це п'ятниця, по обіді, з передчуттям відпочинку попереду від всіх та всього                                                                                                                                                                       |     |    |
| 7.  | Я думаю, що на роботі мене більше навантажують, чим у інших, відчуваю цю несправедливість                                                                                                                                                                                  |     |    |
| 8.  | Мене повністю влаштовує моя заробітна плата                                                                                                                                                                                                                                |     |    |
| 9.  | Мої зусилля та старання на роботі не знаходять потрібної, належної та справедливої компенсації у заробітній платі, додаткових днях відпочинку та ін. моїх індивідуальних потребах (відпустити з роботи за потребою, дозволити гнучкий графік, дозволити запізнення та ін.) |     |    |
| 10. | Мої захоплення, хобі та цікавості за межами роботи стали значно меншими, тому що на них не вистачає часу                                                                                                                                                                   |     |    |
| 11. | Мої захоплення, хобі стали значно меншими, тому що мені це стало не цікавим, відчуття, що нічого не хочеться і нічого не радує                                                                                                                                             |     |    |
| 12. | Мені часто хочеться усамітнитися та відпочити від усіх                                                                                                                                                                                                                     |     |    |
| 13. | Я відчуваю, що втрачаю задоволення від своєї роботи                                                                                                                                                                                                                        |     |    |

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 14. | Часто після роботи відчуваю себе «вичавленим лимоном» та «батареєю, яка розрядилася»                                                                                                                                                                                 |  |  |
| 15. | У мене порушився сон (погано засинаю, сон став переривчастим, зменшилась тривалість, з'явилися ранішні просинання, відсутнє відчуття відпочинку)                                                                                                                     |  |  |
| 16. | В спілкуванні в колективі я відчуваю все більше формальності, зникли теплі та дружні відносини, відчуття взаємопідтримки, надійності, щирості, довіри та «сімейності»                                                                                                |  |  |
| 17. | Думаю, що я надто багато працюю                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |
| 18. | Мої рідні та друзі вважають, що я надто багато працюю                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| 19. | Робота з людьми все більше мене втомлює, хочеться усамітнитися і поменше бути серед людей, в такому ступені, що я подумую виїхати на якийсь хутір, чи село і самому вести просте господарство                                                                        |  |  |
| 20. | Я дуже переживаю, якщо в мене щось не складається та не вирішується на роботі                                                                                                                                                                                        |  |  |
| 21. | Буває так, що я на роботі наче «підвисаю», «туплю», можу просидіти якийсь час, ні про що не думаючи, наче провалившись кудись, наче в якомусь ступорі                                                                                                                |  |  |
| 22. | Коли я повертаюсь після роботи додому я практично завжди продовжую думати про те, що відбувалося, чи буде відбуватися на роботі, іноді навіть веду діалоги в своїй голові з колегами чи керівництвом, в тому числі у вигляді сварок, емоційних переконуваль          |  |  |
| 23. | Я відчуваю, що втрачаю задоволення від звичного життя (їжа, відпочинок, секс, час з друзями, розваги та ін.)                                                                                                                                                         |  |  |
| 24. | Я став (-ла) більше тривожитися та переживати з приводу будь – чого                                                                                                                                                                                                  |  |  |
| 25. | Я відчуваю, що моя робота вихолощує та притуплює мої відчуття та емоції (я стаю «сухарем» та «черствію»), практично перестав (-ла) жартувати                                                                                                                         |  |  |
| 26. | Ефективність моєї роботи останнім часом дуже залежить від мого настрою (хороший настрій – я ефективний (-на) та продуктивний (-на) , мною задоволені; поганий – неефективний(-на), помилки, мої партнери незадоволені мною)                                          |  |  |
| 27. | Коли я вертаюсь додому мені потрібно побути якийсь час (кілька годин) самому, ні з ким не спілкуватися                                                                                                                                                               |  |  |
| 28. | Я відчуваю, що мене найкраще розуміють лише мої домашні улюбленці (собака, кіт)                                                                                                                                                                                      |  |  |
| 29. | В мене постійне відчуття, що не вистачає часу ні на що, в т.ч. на домашню роботу, я живу наче в постійному цейтноті                                                                                                                                                  |  |  |
| 30. | Іноді звичайні ситуації на роботі викликають у мене надмірні емоції та подразнення                                                                                                                                                                                   |  |  |
| 31. | При згадці про деяких моїх колег, чи керівників у мене знижується, а то і псується настрій                                                                                                                                                                           |  |  |
| 32. | Останнім часом я відчуваю, що живу у прокрастинації (безпричинно відкладаю на завтра, після завтра і т.д. робочі завдання)                                                                                                                                           |  |  |
| 33. | Я дуже переживаю за свою роботу                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |
| 34. | Я боюся втратити свою роботу і роблю все, щоб цього не сталося, в т.ч. працюю у неробочий час, затримуюсь на роботі, можу виконувати завдання у вихідні, чи у відпустці, легкі та беззаперечно відгукуюсь на прохання вийти на роботу в позаробочий, чи вихідний час |  |  |

|     |                                                                                                                                                                                            |  |  |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 35. | Я боюсь підвести своїх колег по роботі, часто погоджуюсь замінити їх у чомусь, допомогти їм, виконати за них частину їхньої роботи                                                         |  |  |
| 36. | Іноді, з думками про наступний день роботи, я вже починаю переживати, аж до серцебиття, відчуття нехватки повітря, надмірного хвилювання, нудоти, запаморочення                            |  |  |
| 37. | Я завжди радію, коли бачу, як моя робота приносить конкретні результати                                                                                                                    |  |  |
| 38. | Відчуваю, що щось потрібно міняти на роботі, щось відбувається не так, але не розумію, що саме                                                                                             |  |  |
| 39. | Мені часто по роботі зустрічаються люди, від яких я відчуваю втому та сильне роздратування, настільки, що не усвідомлено хочу їм чогось поганого, навіть пошепки, чи в думках промовляю це |  |  |
| 40. | Із - за роботи я втратив спокій та душевну рівновагу, почав більше вживати неформальної лексики, особливо коли сам, за кермом авто, коментуючи дії навколишніх водіїв та пішоходів         |  |  |
| 41. | Раніше я був значно відкритим (-тою) , уважним (-ною) та дружнім (-ньою) до своїх колег, співробітників та тих, з ким я працюю                                                             |  |  |
| 42. | Впевнений (-на), що моє керівництво зовсім не думає про людей та їх здоров'я                                                                                                               |  |  |
| 43. | Іноді я думаю, що результати моєї роботи зовсім не вартують тих зусиль, які я затратив (-ла) на них                                                                                        |  |  |
| 44. | Мене не особливо хвилюють прохання та душевний стан моїх колег – це їхні справи, тут кожний сам за себе, і нікого не хвилюють чужі проблеми, своїх вистачає                                |  |  |
| 45. | Робота з людьми дуже розчарувала мене і якби була можливість змінити роботу, щоб було поменше контактів з людьми – зробив (-ла) би це, не задумуючись                                      |  |  |
| 46. | Я чітко бачу перспективу та кар'єрний ріст на своїй роботі, постійно самоудосконалююсь та навчаюсь, щоб досягнути більшого                                                                 |  |  |
| 47. | Якщо з'являється можливість «посачкувати», зменшити час на роботу – роблю це не задумуючись, без всяких докорів сумління                                                                   |  |  |
| 48. | Я захоплююсь людьми, які повністю та всеосяжно присвятили себе професії та досягнули загального визнання, саме завдяки своєму професіоналізму.                                             |  |  |
| 49. | В цілому - я щаслива людина                                                                                                                                                                |  |  |
| 50. | Якби я повернувся назад, я знову обрав (-ла) би свою професію                                                                                                                              |  |  |

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

Пiдсумковий результат визначається як арифметична сума балiв, отриманих за всi 50 питань. Мiнiмальне значення — 0 балiв, максимальне — 75 балiв.

| Питання | Бали за відповідь «ТАК» | Бали за відповідь «НІ» | Питання | Бали за відповідь «ТАК» | Бали за відповідь «НІ» |
|---------|-------------------------|------------------------|---------|-------------------------|------------------------|
| 1       | 0                       | 3                      | 26      | 1                       | 0                      |
| 2       | 5                       | 0                      | 27      | 1                       | 0                      |
| 3       | 0                       | 3                      | 28      | 1                       | 0                      |

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

Інтерпретація отриманих результатів опитувальника:

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

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

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

60 - 75 балів – висока ймовірність формування синдрому професійного вигорання. Ваша ситуація потребує консультації (додаткового обстеження)

спеціаліста з ментального здоров'я з фаховими знаннями медичної психології, психотерапії та/або психіатрії. Рекомендовано уважно підійти до власного здоров'я та робочих відносин, є висока ймовірність формування психосоматичних розладів, розладів поведінки та емоційних порушень

#### 7. Коротка шкала стійкості (The Brief Resilience Scale; B. Smith).

Коротка шкала стійкості (The Brief Resilience Scale; B. Smith) дозволяє в умовах обмеження часу з великою ймовірністю визначати стійкість військовослужбовців до впливу стресових чинників. Інструкція: “Нижче наведені твердження, пов'язані з ситуаціями, що часто трапляються в житті кожної людини. Будь ласка, уважно прочитайте кожне з них і зробіть позначку у відповідній клітинці реєстраційного бланку, враховуючи, наскільки те чи інше твердження є вірним стосовно Вас. Пам'ятайте, що у даному випадку “правильних” чи “неправильних” відповідей бути не може”.

#### Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) \_\_\_\_\_

Дата обстеження \_\_\_\_\_ Вік \_\_\_\_\_ Стать \_\_\_\_\_

Посада (підрозділ) \_\_\_\_\_

Спеціальність \_\_\_\_\_ Військове звання \_\_\_\_\_

| № з/п | Твердження                                                       | Відповідь          |           |             |        |                 |
|-------|------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------|-------------|--------|-----------------|
|       |                                                                  | Повністю не згоден | Не згоден | Нейтральний | Згоден | Повністю згоден |
| 1     | Для мене властиво швидко ставати самим собою після важких часів  |                    |           |             |        |                 |
| 2     | Зараз в мене важкий час, спричинений стресовими подіями          |                    |           |             |        |                 |
| 3     | Мені не потрібно багато часу, щоб оговтатися від стресової події |                    |           |             |        |                 |
| 4     | Мені важко прийти до тями, коли трапляється щось погане          |                    |           |             |        |                 |
| 5     | Зазвичай я переживаю важкі часи без великих утруднень            |                    |           |             |        |                 |
| 6     | Як правило, подолання життєвих невдач займає в мене багато часу  |                    |           |             |        |                 |

#### Обробка результатів

Кожне твердження оцінюється за 5-ти бальною шкалою:

1 бал – повністю не згоден;

2 бали – не згоден;

3 бали – нейтральний;

4 бали – згоден;

5 балів – повністю згоден.

Кількісний показник “стійкості” за методикою складає сума балів за всіма шістьма твердженнями (твердження № 2, 4, 6 підраховуються у зворотному порядку).

**ЕКСПЕРТНИЙ ОПИТУВАЛЬНИК**

з оцінювання практичних рекомендацій щодо підтримки та розвитку резильєнтності  
військових лікарів в умовах війни

1. Загальна інформація про експерта

Прізвище, ім'я, по батькові: \_\_\_\_\_

Науковий ступінь, вчене звання: \_\_\_\_\_

Посада, місце роботи: \_\_\_\_\_

Стаж професійної діяльності (років): \_\_\_\_\_

Сфера професійної діяльності: \_\_\_\_\_

2. Інструкція для експерта

Шановний(а) експерте!

Просимо Вас оцінити практичні рекомендації щодо підтримки та розвитку резильєнтності військових лікарів, розроблені на основі результатів емпіричного дослідження, за п'ятибальною шкалою Лайкерта, де:

1 – повністю не погоджуюсь

2 – переважно не погоджуюсь

3 – важко відповісти / частково погоджуюсь

4 – переважно погоджуюсь

5 – повністю погоджуюсь

Оцінювання кожної рекомендації здійснюється відповідно до її формулювання, наведеного в доданому переліку практичних рекомендацій (пункти 1–7).

3. Оцінювання загальної якості рекомендацій

| Твердження                                                              | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Рекомендації є науково обґрунтованими                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Рекомендації логічно впливають із результатів дослідження               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Рекомендації мають практичну цінність                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Рекомендації відповідають реальним умовам діяльності військових лікарів | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Рекомендації є зрозумілими для впровадження                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 4. Оцінювання окремих рекомендацій

(відповідно до переліку практичних рекомендацій, пункти 1–7)

| № рекомендації | Доцільність (1–5) | Реалістичність (1–5) | Наукова обґрунтованість (1–5) |
|----------------|-------------------|----------------------|-------------------------------|
| 1              |                   |                      |                               |
| 2              |                   |                      |                               |
| 3              |                   |                      |                               |
| 4              |                   |                      |                               |
| 5              |                   |                      |                               |
| 6              |                   |                      |                               |
| 7              |                   |                      |                               |

## 5. Зауваження та пропозиції експерта

Найбільш цінні, на Вашу думку, рекомендації:

---



---



---

Рекомендації, що потребують доопрацювання:

---



---



---

Загальні зауваження та пропозиції:

---



---



---

Дата: \_\_\_\_\_

Підпис експерта: \_\_\_\_\_