

**НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ БІОРЕСУРСІВ І
ПРИРОДОКОРИСТУВАННЯ УКРАЇНИ**

Факультет Гуманітарно-педагогічний

ДОПУСКАЄТЬСЯ ДО ЗАХИСТУ

Завідувач кафедри психології

_____ **Ірина Мартинюк**

“ _ ” _____ 2025 р.

БАКАЛАВРСЬКА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему “Психологічні механізми стресостійкості медичних працівників”

Спеціальність 053 “Психологія”

Гарант освітньої програми

кандидат психологічних наук, доцент

_____ **Ірина МАРТИНЮК**

Керівник бакалаврської

кваліфікаційної роботи

доктор псих. наук, проф. кафедри психології

_____ **Віталій ШМАРГУН**

Виконав:

_____ **Галицький Едуард**

КИЇВ – 2025

**НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
БІОРЕСУРСІВ І ПРИРОДОКОРИСТУВАННЯ УКРАЇНИ
Факультет Гуманітарно-педагогічний**

ЗАТВЕРДЖУЮ

Доктор псих. наук,
професор кафедри психології

_____ Віталій ШМАРГУН

“ ___ ” _____ 2025 р.

ЗАВДАННЯ

**на виконання бакалаврської кваліфікаційної роботи студентів
Галицькому Едуарду**

Спеціальність 053 “Психологія”

Тема бакалаврської кваліфікаційної роботи **“Психологічні механізми стресостійкості медичних працівників”** затверджена наказом ректора НУБіП України від “23” жовтня 2024 р. №1885“С”

Термін подання завершеної роботи (проекту) на кафедру __2025.05.30

Вихідні дані до бакалаврської кваліфікаційної роботи:

Наукові положення про сутність та види психоемоційних станів, результати науково-практичних розробок проблеми механізмів регуляції психоемоційних станів, результати науково-практичних розробок проблеми використання засобів природи у практиці психологічної допомоги особистості.

Перелік питань, які потрібно розробити:

1. Поняття психоемоційних станів та їх види.
2. Механізми регуляції психоемоційних станів особистості.
3. Практика застосування засобів природи для регуляції психоемоційних станів у вітчизняній та зарубіжній науковій літературі
4. Експериментальне дослідження впливу засобів природи на психоемоційний стан особистості.
5. Урахування впливу засобів природи на психоемоційний стан особистості в практиці психологічної допомоги особистості.

Дата видачі завдання “06” лютого 2025 р.

Керівник бакалаврської роботи _____ Віталій ШМАРГУН

Завдання прийняв до виконання _____ Едуард ГАЛИЦЬКИЙ

ЗМІСТ

РЕФЕРАТ	5
ВСТУП	6
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ СТРЕСОСТІЙКОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ	9
1.1. Поняття стресу та стресостійкості в психології: сутність, підходи	9
1.2. Особливості професійної діяльності медичних працівників як чинник стресогенності.....	19
1.3. Психологічні механізми стресостійкості	25
Висновки до розділу 1.....	30
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ МЕХАНІЗМІВ СТРЕСОСТІЙКОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ.....	32
2.1. Мета, завдання та організація емпіричного дослідження	32
2.2. Методи дослідження стресостійкості та психологічних механізмів.....	35
2.3. Аналіз результатів дослідження та інтерпретація даних	36
2.4. Вікові, статеві та професійні особливості прояву стресостійкості.....	45
Висновки до розділу 2.....	47
РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНІ ШЛЯХИ ПІДВИЩЕННЯ СТРЕСОСТІЙКОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ.....	49
3.1. Теоретичні підходи до розвитку стресостійкості у професіоналів	49
3.2. Програма психопрофілактики та тренінгу розвитку стресостійкості.....	52
3.3. Апробація психотренінгу та аналіз його ефективності	58
Висновки до розділу 3.....	61
ВИСНОВКИ.....	63
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	65
ДОДАТКИ.....	69

РЕФЕРАТ

У роботі представлені результати дослідження психологічних механізмів стресостійкості медичних працівників у контексті їхньої професійної діяльності, яка супроводжується високим рівнем емоційного, фізичного та психічного навантаження.

Висвітлено теоретичне підґрунтя проблеми стресостійкості, охарактеризовано поняття стресостійкості в психології, її складові та функції, проаналізовано основні підходи до розуміння психологічних механізмів, які забезпечують адаптацію до стресових ситуацій.

Встановлено, що стресостійкість медичних працівників є багатокомпонентною характеристикою, яка включає когнітивно-емоційні, поведінкові та мотиваційні механізми. Зокрема, ефективне функціонування таких механізмів, як саморегуляція, емоційна стабільність, адаптивні копінг-стратегії та внутрішній локус контролю, сприяє збереженню психологічної рівноваги у складних професійних умовах.

Описано мету, завдання, вибірку та методики емпіричного дослідження, яке було проведено серед лікарів та медичних сестер. Представлено аналіз рівня стресостійкості, рівнів тривожності та емоційного вигорання. Виявлено відмінності у показниках залежно від стажу, фаху та статі респондентів.

Проведений аналіз результатів дав змогу визначити основні внутрішні ресурси, що формують психологічну стійкість до стресу, та чинники, які її знижують. Зокрема, виявлено, що працівники з високим рівнем стресостійкості демонструють вищу самооцінку, ефективніше контролюють емоції та частіше використовують конструктивні копінг-стратегії.

У висновках відображено ключові результати дослідження та окреслено перспективи подальшої роботи у напрямку розвитку професійного психічного здоров'я медичних працівників.

Список використаної літератури налічує 48 джерел.

ВСТУП

Актуальність теми дослідження визначається сучасними соціальними, медичними та психологічними викликами, які постають перед системою охорони здоров'я в Україні та світі. Професійна діяльність медичних працівників характеризується постійним впливом стресогенних факторів: надмірне навантаження, дефіцит часу, моральна відповідальність за життя та здоров'я пацієнтів, високі емоційні вимоги, необхідність взаємодії з важкохворими, а часто — й зі смертю.

Особливої гостроти проблематика стресостійкості набула у зв'язку з останніми соціальними катаклізмами, зокрема пандемією COVID-19, збройним конфліктом на території України, економічною нестабільністю, нестачею кадрів у медицині, інтенсивною ротацією персоналу та зростанням професійного вигорання серед фахівців. У таких умовах навантаження на медичний персонал зросло в рази: з одного боку, медики вимушені працювати у фізично та психологічно виснажливих умовах, а з іншого — від них очікується високий рівень професійної ефективності, гуманності, швидкості реагування та психологічної витривалості.

У сучасній психології стресостійкість розглядається як інтегральна якість, що включає здатність особистості долати життєві труднощі, мобілізувати ресурси, підтримувати емоційну стабільність та здійснювати конструктивне мислення навіть у складних умовах. Для медичного фахівця стресостійкість не лише забезпечує збереження внутрішнього психологічного балансу, але й є чинником ефективності професійної діяльності.

Проблема полягає в тому, що хоча феномен професійного стресу достатньо вивчений, психологічні механізми, які лежать в основі стресостійкості саме у представників медичних спеціальностей, досі залишаються недослідженими в повному обсязі, особливо в українських реаліях.

У цьому контексті актуальним є вивчення психологічних механізмів стресостійкості як системи внутрішніх засобів саморегуляції, що дозволяють медичному працівнику зберігати функціональність у стресових умовах. Такими

механізмами можуть бути: зрілі способи подолання (копінг-стратегії), високий рівень емоційного інтелекту, сформованість внутрішнього локусу контролю, адаптивність, усвідомленість, толерантність до невизначеності, здатність до рефлексії.

Таким чином, вивчення психологічних механізмів стресостійкості медичних працівників є надзвичайно актуальним і значущим як з наукової, так і з практичної точки зору. Результати таких досліджень сприятимуть формуванню сучасних підходів до збереження психічного здоров'я медичного персоналу, підвищенню ефективності надання медичних послуг та загальному підвищенню якості системи охорони здоров'я в цілому.

Об'єкт дослідження - стресостійкість медичних працівників як психологічне явище.

Предмет дослідження - психологічні механізми формування та підтримання стресостійкості у медичних працівників.

Мета дослідження - виявлення та аналіз психологічних механізмів, що забезпечують стресостійкість медичних працівників.

Гіпотеза дослідження - передбачається, що стресостійкість медичних працівників визначається специфічним поєднанням психологічних механізмів, зокрема таких як: високий рівень емоційної саморегуляції, розвиток адаптивних копінг-стратегій, сформована мотивація до професійної діяльності, а також підтримка з боку соціального оточення.

Для досягнення мети дослідження та перевірки гіпотез було поставлено такі завдання:

1. Проаналізувати наукову літературу з проблеми стресостійкості медичних працівників та психологічних механізмів її формування.
2. Визначити основні психологічні чинники та психологічні механізми, що забезпечують або порушують стресостійкість у медичних працівників.
3. Провести емпіричне дослідження рівня стресостійкості серед медичних працівників із різною професійною спеціалізацією та стажем роботи.
4. Проаналізувати зв'язок між рівнем стресостійкості та такими

психологічними характеристиками, як емоційне вигорання, тривожність, копінг-стратегії тощо.

5. Розробити практичні рекомендації щодо підвищення рівня стресостійкості медичних працівників.

Методи та організація дослідження. У роботі для розв'язання поставлених завдань та забезпечення об'єктивності дослідження були застосовані такі методи: теоретичні (аналіз, синтез, узагальнення наукових джерел з теми стресостійкості), експеримент, спостереження, а також методики для виявлення рівня стресостійкості та емоційного стану медичних працівників. Також використовувались методи обробки даних (частотний аналіз, кутове перетворення Фішера) та інтерпретативний метод (структурний аналіз для виявлення взаємозв'язків між показниками).

Експериментальне дослідження проводилось у березні–травні 2025 року на базі медичних закладів Києва. У дослідженні взяли участь ..медичних працівників. Було сформовано 3 групи відповідно до професійного стажу. Відбір учасників був добровільним.

Теоретична значущість дослідження полягає у поглибленні наукових уявлень про психологічні механізми стресостійкості медичних працівників, зокрема в умовах професійної діяльності, пов'язаної з підвищеним рівнем емоційного та фізичного навантаження.

Практична значущість дослідження полягає у розробці ефективних рекомендацій і методик для підвищення стресостійкості медичних працівників, що сприятиме зниженню рівня емоційного вигорання та покращенню їх професійної діяльності.

Структура та обсяг роботи. Бакалаврська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, висновків, списку використаних джерел, що налічує 48 найменування (на 4 сторінках) та 4 додатки (на 6 сторінках). Загальний обсяг складає 75 сторінок друкованого тексту, із них 60 сторінок основного тексту. Робота містить 6 малюнків та 8 таблиць.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ СТРЕСОСТІЙКОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

1.1. Поняття стресу та стресостійкості в психології: сутність, підходи

В сучасності медичні працівники стикаються в своїй роботі з значним рівнем професійного стресу, що може призводити до емоційного вигорання та зниження ефективності їхньої роботи

Стрес являє собою відповідь організму людини, його мозку зокрема, на різні зовнішні та внутрішні вимоги. Він може викликатися як позитивними так і негативними подіями і є базовою частиною людського буття. Незважаючи, що стрес зазвичай вважають шкідливим явищем, не вся його частина завдає шкоди особистості. Його вплив виходить за межі емоційного стану та може негативно позначатися на здоров'ї, зокрема викликаючи головний біль, мігрень. Стрес може впливати і на інші фізіологічні показники, такі як артеріальний тиск, апетит, сон. Тривалий та надмірний стрес чинить для людини серйозні наслідки, які не несуть за собою жодної користі.

Стрес супроводжує людей з самого народження. Він є з нами увесь час, але люди або змінюють його джерело або ставлення до нього і таким чином позитивно з ним вправляються. Часто будь-які події сприймаються як стресові. У сучасному світі “стрес” часто використовується для пояснення поганого настрою чи невдачі. У таких випадках людина фокусує увагу на негативній стороні явища, тим самим стаючи вразливою для стресових факторів.

Наша вразливість проявляється не стільки через силу стресу, скільки через наше сприйняття та відношення до нього. Проте, патології, які він може викликати займають значну частину хвороб людини. Це може бути як ослаблення імунної системи і в подальшому поява застуди, так і переживання інсульту чи інфаркту[1,2].

Стрес - це такий стан, що супроводжується сприйманням ситуацій та подій через призму негативних емоцій та наслідків. З фізіологічної точки зору стрес - це неспецифічна реакція організму людини на вплив, який порушує її гомеостаз,

це такий стан нервової системи та організму в цілому.

Термін “стрес” запропонував на початку ХХ століття Ганс Сельє і впровадив його у медичну науку. З часом це поняття популяризувалося й почало використовуватись як універсальне пояснення.

В галузі мотивації Н. Кофен та М. Епплі кілька десятиліть тому зауважили, що цей термін витіснив фактично поняття тривоги, фрустрації та конфлікту.

Наразі у науковців немає єдиної загальноприйнятої теорії, яка б пояснювала причини виникнення та механізми стресу. До прикладу, у своїй праці К. Купер, Ф. Дейв та М. О’Драйскол зазначають, що саме це поняття є доволі неоднозначним і викликає чимало суперечок через різні трактування[3].

У сучасній науковій літературі для характеристики зберігати стабільність психічного стану та продуктивність діяльності в умовах підвищеного навантаження, тобто стресу використовують різні поняття. Такі дослідники як М. Сікач оперують терміном “психічна стійкість”, В. Аршинова та С. Шувалова терміном “психологічно стійкість”, О. Ахвердова, І. Боєв терміном “стресостійкість”, П. Дорогів “нервово-психічна стійкість” а також за Є. Василенко терміном професійно-психологічна стійкість. Цожен з цих термінів акцентує увагу на різних аспектах здатності особистості ефективно функціонувати у складних, екстремальних або кризових умовах[4].

Також аналізуючи теоретичне підґрунтя поняття “стрес” варто відзначити ключові теорії та його моделі. Завдяки В. А. Бодрову є такі головні узагальнені підходи до стресу[6]:

1. Генетично-конституційна теорія Дж. Фуллера - вона передбачає, що можливість або здатність організму протистояти стресовим чинникам зумовлена вродженими захисними механізмами, які діють незалежно від конкретної життєвої ситуації.

2. Модель П. Парсона або модель схильності до стресу. Вчений пояснює виникнення стресових реакцій як результат взаємодії генетичних передумов та зовнішніх впливів. Головна думка полягає в тезі, що внутрішні особливості людини в поєднанні з несподіваними стресорами можуть викликати

напруженість або тривожні стани.

3. Міждисциплінарна модель за авторством Х. Басовича та Р. Грінкера, в якій вони стверджують, що стрес виникає під впливом факторів, які здатні викликати занепокоєння у багатьох людей або в окремих групах. Такі впливи провокують не лише фізіологічні а й психологічні та поведінкові зміни. У деяких випадках ці зміни можуть мати негативний характер, але іноді вони сприяють адаптації, розвитку нових навичок і підвищенню ефективної діяльності.

4. Психодинамічна модель З Фройда - виділяє два джерела тривоги: сигнальну тривогу, яка виникає на очікувану небезпеку ззовні та травматичну тривогу, яка є наслідком внутрішніх, підсвідомих конфліктів.

5. Модель Х. Воффа, яка розглядає стрес, як фізіологічну реакцію на соціально-психологічні подразники. Ступінь сили реакції залежить від особистісних мотивів, ставлення до ситуації та індивідуальних переконань.

Для сучасної наукової літератури знаходять різні підходи до класифікації стресів, зокрема головним чином виділяють[5]:

1. Емоційний стрес - як наслідок перенавантаження нервової системи через глибокі та інтенсивні внутрішні переживання.
2. Професійний стрес - це психофізіологічні реакції на ситуативне чи хронічне перенапруження, що пов'язане з трудовою діяльністю.
3. Інформаційний стрес - це напруження, що виникає завдяки надмірному обсягу інформації, який перевищує здатність людини до її обробки.
4. Повсякденний стрес - емоційна реакція на рутинні незначні на погляд труднощі повсякденного життя.

Також за своєю функцією стрес поділяється на негативний (дистрес) та позитивний (еустрес). Еустрес - позитивна форма стресової реакції, завдяки якій організм активізує внутрішні резерви та швидко пристосовується до змін навколишнього середовища. В такому стані відбувається мобілізація фізичних та психічних сил, що в свою чергу допомагає людині ефективно справитися з напругою, проте при закінченні впливу зовнішнього подразника і завершенні успішної адаптації, організм повертається до стану рівноваги. Однак, якщо

стресовий чинник надмірно інтенсивний, його дія триває надто довго, корисна реакція легко може трансформуватися у дистрес.

Дистрес - негативна форма стресу, для якої характерно тривале психофізичне перенапруження, виснаження ресурсів організму, що в свою чергу може стати причиною серйозних проблем зі здоров'ям. Такий стан зазвичай виникає, коли зовнішні обставини та внутрішні переживання переважають адаптаційні можливості людини[7].

Ганс Сельє був першим, хто запровадив термін стресу, проте чимало дослідників того і нашого часу досліджували його. Крім вже названих видів виділяють ще такі види стресу[8]:

1.Гострий стрес - є найпоширенішою формою, за природою є короткотривалим. Він виникає через тиск минулих чи майбутніх подій (автомобільна аварія, напружений день). Після завершення проблемної ситуації стрес зникає.

2.Епізодичний гострий стрес - є повторюваним та регулярним. Проявляється у людей, які постійно перебувають у поспіху, напрузі, часто спізнюються та скаржаться на навантаження. Зазвичай, причиною є надмірна кількість зобов'язань або погана організація свого часу.

3.Хронічний стрес - може тривати місяцями та роками. Спричиняється травматичними подіями(ПТСР), нерозв'язаними проблемами побуту. За часту виникає тоді, коли в людини зникає надія на вирішення ситуації. Яскравим прикладом можуть слугувати конфлікти у парі, які тривають достатньо довгий час та які врешті-решт стають постійним джерелом напруги.

Як прийнято в психології, кожен подібний стресу характеристику можна охарактеризувати за його ступенем прояву. Виділяють такі 3 ступені[9]:

1.Слабкий ступінь - практично відсутній вплив на психофізіологічний стан людини, психічна стабільність зберігається. Людина діє у звичайному режимі без явних змін у поведінці чи самопочутті.

2.Середній ступінь - відбуваються помітні зміни у соматичному та психічному стані. Зазвичай зміни мають позитивний характер: зібраність,

організованість, покращення мислення, впевненість у собі, швидка реакція.

3. Сильний ступінь - спостерігаються значні розлади як фізіологічні так і психічні, порушення когнітивних процесів, скарги на тривогу, дискомфорт, зростає кількість помилок. Такий стан вже є небезпечним для здоров'я і потребує за собою негайного усунення стресора.

Також Ганс Сельє віділив три ключові стадії розвитку стресу[10], які представлені у Таблиці 1.1

Таблиця 1.1 Стадії розвитку стресу

№	Стадія	Опис
1	Тривога - фази шоку і анти-шоку	Організм перебуває в стані підвищеної напруги, проте ще здатен справлятися з навантаженням, використовувати мобілізацію своїх ресурсів. З точки зору фізіології, в цей час кров стає густішою, посилюється виділення азоту, фосфатів та калію. Може збільшуватись печінка.
2	Резистентність - фаза стійкості	Організм досягає максимального рівня адаптації. Втрата резервів врівноважується, а параметри, які були порушені раніше, повертаються до практично нормального стану.
3	Виснаження - поява дистрофічних змін	На цьому етапі, ресурси, мобілізовані на попередніх стадіях вичерпуються. Через це починаються структурні пошкодження, а адаптація до нових умов проходить за рахунок втрачених енергетичних запасів, що веде до критичного виснаження.

Говорячи про фізіологію стресу, варто згадати поняття стрес-системи

Стрес-система - це складна регуляторна структура, яка забезпечує підтримання гомеостазу в нормальних умовах і відіграє важливу роль у запуску та координації всіх змін в організмі, що формують адаптивну відповідь на стресові фактори. За сучасними дослідженнями, ця система включає центральний компонент і дві периферійні гілки, які забезпечують зв'язок центральної частини з іншими частинами організму.

Головним результатом активації цієї системи є посилення вивільнення

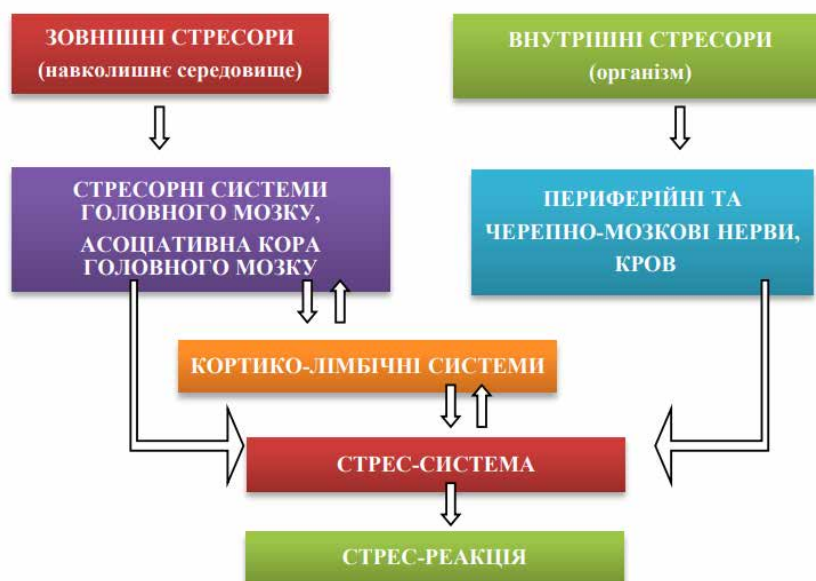
глюкокортикохдів і катехоламінів, які є основними гормонами стресу та відповідають за мобілізацію функцій органів і тканин, які в свою чергу забезпечують адаптацію, а також підсилюють їх енергетичне забезпечення.

Також за допомогою сучасних досліджень біології стресу було виявлено, що крім безпосередніх гормонів стрес-системи у формуванні стрес-реакції беруть участь також речовини, які посилюють або опосередковують її ефекти. Зокрема це ангіотензин II, цитокіни, інтерлейкіни та тахікіни

За концепцією Г. Сельє, стрес-система активується у відповідь на будь-який стресор неспецифічно, тобто продукується однаковий «набір» гормонів і медіаторів незалежно від виду стресора[11].

На наступному рисунку зображена схема формування стрес-реакції у відповідь на дію зовнішніх і внутрішніх стресорів (Рис.1.1 [11]).

Рис. 1.1 Схема формування реакції стресу



Під впливом сильного стресового чинника, що викликає психологічний стрес і може спричинити розвиток стресового розладу, порушується нормальна функція як центральної, так і вегетативної нервової системи.

Низьке джерело доходів або непередбачені витрати нерідко служать джерелом стресу, при цьому люди іноді можуть самі провокувати негативні емоційні переживання, прагнучи жити не по можливостям або орієнтуючись на образ життя більш забезпеченої групи населення.

Також важливо визначити основні причини виникнення стресу[12]. Для цього можна проаналізувати таблицю 1.2

Таблиця 1.2 Суб'єктивні та об'єктивні причини виникнення стресу

Чинники	Причини
Суб'єктивні	Генетична схильність, умови очікування та народження дитини, психотравмуючі події в ранньому дитинстві
	Сімейні установки, сформовані батьками
	Особистісні риси, такі як акцентуація, нейротизм, схильність до конфліктності та агресії, підвищена чутливість, імпульсивність
	Рівень самооцінки - заниженою вона може посилювати реакцію на стрес
	Ціннісні орієнтири, життєві установки та спрямованість особистості
	Умови життя, соціального середовища, вплив близького кола оточення
	Когнітивні фактори, зокрема чутливість до зовнішніх впливів, здатність до самоспостереження, аналіз минулого досвіду
Об'єктивні	Життєві та трудові умови
	Політична ситуація, економічна стабільність
	Форс-мажорні обставини
	Соціальні взаємини з оточуючими людьми
	Побутові умови

Таким чином причини виникнення стресу поділяються на внутрішні та зовнішні чинники. До внутрішніх належать індивідуальні риси особистості, життєвий досвід, самооцінка та емоційна сприйнятливність. Зовнішні ж фактори включають умови життя і праці, вплив соціального середовища, політичну та економічну ситуацію. Ступінь впливу кожної з причин значною мірою залежить від того, як людина їх сприймає, реагує та наскільки здатна адаптуватися до змін.

Виходячи з всього вище описаного ми поступово рухаємось до поняття стресотійкості. Воно широко розглядається як у зарубіжній, так і у науковій українській літературі. Дослідники аналізують фактори, що впливають на здатність людини зберігати психологічну рівновагу в складних або надзвичайних ситуаціях. Їхні роботи дозволяють краще зрозуміти механізми адаптації до

стресу та шляхи підвищення особистісної витривалості до життєвих викликів.

Таким чином Едлер, Лазарус, Мелфі, Сельє, Фолкман з зарубіжних вчених та Аршава, Кокун, Кравчук, Кравченко, Пішко, Станішевська, Шейко серед українських вчених досліджували у своїх працях механізми і чинники, які сприяють тому, щоб людина залишалась адекватною у складних умовах.

За поглядом науковців стає зрозумілим, що саме поняття стресостійкості трактується доволі неоднозначно. Одні дослідники розглядають її, як процес адаптації до умов середовища, інші - як стійку рису особистості, що забезпечує стабільність психічного функціонування під час дії стресорів. Також стресостійкість розуміють як сукупність захисних реакцій організму у відповідь на сильні або тривалі подразники[13].

У психології стресостійкість трактується, як здатність особистості ефективно протистояти впливу стресових факторів. Таким чином вона виконує важливу захисну функцію, сприяючи адаптації людини до змін у навколишньому середовищі та зменшуючи вплив негативних зовнішніх і внутрішніх подразників.

За визначенням Г. Мигаль і О. Протасенко, стресостійкість — це здатність людини протидіяти негативному впливу стресових чинників, яка формується на основі унікального поєднання вроджених і набутих психологічних та фізіологічних особливостей.

Отже, підсумовуючи наукові підходи до вивчення стресостійкості, можна зробити висновок, що цей феномен трактується як: властивість особистості, що вказує на здатність ефективно протистояти стресовим впливам; процес, який відображає динаміку адаптації до стресу; стан, що характеризує функціонування людини під впливом стресових факторів[14].

Збереження та розвиток стресостійкості особистості значною мірою залежить від наявності ресурсів, які допомагають долати наслідки стресових ситуацій. До таких ресурсів належать як внутрішні (психологічні особливості, мотивація, життєвий досвід), так і зовнішні чинники. Одним із ключових зовнішніх ресурсів виступає соціальна підтримка — підтримка з боку родини,

друзів чи професійного оточення, яка підсилює здатність людини адаптуватися до складних обставин.

В загальному погляді ресурси стресостійкості можна умовно поділити на такі основні категорії: психологічні ресурси (включають рівень психологічної компетентності, обізнаність у питаннях психічного здоров'я, а також загальну психологічну культуру особистості); особистісні ресурси (внутрішні якості та установки, зокрема активна мотивація до подолання труднощів, позитивне мислення, емоційно-вольова стабільність, а також фізичне здоров'я, яке підтримує загальну витривалість організму); інформаційні ресурси (здатність адекватно оцінювати ситуацію, володіння ефективними стратегіями досягнення цілей, а також вміння адаптуватися до змін та контролювати обставини); матеріальні ресурси (фінансова стабільність, безпечні умови життя і праці, належне забезпечення базових потреб, що створюють відчуття захищеності та комфорту) [15].

Оскільки стресостійкість є індивідуальною здатністю людини зберігати ефективно функціонування в умовах стресу, в ній виділяють наступні 3 ключових елементи[16]:

1.Соціальний компонент - він відображає вплив соціального середовища на психічну стійкість особистості. Соціально-політична ситуація, умови життя та соціальна підтримка можуть або посилювати, або зменшувати вплив стресу на людину.

2.Поведінковий компонент - пов'язаний із набутою здатністю застосовувати ефективні стратегії подолання стресу. Йдеться про активну участь у вирішенні проблем, розвиток навичок саморегуляції, зміну шкідливих звичок, адаптацію способу життя та пошук підтримки.

3.Особистісний компонент - є інтегральною характеристикою психіки, що визначає індивідуальний рівень стресостійкості. Він охоплює такі якості, як емоційна стабільність, самосвідомість, здатність до самоконтролю, гнучкість мислення та внутрішні мотиваційні ресурси.

Сьогодні до формування стресостійкості розроблені наступні підходи[16]

відображені у таблиці 1.3

Таблиця 1.3 Підходи до формування стресостійкості

№	Назва	Представники	Суть	Методи	Плюси	Мінуси
1	Психоаналітичний	З. Фрейд, Г. Сельє	Стрес пов'язується з внутрішніми конфліктами, часто несвідомими та сформованими в дитинстві	Психоаналіз, асоціативні техніки, самопізнання	Глибоке опрацювання причин стресу	Тривалий та довгий, емпірично може не підтвердитися
2	Біхевіоральний	Б. Скіннер, І. Павлов	Людина може навчитися реагувати на стрес завдяки новим поведінковим навичкам	Тренінги управління стресом, КПТ	Емпірична доведеність, короткотривалий	Мало уваги глибоких причин стресу
3	Гуманістичний	А. Маслоу, К. Роджерс, Р. Мей	Стрес подолають внутрішні ресурси людини, через самореалізацію та пошук сенсу життя	Психотерапія, тренінги саморозвитку, активація ресурсів	Активация внутрішніх ресурсів, глибока робота	Висока суб'єктивність, залежність від мотивації клієнта
4	Системний	Б. Ломов, П. Зільберман	Людина розглядається як система, яка взаємодіє з оточенням	Соціальна підтримка, психофізіологічні тренування	Врахування багатьох факторів	Складність у реалізації, потреба в обширному підході

				я	гнучкіст ь	
--	--	--	--	---	---------------	--

Психодіагностика рівня стресостійкості передбачає виявлення основних об'єктивних проявів стресових впливів. До таких належать: втрата – ситуація, в якій особистість позбавляється значущого для себе джерела позитивного підкріплення або емоційної підтримки; та покарання – поява небажаних, неприємних, а в окремих випадках і загрозливих чинників у життєвому середовищі. До таких обставин можна віднести дорожньо-транспортні пригоди, виникнення серйозних захворювань, конфліктні ситуації тощо[17].

1.2 Особливості професійної діяльності медичних працівників як чинник стресогенності

Як зазначалось в минулому розділі, стресостійкість являє собою комплексну особистісну характеристику, яка проявляється у гармонійному поєднанні емоційної рівноваженості, вольової стійкості, мисленневої гнучкості та внутрішньої мотивації. Завдяки цьому людина ефективно діє і досягає поставлених цілей.

Під час роботи в професійному середовищі, особистість підпадає під вплив професійного стресу. Його основні ознаки це емоційне вигорання, деперсоналізація та зниження впевненості у власній професійній спроможності.

Для людей, які працюють в медичній професії, стрес перш за все зумовлений рядом чинників, притаманних саме цьому професійному напрямку:

1. Джерелом надзвичайно вагомого психоемоційного навантаження в медичного персоналу є висока відповідальність за життя пацієнтів, що постійно супроводжує особистість у його щоденному графіку роботи. Додатково це може виливатись за межі професійної діяльності, коли дії медичного працівника не зашкодили пацієнту, проте були не досконали відповідно внутрішнім його цінностям. Або дії, які з часом можуть мати або не мати наслідків якщо нічого не зробити.

2. Наступним чинником виступає тривале перебування в атмосфері

емоційного напруження. Медики щодня працюють в тій чи іншій мірі з болем, тривогою, агресією та багатьма іншими негативними переживаннями які несуть з собою пацієнти. Таким чином негативний стан може шляхом емоційного зараження передатись і самому персоналу.

3. Ще одним важливим аспектом є нестабільний та максимально виснажливий графік, який часто зустрічається в роботі медичної сфер. Зокрема через нічні зміни та добові чергування. Це порушує біологічний ритм людини, знижує згодом її адаптаційні резерви організму. Це в підсумку сприяє розвитку хронічного стресу.

4. Економічний аспект потребує особливою уваги, через що в умовах пострадянських країн існує досі суттєве розходження між рівнем матеріального забезпечення медиків та високим рівнем їхньої відповідальності. Це в свою чергу породжує відчуття несправедливості, незадоволеності своєю діяльністю.

За специфікою, прояви стресових станів не закріплені за її чіткою структурою та можуть охоплювати широкий спектр. Гарним прикладом буде назвати осіб з меланхолічним типом темпераменту, у яких природньо є схильність до внутрішнього занепаду, тривоги та апатії, тоді як холерики частіше демонструють частіше роздратування та агресію.

На думку дослідника професійного стресу В. Винокура, однією з ключових причин професійного напруження є втрата мотивації до виконання професійних обов'язків. Він вказує, що «емоційне вигорання» і збереження інтересу до професійної діяльності – це два протилежні полюси взаємодії особистості з професійним середовищем[18, 19].

При тривалому здійсненні професійної діяльності в медичній сфері відбувається низка несприятливих для особистості змін, які охоплюють успішність його діяльності.

Професійна деформація особистості - це процес поступової зміни особистісних характеристик, таких як цінності, моделі сприйняття, риси характеру, а також стилі комунікації та поведінки, що виникає в результаті тривалого перебування у специфічних умовах професійної діяльності. Через

постійний взаємозв'язок між свідомістю людини та її професійною діяльністю формується так званий професійний тип особистості. Найбільший ризик виникнення професійної деформації спостерігається у представників соціальних професій, діяльність яких безпосередньо пов'язана з міжособистісною взаємодією (держслужбовці, керівники, працівники кадрових служб, педагоги, психологи). У важких випадках така деформація може проявлятися у знеособленому, формалізованому ставленні до інших людей[20].

Завдяки впливу професійного середовища у людини з'являється синдром емоційного вигорання. Це собою являє ста глибокого фізичного, розумового та емоційного виснаження, що викликається впливом довготривалого робочого стресу.

На думку Є.П. Ільїна, Б. Перлман аі Є. Хартмана, є три основні прояви емоційного вигорання[21]:

1. Виснаження - тобто почуття крайньої втоми, яке не минає після відпочинку чи сну та втрата життєвої енергії.
2. Відчуття неефективності - зниження віри у власні професійні здібності, падіння самооцінки, втрата мотивації та задоволення роботою
3. Емоційне дистанціювання - зниження емпатії, формальне ставлення до професійних обов'язків, байдужість до пацієнтів

Синдром емоційного вигорання розвивається поступово і не має чітких меж між фазами, проте умовно їх ділять між собою. За Дж. Грінбергом виділяють наступні 5 етапів розвитку синдрому емоційного вигорання[22]:

1.Період ейфорії - в медичного працівника ядро виражається підвищена мотивація, ентузіазм, така особистість прагне до виконання професійних завдань

2.Виснаження ресурсів - початок виникнення втоми, апатії, порушення життєвого циклу. Може також почати втрачатись інтерес до роботи, що в свою чергу веде до зниження її ефективності.

3.Хронічне виснаження - робота медичного працівника, яка триває без перерви та відпочинку спричиняє високе емоційне та фізичне виснаження. На цій фазі підвищується ризик хвороб, з'являється тривожність, дратівливість, у

особистості починає виражатись пригнічений стан.

4.Кризовий стан - виникнення хронічних захворювань на тлі постійного перевантаження є головною характеристикою цієї фази. Такі захворювання можуть в тій чи іншій мірі знижувати працездатність людини.

5.Повне виснаження - наявність фізичних та психологічних проблем загострюється, з'являється ризик хвороб, що несуть небезпеку безпосередньо для життя.

До психофізичних проявів емоційного вигорання є стійке відчуття хронічної втоми, яке не зникає навіть після тривалого відпочинку. Людина почувається фізично та емоційно виснаженою, втрачає інтерес до нових вражень, ідей та подій. Спостерігається загальне зниження життєвого тону, що може супроводжуватись порушенням гормонального балансу (зокрема рівня кортизолу), зниженням імунного захисту організму та змінами у складі крові.

Порушення у нейрохімічній системі — зниження рівнів дофаміну та серотоніну — може провокувати депресивні стани. Частими є також соматичні скарги: головний біль без очевидної причини, проблеми з травною системою, дихальні розлади (відчуття задишки), безсоння. Порушення сну призводить до денної млявості, ослаблення когнітивних функцій, таких як пам'ять, концентрація уваги, швидкість мислення. У деяких випадках відзначається різке коливання маси тіла — як у бік схуднення, так і стрімкого набору ваги.

Соціально-психологічні прояви - у соціальній сфері синдром емоційного вигорання виявляється в зниженні інтересу до спілкування, емоційній відстороненості, байдужості. Особа часто відчуває нудьгу, втрату ініціативності, соціальну замкненість. Зростає дратівливість, з'являються необґрунтовані спалахи агресії, тривожність, підвищене відчуття невпевненості та страху[33].

Характерним є зниження рівня емпатії — людина менше співпереживає іншим, а в професійній сфері це може проявлятися як холодність або навіть неприязнь до клієнтів, пацієнтів чи колег. У той же час можливе посилення внутрішнього тиску: гіпервідповідальність, надмірний перфекціонізм, критичне ставлення до себе.

Поведінкові прояви - на рівні поведінки часто спостерігаються зміни у звичних професійних практиках. Працівник починає порушувати власний режим, знижує ефективність праці, відкладає виконання важливих завдань, зосереджується на незначних або технічних діях. Можливе перенесення робочих справ додому, однак без подальшого їх виконання — як прояв прокрастинації.

Вирішення завдань та прийняття рішень стає складним і виснажливим процесом. Людина втрачає ентузіазм, не бачить сенсу у своїй діяльності, втрачає віру в покращення ситуації.

Окрім цього, можливі шкідливі компенсаторні звички: зловживання алкоголем, сигаретами (у тому числі часті перекури), надмірне вживання кави, безконтрольне застосування медикаментів.

Професія медичного працівника вважається у світі однією з найскладніших і найвідповідальніших. Специфіка її роботи прямо впливає на рівень стресу, його протікання, прояв симптомів і виникнення професійної деформації та синдрому емоційного вигорання. Ключові аспекти стресогенності професійної діяльності медичних працівників[23] можна побачити у таблиці 1.4

Таблиця 1.4 Основні аспекти стресогенності медичної сфери праці

№	Аспект	Опис
1	Висока емоційна напруга	Емоційне залучення до проблем потреби, де потрібно співчувати, водночас зберігати професійну дистанції, що створює значне психологічне навантаження. Наприклад, лікарі та медсестри в реанімаційних відділеннях постійно працюють у ситуаціях, де потрібно швидко прийняти рішення, які можуть мати летальні наслідки.
2	Ненормований робочий графік	Медична сфера часто передбачає три зміни, нічні відвідування та роботу у вихідні чи святкові дні. Нерегулярний графік порушує баланс між роботою та особистим життям, що негативно впливає на фізичне та

		психічне здоров'я.
3	Високий рівень відповідальності	Кожне рішення медичного працівника може мати прямі дослідження для життя і здоров'я пацієнта. Помилки, навіть незначні, можуть призвести до серйозних наслідків, що створюють постійний тиск.
4	Конфлікти з оточенням пацієнтів	Медичні працівники часто стикаються з агресивною поведінкою, невдоволенням чи навіть звинуваченнями зі сторони служби або своїх близьких. такий результат виникає через високу емоційну напругу, пов'язану з хворобами, або через нереалістичні очікування щодо результатів лікування.
5	Нестача ресурсів та перенавантаження	У багатьох медичних закладах, особливо в умовах обмеженого фінансування, бракує персоналу, обладнання чи медикаментів. Це змушує медичних працівників працювати в умовах дефіциту ресурсів, що закінчується рівнем стресу. Наприклад, у період пандемії або сезонних епідемій медики можуть бути змушені обслуговувати велику кількість послуг за обмежений час.
6	Бюрократичне навантаження	Без режиму роботи з пацієнтами, медичні працівники часто змушені витратити час на заповнення документації, звітів та виконання адміністративних завдань. Це відволікає від основної діяльності та створює додаткове відчуття перевантаження.
7	Недостатня соціальна підтримка	Вони часто стикаються з недостатньою оцінкою своєї праці з боку суспільства чи адміністрації. Низька заробітна плата в багатьох країнах, наявність належних умов праці та обмежені можливості для професійного розвитку також сприяють стресу.

1.3 Психологічні механізми стресостійкості

Психологічні механізми стресостійкості являють собою певну сукупність внутрішніх психологічних процесів, ресурсів та стратегій, які дозволяють людині ефективно справлятися зі стресом, зберігати емоційну стабільність і адаптуватися до складних життєвих ситуацій.

Феномен стресостійкості залежить в великій мірі від індивідуальних особливостей, соціального оточення, життєвого досвіду. Таким чином виділяють такі механізми[24,25,26,27,28,29,30]:

1. Когнітивні - пов'язані з тим як людина сприймає, інтерпретує та обробляє стресові ситуації. Сюди відносяться:

- a. Оцінка ситуації (за Лазарусом) - на початку потрапляння людини у якусь ситуацію відбувається визначення якою є ця подія для особистості. Люди, у яких висока стресостійкість частіше сприймають таку ситуацію як виклик а ніж непереборну загрозу. Після цього відбувається вторинна оцінка, яка аналізує чи достатньо в людини ресурсів для подолання стресу. Стресостійкі особи вірять у свою здатність впоратися з проблемою, що знижує рівень тривоги.

Прикладом може служити ситуація, коли людина втрачає роботу. Стресостійка людина сприйме це як можливість професійного росту

- b. Рефреймінг - це здатність переосмислювати стресову ситуацію, шукаючи в ній нові можливості та позитивні аспекти. Людина, замість думки "Я не впораюся" подумає "Це складно, але я можу навчитися і зробити це". Таким чином відбувається зміна фокусу з негативних аспектів на конструктивні рішення.
- c. Оптимізм та позитивне мислення - це сприяє баченню майбутнього у світлі. Позитивне мислення не означає ігнорування проблем, а радше віру в можливість їх вирішення.

Основою цьому слугують дослідження стосовно рівня кортизолу в оптимістів та песимістів.

- d. Проблемно-орієнтоване мислення - стресостійкі люди схильні

аналізувати проблему, розбиваючи її на менші частини, і шукати конкретні способи її вирішення. Це дозволяє уникнути почуття безпорадності.

Прикладом може слугувати складання плану дій і розподілення пріоритетів перед дедлайном замість пустої паніки.

2. Поведінкові механізми - пов'язані з активними діями, які людина застосовує для подолання стресу. В них входять:

- a. Стратегії подолання(копінг) - являє собою активний підхід до вирішення проблеми, тим самим пошуком інформації, плануванням, зверненням за допомогою

Приклад: Людина, яка переживає фінансовий стрес, може скласти бюджет або повернутися до фінансового консультанта

- b. Емоційно-орієнтований копінг - зазвичай використовується коли проблему неможливо вирішити безпосередньо. Сюди входять техніки релаксації, спілкування з друзями, заняття хобі.

Приклад: Людина, яка переживає втрату, може звернутися до творчості чи спорту, щоб відволіктися.

- c. Соціальна активність - люди, що мають високу стресостійкість звертаються до друзів, сім'ї. Таким чином спілкування допомагає знизити відчуття ізоляції та знайти нові перспективи.

3. Емоційні механізми - стресостійкість емоцій пов'язана з регуляцією емоцій і підтриманням психологічної рівноваги. В них входить:

- a. Емоційна саморегуляція - стресостійкі люди використовують різні техніки, щоб заспокоїтися в момент стресу. Вони знижують активацію симпатичної нервової системи, яка відповідає за реакцію "бій або біжи".

Прикладом можна назвати людину, яка відчуває гнів через конфлікт та може зробити паузу для переоцінки ситуації в спокійному руслі.

- b. Емоційна гнучкість - здатність адаптуватися до різних емоційних станів і не "застрягати" в негативних емоціях. Стресостійкі люди визнають свої почуття, але не дозволяють їм домінувати.

Прикладом слугає ситуація, коли після невдачі людина дозволяє відчувати собі смуток але згодом переключається на дії, спрямовані на покращення ситуації.

- с. Емпатія до себе - стресостійкі люди ставляться до себе з розумінням і підтримкою, уникаючи самокритики. Це допомагає зберегти самооцінку навіть у складних ситуаціях.

Співчуття знижує рівень тривоги та депресивних станів, сприяючи швидшому відновленню.

4. Особистісні механізми - фактори особистості формують індивідуальну здатність справлятися зі стресом, будучи при цьому ключовими. В них входять:

- а. Самоефективність - віра у власні сили (концепція Бандури) допомагає людині відчувати контроль над ситуацією. Люди з високою самоефективністю рідше відчують безпорадність.

Приклад: Людина, яка вірить у свої здібності, швидше знайде рішення в кризовій ситуації.

- б. Локус контролю - Люди з внутрішнім локусом контролю (віра в те, що вони можуть впливати на події) краще справляються зі стресом, ніж ті, хто має зовнішній локус (сприйняття подій як неконтрольованих).

Наприклад: Людина з внутрішнім локусом контролю шукатиме способи змінити ситуацію, а не скаржитиметься на обставини.

- с. Резилієнтність, як риса особистості - Резилієнтність включає такі риси, як гнучкість, наполегливість, адаптивність і здатність до відновлення після невдач. Дослідження Коннора і Девідсона зокрема показують, що вона корелює з нижчим рівнем депресії та тривоги.

5. Фізіологічні механізми - тіло і психіка тісно пов'язані, тому стресостійкість значною мірою залежить і від фізичного стану організму.

- а. Регуляція фізіологічних реакцій - стресостійкі люди мають кращу здатність регулювати фізіологічні реакції на стрес (наприклад, серцевий ритм, рівень кортизолу) через техніки релаксації або фізичну активність.

Наприклад: регулярні заняття спортом знижують рівень стресових гормонів і підвищують вироблення ендорфінів.

- б. Здоровий спосіб життя - сон, харчування та фізична активність впливають на стресостійкість. Недостатній сон або незбалансоване харчування знижують здатність справлятися зі стресом
- б. Соціокультурні механізми - підтримка суспільства та цінностей, які близькі людині в свою чергу ефективно сприяє стресостійкості, зокрема :
 - а. Соціальна підтримка - наявність близьких людей, які можуть вислухати чи допомогти, значно підвищує стресостійкість. Це може бути сім'я, друзі, колеги чи спільнота.

Приклад: Участь у групах підтримки допомагає людям, які переживають травматичні події, швидше відновлюватися.

- б. Культурні цінності - у деяких культурах стресостійкість підкріплюється цінностями, такими як стоїцизм, колективізм або релігійна віра. Наприклад, релігійні практики можуть надавати сенс і знижувати тривогу.

Стресостійкість є результатом взаємодії всіх цих механізмів. Людина, яка зіткнулася з кризою (втрата роботи), може використати когнітивну оцінку (сприйняти це як можливість), емоційну саморегуляцію (заспокоїтися через медитацію), поведінкові стратегії (скласти план пошуку нової роботи) і соціальну підтримку (порадитися з друзями). Інтеграція цих механізмів залежить від індивідуальних особливостей, життєвого досвіду та навчання.

Таким чином, професійну стресостійкість медичного персоналу можна визначити, як здатність особистості протистояти деструктивному впливу стресових чинників, що виникають у професійній медичній діяльності. Така здатність формується завдяки поєднанню вроджених і набутих якостей, а також внутрішніх психологічних механізмів, які сприяють досягненню поставлених професійних цілей навіть у складних, емоційно напружених умовах.

Модель професійної стресостійкості включає три взаємопов'язані рівні: індивідуальний, особистісний і суб'єктно-діяльнісний. Їх структура одночасно має стабільний характер (відповідно до системного підходу), але водночас залишається гнучкою, піддаючись віковим і ситуативним змінам, що свідчить

про її розвиток у часі.

Формування професійної стресостійкості у студентів, які готуються до соціономічних професій, відбувається у контексті загального психічного розвитку. Цей процес є індивідуальним, змінним і залежить як від зовнішніх обставин, так і від внутрішніх особливостей особистості. Він тісно пов'язаний із становленням особистості здобувача освіти в межах університетського навчання. У зв'язку з цим розвиток професійної стресостійкості доцільно розглядати відповідно до ключових етапів професійної підготовки у вищому навчальному закладі[31,32].

Висновки до розділу 1

Проведений аналіз теоретичних основ дослідження стресостійкості медичних працівників дозволяє зробити низку важливих висновків щодо природи стресу, його впливу на професійну діяльність та механізмів формування стресостійкості. Стрес є невід'ємною частиною професійного життя медичних працівників, оскільки їхня діяльність пов'язана з високим рівнем відповідальності, емоційною напругою, ненормованим робочим графіком та іншими стресогенними чинниками. Ці фактори, як показано в дослідженні, можуть призводити до емоційного вигорання, професійної деформації та зниження ефективності праці, що негативно позначається не лише на самих медичних працівниках, але й на якості надання медичної допомоги.

Стрес, як комплексна реакція організму на зовнішні та внутрішні подразники, має як позитивні (еустрес), так і негативні (дистрес) прояви. Позитивний стрес сприяє мобілізації внутрішніх ресурсів і адаптації до нових умов, тоді як дистрес, особливо в умовах хронічного впливу, може викликати серйозні фізіологічні та психологічні порушення, такі як зниження імунітету, депресивні стани чи навіть захворювання, що загрожують життю. Теоретичні моделі, запропоновані Гансом Сельє, З. Фрейдом, Х. Воффом та іншими дослідниками, підкреслюють багатогранність цього феномену, вказуючи на його залежність від генетичних, психологічних і соціальних факторів.

Особливу увагу в дослідженні приділено стресостійкості як ключовій характеристиці, що дозволяє медичним працівникам ефективно справлятися з професійними викликами. Стресостійкість розглядається як комплексна властивість особистості, що включає когнітивні, емоційні, поведінкові, фізіологічні та соціокультурні механізми. Ці механізми, такі як оцінка ситуації, рефреймінг, емоційна саморегуляція, самоефективність, соціальна підтримка та здоровий спосіб життя, відіграють вирішальну роль у збереженні психологічної рівноваги та професійної продуктивності. Важливо зазначити, що

стресостійкість не є статичною рисою, а формується та розвивається під впливом індивідуальних особливостей, життєвого досвіду та зовнішніх умов, включаючи соціальну підтримку та професійне середовище.

Професійна діяльність медичних працівників вирізняється специфічними стресогенними чинниками, такими як висока відповідальність за життя та здоров'я пацієнтів, емоційне зараження від їхніх переживань, ненормований графік роботи, економічна незабезпеченість та бюрократичне навантаження. Ці фактори сприяють розвитку синдрому емоційного вигорання, яке проявляється у виснаженні, зниженні емпатії та відчутті професійної неефективності. Для запобігання цим негативним наслідкам необхідне цілеспрямоване формування стресостійкості, яке може включати психоаналітичні, біхевіоральні, гуманістичні та системні підходи. Кожен із цих підходів має свої переваги та обмеження, але їх інтеграція дозволяє створити комплексну стратегію підвищення стресостійкості.

Таким чином, стресостійкість медичних працівників є важливим фактором забезпечення їхньої професійної ефективності та психічного здоров'я. Формування цієї якості потребує комплексного підходу, який враховує як індивідуальні особливості особистості, так і специфіку професійного середовища. Подальші дослідження в цій галузі мають бути спрямовані на розробку практичних програм і тренінгів, які сприятимуть розвитку стресостійкості, зокрема через удосконалення навичок саморегуляції, посилення соціальної підтримки та створення сприятливих умов праці. Такі заходи не лише підвищать якість професійної діяльності медичних працівників, але й сприятимуть їхньому загальному благополуччю, що є критично важливим у контексті сучасних викликів медичної сфери.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ МЕХАНІЗМІВ СТРЕСОСТІЙКОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

2.1. Мета, завдання та організація емпіричного дослідження

Метою даного емпіричного дослідження є аналіз та виявлення основних психологічних механізмів, які забезпечують стресостійкість у професійній роботі та діяльності медичних працівників. Особлива увага приділяється внутрішнім чинникам стресостійкості, таким як рівень емоційної саморегуляції, когнітивні стратегії подолання стресу та зовнішнім факторам, а саме професійному середовищу, організації та підтримці.

Завданнями дослідження було визначити різні інструменти психодіагностики, які придатні та валідні для вимірювання рівня стресостійкості, а також для оцінки інших характеристик; провести обстеження вибірки медичного класу різного профілю; проаналізувати отримані результати.

Для дослідження була використана вибірка з 18 медичних працівників, зокрема 5 лікарів стоматологічного та терапевтичного напрямлення, 9 медсестер та медбрів з відділень невідкладної допомоги, стоматології, гінекології, терапії та 4 молодші медичні сестри відділення терапії. Респоденти нині працюють в різних медичних установах (стоматологічна клініка, поклініка, стаціонари, відділення невідкладної допомоги).

Медичні працівники кожен день присутні у середовищі підвищеного емоційного та психологічного навантаження. Їх професійна робота насамперед пов'язана з високим рівнем відповідальності та постійним контактом із людськими стражданнями. Саме тому вибір респодентів був обґрунтованим і спрямованим на вивчення рівня відповідальності, досвіду роботи та функціонального навантаження на формування та підтримання стресостійкості в межах професійної сфери.

Респодентів було поділено на 3 групи - за рівнем медичної освіти. Перша група складалася з 5 лікарів, де було 3 жінки і 2 чоловіка. Друга група з медичних сестер і братів, де було 7 жінок і 2 чоловіки. Третя група мала в своєму складі 3

жінки і 1 чоловіка та складалася з молодшого медичного персоналу.

Обстеження респодентів проходило у форматі індивідуальних сесій з дотриманням етичного кодексу психолога, правилами конфіденційності, безпеки та добровільної згоди. За потреби, були надані додаткові пояснення досліджуваного явища. Учасникам зазначалась мета та завдання дослідження. Усі дані було опрацьовано з використанням кількісного аналізу.

Серед методичного та діагностичного інструментарію було обрано тест життєстійкості С. Мадді(дод.1), шкалу тривожності Спілберга-Ханіна(дод.2), методику “копінг-стратегії” Лазаруса та Фолькмана для визначення стилів подолання стресу(дод.3) та опитувальник професійного вигорання Маслача(дод.4).

Тест життєстійкості С. Мадді в адаптації Д. О. Леонтєва та Є. І. Алексеєва ставить мету дослідити рівень життєстійкості особистості, її можливість та здатність впоратися зі стресовими подіями, змогу долати труднощі без суттєвих втрат. Саме поняття “життєстійкість” було введено амереканським психологом Сальваторе Мадді. За його думкою, життєстійкість - це особистий ресурс людини, який допомагає їй адаптуватися до викликів, підтримувати внутрішню рівновагу. Сама методика містить 45 тверджень, де респоденту треба оцінити ступінь згоди від 1 до 5 згідно твердження. Головними складовими опитувальника є залученість - тобто відображення включеності особистості в активність життя, її зацікавленість у спілкуванні та діяльності; другою є контроль - оцінка переконаності людини у здатності впливати на своє життя; третьою є прийняття ризику - демонструє сприйняття змін, як природньої частини свого існування. За цією методикою високі показники будуть свідчити про здатність ефективно адаптуватися до стресових умов, зберігати внутрішню цілісність. Максимальний загальний результат -125 балів, де шкала залученість має 54 бали, шкала контроль 54 бали, а шкала прийняття ризику - 27 балів.

Шкала тривожності Спілберга-Ханіна використовується психологами для обзначення рівня тривожності, яка розглядається важливим показником емоційної регуляції особистості. Автори акцентують свою думку на тезі, що

тривожність являє собою 2-ох компонентне явище - ситуативну та особистісну тривожність. Ситуативна (реактивна) являє собою змінний психоемоційний стан, тоді як особистісна - є достатньо стабільним показником та відображає загальну схильність сприймати ситуації, як загрозу. Методика містить 40 тверджень - по 20 для кожного компоненту. Респодент обирає відповідь, яка найбільше оцінює ступінь його емоційної реакції від 1 до 4. Високі показники у шкалі ситуативної тривожності будуть свідчити про сильне емоційне напруження в період тестування. Підвищення показників в особистій тривожності вкаже на загальну тривожну спрямованість людини.

Методика дослідження копінг-стратегій Р. Лазаруса та С. Фолькман призначена для аналізу поведінкових та когнітивних механізмів, через які особистість долає стресові життєві обставини. Вчені цієї методики дивилися на термін “копінг”, як на динамічний процес адаптації, що включає емоційні реакції, усвідомлення дії та способи поведінки. Структура представлена у 50 твердженнях, де респоденту потрібно оцінити кожне з них по шкалі від 1 до 4. За результатами високими показниками є 18-24 бали, середніми - 12-17 балів, низькими до 11.

Опитувальник “Рівень суб’єктивного контролю” (РСК) Дж. Роттер в адаптації А. Басса визначає ступінь особистісного локусу контролю, тобто того, наскільки людина вважає себе відповідальною за події свого життя. Концепція локусу контролю базується на ідеї Дж Роттера, що індивіди можуть по-різному інтерпретувати точки контролю свого життя. Завдяки адаптації А. Басса рівень РСК можна виявити в різних сферах життя. Складається методика з 44 тверджень, які поєднуються між собою у 7 шкал: сімейні відносини, невдачі діяльності, успіхи, міжособистісні конфлікти, професійні ситуації, ставлення до здоров’я та загальна відповідальність подій. Твердження має 2 варіанти відповіді, де перший визначає інтернальну а другий екстернальну позицію.

2.2 Методи дослідження стресостійкості та психологічних механізмів

Для дослідження стресостійкості та психологічних механізмів використовувався комплексний підхід, який включає в себе кількісні та якісні методи психологічної діагностики.

Емпіричний метод - мав на меті вивчення поведінки, реакцій та психічних особливостей респодентів в реальних умовах їх діяльності.

Психодіагностичний метод - передбачав застосування валідованих методик, спрямованих на вивчення копінг-стратегій, життестійкості, тривожності та емоційного вигорання. Це в свою чергу дозволило кількісно оцінити рівень сформованості механізмів психологічної стійкості.

Спостереження - використовувався як допоміжний засіб для загального розуміння проявів досліджуваних. Воно відбувалось під час самого тестування на індивідуальних сесіях а також в моментах заповнення анкет збору даних.

Метод аналізу та узагальнення - застосовувався на ключовому етапі для інтерпретації результатів, встановлення закономірності, виявлення тенденцій.

Етапи проведення дослідження склалися з 5 фаз:

1. Підготовча - формування вибірки, узгодження умов проведення дослідження з кожним респодентом, забезпечення етичних стандартів.
2. Організаційна - ознайомлення респодента з інструкціями завдань, створення оптимальних умов для проходження психодіагностичних процедур, проведення тестування з кожним респодентом з використанням зазначеного вище комплексу методик.
3. Збору емпіричних даних - проведення психодіагностики, фіксація відповідей, виявлення проявів тривожності, вигорання, життестійкості та стилів подолання стресу, первинна обробка результатів.
4. Аналітична - систематизація даних, узагальнення кожної методики, статистична обробка, побудова інтеграційних профілів респодентів.
5. Узагальнююча - глибинний аналіз отриманих даних, визначення взаємозв'язків між окремими психологічними показниками, формулювання виновок.

2.3. Аналіз результатів дослідження та інтерпретація даних

За проведеними опитуваннями можемо проаналізувати результати для кожної з груп для кожної методики.

А тестом Мадді максимально можливо було набрати 135 балів, в залученості -54, в контролі -54, в прийнятті ризику -27

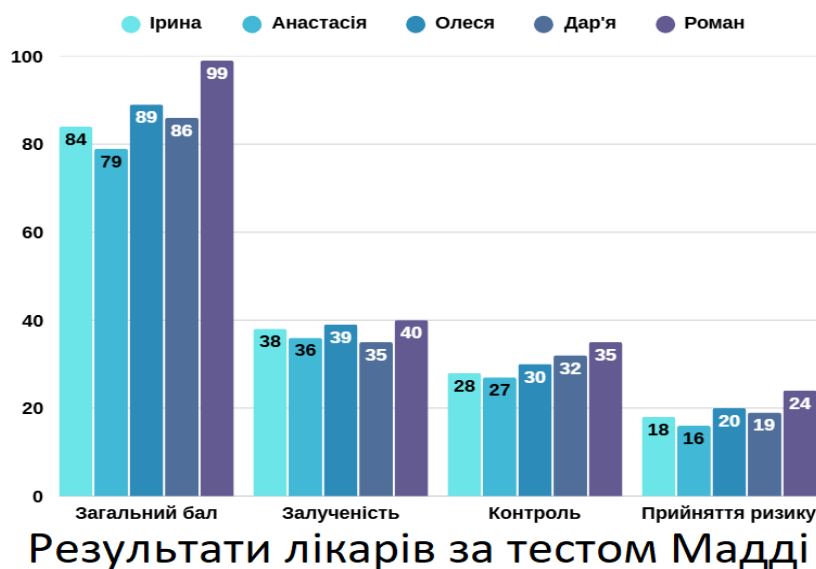


Рис. 2.1 Результати методики Мадді для 1-ї групи. Усі лікарі мають високі та наближені до ній показники життєстійкості. Також можна відмітити, що в лікаря-чоловіка показники є найвищими.

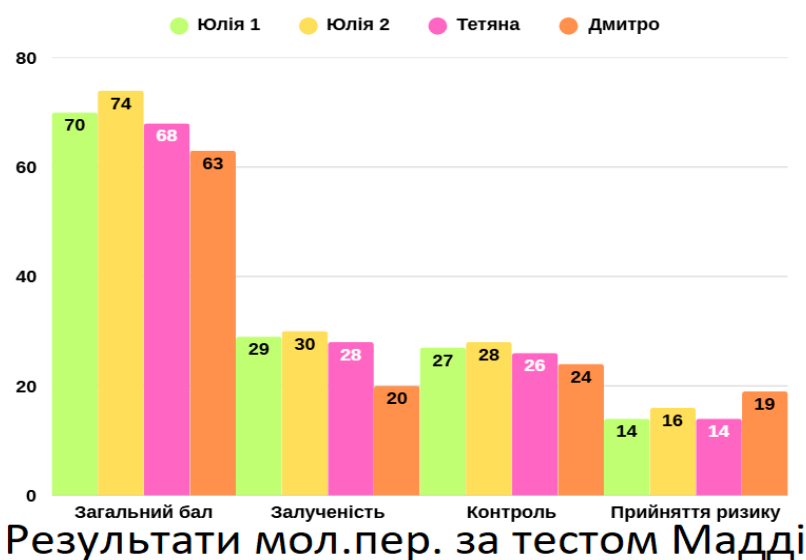
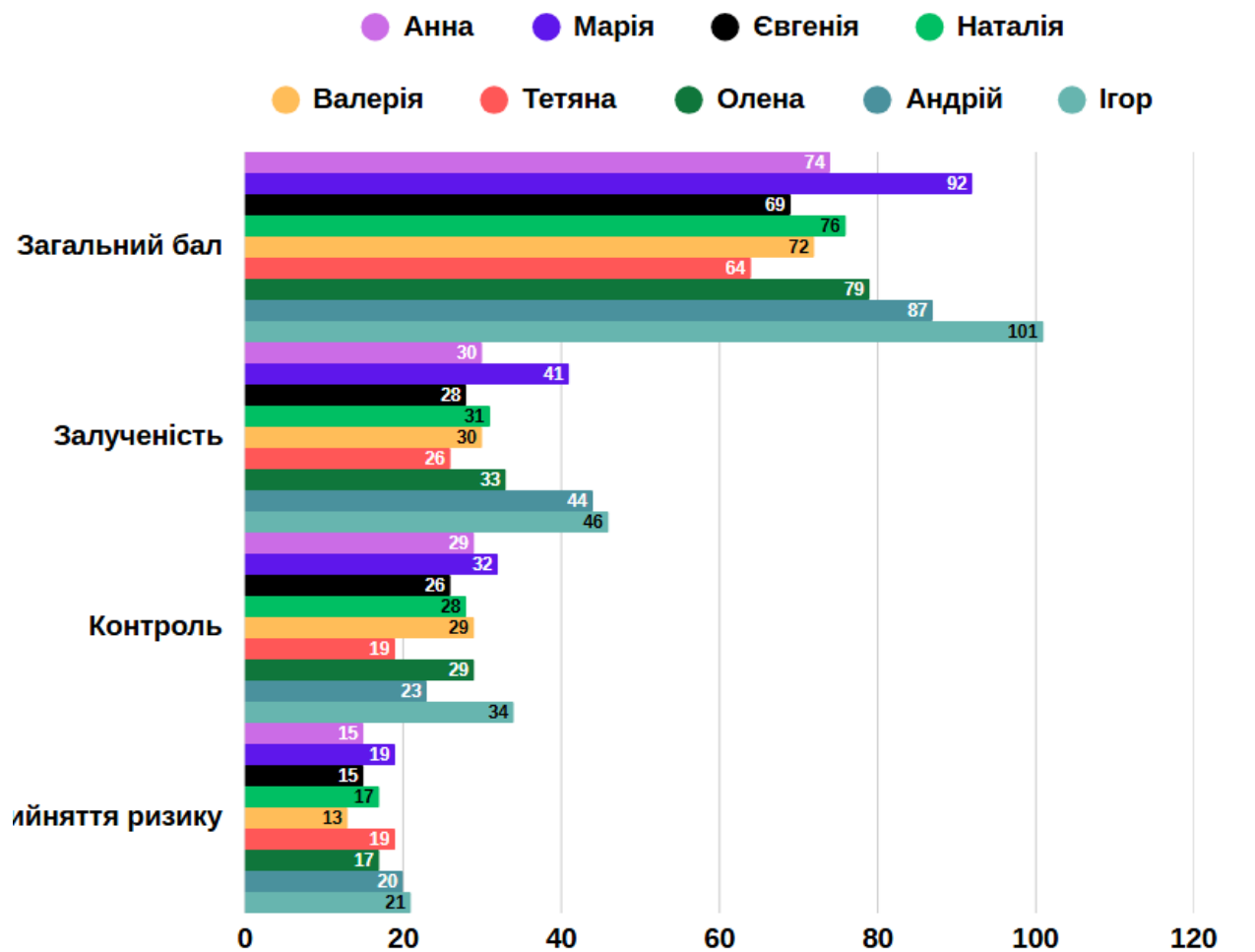


Рис. 2.2 Результати методики Мадді для 3-ї групи. Усі учасники групи демонструють стійкий але не високий рівень життєстійкості. Факторами можуть бути рутинність, низька самореалізація. Рекомендаціями для

підтримки життєстійкості тут можуть виступати мікротренінги саморегуляції, підвищення значущості медичного персоналу, залучення до повноцінної командної взаємодії.

Для другої, самої великої групи також можемо продемонструвати наступні результати:

Рис. 2.3 Результати методики Мадді для 2-ї групи



Результати мс та мб за тестом Мадді

Таким чином результати показують достатньо неоднорідний рівень стресостійкості. Високі показники чоловіків можуть свідчити про кращу адаптацію до професійних вимог, в той же час, коли частина жінок демонструє потребу у додатковій підтримці для підвищення залученості та контролю. Враховуючи специфіку програми роботи кожного працівника, важливо вчасно помічати коливання в показниках життєстійкості. Також додатково можна відвідувати психологічні програми, що спрямовані на розвиток саморегуляції, підвищенню впевненості та ефективних стратегій подолання стресу, особливо серед тих, хто має найнижчі показники.

Другою методикою для респодентів була проведена шкала С-Х. За двома шкалами можна було набрати всього 80 балів - по 40 для кожної шкали.

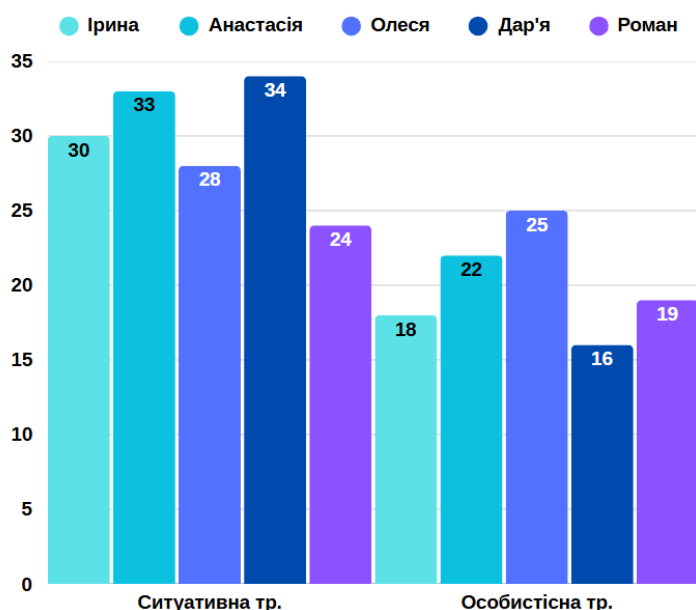


Рис. 2.4 Результати методики С-Х для 1-ї групи. Рівень ситуативної тривожності знаходиться на помірному рівні тоді ж коли рівень особистісної був меншим майже у всіх. Такі результати свідчать, що учасники мають адекватний рівень емоційної регуляції та

Результати методики С-Х для лікарів

здатність справлятися з короткочасним стресом.

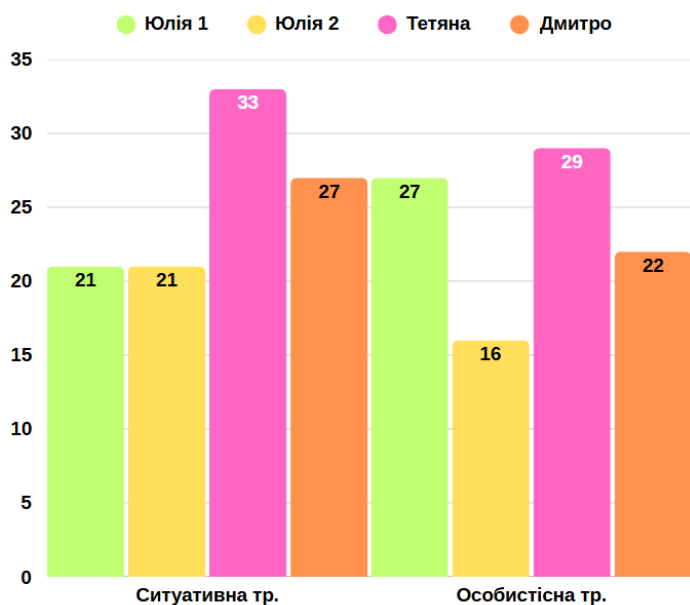


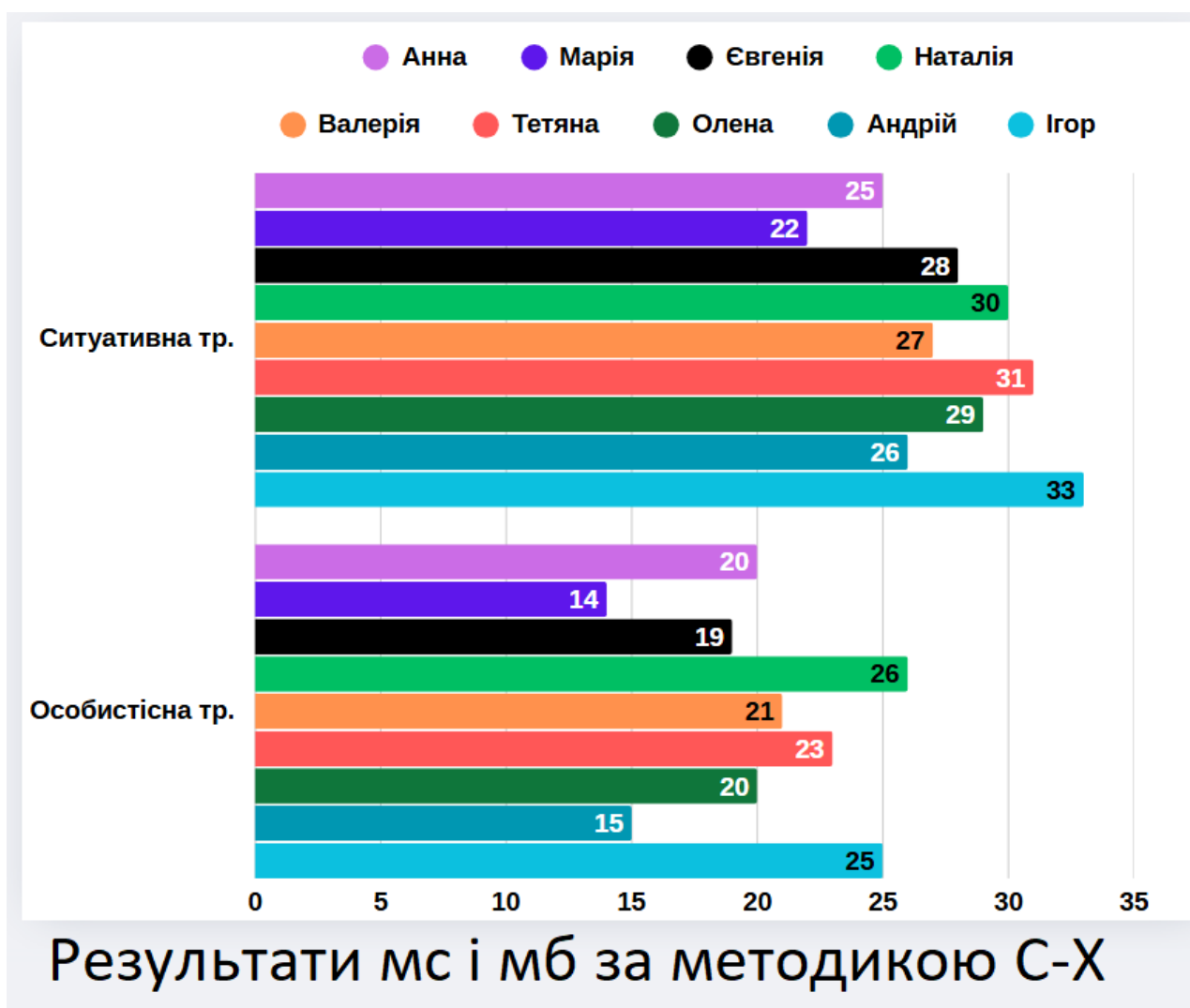
Рис. 2.5 Результати методики С-Х для 3-ї групи. Показники групи свідчать про різноманітний рівень емоційної регуляції. Вони коливаються від помірному до високого. Також наявний низький рівень напруження в момент опитування у частини

Результати методики С-Х для мол.пер.

опитаних. Щодо особистісної тривожності, спостерігається варіативність показників, що свідчить про індивідуальні відмінності у загальній схильності до тривожності.

Для другої групи медичних працівників маємо такі результати:

Рис. 2.6 Результати методики С-Х для 2-ї групи



Такі результати показали, що в медичних працівників другої групи спостерігається середній рівень тривожності, що в цілому відповідає їх рівню життєстійкості за методикою Мадді. Зокрема, у тих респодентів, які мають високий рівень життєстійкості, зафіксовано нижчі показники ситуативної та особистісної тривожності, що свідчить про наявність ефективних стратегій емоційного контролю у складних життєвих ситуаціях. Водночас, ті, у кого життєстійкість виявилась меншою, демонструють вищий рівень тривожності, що може вказувати на потребу в додатковій підтримці.

Також варто враховувати, що рівень стресостійкості у медиків залежить не лише від професійного досвіду, а й від особистісних характеристик. Це підкреслює важливість індивідуального підходу у психологічній підтримці.

Наступною методикою для аналізу поведінкових та когнітивних механізмів, через які особистість долає стресові життєві обставини була методика дослідження копінг-стратегій Р. Лазаруса та С. Фолькман. Маємо наступні результати: Таблиця 2.1 Результати 3-ох груп дослідження копінгу

Ім'я	План. Вирішення проб.	Пошу ксоц. підтримки	Прийняття відповідальності	Кон фрон тація	Уникнення	Самоконтроль	Позит. переоцінка	Дистанціювання
Група 1 - лікарі								
Ірина	22	18	15	12	9	20	21	14
Анастасія	24	19	17	11	8	22	20	15
Олеся	21	20	16	13	10	16	19	15
Дар'я	23	17	14	14	10	18	22	10
Роман	20	14	19	8	9	23	22	7
Група 2 - медсестри та медбрати								
Анна	21	19	15	19	9	20	20	7
Марія	24	21	17	11	8	22	22	9
Євгенія	18	15	13	14	12	17	18	6
Наталія	20	18	14	12	11	19	19	14
Валерія	19	12	13	13	10	17	18	12
Тетяна	17	14	12	12	13	16	16	11
Олена	22	20	15	10	9	21	21	15
Андрій	23	19	16	7	10	20	19	12
Ігор	24	15	19	9	8	24	23	13
Група 3 - молодший медичний персонал								
Юлія 1	17	18	13	10	14	15	16	15
Юлія 2	15	16	14	11	13	17	21	16
Тетяна	18	19	15	9	12	18	19	15
Дмитро	14	15	10	19	18	10	13	17

Після аналізу даних третьої методики можна зробити висновки, що серед лікарів переважають копінг-стратегії, орієнтовані на активне вирішення труднощів. Зокрема, вони часто використовують планування, беруть на себе відповідальність за результати своєї діяльності та вміють переосмислювати ситуації з позитивного боку. Це свідчить про прагнення діяти раціонально в умовах стресу, залишаючись включеними в процес і зберігаючи контроль над емоціями. Такі респонденти демонструють високу здатність до саморегуляції. Низький рівень копінгів, пов'язаних з уникненням або агресивною реакцією, вказує на схильність до конструктивного розв'язання проблем без емоційного загострення. Тільки в поодиноких випадках помітна схильність до дистанціювання, що може означати прагнення тримати баланс, не втрачаючи включеності в ситуацію.

У групі медсестер та медбратів спостерігається більш різноманітне використання копінг-стратегій, що відображає індивідуальні особливості та широкий спектр робочих завдань. Найчастіше вони вдаються до планування, пошуку підтримки в соціальному середовищі та збереження самоконтролю — усе це вказує на готовність до командної взаємодії та стійкість у складних обставинах. Водночас частина респондентів проявляє схильність до уникнення або емоційного виснаження, що може бути результатом професійної перевтоми або напруженого графіка. Позитивна переоцінка й дистанціювання коливаються залежно від умов роботи, досвіду та особистих ресурсів кожного учасника.

Молодші медичні працівники частіше орієнтуються на емоційні способи подолання труднощів, такі як уникнення, звернення за підтримкою, дистанціювання або спроби переосмислення ситуацій у позитивному ключі. Це може бути пов'язано з обмеженим впливом на ухвалення рішень, меншою управлінською відповідальністю чи віковими особливостями. Вони рідко обирають конфронтаційні стратегії, що може свідчити про потребу в емоційній стабільності та прагнення уникати конфліктів.

Четвертою методикою було використано “Рівень суб’єктивного контролю”

(РСК) Дж. Роттер в адаптації А. Басса. Проаналізуємо отримані результати:

Таб.2.2 Результати 3-ох груп дослідження РСК

Ім'я	Заг. бал	Досягнен ня	Невда чі	Міжос.конфлік ти	Сімей ні стос.	Про ф. Діял ь.	Ставлен ня до здор.
Група 1 - лікарі							
Ірина	29	5	4	3	4	5	5
Анастас ія	30	6	3	3	4	5	4
Олеся	28	4	4	4	3	5	4
Дар'я	31	5	5	3	4	5	4
Роман	27	5	3	3	3	5	3
Група 2 - медсестри та медбрати							
Анна	26	4	4	3	3	5	4
Марія	28	5	4	4	3	5	5
Євгенія	24	3	4	2	2	5	4
Наталія	27	4	3	4	4	5	4
Валерія	23	3	4	2	3	4	3
Тетяна	22	2	3	2	2	5	3
Олена	29	5	5	4	3	6	6
Андрій	28	5	4	4	3	6	6
Ігор	30	6	5	5	3	6	5
Група 3 - молодший медичний персонал							
Юлія 1	22	3	3	3	3	2	5
Юлія 2	24	3	4	3	3	3	5
Тетяна	25	4	3	4	4	3	5
Дмитро	21	2	3	2	2	2	4

Як бачимо, учасники групи лікарів мають в загальному високий рівень

інтернальності, що простежується через стійке переконання в особистій відповідальності за події у професійній, соціальній та особистій сферах. Найвищі значення виявлено за шкалами «досягнення» та «професійна діяльність», що свідчить про сформовану установку: результат залежить переважно від власних зусиль, а не від випадку чи зовнішніх обставин. Така позиція гармонійно поєднується з результатами тесту Мадді, де переважав високий рівень життєстійкості, та з методикою Спілбергера — низькою або помірною тривожністю. Підкреслюється також схильність до проблемно-орієнтованих копінг-стратегій, особливо в частині планування та самоконтролю (за Лазарусом), що підтверджує зрілу адаптивність та психологічну готовність до складних ситуацій у роботі. Навіть у тих, хто показав нижчі загальні бали, інтернальна позиція зберігається у ключових сферах.

Друга група виявила більш строкату картину локусу контролю. Хоча більшість учасників схильна брати на себе відповідальність у сфері досягнень і професійних завдань, у таких напрямках, як здоров'я, міжособистісні конфлікти чи невдачі, помітна екстернальна орієнтація. Такі особливості можуть бути пов'язані зі специфікою роботи, де рішення часто ухвалюються старшими колегами, а також із високим емоційним навантаженням, про яке свідчили помірні показники тривожності та емоційно-змішані копінги в попередніх методиках. Водночас схильність до соціальної підтримки, самоконтролю та планування свідчить про значний потенціал до психологічної саморегуляції, якщо створені сприятливі умови. Наявність декількох респондентів з помірно екстернальним локусом потребує додаткової уваги — у контексті підтримки мотивації й підвищення суб'єктивної впевненості в професійній сфері.

Третя виявила більш строкату картину локусу контролю. Хоча більшість учасників схильна брати на себе відповідальність у сфері досягнень і професійних завдань, у таких напрямках, як здоров'я, міжособистісні конфлікти чи невдачі, помітна екстернальна орієнтація. Такі особливості можуть бути пов'язані зі специфікою роботи, де рішення часто ухвалюються старшими колегами, а також із високим емоційним навантаженням, про яке свідчили

помірні показники тривожності та емоційно-змішані копінги в попередніх методиках. Водночас схильність до соціальної підтримки, самоконтролю та планування свідчить про значний потенціал до психологічної саморегуляції, якщо створені сприятливі умови. Наявність декількох респондентів з помірно екстернальним локусом потребує додаткової уваги — у контексті підтримки мотивації й підвищення суб'єктивної впевненості в професійній сфері.

Тож проведене емпіричне дослідження дозволило виявити психологічні особливості стресостійкості медичних працівників різних професійних рівнів на основі комплексної діагностики за методиками С. Мадді (життестійкість), Ч. Спілбергера (тривожність), Р. Лазаруса та С. Фолькмана (копінг-стратегії), а також шкали РСК Дж. Роттера в адаптації А. Басса (локус контролю). Отримані дані підтверджують, що стресостійкість є багатовимірним психічним конструктом, який включає когнітивні, емоційні та поведінкові компоненти, що змінюються залежно від професійного статусу, обов'язків та досвіду.

Лікарі (перша група) продемонстрували найвищі показники життестійкості, що проявляється у впевненості у власній здатності впливати на події, контролювати ситуації та знаходити сенс у професійних викликах. Це супроводжувалося помірним або низьким рівнем тривожності, домінуванням проблемно-орієнтованих копінг-стратегій (планування, прийняття відповідальності, самоконтроль), а також інтернальним локусом контролю — особливо у сферах досягнень та професійної діяльності. Така цілісна картина свідчить про сформовану адаптаційну систему, що дозволяє лікарям зберігати емоційну стабільність та ефективно реагувати на стрес.

Середній рівень життестійкості, а також більша варіативність у копінг-поведінці спостерігалися в медсестер та медбратів (друга група). Хоча вони також часто орієнтуються на соціальну підтримку та планування, частіше демонструють помірну тривожність та змішані стратегії реагування (наприклад, уникнення або дистанціювання у поєднанні з активними діями). У структурі локусу контролю виявлено більшу кількість екстернальних установок у сферах, що пов'язані з невдачами, здоров'ям і конфліктами. Це може свідчити про вплив

зовнішніх факторів (керівництво, обмежені повноваження), які знижують відчуття особистого впливу, незважаючи на загальну професійну включеність.

Молодший медичний персонал (третя група) відзначився помірними або низькими показниками життєстійкості, підвищеною тривожністю та переважно емоційно-орієнтованими копінг-стратегіями — уникнення, дистанціювання, пошук підтримки. У локусі контролю домінують екстернальні установки, що вказує на обмежене відчуття контролю над професійними та особистими подіями. Це, ймовірно, пов'язано з меншою автономією, старшим віком деяких респондентів, відсутністю впливу на прийняття рішень та недостатнім психологічним супроводом у робочому середовищі. Однак у частини учасників фіксується інтернальність у професійній сфері, що свідчить про наявність адаптивного потенціалу.

Загалом результати підтверджують наявність взаємозв'язку між рівнем життєстійкості, типами копінг-стратегій, рівнем тривожності та суб'єктивним локусом контролю. Більш адаптивні профілі виявляються у працівників із вищою професійною автономією, досвідом та відчуттям контролю над подіями. Водночас респонденти з меншими ресурсами потребують цілеспрямованої психологічної підтримки, розвитку внутрішнього локусу контролю та формування більш ефективних стратегій подолання стресу.

2.4 Вікові, статеві та професійні особливості прояву стресостійкості.

У межах емпіричного дослідження було вивчено, як вік, стать і професійна роль впливають на стійкість до стресу серед медичних працівників. Для аналізу сформовано три групи: лікарі (28–45 років, вища медична освіта), середній медичний персонал (медсестри та медбрати, 25–55 років, середня спеціальна або базова вища освіта) та молодший медичний персонал (45–60 років, переважно технічна освіта). Такий поділ дав змогу дослідити особливості психологічної адаптації в різних сегментах медичної сфери.

Аналіз вікових відмінностей виявив певні тенденції. У старшій групі, представленій переважно молодшим персоналом, спостерігається підвищена

ситуативна тривожність (за методикою Спілбергера), менша гнучкість у виборі стратегій подолання стресу та схильність до зовнішнього локусу контролю. Це може бути пов'язано з накопиченим емоційним вигоранням, обмеженою свободою в роботі та меншими можливостями впливати на рішення. У цій групі частіше використовуються емоційно-орієнтовані стратегії, такі як уникнення, дистанціювання чи пошук підтримки, що вказує на пасивніший підхід до подолання стресу. Проте в деяких учасників цієї вікової категорії проявляється помірна життєстійкість, імовірно, завдяки життєвому досвіду та сформованим звичкам адаптації через стабільні рутини та соціальні контакти.

Середній віковий сегмент (25–40 років), представлений переважно медсестрами та медбратами, демонструє різноманітні психологічні профілі. Частина респондентів вирізняється високим самоконтролем, орієнтацією на соціальну підтримку та здатністю до адаптивного планування, що свідчить про розвинені навички командної роботи й відповідальності. Водночас у деяких учасників цієї групи фіксується підвищена тривожність через професійне навантаження та невпевненість у своїх можливостях впливати на результати. За методикою РСК виявлено тенденцію до зовнішніх реакцій у ситуаціях міжособистісних конфліктів і проблем зі здоров'ям, що може бути наслідком обмежених ресурсів для саморегуляції в умовах високої емоційної напруги.

Лікарі, переважно з вищою освітою та у віці 30–45 років, показали найвищі показники стійкості до стресу. Це підтверджується високою життєстійкістю (за С. Мадді), переважанням внутрішнього локусу контролю (РСК) і активним використанням проблемно-орієнтованих стратегій подолання (за Лазарусом). Такий профіль вказує на здатність брати на себе відповідальність, зберігати конструктивну поведінку в стресових ситуаціях і свідомо регулювати емоції. Високий рівень планування та самоконтролю свідчить про ефективні механізми професійного самозбереження. Крім того, у цій групі зафіксовано найнижчий рівень тривожності, що сприяє успішному виконанню завдань в умовах високої відповідальності.

Хоча стать не була основним фактором дослідження, вона виявила певні

особливості. Жінки, які становили більшість у всіх групах, частіше проявляли високу емоційну залученість, що супроводжувалася помірною або підвищеною тривожністю. Це може бути пов'язано як із особистими рисами, так і з соціальними очікуваннями щодо їхньої ролі в турботі про інших. Жінки частіше зверталися до стратегій соціальної підтримки, що допомагало компенсувати емоційні затрати та сприяло адаптації. Чоловіки, хоч і були менш чисельними, демонстрували схильність до раціональних стратегій подолання та нижчий рівень тривожності, але в окремих випадках вдавалися до уникнення чи дистанціювання як захисних механізмів.

Загалом дослідження показало, що професійна роль, вік і освіта суттєво впливають на формування стійкості до стресу. Медичні працівники з вищим рівнем автономії та відповідальності мають більш адаптивні психологічні профілі. Натомість молодший медичний персонал потребує підтримки у розвитку особистих ресурсів для ефективного подолання стресу.

Висновки до розділу 2

У межах проведеного емпіричного дослідження було проаналізовано психологічні механізми стійкості до стресу серед медичних працівників різних професійних категорій: лікарів, середнього та молодшого медичного персоналу. Для оцінки використано низку психодіагностичних інструментів, зокрема Шкалу життєстійкості С. Мадді, Опитувальник тривожності Ч. Спілбергера, Копінг-опитувальник Р. Лазаруса та Методику рівня суб'єктивного контролю (РСК) в адаптації А. Басса. Ці методики дали змогу комплексно оцінити внутрішні ресурси медичних працівників для протистояння стресовим ситуаціям.

Результати показали, що лікарі вирізняються високим рівнем життєстійкості, переважанням внутрішнього локусу контролю та активним використанням проблемно-орієнтованих стратегій подолання. Це свідчить про їхню здатність брати відповідальність за професійні ситуації, адаптуватися до значних навантажень і ефективно регулювати власні емоції в складних умовах.

Низький або помірний рівень тривожності в цій групі вказує на розвинені механізми психологічної саморегуляції.

Середній медичний персонал, до якого входять медсестри та медбрати, демонструє різноманітні показники стресостійкості. Більшість представників цієї групи мають збалансований психологічний профіль із помірно життєстійкістю, орієнтацією на соціальну підтримку та самоконтроль. Однак у деяких учасників спостерігається підвищена тривожність і схильність до зовнішнього локусу контролю, особливо в питаннях здоров'я та міжособистісних взаємодій. Це може бути зумовлено високим емоційним навантаженням, обмеженою свободою в прийнятті рішень і менш стабільними умовами роботи.

Молодший медичний персонал частіше використовує емоційно-захисні стратегії подолання, такі як уникнення, дистанціювання чи позитивна переоцінка, демонструючи при цьому середній або знижений рівень життєстійкості та переважно зовнішній локус контролю в різних сферах життя. Вищий рівень тривожності в цій групі вказує на потребу в додаткових ресурсах для адаптації, а також на обмежену участь у прийнятті рішень і низьку професійну автономію, що впливає на їхню здатність ефективно справлятися зі стресом.

Дослідження вікових, статевих і професійних особливостей показало, що стійкість до стресу значною мірою залежить від професійного статусу, рівня освіти, ступеня відповідальності та сформованості особистих стратегій подолання труднощів. Фахівці з нижчим рівнем автономії та молодші за вислугою мають обмежені психологічні ресурси для саморегуляції в стресових умовах. Натомість лікарі виявили високу готовність до професійних викликів, емоційну стійкість і усвідомлення впливу своїх дій на результати роботи.

Отже, дослідження підкреслює необхідність індивідуалізованого підходу до підтримки психоемоційного стану медичних працівників з урахуванням їхнього професійного рівня, віку, досвіду та особистих характеристик.

РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНІ ШЛЯХИ ПІДВИЩЕННЯ СТРЕСОСТІЙКОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

3.1. Теоретичні підходи до розвитку стресостійкості у професіоналів

Розвиток стресостійкості є важливим аспектом професійної підготовки медичних працівників, оскільки їхня робота пов'язана з високим рівнем емоційних і психологічних навантажень. Стресостійкість дозволяє медикам зберігати емоційну рівновагу, ефективно виконувати професійні обов'язки та підтримувати позитивну атмосферу в колективі. У цьому підрозділі розглядаються основні теоретичні підходи до формування стресостійкості, які можуть бути застосовані в медичній практиці, з акцентом на психологічні механізми та практичні стратегії, що сприяють її розвитку[34].

Когнітивно-поведінковий підхід (КПТ) є одним із найпоширеніших у розвитку стресостійкості. Він базується на ідеї, що сприйняття людиною ситуації впливає на її емоційні та поведінкові реакції. У контексті медичної практики цей підхід допомагає працівникам переосмислювати складні робочі ситуації, розглядаючи їх як виклики, а не як непереборні перешкоди. Наприклад, медсестра, яка стикається з агресивною поведінкою пацієнта, може навчитися інтерпретувати таку ситуацію як тимчасову, а не як особисту образу, що знижує емоційну напругу[35].

КПТ включає техніки, такі як когнітивна реструктуризація, яка допомагає медикам змінювати негативні думки на більш конструктивні. Наприклад, замість думки «Я не впораюся з цією зміною» можна сформулювати установку «Я маю достатньо навичок, щоб зробити все можливе». Такі техніки сприяють розвитку впевненості та зменшенню тривоги. Крім того, КПТ передбачає тренування поведінкових стратегій, таких як планування робочого дня чи розподіл завдань, що допомагає уникнути перевантаження[36].

Практичне застосування КПТ у медичній сфері включає тренінги, де учасники вчаться розпізнавати автоматичні негативні думки та замінювати їх на раціональні. Наприклад, медик може пройти вправу, де аналізує ситуацію, що викликала напругу, визначає свої думки та емоції, а потім шукає альтернативні

способи реагування. Такі заняття допомагають не лише справлятися з поточними викликами, а й формувати довгострокову стійкість до стресу[37].

Ресурсний підхід, запропонований Стівеном Хобфоллом, акцентує на важливості збереження та накопичення особистих ресурсів для протидії стресу. Для медичних працівників такими ресурсами можуть бути фізична енергія, підтримка колег, професійна компетентність або час для відпочинку. Згідно з теорією, втрата ресурсів (наприклад, через надмірну кількість нічних змін) знижує стресостійкість, тоді як їх поповнення сприяє її зміцненню[38].

У медичній практиці цей підхід реалізується через створення умов для відновлення ресурсів. Наприклад, регулярні перерви під час робочого дня дозволяють медикам відновити енергію. Соціальна підтримка від колег також відіграє важливу роль: обмін досвідом чи проста розмова з товаришем по команді може допомогти знизити напругу. Крім того, професійне навчання та підвищення кваліфікації зміцнюють почуття компетентності, що є важливим ресурсом для медиків.

Емоційно-орієнтований підхід, запропонований Річардом Лазарусом, зосереджується на управлінні емоціями як ключовому елементі стресостійкості. Для медичних працівників, які постійно стикаються з емоційно зарядженими ситуаціями (наприклад, спілкуванням із хворими чи їхніми рідними), вміння регулювати емоції є критично важливим. Цей підхід допомагає медикам розпізнавати свої почуття та свідомо керувати ними, щоб уникнути накопичення напруги[39].

Практичні техніки цього підходу включають релаксаційні вправи, такі як глибоке дихання чи візуалізація спокійного місця, які дозволяють швидко знизити емоційну напругу. Наприклад, медик може використати дихальну техніку «4-7-8» (вдих на 4 секунди, затримка на 7, видих на 8) під час короткої перерви, щоб заспокоїтися після складного випадку. Крім того, емоційно-орієнтований підхід передбачає розвиток емпатії, що допомагає медикам підтримувати колег і створювати атмосферу взаєморозуміння в колективі. Тренінги з активного слухання, де учасники вчаться уважно слухати та задавати

відкриті питання, сприяють формуванню таких навичок. Цей підхід дозволяє медикам не лише справлятися з власними емоціями, а й створювати підтримуюче середовище на роботі[40].

Підхід усвідомленої уваги (mindfulness) базується на практиці зосередження на поточному моменті без оцінки чи відволікання на минуле чи майбутнє. Для медичних працівників цей підхід є особливо цінним, оскільки дозволяє зберігати ясність мислення в напружених ситуаціях, таких як екстрені випадки чи інтенсивні робочі зміни. Усвідомлена увага допомагає медикам зменшити вплив тривожних думок і зосередитися на виконанні завдань[41].

Практичне застосування mindfulness включає короткі вправи, такі як спостереження за диханням чи сканування тіла, коли людина звертає увагу на фізичні відчуття. Наприклад, медсестра може зробити хвилинну паузу, щоб зосередитися на своєму диханні перед початком складної процедури, що допомагає заспокоїтися та сконцентруватися. Тренінги з mindfulness часто включають медитації або вправи на усвідомлене виконання рутинних дій, таких як миття рук, що є частиною роботи медиків[42].

Соціально-орієнтований підхід підкреслює важливість соціальної підтримки та командної взаємодії для розвитку стресостійкості. Для медичних працівників, які працюють у колективі, підтримка колег є важливим ресурсом, що допомагає справлятися з професійними викликами. Цей підхід ґрунтується на ідеї, що міцні міжособистісні зв'язки знижують відчуття ізоляції та підвищують мотивацію.

Практичні методи цього підходу включають групові тренінги, де медики вчаться взаємодіяти, ділитися досвідом і надавати підтримку один одному. Наприклад, вправи на командну рефлексію, коли учасники обговорюють складні робочі ситуації та пропонують один одному поради, сприяють згуртованості. Крім того, соціально-орієнтований підхід передбачає розвиток навичок активного слухання та емпатії, що допомагають медикам підтримувати не лише колег, а й пацієнтів[43,44].

3.2.Програма тренінгу розвитку стресостійкості

Тренінг розроблений спеціально для медичних працівників, щоб допомогти їм справлятися з професійним стресом, підтримувати емоційне здоров'я та створювати міцніші зв'язки в колективі. Програма поєднує теоретичні знання з практичними вправами, щоб учасники могли розвинути навички управління стресом, підвищити свою адаптивність до складних ситуацій і навчитися підтримувати колег у напружених умовах. Після завершення тренінгу учасники відчуватимуть себе більш впевненими у подоланні стресу, матимуть інструменти для профілактики вигорання та зможуть створювати позитивну атмосферу на робочому місці

Мета тренінгу

1. Підвищити рівень стресостійкості медичних працівників.
2. Навчити ефективним методам управління стресом і профілактики емоційного вигорання.
3. Сприяти формуванню підтримуючого середовища в колективі.
4. Покращити емоційне благополуччя та професійну ефективність учасників.

Завдання тренінгу

1. Пояснити природу стресу та його вплив на здоров'я і роботу.
2. Навчити практичних технік саморегуляції для зниження напруги.
3. Розвинути емоційну стійкість через вправи та рефлексію.
4. Сформувати стратегії запобігання вигоранню.

Структура тренінгу

Тренінг складається з трьох сесій загальною тривалістю 4 години:

Сесія 1: Основи стресу та техніки релаксації (1,5 години).

Сесія 2: Саморегуляція через концентрацію та уяву (1 година).

Сесія 3: Стратегії профілактики вигорання та підтримка колег (1,5 години).

Правила тренінгу

1. Конфіденційність - Усе, що обговорюється на тренінгу, залишається в межах групи. Це створює безпечний простір для відкритості.

2. Повага до інших - Учасники слухають один одного без перебивань і поважають різні думки, що сприяє взаєморозумінню.
3. Відкритість до саморефлексії - Учасники готові аналізувати свої емоції та поведінку, що є основою для розвитку стресостійкості.
4. Активна участь - Усі беруть участь у вправах, навіть якщо вони здаються незвичними, адже практика — ключ до успіху.
5. Дотримання розкладу - Учасники поважають часові рамки, щоб тренінг залишався структурованим і комфортним.
6. Підтримуюча взаємодія - Коментарі мають бути конструктивними та спрямованими на розвиток, щоб уникнути критики чи засудження.
7. Без порівнянь - Кожен учасник розвивається у своєму темпі, без порівняння з іншими, що знижує тиск.
8. Регулярні перерви - Учасники дотримуються розкладу перерв для відновлення енергії

Сесія 1: Основи стресу та техніки релаксації

Тривалість: 1,5 години

Мета: Ознайомити учасників із природою стресу, допомогти розпізнати власні реакції на нього та освоїти базові техніки релаксації для зниження напруги.

Структура сесії

Вступ і знайомство (15 хвилин)

Тренер вітає учасників, дякує за їхню відданість професії та створює теплу атмосферу.

Учасники коротко представляються: ім'я, посада, стаж роботи. Вони також діляться очікуваннями від тренінгу, наприклад: «Хочу знайти способи справлятися з напругою після складних змін» або «Бажаю навчитися технік для спокою».

Тренер наголошує на важливості довіри та відкритості, підкреслюючи, що це безпечний простір для навчання та обміну досвідом.

Вправа: «Мої реакції на стрес» (30 хвилин)

Мета: Допомогти учасникам усвідомити, як вони реагують на стрес фізично, емоційно та поведінково.

Підготовка (5 хвилин): Тренер пояснює, що учасники заповнять анкету для аналізу своїх реакцій. «Ця вправа допоможе вам зрозуміти, як ваш організм сигналізує про стрес. Будьте чесними — це для вашого розвитку».

Анкета (10 хвилин): Учасники відповідають на питання:

Фізичні ознаки: Чи відчуваю напругу в шії, плечах? Чи буває прискорене серцебиття? Чи є проблеми зі сном?

Емоційні ознаки: Чи відчуваю тривогу, роздратування чи втому?

Поведінкові ознаки: Чи змінюється апетит? Чи уникаю певних ситуацій?

Ознаки вигорання: Чи відчуваю постійну втому? Чи втрачаю інтерес до роботи?

Групове обговорення (15 хвилин): У групах по 3–4 особи учасники діляться: «Які реакції ви помітили? Як вони впливають на вашу роботу? Чи є ознаки вигорання?» Тренер заохочує до обміну досвідом і підтримки.

Теоретична частина: Стрес і вигорання (15 хвилин)

Тренер пояснює:

Що таке стрес: фізіологічні та психологічні аспекти.

Позитивний стрес (еустрес) проти негативного (дистрес).

Емоційне вигорання: симптоми, етапи та вплив на медичних працівників.

Обговорення: учасники діляться, як стрес проявляється в їхній роботі та як пов'язаний із вигоранням.

Практика: Техніки релаксації (40 хвилин)

Вправа 1: Прогресивна м'язова релаксація (15 хвилин)

Мета: Зняти фізичну напругу через чергування напруження та розслаблення м'язів.

Тренер пояснює: «Ви навчитеся відчувати різницю між напругою та розслабленням, щоб знизити стрес».

Учасники послідовно напружують і розслабляють м'язи (обличчя, шия, руки, груди, живіт, ноги) по 10 секунд на етап.

Після вправи — обговорення: «Чи відчували полегшення? Як змінилося ваше тіло?»

Вправа 2: Дихання «4-7-8» (10 хвилин)

Мета: Заспокоїти нервову систему через контрольоване дихання.

Інструкція: вдих через ніс (4 секунди), затримка (7 секунд), видих через рот (8 секунд).

Тренер супроводжує: «Зосередьтеся на диханні, відпускайте напругу».

Обговорення: «Чи стало спокійніше? Які відчуття виникли?»

Вправа 3: Візуалізація спокійного місця (15 хвилин)

Мета: Знизити тривогу через уявлення комфортного місця.

Учасники уявляють місце, що асоціюється зі спокоєм (наприклад, озеро чи ліс), зосереджуючись на деталях: звуки, кольори, запахи.

Тренер: «Відчуйте, як це місце заспокоює вас».

Обговорення: «Яке місце ви уявляли? Як воно вплинуло на вас?»

Рефлексія та завершення (10 хвилин)

Учасники діляться: «Які техніки були найзручнішими? Чи відчували зміни?»

Завдання на тиждень: вести щоденник, записуючи стресові ситуації, їх причини та власні реакції.

Тренер завершує: «Сьогодні ми почали шлях до управління стресом. Практикуйте техніки щодня, і ми продовжимо на наступній сесії».

Сесія 2: Саморегуляція через концентрацію та візуалізацію

Тривалість: 1 година

Мета: Навчити учасників технікам концентрації та візуалізації для зниження стресу та зміцнення емоційної стійкості.

Структура сесії

Вступ (10 хвилин)

Тренер вітає групу, нагадує про техніки з першої сесії (дихання, м'язова релаксація) та пояснює мету: розвинути навички саморегуляції через фокусування уваги та уяву.

Короткий огляд: «Сьогодні ми навчимося зосереджуватися та

використовувати уяву для заспокоєння».

Вправа 1: Фокус на об'єкті (15 хвилин)

Мета: Розвинути здатність утримувати увагу, знижуючи емоційну напругу.

Учасники обирають об'єкт (наприклад, картина чи предмет у кімнаті) і 7 хвилин спостерігають за його деталями: форма, колір, текстура.

Тренер: «Якщо думки відволікаються, м'яко повертайтеся до об'єкта».

Обговорення: «Чи було важко зосередитися? Як змінилося ваше самопочуття?»

Вправа 2: Візуалізація з диханням (15 хвилин)

Мета: Поєднати дихання та уяву для глибшого розслаблення.

Учасники уявляють спокійне місце, практикуючи глибоке дихання (вдих 4 секунди, видих 6 секунд).

Тренер: «З кожним видихом відпускайте напругу, уявляйте спокій».

Обговорення: «Чи допомогло поєднання дихання та уяви? Які відчуття виникли?»

Вправа 3: Концентрація на диханні (15 хвилин)

Мета: Використати дихання для стабілізації емоцій.

Техніка: вдих через ніс (4 секунди), затримка (3 секунди), видих через рот (6 секунд).

Тренер: «Спостерігайте, як повітря наповнює ваше тіло».

Обговорення: «Чи відчували спокій? Чи було складно утримувати фокус?»

Рефлексія та завершення (10 хвилин)

Учасники діляться: «Які техніки були найефективнішими? Чи помітили зниження напруги?»

Завдання: щодня практикувати одну техніку (5–10 хвилин) і записувати стресові ситуації.

Тренер: «Ці інструменти допоможуть вам залишатися спокійними. Продовжуйте практикувати!»

Сесія 3: Стратегії профілактики вигорання та підтримка колег

Тривалість: 1,5 години

Мета: Навчити учасників стратегіям профілактики вигорання, розвинути навички емоційної підтримки та інтегрувати техніки в професійне життя.

Структура сесії

Вступ (15 хвилин)

Тренер вітає учасників, нагадує про попередні сесії та окреслює мету: навчитися підтримувати себе та колег, інтегрувати техніки в роботу.

Огляд: «Сьогодні ми зосередимося на емоційній стійкості та підтримці в колективі».

Вправа 1: Аналіз стресових ситуацій (25 хвилин)

Мета: Усвідомити причини стресу та знайти способи їх подолання.

Учасники записують недавню стресову ситуацію: що її викликало, які емоції та фізичні реакції виникли, як вони діяли.

У групах по 3–4 особи діляться: «Що викликало стрес? Які стратегії допомогли б?»

Тренер: «Розпізнавання тригерів — перший крок до контролю стресу».

Вправа 2: Метод 5 «П» (25 хвилин)

Мета: Аналізувати стресові ситуації через рефлексію.

Учасники обирають ситуацію та відповідають:

Проблема: що сталося?

Почуття: які емоції виникли?

Поведінка: як я діяв?

Перспективи: що можна зробити інакше?

Підсумки: які уроки я виніс?

Групове обговорення: «Чи допоміг аналіз змінити погляд на ситуацію?»

Тренер: «Цей метод учить бачити можливості навіть у складних моментах».

Вправа 3: Активне слухання (25 хвилин)

Мета: Розвинути навички емпатичної підтримки.

У парах учасники відтворюють сценарії:

Ситуація 1: медичний працівник слухає тривожного пацієнта.

Ситуація 2: медичний працівник підтримує колегу з вигоранням.

Завдання: слухати уважно, задавати відкриті питання, використовувати невербальні сигнали.

Обговорення: «Як відчувалося бути слухачем? Чи допомогло це іншій людині?»

Практика самопідтримки (20 хвилин)

Техніки:

Дихання зі звуком: вдих (4 секунди), видих із звуком «шшш» (6–8 секунд).

Моментальна перерва: 1–2 хвилини на дихання під час стресу.

Перемикання уваги: згадати радісний момент для відновлення.

Учасники практикують одну техніку та діляться: «Яка техніка здається найзручнішою?»

Закриття тренінгу (15 хвилин)

3.3. Апробація психотренінгу та аналіз його ефективності

Тренінг зі стресостійкості був протестований на групі з семи молодих медичних працівників (чотири дівчини та три хлопці, віком 19–27 років), які працюють медсестрами та фельдшерами у медичних закладах. Учасники часто стикаються з напруженим графіком, емоційними викликами та високою відповідальністю, що робить їх вразливими до стресу. Тренінг проводили в затишному приміщенні навчального центру протягом одного дня. Усі учасники дотримувалися правил, таких як конфіденційність, взаємна повага та активна участь.

Як проходила апробація

Тренінг складався з трьох частин, кожна з яких включала практичні вправи та обговорення. Учасники охоче брали участь, ділилися досвідом і були готові працювати над собою.

Частина 1: Що таке стрес і як його зменшити

На початку учасники познайомилися, розповіли про свою роботу та поділилися, чого чекають від тренінгу. Більшість хотіли навчитися справлятися

з напругою після важких змін і знайти способи зберігати спокій. У вправі, де вони аналізували свої реакції на стрес, учасники помітили, що часто відчувають напругу в тілі (наприклад, у плечах), тривогу чи дратівливість, а іноді уникають спілкування. Обговорення в малих групах допомогло відчути підтримку та обмінятися досвідом.

Лекція про природу стресу та вигорання зацікавила всіх. Учасники ділилися прикладами, коли стрес мотивував їх діяти швидко, але частіше згадували втому та емоційне виснаження. Практичні вправи, такі як дихання «4-7-8» і розслаблення м'язів, сподобалися за простоту. Дехто мав труднощі з уявленням спокійного місця, але після кількох спроб відчули полегшення. Учасники сказали, що дихальні техніки найлегше застосовувати на роботі.

Частина 2: Як зосередитися та заспокоїтися

Друга частина була присвячена вмінню концентруватися та використовувати уяву для розслаблення. Учасники вчилися зосереджуватися на предметі, що допомагало відволіктися від тривожних думок. Дехто спочатку відволікався, але з часом це стало легше. Поєднання дихання з уявою спокійного місця сподобалося кільком учасникам, які відчули розслаблення. Дихальні вправи знову виявилися найпопулярнішими, бо їх легко використовувати в напружені моменти. Учасники отримали завдання щодня приділяти 5–10 хвилин практиці та записувати стресові ситуації, що сприйняли з ентузіазмом, хоча дехто переживав через брак часу.

Частина 3: Як уникнути вигорання та підтримувати колег

Остання частина була найнасиченішою. Учасники аналізували реальні стресові ситуації з роботи, визначаючи, що їх викликає (наприклад, конфлікти з пацієнтами чи брак підтримки). Метод 5 «П» (аналіз проблеми, почуттів, поведінки, перспектив і висновків) допоміг по-новому подивитися на складні моменти. Учасники оцінили його за чіткість і корисність.

Вправа з активного слухання навчила уважно слухати та підтримувати інших. У парах учасники відтворювали ситуації, де один був тривожним пацієнтом, а інший — медиком, або підтримували колегу з ознаками вигорання.

Це допомогло зрозуміти, як важливі зоровий контакт і правильні питання. Техніки самодопомоги, як-от дихання зі звуком чи згадування приємних моментів, учасники назвали зручними для швидкого відновлення.

Результати

Після тренінгу учасники заповнили анкети, оцінивши його в середньому на 4,4 з 5 балів. Вони відзначили:

Прості та практичні техніки, які можна використовувати на роботі.

Дружню атмосферу, що дозволяла відкрито ділитися досвідом.

Краще розуміння стресу та його впливу.

Важливість підтримки в колективі.

Деякі учасники запропонували зробити тренінг довшим і додати більше прикладів із реальної практики.

Висновки

Тренінг виявився корисним для молодих медиків. Учасники навчилися простих способів справлятися зі стресом, стали більш впевненими в собі та готові підтримувати колег. Для покращення програми варто додати більше часу на вправи та приклади з роботи медичних працівників

Висновок до розділу 3

Розділ 3 присвячено вивченню психологічних способів підвищення стресостійкості медичних працівників, що є важливим для їхньої професійної діяльності через постійні емоційні та психологічні навантаження. У цьому розділі розглянуто теоретичні основи, практичну програму тренінгу та результати її випробування, що дозволило отримати повне уявлення про те, як можна розвивати стресостійкість у медиків.

У першому підрозділі проаналізовано п'ять основних підходів до формування стресостійкості. Когнітивно-поведінковий підхід допомагає медикам по-новому поглянути на складні ситуації, замінюючи негативні думки на позитивні, що зменшує тривогу та додає впевненості. Наприклад, замість думки про неможливість впоратися з напруженим днем медик вчиться думати, що він здатен виконати завдання крок за кроком. Ресурсний підхід наголошує на важливості таких ресурсів, як енергія, підтримка колег чи професійні знання, які допомагають уникати виснаження. Емоційно-орієнтований підхід учить керувати почуттями, використовуючи, наприклад, дихальні вправи чи уявлення спокійного місця, а також розвивати емпатію для підтримки колег. Підхід усвідомленої уваги (mindfulness) дозволяє зосереджуватися на поточному моменті, що допомагає зберігати спокій у напружених ситуаціях. Соціально-орієнтований підхід підкреслює цінність командної роботи та взаємодопомоги, що зменшує відчуття самотності та мотивує. Ці підходи разом створюють міцну основу для розвитку стресостійкості.

Другий підрозділ описує тренінг, створений спеціально для медичних працівників. Він поєднує теорію та практику, щоб навчити медиків справлятися з напругою, зберігати емоційне здоров'я та будувати міцні зв'язки в колективі. Тренінг складається з трьох частин: перша допомагає зрозуміти природу стресу та освоїти прості техніки розслаблення, друга вчить зосереджуватися та використовувати уяву для заспокоєння, а третя зосереджена на профілактиці вигорання та підтримці колег. Такі методи, як дихання «4-7-8», розслаблення м'язів чи вправи на активне слухання, були підібрані з урахуванням напруженого

графіка медиків. Тренінг створює безпечну атмосферу, де учасники можуть відкрито ділитися досвідом і працювати над собою.

Третій підрозділ розповідає про випробування тренінгу на групі з семи молодих медиків віком 19–27 років, які працюють медсестрами та фельдшерами. Учасники активно брали участь у заняттях і високо оцінили програму, поставивши їй у середньому 4,4 бала з 5. Вони відзначили, що дихальні вправи та техніки підтримки колег легко застосовувати на роботі, а дружня атмосфера допомогла відчути себе комфортно. Учасники краще зрозуміли, як справлятися з напругою, але запропонували зробити тренінг довшим і додати більше прикладів із їхньої щоденної роботи.

Отже, розділ показує, що стресостійкість медиків можна розвивати через поєднання теоретичних знань і практичних навичок. Тренінг, який використовує принципи різних підходів, допомагає медикам не лише долати професійні труднощі, а й дбати про своє емоційне здоров'я та підтримувати колег. Для покращення програми варто адаптувати її до різних груп медичних працівників, наприклад, молодших чи старших за вислугою, і додати більше практичних ситуацій із їхньої роботи. Ці висновки можуть стати основою для подальших досліджень і вдосконалення методів підтримки медичних працівників у їхній непростій професії.

ВИСНОВКИ

Дослідження, проведене в рамках дипломної роботи, присвячене аналізу психологічних шляхів підвищення стресостійкості медичних працівників, виявило ключові аспекти, які сприяють їхній адаптації до професійних викликів. Робота медиків пов'язана з високим рівнем емоційних і психологічних навантажень, що вимагає розвитку стресостійкості для збереження здоров'я, ефективності та позитивної атмосфери в колективі. Проведений аналіз теоретичних і практичних підходів, а також емпіричне дослідження дозволили сформуванню цілісного уявлення про механізми та стратегії формування цієї якості.

Теоретичні основи, розглянуті в першому розділі, підкреслюють багатогранність стресостійкості як властивості, що включає когнітивні, емоційні та поведінкові компоненти. Моделі Г. Сельє, З. Фрейда, Х. Воффа та інших учених вказують на складність стресових реакцій і необхідність комплексного підходу до їх подолання. У другому розділі емпіричне дослідження за допомогою психодіагностичних інструментів (Шкала життестійкості С. Мадді, Опитувальник тривожності Ч. Спілбергера, Копінг-опитувальник Р. Лазаруса, Методика рівня суб'єктивного контролю) виявило відмінності в стресостійкості між лікарями, середнім і молодшим медичним персоналом. Лікарі показали високий рівень життестійкості та внутрішнього контролю, тоді як середній і молодший персонал частіше використовують захисні стратегії та мають вищу тривожність, що вказує на потребу в додатковій підтримці.

Третій розділ зосереджений на практичних шляхах підвищення стресостійкості. У підрозділі 3.1 проаналізовано п'ять підходів: когнітивно-поведінковий, ресурсний, емоційно-орієнтований, усвідомленої уваги (mindfulness) і соціально-орієнтований. Кожен із них пропонує унікальні інструменти, такі як переосмислення ситуацій, накопичення ресурсів, управління емоціями, зосередження на моменті та командна підтримка. Підрозділ 3.2 описує тренінг, який поєднує ці підходи через практичні вправи, такі як дихання, релаксація та активне слухання, адаптовані до потреб медиків. Апробація тренінгу (підрозділ 3.3) на групі молодих медиків підтвердила його

ефективність (оцінка 4,4 з 5), хоча учасники висловили потребу в довших заняттях і більше практичних прикладів.

Результати роботи підкреслюють необхідність індивідуалізованого підходу до розвитку стресостійкості, враховуючи професійний статус, вік і досвід медиків. Подальші дослідження та програми мають фокусуватися на адаптації методів до різних груп працівників і створенні умов для їхньої психологічної підтримки, що сприятиме не лише професійній ефективності, а й загальному благополуччю медиків.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Овчаренко О. Ю. *Психологія стресу та стресових розладів : навч. посібник*. УН-Т «Україна», 2023. С. 8–15.
2. Сивогракова З. А. *Психологія стресу. Управління стресом як аспект психологічної компетентності фахівця : конспект лекцій*. 2015. С. 5–12.
3. Рурик Г. Л. *Стрес: секрети опанування себе : метод. рек.* 2020. С. 5–14.
4. Кравцов Д. Р. Поняття стресу та психологічної стійкості в межах різних теоретичних підходів. *Соціальна психологія. Юридична психологія. Габітус*, 2020, Вип. 18, Т. 1. С. 112–114.
5. Макарова О. П., Червоний П. Д. Сутність стресу та його вплив на організм людини в екстремальних умовах. *Соціальна психологія. Юридична психологія. Габітус*, 2023, Вип. 46. С. 223–225.
6. Рубінський В. Поняття стресу та стресової ситуації у психологічній науці. *Психолого-педагогічний факультет*, 2020. С. 146–148.
7. Сіренко Т., Кухарук О., Фроленкова О. *Управління стресом та самодопомога для медпрацівників : посібник*. 2023. С. 6–8.
8. Діас Е. Людські відносини. *LibreTexts*, 2012. Розд. 3.3.
9. Наугольник Л. Б. Сутність стресу, його види, ступені вираження та стадії розвитку. *Курс лекцій з навч. дисципліни «Психологія стресу»*. 2013. С. 11–13.
10. Губар А. О. Стрес як фактор впливу на адаптацію людини. *Наук. стаття*, 2010. С. 1–3.
11. Боярчук О. Д. *Біохімія стресу : навч. посібник*. ДЗ «ЛНУ імені Тараса Шевченка», 2013. С. 12–24.
12. Зайчикова Т. В. Психологічні передумови виникнення стресових реакцій особистості. *Серія 12. Психологічні науки*, Вип. 37(61), 2012. С. 189–194.
13. Стасюк В. В., Українець В. М. Сутність стресостійкості у психологічній науці. *Габітус. Загальна психологія. Історія психології*, Вип. 48, 2023. С. 60–63.
14. Шпак М. М. Стресостійкість особистості в дискурсі сучасних психологічних досліджень. *Психологія особистості. Габітус*, Вип. 39, 2022. С. 199–201.

15. Кравцов Д. Р. Аналіз теоретичних досліджень поняття «стресостійкість». *Психологічні та педагогічні проблеми професійної освіти та патріотичного виховання персоналу системи МВС України*, 2019. С. 236–238.
16. Гупало С. Р., Кулик Ю. О., Свідерська О. І. Теоретичний аналіз поняття стресостійкості як особистісного чинника професійної діяльності майбутніх психологів. *Le tendenze e modelli di sviluppo della ricerche scientifici*, Т. 2, 2020. С. 52–55.
17. Фурс О. Й. Основні підходи до формування стресостійкості здобувачів ЗП(ПТ) в умовах воєнного стану. *Наук. стаття*. НАПН України. С. 1–6.
18. Магдисюк Л. І., Казмірук О. Ю. Психологічні особливості стресостійкості медичних працівників. *Science, research, development. Pedagogy*, №12. С. 46–48.
19. Лапінська Т. В. Психоемоційний стан медичного персоналу, які працюють в умовах підвищеної стресогенності. *International Journal of Innovative Technologies in Social Science*, 2021. С. 1–11.
20. Лисенко О. Г. Психологічні особливості професійної діяльності медичних працівників. *Актуальні проблеми психології*, Т. І, Вип. 45. С. 60–64.
21. Хавкіна І. В. Психологічні фактори та умови професійної діяльності лікаря. *Bulletin of Medical Internet Conferences*, 2016, Vol. 6, Issue 5.
22. Колоскова О. К. Особливості розвитку та проявів синдрому емоційного вигорання в лікарів-педіатрів. *Буковинський державний медичний університет*, 2012, №7(42). С. 19–22.
23. Лазуренко О. О., Сміла Н. В. Особливості професійного становлення лікаря в умовах неперервної професійної освіти. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*, 2022. С. 65–68.
24. Дубчак Г. М., Рудюк Н. Г. *Дослідження особистості : практикум із загальної психології*. Рута, 2005. С. 76–79.
25. Дубчак Г. М. Розуміння професійної стресостійкості у психологічній літературі. *Науковий вісник Чернівецького університету. Педагогіка та психологія*, Вип. 649, 2014. С. 39–47.
26. Калашнікова О. А. Особливості стресостійкості особистості. *Світ*

психології, 2009. С. 73–75.

27. Козов С. В. Стійкість до стресу як один із чинників адаптивності особистості. *Вісник Національного університету оборони України*, 2011. С. 126–129.

28. Хамініч О. М. Резильєнтність: життєстійкість, стресостійкість чи життєздатність? *Науковий вісник Херсонського державного університету*, Вип. 6, Т. 2, 2016. С. 160–165.

29. Мартинюк С. Р. Аналіз зумовленості стресостійкості її первинними характеристиками. *Актуальні проблеми психології. Збірник*, Логос, 2007. С. 178–183.

30. Крайнюк В. М. *Психологія стресостійкості особистості : монографія*. 2007. 432 с.

31. *Психологія становлення професійної стресостійкості : автореф. дис.* 2018. С. 31–36.

32. Сікорська Л. Б., Вовк Л. П., Волотовська Я. В. Психологічні умови стресостійкості майбутніх фахівців системи спеціальної освіти. *Young Scientist*, №5 (45), 2017. С. 223–226.

33. *Медсестринство: теорія і практика : журнал* [Електронний ресурс]. URL: <https://nurse.dniprophc.com.ua/?p=7330>

34. Юр'єва Н. В. Мотиваційні ресурси стресостійкості військовослужбовців підрозділів Нацгвардії України. 2019. С. 56–91.

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

36. Дерев'янка С. П. *Когнітивно-поведінкова терапія : навч.-метод. рек.* НУЧК, 2023. С. 8–44.

37. Євенок О. О. Особистісне зростання в умовах трансформації сучасного суспільства. 2020. С. 166–215.

38. Єхалов В., Кравець О., Горбунцов В. Психологічна ресурсність лікарів-інтернів у воєнний час. *International Science Journal of Education & Linguistics*,

39. Гусак Н. та ін. *Психосоціальна підтримка в умовах надзвичайних ситуацій: підхід резилієнтності*. Київ, 2017.
40. Іванова Т. В. *Основи медичної психології : конспект лекцій*. СумДУ, 2022.
41. Гера Т. І. Майндфулнес-техніка на заняттях із психології як елемент психологічного супроводу майбутніх педагогів. *Науковий вісник ХДУ. Серія: Психологічні науки*, 2014. С. 174–179.
42. Романчук О. Майндфулнес-орієнтована КППТ – новий ефективний метод попередження рецидиву депресії [Електронний ресурс]. URL: [https://neuronews.com.ua/...](https://neuronews.com.ua/)
43. Коцан І. Я., Ложкін Г. В., Мушкевич М. І. *Психологія здоров'я людини : навч. посіб.* 2011. С. 251–311.
44. Казаков Ю. Г. та ін. Практико-орієнтований підхід до підготовки майбутніх лікарів. С. 100–102.
45. Тест життєстійкості С. Мадді в адаптації Д. О. Леонтєва та Є. І. Алексєєва [Електронний ресурс]. URL: <https://www.scribd.com>
46. Шкала тривожності Спілберга–Ханіна [Електронний ресурс]. URL: <https://studentam.net.ua>
47. Методика дослідження копінг-стратегій Р. Лазаруса та С. Фолькман [Електронний ресурс]. URL: [https://stud.com.ua/...](https://stud.com.ua/)
48. Опитувальник «Рівень суб'єктивного контролю» Дж. Роттера в адаптації А. Басса [Електронний ресурс]. URL: <http://personal.in.ua/article.php?ida=186>

ДОДАТКИ

Додаток 1

- Я щиро цікавлюсь тим, що відбувається у моєму житті.
- Коли стикаюся з труднощами, я зазвичай шукаю способи впоратись із ними.
- Я сприймаю зміни як виклик, а не як загрозу.
- У житті я переважно відчуваю себе пасивним спостерігачем.
- Я відчуваю, що маю вплив на те, що зі мною відбувається.

- Я уникаю глибокого залучення в події, які здаються складними.
- Мені подобається розв'язувати складні завдання.
- Навіть під тиском я намагаюся залишатися активним.
- Я легко здаюся, якщо обставини складаються не на мою користь.
- Я знаходжу сенс у більшості щоденних справ.
- Я не вірю, що мої зусилля здатні змінити ситуацію.
- Я відчуваю задоволення, коли справляюся з несподіваними ситуаціями.
- Я зазвичай намагаюся втекти від складних ситуацій.
- Для мене важливо залишатися включеним, навіть коли важко.
- Коли щось іде не так, я звинувачую зовнішні обставини.
- Я легко залучаюся у нові соціальні або професійні ролі.
- Я відчуваю, що моє життя перебуває під моїм контролем.
- Я уникаю відповідальності, коли можу.
- Зміни в роботі або житті мотивують мене.
- Я вважаю, що з часом все якось само вирішиться.
- Мені подобається почувати себе відповідальним за результати.
- Я часто почуваюся безпорадним у складних ситуаціях.
- Коли я помиляюся, я намагаюся навчитися з цього.
- Я часто дію автоматично, не задумуючись.
- Я рідко відчуваю, що впливаю на перебіг подій.
- Я прагну робити внесок у спільну справу.
- Я нервуюю через будь-які зміни.
- Я активно шукаю способи поліпшити ситуацію.
- Я сумніваюся у власній здатності впливати на події.
- Я намагаюся уникати складних завдань.
- Я бачу труднощі як можливість стати сильнішим.
- Я часто почуваюся відчуженим від навколишнього.
- Мені подобається брати участь у вирішенні важливих справ.
- Я надаю перевагу стабільності над змінами.
- Я вірю у власну здатність справлятися з труднощами.
- Я рідко включаюся у те, що здається мені малозрозумілим.
- Я активно реагую, коли бачу проблему.
- Я швидко адаптуюся до нових обставин.
- Я рідко доводжу справу до кінця, якщо вона занадто складна.
- Я із задоволенням вчуся на новому досвіді.
- Я не довіряю власним рішенням.

- Я часто приймаю виклик, навіть якщо боюсь.
- Я намагаюсь уникнути відповідальності у конфліктних ситуаціях.
- Я вважаю, що можу розв'язати більшість своїх проблем.
- Я шукаю сенс навіть у складних ситуаціях.

Додаток 2

. Я спокійний.

2. Мені нічого не загрожує.
3. Я напружений.
4. Я відчуваю співчуття.
5. Я відчуваю себе вільно.
6. Я прикро вражений.
7. Мене хвилюють можливі негаразди.
8. Я відчуваю себе відпочившим.
9. Я насторожений.
10. Я відчуваю внутрішнє задоволення.
11. Я впевнений у собі.
12. Я нервую.
13. Я не знаходжу собі місця.
14. Я напружений (накручений в собі).
15. Я не відчуваю напруги і скованості.
16. Я задоволений.
17. Я заклопотаний.
18. Я занадто збуджений і мені ніяково.
19. Мені радісно.
20. Мені приємно.
21. Я відчуваю задоволення.
22. Я швидко втомлююсь.
23. Я легко можу заплакати.
24. Я хотів би бути таким же щасливим, як і інші.
25. Буває, що я програю через те, що недостатньо швидко приймаю рішення.
26. Я почуваю себе бадьорим.

27. Я спокійний, холоднокровний і зібраний.
28. Очікувані труднощі дуже непокоять мене.
29. Я занадто переживаю через дрібниці.
30. Я буваю повністю щасливий.
31. Я приймаю все занадто близько до серця.
32. Мені не дістає впевненості у собі.
33. Я почуваю себе в безпеці.
34. Я стараюсь обходити критичні ситуації і труднощі.
35. У мене буває хандра.
36. Я задоволений.
37. Всякі дрібниці відволікають та хвилюють мене.
38. Я так сильно переживаю свої розчарування, що потім довго не можу про них забути.
39. Я врівноважена людина.
40. Мене охоплює сильне занепокоєння, коли я думаю про свої справи та турботи.

Додаток 3

Текст опитувальника

1. Просування по службі більше залежить від вдалого збігу обставин, ніж від здібностей та зусиль людини.
2. Більшість розлучень відбувається через те, що люди не захотіли пристосуватись один до одного.
3. Хвороба — справа випадку; якщо судилося захворіти, то нічого не вдієш.
4. Люди залишаються самотніми, тому що самі не виявляють зацікавленості та дружельності до оточуючих.
5. Здійснення моїх бажань часто залежить від сприятливих обставин.
6. Недоцільно витрачати зусилля на завоювання симпатії інших людей.
7. Зовнішні обставини — батьки та добробут — впливають на сімейне щастя не менше, ніж сто-сунки подружжя.
8. Я часто відчуваю, що мало впливаю на те, що відбувається зі мною.
9. Як правило, керівництво виявляється ефективнішим, коли повністю контролює дії підлеглих, а не покладається на їх самостійність.
10. Мої оцінки в школі частіше залежали від випадкових обставин (наприклад, від настрою вчителя), ніж від моїх власних зусиль.
11. Коли я планую, то вірю, що зможу здійснити їх.
12. Те, що багато людей вважає вдачею, насправді результат довгих цілеспрямованих зусиль.

13. Думаю, що правильний спосіб життя може більше допомогти здоров'ю, ніж лікарі та ліки.
14. Якщо люди не підходять один одному, то яких би зусиль вони не докладали б, налагодити сімейне життя вони все ж не зможуть.
15. Те хороше, що я роблю, зазвичай правильно оцінюють інші.
16. Діти виростають такими, якими їх виховують батьки.
17. Гадаю, що випадок або доля не відіграють важливої ролі в моєму житті.
18. Я намагаюсь не планувати заздалегіть, тому що багато залежить від того, як складуться обставини.
19. Мої оцінки в школі найперше залежали від моїх зусиль та рівня підготовки.
20. У сімейних конфліктах я частіше відчуваю провину за собою, ніж за протилежною стороною.
21. Життя більшості людей залежить від збігу обставин.
22. Я надаю перевагу такому керівництву, при якому можна самостійно визначати, що і як робити.
23. Думаю, що мій спосіб життя в жодному разі не є причиною моїх хвороб.
24. Як правило, саме невдалий збіг обставин заважає людям досягти успіхів.
25. За погане управління організацією відповідальні самі люди, які в ній працюють.
26. Я часто відчуваю, що нічого не можу змінити у стосунках в сім'ї, які склалися.
27. Якщо я дуже захочу, то зможу завоювати симпатії до себе будь-кого.
28. На молоде покоління впливає так багато різних обставин, що зусилля батьків у їхньому вихованні часто марні.
29. Те, що зі мною трапляється, — результат моїх зусиль.
30. Важко буває зрозуміти, чому керівники чинять так, а не по-іншому.
31. Людина, яка не змогла досягти успіху у своїй роботі, очевидно, не виявила достатньо зусиль.
32. Найчастіше я можу домогтися від членів моєї сім'ї того, чого хочу.
33. У неприємностях та невдачах, які були у моєму житті, частіше були винні інші люди, а не я сам.
34. Дитину завжди можна вберегти від застуди, якщо за нею стежити та правильно одягати.
35. У складних обставинах я схильний почекати, поки проблеми вирішаться самі.
36. Успіх — результат наполегливої праці і мало залежить від випадку або везіння.
37. Я відчуваю, що саме від мене залежить щастя моєї родини.
38. Мені завжди було важко зрозуміти, чому я одним людям подобаюсь, а іншим — ні.
39. Я завжди схильний приймати рішення та діяти самостійно, а не сподіватись на допомогу інших або на долю.
40. На жаль, заслуги людини часто залишаються невизнаними, попри всі її старання.
41. У сімейному житті бувають такі ситуації, які неможливо вирішити, навіть при найсильнішому бажанні.
42. Здібні люди, які не зуміли реалізувати своїх можливостей, повинні звинувачувати в цьому тільки себе.
43. Багато моїх успіхів були можливі тільки завдяки допомозі інших людей.

Додаток 4

- . зосереджується (ась) на тому, що мені потрібно було робити далі, - на наступному кроці.
2. Починав (а) щось робити, знаючи, що це все одно не буде працювати; головне - робити хоч що-небудь.
3. Намагався (ась) схилити вищестоящих до того, щоб вони змінили свою думку.
4. Говорив (а) з іншими, щоб більше дізнатися про ситуацію.
5. Критикував (а) і докоряв (а) себе.
6. Намагався (ась) не спалювати за собою мости, залишаючи все, як воно є.
7. Сподівався (ась) на диво.
8. упокорюється (ась) з долею: буває, що мені не щастить.
9. Вів (а) себе, як ніби нічого не сталося.
10. Намагався (ась) не означити своїх почуттів.
11. Намагався (ась) побачити в ситуації щось позитивне.
12. Спав (а) більше, ніж звичайно.
13. Зривав (а) свою досаду на тих, хто накликав на мене проблеми.
14. Шукав (а) розуміння та співчуття у кого-небудь.
15. У мені виникла потреба виразити себе творчо.
16. Намагався (ась) забути все це.
17. Чи звертався (лася) за допомогою до фахівців.
18. Змінювався (ась) або зростав (ла) як особистість в позитивну сторону.
19. Вибачався (ась) або намагався (лася) якось все загладити.
20. Складав (а) план дій і слідував (а) йому.
21. Намагався (ась) дати якийсь вихід своїм почуттям.
22. Чи розумів (а), що я сам викликав цю проблему.

23. Набирався (ась) досвіду в цій ситуації.
24. Говорив (а) з ким-небудь, хто міг конкретно допомогти в цій ситуації.
25. Намагався (ась) поліпшити своє самопочуття їжею, випивкою, палінням.
26. Ризикував (а) де тільки можна.
27. Намагався (ась) не працювати занадто активно.
28. Поспішно довірявся (ась) першому почуттю.
29. Знаходив (а) нову віру в щось.
30. Знову відкривав (а) для себе щось важливе в житті.
31. Щось міняв (а) так, що все залагоджує.
32. У цілому уникав (а) спілкування з людьми.
33. Чи не допускав (а) це до себе, намагався (лася) особливо про це не замислюватися.
34. Питав (а) ради у родича чи друга, яких поважав (а).
35. Намагався (ась), щоб інші не дізналися, як погано йдуть справи.
36. Відмовлявся (ась) сприймати цю справу занадто серйозно.
37. Говорив (а) з ким-то про те, що я відчуваю.
38. Стояв (а) на своєму і боровся (лась) за те, чого хотів.
39. зганяти (а) це на інших людях.
40. Користувався (ась) минулим досвідом, мені вже доводилося потрапляти в таке становище.
41. Знав (а), що треба робити і подвоював (а) свої зусилля, щоб все налагодити.
42. Відмовлявся (ась) вірити, що це дійсно відбулося.
43. Я давав (а) собі обіцянки, що наступного разу все буде по-іншому.
44. Знаходив (а) пару інших способів вирішення проблеми.

45. Намагався (ась), щоб мої емоції не надто заважали мені в інших справах.
46. Щось міняв (а) в собі.
47. Хотів (а), щоб все це швидше якось утворилося або скінчилося.
48. Представляв (а) собі, фантазував (а), як все це могло б обернутися.
49. Молився.
50. прокручувати (а) в розумі, що мені сказати або зробити.
51. Думав (а) про те, як би в даній ситуації діяв чоловік, яким я захоплююся, і намагався (лася) наслідувати його.