

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Сумський державний університет
Факультет іноземної філології та соціальних комунікацій
Кафедра психології, політології та соціокультурних технологій

«До захисту допущено»
Завідувачка кафедри
психології, політології та
соціокультурних технологій
_____ Андріана КОСТЕНКО
(підпис) (Ім'я та ПРІЗВИЩЕ)
_____ 2024 р.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на здобуття освітнього ступеня магістра
зі спеціальності 053 Психологія,
Освітньо-професійної програми «Організаційна психологія»
на тему: «Технологія розвитку резильєнтності медичного персоналу закладів
лікування і реабілітації комбатантів»

Здобувачки групи ПЛм.-31
Гарбузової Вікторії Юріївни

Кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень.
Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на
відповідне джерело.


(підпис)

Вікторія ГАРБУЗОВА
(Ім'я та ПРІЗВИЩЕ здобувача)

Керівник, доцент, кандидат психологічних наук, Наталя ТЕСЛИК
(посада, науковий ступінь, вчене звання, Ім'я та ПРІЗВИЩЕ) (підпис)



Суми – 2024

ЗМІСТ

	С.
ВСТУП.....	8
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ КОМПОНЕНТ ТЕХНОЛОГІЇ РОЗВИТКУ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ ЗАКЛАДІВ ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ КОМБАТАНТІВ	12
1.1. Змістові та функціонально-структурні характеристики резильєнтності особистості	12
1.2. Резильєнтність як професійно важлива якість медичного персоналу закладів лікування та реабілітації комбатантів.....	18
1.3. Розвиток резильєнтності як предмет психологічних досліджень.....	23
Висновки до розділу 1.....	32
РОЗДІЛ 2. ДІАГНОСТИЧНИЙ КОМПОНЕНТ ТЕХНОЛОГІЇ РОЗВИТКУ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ ЗАКЛАДІВ ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ КОМБАТАНТІВ.....	34
2.1. Методичне забезпечення та організація емпіричного дослідження резильєнтності медичного персоналу закладів лікування та реабілітації комбатантів.....	34
2.2. Результати дослідження резильєнтності медичного персоналу закладів лікування та реабілітації комбатантів.....	39
Висновки до розділу 2.....	52
РОЗДІЛ 3. ФОРМУВАЛЬНИЙ КОМПОНЕНТ ТЕХНОЛОГІЇ РОЗВИТКУ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ ЗАКЛАДІВ ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ КОМБАТАНТІВ.....	54
3.1. Обґрунтування програми розвитку резильєнтності медичного персоналу закладів лікування та реабілітації комбатантів.....	54

3.2. Змістовно-організаційні характеристики програми розвитку резильєнтності медичного персоналу закладів лікування та реабілітації комбатантів.....	56
3.3. Результати апробації програми розвитку резильєнтності медичних сестер закладів лікування та реабілітації комбатантів.....	63
Висновки до розділу 3.....	65
ВИСНОВКИ.....	68
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	72
ДОДАТКИ.....	81

Анотація

Кваліфікаційна робота присвячена вивченню резильєнтності медичного персоналу закладів лікування та реабілітації комбатантів на основі теоретичного та практичного обґрунтування. Було проаналізовано резильєнтність як психічний феномен, надано характеристику психологічним особливостям професійної діяльності медичного персоналу, проведено емпіричне дослідження резильєнтності медичних працівників. За результатами емпіричного дослідження створена модель розвитку резильєнтності медичного персоналу закладів лікування та реабілітації комбатантів, яка базується на корекції професійного вигорання, вторинної травматизації та моральних страждань, а також розвитку емпатії, здатності до взаємопідтримки у професійному середовищі та стратегій управління складною ситуацією. На основі моделі розроблена та апробована програма розвитку резильєнтності медичного персоналу закладів лікування та реабілітації комбатантів.

Було з'ясовано, що медичні працівники із різними функціональними обов'язками в закладах лікування та реабілітації комбатантів мають відмінності у показниках резильєнтності. Показано, що показники резильєнтності медичних працівників закладів лікування та реабілітації комбатантів мають значимі позитивні кореляційні зв'язки з показниками задоволеності від співчуття, відчутної підтримки та негативні кореляційні зв'язки з показниками професійного вигорання, вторинної травматизації та моральних страждань. Підтверджена гіпотеза про те, що розвиток резильєнтності медичного персоналу закладів лікування та реабілітації комбатантів забезпечується корекцією вторинної травматизації, моральних страждань та професійного вигорання, а також розвитком емпатії, здатності до взаємопідтримки у професійному середовищі та опануванням стратегій управління складною ситуацією.

Матеріали кваліфікаційної роботи пройшли апробацію на I Міжнародній науково-практичній конференції «Перспективи сучасної науки: теорія і практика» (Львів, 4 – 6 березня 2024 р.), XIV Всеукраїнській науково-практичній конференції молодих учених «Перспективи розвитку сучасної психології» (Переяслав, 26 квітня 2024 р.), опубліковано статтю у журналі Eastern Ukrainian Medical Journal, що обліковується наукометричною базою даних Scopus.

Курсова робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, чотирьох додатків, списку використаних джерел (71 найменування). Загальний обсяг курсової роботи становить 97 сторінок, основна частина – 71 сторінка.

Ключові слова: резильєнтність, медичний персонал, професійна діяльність, заклади лікування та реабілітації комбатантів, технології розвитку резильєнтності.

Abstract

The qualification thesis is devoted to studying resilience in medical personnel working in treatment and rehabilitation institutions for combatants based on theoretical and practical justifications. Resilience is analyzed as a psychological phenomenon, focusing on the psychological characteristics of the professional activities of medical staff. An empirical study of resilience among medical workers was conducted. Based on the study results, a model for developing resilience in medical personnel in treatment and rehabilitation facilities for combatants was created. This model emphasizes addressing professional burnout, secondary traumatization, and moral distress while fostering empathy, mutual support within the professional environment, and strategies for managing challenging situations. A program for developing resilience in medical personnel working in such facilities was developed and tested based on this model.

The findings indicate that medical workers with different functional responsibilities in treatment and rehabilitation facilities for combatants exhibit variations in resilience levels. The resilience indicators of these medical professionals were found to have significant positive correlations with indicators of compassion satisfaction and perceived support and negative correlations with indicators of professional burnout, secondary traumatization, and moral distress. The hypothesis that developing resilience in medical personnel in these settings is facilitated by addressing secondary traumatization, moral distress, and professional burnout, along with fostering empathy, mutual support, and mastering strategies for managing complex situations, was confirmed.

The materials of the qualification thesis were presented at the I International Scientific and Practical Conference "Prospects of Modern Science: Theory and Practice" (Lviv, March 4–6, 2024) and the XIV All-Ukrainian Scientific and Practical Conference of Young Scientists "Prospects for the Development of Modern Psychology" (Pereiaslav, April 26, 2024). An article based on this work was published in the Eastern Ukrainian Medical Journal, indexed in the Scopus

database.

The thesis consists of an introduction, 3 chapters, conclusions, 4 appendices, and a list of references (71 items). The total volume is 97 pages, with the main text comprising 71 pages.

Keywords: resilience, medical personnel, professional activity, treatment and rehabilitation facilities for combatants, resilience development technologies.

ВСТУП

Актуальність дослідження. Резильєнтність як здатність людини адаптуватися до стресових ситуацій, відновлюватися після труднощів і продовжувати функціонувати ефективно має особливе значення для медичних працівників через специфіку їхньої професійної діяльності (значне навантаження, взаємодія з хворими, які можуть відчувати страждання та транслювати негативні емоції тощо [14; 43; 50]).

Українські вчені, зокрема, О. Кокур, В. Коробка, К. Гуцол, Л. Лазос, Т. Мельничук, О. Хамініч, В. Чернобровкін, О. Чиханцова, та ін. визначили теоретико-методологічні підходи до проблеми становлення резильєнтності особистості [8; 18; 19], проаналізували критерії підвищення резильєнтних якостей [19], виявили особливості резильєнтності деяких категорій професій, зокрема, фахівців медичної та соціальної сфер [3; 4; 14], військовослужбовців [1; 7], викладачів [2], учителів [11]. Водночас, необхідно зазначити, що психологічні особливості резильєнтності медичних працівників вивчено недостатньо, а даних щодо резильєнтності медичного персоналу закладів реабілітації комбатантів практично немає.

Відомо, що медичні працівники, які працюють із комбатантами у процесі їх лікування і реабілітації, стикаються з високим рівнем професійного стресу, оскільки мають справу з пацієнтами, які пережили серйозні травми, як фізичні, так і психологічні [32; 43; 48]. Цей стрес може призводити до емоційного вигорання, зниження якості роботи та погіршення стану здоров'я медичного персоналу [51]. Для успішної професійної діяльності медичного персоналу, який надає допомогу комбатантам, вкрай важливим є високий рівень резильєнтності, що сприяє збереженню спокою і професіоналізму у складних умовах, підвищує якість медичних послуг, що надаються комбатантам, і покращує результати лікування та реабілітації [40; 51; 71].

Слід підкреслити й соціальний аспект питання. Вивчення та розвиток резильєнтності медичних працівників сприяє покращенню умов надання

медичної допомоги та реабілітації комбатантів, що, в свою чергу, позитивно впливає на здоров'я та благополуччя самих комбатантів, їхніх сімей та суспільства в цілому [3].

Тому дослідження, спрямовані на вивчення та розробку ефективних технологій підвищення резильєнтності медичних працівників закладів лікування і реабілітації комбатантів, що можуть бути інтегровані у програми професійного розвитку та підтримки медичного персоналу, є вкрай актуальними.

Мета дослідження – розроблення та апробація технології розвитку резильєнтності медичного персоналу закладів лікування та реабілітації комбатантів.

Об'єкт дослідження – резильєнтність як психічний феномен.

Предмет дослідження – розвиток резильєнтності медичного персоналу закладів лікування та реабілітації комбатантів.

Завдання дослідження:

1) визначити зміст теоретичного компоненту технології розвитку резильєнтності медичного персоналу закладів лікування та реабілітації комбатантів;

2) емпірично дослідити особливості резильєнтності медичного персоналу закладів лікування та реабілітації комбатантів як зміст діагностичного компоненту технології;

3) розробити та апробувати програму розвитку резильєнтності медичного персоналу закладів лікування та реабілітації комбатантів як корекційно-розвивальний компонент технології.

Гіпотези дослідження:

1) медичні працівники із різними функціональними обов'язками в закладах лікування та реабілітації комбатантів мають відмінності у показниках резильєнтності;

2) показники резильєнтності медичних працівників закладів лікування

та реабілітації комбатантів мають значимі позитивні кореляційні зв'язки з показниками задоволеності від співчуття, відчутної підтримки та негативні кореляційні зв'язки з показниками професійного вигорання, вторинної травматизації та моральних страждань;

3) розвиток резильєнтності медичного персоналу закладів лікування та реабілітації комбатантів забезпечується корекцією вторинної травматизації, моральних страждань та професійного вигорання, а також розвитком емпатії, здатності до взаємопідтримки у професійному середовищі та опануванням стратегій управління складною ситуацією.

Методи дослідження: теоретичні (аналізування, синтез, порівняння, узагальнення); емпіричні («Шкала Коннара-Девідсона» (CD-RISC-10); опитувальник «Оцінки якості життя для професійних медичних працівників ProQOL-Health»; авторська анкета професійно-демографічних даних); методи оброблення та інтерпретації даних (методи описової статистики, методи перевірки статистичних гіпотез, методи виявлення відмінностей у рівні прояву ознак, кореляційний аналіз), методи активного впливу (case-study, дискусії, рольові та ділові ігри, психологічні вправи, демонстрації тощо).

Теоретичне значення дослідження полягає у поглибленні знань про психологічні особливості професійної діяльності медичного персоналу закладів лікування та реабілітації комбатантів, розширенні уявлень про змістові характеристики резильєнтності медичного персоналу закладів лікування та реабілітації комбатантів, розробці моделі та програми розвитку резильєнтності медичного персоналу закладів лікування та реабілітації комбатантів.

Практичне значення дослідження визначається можливістю використання отриманих результатів практичними психологами та медичним персоналом для підвищення резильєнтності медичних працівників, покращання їх психічного і фізичного здоров'я. Матеріали наукового дослідження також можуть використовуватися викладачами та здобувачами

вищої освіти в змісті таких освітніх компонентів, як «Медична психологія», «Психотерапія та психокорекція», «Психологія стресу» тощо.

Апробація результатів дослідження. Матеріали курсової роботи пройшли апробацію на I Міжнародній науково-практичній конференції «Перспективи сучасної науки: теорія та практика» (Львів, 4–6 березня 2024 р.), XIV Всеукраїнській науково-практичній конференції молодих учених «Перспективи розвитку сучасної психології» (Переяслав, 26 квітня 2024 р.). За результатами роботи опубліковано статтю у журналі Eastern Ukrainian Medical Journal, що обліковується наукометричною базою даних Scopus.

Структура та обсяг курсової роботи. Магістерська робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, додатків, списку використаних джерел (71 найменування). Загальний обсяг магістерської роботи становить 97 сторінок, основна частина – 71 сторінка.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНИЙ КОМПОНЕНТ ТЕХНОЛОГІЇ РОЗВИТКУ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ ЗАКЛАДІВ ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ КОМБАТАНТІВ

1.1. Змістові та функціонально-структурні характеристики резильєнтності особистості

Термін «резильєнтність» досить широко використовують у різних сферах діяльності, він має багато різних значень. У науковий обіг він надійшов із фізики, де вживається для позначення «здатності субстанції повертатися до її звичайної форми після того, як була зігнута, розтягнута чи стиснута» [58]. Упродовж останніх десятиліть це явище активно вивчають як психічний феномен.

На сьогодні існує багато дефініцій і моделей резильєнтності, а природа феномену, його особливостей, структури, характеристик до кінця не з'ясована й потребує ґрунтовного наукового аналізування. Найчастіше феномен резильєнтності розглядають у контексті подолання психологічних травм і пов'язують зі спроможністю людини адаптуватися до несприятливих обставин.

Однак, незважаючи на велику кількість досліджень, трактування поняття «резильєнтність» різняться, що призводить до різноманітних нюансів, які заважають комплексному розумінню її сутності.

Існує декілька напрямів вивчення резильєнтності.

Перший напрям зосереджений на розкритті внутрішніх і зовнішніх характеристик, які допомагають людині подолати важкі моменти життя та вийти зі складних життєвих ситуацій [34; 59; 69].

Г. Вагнільд и Х. Янг вивчали людей, які пережили великі катастрофи та втрати, і припустили, що резильєнтність пов'язана з психологічними та біологічними факторами, такими як соціальна підтримка та когнітивні здібності [68].

Е. Вернер з колегами вважають резильєнтність атрибутом індивіда, який дозволяє йому знаходити гомеостатичний баланс між факторами ризику та факторами захисту [70].

Прихильники першого напряму сформулювали такі основні характеристики стійкості: забезпечення збереження і підтримки життя, є вимірюваною індивідуальною характеристикою, пов'язана з ефективністю діяльності (задоволення важливих потреб) важливі для залежності від результатів діяльності) [16].

Слід підкреслити, що у вітчизняній літературі поняття резильєнтності часто вважається тотожним адаптивним особистісним характеристикам, таким як стресостійкість, емоційна стійкість, психологічна надійність, які безсумнівно створюють ресурси для забезпечення задовільного рівня фізичного та психічного здоров'я [18]. Проте головна функція резильєнтності, на нашу думку, полягає у налагодженні ефективної соціальної взаємодії в складних життєвих обставинах і знаходженні оптимального шляху для особистісного саморозвитку та самореалізації. Резильєнтність – потенціал особистості до ефективного саморозвитку в стресових ситуаціях та екстремальних умовах життя [16; 17; 19].

Другий напрям концептуалізує резильєнтність як динамічний процес і розглядає її як результат несприятливих змін і реінтеграції, під час яких особистість виявляє позитивну адаптацію, незважаючи на складний досвід [17; 38]. Така концептуалізація пояснює резильєнтність не лише як набір певних особистісних характеристик, але й як динамічний процес доступу до ресурсів для подолання складних життєвих обставин та відновлення у стресових ситуаціях [17; 38; 50].

Крім того, згідно з Б. Гіллеспі та Н. Гамільтону, резильєнтності можна навчитися або навчити інших [38; 42]. В. Мосс стверджує, що треба розглядати труднощі як частину життя, що резильєнтність не є вродженою, їй потрібно навчитися, долаючи складні життєві моменти [27]. А. Лінлі та С. Джозеф

вважають, що, проходячи через важкі часи, необхідно зосереджуватись на активах, які людина отримує, подолавши травму, а не на тому, що втрачає [47]. Р. Тедескі та Л. Калхун розглядають стійкість як здатність індивіда продовжувати ефективно функціонувати, незважаючи на значні життєві втрати та труднощі [65].

Американська психологічна асоціація визначає резильєнтність як процес ефективної адаптації до проблем, травм або стресу, спричинених проблемами на роботі, складними обставинами в сім'ї або станом здоров'я, що надає людині можливість відновитися після важкого життєвого досвіду [57].

Третій напрям досліджень характеризує резильєнтність як вроджену енергію, життєву силу, тобто як життєздатність. Прихильниками цього напрямку є Г. Ричардсон, Ф. Уейт, Е. Графтон, Б. Гіллеспі, С. Хендерсон [38; 40; 69]. Автори вважають, що резильєнтність присутня різною мірою в кожній людині і виявляється через наявність певних рис або характеристик, які дозволяють їй відновлюватися після стресу чи травми та розвиватися далі. Автори, які ототожнюють резильєнтність із життєстійкістю, вважають її певною життєвою установкою, що дозволяє діяти попри складні зовнішні обставини, особистісним ресурсом для підтримки фізичного, психічного і соціального здоров'я [16; 18]. У реалізації такої індивідуальної якості є три автономних компоненти: залученість, контроль і прийняття ризику. Наявність у особистості цих трьох складових дозволяє їй оцінювати події як менш травматичні і успішно долати стрес.

Незважаючи на те, що вчені по-різному трактують резильєнтність, усіх їх об'єднує погляд на резильєнтність як на внутрішню силу, ресурси індивіда, які дозволяють йому реалізовувати позитивну реакцію на стрес і можуть бути підтримані або посилені зовнішніми ресурсами.

Підхід, заснований на стійкості, не заперечує існування проблем, а зосереджує увагу на індивідуальних і мікросоціальних ресурсах, які можуть бути використані індивідом для вирішення цих проблем [42]. У важких

життєвих умовах оптимальним рішенням є конструктивне використання власних здібностей особистості та її ресурсів, спираючись на підтримку соціального мікросередовища.

Цікавим у напрямку вивчення ролі резильєнтності у підтримці психічного здоров'я суспільства є кроскультурне дослідження, організоване Центром дослідження резильєнтності, який очолює М. Унгар [57]. Об'єктом дослідження були діти, підлітки і дорослі, які пережили складні життєві обставини (жертви насильства, терористичних актів, екологічних катастроф; особи, схильні до вживання психоактивних речовин). Дослідники дійшли висновку, що резильєнтність має як глобальні, так і культурні особливості: різні аспекти резильєнтності чинять різний вплив на життя дитини залежно від конкретної культури та контексту, в якому вона реалізується.

Окремим напрямком досліджень є вивчення структурних компонентів резильєнтності. Так, Д. Хеллерштайн виокремлює дві основні складові феномену – фізичну й психологічну резильєнтність [19]. Фізична резильєнтність, згідно з його концепцією, є показником стійкості, а психологічна – передбачає підтримання соціальних контактів та пошук сенсів. На думку К. Чері [30], існує чотири типи резильєнтності: фізична (здатність тіла до відновлення після фізичного навантаження, травм, хвороб для збереження фізичного здоров'я), психічна (здатність відновлюватися під час стресів, змін, невизначеності), емоційна (здатність регулювати емоційний стан), соціальна (здатність до колективного відновлення).

Але необхідно наголосити на тому, що більшість сучасних досліджень описують «резильєнтність як цілісний конструкт, що стосується окремої людини, її фізичних, психологічних і соціальних характеристик» Цей підхід відображений у працях С. Норріс та В. Пфєффербаум [19, с. 10].

Питання щодо структурних характеристик резильєнтності достатньо добре опрацьоване. Сьогодні існують різні моделі, в межах яких виділяють різні компоненти цього феномену. Модель Д. Кларка та Д. Ніколсона

складається з п'яти компонентів: оптимізму, орієнтації на рішення, індивідуальної відповідальності, відкритості й гнучкості, управління стресом. Учені підкреслюють роль життєвого досвіду в зростанні резильєнтності й упевненості в складних ситуаціях. С. Стал окреслює сім складових компонентів резильєнтності: оптимізм, прийняття ситуації, орієнтація на вирішення ситуації, відмова від ролі жертви, взяття відповідальності на себе, планування майбутнього, орієнтація на створення взаємозв'язків [23]. Е. Морель також висуває семикомпонентну модель резильєнтності, у складі якої оптимізм, орієнтація на вирішення проблеми, почуття відповідальності, орієнтація на майбутнє, орієнтація на мережу контактів, самоусвідомлення, прийняття [23]. На думку С. Хешмат, існує вісім структурних компонентів резильєнтності: наявність значущої мети, самовпевненість, когнітивна гнучкість, особистісне зростання через страждання, мужність діяти, регулювання емоцій, воля, соціальна підтримка [23]. Цікавою є думка вченого про те, що резильєнтність – це «процес створення ресурсів для пошуку кращого майбутнього після потенційно травматичних подій. Деякі з цих ресурсів походять від внутрішнього потенціалу людини, а деякі – від того, якого досвіду людина набула в минулому, щоб витримати труднощі» [23].

Більшість вчених сьогодні сходяться на думці про те, що резильєнтність – це багатовимірна концепція, яка включає наступні функціонально-структурні характеристики.

1. Емоційна регуляція, яка виявляється у здатності управляти своїми емоціями, не дозволяючи їм негативно впливати на поведінку, та вміння залишатися спокійним і зібраним у стресових ситуаціях.

2. Когнітивні характеристики спираються на позитивне мислення (оптимізм та позитивний погляд на майбутнє, навіть у важкі часи) та гнучкість мислення (зміна переконань та підходів в залежності від ситуації, адаптивність у вирішенні проблем).

3. Соціальні характеристики у вигляді соціальної підтримки (наявність

сильних соціальних зв'язків і мереж підтримки, які надають емоційну та практичну допомогу) та емпатії (здатність розуміти і співпереживати іншим людям, що сприяє формуванню здорових міжособистісних стосунків).

4. Особистісні риси, основними серед яких є самооцінка (впевненість у власних силах і можливостях, яка допомагає долати труднощі) та самоефективність (віра у свою здатність успішно виконувати завдання і досягати цілей).

5. Мотиваційні характеристики виявляються у вигляді цілеспрямованості (вміння встановлювати та досягати довгострокових цілей, не зважаючи на перешкоди) та внутрішньої мотивації (здатності знаходити внутрішні джерела натхнення і стимул для дій).

6. Поведінкові характеристики реалізуються у вигляді адаптивних стратегій (ефективних методів подолання стресу та труднощів, таких як планування, вирішення проблем, пошук соціальної підтримки) та проактивного підходу до життя (ініціативність і готовність брати на себе відповідальність).

7. Духовні та екзистенційні характеристики у вигляді здатності знаходити сенс життя, що надає сили і мотивації в складних ситуаціях.

Слід зауважити, що всі ці характеристики не діють ізольовано, вони інтегровані в цілісну систему, яка визначає рівень резильєнтності особистості. Високий рівень резильєнтності дозволяє людині не тільки вижити в умовах стресу, але й розвиватися, вчитися на труднощах і ставати сильнішою.

Отже, резильєнтність як психологічний феномен характеризується здатністю людини відновлюватися після травматичних подій. Основними структурними компонентами резильєнтності особистості є система її позитивних рис. Саме цей ресурс забезпечує успішне повернення людини до нормального фізичного та психічного стану після травматичних подій.

1.2 Резильєнтність як професійно важлива якість медичного персоналу закладів лікування та реабілітації комбатантів

В умовах повномасштабної війни з російським агресором нинішній стан українського суспільства відзначається нестабільністю та втратою дієвих механізмів внутрішнього контролю. Як наслідок, виконання професійних обов'язків, адаптація до ненормальних обставин і збереження особистої цілісності та ідентичності висувають значні вимоги до кожної людини у ці складні часи. Збереження людської сутності та індивідуальності в умовах, що створились, потребує значних ресурсів психіки.

Останніми роками науковці зосередили свої дослідження на вивченні внутрішніх ресурсів особистості, які дозволяють їй орієнтуватися в складних життєвих ситуаціях, долати професійні труднощі і продовжувати життя у стресових умовах [3; 8].

Професія медичного працівника є однією з найбільш стресових і характеризується емоційною напругою, значним психічним і фізичним перевантаженням, незадоволеністю фінансовим становищем, специфікою взаємодії з пацієнтами і колегами, потенційною схильністю до вторинної травматизації і професійного вигорання [14; 17; 32].

У ситуації, що склалась, медичні працівники мають вирішувати різноманітні професійні завдання в умовах дефіциту часу, інформації та інших ресурсів, постійного контакту з людьми, що супроводжується значними емоційними та енергетичними витратами. Така професійна діяльність вимагає, з одного боку, максимальної мобілізації власних ресурсів медичних працівників, а з другого, зумовлює необхідність розвитку захисних механізмів, які б дозволяли надійно підтримувати фізичне та психічне здоров'я.

Як відомо, здатність людини долати труднощі та ефективно відновлюватися від стресу або навіть перетворити його наслідки у позитивний життєвий або професійний досвід, називають резильєнтністю [57]. Саме ця

особистісна якість лежить в основі адаптації медичного персоналу до складних особливостей професії, пов'язаних із суттєвим фізичним, розумовим та емоційним виснаженням [51]. У дослідженні Д. Мансано-Гарсія і Х. Айяла-Кальво, у якому взяли участь майже 1000 медичних сестер, було доведено, що резильєнтність є основним, а не допоміжним, як стверджували інші автори, фактором, що захищає персонал від емоційного виснаження [48]. Ці висновки підтверджені і результатами досліджень Д. Зіг, яка підкреслює важливість резильєнтності не тільки у кризових умовах, а й у щоденній професійній діяльності [23]. Інші автори припускають, що різні відмінності у реагуванні на стресові події пов'язані із різною здатністю ефективно управляти стресом, різним рівнем розвинутої резильєнтності [51]. Медичні працівники з високим рівнем резильєнтності перетворюють негативний досвід у досвід зростання [65; 68; 71].

У дослідженнях З. Бано и С. Перваис було вивчено зв'язко між резильєнтністю, емоційним інтелектом та психологічним благополуччям у студентів медичних коледжів віком від 19 до 27 років, що навчалися на різних курсах [26]. Вчені підтвердили пряму кореляцію між резильєнтністю та психологічним благополуччям і зробили висновок про те, що більш резильєнтні студенти-медики мають вищий рівень емоційного інтелекту, кращу здатність сприймати виклики і долати труднощі. Ефективне управління своїми емоційними станами та розуміння емоцій інших людей забезпечує високий рівень їх психологічного благополуччя протягом всього життя.

О. Чам та А. Бююкбайрам виділили внутрішні та зовнішні чинники, які підвищують резильєнтність [28]. Вчені поділили всі ці фактори на 4 групи – особистісні, сімейні, соціальні та професійні – та дали їм характеристику. До особистісних факторів резильєнтності медичного персоналу вони віднесли оптимізм, позитивні емоції, надію та віру в інших, позитивне і реалістичне мислення, почуття гумору, наявність етичних та моральних цінностей, наявність стійкої рольової моделі, прийняття обставин, які неможливо

змінити, повагу до себе, почуття впевненості, самореалізацію, творчість, розвинутий емоційний інтелект, альтруїзм, автономію, екстраверсію, пошук інновацій та досягнення цілей, встановлення балансу між роботою та особистим життям. Важливим чинником вчені називають наявність позитивних сімейних стосунків, розуміння та підтримку рідних. Серед соціальних факторів автори підкреслюють важливість позитивних соціальних стосунків, підтримку ровесників, розвинуту мережу соціальних зв'язків, наявність товариських стосунків із колегами, співпрацю та рівні відносини з керівництвом. Важливими у підвищенні резильєнтності є професійні чинники, серед яких вчені виділили професійну компетентність, самоефективність, самоконтроль, когнітивну гнучкість, професійну ідентичність, достатній рівень задоволеності роботою, позитивне ставлення до роботи, можливість обміну знаннями, підтримку гарних стосунків з колегами [28]. Д. Арзуман до запропонованого О. Чамом та А. Бююкбайрамом переліку чинників, що підвищують резильєнтність, додав здатність протистояти своїм страхам, пошук соціального визнання, дотримання стійких рольових моделей, впровадження у життя духовних практик, турбота про власне здоров'я, підтримка добробуту, пошук можливостей для зростання, особиста відповідальність за емоційний стан самопочуття [25].

Л. Грант та Д. Кінман встановили, що високо розвинена здатність до рефлексії не тільки підвищує емоційний інтелект, покращує міжособистісні стосунки, знижує рівень стресу, але й сприяє розвитку резильєнтності [41]. Вивчаючи біологічні і соціальні особливості медичних працівників, Б. Гіллеспі з колегами зазначили, що вік, рівень освіти та досвід роботи не впливають на резильєнтність [38]. Важливого значення набувають такі якості, як здатність до професійного самовдосконалення, упевненість у собі, автономія, навички подолання стресу. Це формує розвиток високої професійної мотивації та можливість посттравматичного зростання.

В інших дослідженнях з вивчення факторів, які впливають на резильєнтність, було названо рівень задоволеності роботою [49], а серед тих, що знижують – емоційне виснаження та професійне вигорання [48]. Автори надають резильєнтності роль захисного фактору, що допомагає медичному персоналу долати складності у професійній діяльності, покращує його професійні навички, підвищує працездатність, і підкреслюють індивідуальні властивості, яких вона може набувати для кожної особи. Разом з тим було показано, що резильєнтність має позитивний вплив на особистість, підвищує рівень задоволеності життям, знижує рівень емоційного вигорання [52]. Крім того, до факторів ризику, які знижують резильєнтність медичного персоналу, відносять недостатні професійні навички, невміння долати стрес, і володіти емоціями, недостатню підтримку з боку колег, відсутність позитивних очікувань щодо майбутнього [71]. Все це має негативні наслідки для фізичного та психічного здоров'я, викликає виснаження, знижує ефективність праці та задоволеність від життя [62; 71].

Таким чином, у зв'язку зі специфікою професійної діяльності медичні працівники часто стикаються з високим рівнем стресу, емоційним вигоранням, вторинною травматизацією.

Резильєнтність є надзвичайно важливою професійною якістю медичного персоналу закладів лікування та реабілітації комбатантів [57; 62; 63]. Медики, які працюють з комбатантами, окрім загальних для медичних працівників стресових чинників професійної діяльності регулярно відчувають наслідки так званої вторинної травматизації – непрямой травми, яку людина отримує під впливом розповідей людей про власний травматичний досвід [54; 65].

Тому значення резильєнтності для медичного персоналу закладів лікування та реабілітації комбатантів є важливим у наступних аспектах їх професійної діяльності. Високий рівень резильєнтності допомагає медпрацівникам ефективно надавати емоційну підтримку пацієнтам, які

зазнали фізичних та психологічних травм, залишаючись при цьому психологічно стійкими [61]. Резильєнтність сприяє профілактиці емоційного вигорання, яке часто виникає у медичних працівників через тривале перебування у важких та емоційно напружених ситуаціях. Стійкість до стресу дозволяє зберігати мотивацію і професійний ентузіазм [53]. Резильєнтні працівники краще справляються зі стресом, що є невід'ємною частиною роботи в медичних закладах. Це включає здатність до швидкого відновлення після стресових подій і ефективного управління емоціями. Резильєнтність допомагає медичному персоналу підтримувати здорову робочу атмосферу, що важливо для командної роботи та загального благополуччя у колективі. Це включає здатність до співпраці, взаємодопомоги і підтримки колег. Резильєнтність сприяє професійному розвитку. Резильєнтні медичні працівники здатні краще адаптуватися до змін [44]. Вони можуть легше інтегрувати нові методики лікування та реабілітації, постійно вдосконалювати свої навички [62; 67]. Високий рівень резильєнтності сприяє збереженню особистісного благополуччя медичного персоналу. Це включає підтримку фізичного та психологічного здоров'я, баланс між роботою і особистим життям [67].

Таким чином, резильєнтність є ключовою професійною якістю для медичного персоналу закладів лікування та реабілітації комбатантів, сприяючи не тільки ефективному виконанню професійних обов'язків, але й збереженню особистісного благополуччя та професійного довголіття. Тому підвищення її рівня має бути основним напрямом у розвитку і вдосконаленні професійних якостей медичних працівників.

1.3. Розвиток резильєнтності як предмет психологічних досліджень

Вивчення резильєнтності та шляхів її розвитку є важливим напрямком психологічних досліджень. Розуміння механізмів адаптації особистості до викликів сучасного життя дозволить розробити ефективні стратегії підтримки психічного здоров'я під час життєвих труднощів і криз, зменшити ризик розвитку депресії, тривожних розладів, посттравматичного стресового розладу, надати дієві інструменти відновлення після стресових і травматичних ситуацій та розвитку психічного благополуччя.

Крім того, розвиток резильєнтності є важливим напрямом організаційної психології, оскільки її високий рівень допомагає співробітникам краще адаптуватися до змін, справлятися зі стресом на робочому місці та залишатися продуктивними навіть в умовах кризи. І що вкрай актуально для України сьогодні, вивчення розвитку резильєнтності дозволяє краще розуміти, як громади або організації можуть ефективно відновлюватися після кризових подій, зокрема військових дій.

Розвиток резильєнтності знаходиться у фокусі уваги психотерапевтів, психологів, психіатрів. Дослідники вивчають, як розвивати резильєнтність у дорослих через терапевтичні інтервенції, такі як когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), майндфулнес та методи стрес-менеджменту, а також у працівників задля підвищення ефективності команд, профілактики професійного вигорання.

Вивчення розвитку резильєнтності відбувається у декількох напрямках. Перший з них знаходиться на теренах психології розвитку. Дослідження стійкості у дітей, які пережили травматичні події або виховувалися в неблагополучних сім'ях, показало, що деякі фактори (наприклад, позитивна самооцінка, наявність підтримуючих стосунків) сприяють розвитку резильєнтності. Другий передбачає вивчення біологічних основ резильєнтності. Дослідження вказують на роль нейропластичності мозку та гормонів стресу, зокрема кортизолу, на здатність людини відновлюватися

після стресу. Окремим напрямом вивчення резильєнтності є психологія травми, об'єктом дослідження якої є здатність до відновлення та адаптації людей, які пережили травматичні події (війни, катастрофи, насильство). Іншим підходом підвищення резильєнтності став розвиток захисних чинників: підтримуючі стосунки, розвиток позитивного сприйняття реальності, емоційна чутливість для розуміння власних потреб, духовні переконання та здатність до об'єктивної самооцінки [46].

У своїй авторській програмі відбудови резильєнтності С. Саутуїк та Д. Чарні пропонують розвивати резильєнтність на різних рівнях: індивідуальному, груповому (сімейному), колегіальному (робота, колеги, кар'єра), громадському [64]. Автори пропонують психотехнологічні методи впливу на основі еклектичної моделі психотерапії та тренінгу. Так, на індивідуальному рівні вчені визначають такі цілі для впливу, як підтримка оптимізму, робота зі страхами, формування стійкого морального орієнтиру, засвоєння релігійних і духовних практик, надання та отримання соціальної підтримки, проведення розумового, емоційного та фізичного тренінгу, підвищення емоційної та когнітивної гнучкості, а також знаходження сенсу життя і цілей зростання.

Г. Річардсон, спираючись на власну процесуальну модель резильєнтності, пропонує психотехнологію роботи з резильєнтністю особистості, засновану на пошуку індивідуальних вроджених резильєнтних факторів у клієнта з метою їх подальшого розвитку. Він вважає, що психотехнологія повинна включати психоедукаційні процедури, під час яких слід акцентувати увагу на важливих елементах, що сприяють загальній життєстійкості (факторах резильєнтності), таких як дитячий досвід і ресурсні спогади, довіра до власної інтуїції, благородство та альтруїзм [59].

Американська асоціація психології рекомендує для розвитку резильєнтності низку стратегій, а саме: не уникати проблем, які здаються складними для вирішення, мати реалістичні очікування щодо їх розв'язання та

заздалегідь оцінювати потенційні труднощі; приймати непередбачувані обставини як частину життя і встановлювати короткострокові цілі для їх подолання; вирішувати якомога більше проблем, не намагаючись вирішити всі ситуації або чекати їх завершення; не драматизувати важкі події, розглядати їх у ширшому контексті; шукати нові способи підвищення резильєнтності, наприклад, ведення записів власних думок про травму чи стресову ситуацію. [57].

На відміну від попереднього підходу, К. Осборн у своїй програмі відновлення резильєнтності наголошує на ресурсному аспекті особистості. Автор пропонує зосередитися на зміцненні ресурсів людини, щоб підвищити її стійкість до життєвих труднощів, замість того, щоб акцентувати увагу на негативних станах і їх вивченні (ПТСР, виснаження, вигорання тощо) [55]. Окремий акцент спрямований на важливість сім'ї як невід'ємного елемента психосоціального розвитку, описуючи її як універсальний ключ до оточуючого середовища, де резильєнтність може розвиватися та процвітати

Цікавим інструментом для розвитку резилієнтності є модель К. Падескі та К. Муні [56]. У рамках цієї програми людина вчиться розпізнавати свої сильні сторони і, спираючись на них, будувати резилієнтні переконання і поведінку. Модель складається із чотирьох кроків: пошук сильних сторін, створення особистої моделі резилієнтності, втілення в життя цієї моделі, практика резилієнтності. Конкретний план роботи для кожної окремої людини є дуже індивідуальним і залежить від переконань, особистісних рис, цінностей, стосунків з іншими людьми, життєвих завдань. Розвиток резильєнтності згідно моделі К. Падескі та К. Муні – це навчання усвідомленню тих моментів у житті, в яких людина була резильєнтною, і поширення цих навичок на інші складні життєві ситуації. Модель базується на твердженні, що кожна людина має резильєнтні якості, які проявляються у щоденному житті. Завдання психолога – допомогти клієнту усвідомити у собі ці резильєнтні риси і спиратись на них у складних життєвих ситуаціях, дати

інструменти у розвитку резильєнтності.

У цьому напрямку працює і *SB CBT*-модель КІТТ (*Strengths-Based CBT model*), яка має за мету розвиток внутрішньої моделі резилієнтності клієнта, що дозволить йому позитивно адаптуватись до складних життєвих ситуацій чи стресових подій, не проходячи при цьому через депресію, надмірної тривогу чи інші розлади.

Г. МакДональд з колегами розробили практико-орієнтовану модель розвитку резильєнтності [52, 53]. Семінари, розроблені науковцями з метою формування позитивних відносин, виховання та підтримки оптимістичного світогляду, інтелектуальної гнучкості, емоційного інтелекту, духовності, а також розвитку рефлексивного та критичного мислення, сприяли покращенню реакцій та полегшенню роботи медичних сестер з тяжкохворими пацієнтами.

Зупинимося до роботах, присвячених розвитку резильєнтності медичних працівників.

За результатами психодіагностичного дослідження Г.П. Лазос виявлено, що фахівці допоміжних професій мають загалом середній рівень розвитку резильєнтності з тенденцією до її збільшення, а 20 % психологів/психотерапевтів мають низьку резильєнтність [9]. Авторка виявила зв'язок рівня резильєнтності із такими факторами, як тип прив'язаності (негативна кореляція) і активність просоціальних стратегій копінг-поведінки (позитивна кореляція). На основі отриманих емпіричних даних визначено мішені психотерапевтичного втручання: підсилення захисних факторів резильєнтності через психотерапевтичну роботу з ненадійними типами прив'язаності, навички застосування ефективних копінг-стратегій подолання стресу, підвищення асертивності.

Г.П. Лазос запропоновано психотехнологію з розвитку резильєнтності у психологів та психотерапевтів, які працюють із постраждалими на основі інтегративного підходу із застосуванням мультимодальних інтервенцій [9]. Основний підхід вченої спрямований на розуміння, розвиток та підтримку

резильєнтності психолога/психотерапевта. На основі результатів первинної апробації моделі та аналізу теоретичних і експериментальних даних авторка виокремила такі принципи психотерапевтичного впливу на розвиток резильєнтності, як розуміння впливу травм розвитку на резильєнтність, корекція раннього дитячого досвіду, диференціація власних емоційних станів, засвоєння та асиміляція більш адаптивних форм поведінки, орієнтація на духовні аспекти. До основних стратегій моделі авторка відносить вплив на ресурсну, глибинну та поведінкову складові особистості фахівця.

Центральне завдання для запуску процесу психічного відновлення, зокрема після травм, є створення безпеки та ресурсів. Симптоми травмованих клієнтів, так само як і непропрацьовані травми фахівців, стають джерелом тригерів, що призводять до повторної ретравматизації. Внутрішні та зовнішні ресурси особистості сприяють відновленню здатності до саморегуляції. Саме ці ресурси дозволяють клієнту звертатися до травматичних спогадів, зберігаючи при цьому емоційну рівновагу. Головним завданням психотерапевта на цьому етапі є допомога клієнту у відновленні внутрішнього та зовнішнього контролю, підвищенні емоційної стабільності, досягненні гармонії між життям і роботою через підживлення ресурсами, а також створенні безпечного простору для подальшої глибокої роботи та інтеграції досвіду ранніх стосунків з батьками. Існують багато технік і різних практик, за допомогою яких можна вплинути на емоційний, фізичний та духовний добробут, сприяти відновленню почуття рівноваги (КІП, арт-терапія, тілесно орієнтована терапія, майндфулнес, тілесні, дихальні, духовні практики, медитації тощо).

На глибинному етапі клієнт заглиблюється у свої переживання. Основною метою цього етапу є інтеграція та перетворення досвіду ранніх дитячо-батьківських стосунків, корекція нестабільних типів прив'язаності та робота з актуальними взаєминами в житті клієнта. На цьому рівні автор пропонує застосовувати принципи і техніки психодинамічного підходу,

наприклад, психотерапію прив'язаності, терапію об'єктних стосунків, короткофокусну психодинамічну психотерапію, КП, які рівною мірою можуть бути ефективними в короткотривалій (навіть терапії одного сеансу), терапії середньої тривалості та довгостроковій терапії.

На поведінковому етапі здійснюється переосмислення власного сприйняття реальності та своєї поведінки, а також трансформація дисфункціональних і негативних моделей мислення та дій на більш конструктивні й реалістичні, що позитивно впливає на емоційний стан. Цей етап завершує процес інтеграції та самовизначення у сфері важливих стосунків і професійної діяльності. Поведінковий аспект включає використання методів психологічного та поведінкового тренінгу, спрямованих на підвищення самооцінки, формування усвідомлення сенсу й цінності життя та роботи, розвиток асертивності та ефективних стратегій подолання стресу і адаптації отриманого досвіду.

Розроблена психотехнологія розвитку резильєнтності включає як індивідуальні, так і групові форми роботи. Вона побудована таким чином, що на основі результатів діагностичного дослідження можна вибрати диференційований підхід до психотерапевтичного втручання. Для фахівців, які мають досвід роботи з травматичними переживаннями та сформовану надійну прив'язаність, рекомендується зосередитися на ресурсному та поведінковому підходах. А для тих, хто не має досвіду безпечної прив'язаності або має невирішений травматичний досвід, необхідно обирати глибинний (психодинамічний) вектор.

О. Шевченко запропоновано компонентно-критеріальну модель розвитку резильєнтності медичних сестер у роботі з важкими соматичними хворими [20]. Модель включає 4 компоненти: ціннісно-мотиваційний (ціннісне ставлення до розвитку резильєнтності), когнітивно-рефлексивний (розуміння сутності резильєнтності), операціонально-діяльнісний (вміння виявити резильєнтність у своїй діяльності), комунікативно-регулятивний

(саморегуляція проявів резильєнтності у спілкуванні з хворими). Кожен із компонентів характеризується низкою критеріїв. Так, ціннісно-мотиваційний компонент виявляється у мотивації працювати з хворими, намаганні психологічно підготуватися до роботи, бажанні розвивати резильєнтність, а також у переконаннях щодо прихильності світу, власної цінності та здатності управляти подіями життя. У рамках когнітивно-рефлексивного компоненту авторами виділені такі критерії, як знання особливості роботи з хворими, усвідомлення важливості резильєнтності у професійній діяльності медичних сестер, розуміння проблем та факторів психологічної стійкості медичних сестер, умов її розвитку, рефлексія особливостей власної резильєнтності в роботі з хворими й можливостей її розвитку. Операціонально-діяльнісний компонент характеризується такими навичками, як стресостійкість, швидке відновлення в складних професійних ситуаціях, уміння добирати оптимальні копінг-стратегії. І нарешті в основі комунікативно-регулятивного компонента лежить готовність гнучко діяти в непередбачуваних умовах спілкування з пацієнтами, уміння проявляти толерантність у складних ситуаціях, здатність до швидкого відновлення після спілкування з важкими соматичними хворими.

На основі цієї моделі автором було створено й апробовано комплексну психологічну програму розвитку резильєнтності майбутніх медичних сестер у роботі з важкими соматичними хворими [21].

М. Крайг з колегами запропонували програму розвитку резильєнтності медичних сестер, основу якої складала втручання, спрямовані на формування усвідомленої турботи про себе (MSCR – mindful self-care and resiliency). Основною метою програми було підвищення емоційного благополуччя та зниження порогу професійного виснаження [33].

Д. Герхарт та співавт. провели тренінгові навчання медичних працівників із комунікації задля підвищення їхньої стійкості, внаслідок якого симптоми депресії, деперсоналізації та післятравматичного стресу значно знизилися [24].

М. Фоуреур із колегами розробили та втілили програму підвищення резильєнтності медсестер і акушерок для покращення їхнього здоров'я та почуття когерентності, зниження рівня депресії, тривоги тощо [37].

Деякі вчені акцентують увагу на необхідності інтеграції програм розвитку резильєнтності у процес навчання медичних сестер. С. Чесак та співавт. включили програму управління стресом та розвитку резильєнтності (Stress Management and Resiliency Training – SMART) у звичайну програму навчання медичних сестер, які тільки почали працювати у медичних закладах, і виявили ефективність такого підходу для підвищення резильєнтності: в експериментальній групі показники резильєнтності збільшились, а рівень стресу та тривожності зменшився порівняно з групою контролю [36].

Ф. Камерон та С. Броуні виокремили такі компоненти розвитку резильєнтності медсестер: опанування знань і навичок у сфері управління часом і кризами, встановлення пріоритетів; підвищення задоволеності роботою; позитивне ставлення до професійного середовища; усвідомлення значущості виконуваної роботи, побудова близьких і теплих стосунків, обмін досвідом; використання стратегій, таких як підсумовування, перевірка і саморефлексія; підтримка від колег і наставників, соціальна підтримка; застосування гумору для боротьби з депресивними чинниками; підтримання балансу між кар'єрою та особистим життям [29].

М. Макалістер пропонує включити у модель розвитку резильєнтності медичних фахівців формування усвідомлення власних моральних цінностей та цінностей інших людей, обізнаність про ресурси підтримки, можливість звертатися по допомогу і самим допомагати людям, а також час на фізичні вправи, медитації, йогу, читання, музику тощо [50]. К. Едвард та співавт. вважають, що важливим елементом програми розвитку резильєнтності має бути вміння визначати проблеми, вірити в їх вирішення та мати впевненість у своїх силах для залучення необхідних ресурсів [35].

Американська асоціація медичних сестер, які доглядають за пацієнтами

в критичних станах, наголошує, що резильєнтність є важливою якістю для медичних сестер. Вона підкреслює, що ця здатність формується в процесі практики, а не є вродженою, тому потребує свідомого розвитку і уваги.

Ф. Кемерон та С. Брауні пропонують шляхи удосконалення резильєнтності медичних працівників, серед яких: набуття знань і навичок управління часом і подолання кризових ситуацій, вміння керувати пріоритетами, усвідомлення важливості професійної діяльності і підвищення рівня задоволеності роботою, розвиток комунікативних компетентностей, побудова тісних і теплих стосунків, обмін досвідом; використання ефективних стратегій побудови балансу між кар'єрою і особистим життям, саморефлексія, соціальна підтримка і почуття гумору [29].

Розвиток резильєнтності медичних працівників закладів лікування та реабілітації комбатантів передбачає такі шляхи, як проведення тренінгів з управління стресом та емоційної регуляції, забезпечення регулярної психологічної підтримки та супервізії, розвиток навичок зі зміцнення соціальних зв'язків, підтримки дружніх та професійних зв'язків між колегами, організацію заходів для зміцнення командного духу [52; 53; 67]. Важливим також є заохочення до достатньої фізичної активності та навичок релаксації. Обов'язковим елементом є постійна освіта та підвищення кваліфікації у сфері лікування та реабілітації [53].

Проте відсутня інформація щодо комплексної програми розвитку резильєнтності медичного персоналу закладів лікування і реабілітації комбатантів, яка є вкрай важливою сьогодні, оскільки тільки резильєнтний медичний працівник може якісно виконувати свої професійні обов'язки, залишаючись фізично і психічно здоровим, а також допомагати пацієнтам долати травматичний досвід, відновлюватись і продовжувати життя.

Висновки до розділу 1

1. Існує три основних напрями тлумачення резильєнтності як психічного феномену: 1) перший напрям зосереджений на розкритті внутрішніх і зовнішніх характеристик, які допомагають людині подолати важкі моменти життя та вийти зі складних життєвих ситуацій; 2) другий напрям концептуалізує резильєнтність як динамічний процес і розглядає її як результат несприятливих змін і реінтеграції, під час яких особистість виявляє позитивну адаптацію, незважаючи на складний досвід; 3) третій напрям характеризує резильєнтність як вроджену енергію, життєву силу, тобто як життєздатність.

2. Структуру резильєнтності утворюють: когнітивна складова (оптимізм, гнучкість мислення, адаптивність у вирішенні проблем); соціальна складова (сильні соціальні зв'язки, підтримка, емпатія); особистісна складова (впевненість у власних силах і можливостях, віра у здатність успішно досягати цілей); мотиваційна складова (цілеспрямованість, здатність знаходити внутрішні джерела натхнення); поведінкова складова (ефективні стратегії подолання стресу, проактивний підхід до життя, готовність брати на себе відповідальність); екзистенційна складова (здатність знаходити і підтримувати сенс життя в складних ситуаціях). Характеристики резильєнтності реалізуються не ізольовано, вони інтегровані в цілісну систему, яка визначає рівень резильєнтності особистості.

3. Резильєнтність медичного персоналу закладів лікування та реабілітації комбатантів є професійно важливою рисою і визначається здатністю медичного персоналу до динамічної саморегуляції і адаптації у складних професійних ситуаціях, що забезпечується емоційними, мотиваційно-вольовими і когнітивними ресурсами індивідууму.

4. Високий рівень резильєнтності допомагає медичним працівникам ефективно надавати емоційну підтримку пацієнтам, які зазнали фізичних та психологічних травм, зберігати мотивацію і професійний ентузіазм,

конструктивно долати стресові ситуації і швидко відновлюватись, сприяє профілактиці емоційного вигорання, швидкій адаптації до змін і професійному розвитку, забезпечує підтримку фізичного та психічного здоров'я.

5. Розвиток резильєнтності може здійснюватися на різних рівнях: індивідуальному, груповому (сімейному), колегіальному (робота, колеги, кар'єра), громадському, та у двох основних напрямках: 1) формування здатності усвідомлювати, раціонально оцінювати та вирішувати проблеми, які можна вирішити, та змінювати ставлення по відношенню проблем, які не підлягають вирішенню; 2) пошук та розвиток ресурсних аспектів особистості.

6. Розвиток резильєнтності медичного персоналу закладів лікування та реабілітації комбатантів полягає у підвищенні здатності медичних працівників до динамічної адаптації та ефективної саморегуляції в умовах професійної взаємодії з комбатантами завдяки опануванню стратегій управління складною ситуацією та використанню особистісних ресурсів.

РОЗДІЛ 2

ДІАГНОСТИЧНИЙ КОМПОНЕНТ ТЕХНОЛОГІЇ РОЗВИТКУ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ ЗАКЛАДІВ ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ КОМБАТАНТІВ

2.1 Методичне забезпечення та організація емпіричного дослідження резильєнтності медичного персоналу закладів лікування та реабілітації комбатантів

У результаті проаналізованих літературних джерел нами було виявлено недостатнє вивчення проблеми розвитку резильєнтності медичного персоналу закладів лікування та реабілітації комбатантів. У зв'язку з чим нами було проведене власне дослідження.

Опитування учасників проводилось онлайн за допомогою Google Forms.

Бланк відповідей містив 4 блоки: перший блок – авторська анкета для медичних працівників закладів лікування і реабілітації комбатантів (додаток 1); 2-3 блоки – методика ProQOL-Health (додаток 2); блок 4 – Шкала Коннора-Девідсона (додаток 3).

Дослідження проведене із дотриманням етичних стандартів Гельсінкській декларації Всесвітньої медичної асоціації щодо виконання наукових медичних досліджень за участі людини. Всі учасники були проінформовані про те, що їхня участь у дослідженні є добровільною. Була забезпечена повна конфіденційність дослідження, у статистичному аналізі використовувалася деперсоналізована інформація, фіксувались лише загальні демографічні дані про респондентів (стать, вік, стаж роботи, професія та ін.).

Для оцінки психологічних особливостей медичних працівників, пов'язаних з їх професійною діяльністю, ми використали опитувальник ProQOL-Health [13]. Методика широко використовується для вивчення якості професійного життя медичних працівників. Дж. Хотчкіс та співавтори провели метааналіз 27 міжнародних досліджень, в яких взяли участь 12697 респондентів, з метою вивчення психометричної структури професійної якості

життя (ProQOL). У дослідженні показана висока кореляція між шкалами задоволення від співчуття і професійним вигоранням, а також вторинним травматичним стресом і професійним вигоранням і помірний зв'язок між шкалами задоволення від співчуття і вторинним травматичним стресом.

Міжнародна громадська організація «Міжнародний центр розвитку і лідерства» у 2023 році за методикою ProCOL провела дослідження вигорання надавачів психосоціальної допомоги та підтримки постраждалим від війни. У дослідженні взяли участь 2 групи респондентів – працівники-надавачі психосоціальних послуг на волонтери. Серед обох груп спостерігалась значна кількість людей із середнім рівнем вигорання, що підтверджує проблему вигорання серед надавачів психосоціальної допомоги та підтримки. Також показано, що волонтери є більш вразливою групою, порівняно з працівниками. За методикою ProQOL у працівників на 4,9% менший відсоток осіб з вигоранням на середньому рівні, ніж у волонтерів. Крім того, з'ясовано, що супервізія є ефективним інструментом профілактики та протидії вигоранню. Зокрема, показники відсутності вигорання в групі людей, які відвідують супервізію, на 23,3% вищі порівняно з тими, хто лише має досвід відвідування або не відвідує супервізій взагалі.

Опитувальник складається із 30 питань, на кожне з яких треба дати відповідь у форматі: ніколи, рідко, іноді, часто, дуже часто. Кожна відповідь оцінюється за 5-бальною системою, де 1 – ніколи, 2 – рідко, 3 – іноді, 4 – часто, 5 – дуже часто.

Методика містить 5 субшкал: 1 – задоволення від співчуття (питання 1, 6, 21, 24, 27, 30), 2 – відчутна підтримка (питання 5, 11, 13, 18, 23, 25), 3 – професійне вигорання (питання 8, 15, 19, 20, 22, 29), 4 – вторинний травматичний стрес (питання 3, 7, 10, 12, 16, 26), 5 – моральні страждання (питання 2, 4, 9, 14, 17, 28). За кожною субшкалою знаходять суму балів відповідей, яка свідчить про рівень прояву характеристик у межах субшкал: 12 і менше – низький рівень, 13-23 – середній рівень, 24 і більше – високий рівень.

Розглянемо докладніше інтерпретацію субшкал методики ProQOL-Health.

Субшкала 1: Задоволення від співчуття. У межах цієї частини опитувальника досліджується задоволення, яке медичний працівник отримує від відчуття ефективності виконання своєї роботи через допомогу іншим, позитивне ставлення до колег, через внесок у робочу атмосферу чи благо суспільства. Вищі бали свідчать про більше задоволення від емпатійної комунікації в межах виконання професійних обов'язків.

Субшкала 2: Відчутна підтримка. Субшкала дозволяє оцінити сприйняття підтримки медичним працівником – відчуття того, що він має доступ до ефективної допомоги, коли вона потрібна. Підтримка може набувати різних форм, включаючи виконання завдань іншими, коли власні можливості медичного працівника недостатні, а також через надання корисних порад, через спільну роботу над вирішенням складних проблем, шляхом відволікання від стресів у роботі або надання емоційної підтримки та співчуття під час труднощів. Вищі бали свідчать про те, що медичний працівник відчуває підтримку з боку інших людей.

Субшкала 3: Професійне вигорання. Дуже часто професійне вигорання супроводжується відчуттям безнадійності та виснаження, які заважають ефективно працювати на роботі. Ці симптоми зазвичай починаються повільно і з часом посилюються. Медичні працівники, які стикаються з вигоранням, часто мають дуже високе робоче навантаження, мало можливостей для відпочинку або працюють у несприятливому середовищі. Вони часто відчувають, що їх не цінують або що їхні зусилля не мають ніякого значення. Вищі бали свідчать про вищий рівень вигорання.

Субшкала 4: Вторинний травматичний стрес. Вторинна травматизація є однією із основних рис професійної діяльності медичних працівників. Особи, які страждають від вторинної травматизації, часто зазнають тривожних і неконтрольованих спогадів, постійно думають про поганий досвід, уникають

діяльності, яка нагадує їм про важкий досвід, відчують безпричинний страх і мають проблеми зі сном. Високі показники свідчать про високий рівень вторинного травматичного стресу.

Субшкала 5: Моральні страждання. Працівники охорони здоров'я іноді стикаються зі складними ситуаціями та вибором. Іноді обставини або вказівки змушують їх діяти у спосіб, який суперечить особистим цінностям, переконанням і моралі. Саме ці моменти роботи можуть призвести до тривалого внутрішнього сум'яття, яке може негативно вплинути на якість життя. Моральний дискомфорт такого роду пов'язаний з почуттям провини, сорому та образи. Вищі бали свідчать про вищий рівень моральних страждань.

Наступним етапом дослідження було вивчення рівня резильєнтності медичних працівників закладів лікування і реабілітації комбатантів. Слід підкреслити, що вчені визначають резильєнтність через безліч біологічних, психологічних, соціальних і культурних факторів, що взаємодіють між собою. У 1993 році Г. Вагнілд і Х. Янг розробили психометричну шкалу резильєнтності (RS), що базується на двох основних факторах: особистісній компетентності та прийнятті себе й свого життя [45]. Їхні дослідження показали позитивні кореляції з фізичним здоров'ям, моральним станом і задоволеністю життям, а також негативні кореляції з депресією, що підтверджує надійність RS як інструменту вимірювання резильєнтності. Пізніше О. Фріборг з колегами розробили шкалу резильєнтності для дорослих (RSA), яка продемонструвала захисний ефект проти стресових факторів як у природних, так і в лабораторних умовах. К. Коннор і Дж. Девідсон створили Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), яка вимірює такі аспекти резильєнтності, як здатність адаптуватися до змін, справлятися зі стресом, концентруватися, не здаватися перед труднощами та управляти негативними емоціями [31]. Оскільки саме ці риси є професійно важливими для медичних працівників, для оцінки рівня резильєнтності нами була обрана саме ця методика. Існує кілька версій CD-RISC: CD-RISC-2, CD-RISC-10 і CD-RISC-

25, кожна з яких оцінює резильєнтність через п'ять компонентів: особистісну компетентність, прийняття змін, довіру/толерантність, контроль та духовні впливи. CD-RISC-2 є скороченою шкалою для вимірювання прогресу після терапії, тоді як CD-RISC-25 складається з 25 питань і підходить для різних культур. CD-RISC-10 розроблена на основі факторного аналізу, містить 10 питань і є одновимірною версією, що має високі психометричні показники. За даними С. Гонзалес та співавт. CD-RISC-10 перевершує 25-позиційну версію за психометричними характеристиками [39]. Українською мовою методика була перекладена, адаптована та апробована З. Кіреєвою, О. Односталко, Б. Бірон [6].

Опитувальник має одну шкалу, що визначає рівень резильєнтності і складається із 10 питань, на кожне з яких передбачається 5 варіантів відповіді: 0 – ніколи, 1 – рідко, 2 – іноді, 3 – часто, 4 – завжди. Сума балів за 10 питань визначає рівень резильєнтності. Загальний показник, що дорівнював 26 і менше, відповідає низькому рівню резильєнтності; показник, більший за 26 – менший або дорівнює 32, відповідає середньому рівню резильєнтності; показник більший за 32 – високому рівню.

Характеристика вибірки. Збір даних для емпіричного дослідження проводився у березні 2024 року. Участь у дослідженні взяли 54 працівники закладів лікування та реабілітації комбатантів.

Учасники опитування характеризувались наступними соціально-демографічними показниками. За статтю респонденти розподілились таким чином: 29,6 % були чоловіками та 70,4 % - жінками. Вік учасників коливався від 21 до 70 (середній вік - $39,1 \pm 12,5$) років. За віковим складом учасники дослідження утворили такі групи: 37 % осіб – це респонденти віком 21-31 рік, 18,5 % – особи віком 32-41 рік, 27,8 % – віком 42-51 рік, 11,1% – 52-61 роки та 5,6% – 62-70 років.

Професійно-організаційні характеристики у досліджуваній групі були наступними. Стаж роботи респондентів коливався від 1,5 до 53 років і

становив у середньому $18,0 \pm 13,3$ р. Респонденти працювали у медичних закладах різного типу. Більшість (44,4 %) були представниками багатопрофільних лікарень. Серед учасників опитування було 27,8 % лікарів, 16,7 % медичних сестер та 55,6 % інших медичних працівників (молодші медичні сестри, реабілітологи).

Медичні заклади, у яких працювали респонденти знаходились у більшості випадків (61,1 %) на відстані 10 – 50 км від зони ведення бойових дій, 22,2 % від 50 до 100 км і 13 % понад 100 км.

Статистична обробка отриманих результатів проводилась із використанням програми Excel. Були використані методи описової статистики (середнє арифметичне, мода, медіана, стандартне відхилення, коефіцієнт варіації, відсотковий розподіл), методи перевірки статистичних гіпотез (χ^2 -критерій Пірсона), методи кореляційного аналізу (коефіцієнт кореляції Пірсона).

2.2 Аналіз результатів дослідження особливостей резильєнтності медичного персоналу закладів лікування та реабілітації комбатантів

Першим етапом обробки результатів було використання описової статистики. Для аналізу ми обрали: середнє значення (X), моду (M_0), медіану (M_e), стандартне відхилення (Σ) та коефіцієнт варіації (V).

Розпочнемо аналіз показників резильєнтності медичних працівників закладів лікування і реабілітації комбатантів (ЗЛРК) за методикою «Шкала Коннора-Девідсона (CD-RISC-10)» (табл. 2.1.). Для аналізу було виділено декілька груп: всі опитані респонденти, чоловіча та жіночі підгрупи, лікарі, медичні сестри та інші медичні працівники.

Таблиця 2.1 – Описова статистика показників резильєнтності медичних працівників ЗЛРК

Респонденти	Критерії описової статистики				
	Середнє значення (X)	Мода (M _o)	Медіана (M _e)	Стандартне відхилення (σ)	Коефіцієнт варіації (V)
Всі респонденти	28,33	29	29	6,31	22 %
Жінки	28,13	30	30	6,83	24 %
Чоловіки	28,81	29	29	5,05	18 %
Лікарі	28,07	29	29	5,48	20 %
Медичні сестри	26,11	30	26	8,18	31 %
Інший мед. персонал	29,13	29	30	6,14	21 %

Як бачимо, за відповідями всіх респондентів результати середнього значення (28,33 балів), моди (29 балів), медіани (29 балів) відповідають середньому рівню резильєнтності. Значення стандартного відхилення (6,31) та коефіцієнта варіації (22%) свідчать про нормальний розподіл та однорідність досліджуваної групи, що дає нам можливість у подальшому аналізі застосовувати методи параметричної статистики.

Наступним кроком аналізу було вивчення резильєнтності у групах чоловічої та жіночої статей. Як видно із таблиці 2.1., показники описової статистики у групі жінок були такими: середнє значення – 28,13, мода – 30, медіана – 30, стандартне відхилення – 6,83, коефіцієнт варіації – 24 %. У групі чоловіків виявили такі дані показників описової статистики: середнє значення – 28,81, мода – 29, медіана – 29, стандартне відхилення – 5,05, коефіцієнт варіації – 18 %. Отримані дані відповідають середньому рівню резильєнтності в обох групах. Значення стандартного відхилення у жінок і чоловіків (6,83 та 5,05 відповідно), а також коефіцієнта варіації (24% та 18%) свідчать про нормальний розподіл та однорідність груп.

Подальший аналіз був спрямований на вивчення резильєнтності у медичних працівників різних професій. У групі лікарів середнє значення дорівнювало 28,07, мода – 29, медіана – 29, стандартне відхилення – 5,48,

коефіцієнт варіації – 20 %. Серед медичних сестер показники описової статистики були такими: середнє значення – 26,11, мода – 30, медіана – 26, стандартне відхилення – 8,18, коефіцієнт варіації – 31 %, а у групі іншого медичного персоналу: середнє арифметичне – 29,13, мода – 29, медіана – 30, стандартне відхилення – 6,14, коефіцієнт варіації – 21 %. Отримані показники свідчать про тенденцію до зменшення резильєнтності у медичних сестер. Значення стандартного відхилення у медичних сестер (8,18) і коефіцієнта варіації (31%).

У таблиці 2.2 подано розподіл медичних працівників ЗЛРК із різними рівнями резильєнтності.

Таблиця 2.2 – Рівні резильєнтності медичних працівників ЗЛРК (%)

Рівень резильєнтності	Респонденти (n, %)					Інші медичні працівники
	Всі респонденти	Жінки	Чоловіки	Лікарі	Медичні сестри	
Низький	31,48	31,58	31,25	26,67	44,44*	30,00
Середній	48,15*	50,00*	43,75	53,33*	44,44*	46,67**
Високий	20,37	18,42	25,00	20,0	11,11	23,33
P	$\chi^2 = 11,74$ $P \leq 0,01$	$\chi^2 = 15,11$ $P \leq 0,01$	$\chi^2 = 5,4$ $P > 0,05$	$\chi^2 = 18,6$ $P \leq 0,01$	$\chi^2 = 22,2$ $P \leq 0,01$	$\chi^2 = 8,38$ $P \leq 0,05$
	$P_1=0,97; P_2=0,91; P_3=0,85$			$P_4=0,94; P_5=0,68; P_6=0,95; P_7=0,64; P_8=0,91; P_9=0,62$		

Примітки:

P – статистична значимість відмінності показників за χ^2 -критерієм Пірсона;

**показник є статистично значущими за χ^2 -критерієм Пірсона при $P \leq 0,01$ між різними рівнями резильєнтності в межах однієї групи;*

***показник є статистично значущими за χ^2 -критерієм Пірсона при $P \leq 0,05$ між різними рівнями резильєнтності в межах однієї групи;*

P – статистична значимість відмінності показників за χ^2 -критерієм Пірсона між різними групами респондентів (P_1 – всі респонденти і жінки; P_2 – всі респонденти і чоловіки; P_3 – жінки і чоловіки; P_4 – всі респонденти і лікарі; P_5 – всі респонденти і медсестри; P_6 – всі респонденти і інші медичні працівники; P_7 – лікарі і медсестри; P_8 – лікарі й інші медичні працівники; P_9 – медсестри й інші медичні працівники).

Аналіз результатів, поданих у таблиці 2.2, доводить, що у медичних працівників (без розподілу на підгрупи) на статистично значущому рівні домінує середній рівень резильєнтності. Те саме є характерним для груп «жінки», «лікарі» та «інші медичні працівники». При цьому у групи «чоловіки» перевага середнього рівня резильєнтності є статистично незначущою. А в групі «медичні сестри» низький та середній рівні резильєнтності є притаманними однакової кількості респондентів. Тенденція зниження резильєнтності у медичних сестер підтверджується результатами досліджень інших авторів [32; 35; 36; 40].

Відмінності у розподілі респондентів із різним рівнем резильєнтності між окремими групами опитаних виявились статистично недостовірними (табл. 2.2).

У таблиці 2.3. представлені результати описової статистики психологічних особливостей медичних працівників, пов'язаних з їх професійною діяльністю, за шкалами «Задоволення від співчуття», «Відчутна підтримка», «Професійне вигорання», «Вторинний травматичний стрес», «Моральні страждання».

Результати описової статистики за шкалою «Задоволення від співчуття» серед усіх респондентів були такими: середнє арифметичне – 22,85, мода – 22, медіана – 23, стандартне відхилення – 4,03, коефіцієнт варіації – 18 %, що свідчить про домінування середнього рівня задоволеності від співчуття та рівномірний розподіл вибірки. Серед жінок показники становили: середнє арифметичне – 22,63, мода – 26, медіана – 23, стандартне відхилення – 4,30, коефіцієнт варіації – 0,19, що свідчить про домінування середнього рівня задоволеності від співчуття та рівномірний розподіл вибірки. Серед чоловіків середнє арифметичне – 23,38, мода – 23, медіана – 23, середнє відхилення – 3,36, коефіцієнт варіації – 14 %, що свідчить про домінування середнього рівня задоволеності від співчуття та рівномірний розподіл вибірки.

Таблиця 2.3 – Описова статистика показників якості життя медичних працівників ЗЛРК

Критерії описової статистики	Назви шкал				
	Задоволення від співчуття	Відчутна підтримка	Професійне вигорання	Вторинний травматичний стрес	Моральні страждання
Всі респонденти					
X	22,85	20,98	16,28	15,15	14,85
M _o	22	21	17	14	13
M _e	23	21	17	14	14
σ	4,03	3,86	4,89	3,68	3,89
V	0,18	0,18	0,30	0,24	0,26
Жінки					
X	22,63	21,24	16,11	15,42	14,84
M _o	26	21	17	14	14
M _e	23	21	17	15	14
σ	4,30	3,94	4,80	3,80	4,07
V	0,19	0,19	0,29	0,25	0,27
Чоловіки					
X	23,38	20,38	16,69	14,50	14,88
M _o	23	19	20	15	15
M _e	23	20	18	14	15
σ	3,36	3,74	5,24	3,39	3,56
V	0,14	0,18	0,31	0,23	0,24
Лікарі					
X	24,07	21,33	15,67	14,73	14,93
M _o	25	18	17	14	17
M _e	24	21	16	14	15
σ	3,06	3,60	5,46	4,13	3,96
V	0,13	0,17	0,35	0,28	0,27
Медичні сестри					
X	21,33	20,00	18,00	17,11	15,56
M _o	22	19	18	18	14
M _e	21	20	18	18	14
σ	3,67	2,78	5,96	5,04	5,10
V	0,17	0,14	0,33	0,29	0,33
Інші медичні працівники					
X	22,70	21,10	16,07	14,77	14,60
M _o	23	21	17	14	13
M _e	23	21	17	14	14
σ	4,47	4,30	4,28	2,84	3,56
V	0,20	0,20	0,27	0,19	0,24

Примітки: X – середнє значення, M_o – мода, M_e – медіана, σ – стандартне відхилення, V – коефіцієнт варіації.

Слід зауважити, що у медичного персоналу жіночої статі порівняно з чоловіками спостерігається тенденція до вищого рівня задоволення від співчуття (середнє значення 22,63 проти 23,38 у чоловіків; мода 26 проти 23 відповідає високому рівню).

Аналіз показників задоволення від співчуття в осіб різних професій засвідчує наступне. Серед лікарів показники становили: середнє арифметичне – 24,07, мода – 25, медіана – 24, стандартне відхилення – 3,06, коефіцієнт варіації – 13 %, що доводить домінування високого рівня задоволеності від співчуття та рівномірний розподіл вибірки. У медичних сестер визначені такі показники: середнє арифметичне – 21,33, мода – 22, медіана – 21, стандартне відхилення – 3,67, коефіцієнт варіації – 17 %, що свідчить про домінування середнього рівня задоволеності від співчуття та рівномірний розподіл вибірки. У інших медичних працівників показники описової статистики дорівнюють: середнє арифметичне – 22,70, мода – 23, медіана – 23, стандартне відхилення – 4,47, коефіцієнт варіації – 20 %, що відповідає середньому рівню задоволеності від співчуття та рівномірному розподілу вибірки. Таким чином, у лікарів домінує високий рівень задоволення від співчуття, медичні сестри та інші медичні працівники – середній, причому найнижчий рівень задоволення від співчуття притаманний саме медичним сестрам.

Показники описової статистики результатів діагностики медичних працівників загальної вибірки за шкалою «Відчутна підтримка» є такими: середнє арифметичне – 20,98, мода – 21, медіана – 21, стандартне відхилення – 3,86, коефіцієнт варіації – 18 %, що доводить домінування у досліджуваній групі середнього рівня відчутної підтримки та нормальний розподіл вибірки. Серед жінок показники відчутності підтримки становлять: середнє арифметичне – 21,24, мода – 21, медіана – 21, стандартне відхилення – 3,94, коефіцієнт варіації – 0,19, а у чоловіків: середнє арифметичне – 20,38, мода – 19, медіана – 20, стандартне

відхилення – 3,74, коефіцієнт варіації – 18 %, що свідчить про домінування і в одній, і в другій групі досліджуваних середнього рівня відчутної підтримки, а також про рівномірний розподіл. Слід зауважити, що у медичних працівників жіночої статі порівняно з чоловіками спостерігається вищий рівень задоволення відчутної підтримки (середнє значення 21,24 проти 20,38 у чоловіків; мода 21 проти 19, медіана 21 проти 20).

Вивчення рівня відчутної підтримки у медичних працівників різних професій дозволило нам зафіксувати такі результати. Серед лікарів показники становили: середнє арифметичне – 21,33, мода – 18, медіана – 21, стандартне відхилення – 3,60, коефіцієнт варіації – 17 %, що свідчить про домінування середнього рівня відчутної підтримки та рівномірний розподіл вибірки. Серед медичних сестер показники відчутної підтримки є такими: середнє арифметичне – 20,0, мода – 19, медіана – 20, стандартне відхилення – 2,78, коефіцієнт варіації – 14 %, що свідчить про домінування середнього рівня відчутної підтримки та рівномірний розподіл вибірки. Серед інших медичних працівників відчутна підтримка має такі показники: середнє арифметичне – 21,10, мода – 21, медіана – 21, стандартне відхилення – 4,30, коефіцієнт варіації – 20 %, що свідчить про домінування середнього рівня відчутної підтримки та рівномірний розподіл вибірки. У результаті аналізу виявлені нижчі показники рівня відчутної підтримки у медичних сестер (середнє значення 20,0 проти 21,33 у лікарів і 22,10 у інших медичних працівників).

Результати описової статистики за шкалою «Професійне вигорання» у загальній групі були такими: середнє арифметичне – 16,28, мода – 17, медіана – 17, стандартне відхилення – 4,89, коефіцієнт варіації – 30, що свідчить про домінування середнього рівня професійного вигорання та рівномірний розподіл вибірки. Серед жінок показники професійного вигорання є такими: середнє арифметичне – 16,11, мода – 17, медіана – 17,

стандартне відхилення – 4,80, коефіцієнт варіації – 30 %, а у чоловіків середнє арифметичне – 16,69, мода – 20, медіана – 18, стандартне відхилення – 5,24 та коефіцієнт варіації – 31 %, що свідчить про домінування середнього рівня професійного вигорання та близький до рівномірного розподіл вибірки. Слід зауважити, що у осіб чоловічої статі спостерігається вищий рівень професійного вигорання, ніж у жінок (середнє значення 16,69 проти 16,11 у жінок; мода 20 проти 17, медіана 18 проти 17).

Аналіз показників професійного вигорання у медичних працівників різних професій дозволяє нам стверджувати наступне. Серед лікарів показники становлять: середнє арифметичне – 15,67, мода – 17, медіана – 16, стандартне відхилення – 5,46, коефіцієнт варіації – 35 %, що свідчить про домінування середнього рівня професійного вигорання та нерівномірний розподіл вибірки. Медичні сестри мають такі показники професійного вигорання: середнє арифметичне – 18,0, мода – 18, медіана – 18, стандартне відхилення – 5,96, коефіцієнт варіації – 33 %, що свідчить про домінування середнього рівня професійного вигорання та нерівномірний розподіл вибірки. Серед інших медичних працівників показники професійного вигорання дорівнюють: середнє арифметичне – 16,07, мода – 17, медіана – 17, стандартне відхилення – 4,28, коефіцієнт варіації – 27%, що свідчить про домінування середнього рівня професійного вигорання та рівномірний розподіл вибірки. У результаті аналізу виявлена тенденція до вищого рівня професійного вигорання у медичних сестер (середнє значення 18,0 проти 15,67 у лікарів і 16,07 у інших медичних працівників).

Результати описової статистики за шкалою «Вторинний травматичний стрес» у загальній групі є такими: середнє арифметичне – 15,15, мода – 14, медіана – 14, стандартне відхилення – 3,68, коефіцієнт варіації – 24 %, що свідчить про домінування середнього рівня вторинного

травматичного стресу та рівномірний розподіл вибірки. Серед жінок показники вторинного травматичного стресу становлять: середнє арифметичне – 15,42, мода – 14, медіана – 15, стандартне відхилення – 3,80, коефіцієнт варіації – 25 %, тоді як серед чоловіків: середнє арифметичне – 14,50, мода – 15, медіана – 14, стандартне відхилення – 3,39, коефіцієнт варіації – 23 %, що свідчить про домінування середнього рівня вторинного стресу та рівномірний розподіл вибірки. Слід зауважити, що у медичного персоналу жіночої статі спостерігаються вищі показники вторинного травматичного стресу (середнє значення 15,42 у жінок проти 14,50 у чоловіків).

Показники вторинного травматичного стресу у медичних працівників різних професій є переважно подібними. Серед лікарів ці показники становлять: середнє арифметичне – 14,73, мода – 14, медіана – 14, стандартне відхилення – 4,13, коефіцієнт варіації – 28 %, що свідчить про домінування середнього рівня травматичного стресу та рівномірний розподіл вибірки. Серед медичних сестер показники травматичного стресу є такими: середнє арифметичне – 17,11, мода – 18, медіана – 18, стандартне відхилення – 5,04, коефіцієнт варіації, що свідчить про домінування середнього рівня травматичного стресу та рівномірний розподіл вибірки. Серед інших медичних працівників показники травматичного стресу є такими: середнє арифметичне – 14,77, мода – 14, медіана – 14, стандартне відхилення – 2,84, коефіцієнт варіації – 19 %, що свідчить про домінування середнього рівня травматичного стресу та рівномірний розподіл вибірки. У результаті аналізу виявлена тенденція до вищого рівня вторинного травматичного стресу у медичних сестер (середнє значення 17,11 проти 14,73 у лікарів і 14,77 у інших медичних працівників).

Результати описової статистики показників за шкалою «Моральні страждання» у загальній групі медичних працівників є такими: середнє арифметичне – 14,85, мода – 13, медіана – 14, стандартне відхилення – 3,89,

коефіцієнт варіації – 26 %, що свідчить про домінування середнього рівня моральних страждань та рівномірний розподіл вибірки. Серед жінок показники є такими: середнє арифметичне – 14,84, мода – 14, медіана – 14, стандартне відхилення – 4,06, коефіцієнт варіації – 27 %, тоді як серед чоловіків ці показники становлять: середнє арифметичне – 14,88, мода – 15, медіана – 15, стандартне відхилення – 3,56, коефіцієнт варіації – 24 %, що свідчить про домінування середнього рівня моральних страждань та рівномірний розподіл вибірки.

Аналіз показників моральних страждань у медичних працівників різних професій засвідчує такі особливості. Серед лікарів показники моральних страждань становлять: середнє арифметичне – 14,93, мода – 17, медіана – 15, стандартне відхилення – 4,96, коефіцієнт варіації – 27 %, що свідчить про домінування середнього рівня моральних страждань та рівномірний розподіл вибірки. У медичних сестер показники моральних страждань є такими: середнє арифметичне – 15,56, мода – 14, медіана – 14, стандартне відхилення – 5,10, коефіцієнт варіації – 33 %, що свідчить про домінування середнього рівня моральних страждань та нерівномірний розподіл вибірки. Серед інших медичних працівників поширеними є такі показники моральних страждань: середнє арифметичне – 14,60, мода – 13, медіана – 14, стандартне відхилення – 3,56, коефіцієнт варіації – 24 %, що свідчить про домінування середнього рівня моральних страждань та рівномірний розподіл вибірки. У результаті аналізу виявлена тенденція до вищого рівня моральних страждань у медичних сестер (середнє значення 15,56 проти 14,93 у лікарів і 14,60 у інших медичних працівників).

Результати вивчення відмінностей у розподілі осіб різних груп (всі респонденти, жінки, чоловіки, лікарі, медичні сестри, інші медичні працівники) за рівнями показників (низький, високий, середній) шкал методики з вивчення якості професійного життя («Задоволення від співчуття», «Відчутна підтримка», «Професійне вигорання», «Вторинний

травматичний стрес», «Моральні страждання») подані у таблиці 2.4.

Таблиця 2.4 – Рівні показників якості життя медичних працівників ЗЛРК (%)

Рівні	Назви шкал				
	Задоволення від співчуття	Відчутна підтримка	Професійне вигорання	Вторинний травматичний стрес	Моральні страждання
Всі респонденти					
Низький	1,85	1,85	25,93	20,37	20,37
Середній	55,56*	72,22*	68,52*	79,63*	79,63*
Високий	42,59	25,93	5,56	0,00	0,00
P	$\chi^2=47,2 P\leq 0,01$	$\chi^2 = 76,8 P\leq 0,01$	$\chi^2=61,9 P\leq 0,01$	$\chi^2=102,8 P\leq 0,01$	$\chi^2=102,8 P\leq 0,01$
Жінки					
Низький	2,63	2,63	23,68	15,79	15,79
Середній	55,26*	68,42*	71,05*	84,21*	84,21
Високий	42,11	28,95	5,26	0,00	0,00
P	$\chi^2=45,1 P\leq 0,01$	$\chi^2=65,9 P\leq 0,01$	$\chi^2=69,2 P\leq 0,01$	$\chi^2=120,3 P\leq 0,01$	$\chi^2=120,3 P\leq 0,01$
Чоловіки					
Низький	0,00	0,00	31,25	31,25	31,25
Середній	56,25*	81,25*	62,50*	68,75*	68,75*
Високий	43,75	18,75	6,25	0,00	0,00
P	$\chi^2=52,4 P\leq 0,01$	$\chi^2=108,7 P\leq 0,01$	$\chi^2=47,7 P\leq 0,01$	$\chi^2=71,2 P\leq 0,01$	$\chi^2=71,2 P\leq 0,01$
Лікарі					
Низький	0,00	0,00	33,33	26,67	26,67
Середній	40,00	73,33*	60,00*	73,33*	73,33*
Високий	60,00*	26,67	6,67	0,00	0,00
P	$\chi^2=56,1 P\leq 0,01$	$\chi^2=82,7 P\leq 0,01$	$\chi^2=42,7 P\leq 0,01$	$\chi^2=82,7 P\leq 0,01$	$\chi^2=82,7 P\leq 0,01$
Медичні сестри					
Низький	0,00	0,00	22,22	22,22	22,22
Середній	77,78*	88,89*	55,56*	77,78*	77,78*
Високий	22,22	11,11	22,22	0,00	0,00
P	$\chi^2=96,4 P\leq 0,01$	$\chi^2=140,9 P\leq 0,01$	$\chi^2=22,3 P\leq 0,01$	$\chi^2=96,4 P\leq 0,01$	$\chi^2=96,4 P\leq 0,01$
Інші медичні працівники					
Низький	3,33	3,33	23,33	16,67	16,67
Середній	56,67*	66,67*	76,67*	83,33*	83,33*
Високий	40,00	30,00	0,00	0,00	0,00
P	$\chi^2=48,7 P\leq 0,01$	$\chi^2=60,8 P\leq 0,01$	$\chi^2=92,8 P\leq 0,01$	$\chi^2=82,7 P\leq 0,01$	$\chi^2=116,8 P\leq 0,01$

Примітки:

P – статистична значимість відмінності показників за χ^2 -критерієм Пірсона;

*показник є статистично значущими за χ^2 -критерієм Пірсона при $p \leq 0,01$ між різними рівнями резильєнтності в межах однієї групи.

Дані, розміщені у таблиці 2.4, доводять, що загалом по групі медичних працівників на статистично значущому рівні переважає середній

рівень задоволення від співчуття, відчуття підтримки, професійного вигорання, вторинного травматичного стресу та моральних страждань. Домінуючий середній рівень за означеними шкалами також є характерним для медичних працівників як жіночої, так і чоловічої статі.

Що стосується особливостей якості професійного життя медичних працівників різних спеціальностей, то у лікарів, медичних сестер та інших медичних працівників домінує середній рівень відчуття підтримки, професійного вигорання, вторинного травматичного стресу та моральних страждань. Відмінності стосуються лише вираженості рівня задоволення від співчуття: у лікарів переважає високий рівень, у медичних сестер та інших медичних працівників – середній.

У таблиці 2.5 показані відмінності у розподілі осіб різних груп за шкалами якості життя за χ^2 -критерієм Пірсона.

Таблиця 2.5 – Порівняння показників якості професійного життя медичних працівників ЗЛРК

Респонденти	Задоволення від співчуття	Відчутна підтримка	Професійне вигорання	Вторинний травматичний стрес	Моральні страждання
Всі респонденти	25,4*	41,4*	33,4*	55,4*	55,4*
Жінки	17,1*	25,0*	26,3*	45,7*	45,7*
Чоловіки	8,4**	17,4*	7,6**	11,4*	11,4*
Лікарі	8,4**	12,4*	6,4**	12,4*	12,4*
Медичні сестри	8,7**	12,7*	2	8,7**	8,7**
Інші медичні працівники	13,4*	18,2*	27,8*	35,0*	35,0*

Примітки:

*показник є статистично значущим за χ^2 -критерієм Пірсона при $P \leq 0,01$ між різними рівнями результативності в межах однієї групи;

**показник є статистично значущим за χ^2 -критерієм Пірсона при $P \leq 0,05$ між різними рівнями результативності в межах однієї групи;

За більшістю шкал в усіх групах респондентів існує різниця у розподілі показників. Відмінності виявились статистично незначущими лише у групі медичних сестер за шкалою «Професійне вигорання».

Останнім етапом аналізу результатів емпіричного дослідження було визначення кореляційних зв'язків (див. табл. 2.6).

Таблиця 2.6 – Кореляційні зв'язки між резильєнтністю і якістю професійного життя медичних працівників ЗЛРК

	Резильєнтність	Задоволення від співчуття	Відчутна підтримка	Професійне вигорання	Вторинна травматизація	Моральні страждання
Резильєнтність	1					
Задоволення від співчуття	0,63*	1				
Відчутна підтримка	0,63*	0,66*	1			
Професійне вигорання	-0,54*	-0,62*	-0,63*	1		
Вторинна травматизація	-0,43*	-0,37*	-0,33*	0,63*	1	
Моральні страждання	-0,41*	-0,37*	-0,52*	0,61*	0,71*	1

Примітки:

* $r_{кр} = 0,34$ при $p \leq 0,01$

У медичних працівників ЗЛРК наявні значимі позитивні кореляційні зв'язки між резильєнтністю і шкалами «Задоволення від співчуття» ($r_{кр} = 0,63$; $p \leq 0,01$), «Відчутна підтримка» ($r_{кр} = 0,63$; $p \leq 0,01$) та негативні зі шкалами «Професійне вигорання» ($r_{кр} = -0,54$; $p \leq 0,01$), «Вторинна травматизація» ($r_{кр} = -0,43$; $p \leq 0,01$), «Моральні страждання» ($r_{кр} = -0,41$; $p \leq 0,01$).

Значимі кореляційні зв'язки показані на рисунку 2.1.

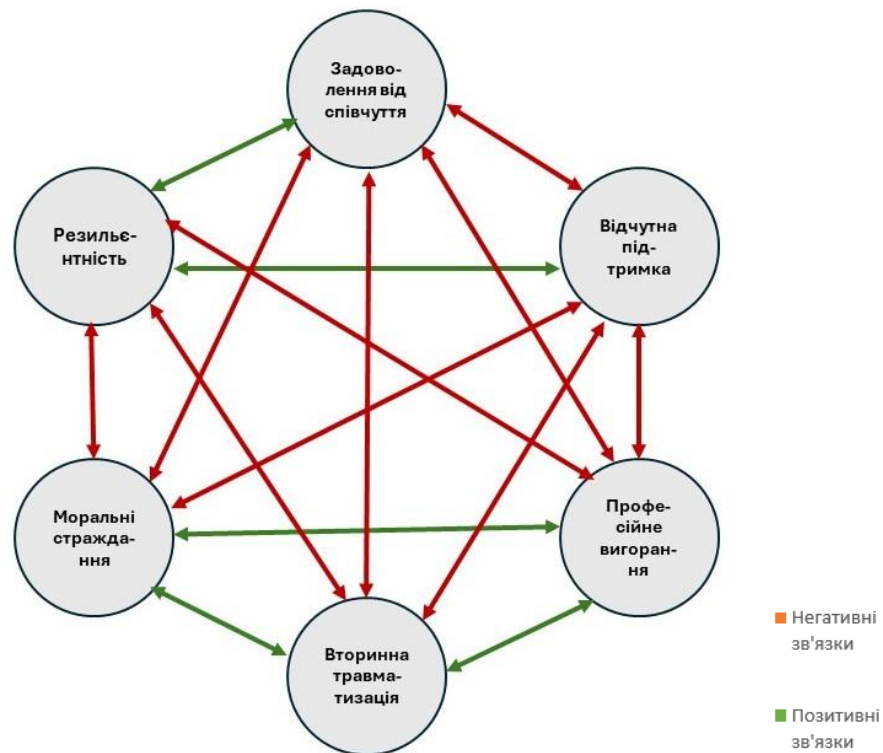


Рисунок 2.1 – Значимі кореляційні зв'язки між показниками резильєнтності і якості професійного життя медичних працівників

Таким чином, отримані результати підтверджують першу гіпотезу нашого дослідження та є підґрунтям для розроблення моделі розвитку резильєнтності медичних працівників закладів лікування та реабілітації комбатантів.

Висновки до розділу 2

1. Для вивчення особливостей резильєнтності медичних працівників закладів лікування та реабілітації комбатантів використовувалися: 1) «Шкала Коннара-Девідсона» (CD-RISC-10); 2) опитувальник «Оцінки якості життя для професійних медичних працівників ProQOL-Health»; 3) авторська анкета професійно-демографічних даних. Для аналізу результатів було використано методи описової статистики (середнє арифметичне, мода, медіана, стандартне відхилення, коефіцієнт варіації), методи перевірки статистичних гіпотез (χ^2 -критерієм Пірсона),

кореляційний аналіз (коефіцієнт кореляції Пірсона).

2. Медичні працівники з різними функціональними обов'язками в закладах лікування та реабілітації комбатантів мають відмінності у показниках резильєнтності. У медичних працівників (без розподілу на підгрупи) на статистично значущому рівні домінує середній рівень резильєнтності. Те саме є характерним для груп «жінки», «лікарі» та «інші медичні працівники». При цьому у групі «чоловіки» перевага середнього рівня резильєнтності є статистично незначущою. А в групі «медичні сестри» низький та середній рівні резильєнтності є притаманними однакової кількості респондентів.

3. За самооцінкою якості професійного життя у медичних працівників загалом, а також у групах «жінки» та «чоловіки» на статистично значущому рівні переважає середній рівень задоволення від співчуття, відчуття підтримки, професійного вигорання, вторинного травматичного стресу та моральних страждань. Водночас, при диференціації медичних працівників за різними спеціальностями у лікарів, медичних сестер та інших медичних працівників домінує середній рівень відчуття підтримки, професійного вигорання, вторинного травматичного стресу та моральних страждань. Відмінності стосуються лише вираженості рівня задоволення від співчуття: у лікарів переважає високий рівень, у медичних сестер та інших медичних працівників – середній.

4. Показники резильєнтності медичних працівників закладів лікування та реабілітації комбатантів мають значимі позитивні кореляційні зв'язки з показниками задоволеності від співчуття, відчутної підтримки та негативні кореляційні зв'язки з показниками професійного вигорання, вторинної травматизації та моральних страждань

РОЗДІЛ 3

ФОРМУВАЛЬНИЙ КОМПОНЕНТ ТЕХНОЛОГІЇ РОЗВИТКУ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ ЗАКЛАДІВ ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ КОМБАТАНТІВ

3.1. Модель розвитку резильєнтності медичного персоналу закладів лікування та реабілітації комбатантів

Як зазначено у розділі 1 нашого дослідження, розвиток резильєнтності медичного персоналу закладів лікування та реабілітації комбатантів полягає у підвищенні здатності медичних працівників до динамічної адаптації та ефективної саморегуляції в умовах професійної взаємодії з комбатантами завдяки опануванню стратегій управління складною ситуацією та використанню особистісних ресурсів.

Якщо опанування медичними працівниками стратегіями управління складними ситуаціями є загальним завданням розвитку резильєнтності без співвіднесення з професійною діяльністю, то при визначенні особистісних ресурсів ми спираємося на результати емпіричного дослідження. Враховуючи, що показники резильєнтності медичних працівників закладів лікування та реабілітації комбатантів мають значимі позитивні кореляційні зв'язки з показниками задоволеності від співчуття, відчутної підтримки та негативні кореляційні зв'язки з показниками професійного вигорання, вторинної травматизації та моральних страждань, розвиток резильєнтності медичного персоналу закладів лікування та реабілітації комбатантів повинен бути пов'язаним з корекцією професійного вигорання, вторинної травматизації та моральних страждань, а також розвитком емпатії та здатності до взаємопідтримки у професійному середовищі.

Також, за результатами емпіричного дослідження, медичні працівники із різними функціональними обов'язками в закладах лікування та реабілітації комбатантів мають відмінності у показниках резильєнтності. При цьому найнижчі показники резильєнтності мають медичні сестри закладів лікування

та реабілітації комбатантів. Це пояснюється більшою щільністю та інтенсивністю їх комунікації з комбатантами та обумовлює потребу зосередити увагу саме на цій професійній групі медичного персоналу при реалізації корекційно-розвивальної програми.

Означені міркування дозволили нам створити модель розвитку резильєнтності медичного персоналу закладів лікування та реабілітації комбатантів (див. рис. 3.1).

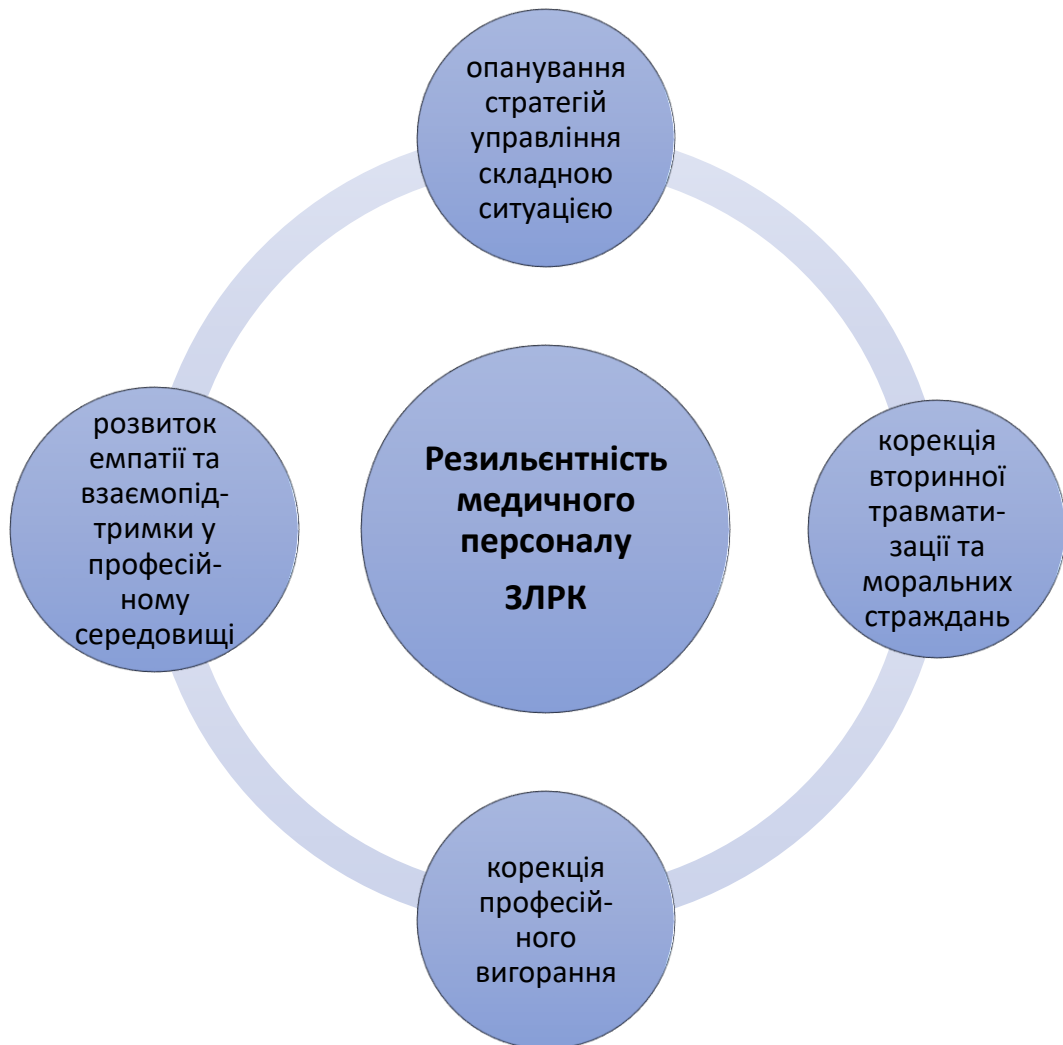


Рисунок 3.1 – Модель розвитку резильєнтності медичного персоналу ЗЛРК

Зазначимо, що створена модель розвитку резильєнтності є універсальною для роботи з медичним персоналом закладів лікування та реабілітації комбатантів без урахування специфіки їх функціональних обов'язків. Проте, базуючись на наведеній вище аргументації, при реалізації

на основі поданої моделі програми розвитку резильєнтності ми орієнтуватимемося на роботу з медичними сестрами закладів лікування та реабілітації комбатантів.

Розвиток резильєнтності медичного персоналу закладів лікування і реабілітації комбатантів може здійснюватися на кількох рівнях. На індивідуальному рівні психологічна робота може полягати у проведенні психоедукації стосовно природи стресу, уникнення вторинної травматизації, симптомів та способів професійного вигорання, розвитку навичок управління стресом, опануванні методів емоційної регуляції: дихальні вправи, релаксація тощо. На груповому рівні розвиток резильєнтності може здійснюється за допомогою проведення груп підтримки, психологічних тренінгів, забезпечення доступу до супервізії та групової терапії.

Серед групових форм роботи ми обрали психологічний тренінг, який має ряд переваг, у тому числі: одночасне залучення до роботи з психологом кількох медичних працівників, створення сприятливої атмосфери для взаємної підтримки й обміну досвідом, використання різних методів активного впливу (case-study, дискусії, рольові та ділові ігри, психологічні вправи, демонстрації тощо). Це допоможе медичним працівникам навчитись ефективно долати стрес та вторинну травматизацію, змінювати свої поведінкові стратегії, розвинути емпатію та взаємопідтримку і т. п.

3.2. Змістовно-організаційні характеристики програми розвитку резильєнтності медичного персоналу закладів лікування та реабілітації комбатантів

Мета програми: розвиток резильєнтності медичного персоналу закладів лікування та реабілітації комбатантів.

Завдання програми:

1) оволодіння знаннями про резильєнтність та її складові, причини та ознаки стресу;

2) корекція професійного вигорання, вторинної травматизації та моральних страждань;

3) розвиток емпатії та взаємопідтримки у професійному середовищі;

4) опанування стратегій управління складною ситуацією.

Критеріями залучення до участі в програмі є належність до медичного персоналу закладів лікування та реабілітації комбатантів. Доцільним є формування групи з медичного персоналу з подібним функціоналом (лікарі, медичні сестри тощо).

Розроблена програма складається з декількох *етапів*: 1) інформаційно-мотиваційний (заняття 1); 2) корекційного (заняття 2-4); 3) розвивального (заняття 5-7); 4) узагальнюючого (заняття 8).

Структура занять: 1) привітання; 2) інформаційне повідомлення; 3) дискусії / обмін досвідом; 4) корекційні / розвивальні вправи; 5) прощання.

Організація занять: програма передбачає 8 тренінгових зустрічей 120 хв. тривалості кожна.

Критерії ефективності програми: зростання показників резильєнтності у медичних сестер за методикою «Шкала Коннара-Девідсона» (CD-RICS-10).

Повний зміст тренінгової програми з описом вправ міститься у додатку до кваліфікаційної роботи (див. додаток Г). У таблиці 3.1. подано структуру занять.

Таблиця 3.1 – Структура занять тренінгової програми

Етап	Заняття	Назва вправи	Мета вправи	Таймінг
Інформаційно-мотиваційний	1	«Чому я тут?»	Знайомство учасників групи	20 хв.
		«Можна / заборонено»	Вироблення групою загальних правил поведінки	15 хв.
		«Що таке резильєнтність?»	Усвідомлення змісту феномену «резильєнтність»	20 хв.

Етап	Заняття	Назва вправи	Мета вправи	Таймінг
		Методика «Шкала Коннора-Девідсона»	Визначення рівня резильєнтності	15 хв.
		«Мій лайф-хак долати стрес»	Обмін досвідом подолання стресових ситуацій	20 хв.
		«Немає поразки, є зворотний зв'язок»	Усвідомлення проблем, пов'язаних із резильєнтністю у професійній діяльності. Формулювання очікувань	20 хв.
		«Подарунки»	Наділення учасника характеристиками, яких, на думку групи, йому не вистачає, щоб протидіяти стресовим ситуаціям	10 хв.
Корекційний	2	«Радий тебе бачити»	Привітання учасників групи, створення позитивної атмосфери	10 хв.
		«Ланцюжок»	Усвідомлення проблеми вторинної травматизації	20 хв.
		«Скляний купол»	Опанування технік захисту від вторинної травматизації	20 хв.
		«Мене давно непокоїть...»	Відреагування учасниками негативних емоцій та спогадів	40 хв.
		«Афірмації захищеності»	Опанування техніки афірмацій для захисту від вторинної травматизації	20 хв.
		«Стоп! Це моя	Розвиток вмінь психологічного	10 хв.

Етап	Заняття	Назва вправи	Мета вправи	Таймінг
		територія»	захисту. Завершення заняття	
	3	«Я задоволений, тому що...»	Привітання учасників групи. Створення позитивної атмосфери	10 хв.
		«Що в мені змінилося?»	Усвідомлення особистісних змін, які з'явилися в результаті професійної діяльності, та професійних деформації	20 хв.
		«Проф. вигорання VS Проф. благополуччя»	Опанування інформації про професійне вигорання	20 хв.
		«Мій ресурс»	Знаходження способів запобіганню професійному вигоранню, нейтралізації його симптомів	30 хв.
		«Правила професійного благополуччя»	Формулювання та засвоєння правил поведінки як протидії професійному вигоранню	30 хв.
		«Мої сильні сторони як фахівця»	Підвищення самооцінки. Завершення заняття	10 хв.
	4	«Мій морально-психологічний стан»	Привітання учасників групи. Усвідомлення та символічне відображення морально-психологічного стану	10 хв.
		«Moral / amoral»	Обговорення моральних /	20 хв.

Етап	Заняття	Назва вправи	Мета вправи	Таймінг
			аморальних вчинків, думок для визначення норми та усвідомлення її динамічності	
		«Причини виникнення моральних страждань»	Формування здатності усвідомлювати моральні страждання та визначати їх причини	20 хв.
		«Моя моральна травма»	Усвідомлення та вербалізація власних моральних травм	30 хв.
		«Що я можу зробити?»	Пошук раціональних способів вирішення проблеми, яка спричинила моральні страждання	30 хв.
		«Я не Бог, але я можу...»	Формування реальної оцінки своїх можливостей та концентрація на них	10 хв.
Розвивальний	5	«Чарівна паличка»	Привітання учасників групи, створення позитивної атмосфери	10 хв.
		«Розуміти, поділяти, підтримувати»	Опанування знань про емпатію та її складові	20 хв.
		«Що я знаю про тебе?»	Розвиток когнітивної складової емпатії	30 хв.
		«Я відчуваю»	Контролювання емоційної складової емпатії	20 хв.
		«Допомога»	Розвиток поведінкової складової	30 хв.

Етап	Заняття	Назва вправи	Мета вправи	Таймінг
			емпатії	
		«Дзеркало»	Формування здатності розуміти емоційні стани інших через ідентифікацію. Завершення заняття	10 хв.
	6	«Коло»	Привітання учасників групи, створення позитивної атмосфери. Розвиток взаємопідтримки	10 хв.
		«Соціономічна професія»	Визначення соціономічних особливостей праці медичного персоналу	20 хв.
		«Надійні люди»	Визначення кола співробітників, до яких можна звернутися по допомогу	20 хв.
		«Довіра»	Розвиток здатності будувати довірливі стосунки з іншими	30 хв.
		«Без слів»	Розвиток довіри взаємопідтримки між колегами	30 хв.
		«Обійми»	Розвиток довіри до інших та здатності інтерпретації засобів невербальної комунікації. Завершення заняття	10 хв.
	7	«Щирість»	Привітання учасників групи, створення позитивної атмосфери	10 хв.

Етап	Заняття	Назва вправи	Мета вправи	Таймінг
		«Особливості спілкування з комбатантами»	Розвиток компетентності ефективного спілкування з комбатантами	30 хв.
		«Я керую»	Усвідомлення здатності управляти своїм життям	20 хв.
		«Дві сторони руки»	Усвідомлення різних варіантів вирішення проблеми, розвиток здатності приймати рішення	20 хв.
		«Шлях»	Розвиток стратегій управління складною ситуацією	30 хв.
		«Клубочок»	Символічна демонстрація розв'язання проблеми. Завершення заняття	10 хв.
Узагальнюючий	8	«Я вдячний за те, що...»	Привітання учасників групи, створення позитивної атмосфери	10 хв.
		«Краща версія себе»	Рефлексія щодо особистісних та професійних змін	30 хв.
		«Від знаю до зроблю»	Закріплення стратегій ефективної взаємодії	30 хв.
		«Моя резильєнтність»	Самооцінювання резильєнтності	20 хв.
		«Ярмарок»	Визначення завдань саморозвитку	20 хв.
		«Фото сили»	Закріплення і посилення в учасників впевненості в своїх силах	10 хв.

3.3. Результати апробації програми розвитку резильєнтності медичних сестер закладів лікування та реабілітації комбатантів

Для апробації програми розвитку резильєнтності медичних працівників закладів лікування та реабілітації комбатантів нами було створено контрольну та експериментальну групи, до яких увійшло по 10 медичних сестер, які працюють у відповідних установах. Залучення до участі в програмі медичних сестер було обумовлено результатами емпіричного дослідження, згідно яким медичні сестри мають нижчі показники резильєнтності у порівняння з іншими медичними працівниками. Для формування груп використовувався рандомний метод.

Формувальний експеримент проводився у вересні-жовтні 2024 року на базі двох закладів лікування та реабілітації комбатантів. У таблиці 3.2 подано рівні резильєнтності медичних сестер ЗЛРК до участі у групових заняттях.

Таблиця 3.2 – Рівні резильєнтності медичних сестер ЗЛРК до експерименту (%)

Рівень резильєнтності	Респонденти (%)	
	Експериментальна група	Контрольна група
Низький	50,0	50,0
Середній	40,0	30,0
Високий	10,0	20,0

Аналіз результатів, поданих у таблиці 3.2, доводить, що у медичних сестер з експериментальної групи домінує низький рівень резильєнтності. У медичних сестер з контрольної групи також зафіксовано перевагу низького рівня резильєнтності. Враховуючи чисельність вибірки, для виявлення відмінностей у рівні прояву ознаки нами було використано U-критерій Манна-Уїтні. Отримані результати ($U=46$; $U_{\text{крит.}}=23$) доводять відсутність значних відмінностей між порівнюваними групами, що дозволяє використовувати їх як експериментальну та контрольну.

З експериментальною групою було проведено 8 тренінгових занять, що дозволило реалізувати програму в повному обсязі. Однією з головних труднощів в роботі з групою була наявність попередньої історії стосунків між її учасниками, адже медичні сестри з експериментальної групи працювали в одному закладі. Тільки постійне нагадування правила групової роботи «тут і зараз» дозволило нам уникнути кількаразової спроби з'ясування стосунків між учасниками групи. З цього ми зробили висновки, що якщо немає можливості створювати тренінгову групу з попередньо незнайомих між собою людей, то, принаймні, треба не допускати до участі в ній сталих антагоністів.

Що стосується методів групової роботи та запропонованих вправ, то найбільший інтерес викликали рольові та ділові ігри, а настороженість та напруженість – завдання на рефлексію та саморозкриття.

У таблиці 3.3 подано рівні резильєнтності медичних сестер ЗЛРК після проведення групових занять.

Таблиця 3.3 – Рівні резильєнтності медичних сестер ЗЛРК після експерименту (%)

Рівень резильєнтності	Респонденти (%)	
	Експериментальна група	Контрольна група
Низький	20,0	50,0
Середній	50,0	30,0
Високий	30,0	20,0

Аналіз результатів, поданих у таблиці 3.3, доводить, що у медичних сестер з експериментальної групи домінуючий низький рівень резильєнтності до участі у тренінговій групі змінився на середній після проходження програми. При цьому у медичних сестер з контрольної групи зберіглася перевага низького рівня резильєнтності. Для виявлення відмінностей у рівні прояву ознаки нами знову було використано U-критерій Манна-Уїтні. Отримані результати ($U=20$; $U_{\text{крит.}}=23$) доводять наявність статистично значущих відмінностей між порівнюваними групами.

Таким чином, нами підтверджено гіпотезу, що розвиток резильєнтності медичного персоналу закладів лікування та реабілітації комбатантів забезпечується корекцією вторинної травматизації, моральних страждань та професійного вигорання, а також розвитком емпатії, здатності до взаємопідтримки у професійному середовищі та опануванням стратегій управління складною ситуацією.

Перспективи подальших досліджень ми вбачаємо у розширенні програми розвитку резильєнтності медичного персоналу закладів лікування та реабілітації комбатантів, а також у диференціації програм для роботи з медичним персоналом із різними функціональними обов'язками.

Висновки до розділу 3

1. За результатами емпіричного дослідження створена модель розвитку резильєнтності медичного персоналу закладів лікування та реабілітації комбатантів, яка базується на корекції професійного вигорання, вторинної травматизації та моральних страждань, а також розвитку емпатії, здатності до взаємопідтримки у професійному середовищі та стратегій управління складною ситуацією.

2. Мета програми: розвиток резильєнтності медичного персоналу закладів лікування та реабілітації комбатантів.

Завдання програми: 1) оволодіння знаннями про резильєнтність та її складові, причини та ознаки стресу; 2) корекція професійного вигорання, вторинної травматизації та моральних страждань; 3) розвиток емпатії та взаємопідтримки у професійному середовищі; 4) опанування стратегій управління складною ситуацією.

Програма складається з декількох етапів: 1) інформаційно-мотиваційний (заняття 1); 2) корекційного (заняття 2-4); 3) розвивального (заняття 5-7); 4) узагальнюючого (заняття 8).

Програма передбачає 8 тренінгових зустрічей 120 хв. тривалості кожна.

3. В апробації програми розвитку резильєнтності медичних працівників закладів лікування та реабілітації комбатантів взяли участь 20 медичних сестер з двох установ відповідного типу. Участь в реалізації корекційно-розвивальної програми медичних сестер обґрунтована результатами емпіричного дослідження, згідно яким найнижчі показники резильєнтності мають медичні сестри закладів лікування та реабілітації комбатантів. Аналіз результатів контрольного експерименту доводить, що у медичних сестер з експериментальної групи домінуючий низький рівень резильєнтності до участі у тренігівій групі змінився на середній після проходження програми. При цьому у медичних сестер з контрольної групи перевага низького рівня резильєнтності на початку експерименту залишилася незмінною і після його завершення. Використання U-критерія Манна-Уїтні дозволило зафіксувати статистично значущі відмінностей між порівнюваними групами після участі в експерименті.

4. Підтверджена гіпотеза, що розвиток резильєнтності медичного персоналу закладів лікування та реабілітації комбатантів забезпечується корекцією вторинної травматизації, моральних страждань та професійного вигорання, а також розвитком емпатії, здатності до взаємопідтримки у професійному середовищі та опануванням стратегій управління складною ситуацією.

Програма може бути доопрацьована в контексті її розширення, визначення додаткових організаційних умов, а також диференційована для роботи з медичним персоналом із різними функціональними обов'язками.

ВИСНОВКИ

1. Резильєнтність як психічний феномен має три основні напрями тлумачення: 1) перший напрям зосереджений на розкритті внутрішніх і зовнішніх характеристик, які допомагають людині подолати важкі моменти життя та вийти зі складних життєвих ситуацій; 2) другий напрям концептуалізує резильєнтність як динамічний процес і розглядає її як результат несприятливих змін і реінтеграції, під час яких особистість виявляє позитивну адаптацію, незважаючи на складний досвід; 3) третій напрям характеризує резильєнтність як вроджену енергію, життєву силу, тобто як життєздатність.

2. Структуру резильєнтності утворюють: когнітивна складова (оптимізм, гнучкість мислення, адаптивність у вирішенні проблем); соціальна складова (сильні соціальні зв'язки, підтримка, емпатія); особистісна складова (впевненість у власних силах і можливостях, віра у здатність успішно досягати цілей); мотиваційна складова (цілеспрямованість, здатність знаходити внутрішні джерела натхнення); поведінкова складова (ефективні стратегії подолання стресу, проактивний підхід до життя, готовність брати на себе відповідальність); екзистенційна складова (здатність знаходити і підтримувати сенс життя в складних ситуаціях).

3. Резильєнтність медичного персоналу закладів лікування та реабілітації комбатантів є професійно важливою рисою і визначається здатністю медичного персоналу до динамічної саморегуляції і адаптації у складних професійних ситуаціях, що забезпечується емоційними, мотиваційно-вольовими і когнітивними ресурсами індивідууму. Розвиток резильєнтності медичного персоналу закладів лікування та реабілітації комбатантів полягає у підвищенні здатності медичних працівників до динамічної адаптації та ефективної саморегуляції в умовах професійної взаємодії з комбатантами завдяки опануванню стратегій управління складною ситуацією та використанню особистісних ресурсів.

4. Для вивчення особливостей резильєнтності медичних працівників закладів лікування та реабілітації комбатантів використовувалися: 1) «Шкала Коннара-Девідсона» (CD-RISC-10); 2) опитувальник «Оцінки якості життя для професійних медичних працівників ProQOL-Health»; 3) авторська анкета професійно-демографічних даних.

5. Медичні працівники з різними функціональними обов'язками в закладах лікування та реабілітації комбатантів мають відмінності у показниках резильєнтності. У медичних працівників (без розподілу на підгрупи) на статистично значущому рівні домінує середній рівень резильєнтності. Те саме є характерним для груп «жінки», «лікарі» та «інші медичні працівники». При цьому у групи «чоловіки» перевага середнього рівня резильєнтності є статистично незначущою. А в групі «медичні сестри» низький та середній рівні резильєнтності є притаманними однакової кількості респондентів.

За самооцінкою якості професійного життя у медичних працівників загалом, а також у групах «жінки» та «чоловіки» на статистично значущому рівні переважає середній рівень задоволення від співчуття, відчуття підтримки, професійного вигорання, вторинного травматичного стресу та моральних страждань. Водночас, при диференціації медичних працівників за різними спеціальностями у лікарів, медичних сестер та інших медичних працівників домінує середній рівень відчуття підтримки, професійного вигорання, вторинного травматичного стресу та моральних страждань. Відмінності стосуються лише вираженості рівня задоволення від співчуття: у лікарів переважає високий рівень, у медичних сестер та інших медичних працівників – середній.

Показники резильєнтності медичних працівників закладів лікування та реабілітації комбатантів мають значимі позитивні кореляційні зв'язки з показниками задоволеності від співчуття, відчутної підтримки та негативні кореляційні зв'язки з показниками професійного вигорання, вторинної

травматизації та моральних страждань

6. За результатами емпіричного дослідження створена модель розвитку резильєнтності медичного персоналу закладів лікування та реабілітації комбатантів, яка базується на корекції професійного вигорання, вторинної травматизації та моральних страждань, а також розвитку емпатії, здатності до взаємопідтримки у професійному середовищі та стратегій управління складною ситуацією.

На основі моделі розроблена програма розвитку резильєнтності медичного персоналу закладів лікування та реабілітації комбатантів. Завдання програми: 1) оволодіння знаннями про резильєнтність та її складові, причини та ознаки стресу; 2) корекція професійного вигорання, вторинної травматизації та моральних страждань; 3) розвиток емпатії та взаємопідтримки у професійному середовищі; 4) опанування стратегій управління складною ситуацією. Програма складається з декількох етапів: 1) інформаційно-мотиваційний (заняття 1); 2) корекційного (заняття 2-4); 3) розвивального (заняття 5-7); 4) узагальнюючого (заняття 8). Програма передбачає 8 тренінгових зустрічей 120 хв. тривалості кожна.

7. В апробації програми розвитку резильєнтності медичних працівників закладів лікування та реабілітації комбатантів взяли участь 20 медичних сестер з двох установ відповідного типу. Участь в реалізації корекційно-розвивальної програми медичних сестер обґрунтована результатами емпіричного дослідження, згідно яким найнижчі показники резильєнтності мають медичні сестри закладів лікування та реабілітації комбатантів. Аналіз результатів контрольного експерименту доводить, що у медичних сестер з експериментальної групи домінуючий низький рівень резильєнтності до участі у тренінговій групі змінився на середній після проходження програми. При цьому у медичних сестер з контрольної групи перевага низького рівня резильєнтності на початку експерименту залишилася незмінною і після його завершення. Використання U-критерія Манна-Уїтні дозволило зафіксувати

статистично значущі відмінностей між порівнюваними групами після участі в експерименті.

Таким чином, підтверджені гіпотези: (1) медичні працівники із різними функціональними обов'язками в закладах лікування та реабілітації комбатантів мають відмінності у показниках резильєнтності; (2) показники резильєнтності медичних працівників закладів лікування та реабілітації комбатантів мають значимі позитивні кореляційні зв'язки з показниками задоволеності від співчуття, відчутної підтримки та негативні кореляційні зв'язки з показниками професійного вигорання, вторинної травматизації та моральних страждань; (3) розвиток резильєнтності медичного персоналу закладів лікування та реабілітації комбатантів забезпечується корекцією вторинної травматизації, моральних страждань та професійного вигорання, а також розвитком емпатії, здатності до взаємопідтримки у професійному середовищі та опануванням стратегій управління складною ситуацією.

Програма може бути доопрацьована в контексті її розширення, визначення додаткових організаційних умов, а також диференційована для роботи з медичним персоналом із різними функціональними обов'язками.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Асонов Д. О. Когнітивні та емоційні компоненти резилієнсу у ветеранів війни з травматичним ураженням головного мозку у віддаленому періоді (психокорекція, прогнозування) : дис. ... д-ра філософії : 225 «Медична психологія» (галузь знань 22 «Охорона здоров'я»). Київ, 2022. 220 с. URL: <http://ir.librarynmu.com/bitstream.pdf>.
2. Балахтар К. С. Резильєнтність викладача ЗВО в умовах військового стану. *Вісник Національного авіаційного університету. Серія: Педагогіка. Психологія* : зб. Наук. Праць. Київ, 2022. Вип. 1 (20). С. 55–62.
3. Бамбурак Н. Методи профілактики виникнення професійних ризиків та деформацій у професійній діяльності працівників медичної та соціальної сфери. *Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія: Психологічні науки*. 2018. № 2. С. 5–15.
4. Демченко А., Пасинчук К. Розвиток резильєнтності майбутніх фахівців екстремальних видів діяльності. *Scientific Collection «InterConf»*. 2023. № 142. С. 256–260. URL: <http://surl.li/oopgi>.
5. Журавльова Н. Ю. Особливості вторинної травматизації у дружин ветеранів війни: орієнтири психологічної допомоги. *Актуальні проблеми психології* : зб. Наук. Праць. 2018. Т. 3 : Консультаційна психологія і психотерапія, Вип. 14. С. 124–153.
6. Кіреєва З., Односталко О., Б. Бірон. Психометричний аналіз адаптованої версії шкали резильєнтності (CD-RISC-10). *Габітус*. 2020. Вип. 14. С. 110–116. Doi: <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2020.14.17>.
7. Кокун О. М., Клочков В. В., Мороз В. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Забезпечення психологічної стійкості військовослужбовців в умовах бойових дій : метод. Посіб. Київ : Центр учбової літератури, 2023. 146 с.
8. Коробка Л. М. Психологічні стратегії як засоби реалізації індивідуальної і колективної адаптації до наслідків воєнного конфлікту. *Наукові студії із соціальної та політичної психології*. 2018. Вип. 41. С. 46–56.

9. Лазос Г.П. Модель психотехнології з розвитку резильєнтності у психологів/психотерапевтів, які працюють з постраждалими. *Актуальні проблеми психології*. 2020. Т. 3, 16, 26-43.
10. Омельченко Я. М. Специфіка чинників надмірного стресу у дітей військовослужбовців. *Актуальні проблеми психології* : зб. Наук. Праць. 2018. Т. 3 : Консультативна психологія і психотерапія, Вип. 14. С. 98–124.
11. Підготовка вчителів до розвитку життєстійкості / стресостійкості у дітей в освітніх навчальних закладах : навч.-метод. Посіб. / С. О. Богданов та ін. ; за ред. В. М. Чернобровкіна, В. Г. Панок. Київ : Унів. Вид-во «Пульсари», 2017. 208 с.
12. Плескач Б. В., Уркаєв В. С. Суб'єктивний образ спеціаліста та його значення для розвитку психотерапевтичних стосунків з внутрішньо переміщеними особами. *Актуальні проблеми психології* : зб. Наук. Праць. 2018. Т. 3 : Консультативна психологія і психотерапія, Вип. 14. С. 153–190.
13. Плетка О. Т. Вторинна травматизація: класифікація медіатравм. *Медіаторчість в сучасних реаліях: протистояння медіатравмі* : зб. Наук. Праць / уклад. Ю. С. Чаплінська, літ. Ред. Н. Л. Дятел. НАПН України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький, 2020. С. 32-35.
14. Сайко О. В., Зосимчук І. П., Гайда І. Є. Динаміка адаптивних порушень у лікарів військового мобільного госпіталю при виконанні обов'язків в умовах збройного конфлікту. *Сучасні аспекти військової медицини*. 2019. Вип. 26 (1). С. 46–64.
15. Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу : монографія / за ред. З. Г. Кісарчук. Київ : Видавничий Дім «Слово», 2020. 178 с.
16. Титаренко Т. М., Ларіна Т. О. Життєстійкість особистості: соціальна необхідність та безпека : навч. посіб. Київ : ФОП Марич В. М., 2009. 105 с.

17. Хамініч О. М. Богучарова О. І. Психологічна резильєнтність у контексті переживання стресу лиха як особистісна здібність. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. 2015. № 2 (37). С.171-179.
18. Хамініч О. М. Резильєнтність: життєстійкість, життєздатність або резильєнтність? *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія Психологічні науки*. 2016. Т. 2, № 6. С. 160-165.
19. Чиханцова О., Гуцол К. Психологічні основи розвитку резильєнтності особистості в період пандемії Covid-19 : практ. Посіб. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2022. 128 с.
20. Шевченко О. Т. Особливості резильєнтності майбутніх медичних сестер у роботі з важкими соматичними хворими: ціннісно-мотиваційний аспект. *Актуальні проблеми психології* : зб. Наук. Праць. 2019. Том 6 : Психологія обдарованості, Вип. 16. С. 392–401.
21. Шевченко О. Т. Психологічні передумови розвитку резильєнтності у медичних сестер. *Психологічні науки: проблеми і здобутки* : зб. Наук. Статей. 2018. Вип. 1. С. 297–313.
22. Шкала (опитувальник) оцінки якості життя для професійних медичних працівників / Center for Victims of Torture. Professional Quality of Life: Health Worker. Version 1. 2021. URL: <https://img1.wsimg.com/blobby/go/dfc1e1a0-a1db-4456-9391-18746725179b/downloads/ProQOL%20Health%20-%20UKR%20updated%20version%20v2.pdf?ver=1693419368226> (дата звернення: 13.10.2024).
23. 7 Habits of Highly Empowered Nurses. *Diane Sieg*. URL: <https://dianesieg.com/7habitsofhighlyempowerednurses/> (Last accessed: 22.10.2024).
24. A pilot test of a mindfulness-based communication training to enhance resilience in palliative care professionals / J. Gerhart et al. *Journal of contextual behavioral science*. 2016. Vol. 5, Issue 2. P. 89–96. Doi: [10.1016/j.jcbs.2016.04.003](https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.04.003).

25. Arzouman J. Got resilience? *Medsurg Nursing*. 2015. Vol. 24, Issue 6. P. 377-436. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26863698/> (Last accessed: 07.11.2024).
26. Bano Z., Pervaiz S. The relationship between resilience, emotional intelligence and their influence on psychological wellbeing: a study with medical students. *Pakistan Armed Forces Medical Journal*. 2020. Vol. 70, Issue 2. P. 390-394. URL: <https://www.pafmj.org/index.php/PAFMJ/article/view/4197> (Last accessed: 15.10.2024).
27. Bounce Back: How To Be A Resilient Kid. Rewire Me. URL: https://www.rewireme.com/relationships/bounce-back-resilient-kid/#google_vignette (Last accessed: 21.10.2024).
28. Çam O., Büyükbayram A. Nurses' Resilience and Effective Factors. *Journal of Psychiatric Nursing*. 2017. Vol. 8, Issue 2. P. 118-126. DOI: <https://doi.org/10.14744/phd.2017.75436> (Last accessed: 19.09.2024).
29. Cameron F., Brownie S. Enhancing resilience in registered aged care nurses. *Australasian journal on ageing*. 2010. Vol. 29, Issue 2. P. 66-71. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1741-6612.2009.00416.x> (Last accessed: 18.09.2024).
30. Cherry K. How Resilience Helps You Cope With Life's Challenges. *Verywell mind*. URL: <https://www.verywellmind.com/what-is-resilience-2795059> (Last accessed: 02.10.2024).
31. Connor K. M., Davidson J. R. T. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*. 2003. Vol. 18, Issue 2. P. 76–82. DOI: [10.1002/da.10113](https://doi.org/10.1002/da.10113).
32. Cox T., Griffiths A., Cox S. J. Work-related stress in nursing : controlling the risk to health. International Labour Organization, 1996. URL: <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:18406870> (Last accessed: 13.09.2024).
33. A pilot evaluation of a mindful self-care and resiliency (MSCR) intervention for nurses / M. Craigie et al. *Mindfulness*. 2016. Vol. 7, Issue 3. P. 764–774. DOI: [10.1007/s12671-016-0516-x](https://doi.org/10.1007/s12671-016-0516-x).

34. Earvolino-Ramirez M. Resilience: a concept analysis. *Nursing forum*. 2007. Vol. 42, Issue 2. P. 73-82. DOI: [10.1111/j.1744-6198.2007.00070.x](https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2007.00070.x) (Last accessed: 20.09.2024).
35. Edward K.-I., Welch A., Chater K. The phenomenon of resilience as described by adults who have experienced mental illness. *Journal of advanced nursing*. 2009. Vol. 65, Issue 3. P. 587–595. DOI: [10.1111/j.1365-2648.2008.04912.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04912.x).
36. Chesak S. S., Bhagra A., Schroeder D. R., Foy D. A., Cutshall S. M., Sood A. Enhancing resilience among new nurses: feasibility and efficacy of a pilot intervention. *Ochsner journal*. 2015. Vol. 15, Issue 1. P. 38–44. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25829879> (Last accessed: 02.10.2024).
37. Foureur M., Besley K., Burton G., Yu N., Crisp J. Enhancing the resilience of nurses and midwives: pilot of a mindfulness-based program for increased health, sense of coherence and decreased depression, anxiety and stress. *Contemporary nurse*. 2013. Vol. 45, Issue 1. P. 114-125. DOI: [10.5172/conu.2013.45.1.114](https://doi.org/10.5172/conu.2013.45.1.114).
38. Gillespie B. M., Chaboyer W., Wallis M., Grimbeek P. Resilience in the operating room: developing and testing of a resilience model. *Journal of Advanced Nursing*. 2007. Vol. 59, Issue 4. P. 427-438. DOI: [10.1111/j.1365-2648.2007.04340.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04340.x) (Last accessed: 10.10.2024).
39. Gonzalez S. P., Moore E. W. G., Newton M., Galli, N. A. Validity and reliability of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) in competitive sport. *Psychology of sport and exercise*. 2016. Vol. 23. P. 31–39. DOI: [10.1016/j.psychsport.2015.10.005](https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2015.10.005).
40. Grafton E., Gillespie B., Henderson S. Resilience: the power within. *Oncology nursing forum*. 2010. Vol. 37, Issue 6. P. 698-705. DOI: [10.1188/10.onf.698-705](https://doi.org/10.1188/10.onf.698-705) (Last accessed: 15.09.2024).
41. Grant L., Kinman G. Emotional Resilience in the Helping Professions and how it can be Enhanced. *Health and Social Care Education*. 2014. Vol. 3, Issue 1. P. 23-34. URL:

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.11120/hsce.2014.00040#abstract> (Last accessed: 14.10.2024).

42. Hamilton N. A., Kitzman H., Guyotte S. Enhancing health and emotion: Mindfulness as a missing link between cognitive therapy and positive psychology. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2006. Vol. 20, Issue 2. P. 123-134. DOI: <https://doi.org/10.1891/jcop.20.2.123> (Last accessed: 12.09.2024).

43. Hart P. L., Brannan J. D., De Chesnay M. Resilience in nurses: An integrative review. *Journal of Nursing Management*. 2014. Vol. 22, Issue 6. P. 720-734. DOI: [10.1111/j.1365-2834.2012.01485.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01485.x) (Last accessed: 06.09.2024).

44. Hodges H. F., Keeley A. C., Grier E. C. Professional resilience, practice longevity, and Parse's theory for baccalaureate education. *Journal of Nursing Education*. 2005. Vol. 44, Issue 12. P. 548-554. DOI: [10.3928/01484834-20051201-04](https://doi.org/10.3928/01484834-20051201-04) (Last accessed: 16.09.2024).

45. Friberg O., Hjemdal O., Rosenvinge J. H., Martinussen M., Aslaksen P. M., Flaten M. A. Resilience as a moderator of pain and stress. *Journal of psychosomatic research*. 2006. Vol. 61, Issue 2. P. 213-219. DOI: [10.1016/j.jpsychores.2005.12.007](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.12.007).

46. Jackson D., Firtko A., Edenborough M. Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 2007. Vol. 60, Issue 1. P. 1-9. DOI: [10.1111/j.1365-2648.2007.04412.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04412.x) (Last accessed: 10.10.2024).

47. Linley P. A., Joseph S. The Human Capacity for Growth Through Adversity. *American Psychologist*. 2005. Vol. 60, Issue 3. P. 262-264. DOI: [10.1037/0003-066X.60.3.262b](https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.3.262b) (Last accessed: 16.09.2024).

48. Manzano García G., Ayala Calvo J. C. Emotional exhaustion of nursing staff: influence of emotional annoyance and resilience. *International Nursing Review*. 2011. Vol. 59, Issue 1. P. 101-107. DOI: [10.1111/j.1466-7657.2011.00927.x](https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2011.00927.x) (Last accessed: 15.05.2024). 22.09.2024).

49. Matos P. S., Neushotz L. A., Griffin M. T., Fitzpatrick J. J. An exploratory study of resilience and job satisfaction among psychiatric nurses working in inpatient units. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2010. Vol. 19, Issue 5. P. 307-312. DOI: [10.1111/j.1447-0349.2010.00690.x](https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2010.00690.x) (Last accessed: 14.10.2024).
50. McAllister M. Resilience: a personal attribute, social process and key professional resource for the enhancement of the nursing role. *Professioni Infermieristiche*. 2013. Vol. 66, Issue 1. P. 55-62. DOI: [10.7429/pi.2013.661055](https://doi.org/10.7429/pi.2013.661055) (Last accessed: 14.09.2024).
51. McCann C., Beddoe E., McCormick K., Huggard P., Kedge S., Adamson C. Huggard J. Resilience in the health professions: A review of recent literature. *International Journal of Wellbeing*. 2013. Vol. 3, Issue 1. P. 60-81. URL: <https://doi.org/10.5502/ijw.v3i1.4> (Last accessed: 23.10.2024).
52. McDonald G., Jackson D., Wilkes L., Vickers M. H. A work-based educational intervention to support the development of personal resilience in nurses and midwives. *Nurse Education Today*. 2012. Vol. 32, Issue 4. P. 378-384. DOI: [10.1016/j.nedt.2011.04.012](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2011.04.012) (Last accessed: 10.10.2024).
53. McDonald G., Jackson D., Wilkes L., Vickers M. H. Personal resilience in nurses and midwives: Effects of a work-based educational intervention. *Contemporary Nurse*. 2013. Vol. 45, Issue 1. P. 134-143. DOI: [10.5172/conu.2013.45.1.134](https://doi.org/10.5172/conu.2013.45.1.134) (Last accessed: 13.09.2024).
54. Mealer M., Jones J., Moss M. A qualitative study of resilience and posttraumatic stress disorder in United States ICU nurses. *Intensive Care Medicine*. 2012. Vol. 38, Issue 9. P. 1445-1451. DOI: [10.1007/s00134-012-2600-6](https://doi.org/10.1007/s00134-012-2600-6) (Last accessed: 20.09.2024).
55. Osborn C. J. Seven salutary suggestions for counselor stamina. *Journal of counseling & development*. 2004. Vol. 82, Issue 3. P. 319–328. DOI: [10.1002/j.1556-6678.2004.tb00317.x](https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2004.tb00317.x).

56. Padesky C. A., Mooney K. A. Strengths-Based cognitive-behavioural therapy: a four-step model to build resilience. *Clinical psychology & psychotherapy*. 2012. Vol. 19, Issue 4. P. 283–290. DOI: [10.1002/cpp.1795](https://doi.org/10.1002/cpp.1795).
57. Resilience. *American Psychological Association*. URL: <https://www.apa.org/topics/resilience> (Last accessed: 20.10.2024).
58. Resilience. *Cambridge Dictionary. English Dictionary, Translations & Thesaurus*. URL: https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/resilience#google_vignette (Last accessed: 02.11.2024).
59. Richardson G. E. The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*. 2002. Vol. 58, Issue 3. P. 307-321. DOI: [10.1002/jclp.10020](https://doi.org/10.1002/jclp.10020) (Last accessed: 21.10.2024).
61. Ruch G. Reflective practice in child care social work: the role of containment. *British Journal of Social Work*. 2005. Vol. 37, Issue 4. P. 659-680. DOI: [10.1093/bjsw/bch277](https://doi.org/10.1093/bjsw/bch277) (Last accessed: 16.09.2024).
62. Rushton C. H., Batcheller J., Schroeder K., Donohue P. Burnout and Resilience Among Nurses Practicing in High-Intensity Settings. *American Journal of Critical Care*. 2015. Vol. 24, Issue 5. P. 412-420. URL: <https://doi.org/10.4037/ajcc2015291> (Last accessed: 23.10.2024).
63. Scholes J. Coping with the professional identity crisis: Is building resilience the answer? *International Journal of Nursing Studies*. 2008. Vol. 45, Issue 7. P. 975-978. DOI: [10.1016/j.ijnurstu.2007.12.002](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.12.002) (Last accessed: 08.09.2024).
64. Southwick S. M., Charney D. S. Resilience: The science of mastering life's greatest challenges. Cambridge University Press. 2012. DOI: [10.1017/CBO9781139013857](https://doi.org/10.1017/CBO9781139013857)
65. Tedeschi R. G., Calhoun L. G. TARGET ARTICLE: «Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence». *Psychological Inquiry*. 2004. Vol. 15, Issue 1. P. 1-18. DOI: [10.1207/s15327965pli1501_01](https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01) (Last accessed: 28.09.2024).

66. The resilient nurse: empowering your practice / eds.: M. Mcallister, J. B. Lowe. New York : Springer Publishing Company, 2011. 200 p. URL: https://books.google.com.ua/books?id=pIPfmShBu1YC&printsec=frontcover&hl=uk&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false (Last accessed: 28.05.2024).
67. Van Hook M. P. Social Work Practice with Families: A Resiliency-Based Approach. 2nd ed. Oxford University Press, 2013. 448 p.
68. Wagnild G. M., Young H. M. Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*. 1993. Vol. 1, Issue 2. P. 165-178.
69. Waite P. J., Richardson G. E. Determining the efficacy of resiliency training in the work site. *Journal of Allied Health*. 2004. Vol. 33, Issue 3. P. 178-183.
70. Werner E. E. What Can We Learn about Resilience from Large-Scale Longitudinal Studies? Handbook of Resilience in Children / ed. By S. Goldstein, R. B. Brooks. Boston : Springer Science+Business Media, Inc., 2005. P. 91-105. DOI: [10.1007/0-306-48572-9_7](https://doi.org/10.1007/0-306-48572-9_7) (Last accessed: 14.09.2024).
71. Yılmaz E. B. Resilience as a strategy for struggling against challenges related to the nursing profession. *Chinese nursing research*. 2017. Vol. 4, Issue 1. P. 9-13. DOI: [10.1016/j.cnre.2017.03.004](https://doi.org/10.1016/j.cnre.2017.03.004) (Last accessed: 23.09.2024).

ДОДАТОК А

Анкета для медичних працівників закладів лікування і реабілітації
комбатантів

1. Якщо бажаєте, назвіть будь-яким ім'ям, за яким Ви зможете ідентифікувати свої відповіді, якщо захочете звернутися до організаторів за отриманням результатів та їх інтерпретації.

2. Скільки Вам років?

3. Ваша стать

- чоловік
- жінка

4. Тип лікувального закладу, у якому Ви працюєте?

- амбулаторно-поліклінічний
- багатопрофільна лікарня
- спеціалізований заклад
- швидкої та екстреної допомоги
- санаторно-курортний
- інший варіант

5. Як близько Ваш лікувальний заклад знаходиться від зони ведення бойових дій?

- до 10 км
- від 10 до 50
- від 50 до 100 км
- понад 100 км

6. Назва відділення?

7. Ваша посада?

- лікар
- медична сестра
- інше

8. Загальний стаж роботи?

9. Скільки часу на робочому місці Ви контактуєте із учасниками бойових дій?

Раз на тиждень

- 2 – 3 рази на тиждень

- щодня до 1 години
- 2 – 3 години на день
- понад 3 години щодня
- інше

10. З якою кількістю учасників бойових дій Ви контактуєте щотижня?

11. Чи вважаєте Ви, що всі учасники бойових дій мають підвищений рівень негативних емоцій та конфліктної поведінки?

- Повністю згоден
- Частково згоден
- Не згоден

12. Що допомагає Вам долати складні ситуації у професійній діяльності?

- сім'я
- друзі
- спорт
- хобі
- алкоголь
- паління

ДОДАТОК Б**Шкала (опитувальник) оцінки якості життя для професійних медичних працівників ProQOL Health**

Нижче наведено кілька тверджень про ваш досвід медичного працівника, як позитивний, так і негативний. Подумайте, чи стосується кожне твердження вашої поточної робочої ситуації та оберіть відповідь (ніколи, рідко, іноді, часто, завжди), яка найточніше відображає, як часто Ви стикалися з цими речами за останні 30 днів.

1. Я щасливий, що обрав роботу в сфері охорони здоров'я.
2. Іноді мені доводилося робити те, що суперечить моїм особистим цінностям.
3. Через мою роботу у мене виникають небажані, тривожні думки.
4. Я бачив на роботі речі, які, на мою думку, є морально неправильними.
5. Я відчуваю підтримку з боку моїх колег.
6. Я відчуваю енергію, працюючи з пацієнтами.
7. Я часто думаю про своїх пацієнтів, коли перебуваю в колі сім'ї.
8. Адміністративні процедури та правила роблять мою роботу занадто важкою.
9. Іноді я не в змозі надати допомогу, яка, на мою думку, повинна була бути надана.
10. Я думаю, що на мене впливають страждання, які я бачу на роботі.
11. Моя сім'я підтримує мене в моїй роботі в сфері охорони здоров'я.
12. Через мою роботу я відчуваю занепокоєння з приводу багатьох речей.
13. Люди, які приймають рішення, що впливають на мою роботу, піклуються про мій добробут.
14. Іноді мені було соромно за рішення, які я приймав на роботі.
15. Я відчуваю себе нещасливим на роботі.

16. Я відчуваю депресію через страждання, які бачу на роботі.
17. Я нещасний, тому що бачу, як медичні працівники роблять речі, які, на мою думку, є неетичними.
18. Мій керівник піклується про моє особисте благополуччя.
19. Моє робоче навантаження здається нескінченним.
20. На моєму робочому місці надзвичайно суворі умови праці.
21. Я відчуваю задоволення від своєї роботи в охороні здоров'я.
22. Через роботу у мене дуже мало часу на особисте життя.
23. У мене є люди, з якими я можу поговорити про мої проблеми на роботі.
24. Я вірю, що можу змінити щось на краще завдяки своїй роботі в охороні здоров'я.
25. У мене є близькі друзі, які підтримують мене в моїй роботі.
26. Я уникаю діяльності або ситуацій, які нагадують мені про страждання пацієнтів.
27. Я пишаюся тим, що можу допомогти.
28. Я відчуваю відповідальність за те, що не завжди міг допомогти людям.
29. Моя робота виснажує мене.
30. Я відчуваю, що моя робота в охороні здоров'я робить світ кращим.

ДОДАТОК В**Шкали резильєнтності Коннора – Девідсона (CD-RISC-10)**

Нижче наведено кілька тверджень(ніколи, рідко, іноді, часто, завжди)

1. Я можу пристосуватися до змін.
2. Я можу подолати все, що трапляється.
3. Я намагаюся бачити позитивну сторону речей, коли я стикаюся з проблемами.
4. Коли я справляюся зі стресом, я відчуваю, що став сильнішим.
5. Я можу поновлюватися після хвороби чи інших негараздів.
6. Я вірю, що можу досягти своєї мети попри перешкоди.
7. Під натиском я залишаюсь зосередженим і чітко думаю.
8. Я здатен не зупинятись під час невдач.
9. Я вважаю себе сильною людиною, коли вирішую життєві виклики та труднощі.
10. Я вмію впоратися з неприємними або болючими почуттями, такими як смуток, страх і гнів.

ДОДАТОК Г

**Програма розвитку резильєнтності медичного персоналу закладів
лікування та реабілітації комбатантів**

Мета програми: розвиток резильєнтності медичного персоналу закладів лікування та реабілітації комбатантів.

Завдання програми:

- 1) оволодіння знаннями про резильєнтність та її складові, причини та ознаки стресу;
- 2) корекція професійного вигорання, вторинної травматизації та моральних страждань;
- 3) розвиток емпатії та взаємопідтримки у професійному середовищі;
- 4) опанування стратегій управління складною ситуацією.

Критеріями залучення до участі в програмі є належність до медичного персоналу закладів лікування та реабілітації комбатантів. Доцільним є формування групи з медичного персоналу з подібним функціоналом (лікарі, медичні сестри тощо).

Розроблена програма складається з декількох *етапів*: 1) інформаційно-мотиваційний (заняття 1); 2) корекційного (заняття 2-4); 3) розвивального (заняття 5-7); 4) узагальнюючого (заняття 8).

Структура занять: 1) привітання; 2) інформаційне повідомлення; 3) дискусії / обмін досвідом; 4) корекційні / розвивальні вправи; 5) прощання.

Організація занять: програма передбачає 8 тренінгових зустрічей 120 хв. тривалості кожна.

Критерії ефективності програми: зростання показників резильєнтності у медичних сестер за методикою «Шкала Коннара-Девідсона» (CD-RICS-10).

Заняття 1

Вправа 1. «Чому я тут?» (20 хв.).

Мета: представлення учасників групи.

Інструкція. Учасників групи просять представитися та розказати про свою мотивацію участі у тренінгу.

Вправа 2. «Можна / заборонено» (15 хв.).

Мета: вироблення групою загальних правил поведінки.

Інструкція. Кожний учасник групи по черзі називають правила, дотримання яких дозволить їм зробити роботу в групі ефективною і комфортною. Ведучий записує правила на аркушах паперу, які лишаються на видному місці впродовж усієї роботи групи.

Вправа 3. «Що таке резильєнтність?» (20 хв.).

Мета: усвідомлення змісту феномену «резильєнтність».

Інструкція. Кожний учасник групи зображує резильєнтність у вигляді символу. Всі зображення збираються, після чого кожний учасник в рандомний спосіб витягує чийсь малюнок та тлумачить його зміст.

Вправа 4. Методика «Шкала Коннара-Девідсона» (15 хв.).

Мета: визначення рівня резильєнтності.

Інструкція. Учасники групи відповідають на питання опитувальника «Шкала Коннара-Девідсона», обробляють та аналізують отримані результати.

Також ведучий пропонує учасникам зазначити свій рівень резильєнтності на прямій лінії, намальованій на окремих аркушах. Ці аркуші підписуються і зберігаються до кінця тренінгу.

Вправа 5. «Мій лайф-хак долати стрес» (20 хв.).

Мета: обмін досвідом подолання стресових ситуацій.

Інструкція. Група розбивається на 3 підгрупи. Ведучий пропонує кожній підгрупі написати на аркуші по одному кейсу з відображенням стресової ситуації у професійній діяльності. Підгрупи міняються аркушами, після чого кожна підгрупа повинна запропонувати кілька (за кількістю членів підгрупи) дієвих (перевірених) способів збереження рівноваги при вирішенні складної ситуації. Після цього підгрупи міняються аркушами знову (кожного разу

підгрупа отримує аркуш, з яким ще не працювала), обговорюють та оцінюють дієвість запропонованих способів долати стрес.

Вправа 6. «Немає поразки, є зворотний зв'язок» (20 хв.).

Мета: усвідомлення проблем, пов'язаних із резильєнтністю у професійній діяльності. Формулювання очікувань.

Інструкція. Кожний учасник групи описує на аркуші записує своє очікування від тренінгу, акцентуючи увагу на тих аспектах резильєнтності, яких йому не вистачає. Очікування розміщуються на дошці та озвучуються ведучим.

Вправа 7. «Подарунки» (10 хв.).

Мета: наділення учасника характеристиками, яких, на думку групи, йому не вистачає, щоб протидіяти стресовим ситуаціям.

Інструкція. Кожний учасник групи отримує карточку з ім'ям іншого учасника групи та «дарує» йому (називає) характеристику, якої, на думку «дарувальника», йому не вистачає для ефективного вирішення стресових ситуацій.

Заняття 2

Вправа 1. «Радий тебе бачити» (10 хв.).

Мета: привітання учасників групи, створення позитивної атмосфери.

Інструкція. Учасник групи, звертаючись по черзі один до одного, проговорюють фразу «Радий тебе бачити», доповнюючи її конкретикою (причина, обставина тощо). Наприклад: «Радий тебе бачити, адже минулого разу не встиг запитати про...».

Вправа 2. «Ланцюжок» (20 хв.).

Мета: усвідомлення проблеми вторинної травматизації.

Інструкція. Ведучий пропонує кожному учаснику оцінити свій емоційний стан, намалювавши смайлик. Після цього ведучий розповідає кейс про травматичний досвід комбатанта (наприклад, втрата побратима, очікування евакуації, перебування в оточенні тощо). Після цього пропонує

знову оцінити свій емоційний стан, намалювавши смайлик. Учасники порівнюють перший і другий смайлики і роблять висновки про вторинну травматизацію.

Вправа 3. «Скляний купол» (20 хв.).

Мета: опанування технік захисту від вторинної травматизації.

Інструкція. Ведучий знайомить учасників з технікою захисту від вторинної травматизації «Скляний купол» або її аналогами. Техніка полягає в уявному розміщенні себе під скляним куполом, який виконує функцію захисту від негативних емоцій та інформації.

Вправа 4. «Мене давно непокоїть...» (40 хв.).

Мета: відреагування учасниками негативних емоцій та спогадів.

Інструкція. Кожний учасник розповідає про свій досвід вторинної травматизації. Інші учасники слухають, дають зворотний зв'язок, використовуючи техніку «Скляний купол».

Вправа 5. «Афірмації захищеності» (20 хв.).

Мета: опанування техніки афірмацій для захисту від вторинної травматизації.

Інструкція. Учасники формулюють кілька афірмацій, які можна використовувати для захисту від вторинної травматизації. Наприклад: «Я спокійний», «Я знаходжуся в безпеці», «Я живу своє життя» тощо. Після цього учасник 15-20 разів повторює одну з афірмацій, яка є найбільш відповідною його бажанням.

Вправа 6. «Стоп! Це моя територія» (10 хв.).

Мета: розвиток вмінь психологічного захисту. Завершення заняття.

Інструкція. Ведучий демонструє вправу. Стати рівно. Зробити різкий випад правою ногою вперед. Одночасно руки виставити вперед. Сказати: «Стоп! Це моя територія». Після цього учасники кілька разів повторюють цю вправу.

Вправа 1. «Я задоволений, тому що...» (10 хв.).

Мета: привітання учасників групи. Створення позитивної атмосфери.

Інструкція. Кожний учасник повторює фразу «Я задоволений, тому що...», доповнюючи її причиною (яка може бути як великою, так і дрібною) свого задоволення.

Вправа 2. «Що в мені змінилося?» (20 хв.).

Мета: усвідомлення особистісних змін, які з'явилися в результаті професійної діяльності, та професійних деформації.

Інструкція. Ведучий пропонує учасникам групи намалювати 2 зображення. Спочатку намалювати себе на початку професійного шляху. Потім намалювати себе в сьогоднішній день. Після цього учасників просять порівняти та проаналізувати, що, з їх точки зору, змінилося.

Вправа 3. «Проф. вигорання VS Проф. благополуччя» (20 хв.).

Мета: опанування інформації про професійне вигорання.

Інструкція. Ведучий надає інформацію про зміст, фази, симптоми та причини професійного вигорання.

Вправа 4. «Мій ресурс» (30 хв.).

Мета: знаходження способів запобігання професійному вигоранню, нейтралізації його симптомів.

Інструкція. За допомогою метафоричних карт COPE учасники визначають свої провідні ресурсні канали. Після цього ведучий пропонує конкретизувати, як за допомогою того чи іншого ресурсного каналу можна зменшити вплив професійного вигорання.

Вправа 5. «Правила професійного благополуччя» (30 хв.).

Мета: формулювання та засвоєння правил поведінки як протидії професійному вигоранню

Інструкція. Група розділяється на 2-3 підгрупи, кожна з яких має сформулювати правила поведінки, дотримання яких запобігатиме професійному вигоранню.

Вправа 6. «Мої сильні сторони як фахівця» (10 хв.).

Мета: підвищення самооцінки. Завершення заняття.

Інструкція. Кожний учасник запису, а потім називає по 5 свої позитивних професійних характеристик.

Заняття 4

Вправа 1. «Мій морально-психологічний стан» (10 хв.).

Мета: привітання учасників групи. Усвідомлення та символічне відображення морально-психологічного стану.

Інструкція. Учасники оцінюють свій морально-психологічний стан від 0 до 10 балів і пояснюють, чого їм не вистачає, щоб поставити максимально високу оцінку.

Вправа 2. «Moral / amoral» (20 хв.).

Мета: обговорення моральних / аморальних вчинків, думок для визначення норми та усвідомлення її динамічності.

Інструкція. Група розбивається на 2 підгрупи Ведучий пропонує кейс для аналізу. Кейс. Медична сестра забезпечувала догляд за важко пораненим бійцем. Коли вона зайшла в палату, то побачила, що він не дихає, а трубка апарату подачі кисню витягнута. Медична сестра звинувачує себе у тому, що сталося, і наводить такі аргументи: не зрозуміла психічного стану пораненого; певний проміжок часу не заходила до палати тощо. Перша підгрупа отримує завдання довести наявність аморальних ознак у вчинках медичної сестри, друга – навпаки, спростувати її самозвинувачування.

Вправа 3. «Причини виникнення моральних страждань» (20 хв.).

Мета: формування здатності усвідомлювати моральні страждання та визначати їх причини.

Інструкція. Кожний учасник прописує на окремих аркушах причини (мінімум одну) моральних страждань. Аркуші кріпляться на дошку, після чого систематизуються учасниками тренінгу за певними видами (наприклад, фатальної помилки, порушеної комунікації тощо).

Вправа 4. «Моя моральна травма» (30 хв.).

Мета: усвідомлення та вербалізація власних моральних травм.

Інструкція. Кожний учасник розповідає про свій досвід отримання моральної травми, акцентуючи увагу на тому, чи вдалося її подолати. У цей час інші учасники групи записують на невеличких аркушах паперу свої пропозиції (варіанти) щодо вирішення конкретної ситуації. Ведучий збирає аркуші з пропозиціями після виступу кожного учасника, формуючи таким чином банк ідей для кожного учасника.

Вправа 5. «Що я можу зробити?» (30 хв.).

Мета: пошук раціональних способів вирішення проблеми, яка спричинила моральні страждання.

Інструкція. Вправа є продовженням попередньої. Кожний учасник отримує аркуші, які були заповнені стосовно його ситуації. Завдання полягає в тому, щоб проаналізувати кожен пропозицію та обрати ті, які є найбільш ефективні та реалістичні для втілення. Кожний учасник може додавати і свої пропозиції з вирішення проблеми, яка спричинила моральні страждання.

Вправа 6. «Я не Бог, але я можу...» (10 хв.).

Мета: формування реальної оцінки своїх можливостей та концентрація на них.

Інструкція. Кожний учасник проговорює фразу «Я не Бог, але я можу...», доповнюючи її словами, які відображають реалістичний досвід вирішення ситуації, яка спричинила моральні страждання. Наприклад, «Я не Бог, але я можу допомагати родині загиблого».

Заняття 5

Вправа 1. «Чарівна паличка» (10 хв.).

Мета: привітання учасників групи, створення позитивної атмосфери.

Інструкція. Кожний учасник, тримаючи в руках предмет, який імітує чарівну паличку, змахує нею і проговорює побажання для всієї групи. Наприклад: «Бажаю, щоб...».

Вправа 2. «Розуміти, поділяти, підтримувати» (20 хв.).

Мета: опанування знань про емпатію та її складові.

Інструкція. Ведучий надає групі інформацію про те, що таке емпатія і які складові вона містить (когнітивну, емоційну, поведінкову).

Вправа 3. «Що я знаю про тебе?» (30 хв.).

Мета: розвиток когнітивної складової емпатії.

Інструкція. Група розбивається на пари. Кожний учасник пари впродовж п'яти хвилин розповідає про певну ситуацію професійної взаємодії з колегами (або пацієнтами). Завдання другого учасника пари уважно слухати. Потім пари міняються місцями. Після завершення розмови кожний учасник письмово надає відповіді на питання: 1) в якому емоційному стані перебував співрозмовник в ситуації, що озвучувалася? 2) що саме зумовило цей стан? 3) чи психологічно комфортно було співрозмовнику? 3) що могло б покращити емоційний стан співрозмовника в озвученій ситуації? тощо.

Вправа 4. «Я відчуваю» (20 хв.).

Мета: контролювання емоційної складової емпатії.

Інструкція. Ведучий пропонує для аналізу кейс. Кейс. Медична сестра доглядає смертельно хворого пацієнта, який ділиться з нею своїми страхами, переживаннями і стражданнями. Учасників просять відповісти на питання: 1) що відчуватиме медична сестра? 2) чи заважатиме це її професійній діяльності? 3) як знайти баланс між здатністю емоційно співчувати іншим людям та збереженням власного психічного благополуччя?

Вправа 5. «Допомога» (30 хв.).

Мета: розвиток поведінкової складової емпатії.

Інструкція. Група розбивається на пари. Пари впродовж зустрічі змінюються. Кожний учасник пари впродовж п'яти хвилин розповідає про певну ситуацію професійної взаємодії з колегами (або пацієнтами). Після завершення розповіді реципієнт ставить питання «Чим я можу тобі допомогти?». Завдання – знайти як можна більше варіантів допомоги людині

в такій ситуації. Потім пари міняються місцями.

Вправа 6. «Дзеркало» (10 хв.).

Мета: формування здатності розуміти емоційні стани інших через ідентифікацію. Завершення заняття.

Інструкція. Група розбивається на пари. Стоячи один навпроти одного, учасники по черзі копіюють невербальні прояви один одного. Потім міняються місцями. Які б мімічні вирази не демонстрували учасники один одному, завершується вправа посмішкою.

Заняття 6

Вправа 1. «Коло» (10 хв.).

Мета: привітання учасників групи, створення позитивної атмосфери. Розвиток взаємопідтримки.

Інструкція. Учасники стають у два кола (зовнішнє і внутрішнє), без слів вітаються з людиною, яка стоїть навпроти. Потім люди, що стоять у внутрішньому колі робить крок праворуч, і вітаються вже в новій парі. Вправа триває, поки не привітаються всі пари.

Вправа 2. «Соціономічна професія» (20 хв.).

Мета: визначення соціономічних особливостей праці медичного персоналу.

Інструкція. Група ділиться на 2 підгрупи. Кожна з підгруп повинна визначити та записати на аркуші особливості професії медичного працівника (медичної сестри). Після цього групи презентують свої напрацювання, а ведучий підкреслює значення для професійної діяльності медиків здатності ефективно взаємодіяти, комунікувати не лише з пацієнтами, але і між собою.

Вправа 3. «Надійні люди» (20 хв.).

Мета: визначення кола співробітників, до яких можна звернутися по допомогу.

Інструкція. Ведучий пропонує учасникам групи визначити 4-5 потенційно проблемних для них питань. Після цього за кожним питанням

потрібно «закріпити» людину, до якої можна звернутися, якщо ця проблема виникне. Одну людину можна написати лише один раз. Після того ведучий пропонує зателефонувати «надійним» людям і заздалегідь узгодити з ними можливість звернення по допомогу.

Вправа 4. «Довіра» (30 хв.).

Мета: розвиток здатності будувати довірливі стосунки з іншими.

Інструкція. Група ділиться на 2 підгрупи. Перша підгрупа визначає якості, які зумовлюють довіру до людини. Друга група визначає якості, які руйнують довіру до людини. Після цього групи обмінюються напрацюваннями та конкретизують прояви цих якостей у професійній взаємодії.

Вправа 5. «Без слів» (30 хв.).

Мета: розвиток довіри взаємопідтримки між колегами.

Інструкція. Група ділиться на підгрупи по 6-7 осіб. Одна людина стає в центр кола, заплющує очі, складає на грудях руки, ставить ноги разом. Учасники, які утворюють коло, лагідно, дбайливо штовхають людину, яка стоїть всередині, забезпечуючи її «колихання» та захист від падіння. Вправа виконується всіма учасниками з поперемінною зміною ролей.

Вправа 6. «Обійми» (10 хв.).

Мета: розвиток довіри до інших та здатності інтерпретації засобів невербальної комунікації. Завершення заняття.

Інструкція. Двоє учасників виходять в центр приміщення і обіймають один одного. До них підходить третій учасник і обіймає їх двох. І так далі. В кінці вправи утворюється група тісно обійнятих між собою людей.

Заняття 7

Вправа 1. «Щирість» (10 хв.).

Мета: привітання учасників групи, створення позитивної атмосфери.

Інструкція. Учасники по черзі відповідають на запитання ведучого: «Що у вас зараз на думці?». Відповідати потрібно те, що першим приходить в

голову.

Вправа 2. «Особливості спілкування з комбатантами» (30 хв.).

Мета: розвиток компетентності ефективного спілкування з комбатантами.

Інструкція. Ведучий знайомить учасників із правилами спілкування з учасниками бойових дій.

- УБД – Герої та Люди мудрості.
- Не розпитуй про війну.
- Будь уважним слухачем.
- Утримуйся від різких несподіваних рухів.
- Не пов'язуй негативні стани УБД зі ставленням до тебе.
- Демонструй свою підтримку.

Вправа 3. «Я керую» (20 хв.).

Мета: усвідомлення здатності управляти своїм життям.

Інструкція. Кожного учасника просять згадати про своє найбільше життєве досягнення (одне з найбільших досягнень), після чого максимально детально розписати кроки, які вони зробили для досягнення результату.

Вправа 4. «Дві сторони руки» (20 хв.).

Мета: усвідомлення різних варіантів вирішення проблеми, розвиток здатності приймати рішення.

Інструкція. Ведучий показує свою руку (долонь та тильну сторону) і говорить, що так само, як і рука, будь-яка проблема, ситуація мають як мінімум дві сторони. І не обов'язково одна з них негативна, а друга позитивна.

Ведучий дає для аналізу кейс. Кейс. Медична сестра зранку прийшла на роботу і дізналася, що її напарниця захворіла і не вийшла на роботу.

Група ділиться на підгрупи, одна з яких має оцінити ризики такої ситуації та запропонувати її вирішення. Друга підгрупа має знайти позитивні моменти в цій ситуації і теж запропонувати варіанти її вирішення.

Вправа 5. «Шлях» (30 хв.).

Мета: розвиток стратегій управління складною ситуацією.

Інструкція. Ведучий пропонує учасникам намалювати будь-яку лінію (рівну, криву) або фігуру. Після цього ведучий говорить, що зображення символізує стратегію вирішення складної ситуації, притаманну автору. Кожний учасник має охарактеризувати свою стратегію, а також її плюси та мінуси.

Вправа 6. «Клубочок» (10 хв.).

Мета: символічна демонстрація розв'язання проблеми. Завершення заняття.

Інструкція. Ведучий дає учасникам заплутану нитку (для в'язання) та говорить, що це символ будь-якої проблеми. Після цього він просить всіх учасників по черзі долучитися до розв'язання проблеми. Але якщо учасник вже взяв нитку в руки, то відпускати її неможна. В кінці вправи в учасників має сформуватися клубочок з розпутаної нитки.

Заняття 8

Вправа 1. «Я вдячний за те, що...» (10 хв.).

Мета: привітання учасників групи, створення позитивної атмосфери.

Інструкція. Учасники по черзі висловлюють свою вдячність, доповнюючи фразу «Я вдячний за те, що...».

Вправа 2. «Краща версія себе» (30 хв.).

Мета: рефлексія щодо особистісних та професійних змін.

Інструкція. Кожний учасник зазначає п'ять характеристик, які змінилися у нього в результаті участі у програмі. Це можуть як значні зміни (досягнення), так і щось дуже конкретне, практичне (наприклад, на рівні знань).

Вправа 3. «Від знаю до зроблю» (30 хв.).

Мета: закріплення стратегій ефективної взаємодії.

Інструкція. Група розбивається на дві підгрупи. Ведучий пропонує кейс для аналізу. Кейс. Керівник медичної установи не підписує заяву на відпустку (на визначені дати) медичній сестрі. Завдання підгрупам: запропонувати

ефективні способи вирішення проблеми.

Вправа 4. «Моя резильєнтність» (20 хв.).

Мета: самооцінювання резильєнтності.

Інструкція. Ведучий пропонує учасникам зазначити на прямій лінії, намальованій на окремих аркушах, свій рівень резильєнтності на даний момент. Потім ці результати порівнюють з позначками, зробленими учасниками на першому занятті.

Вправа 5. «Ярмарок» (20 хв.).

Мета: визначення завдань саморозвитку.

Інструкція. Учасники пишуть по 5 своїх позитивних якостей. Після цього їм пропонується обміняти (помінятися папірцями) ці якості на ті, яких їм не вистачає. Обміни можна робити без обмежень у кількості. Наприкінці кожний озвучує, якими якостями він пожертвував, а які здобув. Отримані якості можуть розглядатися як перспектива для саморозвитку.

Вправа 6. «Фото сили» (10 хв.).

Мета: закріплення і посилення в учасників впевненості в своїх силах.

Інструкція. Учасники займають пози, які, на їх думку, виражають їх стійкість у протистоянні негараздам. Ведучий фотографує кожного учасника, демонструє знімки на екрані. За технічних можливостей ці фото роздруковують і віддають учасникам одразу або надсилають електронний варіант.

Відгук наукового керівника на кваліфікаційну роботу

П. І. П/б студента: Гарбузова Вікторія Юріївна

Тема кваліфікаційної роботи: Технологія розвитку резильєнтності медичного персоналу закладів лікування і реабілітації комбатантів

Критерій		Рівень реалізованості критерію		
		низький	середній	високий
1		2	3	4
Вступ	Обґрунтування актуальності теми			+
	Коректне формулювання мети, об'єкта, предмета, завдань дослідження			+
	Коректне формулювання гіпотези дослідження			+
	Наявність теоретичної та практичної значущості дослідження			+
	Оригінальність ідеї, новизна			+
Теоретичні засади дослідження	Ґрунтовний аналіз наукової літератури з теми дослідження			+
	Формулювання проблеми, визначення суперечності, недостатньої розробленості питання			+
	Несуперечність понятійного апарату дослідження			+

	1	2	3	4
Психодіагностичне дослідження	Вибір та обґрунтування методів і методик психодіагностичного дослідження			+
	Доцільність і правильність використання описової статистики			+
	Використання методів порівняння (Стьюдент-тест або інші)			+
	Використання кореляції та/або інших методів багаторівневого аналізу			+
	Змістовність аналізу та інтерпретації результатів			+
Програма формувального експерименту	Теоретичне обґрунтування корекційно-розвивальної програми			+
	Відповідність використаних методів, прийомів, технік меті та завданням корекційно-розвивальної програми (3 бали)			+
	Завершеність (деталізованість) розроблення занять корекційно-розвивальної програми			+
	Апробованість результатів корекційно-розвивальної програми			+

	1	2	3	4
Висновки	Змістовність висновків до розділів			+
	Логічність та інформативність висновків наукової роботи			+
Список використаної літератури	Використання сучасних вітчизняних та іноземних джерел інформації			+
Оформлення кваліфікаційної роботи	Додержання загальних вимог до написання курсової роботи (шрифт, інтервал, поля тощо), додержання вимог до нумерації сторінок, розділів, підрозділів			+
	Додержання вимог до оформлення таблиць / графіків / діаграм			+
	Наявність посилань у тексті на формули, таблиці, рисунки, літературні джерела, додатки та додержання вимог до їхнього оформлення			+
	Відсутність у роботі орфографічних, граматичних і синтаксичних помилок, додержання норм літературної мови			+
	Оформлення списку використаної літератури відповідно до встановлених вимог			+

Відсоток унікальності тексту кваліфікаційної роботи	Перевірка програмою: Коефіцієнт подібності 1: 5.6%, Коефіцієнт подібності 2: 0.6%	
Інші здобутки автора кваліфікаційної роботи	ні	так
Список використаної літератури складається з-понад 50 найменувань		Так, 1 бал
Наявність у списку використаної літератури понад 30 % наукових робіт, виданих за останні 5 років		Так, 2 бали
Участь у Всеукраїнському етапі конкурсу-захисту студентських наукових робіт	ні	
Перемога (1–3 місця) у Всеукраїнському етапі конкурсу-захисту студентських наукових робіт	ні	
Одноосібна стаття на тему дослідження (від 0,5 др. арк.)	ні	
Стаття на тему дослідження (від 0,5 др. арк.) у співавторстві		Так, 6 балів
Одноосібні тези на тему дослідження	Так, 5 балів	
Тези на тему дослідження у співавторстві		Так, 4 бали

Висновок наукового керівника: Допустити до захисту

Оцінка кваліфікаційної роботи відмінно

Додатковий коментар наукового керівника _____

Науковий керівник: Наталя ТЕСЛИК

Дата 4 грудня 2024 р.



(підпис)

**ПРОТОКОЛ ПЕРЕВІРКИ РОБОТИ
НА НАЯВНІСТЬ ОЗНАК АКАДЕМІЧНОГО ПЛАГІАТУ**

Заявляю, що я ознайомився (-лась) з повним звітом подібності, який був згенерований системою **StrikePlagiarism.com**.

Автор: Гарбузова В.Ю.

Назва роботи: Технологія розвитку резильєнтності медичного персоналу закладів лікування і реабілітації комбатантів

Науковий керівник: Теслик Наталя Миколаївна

Підрозділ: факультет ІФСК, кафедра ППСТ, група ПЛ.М-31/1
(інститут (факультет), кафедра, навчальна група (для осіб, що навчаються))

Вид роботи: кваліфікаційна робота
(кваліфікаційна робота, дисертація, підручник, посібник, монографія, стаття, тези, звіт НДР тощо)

Коефіцієнт подібності 1: 5.6%

Коефіцієнт подібності 2: 0.6%

Після проведеного мною аналізу Звіту подібності, констатую наступне:

- Запозичення, виявлені в роботі, оформлені коректно і не мають ознак академічного плагіату.
- Виявлені в роботі запозичення є недоброчесними і мають ознаки академічного плагіату або в ній містяться навмисні спотворення тексту, що вказують на спроби приховування недоброчесних запозичень.

Опис прийнятого рішення

Наталя ТЕСЛИК

*(Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ
відповідальної за перевірку особи, визначеної додатком до
Положення про академічну доброчесність та
етику академічних взаємовідносин у СумДУ)*

04.12.2024р.



(підпис)

**Інформаційна довідка
щодо якісних показників кваліфікаційної роботи**

П.І.Б. здобувача вищої освіти Гарбузова Вікторія Юріївна

Освітній ступінь магістр

Спеціальність 053 Психологія

Освітня програма Організаційна психологія

№ з/п	Якісні показники кваліфікаційної роботи	Зазначити так/ні
1	Виконана за програмою академічної мобільності	ні
2	Високий рівень використання програмного забезпечення ²⁾	ні
3	Результати впроваджено на підприємстві, (в організації, установі) або в навчальному процесі ³⁾	так
4	Виконана на замовлення підприємства (організації, установи) ⁴⁾	ні
5	Захищена на підприємстві (в організації, установі)	ні
6	Захист англійською мовою ⁵⁾	ні
7	Комплексна кваліфікаційна робота ⁶⁾	ні
8	Виконана під подвійним керівництвом ⁷⁾	ні
9	Поглиблена наукова складова (участь в НДР, участь у всеукраїнському конкурсі студентських наукових робіт)	ні
10	Результати оприлюднені в тезах доповіді, фаховій статті	так

Керівник кваліфікаційної роботи


(підпис)

Наталя ТЕСЛИК
(Ім'я та ПРІЗВИЩЕ)

- ¹⁾ додається до відгуку керівника на кваліфікаційну роботу здобувача за усіма освітніми ступенями;
²⁾ крім спеціальностей ІТ-спрямування, ОП «Економічна кібернетика»;
³⁾ враховується лише за наявності акту впровадження;
⁴⁾ враховується лише за наявності листа-замовлення на проведення дослідження;
⁵⁾ крім англійських освітніх програм та освітніх програм спеціальностей 035 «Філологія», 292 «Міжнародні економічні відносини»;
⁶⁾ виконана двома або більше здобувачами однієї або різних спеціальностей;
⁷⁾ співкерівництво кваліфікаційної роботи здійснено викладачем і фахівцем-практиком або науково-педагогічним працівником СумДУ та іноземного ЗВО.

РЕЦЕНЗІЯ

на кваліфікаційну роботу здобувача ступеня магістра психології

Гарбузова Вікторія Юріївна

прізвище, ім'я, по-батькові здобувача

Технологія розвитку резильєнтності медичного персоналу закладів лікування і реабілітації комбатантів
тема кваліфікаційної роботи

Резильєнтність медичного персоналу закладів лікування та реабілітації комбатантів є професійно важливою рисою і визначається здатністю медичного персоналу до динамічної саморегуляції і адаптації у складних професійних ситуаціях, що забезпечується емоційними, мотиваційно-вольовими і когнітивними ресурсами індивідууму. Високий рівень резильєнтності допомагає медичним працівникам ефективно надавати емоційну підтримку пацієнтам, які зазнали фізичних та психологічних травм, зберігати мотивацію і професійний ентузіазм, конструктивно долати стресові ситуації і швидко відновлюватись, сприяє профілактиці емоційного вигорання, швидкій адаптації до змін і професійному розвитку, забезпечує підтримку фізичного та психічного здоров'я. Саме цій проблемі й присвячена кваліфікаційна робота Гарбузової В.Ю., метою якої є розроблення та апробація технології розвитку резильєнтності медичного персоналу закладів лікування та реабілітації комбатантів.

У першому розділі наукового дослідження Гарбузової В.Ю. визначено теоретичний компонент технології розвитку резильєнтності медичного персоналу закладів лікування та реабілітації комбатантів. Автором проаналізовано змістові та функціонально-структурні характеристики резильєнтності особистості, обґрунтовано резильєнтність як професійно важливу якість медичного персоналу закладів лікування та реабілітації комбатантів.

У другому розділі викладено діагностичний компонент технології розвитку резильєнтності медичного персоналу закладів лікування та реабілітації комбатантів. Автором роботи докладно описано методичне забезпечення та організацію емпіричного дослідження резильєнтності медичного персоналу закладів лікування та реабілітації комбатантів, а також наведені результати

дослідження резильєнтності медичного персоналу закладів лікування та реабілітації комбатантів. У роботі показано, що медичні працівники з різними функціональними обов'язками мають відмінності у показниках резильєнтності. Показники резильєнтності медичних працівників закладів лікування та реабілітації комбатантів мають значимі позитивні кореляційні зв'язки з показниками задоволеності від співчуття, відчутної підтримки та негативні кореляційні зв'язки з показниками професійного вигорання, вторинної травматизації та моральних страждань.

Третій розділ присвячений формувальному компоненту технології розвитку резильєнтності медичного персоналу закладів лікування та реабілітації комбатантів. У цій частині роботи Гарбузова В.Ю. обґрунтувала і презентувала програму розвитку резильєнтності медичного персоналу закладів лікування та реабілітації комбатантів, а також виклала результати апробації програми.

Матеріали кваліфікаційної роботи пройшли апробацію на двох конференціях, опубліковано статтю у журналі Eastern Ukrainian Medical Journal, що обліковується наукометричною базою даних Scopus.

Кваліфікаційна робота Гарбузової В.Ю. містить нові теоретичні і практичні експериментально отримані результати. Логічність та системність розв'язання проблеми розвитку резильєнтності медичного персоналу закладів лікування та реабілітації комбатантів дає підстави вважати кваліфікаційну роботу Гарбузової В.Ю. актуальним, завершеним дослідженням, що заслуговує на високу оцінку.

Рецензент:

Головний лікар Університетської клініки
Сумського державного університету,
кандидат медичних наук



Ірина МОІСЕСНКО

© 2024 by the author(s).

This work is licensed under Creative Commons Attribution 4.0 International License
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



How to cite / Як цитувати статтю: Harbuzova V, Ulunova A, Mynenko S. Assessment of professional life quality and resilience of medical staff working at military treatment and rehabilitation facilities in the conditions of war in Ukraine. *East Ukr Med J.* 2024;12(3):492-504

DOI: [https://doi.org/10.21272/eumj.2024;12\(3\):492-504](https://doi.org/10.21272/eumj.2024;12(3):492-504)

ABSTRACT

Viktoriia Harbuzova

<https://orcid.org/0000-0001-7183-6997>

Department of Physiology and Pathophysiology with the Course of Medical Biology, Sumy State University, Sumy, Ukraine

Anna Ulunova

<https://orcid.org/0000-0002-4839-098X>

Department of Psychology, Political Science, and Sociocultural Technologies, Sumy State University, Sumy, Ukraine

Serhii Mynenko

<https://orcid.org/0000-0003-3998-9031>

Department of Economic Cybernetics, Sumy State University, Sumy, Ukraine

ASSESSMENT OF PROFESSIONAL LIFE QUALITY AND RESILIENCE OF MEDICAL STAFF WORKING AT MILITARY TREATMENT AND REHABILITATION FACILITIES IN THE CONDITIONS OF WAR IN UKRAINE

Introduction. With the beginning of full-scale Russian aggression, the situation with mental health in Ukraine has significantly worsened. Medical workers who work with combatants during their treatment and rehabilitation are affected by secondary traumatic stress and also face a high level of professional stress, which can lead to a decrease in work efficiency and deterioration of health. Regular monitoring of professional life quality and timely implementation of measures aimed at increasing resilience level is extremely important for the successful professional activity of medical personnel who provide assistance to combatants.

Objective. The objective of this study was to assess the professional life quality and resilience level of medical personnel in military treatment and rehabilitation facilities.

Materials and Methods. 54 medical workers aged from 21 to 70 (average age – 39.1 ± 12.5) years participated in the study, among whom 70.4% were women and 29.6% were men. The respondents' work experience ranged from 1.5 to 53 years and averaged 18.0 ± 13.3 years. The majority of respondents (44.4%) were representatives of multidisciplinary hospitals. Among the survey participants, 27.8% were doctors, 16.6% were nurses, and 55.6% were other medical workers (nursing assistants, rehabilitation specialists). An online survey of participants was conducted using Google Forms. A questionnaire was developed consisting of several sections: the first section was an independently developed questionnaire that included biographical data of the participants; the second section was devoted to the study of the professional life quality of medical workers using the ProQOL-Health method; the third section was aimed at establishing the level of resilience according to the Connor-Davidson scale. Statistical analysis of the results

was performed using Excel program. Descriptive statistics and correlation analysis methods were used.

Results. Medical personnel in military treatment and rehabilitation facilities predominantly have an average level of resilience, both among all respondents altogether and in separate groups of men, women, and medical workers of different specialties, with a tendency for lower scores among women. All respondents had average scores on the scales “Perceived Support,” “Professional Burnout,” “Secondary Traumatic Stress,” and “Moral Distress.” In the group of nurses, the scores of perceived support tended to decrease, while secondary traumatic stress, professional burnout, and moral distress tended to increase. A difference was found with regard to “Compassion Satisfaction” among representatives of different professions. Physicians had a high level of compassion satisfaction; nurses and other healthcare workers had a medium level of compassion satisfaction, with nurses having the lowest level among others.

Conclusions. The assessment of the professional life quality of medical workers in military treatment and rehabilitation facilities shows that nurses are the most vulnerable category of personnel and have higher scores of professional burnout, moral distress, and secondary traumatic stress and lower scores of compassion satisfaction and perceived support. Medical workers with a higher level of resilience have higher scores of compassion satisfaction and perceived support. Persons with a lower level of resilience are more prone to professional burnout, secondary traumatic stress, and moral distress.

Keywords: war in Ukraine, mental health, quality of life, medical workers, combatants, resiliency, secondary traumatic stress, professional burnout.

Corresponding author: Viktoriia Harbuzova, Department of Physiology and Pathophysiology with the Course of Medical Biology, Sumy State University, Sumy, Ukraine
e-mail: v.garbuzova@med.sumdu.edu.ua

РЕЗЮМЕ

Вікторія Гарбузова

<https://orcid.org/0000-0001-7183-6997>

Кафедра фізіології і патофізіології з курсом медичної біології Сумського державного університету, м. Суми, Україна

Ганна Улунова

<https://orcid.org/0000-0002-4839-098X>

Кафедра психології, політології та соціокультурних технологій Сумського державного університету, м. Суми, Україна

Сергій Миненко

<https://orcid.org/0000-0003-3998-9031>

Кафедра економічної кібернетики Сумського державного університету, м. Суми, Україна

ОЦІНКА ЯКОСТІ ПРОФЕСІЙНОГО ЖИТТЯ ТА РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ ЗАКЛАДІВ ЛІКУВАННЯ І РЕАБІЛІТАЦІЇ КОМБАТАНТІВ В УМОВАХ ВІЙНИ В УКРАЇНІ

Вступ. З початком повномасштабної російської агресії ситуація з психічним здоров'ям в Україні значно погіршилась. Медичні працівники, які працюють із комбатантами у процесі їх лікування і реабілітації, зазнають впливу вторинної травматизації, а також стикаються з високим рівнем професійного стресу, що може призводити до зниження ефективності роботи та погіршення стану здоров'я. Для успішної професійної діяльності медичного персоналу, який надає допомогу комбатантам, вкрай важливим є регулярний моніторинг якості їх професійного життя і своєчасне впровадження заходів, спрямованих на підвищення рівня резильєнтності.

Мета. Метою даного дослідження була оцінка якості професійного життя і рівня резильєнтності медичного персоналу закладів лікування та реабілітації комбатантів.

Матеріали та методи. У дослідженні взяли участь 54 медичних працівника віком від 21 до 70 (середній вік - 39,1± 12,5)

років, серед яких 70,4 % були жінки, а 29,6 % - чоловіки. Стаж роботи респондентів коливався від 1,5 до 53 років і становив у середньому $18,0 \pm 13,3$ р. Більшість респондентів (44,4 %) були представниками багатoproфільних лікарень. Серед учасників опитування було 27,8 % лікарів, 55,6 % медичних сестер та 27,8% інших медичних працівників (молодші медичні сестри, реабілітологи). Було проведено онлайн опитування учасників за допомогою Google Forms. Розроблений опитувальник складався з декількох розділів: перший розділ – самостійно розроблена анкета, яка включала анкетні дані учасників; другий розділ присвячений вивченню якості професійного життя медичних працівників за методикою ProQOL-Health; третій розділ спрямований на встановлення рівня резильєнтності за шкалою Коннора-Девідсона. Статистична обробка отриманих результатів проводилась із використанням програми Excel. Було використано методи описової статистики та кореляційний аналіз.

Результати дослідження. Медичний персонал закладів лікування і реабілітації комбатантів має переважно середній рівень резильєнтності, як серед усіх респондентів, так і у групах чоловіків, жінок і медичних працівників різних спеціальностей, з тенденцією до нижчих балів у жінок. За шкалами «Відчутна підтримка», «Професійне вигорання», «Вторинний травматичний стрес», «Моральні страждання» всі респонденти мали середній рівень значень показників. У групі медичних сестер показники показник відчутної підтримки мав тенденцію до зниження, а вторинний травматичний стрес, професійне вигорання і моральні страждання до збільшення. Виявлена різниця за шкалою «Задоволення від співчуття» у представників різних професій. Лікарі мали високий рівень задоволення від співчуття, медичні сестри та інші медичні працівники – середній, причому найнижчий рівень задоволення від співчуття був у медичних сестер.

Висновки. Проведена оцінка професійної якості життя медичних працівників закладів лікування і реабілітації комбатантів свідчить про те, що найбільш вразливою категорією персоналу є медичні сестри, які мають вищі показники професійного вигорання, моральних страждань, вторинного травматичного стресу та низькі показники задоволення від співчуття та відчутної підтримки. Медичні працівники з вищим рівнем резильєнтності мають вищі показники задоволення від співчуття і відчутної підтримки. Особи з нижчим рівнем резильєнтності більш схильні до професійного вигорання, вторинної травматизації і зазнають моральних страждань.

Ключові слова: війна в Україні, психічне здоров'я, якість життя, медичні працівники, комбатанти, резильєнтність, вторинний травматичний стрес, професійне вигорання.

Автор, відповідальний за листування: Вікторія Гарбузова, завідувачка кафедри фізіології і патофізіології з курсом медичної біології Сумського державного університету, м. Суми, Україна
e-mail: v.garbusova@med.sumdu.edu.ua

INTRODUCTION / ВСТУП

With the beginning of full-scale Russian aggression, the situation with mental health in Ukraine has significantly worsened [1]. 11% of Ukrainians estimate

their physical health as unsatisfactory, 51% – as satisfactory, 77% – feel stressed or very nervous [2]. The demand for psychological help in 2023 almost doubled compared to the previous year [3]. The medical

staff in military treatment and rehabilitation facilities work in specific conditions, constantly facing injuries, physical and mental suffering of combatants. Providing qualified and urgent help to others, a medical worker is in a permanent stressful situation, which often leads to personal insecurity [4]. It has been proven that medical workers constantly dealing with patients who experienced various types of losses as a result of the war suffer themselves from symptoms of depression, anxiety, and stress [5]. Professional risks related to the professional activities of medical personnel working at military treatment and rehabilitation facilities (constant stress, professional burnout, professional deformation) lead to a violation of the balance between positive and negative changes in the personality of a specialist and create conditions for professional and personal destruction, in particular, decreased effectiveness of professional activity, disruption of interaction with colleagues and patients, significant reduction in activities quality and productivity, poor work satisfaction; all these issues can negatively affect individual's life and mental health in the future [6].

It should be noted that an important factor in maintaining the health of medical workers and their successful professional activity is resilience, i.e., the ability to cope with traumatic events and their consequences [7]. The psychological factors and mechanisms of the resilience of medical workers working in the conditions of war in Ukraine have not been sufficiently studied. There is no data on the connection of resilience with the specifics of the medical professional activity in the military treatment and rehabilitation facilities (secondary traumatic stress, professional burnout, constant stress, loss of motivation, high level of responsibility and social involvement), which determine the quality of life and affect the success of professional activities. There is a lack of scientifically based algorithms for increasing the resilience of this category of workers.

Thus, timely assessment of professional life quality and monitoring of the resilience level of medical personnel in military treatment and rehabilitation facilities is an important and urgent problem in the conditions of the war in Ukraine. The solution to the problem will be an important step in the search for effective technologies to maintain mental health and successful professional activity of medical workers.

Materials and Methods

54 medical workers aged from 21 to 70 (average age – 39.1 ± 12.5) years participated in the study, among whom 70.4% were women and 29.6% were men. The respondents' work experience ranged from 1.5 to 53 years and averaged 18.0 ± 13.3 years. The majority of

respondents (44.4%) were representatives of multidisciplinary hospitals. The majority of participants (61.1%) worked in medical facilities at a distance of 10–50 km from the combat zone. Among the survey participants, 27.8% were doctors, 16.6% were nurses, and 55.6% were other medical workers (nursing assistants, rehabilitation specialists).

An online survey of participants was conducted using Google Forms in March 2024. The questionnaire consisted of several sections: the first section was an independently developed questionnaire that included biographical data of the participants; the second section was devoted to the study of professional life quality of medical workers using the ProQOL-Health method [8]; the third section was aimed at establishing the level of resilience according to the Connor-Davidson scale [9; 10]. The research was conducted in compliance with the basic ethical principles of the Declaration of Helsinki of the World Medical Association on conducting scientific medical research involving human subjects. All participants were informed that their participation in the study was voluntary. Full confidentiality of the research was ensured. We used depersonalized information in the statistical analysis and recorded only general demographic data about the respondents (gender, age, work experience, profession, etc.).

Statistical analysis of the results was performed using Excel program. Descriptive statistics and correlation analysis methods were used. The difference in the distribution of respondents by different scales was tested using Pearson's chi-squared test. A p-value of <0.05 was considered statistically significant.

Results

We used the descriptive statistics method for resilience scores (obtained by the Connor-Davidson Scale (CD-RISC-10)) of medical workers working at military treatment and rehabilitation facilities. The results are presented in Table 1. Several subgroups were selected for this analysis: all surveyed respondents, subgroups stratified by gender (men, women) and type of professional activity (doctors, nurses, and other medical workers).

As we can see from the answers of all respondents, the results of the mean value (28.33 points), mode (29 points), and median value (29 points) correspond to the average level of resilience. Results of descriptive statistics in subgroups of women and men and in subgroups of professional activity indicated an average level of resilience in all workers with a tendency to decreased resilience in nurses (Table 1). There was no statistically significant difference in the distribution of respondents with different resilience levels between separate groups of respondents (Table 2).

Table 1 –

Descriptive statistics of Resilience Scale scores of medical staff working at military treatment and rehabilitation facilities

Respondents	Criteria of descriptive statistics				
	Mean value (X)	Mode (M _o)	Median (M _e)	Standard deviation (Σ)	Coefficient of variation (V)
All respondents	28.33	29	29	6.31	22%
Female	28.13	30	30	6.83	24%
Male	28.81	29	29	5.05	18%
Physicians	28.07	29	29	5.48	20%
Nurses	26.11	30	26	8.18	31%
Other medical staff	29.13	29	30	6.14	21%

Table 2 –

Distribution of medical staff working at military treatment and rehabilitation facilities by levels of resilience

Levels of resilience	Respondents (n, %)					Other medical staff
	All respondents	Female	Male	Physicians	Nurses	
Low	17 (31.48)	12 (31.58)	5 (31.25)	4 (26.67)	4 (44.44)	9 (30.00)
Average	26 (48.15)	19 (50.00)	7 (43.75)	8 (53.33)	4 (44.44)	14 (46.67)
High	11 (20.37)	7 (18.42)	4 (25.00)	3 (20.0)	1 (11.11)	7 (23.33)
P		P ₁ =0.97; P ₂ =0.91; P ₃ =0.85		P ₄ =0.94; P ₅ =0.68; P ₆ =0.95; P ₇ =0.64; P ₈ =0.91; P ₉ =0.62		

Note: n – number of respondents, P – statistical significance of the difference according to Pearson's chi-squared test between different groups of respondents (P₁ – all respondents vs. women; P₂ – all respondents vs. men; P₃ – women vs. men; P₄ – all respondents vs. doctors; P₅ – all respondents vs. nurses; P₆ – all respondents vs. other medical workers; P₇ – doctors vs. nurses; P₈ – doctors vs. other medical workers; P₉ – nurses vs. other medical workers)

Table 3 presents the results of descriptive statistics used for the professional life quality of medical workers according to the scales "Compassion Satisfaction," "Perceived Support," "Professional Burnout," "Secondary Traumatic Stress," and "Moral Distress."

The results of descriptive statistics according to the scale "Compassion Satisfaction" showed the average level both among all respondents and in subgroups by gender. It should be noted that there was a tendency to increased level of compassion satisfaction in women (mode 26 vs. 23 in men = high level). A difference was found in compassion satisfaction levels among representatives of different professions. Physicians had a high level of compassion satisfaction; nurses and other healthcare workers had a medium level of compassion satisfaction, with nurses having the lowest level among others.

The data we obtained according to the scale "Perceived Support" showed the average level both in the general group and separately among women and men. There was a trend towards higher levels of perceived support in women (mean value 21.24 vs. 20.38 in men; mode 21 vs. 19, median value 21 vs. 20). The level of perceived support among medical workers of various professions was at an average level. As a result of the analysis, a tendency to a decreased level of perceived support among nurses was observed (mean value 20.0 vs. 21.33 in doctors and 22.10 in other medical staff).

The level of professional burnout was average both in the general group and in subgroups by gender and professional activity. However, there was a tendency to increased level of professional burnout in men (mean value 16.69 vs. 16.11 in women; mode 20 vs. 17, median value 18 vs. 17) and nurses (mean value 18.0 vs. 15.67 in doctors and 16.07 in other medical workers).

Table 3 –

Descriptive statistics of life quality scores of medical staff working at military treatment and rehabilitation facilities

Criteria of descriptive statistics	Subscale				
	Compassion Satisfaction	Perceived Support	Professional Burnout	Secondary Traumatic Stress	Moral Distress
All respondents					
X	22.85	20.98	16.28	15.15	14.85
M _o	22	21	17	14	13
M _e	23	21	17	14	14
Σ	4.03	3.86	4.89	3.68	3.89
V	0.18	0.18	0.30	0.24	0.26
Female					
X	22.63	21.24	16.11	15.42	14.84
M _o	26	21	17	14	14
M _e	23	21	17	15	14
Σ	4.30	3.94	4.80	3.80	4.07
V	0.19	0.19	0.29	0.25	0.27
Male					
X	23.38	20.38	16.69	14.50	14.88
M _o	23	19	20	15	15
M _e	23	20	18	14	15
Σ	3.36	3.74	5.24	3.39	3.56
V	0.14	0.18	0.31	0.23	0.24
Physicians					
X	24.07	21.33	15.67	14.73	14.93
M _o	25	18	17	14	17
M _e	24	21	16	14	15
Σ	3.06	3.60	5.46	4.13	3.96
V	0.13	0.17	0.35	0.28	0.27
Nurses					
X	21.33	20.00	18.00	17.11	15.56
M _o	22	19	18	18	14
M _e	21	20	18	18	14
Σ	3.67	2.78	5.96	5.04	5.10
V	0.17	0.14	0.33	0.29	0.33
Other medical staff					
X	22.70	21.10	16.07	14.77	14.60
M _o	23	21	17	14	13
M _e	23	21	17	14	14
Σ	4.47	4.30	4.28	2.84	3.56
V	0.20	0.20	0.27	0.19	0.24

Note: X – mean value, M_o – mode, M_e – median value, Σ – standard deviation, V – coefficient of variation

In the general group, the level of secondary traumatic stress was average. A trend towards an increased score was revealed in women (mean value 15.42 vs. 14.50 in men). Also, among medical workers of various professions, the average level of secondary traumatic stress was registered, with an increasing tendency in nurses (mean value 17.11 vs. 14.73 in doctors and 14.77 in other medical workers).

The results of descriptive statistics on the scale "Moral Distress" indicated the average level both in the general group and in all subgroups. The level of moral distress tended to increase in nurses (mean value 15.56 vs. 14.93 in doctors and 14.60 in other medical workers).

Thus, the ProQOL-Health scale assessment of the professional life quality of medical staff working at military treatment and rehabilitation facilities demonstrated certain positive and negative changes in various subgroups of employees. Thus, among doctors, there was a tendency to increased level of compassion

satisfaction. Nurses were more likely to have moral distress, burnout, and secondary traumatic stress; they had a lower level of compassion satisfaction and perceived support. Some gender characteristics of the professional life quality of medical personnel were revealed. In the group of men, an increased level of professional burnout was registered. Women had a higher level of compassion satisfaction and perceived support, but were more likely to have secondary traumatic stress.

The next stage of the analysis was represented by the study of differences in subject distribution in different groups according to the professional life quality scores. Table 4 shows the distribution of subjects (all respondents, women, men, doctors, nurses, other medical workers) by levels (low, high, average) of life quality scores ("Compassion Satisfaction," "Perceived Support," "Professional Burnout", "Secondary Traumatic Stress", "Moral Distress") of medical workers working at military treatment and rehabilitation facilities.

Table 4 –

Distribution of medical staff working at military treatment and rehabilitation facilities by life quality levels (%)

Level	Subscale				
	Compassion Satisfaction	Perceived Support	Professional Burnout	Secondary Traumatic Stress	Moral Distress
All respondents					
Low	1.85	1.85	25.93	20.37	20.37
Average	55.56	72.22	68.52	79.63	79.63
High	42.59	25.93	5.56	0.00	0.00
Female					
Low	2.63	2.63	23.68	15.79	15.79
Average	55.26	68.42	71.05	84.21	84.21
High	42.11	28.95	5.26	0.00	0.00
Male					
Low	0.00	0.00	31.25	31.25	31.25
Average	56.25	81.25	62.50	68.75	68.75
High	43.75	18.75	6.25	0.00	0.00
Physicians					
Low	0.00	0.00	33.33	26.67	26.67
Average	40.00	73.33	60.00	73.33	73.33
High	60.00	26.67	6.67	0.00	0.00
Nurses					
Low	0.00	0.00	22.22	22.22	22.22
Average	77.78	88.89	55.56	77.78	77.78
High	22.22	11.11	22.22	0.00	0.00
Other medical staff					
Low	3.33	3.33	23.33	16.67	16.67
Average	56.67	66.67	76.67	83.33	83.33
High	40.00	30.00	0.00	0.00	0.00

Table 5 shows the difference in the distribution of subjects from different groups according to life quality scales using Pearson's chi-squared test. As we can see, on most scales, there was a difference in the distribution of subjects in all groups of respondents. By the scale "Professional Burnout," the differences were not statistically significant in the group of nurses.

The results of the correlation analysis are presented in Table 6. In medical workers of military treatment

and rehabilitation facilities, we observed a significant positive correlation of resilience score with the scales "Compassion Satisfaction" ($r_{cr} = 0.63$; $p \leq 0.01$) and "Perceived Support" ($r_{cr} = 0.63$; $p \leq 0.01$), and negative correlation – with the scales "Professional Burnout" ($r_{cr} = -0.54$; $p \leq 0.01$), "Secondary Traumatic Stress" ($r_{cr} = -0.43$; $p \leq 0.01$), and "Moral Distress" ($r_{cr} = -0.41$; $p \leq 0.01$). Statistically significant correlations are shown in Figure 1.

Table 5 –

Comparison of life quality scores distribution of medical staff working at military treatment and rehabilitation facilities

Respondents	Compassion Satisfaction	Perceived Support	Professional Burnout	Secondary Traumatic Stress	Moral Distress
All respondents	25.4**	41.4**	33.4**	55.4**	55.4**
Female	17.1**	25.0**	26.3**	45.7**	45.7**
Male	8.4*	17.4**	7.6*	11.4**	11.4**
Physicians	8.4*	12.4**	6.4*	12.4**	12.4**
Nurses	8.7*	12.7**	2	8.7*	8.7*
Other medical staff	13.4**	18.2**	27.8**	35.0**	35.0**

Note: The table shows the Pearson's chi-squared test values;

* indicates the level of statistical significance at $P = 0.05$;

** indicates the level of statistical significance at $P = 0.01$

Table 6 –

Correlations between resilience and quality of life (compassion satisfaction, perceived support, professional burnout, secondary traumatic stress, moral distress) in professional medical workers working at military treatment and rehabilitation facilities

	Resilience	Compassion Satisfaction	Perceived Support	Professional Burnout	Secondary Traumatic Stress	Moral Distress
Resilience	1					
Compassion Satisfaction	0.63*	1				
Perceived Support	0.63*	0.66*	1			
Professional Burnout	-0.54*	-0.62*	-0.63*	1		
Secondary Traumatic Stress	-0.43*	-0.37*	-0.33*	0.63*	1	
Moral Distress	-0.41*	-0.37*	-0.52*	0.61*	0.71*	1

Note. $*r_{cr} = 0.34$ at $p \leq 0.01$

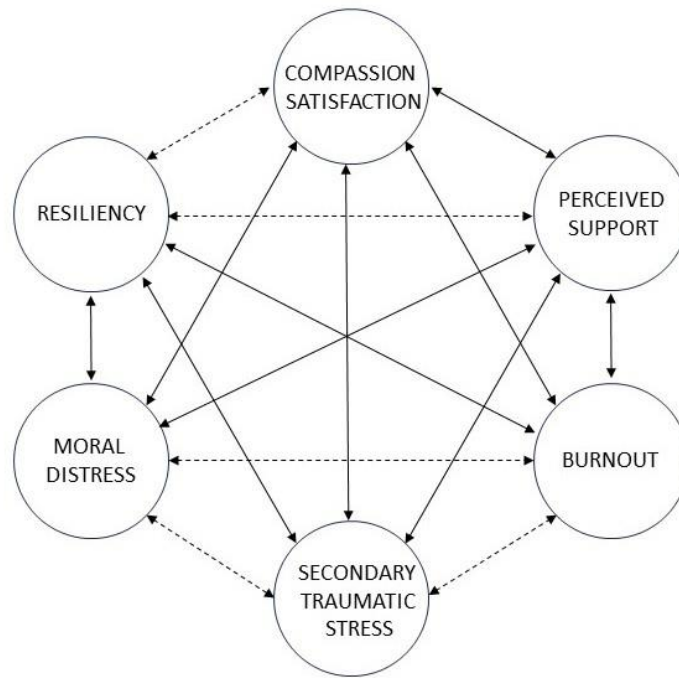


Figure 1 – Significant correlations between resilience scores and life quality of medical workers (compassion satisfaction, perceived support, professional burnout, secondary traumatic stress, moral distress). Solid lines represent negative correlations, dotted lines represent positive correlations

Thus, medical workers with a higher level of resilience have higher scores of compassion satisfaction and perceived support. Persons with a lower level of resilience are more prone to professional burnout, secondary traumatic stress, and more severe moral distress.

Discussion

The professional life quality of medical workers is determined by a number of factors, including the personal traits of the worker and the characteristics of the workplace. In our study, the professional life quality was assessed according to the ProQOL-Health scale, which takes into account five important components: compassion satisfaction, perceived support, professional burnout, secondary traumatic stress, and moral distress.

Compassion Satisfaction. Within this subscale, we studied the pleasure derived from the feeling of being effective in one's work as a health worker, positive feeling about one's colleagues or one's ability to contribute to the work setting or the greater good of society. In our study, respondents had an average level of compassion satisfaction. Investigating professional fulfillment and burnout in a cohort of rehabilitation specialists, A. Amano et al. emphasized the importance of increasing professional satisfaction and perceived support, and improving strategies to promote harmony between work and personal life. Among the possible steps to increase professional satisfaction, the authors

listed work intensity reduction, priorities determination and establishing relationships with colleagues. Investing in mental health is a necessary component of lifestyle regulation [11]. The importance of mental health maintenance in medical workers is also emphasized in other publications [12; 13].

Perceived Support. This subscale assesses the sense of having access to effective assistance when the medical worker needs it. Support can be offered in many ways, including providing the ability to delegate one's tasks when one's own capacity is overwhelmed; offering useful advice; collaborating in order to solve difficult problems; distracting from anxiety during work; or offering emotional support and empathy when one's suffering troubles. We found that the medical workers we surveyed had an average level of perceived support, with an increasing tendency in women and a decreasing tendency in nurses. The importance of perceived support is emphasized in the works of R. Cieslak et al. [14] and E. Halady et al. [15]. In addition, it has been shown that professional life quality depends on mindful self-care, coping, and meaning in life. Perceived support increases the responsibility of medical workers, the level of life satisfaction, and professional life quality [16].

Professional burnout is another risk for medical workers who provide treatment and rehabilitation services to combatants. Its consequences are: loss of

empathy due to constant emotional investment; decreased efficiency and poor interest in professional activities; a deterioration of mutual understanding, conflicts in the team; problems with health, and a deterioration in the quality of life. Medical workers who experience burnout often have very high workloads and little opportunity for rest or have to work in hostile environments. In our study, the interviewed respondents had an average level of professional burnout. The scores were the highest among nurses. The prevalence of professional burnout among healthcare professionals is extremely high worldwide. On average, in the healthcare industry, this indicator ranges from 40 to 60% [17]. Burnout affects the physical and mental health of medical workers and may cause a decrease in professional efficiency [18–21]. An increase in the degree of professional burnout correlates with a low level of optimism, a lack of meaning in life, and limited social relationships [13, 22; 23]. The work of J. Maben et al. also provides data that nurses are more likely to develop professional burnout [24]. According to the authors, this category of medical workers has the highest rates of mental health disorders.

Secondary traumatic stress is one of the main features of medical professional activity related to working with combatants. Secondary traumatic stress can have serious consequences for the mental and physical health of medical workers and, as a result, may lead to decreased work productivity, an increased risk of professional errors, and a worse quality of medical care [14; 25]. According to the publications of a number of authors, secondary traumatic stress is experienced by 5 to 15% of specialists working with injured persons [26–28]. In our study, we observed an average level of secondary traumatic stress in the medical staff of military treatment and rehabilitation facilities. In addition, this score tended to increase in women. Other studies also reported an increased rate of secondary traumatic stress in women working with injured persons [28–31]. However, all authors emphasize that the conclusions regarding gender differences in sensitivity to secondary stress are ambiguous and require further research.

Moral Distress. Medical workers are often faced with difficult situations and choices. Sometimes, circumstances or instructions force them to act in a way that goes against their personal values, beliefs, and morals. These work-related issues can lead to long-term internal confusion, which can negatively affect the quality of life. Moral discomfort of this kind is associated with feelings of guilt, shame, and resentment [32].

Researching the peculiarities of the professional activity of medical workers, especially in crisis conditions, scientists emphasize the important role of resilience in ensuring the quality performance of their

duties and maintaining their own health [33]. Today, there are many definitions and models of resilience, while the nature of the phenomenon, its features, structure, and characteristics have not been fully elucidated. Most often, the phenomenon of resilience is associated with a person's ability to adapt to adverse circumstances. The development of personal resilience-oriented personality qualities, social relationships, and improvement of workplaces are important areas of professional development of medical workers prone to secondary traumatic stress and professional burnout as a result of their professional activities. There are a number of parameters that contribute to increasing resilience. Thus, C. Matheson offers a model of resilience for primary care workers who work in challenging conditions, which includes personal characteristics (optimism, sense of humor, adaptability, organizational skills, flexibility, leadership, tolerance, adherence to professional boundaries, perseverance, and self-esteem), characteristics of the workplace (support from colleagues and decision-makers, corporate culture, favorable atmosphere, a sense of meaningfulness of one's work, space for recovery, time for rest), and social relations (support by family and environment, leisure time, interests and hobbies) [34]. A. Stevenson et al., after having studied the resilience of Australian doctors working in challenging conditions, added to this list deep gratitude and respect from patients, intellectual involvement in the work itself, and the ability to control one's own working time [35]. E. Penix et al. emphasized the importance of family ties [36].

Taking into account that collective responsibility is one of the professional features of the medical staff working at military rehabilitation facilities, the importance of social resilience should be underlined [37]. Its high level ensures effective interaction of personnel, which can be one of the factors preventing secondary traumatic stress and an effective mechanism for the implementation of professional activities in crisis periods [38].

It should be noted that the level of resilience depends on the type of professional activity of medical workers. Most studies indicate a lower level of resilience in nurses [39; 40]. Our research also confirms this trend.

Therefore, finding approaches to increase resilience is the primary task of ensuring successful activity and a necessary condition for the professional development of medical workers, especially in crisis conditions. In the conditions of the war in Ukraine, the implementation of this task should take place in three directions: the development of resilience-oriented personality qualities, the improvement of professional conditions at the workplace, and the improvement of social ties.

CONCLUSIONS / ВИСНОВКИ

The assessment of the professional life quality of medical workers in military treatment and rehabilitation facilities shows that nurses are the most vulnerable category of personnel and have higher scores of professional burnout, moral distress, and secondary traumatic stress and lower scores of compassion

satisfaction and perceived support. Medical workers with a higher level of resilience have higher scores of compassion satisfaction and perceived support. Persons with a lower level of resilience are more prone to professional burnout, secondary traumatic stress, and moral distress.

PROSPECTS FOR FUTURE RESEARCH / ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

To investigate the impact of various resilience-increasing technologies on the life quality of medical personnel working at military treatment and rehabilitation facilities.

AUTHOR CONTRIBUTIONS / ВКЛАД АВТОРІВ

Harbuzova V. Ju.: idea and study design; data collection and analysis; statistical analysis; writing the paper; final approval of the paper.

Ulundova H. Je: idea and study design; critical review; final approval of the paper.

Myntenko S. V.: statistical analysis; writing the paper.

FUNDING / ДЖЕРЕЛА ФІНАНСУВАННЯ

None.

CONFLICT OF INTEREST / КОНФЛІКТ ІНТЕРЕСІВ

The authors declare no conflict of interest.

REFERENCES/СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- Kokun O. The Ukrainian Population's War Losses and Their Psychological and Physical Health. *J Loss Trauma*. 2022 Oct 20;28(5):434-47. Retrieved from: <https://doi.org/10.1080/15325024.2022.2136612>
- State of Ukrainians' mental health. Their attitude towards psychological help during the war: short version of the Ukrainians Mental Health Survey. Gradus Research Company; 2022. Retrieved from: https://gradus.app/documents/313/Gradus_Research_Mental_Health_Report_ENG.pdf
- Ministry of Health of Ukraine. Request for psychological aid in 2023 increased almost twice - Viktor Liashko. 2024 Feb 02. Retrieved from: <https://moz.gov.ua/en/request-for-psychological-aid-in-2023-increased-almost-twice---viktor-liashko>
- Harrell M, Selvaraj SA, Edgar M. DANGER! Crisis Health Workers at Risk. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Jul 22;17(15):5270. Retrieved from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/15/5270>, <https://doi.org/10.3390/ijerph17155270>
- Faraj AA, Abbas AK, Lavado-Perez R. The psychological impact of war on health professionals: a preliminary study. *Sri Lanka J Psychiatry*. 2014 Jun 27;5(1):7-9. Retrieved from: <https://doi.org/10.4038/slpsyc.v5i1.6506>
- Lekhan VM, Borvinko EV, Zaitsev VV, Zaslavsky DD. Characteristics of the mental health of employees of healthcare facilities in the conditions of war. *Wiad Lek*. 2024;77(4):676-81. Retrieved from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38865622/>, <https://doi.org/10.36740/WLek202404110>. PMID: 38865622
- Demchenko A, Pasynchuk K. [Rozyvytok rezylientsnosti maibutnykh fakhivtsiv ekstremalnykh vydiv diialnosti]. Scientific Collection «InterConf». 2023;142:256-60. Retrieved from: <https://archive.interconf.center/index.php/conference-proceeding/article/view/2371>
- ProQOL. ProQOL Health Measure. Retrieved from: <https://proqol.org/proqol-health-measure>
- Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 2003 Sep 02;18(2):76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Shkolina NV, Shapoval II, Orlova IV, Kedyk IO, Stanislavchuk MA. [Adaptatsiia ta validyzatsiia ukrainomovnoi versii Shkaly stresostiikosti Konnora – Devidsona-10 (CD-RISC-10): aprobatysiia u khvorykh na ankilozyvnyi spondylit]. *Ukrainian Journal of Rheumatology*. 2020;80(2):66-72. Retrieved from: <https://doi.org/10.32471/rheumatology.2707-6970.80.15236>
- Amano A, Makowski MS, Trockel MT, Menon NK, Wang H, Sliwa J, et al. A Qualitative Study of Strategies to Improve Occupational Well-being in Physical Medicine and Rehabilitation Physicians. *Am J Phys Med Amp Rehabil*. 2024 Aug 1;103(8):674-84. Retrieved from: <https://doi.org/10.1097/phm.0000000000002555>

12. Free G, Swildens W, Knapen S, Beekman A, van Meijel B. Mentalizing capacities of mental health nurses: A systematic PRISMA review. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2024 Feb;31(1):87-110. <https://doi.org/10.1111/jpm.12963>
13. Kang H, Fischer IC, Esterlis I, Kolyshkina A, Ponomarenko L, Chobanian A, et al. Helping the Helpers: Mental Health Challenges of Psychosocial Support Workers During the Russian-Ukrainian War. *Disaster Med Public Health Prep*. 2024 Jun 3;18:e95. Retrieved from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38829179/>, <https://doi.org/10.1017/dmp.2024.68>. PMID: 38829179
14. Cieslak R, Anderson V, Bock J, Moore BA, Peterson AL, Benight CC. Secondary Traumatic Stress Among Mental Health Providers Working With the Military: Prevalence and Its Work- and Exposure-Related Correlates. *J Nerv Ment Dis*. 2013 Nov;201(11):917-25. Retrieved from: https://journals.lww.com/jonmd/fulltext/2013/11000/secondary_traumatic_stress_among_mental_health_1.aspx, <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000034>
15. Halady E, Cook-Cottone C. Mindful self-care, coping, and meaning in life: An examination of the professional quality of life and well-being among individuals who support and provide services to refugees. *Psychol Trauma*. 2023 Sep;15(Suppl 2):S465-73. Retrieved from: <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Ftra0001502>, <https://doi.org/10.1037/tra0001502>
16. Bernaldes-Turpo D, Quispe-Velasquez R, Flores-Ticona D, Saintila J, Ruiz Mamani PG, Huancahuire-Vega S, et al. Burnout, Professional Self-Efficacy, and Life Satisfaction as Predictors of Job Performance in Health Care Workers: The Mediating Role of Work Engagement. *J Prim Care Community Health*. 2022 Jan-Dec;13:1-9. <https://doi.org/10.1177/21501319221101845>
17. Chemali Z, Ezzeddine FL, Gelaye B, Dossett ML, Salameh J, Bizri M, et al. Burnout among healthcare providers in the complex environment of the Middle East: a systematic review. *BMC Public Health*. 2019 Oct 22;19(1):1337. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7713-1>
18. Gong Z, Chen Y, Wang Y. The Influence of Emotional Intelligence on Job Burnout and Job Performance: Mediating Effect of Psychological Capital. *Front Psychol*. 2019 Dec 10;10:2707. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6916327/>, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02707>. PMID: 31920783
19. Maglalang DD, Sorensen G, Hopcia K, Hashimoto DM, Katigbak C, Pandey S, et al. Job and family demands and burnout among healthcare workers: The moderating role of workplace flexibility. *SSM Popul Health*. 2021 Apr 22;14:100802. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8102798/>, <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100802>. PMID: 33997249
20. Wallin S, Rauhala A, Fjellman-Wiklund A, Nyman P, Fagerström L. Occupational self-efficacy and work engagement associated with work ability among an ageing work force: A cross-sectional study. *Work*. 2021;70(2):591-602. Retrieved from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34657840/>, <https://doi.org/10.3233/WOR-213595>. PMID: 34657840
21. Haas JS, Cook EF, Puopolo AL, Burstin HR, Cleary PD, Brennan TA. Is the professional satisfaction of general internists associated with patient satisfaction? *J Gen Intern Med*. 2000 Feb;15(2):122-8. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2000.02219.x>. PMID: 10672116
22. Kołtuniuk A, Witezak I, Młynarska A, Czajor K, Uchmanowicz I. Satisfaction With Life, Satisfaction With Job, and the Level of Care Rationing Among Polish Nurses-A Cross-Sectional Study. *Front Psychol*. 2021 Sep 28;12:734789. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8505674/>, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.734789>. PMID: 34650492
23. Lado M, Otero I, Salgado JF. Cognitive Reflection, Life Satisfaction, Emotional Balance and Job Performance. *Psicothema*. 2021 Feb;33(1):118-24. Retrieved from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33453744/>, <https://doi.org/10.7334/psicothema2020.261>. PMID: 33453744
24. Maben J, Taylor C, Jagosh J, Carrieri D, Briscoe S, Klepacz N, et al. Causes and solutions to workplace psychological ill-health for nurses, midwives and paramedics: the Care Under Pressure 2 realist review. *Health Soc Care Deliv Res*. 2024 Apr;12(9):1-171. Retrieved from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38662367/>, <https://doi.org/10.3310/TWDU4109>. PMID: 38662367
25. Saiko OV, Zosymchuk IP, Haida IYe. [Dynamika adaptivnykh porushen u likariv viiskovoho mobilnoho hospitaliu pry vykonanni oboviazkiv v umovakh zbroinoho konfliktu]. Current aspects of military medicine. 2019; 26(1):46-64.
26. Bercier ML, Maynard BR. Interventions for Secondary Traumatic Stress With Mental Health Workers. *Res Soc Work Pract*. 2014 Apr 20;25(1):81-9. <https://doi.org/10.1177/1049731513517142>
27. Adams SA, Riggs SA. An exploratory study of vicarious trauma among therapist trainees. *Train Educ Prof Psychol*. 2008;2(1):26-34. <https://doi.org/10.1037/1931-3918.2.1.26>
28. Choi M. Employees' attitudes toward organizational change: A literature review. *Hum Resour Manag*. 2011 Jul 27;50(4):479-500. Retrieved from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hrm.20434>, <https://doi.org/10.1002/hrm.20434>

29. Baum N. Secondary Traumatization in Mental Health Professionals: A Systematic Review of Gender Findings. *Trauma Violence Abuse*. 2016 Apr;17(2):221-35. Retrieved from: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1524838015584357?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori:rid:crossref.org&rft_dat=cr_pub%20%20pubmed, <https://doi.org/10.1177/1524838015584357>
30. Creamer TL, Liddle BJ. Secondary traumatic stress among disaster mental health workers responding to the September 11 attacks. *J Trauma Stress*. 2005 Feb;18(1):89-96. <https://doi.org/10.1002/jts.20008>
31. Figley CR. Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *J Clin Psychol*. 2002 Nov;58(11):1433-41. Retrieved from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jclp.10090>, <https://doi.org/10.1002/jclp.10090>
32. Beadle ES, Walecka A, Sangam AV, Moorhouse J, Winter M, Munro Wild H, et al. Triggers and factors associated with moral distress and moral injury in health and social care workers: A systematic review of qualitative studies. *PLoS One*. 2024 Jun 27;19(6):e0303013. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0303013>
33. Grant L, Kinman G. Emotional Resilience in the Helping Professions and how it can be Enhanced. *Health and Social Care Education*. 2014;3(1):23-34. <https://doi.org/10.11120/hsce.2014.00040>
34. Matheson C, Robertson HD, Elliott AM, Iversen L, Murchie P. Resilience of primary healthcare professionals working in challenging environments: a focus group study. *Br J Gen Pract*. 2016;66(648):e507-15. <https://doi.org/10.3399/bjgp16x685285>
35. Stevenson AD, Phillips CB, Anderson KJ. Resilience among doctors who work in challenging areas: a qualitative study. *Br J Gen Pract*. 2011 Jul;61(588):e404-10. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3123503/>, <https://doi.org/10.3399/bjgp11X583182>. PMID: 21722448.
36. Penix EA, Kim PY, Wilk JE, Adler AB. Secondary traumatic stress in deployed healthcare staff. *Psychol Trauma*. 2019;11(1):1-9. <https://doi.org/10.1037/tra0000401>
37. Cacioppo JT, Reis HT, Zautra AJ. Social resilience: The value of social fitness with an application to the military. *Am Psychol*. 2011;66(1):43-51. <https://doi.org/10.1037/a0021419>
38. Eshel Y, Kimhi S. Community Resilience of Civilians at War: A New Perspective. *Community Ment Health J*. 2015 Oct 19;52:109-17. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9948-3>
39. Çam O, Büyükbayram A. Nurses' Resilience and Effective Factors. *J Psychiatr Nurs*. 2017;8(2):118-26. <https://doi.org/10.14744/phd.2017.75436>
40. Hart PL, Brannan JD, De Chesnay M. Resilience in nurses: an integrative review. *J Nurs Manag*. 2014;22(6):720-34. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01485.x>

Received 28.07.2024

Accepted 27.08.2024

Одержано 28.07.2024

Затверджено до друку 27.08.2024

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS / ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Гарбузова Вікторія Юрївна, д.б.н., професорка, завідувачка кафедри фізіології і патофізіології з курсом медичної біології Сумського державного університету, м. Суми, Україна.

v.garbuzova@med.sumdu.edu.ua

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7183-6997>

Улунова Ганна Євгенівна, д.псих.н., доцентка, доцентка кафедри психології, політології та соціокультурних технологій Сумського державного університету, м. Суми, Україна.

uluannaua@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4839-098X>

Миненко Сергій Володимирович, доктор філософії, старший викладач кафедри економічної кібернетики Сумського державного університету, м. Суми, Україна

s.mynenko@biem.sumdu.edu.ua

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3998-9031>



СЕРТИФІКАТ

№ 26042024-19 видано

Гарбузова Вікторія Юріївна

про участь у XIV Всеукраїнській науково-практичній конференції
«ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ»

Кількість годин - 6 (0,2 кредити ECTS)

Проректор з наукової роботи та інноваційної діяльності

Завідувачка кафедри психології



Василь ДУДАР

Оксана РУДЕНКО



26 квітня 2024 року • м. Переяслав

CERTIFICATE

is awarded to

Harbuzova Viktoriia

for being an active participant in

I International Scientific and Practical Conference

**“PERSPECTIVES OF CONTEMPORARY
SCIENCE: THEORY AND PRACTICE”**

24 Hours of Participation
(0,8 ECTS credits)



LVIV

4-6 March 2024



sci-conf.com.ua

Завідувачу кафедри
психології, політології та
соціокультурних технологій
Сумського державного університету
Андріані КОСТЕНКО

Від головного лікаря
(посада: керівник/начальник/директор)

Університетської клініки СумДУ
(назва установи)

Ірини МОІСЕЄНКО
(прізвище та ІМ'Я керівника)

АКТ

про впровадження результатів дослідження

Доводимо до Вашого відома, що дослідження щодо резильєнтності медичного персоналу закладів лікування та реабілітації комбатантів здійснювалися на базі Університетської клініки Сумського державного університету.

За результатами дослідження підготовлені практичні рекомендації, які були враховані Університетською клінікою Сумського державного університету у плануванні психоедукаційних заходів та практичних курсів для персоналу Університетської клініки.


(підпис)
Ірина МОІСЕЄНКО
(Ім'я та ПРІЗВИЩЕ)