

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ В.Н.КАРАЗІНА

ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЧНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему: «Особливості емоційної сфери фармацевтів, які працюють у прифронтових
регіонах України в умовах воєнного стану»

Студентами 2 курсу групи ЗПС63
другого (магістерського) рівня вищої освіти
освітньо-професійної програми «Психологія»
за спеціальністю 053 – ПСИХОЛОГІЯ
Снітко Т. А.

Керівник: доцент ЗВО кафедри
психологічного консультування і психотерапії
Харченко А.О.

Чотирьохрівнева шкала оцінювання
Кількість балів: _____

Члени комісії

(підпис) (прізвище та ініціали)

(підпис) (прізвище та ініціали)

(підпис) (прізвище та ініціали)

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ У ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ ФАРМАЦЕВТІВ.....	6
1.1. Поняття та структура емоційної сфери особистості	6
1.2. Роль емоційної сфери у професійній діяльності.....	16
1.3. Особливості емоційної сфери фармацевтів в умовах воєнного стану.....	21
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1.....	24
РОЗДІЛ 2. ОПИС ПРОЦЕДУРИ ТА МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ	26
2.1. Мета та завдання дослідження	26
2.2. Характеристика вибірки дослідження.....	26
2.3. Опис методів дослідження.....	27
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2.....	31
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ ФАРМАЦЕВТІВ, ЯКІ ПРАЦЮЮТЬ У ПРИФРОНТОВИХ РЕГІОНАХ ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ	32
3.1. Психологічні особливості прояву базових емоцій у фармацевтів прифронтових регіонах під час воєнного стану	32
3.2. Дослідження рівня тривожності у фармацевтів прифронтових регіонів.....	36
3.3. Дослідження рівня прояву емоційного вигорання у фармацевтичних працівників прифронтових регіонів.....	39
3.4. Дослідження сприйняття стресу фармацевтами прифронтових регіонів.....	41
3.5. Застосування та вибір копінг-стратегій фармацевтів, які працюють у прифронтових регіонах України	44
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3.....	48
ВИСНОВКИ.....	51
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ ТА ДЖЕРЕЛ.....	53
АНОТАЦІЯ.....	58
ДОДАТКИ.....	59

ВСТУП

Актуальність. Повномасштабна війна в Україні суттєво вплинула на психоемоційний стан населення. Уже третій рік поспіль громадяни країни живуть у умовах постійної небезпеки, невизначеності та хронічного стресу, що призводить до погіршення показників психічного здоров'я. Практично кожен українець у тій чи іншій мірі стикався з психологічними труднощами та емоційними випробуваннями, серед яких найчастіше фіксуються підвищена тривожність, стресові реакції, симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР), порушення сну, емоційне виснаження та депресивні стани. [1]. Значна частина прифронтових регіонів України перебуває в умовах постійного стресу, небезпеки та соціально-економічної нестабільності, що суттєво впливає на психоемоційний стан населення. У цих складних обставинах фармацевтичні працівники відіграють особливо важливу роль, оскільки їхня діяльність виходить за межі звичайного відпуску лікарських засобів. Сьогодні фармацевти фактично виконують і психоемоційну підтримувальну функцію, надаючи консультативну допомогу пацієнтам, які страждають на стресові розлади, тривожність і порушення сну, відповідно до Наказу МОЗ України «Про затвердження протоколів фармацевта» від 05.01.2022 № 7.[2].

Фармацевти, як частина медичної системи, щодня взаємодіють із пацієнтами, часто з військовими, з людьми у стані стресу, паніки або втрати. Для фармацевтів, які працюють у прифронтових зонах, перебувають у надзвичайно складному професійному та емоційному становищі і це подвійний виклик, адже щодня доводиться не лише втамовувати власні почуття, а й стикатися з емоціями клієнтів.

Попри значну кількість досліджень, присвячених психологічним аспектам діяльності медичних працівників, емоційна сфера фармацевтів залишається недостатньо вивченою. Аналіз особливостей емоційного стану цих фахівців має важливе значення для розуміння впливу умов праці на психічне здоров'я та виявлення специфіки емоційних змін, зумовлених як особливостями професійної діяльності, так і психологічним середовищем прифронтових територій.

Мета: Виявити особливості емоційної сфери фармацевтів, які працюють у прифронтових регіонах України в умовах воєнного стану.

Об'єкт: Емоційна сфера фармацевтів

Предмет: Психологічні особливості емоційної сфери фармацевтів, які працюють у прифронтових регіонах України в умовах воєнного стану.

Завдання дослідження:

1) Проаналізувати теоретичний підхід до вивчення емоційної сфери в умовах стресу у професійному контексті.

2) Дослідити особливості прояву базових емоцій у фармацевтів, які знаходяться у прифронтових регіонах.

3) Оцінити рівень ситуативної тривожності у фармацевтів, які працюють у прифронтових регіонах.

4) Виявити особливості прояву емоційного вигорання у фармацевтичних працівників, які знаходяться у прифронтових регіонах.

5) Виявити рівневі особливості сприйняття стресу фармацевтами, які працюють у прифронтових регіонах.

6) З'ясувати особливості вибору та застосування копінг-стратегій фармацевтами, які працюють у прифронтових регіонах України в умовах воєнного стану.

Гіпотеза: Фармацевти, які працюють у прифронтових регіонах України, мають вищий рівень тривожності, емоційного напруження, проявів емоційного вигорання та більш виражені зміни в емоційній сфері порівняно з фахівцями, що працюють у віддалених регіонах.

Методи: Для досягнення мети дослідження та виконання поставлених завдань було використано такі методики: «Шкала диференційних емоцій» К. Ізарда; «Шкала тривожності Спілбергера – Ханіна» (State–Trait Anxiety Inventory, STAI); методика «Професійне (емоційне) вигорання» (MBI) К. Маслач, С. Джексон; «Шкала сприйнятого стресу» (Perceived Stress Scale-10, PSS-10); опитувальник Brief-COPE (С. Carver, 1997; адаптація Т. Яблонської, О. Вернік, Г. Гайворонського, 2023).

Статистична обробка даних: Обробку даних здійснювали із використанням програмного забезпечення JASP. У роботі застосовано описову статистику, міжгрупові порівняння (t-тест Вельча та U-критерій Манна–Уїтні), а також кореляційний аналіз Спірмена (ρ).

Характеристика вибірки: в дослідженні прийняли участь 64 особи жіночої статі, віком 35-50 років. Їх було розподілено на дві групи по 32 особи: перша вибірка - фармацевти, які знаходяться у прифронтових регіонах України (м. Харків), друга вибірка - фармацевти з регіонів віддалених від лінії фронту (м. Івано-Франківськ).

Практична значущість: Отримані результати дослідження можуть бути використані для розроблення тренінгових і психокорекційних програм, спрямованих на підтримку фармацевтів, які працюють в умовах підвищеного стресу. Реалізація таких програм сприятиме розвитку особистісних ресурсів і підвищенню стресостійкості фахівців, що у свою чергу, позитивно впливатиме на їхній психоемоційний стан та якість фармацевтичної допомоги, яку вони надають населенню.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ У ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ ФАРМАЦЕВТІВ

1.1. Поняття та структура емоційної сфери особистості

Вивчення емоційної сфери має давню історію, що бере початок ще з класичних концепцій ХІХ століття й продовжується сучасними дослідженнями, спрямованими на розкриття їхнього впливу на якість життя та професійне становлення людини. Питання природи емоцій та почуттів у різні часи досліджували більшість видатних учених, які прагнули пояснити їх сутність і механізми прояву.

Емоційна сфера є складною системою емоційних процесів, станів і властивостей особистості, що забезпечують регуляцію поведінки та діяльності людини. У психології вона трактується як сукупність базових емоцій, емоційних станів та емоційних властивостей, які формують здатність індивіда адаптуватися до умов середовища.

Питання класифікації емоцій привертало увагу багатьох вчених. Кожен з яких висував для цього власні підходи. Т. Браун в основу класифікації поклав часову ознаку, поділивши емоції на безпосередні (які проявляються «тут і тепер»), ретроспективні (пов'язані з подіями минулого) й проспективні (спрямовані в майбутнє). Натомість І. Кант зводив всі емоції до двох груп, в основі яких лежала причина виникнення емоцій: емоції сенсуальні та інтелектуальні. Афекти й пристрасті, за Кантом, належать не до емоційної, а до вольової сфери, оскільки відображають динаміку прагнень та намірів особистості.

Згідно з концепцією К. Ізарда, кожна емоція є самостійним переживально-мотиваційним процесом, який має власну динаміку, функції та значення для поведінки людини. Учений виокремлює десять базових емоцій, що формують основну мотиваційну систему людського існування: радість, сум, гнів, відразу, презирство, страх, сором, провину, здивування та інтерес. Кожна з них виконує

унікальні мотиваційні функції та по-різному впливає на когнітивну діяльність, поведінкові реакції й міжособистісні взаємини. Таким чином, фундаментальні емоції є ключовими регуляторами психічної активності та соціальної поведінки людини [15].

Емоції впливають на людей різними шляхами. Одна й та сама емоція неоднаково переживається різними людьми, а також певною людиною в різних ситуаціях. Емоції можуть впливати на всі системи індивіда, на суб'єкта загалом [8].

Емоції займають ключове місце в життєдіяльності людини, виконуючи низку важливих функцій, від оцінювання подій і спонування до активності до регулювання поведінки та підтримання узгодженості психічних і фізіологічних процесів.

Емоційна сфера виступає своєрідною ланкою між свідомим і несвідомим, поєднуючи тілесні, фізіологічні та психічні прояви. Водночас емоції тісно взаємодіють із особистісними характеристиками людини, визначаючи її індивідуальну реактивність і спосіб переживання подій.

Будь-яка дія чи поведінка людини супроводжується формуванням певного емоційного ставлення, яке може мати як позитивний, так і негативний характер. Це ставлення проявляється на нейрофізіологічному рівні й переживається у вигляді емоційних станів, радості, задоволення, суму, гніву чи сорому. Такі внутрішні переживання, що відображають ставлення до подій і явищ, визначаються як емоції або почуття та, подібно до інших психічних процесів, виконують пізнавально-відображальну функцію. У процесі сприйняття дійсності людина завжди формує певну емоційну реакцію, і саме через емоції та почуття відображається не лише зовнішній світ, а й внутрішній психофізіологічний стан особистості у формі суб'єктивних переживань [15].

Представники класичної західноєвропейської філософії Р. Декарт, Б. Паскаль, Б. Спіноза, І. Кант, Л. Фейєрбах, Ж.Ж. Руссо у своїх працях розглядали проблему цілісності людської особистості та її духовності, намагаючись систематизувати емпіричні спостереження щодо проявів емоцій і надати їм поняттєвої визначеності. Ф. Шиллер вважав, що гармонійність людської природи забезпечується поєднанням двох її основних складових - раціональної та емоційно-чуттєвої. На його думку, саме

через різноманітні, зокрема естетичні, емоції здійснюється поступове духовне збагачення й розвиток особистості.

Основними теоретичними концепціями емоцій у сучасній психології визначено підходи, розроблені в межах вчення К. Ізарда: психодинамічний, когнітивний, соціально-когнітивний та когнітивно-фізіологічний. В основу психодинамічного підходу покладено ідеї психоаналітичної теорії афекту, представленої у працях М. Клейн, З. Фрейда, Г. Голла; когнітивного - положення М. Клейна; дименсійного - концепції Г. Спенсера, Е. Даффі, Д. Ліндслі; нейрокультурного - дослідження П. Екмана. Сукупність цих підходів забезпечує цілісне розуміння природи емоцій, їх функцій та механізмів диференціації в структурі особистості [20].

Л. Рубінштейн виділяв три рівні емоційних проявів особистості. Перший рівень, це безпредметні емоційні стани (настрої), які мають недиференційований характер і не спрямовані на конкретний об'єкт; вони проявляються у формах задоволення чи незадоволення, тісно пов'язаних з органічними потребами. Другий рівень, це предметні почуття, що виникають у ставленні до певних об'єктів чи явищ (моральні, інтелектуальні, естетичні тощо) та виявляються у захопленні одними людьми чи видами діяльності та відразі до інших. Та третій рівень становлять світоглядні почуття, які не мають конкретного предметного спрямування, але відображають загальне ставлення людини до життя, наприклад, почуття гумору, трагічного чи комічного.

Емоційна сфера людини характеризується значною індивідуальною варіативністю. Особистості відрізняються за рівнем емоційної збудливості, тривалістю та стійкістю переживань, а також за переважанням позитивних (стенічних) чи негативних (астенічних) почуттів. Найпомітніші відмінності проявляються у силі, глибині, змісті та предметності почуттів. Ці особливості враховуються психологами під час створення діагностичних методик, спрямованих на дослідження емоційної сфери та особистісних характеристик. Виходячи з того, які емоційні реакції викликають у людини ситуації, змодельовані в тестах, фахівці роблять висновки про риси її особистості та особливості емоційного реагування [13].

Динамічний аспект емоційних процесів визначають як форми переживання почуттів, що відображають їх інтенсивність, тривалість, глибину та силу прояву. У структурі емоційної сфери людини зазвичай виокремлюють такі основні компоненти: емоційний тон відчуттів, ситуативні емоції та емоційні стани. Розглянемо кожен із цих елементів докладніше.

Емоції та почуття, виконуючи різноманітні функції, є невід'ємною складовою механізмів регуляції людської поведінки. Вони впливають на всі етапи діяльності, від усвідомлення потреби та оцінки ситуації до прийняття рішення і подальшого аналізу результату. Тому для повного розуміння процесів керування поведінкою необхідно враховувати емоційну та почуттєву сферу особистості й роль, яку вона відіграє у мотиваційно-регуляторних механізмах [16].

Емоційний досвід людини, це сформована система типових способів емоційного реагування, що становить ієрархію почуттів і переживань. Емоційний тон відчуттів відображає безпосередні переживання, які супроводжують життєво значущі впливи, викликаючи прагнення зберегти приємні стимули або уникнути неприємних, тобто виступає джерелом мотивації та бажань.

Емоційний стан - це психічна характеристика людини, що відображає її відносно тривалі переживання та загальний афективний фон. До емоційних станів відносять, зокрема, настрій (загальний емоційний фон), афекти, почуття, стрес, фрустрацію, тривогу та емоційне вигорання.

Ключовим виявом емоційного стану особистості є настрої. Настрої - це загальний емоційний стан людини, який утворює фон її психічної діяльності та поведінки. Усі психічні процеси відбуваються на певному емоційному тлі, що може бути як приємним, так і неприємним. Ефективність діяльності зазвичай підвищується, коли людина перебуває у позитивному настрої.

Настрої не має конкретного предметного спрямування - це радше особистісне переживання ("нам просто весело чи сумно"), яке залежить від загального стану здоров'я, фізичного тону та рівня життєвої енергії. Він є несвідомою емоційною оцінкою того, наскільки сприятливо чи несприятливо для людини складається ситуація її життєдіяльності у певний момент.

Схильність до впливу настроїв має індивідуальний характер: одні люди, завдяки самовладанню та стійкості, здатні зберігати рівновагу навіть у складних умовах, тоді як інші більш емоційно вразливі, швидше піддаються змінам настрою та потребують підтримки з боку оточення або колективу [12].

На початку ХХ ст. у самостійну групу почали виокремлювати афекти. Афект - це раптовий, інтенсивний і короткочасний емоційний спалах, який настільки захоплює людину, що тимчасово послаблює або блокує самоконтроль. Він може проявлятися як неочікувана хвиля великої радості, вибух гніву чи приступ страху. Афекти розгортаються стрімко, бурхливо, часто супроводжуються звуженням свідомості та втратою самовладання, і швидко згасають. Типові стадії афекту: первинне збудження, втрата контролю, знесилення, виснаження організму[16].

Почуття є вищою формою прояву емоційних станів людини. Вони відзначаються більшою стійкістю й відображають ставлення особистості до певних об'єктів чи явищ, які мають для неї тривале мотиваційне значення. До основних характеристик почуттів належать: виразність і визначеність переживань, що дозволяє чітко усвідомлювати їхній зміст; обмежена тривалість, оскільки почуття існують доти, доки зберігається чинник, який їх зумовлює (вони тривають коротше, ніж настрої); усвідомлений характер, тобто особа розуміє причину й об'єкт свого емоційного стану; предметність, адже почуття завжди спрямовані на конкретні об'єкти, події чи дії, що мають для людини значущість [17].

Таким чином, почуття можна розглядати як усвідомлені, відносно стійкі емоційні стани, які виконують важливу роль у регуляції поведінки та формуванні ціннісних орієнтацій особистості.

Стрес у певних аспектах подібний до афекту, оскільки обидва стани виникають у ситуаціях підвищеної напруги, небезпеки чи загрози, що потребують негайної реакції. Як і афективна відповідь, стрес є результатом раптового впливу зовнішніх або внутрішніх чинників, які перевищують звичні адаптаційні можливості людини, активізуючи її захисні психофізіологічні механізми з метою подолання критичної ситуації. Розуміння стресу запровадив канадський фізіолог Г. Сел'є у 1936 р.

Стрес (від англ. stress - «тиск», «напруження») - це комплекс неспецифічних адаптаційно-захисних реакцій організму, що виникають у відповідь на будь-який зовнішній чи внутрішній вплив, який сприймається як загроза для фізіологічної або психічної рівноваги людини [15].

Подібно до афекту, стрес супроводжується порушеннями у функціонуванні організму: прискорюється серцебиття, дихання, змінюється рівень м'язового тону. Проте на відміну від афекту, при стресі не відбувається повної втрати самоконтролю, людина здатна частково регулювати власні дії [15].

Стресовий стан може проявлятися як явно, так і приховано: навіть без виражених зовнішніх симптомів людина може відчувати внутрішнє напруження, труднощі з концентрацією, розподілом та переключенням уваги, що знижує ефективність її діяльності.

Стрес може по-різному впливати на людину, виконуючи як адаптивну, так і деструктивну функцію. У певних межах він сприяє мобілізації внутрішніх ресурсів, активізує увагу, концентрацію, підвищує ефективність діяльності і такий стан називають конструктивним. Однак, якщо вплив стресора є надмірним за силою або тривалістю, стрес набуває деструктивного (дистресового) характеру: знижується працездатність, погіршується самопочуття та якість життя, виникає емоційне виснаження.

Тип пережитого стресу залежить від інтенсивності та тривалості впливу зовнішніх факторів, а також від індивідуального порогу чутливості до стресу - рівня напруження, до якого психічна активність стимулюється, а після його перевищення різко знижується [6].

В умовах воєнної агресії суттєво змінюється, як характер повсякденних стресорів, так і кількість людей, які зазнають їхнього впливу. До таких стресогенних факторів належать очікування ракетних обстрілів, втрата близьких, труднощі адаптації під час евакуації, ризик втрати житла чи роботи, а також загальне відчуття невизначеності майбутнього.

Очевидно, що кількість та інтенсивність стресорів зростає пропорційно до суб'єктивного сприйняття людиною власної життєвої ситуації.

Кожна людина має свій поріг чутливості до стресу. Він може змінюватися і ним можна керувати. Головним показником стресостійкості людини виступає її здатність адаптуватися до змінних життєвих умов та зберігати контроль над ситуацією навіть у складних обставинах.

Підвищенню стресостійкості сприяють такі чинники, як якісна освіта, професійна компетентність, різнобічні навички й уміння, розвинені комунікативність і здатність до компромісу, а також позитивне мислення, саморегуляція, почуття гумору та прийняття себе. У сукупності ці риси формують внутрішню психологічну гнучкість, яка дозволяє людині ефективно долати труднощі та зберігати емоційну рівновагу [16].

Поняття фрустрації як особливого емоційного стану вперше було розглянуто у працях З. Фрейда, який пов'язував її з незадоволенням базових потреб. Подальший розвиток цього поняття отримав у 40-х роках ХХ століття завдяки С. Розенцвейгу, котрий розробив теорію фрустрації, описав її типи та способи реагування на неї. Учений виділив три основні види фрустраційних ситуацій: нестачу, позбавлення та конфлікт [16].

Фрустрація розглядається як стан емоційного напруження і дезорганізації свідомості, за якого людина переживає безсилля, безнадійність і втрату життєвих орієнтирів. У відповідь на фрустрацію можуть виникати різні реакції, такі як агресія, депресія, регресія, стереотипна поведінка або переоцінка цілей і потреб.

Згідно з теорією фрустрації-агресії Дж. Долларда, агресія є природним наслідком фрустрації, тобто реакцією на перешкоди, що унеможливають досягнення важливих для людини цілей. Таким чином, фрустрація виступає не лише емоційним станом, а й психологічним механізмом, який може сприяти як деструктивним, так і конструктивним змінам поведінки [12].

Феномен агресії (від лат. *Aggredior* - «нападаю») привертав увагу багатьох дослідників, серед яких А. Басс, А. Берковіц, Д. Річардсон, З. Фрейд, Х. Хекхаузен та інші. У науковому розумінні агресія трактується як деструктивна форма поведінки, спрямована на завдання шкоди іншій особі - фізичної, психологічної чи моральної.

Протилежним до агресії станом є депресія (від лат. *Depressio* - «пригнічення»), що характеризується песимістичним настроєм, емоційною спустошеністю, зниженням життєвої активності. Для депресивного стану типові уповільнені рухи, мовна загальмованість, втрата ініціативи, порушення сну та апетиту. Обидва ці стани агресія і депресія, можуть розглядатися як альтернативні реакції особистості на фрустрацію або хронічний стрес [12].

Згідно з поглядами З. Фрейда, тривожність розглядається як психічний стан, що виникає у відповідь на внутрішню або зовнішню загрозу для особистості. Він вважав, що тривога може бути спричинена як реальною ситуацією, у якій перебуває людина, так і умовами, штучно створеними під час експерименту. У концепції Фрейда тривожність виступає сигналом небезпеки, який активізує захисні механізми психіки та допомагає зберегти психологічну рівновагу.

У західній психології формування сучасних уявлень про тривожність стало можливим завдяки напрацюванням різних теоретичних шкіл. Біологічно-еволюційний напрям (Ч. Дарвін, В. Мак-Дауголл, В. Джеймс) розглядав емоції, зокрема і тривогу, як результат природного добору та механізм адаптації організму до середовища [8].

Психоаналітична традиція (З. Фройд, А. Фрейд, К. Юнг, К. Хорні, А. Адлер) трактувала тривожність як наслідок внутрішніх психічних конфліктів, невирішених переживань дитинства або порушеної потреби в безпеці. У межах теорій науки (Дж. Доллард) тривожність описується як реакція, що формується на основі умовлення та підкріплення, а також закріплюється поведінкою уникнення.

Гуманістична психологія (К. Роджерс) інтерпретує тривогу як сигнал про невідповідність між актуальним досвідом людини та її уявленнями про себе, що порушує внутрішню узгодженість особистості. У трансперсональному підході (С. Гроф) тривожність пов'язується з екзистенційними переживаннями, кризами розвитку та глибинними рівнями психіки, які активізуються у граничних або трансформаційних станах свідомості [20].

Поєднання цих поглядів створило багатовимірну концептуальну основу, яка дає змогу розглядати тривожність як складне явище, що має біологічні, психологічні та соціокультурні передумови.

Тривога представляє собою стан внутрішнього напруження і неспокою, який виникає тоді, коли людина очікує щось важливе або можливу небезпеку, але не знає точно, що саме може статися. На відміну від страху, тривога не має конкретної причини чи об'єкта, тому її часто описують як хвилювання або переживання «наперед», викликане власними думками та уявою [8].

Тривожність як індивідуально-психологічна властивість відображає схильність людини часто й інтенсивно переживати тривогу. У межах норми вона виконує адаптивну функцію, допомагаючи людині завчасно розпізнавати потенційні загрози та уникати небезпечних ситуацій. Проте надмірна або хронічна тривожність може призводити до емоційного виснаження та дезорганізації поведінки.

Тривога виконує важливу захисну функцію, оскільки допомагає мобілізувати внутрішні ресурси для подолання можливої небезпеки. Проте, коли тривожність стає надмірною і починає заважати щоденному життю, вона набуває негативного впливу на емоційний та фізичний стан людини.

У нормі тривога виникає лише в межах конкретної ситуації та зникає після її завершення. У випадку патологічної тривоги переживання продовжуються навіть тоді, коли реальна загроза минула, а увага людини постійно фіксується на внутрішньому напруженні. Це призводить до хронічного стресу, порушення поведінки, зниження працездатності та погіршення повсякденного функціонування [13].

Емоції виконують низку важливих функцій у психічному житті людини, забезпечуючи взаємозв'язок між внутрішнім станом особистості та зовнішнім світом.

Сигнальна функція. Емоції допомагають людині орієнтуватися в навколишній дійсності, оцінювати предмети й події з позиції їхньої бажаності чи небажаності. Вони сигналізують про те, наскільки успішно задовольняються потреби, які перешкоди виникають на шляху до мети, і на що варто звернути увагу в першу чергу.

Регулятивна функція. Емоції та почуття беруть участь у регуляції як фізіологічного стану організму, так і поведінки людини загалом. Вони впливають на напрям діяльності, сприяють або, навпаки, гальмують активність, спираючись на індивідуальний і попередній досвід успішних чи неуспішних дій.

Мотивуюча функція. Емоції виступають важливим джерелом спонукання до дії. Вони стимулюють людину до пошуку шляхів задоволення актуальних потреб, сприяють вирішенню проблем та подоланню труднощів.

Підкріплююча функція. Емоції відіграють важливу роль у процесі навчання та запам'ятовування. Інформація, що супроводжується сильними емоційними переживаннями, краще засвоюється й надовго зберігається в пам'яті.

Функція переключення. У ситуації конкуренції мотивів емоції допомагають визначити, яка потреба є найважливішою в даний момент, сприяючи вибору домінуючої мети або дії.

Адаптивна функція. Емоції забезпечують пристосування людини до мінливих умов середовища. Вони дозволяють оцінювати значущість подій для задоволення потреб і готують організм до адекватної реакції в стресових або загрозливих ситуаціях.

Комунікативна функція. Емоції є засобом спілкування. Через вираз міміки, інтонацію, жести людина передає свої переживання, демонструє ставлення до подій чи інших людей і тим самим впливає на емоційний стан оточення.

Розвиток емоційної сфери відбувається протягом усього життя людини під впливом біологічних, соціальних та культурних факторів. Емоційна збудливість відображає здатність людини емоційно реагувати на події чи подразники, які мають для неї особистісне значення. Вона може проявлятися у підвищеній реактивності, запальності або дратівливості[12].

Близьким за змістом поняттям є емоційна чутливість, це відносно стійка індивідуальна властивість, що характеризується легкістю, швидкістю та гнучкістю емоційного реагування на події соціального життя, поведінку та емоційний стан інших людей.

На противагу цьому, емоційна ригідність виявляється у надмірній фіксації людини на певних подіях, образах чи невдачах. Такі люди відрізняються в'язкістю й стабільністю емоцій, важко переключаються з одного переживання на інше.

Протилежністю ригідності є емоційна лабільність - мінливість і нестійкість емоційних станів, коли навіть інтенсивні емоції швидко згасають або легко змінюються на протилежні.

Емоційна стійкість означає здатність зберігати самоконтроль у ситуаціях емоційної напруги. Вона проявляється у вмінні завдяки волевим зусиллям стримувати імпульсивні реакції, підтримувати рівновагу та приймати зважені рішення навіть у стресових умовах [18].

У наступному підрозділі ми розглянемо детальніше особливості та ролі емоційної сфери саме у професійній діяльності.

1.2. Роль емоційної сфери у професійній діяльності

Емоції відіграють визначальну роль у професійній діяльності людини, впливаючи на її працездатність, мотивацію, ефективність і якість виконання завдань. Вони не лише відображають ставлення працівника до роботи, колективу чи умов праці, а й безпосередньо формують його поведінку, рішення та продуктивність. Дослідженню емоцій, взаємозв'язку емоційної і когнітивної сфер психіки присвячена велика кількість наукових праць українських й зарубіжних психологів (О. Запорожець, О. Кульчицька, А. Ребер, А. Сухарев, О. Чебикін, О. Яковлева та ін.).

Позитивні емоції (радість, задоволення, інтерес, ентузіазм) підвищують рівень енергії, стимулюють творче мислення, сприяють залученості у процес роботи, підсилюють відчуття власної компетентності й значущості. Вони поліпшують міжособистісні стосунки, сприяють довірі, відкритості та згуртованості в колективі, що, своєю чергою, підвищує ефективність спільної діяльності [9].

Натомість негативні емоції (страх, гнів, тривога, роздратування, апатія) можуть призводити до зниження мотивації, неуважності, зростання кількості помилок,

конфліктів у колективі. Тривале перебування у стані емоційної напруги чи фрустрації спричинює хронічну втому, психоемоційне виснаження й професійне вигорання.

Психоаналітична теорія З. Фрейда займає особливе місце в історії психології і в історії наук про поведінку. У цьому підході емоції розглядаються як прояви глибинних несвідомих процесів і внутрішніх конфліктів. У професійному середовищі емоційні реакції можуть бути зумовлені витісненими переживаннями, що впливають на поведінку, прийняття рішень та ставлення до праці. Важливою є роль механізмів психологічного захисту, які регулюють емоційне напруження [9].

Значний внесок у вивчення впливу вигорання на психологічний стан особистості здійснили К. Роджерс, Є. Грімейл, А. Адлер, М. Буриш, В. Гремлінг, Дж. Грінберг, Л. Карамушка, Е. Махер, У. Шауфелі.

Вагомий внесок у становлення концепції професійного (емоційного) вигорання зробили дослідження К. Масlach, С. Джексон та А. Пайнс. Термін «емоційне вигорання» вперше запровадив Г. Дж. Фрейденбергер у 1974 році для позначення стану хронічного виснаження психічних і фізичних ресурсів людини, що супроводжується підвищеною дратівливістю, втомою, зниженням мотивації до роботи та психосоматичними проявами, зокрема головним болем.

Подальшого розвитку ця концепція набула у працях К. Масlach та С. Джексон (1981), які створили опитувальник Maslach Burnout Inventory (MBI). На основі емпіричних досліджень вони виокремили три основні компоненти синдрому: емоційне виснаження, деперсоналізацію (тобто емоційне відчуження або цинічне ставлення до пацієнтів, клієнтів чи колег) та редукцію особистісних досягнень, що проявляється у відчутті професійної неефективності [19].

У 2019 році Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) ВООЗ офіційно класифікувала вигорання як «професійний феномен» у ICD-11, визначивши його через три основні ознаки: відчуття вичерпання енергії, збільшену психологічну дистанцію від роботи або прояви цинізму та зниження професійної ефективності. Це підкреслює, що вигорання не є медичною хворобою, однак воно негативно впливає на функціонування працівника та організації загалом [32].

Синдром професійного вигорання найчастіше спостерігається у фахівців, чия діяльність передбачає постійну взаємодію з людьми та клієнтами, пацієнтами чи відвідувачами, в умовах високої емоційної напруги. Такий стан формується поступово, унаслідок тривалого психоемоційного перевантаження, характерного для професій допомагаючого типу.

В умовах воєнного стану розвиток синдрому професійного вигорання має схожу динаміку, однак проявляється з більшою інтенсивністю через постійний вплив численних стресогенних чинників, невизначеність майбутнього та підвищену відповідальність за результати професійної діяльності.

Під емоційним виснаженням розуміють стан глибокої психічної та фізичної втоми, що виникає внаслідок надмірного професійного навантаження й тривалого емоційного напруження. Деперсоналізація проявляється у формуванні цинічного або відчуженого ставлення до власної роботи та її об'єктів. У сфері соціальної взаємодії це виражається в байдужому, негуманному або формалізованому ставленні до людей, з якими працівник щоденно контактує. Третій компонент синдрому, це редукція професійних досягнень. Вона характеризується зниженням відчуття власної компетентності, появою сумнівів у професійній ефективності та усвідомленням неспішності у виконанні службових обов'язків [21].

Професія фармацевта, що передбачає постійну взаємодію з людьми, особливо в умовах війни, стала вкрай стресовою. Тривалі робочі дні, постійний контакт з клієнтами, проблеми в організації робочого процесу та емоційне напруження, пов'язане з війною, призводять до високого ризику професійного вигорання. Це не лише негативно впливає на здоров'я фармацевта, а й погіршує якість обслуговування споживачів [25].

Проблемам професійного стресу присвячена значна кількість наукових праць. З-поміж вітчизняних науковців цю проблематику вивчали В. М. Толочко, Л. В. Пляка, Т. В. Палько, Н. М. Самолук, М. Ф. Гончар, М. Н. Василик та ін. У наукових працях висвітлено передумови виникнення робочого стресу, методи та засоби управління стресовими ситуаціями в робочому середовищі.

У професійному контексті емоційна сфера виконує низку ключових функцій, що забезпечують ефективність трудової діяльності. Однією з провідних є комунікативна функція емоцій, яка проявляється у здатності встановлювати контакт з іншими людьми, впливати на співрозмовника та підтримувати взаєморозуміння під час спілкування. Емоційні реакції беруть участь у створенні першого враження про людину, передають ставлення, сприяють регуляції міжособистісних відносин, що пов'язано із сигнальною функцією емоцій.

У цьому аспекті емоції відіграють центральну роль у професіях допомагаючого типу, особливо у сфері охорони здоров'я та фармації, де необхідно не лише виконувати професійні обов'язки, а й встановлювати довірливий контакт із пацієнтом, виявляти емпатію та зберігати емоційну врівноваженість. Психологічні основи формування соціально-комунікативної компетентності у професійній діяльності розглядали у своїх працях Л. В. Пляка та В. О. Тюріна [23].

Фармацевти є одними з найбільш доступних фахівців галузі охорони здоров'я, які надають поради та консультації пацієнтам, що не можуть отримати своєчасно належну медичну допомогу внаслідок неможливості дістатися до медичних закладів та дефіциту медичного персоналу.

Професійна діяльність фармацевта передбачає постійне, інтенсивне та часто емоційно навантажене спілкування з пацієнтами, їхніми родичами та лікарями. У цьому контексті важливим чинником професійної ефективності виступає емоційна стабільність, здатність зберігати внутрішню врівноваженість, контролювати емоційні реакції та уникати імпульсивності чи надмірної емоційної виразності під час взаємодії з людьми [41].

Однією з провідних психологічних якостей, що забезпечує успішну комунікацію у системі «фармацевт-пацієнт», є емпатія, це здатність до співпереживання, розуміння емоційного стану іншої людини та внутрішнього «включення» у її переживання. Саме емпатійність поєднує професійну компетентність із гуманістичною спрямованістю діяльності, сприяючи формуванню довірливих і терапевтично значущих взаємин між фармацевтом та відвідувачем.

Згідно з результатами досліджень М. Е. Кода-Кімбл, фармацевт із розвиненою емпатією здатний тонко відчувати емоційний стан відвідувачів аптеки, розуміти їхні очікування та ефективно застосовувати індивідуальний підхід у процесі взаємодії. Такий спеціаліст орієнтується у своїй професійній комунікації не лише на знання та інструкції, а й на етичні цінності, що забезпечують довіру, повагу та партнерські відносини між фармацевтом і пацієнтом.

Професійна мораль фармацевтичного працівника ґрунтується на системі етичних принципів і стандартів, які регламентують його поведінку у взаємодії з пацієнтами, колегами та іншими представниками системи охорони здоров'я. Вона виступає важливим чинником підтримання психологічного клімату в колективі та формування позитивного іміджу фармацевтичної професії загалом.

Дотримання високих етичних стандартів є важливою частиною фармацевтичної професії, оскільки це безпосередньо впливає на безпеку та благополуччя пацієнтів. «Етичний кодекс фармацевтів», прийнятий Радою Міжнародної фармацевтичної федерації (FIP) 5 вересня 1997 року[22].

Регулююча функція емоцій у процесі спілкування полягає в узгодженні та координації черговості висловлювань між партнерами комунікації. У реальних міжособистісних взаємодіях емоції часто виконують одночасно кілька функцій, зокрема сигнальну та захисну.

Емоційна реакція зазвичай має зовнішній прояв - експресію, за допомогою якої людина передає іншим свій внутрішній стан, ставлення до подій чи людей, демонструє схвалення або невдоволення. Така виразність полегшує взаєморозуміння між учасниками спілкування, знижує ймовірність агресивних реакцій, допомагає своєчасно розпізнати потреби та емоційні стани співрозмовника. У такий спосіб емоції виступають важливим засобом соціальної адаптації та регуляції поведінки в комунікативних ситуаціях.

В мотиваційній функції емоції відіграють важливу роль на всіх етапах мотиваційного процесу: при оцінці значущості зовнішнього подразника, при сигналізації потреби, яка виникає, й оцінці її значимості, при прогнозуванні можливості задоволення потреби, при виборі мети. Позитивні емоції зміцнюють

інтерес до діяльності, сприяють професійному розвитку, створюють умови для ініціативи.

Професійна діяльність фармацевтів характеризується високим рівнем емоційного навантаження, відповідальністю та необхідністю швидкого прийняття рішень, особливо в умовах підвищеного стресу та невизначеності прифронтових регіонів. Ефективне використання копінг-стратегій відіграє важливу роль у збереженні психологічної стійкості та профілактиці емоційного вигорання.

Ефективне застосування адаптивних копінг-стратегій сприяє підвищенню стресостійкості, покращує комунікацію з пацієнтами, зменшує ризик емоційного виснаження та підтримує професійну ефективність фармацевтів [21].

1.3. Особливості емоційної сфери фармацевтів в умовах воєнного стану

Повномасштабна війна несе серйозні загрози психологічному здоров'ю і благополуччю переважній більшості населення України. Згідно з Національним інститутом стратегічних досліджень проблема захисту ментального здоров'я надзвичайно загострилася після початку повномасштабної війни. Такі чинники, як перебування в прифронтовій зоні з постійними ракетними та артилерійськими обстрілами, атак БПЛА, значно підвищують уразливість до психосоціального стресу, сприяють поширенню психічних розладів, як депресія, тривога, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

Незважаючи на небезпечну ситуацію у місті Харкові, пов'язану з активними бойовими діями, багато фармацевтів залишилися і продовжують працювати та надавати фармацевтичну допомогу населенню. Загальна кількість аптек, що працювали у Харкові в перші місяці повномасштабної війни, скоротилася більш ніж утричі порівняно з довоєнним періодом: у травні 2022 року їх кількість становила 227 із 772. Проте вже з червня почалося відновлення і станом на 1 вересня 2023 року кількість аптек, що працювали, зросла до 614, що склало 80 % від довоєнної кількості. [25].

Для фармацевтичних працівників одним із найпотужніших стресогенних чинників є відчуття незахищеності на робочому місці. Це зумовлено браком належних умов безпеки: відсутністю укриттів або захисних споруд у приміщеннях аптек, недостатньою підготовкою персоналу з питань дій під час повітряної тривоги чи обстрілів, а також нестачею засобів індивідуального захисту та ефективних систем оповіщення.

У більшості аптечних закладів немає обладнаних сховищ, що підсилює відчуття вразливості серед працівників. Вони часто працюють у ситуаціях підвищеної небезпеки, стикаючись із ризиком обстрілів, пошкоджень приміщень та загрозою фізичних травм або навіть загибелі на робочому місці. Такий постійний вплив зовнішніх небезпек формує хронічний стрес, який негативно позначається на емоційному стані, професійній мотивації та психологічній стійкості фармацевтів. [25].

Наслідки впливу повномасштабної війни в Україні свідчать, що станом на квітень 2023 року (за даними звіту ООН), близько дев'яти мільйонів людей набули психічних розладів, чотири мільйони потребують лікування психотропними лікарськими засобами та 15 мільйонам людей необхідне надання психосоціальної підтримки. За статистичними даними МОЗ України близько 70 % населення країни мають ті чи інші прояви впливу стресових факторів на психічний стан, і лише 2 % звертаються за професійною допомогою [1].

Таким чином, можна припустити, що значна частина населення, яка звертається по допомогу до фармацевтів, перебуває в стані хронічного стресу та демонструє ознаки психоемоційного виснаження. Серед типових скарг відвідувачів аптек фіксуються порушення сну, підвищена збудливість, серцево-судинні реакції, втрата апетиту, дратівливість, панічні атаки та депресивні прояви.

У такій ситуації фармацевтичні працівники фактично опиняються на «першій лінії» контакту з емоційно вразливими людьми, які потребують не лише професійної фармацевтичної консультації, а й емпатійної підтримки та елементарної психологічної допомоги.

Сучасна аптека стає не лише місцем отримання лікарських засобів, але й простором короткочасного емоційного контакту, де фармацевт виконує роль посередника між медичною допомогою та психологічною стабілізацією пацієнта. В умовах війни більшість відвідувачів перебувають у пригніченому стані, часто діляться своїми переживаннями з фармацевтами, що значно підвищує емоційне навантаження на останніх і підсилює ризик професійного вигорання [21].

В умовах сучасного світу, що постійно змінюється та висуває нові вимоги до організаційних і освітніх процесів, суттєво зростає потреба у високій професійній компетентності працівників фармацевтичної галузі. Разом із цим посилюється і психологічне навантаження, зумовлене збільшенням кількості стресових ситуацій у робочому середовищі, що часто призводить до емоційного виснаження та погіршення психічного стану фахівців.

Професійна діяльність фармацевтів супроводжується високим рівнем напруження: інтенсивним графіком роботи, необхідністю постійного моніторингу ринку лікарських засобів, суворим дотриманням стандартів обслуговування та щоденним спілкуванням із людьми, які мають проблеми зі здоров'ям або є емоційно вразливими через хворобу близьких. До цього додається емоційна напруга, пов'язана з великою відповідальністю, а також нервово-психічне навантаження, спричинене високими вимогами до точності, уважності й швидкості прийняття рішень [25].

Фармацевтична робота потребує значної розумової концентрації, оскільки передбачає постійне приймання, аналіз і обробку великої кількості професійної інформації. Це, у поєднанні з дефіцитом часу та високим рівнем емоційних контактів, створює передумови для розвитку професійного стресу та емоційного вигорання [22].

Фармацевти не тільки здійснюють відпуск лікарських засобів, зокрема за розширеною програмою медичних гарантій щодо реімбурсації лікарських засобів для лікування в амбулаторних умовах розладів психіки і поведінки [26], а й щоденно надають фармацевтичну допомогу пацієнтам зі стресовими розладами та безсонням згідно Наказу МОЗ України від 05.01.2022 р. №7 «Про затвердження протоколів фармацевта» [2]. Такі дії відповідають принципам Належної Аптечної практики (GPP) в контексті надання фармацевтичної допомоги [41].

Відповідно до посібників Міжнародної фармацевтичної організації (FIP) («Психічне здоров'я – посібник для фармацевтів» та «Довідковий посібник зі знань та навичок для професійного розвитку в галузі охорони психічного здоров'я») повноваження фармацевтичних працівників у зміцненні психічного здоров'я населення значно розширюються: фахівці мають надавати першу допомогу у сфері охорони психічного здоров'я, оптимізувати допомогу та фармацевтичне забезпечення до супроводу та психосоціальної підтримки пацієнтів[43].

Варто зазначити, що фармацевти, які працюють в умовах воєнних дій і надмірного професійного навантаження, часто самі перебувають у стані емоційної нестабільності. Постійний вплив стресогенних чинників, високий рівень відповідальності та тривала робота в умовах невизначеності можуть зумовлювати погіршення ментального здоров'я фахівців. Серед найбільш поширених проявів цього стану спостерігаються тривога, порушення сну, дратівливість, депресивні тенденції, хронічне напруження та симптоми емоційного вигорання.

Наслідки хронічного стресу не слід недооцінювати, адже він негативно позначається на когнітивних і емоційних функціях фармацевтів, знижується концентрація уваги, погіршується пам'ять, зростає ризик професійних помилок під час надання фармацевтичної допомоги пацієнтам [24].

У зв'язку з цим постає потреба у науковому вивченні особливостей емоційної сфери фармацевтів, які працюють у прифронтових регіонах України, з метою виявлення чинників психологічного ризику та розроблення профілактичних заходів підтримки психічного здоров'я.

Висновки до розділу 1

1. У першому розділі досліджено поняття та структура емоційної сфери особистості, її вплив та особливості на професійну діяльність. Емоційна сфера є фундаментальним компонентом людської психіки, що визначає не лише особистісне функціонування, а й якість взаємодії з навколишнім світом. Емоційні стани

визначаються як характером актуальних емоцій, що виникають у конкретний момент, так і до інтерпретації зовнішніх впливів, характеру взаємодії, наявного життєвого досвіду.

2. Емоційна сфера посідає провідне місце в структурі професійної діяльності. Вона забезпечує здатність особистості орієнтуватися в складних соціальних ситуаціях, реагувати на зовнішні виклики, налагоджувати ефективну комунікацію та приймати зважені рішення. Емоції не лише відображають внутрішнє ставлення людини до подій і явищ, а й виступають як важливий регулятор поведінки та професійної мотивації.

3. Фармацевти, які працюють в умовах воєнних дій та надмірного навантаження, можуть перебувати в емоційно нестабільному стані. У них можуть виникати проблеми, що пов'язані з ментальним здоров'ям, а саме: тривога, стрес, проблеми зі сном, дратівливість, емоційне вигорання. Незважаючи на підвищену кількість стресових факторів, роботу в умовах тривоги, та невизначеності фармацевтичні працівники повинні дотримуватися всіх правил надання належної фармацевтичної допомоги та дотримуватися принципів фармацевтичної етики і деонтології, при цьому діяти згідно правил безпеки при роботі в умовах воєнного стану.

Дослідження фармацевтичних фахівців є актуальним для розуміння впливу умов праці на психічне здоров'я, та оцінити специфіку змін в емоційній сфері, зумовлених не лише професією, а й середовищем, у якому вона реалізується.

РОЗДІЛ 2.

ОПИС ПРОЦЕДУРИ ТА МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Мета та завдання дослідження

Мета дослідження: виявити особливості емоційної сфери, рівень стресу і тривожності фармацевтів, які працюють у прифронтових регіонах України в умовах воєнного стану.

Завдання дослідження:

- 1) Дослідити особливості прояву базових емоцій у фармацевтів, які знаходяться у прифронтових регіонах.
- 2) Оцінити рівень ситуативної тривожності у фармацевтів які працюють у прифронтових регіонах.
- 3) Виявити особливості прояву емоційного вигорання у фармацевтичних працівників які знаходяться у прифронтових регіонах.
- 4) Виявити рівневі особливості сприйняття стресу фармацевтами, які працюють у прифронтових регіонах.
- 5) З'ясувати особливості вибору та застосування копінг-стратегій фармацевтами, які працюють у прифронтових регіонах України в умовах воєнного стану.

2.2. Характеристика вибірки дослідження

Психологічне дослідження було розроблене та проведене упродовж жовтня 2025 року на онлайн-платформі Google Forms (Рис. 2.1.).

Опитування здійснено серед фармацевтичних працівників різних аптечних мереж, жіночої статі віком від 35 до 50 років. До вибірки увійшли 32 фармацевта, які

працюють у прифронтових регіонах України (м. Харків), та 32 фармацевта із регіонів, віддалених від лінії фронту (м. Івано-Франківськ).

Вибір саме жінок віком 35-50 років зумовлений тим, що ця категорія становить основну частину фармацевтичного персоналу в Україні. Представниці цього віку мають значний професійний досвід, що дозволяє оцінити стійкі риси емоційної сфери.

Для порівняння було сформовано контрольну групу фармацевтів із регіонів, віддалених від лінії фронту, що дасть змогу виявити специфічні зміни в емоційній сфері, зумовлені саме впливом воєнних дій і прифронтового середовища, а не лише особливостями професійної діяльності загалом.

Місто проживання
64 ответа

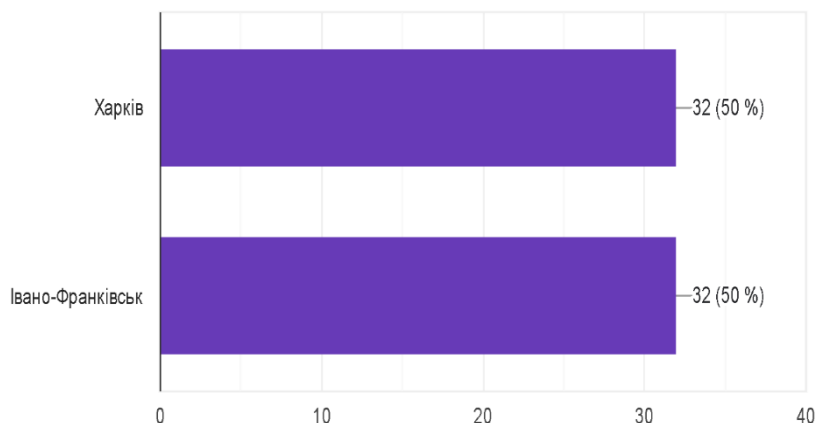


Рис. 2.1. Розподіл досліджуваних за містом

2.3. Опис методів дослідження

У ході кваліфікаційної роботи, з метою підтвердження або спростування гіпотези про те, що фармацевти, які працюють у прифронтових регіонах України, мають вищий рівень тривожності, емоційного напруження, проявів емоційного вигорання та більш виражені зміни в емоційній сфері, було проведено емпіричне дослідження.

Для цього використано п'ять психологічних методик, спрямованих на визначення базових емоційних станів та домінантних компонентів емоційної сфери фармацевтів, а саме: «Шкалу диференційних емоцій» К. Ізарда; методику оцінювання рівня ситуативної (реактивної) та особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна (State–Trait Anxiety Inventory, STAI); методику «Професійне (емоційне) вигорання» (MBI) К. Маслач, С. Джексон; Шкалу сприйнятого стресу (Perceived Stress Scale-10, PSS-10); опитувальник Brief-COPE (С. Carver, 1997; адаптація Т. Яблонської, О.Вернік, Г. Гайворонського, 2023). Тексти всіх форм опитувальників подано у (Додатку А).

Обрані методики відіграють ключову роль у нашому дослідженні, оскільки дають змогу отримати об'єктивні дані та відповісти на запитання, визначені під час постановки завдань. Ретельний аналіз кожної з них дозволяє докладно дослідити психологічні особливості респондентів.

Для перевірки домінуючого емоційного стану за допомогою шкали значущості емоцій застосовували Шкалу диференціальних емоцій К. Ізарда.

«Шкала диференціальних емоцій» (Differential Emotions Scale, DES), розроблена американським психологом К. Ізардом для оцінювання частоти та інтенсивності прояву базових емоцій. Теоретичним підґрунтям є диференційна теорія емоцій К. Ізарда, згідно з якою емоції утворюють самостійну систему, що безпосередньо впливає на поведінку, мотивацію та мислення. К. Ізард виокремлює десять базових емоцій: інтерес, радість, здивування, горе, гнів, презирство, відразу, страх, сором і провину [29]. Методика дає можливість оцінити не лише окремі емоції, а також весь загальний емоційний фон. «Індекс позитивних емоцій» (ІПЕ) - включає в себе наступні шкали: інтерес, радість та здивування - відображає міру позитивного емоційного ставлення до поточної ситуації. «Індекс гострих негативних емоцій» (ІГНЕ) включає в себе шкали: горе, гнів, відраза та презирство - характеризує загальний рівень негативного емоційного ставлення до ситуації. «Індекс тривожно-депресивних емоцій» (ІТДЕ) включає в себе: страх, сором та провину - інформує про відносно стійкі індивідуальні переживання тривожно-депресивного спектра, що засвідчують суб'єктивне ставлення до ситуації. Отримані показники дають змогу

сформувати емоційний профіль респондента, визначити домінуючі емоції та загальний емоційний фон.

Для визначення рівня та диференціації тривожності у фармацевтів використано **шкалу Спілбергера–Ханіна (State–Trait Anxiety Inventory, STAI)**. Методика забезпечує інформативну самооцінку двох вимірів тривожності: ситуативної (state) - актуального емоційного стану у відповідь на стресор, та особистісної (trait) - відносно стійкої індивідуальної схильності до занепокоєння. [31].

Опитувальник складається з двох підшкал по 20 пунктів кожна. Шкала ситуативної тривожності (STAI-S) оцінює, як респондент почувається «на цю мить» (напруження, занепокоєння, нервозність, внутрішній неспокій), відображаючи інтенсивність реакції на конкретну ситуацію. Шкала особистісної тривожності (STAI-T) вимірює стабільну схильність сприймати широкий спектр подій як потенційно загрозливі, що супроводжується частішими переживаннями тривоги та зниженням відчуття спокою й упевненості.

Для оцінки ступеня вигорання фармацевтів використали **Методику «Професійне (емоційне) вигорання MBI» (К. Масlach, С. Джексон)** одна з найвідоміших і найвалідніших методик діагностики професійного вигорання. Опитувальник, створений К. Масlach і С. Джексон (1981), ґрунтується на уявленні про вигорання. Українська адаптація цієї методики дозволяє використовувати її у вітчизняному контексті, зокрема у сфері із високою емоційною залученістю персоналу (медицина, освіта, соціальні служби тощо) [34].

Згідно з концепцією К.Масlach, цей опитувальник досліджує вигорання як синдром, який складається з: емоційного виснаження - відчуття спустошеності, втрати енергії, перевтоми внаслідок професійного навантаження; деперсоналізації - відсторонене, інколи негативно-іронічне ставлення до клієнтів і колег; редукції професійних досягнень - зниження відчуття власної ефективності та результативності (важливо: низькі значення інтерпретують як більш виражений компонент вигорання).

Для вимірювання вираження стресу у фармацевтичних працівників використано опитувальник «Шкала сприйнятого стресу (PSS-10): адаптація та апробація в умовах війни. **Шкала сприйнятого стресу (PSS-10)** є валідованим

інструментом для вимірювання суб'єктивного сприйняття стресу, тобто того, наскільки особа вважає своє життя напруженим, непередбачуваним або неконтрольованим [30].

Шкала сприйнятого стресу PSS (Perceived Stress Scale) розроблена американськими дослідниками Шелдоном Коеном та колегами для визначення ступеню, в якому людина оцінює життєву ситуацію як стресову. Український переклад та адаптація було здійснено психологами – кандидатами наук (Вельдбрехт О.О., Тавровецька Н.І).

Шкала вимірює, наскільки стресовим - тобто непередбачуваним, неконтрольованим і перевантаженим - людина вважає попередній місяць свого життя. Сумарний показник PSS відображує, наскільки напруженим людина сприймає поточний момент свого життя – це усвідомлювана оцінка ступеню, в якому зовнішні вимоги перевищують власну здатність впоратися з ними. PSS-10 є особливо корисною для дослідження наслідків хронічного стресу, зокрема пов'язаного з воєнним станом або ризикованою професійною діяльністю[34].

Для виявлення показників копінг-стратегій було використано психодіагностичну методику **«Опитувальник Brief-COPE (С. Carver, 1997; адаптація Т. Яблонської, О. Вернік, Г. Гайворонського, 2023)»**. Данна методика була адаптована українською мовою українськими психологами методом зворотного перекладу[36].

Він спрямований на вивчення стратегій подолання життєвих труднощів та поділяє копінг-стратегії на три сектори, кожен з яких набирає бали в залежності від того, наскільки часто відповідне рішення проблеми втілюється в поведінці. Результати опитування дозволяють сформувати профіль копінг-стратегій, що допомагає фахівцям оцінити їхню ефективність та розробити інтервенції для покращення психологічного благополуччя та адаптації до стресу.

Методи статистичної обробки даних:

Обробку даних здійснювали із використанням програмного забезпечення JASP. У роботі застосовано описову статистику, міжгрупові порівняння (t-тест Вельча та U-критерій Манна–Уїтні), а також кореляційний аналіз Спірмена (ρ).

Висновки до розділу 2

1. У другому розділі кваліфікаційної роботи було детально представлено процедуру, вибірку та психодіагностичні методи, які забезпечили емпіричну перевірку гіпотези про особливості емоційної сфери фармацевтів, що працюють у прифронтових регіонах України в умовах воєнного стану.

2. Дослідження проводилося упродовж жовтня 2025 року з використанням онлайн-анкети на платформі Google Forms. У вибірку увійшли 64 фармацевти жіночої статі віком від 35 до 50 років, з яких 32 - з м. Харків (прифронтовий регіон) та 32 - з м. Івано-Франківськ. Такий добір респондентів забезпечив репрезентативність і можливість порівняння емоційних показників у групах, що відрізняються за рівнем впливу воєнних факторів.

3. Для комплексного вивчення психологічних особливостей емоційної сфери фармацевтів було застосовано п'ять валідних методик: «Шкала диференціальних емоцій» К. Ізарда; Оцінка рівня ситуативної (реактивної) тривожності Спілбергера-Ханіна (State-Trait Anxiety Inventory, STAI); Методика «Професійне (емоційне) вигорання MBI» (К. Маслач, С. Джексон); Шкала сприйнятого стресу (Perceived Stress Scale-10, PSS-10); Опитувальник Brief-COPE (С. Carver, 1997; адаптація Т. Яблонської, О. Вернік, Г. Гайворонського, 2023). Обраний комплекс методик дасть змогу дослідити структуру емоційної сфери фармацевтів, її взаємозв'язки з рівнем тривожності, стресу, вигорання та особливостями копінг-поведінки.

4. Застосування описової статистики, міжгрупові порівняння (t-тест Вельча та U-критерій Манна-Уїтні), а також кореляційний аналіз Спірмена (ρ). забезпечить можливість виявлення кількісних і якісних відмінностей між двома групами респондентів, а також побудови узагальненої моделі емоційного профілю фармацевтів.

РОЗДІЛ 3.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ ФАРМАЦЕВТІВ ЯКІ ПРАЦЮЮТЬ У ПРИФРОНТОВИХ РЕГІОНАХ ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ

3.1. Психологічні особливості прояву базових емоцій у фармацевтів прифронтових регіонах під час воєнного стану

З метою виявлення особливостей емоційної сфери фармацевтів, які працюють у прифронтових регіонах України в умовах воєнного стану, у даному дослідженні було використано методику «Шкала диференційних емоцій».

Обробку результатів проведено за допомогою статистичного пакета JASP із застосуванням описової статистики (середнє значення, стандартне відхилення, мінімум, максимум) та U-критерію Манна-Уїтні для перевірки відмінностей між групами фармацевтів (м. Харків - прифронтовий регіон, м. Івано-Франківськ - віддалений регіон).

Результати порівняння середніх значень десяти базових емоцій і трьох інтегральних індексів наведено у (Таблиці 3.1), а результати за U-критерієм Манна-Уїтні - у (Таблиці 3.2). Візуалізацію отриманих даних подано у вигляді діаграм базових емоцій (рис. 3.1) та інтегральних індексів (рис. 3.2).

Як видно з даних (Таблиці 3.1), за більшістю показників базових емоцій спостерігаються незначні відмінності між групами фармацевтів, що працюють у прифронтових (м. Харків) і віддалених (м. Івано-Франківськ) регіонах. У групі фармацевтів м. Харкова вищими є середні показники за такими емоціями: інтерес (7,72 проти 7,16), здивування (8,66 проти 7,69), горе (8,47 проти 8,34), страх (8,69 проти 8,00), сором (6,94 проти 6,56) та вина (7,94 проти 7,66). Це свідчить про емоційну насиченість і підвищену чутливість фармацевтів прифронтових регіонів до зовнішніх впливів, а також про тенденцію до переживання тривожно-депресивних станів.

Аналіз інтегральних показників підтверджує наведені спостереження: індекс позитивних емоцій (ІПЕ) у фармацевтів м. Харкова становить 23,16, що трохи перевищує показник м. Івано-Франківська (22,03), проте ці відмінності не є статистично значущими ($p > 0.05$). Індекс гострих негативних емоцій (ІГНЕ) у прифронтівій групі є вищим (31,25 проти 29,72), що відображає підвищену емоційну напруженість і схильність до переживання гніву, огиди, презирства. Індекс тривожно-депресивних емоцій (ІТДЕ) також вищий у фармацевтів Харкова (23,56 проти 22,22), що свідчить про схильність до тривоги, почуття провини та емоційної вразливості.

Таблиця 3.1.

Порівняння середніх значень усіх 10 емоцій та трьох інтегральних індексів

Емоції	Фармацевти м. Харків n=32	Фармацевти м. Івано-Франківськ n=32
Інтерес	7.72	7.16
Радість	6.78	7.18
Здивування	8.66	7.68
Горе	8.47	8.34
Гнів	8.75	8.78
Відраза	8.63	8.19
Презирство	7.53	7.09
Страх	8.28	8.03
Сором	7.41	7.44
Вина	7.91	7.50
ІПЕ	28.90	29.70
ІГНЕ	36.20	35.80
ІТДЕ	25.30	26.10

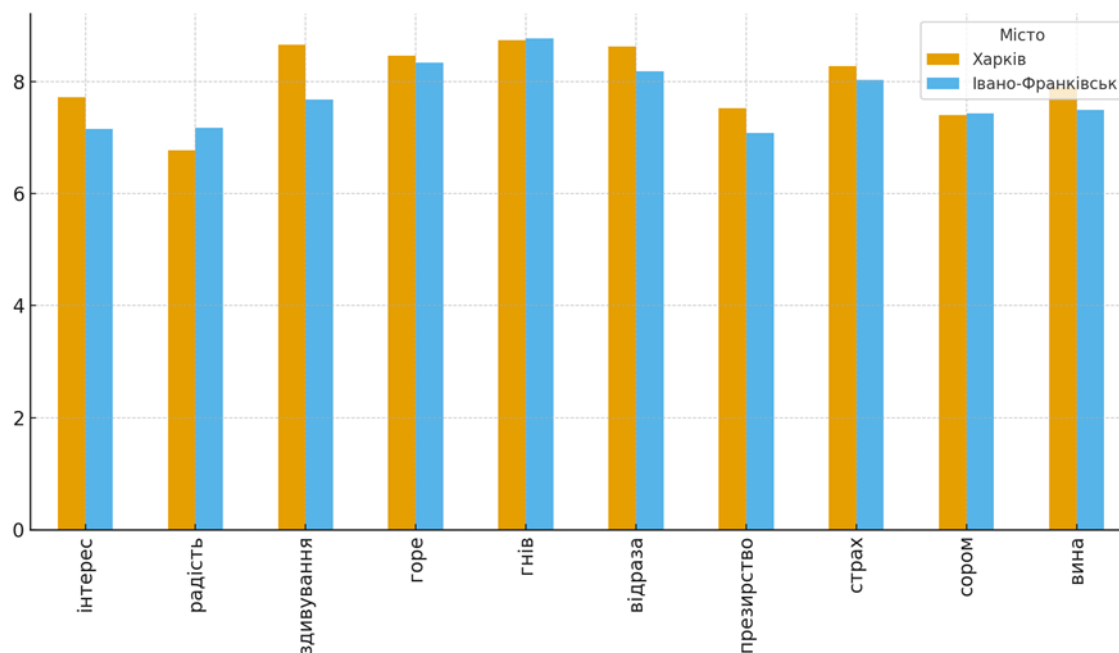


Рис. 3.1. Порівняння базових емоцій у фармацевтів двох регіонів

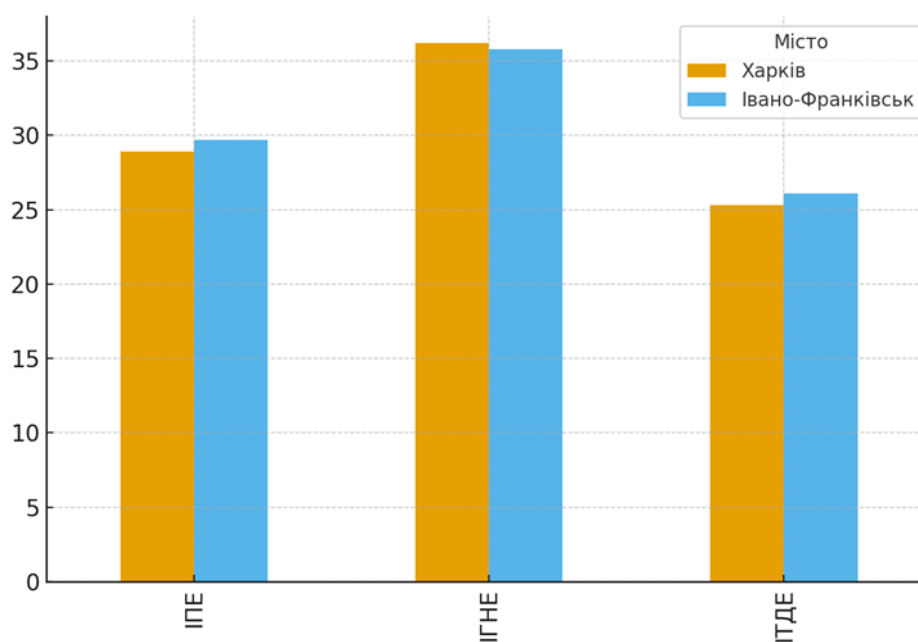


Рис. 3.2. Порівняння інтегральних індексів ІПЕ, ІГНЕ, ІТДЕ у фармацевтів двох регіонів

Згідно з результатами, наведеними в (Таблиці 3.2), значення (p) за всіма показниками перевищують рівень статистичної значущості ($p > 0.05$), що свідчить про

відсутність достовірних відмінностей між фармацевтами м. Харкова (прифронтовий регіон) та м. Івано-Франківська (віддалений регіон) за рівнями вираженості базових емоцій.

Таблиця 3.2.

Результати перевірки статистично значущих відмінностей за
U-критерієм Манна–Уїтні

Емоції	U-статистика	p-значення
Інтерес	556.5	0.5518
Радість	469.5	0.5693
Здивування	583.0	0.3369
Горе	523.5	0.8819
Гнів	505.0	0.9301
Відраза	520.5	0.9139
Презирство	620.0	0.1455
Страх	569.5	0.4412
Сором	530.5	0.8067
Вина	533.0	0.7814
ШЕ	553.5	0.5811
ІГНЕ	563.5	0.4931
ІТДЕ	551.0	0.6048

Найнижчі значення (p), які свідчать про тенденції до можливих відмінностей, спостерігаються за показниками: презирство ($U = 620.0$; $p = 0.1455$) - респонденти м. Харкова демонструють дещо вищі показники, що може вказувати на емоційне напруження та критичне ставлення до навколишньої ситуації; здивування ($U = 583.0$; $p = 0.3369$) - у фармацевтів Харкова фіксується вищий рівень емоційної реактивності, що свідчить про підвищену чутливість до нових або стресових подій; страх ($U = 569.5$; $p = 0.4412$) - також проявляє тенденцію до підвищення у прифронтовій групі.

Натомість за більшістю показників (інтерес, радість, горе, гнів, відраза, сором, вина) відмінності не виявлено (p від 0.55 до 0.93), що засвідчує подібний рівень емоційного реагування у фармацевтів обох регіонів.

Серед інтегральних показників спостерігаються такі результати: ІПЕ ($U = 553.5$; $p = 0.5811$) - незначна перевага у фармацевтів Харкова, але статистично незначуща; ІГНЕ ($U = 558.0$; $p = 0.5449$) - свідчить про незначне домінування негативних емоцій у прифронтовій групі; ІТДЕ ($U = 571.5$; $p = 0.4472$) - показує незначну різницю у тривожно-депресивних емоціях між групами.

Отже, можна стверджувати, що емоційна сфера обох груп фармацевтів залишається подібною за структурою, проте у представників прифронтового регіону виявляються тенденції до більшої емоційної збудливості, напруження та чутливості до стресових чинників.

3.2. Дослідження рівня тривожності у фармацевтів прифронтових регіонів

Метою даного етапу дослідження є визначення рівня ситуативної та особистісної тривожності у фармацевтів, які працюють у різних регіонах України, а також оцінювання впливу прифронтових умов на їхній емоційний стан.

Для цього було застосовано методику Спілбергера–Ханіна (State–Trait Anxiety Inventory, STAI), що дає змогу диференційовано дослідити як поточні ситуативні реакції тривоги, так і стійкі індивідуальні тенденції до тривожності як особистісної риси.

Статистичну обробку результатів проведено за допомогою пакета JASP. Було використано описову статистику (середнє значення, стандартне відхилення, мінімум, максимум) та здійснено порівняльний аналіз між двома групами респондентів (фармацевти м. Харкова - прифронтовий регіон та м. Івано-Франківська - віддалений регіон) із застосуванням t -тесту Вельча і U -критерію Манна-Уїтні. Рівень статистичної значущості приймався на рівні $p \leq 0,05$.

Таблиця 3.3.

Описова статистика показників тривожності у групах

Показник	Місто	Середнє	SD	Мін	Макс
Ситуативна тривожність	Харків	50.38	8.59	28	66
Ситуативна тривожність	Івано-Франківськ	45.59	8.14	23	65
Особистісна тривожність	Харків	50.25	8.85	31	70
Особистісна тривожність	Івано-Франківськ	46.97	7.78	24	62
Загальна тривожність	Харків	100.62	16.85	59	132
Загальна тривожність	Івано-Франківськ	92.56	15.32	47	120

Таблиця 3.4.

Порівняння рівнів тривожності між групами (t-тест Вельча та U-критерій Манна–Уїтні).

Показник	t-тест Вельча	p (t-test)	U- критерій Манна–Уїтні	p (U)
Ситуативна тривожність	2.286	0.0223*	339.0	0.0202*
Особистісна тривожність	1.575	0.1151	412.0	0.1837
Загальна тривожність	2.003	0.0452*	371.0	0.0583*

Примітка: * - результат значимий на рівні $p \leq 0.05$

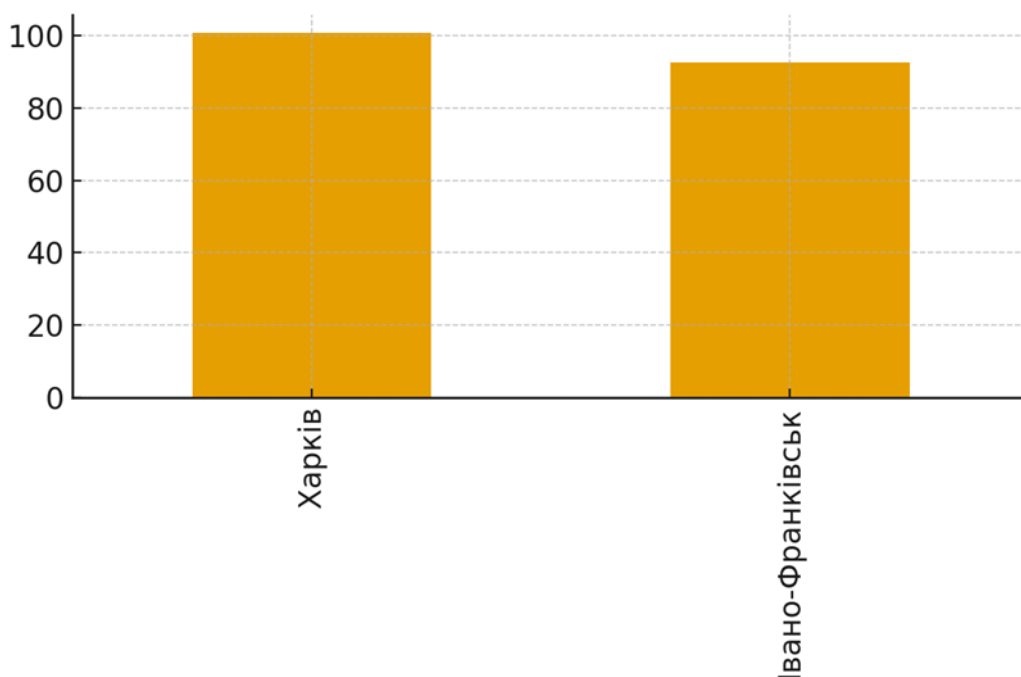


Рис. 3.3. Загальний рівень тривожності у групах.

Отримані результати засвідчили вищі середні значення у фармацевтів м. Харкова порівняно з фармацевтами м. Івано-Франківська. Зокрема: ситуативна тривожність - Харків: 50.38, Івано-Франківськ: 45.59; особистісна тривожність - Харків: 50.25, Івано-Франківськ: 46.97; загальна тривожність - Харків: 100.62, Івано-Франківськ: 92.56.

Порівняльний аналіз підтверджує статистичну значущість частини відмінностей представлено у (Таблиці 3.4): p (t-тест) для ситуативної тривожності = 0.0223, для особистісної тривожності = 0.1151, для загальної тривожності = 0.0452; p (U) для ситуативної тривожності = 0.0202, для особистісної тривожності = 0.1794, для загальної тривожності = 0.0583. Статистичний аналіз (t-тест Вельча та U-критерій Манна–Уїтні) засвідчує наявність статистично значущих відмінностей ($p \leq 0,05$) за частиною показників, що відображає вплив прифронтового середовища на психоемоційний стан.

Підвищені показники ситуативної тривожності відображають інтенсивнішу реакцію на актуальні стресові фактори (воєнні загрози, тривоги, нестабільність умов праці), тоді як високі значення особистісної тривожності свідчать про формування стійкої схильності до тривожного реагування на тлі хронічного стресу.

3.3. Дослідження рівня прояву емоційного вигорання у фармацевтичних працівників прифронтових регіонів

Метою даного підрозділу є дослідження рівнів емоційного виснаження, деперсоналізації та редукції професійних досягнень у фармацевтів м. Харкова та фармацевтів м. Івано-Франківська, із подальшим порівнянням показників. Для діагностики рівня професійного вигорання у дослідженні використано методику МВІ (К. Маслач, С. Джексон).

Було розраховано описову статистику (середнє значення, стандартне відхилення, мінімум, максимум) та виконано порівняння між групами за t-тестом Вельча і U-критерієм Манна-Уїтні. Аналіз отриманих середніх показників за методикою МВІ (К. Маслач, С. Джексон) засвідчив, що в обох досліджуваних групах фармацевтів спостерігається схожий профіль емоційного вигорання.

Показники за шкалою «Емоційне виснаження» становлять: для фармацевтів м. Харкова - 21,16, для м. Івано-Франківська - 19,00, що відповідає середньому рівню (17-26 балів). Це свідчить про наявність помірного рівня емоційної напруги та втоми. Незначно вищі показники у респондентів прифронтового регіону (м. Харків) можуть відображати вплив додаткових стресогенних чинників - зокрема підвищеної тривоги, небезпеки та нестабільності робочих умов.

За шкалою «Деперсоналізація» середні значення становлять: 7,28 у фармацевтів м. Харкова та 6,59 у м. Івано-Франківська, що належать до низько-середнього діапазону (6-7 балів) - перехідна зона до середнього рівня. Імовірно, збереження професійної емпатії та мотивації допомагати іншим є важливим захисним фактором для обох груп.

Показники за шкалою «Редукція професійних досягнень» становлять 24,69 у фармацевтів м. Харкова та 25,69 у м. Івано-Франківська. Для цієї шкали нижчі значення вказують на більшу редукцію, тобто на зниження суб'єктивного відчуття ефективності та професійної компетентності. Обидва середні показники не перевищують межу 31 бала, що відповідає високому рівню редукції професійних досягнень - небажаному прояву синдрому вигорання. Це може свідчити про загальне

відчуття виснаження та зниження впевненості у професійних результатах, характерне для фармацевтів в умовах воєнного стану незалежно від регіону роботи.

Описова статистика показників професійного вигорання (MBI) у групах представлена у (Таблиці 3.5).

Таблиця 3.5.

Описова статистика показників професійного вигорання (MBI) у групах

Показник	Місто	Середє	SD	Мін	Макс
Емоційне виснаження	Харків	21.16	8.17	8	38
Емоційне виснаження	Івано-Франківськ	19.00	9.42	0	42
Деперсоналізація	Харків	7.28	3.43	0	15
Деперсоналізація	Івано-Франківськ	6.59	4.20	0	16
Редукція професійних досягнень	Харків	24.69	6.31	10	36
Редукція професійних досягнень	Івано-Франківськ	25.69	5.82	8	36

Проведені порівняльні тести (t-тест Вельча та U-критерій Манна–Уїтні) не виявили статистично значущих відмінностей між групами за жодною зі шкал ($p > 0,05$), що свідчить про подібний профіль вигорання у респондентів обох регіонів.

Таблиця 3.6.

Порівняння між групами за t-тестом Вельча та U-критерієм Манна–Уїтні

Компоненти вигорання	t-тест Вельча	p (t-тест)	U(Манна-Уїтні)	p (U)
Емоційне виснаження	0.979	0.3278	431.0	0.2768
Деперсоналізація	0.717	0.4734	439.5	0.3303
Редукція професійних досягнень	-0.659	0.5097	477.5	0.6432

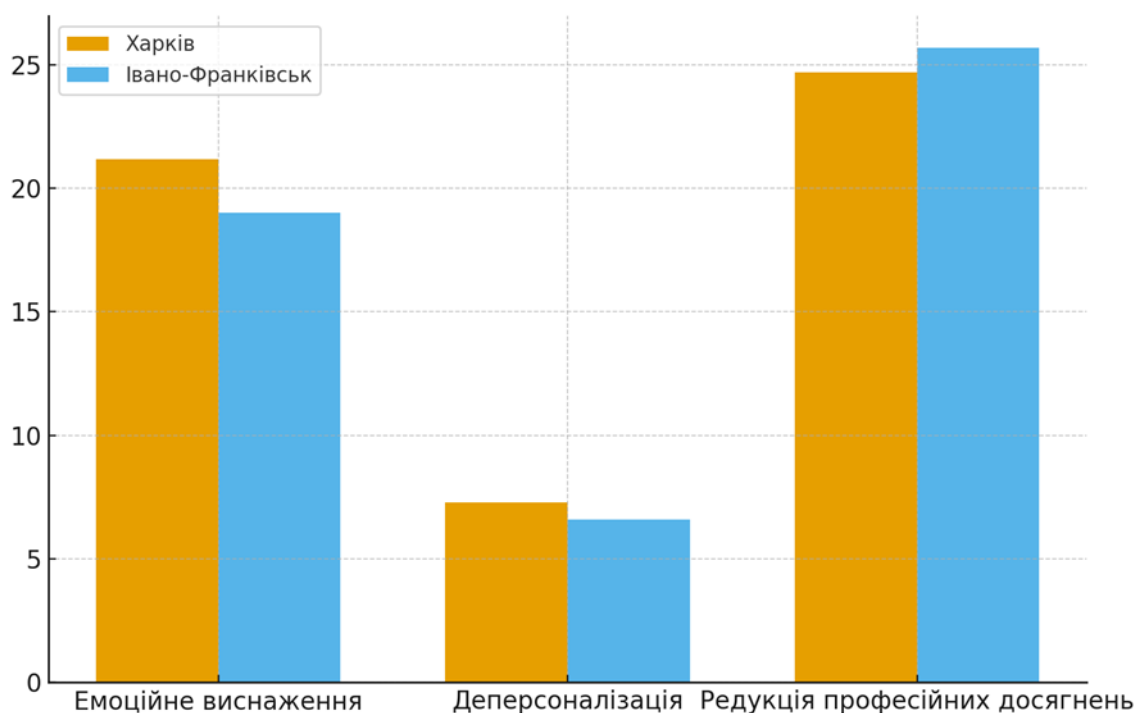


Рис. 3.4. Узагальнююча діаграма середніх значень за шкалами MBI у двох групах фармацевтів (м. Харків; м. Івано-Франківськ)

Отже, прифронтовий фактор не зумовив статистично підтверджуваних відмінностей за груповими середніми MBI, однак в обох групах фіксується помітна редукція професійних досягнень на тлі середнього емоційного виснаження та низько-середньої деперсоналізації.

3.4. Дослідження сприйняття стресу фармацевтами прифронтових регіонів

З метою оцінювання суб'єктивного сприйняття стресу у фармацевтів прифронтового регіону, було використано Шкалу сприйнятого стресу (Perceived Stress Scale, PSS-10). Методика дає змогу виміряти ступінь, у якому людина оцінює своє життя як напружене, неконтрольоване та перевантажене.

У ході емпіричного дослідження рівня сприйнятого стресу за методикою PSS-10 проведено статистичну обробку результатів для двох груп фармацевтів - з м.

Харкова (прифронтовий регіон) та м. Івано-Франківська (регіон, віддалений від зони бойових дій).

Для оцінювання рівня сприйнятого стресу у фармацевтів обох груп обчислено показники описової статистики (середнє значення, стандартне відхилення, мінімум, максимум).

Для перевірки наявності відмінностей між групами застосовано два статистичні методи - t-тест Вельча та U-критерій Манна-Уїтні.

Додатково здійснено розподіл респондентів за рівнями стресу відповідно до класифікації PSS-10: низький рівень - ≤ 13 балів; середній рівень - 14-26 балів; високий рівень - ≥ 27 балів.

Таблиця 3.7.

Описова статистика загального показника сприйняття стресу (PSS) у групах

Місто проживання	Середнє	SD	Мін	Макс
Харків	19.16	7.19	6	35
Івано-Франківськ	19.72	5.79	10	35

Таблиця 3.8.

Порівняння показників сприйнятого стресу між групами

(t-тест Вельча та U-критерій Манна-Уїтні)

Показник	t тест Вельча	p (t-тест)	U (Манна-Уїтні)	p (U)
Сприйняття стресу (PSS)	-0.34	0.7317	500.00	0.8771

Таблиця 3.9.

Розподіл фармацевтів за рівнями сприйнятого стресу

Група	Низький	Середній	Високий
Фармацевти (м.Харків)	21.9%	62.5%	15.6%
Фармацевти (м.Івано-Франківськ)	9.4%	81.2%	9.4%

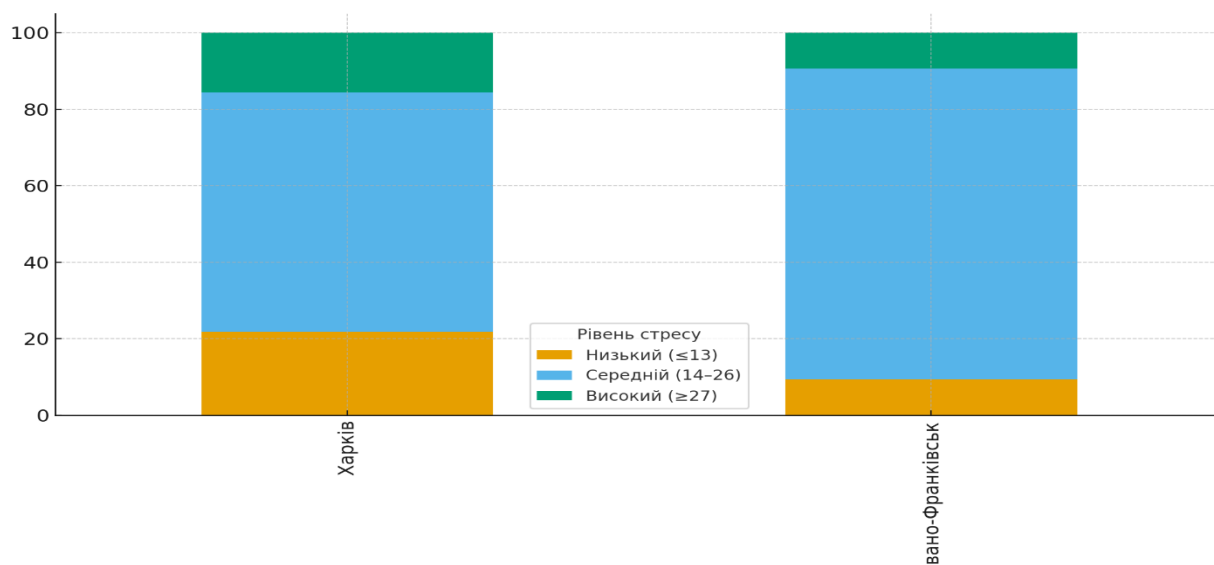


Рис.3.5. Розподіл за рівнем сприйнятого стресу (Шкала PSS-10)

У результаті аналізу даних, отриманих за шкалою сприйнятого стресу (PSS-10), було виявлено, що загальний рівень сприйнятого стресу у фармацевтів як прифронтового регіону (м. Харків), так і віддаленого регіону від лінії фронту (м. Івано-Франківськ) переважно відповідає середньому діапазону. Розподіл респондентів за рівнями напруженості свідчить про домінування середнього рівня, тоді як частка високого стресу присутня в обох групах, що вказує на потребу у системній профілактиці психоемоційного виснаження. Описова статистика загального показника PSS по групах представлена у таблиці 3.7.

Порівняльний аналіз за t-тестом Вельча та U-критерієм Манна–Уїтні не виявив статистично значущих різниць між групами: $t=-0.34$, $p=0.7317$; $U=500.00$, $p=0.8771$. Величина ефекту різниці середніх є тривіальною, що свідчить про зіставну інтенсивність суб'єктивно сприйнятого стресу у двох регіонах. (Таблиця 3.8.)

За інтегральним показником PSS-10 гіпотеза про вищий рівень сприйнятого стресу у фармацевтів прифронтового регіону не підтверджена ($p>0.05$). Підвищений стрес є типовим і для фахівців віддалених областей, що може бути наслідком загальної тривалої дії воєнних та соціально-економічних чинників.

Водночас структурні особливості розподілу (підвищена частка високого рівня і більша варіативність у Харкові) свідчать про наявність підгрупи респондентів із підвищеним стресом.

3.5. Застосування та вибір копінг-стратегій фармацевтів, які працюють у прифронтових регіонах України

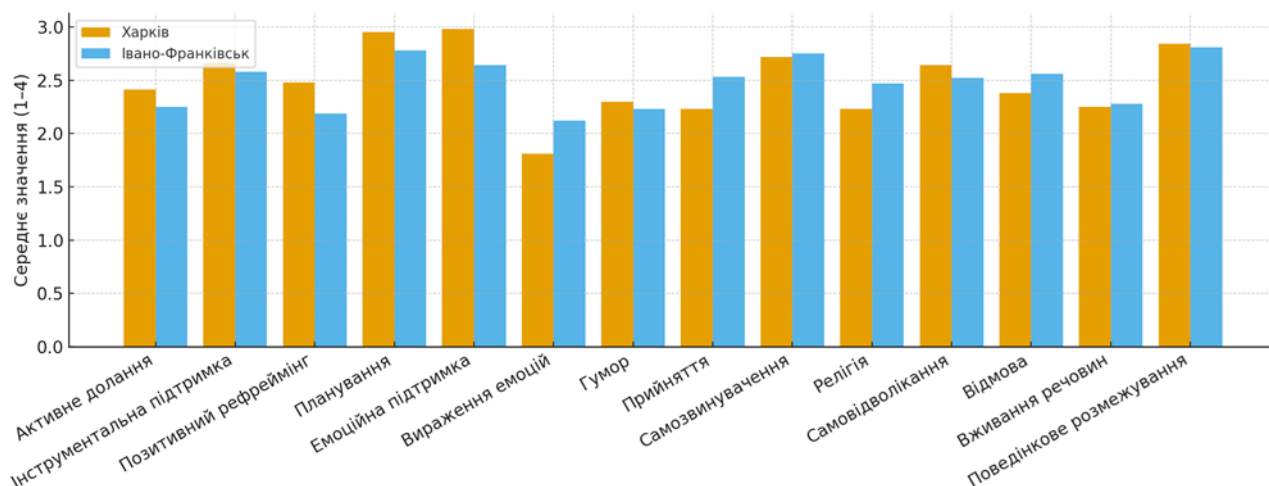
Для дослідження особливостей вибору та застосування копінг-стратегій фармацевтами у прифронтовому регіоні (м. Харків) було застосовано опитувальник Brief-COPE з метою виявити, як саме фахівці долають стресори війни та професійної діяльності. Щоб з'ясувати, чи існують специфічні відмінності, результати порівняно з даними фармацевтів з віддаленого регіону (м. Івано-Франківськ).

Для цього здійснено статистичну обробку результатів із використанням описової статистики, t-тесту Вельча та U-критерію Манна-Уїтні для міжгрупових порівнянь та для виявлення взаємозв'язків між різними копінг-стратегіями фармацевтів було проведено кореляційний аналіз із використанням коефіцієнта Спірмена (ρ).

Таблиця 3.10.

Описова статистика середніх значень підшкал копінг-стратегій за опитувальником Brief-COPE у двох групах фармацевтів

Копінг-стратегії	Фармацевти (м.Харків)	Фармацевти (м.Івано-Франківськ)
Активне додання	2.41	2.25
Інструментальна підтримка	2.66	2.58
Позитивний рефреймінг	2.48	2.19
Планування	2.95	2.78
Емоційна підтримка	2.98	2.64
Вираження емоцій	1.81	2.12
Гумор	2.3	2.23
Прийняття	2.23	2.53
Самозвинувачення	2.72	2.75
Релігія	2.23	2.47
Самовідволікання	2.64	2.52
Відмова	2.38	2.56
Вживання речовин	2.25	2.28
Поведінкове розмежування	2.84	2.81



Отримані результати дослідження показали, що найбільш вираженими копінг-стратегіями серед фармацевтів є планування, емоційна підтримка, позитивний рефреймінг і прийняття. Це свідчить про переважання адаптивних, проблемно-орієнтованих форм подолання стресу, які сприяють збереженню емоційної стабільності та ефективності професійної діяльності в умовах підвищеної напруженості.

Узагальнений профіль свідчить про домінування адаптивних, проблемно-орієнтованих стратегій: планування (2.87), поведінкове розмежування (2.83), емоційна підтримка (2.81), самозвинувачення (2.74). Найнижчі середні значення мають уникаючі стратегії: гумор (2.26), вживання речовин (2.26), вираження емоцій (1.97). Узагальнена діаграма (Рис.3.6) демонструє порівнянні профілі застосування копінг-стратегій у двох групах фармацевтів. Найвищі середні значення спостерігаються за адаптивними проблемно-орієнтованими стратегіями - активне додання, планування, позитивний рефреймінг, інструментальна та емоційна підтримка. Водночас уникаючі стратегії (самовідволікання, відмова, вживання речовин, поведінкове розмежування) мають нижчі середні значення, а емоційно-орієнтовані (вираження емоцій, гумор, прийняття, самозвинувачення, релігія) займають проміжні позиції. Загальний профіль засвідчує перевагу адаптивних механізмів при збереженні певної частки емоційно-орієнтованих та унікальних реакцій, що може відображати хронічний характер стресогенних факторів у сучасних умовах.

За результатами порівняльного аналізу не виявлено статистично значущих відмінностей між фармацевтами м. Харкова та м. Івано-Франківська за окремими підшкалами Brief-COPE. Отримані значення (p) для всіх стратегій перевищують пороговий рівень 0,05, хоча для емоційної підтримки та вираження емоцій простежується тенденція до більшої виразності в окремих групах. Це дає підстави стверджувати, що загальний профіль копінг-стратегій у фармацевтів обох регіонів є подібним: вони переважно використовують адаптивні форми подолання стресу, а неадаптивні й унікальні стратегії не є домінуючими. Такий результат свідчить про вплив спільних професійних вимог і відповідальності на формування особливостей копінг-поведінки в умовах воєнного стану.

Таблиця 3.11

Порівняльний аналіз за підшкалами Brief-COPE (t-тест Вельча; U-критерій Манна–Уїтні).

Копінг-стратегії	t тест Вельча	p (t-тест)	U (Манна-Уїтні)	p (U)
Активне додання	1.329	0.1888	607	0.1726
Інструментальна підтримка	0.516	0.608	533	0.7742
Позитивний рефреймінг	1.408	0.1642	607	0.1937
Планування	0.913	0.3647	588	0.2979
Емоційна підтримка	1.918	0.0597	650	0.0578
Вираження емоцій	-1.899	0.0623	381	0.0736
Гумор	0.42	0.6756	539	0.7064
Прийняття	-1.549	0.1266	408	0.1564
Самозвинувачення	-0.154	0.8783	488	0.748
Релігія	-1.338	0.1861	398	0.1207
Самовідволікання	0.636	0.5273	562	0.4988
Відмова	-1.342	0.1846	436	0.2932
Вживання речовин	-0.195	0.846	524	0.8731
Поведінкове розмежування	0.191	0.8493	525	0.862

Парні статистично значущі кореляції між підшкалами Brief-COPE
(коефіцієнт Спірмена, ρ)

Шкала	Шкала	ρ (Спірмена)	p
Самовідволікання	Активне подолання	0,37	0,003
Самовідволікання	Вентилювання емоцій	0,60	<0,001
Самовідволікання	Планування	0,42	0,001
Самовідволікання	Прийняття	0,32	0,009
Активне подолання	Емоційна підтримка	0,38	0,002
Активне подолання	Вентилювання емоцій	0,39	0,002
Активне подолання	Позитивний рефреймінг	0,33	0,008
Активне подолання	Планування	0,64	<0,001
Активне подолання	Гумор	0,40	0,001
Активне подолання	Прийняття	0,46	<0,001
Емоційна підтримка	Інструментальна підтримка	0,64	<0,001
Емоційна підтримка	Вентилювання емоцій	0,50	<0,001
Емоційна підтримка	Позитивний рефреймінг	0,45	<0,001
Емоційна підтримка	Планування	0,46	<0,001
Інструментальна підтримка	Вентилювання емоцій	0,49	<0,001
Інструментальна підтримка	Позитивний рефреймінг	0,40	0,001
Вентилювання емоцій	Позитивний рефреймінг	0,48	<0,001
Вентилювання емоцій	Планування	0,43	<0,001
Вентилювання емоцій	Гумор	0,31	0,013
Позитивний рефреймінг	Планування	0,44	<0,001
Позитивний рефреймінг	Гумор	0,41	0,001
Позитивний рефреймінг	Прийняття	0,33	0,007
Планування	Гумор	0,54	<0,001
Планування	Прийняття	0,50	<0,001
Заперечення	Поведінкове розмежування	0,37	0,003

Примітка: усі кореляції значущі на рівні $p \geq 0,30$ та $p \leq 0,05$

З метою поглибленого розуміння взаємозв'язків між окремими копінг-стратегіями було проведено кореляційний аналіз із використанням коефіцієнта Спірмена (ρ). Кореляційний аналіз Спірмена підтвердили структурованість копінг-поведінки. Отримані результати засвідчили узгоджену структуру зв'язків. Він

показав, що більшість фармацевтів використовують взаємопов'язані адаптивні стратегії подолання (активне додання, планування, підтримка, позитивний рефреймінг, прийняття), які формують захисний психологічний ресурс у умовах воєнного стану. Водночас наявність окремого кластеру уникаючих і дезадаптивних копінг-стратегій (заперечення, поведінкове розмежування) вказує на групу підвищеного ризику, що потребує цілеспрямованих заходів психологічної підтримки.

Висновки до розділу 3

У межах емпіричного дослідження було послідовно реалізовано поставлені завдання, що дало змогу комплексно охарактеризувати особливості емоційної сфери, рівень тривожності, професійного вигорання, сприйнятого стресу та копінг-стратегій фармацевтів, які працюють у прифронтових регіонах України в умовах воєнного стану, у порівнянні з фахівцями віддаленого регіону.

1. Результат дослідження рівня вираженості базових емоцій і інтегральних індексів між фармацевтами з м. Харкова та м. Івано-Франківська не мають статистично підтверджених відмінностей. Це свідчить, що емоційний стан обох груп загалом подібний, хоча у фармацевтів прифронтового регіону простежується тенденція до більш інтенсивного переживання емоцій напруження, тривоги, провини, страху та втрати емоційних ресурсів, що відображається у підвищених інтегральних індексах негативних та тривожно-депресивних емоцій. Це свідчить про напружений емоційний фон діяльності в умовах постійної загрози, високої відповідальності та контактів із пацієнтами, які перебувають у кризових станах. Водночас збереження інтересу та окремих позитивних емоцій може розглядатися як ресурс професійної мотивації. Це частково підтверджує припущення про вразливість емоційної сфери фармацевтів у зоні підвищеного ризику.

2. Дослідження рівня тривожності показало, що фармацевти м. Харкова мають вищі показники ситуативної тривожності порівняно з колегами з м. Івано-Франківська. Водночас рівень особистісної тривожності залишається в межах

помірних значень, що свідчить про збереження адаптивного потенціалу та професійної саморегуляції. Підвищені показники ситуативної тривожності відображають реакцію на актуальні стресові фактори - воєнні загрози, повітряні тривоги, нестабільність робочих умов. Високі показники особистісної тривожності вказують на більш глибокі, стійкі зміни емоційної регуляції, які формуються під впливом хронічного стресу та перевтоми. Це свідчить про загальне підвищення тривожності як професійної та соціальної реакції на воєнний контекст, за збереження контролю над станом у більшості фахівців.

3. Узгодження з результатами за шкалою диференційних емоцій К. Ізарда свідчить, що підвищена тривожність у прифронтовій групі поєднується з інтенсивнішими негативними переживаннями, що вказує на взаємопов'язаність емоційної сфери та тривожності у фармацевтів.

4. Проведене дослідження рівня професійного (емоційного) вигорання за методикою МВІ (К. Масlach, С. Джексон) дало змогу комплексно охарактеризувати стан емоційного виснаження, деперсоналізації та редукції професійних досягнень у фармацевтів, які працюють у різних регіонах України. За результатами порівняльного аналізу не виявлено статистично значущих відмінностей між групами за жодною зі шкал, що свідчить про подібний профіль емоційного вигорання у респондентів обох регіонів. У вибірці загалом зафіксовано середній рівень емоційного виснаження та низько-середній рівень деперсоналізації на тлі вираженої редукції професійних досягнень. Для фармацевтів прифронтового регіону спостерігається тенденція до більшої вираженості симптомів вигорання, що узгоджується з впливом додаткових екстремальних чинників воєнного середовища.

5. У результаті аналізу даних, отриманих за шкалою сприйнятого стресу (PSS-10), встановлено, що статистично значущих відмінностей за інтегральним показником між фармацевтами з різних регіонів не виявлено. Це свідчить про те, що умови воєнного стану створюють підвищений стресогенний фон для фармацевтів незалежно від місця проживання. У більшості учасників обох груп домінує середній рівень сприйнятого стресу, що вказує на наявність хронічного, але загалом контрольованого емоційного напруження. Водночас серед фармацевтів

прифронтових регіонів частіше фіксуються вищі показники напруженості, що відображає вплив постійних зовнішніх загроз і невизначеності.

6. Отримані результати за методикою Brief-COPE свідчать, що для фармацевтів обох регіонів характерне переважання адаптивних, проблемно-орієнтованих копінг-стратегій. Найчастіше респонденти використовують планування, активне додання труднощів, позитивний рефреймінг та емоційну підтримку, що вказує на наявність ефективних способів саморегуляції й збереження емоційної стабільності в умовах тривалого стресу. Водночас менш вираженими є уникаючі та емоційно-деструктивні стратегії - такі як заперечення, вживання психоактивних речовин або надмірне самозвинувачення, що свідчить про достатній рівень професійної відповідальності.

ВИСНОВКИ

У межах проведеного дослідження було комплексно проаналізовано емоційні, тривожні, стресові та копінг-процеси, що характеризують діяльність фармацевтів у сучасних умовах підвищеного психологічного навантаження. Отримані результати дали змогу виявити як спільні закономірності емоційного реагування, так і певні тенденції, пов'язані зі специфікою роботи у прифронтових регіонах.

1. Рівень базових емоцій не виявив статистично значущих відмінностей між фармацевтами м. Харкова та м. Івано-Франківська, однак для представників прифронтової зони характерна тенденція до більш інтенсивного переживання тривоги, страху, провини та емоційного виснаження. Це свідчить про наявність хронічного напруження та емоційного перевантаження, що формує підвищену вразливість емоційної сфери.

2. За методикою Спілбергера–Ханіна (STAI) встановлено, що фармацевти прифронтового регіону мають вищі показники ситуативної тривожності, що відображає реакцію на актуальні воєнні загрози та нестабільність професійних умов. Водночас рівень особистісної тривожності переважно зберігається в межах помірних значень, що свідчить про збереження адаптивного потенціалу і здатність до саморегуляції.

3. Дослідження за методикою професійного вигорання, показало середній рівень емоційного виснаження і виражену редукцію професійних досягнень у всій вибірці, що може відображати наслідки тривалого психоемоційного напруження. Для фармацевтів прифронтового регіону характерна тенденція до більшої вираженості симптомів вигорання, що узгоджується з впливом додаткових екстремальних чинників.

4. Результати дослідження сприйнятого стресу підтвердили високий рівень напруженості у більшості респондентів. Статистично значущих відмінностей між групами не виявлено, однак у прифронтових фармацевтів частіше спостерігаються вищі показники суб'єктивного стресу, що свідчить про дію постійного зовнішнього тиску та обмежені можливості відновлення.

5. Дослідження копінг-поведінки показали переважання адаптивних, проблемно-орієнтованих копінг-стратегій що відображає прагнення до конструктивного подолання труднощів. Загальний профіль копінг-поведінки фармацевтів м. Харкова та м. Івано-Франківська виявився загалом подібним, що свідчить про роль спільних професійних вимог, стандартів роботи та етичної відповідальності у формуванні стратегій подолання.

Таким чином, гіпотеза дослідження частково підтверджена: фармацевти прифронтових регіонів дійсно демонструють вищі показники ситуативної тривожності, емоційного виснаження та напруження, однак статистично значущі відмінності між групами виявлено не за всіма параметрами. Це свідчить, що вплив воєнного стану на емоційну сферу є системним, охоплюючи працівників фармацевтичної галузі незалежно від географічного розташування.

Узагальнюючи результати, можна зробити висновок, що всі фармацевтичні працівники, незалежно від регіону, перебувають у стані підвищеного психологічного навантаження та потребують психологічної підтримки, програм профілактики емоційного вигорання, розвитку стресостійкості й ресурсів відновлення. Реалізація таких заходів є важливою умовою збереження психічного здоров'я та професійного функціонування фахівців у системі охорони здоров'я в умовах тривалого воєнного стресу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ ТА ДЖЕРЕЛ

1. Психічне здоров'я та ставлення українців до психологічної допомоги під час війни: URL: https://gradus.app/documents/307/Gradus_Research_Mental_Health_Report_full_version.pdf (дата звернення: 22 - 26.09.2022).
2. Наказ МОЗ України від 05.01.2022 № 7 «Про затвердження протоколів фармацевта» [URL:https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukraini-vid-05012022--7-pro-zatverdzhennja-protokoliv-farmacevta](https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukraini-vid-05012022--7-pro-zatverdzhennja-protokoliv-farmacevta)
3. Мекшун, Л. (2023). Вплив стрес-менеджменту на працездатність людини й управління персоналом в умовах війни// Проблеми і перспективи економіки та управління. 2023 №2 (34). С.77–87.
4. Крутських Т.В., Малий В.В., Чегринєць А.А., Рогуля О.Ю., Бондарєва І.В., Малініна Н.Г. Обґрунтування доцільності запровадження стрес-менеджменту в аптечних закладах //Соціальна фармація в охороні здоров'я. Харків.2024. №2. С.40-48.
5. Білоусова Н.А., Кабачна А.В. Психічне здоров'я: сучасні тренди у фармації та нові концепції. *Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики*. 2023. Т. 16, № 3(43). С. 284-290. DOI: <https://doi.org/10.14739/2409-2932.2023.3.285412>
6. Овчаренко О. Ю. Психологія стресу та стресових розладів : навч. посіб. Київ : Університет «Україна», 2023. 266 с.
7. Максименко С. Д. Загальна психологія. Київ : Центр учбової літератури, 2008. 272 с.
8. Скрипченко О. В., Долинська Л. В., Огороднійчук З. В. Загальна психологія : підручник. Київ : Каравела, 2019. 464 с.
9. Богданова І. В. Напрямки корекції синдрому хронічної втоми та синдрому емоційного вигорання. *Український медичний часопис*. 2021. № 1. С. 38–45.
10. Бровченко А. Емоційні стани фармацевтів під час війни: прості прийоми, як взяти себе в руки. *Аптека*. № 12/13 (1333/1334), 13.06.2022. URL: <https://www.apteka.ua/article/magazine/1334> (дата звернення: 10.11.2022).

11. Громцева О. В. Уявлення про професійне вигорання медичних працівників та дослідження його феноменології. *European Journal of Management Issues*. 2019. Vol. 27, № 3-4. С. 63-72.
12. Дуткевич Т. В. Загальна психологія. Теоретичний курс : навч. посіб. Київ : Центр учбової літератури, 2016. 388 с.
13. Буняк Н. А. Загальна психологія : лекції (частина II). Тернопіль : ТНТУ ім. І. Пулюя, 2017. 104 с.
14. Кириленко Т. Емоційна сфера особистості: вектори вивчення. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Психологія*. Київ, 2018. № 1(8). С. 26-30.
15. Варій М. Й. Загальна психологія : підручник (для студ. вищ. навч. закл.). 3-тє вид. Київ : Центр учбової літератури, 2009. 1007 с.
16. Партико Т. Б. Загальна психологія : підручник для студ. вищ. навч. закл. Київ : Видавничий дім Ін Юре, 2008. 416 с.
17. Юридична психологія : підручник. 2-ге вид., перероб. і доп. Харків : Право, 2008. 240 с.
18. Міністерство охорони здоров'я України. Перелік лікарських засобів, які підлягають реімбурсації станом на 23 серпня 2024 р. : Наказ від 04.09.2024 № 1537 . URL: <https://www.apteka.ua/reimbursement> (дата звернення: 23.08.2024).
19. Максименко С. Д., Руденко Я. В., Кушнерьова А. М., Невмержицький В. М. Психічне здоров'я особистості : підручник. Київ : Людмила, 2021. 438 с.
20. Михайлишин У. Б. Теоретико-методологічні основи визначення емоційних станів у сучасній психології. *Pedagogical and Psychological Sciences: Regularities and Development Trends*. Izdevnieciba «Baltija Publishing», 2020. С. 170-187.
21. Куземчак З. П. Передумови професійного вигорання працівників фармацевтичного бізнесу. У: IX МНТК молодих учених, 25-26 листопада 2020 р. Тернопіль : ТНТУ, 2020. Т. 2. С. 179-180.
22. Гончаренко Н. Психологічні особливості професійної комунікативної діяльності фармацевтичного працівника. *Problems of Modern Psychology*. 2019. Випуск 45. С. 79-103.

23. Пляка Л. В., Тюріна В. О. Психологічні аспекти професійної комунікативної компетентності майбутнього провізора. Проблеми загальної та педагогічної психології. 2009. Т. XI, ч. 4. С. 438-446.
24. Bondarieva I. V., Malyi V. V., Rohulia O. Y., Babicheva G. S., Malinina N. G., Chehrynets A. A. The study of the level of professional burnout among pharmacists. Social Pharmacy in Health Care. 2024. Vol. 10, № 3. P. 20-28.
25. Krutskikh T. V., Malyi V. V., Chehrynets A. A., Rohulia O. Y., Bondarieva I., Malinina N. G. The substantiation of the feasibility of implementing stress management in pharmacies. Social Pharmacy in Health Care. 2024. Vol. 10, № 2. P. 40-48.
26. Кабінет Міністрів України. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2023 році : Постанова від 27.12.2022 № 1464 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1464-2022> (дата звернення: 20.06.2025).
27. Наказ МОЗ України від 13.04.2022 № 627 «Про організацію надання медичної та фармацевтичної допомоги в умовах воєнного стану».
28. Лазуренко О. О. Психологія емоцій : підручник. Київ : Книга плюс, 2018. 264 с.
29. Цільмак О. М., Лісовенко А. Ф. Психологія емоцій та почуттів : метод. рек. з підготовки до практичних занять. Одеса : НУ ОЮА, 2025. 79 с.
30. Вельдбрехт О. О., Тавровецька Н. І. Шкала сприйнятого стресу (PSS-10): адаптація та апробація в умовах війни. Проблеми сучасної психології. 2022. № 2. С. 16-27.
31. Практична психосоматика: діагностичні шкали : навч. посіб. / за заг. ред. О. О. Чабана, О. О. Хаустової. 2-ге вид., випр. і доповн. Київ : Медкнига, 2019. 112 с.
32. World Health Organization. Burn-out an “occupational phenomenon”: International Classification of Diseases. News release, 28 May 2019. URL: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>

33. Підходи до діагностики професійного вигорання менеджерів / Н. М. Василик. Економічні науки. Серія «Регіональна економіка». 2022. Вип. 19(75). С. 17-29.
34. Олійник М. Дослідження синдрому вигорання. КПТ-орієнтована модель допомоги при емоційному вигоранні. Львів : Український інститут когнітивно-поведінкової терапії, 2021. 51 с.
35. Cohen S., Williamson G. Perceived Stress in a Probability Sample of the United States. In: Spacapan S., Oskamp S. (eds.). The Social Psychology of Health: Claremont Symposium on Applied Social Psychology. Newbury Park, CA : Sage, 1988. P. 31-67.
36. Яблонська Т., Верник О., Гайворонський Г. Українська адаптація опитувальника Brief-COPE. Insight: Психологічні виміри суспільства. 2023. № 10. С. 66-89.
37. Kavetska, N. A., Andreychyn, S. M., & Yarema, N. Z. (2021). Професійне вигорання серед медичних працівників: психологічні аспекти . Медична освіта, (4), С.27-31.
38. Федяк , І. О., & Волошенюк, Т. В. Результати анонімного опитування працівників аптек і лікарів щодо стану надання фармацевтичної допомоги пацієнтам зі стресом, тривогою і посттравматичним стресовим розладом. Фармацевтичний часопис. 2025(1),С. 96-106.
39. Євдокімова О. О. Історія психології : навч. посіб. МВС України, Харків. нац. ун-т внутр. справ. 2-ге вид. допов. Харків, 2020. 320 с.
40. Білоусова, Н. Інтеграція фармацевтів у процес охорони психічного здоров'я: Міжнародні концепції і стратегії. Сучасна медицина, фармація та психологічне здоров'я. 2023 №4(13), 94-103.
41. Коняшина І. Формування професійної компетентності майбутніх фахівців фармацевтів: дисертація доктора філософії: Спец. 011. Центральноукраїнський державний педагогічний університет імені Володимира Винниченка. Кропивницький, 2020. 237 с.

42. Білоусова Н.А. Фармацевтична допомога пацієнтам з порушеннями психічного здоров'я: теоретичні та методичні аспекти. Методичні рекомендації. Київ; ТОВ «Юрка Любченка», 2024. 60 с.
43. Rana S. FIP encourages pharmacists to expand roles in “much needed” mental health services. Pharmacy Business. - 2022. Режим доступу: <https://www.pharmacy.biz/news/fip-encourages-pharmacists-to-expand-roles-in-much-needed-mental-health-services/> (дата звернення: 20.06.2025)

Анотація. Кваліфікаційна робота присвячена дослідженню особливостей емоційної сфери фармацевтів, які працюють у прифронтових регіонах України в умовах воєнного стану. У ході емпіричного дослідження визначено рівень базових емоцій, тривожності, емоційного вигорання, сприйнятого стресу та копінг-стратегій. Встановлено, що фармацевти прифронтових регіонів мають вищі показники ситуативної тривожності, емоційного напруження та вигорання, однак статистично значущі відмінності з колегами з тилкових областей виявлено не за всіма шкалами. Гіпотеза дослідження частково підтверджена. Отримані результати свідчать про потребу у психологічній підтримці та профілактиці емоційного виснаження серед фармацевтичних працівників.

Ключові слова: емоційна сфера, фармацевти, тривожність, емоційне вигорання, стрес, копінг-стратегії, воєнний стан.

Abstract. The qualification paper is devoted to the study of the emotional sphere of pharmacists working in the frontline regions of Ukraine under martial law. The empirical research identified the levels of basic emotions, anxiety, emotional burnout, perceived stress, and coping strategies. It was found that pharmacists in frontline regions demonstrate higher levels of situational anxiety, emotional tension, and burnout; however, statistically significant differences with colleagues from rear regions were not observed across all scales. The research hypothesis was partially confirmed. The obtained results indicate the need for psychological support and preventive measures against emotional exhaustion among pharmaceutical professionals.

Keywords: emotional sphere, pharmacists, anxiety, emotional burnout, stress, coping strategies, martial law.

