

Міністерство освіти і науки України
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна
Навчально-науковий інститут «Українська інженерно-педагогічна академія»
Кафедра практичної психології

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

магістра

на тему

«Особливості взаємовідносин
медичних працівників з вагітними в умовах воєнного стану "»
(тема кваліфікаційної роботи)

Виконав/(ла): студент/(ка) 2 курсу,
групи ЗМП-Пс24-мг
спеціальності : 053 Практична психологія

(код і найменування спеціальності)

Олена Дороганова

(підпис)

(ім'я та прізвище)

Керівник _____ / О.Є. Фальова

(підпис)

(ім'я та прізвище)

Рецензент _____ / В.С.Ковальська

(підпис)

(ім'я та прізвище)

«До захисту допущено»

В.о. завідувача кафедри _____ / Наталія КУЧЕРЕНКО

(підпис)

(ім'я та прізвище)

Нормоконтроль _____ /

(підпис)

(ім'я та прізвище)

Секретар ЕК _____ /

(підпис)

(ім'я та прізвище)

Харків – 2025 рік

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна

Навчально-науковий інститут
«Українська інженерно-педагогічна академія»
Кафедра практичної психології та інноваційних
технологій
Рівень вищої освіти другий (магістерський)
Спеціальність 053 Психологія
Освітня програма Практична психологія

ЗАТВЕРДЖУЮ

В.о. завідувачки кафедри

_____ **Н.С. КУЧЕРЕНКО**
(підпис ініціали, прізвище)
«___» _____ 2025р.

З А В Д А Н Н Я

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ

_____ **Дорогановій Олені Вікторівні** _____

(прізвище, ім'я, по батькові студента)

Тема роботи «Особливості взаємовідносин медичних працівників з вагітними в умовах воєнного стану»

керівник роботи **Фальова Олена Євгенівна, д.психол.н., проф.**
(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені наказом по університету від “06” жовтня 2025 року №4801-3665

Строк подання студентом роботи “28_” листопада 2025 року

Перелік питань, які потрібно розробити: 1) Здійснити детальний аналіз існуючих теоретичних досліджень, присвячених взаємодії медичних працівників з вагітними в умовах воєнного стану. 2) Визначити рівень емоційного вигорання серед медичних працівників та провести анкетування вагітних щодо якості роботи медичних працівників. 3) Ідентифікувати ступень вигорання медичних працівників, що може впливати на їхню здатність справлятися зі стресом на роботі при спостереганні вагітних жінок. 4) Скласти програму профілактики та корекції психоемоційного стану, стресостійкості медичного персоналу. Надати рекомендації щодо покращення медичної деонтології, етики, налагодженні оптимального контакту між медичними працівниками та вагітними, включаючи програми навчання та психологічної підтримки.

План роботи

№ з/п	Назви етапів роботи
1.	Робота з літературними джерелами, складання бібліографії з теми, написання теоретичної частини роботи.
2.	Підбір психодіагностичних методик та проведення дослідження.
3.	Математико-статистична обробка даних дослідження. Опис експериментальних даних дослідження.
4.	Оформлення висновків та рекомендацій.
5.	Підготовка та подання дипломної роботи до захисту (здача дипломної роботи керівникові на перевірку; виправлення зроблених зауважень; отримання відгуку та рецензії; підготовка виступу).

5. Дата видачі завдання “ 07 ” жовтня 2025 року

Студент

(підпис)

О.В.Дороганова

(ініціали, прізвище)

Керівник роботи

(підпис)

О.Є.Фальова

РЕФЕРАТ

Випускна дипломна робота містить: 102 сторінок, 6 таблиць, 2 малюнки, 21 літературне джерело.

Об'єкт дослідження: Процес формування особливостей взаємовідносин медичних працівників з вагітними в умовах воєнного стану.

Предмет дослідження: аналіз взаємозв'язку темпераменту та стресостійкості медичних працівників з вагітними жінками.

Мета дослідження: вивчити взаємозв'язок між типами темпераменту та рівнем стресостійкості медичних працівників з вагітними жінками в умовах воєнного стану. Основна мета дослідження полягає у виявленні факторів, які можуть підвищити якість життя та професійні результати медичних працівників в процесі консультування, спостереження жінок у період вагітності, а також у розробці психологічних стратегій для зміцнення їхньої стресостійкості та ефективності в роботі.

Завдання дослідження:

1) Здійснити детальний аналіз існуючих теоретичних досліджень, присвячених взаємодії медичних працівників з вагітними в умовах воєнного стану.

2) Визначити рівень ступінь емоційного вигорання серед медичних працівників, щоб отримати об'єктивну картину їхнього психоемоційного стану та провести анкетування вагітних з визначенням роботи медичних працівників.

3) Ідентифікувати ступень вигорання медичних працівників, що може впливати на їхню здатність справлятися зі стресом на роботі при спостереженні вагітних жінок.

4) Розробити методичні рекомендації, спрямовані на підвищення рівня стресостійкості медичного персоналу, покращення медичної деонтології

та етиці та налагодженні оптимального контакту між медичними працівниками та вагітними, включаючи програми навчання та психологічної підтримки.

1) Практична значущість отриманих результатів дослідження:

1. Розробка ефективних стратегій для поліпшення професійної діяльності медичних працівників в умовах воєнного стану .

2. Результати дослідження можуть стати основою для створення індивідуалізованих психологічних програм, які допоможуть підвищити стресостійкість конкретних учасників, що, в свою чергу, позитивно вплине на якість медичних послуг та надання кваліфікованої допомоги вагітним жінкам.

3. Індивідуальна підтримка. Дослідження може бути корисним для адміністрації медичних установ у визначенні працівників, які можуть потребувати додаткової психологічної підтримки, а також у вдосконаленні робочого середовища для зменшення стресу та профілактики емоційного вигорання.

4. Психологічна підготовка і навчання. На основі отриманих результатів можуть бути розроблені тренінги та освітні програми для медичних працівників, які працюють в умовах воєнного стану з вагітними жінками, спрямовані на підвищення їх стресостійкості та розвиток навичок управління стресом. Це, безсумнівно, сприятиме підвищенню загальної ефективності їх роботи.

Ключові слова: МЕДИЧНИЙ ПРАЦІВНИК, ВАГІТНА ЖІНКА, МЕДИЧНА ДЕОНТОЛОГІЯ, ВОЄННІ УМОВИ ТЕМПЕРАМЕНТ, СТРЕСОСТІЙКІСТЬ, ПРОФЕСІЙНИЙ СТРЕС, АДАПТАЦІЯ, ПСИХОЛОГІЧНА СТІЙКІСТЬ, ЕМОЦІЙНА РЕГУЛЯЦІЯ, ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ .

ABSTRACT

The graduate thesis contains: 104 pages, 6 tables, 2 pictures , and 21 references.

Object of research: the process of forming and developing stress resilience among medical workers..

Subject of research: the analysis of the relationship between temperament and personal stress resistance of doctors working with pregnant women-

Aim of the research: to examine the relationship between temperament types and the level of stress resilience in medical workers with pregnant women. The main goal of the research is to identify factors that can improve the quality of life and professional performance of doctors working with pregnancy, as well as to develop psychological strategies to strengthen their stress resilience and work efficiency.

Research tasks:

1. To conduct a comprehensive analysis of existing theoretical works on the problems of stress resistance, classification of temperament types and aspects of professional burnout.
2. To assess the level of stress resistance and the degree of emotional burnout of medical personnel serving pregnant women during hostilities in order to create a reliable picture of their psycho-emotional state.
3. Determine the level of stress resilience and the degree of emotional burnout among m to obtain an objective view of their psycho-emotional state.
4. To study the relationship between the level of stress resistance and the type of temperament of a person in order to determine the main factors that affect his professional activity

5. Develop recommendations to increase the level of stress resistance of medical personnel, including training programs and psychological support.

Practical significance of the research results:

1. Development of effective strategies to improve the professional performance of medical workers under martial law.

2. The results of the study can become the basis for the creation of individualized psychological programs that will help increase the stress resistance of specific participants, which, in turn, will have a positive impact on the quality of medical services and the provision of qualified assistance to pregnant women.

3. One-on-one support. The study can be useful for the administration of medical institutions in identifying employees who may need additional psychological support, as well as in improving the work environment to reduce stress and prevent burnout.

4. Psychological training and training. Based on the results obtained, trainings and educational programs can be developed for medical workers working under martial law with pregnant women, aimed at increasing their stress resistance and developing stress management skills. Individual support. The research may be useful for the administration of medical institutions to identify employees who may require additional psychological support, as well as to improve the work environment to reduce stress and prevent emotional burnout.

Keywords: TEMPERAMENT, PREGNANCY, MEDICAL ETHICS, STRESS RESILIENCE, MEDICAL WORKERS, OBSTETRITIAN, GYNECOLOGY, PROFESSIONAL STRESS, ADAPTATION, PSYCHOLOGICAL STABILITY, EMOTIONAL REGULATION, PSYCHOPHYSIOLOGICAL CHARACTERISTICS.

ЗМІСТ

ВСТУП	9
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОВІДНОСИН МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ З ВАГІТНИМИ	15
1.1. Психологічні основи адаптації до стресу та чинники формування емоційного виснаження на роботі	15
1.3. Темперамент як ключовий чинник стресової витривалості	29
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1	36
РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОВІДНОСИН МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ З ВАГІТНИМИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ	41
2.1. Структура та методи дослідження	41
РОЗДІЛ 3	62
3.1. Науково обґрунтовані методичні підходи до формування та зміцнення стресостійкості медичного персоналу у взаємодії з вагітними	62
3.2. Програма психокорекції для налагодження способу життя покращенню взаємодії медичних працівників, котрі працюють з вагітними.	79
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3	88
ВИСНОВКИ	90
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	98
ДОДАТКИ	101
Додаток А	101

ВСТУП

Актуальність дослідження.

Під час воєнного конфлікту в Україні питання взаємовідносин особистості і як один із основних характеристик, стресостійкість, набуває особливого значення, як для психологічної науки, так і для практичної роботи. Постійне відчуття небезпеки, тривоги за своє життя, життя дитини, близьких і майбутнє країни призводить до хронічного стресу для кожного громадянина, особливо для вагітних жінок. Медичні працівники також є однією з найбільш уразливих груп, через високу відповідальність у професії, емоційне навантаження та необхідність приймати складні рішення. Тривалий вплив стресових чинників викликає емоційне виснаження, страх і почуття безпорадності, що негативно позначається на психоемоційному стані і загальному психічному здоров'ї.

Особливості взаємовідносин лікарів з вагітними жінками в умовах воєнного стану пов'язані з низкою специфічних викликів, зумовлених змінами в соціальному, медичному та психологічному контексті. Внаслідок обмеженого доступу до медичної допомоги, нестачі ресурсів та постійного стресового тиску, взаємодія між медичним персоналом і пацієнтами стає більш складною й емоційно напруженою.

Вагітні жінки в таких умовах часто відчують підвищений страх, тривогу та невизначеність, що вимагає від лікарів застосування підвищеного рівня емпатії, такту та психологічної підтримки. Водночас лікарі стикаються з необхідністю швидко адаптуватися до нових протоколів роботи, враховувати психоемоційний стан пацієнток, а також забезпечувати комплексний підхід до їхнього лікування навіть у польових або дистанційних умовах за допомогою телемедицини та мобільних медичних бригад.

Основними складовими цих взаємин є взаємна довіра, ефективне комунікаційне партнерство та психологічна підтримка, які сприяють

збереженню психічного здоров'я як пацієнток, так і медичних працівників у складних умовах війни.

Наша здатність зберігати психоемоційний баланс в значній мірі залежить від рівня сформованої стресостійкості, що особливо важливо у період частих стресових ситуацій під час війни. Медичні працівники щоденно стикаються з великим емоційним навантаженням, тому розвиток їхньої стресостійкості є надзвичайно актуальним. Дослідження зв'язку між типами темпераменту, рівнем стресостійкості та емоційним вигоранням має велике значення для збереження як психічного, так і фізичного здоров'я не лише лікарів, а й вагітних жінок. Вміння ефективно керувати стресом сприятиме не тільки покращенню якості надання медичних послуг, але й загальному поліпшенню самопочуття.

Рівень стресостійкості напряду визначає тривалість розвитку професійного вигорання, що залежить від досвіду роботи в медичній сфері. Опановування практик, які допомагають запобігати емоційному вигоранню є надзвичайно важливим для взаємодії між лікарем та вагітною жінкою, бо це може значно покращити психічний стан медичних працівників і, відповідно, підвищити якість їхньої професійної діяльності.

Об'єкт дослідження: Взаємовідносини медичних працівників з вагітними.

Предмет дослідження: Особливості взаємовідносини медичних працівників з вагітними в умовах воєнного стану.

Гіпотеза дослідження: полягає в тому, що між типами темпераменту медичних працівників і рівнем їхньої стресостійкості при взаємодії з вагітними, існує певний взаємозв'язок. Існує припущення, що представники таких темпераментних типів, як сангвінік і флегматик, можуть мати більш розвинуту стресостійкість, у той час як меланхоліки та холерики схильні до нижчого рівня стресостійкості та більших проявів емоційного вигорання. Отримані дані можуть бути корисними для створення спеціалізованих програм, які допоможуть медичним працівникам підвищити свою здатність протистояти

стресу, що позитивно вплине на особливості взаємовідносин лікаря та вагітної жінки, так і на якість життя взагалі.

Мета дослідження. Виявити особливості взаємовідносини медичних працівників з вагітними в умовах воєнного стану, розробити програму психокорекції для підвищення стресостійкості медичних працівників.

Завдання дослідження:

- 2) Провести теоретичний аналіз взаємовідносин медичних працівників з вагітними.
- 2) Визначити особливості особистісних якостей, рівні екстраверсії, нейротизму та емоційного вигорання серед медичних працівників при взаємодії з вагітними.
- 3) Виявити рівень професійної успішності, деперсоналізації та емоційного виснаження в залежності від стажу роботи медичних працівників.
- 4) Розробити програму для психопрофілактики та психокорекції емоційного вигорання, медичних працівників.

Методи дослідження: У даному дослідженні дані збираються за допомогою анонімного анкетування з подальшим аналізом отриманих результатів. У ході роботи використовуються статистичні методи для тестування та збору психологічної інформації про вагітних та медичних працівників. Аналізуються типи темпераменту та основні особистісні характеристики, що дає змогу оцінити рівень стресостійкості.

Вибірка дослідження: участь у дослідженні взяли 30 вагітних та 25 лікарів вік 20-60 років. Досліджувані мають різний робочий стаж, досвід та статеву приналежність.

Інформаційна база дослідження:

Учасники характеризувалися різним рівнем професійного стажу, досвіду та статевої належності.

Інформаційна база:

1. Аналітичний огляд літературних джерел, наукових публікацій і попередніх досліджень з питань темпераменту, емоційного вигорання.
2. Емпіричний етап, що передбачав застосування психологічного тестування.

У дослідженні використано два стандартизовані психодіагностичні інструменти: п'ятифакторний опитувальник особистості (Big Five Test) та Maslach Burnout Inventory (MBI).

Інформаційні джерела.

Теоретичне забезпечення дослідження включало аналіз інтернет-ресурсів (зокрема Вікіпедії), наукових публікацій, статей і дисертаційних робіт.

Наукова новизна отриманих результатів дослідження: за результатами, отриманими з використанням опитувальника «Big FiveTest», та «Maslach Burnout Inventory» (MBI) може полягати у наступному, виходячи з контексту воєнного стресу серед медичних працівників:

1. Для «Big Five Test» (оцінка особистісних рис):
 - У вивченні впливу специфічного стресового фактору – війни – на прояви основних рис особистості медичних працівників, зокрема акушерів-гінекологів і сімейних лікарів, що працюють з вагітними.
 - Можливе виявлення унікальних профілів особистості, які асоціюються зі стресостійкістю чи вразливістю у бойових і кризових умовах.
 - Порівняльний аналіз особистісних рис залежно від стажу, віку та професійної ролі у військовому контексті – це рідкісна емпірична робота, що доповнює знання про адаптаційні механізми персоналу.
2. Для MBI (оцінка емоційного вигорання):

- Виявлення особливостей прояву вигорання серед чоловіків і жінок у цільовій групі, а також експериментальний аналіз зв'язку між стажем роботи та виснаженням в умовах війни відкриває нові перспективи для розробки профілактичних і підтримуючих програм.

- Застосування MBI у поєднанні з аналізом впливу воєнного стресу дозволяє розробити спеціалізовані підходи підвищення психологічної стійкості, що є внеском у розуміння кризового менеджменту в охороні здоров'я.

Об'єднання персоналісно-психологічного профілю (Big Five) із вимірами емоційного вигорання (MBI) у групі медичних працівників в умовах війни створює унікальну базу для подальших наукових досліджень, починаючи від діагностики і завершуючи розробкою методів профілактики і корекції психоемоційних розладів.

Це сприяє розвитку військової медичної психології і має практичне значення для організації системної підтримки медперсоналу в кризових ситуаціях.

Практична цінність дослідження проявляється у кількох напрямках:

1. Підтримка персоналу та покращення умов праці.

Зібрані дані можуть бути використані адміністрацією закладів охорони здоров'я для своєчасного виявлення фахівців, які потребують психологічної допомоги, та формування сприятливого робочого середовища, що мінімізує ризик емоційного виснаження.

2. Освітні ініціативи.

На основі висновків можуть бути розроблені тренінги та навчальні програми, що змінюватимуть навички управління стресом та підготовку до роботи з вагітними жінками, підвищуючи загальну результативність професійної діяльності.

3. Покращення стосунків медичних працівників з вагітними.

Отримані результати сприятимуть розробці дієвих підходів до підтримки медичного персоналу під час роботи з вагітними жінками.

Структура і обсяг кваліфікаційної роботи: магістерська кваліфікаційна робота складається з вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел з 21 пункта, додатків. Загальний обсяг кваліфікаційної роботи 102 сторінок.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОВІДНОСИН МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ З ВАГІТНИМИ

1.1. Психологічні основи адаптації до стресу та чинники формування емоційного виснаження на роботі

Стресостійкість розуміють як інтегральну властивість особистості, що забезпечує здатність ефективно протистояти стресовим впливам і зберігати психофізичну рівновагу навіть у ситуаціях значного навантаження, невизначеності чи емоційного тиску. Вона включає вміння своєчасно розпізнавати стресові фактори, оцінювати їхню інтенсивність, обирати адекватні стратегії реагування та підтримувати оптимальний рівень працездатності. Висока стресостійкість також передбачає здатність швидко відновлювати ресурси після напружених ситуацій та адаптуватися до змін у робочому середовищі.

У професійній діяльності, особливо в медичній сфері, стресостійкість є ключовою умовою ефективності праці. Медичні працівники регулярно стикаються з емоційно насиченими ситуаціями, високою відповідальністю та необхідністю приймати швидкі рішення в умовах обмежених ресурсів. За таких обставин недостатній рівень стресостійкості може сприяти формуванню емоційного виснаження та погіршенню якості виконання службових обов'язків.

Емоційне вигорання розглядається як стан хронічного фізичного, психічного та емоційного виснаження, що виникає внаслідок тривалого впливу професійного стресу. В контексті медичної діяльності вигорання проявляється у трьох основних аспектах:

- емоційне виснаження – відчуття спустошеності, перевтоми та зниження ресурсу для взаємодії з пацієнтами;

- деперсоналізація (цинізм) – дистанціювання від людей, втрата емпатії, формування негативного ставлення до пацієнтів;
- зниження особистісних досягнень – відчуття неефективності, заниження професійної самооцінки.

Ці компоненти тісно пов'язані зі стресостійкістю: недостатня здатність до регуляції стресу підвищує ризик формування емоційного вигорання, тоді як розвинені навички стрес-менеджменту можуть виконувати захисну функцію й підтримувати психологічне благополуччя медичних працівників.

Таким чином, стресостійкість і емоційне вигорання є взаємопов'язаними феноменами, що суттєво впливають на якість професійної діяльності. Їхнє вивчення дозволяє глибше зрозуміти умови, які сприяють збереженню психологічного здоров'я медичного персоналу та підвищенню ефективності роботи у складних емоційних і організаційних умовах.

Розвинена стресостійкість може істотно зменшити ймовірність виникнення фізичних і психологічних розладів, які часто пов'язані зі стресом. Її особистості визначається як здатність дорослої людини справлятися з життєвими викликами і тиском, запобігаючи серйозним негативним наслідкам для свого фізичного та психічного здоров'я.

Загальні підходи до вивчення поняття стресостійкості при взаємодії медичних працівників з вагітними жінками у вітчизняній і зарубіжній психології мають як спільні риси, так і значні відмінності, що обумовлені культурними, соціальними та теоретичними особливостями відповідних шкіл. Це дозволяє по-різному інтерпретувати стресостійкість та її прояви, особливо у контексті психологічної адаптації і психічної регуляції.

Підхід у вітчизняній психології - Вітчизняні наукові роботи з вивчення стресостійкості медичних працівників, а саме лікарів при взаємодії з вагітними жінками, зосереджені на її ролі як механізму адаптації до складних ситуацій і підтримки стабільності психічних функцій. Психологи розглядають

стресостійкість як здатність людини зберігати психічну рівновагу, емоційну стабільність та адекватно реагувати на стресові умови. Важливою характеристикою є орієнтація на особистісні ресурси, такі як внутрішні переконання, самооцінка та емоційний контроль, які допомагають мінімізувати негативний вплив стресу на психіку. У національній традиції стресостійкість також розглядають у контексті взаємодії особистості з її соціальним середовищем, включаючи підтримку з боку сім'ї, робочого колективу та довкілля. Основний наголос робиться на збереженні здатності адаптуватися до непередбачених або складних ситуацій, що виникають у професійному та особистому житті медичного працівника чи вагітної жінки [1].

Підхід у закордонній психології - Закордонні дослідники стресостійкості застосовують більш комплексний підхід, базуючись на біо-психо-соціальній моделі. У цій моделі стресостійкість розглядається як здатність організму адаптуватися до фізичних, психологічних і соціальних навантажень. Вони вивчають, як стрес впливає на фізіологічні та психологічні процеси, а також досліджують механізми відновлення психічної рівноваги після стресових подій. У західній психології стресостійкість медичних працівників при взаємодії з вагітними жінками асоціюється з психологічною гнучкістю, що передбачає вміння змінювати поведінку і коригувати стратегії відповідно до нових умов, зберігаючи при цьому емоційну стабільність і здатність ефективно приймати рішення. Окрім цього, значна увага приділяється ролі соціальної підтримки та вивченню того, як соціальні зв'язки можуть зменшувати негативний вплив стресу на психічне здоров'я з обох сторін.

Порівняння підходів. Хоча обидва напрямки досліджень приділяють увагу вивченню адаптаційних можливостей людини в стресових ситуаціях, вітчизняна психологія більше фокусується на ролі особистісних ресурсів і внутрішніх механізмів адаптації. Натомість зарубіжні підходи акцентують увагу на фізіологічних і когнітивних аспектах стресостійкості медичних працівників при взаємодії з вагітними жінками, включаючи аналіз впливу стресу на індивідуальну поведінку та психічну адаптацію. Різниця також

полягає в культурному аспекті: у західній психології стрес розглядається як загальний універсальний фактор, а вітчизняна традиція більше зосереджується на соціальному контексті, зокрема ролі колективу та сім'ї. Загалом, обидва підходи сприяють глибшому розумінню природи стресостійкості і допомагають створювати ефективні способи підтримки та розвитку психологічної стійкості медичних працівників при взаємодії з вагітними, що є важливим для їх успішного майбутнього народження здорової дитини та соціальної адаптації в нинішніх реаліях. Стресостійкість має особливе значення для медичних працівників, не тільки лікарів, а й медсестер, адже їхня робота пов'язана з великими навантаженнями, емоційним і фізичним стресом. Вони щодня зіштовхуються з великим обсягом завдань, терміновими ситуаціями і непередбаченими обставинами, з передчасними пологами, з кровотечею, ускладненням вагітності, що вимагають високої концентрації, швидкої реакції та прийняття відповідальних рішень. Здатність зберігати професіоналізм і емоційну рівновагу в стресових умовах є ключовою для надання якісної медичної допомоги та мінімізації ризиків для пацієнтів. Крім того, медичні працівники несуть велику відповідальність за життя і здоров'я вагітних, що ще більше підвищує рівень стресу. У випадках, коли від їхніх дій залежить майбутнє життя, необхідна психологічна стійкість і вміння адекватно діяти під тиском. Високий рівень стресостійкості допомагає лікарям і медсестрам не лише долати труднощі на роботі, а й зберігати психічні та фізичні ресурси для тривалої ефективності своєї діяльності, що важливо як для них самих, так і для їх вагітних жінок. Нижче наведено основні аспекти стресостійкості, які мають особливу значущість для медичного персоналу:

1. Саморегуляція та турбота про власні ресурси.

Йдеться про здатність медичного працівника підтримувати фізичне й психічне благополуччя: забезпечувати достатній відпочинок, раціональне харчування, регулярну фізичну активність та інші форми відновлення,

необхідні для стабільної професійної діяльності.

2. Емоційна витривалість.

Це вміння керувати власними емоційними реакціями та зберігати спокій, зібраність і рішучість у ситуаціях підвищеного ризику та напруження – наприклад, під час кровотеч у вагітних, передчасних пологів чи несподіваних медичних ускладнень.

3. Раціональне управління часом.

Здатність ефективно планувати робочі процеси, визначати пріоритети та оптимально розподіляти навантаження. Це знижує ймовірність перенапруження та сприяє якісному виконанню обов'язків навіть у ситуаціях дефіциту часу.

4. Професійна комунікація.

Уміння будувати конструктивний діалог із пацієнтами, вагітними жінками, їхніми родинами та колегами. Це особливо важливо в критичних умовах – у реанімаційних, акушерських та пологових відділеннях – де від злагодженої комунікації значною мірою залежить результат лікування.

5. Командна взаємопідтримка.

Ефективна взаємодія в колективі знижує рівень професійного стресу та створює сприятливий психологічний клімат, який підсилює загальну продуктивність та емоційну стабільність персоналу.

Стресостійкість медичних працівників, що працюють із вагітними жінками в умовах воєнного стану, зокрема акушерів-гінекологів, має критичне значення. Вона визначає не лише якість і безпеку надання медичної допомоги, а й збереження їхнього власного фізичного та психологічного здоров'я. У таких

обставинах роль практичного психолога стає особливо важливою: він сприяє формуванню адаптивних стратегій, допомагає опрацьовувати стресові переживання та підтримує розвиток професійної стресостійкості.

Розвиток цієї компетентності є одним із ключових напрямів професійного становлення як медичних фахівців, так і психологів, адже саме він забезпечує стійкість, ефективність та гуманність у складних умовах сучасної медичної практики [9].

Існують кілька класифікацій стресостійкості, які спеціально розроблені для медичних працівників. Серед них найбільш поширеними є такі:

1. За фазами протікання стресу:

- Фаза напруження (тривожна напруга) – початковий етап, коли організм відчуває психічне і фізичне перенавантаження;
- Фаза резистентності – стадія адаптації, коли рівень стресостійкості зростає і організм пристосовується до навантажень;
- Фаза виснаження – коли психоемоційні ресурси виснажені, що може призвести до професійного вигорання і зниження ефективності роботи.

2. За психологічними субшкалами, які визначають професійне вигорання і стресостійкість, серед яких:

- Емоційне виснаження;
- Деперсоналізація;
- Відчуття низьких професійних досягнень.

3. За рівнем формування стресостійкості:

- Несформована стресостійкість;
- Частково сформована (формування);
- Сформована стресостійкість.

Ці класифікації допомагають оцінити психологічний стан медиків, виявити вразливі групи та розробити ефективні заходи для підвищення їхньої стресостійкості і профілактики вигорання.

Психологічна стійкість у кризових ситуаціях – це здатність медичних працівників ефективно адаптуватися до складних умов, коли вони зазнають значного емоційного та фізичного навантаження. Вона допомагає їм зберігати психічне здоров'я, підтримувати професіоналізм і приймати правильні рішення, незважаючи на стрес. Розвинена психологічна стійкість знижує ризик емоційного виснаження та професійного вигорання, сприяє збереженню настрою і позитивного ставлення навіть у важкі моменти.

Для підтримки стійкості важливо мати оптимістичний підхід, соціальну підтримку від колег і близьких, а також володіти методами управління стресом. В умовах кризи медичним працівникам рекомендовано проходити спеціальні тренінги і психологічну підтримку, що сприяють розвитку адаптивних механізмів і збереженню ресурсів для довготривалої професійної діяльності. Така психологічна підтримка є необхідною для забезпечення ефективної роботи в складних і непередбачуваних обставинах.

Медичні працівники, особливо в умовах інтенсивної терапії або в екстремальних ситуаціях (наприклад, воєнні дії, в періоди пандемій або катастроф), мають зберігати психологічну стійкість, витримку і здатність діяти без паніки, виконуючи свої професійні обов'язки.

Ці складові стресостійкості є важливими для медичних працівників і визначають їхню здатність ефективно виконувати свою роботу в умовах стресу та емоційного навантаження.

Дослідження показують, що високий рівень стресостійкості є важливою умовою збереження психічного здоров'я, підтримання психологічного благополуччя, працездатності та адаптивності особистості. Він сприяє успішній самореалізації навіть у надзвичайно складних або екстремальних обставинах, що має особливе значення у сфері охорони материнства. Натомість низький рівень стресостійкості підвищує ризик розвитку посттравматичних стресових розладів, емоційного, фізичного та психічного виснаження. Такі стани нерідко призводять до психосоматичних проявів, описаних у роботах Жук С.І., Л.І. Магдисюк, І. Sherbakova, Г. Нікіфорова, К. Судакова, В. Корольчука та інших

науковців. У їхніх дослідженнях визначено як внутрішні, так і зовнішні чинники, що впливають на розвиток стресостійкості [2].

До зовнішніх чинників належать:

- оцінка інтенсивності та значущості стресової ситуації;
- обрані стратегії подолання стресу (копінг-поведінка);
- характер та глибина пережитого травматичного досвіду;
- соціальна підтримка;
- професійний і життєвий досвід;
- рівень психологічної підготовки до роботи в умовах екстремального стресу.

Внутрішні чинники включають:

- сформовану Я-концепцію;
- когнітивний розвиток;
- рівень оволодіння комунікативними навичками та здатність до емоційної саморегуляції.

Особливо важливою стресостійкість стає для медичних працівників у період воєнного стану, коли надання медичної допомоги відбувається в умовах нестабільності, загроз та гострого дефіциту ресурсів. У таких ситуаціях стресостійкість набуває низки критичних аспектів [1]:

1. Висока відповідальність професії.

Медичні працівники є ключовими учасниками системи гуманітарної допомоги під час війни, тому вони повинні виконувати свої обов'язки навіть у ситуаціях бойових дій, ризиків для життя та хронічного стресу.

2. Необхідність психологічної підготовки.

Для ефективної роботи з вагітними жінками, які пережили травматичні події, медичний персонал повинен володіти навичками управління стресом, методиками психологічної підтримки та техніками відновлення.

3. Вплив емоційного стану медиків на пацієнтів.

Підвищений стрес медичного працівника може знижувати якість медичної допомоги, що особливо небезпечно для вагітних жінок.

Здатність персоналу регулювати власні емоційні реакції є важливою умовою благополуччя матері та ненародженої дитини.

4. Посилення стресових навантажень.

В умовах війни медичні працівники стикаються зі специфічними стресорами: нестачею ресурсів, постійними ризиками, високим емоційним навантаженням, що поглиблює їхню вразливість до вигорання та виснаження [3].

5. У сукупності ці фактори демонструють, що розвиток стресостійкості в медичній сфері є однією з ключових умов збереження ефективності роботи, психологічного здоров'я персоналу та безпеки пацієнтів у період підвищеної напруги та нестабільності.

1.2. Різноманіття чинників емоційного вигорання у медичних працівників, які взаємодіють із вагітними жінками, та їхній вплив на психологічний стан

Емоційне вигорання формується під дією численних факторів, які постійно підвищують рівень стресу медичного працівника. Особливо складною стає ситуація тоді, коли фахівець несе відповідальність за здоров'я матері та її ненародженої дитини – така подвійна відповідальність істотно збільшує психоемоційне навантаження та ризик виснаження.

Найчастіше це пов'язано з високими вимогами професії - безперервним контактом зі стражданнями та смертю, великим обсягом роботи, тривалими змінами і нестачею ресурсів. Також важливу роль відіграють відсутність контролю над робочими умовами, конфлікти в колективі, нерівномірний розподіл навантаження та брак підтримки з боку керівництва й колег.

Ці фактори призводять до почуття емоційного виснаження, зниження мотивації, відчуження від пацієнтів і колег, а іноді - до психологічних розладів, таких як тривога або депресія. Через виснаження знижується якість роботи, зростає ризик помилок, погіршується фізичне здоров'я і загальний стан психіки. Крім того, емоційне вигорання збільшує ймовірність професійної плинності кадрів та зниження загальної ефективності медичних установ [5].

Для запобігання вигоранню важливо забезпечити медпрацівникам соціальну підтримку, створити сприятливі умови праці, навчати їх ефективним технікам управління стресом і сприяти балансу між роботою та особистим життям. Це допоможе зберегти психологічне здоров'я і підвищити продуктивність професійної діяльності.

Причини емоційного вигорання у медичних працівників, особливо при роботі з вагітними, можуть бути дуже різноманітними і часто поєднуватися індивідуально у кожному випадку. Серед ключових факторів часто зустрічаються високі емоційні вимоги професії, де лікар чи медсестра повинні постійно стикатися зі стражданнями, тривогою і відповідальністю за життя пацієнток та їх майбутніх дітей [5]. Також надмірне робоче навантаження, тривалі зміни, нестача часу на відпочинок і особисте життя сприяють фізичному і психологічному виснаженню.

Організаційні проблеми, такі як недостатня підтримка з боку керівництва, конфлікти в колективі, нерівномірний розподіл обов'язків і низька автономія у прийнятті рішень, погіршують стан працівника. Відсутність професійного зростання, матеріальна нестабільність і почуття невизначеності також посилюють стрес.

Індивідуальні особливості медичних працівників, наприклад, низький рівень стресостійкості, схильність до самокритики, труднощі у встановленні меж між роботою і особистим життям, можуть сприяти швидкому розвитку вигорання. Наприклад, лікар, який надто переймається кожним випадком або не вміє відокремлювати робочі проблеми від особистих, буде більш вразливим до цього стану.

У сукупності ці фактори призводять до почуття емоційного спустошення, зниження мотивації, втрати професійного інтересу і навіть до серйозних психологічних проблем, таких як депресія. Тому для медичних працівників, які працюють з вагітними, особливо важливо мати підтримку й умови для попередження вигорання, зокрема психологічні тренінги, перерви у роботі та ефективні механізми стрес-менеджменту.

Враховуючи взаємопов'язаність зазначених чинників, їхній сукупний вплив може суттєво підвищувати рівень емоційного вигорання медичного персоналу, який здійснює консультування та спостереження за вагітними жінками. Тому особливо важливо своєчасно ідентифікувати ці фактори та впроваджувати превентивні заходи: системи психологічної підтримки, ефективні моделі управління стресом та оптимізацію робочого середовища. Такі кроки здатні істотно знизити ризики професійного виснаження [5].

1. Відчуття постійної втоми - медичний працівник починає відчувати себе виснаженим навіть після відпочинку, що знижує працездатність.
2. Порушення сну - проблеми із засипанням або нічні пробудження впливають на загальний стан та здатність до концентрації.
3. Головні болі - часті фізичні симптоми, пов'язані зі стресом і хронічною напругою.
4. Емоційне спустошення - відчуття внутрішньої порожнечі і відсутності енергії для роботи і життя.
5. Відчуженість від пацієнтів і колег (деперсоналізація) – зниження емпатії та інтересу до роботи з людьми.
6. Зниження мотивації - працівник втрачає бажання якісно виконувати професійні обов'язки.
7. Цинізм і негативізм - з'являється холодний або ворожий погляд на робочі ситуації.
8. Дратівливість - непомірна реакція на дрібні неприємності та конфлікти.

9. Тривожність і відчуття безпорадності - постійні переживання про неспроможність впоратися з навантаженням.

10. Погіршення якості роботи - через втому зростає кількість помилок і недбальства.

11. Відсутність емоційної реакції - працівник втрачає здатність емоційно реагувати на події, що раніше викликали сильні емоції.

12. Погіршення фізичного здоров'я - з'являються проблеми з серцем, тиском, імунітетом, що є наслідком хронічного стресу.

Ці симптоми часто мають взаємозв'язок і посилюють один одного, приводячи до глибокого вигорання, що потребує своєчасної діагностики і підтримки.

Стадії емоційного або професійного вигорання - це послідовний процес, у якому людина поступово втрачає свої емоційні та фізичні ресурси. Спершу можуть з'являтися незначні ознаки стресу, які на перший погляд здаються несерйозними. Але якщо їм не приділяти уваги і не вживати заходів, ці симптоми з часом посилюються і починають суттєво впливати на психологічний стан. Це може призводити до серйозних наслідків як для здоров'я людини, так і для її професійної ефективності.

Кожна стадія вигорання характеризується своїми ознаками, що вимагає комплексного підходу для розпізнавання і подолання. Професійне вигорання - складний процес, що потребує уваги не лише самого працівника, а й організації, яка повинна підтримувати здорове робоче середовище та забезпечувати необхідні ресурси для підтримки працівників.

Отже, важливо розуміти послідовність і ознаки стадій, щоб вчасно виявити проблему і запобігти глибокому вигоранню, яке часто призводить до втрати працездатності та значного погіршення якості життя [7].

Стадії емоційного або професійного вигорання:

1. Початкова стадія. На цьому етапі лікар активно віддається роботі, відчуває ентузіазм і задоволення від професії. Він повністю занурений у свою

діяльність і має позитивний настрій, але з часом починає помічати перші ознаки втоми, хоча ще не усвідомлює їх проблематичність

2. Стадія втоми. Лікар починає відчувати сильну фізичну та емоційну втому. Можуть з'являтися проблеми зі сном, апатія, знижується мотивація. На цій стадії починає погіршуватись якість роботи, але працівник все ще намагається впоратися

3. Стадія дезінтеграції. Виникає знецінення професійних досягнень, зростає цинізм і негативне ставлення до пацієнтів та колег. Лікар відчуває відчуження і відсутність підтримки, починає уникати спілкування з оточуючими.

4. Стадія деперсоналізації. У цій фазі лікар відчуває емоційне відчуження, наче працює "механічно", без почуття власної значущості. Знижується здатність співчувати пацієнтам, виникає відчуття безвласності. Стадія повного вигорання Лікар фізично і психічно виснажений, що супроводжується депресивними станами, серйозними проблемами зі здоров'ям і бажанням залишити професію. Продуктивність і якість роботи катастрофічно знижені.

Своєчасне розпізнавання всіх етапів емоційного вигорання є важливою умовою для впровадження профілактичних заходів. Найефективнішими методами запобігання вигоранню є психологічна підтримка, формування здорового балансу між професійними обов'язками та приватним життям, а також використання дієвих стратегій управління стресом [7].

1.3. Темперамент як ключовий чинник стресової витривалості

Темперамент - це вроджені індивідуальні особливості людини, що впливають на швидкість, силу, ритм і сталість її психічних реакцій і поведінки. Темперамент визначається генетичною основою і формує основу для подальшого розвитку характеру та поведінкових проявів [8].

Існують чотири класичні типи темпераменту: сангвінік, холерик, флегматик і меланхолік. Кожен тип має свої характерні риси: сангвініки - енергійні та товариські; холеріки - емоційні й імпульсивні; флегматики - спокійні та врівноважені; меланхоліки - чутливі та схильні до тривожності. Темперамент визначає, як людина реагує на стресові ситуації: холеріки можуть більш емоційно реагувати, що інколи посилює стрес, а флегматики зазвичай більш стійкі до напруги завдяки спокою і врівноваженості. Меланхоліки через свою чутливість можуть бути більш вразливими, тоді як сангвініки володіють більшою адаптивністю.

У професії лікаря важлива здатність ефективно справлятися зі стресом. Розуміння свого типу темпераменту допомагає медпрацівникам розпізнавати типові реакції на стрес і вибудовувати стратегії для збереження психічного здоров'я й підвищення стресостійкості.

Дослідження особливостей темпераменту в контексті професійної діяльності показують, що тип темпераменту впливає на рівень професійного вигорання, комунікацію з пацієнтами та колегами, а також на ефективність роботи. Наприклад, холеріки можуть швидко реагувати, але і швидко втомлюватися, а флегматики – зберігати стабільність у складних ситуаціях.

Практичні рекомендації врахування типу темпераменту в адаптації до професійних стресів дозволяє розробити індивідуальні методи подолання стресу: для холериків – техніки релаксації, для меланхоліків – підтримку і позитивне підкріплення, для сангвініків – активне соціальне середовище, а для флегматиків – структуровану роботу.

Для медичного персоналу найчастіше використовують структуровані опитувальники (метод Айзенка, Гиппократ) і психодіагностичні тести, оскільки вони дозволяють швидко та надійно оцінити темпераментні риси в контексті професійної діяльності та стресостійкості. Клінічне інтерв'ю доповнює ці дані глибиною розуміння індивідуальних особливостей.

Для вимірювання темпераменту медичних працівників у дослідженнях найчастіше використовують наступні методи:

1. Тест Айзенка (EPQ)

Цей тест включає питання, що оцінюють такі риси, як екстраверсія, нейротизм, психотизм. Він дозволяє визначити тип темпераменту та рівень психічної стабільності, що важливо для розуміння стресостійкості.

2. Методика Гіппократа

Класична класифікація, яка визначає темперамент як сангвінічний, холеричний, флегматичний або меланхолічний. Вона проста у застосуванні і добре підходить для загального аналізу.

3. Опитувальник Томаса і Чесса

Досліджує поведінкові особливості, такі як активність, ритмічність, адаптивність, що пов'язано з емоційною реактивністю.

4. Методика «Формула темпераменту» (А. Бєлов)

Дозволяє кількісно оцінити домінуючий тип темпераменту за допомогою анкетування та розрахунку формул.

5. Клінічне інтерв'ю і спостереження

Доповнює стандартизовані тести, дозволяючи глибше розкрити індивідуальні особливості медичних працівників у контексті їхнього професійного стресу.

6. Спостереження за поведінкою у робочих ситуаціях

Допомагає визначити, як темперамент проявляється на практиці.

7. Біометричні та нейрофізіологічні дослідження (за необхідності)

Наприклад, вимірювання рівня кортизолу або активності мозку, пов'язаних з типом темпераменту.

Комбінація цих методів дає комплексну оцінку темпераменту, що є важливим для аналізу його впливу на стресостійкість і професійне вигорання медичного персоналу.

Важливі характеристики темпераменту:

1. Темп і ритм діяльності - відображають швидкість і послідовність реакцій та дій людини. Наприклад, лікар-сангвінік зазвичай працює швидко, активно залучений у роботу.

2. Рівень тривожності - визначає схильність до занепокоєння в стресових ситуаціях. Медпрацівник із високою тривожністю може більше напружуватись під час складних випадків.

3. Інтенсивність психічних процесів - сила емоцій і активність волі. Холерики проявляють сильні емоції та рішучість, тоді як флегматики - стриманіші.

4. Екстраверсія / інтроверсія - спрямованість психічної діяльності: лікар-екстраверт легше встановлює контакти з пацієнтами, інтроверт може бути більш зосередженим і самотійним.

5. Активність - загальний рівень енергії і динамічності. Активні медики швидко реагують, більше рухаються і діють.

6. Спокій - здатність залишатися врівноваженим, не піддаватися роздратуванню, важлива для стресостійкості.

7. Емоційність - здатність до швидкого виникнення та вираження емоцій, що впливає на реакцію в критичних ситуаціях.

8. Товариськість - схильність до спілкування і соціальної взаємодії - важлива для професійної комунікації.

9. Стриманість - уміння контролювати свої емоції та поведінку.

10. Терпимість - готовність до розуміння інших, прийняття критики.

Ці характеристики формують унікальний стиль поведінки кожної людини і впливають на її адаптацію до професійних стресів, особливо в медичній сфері.

Взаємодія медичних працівників з вагітними жінками значно залежить від типу темпераменту обслуговуючого персоналу за різними типами

темпераменту [10], наприклад в залежності від типу темпераменту за Гіппократом:

1. Сангвінік

Це веселий, життєрадісний і енергійний тип. Сангвініки товариські, швидко адаптуються до нових умов і легко встановлюють контакти. Вони емоційно врівноважені, позитивно ставляться до життя і легко переживають невдачі. Проте їхня слабкість - непостійність, поверховість і схильність до розкиданості у справах. Медпрацівники-сангвініки проявляють тепло і відкритість у спілкуванні, швидко встановлюють контакт, вміють заспокоїти вагітну добрим словом та оптимізмом. Вони легко адаптуються до змін настрою пацієнтки і підтримують позитивне емоційне тло. Недолік – іноді можуть бути надто активними, що створює враження поспіху.

2. Холерик

Цей тип характеризується високою енергійністю, імпульсивністю і рішучістю. Холерики ініціативні, мають лідерські якості та швидко приймають рішення, але можуть бути дратівливими і нетерплячими. Їхні емоції яскраві і нестримні, що протиставляє їх більш стриманим темпераментам. Холерики швидко реагують на потреби вагітної, можуть організовувати процес лікування ефективно і рішуче. Проте їхній прямий і наполегливий стиль може викликати у пацієнтки стрес або почуття тиску, особливо якщо вона вразлива або тривожна.

3. Флегматик

Флегматики спокійні, врівноважені і терплячі. Вони не схильні до різких змін настрою, повільно адаптуються до нових ситуацій, але завжди відповідальні і надійні. Для них характерна стабільність, стриманість і помірність, проте іноді їм бракує динамічності та активності. Флегматичні медпрацівники відрізняються стриманістю, спокоєм і терпінням, що допомагає створити атмосферу довіри і безпеки. Вони ретельні, уважні до деталей, однак іноді можуть бути надто повільними або менш емоційно виразними, що іноді сприймають як байдужість.

4. Меланхолік

Меланхоліки - чутливі, емоційно вразливі люди зі схильністю до глибоких переживань. Вони часто замкнуті, схильні до тривожності і сумнівів. Їх характеризує аналітичне мислення та педантичність, однак через підвищену емоційну реактивність можуть виникати труднощі в адаптації до стресу. Меланхоліки в роботі з вагітними можуть бути дуже чутливими і співчутливими, уважно слухати та підтримувати. Проте їхня схильність до тривожності і самокритики може обмежувати швидкість реагування та впевненість у прийнятті рішень, що інколи створює напругу в стосунках з пацієнткою.

Кожен тип має свої переваги і недоліки. Розуміння цих особливостей допомагає краще співпрацювати і враховувати індивідуальні риси в професійній діяльності, зокрема у медичній сфері. Розуміння цих особливостей допомагає медичним працівникам краще підлаштовуватися під індивідуальні потреби вагітних, забезпечувати комфорт і зменшувати стрес у процесі лікування та спостереження.

Стресозалежність медичних працівників тісно пов'язана з типом темпераменту. Сангвініки і флегматики зазвичай краще справляються з емоційним навантаженням, тоді як холерики і меланхоліки мають більш виражену емоційну реактивність, що посилює стрес і підвищує ризик вигорання.

Для ефективної роботи з вагітними пацієнтками важливо враховувати ці індивідуальні психотипи. Наприклад, сангвінік легко створює теплі стосунки, холерик організовує процес, флегматик підтримує стабільність, а меланхолік — глибоко розуміє переживання пацієнтки.

Загалом, знання своїх темпераментних особливостей та особливостей колег дозволяє медичним працівникам підвищувати стресостійкість, зменшувати ризики професійного вигорання і покращувати якість медичного обслуговування, особливо у складних умовах роботи з вагітними жінками. Психодіагностичні методи, як тест Айзенка чи опитувальник Гіппократа,

допомагають у виявленні типу темпераменту і побудові індивідуальних стратегій подолання стресу.

Таким чином, темперамент є важливою складовою психофізіологічної готовності медичного персоналу до виконання професійних обов'язків, його адаптації в стресових ситуаціях і збереження психологічного здоров'я. Їхнє розуміння і правильне використання сприяють не лише особистісному розвитку лікарів, а й покращенню результатів лікування вагітних пацієнтів.

Уміння швидко й ефективно адаптуватися до нових професійних викликів – одна з ключових характеристик стресостійкості, що набуває особливої ваги для медичних працівників, які супроводжують вагітних жінок у складних та динамічних умовах. Здатність швидко та ефективно пристосовуватися до змін у робочому середовищі, нових вимог, технологій чи організаційних процесів дозволяє лікарям і медсестрам зберігати емоційну рівновагу та високу продуктивність, навіть у складних ситуаціях.

Успішна адаптація передбачає психологічну гнучкість – відкритість до нового досвіду, вміння швидко змінювати поведінкові стратегії та емоційні реакції відповідно до нових умов. Важливу роль відіграє також розвиток навичок стрес-менеджменту, здатність зберігати оптимізм і зосередженість у моменти невизначеності й тиску.

Адекватна адаптація сприяє не тільки уникненню виснаження, але й підвищенню професійної ефективності та якості медичної допомоги. У свою чергу, недостатня здатність пристосовуватися може призводити до підвищеної тривожності, емоційного вигорання та навіть професійного стресового розладу.

Фактори, що впливають на адаптацію, включають особистісні характеристики (темперамент, емоційну стабільність), соціальну підтримку, а також рівень професійної підготовки. У зв'язку з цим важливо враховувати індивідуальні особливості медпрацівників і надавати їм психологічну підтримку, що допомагатиме розвивати адаптаційні механізми у відповідь на виклики професії та зберігати стресостійкість.

Стресозалежність значно впливає на здатність медичних працівників ефективно справлятися зі стресовими ситуаціями, особливо під час роботи з вагітними жінками. Медичний персонал, який схильний до високої стресозалежності, може з великими труднощами витримувати напругу, що виникає через високі емоційні навантаження і відповідальність за здоров'я матері та дитини. Це може призводити до швидкого емоційного виснаження, втрати концентрації і зниження якості медичної допомоги.

У той же час, працівники з більшою психоемоційною стабільністю здатні зберігати спокій і приймати зважені рішення навіть у складних і кризових умовах. Індивідуальні особливості темпераменту впливають на рівень стресозалежності: холерики й меланхоліки більш чутливі до стресових факторів і можуть частіше зазнавати емоційного вигорання, тоді як сангвініки і флегматики мають кращі адаптивні ресурси для подолання тривоги і тиску.

Розуміння власного рівня стресозалежності дозволяє медичним працівникам своєчасно вживати заходів щодо психоемоційної підтримки, організації робочого графіка, використання технік релаксації та розвитку навичок стрес-менеджменту. Це особливо важливо в умовах роботи з вагітними, де емоційний стан медперсоналу безпосередньо впливає на комфорт і безпеку пацієнтів.

Загалом, зниження стресозалежності і підвищення стресостійкості медиків сприяє збереженню їхнього професійного здоров'я, покращенню якості надання медичної допомоги і зменшенню ризиків професійного вигорання, та має позитивний ефект на майбутнє життя матері та дитини.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1

У першому розділі дослідження, присвяченому теоретичному аналізу впливу темпераменту на стресостійкість медичних працівників у взаємодії з вагітними жінками, було розглянуто основні психологічні підходи, що пояснюють специфіку професійної діяльності в акушерській і гінекологічній практиці. Результати наукових праць свідчать, що різні типи темпераменту характеризуються різною мірою реактивності, темпом емоційних реакцій і здатністю до адаптації в умовах підвищеного психоемоційного навантаження, яке є невід'ємною частиною роботи з вагітними пацієнтами.

Темперамент і стресостійкість перебувають у тісному взаємозв'язку. Індивідуальні темпераментні особливості значною мірою визначають, як саме медичний працівник реагує на стресові ситуації та наскільки ефективно він здатен підтримувати внутрішню рівновагу. Наприклад:

Сангвініки зазвичай мають високий рівень внутрішньої енергії та позитивний настрій, що сприяє швидкому відновленню і відкритості до спілкування. Вони краще справляються з несподіваними ситуаціями і мають високі рівні соціальної підтримки, що знижує ризик емоційного вигорання.

Холерики демонструють швидку реакцію і здатність активно діяти у кризових ситуаціях, але їхня імпульсивність і високий рівень емоційної реактивності можуть посилювати рівень стресу і стимулювати розвиток тривожних станів, якщо механізми подолання немеханізовані.

Флегматики – найстійкіші до стресу, оскільки характеризуються спокоєм, стабільністю і вмінням керувати емоціями. Це сприяє їхній здатності зберігати психічну рівновагу навіть у складних ситуаціях, пов'язаних із вагітністю пацієнток.

Меланхоліки мають високий емоційний рівень і схильність до переживань, що підвищує рівень їхньої реактивності на стрес і ризик розвитку емоційного вигорання.

Об'єктивне знання впливу типу темпераменту дозволяє систематично розвивати індивідуальні та колективні стратегії подолання стресу, знижувати ймовірність вигорання та підвищувати ефективність роботи у сфері охорони здоров'я, особливо при роботі з вагітними, які потребують делікатного і чуйного підходу.

Взаємозв'язок між темпераментом і стресостійкістю у контексті роботи з вагітними жінками має важливе значення для збереження психологічної стабільності медичних працівників та забезпечення високої якості допомоги. Способи переживання та подолання стресу серед медичних працівників суттєво різняться, і ці відмінності безпосередньо пов'язані з індивідуальними темпераментними рисами. Деякі легко пристосовуються до напруги і зберігають спокій, швидко відновлюючи ресурс, тоді як інші схильні до емоційної нестабільності і тривожності, що ускладнює їхню роботу. В динаміці професійної діяльності це проявляється в різній здатності зберігати працездатність і ефективність під час стресу, особливо в інтенсивних умовах, як при роботі з вагітними жінками, де необхідний не лише професіоналізм, а й емоційна чуйність. Тому для підтримки медпрацівників важливо враховувати їх індивідуальні психофізіологічні особливості і надавати диференційовану психологічну підтримку, що дозволить знизити ризик професійного вигорання і підвищити якість надання медичної допомоги.

Значення психологічної підтримки : значення психологічної підтримки медичних працівників є надзвичайно важливим у сучасних умовах, особливо у роботі з вагітними жінками, де високий рівень професійного стресу, емоційного навантаження і відповідальності є постійними супутниками. Психологічна підтримка сприяє зниженню ризику емоційного вигорання, покращенню психоемоційного стану, збереженню працездатності та мотивації медиків.

Вона створює безпечне і довірче середовище, де працівники можуть відкрито висловлювати свої переживання, отримувати професійну допомогу і обмінюватись досвідом подолання стресових ситуацій. Також важливим аспектом є розвиток навичок управління стресом, методів релаксації та емоційної саморегуляції, що дозволяє лікарям і медсестрам зберігати емоційну рівновагу і зосередженість навіть у кризових моментах.

Керівники медичних закладів, які організовують регулярну психологічну підтримку, сприяють підвищенню ефективності роботи колективу, покращенню взаємин у команді і створенню здорового робочого клімату. Завдяки цьому зменшується кількість помилок, покращується якість комунікації з пацієнтами, а медичні працівники відчують себе більш захищеними і підтриманими.

Отже, системна психологічна підтримка є ключовим чинником збереження психічного здоров'я медичних працівників, підвищення їх стресостійкості і професійної майстерності, що безпосередньо впливає на якість надання медичної допомоги вагітним жінкам.

Перспективи вдосконалення практики. Перспективи вдосконалення практики психологічної підтримки медичних працівників лежать у кількох основних напрямках. По-перше, це ширше впровадження систем супервізії, які забезпечують регулярний професійний контроль і підтримку, допомагають розв'язувати складні ситуації та запобігають емоційному вигоранню. По-друге, розвиток програм навчання навичкам емоційної саморегуляції, стрес-менеджменту та психоемоційної гігієни, що дозволить медикам ефективно протидіяти негативним наслідкам професійного стресу.

Крім того, перспективним є впровадження цифрових і онлайн-ресурсів психологічної допомоги, що підвищить доступність підтримки, особливо для працівників, які мають обмежений час або працюють у віддалених регіонах. Інтеграція безоплатних та постійних психологічних консультацій у систему первинної медичної допомоги сприятиме своєчасному виявленню та корекції психоемоційних порушень. Також важливо підвищувати обізнаність керівників

закладів охорони здоров'я щодо значення психологічної підтримки, впроваджувати політику дружнього робочого середовища, яка формує позитивний клімат і знижує психоемоційне напруження.

Усе це сприятиме не лише збереженню психічного здоров'я медичних працівників, а й підвищенню якості медичної допомоги, зокрема понад вагітними жінками, що є особливо вразливою групою пацієнтів.

Необхідність подальших досліджень зумовлена складністю і багатогранністю впливу темпераменту на стресостійкість медичних працівників, особливо в роботі з вагітними жінками, що створює високі емоційні та професійні навантаження [6]. Хоча сучасні дослідження вже підтвердили важливість індивідуальних психофізіологічних особливостей у формуванні стресостійкості, існує потреба в поглибленому вивченні механізмів адаптації, психоемоційної регуляції та ефективних методів психологічної підтримки.

Необхідно розробити і впровадити більш диференційовані підходи до оцінки потреб медичних працівників з урахуванням типів їхнього темпераменту, що дозволило б підвищити ефективність профілактики професійного вигорання та зберегти психічне здоров'я персоналу. Важливо також досліджувати вплив організаційних та соціальних факторів, інтегруючи їх у комплексну модель формування стресостійкості.

Перспективним напрямком є застосування новітніх технологій, зокрема цифрових платформ та телемедицини, для надання психологічної підтримки й моніторингу емоційного стану медперсоналу в режимі реального часу. Крім того, потрібно вивчати ефективність різних методик релаксації, саморегуляції та тренінгів з емоційного інтелекту у професійному середовищі.

Отже, подальші дослідження сприятимуть формуванню більш гнучких, адаптивних і науково обґрунтованих моделей психологічної підтримки, які підвищать стресостійкість медичних працівників та якість медичної допомоги у сфері акушерства і гінекології, що є актуальним для сучасної охорони здоров'я.

Зв'язок між темпераментом і стресостійкістю формують біологічні, психологічні й соціальні фактори, що разом визначають реакцію медичного працівника на професійний стрес. Тип темпераменту визначає особливості емоційної реактивності, здатність до адаптації, способи подолання стресу та відновлення життєвих ресурсів.

Медичні працівники з різними типами темпераменту проявляють різні моделі поведінки у складних ситуаціях, впливають на якість взаємодії з пацієнтами, зокрема вагітними жінками, і на психологічний клімат у колективі. Наприклад, працівники з високою емоційною стабільністю і гнучкістю легше витримують емоційне навантаження та зберігають працездатність у тривалих стресових умовах. Але зараз дуже багато вагітних жінок, які були змушені переїхати в різні кутки України та закордон. Все це : постійна загроза життю вагітної, вимушене переміщення, роз'єднання з родиною та обмежений доступ до медичної допомоги значно підвищують рівень тривоги та емоційне виснаження. Дослідники наголошують, що такі психоемоційні навантаження можуть негативно впливати на перебіг вагітності та потребують цілеспрямованої психологічної підтримки [7].

Сучасні дослідження підтверджують, що психологічна стресостійкість залежить не лише від типу темпераменту, але й від рівня розвитку особистісних ресурсів, досвіду професійної діяльності, соціальної підтримки та організаційних умов праці. Розуміння цього взаємозв'язку допомагає розробляти ефективні програми психологічної допомоги та тренінги зі стрес-менеджменту, що враховують індивідуальні особливості працівників.

В комплексі це сприяє не тільки збереженню психічного здоров'я медичних працівників і запобіганню професійному вигоранню, а й покращенню якості медичної допомоги вагітним жінкам, що є особливо важливим у сфері акушерства і гінекології. Тому подальше вивчення інтеграції темпераментальних особливостей у модель формування стресостійкості є науково та практично актуальним напрямком.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОВІДНОСИН МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ З ВАГІТНИМИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

2.1. Структура та методи дослідження

У дослідженні взяли участь 30 вагітних, а також 25 медичних фахівців – акушери-гінекологи та лікарі сімейної медицини, які працюють із вагітними жінками в умовах воєнного стану. Вік вагітних учасниць становив від 20 до 30 років, а вік медиків – від 30 до 60 років (середній показник – 45 років). Група лікарів була різномірною за стажем, професійним досвідом і статевою належністю.

Поняття емоційного вигорання увійшло в наукову літературу завдяки дослідженням кінця 1960-х – початку 1970-х років, коли вперше почали звертати увагу на психологічні наслідки тривалої професійної взаємодії у соціальних і медичних службах. Одним із перших систематичних записів цього феномену стала робота Н. В. Bradley (1969), у якій автор досліджував стан хронічного емоційного виснаження серед працівників установ, що працювали з неповнолітніми правопорушниками. У центрі уваги були не лише зміни в емоційній сфері, а й поведінкові та професійні наслідки такої тривалої напруги.

Подальший розвиток поняття пов'язують із Н. J. Freudenberger, який у 1974 році звернув увагу на схожі явища серед працівників клінік для осіб із залежностями. Саме його стаття, присвячена поступовому емоційному і фізичному виснаженню персоналу, стала одним із ключових етапів у формуванні сучасного розуміння *burnout* як професійного синдрому. Фрейденбергер описав комплекс симптомів – від втрати мотивації до зниження енергії, емоційної нестабільності й погморальний дистрес іршення взаємодії з

пацієнтами – що згодом було включено до основних наукових моделей вигорання.

Ці зміни охоплювали відчуття виснаження, спричинене надмірними вимогами до роботи, пригніченість, а також фізичні симптоми, зокрема головний біль і безсоння, дратівливість, емоційну лабільність та замкнутість мислення. Зокрема, 2015 року Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) схвалила концепцію вигорання, яка не класифікувала емоційне вигорання як медичний стан чи психічний розлад; ця концепція була модифікована і удосконалена 2022 року [14].

Сучасні дослідження вигорання дедалі частіше підкреслюють не лише емоційні чи когнітивні механізми цього явища, а й його етичний вимір. Одну з найвпливовіших концептуальних моделей запропонували M. L. S. Vachon та колеги (2015), які наголошують, що ключовим детермінантом вигорання в медичній сфері є Він виникає тоді, коли лікар чітко усвідомлює, яке рішення було б етично правильним, однак не може його реалізувати через організаційні бар'єри, брак ресурсів, адміністративні вимоги або інші зовнішні та внутрішні обмеження. У таких умовах професіонал опиняється в ситуації "етичної пастки", що створює відчуття компрометації власної професійної ролі та внутрішнього конфлікту між моральною нормою й фактичною поведінкою [7].

Паралельно з цим формується явище, яке науковці окреслюють як моральну травму. Це не просто емоційна реакція на окрему подію, а глибоке психологічне порушення, що виникає внаслідок участі у ситуаціях, які суперечать базовим моральним переконанням фахівця або підривають його уявлення про професійну та людську гідність. Дослідження показують, що моральна травма має *кумулятивний характер*: повторювані або тривалі епізоди етичного конфлікту поступово накопичуються, створюючи тривалу напругу, що врешті-решт трансформується у вигорання та втрату професійного сенсу.

У протигагу цим деструктивним процесам сучасні автори вводять поняття морального успіху – стану, який формується тоді, коли професійне середовище підтримує умови для етичного діалогу, прозорості комунікації та можливості діяти відповідно до внутрішніх моральних норм. Дослідження демонструють, що у таких умовах лікарі відчують підвищене професійне задоволення, краще зберігають психологічну рівновагу та частіше демонструють високий рівень стресостійкості. Моральний успіх, таким чином, виконує протекторну функцію та сприяє професійному й особистісному розвитку медичних працівників.

Методика опитувальника професійного стресу й/або емоційного вигорання серед медичних працівників при взаємодії з вагітними по Маслач

Опитувальник емоційного вигорання Маслач (Maslach Burnout Inventory, MBI) широко застосовується для оцінки синдрому емоційного вигорання у медичних працівників, зокрема тих, хто взаємодіє з пацієнтами, як-от вагітними жінками. Автори Кристина Маслач і Сьюзен Джексон визначають вигорання як стан фізичного, емоційного та психічного виснаження, що включає втрату ентузіазму, відчуження від пацієнтів (деперсоналізацію) та зниження почуття особистого досягнення у роботі [17].

В Україні опитувальник Маслач застосовується для дослідження вигорання серед лікарів, враховуючи фактори професійного стресу, емоційного навантаження, робочого тиску та особливостей етичної комунікації з пацієнтами. Методика має три основні шкали: емоційне виснаження, деперсоналізація і зниження особистих досягнень, що дає комплексну картину стану вигорання. Відомо, що медики, що працюють у сфері "людина-людина", а особливо в стресових умовах з вагітними жінками (включно з військовим конфліктом), мають високі ризики вигорання.

Цей опитувальник можна описати як стандартний інструмент діагностики професійного вигорання, адаптований і широко визнаний у наукових дослідженнях щодо медичних працівників в Україні, що дозволяє оцінити

вплив стресу воєнного часу на лікарів-акушерів-гінекологів і сімейних лікарів при роботі з вагітними.

Поняття емоційного вигорання поступово сформувалося в науковому дискурсі наприкінці ХХ століття. Одним із перших досліджень, у якому цей термін був використаний для опису негативних психічних змін, пов'язаних із професійною діяльністю, вважається праця Н. В. Bradley (1969). Автор досліджував психологічне виснаження співробітників центру для неповнолітніх правопорушників, фіксуючи характерні прояви хронічної втоми та емоційного виснаження.

Важливим етапом у становленні концепції став внесок Н. J. Freudenberger (1974), який у статті «Burnout: Staff Burnout» вперше систематизував цей феномен у контексті роботи персоналу клініки для наркозалежних. Він описав симптоми, що включали тривалу втому, пригніченість, зниження ентузіазму, а також фізичні прояви – головний біль, розлади сну, дратівливість, емоційну лабільність і тенденцію до звуження мислення [15]. Саме роботи Бредлі та Фрейденбергера започаткували сучасну традицію розуміння вигорання як професійного явища, що виникає під впливом надмірного навантаження, емоційної депривації та тривалого контакту зі складними життєвими ситуаціями пацієнтів.

У 2015 році Всесвітня організація охорони здоров'я офіційно визнала *burnout* окремим феноменом, пов'язаним виключно з професійним контекстом. Хоча вигорання не класифікували як медичний або психічний розлад, ВООЗ визначила його як синдром, що виникає внаслідок хронічного робочого стресу, який не вдалося успішно подолати. Це визначення було поглиблене й оновлене у 2022 році, що свідчить про еволюцію підходів до розуміння проблеми та її визнання на глобальному рівні.

Сучасні дослідження пропонують розглядати вигорання не лише як емоційний чи когнітивний феномен, а як етико-психологічну проблему. M. L. S. Vachon et

al. (2015) підкреслюють, що в основі вигорання часто лежить моральний дистрес – стан, який виникає тоді, коли медичний працівник чітко усвідомлює, що є правильним рішенням, але не може його реалізувати через зовнішні обмеження (системні, адміністративні, ресурсні) або внутрішні бар'єри. Така неможливість діяти згідно з власними етичними переконаннями створює психологічну напругу, що у довгостроковій перспективі трансформується у вигорання.

Дослідники також вказують на роль моральної травми – глибокої психологічної шкоди, що виникає внаслідок участі у подіях, які суперечать особистим моральним цінностям. У медичній практиці це можуть бути ситуації, коли фахівець змушений відмовляти в допомозі через брак ресурсів, приймати складні рішення під тиском обставин або бути свідком значного страждання пацієнтів. Моральна травма має *кумулятивний характер*: повторювані епізоди поступово накопичуються, що зрештою призводить до емоційного виснаження та втрати професійного сенсу [16].

На противагу цьому, концепція морального успіху описує ситуації, коли професійне середовище створює умови для етичної, відкритої та підтримувальної комунікації. У таких умовах медичний працівник має змогу реалізовувати свої моральні принципи, що сприяє підвищенню професійного задоволення, зміцненню ідентичності та розвитку стійкості.

Таким чином, емоційне вигорання можна розглядати як феномен, що формується на перетині психологічних механізмів, етичних конфліктів та організаційних особливостей професійного середовища, особливо в умовах підвищеного ризику та нестабільності – таких як воєнний стан чи інтенсивна робота з вагітними пацієнтами.

Сучасне розуміння вигорання ґрунтується на теоретичній моделі Х. Маслач та С. Джексона, запропонованій в 1981 р., яка містить три головні компоненти: почуття емоційного виснаження, деперсоналізація і редукція

особистих досягнень. На основі даної моделі розроблено Maslach Burnout Inventory (MBI) – простий та зручний інструмент, що використовується у 88 % публікацій, присвячених дослідженню цієї проблеми [17]. Оскільки трикомпонентна концепція була взята за основу при визначенні синдрому вигорання в МКХ-11, опитувальник сьогодні є універсальним вимірним стандартом. MBI є ліцензованим торговельним знаком, що охороняється правом інтелектуальної власності; його використання має ряд обмежень, а будь-які частини методики не дозволено публікувати у відкритих джерелах.

У сучасних умовах питання психологічної стійкості та професійного благополуччя фахівців соціальної сфери стало однією з ключових тем міжнародної наукової дискусії. Дослідження останнього десятиліття демонструють, що працівники професій, які передбачають інтенсивну міжособистісну взаємодію – медики, педагоги, соціальні працівники, – належать до групи підвищеного ризику розвитку професійного вигорання. Цей ризик суттєво зріс під впливом глобальних кризових факторів, таких як пандемія COVID-19, тривалий воєнний конфлікт в Україні та глибокі соціально-економічні трансформації.

Наукові дані свідчать, що саме поєднання масштабних стресорів – від загрози життю до нестачі ресурсів, інформаційної невизначеності та хронічного емоційного навантаження – призвело до суттєвого погіршення психоемоційного стану фахівців соціальної сфери. У відповідь на це зростає потреба у більш точних діагностичних підходах та розробці інтегрованих моделей оцінки психологічних ризиків, що враховують не лише індивідуальні, але й організаційні та соціальні чинники.

Особливо гостро ця проблема постає у сфері охорони материнства. Лікарі акушери-гінекологи та лікарі сімейної медицини, які працюють із вагітними жінками в умовах воєнного стану, перебувають під впливом унікального поєднання психологічних та етичних стресорів. До них належать:

- відповідальність за життя матері та дитини,
- необхідність прийняття рішень у ситуаціях невизначеності,
- обмеженість ресурсів та кадровий дефіцит,
- підвищена емоційність взаємодії з пацієнтами,
- ризики вторинної травматизації на тлі воєнних подій.

Оскільки ці чинники взаємодіють і підсилюють один одного, їхній кумулятивний вплив може призводити до глибоких порушень психоемоційної рівноваги та формування симптомів професійного виснаження.

У цьому контексті використання медико-психологічного опитування як дослідницького інструменту є принципово важливим. Воно дає змогу комплексно оцінити психічний стан медичних працівників, виявити ключові стресові детермінанти та визначити групи ризику – що є необхідною передумовою для розробки ефективних програм профілактики вигорання та зміцнення стресостійкості в системі охорони здоров'я.

Для медичних працівників застосування BFSI дозволяє якісно виявити особистісні характеристики, що напрямую впливають на здатність протистояти стресу, адаптуватися до емоційних навантажень і будувати ефективне професійне спілкування з пацієнтами, зокрема вагітними жінками особливо в умовах воєнного стану. Наприклад, високий рівень сумлінності та доброзичливості часто корелює з кращою комунікативною компетентністю і меншим емоційним вигоранням, а підвищений нейротизм свідчить про схильність до тривожності та стресових реакцій.

Практичне використання BFSI передбачає індивідуальне і групове тестування працівників, що дозволяє не лише оцінити поточний рівень стресостійкості та темпераментальних рис, а й врахувати отримані дані для розробки програм психологічної підтримки, тренінгів зі стрес-менеджменту та кадрового планування з урахуванням психологічної сумісності колективу.

Підсумкові показники дають можливість оцінити психологічний профіль медичного працівника, визначити його сильні сторони та можливі зони ризику (наприклад, високий нейротизм - підвищена тривожність).

2.2. Аналіз результатів дослідження

Віковий профіль учасників вибірки відображено на рисунку 2.1, що дає змогу наочно оцінити розподіл респондентів за віковими групами.

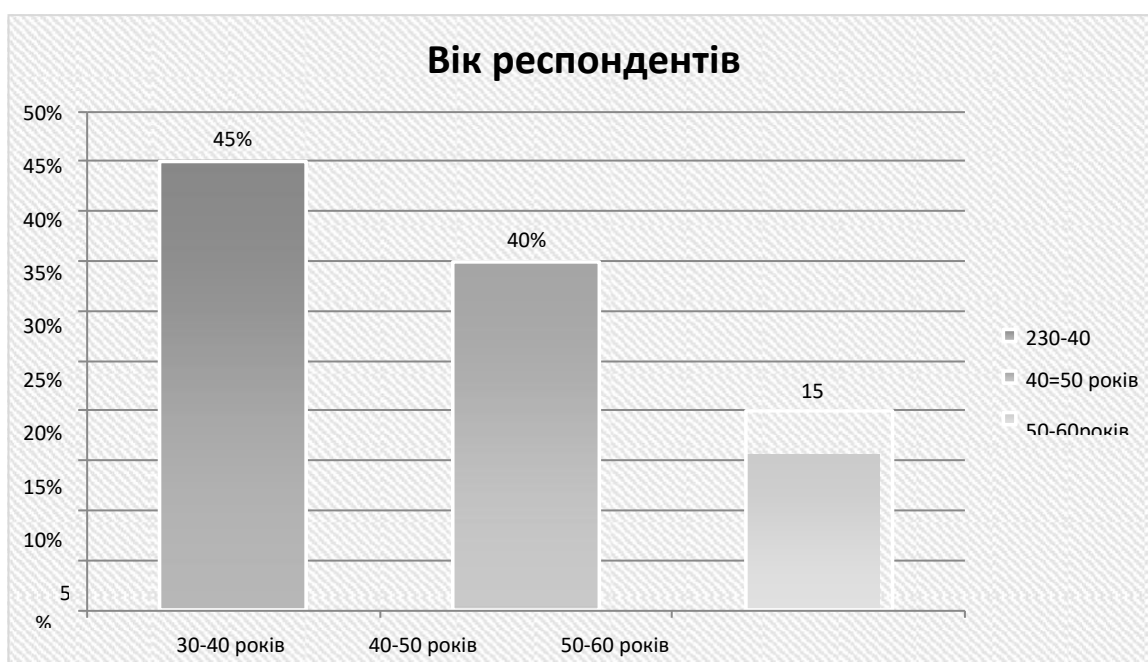


Рис. 2.1. Розподіл респондентів вибірки за віковими категоріями (у %).

Як свідчать дані, подані на рисунку 2.1, найбільш чисельною виявилася група медичних працівників віком 30–40 років. Такий розподіл є показовим для сучасної медичної сфери, оскільки саме ця вікова когорта зазвичай характеризується активним професійним зростанням, високим рівнем залученості до клінічної практики та готовністю до інтеграції нових клініко-психологічних підходів. Дослідження вказують, що фахівці цього віку частіше демонструють гнучкість, адаптивність і виражену мотивацію до підвищення кваліфікації, що може впливати на їхню стресостійкість та загальний професійний ресурс. Групу віком 40-50 років представляють 40% респондентів,

тоді як 15% учасників мають вік від 50 до 60 років. Така структура вибірки відображає різномірний професійний досвід і широкий спектр знань серед медичних фахівців, що сприяє ефективній взаємодії та командній роботі.

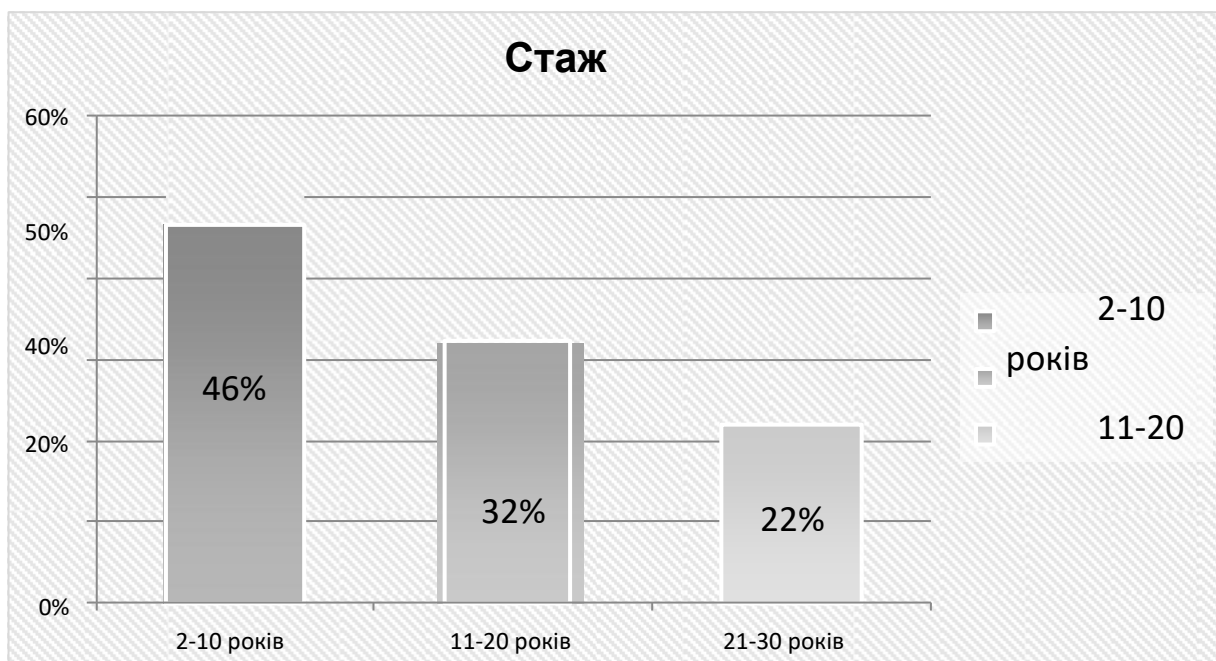


Рис. 2.2. Розподіл респондентів за показником професійного стажу (у %)

Графічні дані, подані на рисунку 2.2, демонструють нерівномірний розподіл учасників за тривалістю професійної діяльності. Найбільшою є група фахівців зі стажем від 2 до 10 років, яка становить 46% вибірки. Відомо, що саме цей період професійного становлення вирізняється інтенсивним набуттям клінічного досвіду, адаптацією до структурних вимог медичних закладів та активним формуванням індивідуального стилю роботи, що може істотно впливати на сприйнятливість до професійних стресорів.

Ще 32% респондентів мають стаж 11–20 років. Представники цієї групи здебільшого характеризуються високим рівнем професійної стабільності, сформованими клінічними компетентностями та глибоким розумінням специфіки взаємодії з пацієнтами. Дослідження показують, що середня ланка за

досвідом нерідко демонструє оптимальний баланс між професійною впевненістю та стресостійкістю, оскільки має практичні навички, але ще не перебуває під впливом тривалої кумулятивної втоми.

Частка осіб зі стажем понад 21 рік становить 22%, що відображає їхній значний досвід і потенціал у ролі наставників для молодших колег. Така різномірівнева структура стажу серед учасників опитування позитивно позначається на якості медичних послуг і взаємодії в колективі.

Переважаання медичних працівників із стажем 2-10 років підкреслює важливість направлення ресурсів на підтримку адаптації молодших спеціалістів та їхнього професійного росту. Водночас значна частка досвідчених фахівців є потенційною опорою для колективу, здатною передавати знання і навички, а також допомагати в психологічній підтримці колег.

У рамках дослідження було проведено анонімне опитування серед вагітних жінок з метою ідентифікації основних недоліків у професійній діяльності медичних працівників, які впливають на якість лікарсько-пацієнтської взаємодії. Отримані результати засвідчили низку системних проблем, що повторюються у відповідях респонденток. Найчастіше вагітні жінки зазначають такі недоліки:

1. Недостатня обізнаність у сфері психології та відсутність компетенцій, необхідних для комунікації з пацієнтами різних профілів – 81,2%.
2. Ознаки професійної демотивації або негативне ставлення до виконання своїх обов'язків – 40,3%.
3. Прояви особистісних рис, які ускладнюють ефективну взаємодію (негативні характерологічні особливості) – 51,4%.
4. Пасивність і знижена ініціативність, пов'язані з низькою мотивацією – 60,7%.

5. Недооцінювання впливу психологічних та соціально-психологічних факторів на перебіг соматичних і психічних захворювань – 45,5%.

6. Невміння адекватно оцінити психічний стан пацієнта за різних патологічних умов – 52%.

7. Брак базових навичок психологічної діагностики при соматичних і психосоматичних порушеннях – 68%.

8. Орієнтація переважно на клінічні показники хвороби, а не на індивідуальні особливості пацієнтки як особистості – 72%.

Отримані дані демонструють наявність значного розриву між клінічною підготовкою медичного персоналу та психологічними потребами вагітних пацієнтів. Така диспропорція корелює з міжнародними дослідженнями, які наголошують на критичній важливості інтеграції психологічних знань, емпатійного стилю спілкування і пацієнт-орієнтованого підходу в практику акушерства та сімейної медицини.

Таблиця 2.1 **Оцінка медичних працівників вагітними**

№	Проблема	Відсоток (%)
1	Відсутність знань психологічної науки, необхідних для спілкування з хворими різного профілю	81,2
2	Негативне ставлення або відсутність інтересу до своєї діяльності	40,3
3	Прояв негативних характерологічних якостей особистості лікаря	51,4

№	Проблема	Відсоток (%)
4	Пасивність, пов'язана з відсутністю мотивації	60,7
5	Нерозуміння ролі впливу психологічних та соціально-психологічних чинників на виникнення і розвиток захворювань	45,5
6	Невміння оцінити психічний стан хворих при різних патологіях	52,0
7	Відсутність елементарних навичок встановлення психологічного діагнозу при соматичних і психосоматичних захворюваннях	68,0
8	Орієнтація на оцінку хвороби, а не хворої особистості	72,0

Негативна оцінка вагітними роботи медичних працівників представлена у таблиці 2.2

Таблиця 2.2 Негативна оцінка вагітними роботи медичних працівників

№	Прояв порушення спілкування	Відсоток (%)
1	Байдужість	75

№	Прояв порушення спілкування	Відсоток (%)
2	Нестриманість	80
3	Негативне ставлення до пацієнтів	60
4	Грубість	55
5	Відсутність елементарних навичок встановлення психологічного контакту	74

Таблиця 2.3 Негативні якості медичних працівників, які зазначили вагітні

№	Проблема	Відсоток (%)
1	Відсутність знань психологічної науки, необхідних для спілкування з хворими різного профілю	81,2
2	Негативне ставлення або відсутність інтересу до своєї діяльності	40,3
3	Прояв негативних характерологічних якостей особистості лікаря	51,4
4	Пасивність, пов'язана з відсутністю мотивації	60,7
5	Нерозуміння ролі впливу психологічних та соціально-психологічних чинників на виникнення і розвиток захворювань	45,5
6	Невміння оцінити психічний стан хворих при різних патологіях	52,0
7	Відсутність елементарних навичок встановлення психологічного діагнозу при соматичних і психосоматичних захворюваннях	68,0

№	Проблема	Відсоток (%)
8	Орієнтація на оцінку хвороби, а не хворої особистості	72,0

Таблиця 2.4 Якості лікаря, які найбільше цінують пацієнти

№	Позитивна якість персоналу	Відсоток (%)
1	Пунктуальність	100
2	Акуратність	100
3	Уважність	100
4	Доброзичливість	100
5	Співчуття	98
6	Професійні навички	100
7	Професійний рівень	90,5

У трьох таблицях показані поєднання виражених проблем і сильних сторін комунікації лікарів з пацієнтами.

Перша таблиця відображає дефіцити психологічних знань та навичок: високі показники байдужості, орієнтації лише на хворобу, відсутності

психологічного діагнозу й оцінки психічного стану свідчать про недостатню психолого-комунікативну підготовку лікарів і ризик ятрогенних ситуацій.

Друга таблиця фіксує конкретні негативні поведінкові прояви у спілкуванні (байдужість, нестриманість, грубість, негативне ставлення, відсутність психологічного контакту), які пацієнти безпосередньо сприймають як порушення медичної етики й джерело конфліктів.

Третя таблиця демонструє, що одночасно пацієнти високо оцінюють пунктуальність, акуратність, уважність, доброзичливість і професійні навички більшості лікарів, тобто технічна компетентність і базові етичні якості загалом збережені, але потребують доповнення розвитком емпатії та комунікаційних умінь.

Узагальнюючи, дані свідчать про суперечливу картину: лікарі мають високий професійний рівень та формальні якості, але на фоні значного дефіциту психологічних знань і навичок спілкування, що зумовлює емоційне віддалення від пацієнтів і потребує цілеспрямованих програм навчання клінічній комунікації.

Для аналізу особистісних рис за методикою Big Five Structure Inventory (BFSI) та Maslach, проведено описову статистику основних параметрів вибірки та оцінено розподіл рис особистості.

Були проведені дослідження за допомогою опитувальник К. Масlach «Maslach Burnout Inventory» (MBIGS), анонімне анкетування вагітних та роботі медичних працівників, а саме 25 лікарів акушерів-гінекологів які взаємодіють з вагітними в умовах воєнного стану, яке проводилося вибірково в медичних закладах м. Харкова, а саме з лікарями акушерами-гінекологами жіночих консультацій, при анонімному опитуванні .

Таблиця 2.5 Розподіл залежності від рівня виразності показників вигорання

Субшкала	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
Емоційне виснаження	2 осіб (8%)	5 осіб (20%)	18 осіб (72%)
Деперсоналізація	4 осіб (16%)	6 осіб (24%)	15 осіб (60%)
Професійна ефективність	9 осіб (36%)	8 осіб (32%)	6 осіб (16%)

Проаналізуємо субшкали :

Емоційне виснаження: високий рівень мають 18 осіб (72%), середній - 5 осіб (20%), низький - лише 2 особи (8%). Це свідчить про домінування вираженого емоційного виснаження, тобто більшість респондентів відчують хронічну втому, емоційне спустошення та перенапруження.

Деперсоналізація: високий рівень - у 15 осіб (60%), середній - у 6 осіб (24%), низький - у 4 осіб (16%). Такий розподіл означає, що значна частина фахівців схильна до цинізму, емоційного відсторонення від пацієнтів, формального ставлення до професійних обов'язків.

Професійна ефективність: високий рівень мають лише 6 осіб (24%), середній - 8 осіб (32%), натомість низький рівень - у 9 осіб (36%). Це вказує на тенденцію до зниження відчуття власної компетентності, задоволеності результатами праці та віри у професійні можливості.

Таблиця 2.6 Порівняльна таблиця результатів основних шкал Maslach Burnout Inventory (%)

Показник	2–10 років (%)	11–20 років (%)	21+ років (%)
Емоційне виснаження (EE)	22%	38%	40%
Деперсоналізація (DP)	18%	37%	45%
Редукція особистих досягнень (РА)	19%	42%	39%

Варто зазначити що отримані відсоткові показники – це відсоток від загальної кількості лікарів у конкретній вибірці. Ми бачимо, що усі показники збільшуються в залежності від стажу. Емоційне виснаження має високий показник вже для стажу 2-10 років, й поступово збільшується. На деперсоналізацію скаржаться менше лікарі з маленьким стажем. Але поступово показник збільшується і стає навіть більше за емоційне виснаження та редукцію.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2

На основі аналізу анонімного анкетування та методикою Maslach та Big Five Structure Inventory (BFSI) вибіркової групи вагітних та лікарів акушерів-гінекологів і сімейних медиків, які працюють з вагітними в умовах воєнного стану, було оцінено особистісні риси та взаємовідносини між медичними працівниками та вагітними.

У першій групі з анкетуванням та анонімного опитування вагітних о оцінки взаємодії з лікарями. Наведені результати дозволяють сформулювати такі узагальнені висновки.

По-перше, у комунікації «лікар-пацієнт» одночасно співіснують виражені бар'єри та суттєві ресурси: з одного боку, спостерігаються дефіцит психологічних знань, труднощі в оцінці психічного стану пацієнта, байдужість і формальне ставлення, що підвищує ризик ятрогенних ситуацій та конфліктів; з іншого - пацієнти високо оцінюють професіоналізм, пунктуальність, акуратність, уважність і доброзичливість більшості лікарів, що свідчить про збережений потенціал для покращення взаємодії.

По-друге, виявлене поєднання високого професійного рівня із браком емпатії, навичок психологічного контакту та емоційної підтримки свідчить про структурний дисбаланс у підготовці лікарів: біомедична компетентність розвинена значно краще, ніж психолого-комунікативна. Це вимагає цілеспрямованого посилення навчання клінічній комунікації, медичній психології та деонтології як на етапі додипломної освіти, так і у системі безперервного професійного розвитку.

По-третє, результати підтверджують необхідність комплексних інтервенцій, спрямованих на профілактику емоційного виснаження та корекцію комунікативних бар'єрів: тренінгів емпатичної взаємодії, роботи з емоційною регуляцією, супервізій і змін в організації праці, що сприятимуть зниженню частоти конфліктів, підвищенню довіри пацієнтів і якості медичної допомоги.

Розподіл за стажом показав, що 46% учасників знаходяться на етапі активного професійного становлення (2–10 років), що супроводжується процесом адаптації та здобуттям практичних навичок. Окрім цього, 32% мають досвід роботи від 11 до 20 років, що характеризується стабільністю та глибоким розумінням професійних особливостей. Група старших практиків із стажом понад 21 рік становить 22%, що свідчить про збереження у професії досвідчених фахівців.

Таке співвідношення свідчить про гармонійне поєднання молодого і досвідченого персоналу у вибірці, що є важливим для балансу інноваційного підходу і стабільності медичної практики. Аналіз особистісних рис за BFSI допомагає краще зрозуміти психологічний профіль цих груп, що є важливим для розробки програм психологічної підтримки, спрямованої на подолання стресу і підвищення професійної стійкості медиків в умовах війни.

Сукупність результатів свідчить про те, що в більшості обстежених сформувався виражений синдром емоційного вигорання: поєднання високого емоційного виснаження й деперсоналізації з одночасним зниженням професійної ефективності.

Така структура профілю є ризиковою як для психічного та соматичного здоров'я фахівців (підвищення тривоги, депресивних проявів, психосоматичних розладів), так і для якості надання допомоги (більша ймовірність помилок, погіршення комунікації, зростання конфліктності у взаємодії з пацієнтами).

Показники деперсоналізації залишаються відносно високими в усіх стажових групах (18%, 37%, 45% відповідно), що демонструє стійку тенденцію до емоційного віддалення від пацієнтів як універсального захисного механізму. Невелике коливання цих значень може відображати індивідуальні стратегії копінгу та організаційні особливості роботи, але загалом деперсоналізація є суттєвим компонентом вигорання на всіх етапах професійного шляху.

Загалом результати вказують на те, що на ранніх етапах кар'єри медичні працівники більше страждають від сумнівів у власній професійній успішності,

тоді як при великому стажі домінує саме емоційне виснаження на тлі відносно стабільної оцінки власної компетентності. Це підкреслює необхідність диференційованих профілактичних заходів: підтримка професійної самооцінки та наставництво для молодших лікарів, а також програми зниження стресу, відновлення ресурсів і балансу «робота-життя» для найбільш досвідчених фахівців.

РОЗДІЛ 3

ІНТЕГРОВАНА ПРОГРАМА ПІДВИЩЕННЯ СТРЕСОВОЇ ВИТРИВАЛОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ, ЯКІ ЗАБЕЗПЕЧУЮТЬ ДОПОМОГУ ВАГІТНИМ ЖІНКАМ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

3.1. Науково обґрунтовані методичні підходи до формування та зміцнення стресостійкості медичного персоналу у взаємодії з вагітними

Методичні рекомендації щодо розвитку стресостійкості серед медичного персоналу при взаємодії з вагітними жінками різних країн світу акцентують увагу на інтегрованому підході, що поєднує медичний, психологічний і соціальний супровід.

Взаємодія з вагітними пацієнтами потребує не лише глибоких медичних знань, а й відмінних психологічних навичок, здатності ефективно справлятися зі стресовими ситуаціями, підтримувати емоційний баланс і взаєморозуміння. Стресостійкість у таких умовах виступає важливим чинником професійної компетентності і запобігає розвитку емоційного вигорання, що може негативно впливати на якість медичного обслуговування та загальний психологічний клімат у колективі.

У сучасній психології значна увага приділяється вивченню індивідуальних особливостей особистості, які впливають на рівень адаптації до професійних викликів. Розробляються рекомендації щодо психологічної підтримки та програм профілактики (наприклад, розвиток копінг-стратегій, супервізії, групова підтримка) [11]. Одним із найпоширеніших і науково обґрунтованих підходів є модель «Великої п'ятірки» (Big Five), що описує п'ять основних рис особистості: відкритість до досвіду, сумлінність, екстраверсія, доброзичливість та нейротизм. Вивчення цих рис дає змогу глибше зрозуміти психологічний профіль медичних працівників, їхню здатність до стресостійкості та особливості темпераменту.

Рекомендовані такі завдання:

1. розглянути теоретичні підходи до вивчення стресостійкості та темпераменту в професійній діяльності медиків;
2. проаналізувати внутрішні риси особистості за моделлю «Великої п'ятірки» у контексті психоемоційних потреб медичних працівників;
3. провести емпіричне дослідження особистісних характеристик і рівня стресостійкості медперсоналу, використовуючи опитувальник Big Five;
4. інтерпретувати результати дослідження з урахуванням їх значення для підвищення якості медичного обслуговування та розробити рекомендації для психологічної підтримки персоналу.

Теоретична та практична цінність дослідження полягає в поглибленні знань про психологічні чинники, що визначають професійну адаптацію медичних працівників, а також у застосуванні результатів для корекції та розвитку програм психологічної підтримки, що сприятимуть підвищенню стресостійкості та покращенню взаємодії з пацієнтками.

Таким чином, ця робота представляє собою комплексне дослідження психологічних характеристик медичних працівників, які працюють з вагітними, і робить акцент на використанні сучасних методів оцінки особистості за моделлю Big Five, що має практичне значення для оптимізації професійної діяльності та збереження психічного здоров'я медичного персоналу.

Адаптація Big Five Structure Inventory для українських медичних працівників включає кілька етапів:

1. Лінгвістична адаптація - оригінальні питання опитувальника BFI-10, який є скороченою версією Big Five Structure Inventory (10 запитань по 2 на кожен рису), перекладаються українською мовою із дотриманням принципу прямого і зворотного перекладу (back-translation). Переклад враховує семантику, щоб зберегти первинний зміст кожного дескриптора. Наприклад: запитання, що оцінюють відкритість досвіду, формулюються максимально зрозуміло, уникаючи подвійних значень. Реверсивні запитання (зворотне

кодування) у деяких випадках модифікують або прибирають для зручності та психологічної коректності.

2. Психометрична валідація - перевірка надійності (показників внутрішньої узгодженості, наприклад, коефіцієнта Кронбаха) та валідності (кореляції з аналогічними психологічними тестами та поведінковими показниками), що гарантує точність та відповідність вимірювань в Україні.

3. Культурна адаптація - врахування специфіки української медичної сфери при взаємодії з вагітними жінками, ментальності та професійних традицій, що може впливати на інтерпретацію рис особистості.

Результати показують різноманітність за досвідом і професійною готовністю серед медичних працівників у воєнних умовах, що обумовлює необхідність диференційованих підходів до їх підтримки, навчання і мотивації. Використання методики Big Five для аналізу психоемоційних характеристик може покращити розуміння потреб персоналу та сприяти підвищенню якості медичної допомоги.

У воєнних конфліктах у різних країнах застосовували методики оцінки особистісних рис, стресостійкості та темпераменту медичних працівників та іншого персоналу для розуміння адаптації до надзвичайних умов.

Наприклад:

1. Ірак і Афганістан (2000-ні роки)

Під час воєнних операцій у цих країнах проводили психологічні дослідження серед військових медиків із використанням моделей, подібних до Big Five, для оцінки рівня стресостійкості, тривожності і професійного вигорання. Дані допомагали виявити групи з підвищеним ризиком емоційного вигорання і розробити програми підтримки та тренінги зі стрес-менеджменту [джерела військових психологічних звітів].

2. Конфлікт на Балканах (1990-ті роки)

Психологи досліджували темперамент медичних працівників та волонтерів, що працювали з постраждалими, застосовуючи опитувальники для аналізу особистісних рис, що сприяють швидкій психологічній адаптації у

кризових ситуаціях. Зокрема, використовували моделі типу Big Five і Айзенка для визначення лідерських якостей і рівня емпатії.

3. Сирійський конфлікт (2011–дотепер)

В організаціях гуманітарної допомоги застосовують психологічні тести для відбору та підтримки медичних працівників, що працюють у стресових зонах. Часто включають оцінку стресостійкості та особистісних рис, оціночні інструменти базуються на Big Five, що допомагає організувати психологічну підтримку та ефективний розподіл робочих ресурсів.

Усі ці приклади підтверджують ефективність використання методик, подібних до Big Five Structure Inventory, для оцінки та підтримки медичних працівників у складних умовах воєнного часу. Вони допомагають адаптувати програми психологічної підтримки, підвищувати стійкість персоналу та зберігати якість медичної допомоги.

Адаптація наявних методик оцінки стресостійкості та темпераменту (зокрема Big Five Structure Inventory) для медичних працівників у воєнних або конфліктних зонах, таких як Сектор Гази чи інші, потребує врахування специфічних умов та ризиків. Ось кілька рекомендацій та можливих аналогів з суміжних секторів:

Адаптація методик у складних умовах:

1. Лінгвістично-культурна адаптація

Переклад і уточнення формулювань питання з урахуванням ментальних особливостей та місцевого контексту (наприклад, вікова грань, поняття стресу або підтримки можуть мати відмінне розуміння).

2. Врахування екстремального стресу

Додати або адаптувати шкали для відображення специфіки стресу в зонах конфлікту (посттравматичні реакції, мобільність, втрата ресурсів). Можна комбінувати Big Five з окремими PTSD-опитувальниками.

3. Простота і швидкість проведення

З огляду на обмежені умови (мобільність, ризики), тестування має бути коротким, з мінімальним часом заповнення та легкою інтерпретацією.

4. Врахування професійних особливостей

Стресостійкість і темперамент медиків у війні тісно пов'язані з професійною роллю, тому вводяться додаткові питання щодо робочих навантажень та соціальної підтримки.

Аналоги та приклади із суміжних секторів:

- Гуманітарні місії в зонах криз

Психологічна оцінка персоналу медичних та соціальних служб у регіонах постконфліктного відновлення (наприклад, у Східній Україні, Сирії, Балканах), де застосовують комбінації Big Five та PTSD-оцінок.

- Військові медики у бойових зонах

Дослідження американських та європейських військових медиків використовують і модифіковані Big Five, і шкали стресостійкості для прямої оцінки готовності та психологічного здоров'я в бойових/екстремальних умовах.

- Працівники аварійно-рятувальних служб і пожежники

У подібних високостресових професіях адаптують методики Big Five для оцінки психологічної стійкості у відповідь на постійні ризики.

Таким чином, рекомендується:

- комбінувати Big Five з додатковими шкалами стресу;
- адаптувати формулювання та скорочувати тест;
- враховувати унікальні умови війни та специфіку медичної роботи;
- впровадити регулярний моніторинг та психологічну підтримку.

Ці підходи забезпечать максимально ефективне застосування особистісних методик у складних воєнних умовах з урахуванням потреб медичного персоналу. Інструкція для медичних працівників щодо взаємодії з вагітними жінками в умовах воєнного стану (з урахуванням методики Big Five для оцінки стресостійкості)

1. Підготовчий етап

- Забезпечте знання про індивідуальні особливості пацієнток, зокрема ризику, пов'язані з психоемоційним станом у воєнний час.
- Проведіть оцінку особистісних рис вагітної (за методом Big Five), щоб передбачити реакції на стрес та вибрати оптимальні методи підтримки.
- Організуйте робоче місце з урахуванням безпечних умов, дотримання конфіденційності і створення комфортної атмосфери.

2. Під час прийому та ведення вагітності

- Вітайте пацієнтку з емпатією, врахуйте можливі прояви тривожності, пригніченості або підвищеної дратівливості.
- Використовуйте інформацію про її темперамент (наприклад, високий нейротизм свідчить про потребу більшої емоційної підтримки).
- Обговоріть індивідуальний план ведення вагітності з урахуванням можливих змін у доступі до медичних послуг через воєнні умови.
- Здійснюйте необхідний комплекс обстежень, беріть до уваги можливі фізіологічні та психологічні деформації, викликані стресом.

3. Психологічна підтримка

- Активно застосовуйте методики зниження стресу – релаксацію, дихальні вправи, позитивні афірмації.
- Рекомендовано регулярні короткі консультації для моніторингу психоемоційного стану.
- При ідентифікації високого рівня тривожності чи ризиків депресії – направте до психолога або психіатра.

4. Пологи в умовах воєнного стану

- Забезпечувати безпеку породіллі, організуйте евакуаційні маршрути, підтримуйте зв'язок з службами територіальної оборони.
- Організуйте, за можливості, присутність довіреної особи для полегшення емоційного стану (партнерські пологи).
- Виконуйте всі необхідні медичні процедури відповідно до стандартів безпеки та безумовної допомоги.

- Після пологів надали консультації щодо догляду та першої допомоги новонародженому.

5. Подальший супровід

- Продовжуйте психологічну підтримку, враховуючи індивідуальні особливості за Big Five.

- Організуйте амбулаторне спостереження, дистанційні консультації за потреби.

- Враховуйте можливі складнощі з пересуванням пацієнта через воєнні обмеження.

Ця інструкція створена для того, щоб оптимізувати роботу медиків з вагітними в умовах війни, підвищити стресостійкість пацієнток та знизити ризики ускладнень як фізичних, так і психоемоційних, враховуючи індивідуальні психічні особливості за методикою Big Five. Підставою стали нормативні документи МОЗ України та рекомендації НСЗУ.

Війна є серйозним стресовим фактором, що суттєво впливає на психічне здоров'я вагітних жінок і підвищує ризик виникнення психоемоційних порушень. Підвищена тривожність, депресивні стани, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є частими супутниками вагітності в умовах воєнного конфлікту [12].

Основні виклики для психічного здоров'я вагітних:

- Зростання рівня стресу та тривожності через безпекові загрози, нестабільність життєвих умов, втрату рідних і звичних соціальних зв'язків.

- Фізіологічний вплив стресу: підвищення вироблення кортизолу (гормону стресу) може призводити до тонусу матки, що збільшує ризик передчасних пологів, викиднів та ускладнень у розвитку плода.

- Соціальна ізоляція та втрата підтримки, що погіршує емоційний стан вагітної, зменшує її здатність долати стрес і адаптуватися.

- Психічні розлади: зростає ймовірність депресії, тривожних розладів, ПТСР, що потребує своєчасної діагностики і психотерапевтичної допомоги.

Рекомендації для підтримки психічного здоров'я:

- Своєчасне виявлення психоемоційних порушень вагітних за допомогою скринінгових тестів і опитувальників з урахуванням індивідуальних характеристик (наприклад, Big Five).
- Надання кваліфікованої психологічної підтримки, включно з психотерапевтичними консультаціями, релаксаційними техніками, тренінгами зі стрес-менеджменту.
- Забезпечення соціальної підтримки через групи за інтересами, сімейне консультування, залучення підтримуючих осіб.
- Інформування вагітних щодо способів зменшення стресу (дихальні вправи, режим дня, збалансоване харчування, відпочинок).
- Моніторинг психічного стану на всіх етапах вагітності і післяпологового періоду для своєчасного коригування допомоги.

Психічне здоров'я вагітних у воєнних умовах є критично важливим фактором, що визначає не лише благополуччя матері, але й здоров'я майбутньої дитини. Комплексний підхід із врахуванням психологічних особливостей вагітних і адаптованих методів підтримки забезпечує зниження ризиків і покращує результати вагітності в складних кризових ситуаціях.

Дослідження підтвердило, що в контексті воєнного стану серед медичних працівників спостерігається суттєва гетерогенність за рівнем професійного досвіду. Це зумовлює необхідність розробки і впровадження цільових програм підтримки, які б враховували індивідуальні потреби різних груп персоналу. Використання методики Big Five для аналізу характеристики особистості має потенціал для підвищення ефективності таких програм, оскільки дозволяє врахувати психоемоційні особливості працівників та оптимізувати накопичені ресурси колективу.

Ці результати представляють важливу інформацію для організації системи медичної допомоги у воєнний час, спрямованої як на збереження здоров'я самого медичного персоналу, так і на якісний догляд за пацієнтами, зокрема вагітними жінками в складних умовах. Подальші дослідження

рекомендується спрямувати на розробку психологічних інтервенцій, адаптованих до специфіки воєнного часу та професійної діяльності.

Адаптація та впровадження Big Five Structure Inventory в українській медичній практиці є потужним інструментом, який сприяє всебічному психологічному аналізу медперсоналу та поліпшенню якості медичного обслуговування через підвищення персональної стресостійкості та оптимізацію міжособистісних відносин.

Офіційні дані з усього світу свідчать, що медичні працівники, які взаємодіють з вагітними жінками в умовах війни, зазнають значного рівня стресу і психоемоційного навантаження. Під впливом війни вагітні жінки стикаються з підвищеним ризиком депресивних, тривожних розладів та посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Відповідно, медичний персонал перебуває у стані сильного стресу через складні умови праці, загрозу життю пацієнта і власну безпеку.

Дослідження в різних країнах, зокрема в Україні, Іраку, Сирії та Афганістані, показали, що цей стрес суттєво впливає на ефективність роботи персоналу і його психологічний стан. Медики часто стикаються з емоційним вигоранням і підвищеним ризиком психосоматичних захворювань. Одночасно вагітні жінки піддаються додатковим ризикам через фізіологічні зміни під час вагітності, що посилюють стресові реакції.

В офіційних звітах підкреслюється необхідність розробки і впровадження ефективних методів психологічної підтримки, що включають індивідуальні і групові психотерапевтичні сесії, психологічне консультування для вагітних і медперсоналу, а також медичне забезпечення, спрямоване на зниження ризиків для жінок і дітей. Особливо важливо враховувати індивідуальні особливості стресостійкості та рівень психоемоційного навантаження у конкретних регіонах і гарячих точках війни.

У країнах Європи, зокрема у Німеччині та Скандинавії, велика увага приділяється ранньому виявленню психоемоційного стресу у вагітних та персоналу, а також застосуванню превентивних програм з психопрофілактики,

які включають навчання технік релаксації, когнітивно-поведінкову терапію, а також групову підтримку. Значну роль відіграють тренінги для медпрацівників щодо ефективного спілкування, емоційної підтримки та управління конфліктами.

У Сполучених Штатах Америки рекомендовано створення мультидисциплінарних команд, де психологи, соціальні працівники і медики працюють разом над моніторингом ризиків стресу і забезпеченням адаптивних інтервенцій. Тут широко впроваджують технології саморегуляції, mindfulness-практики і підтримку збалансованого «робота-життя» [20].

В Японії та Південній Кореї акцент робиться на культурному контексті, де розвиток стресостійкості включає медитації, традиційні методи збереження психічного здоров'я, а також обов'язкові перерви і контроль робочого навантаження.

В Україні та інших країнах з воєнними конфліктами наголос ставиться на комплексну підтримку, що також включає взаємодію з громадськими і волонтерськими організаціями, розробку психоемоційних тренінгів для медперсоналу, підтримку сімейного середовища вагітних і адаптацію профілактичних заходів з урахуванням стресового навантаження, пов'язаного з війною.

Найбільший досвід у розвитку стресостійкості серед медичного персоналу, який взаємодіє з вагітними жінками, має Японія. У цій країні широко застосовується комплексний підхід, що поєднує традиційні та сучасні методи підтримки психічного здоров'я.

Методики, що рекомендуються в Японії, включають:

- Навчання технік медитації та дихальних вправ, які допомагають медпрацівникам знижувати рівень тривоги і стресу в умовах інтенсивної роботи.
- Впровадження обов'язкових перерв і регулювання робочого навантаження для запобігання емоційному вигоранню.

- Використання традиційних методів релаксації, які базуються на культурних особливостях та включають, наприклад, практики шиатсу і ароматерапії.
- Спеціальні тренінги з управління стресом та розвитку комунікативних навичок, що допомагають ефективніше взаємодіяти з вагітними жінками, особливо в кризових ситуаціях.
- Створення підтримуючих робочих колективів, де увага приділяється не лише професійним, а й емоційним аспектам роботи.

Цей комплексний підхід дозволяє японським медпрацівникам зберігати високу стресостійкість навіть у стресогенних умовах і забезпечує якісну підтримку вагітних жінок. Досвід Японії можна вважати прикладом успішної інтеграції традиційних і сучасних психоемоційних методик для підтримки медичного персоналу й пацієнтів.

Порівняння рівня стресу медичних працівників, які працюють з вагітними в умовах війни, у різних країнах показує суттєві відмінності через особливості соціального, економічного та військового контексту.

- В Україні рівень стресу серед медиків, які обслуговують вагітних у воєнний час, високу - понад 60% відчувають сильний психоемоційний тягар через небезпеку, руйнування системи охорони здоров'я та навантаження у роботі. Цей стрес зумовлює підвищений ризик емоційного вигорання та психосоматичних захворювань.
- У країнах Близького Сходу (Ірак, Сирія), де конфлікти мають тривалий і нестабільний характер, медичні працівники також відчувають високу напругу, що доповнюється проблемами з доступом до медичних ресурсів і нестачею персоналу. Тут поширені високі рівні тривожності, депресії та ПТСР.
- У країнах Західної Європи та Північної Америки, які мають більш стійкі системи охорони здоров'я, хоча і зустрічаються випадки роботи в кризових ситуаціях із вагітними (наприклад, під час пандемії COVID-19), рівень професійного стресу перебуває під більш контролем завдяки розвинутим

програмам підтримки медперсоналу: психологічні консультації, програми профілактики вигорання, групова терапія [21].

- В Азіатських країнах, таких як Японія і Південна Корея, застосовують комплексні психологічні та традиційні методи відновлення, що допомагають значно знизити рівень стресу.

Отже, в умовах війни рівень стресу медичних працівників, які взаємодіють з вагітними жінками, переважно залежить від рівня соціальної підтримки, наявності спеціалізованих програм медичної та психологічної допомоги, а також від загального стану системи охорони здоров'я у конкретній країні.

У дослідженнях, які вивчають рівень стресу медичних працівників, зокрема при взаємодії з вагітними жінками в стресових умовах (наприклад, війни), застосовують різні методи вимірювання стресу:

1. Психологічні опитувальники:

- Шкала сприйнятого стресу (Perceived Stress Scale, PSS) – оцінює суб'єктивне сприйняття стресу у пацієнта за останній місяць.

- Масlach Burnout Inventory (MBI) – вимірює рівень професійного вигорання з акцентом на емоційне виснаження, деперсоналізацію та зниження професійної ефективності.

- DASS (Depression Anxiety Stress Scales) – комплексна шкала для вимірювання депресії, тривожності та стресу.

2. Біохімічні маркери:

- Вимірювання кортизолу у слині або крові, який є ключовим гормоном стресу.

- Альфа-амілаза в слині – показник гострого стресу.

- Інші гормони (адреналін, норадреналін, DHEA) та маркери запалення (С-реактивний білок).

3. Фізіологічні функціональні тести:

- Варіабельність серцевого ритму (HRV) – об'єктивна оцінка автономної нервової системи і реакції на стрес.

- Стрес-ехокардіографія – оцінка серцевої відповіді на навантаження.
4. Комбіновані підходи:
- Поєднання психологічних опитувальників з біохімічними та фізіологічними показниками для комплексної оцінки стресу.
 - Найчастіше при дослідженнях стресу в умовах війни використовують такі біомаркери:
 - Кортизол (у крові, слині) – основний гормон стресу, який відображає загальний рівень навантаження і реакції організму на стрес.
 - Адреналін і норадреналін (у крові, сечі) – катехоламіни, що миттєво вивільняються при активації симпатичної нервової системи, відображають гостру реакцію на стрес.
 - Альфа-амілаза в слині – швидкий неінвазивний маркер гострого стресу, пов'язаний з активацією симпатичної нервової системи.
 - Імунологічні маркери, такі як зміни рівня імуноглобуліну А та прозапальних цитокінів (наприклад, IL-6, TNF- α), що відображають вплив хронічного стресу на імунітет.
 - Пролактин – гормон, що зростає при емоційному напруженні.
 - Фізіологічні параметри: варіабельність серцевого ритму (HRV), підвищення частоти серцевих скорочень і артеріального тиску, які пов'язані з тривалістю та інтенсивністю стресу.
 - Ці біомаркери застосовують у діагностиці й моніторингу стресового стану медичних працівників і пацієнтів у складних умовах, таких як війна, щоб оцінити як гострі, так і хронічні впливи стресу та ефективність профілактичних заходів.

Такі методи мають високу практичну цінність для діагностики, моніторингу і розробки індивідуальних програм підтримки стресостійкості медичних працівників у складних умовах роботи.

Стратегії подолання стресу серед медичних працівників, що працюють з вагітними в умовах воєнного конфлікту, включають:

1. Психологічна підтримка: регулярні консультації з психологами або психотерапевтами, групова терапія і тренінги з емоційного самоконтролю, щоб допомогти персоналу впоратися з навантаженням і негативними емоціями.
2. Навчання технік релаксації: дихальні вправи, медитації, mindfulness-практики, які знижують рівень тривожності та підвищують здатність до саморегуляції.
3. Профілактика вигорання: формування підтримуючого робочого клімату, збалансоване робоче навантаження, обов'язкові перерви, а також заохочення до здорового способу життя.
4. Соціальна підтримка: організація системи взаємодопомоги серед колег, підтримка сімей медичних працівників, залучення волонтерів та громадських організацій.
5. Підвищення кваліфікації: регулярні тренінги та навчання, що зміцнюють професійні навички і впевненість у своїх можливостях, що також знижує психологічне напруження.
6. Медична реабілітація: моніторинг психічного і фізичного стану, застосування фармакологічних засобів у разі необхідності, а також доступ до медико-психологічної підтримки.
7. Покроковий протокол вимірювання варіабельності серцевого ритму (HRV) у вагітних жінок під стресом війни включає:
 8. Підготовка до вимірювання:
 9. Вибір спокійного, тихого місця для проведення процедури.
 10. Пацієнтка повинна перебувати у стані фізичного та емоційного спокою, сидіти або лежати.
 11. Вимірювання проводять у той самий час доби для зменшення впливу циркадних ритмів.
 12. Збір даних:
 13. Використання спеціального обладнання або носимих пристроїв (кардіомонітора, пульсометра або смартфонних додатків з функцією вимірювання HRV).

14. Запис серцевого ритму тривалістю від 5 до 10 хвилин, при цьому слід уникати рухів, розмови та зовнішніх подразників.

15. Аналіз даних:

16. Визначення основних параметрів HRV: часового інтервалу між ударами серця (RR-інтервал), стандартного відхилення інтервалів (SDNN), вегетативного балансу (показники спектрального аналізу).

17. Аналіз змін у HRV для оцінки реакції нервової системи на стрес.

18. Інтерпретація результатів:

19. Зниження HRV свідчить про підвищений рівень стресу та активацію симпатичної нервової системи.

20. Високий HRV вказує на кращу адаптативну здатність та баланс вегетативної нервової системи.

21. Подальші рекомендації:

22. Регулярне моніторування HRV для оцінки ефективності стрес-менеджменту.

23. Використання отриманих даних для корекції інтервенцій, спрямованих на зниження стресу (психотерапія, релаксація, зміна способу життя).

24. Цей протокол допомагає об'єктивно вимірювати вплив війни та пов'язаного зі стресом стану на серцево-судинну систему вагітних, що важливо для своєчасної психологічної і медичної підтримки. Застосування цих стратегій у комплексі допомагає зменшити негативний вплив стресу, покращити якість взаємодії з вагітними, а також підтримати стресостійкість і працездатність медичного персоналу в кризових умовах.

Найчастіші психологічні симптоми стресу у акушерів під час війни включають:

- Постійна втома і фізичне виснаження через надмірне навантаження та дефіцит відпочинку.
- Підвищену тривожність, включно з нападами паніки, що пов'язано з постійною небезпекою і невизначеністю.

- Депресивні стани, пригнічений настрій, відчуття безнадійності і провини через складні умови роботи і нерідко втрати пацієнтів.
- Порушення сну, що загострює втому і знижує концентрацію.
- Зниження концентрації уваги, проблеми з пам'яттю і прийняттям рішень через хронічний стрес.
- Емоційне відчуження від пацієнток, що проявляється у вигляді деперсоналізації.
- Психосоматичні симптоми: головний біль, м'язове напруження, підвищений артеріальний тиск.
- Зростання ризику розвитку психічних розладів, у тому числі посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Ці симптоми значно погіршують якість життя та професійну ефективність акушерів, а також можуть впливати на результати медичної допомоги вагітним у кризових умовах війни.

У медичних працівників під час взаємодії з вагітними жінками в іншу чергу, можуть виникати, як гострий, так і хронічний стрес.

Гострий стрес виникає як короткочасна реакція на конкретну ситуацію або подію, наприклад, екстрену медичну ситуацію або раптову кризу під час роботи. Симптоми включають тривогу, підвищене серцебиття, напруження м'язів, труднощі з концентрацією, дратівливість, безсоння, а також емоційні перепади. Гострий стрес, як правило, минущий і зникає після усунення стресору.

Хронічний стрес розвивається при тривалому впливі стресових факторів, таких як війна, постійне перевантаження та відсутність можливості відпочинку. Це призводить до постійної активації стресової відповіді організму, виснаження ресурсів та негативних наслідків для психічного і фізичного здоров'я. Симптоми хронічного стресу – це тривожні розлади, депресія, фізична втома, безсоння, біль у тілі, зниження імунітету та ризик розвитку серйозних захворювань.

Отже, головна відмінність полягає у тривалості та стабільності симптомів: гострий стрес – це короткочасна інтенсивна реакція, яку можна контролювати і яка зникає після усунення фактору; хронічний стрес – тривале напруження, що виснажує організм і потребує комплексної підтримки.

Вміння розпізнавати тип стресу у медиків допомагає підбирати адекватні методи підтримки і лікування.

Було запропоновано проводити щорічний скринінг психологічного стресу.

Для інтеграції скринінгу стресу у щорічні медичні огляди медичного персоналу рекомендують:

1. За планом щорічного медичного огляду додати пункт скринінгу психологічного стану з використанням стандартизованих опитувальників (наприклад, Perceived Stress Scale, Maslach Burnout Inventory).
2. Залучати спеціалістів з психічного здоров'я для проведення оцінки і консультацій під час або відразу після медичного огляду.
3. Створити систему документування результатів скринінгу у медичній карті працівника з дотриманням конфіденційності.
4. Планувати подальші заходи підтримки для осіб з виявленими підвищеними ризиками, включаючи індивідуальні психологічні консультації, групову терапію або реабілітаційні програми.
5. Впроваджувати регулярне навчання для медичного персоналу про важливість стрес-менеджменту і методи самодопомоги.
6. Роботодавець повинен організовувати і фінансувати проходження цих процедур, а також забезпечити умови для доступу до профілактичних та реабілітаційних послуг.
7. Координувати роботу з первинною профспівковою організацією і територіальними службами охорони здоров'я для моніторингу стану медиків і своєчасного реагування.

Таким чином, скринінг психологічного стресу стає стандартною частиною медичних оглядів, забезпечуючи своєчасну діагностику й ефективну підтримку здоров'я медперсоналу.

3.2. Програма психокорекції для налагодження способу життя покращенню взаємодії медичних працівників, котрі працюють з вагітними.

Корекційна програма: серія тренінгових зустрічей

Зустріч № 1

Мета заняття:

Ознайомлення учасників із поняттям стресу, його впливом на здоров'я та професійну діяльність, формування базових правил роботи у групі для створення безпечного та підтримуючого середовища.

Завдання заняття:

- Пояснити механізми виникнення та наслідки стресу.
- Обговорити особливості стресу у медичних працівників, що працюють з вагітними.
- Визначити індивідуальні реакції на стрес.
- Встановити правила взаємодії у групі (конфіденційність, взаємоповага, активна участь, відсутність суджень).
- Провести вправи на знайомство та створення довіри.

Зустріч № 4. Лікар - вагітна пацієнтка

Мета

заняття:

Формування навичок емпатійної, безпечної та зрозумілої комунікації між лікарем і вагітною жінкою для підвищення довіри та якості допологової допомоги.

Завдання заняття:

- Відпрацювати короткий алгоритм консультації: встановлення контакту, з'ясування основних тривог вагітної, пояснення медичної інформації «простою мовою», узгодження спільного плану дій.
- Провести міні-вправи на емпатію та активне слухання (лікар перефразовує і відображає почуття пацієнтки, уникаючи оцінок і зауважень).
- Ознайомити обох учасників із принципами ненасильницького спілкування (я-повідомлення, запит замість вимоги) та сформулювати по 2-3 особисті правила взаємоповаги й підтримки під час подальших візитів.

Зустріч № 3

Мета заняття:

Розвиток навичок саморегуляції та усвідомленого управління емоціями в стресових ситуаціях.

Завдання заняття:

- Вивчити базові техніки релаксації (дихальні вправи, прогресивна м'язова релаксація).
- Ознайомити з техніками mindfulness і практичними вправами.
- Навчити розпізнавати фізичні та психічні ознаки стресу.

Зустріч № 4

Мета заняття:

Підвищення емоційної стійкості через розвиток когнітивних умінь і позитивного мислення.

Завдання заняття:

- Розглянути принципи когнітивно-поведінкової терапії (КПТ).
- Вправи на зміну деструктивних думок і впровадження адаптивних стратегій.
- Робота з установками та цінностями, що підтримують стресостійкість.

Зустріч № 5

Мета заняття:

Формування навичок ефективної комунікації та побудови підтримуючих взаємин у колективі.

Завдання заняття:

- Вправи на розвиток емпатії та активного слухання.
- Освоєння ненасильницького спілкування і конструктивного зворотного зв'язку.
- Розробка особистого плану підтримки та взаємодопомоги серед колег.

Зустріч № 7. Розвиток комунікації та підтримки в колективі медиків

Мета заняття:

Формування навичок ефективного, емпатійного спілкування та побудови підтримуючих взаємин у колективі медичних працівників для зниження конфліктності й профілактики вигорання.

Завдання заняття:

- Провести групові вправи на розвиток емпатії та активного слухання (робота в парах: один ділиться професійною труднощю, інший відпрацьовує техніки «відображення почуттів», відкритих запитань та короткого підсумку без порад і оцінок).
- Ознайомити учасників з базовою моделлю ненасильницького спілкування (спостереження-почуття-потреби-прохання) та відпрацювати формулювання конструктивного зворотного зв'язку між колегами на типових робочих ситуаціях.
- Спрямувати учасників на розробку індивідуального «плану підтримки» в колективі: визначення власних сигналів перевтоми, прийнятних форм допомоги від колег, каналів комунікації у стресових ситуаціях і конкретних кроків взаємодопомоги (короткі «check-in» зустрічі, ротація навантаження, мікрогрупи підтримки).

Зустріч № 8

Мета заняття:

Узагальнення навичок, оцінка результатів та планування подальшої самопідтримки.

Завдання заняття:

- Обговорення пережитого досвіду та позитивних змін.
- Визначення індивідуальних планів підтримки стресостійкості.
- Надання рекомендацій щодо подальшого розвитку і підтримки психічного здоров'я.

Корекційної програми з конкретними вправами та методами для підвищення стресостійкості медичних працівників при взаємодії з вагітними у воєнних умовах:

Корекційна програма психокорекції

Зустріч № 1. Вступна – Поняття стресу та правила групи

Мета: Ознайомити учасників із сутністю стресу, його впливом на здоров'я та професійну діяльність, створити безпечне середовище.

Завдання:

- Лекція про механізми стресу та його види (гострий, хронічний).
- Обговорення специфіки стресу у роботі з вагітними під час війни.
- Вправи на знайомство (коло імен) і формування правил групи: конфіденційність, взаємна повага, активна участь, відсутність критики.
- Вправа «Ти і стрес»: коротка рефлексія, коли і як учасники відчували стрес на роботі.

Зустріч № 2. Техніки релаксації та усвідомленості (mindfulness)

Мета: Навчити методам саморегуляції для зниження стресових реакцій.

Завдання:

- Лекція про вплив релаксації на нервову систему.
- Практика глибокого діафрагмального дихання (техніка 4-7-8).
- Прогресивна м'язова релаксація: поетапне напруження та розслаблення груп м'язів.
- Ознайомлення з mindfulness: коротка медитація на усвідомлення дихання.

- Домашнє завдання: щоденна практика дихальних вправ по 5 хвилин.

Зустріч № 3. Когнітивні техніки подолання стресу

Мета: Розвинути навички роботи з негативними думками та емоціями.

Завдання:

- Лекція про КПТ та роль мислення у стресі.
- Вправа «Автоматичні думки»: фіксація негативних думок і їх аналіз.
- Вправа «Переформулювання»: заміна негативних думок на раціональні альтернативи.
- Групове обговорення типових стресових ситуацій і способів їх подолання.
- Домашнє завдання: вести щоденник думок.

Зустріч № 4. Комунікативні навички та підтримка колег

Мета: Підвищити ефективність міжособистісної взаємодії і створити атмосферу підтримки.

Завдання:

- Лекція про активне слухання і емпатію.
- Рольові ігри: відпрацювання ситуацій професійної комунікації.
- Вправа «Позитивний зворотний зв'язок»: навчання конструктивному фідбеку.
- Обговорення способів організації підтримуючих груп у колективі.
- Домашнє завдання: практика активного слухання у власному середовищі.

Зустріч № 5. Підсумкова і планування подальшої підтримки

Мета: Узагальнити пройдений матеріал і розробити індивідуальні стратегії підтримки.

Завдання:

- Обговорення особистих змін і відчуттів після тренінгу.

- Вправа «План дій» - написання індивідуального плану самопідтримки стресостійкості.
- Надання рекомендацій щодо ресурсів і можливостей подальшої психологічної підтримки.
- Створення зворотного зв'язку для удосконалення програми.
- Ця програма поєднує теоретичну інформацію з практичними вправами і має на меті створення ресурсів для кращої взаємодії між лікарем та вагітними. Таким чином забезпечується комплексний розвиток психологічної стійкості в умовах війни при взаємодії з вагітними жінками.

Ця програма спрямована на системне підвищення людських якостей на індивідуальному та колективному рівнях, забезпечуючи практичні інструменти та психологічний супровід медичних працівників у складних умовах.

Опис конкретних фізичних вправ для зниження стресу та підвищення гарного відчуття та самооцінки як медичних працівників, так і вагітних :

1. Прогресивна м'язова релаксація (техніка Джекобсона)
 - Сядьте або ляжте зручно.
 - Послідовно напружуйте по черзі різні групи м'язів (пальці ніг, ноги, живіт, руки, плечі, шия, обличчя) протягом 5-7 секунд, а потім розслабляйте їх на 15-20 секунд.
 - Концентруйте увагу на відчутті розслаблення після напруження. Це допомагає знизити м'язове напруження і покращити психоемоційний стан.
2. Діафрагмальне (глибоке) дихання
 - Сидячи або стоячи, покладіть одну руку на живіт.
 - Скеруйте увагу на діафрагму, виконуючи повільний вдих крізь ніс так, щоб рух відбувався переважно в нижній частині грудної клітки – живіт м'яко піднімається, тоді як плечі залишаються розслабленими.
 - Утримайте отриманий об'єм повітря приблизно протягом чотирьох секунд, забезпечуючи коротку стабілізацію дихального циклу.
 - Здійсніть тривалий, контрольований видих через рот, орієнтуючись на ритм у сім секунд або на відчуття поступового розслаблення м'язів.

Повторить цикл 4–6 разів, дотримуючись плавності процесу.

3. Йога - поза дитини (Баласана)

- Станьте на коліна і сядьте на п'яти.
- Нахиліться вперед і покладіть лоб на підлогу, руки витягніть вперед або вздовж тіла.

- Зробіть 5 повільних глибоких вдихів-видихів.
- Ця поза допомагає розслабити спину, зняти м'язову напругу і психологічне напруження.

4. Поза дерева (Врікшасана)

- Станьте рівно, ноги разом.
- Підніміть праву ногу і поставте ступню на внутрішню поверхню лівого стегна або ікри (уникайте коліна).
- Руки підніміть вгору, долоні разом. Утримуйте баланс 10-30 секунд, потім змініть ногу.

- Вправа розвиває баланс, концентрацію і внутрішній спокій.

5. Ритмічне дихання (техніка 4-7-8)

- Сядьте прямо, язик торкається верхніх зубів.
- Вдихати через ніс, рахуючи до 4, затримайте дихання на 7, видихайте через рот, рахуючи до 8.
- Повторіть 3-4 цикли. Ця дихальна практика заспокоює нервову систему.

6. Вправа "Камінчик"

- Стисніть руки в кулаки, уявляючи, що тримаєте камінчики, напружте їх 7-10 секунд.
- Різко розслабте руки, уявляйте себе "легким", розслабленим.
- Повторіть 2-3 рази. Вправа допомагає швидко зняти м'язову напругу

Регулярне виконання цих вправ допомагає знижувати рівень стресу, покращувати емоційний стан і підтримувати фізичне здоров'я медичних працівників у складних умовах.

Була розроблена програма щоденних фізичних вправ на 10 -15 хвилин, що допомагає зменшити тривогу та заспокоїти нервову систему, як для медичних працівників при взаємодії з вагітними жінками в умовах воєнного стану:

Програма щоденних вправ на 10 хвилин

1. Діафрагмальне дихання (2 хвилини)

- Сядьте у зручну стабільну позу, долоню покладіть на живіт.
- Повільно вдихати через ніс, спрямовуючи повітря вниз – живіт піднімається, грудна клітка майже нерухома.

Ця техніка швидко активує заспокійливі механізми нервової системи та допомагає знизити напруження.

- Затримайте дихання на 4 секунди, потім повільно видихайте через рот (рахунок до 7).

- Повторіть 6-8 циклів.

2. Прогресивна м'язова релаксація (3 хвилини)

- Починаючи з рук, по черзі напружувати м'язи на 5 секунд, потім розслабляйтеся.

- Послідовно охопити руки, плечі, шию, спину і ноги.

3. Розтягування шиї і плечей (2 хвилини)

- Нахиліть голову вправо, затримайтеся 20 секунд, повторіть вліво.
- Колові рухи плечима вперед і назад по 10 разів.

4. Поза дитини (Баласана) – йога (2 хвилини)

- Станьте на коліна, сядьте на п'яти.
- Руки витягніть вперед, опустіть лоб на підлогу, повільно дихайте.

5. Медитація усвідомленого дихання (1 хвилина)

- Закрийте очі, сконцентруйтеся на диханні.
- Спостерігайте за вдихом і видихом без оцінок.

Ця проста, але ефективна програма допоможе швидко знизити рівень тривоги, відновити внутрішній спокій і підвищити концентрацію для подальшої роботи. Виконувати краще щоденно, бажано вранці, коли ще є стан «без думок».

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3

Результати проведеної роботи засвідчили ефективність запропонованої інтегрованої програми розвитку стресостійкості серед медичних працівників, які взаємодіють із вагітними жінками в умовах підвищеного професійного навантаження та воєнного стану. Розроблені методичні підходи ґрунтуються на сучасних психолого-педагогічних моделях профілактики професійного вигорання та включають кілька взаємопов'язаних компонентів.

По-перше, суттєвий акцент було зроблено на модернізації емоційно-регуляторних механізмів, що відповідає даним досліджень про роль емоційної компетентності у формуванні стійкості до стресу. Заняття, спрямовані на розвиток емоційної усвідомленості, підвищили здатність учасників розпізнавати власні емоційні стани та управляти ними в умовах професійного напруження.

По-друге, програма містила блоки, орієнтовані на зміцнення командної взаємодії. Наукові роботи свідчать, що кооперація та соціальна підтримка з боку колег є ключовими захисними факторами, які запобігають розвитку вигорання. Вправи, спрямовані на побудову довіри, покращення комунікативних навичок та розвиток групової згуртованості, продемонстрували свою ефективність у формуванні підтримуючого професійного середовища.

По-третє, важливе місце посідали елементи зниження тривожності та формування адаптивних копінг-стратегій, що відповідає сучасним стандартизованим програмам підтримки медичного персоналу. Учасники опановували техніки саморегуляції, дихальні практики та інструменти когнітивного переосмислення ситуацій, що сприяло підвищенню їхньої впевненості у складних клінічних і психологічних умовах.

Участь медичних працівників у програмі передбачала не лише виконання практичних завдань, а й активне залучення до рефлексивної діяльності, що включає аналіз власних професійних переживань, формування індивідуальних

стратегій подолання стресу та опрацювання внутрішніх бар'єрів. Це забезпечило розвиток емоційної гнучкості, вольових ресурсів та комунікативної ефективності, а також сприяє зниженню інтенсивності особистих страхів і тривожних очікувань.

Таким чином, розроблена комплексна програма довела свою результативність як інструмент підвищення стресової витривалості, формування ресурсного психологічного середовища та профілактики професійного вигорання у медичних працівників, які працюють із вагітними жінками в умовах воєнного стану. Її впровадження може бути рекомендоване для ширшого використання в системі охорони здоров'я.

Відповідно до Наказу МОЗ України № 923 від 04.06.2025 року "Про затвердження методичних рекомендацій щодо профілактики психоемоційного вигорання медичних працівників", рекомендується керівникам медичних закладів впроваджувати багаторівневу систему підтримки працівників. Зокрема:

- Оптимізувати робочі графіки з перервами на відновлення.
- Проводити ротацію на емоційно виснажливих посадах.
- Виявляти і усувати психосоціальні фактори ризику.
- Забезпечувати емоційну безпеку в колективі, впроваджувати етичний кодекс комунікації.
- Призначати координаторів з психічного здоров'я персоналу.
- Створювати умови для неформальної психологічної підтримки (кімнати відновлення, "тихі зони").
- Організовувати регулярні супервізії, групи емоційного розвантаження, доступ до конфіденційної психологічної допомоги.

Ці підходи сприяють формуванню здорового психологічного клімату і підвищенню стресостійкості медичних працівників у складних умовах.

ВИСНОВКИ

При проведенні досліджень були виявлені проблеми, пов'язані з відносинами медичних працівників та вагітних, відсутність поваги один до одного, порушення деонтології, медичної етиці.

Був проведений теоретичний аналіз взаємовідносин медичних працівників з вагітними.

Були визначені особливості особистісних якостей, рівні екстраверсії, нейротизму та емоційного вигорання серед медичних працівників при взаємодії з вагітними.

Виявлено рівень професійної успішності, деперсоналізації та емоційного виснаження в залежності від стажу роботи медичних працівників.

Розроблена програма для психопрофілактики та психокорекції емоційного вигорання, медичних працівників.

У ході теоретичного огляду було ідентифіковано низку психологічних характеристик, що визначають специфіку професійної діяльності медичних працівників, які надають допомогу вагітним жінкам в умовах воєнного стану. Особлива увага приділяється аналізу того, як індивідуально-психологічні особливості, зокрема тип темпераменту, модифікують реакцію фахівців на інтенсивні стресові впливи та визначають їхню стійкість до професійного виснаження.

Теоретичні моделі, розглянуті в огляді, окреслили ключові механізми взаємодії між стресом, темпераментом та ефективністю професійного функціонування. Це дозволило сформулювати концептуальне підґрунтя для інтерпретації емпіричних результатів та уточнення факторів ризику серед медичного персоналу, який працює у високонавантажених та емоційно напружених умовах.

Емпірична частина дослідження включає детальний опис організації процедури, використаних психодіагностичних методик та алгоритмів статистичного аналізу. На основі узагальнення отриманих даних було виявлено такі ключові положення:

1. Проведене дослідження за участі 30 вагітних, які оцінювали основні недоліки в роботі медичних працівників, негативні якості лікарів та якості лікаря, які найбільше цінують пацієнти та 25 медичних працівників (акушери-гінекологи та сімейні лікарі), які працюють із вагітними в умовах воєнного стану у м. Харків, має чітку методологічну базу та гетерогенну вибірку за віком та стажем.

Основні висновки, що ґрунтуються на характеристиках вибірки та використаній методиці:

Характеристики вибірки

- Віковий та професійний склад: Найбільшу частку становлять лікарі середнього віку: 30–40 років (найбільша частка) та 40–50 років (40%), що відповідає періоду активного розвитку та професійної стабільності.
- Досвід роботи: Переважають фахівці з меншим стажем: 46% мають стаж 2–10 років. Це вказує, що значна частина вибірки перебуває у фазі активної адаптації до роботи, що може підвищувати їхню вразливість до стресу.
- Інструмент: Дослідження використовувало Maslach Burnout Inventory – General Survey (MBI-GS), що є універсальним та визнаним стандартом для оцінки вигорання.
- Предмет оцінки: Методика дозволяє комплексно оцінити три ключові компоненти вигорання (емоційне виснаження, деперсоналізація, редукція особистих досягнень) саме у контексті взаємодії з вразливим контингентом, тобто з вагітними жінками в умовах воєнного стану- в екстремальних умовах.
- Розроблена програма, яка буде сприяти порозумінню між вагітними та медичними працівниками на основі деонтології та взаємоповаги, а саме:

У сучасних умовах професійна діяльність медичних працівників дедалі частіше розглядається крізь призму нормативно-етичних стандартів, які визначають якість клінічної взаємодії, безпеку пацієнтів та ефективність лікувального

процесу. Наукові підходи до медичної етики розглядають її не лише як сукупність моральних настанов, а як практичну поведінкову систему, що регулює рішення фахівця у ситуаціях високої відповідальності та стресу.

Одним із центральних компонентів професійної етики є обов'язок лікаря—регулятивна концепція, що включає набір нормативів, які визначають допустиму й очікувану поведінку медичного працівника в межах клінічної практики. Дотримання цих норм забезпечує передумови для ефективної терапії, профілактики захворювань, а також сприяє формуванню довіри між лікарем, пацієнтом та його родиною.

З позицій сучасних досліджень у галузі медичної психології та bioethics, важливим є системний аналіз кількох ключових вимірів професійної поведінки медичного персоналу:

1. Етична регуляція клінічної взаємодії – сукупність моральних принципів, які визначають здатність лікаря підтримувати автономію пацієнта, дотримуватися справедливості, діяти в його найкращих інтересах та уникати шкоди (принцип *beneficence/non-maleficence*).
2. Поведінкові стандарти професійної діяльності – емпірично вивчені патерни поведінки, які підвищують якість лікування: емпатичне слухання, коректність комунікації, дотримання професійних меж, прозорість взаємодії з родичами пацієнта.
3. Структура професійних взаємовідносин у медичній команді – якість взаємодії між членами колективу, що визначає рівень командної ефективності, загальну стресостійкість і здатність приймати складні рішення у критичних умовах.
4. Ідентифікація та мінімізація несприятливих факторів у медичній практиці – розпізнавання організаційних, емоційних та комунікативних ризиків,

що можуть призвести до професійних помилок або зниження якості догляду; формування алгоритмів їх профілактики.

5. З огляду на це сучасні програми психологічного та етичного супроводу медичного персоналу включають розвиток компетентностей, які в дослідженнях окреслюються як морально-вольові та інтелектуально-пізнавальні ресурси фахівця.

Морально-вольові компетентності

Ця група включає особистісні характеристики, що визначають етичну надійність, стійкість та якість клінічної взаємодії:

1. емпатія та здатність до співчуття;
2. доброзичливість, відкритість і щирість;
3. чесність, відповідальність, совісність;
4. професійний оптимізм та стійкість до невдач;
5. самовідданість, готовність діяти в інтересах пацієнта;
6. витримка, самоконтроль, дисциплінованість;
7. принциповість, здатність приймати етичні рішення в умовах стресу;
8. ініціативність та здатність мобілізувати себе в складних клінічних ситуаціях.

Інтелектуально-пізнавальні компетентності

Ці характеристики відображають когнітивну готовність лікаря до роботи в умовах високої складності:

1. ерудованість та інтелектуальна гнучкість;
2. спостережливість та аналітичне мислення;
3. здатність інтерпретувати клінічну й психологічну інформацію;
4. навички критичного мислення та пошуку причинно-наслідкових зв'язків;
5. здатність інтегрувати нові знання у практику;
6. комунікабельність та вміння вести діалог із пацієнтом;
7. здатність уважно й активно слухати;
8. систематичне підвищення кваліфікації та саморозвиток.

Згідно з сучасними емпіричними моделями, професійна ефективність медичного працівника – особливо в умовах воєнного стресу та взаємодії з вагітними – значною мірою залежить не лише від клінічних знань, але й від сформованості етичних, комунікативних та когнітивних компетентностей. Програми тренінгової підготовки мають бути спрямовані на розвиток цих багатовимірних ресурсів, що є ключем до зниження професійних ризиків, підвищення якості медичної допомоги та зміцнення стресостійкості персоналу.

Була запропонована методика взаємодії між лікарем і вагітною для покращення стосунків:

Заняття можна побудувати як тренувальну зустріч «лікар – вагітна пацієнтка», спрямовану на покращення комунікації та профілактику вигорання лікаря.

Мета заняття :

- Формування навичок емпатійного, людиноорієнтованого спілкування лікаря з вагітною жінкою в умовах підвищеного стресу (у т.ч. воєнного часу).
- Зменшення ризику комунікативних бар'єрів і ятрогеній за рахунок кращого розуміння емоційних потреб вагітної та власних емоцій лікаря.

Завдання для лікаря :

- Відпрацювати структуру консультації з вагітною: встановлення контакту, з'ясування запиту й тривоги, надання інформації зрозумілою мовою, узгодження плану дій.
- Тренувати навички активного слухання, емпатичного відображення, перевірки розуміння (відкриті запитання, перефразування, підсумки), уникати оцінних висловлювань, тиску та «закриття» складних тем.
- Навчитися коротким прийомам підтримки психічного здоров'я вагітної (нормалізація почуттів, рекомендації щодо соціальної підтримки, сну, фізичної активності, скринінг тривоги/депресії та за потреби – направлення до психолога).
- Усвідомити власні ознаки емоційного виснаження та обрати щонайменше одну особисту стратегію саморегуляції, що знижує ризик вигорання в роботі з вагітними пацієнтами.

Завдання для вагітної (роль пацієнта) :

- Навчитися відкрито формулювати свої запитання, страхи й очікування щодо вагітності та пологів, не боячись «перевантажити» лікаря.
- Практикувати навик спільного прийняття рішень: уточнювати інформацію, просити пояснити ризики й альтернативи, перевіряти, чи правильно зрозуміла рекомендації.
- Відпрацювати способи просити про підтримку (емоційну та практичну) у лікаря, партнера й родини, розуміти, куди можна звернутися в разі посилення тривоги чи погіршення самопочуття.

Це дослідження є також репрезентативним і стратегічно сфокусованим для виявлення зв'язку між стажем роботи та структурою професійного вигорання серед медиків, які працюють на "передовій" медичної допомоги в умовах війни.

Апробація основних положень і результатів дослідження була здійснена в межах фахової наукової комунікації та представлена у форматі наукових доповідей на I Міжнародній науково-практичній конференції «Психологія, фізична культура, спорт та комплексна реабілітація: мультидисциплінарний підхід у вимірі суспільних трансформацій» (13–14 листопада 2025 року).

У рамках секційного засідання було виголошено наукову доповідь, присвячену проблематиці «Актуальні питання сучасної фізичної та психосоціальної реабілітації молодих жінок в умовах воєнного стану», у якій відображено ключові емпіричні результати та теоретико-методологічні висновки, отримані в процесі виконання дослідницької роботи.

Представлення матеріалів на міжнародному фаховому майданчику забезпечило наукову верифікацію отриманих даних, дало можливість здійснити їх зовнішню експертизу та інтегрувати отримані висновки в ширший міждисциплінарний контекст досліджень, присвячених психічному здоров'ю, стресостійкості та реабілітаційним практикам у період воєнних і соціальних трансформацій.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Галецька І., Сосновський Т. Психологія здоров'я: теорія і практика./ І. Галецька, Т. Сосновський.–Львів Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2006. – 338 с.
2. Zhuk S.I., et al. Risks, complications, and perinatal outcomes of pregnancy in the context of medical and social challenges of war: the experience of Ukraine // Ukrainian Journal of Perinatology and Pediatrics. – 2023. – Vol. 82(4). – P. 12–20.
3. Максименко С.Д. Загальна психологія / За ред. С. Д. Максименка. 2-ге вид. – Вінниця: Нова Книга, 2018. – 280с.
4. Сахно, П. І. Темперамент особистості як складова професійної діяльності / П. І. Сахно, Л. Герман // Соціально-гуманітарні аспекти розвитку сучасного суспільства : матеріали Всеукраїнської наукової конференції викладачів, аспірантів, співробітників та студентів, м. Суми, 23-24 квітня 2015 року. - Суми 2015. – С. 277–281.
5. Shkrabiuk V, Bilyk D. Emotions in the development of personality: psychological analysis of the problem. Young Scientist. 2020;10(86):293-
6. Журнал «Молодий вчений» (серія з індексом 2304-5809), номер 10 (86) за 2020 рік; DOI: <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2020-10-86-606>.
7. Тептюк Ю. О. Психологічні умови розвитку стресостійкості у соціальних працівників різних вікових категорій автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07/Тептюк Юлія Олександрівна ; Нац. пед. ун-т і м. М. П. Драгоманова. – Київ, 2021. – 23 с.
8. Барановська Т.А., Грищенко О.В. Стресові фактори воєнного стану та їхній вплив на психоемоційний стан вагітних жінок // Актуальні питання медицини. – 2023. – № 5. – С. 30–37
9. Підручник «Загальна психологія» (автор Сергій Максименко та співавт.) розділ «Типи темпераментів» має номери сторінок 367–368.

10. McCrae, R.R., Costa, P.T. Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1987;52(1):81–90.
11. Э. М. Псядло Темперамент и характеров истории медицины и психологии Учебно-справочное пособие Издание 4-е, дополненное Одесса «Фенікс» 2019. С. 230-231
12. Клименко, О. В., Медведєв, В. В. (2023). Професійне вигорання медичних працівників в умовах воєнного стану: особливості та шляхи корекції. *Український психологічний журнал*, (3), 45-56.
13. Гончаренко, О. В. (2023). Психоемоційний стан вагітних жінок в умовах військового конфлікту в Україні. *Вісник наукових досліджень. Серія: Медицина та психологія*, (1), 112–118.
14. Максименко С. Д., Карамушка Л. М., Зайчикова Т. В. Синдром «професійного вигорання» та професійна кар'єра працівників освітніх організацій: гендерні аспекти: навч. посібник для студ. вищ. навч. закл. та слухачів після дипломної освіти / за наук. ред. С. Д. Максименка, Л. М. Карамушки, Т. В. Зайчикової. – 2-е вид., перероб. та доповн. – К. : Міленіум, 2006. – 368 с
15. Вдовиченко, О. П., Бабич, Н. С. (2021). Теоретичні аспекти вивчення та діагностики синдрому професійного вигорання. *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: Психологія*, (2), 5–10.
16. Колесник, О. А., Панасовська, К. В. (2022). Професійне вигорання: історичний розвиток та сучасні підходи до діагностики. *Проблеми сучасної психології*, (57), 14–20.
17. Гірняк, В. Я., Демченко, С. С. (2023). Феномен моральної травми та професійне вигорання в медичній сфері. *Український медичний часопис. Серія: Психологія і етика*, (2), 60–65.
18. Ковальова, Н. Ю., Саєнко, В. А. (2022). Діагностика професійного вигорання медичних працівників за методикою Маслач. *Вісник психології та педагогіки*, (3), 25–31.

19. Петренко, Л. М., Бойко, О. В. (2021). Адаптація та застосування опитувальника MBI-GS для дослідження професійного вигорання в умовах праці в Україні. Психологія праці та соціальна психологія, (3), 50–57.

20. Клименко, О. В., та співавтори. (2023). Психологічні особливості професійного вигорання медичних працівників, які надають допомогу в умовах воєнного стану (на прикладі міжнародного дослідження). Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія: Медицина, (49), 30–36.

21. Іванова, К. В., Поліщук, А. Р. (2023). Міжнародний досвід профілактики та подолання професійного вигорання медичних працівників.

ДОДАТКИ

Додаток А

Методика вивчення темпераменту «Опитувальник Г. Айзенка»

Інструкція: вам пропонується кілька запитань. На кожне запитання відповідайте тільки «так» або «ні». Не витрачайте час на обговорення запитань, тут не може бути гарних або поганих відповідей, бо це не випробування розумових здібностей.

Запитання

Чи часто ви відчуваєте потребу в нових враженнях, для того щоб відволіктися, випробувати сильні відчуття?

Чи часто ви відчуваєте потребу в друзях, які можуть вас зрозуміти, підбадьорити, поспівчувати?

Чи вважаєте ви себе безтурботною людиною? Чи важко вам відмовитися від своїх намірів? Свої справи ви обмірковуєте не поспішаючи?

Чи завжди ви виконуєте свої обіцянки, навіть якщо це вам не вигідно? Чи часто у вас бувають спади або підйоми настрою?

Чи швидко ви звичайно дієте та говорите?

Чи виникало у вас почуття, що ви нещасливі, хоча ніякої серйозної причини для цього не було?

Чи правильно, що на «пару» ви здатні зважитися на все?

Чи бентежитеся ви, якщо хочете познайомитися з людиною протилежної статі, яка вам симпатична?

Чи буває, що ви виходите з себе, розлютившись?

Чи часто буває, що ви дієте необдуманно, під впливом моменту?

Чи часто вас непокоїть думка про те, що вам потрібно що-небудь робити або говорити?

Чи віддаєте ви перевагу читанню книг зустрічам із людьми? Чи правильно, що вас легко зачепити?

Чи любите ви часто бувати в компанії?

Чи бувають у вас такі думки, якими вам не хотілося б ділитися з іншими?

Чи правильно, що іноді ви настільки повні енергії, що все горить в руках, а іноді відчуваєте втому?

Чи намагаєтеся ви обмежити коло своїх знайомств невеликою кількістю найближчих друзів?

Чи багато ви мрієте?

Якщо на вас кричать, ви відповідаєте тим же? Чи вважаєте ви всі свої звички гарними?

Чи часто у вас з'являється відчуття, що ви в чомусь винні?

Чи здатні ви іноді дати волю своїм почуттям і безтурботно розважатися в веселій компанії?

Чи можна сказати, що нерви у вас часто бувають натягнуті до краю? Чи вважаєтеся ви людиною живою і веселою?

Після того, як справу зроблено, чи часто ви в думках повертаєтеся до неї і думаєте, що змогли б зробити краще?

Чи відчуваєте ви себе неспокійно, перебуваючи у великій компанії? Чи буває, що ви передаєте слухи?

Чи буває, що вас сон не бере через те, що в голову лізуть різні думки?

Якщо ви хочете про щось довідатися, ви вважаєте за краще знайти це в книзі, а не запитати у людей?

Чи буває у вас сильне серцебиття?

Чи подобається вам робота, що потребує зосередження? Чи бувають у вас напади тремтіння?

Чи завжди ви говорите правду?

Чи буває вам неприємно перебувати в компанії, де жартують один над одним? Чи дратівливі ви?

Чи подобається вам робота, що потребує швидкодії?

Чи правильно, що вам часто не дають спокою думки про різні неприємності і жахи, які могли б відбутися, хоча все закінчилося благополучно?

Чи правильно, що ви неквапливі в рухах (дещо повільні) ?

Чи запізнюєтеся ви коли-небудь на роботу або на зустріч з будь-ким? Чи часто вам сняться кошмари?

Чи правильно, що ви так любите поговорити, що не втрачаєте будь-якого випадку поговорити з новою людиною?

Чи турбують вас які-небудь болі?

Чи переживали б ви, якщо довго не могли бачитися з друзями? Ви нервова людина?

Чи є серед ваших знайомих ті, що явно вам не подобаються?

Ви впевнена в собі людина?

Чи легко вас зачіпає критика ваших вад чи вашої роботи?

Чи важко вам отримати дійсне задоволення від заходів, у яких бере участь багато людей?

Чи непокоїть вас почуття, що ви чимось гірші за інших? Зуміли б ви внести пожвавлення в нудну компанію?

Чи буває, що ви говорите і про речі, на яких зовсім не розумієтеся? Чи турбуєтеся ви про своє здоров'я?

Чи любите ви пожартувати над іншими? Чи страждаєте ви від безсоння?

Оцінка результатів

Екстраверсія – сума балів відповідей «так» міститься в запитаннях: 1, 3, 8, 10,

13, 17, 22, 25, 27, 39, 44, 46, 49, 53, 56 і відповідей «ні» в запитаннях: 5, 15, 20, 29, 32,

37 41, 51.

Якщо сума балів складає 0–10, то ви інтроверт, замкнені всередині себе. Якщо 15–24, то ви екстраверт, товариські, звернені до зовнішнього світу. Якщо 11–14, то ви амбіверт, спілкуєтеся, якщо вам це потрібно.

Невротизм – кількість балів відповідей «так» міститься в запитаннях: 2,4,7,9,11,14, 16,19, 21, 23, 26, 28, 31, 33, 35, 38, 40, 43, 45, 47,50,52,55,57.

Якщо сума балів складає 0–10, то – емоційна стійкість. Якщо 11–16, то – емоційна вразливість.

Якщо 17–22, то з'являються окремі ознаки розхитаності нервової системи. Якщо 23–24, то невротикам, що межує з патологією, можливий зрив, невроз. Брехня – суму балів відповідей «так» містять запитання: 6, 24, 36 і відповідей

«ні» в запитаннях: 12, 18, 30, 42, 48, 54.

Якщо набрана кількість балів 0–3–норма людської брехні, відповідям можна довіряти.

Якщо 4–5, то сумнівно.

Якщо 6–9, то відповіді недостовірні.