

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Харківський національний медичний університет

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики

Магістерська робота

Освітня-кваліфікаційна робота на здобуття звання «Магістр»

за спеціальністю «Сестринська справа» 223 – медсестринство

на тему:

Синдром емоційного вигорання у медичних працівників в умовах воєнного
стану

Виконала:

Фурсова Дар'я Геннадіївна

студентка 2 курсу, групи, 3-24-070

III медичний факультет з підготовки

вітчизняних та іноземних здобувачів освіти

Науковий керівник:

Смирнова Вікторія Іванівна, к. мед. наук, доцент каф.
пропедевтики внутрішньої медицини, медсестринства та біоетики
Харківський національний медичний університет

Харків – 2026

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

СЕВ – синдром емоційного вигорання

ПТСР – посттравматичний стресовий розлад

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

MBI – Maslach Burnout Inventory (шкала оцінки емоційного вигорання Масlach)

JD-R – Job Demands–Resources Model (модель вимог і ресурсів роботи)

VR – Virtual Reality (віртуальна реальність)

NUH NHS Trust – Nottingham University Hospitals NHS Trust (мережа університетських лікарень м. Ноттінгем, Велика Британія)

COVID-19 – коронавірусна хвороба 2019 (Coronavirus Disease 2019)

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	2
ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1: Синдром емоційного вигорання у медичних працівників в умовах війни.....	7
1.1. Моделі та етапи розвитку синдрому емоційного вигорання.....	14
1.2. Медичні наслідки синдрому емоційного вигорання в умовах війни.....	21
1.3. Соціальна ізоляція як результат емоційного виснаження.....	24
1.4. Розвиток вторинної моральної травматизації.....	27
РОЗДІЛ 2: Матеріали і методи.....	28
2. Характеристика дослідження.....	29
2.1. Методи дослідження.....	31
РОЗДІЛ 3: Результати власного дослідження.....	33
РОЗДІЛ 4: Рекомендації для зниження рівня емоційного вигорання.	61
4.1. Запровадження методик поліпшення ментального стану.....	66
ВИСНОВКИ.....	70
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	72

ВСТУП

Синдром емоційного вигорання – стан, що характеризується фізичним і емоційним виснаженням, яке виникає внаслідок надмірного навантаження, високих вимог до себе і постійних стресів[1, 2].

Виникає як відчуття фізичної втоми, так і психоемоційне перевантаження. Цей стан зазвичай розвивається через тривалий тиск на нервову систему, що може супроводжуватися стресовими реакціями, особливо в умовах підвищеної небезпеки, бойових дій і тривалих понаднормових змін , що призводить до загального виснаження організму [1, 2, 3].

Проблемою синдрому емоційного вигорання почали займатися відомі науковці: Герберт Д. Фройденбергер саме він у 1974 році, вперше використав термін «burnout» для позначення стану фізичного, емоційного та мотиваційного виснаження[1]. Пізніше у 1980-х роках досліджували СЕВ : Христина Масlach і Сьюзен Джексон спільні дослідження були зосереджені на розробці шкали Масlach (MBI) для діагностики емоційного вигорання (Maslach & Jackson, 1981) [2]. У подальші роки Арнольд Б. Баккер і Евангелія Демеруті розробили модель вимог до роботи та ресурсів (Job Demands-Resources Model), яка описує баланс між вимогами роботи та доступними ресурсами [4]. Наші співвітчизниці Т.Титаренко у 2012 та Л. Карамушка у 2010 розпочали важливі аналітичні та методологічні дослідження [5, 6].

Під час військових дій надання медичної допомоги є невід’ємною та вкрай важливою частиною життя. Медичні працівники, які надають допомогу постраждалим, перебувають на передовій боротьби за життя і здоров'я громадян, часто самі стають жертвами психоемоційного виснаження. Лікарі працюють в небезпечних умовах – постійний ризк можливих вибухів, обстрілів, руйнувань лікарень та госпіталів, загроза життю і здоров'ю самих медиків.

Таким чином, медичний персонал, який виконує професійні обов'язки в умовах воєнного стану в країні, часто стикається з проявами бойового стресу та бойової втоми [7]. Формування синдрому емоційного вигорання може бути зумовлене різними чинниками, які переважно пов'язані з особливостями професійної діяльності: тривала робота що виснажує як фізично так і емоційно, особливо у напруженому темпі через кількість поранених та тих кому завдало шкоди через бойові дії[8,9]. Розширенні робочі повноваження які супроводжуються нестачею вільного часу, порушення режиму та якості сну (через часті повітряні тривоги, вибухи, хвилювання, страху смерті та відсутності базової безпеки), що призводить до прискорення процесу синдрому професійного виснаження, знижує ефективність роботи медиків, та може мати негативні наслідки для системи охорони здоров'я в цілому[4,5,10].

Незважаючи на численність досліджень, які були проведені з приводу вигорання до теперішнього часу недостатньо вивченим є особливості прояву емоційного вигорання, та розробка методів допомоги. Вивчення зазначених аспектів цієї проблеми є важливим для оптимізації системи профілактики та реабілітації медпрацівників із синдромом професійного вигорання. Для адекватної корекції психоемоційних порушень[11,12,13].

Мета дослідження: теоретичне обґрунтування особливостей прояву синдрому емоційного вигорання серед медичних працівників в умовах війни, а також розробка практичних рекомендацій щодо зниження ризику виникнення цього явища.

Відповідно до зазначеної мети були визначені наступні завдання:

Завдання:

1. Здійснити теоретико-історичний аналіз досліджень синдрому вигорання.

2. Визначити особливості, що зумовлюють становлення професійного вигорання у медичних працівників під час війни.

3. Дослідити особливості вияву професійного вигорання у медиків з різними умовами праці.

4. Розробити рекомендації з профілактики синдрому професійного вигорання у медичних працівників.

Методи дослідження: Загальноклінічні(збір даних анамнезу), застосування за допомогою емпіричних методів анкетування на основі створеною нами анкети google-опитування

Об'єкт дослідження: - 200 опитаних респондентів

- 100 респондентів – здобувачі освіти Харківського Національного Медичного університету «ХНМУ», Харків, Україна з різних факультетів, років навчання та вже досвідчених медичні працівників, які навчаються і працюють в складних військових умовах.

- 100 респондентів – здобувачі освіти з Ноттінгем Трент університету Nottingham Trent University, Nottingham, UK та вже працюючі медики з міських клінік: City Hospital та Queen's Medical Centre.

РОЗДІЛ 1: Синдром емоційного вигорання у медичних працівників в умовах війни

Дослідження синдрому емоційного вигорання серед медичних працівників під час війни потребує комплексного підходу, оскільки ця проблема є багатогранною і залежить від багатьох чинників. Прояви негативних психічних станів, бурхливі реакції на стрес, емоційне перенавантаження, розлади фізичного та психічного здоров'я, а також можливі хронічні психопатологічні зміни особистості в умовах війни вимагають своєчасного впровадження та активного застосування профілактичних, реабілітаційних та прогностичних заходів [8, 9, 14]. У нинішніх умовах існує нагальна потреба у розробці та впровадженні заходів щодо подолання СЕВ з метою запобігання розладам ментального здоров'я працівників [7, 13, 15]. Тому знання про синдром професійного вигорання та його ранні прояви є необхідними з метою своєчасної корекції, збереження здоров'я та підтримання професійного довголіття [1,2,4,11,13]. Окрім психоемоційного навантаження, яке медсестри та лікарі зазнають у мирний час, в умовах воєнного конфлікту додаються додаткові стресори, як-от небезпека для власного життя, нестача ресурсів і постійне зіткнення з травматичними ситуаціями[8,14,16,17]. Для вивчення цієї проблеми було обрано кілька методів дослідження, зокрема аналіз літературних джерел, анкетування та статистичний аналіз зібраних даних, що дозволили комплексно підійти до вивчення проблеми[7,13,15,16].

В роботі розглянуто феноменологічну природу психо-емоційного виснаження медичних працівників. Зроблено акцент на розкритті проблеми емоційного вигорання медиків в контексті їхньої професійної діяльності і специфічних особливостей та умов, пов'язаних з її виконанням[1,2,4,5,14]. Запропоновано варіанти вирішення цієї проблеми. Розглянуті вже існуючі та запроваджені методи допомоги.

Емоційне вигорання є комплексним психофізіологічним явищем, що формується під впливом тривалого професійного стресу та високого навантаження на робочому місці. Процес його розвитку зазвичай проходить декілька стадій: від прагнення виконувати всі завдання максимально ефективно та у встановлені терміни, через появу тривожності та внутрішнього дискомфорту у випадку невідповідності результатів роботи очікуванням, до відчуття роздратованості, розчарування та втрати мотивації до подальшої професійної діяльності [1, 2, 3, 4, 7, 14, 16].

Нині життя диктує нові правила, з великими дефіцитами ресурсів та базової безпеки людини, зокрема робота медичних працівників під час воєнного стану має специфічні особливості. Основні стресори, що призводять до емоційного вигорання, включають: перенапруження, психологічне перенавантаження, постійна загроза безпеці, почуття підвищеної відповідальності. Ці фактори вигорання сприяють виникненню таких станів, як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) та депресія [5,10].

Медики опинилися в умовах підвищеного ризику небезпеки та появи нових професійних обов'язків. Значна частина яка впливає на розвинення СЄВ, наразі в реаліях країни це – завищені стандарти вимог та обов'язків до медперсоналу. Кількість пацієнтів значно збільшується, що вимагає від медиків роботи на межі своїх можливостей [4,13,20].

Вимушена багатозадачність у критичних умовах стає виснажуючим фактором яких неможливо уникнути через специфіку праці в умовах військового сьогодення, працівники часто виконують кілька ролей одночасно, що ще більше тисне на емоційний стан людини та спустошує психофізичні резерви організму[21,22]. Обмежені ресурси, як медикаментів так і персоналу призводить до того, що навіть найменша втрата уваги, може привести до лікарської помилки та мати фатальні наслідки для пацієнта. Всі ці складові значно впливають на створення моральної травми, яка має здатність

збільшувати вже набутий хронічний стрес і залишає за собою набуті психоемоційні розлади[9,20,23].

Фізичне виснаження персоналу, що виникає внаслідок тривалих змін, відсутності нормального сну та регулярного харчування, призводить до хвороб медичних працівників, прямо впливає на їхню працездатність і загальне самопочуття[14,15]. Також частий контакт із постраждалими, свідчення травматичних подій, та невизначеність навіть власного майбутнього— виснажують додатково [14,15].

Медичні працівники які постійно стикаються з травматичними ситуаціями та втратами, не завжди мають ресурси для подолання психологічних травм. Працівники які не мають досвіду подання вигорання, ризикують не тільки втратити професійну мотивацію, але й зіткнутися з розладами, які можуть вплинути на їхню здатність надавати медичну допомогу [6,14].

До всіх цих чинників додається ще й і відсутність підтримки від соціуму. У мирний час фахівці галузі охорони здоров'я мали доступ до мережі підтримки – як психологічної, моральної так і організаційної, але через відсутність базової безпеки ці ресурси стали обмеженими. Відсутність або зниження підтримки з боку колег, рідних, психологів або психотерапевтів підсилює відчуття ізоляції та поглиблює хронічний стрес, що є чинником виснаження психоемоційних резервів. Це робить особистість більш вразливою до морального знесилення та відчуття емоційної самотності[8,15,23].

Медики не тільки надають допомогу іншим, але й самі постійно перебувають під загрозою через бойові атаки, обстріли чи інші небезпеки, які несе війна [17,24]. Постійна загроза бомбардувань, ракетних ударів або обстрілів значно ускладнює умови праці, оскільки медичні заклади можуть працювати у тимчасових укриттях або без необхідних ресурсів для лікування постраждалих. Це створює відчуття безпорадності та фрустрації у лікарів, медсестер і парамедиків[14,25].

Згідно з результатами систематичного огляду Rotenstein та співавтори (2018), опублікованого в журналі JAMA, поширеність синдрому емоційного вигорання серед лікарів коливалася від 0% до 80, 5%, а в окремих дослідженнях перевищувала 50% [9]. Поточний глобальний мета-аналіз Amiri та співавтори (2024) також підтвердив високий рівень вигорання серед медичних працівників різних спеціальностей [27].

У вибірках психосоціальних працівників частка вигорання досягла майже 60%, посттравматичний стресовий розлад– 38%, а наявність суїцидальних думок – понад 10% . Дослідження показують, що під час повномасштабної війни в Україні високий рівень психічного стресу є серед медичних працівників і пов'язаний із симптомами вигорання[28].

Перші наукові експерименти спробував описати феномен емоційного (професійного) вигорання Герберт Фрейденбергер (Herbert Freudenberger) – американський психіатр та психоаналітик німецького походження. Саме він у 1974 році вперше використав термін «burnout» для позначення стану фізичного, емоційного та мотиваційного виснаження, що виникає у фахівців допоміжних професій (лікарів, психологів, соціальних працівників) внаслідок хронічного стресу та надмірної залученості до професійної діяльності [1,29]. Були впровадженні досліджуючи співробітників безкоштовних клінік і установ самодопомоги, Фрейденбергер звернув увагу на те, що постійна допомога оточуючим в поєднанні з високими очікуваннями відсутність належної підтримки і емоційного перевантаження призводить до глибокого фізичного і психічного виснаження) [1]. Автор визначив вигорання як «збій або виснаження через надмірні вимоги до енергії, сили або ресурсів» (Freudenberger, 1975) [29].

У 1980-х роках дослідження цього явища продовжили більш детально вивчати та аналізувати СЕВ це: Кристина Маслач і Сьюзен Джексон кафедри

психології Каліфорнійського університету Берклі (США). В них є велика кількість важливих відомостей, проаналізованого матеріалу, різних методик по опитуванню людей та статистичних даних. Спільні дослідження були зосереджені на розробці шкали Масlach (MBI) для діагностики емоційного вигорання (Maslach & Jackson, 1981) [2]. Шкала була розроблена для оцінки різних буденних аспектів синдрому вигорання, була застосована до широкого кола професіоналів у сфері соціальних послуг[2].

Аналіз отриманих даних за шкалою (MBI) дозволив виділити три основні підшкали: емоційне виснаження, деперсоналізацію та оцінку особистих досягнень. Психометричні дослідження підтвердили високу надійність та валідність цієї шкали як інструменту вимірювання вигорання [2,30]. Робота в умовах постійної взаємодії з хворими людьми, зокрема в критичних ситуаціях, таких як інтенсивна терапія або невідкладна медицина, значно підвищує рівень стресу[1,11,30]. Дослідники зосередили увагу на виснаженні, знеособленні, редукції професійної ефективності серед лікарів і медсестер. Було детальне зосередження на розробці методів діагностики вигорання, таких як шкала Масlach (MBI), яка дозволяє кількісно визначити рівень вигорання та визначити основні фактори ризику[2,3,20].

У подальші роки Арнольд Б. Баккер (Arnold B. Bakker) (Університет Erasmus, Нідерланди) і Евангелія Демеруті (Evangelia Demerouti) (Технологічний університет Ейндговена, Нідерланди) розробили модель вимог до роботи та ресурсів (Job Demands-Resources Model), яка описує зв'язок між вимогами роботи, доступними ресурсами та рівнем вигорання (Bakker & Demerouti, 2007) [4]. Та активно впроваджувати ці діагностичні інструменти у практику та досліджувати не лише рівень вигорання, а й його вплив на ефективність роботи усього медичного персоналу та якість медичної допомоги. Модель ресурсів і попиту (Bakker & Demerouti) – ця концепція базується на співвідношенні між ресурсами працівника та вимогами робочого середовища. Дисбаланс настає, коли вимоги робочого процесу перевищують доступні

ресурси для їхнього виконання, наприклад, відсутність часу для відпочинку або недостатня підтримка колективу[4,10,22].

Інші науковці, такі як Віллем Б. Шауфелі (Wilmar B. Schaufeli) (Університет Утрехта, Нідерланди) та Майкл П. Лейтер (Michael P. Leiter) (Університет Акадія, Канада), поглибили розуміння тривимірної моделі вигорання (емоційне виснаження, деперсоналізація, зниження професійної ефективності) і вивчали вплив організаційного середовища на розвиток цього синдрому (Maslach et al., 2001, Schaufeli et al., 2009) [2,11,20,30]. Виявилося, що знесилення, спустошення, тривала напруга серед лікарів і медсестер негативно впливає на результати надання допомоги пацієнтам, підвищує ризик медичних помилок і призводить до погіршення якості медичних послуг[4],[8],[14]. Крім того, зросла кількість випадків професійних захворювань, пов'язаних зі стресовими чинниками, таких як тривожні розлади, депресія, емоційні коливання та навіть фізичні проблеми, як-от мігрені, м'язеві спазми, рухова скутість, серцево-судинні захворювання, роздратованність. Це привернуло увагу медичних установ до необхідності розробки програм профілактики емоційного вигорання[15,17,20].

Важливі досягнення на міжнародному рівні в край значущі роботи провели Річард С. Лазарус (Richard S. Lazarus) і Сьюзан Фолкман (Susan Folkman) (Університет Каліфорнії, США), які створили теорію стресу та адаптації до нього. Створення модель використовується для розуміння механізмів розвитку емоційного вигорання в умовах високого рівня стресу та стресових умовах (Lazarus & Folkman, 1984) [31]. Згідно з цією моделлю, вигорання виникає тоді, коли людина сприймає вимоги роботи як такі, що перевищують її власні ресурси. Якщо працівник вважає, що не здатний впоратися з навантаженням, це спричиняє тривалу стресову реакцію і виснаження[31].

Початок 2000-х років дослідженнями вигорань під час кризових ситуацій почали займалися Тейт Шанафелт (Tait D. Shanafelt) та Джеймс Х. Носеворті

(James H. Noseworthy) (Клініка Мейо, США). Їхні роботи присвячені розробці організаційних стратегій для зниження вигорання серед лікарів (Shanafelt & Noseworthy, 2017) [20]. Вчені почали наголошувати на важливості психологічної підтримки представників професій в медичній галузі. Було запроваджено низку програм управління стресом, навчання технікам релаксації та впровадження регулярних тренінгів з розвитку емоційної стабільності [13,20,21]. Вчені також звернули увагу на важливість організаційної культури в медичних установах, яка може або посилити вигорання через надмірний стрес і відсутність підтримки, або, навпаки, створити умови для запобігання стресу, дозволити уникнути багатьох факторів знесилання[4,14,31].

Наші співвітчизниці Т.Титаренко з Інституту соціальної та політичної психології та Л.Карамушка з Інституту психології ім. Г. С. Костюка розпочали важливі аналітичні та методологічні дослідження. Використовуючи психосоціальну модель, що розглядає емоційне вигорання через призму соціальних та психологічних факторів, вони вивчали психофізичні механізми адаптації до стрес-факторів та розробляли рекомендації щодо профілактики психоемоційного перенапруження серед працівників соціальної сфери, включаючи медиків, та дійшли висновку, що відсутність належної підтримки й визнання може значно прискорити розвиток синдрому вигорання[5,8].

З огляду на ці дані, у сучасній практиці особлива увага приділяється системному підходу до вирішення проблеми емоційного вигорання, зокрема, впровадженню змін на рівні організації праці, розвитку індивідуальних навичок управління стресом та наданню професійної психологічної допомоги медичним працівникам[22,32,33].

1.1. Моделі та етапи розвитку синдрому емоційного вигорання

Модель Кристини Маслач – ключова для розуміння та розпізнаванню синдрому емоційного вигорання . Вона розробила тривимірну модель вигорання, кожен компонент пояснює процес вигорання, особливо в стресових умовах роботи, де основні людські потреби ігноруються [20,30,34].

До трьох основних компонентів моделі Маслач належать:

1. Емоційне виснаження – відчуття хронічного перевантаження та морального та емоційного спустошення. Людина відчуває, що її енергія вичерпана, і вона вже не здатна реагувати або відновлюватися після важкого робочого дня. Для медперсоналу, особливо в ситуаціях збройної агресії або кризових ситуаціях, виснаження є найпоширенішим симптомом вигорання [11,20,21].

Психофізичне та емоційне виснаження проявляється через відчуття нестачі сил: лікарі чи медсестри після тривалих або стресових змін із великою кількістю спілкування та фізичної роботи відчувають емоційне виснаження, яке обмежує взаємодію навіть із родиною чи друзями [4,20]. Після кожної понаднормової зміни звичайна діяльність, як-от приготування їжі чи догляд за собою, може здатися надзвичайною [3,21]. Постійне спостереження за серйозно травмованими пацієнтами або смертельними наслідками може викликати почуття безнадії та безпорадності, коли медичний працівник відчуває себе надто виснаженим, щоб реагувати на будь-які емоційні чи стресові фактори [4,5,8].

2. Деперсоналізація – байдуже, відчужене або негативне ставлення до інших. Це захисний механізм, де людина емоційно дистанціюється, щоб уникнути подальшого виснаження. Подібні реакції організму виникають через надмірні стресові ситуації та травматичні фактори навколишнього середовища

[6,20,30]. Деперсоналізація може призвести до втрати співчуття потребуючим пацієнтам [13,21].

3. Зниження професійної ефективності – відчуття зниження власної компетентності та продуктивності на роботі. Вона проявляється через невпевненість у власних навичках, невдоволення результатом[1,13,33].

Ці три компоненти спустошення характерні для медичних працівників під час війни, оскільки їхня робота передбачає контакт із фізичним і психічним болем, травмою та смертю, які є додатковими стресовими факторами [24,30]. Соціальні та психологічні фактори можуть відігравати захисну роль, наприклад емоційний інтелект, емпатія, оптимізм, внутрішній контроль і певні риси характеру [5,10,14].

Модель Job Demands–Resources (JD-R), запропонована Bakker & Demerouti (2007), є однією з найпоширеніших для пояснення механізмів розвитку емоційного вигорання в професійній діяльності. Він базується на концепції балансу між вимогами до роботи та ресурсами, доступними працівнику[4,15].

1. Вимоги до роботи включають фізичні, психологічні, соціальні та організаційні аспекти, які вимагають постійних фізичних або емоційних витрат. Це може бути висока інтенсивність роботи, емоційна взаємодія з клієнтами або пацієнтами, жорсткі терміни, брак часу або конфлікти на робочому місці[4,15].

2. Робочі ресурси – це ті аспекти, які допомагають працівнику впоратися з навантаженням, підтримувати мотивацію та відновлювати енергетичний потенціал. До них відносяться соціальна підтримка з боку колег і керівництва, автономія в прийнятті рішень, можливості професійного

розвитку, доступ до матеріально-технічних засобів, а також позитивна зворотна оцінка результатів роботи[4,16].

Основний принцип JD-R полягає в тому, що вигорання розвивається в ситуаціях, коли вимоги роботи перевищують наявні ресурси. Такий дисбаланс викликає емоційне виснаження, зниження мотивації і поступове зниження професійної ефективності[4,16].

При цьому модель передбачає взаємодію двох процесів:

1. Енергетичний процес – високі вимоги до роботи призводять до виснаження ресурсів працівників і розвитку стресових реакцій.
2. Мотиваційний процес – наявність ресурсів стимулює залучення до роботи, підвищує ефективність і захищає від вигорання.

Модель JD-R особливо корисна для аналізу професій із високим рівнем стресу, таких як медична сфера, оскільки вона дозволяє оцінити, які саме ресурси можуть пом'якшити негативний вплив вимог до роботи та запобігти розвитку емоційного вигорання [5].

Транзакційна модель стресу та подолання: Модель Lazarus & Folkman (1984, 1986) пояснює, що стрес і, як наслідок, емоційне вигорання виникають, коли вимоги конкретної ситуації перевищують ресурси людини для їх подолання. Центральним у цій моделі є поняття когнітивної оцінки: працівник оцінює ситуацію як загрозу, виклик або втрату[31].

Важливим аспектом моделі – є процес подолання (coping), тобто активні або пасивні стратегії, які людина використовує для управління стресом. При обмеженні або недостатності ресурсів подолання накопичується тривала

психоемоційна напруга, що може призвести до емоційного виснаження, знеособлення та зниження професійної ефективності[16,31].

Модель також пояснює, чому деякі професійні ситуації спричиняють вигорання, а інші – ні: все залежить від сприйняття загрози, наявних ресурсів та ефективності використаних стратегій подолання. Це особливо цінно для аналізу стресових професій, де вимоги постійно високі, наприклад, у секторі охорони здоров'я [31].

Сучасні оглядові роботи об'єднують класичні та нові підходи до вивчення емоційного вигорання, поєднуючи моделі Freudenberger, Maslach, JD-R та модель транзакційного стресу[21,30,31].

Вони зосереджуються на:

- симптоми вигорання, включаючи емоційне виснаження, деперсоналізацію та зниження професійної ефективності[30];
- фактори ризику, такі як перевантаження, дефіцит ресурсів, низький рівень соціальної підтримки та складні професійні вимоги[4];
- захисні механізми, включаючи особисті ресурси (емоційний інтелект, оптимізм, внутрішній контроль), соціальну підтримку та організаційні втручання[31].

Такі узагальнення важливі для аналізу професій із високим стресом, особливо в медицині, де вимоги до працівників постійно високі, а ризик вигорання значний. Вони допомагають формувати стратегії профілактики та психологічного захисту, що зменшує негативний вплив стресу на здоров'я та продуктивність працівників[4,16,15,21,30,31].

Піраміда потреб Маслоу – це ієрархічна модель людських потреб, розроблена американським психологом Абрахамом Маслоу, яка демонструє поступове задоволення основних і вищих потреб людини[32]. Ця теорія

розкриває прогресивну природу наших потреб, яка складається з п'яти основних рівнів –від базових виживання до реалізації наших найвищих прагнень[35]. Під час війни, ця ієрархія набуває критичного значення в контексті емоційного вигорання, оскільки багато потреб можуть бути не задоволені, порушені та навіть відсутні[32,35].

1. Фізіологічні потреби (базовий рівень). Це найосновніші потреби людини: їжа, вода, сон, дихання, фізична безпека, теплий притулок. Для медиків нині ці потреби часто перебувають під загрозою. Постійне перебування на передовій та в шпиталі, відсутність належного відпочинку, втома і стрес, а також відсутність доступу до необхідних ресурсів можуть призвести до психофізичного виснаження[7,33,35].

2. Потреба в безпеці. Медики під час війни можуть постійно відчувати небезпеку через бойові дії, нестабільність або загрозу особистій безпеці. Відчуття небезпеки для себе чи своїх близьких може призводити до тривожності та панічних атак. Коли людина не відчуває захищеності, важко зосередитися на інших, вищих потребах[7,26].

3. Потреба в соціальних зв'язках (любов і приналежність). Медики працюють у складних умовах, часто віддалені від родини та друзів, що впливає на їхнє емоційне благополуччя. Відсутність підтримки близьких може поглиблювати відчуття самотності [15,26].

4. Потреба в повазі та визнанні важливі для професіоналів, які постійно перебувають під великим стресом і ризиком. Коли їхня робота не отримує достатнього визнання або коли вони відчують себе недооціненими (зокрема через обмежені ресурси чи недостатню оплату), це може поглибити їхнє емоційне невдоволення та виснаження[15,35,36].

5. Потреба в самореалізації – це прагнення до особистісного росту та розвитку своїх здібностей, навичок та можливостей[32,35]. У медиків – це бажання допомагати потребуючим ти самим, робити значущий внесок у суспільство. Однак, коли ресурсів недостатньо, а робота стає надзвичайно важкою, вони нездатні задовольнити цю потребу[15,36]. Вплив професійного виснаження відбувається внаслідок невідповідності між їхніми потребами та умовами, в яких вони працюють.

Коли порушуються базові фізіологічні потреби та базова потреба в безпеці, у працівників немає можливості сфокусуватися на вищих рівнях, таких як соціальні зв'язки, визнання або самореалізація. Це призводить до зниження мотивації, відчуття професійного застою та внутрішньої порожнечі[15,16,36]. Важливим кроком у боротьбі з вигоранням є забезпечення підтримки для задоволення хоча б базових потреб (фізіологічних і безпеки). Задля довготривалого покращення варто працювати над підтримкою соціальних зв'язків та наданням визнання і ресурсів для професійного росту[24,27].

Стадії розвитку синдрому емоційного вигорання:

Емоційне вигорання зазвичай розвивається поступово, проходячи кілька ключових фаз: ентузіазм, стрес, хронічна втома, деперсоналізація, повне вигорання.

-Фаза ентузіазму. На початку своєї професійної діяльності медичні працівники можуть бути сповнені натхнення та мотивації. Однак у контексті роботи під час війни ця фаза може бути значно скорочена через надмірне напруження та інтенсивність робочого процесу [7,16].

-Фаза стресу. Після початкового етапу виникають труднощі в адаптації до високих вимог професії. У зоні бойових дій медичні працівники постійно

стикаються з небезпекою, дефіцитом ресурсів та важкими пацієнтами, що створює додатковий тиск[15,16].

-Фаза хронічної втоми. Постійне виснаження стає невід'ємною частиною життя працівника, що призводить до зниження продуктивності і мотивації. Підвищений фізичний та емоційний стрес посилює прояви виснаження[7,24].

-Фаза деперсоналізації. У цей період у співробітника розвивається байдужість до пацієнтів, цинічне ставлення до їх стану, що є результатом тривалого емоційного виснаження. Це також негативно впливає на якість медичних послуг[7,24].

-Повна фаза вигорання. Остання фаза характеризується глибоким фізичним і емоційним виснаженням, повною втратою мотивації і професійної активності. Цей стан може розвинути серйозні психічні розлади, включаючи депресію[16,24]. Психологічні та фізіологічні наслідки вигорання, симптоми емоційного вигорання у воєнний час.

Емоційне вигорання має серйозні наслідки як для психологічного, так і для фізичного здоров'я працівників:

Психологічні наслідки: Депресія і тривожні розлади. Вигорання часто супроводжується відчуттям безнадії, втратою інтересу до життя, а також підвищеною тривогою.

Зниження мотивації. Постійне емоційне виснаження знижує професійний інтерес, призводить до втрати амбіцій. Проблеми у взаєминах, деперсоналізація та емоційне відчуження часто призводять до конфліктів у робочому середовищі та вдома[24,26,27].

1.2. Медичні наслідки синдрому емоційного вигорання в умовах війни

Наслідки вигорання зазвичай формуються поступово – організм перебуває в процесі виснаження, коли людина довго працює в режимі підвищеної напруги. Спочатку приходить втома, потім – емоційна байдужість, зниження інтересу, труднощі з концентрацією[14]. Якщо на цьому етапі людина ігнорує потреби та сигнали організму, психоемоційні розлади перетворюються на фізичні: погіршується сон, знижується імунний захист, підвищується ризик виникнення соматичних захворювань. Таким чином, вигорання не обмежується психологічним дискомфортом, а поступово охоплює всі рівні функціонування організму[14,24].

Здоров'я людини базується на повному фізичному, психічному та соціальному благополуччі, а не лише на відсутності хвороб чи недуг [33]. В умовах воєнного часу фізичне та емоційне виснаження медичних працівників є одним з найсерйозніших факторів розвитку синдрому емоційного вигорання. Тривалий вплив стресу негативно впливає не тільки на психічний, але й на фізіологічний стан організму [3,11,15].

Симптоми хронічної втоми та вигорання під час війни проявляються у зниженні інтелектуальної працездатності, апатії, постійній дратівливості, песимістичному настрої, почутті емоційного спустошення та професійній відстороненості [9,15,26]. Медичні працівники, які працюють в умовах війни, додатково розвивають стан постійної психоемоційної напруги та вторинної травматизації [8,14,16,19].

Хронічне перевантаження, відсутність адекватного відпочинку та порушення сну призводять до соматичних змін: зниження імунітету, часті головні болі, біль у спині, м'язова напруга, серцево-судинні та шлунково-кишкові розлади [3,11,27]. Тривала нестача сну та постійна мобілізація ресурсів

організму сприяють розвитку когнітивного виснаження – зменшується концентрація уваги, погіршується здатність приймати рішення та швидко обробляти інформацію [13,15,22].

Психологічні наслідки включають розвиток симптомів депресії, тривоги, емоційної нестабільності та втрати емпатії до пацієнтів [9,10,26]. В умовах війни ці прояви посилюються через постійний вплив травматичних подій, моральних страждань і постійного стресового фактора [14,16,34].

Погіршення фізичного та психоемоційного стану медичних працівників має складний характер і відображається як на соматичних симптомах, так і на когнітивних та емоційних порушеннях. Відсутність достатньої соціальної та професійної підтримки посилює ризик розвитку глибокого професійного виснаження [7,24].

Психічні та фізичні прояви взаємопов'язані – нестача якісного сну та різноманітного відпочинку можуть посилити когнітивні порушення, а емоційний стрес може призвести до розвитку фізичних симптомів. Супровід фізичних недомагань з емоційним виснаженням через постійний тиск на ментальне здоров'я людини яке спричиняє кризовий стан в країні та неналежні умови праці. За відсутності психоемоційної підтримки та можливостей відновлення стрес може накопичуватися, збільшуючи ризик розвитку стійких розладів фізичного та психічного здоров'я. Лікарі, які постійно стикаються з важкими станами постраждалих, смертями або стражданнями пацієнтів, відчувають потужний вплив на психіку. Має вплив до втрати емпатії, співчуття і, зрештою, до повної емоційної відстороненості. Порушуються процеси когнітивної функції мозку – притупляється здатність розуміти, пізнавати, усвідомлювати, сприймати і обробляти зовнішню інформацію. Постійне навантаження на когнітивну складову – необхідність швидко реагувати, вибирати стратегії лікування, визначати пріоритети що призводить до когнітивного виснаження в нашій нервовій системі, коли вже немає достатньо

сил для обробки інформації, лікарі мають занадто багато розумової та відповідальної роботи, факторів стресорів, багатозадачності[13,22].

Виснаження має психосоматичні прояви фізичного та емоційного виснаження, також стати явними у вигляді психосоматичних симптомів, коли постійний стрес викликає негативні симптоми без конкретної медичного діагнозу.

Погіршення стану має багатогранні прояви, які тісно пов'язані між собою, від реальних фізичних симптомів до когнітивних та емоційних розладів[24]. Брак часу та ресурсів для відновлення, порушення сну через емоційний стан, хвилювання та купу думок через ворожі атаки, накопичення стресу та ізоляція поглиблюють цей процес, роблячи медичних працівників більш уразливими до фізичного та емоційного виснаження, які несуть наслідки для здоров'я, впливають на якість життя, та на продуктивність в професійній діяльності[13,15,31].

1.3 Соціальна ізоляція як результат емоційного виснаження.

Ізоляція індивіда відноситься до повної або майже повної відсутності контакту з суспільством, прагнення дистанціюватися від нього. Зіткнувшись із постійним емоційним виснаженням, медичний працівник має тенденцію відчужуватися від колег і навіть близьких. Через постійну втому та стресові фактори людина починає уникати спілкування – це захисна реакція організму, яка обмежує соціальні контакти, що ще більше погіршує її емоційний стан [25]. У контексті війни, коли соціальні зв'язки розриваються, а доступ до звичних каналів обмежений, ми всі можемо опинитися в стані ізоляції. Відсутність належної підтримки з боку колег, родини чи спеціалізованих психологічних служб може завдати шкоди психоемоційному стану, що створює заздалегідь обумовлений тиск для формування синдрому емоційного вигорання [17]. Багато медичних працівників змушені залишати свої домівки або працювати далеко від своїх сімей протягом тривалого часу, що викликає почуття самотності, відчуженості і внутрішнього спустошення[23]. Відсутність часу на саморефлексію у зв'язку з інтенсивним графіком роботи не залишає часу на відновлення, аналіз власного стану, можливий емоційний "перезапуск" або звернення до спеціалістів та спеціальних програм реабілітації. Саморефлексія, методи розрядження, хобі, зміна видів відпочинку які є потужними інструментами в боротьби зі стресом, стають практично недосяжними . У результаті медичні працівники стають більш уразливими до емоційного вигорання та інших психологічних розладів, що призводить до погіршення симптомів стресу та підвищення ризику розвитку довгострокових психоемоційних розладів, таких як депресія, посттравматичний стресовий розлад або хронічне емоційне виснаження [4,11,30].

Під час війни медичні працівники можуть настільки зануритися у свою роботу, що ігнорують власні емоційні потреби або вважають, що їхні проблеми

менш важливі порівняно з тим, що вони бачать щодня [23,25]. Це призводить до емоційної ізоляції та відмови звертатися за допомогою через щоденну девальвацію власних проблем і потреб порівняно з іншими, більш важливими, на їхню думку [17]. Апатичний стан виникає через брак часу на самопомогу. Деякі медичні працівники можуть не усвідомлювати, що їм потрібні сеанси з фахівцями з психічного здоров'я. Постійна участь у напружених робочих днях може затьмарити їхнє сприйняття власного стану, що призведе до ситуації, коли вони працюватимуть на межі вигорання, не усвідомлюючи, що їм давно потрібна допомога [25].

Відсутність відповідної допомоги є важливим критерієм, окрім мінімального доступу до психологічної підтримки або її відсутності та умов для її реалізації, існує низка інших аспектів таких як: особистий стан людини чи то психічний, чи то фізичний, рівень напруженості та небезпеки в навколишньому середовищі [25].

Існує певний рівень стигми та стереотипів щодо звернення за психологічною допомогою тим паче, якщо людина сама медик. Рятівники в білих халатах які працюють на передовій, в шпиталях та посиленних військових умовах, часто вважають, що вони повинні бути стійкими і сильними, а звернення за психологічною допомогою може розглядатися як ознака слабкості, особливо для чоловіків. Це погіршує ситуацію, коли навіть за наявності отримати допомогу та явних проблем у людини, її уникають [17]. Що надзвичайно важливо— під час війни більшість ресурсів спрямовується на психоемоційну підтримку пацієнтів і військових, а медичні працівники часто залишаються без належної уваги та підтримки. [31],[33]. Крім обмеженого доступу до допомоги, багато лікарів не мають можливості отримувати регулярні психологічні тренінги, де навчають, як уникнути перевантажень на власну психіку. Одноразових консультацій або періодичних візитів може бути недостатньо для ефективного відновлення емоційного стану [23]. Допомога фахівців повинна бути постійною і доступною для забезпечення довгострокової

підтримки. Наші ангели-охоронці, які працюють у небезпечних регіонах в активних бойових діях, просто не мають фізичного доступу до допомоги фахівцям [23,25].

Отже, відсутність належного догляду за психічним станом медичних працівників під час війни – це не лише питання фізичного доступу до спеціалістів, а й ціла сукупність факторів, серед яких неможливість звернутися за допомогою, відсутність спеціалізованих програм, емоційна ізоляція та виснажливі умови праці, що має вплив на самого фахівця та на допомогу, яку він надає[4,17,25,30,36].

1.4.Розвиток вторинної моральної травматизації

Вторинна моральна травматизація– внутрішня травма, що виникає внаслідок емпатії до навколишнього суспільства, особливо коли людина спостерігає або бере участь у ситуаціях, що суперечать її моральним цінностям або професійним етичним нормам [19]. Помічники в білих халатах відчувають власні травми і, як і звичайні люди, стресові події, але при цьому постійно стикаються з травматичними переживаннями своїх пацієнтів[27]. Це може спричинити вторинну травматизацію, коли почуття стресу та небезпеки виникають не лише за себе, а й через співчуття до пацієнтів [19,37].

Медичні працівники, зокрема психологи, характеризуються високим рівнем емпатії, тому постійне прослуховування травматичних історій може вплинути на їх моральний і психоемоційний стан. Це сприяє емоційному виснаженню, безпорадності та симптомам вигорання [19,23]. Більш інтенсивні та тривалі графіки роботи в умовах війни, моральні дилеми, загроза особистій безпеці, відсутність належної підтримки та багатозадачність значно посилюють негативний вплив на психіку медичних працівників, збільшуючи ризик вторинної травматизації та вигорання [23,35,37].

Невизначеність особистого майбутнього під час війни є одним із ключових факторів, який посилює внутрішню тривогу, стрес та емоційну нестабільність серед медичних працівників [17,25]. Постійне відчуття небезпеки, нездатність планувати майбутнє, сумніви щодо безпеки сім'ї та професійної стабільності створюють хронічний психоемоційний тиск, який посилює прояви вторинної травматизації [37]. Війна створює постійне відчуття, що будь-які плани і мрії можуть бути зруйновані або зовсім не здійсненні, і навіть найближче майбутнє вкрай непередбачуване що приводить до відчуття безпорадності. Тяжко спланувати особисте життя під час війни, невпевненість у

безпеці середовища чи можливість не повернутися додому посилюють емоційний дискомфорт і відчуття втрати контролю над власним життям [23,25]. Настає хаос у думках людини щодо розвитку кар'єри, можливості подальшого навчання або стабільності на робочому місці також сприяє формуванню довгострокового стресового фону [23]. Постійна зміна умов праці, переміщення через бойові дії, нестача персоналу та робота в екстремальних умовах викликають відчуття нестабільності та професійної небезпеки [17].

Таким чином, вторинна моральна травматизація у медичних працівників в умовах воєнного часу формується під впливом емпатичної причетності до чужої травми, моральних дилем, хронічного стресу і невизначеності майбутнього. Поєднання цих факторів значно підвищує ризик розвитку емоційного вигорання, посттравматичних симптомів і професійної дезадаптації [19,23,25,31,37].

РОЗДІЛ 2: Характеристика дослідження

В рамках дослідження було організовано опитування медичних працівників та здобувачів освіти. До досліджуваної вибірки увійшли респонденти з Харківського національного медичного університету (м. Харків, Україна) та Nottingham Trent University (м. Ноттінгем, Велика Британія), з факультету Health and Allied Professions.

Улітку 2025 року ми разом з колегами з Харківського Національного Медичного університету здійснили навчально-професійний візит до Nottingham Trent University. Під час перебування в Англії було відвідано клінічні бази Queen's Medical Centre та City Hospital Nottingham, що входять до структури Nottingham University Hospitals NHS Trust. У межах візиту, ми як учасники, ознайомилися з організацією медичної допомоги, брали участь у симуляційному навчанні та VR-тренінгах, а також провели анкетування серед тих, хто здобує освіту та вже працює в лікарнях за допомогою Google Forms.

Такий досвід дозволив краще зрозуміти не тільки особливості організації медичної системи в Великобританії, а й відмінності в технологічному розвитку, умовах праці, рівні безпеки і якості життя. Всі ці фактори можуть впливати на професійну діяльність лікарів і рівень їх емоційного вигорання.

Дослідження також звернуло увагу на способи подолання професійного стресу, які використовують медичні працівники. Зокрема, були проаналізовані такі аспекти, як підтримка з боку колег і керівництва, можливість психологічного відновлення під час роботи, а також застосування різних практик саморегуляції, таких як фізична активність або медитація.

Для вивчення рівня емоційного вигорання серед українських лікарів під час воєнного стану було проведено емпіричне дослідження серед студентів медичних спеціальностей різних курсів та практикуючих медичних

працівників. Значна частина опитаних працює безпосередньо в умовах підвищеного професійного навантаження, пов'язаного з військовими подіями. Респонденти з різним професійним досвідом та з декількох медичних установ були включені до вибірки, що дозволило отримати більш репрезентативні результати. Серед них були лікарі, медсестри, фельдшери, бойові медики та інші працівники системи охорони здоров'я. Вони працюють у різних закладах охорони здоров'я та умовах безпеки, що визначає відмінності у професійних обов'язках. При цьому їх об'єднує вплив робочого процесу на психофізичний стан.

В опитуванні працівники медичних центрів Queen's Medical Centre та City Hospital Nottingham зазначили, що одним із найскладніших періодів у їхній професійній діяльності була пандемія COVID-19 у 2019-2021 роках, коли навантаження на систему охорони здоров'я суттєво зросло. Таким чином, британські лікарі та медсестри також працювали в кризовій ситуації і вже мають певний досвід подання СЕВ.

Емпірична робота проводилася на базі Nottingham Trent University та двох міських клінік для вивчення виснаження серед фахівці галузі здоров'я. У дослідженні взяли участь британські респонденти, які вивчають сестринську справу, а також практикуючі лікарі та медсестри з різних відділень клінік, які безпосередньо працюють з пацієнтами.

Загалом вибірка включала респондентів з різною медичною спеціалізацією та професійним досвідом, які представляли різні медичні установи двох країн. Це дозволило отримати більш об'єктивні та репрезентативні результати щодо рівня емоційного вигорання серед медичних працівників.

2.1 Методи дослідження

Для проведення дослідження мною з моїми колегами з Харківського національного медичного університету було розроблено дві форми Google-опитувальника: українською мовою для вітчизняних здобувачів освіти та медичних працівників та англійською мовою для респондентів з Великої Британії. Статистичні дані, отримані під час опитування, були систематизовані та проаналізовані з метою подальшого порівняння рівня емоційного вигорання серед учасників дослідження. Частина результатів, наведених у цьому розділі, була раніше опублікована автором у науковій статті в журналі *Scientific Journal of Nursing (TDMU)* [48]. У даній роботі матеріал подано у розширеному вигляді з додатковим аналізом та узагальненням даних.

У дослідженні взяли участь 200 респондентів. До першої групи увійшло 100 студентів, більшість з яких вже працюють у медичних закладах, у тому числі здобувачі освіти та медичні працівники Харківського національного медичного університету. Друга група складалася зі 100 респондентів з Великої Британії – студентів та медичних працівників, навчаючихся в Ноттінгемському Трентському університеті (Nottingham, Health and Allied Professions), а також фахівців, що працюють у клініках Queen's Medical Center та City Hospital Nottingham.

Під час аналізу отриманих даних застосовано методи кореляційного аналізу для виявлення можливих взаємозв'язків між рівнем емоційного вигорання та факторами, які можуть впливати на його формування. Ключові фактори які підлягли розгляду як: стать, вік, професійний досвід, місце роботи, рівень навантаження на медиків, медична спеціалізація та умови праці.

Використання цього методу дозволило визначити певні закономірності та оцінити ступінь прояву синдрому емоційного вигорання серед різних груп медичних працівників. Крім того, в рамках дослідження було проведено аналіз

соціально-демографічних характеристик учасників, що дозволило встановити, які категорії респондентів є найбільш вразливими до розвитку даного стану

Методологія: Для збору емпіричних даних використовувалася онлайн-анкета, створена на платформі Google Forms, яка складалася з декількох тематичних блоків. Основні питання були спрямовані на оцінку рівня стресу, емоційного виснаження, проявів деперсоналізації (емоційне дистанціювання від роботи та пацієнтів), а також показників професійної ефективності.

В дослідженні були враховані фактори, які можуть вплинути на розвиток або, навпаки, знизити ризик емоційного вигорання. До таких факторів належала підтримка колег і керівництва, а також можливість отримання психологічної допомоги. Також проведено порівняльний аналіз результатів опитування українських та британських медичних працівників з метою визначення факторів, які найбільше впливають на рівень емоційного вигорання в кожній з досліджуваних груп.

У дослідженні взяли участь 200 медичних працівників з двох країн:

- 100 респондентів з України
- 100 респондентів з Великобританії

Критерії відбору: Вибірка включала медичних працівників та здобувачів освіти різного віку, з різним професійним досвідом та рівнем підготовки. Всі учасники з України мали професійний досвід в умовах воєнного стану щонайменше півроку. Респонденти з Великобританії мають відповідну медичну освіту та спеціалізацію в галузі охорони здоров'я, що є важливим для об'єктивної оцінки рівня емоційного вигорання та впливу професійного стресу.

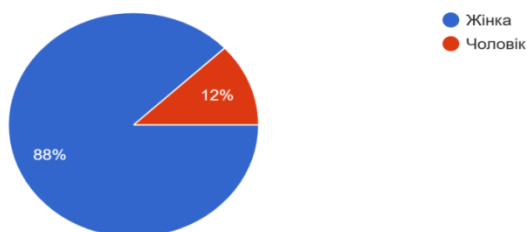
Опитування медичних працівників дозволило оцінити рівень емоційного вигорання, визначити основні фактори, що сприяють його розвитку, а також дослідити ставлення до цього явища самих медиків.

РОЗДІЛ 3: Результати власного дослідження

Опитані респонденти розподілилися таким чином: жіноча стать— 88% , чоловіча— 12%. Вибірка здебільшого включає жінок, що відповідає структурі медичної сфери в Україні. Жінки статистично частіше демонструють вищі показники емоційного виснаження через подвійне навантаження, та завищені вимоги до себе (робочий процес, сімейні обов’язки – роль жінки та матері, емоційне навантаження), тому це підсилює загальний рівень стресу у вибірці.

«Рис.1».

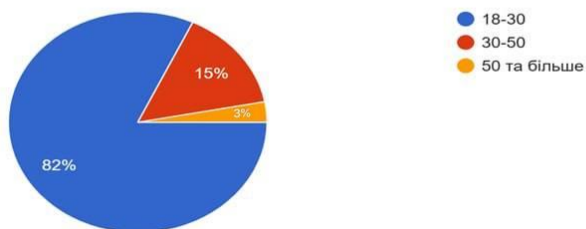
1.Стать:
100 відповідей



Отримані результати з другої діаграми вказують на розподіл респондентів за віком: 18–30 років–82%, 30–50 років–15% , 50+ років–3%. При оцінці опитуваних за віком переважали молоді спеціалісти 18–30 років(82%) , при тому, що на осіб старше 50 років припало лише 3% .

«Рис.2».

2.Вік:
100 відповідей



На діаграмі 3 показано розподіл, що майже половина вибірки – діючі медики, інша половина – здобувачі освіти. Це дозволяє оцінювати СЕВ як серед тих, хто вже в системі, так і тих, хто входить у професію в умовах війни, що посилює психоемоційне навантаження. Працюючих в мед закладі – 47%, в інших установах – 5%, не працюючих – 3%, здобувачів освіти – 45%.

«Рис.3».

3.Працюєте чи ні:
100 відповідей

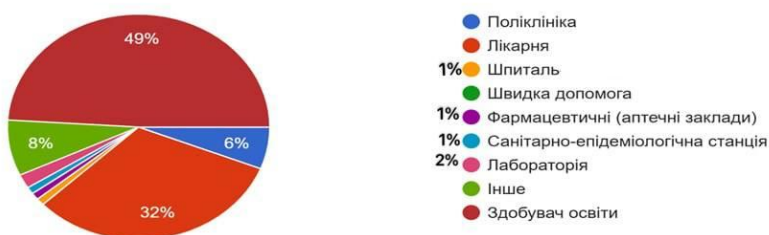


Молоді спеціалісти піддаються підвищеному ризику через їх високе професійне та академічне навантаження. Вони частіше відчувають невпевненість у собі та психологічний стрес, що робить їх особливо вразливими до емоційного вигорання.

Відповідним чином місце роботи відіграє важливу роль у розвитку СЕВ. Респонденти працюючий персонал лікарні, де інтенсивність роботи значно вища, що підвищує ймовірність професійного виснаження.

«Рис.4».

4.Якщо ви працюєте в закладі охорони здоров'я вкажіть в якому?
100 відповідей



За професійною спеціалізацією більшість респондентів належать до категорії здобувачів освіти та середнього медичного персоналу. Тобто вибірка переважно складається з груп, які традиційно піддаються найбільшому фізичному та психологічному навантаженню.

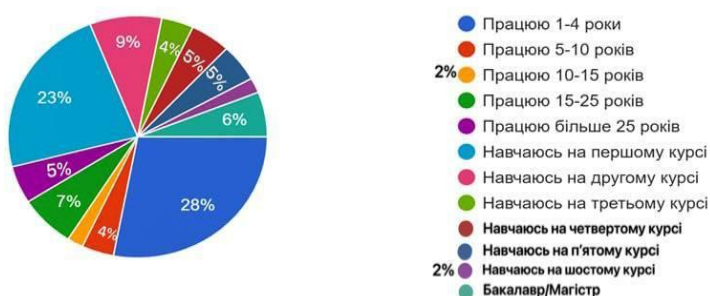
Розподіл за посадами такий: медсестри – 36%, здобують освіту – 44%, інші медичні посади – 15%.

Серед працюючих респондентів майже половина має короткий досвід роботи (1–4 роки), і ця категорія демонструє підвищену вразливість до емоційного вигорання через обмежені повноваження в колективі та значне навантаження на наймолодших працівників. Інша половина вибірки – учні, на яких впливає підвищена тривога щодо майбутнього та розвитку в професійній діяльності.

Розподіл за стажом роботи та рівнем освіти становив: зайняті 1–4 роки – 28%, 5–10 років – 4%, 10–15 років – 2%, 15–25 років – 7%, понад 25 років – 5%; учні–1–6 роки навчання – 53%, здобувачі бакалаврських та магістерських програм – 6%.

«Рис.5».

6. Скільки років вже працюєте/ якщо здобувач освіти, то на якому курсі?
100 відповідей

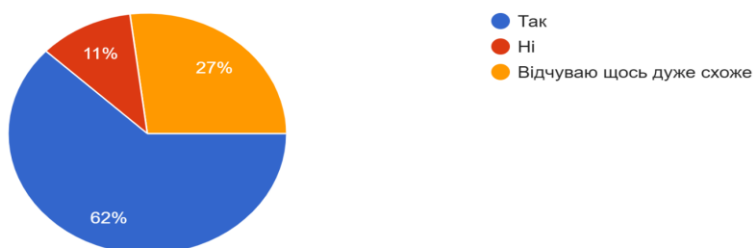


Для оцінки психологічного стану респондентів було використано низку спеціальних питань. Більшість опитаних, а саме 89%, зазначили, що після

робочого дня відчувають перевтому і знесилення, що є важливим показником емоційного вигорання.

«Рис.6».

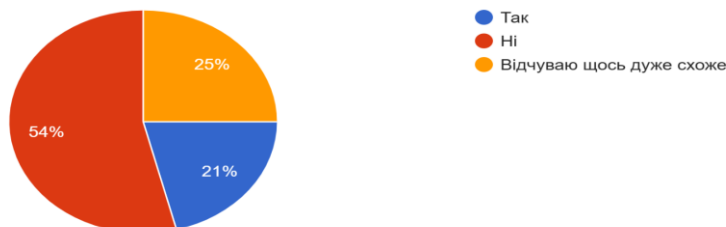
7. Чи є у вас відчуття перевантаженості та виснаження після робочого дня?
100 відповідей



Більше половини респондентів, а саме 54%, не демонструють негативного чи байдужого ставлення до пацієнтів, навіть за умов високого професійного навантаження. Водночас 46% опитаних проявляють ознаки розвитку деперсоналізації (високий показник для медичної сфери), яка є другою складовою синдрому емоційного вигорання.

«Рис.7».

8. Чи виникає у вас байдуже чи негативне ставлення до пацієнтів ?
100 відповідей

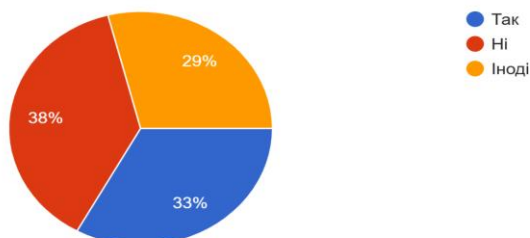


Зниження професійної впевненості та редукція персональних досягнень є третьою складовою синдрому емоційного вигорання. Серед респондентів 33% відзначили позитивний рівень, 29% – вагалися у відповіді, а 38% відповіли

негативно. Отримані показники свідчать про недостатню підтримку, перевантаження або обмежені ресурси.

«Рис.8».

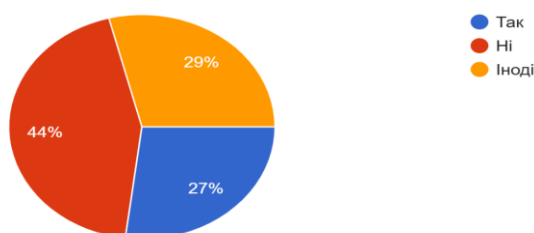
9. Чи є відчуття зменшення власної компетентності ?
100 відповідей



Ознаки соціального відчуження спостерігаються більш ніж у половини опитаних (56%), що сприяє підвищенню ризиків хронічного виснаження. Така ізоляція від колег і пацієнтів може погіршити ефективність командної роботи, негативно вплинути на професійні стосунків між персоналом змінючі атмосферу в колективі.

«Рис.9».

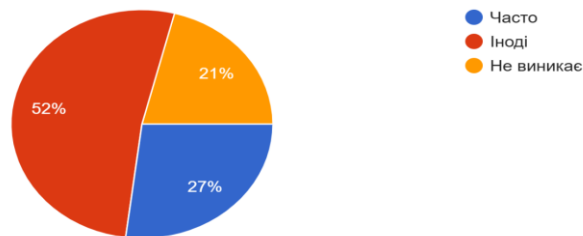
10. Чи відчуваєте ви себе ізольованим або відчуженим від колег та пацієнтів?
100 відповідей



Виявлено, що у 79% працівників присутні ознаки професійного безсилля – одного з ключових маркерів прогресуючого синдрому емоційного вигорання. Це свідчить про значний вплив складних і непередбачуваних умов роботи на психологічне благополуччя персоналу.

«Рис.10».

11. Як часто у вас виникає відчуття безнадії або безсилля на роботі?
100 відповідей

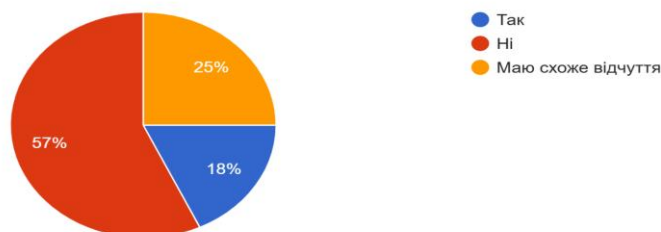


Так –18% Схожі відчуття –25% Ні –57%

Дослідження показало, що 43% респондентів повідомили про певне зниження зацікавленості у своїй професії. Цей результат вказує на те, що значна частина опитаних відчуває ранні ознаки вигорання.

«Рис.11».

12. Чи відчуваєте ви зниження професійного інтересу?
100 відповідей

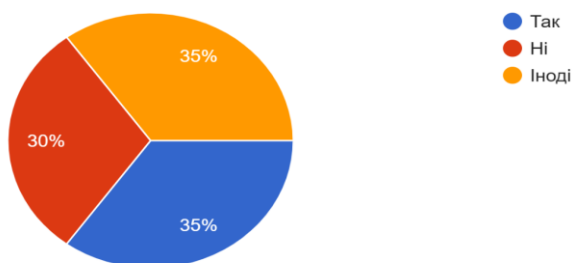


У дослідженні 70% респондентів зазначили, що періодично стикаються з проблемами концентрації уваги та прийняття рішень. Подібні прояви спостерігаються більш ніж у половини опитаних і можуть свідчити про вплив стресових ситуацій на когнітивні процеси, в тому числі про порушення уваги.

«Рис.12».

13. Чи виникають у вас труднощі з концентрацією уваги або прийняттям рішень під час роботи?

100 відповідей

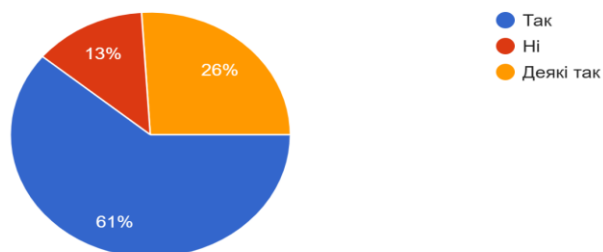


Аналіз вибірки показав, що 87% респондентів від початку війни зазнали погіршення здоров'я. Зокрема, 61% учасників повідомили про значні проблеми з фізичним станом, включаючи погіршення сну, головні та м'язеві болі, негативні зміни в роботі серцево-судинної системи. Крім того, 26% респондентів зафіксували симптоми, що вказують на стресові реакції або фізичне виснаження.

«Рис.13».

14. Чи з'явилися у вас погіршення здоров'я з початку війни (втрата сну, ССС захворювання, головні болі, погіршення зору тощо...)?

100 відповідей

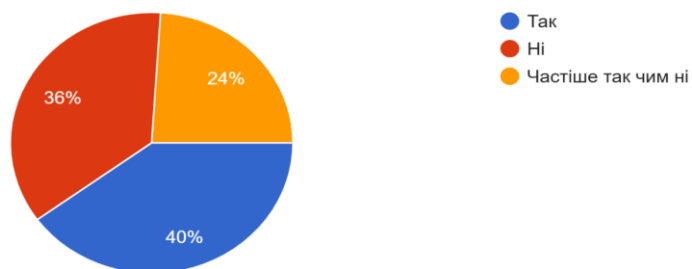


Більше половини опитаних свідчать про періодичні або постійні труднощі з дотриманням графіка роботи. 64% учасників опитування відчують труднощі

з своєчасним виконанням професійних обов'язків, що може бути ознакою хронічного перевантаження та збільшення обсягу робочих завдань.

«Рис.14».

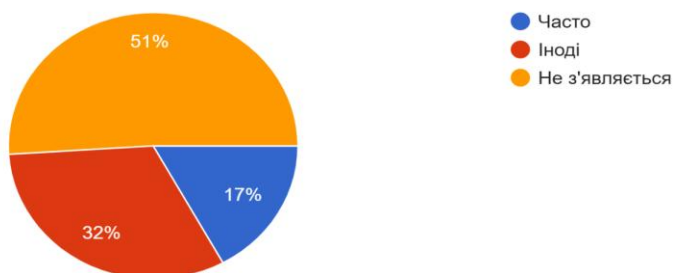
15. Чи є у вас відчуття, що ви не встигаєте виконувати свої професійні обов'язки?
100 відповідей



Майже половина опитаних (49%) іноді замислюються про зміну професії – це критичний показник через мінімальну підтримку від керівництва та держави. Інша частина вибірки (51%) не мають такого бажання.

«Рис.15».

16. Як часто у вас з'являється бажання покинути професію ?
100 відповідей

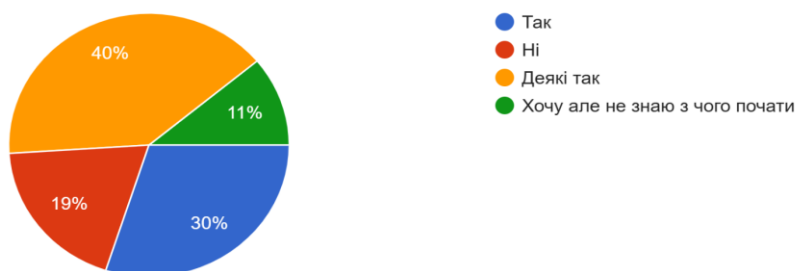


Дослідження показало, що 70% респондентів використовують різні способи подолання стресу, включаючи медитацію, фізичні вправи та спілкування. 11% учасників хотіли б використовувати такі методи, але не знають, з чого почати.

При цьому третина респондентів не має доступу або навичок для самодопомоги, що свідчить про необхідність організації програм підтримки.

«Рис.16».

17. Чи використовуєте ви будь-які методи для подолання стресу (медитація, фізичні вправи, арт-терапії спілкування з рідними)?
100 відповідей

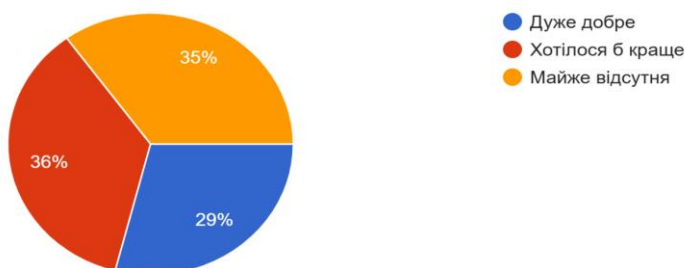


Щодо підтримки з боку керівництва та колег, то 35% опитаних вважали її майже незначною, а 36% висловили бажання кращої підтримки від колективу.

Лише 29% учасників опитування вказали, що вони отримують належну допомогу від керівництва. Як наслідок, 71% опитаних відчують недостатню підтримку, що підкреслює актуальність вдосконалення корпоративної культури в умовах кризи.

«Рис.17».

18. Як ви оцінюєте підтримку від свого керівництва чи колег у цей складний час?
100 відповідей

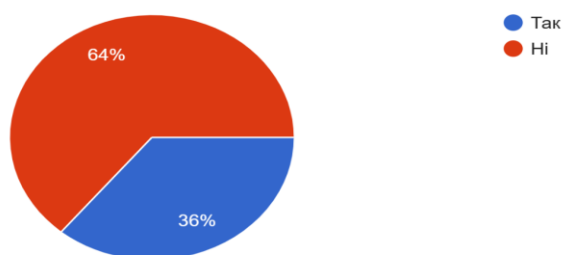


Лише 36% респондентів зазначили, що мають місце для емоційної розрядки, 64% заявили, що такого місця в мед установі немає. Нестача або

мінімальна кількість ресурсів для емоційної розрядки нині – є одним із тригерів вигорання.

«Рис.18».

19. Чи є на роботі місце для відпочинку та емоційної розрядки?
100 відповідей



Результати опитування медичних працівників та здобувачів освіти «Харківського Національного Медичного університету» засвідчили наявність виражених ознак емоційного та професійного спустошення серед більшості опитаних. Переважання працівників молодого віку та значна частка навчаючихся – свідчить про високу вразливість нещодавно почавших працювати та майбутніх медичних фахівців до вразливості на психоемоційний стан, та розвиток стресу в сучасних умовах.

Отримані дані демонструють, що більшість учасників регулярно відчують перевантаження та немалу ланку стресорів в робочому середовищі. Майже у половини є ознаками емоційного дистанціювання від пацієнтів, що відповідає базовим критеріям синдрому вигорання. У той же час значна частина респондентів повідомила про труднощі з концентрацією уваги, зниження професійної впевненості та погіршення загального стану здоров'я, що підтверджує багатофакторний характер впливу стрес-факторів. Критично важливим є те, що деякі з опитаних не відчують достатньої підтримки з боку

керівництва або колег, а також не мають умов для емоційного полегшення на робочому місці, сприяючи зниженням професійної мотивації.

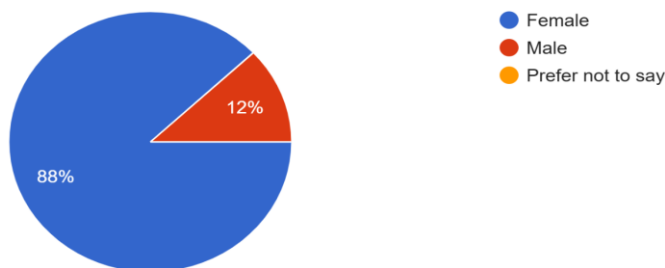
Таким чином, результати опитування свідчать про високий рівень психоемоційного навантаження серед медичних працівників, що вимагає здійснення комплексних організаційних, виховних та психологічних заходів щодо запобігання емоційному вигоранню та підтримки професійного здоров'я медичного персоналу. Можливе створення групових терапій, консультацій з психологами та забезпечення приміщень для емоційної розрядки. Необхідне навчання стрес-менеджменту такі як: тренінги з управління емоційним навантаженням та покращення умов праці такі як: забезпечення достатньої кількості ресурсів, рівномірний розподіл робочих обов'язків.

Результати гугл-опитування британських медиків

Аналіз опитування колег з Англії надав дані про розподіл респондентів за статтю— 88% жінки, що характерно для сфери охорони здоров'я, особливо в сестринській справі. Така відмінність може незначущі впливати на загальну динаміку емоційних реакцій. 12%— чоловіків демонструють низькі показники емоційного виснаження, тому гендерний фактор у вибірці не мав вагомого впливу.

«Рис.19».

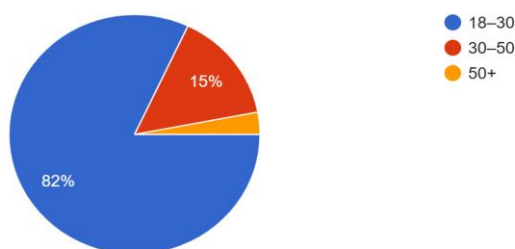
1. Gender:
100 відповідей



У британській вибірці більшість респондентів – молоді спеціалісти (82%), що свідчить про значне представництво працівників із відносно невеликим досвідом роботи. Молодший вік зазвичай асоціюється з більшою гнучкістю та здатністю адаптуватися до стресових умов. Група середнього віку (30–50 років) включала 15% учасників, а старші спеціалісти – лише 3%, що відповідає періоду найвищого професійного навантаження. Вік респондентів не мав істотного впливу на рівень симптомів емоційного вигорання

«Рис.20».

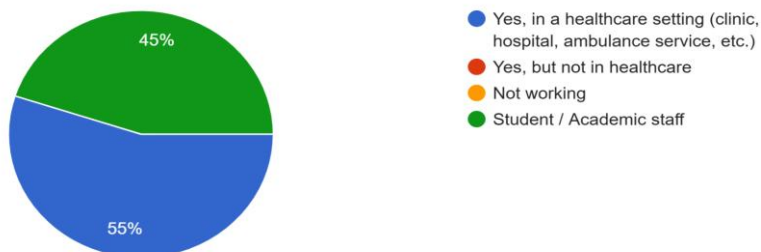
2. Age:
100 відповідей



Слід зазначити, що у вибірці 55% опитаних працевлаштовані в закладах охорони здоров'я, тоді як 45% ще здобувають освіту і проходять регулярну клінічну практику, виконуючи професійні обов'язки в реальних умовах роботи з пацієнтами.

«Рис.21».

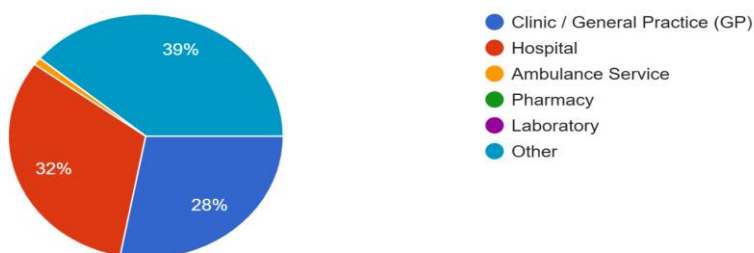
3. Are you currently working?
100 відповідей



39% належить до категорії здобувачів освіти Нотінгемського університету фінальних курсів навчання, які проходять регулярну клінічну практику. 32% респондентів працюють у лікарнях, 28% – у клініках, лише 1% працює у швидкій допомозі. Сумарно, 60% респондентів працюють у мед установах.

«Рис.22».

4. If you work in healthcare, where do you work?
100 відповідей



Nurse / Медична сестра–56% Student / Студент–37% Other / Інше–7%

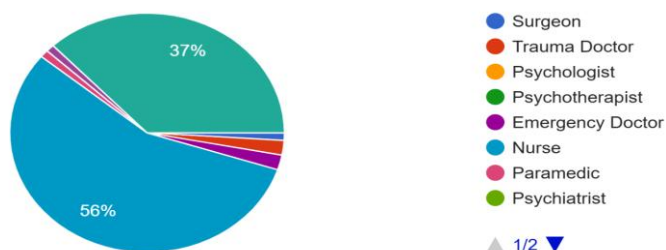
56% респондентів-медичні сестри, що складають більшість практикуючих спеціалістів. 37% респондентів – на останніх курсах навчання.

Та лише 7% займають інші лікарські спеціальності. Таким чином, вибірка охоплює переважно практикуючий медичний персонал з досвідом роботи.

«Рис.23».

5. What is your role or specialty?

100 відповідей

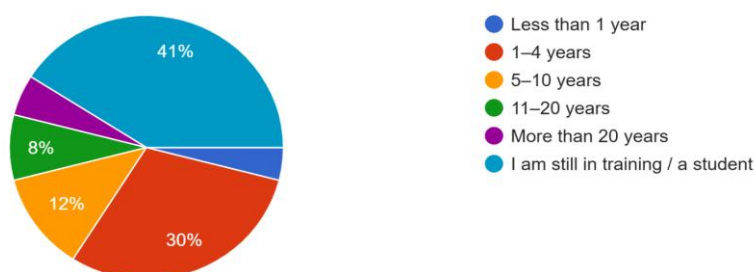


Щодо стажу роботи медики з Ноттінгему які мають професійні обов'язки у сфері охорони здоров'я, склали більшість вибірки (71%)– молоді спеціалісти та з коротким досвідом, а досвід понад 5 років мають лише 25% респондентів.

«Рис.24».

6. How many years have you worked in healthcare?

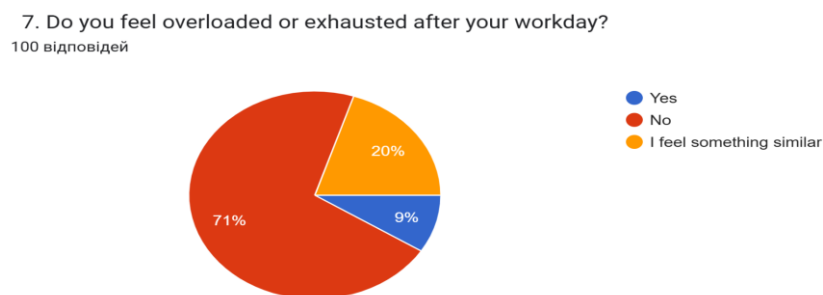
100 відповідей



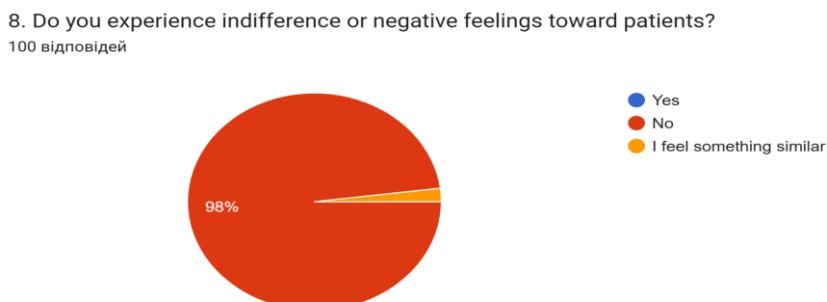
Враховуючи психологічні аспекти дослідження, результати опитування показали, що лише 9% респондентів відчують значне перевантаження, ще 20% вказали на наявність деяких подібних відчуттів. Про те, як 71% відзначили повну відсутність перевантаження. Це свідчить про те, що більшість британських респондентів мають достатньо часу для відпочинку і не відчують хронічних перевантажень. Крім того, 98% учасників не виявляють байдужого або негативного ставлення до пацієнтів, і лише 2% повідомили про

наявність таких відчуттів. Негативного дистанціювання практично немає, що, ймовірно, пов'язано з помірним навантаженням і оптимальною кількістю пацієнтів на одного працівника.

«Рис.25».

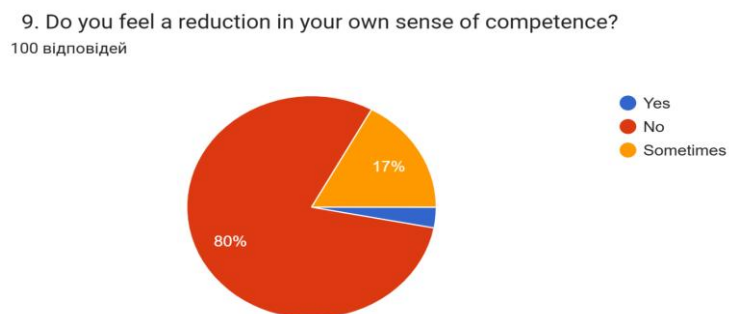


«Рис.26».



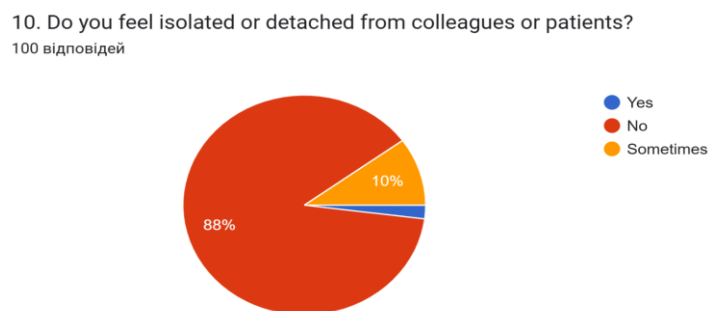
Великий відсоток опитаних (80%) не відчують зниження власної професійної компетентності, 17% іноді відчують такі почуття, і лише 3% повідомили про постійне відчуття зниження кваліфікації. Це свідчить про те, що більшість учасників дослідження зберігають почуття професійної спроможності, що, ймовірно, пов'язано з наявністю підтримки та належним визнанням з боку керівництва.

«Рис.27».



Ознаки соціального відчуження серед респондентів практично не зустрічаються: лише 10% опитаних відчують себе ізольованими, 2% повідомили про періодичні такі почуття, тоді як більшість (88%) не відчують відчуження від колег або пацієнтів. З огляду на ці результати можна зробити висновок, що в колективі панує дружня атмосфера і взаємодомога та підтримка.

«Рис.28».



Аналіз результатів показав, що більшість респондентів підтримують стабільний емоційний стан на роботі. Так, 77% опитаних ніколи не відчували себе безнадійними у своїй професійній діяльності, а 23% зазначили, що іноді мали подібні почуття. Це свідчить про те, що є фізична і моральна підтримка з боку колег і керівництва.

Щодо професійного інтересу, то 87% респондентів залишаються високо мотивованими у своїй діяльності, лише 13% відчують певне його зниження. Позитивні показники пояснюються наявністю належних умов праці та інтерактивних методів навчання.

Yes / Так–0% No / Ні–87% Something similar / Маю схоже відчуття–13%

Концентрація уваги на робочому місці не була складною у більшості респондентів: 86% повідомили про відсутність проблем з концентрацією, лише 12% іноді відчували труднощі, а 2% відзначили проблеми. Це свідчить про чітке розмежування обов'язків і мінімізацію багатозадачності.

Yes / Так–2% No / Ні–86% Sometimes / Іноді–12%

Виконання професійних обов'язків також відбувається без значних затримок: 96% респондентів не відчують проблем із дотриманням термінів виконання поставлених задач, 3% іноді зазнають труднощів, і лише 1% зазначають наявність таких проблем.

Yes / Так–1% No / Ні–96% More often yes than no / Частіше так, ніж ні–3%

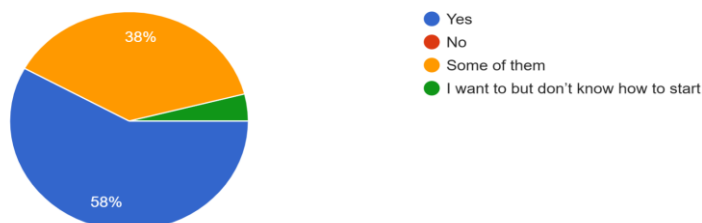
Щодо змін професії, переважна більшість(80%) залишаються мотивованими надалі працювати в медичній сфері, лише 1% респондентів розглядали зміну професії, 19% – іноді замислюються про це. Тобто медична система в країні працює переважно на комфорт та заохочення працівників.

Методи управління стресом активно застосовують більшість респондентів: 58% регулярно користуються ними, 38% – частково, а 4% хочуть, але не знають, як почати.

Отже надання вільного часу та організованих місць для зняття психоемоційної напруги є в лікарняних структурах та наявність вдосталь особистого часу щоб робити це поза роботою. У працівників гарний розподіл обов'язків, та вдосталь робочого персоналу задля делегування від керівництва.

16. Do you use any methods to cope with stress (meditation, exercise, art therapy, talking to family)?

100 відповідей



Дуже важливим фактором профілактики розвитку СЕВ є наявність у клінічних установах спеціально обладнаних місць для відпочинку та емоційного розвантаження. Опитування показало, що 90% респондентів мають доступ до такого місця, а 10% – ні. Це свідчить про те, що більшість медичних працівників мають умови для психоемоційного відновлення.

Іншим важливим фактором у профілактиці СЕВ є підтримка керівництва та колег. 66% респондентів оцінили його як «дуже добре», 33% – вважають, що підтримка може бути кращою, і лише 1% вважають, що вона майже відсутня.

Very good / Дуже добре– 66% Could be better / Хотілося б краще–33%
Almost absent / Майже відсутня–1%

Загалом більшість учасників опитування відчувають достатню підтримку, але третина респондентів вважає, що рівень підтримки можна підвищити.

Отже, опитування демонструє не лише добре організовану систему підтримки персоналу британських закладів охорони здоров'я, а й те, що держава та управлінські структури активно піклуються про ментальне благополуччя працівників. У Великій Британії були створені чіткі стандарти, що до умов праці, розподілу навантаження та забезпечення безпечного робочого середовища. Організаційні заходи в лікарні– доступ до кімнат

відпочинку, регулярний тайм-менеджмент, підтримка управління, гнучкий графік, наявність ресурсів для управління стресом, достатня кількість персоналу задля розподілу робочих обов'язків. Завдяки такому структуруванню медичні працівники не досягають стану фізичного чи емоційного виснаження, а рівень щоденного стресу залишається контрольованим. Таким чином, британська система охорони здоров'я демонструє високий рівень турботи про психічне благополуччя персоналу, що дозволяє забезпечити стабільність, професійну мотивацію та якість медичних послуг без ризику професійного вигорання маючи стабільну профілакту виснаженості кожного медика.

Порівняльний аналіз симптомів емоційного вигорання: Аналіз українських та британських результатів опитування виявив суттєві відмінності в показниках емоційного виснаження, деперсоналізації та зниження професійної ефективності. Серед українських респондентів зафіксовано значно вищі ризики розвитку СЕВ, що обумовлено умовами воєнного стану, підвищеним навантаженням та обмеженою підтримкою з боку колег та керівництва.

Британські учасники дослідження демонструють більш низькі рівні вигорання, що пояснюється наявністю структурованої системи підтримки, збалансованим навантаженням і доступом до ресурсів для психоемоційного відновлення. Ці результати свідчать про важливий вплив зовнішніх обставин та організаційної культури на формування симптомів вигорання серед медичного персоналу.

1.Респонденти які відчують виснаження після робочого дня

«Таблиця 1.»

Країна	Так	Частково	Ні
Україна	62%	27%	11%
Велика Британія	9%	20%	71%

Серед українських респондентів 89% відзначили наявність симптомів фізичного або емоційного виснаження, що є ключовим індикатором емоційного вигорання.

У британській вибірці лише 29% учасників демонструють ознаки подібного виснаження.

Основна причина такої різниці полягає в значному перевищенні навантаження над можливостями особового складу в Україні в умовах воєнного стану. Цей факт підтверджується результатами статичного порівняльного аналізу двох зразків.

2.Негативне або байдуже ставлення до пацієнтів (ознаки деперсоналізації)

«Таблиця 2.»

Країна	Так	Частково	Ні
Україна	21%	25%	54%
Велика Британія	0%	2%	98%

В Україні вже 46% опитаних виявляють ознаки деперсоналізації, що є другою складовою синдрому емоційного вигорання.

У Великобританії цей показник майже відсутній і становить лише 2%.

Ці дані свідчать про значне емоційне перевантаження українських медичних працівників, викликане великою кількістю пацієнтів та розширенням обов'язків, які раніше не входили до їх професійної компетенції.

3. Відчуття зниження професійної компетентності (редукція досягнень)

«Таблиця 3.»

Країна	Так	Частково	Ні
Україна	33%	29%	38%
Велика Британія	3%	17%	80%

В Україні 62% опитаних повідомили про відчуття професійної невизначеності, вказавши на труднощі у виконанні службових обов'язків та сумніви у власній впевненості та компетентності.

У Великій Британії лише 20% респондентів вказали на подібні почуття, що свідчить про стабільність умов праці та наявність підтримки з боку колег та керівництва.

Погіршення професійної компетентності українських медичних фахівців пов'язане з перевантаженням додатковими обов'язками і нестабільністю робочого процесу в умовах воєнного стану. Виникнення невизначеності має морально-психологічний аспект— зумовлено особистим досвідом щодо небезпеки, невизначеністю професійного та особистого майбутнього, а також сумнівами щодо збереження минулих досягнень та перспектив розвитку в майбутньому.

4. Відчуття ізоляції та відчуження у респондентів від колег та пацієнтів

«Таблиця 4.»

Країна	Так	Частково	Ні
Україна	27%	29%	44%
Велика Британія	2%	10%	88%

В Україні 56% опитаних демонструють ознаки соціального відчуження.

У Великобританії цей показник становить лише 12%.

Такі дані висвітлюють негативний вплив воєнного середовища, перевантаження персоналу та обмежену підтримку команди в українських медичних установах. Відсутність доступу до спеціалістів із ментального здоров'я та ефективних методів управління стресом підвищує ризик ізоляції. Навіть базові потреби за пірамідою Маслоу залишаються незадоволеними, що ускладнює зосередження на вищих психологічних і професійних потребах.

5. Відчуття безсилля або безнадії при виконанні професійних обов'язків

«Таблиця 5.»

Країна	Так	Частково	Ні
Україна	27%	52%	21%
Велика Британія	0%	23%	77%

Українці—79% повідомляють про наявність хоча б періодичного відчуття професійного безсилля.

Британці—23% відзначили подібні ознаки, тоді як 77% зазначили, що ніколи не відчували такого стану.

Отримані результати демонструють суттєву різницю в рівні психологічної безпеки робочого середовища. Крім того, вони вказують на суттєві відмінності у можливостях відпочинку, оздоровлення та психоемоційного «підзарядки медичних працівників.

6. Ознаки зниження інтересу до професійної діяльності

«Таблиця 6.»

Країна	Так	Частково	Ні
Україна	18%	25%	57%
Велика Британія	0%	13%	87%

В Україні 43% опитаних відзначають зниження інтересу до професійної діяльності.

У Великій Британії подібні показники спостерігаються лише у 13% опитаних.

Ці результати свідчать про те, що українські медичні працівники, швидше за все, перебувають у стані професійного виснаження та моральної напруги, тоді як у британській системі охорони здоров'я зберігається вищий рівень професійної мотивації. У сучасних умовах тривале фізичне та емоційне перевантаження, значний обсяг роботи, а також надмірне делегування керівництвом додаткових завдань можуть призвести до поступового зниження інтересу до професії. Крім того, недостатній рівень мотивації та відсутність належного заохочення до виконаної роботи також впливають на професійний стан медичних працівників.

7.Труднощі концентрації та прийняття рішень на робочому місці

«Таблиця 7.»

Країна	Так	Частково	Ні
Україна	35%	35%	30%
Велика Британія	2%	12%	86%

В Україні 70% здобувачів освіти та медичних працівників відзначають когнітивні порушення, зокрема труднощі з концентрацією уваги, що є наслідком хронічного стресу.

У Великобританії подібні показники становлять лише 14%.

Складність концентрації серед медиків в Україні, ймовірно, пов'язана з постійною небезпекою та впливом воєнних подій. Необхідність одночасного прийняття клінічних рішень, забезпечення безпеки пацієнтів та реагування на надзвичайні ситуації створює значний психоемоційний тиск та ускладнює процес прийняття рішень у професійній діяльності.

8.Невчасне виконання професійних обов'язків робітниками

«Таблиця 8.»

Країна	Так	Частково	Ні
Україна	40%	24%	36%
Велика Британія	1%	3%	96%

В Україні 64% респондентів вказують на відчуття, що вони не справляються зі своїми робочими обов'язками.

У Великій Британії лише 4% респондентів мають подібні почуття.

Така суттєва різниця свідчить про високий рівень перевантаженості роботою серед українських медичних працівників. Для ефективного виконання професійних обов'язків важливими є достатній час, належне кадрове забезпечення та чіткий розподіл функцій між працівниками медичних закладів.

9.Наміри робітників медичних установ змінити чи покинути професію

«Таблиця 9.»

Країна	Так	Частково	Ні
Україна	17%	32%	51%
Велика Британія	1%	19%	80%

В Україні 49% медпрацівників думають про те, щоб залишити професію.

У Великобританії лише 20% респондентів мають подібні думки.

Такі результати свідчать про серйозну кадрову проблему в українській системі охорони здоров'я, оскільки майже половина медичних працівників розглядає можливість зміни своєї професійної діяльності в умовах і без того недостатньої кількості персоналу. На це впливають низький рівень заробітної плати, важкі умови праці та обмежені соціальні гарантії.

Натомість у Великій Британії більш високий рівень матеріального забезпечення медичних працівників, наявність соціальних виплат, медичного страхування, сучасного обладнання та можливостей професійного розвитку сприяють збереженню мотивації та стабільності персоналу. Тому відсоток респондентів, які думають про зміну професії, там значно нижчий.

10. Використання працівниками методів подолання стресу

«Таблиця 10.»

Країна	Так	Частково	Ні	Хочу, але не знаю як
Україна	30%	40%	19%	11%
Велика Британія	58%	38%	0%	4%

У Великобританії майже всі респонденти використовують методи управління стресом.

В Україні 70% респондентів використовують подібні практики, тоді як 30% не мають доступу до них або відповідних навичок.

Отримані результати свідчать про те, що не всі українські заклади охорони здоров'я створили умови для використання методик подолання стресу. Крім того, поза роботою медичні працівники мають менше часу для відновлення та підтримки власного психічного здоров'я ніж колеги з Великобританії.

11. Наявність місць для відпочинку на роботі для медичного персоналу

«Таблиця 11.»

Країна	Так	Ні
Україна	36%	64%
Велика Британія	90%	10%

В Україні 64% опитаних відзначають брак ресурсів або спеціально обладнаних місць для емоційного розвантаження.

У Великобританії, навпаки, близько 90% медичних працівників мають доступ до таких умов відпочинку та саморегуляції.

Отримані результати свідчать про недостатню організацію просторів для психологічного відновлення в українських медичних закладах. Відсутність можливості психоемоційного вивільнення може призвести до накопичення стресу, підвищення рівня тривожності і розвитку синдрому емоційного вигорання. Тому створення спеціальних зон відпочинку та психологічної підтримки є важливим фактором профілактики психічного здоров'я медичних працівників, особливо нині в умовах підвищеного навантаження.

12. Підтримка від колег і керівництва

«Таблиця 12.»

Країна	Дуже добре	Хотілося б краще	Майже відсутня
Україна	29%	36%	35%
Велика Британія	66%	33%	1%

В Україні 71% респондентів відчувають недостатній рівень підтримки з боку колег або керівництва.

У Великій Британії, навпаки, 99% медичних працівників мають принаймні базову підтримку, а 66% оцінюють її як дуже хорошу.

Отримані результати показують суттєві відмінності в рівні соціально-психологічної підтримки між вибірками. Недостатня підтримка в колективах може посилити відчуття ізоляції та негативно вплинути на психоемоційний стан медичних працівників в умовах і так вже підвищеного стресу.

Аналіз отриманих даних показав, що українські медичні працівники мають набагато вищий рівень емоційного вигорання порівняно з їхніми британськими колегами.

Зокрема, серед українських респондентів було виявлено емоційне виснаження—високе, деперсоналізація — підвищена, зниження особистих досягнень—виражене, що можна пов'язати з тривалим перебуванням у стані підвищеного професійного та психологічного навантаження через воєнний стан.

Причин вигорань у українців досить багато: підвищений рівень небезпек, перевантаженням персоналу, нестачею ресурсів і кваліфікованих кадрів, психологічною нестабільністю та низьким рівнем підтримки.

У британській вибірці рівень вигорання був низьким, що пояснюється чітким розподілом навантаження, оптимальною кількістю пацієнтів на одного працівника, доступом до місць відпочинку, високим рівнем колективної підтримки, а також стійкою мотивацією і задоволеністю професійною діяльністю. Існує багато моментів які можна запозичити та впровадити, як необхідні заходи при запобіганні СЕВ. Наш аналіз дозволяє чітко простежити контраст між двома групами й підтверджує суттєвий вплив воєнних подій на професійне вигорання українських медиків.

РОЗДІЛ 4: Рекомендації для зниження рівня емоційного вигорання.

Перш за все ми повинні розуміти що, задля розробки нових та використання вже існуючих методів рекомендацій щодо профілактики та подолання емоційного вигорання необхідно опиратися на стан кожної людини окремо – те, що діє на одну особистість, може бути недієвим для інших. Обов’язково треба брати до уваги середовище, умови, рівень навантаженості, специфіку робочого процесу людини[1,2,4]. Зосередити увагу на темпераменті, характерних рисах особистості, моральних аспектах людини, та вже набутому досвіді (можливо травмуючого) [2,11,31].

Соціальні фактори відіграють чималу роль у формуванні темпераменту людини: соціальні чинники – як на державному рівні(які нам не підсилам змінювати) так і комунікація з навколишніми; зовнішнє середовищем– безпечність, культура, стиль спілкування; отриманий досвід: в спілкуванні, в побутових відносинах, в критичних моментах, взаємодія між середовищем та індивідів[1,2,31].

Після проведення характеристики оточуючих, ми можемо оцінити доречність передачі інформації іншим тут і зараз. Через низку перелічених чинників маємо більш глибоке розуміння, що саме необхідно тій чи іншій людині, задля її душевного спокою. А саме профілактика перенапруження моральної складової дає змогу запобігати розвитку багатьох психічних розладів та негативного впливу на метальне здоров’я[3,11,20].

Ми пропонуємо запровадити профілактично-лікувальні онлайн чати в месенджерах не тільки з фахівцями психологічної допомоги, але й з такими ж самими людьми які працюють в медичній сфері, задля товариського обговорення про те, як минув день, отримання поради чи обміну своїх думок. Можливе створення стаціонарних пунктів по типу підтримуючих ком’юніті– професійних зустрічей медиків за підтримки вузьких спеціалістів в сфері психосоматики.

Де вислухають тебе, а ти інших—така стрес-розрядка допоможе відчувати що, медик зі своїми моральними дилемами не один такий, що є ті, хто зрозуміють, підтримають та можливий обмін методиками які були б у нагоді для кожного в тих, чи інших випадках[38,39]. Та оцінивши стан кожного індивіда в такому клубі-спілкування, спеціалісти з ментального здоров'я підбирали би для кожного відповідні методики лікування та профілактики набутих розладів та станів, як на кшталт: емоційне (професійне) вигорання, психосоматичні реакції (соматизація стресу), хронічна втома, фізичне та психічне виснаження, психічні та емоційні розлади (тривожність, депресія), зниження професійної ефективності, знецінення (деперсоналізація, цинізм) [1,11,40].

Підбір методики допомоги залежить від того, де саме перебуває людина, чи то є польовий шпиталь де можливості до саморефлексії та зняття стресу менші, ніж від працівників міських лікарень, які можуть приходити додому кожного дня та знаходити час для себе[14,16,34]. А отже, враховуємо усі фактори та ресурси в житті людини і відповідно обираємо методики від психотерапевтичних груп до індивідуальних сесій із спеціалістами вузьких напрямків[38,39].

Роглянемо ті методи подання вигорання та інших супроводжуючих станів, які вже існують та були запровадженні:

1.Психологічна підтримка на місці базується на короткостроковості, реалістичності, особистісної залученості професіонала для надання негайної психологічної допомоги медикам одразу на робочому місці, не відтягуючи момент виговорення та виплеск емоцій на потім. Ті працівники, які працюють в зонах підвищеної небезпечності та стресу часто стикаються з інтенсивним психоемоційними навантаженням. Базисний елемент профілактики СЕВ—є негайне втручання в кризових ситуаціях, яке відбувається безпосередньо не відходячи від робочого місця. У медичних закладах або польових шпиталях

можуть бути присутні спеціально підготовлені кризові психологи, які залучені психологічно підтримувати та проводити скидування стресу медиків під час або після стресових подій (масове надходження поранених, смерть пацієнтів, загроза безпеці). Психологи або допомагаючі волонтери повинні миттєво реагувати на емоційний стан медичних працівників, проводячи короткі терапевтичні бесіди для зниження рівня тривоги та стресу[8,20,34,38,39].
 Допомагаючі у висловленні своїх емоцій, наданні інструкцій щодо дихальних вправ для вгамування та радить, як справитися з надмірним емоційним тиском у кризові моменти[20,38,39,41].

2. Застосування деескалаційних кімнат. В шпиталях створюються спеціальні приміщення для відновлення сил та відпочинку, де медичний персонал може провести кілька хвилин у спокої, використовуючи необхідні техніки релаксації (медитація, дихальні вправи). Такі кімнати обладнані зручними меблями, заспокійливою музикою, доступними психологами[20,38,39].

3. Гарячі лінії та кризові інтервенції. Організація гарячих ліній психологічної підтримки для надання негайної допомоги в кризових ситуаціях може бути ефективним способом запобігання вигоранню. Це особливо важливо в умовах обмеженого доступу до офлайн консультацій або коли спеціалісти в силу небезпечних обставин не можуть бути поруч з потребуючими підтримки тут і зараз[20,16,29,34].

4. Групові та індивідуальні сесії після закінчення змін—Самостійно створенні групові комунікативні зв'язки де є можливість обговорити пережите та отримати підтримку від колег або психологів. Вдіведенний час має персонал задля можливості обговорити пережите, поділитися думками та відчутти підтримку колег. Такі сесії створюють безпечний простір, де є

можливість вільно говорити про свої труднощі, не боячись осуду або критики. Це зміцнює почуття колективної підтримки та знижує рівень ізоляції[20,13,29,34].

5. Індивідуальні консультації з професіоналами . Окрім групових зустрічей, надається можливість отримати індивідуальні сесії з психологом, де є необхідність в обговоренні більш особистісних переживань, отримувати поради щодо покращення психологічного стану та індивідуальні навички управління стресом[13,29,39].

6. Програми реабілітації після завершення місій. Спеціалізовані програми для відновлення показників приводячих в норму фізичних та психічних станів медиків після завершення відряджень з критичних точок. Людина потребує часу та спеціалізованих програм відновлення, зокрема це— психологічні консультації, фізіотерапевтичні процедури, сеанси релаксації та заняття для відновлення емоційного балансу. Часто використовуються методи арт-терапії, музичної терапії, техніки медитацій (майндфулнес). Можливе застосування тестування щоб розуміти більшу природу проблеми людини. Важливо надавати терапевтичні відпустки та відновлювальні програми під час яких людина отримує можливість відновитися, проходячи реабілітаційні програми в санаторіях або центрах[13,20,29,34,39].

7. Тренінги для підвищення стійкості до стресу. Для зниження вигорання працюючих проводяться спеціалізовані тренінги, які допомагають розвинути навички управління стресом та підвищити стійкість до нових викликів. Під час таких занять медики вивчають техніки, які допомагають швидко відновлювати емоційний баланс у стресових ситуаціях. Включаються вправи з дихальних технік, розслаблення м'язів, когнітивні методи (як змінити ставлення до стресових ситуацій). Ці моделі підтримки допомагають зберігати психічний

стан в рамках норми під час роботи у кризових умовах та сприяють їхньому швидкому відновленню після важких змін. Ці підходи засновані на рекомендаціях ВООЗ, Doctors Without Borders, а також дослідженнях Тейта Шанафелта та Джеймса Носеворті[20,33,41]

4.1. Запровадження методик поліпшення ментального стану.

На основі отриманих даних можливе вдосконалення організації роботи в медичних установах під час війни. Це може включати запровадження спеціальних заходів для підтримки працівників, таких як гнучкі графіки роботи, додаткові перерви, можливість регулярної ротації на менш стресові ділянки роботи, а також покращення матеріальних умов і забезпечення безпеки персоналу [20,34,41]. Такі зміни здатні значно зменшити рівень емоційного вигорання та підвищити мотивацію працівників. Методи стрес-менеджменту дозволяють медичним працівникам ефективніше справлятися з викликами під час воєнного стану, підтримуючи фізичне та емоційне здоров'я [38,39,41].

1. Практики релаксації та відновлення. Медитація і глибоке дихання допомагають знизити рівень кортизолу—гормону стресу, а також сприяють вивільненню ендорфінів. Це допомагає зняти емоційну напругу і поліпшити загальний настрій. Це можуть бути 5-10 хвилинні перерви на глибоке дихання або mindfulness (усвідомлення своїх внутрішніх станів і навколишнього середовища), приводять до розслаблення[42].

2. Фізична активність. Організація групових тренувань, йоги або ранкової гімнастики для медичного персоналу може стати частиною розпорядку дня, дозволяючи працівникам переключитися на фізичну активність і підтримувати себе у кращій формі. Навіть легка зарядка або короткі прогулянки, допомагають зменшити напругу та стимулюють вироблення ендорфінів, що сприяє поліпшенню настрою та загального самопочуття [43].

3. Сон та відпочинок. Нормалізація сну та забезпечення умов для якісного відпочинку— сон відіграє ключову роль у регуляції рівня гормонів стресу і настрою. Дефіцит сну може посилювати тривогу та депресію тому

регулярний відпочинок сприяє відновленню психічного та фізичного здоров'я. Організація комфортних умов для коротких перерв або дрімот (power naps) під час зміни, допоможе уникнути виснаження і відновити сили[44] .

4.Сміх і гумор: Сміхце інструмент релаксації та вивільненню емоцій, має величезне значення для емоційного благополуччя сприяє виробленню ендорфінів– природних "гормонів щастя", які допомагають зняти фізичну і психічну напругу, покращують настрій і підвищують рівень загального задоволення. Крім того, сміх знижує рівень кортизолу, гормону стресу, що особливо важливо в умовах підвищеного навантаження[45] .

5. Переробка стресу через творчу діяльність: Арт-терапія дозволяє виразити внутрішні емоції через малювання, ліплення, музику або інші форми мистецтва. Це є ефективним способом зниження впливу стресу, оскільки вони дають можливість виразити складні почуття через творчість, допомагає працівникам позбутися негативних емоцій, зняти в деякій мірі тривогу або напругу, які вони не можуть виразити словами. Створюючи психологічний ефект вивільненню ендорфінів–гормонів, які відповідають за покращення настрою і зниження моральної напруги, дозволяючи переробити негативні емоції у конструктивний, символічний спосіб самовираження. Занурення у творчий процес допомагає зосередитися на позитивних або абстрактних темах, що тимчасово відволікає від реальності та сприяє загальному відновленню психічного стану. Регулярне зайняття творчістю загартовує та адаптує до стрес-факторів, вчить знаходити нові підходи до їх вирішення і формувати позитивне ставлення навіть у важкі часи. Завдання керівництва в цій методиці запровадити щотижневі майстер-класи з арт-терапії для своїх підлеглих[46].

6. Тварини-терапевти (каністерапія) (від лат. canis–собака) – вид терапевтичної інтервенції, який базується на взаємодії з тваринами, зазвичай

собаками, що спеціально підготовлені для терапевтичних сеансів. Існує йога з цуценятами, кафе з котиками, та контактні зоопарки, де можна комунікувати з тваринами через гру, поглажування, годування, а також притулки з тваринами де необхідна допомога. Це дві справи в одному—людина віддає свою допомогу, а тварини дарують свою вдячність за допомогу, такий обмін енергіями. Такий вид терапії може мати позитивний вплив на окремих індивідів поліпшенню психологічного благополуччя. Спілкування з тваринами, особливо при обіймах, дотику або навіть простій присутності собаки поруч, сприяє вивільненню гормону окситоцину, який відповідає за почуття довіри, спокою та емоційного зв'язку. Люди сприймають тварин півсвідомо як маленьких дітей, тому мозок дає відповідні сигнали та імпульси як і на малечу. Сприяє зниженню гормону стресу— кортизолу, що безпосередньо зменшує фізіологічні прояви перевантаження, зокрема прискорене серцебиття і м'язову напругу. Підвищення емоційної стійкості через позитивні емоції, такі як невимушена радість і душевний спокій. Тварини не оцінюють, не критикують і не нав'язують очікувань, тому їхня присутність створює відчуття емоційної підтримки та без упередженість. Це особливо грає роль для тих, хто відчуває дистанціювання та відчуженність або самотність через постійний тиск на роботі. Також можна запровадити програму "терапевтичні перерви", коли спеціально підготовлені тварини приходять до відділень лікарні під час перерв, щоб медики могли відчути короткий емоційний відпочинок прямо на місці[47].

Розуміння того що, під час військового конфлікту вкрай важко лишатися професіоналом в своїй справі, зосереджуватися на важливих речах, та виконувати обов'язки як і раніше [14,16,34]. Кожен працівник перш за все людина, зі своїми думками, емоційним станом, переживаннями, та соціальними обов'язками перед собою та рідними [13,20].

Важливо допомогти людині з врегулюванням вигорання, що позитивно вплине як і на саму особистість так і на якість медичних послуг, що вона надає

[3]. Працюючі, які не страждають від вигорання, зберігають високий рівень мотивації, співчуття до пацієнтів та здатність приймати зважені рішення в критичних ситуаціях [4,35].

А також мають більшу здатність до концентрації, що є надзвичайно важливим під час виконання складних медичних процедур або роботи в умовах постійного стресу, де кожна помилка може мати серйозні наслідки [9,10,21]. Це, в свою чергу, призведе до зменшення кількості професійних помилок і покращення медичної допомоги в умовах підвищеного навантаження через рівень небезпеки та брак ресурсів[14,16,34].

Висока якість медичної допомоги також пов'язане з покращенням фізичного та психічного стану лікарів та медсестер, що дозволяє їм працювати ефективніше та зберігати високу працездатність[12,13,15]. Зазначю що всі заходи задля профілактики перевтоми впливають на збереження професійних кадрів, через небезпечну ситуацію в країні частина медиків поїхала, тому важливо заохочувати та підтримати тих хто залишився[16,34,41] . Якщо у медиків лишається мізерна зарплатня, знецінення їх понаднормової праці, внесок допомоги в охорону здоров'я України, то яка може бути мотивація лишатися на своєму робочому місці[18,20,41]. Однак впровадження програм підтримки та профілактики вигорання допоможе запобігти масовим звільненням медиків, що вкрай важливо для стабільної роботи медичних закладів в умовах нестачі ресурсів та кадрів під час війни[16,34,41] . Все що зазначено вище, а саме: розвиток культури взаємодопомоги в колективі, командна робота, ротація та відпустки, організація заходів для відпочинку, підтримка з боку адміністрації та введення релаксаційних програм створюють сприятливе середовище для профілактики СЕВ, підвищуючи моральний дух, гуманність та людяність і мінімізують психофізичний тиск на людей в білих халатах[13,20,41,47].

ВИСНОВКИ

У межах магістерської роботи було здійснено комплексне дослідження проблеми емоційного вигорання медичних працівників під час воєнного стану, за допомоги вивченню теоретичних аспектів цього явища та розглянуто його специфіку в кризових умовах. Також проведено емпіричний аналіз на основі опитувань навчаючихся та вже працюючих в сфері охорони здоров'я двох країн, а саме України та Великої Британії .

1– підтверджено, що працівники, які стикаються з умовами перенапруги та небезпеки, значно вразливіші до розвинення СЕВ, деперсоналізації, дистанціюванням, зниження професійної ефективності, розвиненням ще й інших патопсихічних та патофізіологічних розладів. Основне що посприяло психофізичним виснаженням медиків : тривала робота без належного відпочинку, небезпека для особистого життя та життя пацієнтів, обмеженість ресурсів та робочихкадрів, постійне фізичне та емоційне перенавантаження, а також моральні виклики та особисті принципи надання пріоритетної мед допомоги. Важливим фактором також виступає соціальна ізоляція від колег, керівництва, родини, пацієнтів з якою стикаються більша кількість навантажених лікарів та медсестер.

2– аналіз наукових підходів до вивчення синдрому перенавантажених працівників, яким доводиться поступатися власною безпекою задля допомоги іншим в умовах ворожих дій. З огляду на моральний стан, згідно опитуванню та порівнянню з колегами, в яких немає ворожих дій на території їх країни, вдосталь медичних кадрів, є місця для подолання стресу, підтримка від держави високою зарплатнею та пільгами для працівників в медичній сфері. Оцінивши розбіжність рівня вигорань і наданих благ від держави та адміністрації медзакладів слід зазначити ,що нашій сфері охорони здоров'я є

що перейняти з Британської системи.

На основі проведеного дослідження було виявлено необхідність впровадження комплексних заходів профілактики та боротьби з ознаками СЕВ.

3– запропоновано низку рекомендацій, які можуть бути реалізовані як на рівні лікувальних установ, так і на державному рівні. Створення системи психологічної підтримки– психологічна допомога повинна бути доступною для всіх медичних працівників, особливо тих, хто знаходиться в зонах відкритого вогню та бойових дій. Покращення умов праці в медичних закладах необхідними ресурсами для роботи з тяжкими пацієнтами та випадками, а також створити умови де працівник має відкритий доступ до скидання стресу і відновлення сил.

4– варто організовувати навчальні курси і тренінги для медичних працівників, присвячені розвитку навичок саморегуляції та управління своїх емоцій, отриманням знань як вивільняти їх в різних обставинах та навколишнього середовища.

На державному рівні необхідно розробити і впровадити спеціальні програми, створити комфортніші умови, достійні винагороди , заохочувальні програми лояльності та пільг для медиків . Наприклад: програми короткострокового відпочинку, фінансування для створення ресурсів психологічної допомоги, транспортні та соціальні пільги, підвищення заробітної плати, путівки на відпочинок в санаторії для відновлення здоров'я медиків.

Загалом, дане дослідження підкреслило важливість всебічної підтримки медичних працівників під час військових конфліктів та їх післявоєнної реабілітації. Що є ключом благополуччя на всіх рівнях людини, підтримуючи ефективність працюючих.

СПИСОК ДЖЕРЕЛ

1. Freudenberger, H.J. (1974). Staff Burn Out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
2. Maslach, C., & Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2(2), 99-113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
3. De Hert, S. (2020). Burnout in healthcare workers: Prevalence, impact and preventive strategies. *Local and Regional Anesthesia*, 13, 171-183. <https://doi.org/10.2147/LRA.S240564>
4. Bakker, A.B., & Demerouti, E. (2007). The job demands resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309-328. <https://doi.org/10.1108/02683940710733115>
5. Карамушка, Л.М. (2010). Синдром професійного вигорання: психологічні підходи (с.45-67). Київ: Наукова думка.
6. Титаренко, Т.М. (2012). Психологічна адаптація в умовах кризи (с.112-130). Київ: Інститут соціальної та політичної психології НАПН України.
7. Chorna, V.V., Khliestova, S.S., Gumeniuk, N.I., Podolian, V.M., & Shevchuk, T.I. (2023). Predictors of the development of emotional burnout and the motivational component of the medical staff of health care institutions in Ukraine. *Wiadomości Lekarskie*, 76(2), 370-376. <https://doi.org/10.36740/WLek202302118>
8. Pinchuk, I., Goto, R., Pimenova, N., Kolodezhny, O., Guerrero, A.P.S., & Skokauskas, N. (2022). Mental health of helpline staff in Ukraine during the 2022 Russian invasion. *European Psychiatry*, 65(1), e45. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.2306>
9. Rotenstein, L.S., Torre, M., Ramos, M.A., et al. (2018). Prevalence of burnout among physicians: a systematic review. *JAMA*, 320(11), 1131-1150. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.12777>

10. Chen, C., & Meier, S.T. (2021). Burnout and depression in nurses: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 124, 104099. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104099>
11. Salvagioni, D.A.J., Melanda, F.N., Mesas, A.E., González, A.D., Gabani, F.L., & Andrade, S.M. (2017). Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PLoS ONE*, 12(10), e0185781. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185781>
12. Okamoto, M., Suzuki, S., et al. (2021). Burnout of Healthcare Workers amid the COVID-19 Pandemic: A Japanese Cross-Sectional Survey. *Journal of Occupational Health*, 63(1), e12237. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33801349>
13. Maresca, G., Corallo, F., Catanese, G., Formica, C., & Lo Buono, V. (2022). Coping strategies of healthcare professionals with burnout syndrome: A systematic review. *Medicina (Kaunas)*, 58(2), 327. <https://doi.org/10.3390/medicina58020327>
14. Zasiakina, L., Martyniuk, A. (2024). War related continuous traumatic stress as a potential mediator of associations between moral distress and professional quality of life in nurses: a cross-sectional study in Ukraine. *BMC Nursing*, 24, 16. <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-024-02668-4>
15. Ungur, A.-P., Bârsan, M., Socaciu, A.-I., Râjnoveanu, A.G., Ionuț, R., Goia, L., & Procopciuc, L.M. (2024). A narrative review of burnout syndrome in medical personnel. *Diagnostics*, 14(17), 1971. <https://doi.org/10.3390/diagnostics14171971>
16. Shalom, O., et al. (2025). Burnout, anxiety, and resilience among nurses during wartime: Evidence from a cross-sectional study. *BMC Nursing*, 24, 1424. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-04061-1>
17. Goniewicz, M., et al. The Silent Burden: Investigating Post Traumatic Stress Disorder and Social Isolation Among Healthcare Workers During COVID-19. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39684982>
18. Alzahrani, A.H., et al. (2024). An overview of strategies for reducing healthcare worker burnout and turnover and its efficacy. *Journal of International*

Crisis and Risk Communication Research, 7(S11), 45-62.

<https://jicrcr.com/index.php/jicrcr/article/view/1563>

19. Mento, C., Silvestri, M.C., Merlino, P., et al. (2020). Secondary Traumatization in Healthcare Professions: a Continuum on Compassion Fatigue, Vicarious Trauma and Burnout. *Psychologia*, 62(2), 181-195. <https://doi.org/10.2117/PSYSOC.2020-B013>

20. Shanafelt, T.D., & Noseworthy, J.H. (2017). Executive leadership and physician well-being: Nine organizational strategies to promote engagement and reduce burnout. *Mayo Clinic Proceedings*, 92(1), 129-146. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.10.004>

21. Gómez Urquiza, J.L., De la Fuente Solana, E.I., Albendín García, L., Vargas Pecino, C., Ortega Campos, E.M., & Cañadas De la Fuente, G.A. (2017). Prevalence of burnout syndrome in emergency nurses: A meta analysis. *Critical Care Nurse*, 37(5), e1-e9. <https://doi.org/10.4037/ccn2017508>

22. Friganović, A., Selič, P., Ilić, B., & Sedić, B. (2019). Stress and burnout syndrome and their associations with coping and job satisfaction in critical care nurses: A literature review. *Psychiatria Danubina*, 31(Suppl 1), 21-31. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30946714>

23. Perceived stress from social isolation or loneliness among clinical and nonclinical healthcare workers during COVID-19. *BMC Public Health*. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12889-024-18363-7>

24. Емоційне вигорання медичних працівників як проблема медичної психології: сучасний стан та шляхи подолання. (2024). *Українські медичні вісті*, 2(4), 45-58. <https://doi.org/10.32782/umv-2024.2.8>

25. Stein, M.V., Brooks, S.K., Smith, L.E., et al. The impact of COVID-19 self-isolation on healthcare workers' psychological wellbeing: a systematic review. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41475009>

26. Maslach, C., Leiter, M.P., & Schaufeli, W.B. (2016). Understanding burnout in healthcare. *Burnout Research*, 3(4), 81-89. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2016.10.001>

27. Amiri, S., Mahmood, N., Mustafa, H., Javaid, S.F., & Khan, M.A.B. (2024). Occupational Risk Factors for Burnout Syndrome Among Healthcare Professionals: A Global Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(12), 1583.
<https://doi.org/10.3390/ijerph21121583>
28. Kang, H., Fischer, I.C., Esterlis, I., Kolyshkina, A., Ponomarenko, L., Chobanian, A., Vus, V., & Pietrzak, R.H. (2024). Helping the helpers: Mental health challenges of psychosocial support workers during the Russian-Ukrainian war. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 18, e95.
<https://doi.org/10.1017/dmp.2024.68>
29. Kang, H., Fischer, I.C., Esterlis, I., Kolyshkina, A., Ponomarenko, L., Chobanian, A., Vus, V., & Pietrzak, R.H. (2024). Helping the helpers: Mental health challenges of psychosocial support workers during the Russian-Ukrainian war. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 18, e95.
<https://doi.org/10.1017/dmp.2024.68>
30. Maslach, C., Schaufeli, W.B., & Leiter, M.P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
31. Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1986). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 992-1003. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3712234>
32. Hale, A.J., Ricotta, D.N., Freed, J.A., Smith, C.C., & Huang, G.C. (2020). Comparing 2 Adapted Maslow's Hierarchy of Needs Frameworks on Physician Wellness. *The American Journal of Medicine*, 133(9), e532-e533.
<https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2020.02.030>
33. World Health Organization. (1948). Constitution of the World Health Organization. World Health Organization.
<https://www.who.int/about/governance/constitution>
34. Kolesnichenko, E., et al. (2024). Assessment of professional life quality and resilience of medical staff working at military treatment and rehabilitation facilities in

the conditions of war in Ukraine. Essuir SumDU.

<https://essuir.sumdu.edu.ua/handle/123456789/97076>

35. Shapiro, D.E., Duquette, C., Abbott, L.M., Babineau, T., Pearl, A., & Haidet, P. (2019). Beyond Burnout: A Physician Wellness Hierarchy Designed to Prioritize Interventions at the Systems Level. *The American Journal of Medicine*, 132(5), 556-563. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2018.11.028>

36. EdúValsania, S. (2022). Burnout: A Review of Theory and Measurement. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5), 2850. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8834764>

37. Arpacioğlu, S., Gurler, M., & Cakiroğlu, S. Secondary Traumatization Outcomes and Associated Factors Among the Health Care Workers Exposed to the COVID-19. *Int J Soc Psychiatry*, 2021;67(1), 84-89. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32635786>

38. Cohen, C., Pignata, S., Bezak, E., Tie, M., & Childs, J. Workplace interventions to improve wellbeing and reduce burnout for nurses, physicians and allied healthcare professionals: a systematic review. *BMJ Open*, 2023;13(6), e071203. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-071203>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37385740>

39. Zhang, H., Xia, Z., Yu, S., Shi, H., Meng, Y., Dator, W.L. Interventions for Compassion Fatigue, Burnout, and Secondary Traumatic Stress in Nurses: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *Nurs Health Sci*, 2025;27(1), e70042. <https://doi.org/10.1111/nhs.70042>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39887608>

40. Velando-Soriano, A., Ortega-Campos, E., Gómez-Urquiza, J.L., Ramírez-Baena, L., De La Fuente, E.I., & Cañadas-De La Fuente, G.A. (2020). Impact of social support in preventing burnout syndrome in nurses: A systematic review. *Japanese Journal of Nursing Science*, 17(1), e12269. <https://doi.org/10.1111/jjns.12269>

41. Doctors Without Borders / Médecins Sans Frontières. Emotional support for health workers on Ukraine's front lines. 23 April 2024.
<https://www.doctorswithoutborders.org/latest/emotional-support-health-workers-ukraines-front-lines>
42. Esplin, K., Nies, M.A., Zappia, A., & Mondragon, M. (2025). Reducing Stress in Health Care Workers Using Mindfulness: A Systematic Review. *Journal of Doctoral Nursing Practice*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40000118>
43. Salmon, P. (2001). Effects of physical exercise on anxiety, depression, and sensitivity to stress: A unifying theory. *Clinical Psychology Review*, 21(1), 33-61.
[https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(99\)00032-X](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(99)00032-X)
44. Medic, G., Wille, M., & Hemels, M. (2017). Short- and long-term health consequences of sleep disruption. *Nature and Science of Sleep*, 9, 151-161.
<https://doi.org/10.2147/NSS.S134864>
45. Martin, R.A. (2001). Humor, laughter, and physical health: methodological issues and research findings. *Psychological Bulletin*, 127(4), 504-519.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.127.4.504>
46. Tjasink, M., Keiller, E., Stephens, M., Carr, C.E., & Priebe, S. (2023). Art therapy-based interventions to address burnout and psychosocial distress in healthcare workers: a systematic review. *BMC Health Services Research*, 23, 1059.
<https://doi.org/10.1186/s12913-023-09958-8>
47. Mittly, V., Fáy, V., Dankovics, N., Pál, V., & Purebl, G. (2024). The role of dog therapy in clinical recovery and improving quality of life: a randomized, controlled trial. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 24, 229.
<https://doi.org/10.1186/s12906-024-04538-7>
48. Фурсова Д. Г., Смирнова В. І. Порівняльний аналіз синдрому емоційного вигорання між українськими і британськими медичними працівниками // *Scientific Journal of Nursing (TDMU)*. — 2026. — №1 — С. 11–17. — Режим доступу: <https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/nursing>