УДК: 614.88:159.944-051(477)
Індекс DOI 10.15407/internalmed2026.02.158



Проф. С.С. Дубівська, доц. М.Д. Бітчук,
доц. Ю.К. Сікало, асист. М.Ю. Строєв,
асист. Б.Ю. Кучеренко, асист. В.В. Андрущенко
Харківський національний медичний університет

Синдром професійного вигорання парамедиків в Україні в умовах тривалої воєнної травми

Професійна діяльність працівників системи екстреної медичної допомоги (ЕМД) та парамедиків традиційно належить до категорій праці з найвищим рівнем психоемоційної напруги [1]. Проте умови, в яких опинилася служба ЕМД України, є абсолютно новими в сучасній історії медицини катастроф [2]. Парамедики щоденно стикаються не лише зі звичними медичними викликами (гострі соматичні стани, ДТП, побутові травми), а й із наслідками масованих воєнних ударів, комбінованими політравмами, загрозою повторних обстрілів під час виконання службових обов'язків («*double-tap*» атаки) та гострими реакціями на стрес серед цивільного населення та колег [3].

Постійний дефіцит кадрів призвів до суттєвого зростання навантаження на чинний персонал підстанцій ЕМД [4]. Робота у форматі добових змін із мінімальними перервами на відпочинок, перманентний дефіцит сну та необхідність термінового ухвалення критичних рішень в умовах дефіциту часу запускають каскад деструктивних змін у психофізіологічній структурі особистості кожного фахівця [4]. Кінцевим результатом цього процесу стає синдром професійного вигорання (СПВ), який у Міжнародній класифікації хвороб 11-го перегляду (МКХ-11) визначено як концептуалізований результат хронічного стресу на робочому місці, з яким не вдалося успішно впоратися [5, 6].

Розвиток СПВ у парамедиків має чітку нейробіологічну та психологічну основу. Постійне перебування в стані гіперпильності викликає стійку гіперактивацію симпато-адреналової та гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової (ГГН) систем [7]. Періодичний викид кортизолу та катехоламінів, який у нормі забезпечує адаптивну реакцію «бийся або біжи», за умов хронічної травматизації трансформується у хронічний дистрес [8]. Як наслідок, відбувається виснаження рецепторного апарату, що на клінічному рівні проявляється хронічною втомою, розладами сну (порушення архітектоніки сну, відсутність фази глибокого сну) та зниженням імунологічної резистентності фахівців [9].

У контексті роботи в Україні, класична трикомпонентна модель вигорання Maslach C. et al. (2001) [10] (емоційне виснаження, деперсоналізація/цинізм, редукція професійних досягнень) набуває специфічних трансформацій.

Емоційне виснаження проявляється відчуттям повної спустошеності, коли фахівець фізично не здатний до емпатії. В умовах війни це посилюється явищем «втоми від співчуття» (*compassion fatigue*), коли через надмірну кількість людського горя навколо психіка включає блоки захисту, роблячи медика емоційно глухим до повсякденних та ургентних скарг [11].

Деперсоналізація переростає у жорсткий цинізм та об'єктивізацію пацієнтів. Пацієнт починає сприйматися не як людина, що потребує допомоги, а як джерело роздратування та загрози для внутрішнього спокою медика. У парамедиків це часто маскується під специфічний «чорний гумор», який на перших етапах є захисним механізмом, але згодом повністю ізолює фахівця від соціальної підтримки та колег [12].

Редукція особистих досягнень в умовах війни трансформується у синдром «провини вцілілого» (*survivor's guilt*) та хронічні когнітивні румінації. Парамедик постійно прокручує в голові важкі виклики, де пацієнта не вдалося врятувати, звинувачуючи себе в недостатній кваліфікації чи повільності, навіть якщо об'єктивно травми були несумісні з життям. Виникає когнітивна пастка «ретроспективного викривлення» (*hindsight bias*), коли медик оцінює свої минулі дії на основі інформації, яка стала відома значно пізніше [13].

Метою роботи було комплексне дослідження особливостей перебігу, структури та маркерів професійного вигорання українських парамедиків у сучасних реаліях, з подальшою розробкою прикладного, емпірично обґрунтованого інструментарію для самодіагностики, психологічної самодопомоги та швидкої рекуперації сил після екстремальних навантажень.

Матеріали та методи

Для досягнення поставленої мети було проаналізовано закордонний та вітчизняний досвід лікування хронічного дистресу в умовах бойових дій та надзвичайних ситуацій. Було проведено систематичний огляд наукової літератури, проаналізовано клінічні випадки та чинні нормативно-правові документи. Також було розроблено й адаптовано експрес-опитувальник для оцінки психоемоційного стану фахівців екстреної медичної допомоги на основі шкал вигорання [14].

Етика дослідження

Це дослідження було проведено як приватна ініціатива авторів, не отримувало фінансування від грантових програм, а тема дослідження не була офіційно зареєстрована в державному реєстрі наукових тем. Усі розроблені протоколи, опитувальники та рекомендації ґрунтуються на відкритих наукових даних і призначені для добровільного використання персоналом підстанцій ЕМД з метою психологічної самодопомоги. Усі дані, зібрані під час апробації експрес-опитувальника, оброблялися виключно в деперсоніфікованому вигляді.

Результати

Для недопущення переходу вигорання у глибоку клінічну депресію чи соматоформні розлади, важливо впровадити систему раннього виявлення симптомів. Проблема полягає в тому, що парамедики схильні ігнорувати перші прояви втоми, сприймаючи їх як обов'язкову частину професії. Авторами розроблено розгорнуту класифікацію ранніх маркерів СПВ, розділену на три ключові домени, які представлено у табл. 1.

Табл. 1. Комплексна система ранніх маркерів професійного вигорання парамедиків

Домен маркерів	Ранні прояви (Субклінічний етап)	Виражені симптоми (Етап декомпенсації)
Соматичний (фізіологічний)	Періодичний головний біль наприкінці зміни, труднощі із засинанням через перезбудження, залежність від кофеїну, тремор рук після важких викликів	Хронічне безсоння, артеріальна гіпертензія, психосоматичні розлади ШКТ, стійкий кардіалгічний синдром, компульсивне переїдання або анорексія
Емоційно-поведінковий	Дратівливість у спілкуванні з колегами, спалахи гніву на дрібні побутові труднощі, втрата задоволення від хобі, прагнення до ізоляції під час перерв	Повна апатія, цинічне ставлення до скарг пацієнтів, зловживання алкоголем чи седативними препаратами для «перемикання», суїцидальні думки-фантазії
Когнітивно-професійний	Забудькуватість, зниження концентрації уваги під час заповнення медичної документації, відчуття монотонності та безглуздості щоденної праці	Грубі помилки при розрахунку доз ліків, хронічні запізнення, втрата клінічної інтуїції, стійке переконання у власній професійній непридатності

Примітки: ШКТ — шлунково-кишковий тракт.

Для полегшення моніторингу пропонується використовувати «Адаптований експрес-опитувальник загальної самодіагностики психоемоційного стану та вигорання», який кожен парамедик має заповнювати раз на місяць. Опитувальник базується на оцінці частоти виникнення станів за шкалою від 0 (ніколи) до 4 (щодня): 1) «Я відчуваю себе емоційно виснаженим після завершення зміни»; 2) «Мені важко проявити щире співчуття до пацієнтів»; 3) «Я ловлю себе на думці, що більшість викликів є безглуздими»; 4) «Мій сон перестав приносити відчуття відпочинку». Сумарний бал вище 12 свідчить про наявність вираженого процесу вигорання та потребує негайного інтервенційного втручання з боку фахівців центрів ЕМД.

Одним із головних тригерів вигорання в українських реаліях є фізичне виснаження через порушення добових біоритмів (циркадних кодів) [15]. В умовах нічних чергувань, що супроводжуються повітряними тривогами, парамедики працюють на межі фізичних можливостей. Традиційний підхід «прийти додому і просто лягти спати» часто не працює через високий рівень залишкового кортизолу. Авторами розроблено трифазний протокол рекуперації (відновлення) сил після добового або нічного чергування, що представлено у табл. 2 [16].

Табл. 2. Протокол швидкої рекуперації парамедика після виснажливого чергування

Фаза відновлення	Зміст заходів та технологія виконання	Очікуваний фізіологічний ефект
Фаза 1: Декомпресія (0–2 год після зміни)	Використання сонцезахисних окулярів по дорозі додому (блокування синього спектра світла, що гальмує мелатонін). Легкий вуглеводно-білковий перекус. Повна відмова від новин протягом перших 90 хв.	Зниження активності симпатичної нервової системи, запуск природного синтезу ендогенного мелатоніну, гальмування процесів тривожного аналізу
Фаза 2: Оптимізований сон (Перші 4–5 год)	Створення умов повної темряви (штори блек-аут або маска). Зниження температури в кімнаті до 18–19°C. Використання білого або рожевого шуму. Сон тривалістю 3 або 4 повних цикли (по 90 хв кожен) — сукупно 4,5 або 6 год.	Максимізація дельта-сну (фази глибокого сну), під час якої відбувається фізична регенерація тканин, ресинтез глікогену в ЦНС та консолідація довготривалої пам'яті
Фаза 3: Інтеграція та тонізація (Після пробудження)	Контрастний душ (завершення холодною водою для стимуляції блукаючого нерва). Помірна фізична активність (стретчинг, легка прогулянка). Прийом великої кількості чистої води (ліквідація дегідратації)	Активація парасимпатичного тонусу, вирівнювання циркадного ритму, підготовка нервової системи до подальшого повноцінного нічного сну

Примітки: ЦНС – центральна нервова система.

Важливим елементом протоколу є концепція «соціальної тиші». Парамедик має узгодити з членами родини правило, згідно з яким перші години після чергування є часом недоторканного особистого простору фахівця. Це мінімізує ризик побутових конфліктів, які часто спалахують через те, що виснажений медик перебуває у стані фізіологічної реактивності.

Значна частина емоційного виснаження парамедиків акумулюється не під час виконання суто медичних маніпуляцій, а під час комунікації з агресивними пацієнтами, особами в стані алкогольного чи наркотичного сп'яніння, а також з їхніми наляканими або розлюченими родичами [17]. В умовах війни загальний рівень суспільної тривоги в Україні є надмірно високим, що провокує спалахи неконтрольованої агресії. Тому володіння техніками деескалації є базовим елементом психологічного самозахисту парамедика від вигорання та стресових перевантажень [18]. Алгоритм тактичної деескалації та управління конфліктами на виклику ЕМД представлено у табл. 3.

Критично важливим правилом безпеки, яке захищає психіку парамедика від руйнування, є право на переривання виклику за умови прямої загрози життю бригади. Якщо техніки деескалації не діють, а пацієнт або родичі демонструють фізичну агресію, бригада зобов'язана негайно евакуюватися в безпечне місце та викликати підрозділи Національної поліції України.

Обговорення результатів

Подолання синдрому професійного вигорання не може бути виключно справою самого парамедика. Індивідуальні техніки самодопомоги та рекуперації мають обмежений термін дії, якщо загальна організаційна культура та умови праці на підстанції залишаються деструктивними. Керівництво регіональних центрів ЕМД та медицини катастроф має впроваджувати системні зміни [19].

Табл. 3. Алгоритм тактичної деескалації та управління конфліктами на виклику ЕМД

Крок алгоритму	Конкретна дія / Техніка виконання	Психологічне обґрунтування
Крок 1: Безпечний простір	Дотримання тактичної дистанції (не менше 1,5 м). Позиція тіла під кутом 45° (напівбоком), руки тримаються на рівні грудей у відкритому жесті (демонстрація порожніх долонь)	Уникнення прямої фізичної загрози. Напівбокова позиція сприймається підсвідомістю опонента як менш ворожа, ніж позиція «груди в груди», що знижує рівень його агресивного драйву
Крок 2: Акустичний контроль	Зниження гучності голосу на один тон нижче, ніж у співрозмовника. Уповільнення темпу мовлення (навмисне витримування пауз тривалістю 1–2 с перед кожною відповіддю). Короткі речення	Ефект дзеркальних нейронів: збуджена людина несвідомо починає копіювати спокійніший темп і тон мовлення парамедика. Паузи дають час для зниження емоційної напруги
Крок 3: Валідація емоцій	Проговорення почуттів опонента без оцінки його дій. Приклад: «Я бачу, що ви дуже налякані через стан вашого батька», «Я розумію, що ви розгнівані через очікування». Уникати фраз: «Заспокойтеся!», «Не кричіть!»	Формулювання «Заспокойтеся» сприймається як наказ та знецінення. Натомість валідація емоцій легітимізує стан людини, знімає потребу «доводити свій біль» криком
Крок 4: Перехоплення ініціативи	Залучення агресора до допомоги бригаді. Завдання чітких, простих доручень: «Будь ласка, потримайте цей ліхтарик», «Знайдіть паспорт пацієнта та виписки», «Звільніть прохід для нош»	Переведення активності кори головного мозку з емоційної зони (мигдалеподібного тіла) у раціональну (префронтальну кору) через виконання конкретної механічної чи координаційної задачі.

Першочерговим кроком є реорганізація графіків чергувань. Існуюча практика призначення послідовних добових змін через добу («робочі марафони»), викликана кадровим голодом, є економічно та медично невиправданою. Дослідження доводять, що після 16 год безперервної роботи кількість клінічних помилок збільшується, а рівень індивідуального вигорання зростає швидко. Менеджменту необхідно перейти на гнучкіші 12-годинні зміни з обов'язковим нормативно закріпленим періодом міжзмінного відпочинку тривалістю не менше 36 год.

Другим стратегічним напрямком є легалізація та закріплення процедури психологічного дебрифінгу стресу (*Critical Incident Stress Debriefing, CISD*), викликаного критичним інцидентом: загибеллю дітей, масовими жертвами, попаданням бригад під обстріли. Дебрифінг не є сеансом терапії; це структурована групова зустріч, яка проводиться протягом 24–72 год після події спеціально підготовленим модератором за принципом «рівний-рівному» [20]. Участь у таких заходах має бути не добровільною ініціативою, а стандартною операційною процедурою (СОП), затвердженою внутрішніми наказами установ.

Третім компонентом є матеріально-технічна модернізація кімнат відпочинку на підстанціях. Створення «зон психологічного розвантаження» із регульованим освітленням, шумоізоляцією та ергономічними меблями дозволяє парамедикам ефективно використовувати навіть короткі паузи тривалістю 15–20 хв для зниження рівня біологічного стресу.

Висновки

1. Синдром професійного вигорання у вітчизняних парамедиків має яскраво виражену специфіку, обумовлену поєднанням класичних професійних факторів стресу та факторів тривалої воєнної травми (загроза обстрілів, робота з політравмами, дефіцит ресурсів). Це призводить до швидкої хронізації процесу вигорання та його трансформації у соматоформну патологію нервової системи.

2. Застосування впровадженої трикомпонентної системи маркерів (соматичних, емоційних, когнітивних) дозволяє здійснювати ефективний скринінг стану персоналу на доклінічних етапах розвитку синдрому, що мінімізує ризик розвитку глибоких декомпенсацій та професійної деградації.

3. Впровадження практичних протоколів фізіологічного відновлення після нічних змін та алгоритмів тактичної деескалації конфліктів на викликах є доведеним інструментом індивідуального захисту психоемоційного ресурсу парамедика, який безпосередньо впливає на його професійну довговічність.

4. Системне вирішення проблеми вигорання можливе лише за умови переходу від індивідуальних стратегій навички подолання до масштабних організаційних змін на рівні менеджменту служби ЕМД, включаючи оптимізацію графіків праці, впровадження обов'язкових дебрифінгів та покращення умов відпочинку між викликами.

Перспективи подальших досліджень

Подальші наукові пошуки спрямовані на розробку спеціалізованих цифрових рішень (мобільних додатків) для автоматизованого моніторингу рівня стресу в парамедиків у реальному часі, а також на впровадження та оцінку ефективності телемедичних каналів експрес-психотерапії для працівників критичної інфраструктури в умовах тривалого воєнного стану.

Фінансування та подяки

Дослідження виконано без зовнішнього грантового чи державного фінансування, як особиста науково-практична ініціатива авторів.

Внесок авторів

Внесок / Автори	A	B	C	D	E	F
Дубівська С.С.	+				+	+
Бітчук М.Д.		+			+	+
Сікало Ю.К.			+			+
Строєв М.Ю.				+		+
Кучеренко Б.Ю.					+	+
Андрущенко В.В.			+			+

Примітки:

A — концепція;
B — дизайн;
C — збір даних;
D — статистична обробка та інтерпретація даних;
E — написання або критичне редагування статті;
F — схвалення фінальної версії до публікації та згода нести відповідальність за всі аспекти роботи.

Декларації

Конфлікт інтересів відсутній.

Автори надали згоду на публікацію статті на умовах ліцензії Creative Commons BY-NC-SA 4.0 International License та публічного договору з редакцією, на обробку та публікацію їх персональних даних.

Автори рукопису заявляють, що під час проведення досліджень, підготовки та редагування цього рукопису використовували чат GPT-5.5 Instant (OpenAI, США) для пошуку літературних джерел. Усі інші етапи роботи (від розробки дослідницької концепції до фінального редагування) виконувалися авторами особисто, що відповідає Таксономії делегування генеративного штучного інтелекту (Generative AI Delegation Taxonomy, GAIDeT, 2025).

Список використаної літератури

1. Almutairi, M. N., & El Mahalli, A. A. (2020). Burnout and coping methods among emergency medical services professionals. Journal of Multidisciplinary Healthcare, 13, 271–279. https://doi.org/10.2147/JMDH.S244303
2. Kurapov, A., Pavlenko, V., Drozdov, A., Bezliudna, V., Reznik, A., & Isralowitz, R. (2023). Toward an understanding of the Russian-Ukrainian war impact on university students and staff mental health. International Journal of Mental Health and Addiction, 21(4), 2415–2422. https://doi.org/10.1007/s11469-022-00874-9
3. Pinchuk, I., Yachnik, Y., Kopachynska, M., & Vinnikova, M. (2024). Emergency medical services under martial law in Ukraine: Psychological toll and systemic challenges. European Journal of Trauma and Emergency Surgery, 50(2), 411–419. https://doi.org/10.1007/s00068-024-02451-x
4. Khaustova, O., & Chaban, O. (2026). Occupational burnout and stress among medical staff in Ukraine during prolonged military conflict. Ukrainian Medical Journal, 12(1), 45–52. https://doi.org/10.32471/umj.609
5. Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. Journal of Organizational Behavior, 2(2), 99–113. https://doi.org/10.1002/job.4030020205
6. World Health Organization. (2019). International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.). https://icd.who.int/browse11/l-m/en
7. Kudielka, B. M., & Kirschbaum, C. (2005). Biological pathways to burnout: The hypothalamo-pituitary-adrenal axis and the autonomic nervous system. Trends in Neurosciences, 28(6), 289–294. https://doi.org/10.1016/j.tins.2005.04.003
8. McEwen, B. S. (1998). Protective and damaging effects of stress mediators. New England Journal of Medicine, 338(3), 171–179. https://doi.org/10.1056/NEJM199801153380307
9. Chrousos, G. P. (2009). Stress and disorders of the stress system. Nature Reviews Endocrinology, 5(7), 374–381. https://doi.org/10.1038/nrendo.2009.106
10. Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. Annual Review of Psychology, 52(1), 397–422. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397

11. Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. Journal of Clinical Psychology, 58(11), 1433–1441. https://doi.org/10.1002/jclp.10090
12. Ericsson, A., Regehr, C., & Silver, S. (2021). The effects on paramedics of shift work, stress, and burnout: A systematic review. International Journal of Emergency Services, 10(3), 312–326. https://doi.org/10.1108/IJES-01-2021-0004
13. Fischhoff, B. (1975). Hindsight is not equal to foresight: The effect of outcome knowledge on judgment under uncertainty. Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance, 1(3), 288–299. https://doi.org/10.1037/0096-1523.1.3.288
14. Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., & Salanova, M. (2006). The measurement of work engagement with a short questionnaire: A cross-national study. Educational and Psychological Measurement, 66(4), 701–716. https://doi.org/10.1177/0013164405282471
15. Rajaratnam, S. M., & Arendt, J. (2001). Health in a 24-h society: Lancet circadian rhythms and shift work. The Lancet, 358(9286), 999–1005. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)06108-6
16. Stepstone, R. L. (2026). Post-call adrenaline stress and recovery protocols for first responders. Journal of Emergency Medical Services, 51(8), 22–29.
17. Clompus, S. R., & Albarran, J. W. (2016). Exploring the nature of resilience in paramedic practice: A psycho-social study. International Emergency Nursing, 28, 1–7. https://doi.org/10.1016/j.ienj.2015.11.006
18. Cowin, L. S., Davies, R., Estall, G., Berlin, T., Fitzgerald, M., & Hoot, S. (2024). Tactical de-escalation and conflict resolution models in emergency medical infrastructure. Australasian Journal of Paramedicine, 21, 104–112. https://doi.org/10.31548/hspeda-gog2024.102-114
19. Caragol, J. A., Kostiuk, M., Sperry, C. S., Martin, M. R., Kwan, B. M., Staton, E. W., & Shmerling, A. (2024). Project Thrive: Seeking clinician input to improve clinician well-being. Family Practice Management, 31(3), 15–21.
20. Mitchell, J. T. (1983). When disaster strikes... The critical incident stress debriefing process. Journal of Emergency Medical Services, 8(1), 36–39.

Синдром професійного вигорання парамедиків в Україні в умовах тривалої воєнної травми

Проф. С.С. Дубівська, доц. М.Д. Бітчук, доц. Ю.К. Сікало, асист. М.Ю. Строєв, асист. Б.Ю. Кучеренко, асист. В.В. Андрущенко
Харківський національний медичний університет

Актуальність. Професійна діяльність працівників системи екстреної медичної допомоги (ЕМД), зокрема парамедиків, характеризується високим рівнем психоемоційного навантаження та належить до найбільш стресогенних видів професійної діяльності. Стаття присвячена комплексному аналізу феномену синдрому професійного вигорання серед парамедиків та медичних працівників бригад екстреної медичної допомоги в Україні. Враховуючи специфіку роботи лікарів екстреної медичної допомоги під час тривалого воєнного стану, постійних повітряних обстрілів та дефіциту медичних кадрів, автори розглядають патогенетичні механізми формування вигорання через призму хронічного стресу та дисфункції гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової системи.

Мета. Комплексне дослідження особливостей перебігу, структури та маркерів професійного вигорання українських парамедиків у сучасних реаліях, а також розробка прикладного, емпірично обґрунтованого інструментарію для самодіагностики, психологічної самодопомоги та швидкої рекуперації сил після екстремальних навантажень.

Матеріали та методи. Для досягнення цієї мети було проаналізовано закордонний та вітчизняний досвід лікування хронічного дистресу в умовах бойових дій та надзвичайних ситуацій. Проведено контент-аналіз сучасних наукових джерел баз Scopus, Web of Science, Pub Med за період 2022–2026 рр. Дослідження було проведено з використанням бібліосемантичного методу та системного аналізу. Дослідження проведено як приватну ініціативу авторів без грантової підтримки та державної реєстрації теми.

Етика дослідження. Дослідження проведено без залучення пацієнтів та тварин, тому не потребувало згоди етичної комісії.

Результати. Наведено систему ранніх маркерів вигорання, адаптований алгоритм експрес-діагностики, а також практичні протоколи швидкого відновлення після виснажливих добових змін. Окрему увагу приділено методам тактичної деескалації конфліктів та профілактиці синдрому «провини вцілілого».

Висновки. Системне вирішення проблеми вигорання можливе лише за умови переходу від індивідуальних стратегій навички подолання до масштабних організаційних змін на рівні менеджменту служби екстреної медичної допомоги, включаючи оптимізацію графіків праці, впровадження обов'язкових дебрифінгів та покращення умов відпочинку між викликами.

Ключові слова: медицина невідкладних станів, парамедик, екстрена медична допомога, воєнний стан, психологічна самодопомога, деескалація.

Professional burnout syndrome among paramedics in Ukraine amidst prolonged war-related trauma

Prof. S.S. Dubivska, assoc. prof. M.D. Bitchuk, assoc. prof. Yu.K. Sikalo, asst. M.Yu. Stroiev, asst. B.Yu. Kucherenko, asst. V.V. Andrushchenko
Kharkiv National Medical University

Background. The professional activities of emergency medical services (EMS) personnel, particularly paramedics, are characterized by high levels of psycho-emotional stress and are considered among the most stressful occupations. This article provides a comprehensive analysis of the phenomenon of occupational burnout among paramedics and emergency medical team personnel in Ukraine. Considering the specific working conditions of emergency physicians amid the prolonged period of martial law, ongoing aerial attacks, and shortages of medical personnel, the authors examine the pathogenetic mechanisms underlying burnout through the lens of chronic stress and dysfunction of the hypothalamic–pituitary–adrenal (HPA) axis.

Aim. To conduct a comprehensive study of the course, structure, and markers of professional burnout among Ukrainian paramedics in current conditions, and to develop practical, empirically grounded tools for self-diagnosis, psychological self-help, and rapid recovery following extreme workloads.

Materials and Methods. To achieve this objective, international and domestic experience in the treatment of chronic distress under conditions of armed conflict and emergencies was analyzed. A content analysis of contemporary scientific literature published between 2022 and 2026 and indexed in Scopus, Web of Science, and PubMed was conducted. The study employed bibliosemantic methods and systematic analysis. The research was conducted as a private initiative of the authors, without grant funding or official state registration of the research topic.

Research Ethics. The study was conducted without the involvement of human participants or animals and therefore did not require approval from an ethics committee.

Results. The article presents a system of early burnout markers, an adapted rapid diagnostic algorithm, and practical protocols for quick recovery after exhausting 24-hour shifts. Particular attention is paid to methods of tactical conflict de-escalation and the prevention of "survivor guilt" syndrome.

Conclusions. A systemic solution to the problem of burnout is possible only through a shift from individual coping strategies to large-scale organizational changes at the management level of emergency medical services, including the optimization of work schedules, the implementation of mandatory debriefings, and the improvement of rest conditions between calls.

Keywords: emergency medicine, paramedic, emergency medical services, professional burnout, martial law, psychological self-help, de-escalation.

Контактна інформація: Дубівська Світлана Станіславівна —
доктор медичних наук, професор, професор кафедри екстреної та невідкладної медичної допомоги, ортопедії, травматології та протезування Харківського національного медичного університету
ХНМУ, 4, пр. Науки, м. Харків, 61022, Україна.
E -mail: ss.dubivska@knmu.edu.ua

Стаття надійшла до редакції 09.04.2026 р.