

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ім. М. І. ПИРОГОВА**

Навчально-науковий Інститут громадського здоров'я, біології,
контролю та профілактики хвороб
Кафедра менеджменту та маркетингу

УДК 159.9:616-051

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему:

**«ВПЛИВ СТРЕСУ ТА ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ НА
ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОНАННЯ СЛУЖБОВИХ ОBOB'ЯЗКІВ
МЕДИЧНИМ ПЕРСОНАЛОМ ТА ШЛЯХИ ЇХ ВИРІШЕННЯ»**

Здобувач другого (магістерського) рівня
вищої освіти 2 курсу
заочної форми навчання
спеціальності 073 «Менеджмент»
ОПП «Менеджмент в охороні здоров'я»

Григорій БОГУШ

Науковий керівник:
д.е.н., в.о. завідувача кафедри
менеджменту та маркетингу

Юлія ГОЛОВЧУК

АНОТАЦІЯ

Кваліфікаційна робота присвячена вивченню впливу професійного стресу та емоційного вигорання на якість і ефективність виконання службових обов'язків медичним персоналом, який працює в умовах підвищеного психоемоційного навантаження. Актуальність теми обумовлена зростанням інтенсивності роботи медичного персоналу та стратегічною роллю їх діяльності в умовах збройного конфлікту, де професійне вигорання безпосередньо впливає на якість надання медичної допомоги та збереження життя захисників України.

У роботі проведено теоретичний аналіз понять «стрес», «емоційне вигорання» та «професійне вигорання», а також визначено ключові фактори їх виникнення серед медичного персоналу. Досліджено вплив цих станів на результативність виконання професійних обов'язків.

Практична частина ґрунтується на аналізі діяльності Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону та опитуванні його медичного персоналу. Виявлено особливості прояву стресу та професійного вигорання залежно від категорії медичного персоналу, їх віку та статі. На основі отриманих результатів запропоновано стратегії мінімізації негативного впливу стресових чинників і профілактики професійного вигорання.

Практичне значення результатів полягає у можливості застосування розроблених рекомендацій для вдосконалення кадрової політики та психологічного забезпечення медичних працівників, що сприятиме зменшенню рівня стресу й підвищенню ефективності надання медичної допомоги військовослужбовцям. Запропоновані заходи можуть бути адаптовані для інших закладів охорони здоров'я з урахуванням їх специфіки. Отримані результати створюють підґрунтя для подальших досліджень у сфері професійного здоров'я медичного персоналу.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВПЛИВУ СТРЕСУ ТА ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ НА ДІЯЛЬНІСТЬ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ.....	7
1.1. Теоретичні підходи до визначення стресу та емоційного вигорання.....	7
1.2. Фактори, що сприяють розвитку стресу та емоційного вигорання у медичного персоналу.....	13
1.3. Вплив стресу та емоційного вигорання на ефективність виконання службових обов’язків медичним персоналом.....	20
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ВПЛИВУ СТРЕСУ ТА ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ НА МЕДИЧНИЙ ПЕРСОНАЛ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОГО КЛІНІЧНОГО ЦЕНТРУ ЦЕНТРАЛЬНОГО РЕГІОНУ.....	25
2.1. Організаційно-економічна характеристика Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону.....	25
2.2. Організація та методика дослідження рівня стресу і емоційного вигорання серед медичних працівників Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону.....	33
2.3. Аналіз результатів дослідження та оцінка впливу стресу й емоційного вигорання на ефективність професійної діяльності.....	36
РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ ПОДОЛАННЯ СТРЕСУ ТА ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ.....	48
3.1. Управлінські рішення щодо формування здорового психологічного клімату у колективі Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону.....	48
3.2. Розроблення та впровадження програм підтримки ментального здоров’я медичного персоналу у закладі охорони здоров’я.....	56
3.3. Рекомендації щодо підвищення стресостійкості та емоційного благополуччя медичного персоналу у Військово-медичному клінічному центрі Центрального регіону.....	61
ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ.....	67
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	69
ДОДАТКИ.....	77

ВСТУП

Актуальність теми. Вплив стресу й емоційного вигорання на ефективність виконання службових обов'язків медичним персоналом має колосальне значення в сфері охорони здоров'я, оскільки ці чинники можуть значно знижувати працездатність, впливати на якість надання медичної допомоги та безпеку пацієнтів. Ця проблематика відображається на ключових рівнях: професійне вигорання безпосередньо впливає на стан здоров'я всіх категорій медичного персоналу, спричиняє появу професійних помилок та призводить до зниження якості надання медичної допомоги, що, в свою чергу, негативно віддзеркалюється на іміджі закладів охорони здоров'я. Тому розробка стратегій мінімізації негативних наслідків стресу та професійного вигорання є критично важливими для підтримки кадрового потенціалу галузі охорони здоров'я.

Гіпотеза дослідження. Існує думка, що стрес на робочому місці та професійне вигорання працівників сфери охорони здоров'я можна попереджати шляхом розроблення та застосування стратегій мінімізації вказаних негативних станів з урахуванням рівня ризику розвитку професійного вигорання, категорії медичного персоналу, вікових та статевих їх особливостей.

Метою дослідження є визначення особливостей рівнів стресу та професійного вигорання у різних категорій медичного персоналу та запропонувати стратегії задля збереження та зміцнення їх психологічного здоров'я, а також розробити практичні рекомендації щодо мінімізації негативних наслідків та психологічної підтримки.

Для досягнення поставленої мети слід виконати наступні *завдання дослідження*:

- проаналізувати теоретичні підходи до визначення стресу та емоційного вигорання;

- розглянути фактори, що сприяють розвитку стресу та емоційного вигорання у медичного персоналу;
- вивчити особливості впливу стресу та емоційного вигорання на ефективність виконання службових обов’язків медичним персоналом;
- дослідити організаційно-економічну характеристику Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону;
- запропонувати методи визначення рівня стресу та професійного вигорання серед медичних працівників Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону;
- здійснити комплексний аналіз результатів дослідження та оцінити вплив стресу та емоційного вигорання на ефективність професійної діяльності медичного персоналу;
- розробити стратегії подолання стресу та професійного вигорання у медичного персоналу.

Предметом дослідження – є сукупність факторів ризику розвитку професійного вигорання, що впливають на ефективність виконання службових обов’язків медичним персоналом в умовах Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону.

Об’єкт дослідження – професійна діяльність медичного персоналу та їх професійно-психологічні особливості в умовах підвищеного стресового навантаження.

Під час виконання роботи застосовано комплекс загальнонаукових і спеціальних методів дослідження:

- метод системного аналізу – для розкриття змісту понять «стрес» та «емоційне вигорання»;
- системно-структурний метод – для комплексного вивчення процесу формування синдрому емоційного вигорання у медичного персоналу;
- метод експертних оцінок – для виявлення факторів, що впливають на формування синдрому емоційного вигорання у медичних працівників;
- метод соціального опитування та анкетування – для оцінки рівня стресу та професійного вигорання у медичного персоналу;

– математично-статистичний метод – для узагальнення отриманих результатів та розроблення рекомендацій.

Наукова новизна дослідження полягає у комплексному підході визначення рівнів стресу та професійного вигорання у медичного персоналу Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону в умовах воєнного стану та розробити стратегії мінімізації ризику розвитку зазначеного синдрому з урахуванням категорії медичного персоналу, віку та статі.

Практична цінність дослідження визначається можливістю використання її результатів Військово-медичного клінічного Центрального регіону з метою профілактики ризику розвитку синдрому професійного вигорання у медичного персоналу. Ідентифіковані кластери ризику дозволяють здійснювати ранню діагностику та цільову профілактику синдрому професійного вигорання, особливо в умовах воєнного стану. Розроблені загальні рекомендаційні стратегії та тактичні прийоми для окремих категорій медичного персоналу з урахуванням їх віку та статі можуть стати основою для прийняття певних управлінських рішень в закладах охорони здоров'я для підвищення професійної стійкості медичних працівників з метою підвищення якості надання медичної допомоги військовослужбовцям.

Апробація результатів дослідження відображена в основних положеннях тез доповіді в рамках науково-практичної конференції:

Богуш Г. Л., Коваль Н. В. Вплив стресу та емоційного вигорання медичного персоналу на ефективність виконання службових обов'язків та шляхи їх вирішення. Матеріали XXII Студентської наукової конференції з міжнародною участю «Перший крок в науку – 2025» 17-18 квітня 2025 року. Вінниця : Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова. 2025. С. 18-19.

Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків та пропозицій, списку використаних джерел, а також додатків. Загальний обсяг становить 68 сторінок, використано 62 інформаційних джерела.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВПЛИВУ СТРЕСУ ТА ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ НА ДІЯЛЬНІСТЬ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ

1.1. Теоретичні підходи до визначення стресу та емоційного вигорання

Сфера охорони здоров'я традиційно визнається однією з найбільш відповідальних та стратегічно значущих секторів національної безпеки, адже якість людського капіталу прямо залежить від ефективності надання медичної допомоги. У таких умовах медичний персонал виступає ключовим ресурсом, а збереження його професійного здоров'я стає особливо важливим. Робота лікарського, середнього та молодшого медичного персоналу характеризується низкою унікальних стресогенних факторів: необхідність швидкого та часто одноосібного прийняття рішень в умовах високої невизначеності, постійний контакт із фізичним болем та емоційними стражданнями пацієнтів, зіткнення зі смертю, а також значні фізичні та часові перевантаження, обумовлені інтенсивними робочими графіками та кадровим дефіцитом [49, с. 87-94]. Вплив цих факторів призводить до розвитку стресу та професійного вигорання [31, с. 468].

Стрес – це неспецифічна реакція організму на будь-яку пред'явлену вимогу, незалежно від її походження [17, с. 37-44]. Автор поняття «стрес» Ганс Сельє підкреслював, що це є фізіологічним феноменом, а не патологічною реакцією організму. Однак дещо пізніше деякі автори [13, с. 456] змінили поняття стресу на «стосунки між людиною та середовищем, які оцінюються як особистісно значущі та такі, що виснажують або перевищують ресурси для подолання», наголошуючи, таким чином, що стрес не створює ні сама людина, ні середовище, а складна взаємодія між ними.

Професійні вимоги до медичних працівників включають необхідність швидкого та точного прийняття клінічних рішень, підтримання високої функціональної готовності, а також самоконтроль та фізичних, емоційну та

інтелектуальну віддачу [42, с. 145-149]. Постійна необхідність працювати в режимі інтенсивного психологічного та інтелектуального напруження створює високостресогенне робоче середовище [55, с. 53-62]. На початкових стадіях стресу функціональні резерви організму активно використовуються і навіть можуть короткочасно зростати, дозволяючи людині успішно адаптуватися до виклику, загострюючи увагу, пам'ять та фізичну витривалість [32, с. 19-28]. Проте, якщо стресовий вплив є тривалим і надмірним, він призводить до виснаження цих резервів, зниження імунітету, погіршення когнітивних функцій та розвитку асоційованих зі стресом захворювань [33, с. 21-27; 43, с. 301-308; 44, с. 27-35].

Петрушенко В.В. у своїй роботі зосередила увагу на вивченні мотиваційно-ціннісного ставлення правників до професійної діяльності та рівня їх суб'єктивної задоволеності на різних етапах кар'єрного розвитку. Результати дослідження показали, що на початку професійного шляху таке ставлення ще не набуває достатньої визначеності. Із накопиченням досвіду та професійним зростанням воно поступово трансформується та вдосконалюється. Узагальнюючи отримані дані, автор робить висновок про багатокomпонентний характер мотивації правника, що формується під впливом різнорівневих мотивів, які з часом впорядковуються та складають цілісну систему професійної мотивації [45, с. 225-232].

Сергета І.В. та співавтори підкреслюють, що у період воєнного стану особливої ваги набуває сучасна військова техніка, зокрема безпілотні літальні апарати (БпЛА). Під час виконання бойових місій оператори БпЛА піддаються інтенсивному стресовому навантаженню, яке може спричиняти розвиток стрес-асоційованих захворювань. Це зумовлює необхідність ґрунтовного аналізу того, як такі патологічні стани впливають на їх психофізіологічний функціонал. У своїх дослідженнях автори визначили характерні особливості та закономірності впливу хвороб органів травлення, пов'язаних зі стресом, на психофізіологічні показники операторів БпЛА [44, с. 27-35].

Головчук Ю.О., Паламаренко Я.В., Рисинець Т.П. та Герасимюк К.Х. у своїх дослідженнях наголошують на зростаючому значенні психологічної стійкості персоналу в умовах інтенсивних організаційних змін та підвищеної невизначеності. Науковці підкреслюють, що емоційна стабільність, адаптивність, стресостійкість, здатність до самомотивації та розвиток соціальної компетентності є фундаментальними складовими ефективної професійної діяльності та корпоративної безпеки. Вони обґрунтовують необхідність застосування комплексних діагностичних і корекційних підходів, спрямованих на виявлення дестабілізуючих чинників та формування індивідуальних стратегій підтримки персоналу. Результати їх праць сприяють глибшому розумінню процесів адаптації працівників до трансформаційних викликів та можуть бути використані управлінцями й організаційними психологами для підвищення стійкості, ефективності та конкурентоспроможності сучасних організацій [29, с. 28-36].

Карамушка Т.В. та Карамушка Л.М. наголошують, що в умовах воєнних дій робота персоналу реабілітаційних центрів для поранених військовослужбовців відзначається високою складністю та значним емоційним напруженням. Це стосується усіх категорій працівників – від молодшого та середнього медичного персоналу до фізичних терапевтів, фахівців з реабілітаційної медицини, психологів, соціальних працівників та керівників підрозділів. Такі навантаження сприяють формуванню професійного вигорання, що актуалізує потребу у врахуванні різноманітних персональних характеристик у процесі профілактики та подолання цього явища. Дослідники зосередили увагу на тому, як освітньо-професійні особливості працівників впливають на рівень прояву професійного вигорання серед персоналу реабілітаційних центрів для поранених військових [35, с. 20-31].

Тривалий стрес, який не можна компенсувати протягом періоду відпочинку, може призводити до більш складних розладів, наприклад, до емоційного та професійного вигорання [54].

Емоційне вигорання – це синдром фізичного та психічного виснаження, що виникає як наслідок тривалого впливу надмірного робочого навантаження, завищених внутрішніх вимог та хронічного стресу [14, с. 63-74]. Це може проявлятися як у формі фізичної втоми, так і в почутті психологічної виснаженості. Типова модель емоційного вигорання відображена на рисунку 1.1.

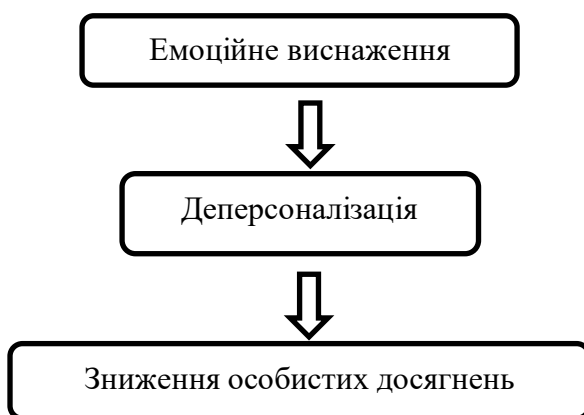


Рис. 1.1. Модель емоційного вигорання.

Джерело: сформовано автором за даними [15, с. 99-113]

Модель професійного вигорання, розроблена Христиною Маслач та Сьюзен Джексон, описує цей синдром як тривимірний конструкт, що розвивається під впливом хронічного стресу на робочому місці. Цей процес починається з емоційного виснаження, яке є центральним компонентом і проявляється в відчутті спустошеності, перевантаження та крайньої втоми. Людина почувається, як «вичавлений лимон», втрачає енергію та здатність віддано працювати, а ресурси для співпереживання та емпатії вичерпуються. Наступний вимір – деперсоналізація (або цинізм) – відображає негативну, байдужу чи навіть цинічну реакцію на пацієнтів чи колег. Це є спробою емоційно дистанціюватися від роботи та людей, з якими доводиться взаємодіяти, щоб захиститися від подальшого виснаження; людина починає ставитися до інших, як до об'єктів, а не як до особистостей. Третій компонент – зниження особистих досягнень (або редукція професійних досягнень) – є відчуттям неефективності та некомпетентності у своїй роботі. Працівник

починає негативно оцінювати свої успіхи, відчувати втрату професійної майстерності, применшувати значущість своєї діяльності та сумніватися у власній цінності, що призводить до падіння мотивації та продуктивності. Таким чином, вигорання за наведеною моделлю – це поступовий перехід від надмірної залученості та ідеалізму до виснаження, цинізму та, врешті-решт, відчуття професійної неспроможності.

Сучасна наукова література [54] пропонує розглядати поняття не «емоційне вигорання», а «професійне вигорання», особливо у сфері медичної сфери діяльності. Професійне вигорання – це синдром, що виникає внаслідок хронічного стресу на робочому місці, з яким не вдалося впоратися. Це тривимірний психологічний синдром, що виникає внаслідок хронічного некерованого стресу на робочому місці та маніфестує себе через виснаження енергії, розвиток негативістичного ставлення до професійних обов'язків (деперсоналізація) і зниження професійної ефективності [54].

Професійне вигорання є актуальною та поширеною проблемою сьогодення. Точної статистики немає, однак за даними Центру громадського здоров'я України [62], близько 5-7% населення у світі мають прояви вигорання. Цей стан поширений в усьому світі та не є унікальним явищем для нашого часу. Медичний персонал посідає перше місце серед різних спеціальностей з високим ризиком вигорання. Деякі автори [51, с. 29-33] у своїх дослідженнях зазначають, що від 25% до 75% медичного персоналу у світі стикається з розвитком синдрому професійного вигорання.

У розвитку професійного вигорання мають місце три ключові складові: несприятливі умови праці, індивідуальні особливості людини та відсутність належної підтримки ззовні [62]. Сьогодні в Україні додався ще один вагомий фактор – це війна – саме той фактор, що змушує медичний персонал, а особливо військовий, виконувати службові обов'язки понаднормово, оскільки інтенсивність робочого навантаження зросла в рази [62]. Крім того, робота ускладнюється тим, що змінюється структура санітарних втрат – збільшується кількість поранених та травмованих військовослужбовців, які мають

обмеження у повсякденному функціонуванні та постійно потребують сторонньої допомоги.

Важливо пам'ятати, що вигорання не є проблемою окремого медичного працівника [62]. Воно впливає на пацієнтів, заклад охорони здоров'я і всю галузь охорони здоров'я. У медичних закладах погіршується якість надання медичної допомоги та зростає кількість лікарських помилок, припиняється професійний розвиток медичного персоналу [8], порушуються взаємовідносини у трудовому колективі. Проблема професійного вигорання негативно впливає на загальну організаційну культуру закладу охорони здоров'я та моральний дух медичної спільноти, порушує ефективність розподілу ресурсів, підриває довіру громадськості до системи охорони здоров'я загалом [55, с. 53-62].

Отже, у результаті аналізу теоретичних підходів встановлено, що стрес і емоційне вигорання є взаємопов'язаними психоемоційними станами, які виникають під впливом тривалих або надмірних професійних навантажень. Стрес розглядається як природна реакція організму на зовнішні та внутрішні подразники, однак його хронічний перебіг стає ключовим чинником формування синдрому емоційного вигорання. Емоційне вигорання, у свою чергу, визначається як багатовимірний стан фізичного, психічного та емоційного виснаження, що проявляється у зниженні професійної мотивації, емоційній відстороненості та зниженні здатності ефективно виконувати службові обов'язки.

Різні наукові підходи підкреслюють багатофакторну природу цих явищ та залежність їх розвитку від індивідуальних, організаційних і соціальних умов. Узагальнення теоретичних положень дозволяє зробити висновок, що своєчасне розпізнавання симптомів стресу та вигорання є важливою передумовою профілактики професійної деструкції, підтримання психологічного благополуччя працівників і забезпечення стабільної ефективності професійної діяльності.

1.2. Фактори, що сприяють розвитку стресу та емоційного вигорання у медичного персоналу

Синдром емоційного вигорання є комплексним процесом, спричиненим значною мірою професійними обов'язками, такими як перевантаження без відпочинку, брак соціальної взаємодії, проблеми у стосунках із близькими, надмірна кількість відповідальності та недостатній сон [23, с. 28-33]. Крім того, синдром емоційного вигорання посилюється певними рисами характеру, зокрема перфекціонізмом, песимізмом, прагненням тотального контролю та небажанням делегувати [48, с. 145].

Окремі дослідники [16] виділяють 3 основні групи факторів синдрому емоційного вигорання: особистісний, рольовий та організаційний.

Особистісні фактори включають внутрішні особливості, які підвищують вразливість до вигорання: схильність до інтроверсії, висока реактивність, неадекватно низька або надмірно висока емпатія, жорсткість та авторитарність, а також низька самооцінка [16].

Рольові фактори пов'язані з позицією індивіда у професійній структурі, охоплюючи рольовий конфлікт, рольову невизначеність, незадоволеність професійним зростанням, низький соціальний статус та неприйняття референтною групою. Особливо ризик вигорання зростає при нечіткій або нерівномірно розподіленій відповідальності, а також за відсутності узгодженості спільних зусиль та інтеграції дій [16].

Організаційні фактори стосуються робочого середовища: перенавантаження, дефіцит часу, брак соціальної підтримки від колег і керівництва, неможливість впливати на рішення, двозначні вимоги, монотонна та безперспективна діяльність, нераціональна організація праці та відсутність відпочинку поза роботою. Власне організаційне середовище також може запобігати або сповільнювати розвиток емоційного вигорання [16]. Ключові організаційні ресурси включають досягнення балансу між професійним та особистим життям, наявність змістовної роботи, підтримка позитивної

культури на робочому місці та якісні стосунки як із колегами, так і з керівництвом [20].

Професійне вигорання є багатофакторною проблемою саме в медичному середовищі, спричиненою складною взаємодією індивідуальних, організаційних та міжособистісних чинників [35, с. 20-31]. Серед організаційних факторів ключову роль відіграє надмірне робоче навантаження та тривалість робочого часу, включаючи часті нічні зміни та чергування, які призводять до хронічної втоми та порушення циркадних ритмів [32, с. 21-27]. Недостатність кадрового забезпечення посилює це навантаження, змушуючи медичний персонал виконувати більший обсяг завдань, що безпосередньо корелює з підвищеним емоційним виснаженням. Критичним фактором є відсутність балансу між робочим та особистим життям, коли вимоги медичної професії повністю поглинають особистий час та ресурси відновлення. Крім того, на рівні організації ризик зростає через бюрократичний тягар – значний обсяг адміністративної та непрямой роботи, яка відволікає від основної клінічної діяльності та викликає відчуття безглуздості. Відсутність або обмеженість автономії в прийнятті рішень, а також недостатній контроль над робочим процесом можуть призводити до відчуття безсилля та деперсоналізації. Якість організаційної культури та міжособистісних стосунків також є значущою: конфлікти з колегами чи керівництвом, недостатня соціальна підтримка та відсутність визнання чи справедливої винагороди за роботу підривають мотивацію та посилюють цинізм серед медичного персоналу [35, с. 20-31].

До індивідуальних факторів ризику розвитку професійного вигорання в медичній сфері належать певні особистісні риси, такі як високий перфекціонізм, що встановлює нереалістичні стандарти та робить працівника вразливим до почуття невдачі. Високий невротизм та низька стійкість (резилієнтність) [55, с. 66-72] зменшують здатність ефективно справлятися зі стресом. Медичні працівники часто мають високий рівень емпатії та відповідальності, що є необхідним для професії, але водночас робить їх

схильними до вторинної травматизації та «співчутливої втоми» через постійний контакт із горем, стражданням і смертю [35, с. 20-31]. Деадаптивні стратегії подолання стресу, такі як уникнення, заперечення або вживання психоактивних речовин, лише маскують проблему, а не вирішують її.

На будь-який зовнішній агент, що порушує функціонування організму, формується захисна реакція. Тому деякі автори [19, с. 2156] виокремлюють ще один захисний фактор – емоційний інтелект. Метааналіз, проведений деякими науковцями [11, с. 2471-2478], підкреслює захисну роль високого емоційного інтелекту проти ризику професійного вигорання. Подібні позитивні ефекти спостерігаються і для інших індивідуальних ресурсів, включаючи усвідомленість, ефективні стратегії управління стресом, навички тайм-менеджменту та практики самодопомоги [28].

Серед усіх згаданих факторів емоційний інтелект посідає особливе місце. Він не лише захищає від вигорання, але й істотно позитивно впливає на загальне самопочуття та сприяє розумному використанню навичок управління стресом [38, с. 32-36]. З огляду на це, емоційний інтелект є предметом постійних наукових дискусій і досліджень, особливо щодо індивідуальної здатності адаптуватися та досягати успіху в соціальному середовищі [19, с. 2156].

Емоційний інтелект може бути визначений як сукупність здібностей або особистісних рис, що відображають здатність людини розуміти, виражати та ефективно регулювати як власні емоції, так і емоції інших людей [21, с. 100339]. Дослідження показують, що особи, які здатні чітко переживати та ефективно обробляти емоції, краще використовують стратегії для регулювання свого настрою. Ці навички є корисними не лише на індивідуальному рівні, але й покращують міжособистісні стосунки [50, с. 102-107]. Впровадження ефективного управління емоціями робить взаємодію більш емпатичною [19, с. 2156].

Літературні джерела вказують на те, що особи, які можуть чітко відчувати та ефективно обробляти власні емоції, краще використовують

стратегії регулювання настрою. Більше того, ці навички не обмежуються особистим застосуванням, а поширюються і на міжособистісні стосунки. Коли люди застосовують управління емоціями, їхня взаємодія стає більш емпатичною. Існує модель, яка дає зрозуміти, що емоційний інтелект охоплює 5 ключових рис особистості. Дана інформація відображена в таблиці 1.1.

Таблиця 1.1

Основні компоненти емоційного інтелекту та їх роль

Особистісні риси	Роль особистісних рис
Самосвідомість	Відображає здатність людини розпізнавати власні емоції, а також вплив цих емоцій на інших людей
Самокерування (або саморегуляція)	Передбачає розпізнавання негативних емоцій, а також контроль та спрямування їх на більш продуктивну мету
Внутрішня мотивація	Відображає схильність керуватися цінностями та пристрастю, а не лише зовнішньою винагородою
Соціальна свідомість	Включає здатність керувати та спрямовувати стосунки з іншими
Емпатія	Відображає здатність розуміти та розділяти почуття інших

Джерело: побудовано за даними [19, с. 2156]

Варто зазначити, що деякі науковці [25, с. 51-53] серед стресових факторів, що найбільше впливають на медичний персонал, виділяють такі: контакт з пацієнтами та їх родичами; нерегулярний режим роботи, що негативно впливає на адаптаційні можливості організму; постійний контакт з проблемами та болем інших людей, що супроводжується негативними емоціями, що несуть негативну енергетику; суворі вимоги до професійної компетентності лікаря; відповідальність за життя та здоров'я інших; робоче середовище; заробітна плата лікарів та медсестер тощо.

Сучасні дослідження психологічного стану здоров'я, виділяють наступні ситуації, які можуть мати стресовий характер: шкідливе середовище, потреба в прискореній обробці інформації, свідомо загроза; порушення фізіологічних функцій (внаслідок хвороби, безсоння), обмеження волі, ізоляція, груповий тиск, остракізм (переслідування), прояв безсилля, нездатність змінити ситуацію, необхідність особливо відповідальних рішень, швидка зміна стратегії поведінки або відсутність контролю над подіями [35, с. 20-31]. Крім того, до факторів, що можуть спричинити розвиток професійного вигорання

належать: низький рівень матеріальної мотивації [6], стресовий характер професійного спілкування, невдоволення умовами праці на робочому місці, стать (частіше жінки), діяльність (частіше психіатри, хірурги), рівень особистісної тривожності та рівень стійкості до стресу [18, с. 184-188].

Серед причин професійного стресу та професійного вигорання більшість науковців відзначають специфіку діяльності, безпосереднє оточення та індивідуально-особистісні особливості медичних фахівців. Сучасні науковці вважають вузьку спеціалізацію діяльності [18, с. 184-188; 19, с. 2156].

Для об'єктивності можна виявити стресові фактори, що впливають на медичних працівників, шляхом аналізу домінантних видів діяльності, особистісних якостей, інтересів та схильностей, що перешкоджають успішній професійній діяльності. Достатньо провести аналіз робіт, присвячених психографічному опису медичних професій, або аналіз професійного генезису медичних працівників. [47, с. 140-150].

Дослідження окремих авторів [18, с. 184-188] показують, що психологічна негнучкість та труднощі з емоційною регуляцією можуть бути критичними факторами, що впливають на рівень сприйнятого стресу. Працівники, які мали проблеми з регулюванням емоцій, були більш схильні до психологічної негнучкості, що, своєю чергою, посилювало сприйняття стресу. Тому для медичних працівників, як зазначають сучасні дослідники [19, с. 2156], очікується, що покращення навичок емоційного інтелекту повинно призводити до кращої комунікації та підвищеної емпатії до пацієнтів та їх родин, сприяючи кращим терапевтичним взаєминам. Проте залишається спірним питання про те, наскільки ці розвинені емоційні навички є ефективними для відтермінування чи запобігання наслідкам хронічного професійного стресу при їх застосуванні до самого себе. Здатність людини до саморегуляції емоцій може також залежати від зовнішніх чинників, таких як стиль керівництва, робоче навантаження та схильність до страждань тощо [18, с. 184-188].

Навантаження, з яким стикається військовий медичний персонал, є унікально інтенсивним і додає кілька шарів до загальних факторів ризику. Найбільш очевидним є безпосередній вплив бойових дій та екстремально високий рівень небезпеки, що створює постійний фон гострого та хронічного стресу. Робота часто відбувається в умовах обмежених ресурсів (сил, засобів, часу) та критичної нестачі сну і відпочинку, що значно погіршує когнітивні функції та здатність до прийняття рішень. Характер травм, з якими доводиться працювати військовому медичному персоналу, часто є важким та множинним, що викликає високе емоційне навантаження та посилює ризик травматичної втоми та розвитку посттравматичного стресового розладу [22, с. 8-17]. Крім того, існує моральний та етичний дистрес, пов'язаний із необхідністю пріоритетизації надання медичної допомоги, неминучою втратою пацієнтів та необхідністю балансувати між роллю медика та роллю військовослужбовця. Додатковий тиск створює відсутність чіткої межі між робочим місцем і безпечним простором, оскільки військовий медик функціонує в зоні бойових дій, де відсутня звична організаційна підтримка і соціальні механізми відновлення. Таке комплексне та пролонговане експонування травматичним подіям у поєднанні з фізичним виснаженням та організаційною непередбачуваністю робить військовий медичний персонал однією з найбільш вразливих груп до розвитку важкого професійного вигорання та його наслідків [37, с. 282].

Незважаючи на значну увагу, приділену дослідженню професійного вигорання серед медичного персоналу, поточна наукова література стикається з низкою методологічних та концептуальних обмежень, які не дозволяють сформувати цілісну картину цього явища. Основна невизначеність у сучасній науковій літературі полягає у неповному розумінні складної та багатовимірної взаємодії між різними факторами ризику та захисними ресурсами, зокрема емоційним інтелектом, у процесі розвитку професійного вигорання. Так, емоційний інтелект визнано потужним особистісним ресурсом, механізми, через які він модулює вплив робочих вимог або посилює стійкість працівника,

залишаються недостатньо деталізованими. Дослідження часто є перехресними, що ускладнює встановлення причинно-наслідкових зв'язків та динаміки змін цих факторів у часі.

Така концептуальна невизначеність безпосередньо призводить до другої, практичної прогалини: обмеженості науково обґрунтованих, валідизованих та контекстуально адаптованих стратегій захисту від факторів ризику. Існуючі втручання часто є загальними або зосереджуються лише на індивідуальних навичках, ігноруючи необхідність системних змін на рівні організації. Таким чином, існує нагальна потреба не лише у розробці комплексних інтервенцій, які одночасно працюють із особистими ресурсами та організаційними вимогами, але й у науковій перевірці їх ефективності саме у клінічному середовищі. Подолання цих невизначеностей є ключовим для створення ефективних програм запобігання професійному вигоранню та підтримки ментального здоров'я медичного персоналу.

Отже, узагальнення теоретичних та практичних даних свідчить, що розвиток стресу й емоційного вигорання у медичного персоналу зумовлений сукупністю організаційних, професійних та особистісних факторів. Найбільший вплив мають високий рівень робочого навантаження, дефіцит часу, емоційно напружена взаємодія з пацієнтами та складність клінічних випадків. Важливе значення мають також неефективна організація праці, недостатня підтримка з боку керівництва, конфліктні ситуації в колективі та обмежені можливості для професійного розвитку.

Особистісні характеристики працівників, рівень їхньої стресостійкості, емоційної регуляції та мотивації визначають індивідуальну схильність до вигорання. Аналіз факторів дозволяє зробити висновок, що підвищений ризик стресу й вигорання виникає через поєднання зовнішніх умов та внутрішніх ресурсів працівника. Розуміння цих взаємозв'язків є основою для формування ефективних програм профілактики та підтримки психоемоційного стану медичного персоналу.

1.3. Вплив стресу та емоційного вигорання на ефективність виконання службових обов'язків медичним персоналом

Професійне вигорання серед медичних працівників серйозно підриває якість надання медичної допомоги, негативно впливаючи як на ментальне здоров'я пацієнтів, так і на результати роботи сфери охорони здоров'я загалом. Коли медичні працівники відчують вигорання, вони страждають від фізичного та емоційного виснаження, почуття ізоляції та відчуття невдачі, що призводить до психічних зривів, які знижують їх працездатність. Дослідження показують [10, с. 22-28], що медичні працівники, які стикаються з вигоранням, можуть емоційно дистанціюватися від своїх пацієнтів, що ускладнює адекватне реагування на їх потреби. Таке відчуження може призвести до обмеженого спілкування та негативно вплинути на якість стосунків з пацієнтами, що, у свою чергу, сприяє почуттю розчарування та тривоги у них. Крім того, професійне вигорання може сприяти збільшенню кількості лікарських помилок в процесі діагностики та лікування.

Так, деякі науковці [12, с. 2706-2710] зазначають, що фізична та емоційна втома, яку відчують медичні працівники, перешкоджає їх здатності ефективно виконувати поставлені завдання. Це може призвести до серйозних наслідків для стану здоров'я пацієнтів, включаючи затримку процесу одужання або погіршення їх стану в цілому. А такий ефект має здатність віддзеркалюватися і на фінансуванні сфери охорони здоров'я, оскільки може продовжуватися термін перебування пацієнта в стаціонарі [30]. Крім того, вигорання може викликати у пацієнтів відчуття, ніби вони не отримують необхідної допомоги, що підриває їх довіру до системи охорони здоров'я загалом.

Отже, стрес та професійне вигорання не лише ставить під загрозу благополуччя медичних працівників, але й запускає негативне коло, яке знижує якість надання медичної допомоги та негативно впливає на стан здоров'я пацієнтів [12, с. 2706-2710].

Деякі автори [35, с. 20-31] припускають, що умови праці та підтримка колег мають вирішальне значення для

«пом'якшення» синдрому емоційного вигорання. Це, у свою чергу, впливає на здатність медичного персоналу надавати якісну медичну допомогу своїм пацієнтам.

Так, дослідження відомих науковців [21, с. 100339] підкреслюють зв'язок між моральною стійкістю та професійним вигоранням, демонструючи, що зниження моральної стійкості через емоційне виснаження негативно впливає на якість надання медичних послуг, особливо в операційних. Виходячи із вище сказаного, варто підкреслити важливість підтримки всіх категорій медичного персоналу для забезпечення належного догляду за пацієнтами [52, с. 166-170].

На організаційному рівні наслідки емоційного вигорання включають значне зниження продуктивності праці медичного персоналу, оскільки постійна втома та емоційна спустошеність ускладнюють виконання навіть рутинних завдань [35, с. 20-31]. Це викликає зростання абсентеїзму та, що особливо критично, збільшення плинності кадрів, оскільки кваліфіковані фахівці шукають менш стресові умови праці, залишаючи систему охорони здоров'я [39, с. 21-28]. Плинність кадрів вимагає постійного найму та навчання нових співробітників, що є значним економічним тягарем для медичних закладів і створює додаткове навантаження на персонал, що залишився [45, с. 225-232]. Це погіршує моральний клімат у колективі та знижує загальну згуртованість медичної команди, що є життєво необхідною, особливо в умовах надання невідкладної медичної допомоги.

На рівні взаємодії із пацієнтами та їхніми родинами, вигорання проявляється у зміні комунікативної поведінки персоналу. Знижується рівень емпатії та співчуття, що призводить до деперсоналізації в роботі [14, с. 63-74]. Лікарі та медсестри можуть стати цинічними, дратівливими, нетерплячими або відстороненими під час спілкування, що підриває довіру пацієнта до лікаря та заважає ефективній співпраці у процесі лікування. Пацієнти, які відчувають

брак уваги та зацікавленості, частіше висловлюють скарги на якість обслуговування, що посилює юридичні та репутаційні ризики для медичного закладу [27, с. 220-223].

Щодо самого персоналу, тривалий стрес і емоційне вигорання можуть спричинити серйозні проблеми зі здоров'ям, включаючи підвищений ризик серцево-судинних захворювань, розладів сну, ослаблення імунної системи та психічних розладів, зокрема депресії та тривожності [34, с. 292]. У окремих випадках, для боротьби з емоційним дискомфортом, може зростати ризик зловживання психоактивними речовинами або алкоголем. Це створює пряму загрозу як для особистого життя фахівців, так і для їхньої професійної придатності [51, с. 29-33].

Вигорання серед медичних працівників суттєво впливає на якість життя пацієнтів, впливаючи як на отриману ними допомогу, так і на загальний досвід перебування в закладі охорони здоров'я. Через вигорання медичні працівники, як правило, менш дотримуються вимог щодо кількох факторів, що сприяють якості медичного обслуговування, включаючи дотримання гігієни рук [41, с. 488]. Дослідження показали, що медичні працівники, які відчувають вигорання, часто емоційно дистанціюються від своїх пацієнтів, що негативно впливає на емпатію та якість спілкування, що може призвести до переживань, що викликають тривогу та розчарування у пацієнтів [12, с. 2706-2710]. Відчуття нехтування та відчуженості з боку медичних працівників створює прогалини в емпатії та увазі до потреб пацієнтів, що потенційно шкодить їх емоційному та психологічному благополуччю [53, с. 220]. Крім того, вигорання серед медичних працівників може зменшити їх здатність надавати комплексну та ефективну медичну допомогу, що особливо важливо для пацієнтів із гострими станами чи травмами [35, с. 20-31]. Також вкрай важливо, щоб пацієнти із серцево-судинними захворюваннями, які проходять численні процедури, отримували найвищий рівень догляду від медичних працівників, щоб оптимізувати якість свого життя. Однак, емоційне вигорання медичних працівників призводить до того, що пацієнти можуть відчувати

уповільнене одужання або навіть погіршення свого стану, водночас негативно позначається загальна якість отриманої ними медичної допомоги. Ця взаємодія підкреслює важливість надання підтримки медичного персоналу з метою забезпечення благополуччя, що безпосередньо впливає на якість життя пацієнтів та ефективність лікувально-діагностичних заходів [24, с. 18-19].

Розуміючи обтяжливі наслідки професійного вигорання медичного персоналу, доцільним є розглянути причини зазначеного синдрому з урахуванням того, що ці причини можуть формуватись в умовах закладу охорони здоров'я. Причини професійного вигорання медичного працівника та наслідки їх впливу знайшли відображення в таблиці 1.2.

Таблиця 1.2

Причини професійного вигорання медичного працівника та наслідки

Причини	Наслідки
Високі вимоги до медичного працівника, які не відповідають його реальним можливостям та навичкам	Відчуття неспроможності, самокритика та опір самореалізації
Обмеження свободи – надто суворі норми та заборони, встановлені владою або правилами закладу охорони здоров'я	Відчуття непотрібності, злості та безвідповідального ставлення до своїх обов'язків
Винагорода не відповідає очікуванням медичного працівника, який суб'єктивно оцінює свою працю та особистий внесок у спільну справу значно вище	Розчарування, образа, а також знецінення його професійної діяльності та діяльності закладу охорони здоров'я в цілому
Брак підтримки з боку колег, керівництва закладу охорони здоров'я та підлеглих	Відчуття ізоляваності та незрозумілості, йому важко спілкуватися та він чинить опір роботі в команді
Низький престиж на ринку праці	Відчуття відсутності визнання заслуг, приниження, цькування та дискримінація, з якими часто стикаються медичні фахівці, оскільки працюють у системі «особистого спілкування»
Конфлікт етики та протоколу/наказу	Відчуття невідповідності між морально-етичними принципами спеціаліста та завданнями, які він повинен виконувати в рамках своєї професійної діяльності

Джерело: побудовано за даними [16]

Таким чином, наведена таблиця ілюструє, як певні зовнішні та внутрішні чинники (організаційні обмеження, соціальна недооцінка, конфлікти цінностей, відсутність підтримки та несправедлива винагорода) призводять до

емоційного вигорання, демотивації та деструктивної поведінки медичних фахівців. Сукупність цих факторів негативно впливає на їх ментальне здоров'я та якість надання медичної допомоги в системі охорони здоров'я.

Якість життя пацієнтів безпосередньо пов'язана з якістю медичної допомоги, котра надається медичними працівниками. В стані фізичного чи емоційного виснаження здатність медичних працівників надавати якісну допомогу знижується, що негативно впливає на самопочуття пацієнтів. Медичний персонал, який страждає від виснаження, демонструє знижену емпатію та комунікативні навички, що ускладнює ефективну взаємодію з пацієнтами. Ця емоційна відчуженість призводить до зниження довіри пацієнтів до медичного персоналу, що призводить до емоційного стресу та тривоги, оскільки вони відчують, що не отримують необхідної уваги та підтримки [12, с. 2706-2710]. Психологічний стан пацієнтів, поряд з їх емоційним благополуччям, значною мірою залежить від якості отриманої ними медичної допомоги. В стані виснаження медичних працівників виникають труднощі у належному задоволенні потреб пацієнтів, що, в свою чергу, може уповільнити процес одужання та вплинути на якість їх життя.

Отже, психічне та професійне благополуччя медичного персоналу безпосередньо пов'язане з покращенням якості життя пацієнтів та підвищенням ефективності лікування та медичних процедур. За таких умов варто вибудувати стратегії мінімізації негативного впливу факторів, що призводять до розвитку професійного вигорання різних категорій медичного персоналу. Наукових досліджень, пов'язаних з поглибленим вивченням стресу та професійного вигорання у медичного персоналу є не так багато і вони не торкаються їх вирішення. Тому наукові дослідження, що проводяться в цьому напрямку, особливо серед медичного персоналу військово-медичних закладів, набувають першочергової важливості в умовах збройних конфліктів.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ ВПЛИВУ СТРЕСУ ТА ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ НА МЕДИЧНИЙ ПЕРСОНАЛ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОГО КЛІНІЧНОГО ЦЕНТРУ ЦЕНТРАЛЬНОГО РЕГІОНУ

2.1. Організаційно-економічна характеристика Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону

Військово-медичний клінічний центр Центрального регіону організовує та веде військове господарство відповідно до вимог Положення про військове (корабельне) господарство Збройних Сил України, затвердженого наказом Міністра оборони України від 16 липня 1997 року № 300 (зі змінами), зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 22 грудня 1997 року за № 615/2419 [5].

Військово-медичний клінічний центр Центрального регіону для виконання завдань у межах визначених повноважень має право [59]:

- здійснювати господарську діяльність відповідно до законодавства України після його реєстрації, у встановленому порядку, як суб'єкта господарської діяльності у Збройних Силах;
- від свого імені укладати договори (угоди), набувати майнових і особистих немайнових прав, нести обов'язки, бути позивачем і відповідачем у органах судової влади, як третя особа з усіма правами та обов'язками передбаченими законодавством України;
- ініціювати скликання нарад, утворювати комісії, робочі групи, проводити наукові конференції та семінари за напрямками діяльності; за дорученням командувача Медичних сил Збройних Сил України брати участь у перевірці органів військового управління, військових частин, закладів, установ і організацій Збройних Сил України з питань медичного забезпечення;
- забезпечувати через осіб уповноважених діяти від його імені, у тому числі через посадових (службових) осіб Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону та юридичної служби Медичних сил.

Військово-медичний клінічний центр Центрального регіону є військово-медичним закладом, що знаходиться у місті Вінниця та є однею з провідних закладів охорони здоров'я Міністерства оборони України. Військово-медичний клінічний центр Центрального регіону координує і забезпечує надання спеціалізованої медичної допомоги військовослужбовцям в межах Вінницької, Хмельницької та Кіровоградської областей. Крім того, Військово-медичний клінічний центр Центрального регіону – єдиний та головний в Збройних Силах України медичний заклад, що здійснює аеромедичну евакуацію та проводить стаціонарно лікарсько-льотну експертизу, медичну реабілітацію та відновлювальне лікування льотного складу [2; 34, с. 292; 40, с. 528].

Організаційна структура медичної частини Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону має ієрархічний характер. На чолі стоїть начальник Центру, у підпорядкуванні якого перебуває заступник з медичної частини. Медична діяльність поділяється на два основні напрями – терапевтичний та хірургічний, за які відповідають провідний терапевт і провідний хірург відповідно. Кожен із них координує роботу відповідних структурно-функціональних підрозділів свого профілю.

Фінансово-економічна діяльність закладу забезпечується відповідно до Правил організації фінансового забезпечення військових частин, установ та організацій Збройних Сил України та Державної спеціальної служби транспорту, затверджених наказом Міністерства оборони України від 22 травня 2017 року № 280 (у редакції наказу Міністерства оборони України від 25 січня 2023 року № 44) [4]. Рішення з соціально-економічних питань, що стосуються діяльності працівників Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону, приймаються начальником за участі трудового колективу і відображаються в колективному договорі [3].

Джерелами фінансування Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону є кошти Державного бюджету України, що виділяються Міністерству оборони України та надходять на утримання і забезпечення їх

діяльності, власні надходження від господарської діяльності, а також інші джерела, передбачені законодавством. Військово-медичний клінічний центр Центрального регіону є розпорядником коштів третього рівня, веде бухгалтерський облік згідно з вимогами національних положень (стандартів) у державному секторі, складає та подає у встановленому порядку фінансову та бюджетну звітність [9].

Фінансове забезпечення закладів охорони здоров'я є ключовим елементом, що передбачає надання необхідних фінансових ресурсів для повноцінної діяльності закладу охорони здоров'я, організації чи держави [1; 26]. Під фінансовими ресурсами розуміють сукупність грошових коштів, цінних паперів, матеріальних та нематеріальних активів, які можуть бути мобілізовані для задоволення наявних фінансових потреб [1, 30].

Військово-медичний клінічний центр Центрального регіону виконує вимоги законодавства про публічні закупівлі під час придбання товарів, робіт послуг та забезпечує цільове та ефективне використання коштів державного бюджету. Платні медичні та інші послуги надаються Військово-медичним клінічним центром Центрального регіону у встановленому законодавством порядку. Доходи неприбуткової організації використовуються виключно для фінансування видатків на утримання такої неприбуткової організації. реалізації мети (цілей, завдань) та напрямів діяльності, визначених її установчими документами [27, с. 220-223]. Військово-медичний клінічний центр Центрального регіону є суб'єктом господарської діяльності. Відповідно до вимог чинного законодавства йому відкриваються дозволені види господарської діяльності.

Окремі фінансові показники Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону, які відображаються на Опендатабот [61], узагальнено представляють його доходи та витрати. Показник «Виторг» (або «Дохід») демонструє суму отриманих закладом коштів за звітний період, які переважно складаються з бюджетного фінансування від Міністерства оборони.

Важливо зазначити, що фінансова інформація, представлена на даному сайті, може бути неповною або неактуальною у повному обсязі, оскільки в умовах воєнного стану в Україні діють певні обмеження стосовно розкриття даних. З метою забезпечення національної безпеки та захисту стратегічно важливих суб'єктів, зокрема військово-медичних закладів, частина фінансових показників, особливо тих, що стосуються оборонних закупівель або точних джерел фінансування, може бути тимчасово засекречена або мати обмежений доступ у відкритих державних реєстрах та системах публічних закупівель, що необхідно враховувати під час аналізу діяльності закладу охорони здоров'я [7].

Участь у тендерах є індикатором витрат Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону, оскільки він показує вартість та кількість тендерів, які Військово-медичний клінічний центр Центрального регіону оголосив як замовник (покупець) для придбання необхідних товарів (медичного обладнання, лікарських засобів тощо) та послуг через електронну систему ProZorro [58]. Таким чином, ресурс дає можливість відстежити офіційну фінансову звітність для оцінки доходів та дані публічних закупівель для оцінки основних витрат закладу охорони здоров'я.

Враховуючи зазначені обмеження, особливої значущості набуває аналіз доступної фінансової інформації за 2023, 2024 та 2025 роки. Це дозволить відстежити динаміку фінансових потоків Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону в умовах збройного конфлікту. Порівняння виторгу та обсягів закупівель за ці роки дасть можливість оцінити, як змінюється інтенсивність фінансування та ефективність витрачання коштів на забезпечення медичних потреб військовослужбовців та інших пацієнтів, незважаючи на потенційну неповність даних, спричинену режимом секретності.

Структура виторгу та обсягів закупівель Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону за 2023 рік виглядає наступним чином: продажі – 0%, покупки – 100%. Те, що закупівлі становлять 100% фінансової активності, свідчить про абсолютну пріоритетність витрат на

забезпечення життєдіяльності в умовах воєнного стану. Це означає, що усі зареєстровані фінансові операції Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону у відкритих джерелах були спрямовані виключно на придбання критично важливих ресурсів (медичного обладнання, лікарських засобів, послуг), а доходи від комерційної діяльності були або фактично нульовими, або повністю виведені з публічного обліку через режим секретності. Така структура підтверджує, що функція закладу повністю переорієнтована на державне забезпечення без елементів ринкової генерації доходу.

Структура виторгу та обсягів закупівель Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону за 2024 рік знайшла відображення на рис 2.1.

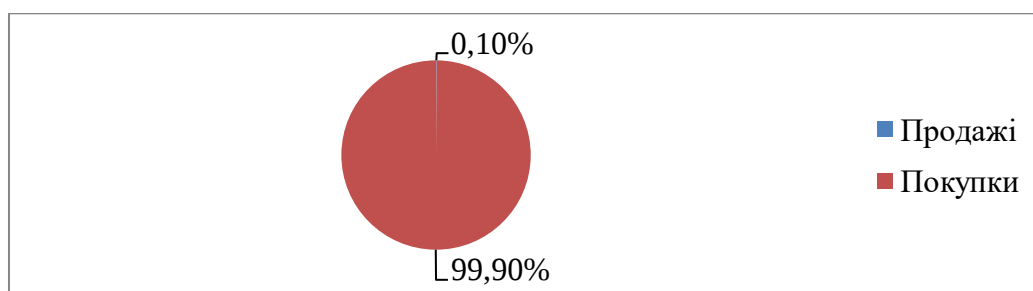


Рис. 2.1. Структура виторгу та обсягів закупівель Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону за 2024 рік.

Джерело: розраховано та побудовано за даними [61]

Рисунок 2.1 ілюструє домінуючу роль державних витрат у фінансовій діяльності Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону за 2024 рік. Дана діаграма, де «Продажі» становлять лише 0,10%, а «Покупки» – 99,90%, відображає фінансову модель військово-медичної установи, що повністю зосереджена на виконанні своїх оборонних функцій.

Надзвичайно низька частка виторгу (0,10%) є прямим наслідком дії воєнного стану. У мирний час військово-медичні установи такого рівня могли б отримувати значні доходи від надання платних послуг цивільному населенню, що збільшувало б частку продажів. Однак під час війни пріоритетом закладу охорони здоров'я є надання медичної та реабілітаційної

допомоги пораненим, травмованим та хворим військовослужбовців. Це вимагає залучення всіх ресурсів і потужностей, що обмежує можливість приймати та лікувати цивільних осіб на комерційній основі.

Переважна частка в 99,90%, що припадає саме на закупівлі, що підкреслює витратно-орієнтований характер діяльності закладу. Ці кошти швидко спрямовуються на придбання критично важливих ресурсів для забезпечення інтенсивної роботи. Високий обсяг закупівель свідчить про активну конвертацію державних асигнувань у життєво необхідні засоби, що є абсолютно нормативним для забезпечення високої обороноздатності та оперативної готовності Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону в умовах воєнного стану.

Структура виторгу та обсягів закупівель Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону за 2025 рік відображена нижче, на рис. 2.2.

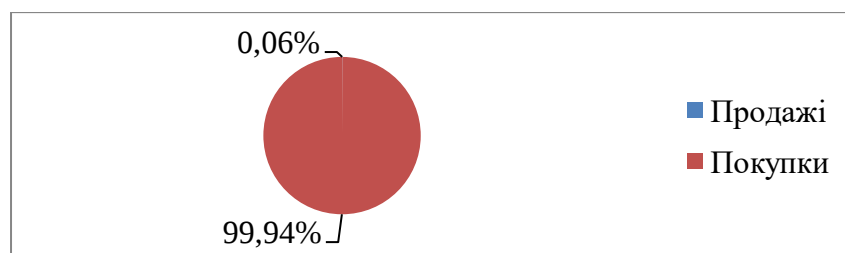


Рис. 2.2. Структура виторгу та обсягів закупівель Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону за 2025 рік.

Джерело: розраховано та побудовано за даними [61]

Рисунок 2.2 демонструє, що в структура фінансових потоків Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону за 2025 рік 99,94% активності припадає на «Покупки», тоді як частка «Продажі» становить лише 0,06%. Хоча розподіл залишається схожим з 2024 роком, незначне зменшення частки продажів від 0,10% до 0,06% може свідчити про диверсифікацію джерел доходу.

У порівнянні з показником 0,10% за 2024 рік, зниження частки продажів до 0,06% свідчить про посилення концентрації фінансової діяльності на вирішенні ключових військово-медичних завдань. Це може бути результатом

повного переведення додаткових ресурсів на забезпечення першочергових потреб поранених, травмованих та хворих військовослужбовців. Таким чином, навіть мінімальна можливість заробітку власних коштів шляхом надання платних послуг цивільному населенню скоротилася. Це вказує на те, що заклад охорони здоров'я ще більше залежить від державного фінансування і мінімізує всі види нецільової діяльності.

Абсолютна домінантність закупівель (99,94%) залишається незмінною. Це підтверджує, що фінансове забезпечення Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону цілком залежить від державних асигнувань. Практично всі кошти, що надходять, негайно витрачаються на виконання його стратегічної місії в умовах воєнного стану.

Таким чином, аналіз фінансових потоків Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону за 2023, 2024 та 2025 рік, дозволяє відслідкувати динаміку загального обсягу фінансової активності закладу. У 2024 році загальний обсяг фінансової активності значно збільшився порівняно з 2023 роком – на 39,74%. Це різке зростання, ймовірно, було спричинене необхідністю масштабного нарощування ресурсів на другому році повномасштабної війни, що вимагало значного збільшення бюджетних надходжень та закупівель життєво необхідних засобів. Така динаміка відображає пряму реакцію на зростання оперативних потреб і навантаження на військово-медичну систему. Проте, у 2025 році спостерігається тенденція до зниження загального обсягу фінансової активності на 15,09% порівняно з піковим 2024 роком. Це може свідчити про оптимізацію витрат та підвищення ефективності закупівельних процедур або певну стабілізацію медичного постачання, що дозволило зменшити екстрені закупівлі. Крім того, це зниження може бути пов'язане з дією режиму секретності, що посилюється, і частина фінансових операцій була виведена з публічного обліку.

Виходячи з проведеного аналізу, Військово-медичний клінічний центр Центрального регіону є комплексним медичним закладом, який забезпечує широкий спектр медичних послуг як для військовослужбовців, так і для цивільного населення. Центр характеризується ефективною організаційною

структурою, що включає чітко визначені підрозділи та функціональні напрямки діяльності, а також належним кадровим забезпеченням, що дозволяє оптимально розподіляти навантаження серед медичного персоналу. З економічної точки зору, заклад успішно поєднує державне фінансування з ресурсами внутрішньої організації, що забезпечує стабільність функціонування та можливість розвитку матеріально-технічної бази.

Разом із цим, аналіз виявив потенційні резерви підвищення ефективності управлінських та економічних процесів, зокрема у сфері оптимізації витрат, підвищення продуктивності праці та інтеграції сучасних цифрових технологій у роботу Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону. Загалом, організаційно-економічна характеристика підтверджує, що Військово-медичний клінічний центр Центрального регіону є стабільним, функціонально структурованим та ресурсно забезпеченим закладом, здатним ефективно виконувати свої медичні, навчальні та наукові завдання.

Отже, фінансова діяльність Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону демонструє нерівномірну динаміку, що обумовлена особливостями функціонування закладу в умовах воєнного стану. У 2024 році спостерігалось різке нарощування ресурсного забезпечення, що було зумовлено необхідністю оперативного реагування на підвищене навантаження, забезпеченням медичного персоналу та пацієнтів усім необхідним обладнанням, медикаментами та матеріалами, а також реалізацією екстрених заходів із підвищення готовності закладу до надзвичайних ситуацій. Водночас, у 2025 році відзначається помірне скорочення обсягів фінансових потоків, що може бути пов'язано з оптимізацією бюджетних витрат, переглядом пріоритетів фінансування та адаптацією до нових економічних умов, які склалися в країні.

Такий коливальний характер фінансових показників підкреслює потребу у впровадженні гнучких механізмів планування та управління ресурсами, здатних забезпечити ефективне використання коштів за будь-яких умов та підтримувати стабільне функціонування Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону.

2.2. Організація та методика дослідження рівня стресу і емоційного вигорання серед медичних працівників Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону

Організація та проведення дослідження рівня стресу й емоційного вигорання серед медичних працівників Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону є ключовим етапом у формуванні науково обґрунтованих рекомендацій щодо покращення їх психоемоційного стану. З огляду на високий рівень професійних ризиків, інтенсивне навантаження та специфіку роботи у військово-медичному середовищі, вивчення психоемоційних параметрів персоналу вимагає ретельного підбору методів, які забезпечать достовірність, комплексність та релевантність отриманих результатів.

Проведення досліджень, пов'язаних з визначенням рівня стресу та професійного вигорання серед медичного персоналу Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону є багатоетапним процесом, який починається з ретельної організації.

Процес починається з підбору адекватних, валідизованих та адаптованих психодіагностичних методик. Необхідно використовувати інструменти, які мають доведену надійність (reliability) та валідність (validity) для вимірювання рівнів стресу та професійного вигорання. Важливо, щоб обрані психодіагностичні методики були адаптовані до українських культурних і мовних особливостей.

Крім основних психодіагностичних методик розробляється зовнішня анкета, призначена для збору додаткової інформації про респондентів, зокрема посада, вік, стать тощо. Такі дані можуть стати необхідними для подальшого аналізу з метою виявлення залежностей між рівнем стресу та професійного вигорання з соціально-професійними характеристиками.

Наступним етапом є організація процесу розповсюдження та збору анкет в межах всіх структурних підрозділів закладу охорони здоров'я. Необхідно чітко спланувати процес, залучивши керівників структурних підрозділів для

координації роздачі та збору опитувальників. Так, забезпечення належних умов для заповнення розроблених анкет забезпечує високий відсоток репрезентативності вибірки.

Зібрані дані підлягають ретельній обробці. Для підрахунку результатів та уникнення «людського фактору» при первинній обробці даних можна використовувати комп'ютерну техніку, оскільки автоматизована обробка забезпечує точність переведення відповідей у кількісні показники та їхню подальшу статистичну інтерпретацію.

Інтерпретація результатів має на меті не просто констатацію факту стресу чи професійного вигорання, але і потребує розробки конкретних рекомендацій та заходів психологічної підтримки, спрямованих на збереження професійного здоров'я та стійкості персоналу Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону.

Дослідження проводились на базі Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону серед постійного особового складу. Респондентами стали 433 військовослужбовці та працівники Збройних Сил України віком від 19 до 79 років. Серед респондентів було 137 представників лікарського персоналу, 188 – середнього медичного персоналу та 108 – молодшого медичного персоналу. Цікавим є те, що медичний персонал жіночої статі значно переважав над медичним персоналом чоловічої – 83,44% та 16,56% відповідно.

Для досягнення поставленої мети було проведено анкетування із застосуванням адаптованих психодіагностичних методик, зокрема опитувальник для виявлення синдрому професійного вигорання [54], шкала депресії, тривоги та стресу (DASS-21) [34, с. 292], опитувальник професійної життєстійкості [36, с. 58] та опитувальник професійної самоефективності (коротка версія) [35, с. 20-31].

Статистичний аналіз даних було проведено за допомогою методів варіаційної та непараметричної статистики, дисперсійного, кореляційного (коефіцієнт кореляції Kendall tau та Spearman rank R), кластерного (метод k -

середніх) та покрокового дискримінантного аналізу пакету програм STATISTICA 13.3 (ліцензія AXA905I924220FAACD-N).

Підсумовуючи результати аналізу організації та методики дослідження рівня стресу й емоційного вигорання, можна стверджувати, що застосований підхід є комплексним, науково обґрунтованим і повністю адаптованим до специфіки діяльності військово-медичного персоналу. Вибір валідних психодіагностичних методик, включаючи стандартизовані опитувальники та інструменти оцінювання емоційного стану, забезпечив можливість багатовимірної аналізу психоемоційних навантажень та формування стійких симптомокомплексів професійного вигорання.

Системність організації дослідження дозволила охопити різні категорії медичних працівників, врахувавши відмінності у посадових обов'язках, інтенсивності професійного навантаження та рівні відповідальності. Такий підхід дав можливість не лише отримати об'єктивні показники стресостійкості та емоційного виснаження, але й виявити специфічні групи ризику, найбільш вразливі до психоемоційного перенавантаження.

Застосування кластерного аналізу значно підвищило точність інтерпретації результатів, оскільки дозволило систематизувати інформацію у логічні групи та визначити внутрішні взаємозв'язки між психологічними показниками. Це, у свою чергу, стало передумовою для глибшого розуміння механізмів розвитку стресу та вигорання у військово-медичному середовищі.

Отже, отримані дані свідчать, що розроблена методика є дієвою та надійною для оцінювання психоемоційного стану медичних працівників у складних умовах воєнного часу. Результати дослідження створюють міцну доказову основу для подальшої розробки профілактичних і корекційних програм, спрямованих на підвищення стресостійкості, збереження психологічного здоров'я та запобігання професійному вигоранню. Таким чином, обрана організація та методичний підхід не лише відповідають поставленим завданням, а й забезпечують високий рівень достовірності та практичної значущості отриманих висновків.

2.3. Аналіз результатів дослідження та оцінка впливу стресу й емоційного вигорання на ефективність професійної діяльності

Дослідження впливу стресу та емоційного вигорання на професійну діяльність медичного персоналу є ключовим елементом оцінки загального стану кадрового потенціалу закладу охорони здоров'я. Медичні працівники функціонують у середовищі постійної напруги, високої відповідальності та емоційної взаємодії з пацієнтами, що робить їх особливо вразливими до розвитку психоемоційних перевантажень. У межах даного розділу проведено аналіз отриманих емпіричних даних, що відображають рівень стресу та ознаки професійного вигорання серед персоналу, а також виявлено взаємозв'язок між цими станами та ефективністю виконання службових обов'язків.

Розгляд зібраних результатів дозволяє не лише визначити масштаб і структуру проблеми, а й оцінити, які саме чинники професійної діяльності страждають найбільше – комунікація з пацієнтами, точність прийняття рішень, швидкість реакції чи загальна працездатність. Це створює основу для подальшого формування практичних рекомендацій щодо оптимізації умов праці, профілактики стресу та підвищення рівня психологічної стійкості медичних фахівців.

Крім того, проведений аналіз дає змогу простежити відмінності у рівні стресу та вигорання між різними категоріями персоналу – лікарями, середнім та молодшим медичним персоналом. Це дозволяє визначити групи підвищеного ризику та сформулювати більш адресні заходи підтримки. Особлива увага приділяється також впливу організаційних факторів, таких як режим роботи, кількість змін, рівень адміністративної підтримки та психологічний клімат у колективі.

Для всебічного аналізу отриманого матеріалу доцільно розподілити існуючі категорії медичного персоналу за різними критеріями: профіль роботи, вік, стать тощо. Перш за все потрібно оцінити професійно-психологічні профілі лікарського, середнього та молодшого медичного персоналу. Ці дані знайшли відображення в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Професійно-психологічні профілі медичного персоналу, $M \pm t$ (балів)

Психологічні показники	Категорія медичного персоналу		
	Лікарський (n=137)	Середній (n=188)	Молодший (n=108)
Професійне вигорання	19,92±1,20	19,90±1,12	18,76±1,12
Депресія	3,28±0,27	3,59±0,22	3,40±0,27
Тривога	3,04±0,28	3,99±0,27*	3,61±0,29
Стрес	5,93±0,33	5,71±0,28	5,10±0,32^
Професійна життєстійкість	63,51±1,05	60,01±0,96*	65,33±4,82
Професійна самоефективність	27,79±0,37	27,75±0,29	27,12±0,39

Примітки:

* – достовірність різниці середніх значень показників між групами лікарського та середнього медичного персоналу за критерієм t-Ст'юдента визначається на рівні $p < 0,05$.

^ – достовірність різниці середніх значень показників між групами лікарського та молодшого медичного персоналу за критерієм t-Ст'юдента визначається на рівні $p < 0,1$.

Джерело: складено автором на основі отриманих результатів

Рівень професійного вигорання в усіх досліджуваних групах є низьким. Рівні депресії, тривоги та стресу знаходяться в межах норми, однак рівень тривоги у середнього медичного персоналу є достовірно вищим порівняно з групою лікарського персоналу ($p < 0,05$). За показником стресу між лікарським та молодшим медичним персоналом наявна тенденція до достовірних змін ($p = 0,078$). Рівень професійної життєстійкості у середнього медичного персоналу є нижчим від середнього, а в лікарського та молодшого медичного персоналу знаходиться на середньому рівні. За цим показником між лікарським та середнім медичним персоналом наявна достовірна різниця ($p < 0,05$). Професійна самоефективність у всіх досліджуваних групах є високою та знаходиться практично на одному рівні. Середній медичний персонал відчуває більшу тривогу та меншу професійну життєстійкість через поєднання емоційно виснажливого догляду за пацієнтами, обмежену автономність та високе робоче навантаження. Коефіцієнт кореляції Kendall tau показує, що форма професійно-психологічних профілів усіх досліджених груп достовірно не відрізняються між собою, тобто вони є достатньо близькими за своїм змістом ($p < 0,05$), але різняться за рівнем окремих показників.

Таким чином, незважаючи на загалом схожий рівень професійного вигорання та професійної самоефективності для всіх категорій медичного

персоналу, детальний аналіз все ж виявляє певні відмінності у рівнях їх психоемоційної напруги та ресурсів: середній медичний персонал є більш вразливим до тривоги і має нижчий рівень професійної життєстійкості порівняно з лікарським персоналом, а лікарський персонал, в свою чергу, відчуває більший рівень стресу порівняно з молодшим медичним персоналом.

Внесок вікового фактора на організм людини є суттєвим [46, с. 217]. Тому було розглянуто вікові особливості різних категорій медичного персоналу. Дана інформація продемонстрована в таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

Вікові характеристики медичного персоналу, $M \pm m$ (років)

Категорія медичного персоналу	Вік
Лікарський персонал (n=137)	44,29±1,09*xxx
Середній медичний персонал (n=188)	41,56±0,75* ⁰⁰⁰
Молодший медичний персонал (n=108)	50,74±1,05xxx ⁰⁰⁰

Примітки:

* – достовірність різниці середніх значень віку між відповідними категоріями медичного персоналу за критерієм t-Ст'юдента визначається на рівні $p < 0,05$.

xxx, ⁰⁰⁰ – достовірність різниці середніх значень віку між відповідними категоріями медичного персоналу за критерієм t-Ст'юдента визначається на рівні $p < 0,001$.

Джерело: складено автором на основі отриманих результатів

Одразу важливо зазначити, що всі досліджувані категорії медичного персоналу достовірно відрізняються між собою за віком, причому наймолодшою віковою групою є середній медичний персонал (41,56±0,75 років), а найстаршою – молодший (50,74±1,05 років). Тут варто відмітити, що робота молодшого медичного персоналу є фізично важкою, вимагає високої відповідальності, але історично оплачується найнижче у медичній сфері. Це робить професію непривабливою для молоді, яка частіше обирає роботу в інших, більш оплачуваних сферах діяльності (навіть без спеціальної освіти) або намагається просунутися до категорії середнього медичного персоналу. Працівники старшого віку, які мають стабільну зайнятість, звикли до реальних умов або просто не мають інших альтернатив на місцевому ринку праці. Крім того, на цю роботу часто приходять люди передпенсійного або пенсійного віку, оскільки вона є відносно доступною для входу (не вимагає вищої чи спеціальної освіти) і дозволяє отримати додатковий дохід.

Таким чином, дані чітко свідчать про те, що молодший медичний персонал є найстаршою віковою групою у вибірці, тоді як середній медичний персонал – наймолодшою. Це вказує на значну вікову гетерогенність вибірки медичного персоналу за категоріями. Такі вікові відмінності можуть бути важливим фактором для інтерпретації професійно-психологічних профілів, оскільки вік часто корелює з рівнем професійної життєстійкості, стресу та професійного вигорання.

Надалі було детальніше розглянуто вікові особливості різних категорій медичного персоналу. За віковою характеристикою всі категорії медичного персоналу було розподілено на 3 групи: I група – вік до 29 років, II група – 30-39 років і III група – 40 і більше років. За даними однофакторного дисперсійного аналізу було отримано наступні результати (рис. 2.3.):

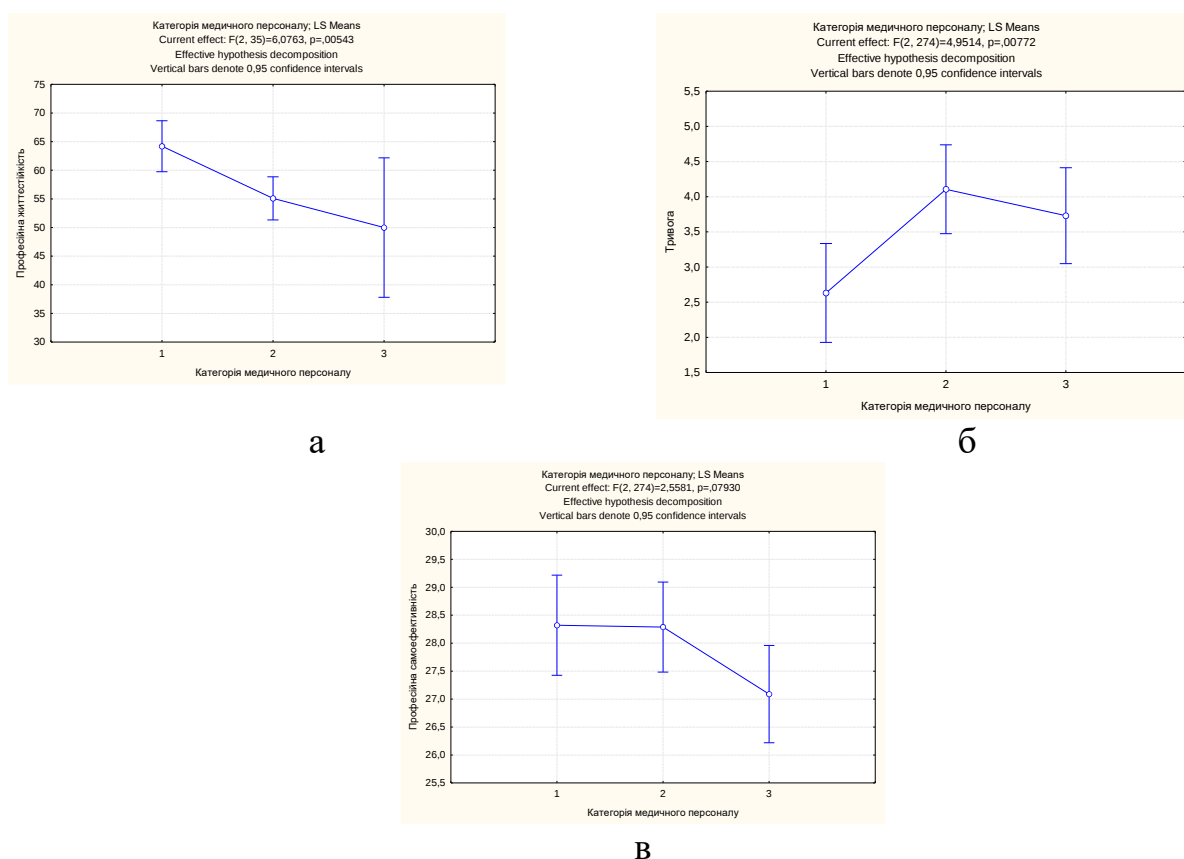


Рис. 2.3. Профілінг медичного персоналу з урахуванням вікових особливостей

(а – профілінг медичного персоналу вікової групи I; б, в – профілінг медичного персоналу вікової групи III). 1 – лікарський персонал, 2 – середній медичний персонал, 3 – молодший медичний персонал.

Джерело: складено автором на основі отриманих результатів

Наведений рисунок 2.3 відображає рівні професійної життєстійкості, тривоги та професійної самоефективності різних категорій медичного персоналу. Рисунок 2.3а демонструє, що найкращу здатність ефективно долати стрес та адаптуватися до складних умов праці має лікарський персонал віком <30 років ($64,20 \pm 1,91$ бали), а найгіршу – молодший медичний персонал ($50,00 \pm 4,00$ бали). Це означає, що найбільшу вразливість та найгіршу здатність адаптуватися до інтенсивних та стресових умов виявляє саме група молодшого медичного персоналу віком <30 років. Професійна життєстійкість як психологічна якість включає відчуття контролю над ситуацією – чим нижча посада, тим менша автономність медичного працівника, а отже, здатність сприймати стрес як виклик є меншою, що і призводить до зниження рівня професійної життєстійкості. В інших вікових групах ця залежність нівелюється між різними категоріями медичного персоналу.

Тривога здебільшого проявляється в старшому віці, оскільки до 39 років її симптоми часто бувають менш помітними. В групі лікарського персоналу рівень тривоги є найменшим, а в середнього та молодшого медичного персоналу – достовірно підвищується (рис. 2.3б). Високий рівень емоційного збудження у середнього медичного персоналу, який вже має певний професійний досвід, може бути пов'язаний не лише з інтенсивністю роботи, а й з кумулятивним стресом, додатковими сімейними обов'язками, характерними для цього віку, та втомою від тривалого періоду надзвичайних робочих навантажень. Робота лікарського персоналу характеризується більшою автономією, що дозволяє зберігати професійну дистанцію з пацієнтами. Робота середнього та молодшого медичного персоналу вимагає тіснішого спілкування з пацієнтами, частина з яких потребують догляду та сторонньої допомоги у повсякденному функціонуванні та життєдіяльності. Крім того, їх робота включає спілкування з пацієнтами у стані страждання, роботу з тілесними функціями та необхідність постійно проявляти емпатію. Відповідне емоційне навантаження є прямим чинником розвитку тривоги.

Таким чином, навіть у більш досвідченій віковій групі середній медичний персонал залишається найбільш емоційно вразливою категорією.

Віра у власну здатність успішно виконувати завдання за призначенням має тенденцію ($p < 0,1$) до зниження в категорії молодшого медичного персоналу, що демонструє їх професійну самоефективність (рис. 2.3в). При цьому лікарський та середній медичний персонал мають практично однаково високий рівень цього показника (понад 28 балів). Такий стан справ може бути пов'язаний з низьким рівнем автономії, обмеженими можливостями професійного розвитку та недостатнім визнанням внеску молодшого медичного персоналу в лікувальний процес, що створює бар'єр для почуття власної значущості та компетенції.

Коефіцієнт кореляції Kendall tau вказує на те, що профілінг усіх досліджених груп медичного персоналу з урахуванням вікових особливостей достовірно не відрізняється між собою, тобто всі вікові групи є достатньо близькими за своїм змістом ($p < 0,05$), але різняться за рівнем окремих професійно-психологічних показників.

Таким чином, комплексний аналіз психоемоційного стану та ресурсності медичного персоналу чітко засвідчив диференційований вплив професійних обов'язків та вікових особливостей. Молодший медичний персонал виявився найбільш уразливою категорією, демонструючи найнижчі рівні професійної життєстійкості та професійної самоефективності, що вказує на критичну потребу у структурній підтримці та визнанні його вразливості. У той же час середній медичний персонал має достовірно вищий рівень тривоги, що є наслідком кумулятивного емоційного навантаження та тісного спілкування з пацієнтами, які переживають страждання. Викладене вище вимагає впровадження цільових стратегій мінімізації негативного впливу професійної діяльності для молодшого медичного персоналу.

Стать також може впливати на психологічну ресурсність різних категорій медичного персоналу, адже жінки, які кількісно домінують серед середнього та молодшого медичного персоналу, традиційно демонструють

вищий рівень емоційної вразливості, що може посилювати ризик розвитку професійного вигорання. Однофакторний дисперсійний аналіз показав наступний профілінг медичного персоналу з урахуванням статевих особливостей (рис. 2.4.).

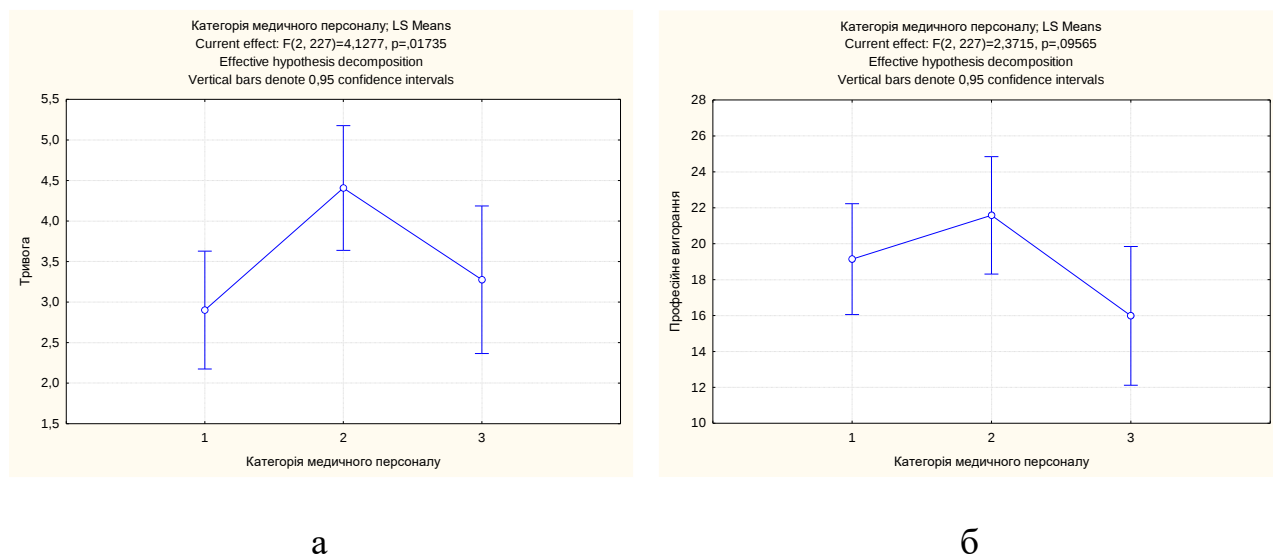


Рис. 2.4. Профілінг медичного персоналу з урахуванням статевих особливостей

(а, б – профілінг медичного персоналу чоловічої статі). 1 – лікарський персонал, 2 – середній медичний персонал, 3 – молодший медичний персонал.

Джерело: складено автором на основі отриманих результатів

Аналіз рівня тривоги різних категорій медичного персоналу чоловічої статі виявив значні відмінності між ними (рис. 2.4а). Було встановлено, що найвищий рівень тривоги спостерігається саме у середнього медичного персоналу, що є достовірно більшим показником порівняно з двома іншими категоріями та вказує на «легкий» рівень її розвитку. При цьому, рівень тривоги у лікарського та молодшого медичного персоналу чоловічої статі знаходиться приблизно на одному рівні та не перевищує норму. Така стан справ може бути спричинений поєднанням високого емоційного та фізичного навантаження, яке характерне для середнього медичного персоналу, а також потенційним фізичним навантаженням або недостатнім соціальним визнанням їх ролі, порівняно з лікарським персоналом, який має більшу автономію.

Рівень професійного вигорання (рис. 2.4б) серед медичного персоналу чоловічої статі демонструє тенденцію до достовірних змін ($p<0,1$). Така

особливість вказує на те, що найвищий рівень професійного вигорання спостерігається у середнього медичного персоналу. Обговорюваний показник у лікарського персоналу є помітно нижчим, займаючи проміжне положення, а найменш схильним до професійного вигорання виявився молодший медичний персонал. Визначений розподіл підтверджує, що саме середній медичний персонал чоловічої статі несе на собі найбільше кумулятивне навантаження: вони поєднують високу емоційну участь у догляді за пацієнтами з фізичними обов'язками, маючи при цьому менший рівень контролю та професійної автономії порівняно з лікарським персоналом, що безпосередньо призводить до швидкої втрати їх функціональних резервів.

Коефіцієнт кореляції Kendall tau вказує на те, що профілінг усіх категорій медичного персоналу чоловічої статі достовірно не відрізняється між собою, тобто професійно-психологічна структура профілінгу має однаковий зміст ($p < 0,05$), але різняться за рівнем окремих показників.

Для всіх категорій медичного персоналу жіночої статі, за проведенням однофакторним дисперсійним аналізом, не виявлено достовірного впливу вікового фактора за жодним з професійно-психологічних показників. Виявлений феномен свідчить про те, що медичний персонал жіночої статі використовує гомогенні механізми компенсації та подолання стресу, які можуть нівелювати різницю між посадами. Це також може вказувати про найбільший вплив на їх ресурсність не посади, а загальної гендерної ролі в царині емоційної забарвленої професійної діяльності, характерної для медичної сфери в цілому. Коефіцієнт кореляції Kendall tau вказує на те, що профілінг усіх категорій медичного персоналу жіночої статі достовірно не відрізняється між собою, тобто професійно-психологічна структура профілінгу має однаковий зміст ($p < 0,05$).

Таким чином, саме середній медичний персонал чоловічої статі є найбільш вразливим до розвитку тривожних станів.

Наступним кроком дослідження став аналіз характеристик професійно-психологічного благополуччя кожної категорії медичного персоналу окремо з

урахуванням їх статі. Характеристики професійно-психологічного благополуччя лікарського персоналу чоловічої та жіночої статі наведено в таблиці 2.3.

Таблиця 2.3

Характеристики професійно-психологічного благополуччя лікарського персоналу чоловічої та жіночої статі, *Me (перцентильні межі – 10-90%)*

Психологічні показники	Група чоловіків (n=68)	Група жінок (n=69)	Непараметричний критерій
Професійне вигорання	14,50 (3,00-40,00)	19,00 (7,00-42,00)*	U Mann-Whitney
Депресія	3,00 (0,00-7,00)	3,00 (0,00-9,00)	
Тривога	2,00 (0,00-6,00)	2,00 (0,00-8,00)*	Wald-Wolfowitz
Стрес	6,00 (1,00-10,00)	6,00 (0,00-11,00)	
Професійна життєстійкість	64,50 (46,00-77,00)	65,50 (43,00-81,00)*	Wald-Wolfowitz
Професійна самоєфективність	28,00 (22,00-34,00)	27,00 (23,00-33,00)	

Примітки:

* – достовірність різниці структур вибірок між статевими групами за вказаними критеріями визначається на рівні $p < 0,05$.

Джерело: складено автором на основі отриманих результатів

З таблиці 2.3 видно, що за показниками професійного вигорання, тривоги та професійної життєстійкості між статевими групами лікарського персоналу наявна достовірна різниця ($p < 0,05$). Варто зазначити, що всі обумовлені параметри є вищими у лікарського персоналу жіночої статі. Крім того, достовірної різниці за віковою характеристикою між групами лікарського персоналу чоловічої ($43,40 \pm 1,49$ років) та жіночої ($45,17 \pm 1,59$ років) статі не відзначається ($p = 0,42$), що нівелює типові гендерні відмінності їх вразливості.

Цікавим стає здійснення аналогічного аналізу характеристик професійно-психологічного благополуччя середнього та молодшого медичного персоналу, адже вони можуть відрізнятися за своїми показниками, порівняно з лікарським персоналом. Крім того відомо, що питома вага медичного персоналу жіночої статі превалює над протилежною статтю, хоч це не стосується вже обговореної категорії медичних працівників. Саме тому наступним кроком стало вивчення статевих відмінностей професійно-психологічного благополуччя у представників середнього медичного персоналу (табл. 2.4).

Таблиця 2.4

Характеристики професійно-психологічного благополуччя середнього медичного персоналу чоловічої та жіночої статі, *Me (перцентильні межі – 10-90%)*

Психологічні показники	Група чоловіків (n=30)	Група жінок (n=158)	Непараметричний критерій
Професійне вигорання	20,00 (4,00-52,00)	14,00 (4,00-43,00)	
Депресія	3,50 (0,00-10,00)	3,00 (0,00-7,00)	
Тривога	4,00 (0,50-11,50)	3,00 (0,00-9,00)	
Стрес	5,00 (1,50-11,00)	5,00 (1,00-11,00)	
Професійна життєстійкість	56,50 (35,50-74,00)	61,00 (47,00-78,00) [^]	U Mann-Whitney
Професійна самоефективність	27,00 (21,00-34,00)	28,00 (22,00-33,00) [^]	Wald-Wolfowitz

Примітки:

[^] – достовірність різниці структур вибірок між статевими групами за вказаними критеріями визначається на рівні $p < 0,1$.

Джерело: складено автором на основі отриманих результатів

Дані таблиці вказують на те, що між статевими групами середнього медичного персоналу достовірної різниці не виявлено за жодним з показників, однак наявна тенденція ($p < 0,1$) за показниками професійної життєстійкості та професійної самоефективності і обидва ці показники є кращими у середнього медичного персоналу жіночої статі ($p = 0,066 \div 0,078$). З одного боку це може вказувати на формування єдиного професійно-психологічного профілю у аналізованій професійній категорії, та з іншого боку, на відміну від лікарського персоналу, середній медичний персонал різниться за віковою характеристикою ($p = 0,0043$). Середній медичний персонал жіночої статі ($42,49 \pm 0,82$ років) виявився старший від протилежної ($36,67 \pm 1,65$ років), що може вказувати на формування кращої професійної життєстійкості та професійної самоефективності з урахуванням їх життєвого та професійного досвіду.

Аналіз характеристик професійно-психологічного благополуччя молодшого медичного персоналу чоловічої та жіночої статі представлено в таблиці 2.5.

Характеристики професійно-психологічного благополуччя молодшого медичного персоналу чоловічої та жіночої статі,
Me (перцентильні межі – 10-90%)

Психологічні показники	Група чоловіків (n=17)	Група жінок (n=91)	Непараметричний критерій
Професійне вигорання	16,00 (7,00-30,00)	16,00 (7,00-35,00)	
Депресія	3,00 (1,00-8,00)	3,00 (0,00-8,00)**	Wald-Wolfowitz
Тривога	4,00 (0,00-7,00)	3,00 (0,00-8,00)	
Стрес	6,00 (2,00-8,00)	5,00 (1,00-10,00)*	Wald-Wolfowitz
Професійна життєстійкість	58,00 (46,00-83,00)	61,00 (46,00-75,00)	
Професійна самоефективність	27,00 (23,00-32,00)	27,00 (23,00-33,00)	

Примітки:

*, ** – достовірність різниці структур вибірок між статевими групами за вказаними критеріями визначається відповідно на рівні $p < 0,05$ та $p < 0,01$.

Джерело: складено автором на основі отриманих результатів

Таблиця 2.5 містить дані про наявність достовірної різниці ($p < 0,05 \div 0,01$) за показниками депресії та стресу між різними статевими групами молодшого медичного персоналу. Варто зазначити, що всі обговорені параметри є гіршими у молодшого медичного персоналу чоловічої статі. Крім того, в цій професійній категорії також наявна достовірна різниця ($p = 0,0000001$) за віковою характеристикою. Молодший медичний персонал чоловічої статі перебував у віці $37,29 \pm 1,01$ років, а жіночої – $53,25 \pm 1,71$ років. Така особливість може вказувати на формування стресостійкості з віком, яка, ймовірно, пов'язана із більшим життєвим та професійним досвідом, що сприяє кращій стресостійкості.

Таким чином, лікарський медичний персонал є однорідним за статтю та віком, а середній та молодший медичний персонал демонструє розшарування за віком між чоловіками та жінками, причому категорія чоловіків серед середнього та молодшого медичного персоналу є достовірно молодшою та складає 15,96% та 15,74% від загальної кількості відповідно. Крім того, статеві відмінності за професійно-психологічними показниками медичного персоналу є специфічними для кожної категорії: лікарський персонал жіночої статі

демонструє вищу вразливість до професійного вигорання та тривоги; молодший медичний персонал чоловічої статі демонструє вищі рівні депресії та стресу. Середній медичний персонал має найменші статеві відмінності за характеристиками професійно-психологічного благополуччя. Разом з тим значна вікова диспропорція між статевими групами категорій середнього та молодшого медичного персоналу може впливати на формування їх професійної життєстійкості та стресостійкості, що підкреслює необхідність диференційованого підходу до психологічної підтримки залежно від посади та статі медичного працівника.

Для ефективної протидії професійному вигоранню у медичного персоналу необхідно розробляти комплексні стратегії, спрямовані на системне мінімізування ризиків серед усіх категорій. Проте, крім цих глобальних підходів, украй важливим є розроблення та цільове застосування тактичних прийомів, оскільки універсальних рішень часто може бути недостатньо. Тактичний арсенал протидії професійному вигоранню у медичного персоналу має бути диференційованим та враховувати індивідуальні фактори ризику, зокрема категорію медичного персоналу, їх вік і стать, забезпечуючи більш точну, своєчасну та ефективну підтримку конкретних груп медичних працівників.

Отже, аналіз результатів дослідження підтвердив, що високий рівень стресу та емоційного вигорання широко поширений серед медичного персоналу та негативно впливає на якість виконання професійних обов'язків. Встановлено, що емоційне виснаження знижує концентрацію, сповільнює прийняття рішень і підвищує ризик професійних помилок. Отримані дані підкреслюють необхідність системної профілактики стресу та вигорання для підтримання ефективності роботи й забезпечення високого рівня медичної допомоги.

РОЗДІЛ 3

ШЛЯХИ ПОДОЛАННЯ СТРЕСУ ТА ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ

3.1. Управлінські рішення щодо формування здорового психологічного клімату у колективі Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону

Управлінські рішення щодо формування здорового психологічного клімату у колективі є важливим чинником ефективної роботи Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону. Вони спрямовані на створення сприятливого середовища для взаємодії персоналу, зниження стресу та підвищення продуктивності праці.

Формування здорового психологічного клімату в колективі Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону є не просто питанням комфорту, а критичним фактором забезпечення якості надання медичної допомоги, зниження плинності кадрів та підвищення загальної ефективності роботи. У цьому розумінні, професійне вигорання серед медичного персоналу становить пряму загрозу як для здоров'я працівників, так і для безпеки пацієнтів.

Проведеним аналізом показано, що різні категорії медичного персоналу демонструють певні відмінності за своїми професійно-психологічними профілями, віковими та статевими особливостями. Однак саме індивідуально-типологічні якості відіграють ключову роль у формуванні стресостійкості [34, с. 292; 40, с. 528] та схильності до розвитку професійного вигорання. Тому було поставлено питання про можливу наявність декількох кластерів ризику розвитку професійного вигорання. За основу було взято найпростіше положення про існування трьох груп з високим, помірним та низьким ризиком розвитку професійного вигорання.

Селекцію медичного персоналу на такі кластери було здійснено за допомогою кластерного аналізу (метод k -середніх). Стандартизовані

психологічні профілі медичного персоналу за рівнем ризику розвитку професійного вигорання наведені на рисунку 3.1.

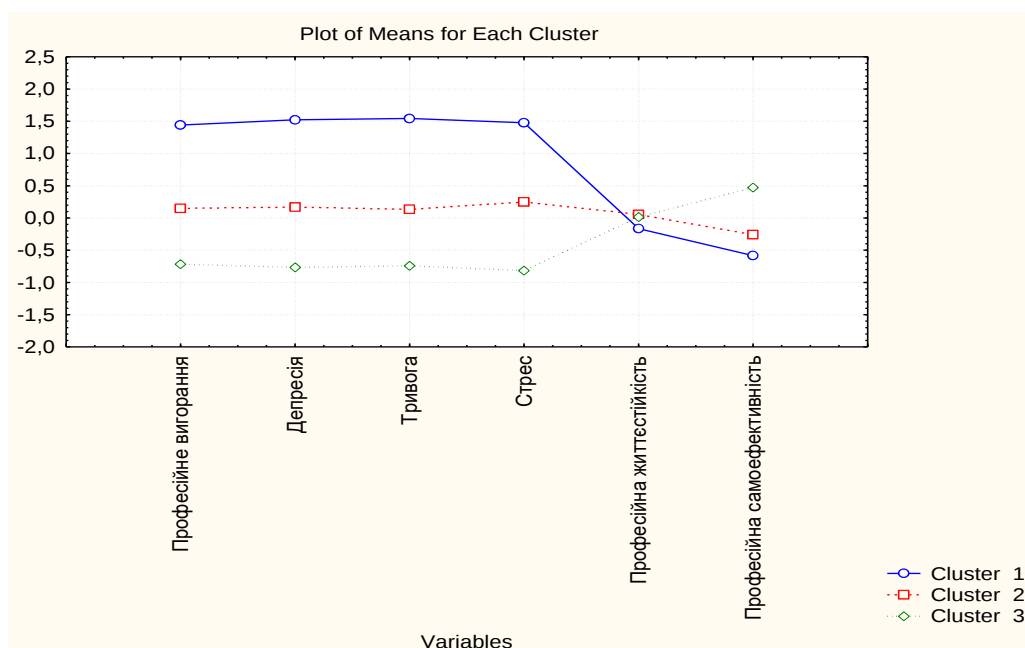


Рис. 3.1. Стандартизовані психологічні профілі медичного персоналу за рівнем ризику розвитку професійного вигорання

Cluster 1 – кластер високого ризику, Cluster 2 – кластер помірного ризику, Cluster 3 – кластер низького ризику.

Джерело: складено автором на основі отриманих результатів

З наведеного рисунка 3.1 видно, що всі три кластери різняться за показниками професійного вигорання, депресії, тривоги, стресу та професійної самоєфективності, однак уподібнюються за показником професійної життєстійкості. Таке уподібнення за показником професійної життєстійкості є важливим, оскільки може свідчити про те, що зазначена риса виступає як базовий, стабільний ресурс, який дозволяє медичному персоналу всіх кластерів ризику розвитку професійного вигорання підтримувати мінімальний рівень здатності до опору, незважаючи на різну інтенсивність їхніх негативних емоційних станів та професійної самоєфективності. Отже, професійна життєстійкість може бути ключовим захисним фактором, який необхідно посилювати за допомогою цілеспрямованих інтервенцій, тоді як заходи стосовно профілактики стресу на робочому місці та професійного вигорання

повинні бути диференційовані та адаптовані під специфічні потреби кожного кластера.

Психологічні профілі медичного персоналу за рівнем розвитку професійного вигорання знайшли відображення в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Психологічні профілі медичного персоналу за рівнем ризику розвитку професійного вигорання, $M \pm m$ (балів)

Психологічні показники	Кластер ризику		
	низького (n=187)	помірного (n=171)	високого (n=75)
Професійне вигорання	9,56±0,48 ⁺⁺⁺	21,76±0,71 ^{***}	39,85±1,46 ^{xxx}
Депресія	1,12±0,08 ⁺⁺⁺	3,96±0,15 ^{***}	8,08±0,29 ^{xxx}
Тривога	1,05±0,09 ⁺⁺⁺	4,05±0,16 ^{***}	8,89±0,36 ^{xxx}
Стрес	2,58±0,14 ⁺⁺⁺	6,55±0,16 ^{***}	11,13±0,28 ^{xxx}
Професійна життєстійкість	62,84±0,93 ⁺⁺	64,01±3,11	57,91±1,35
Професійна самоефективність	29,53±0,26 ⁺⁺⁺	26,54±0,28 ^{***}	25,21±0,47 [*]

Примітки:

***, * – достовірність різниці середніх значень показників між кластерами низького та помірного ризику за критерієм t-Ст'юдента відповідно визначається на рівні $p < 0,001$ та $p < 0,05$.

xxx – достовірність різниці середніх значень показників між кластерами помірного та високого ризику за критерієм t-Ст'юдента визначається на рівні $p < 0,001$.

+++ , ++ – достовірність різниці середніх значень показників між кластерами високого та низького ризику за критерієм t-Ст'юдента відповідно визначається на рівні $p < 0,001$ та $p < 0,01$.

Джерело: складено автором на основі отриманих результатів

Аналіз психологічних профілів медичного персоналу чітко показує (табл.3.1), що кластер високого ризику має найбільш несприятливий психоемоційний профіль, демонструючи найвищі середні значення за всіма негативними шкалами: професійне вигорання, депресія, тривога та стрес. Одночасно цей кластер має найнижчий рівень психологічних ресурсів, зокрема найнижчі показники професійної життєстійкості та професійної самоефективності, що вказує на стан глибокого виснаження та потребує негайного втручання. Кластер низького ризику фактично є найбільш благополучним, адже демонструє мінімальні значення професійного вигорання, депресії, тривоги та стресу, що свідчить про їхню стійкість і адекватну адаптацію. Ця група також вирізняється найвищою професійною

самоефективністю, демонструючи впевненість у власних силах. Нарешті, кластер помірного ризику займає проміжне положення між двома іншими кластерами. Цікавою особливістю даного кластеру є те, що вони мають найвищий показник професійної життестійкості, що, імовірно, дозволяє компенсувати їх робоче перенапруження. Таким чином, кластерний аналіз ефективно розподілив медичний персонал за рівнем емоційної вразливості та наявності захисних ресурсів.

Важливо визначити вік представників кожного кластеру, а також ймовірність появи чоловічої та жіночої статі у відповідних кластерах. Ці дані знайшли відображення в таблиці 3.2. В цій таблиці розраховано ймовірність (%) появи кожного окремого представника медичного персоналу, стандартизованого на кількість загальну чоловіків чи жінок (питома вага відповідного кластеру).

Таблиця 3.2

Вікові та статеві профілі кластерів ризику медичного персоналу, $M \pm m / \%$

Кластер ризику	Вік, років	Стать, %	
		Чоловіча	Жіноча
низького (n=187)	45,95±0,92*	43,48 ⁰	43,08 ⁰⁰⁰
помірного (n=171)	44,61±0,89 [^]	40,87*	38,99**
високого (n=75)	41,88±1,13* [^]	15,65 ^{x0}	17,93 ^{xx000}

Примітки:

* – достовірність різниці середніх значень віку між відповідними кластерами ризику за критерієм t-Ст'юдента визначається на рівні $p < 0,05$.

[^] – достовірність різниці середніх значень віку між відповідними кластерами ризику за критерієм t-Ст'юдента визначається на рівні $p < 0,1$.

^{0, 000} – достовірність різниці питомої ваги чоловіків та жінок позначених кластерів за критерієм t-Ст'юдента відповідно визначається на рівні $p < 0,05$ та $p < 0,001$.

^{*}, ^{**} – достовірність різниці питомої ваги чоловіків та жінок позначених кластерів за критерієм t-Ст'юдента відповідно визначається на рівні $p < 0,05$ та $p < 0,001$.

Джерело: складено автором на основі отриманих результатів

Дані таблиці демонструють, що середній вік кожного кластеру належить до вікового діапазону 40-49 років., причому чим молодший вік, тим більший ризик розвитку професійного вигорання. Між питомою вагою представників різної статі в кожному кластері достовірної різниці не встановлено. Це свідчить про те, що напруженість праці чоловіків і жінок є приблизно

однаковою в кожному кластері. Однак і в чоловіків, і в жінок найменша питома вага припадає на кластер високого ризику, а найбільша – на кластер низького. Крім того, встановлено, що представники медичного персоналу з низьким та середнім ризиком розвитку професійного вигорання містять більшість всієї аналізованої вибірки. Тобто, схильність до розвитку обговорюваного синдрому притаманна меншості медичного персоналу, оскільки порівняння його питомої ваги з аналогічними показниками і у чоловіків, і у жінок достовірно відрізняється.

Аналіз питомої ваги різних категорій медичного персоналу відносно виділених кластерів ризику розвитку професійного вигорання дає цінну додаткову інформацію щодо характеристики впливу професійного стресу. Питома вага цих співвідношень представлена в таблиці 3.3.

Таблиця 3.3

Питома вага різних категорій медичного персоналу у кластерах ризику, %

Кластер ризику	Категорія медичного персоналу		
	лікарський	середній	молодший
низького (n=187)	30,67	49,33	20,00 [^]
помірного (n=171)	30,99	40,35	28,66
високого (n=75)	32,62	43,85	23,53*

Примітки:

* – достовірність різниці питомої ваги між категоріями середнього та молодшого медичного персоналу за критерієм t-Ст'юдента визначається на рівні $p < 0,05$.

[^] – достовірність різниці питомої ваги між категоріями середнього та молодшого медичного персоналу за критерієм t-Ст'юдента визначається на рівні $p < 0,1$.

Джерело: складено автором на основі отриманих результатів

Аналіз цих даних показав, що найбільшу питому вагу у будь-якому кластері займає середній медичний персонал. Особливістю категорій медичного персоналу є відсутність достовірної різниці питомої ваги між всіма кластерами ризику, що свідчить про одноманітність розподілу медичного персоналу по кластерах ризику розвитку професійного вигорання. Таким чином, можна провести ранжування рівня ризику розвитку професійного вигорання у різних категорій медичного персоналу за параметром впливу на них стрес-факторів: середній, лікарський, молодший. Доказом наявності такої

закономірності є достовірною різниця питомої ваги та її тенденція між категоріями середнього та молодшого медичного персоналу в кластерах високого та низького ризику відповідно.

Проведений кластерний аналіз дозволив нам не лише кількісно оцінити проблему, але й якісно сегментувати медичний персонал за ступенем ризику розвитку професійного вигорання, розділивши їх на кластери низького, помірного та високого ризику. Ключовим висновком є те, що майже всі досліджені показники – рівні професійного вигорання, депресії, тривоги, стресу, а також показники професійної життєстійкості та професійної самоефективності – достовірно відрізняються між виділеними кластерами. Це підтверджує, що потреби та проблеми кожного кластера є унікальними і вимагають різного підходу.

Так, загальний середній вік респондентів у всіх кластерах знаходиться в межах 40-49 років, а розподіл за статтю та питома вага молодшого, середнього та лікарського персоналу в кожному кластері є приблизно однаковою. Встановлено, що саме наймолодші вікові групи мають найбільший ризик розвитку професійного вигорання. Такі висновки свідчать, що проблема не є вибірковою, а корениться в організаційних та системних факторах, які по-різному впливають на медичний персонал залежно від їх психоемоційного стану. Ігнорування цих міжкластерних відмінностей призведе до розпорошення ресурсів і низької ефективності універсальних профілактичних програм.

Саме тому, спираючись на чітку диференціацію потреб, ми переходимо до розробки адресних та цільових управлінських рішень, які забезпечать максимально ефективно відновлення та формування здорового психологічного клімату в кожному з трьох сегментів медичного персоналу.

Формування здорового психологічного клімату вимагає диференційованого управлінського підходу, заснованого на результатах кластерного аналізу. Для кластера високого ризику необхідні негайні та інтенсивні заходи втручання. Це включає забезпечення конфіденційної

індивідуальної психологічної підтримки через клінічних психологів, тимчасове застосування гнучких графіків або надання позачергових короткострокових відпусток для відновлення, а також оперативний аналіз та перерозподіл надмірного робочого навантаження з мінімізацією адміністративної рутини. Ці кроки спрямовані на стабілізацію критичного емоційного стану працівників та запобігання їх вибуттю з робочого процесу.

Водночас, для кластера помірного ризику ключове значення має систематична профілактика. Тут акцент робиться на впровадженні регулярних групових тренінгів із саморегуляції, управління стресом та розвитку емоційної стійкості (Resilience) [56, с. 66-72], що дає персоналу інструменти для самодопомоги. Важливою складовою є створення неформальних груп взаємодопомоги (*peer-support groups*) у відділеннях, де колеги можуть обговорювати виклики та надавати взаємну підтримку, посилюючи відчуття спільноти. Ці превентивні заходи мають на меті не допустити перехід цієї групи до зони високого ризику.

Натомість, персонал, віднесений до кластера низького низику, є основою стабільності та потребує мотивації та залучення. Для цієї групи стратегія полягає у залученні їх до програм менторства та наставництва, де вони можуть передавати свій досвід новачкам, що підвищує їхню самооцінку та почуття професійної значущості. Також необхідно забезпечувати їм можливості для кар'єрного зростання та розвитку керівних навичок, а їхня стійкість має бути регулярно та публічно визнана та відзначена як приклад ефективності.

Такі адресні рішення повинні доповнюватися загальноорганізаційними заходами, що охоплюють увесь колектив. Це включає забезпечення прозорості двосторонньої комунікації між адміністрацією та медичним персоналом, створення фізичних «зон перезавантаження» (кімнат відпочинку) та цілеспрямований розвиток корпоративної культури через спільні соціальні та командотворчі заходи, а також запровадження капманії «здоровий медичний працівник» в межах Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону.

Вирішальним управлінським кроком є також обов'язкове навчання керівників середньої ланки навичкам раннього виявлення ознак вигорання та неконфліктного вирішення внутрішньокolleктивних проблем, оскільки саме вони є першою ланкою психологічної підтримки на робочих місцях. Запровадження цієї комплексної та диференційованої стратегії дозволить ефективно покращити психологічний клімат та підвищити стійкість колективу закладу.

Отже, управлінські рішення щодо формування здорового психологічного клімату у колективі Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону відіграють ключову роль у забезпеченні стабільної та ефективної роботи закладу. Вони спрямовані на зниження рівня стресу та емоційного вигорання серед медичного персоналу, що безпосередньо впливає на якість надання медичної допомоги та безпеку пацієнтів. Реалізація таких заходів включає створення системи психологічної підтримки, організацію тренінгів і семінарів з розвитку комунікативних навичок, управління конфліктами та командної взаємодії, а також регулярний моніторинг психологічного стану співробітників.

Впровадження ефективних управлінських стратегій дозволяє не лише підвищити мотивацію та задоволеність працівників роботою, а й сприяє формуванню культури взаємопідтримки, довіри та взаємоповаги у колективі. Крім того, такі рішення забезпечують своєчасне виявлення проблемних зон у психологічному кліматі та розробку індивідуальних або групових програм корекції, що підвищує адаптивність персоналу до професійних викликів і складних робочих ситуацій.

Таким чином, управлінські рішення щодо психологічного клімату є невід'ємною складовою стратегії розвитку Військово-медичного клінічного центру, що сприяє підвищенню загальної ефективності діяльності закладу та забезпеченню високих стандартів медичної допомоги.

3.2. Розроблення та впровадження програм підтримки ментального здоров'я медичного персоналу у закладі охорони здоров'я

Розроблення та впровадження програм підтримки ментального здоров'я медичного персоналу є важливим напрямом забезпечення ефективної діяльності закладів охорони здоров'я. Такі програми спрямовані на зниження рівня стресу та емоційного вигорання, підтримку психологічного благополуччя співробітників і створення сприятливого робочого середовища, що безпосередньо впливає на якість надання медичної допомоги.

Професійне вигорання медичного персоналу безпосередньо впливає на стан здоров'я окремих його представників, спричиняє появу професійних помилок та призводить до зниження якості надання медичної допомоги, що, в свою чергу, негативно віддзеркалюється на іміджі закладу охорони здоров'я. Вигорання включено Всесвітньою організацією охорони здоров'я до 11-го перегляду Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-11) [57], але не в якості захворювання чи медичного стану, а як професійне явище, віднесене до розділу МКХ-11 «Фактори, що впливають на стан здоров'я або звернення до медичних закладів». В цій класифікації надане конкретне визначення вигорання: «Вигорання – це синдром, який концептуалізується як результат хронічного стресу на робочому місці, з яким не вдалося впоратися» [54; 60].

Деякі автори зазначають, що серед лікарів спостерігають досить високу частоту депресивних порушень, а близько третини медичних працівників регулярно застосовують медикаментозні засоби для корекції рівня психоемоційного перенапруження [51, с. 29-33]. На жаль, деякі медичні працівники використовують для подолання стресу алкоголь, психоактивні речовини тощо. Аби уникнути таких ризиків набуває значення розроблення стратегій мінімізації наслідків стресу та професійного вигорання. Розроблені стратегії знайшли відображення в таблиці 3.4.

Таблиця 3.4

Стратегії мінімізації ризику розвитку професійного вигорання для кластеру
низького ризику

Запропонована стратегія	Мета стратегії	Основні превентивні заходи
Первинна профілактика та навчання	Підтримка високого рівня професійної життєстійкості та професійної самоєфективності	Семінари з профілактики професійної деформації
Зміцнення індивідуальних ресурсів		Тренінги з управління емоційним інтелектом та навичкам першої психологічної допомоги
		Запровадження корпоративних програм підтримки ментального здоров'я
		Розвиток хобі або заняття в спортивному залі
		Протокол «гігієни сну» на робочому місці, наприклад, після масових поступлень поранених, травмованих та хворих
		Створення коротких активних перерв для зниження рівня психоемоційного перенапруження
Розвиток культури безпеки та взаємопідтримки		Навчання начальників структурних підрозділів навичкам виявлення ранніх ознак професійного вигорання
		Публічне заохочення медичного персоналу, особливо середнього та молодшого

Джерело: складено автором на основі отриманих результатів

В наведеній таблиці 3.4 розглянуто стратегічні підходи для мінімізації ризику розвитку професійного вигорання для кластеру низького ризику, що в цілому спрямовані на підвищення ресурсності особистості, підтримання на високому рівні професійної життєстійкості та професійної самоєфективності медичного персоналу. Запропоновані заходи мають не лише профілактичний, але й розвивальний характер, закріплюючи позитивний психологічний стан медичного персоналу.

Керуючись принципом диференційованого управління, варто розглянути наступний сегмент – стратегії мінімізації ризику розвитку професійного вигорання для кластеру помірного ризику. Варто зазначити, що медичний персонал, який входить до складу кластеру помірного ризику вимагає не невідкладних, але профілактичних дій, оскільки вона знаходиться на межі між стабільністю та прогресуванням професійного вигорання. У наступній таблиці (таблиця 3.5) запропонований спеціалізований комплекс профілактичних дій,

спрямованих на стабілізацію їх психоемоційного стану та запобігання переходу до зони високого ризику.

Таблиця 3.5

Стратегії мінімізації ризику розвитку професійного вигорання для кластеру
помірного ризику

Запропонована стратегія	Мета стратегії	Основні превентивні заходи
Групова або індивідуальна психологічна підтримка	Нормалізація рівнів тривоги та стресу, відновлення відчуття самоконтролю	Балінтовські групи, регулярна емоційна розрядка
		Конфіденційне консультування з метою розвитку навичок саморегуляції та вирішення робочих конфліктів
Управління часом та навантаженням		Тренінги з тайм-менеджменту, делегування та ефективного відстоювання особистих меж на роботі
		Ревізія та зменшення адміністративного навантаження, яке не стосується прямого догляду за пацієнтами.
Покращення умов робочого середовища		Створення «зон декомпресії» на робочому місці
		Впровадження регулярної ротації на найбільш емоційно виснажливих посадах

Джерело: складено автором на основі отриманих результатів

Після аналізу та розробки превентивних стратегій для кластера помірного ризику, що включають заходи із запобігання поглибленню професійного вигорання та стабілізації емоційного фону, було запропоновано перейти до сегмента, який вимагає найбільш невідкладного та інтенсивного управлінського втручання. Мова йде про кластер високого ризику розвитку професійного вигорання. Цей сегмент персоналу демонструє виражені та стійкі симптоми, які можуть бути не усунені стандартними профілактичними заходами. У даному випадку, мета управлінських рішень – не профілактика, а відновлення професійної придатності та збереження стану здоров'я медичного персоналу. У наступній таблиці будуть представлені «кризові» стратегії та заходи, які мають бути застосовані для мінімізації негативних наслідків професійного вигорання, включаючи ризик професійних помилок, і для забезпечення швидкого доступу до індивідуальної клінічної підтримки. Такі заходи продемонстровані в таблиці 3.6.

Таблиця 3.6

Стратегії мінімізації ризику розвитку професійного вигорання для кластеру
високого ризику

Запропонована стратегія	Мета стратегії	Основні превентивні заходи
Структурне зниження навантаження	Кризове втручання з метою зниження критичних показників професійного вигорання, депресії, тривоги та стресу, відновлення функціональних резервів	Екстрене зниження робочого навантаження
Клінічне та інтенсивне втручання		Тимчасове переведення на менш емоційно напружену роботу
		Обов'язкове конфіденційне направлення до клінічного психолога або психіатра для індивідуального лікування
		Оплачувані «дні ментального здоров'я» або відпустка для екстреного відновлення
Довгострокова реабілітація та підтримка		Запровадження системи анонімного фідбеку щодо проблем на робочому місці, які усуваються на рівні вищого керівництва
		Формування груп підтримки «рівний-рівному» з тих, хто успішно пройшов кризове відновлення
		За наявністю показань стаціонарне лікування в умовах реабілітаційних відділень

Джерело: складено автором на основі отриманих результатів

У даній таблиці наведені кризові та екстрені заходи підтримки, яких негайно потребує медичний персонал, віднесений до кластера високого ризику розвитку професійного вигорання. Таким чином, розроблені стратегії та запропоновані заходи для кожного кластера дають можливість застосовувати диференційований та цільовий підхід до формування здорового психологічного клімату в колективі.

Для врахування зазначених умов у Військово-медичному клінічному центрі Центрального регіону слід робити акцент на швидкості прийняття антикризових рішень, безпеці персоналу, командній підтримці та наданні клінічної допомоги, оскільки рівень стресових факторів значно вищий порівняно з цивільними закладами охорони здоров'я. Крім того потрібно враховувати категорію медичного персоналу та їх поділ на вікові та статеві групи з додатковими тактичними прийомами мінімізації ризику розвитку професійного вигорання.

Молодший медичний персонал віком <30 років демонструє найнижчі показники професійної життестійкості. Тут превенція має бути спрямована на

підвищення відчуття значущості та професійного визнання. Також важливою є психологічна та соціальна підтримка молодшого медичного персоналу.

Середній медичний персонал у віці >39 років демонструє найвищий рівень тривоги. Для нормалізації її рівня потрібно дотримуватися балансу між роботою та особистим життям. Крім того, варто запровадити «активні п'ятихвилинки» для цієї вікової групи середнього медичного персоналу з метою зниження рівня емоційної напруги та тимчасово обмежувати контакт з пацієнтами, які потребують емпатії.

Молодший медичний персонал цього ж вікового діапазону демонструє найнижчі показники професійної самоефективності. Підвищення рівня компетенції, періодичні навчання будуть сприяти її підвищенню. Також може допомогти розширення професійної автономії, наприклад, у вигляді «керування» стратегічними запасами, що дасть можливість цій категорії медичного персоналу відчувати свою значущість.

Середній медичний персонал чоловічої статі незалежно від віку демонструє найвищий рівень тривоги. Тут допоможе посилення ідентичності та стійкості, а також індивідуальний психологічний супровід. Розширення професійної автономії та публічне відзначення заслуг також може допомогти нормалізувати рівень цього показника саме в обговорюваній групі. Крім того, зазначена група виявилась найбільш вразливою до професійного вигорання. Тому методи фізичного розвантаження та запровадження зворотного зв'язку для відчуття власної цінності можуть запобігати розвитку даного синдрому. Варто також запровадити систему ротацій між відділеннями різного профілю, що несуть за собою різницю у навантаженні як фізичному, так і психоемоційному.

В умовах Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону та інших закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності доцільно запровадити кампанію «здоровий медичний працівник», що згадувалась вище, з метою визнання цінності внеску медичних працівників у громадське здоров'я. Такі кампанії є ключовим елементом розвитку кадрового потенціалу охорони здоров'я та забезпечення стійкості системи в цілому.

3.3. Рекомендації щодо підвищення стресостійкості та емоційного благополуччя медичного персоналу у Військово-медичному клінічному центрі Центрального регіону

Розробка рекомендацій щодо підвищення стресостійкості та забезпечення емоційного благополуччя медичного персоналу Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону є надзвичайно актуальним завданням, оскільки психоемоційний стан працівників безпосередньо впливає на ефективність їх професійної діяльності та якість надання медичної допомоги. Проте, для того щоб запропоновані заходи мали максимальну ефективність і були спрямовані на конкретні потреби персоналу, необхідно провести додаткове дослідження у Військово-медичному клінічному центрі Центрального регіону, яке дозволить більш детально оцінити рівень стресостійкості та психоемоційного стану різних категорій медичних працівників.

Критично важливим є вивчення взаємозв'язків професійно-психологічних показників всередині кожного виділеного кластера персоналу, що дозволить визначити специфічні фактори ризику, які призводять до виникнення психоемоційного перенавантаження. Такий підхід дасть змогу виявити найбільш вразливі ланки у системі психологічного забезпечення та зрозуміти, які чинники професійної діяльності потребують особливої уваги.

На основі отриманих результатів буде можливе формування науково обґрунтованих, адресних тренінгових програм і практичних рекомендацій, спрямованих на розвиток стресостійкості, підвищення мотивації, покращення емоційного клімату та збереження психологічного здоров'я медичного персоналу. Крім того, такі програми можуть включати як групові, так і індивідуальні тренінги, психотерапевтичні сесії, консультації з фахівцями з психологічної підтримки, а також регулярний моніторинг рівня професійного вигорання. Завдяки систематичному підходу до психологічного супроводу, медичний персонал зможе більш ефективно справлятися з професійними викликами та підтримувати високий рівень емоційного благополуччя, що

безпосередньо позитивно вплине на якість надання медичних послуг у Військово-медичному клінічному центрі.

Для подальшого визначення формування відповідного кластеру ризику розвитку професійного вигорання варто проаналізувати саме структуру кореляційних зв'язків між професійно-психологічними характеристиками медичного персоналу з метою виявлення форм організації забезпечення їх психоемоційного перенапруження. Дана інформація продемонстрована на рисунку 3.2.

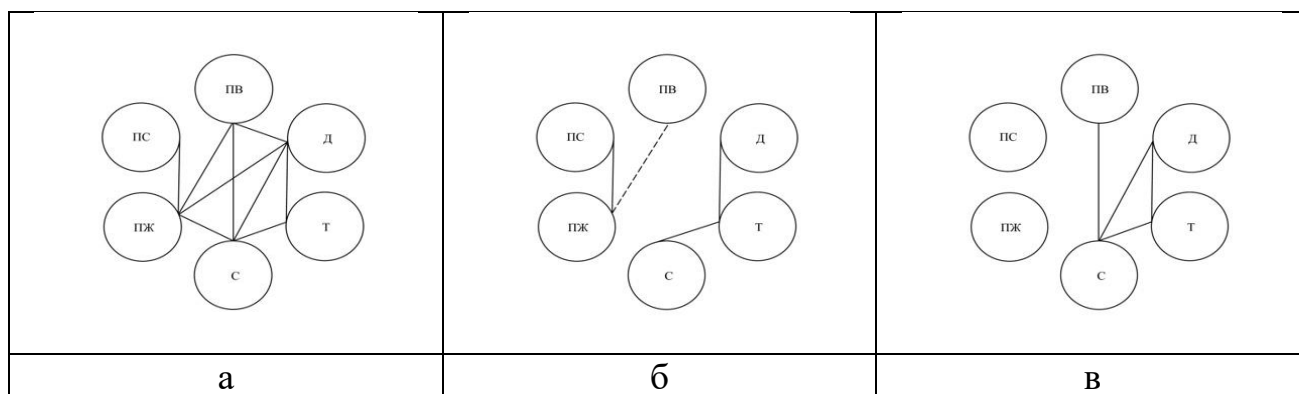


Рис. 3.2. Структура кореляційних зв'язків між професійно-психологічними характеристиками медичного персоналу

(а – кластер низького ризику, б – кластер помірного ризику, в – кластер високого ризику). ПВ – професійне вигорання; Д – депресія; Т – тривога; С – стрес; ПЖ – професійна життєстійкість; ПС – професійна само ефективність. Суцільна лінія – достовірний позитивний кореляційний зв'язок на рівні значущості $p < 0,05$; пунктирна лінія – достовірний негативний кореляційний зв'язок на рівні значущості $p < 0,05$.

Джерело: складено автором на основі отриманих результатів

З рисунка 3.2а видно, що структура кореляційних зв'язків кластеру низького ризику розвитку професійного вигорання у медичного персоналу є насиченою та представлена дев'ятьма позитивними кореляційними зв'язками. Описаний факт свідчить про значну зв'язність системи забезпечення належного рівня психоемоційного напруження медичного персоналу кластеру низького ризику.

Структура кореляційних зв'язків кластерів помірного та високого ризику представлена достовірно ($p=0,00001$) меншою кількістю кореляційних зв'язків (рис. 3.2б та 3.2в). Тобто, при зростанні ризику розвитку професійного вигорання від низького до середнього та високого спостерігається руйнування

структури системи забезпечення належного рівня психоемоційного напруження, що призводить до психоемоційного перенапруження. В результаті більшість з її складових набирає властивості хаотичних змін. Разом з цим, у всіх трьох кластерах можна спостерігати стабільність зв'язків між параметрами «депресія-тривога» та «тривога-стрес», які взаємно посилюють одне одного, що може свідчити про наявність стабільного центру ризику розвитку професійного вигорання у представників всіх кластерів (рис. 3.2а, 3.2б та 3.2в).

Аналіз структури кореляційних зв'язків між професійно-психологічними показниками засвідчив пряму залежність між зростанням ризику розвитку професійного вигорання та руйнуванням системи забезпечення належного рівня психоемоційного напруження, що неминуче призводить до перенапруження. Так, у кластері низького ризику спостерігається насичена, тісно зв'язана структура кореляцій, що свідчить про високу внутрішню стійкість та ефективні механізми саморегуляції. Зважаючи на цей факт, програми для цієї групи повинні бути спрямовані не на корекцію, а на посилення та закріплення наявних ресурсів, а також на розвиток лідерських якостей у сфері психологічної стійкості.

Основна увага повинна приділятися поглибленим тренінгам із професійної життєстійкості, що включають відпрацювання навичок позитивного когнітивного рефреймінгу складних робочих ситуацій та засвоєння стратегій проактивного вирішення проблем. Рекомендовано впровадження програми «Психологічне менторство», де медичний персонал цього кластера виступатиме внутрішніми наставниками та провідниками культури стресостійкості для колег. Додатковою формою роботи є організація факультативних семінарів із «Кар'єрного здоров'я», спрямованих на стратегічне планування професійного шляху та уникнення стагнації, що виступає довгостроковим захисним фактором від вигорання. Заходи для цього кластера мають бути інтегровані в процес професійного розвитку, перетворюючи високу стресостійкість на корпоративну норму та ресурс.

Для медичного персоналу, віднесеного до кластера помірного ризику, необхідна розробка інтенсивних тренінгових програм, ключовою метою яких є відновлення порушених кореляційних зв'язків та переведення працівників на нижчий рівень ризику розвитку професійного вигорання. Програми тренування стресостійкості для даного кластеру медичного персоналу повинні бути зосереджені на побудові гнучких механізмів емоційного реагування. Це досягається шляхом регулярних інтерактивних тренінгів з емоційного інтелекту, де акцент робиться на усвідомленні та регуляції власних емоцій у гострих робочих ситуаціях.

Життєво важливим є запровадження практики «Майндфулнес», адаптованої до умов клінічної практики, що дозволяє швидко знижувати рівень кортизолу та підвищувати рівень присутності в моменті, запобігаючи накопиченню хронічного стресу. Крім того, на цьому етапі слід приділити увагу розвитку професійної самоефективності, оскільки саме її зниження часто корелює з помірним професійним вигоранням.

Тренінги з управління професійними викликами та освоєння технік асертивної комунікації з конфліктними пацієнтами та колегами дають працівникам відчуття контролю над ситуацією, що є потужним «антидотом» професійного вигорання. Завдяки системному впровадженню вказаних тренінгових заходів, порушена система психоемоційної регуляції працівника відновлюється, дозволяючи йому «перестрибнути» до кластера низького ризику.

Натомість, медичний персонал кластер високого ризику потребує комплексних відновлювальних та корекційних програм, оскільки руйнування внутрішніх психологічних зв'язків тут є найбільш вираженим, а функціональний резерв організму – виснаженим [31, с. 19-28]. Заходи для цієї групи мають бути двокомпонентними: кризова індивідуальна корекція та структурована групова психотерапія. Первинним є забезпечення негайної психотерапевтичної допомоги з акцентом на техніках когнітивно-поведінкової

терапії, спрямованої на виявлення та зміну деструктивних когнітивних патернів, що підтримують стан вигорання, тривоги та депресії [33, с. 292].

Варто зазначити, що на даному етапі тренування класичної стресостійкості є неефективним і може навіть погіршити стан медичного персоналу, оскільки вимагає ресурсів, які і так вичерпані. Тому акцент варто зробити на відновленні базового рівня енергії та навчанні простим технікам релаксації (наприклад, прогресивна м'язова релаксація), а також на створенні умов для фізичного та емоційного відпочинку поза робочим місцем [33, с. 292]. Успішна реалізація вказаної відновлювальної програми слугуватиме фундаментом для подальшого переведення працівника спочатку в кластер помірного ризику, де він зможе продовжити роботу над підвищенням стресостійкості, і врешті-решт – до зони низького ризику, що гарантує його повернення до повноцінної професійної діяльності.

Для підвищення об'єктивності діагностичних та прогностичних заходів, а також з метою раннього виявлення медичного персоналу з високим ризиком розвитку професійного вигорання, було розроблено спеціальні розв'язувальні правила, що розрізняють кластери ризику. З огляду на це, був застосований покроковий дискримінантний аналіз. Результатом цього аналізу стала побудова наступних лінійних дискримінантних функцій (формули 3.1, 3.2 та 3.3):

$$K_{нр} = -34,59 + 0,05 \times ПЖ + 2,10 \times ПС + 0,05 \times Т + 0,08 \times ПВ + 0,23 \times Д + 0,48 \times С \quad (3.1);$$

$$K_{пр} = -35,87 + 0,05 \times ПЖ + 1,89 \times ПС + 0,49 \times Т + 0,20 \times ПВ + 0,80 \times Д + 1,09 \times С \quad (3.2);$$

$$K_{вр} = -55,21 + 0,03 \times ПЖ + 1,80 \times ПС + 1,34 \times Т + 0,39 \times ПВ + 1,71 \times Д + 1,65 \times С \quad (3.3),$$

де: $K_{нр}$ – кластер низького ризику; $K_{пр}$ – кластер помірного ризику; $K_{вр}$ – кластер високого ризику; ПЖ – професійна життєстійкість; ПС – професійна самоєфективність; Т – тривога; ПВ – професійне вигорання; Д – депресія; С – стрес.

Для визначення групи ризику розвитку професійного вигорання потрібно підставити значення його професійно-психологічних показників і

вирахувати Кнр, Кпр та Квр. Рівень розвитку професійного вигорання слід визначати за найбільшим значенням. Перевірка якості віднесення обстежуваного в ту чи іншу групу показала 96,54% збігів при застосуванні побудованих розв'язувальних правил.

Таким чином, стрес та професійне вигорання медичного персоналу чинять комплексний негативний вплив не лише на ефективність виконання службових обов'язків, але й на фізичне та психічне здоров'я працівників, що, у свою чергу, може впливати на якість надання медичної допомоги та безпеку пацієнтів. Враховуючи високу інтенсивність професійного навантаження у медичних закладах, особливо у військово-медичних структурах, стає очевидною необхідність систематичного вивчення механізмів розвитку стресу та професійного вигорання, а також розробки комплексних стратегій їх попередження.

Отже, для забезпечення ефективного психологічного супроводу медичного персоналу важливим є законодавче закріплення спеціалізованих норм і рекомендацій, які регламентуватимуть порядок профілактики та підтримки психоемоційного стану працівників. При цьому необхідне впровадження диференційованих програм, які враховують рівень руйнування внутрішньої психологічної структури кожного працівника, специфіку його професійних обов'язків та індивідуальні потреби. Такі підходи дозволяють не лише зменшити прояви стресу та професійного вигорання, а й сформувати стійке емоційне благополуччя всього медичного колективу, підвищити мотивацію, ефективність командної взаємодії та загальний психологічний клімат у закладі. В результаті, систематичне впровадження таких програм стає не лише інструментом підтримки здоров'я персоналу, але й важливим елементом забезпечення високої якості медичної допомоги, безпеки пацієнтів та стабільного функціонування закладу охорони здоров'я. Цей напрямок потребує подальших досліджень, оцінки ефективності впроваджених заходів та інтеграції сучасних методів психологічної підтримки в практику закладів охорони здоров'я.

ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ

Проаналізовано існуючі наукові підходи до розуміння професійного стресу та емоційного вигорання. Визначено їхню сутність, структуру та основні компоненти, що дозволило сформулювати єдину концептуальну основу для подальшого емпіричного дослідження у військово-медичній сфері.

Ідентифіковано та систематизовано ключові фактори ризику, що спричиняють розвиток стресу та емоційного вигорання у медичного персоналу. Виявлено значущі організаційні, рольові та індивідуальні чинники ризику розвитку професійного вигорання з урахуванням умов воєнного стану.

Досліджено та підтверджено негативний вплив високого рівня стресу та емоційного вигорання на професійну діяльність медичного персоналу. Встановлено, що ці стани призводять до зростання кількості помилок, зниження уваги, погіршення якості комунікації з пацієнтами та загального зменшення професійної продуктивності.

Проаналізовано організаційну структуру та економічні умови функціонування Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону, що засвідчив наявність ефективної та чітко структурованої організаційно-штатної архітектури, що є ключовою передумовою для забезпечення високої операційної здатності закладу в умовах підвищеного навантаження. Вона забезпечує синхронізацію діяльності Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону між усіма структурно-функціональними підрозділами, що є критично важливим для мінімізації функціонального дублювання та оптимізації процесів прийняття клінічних та управлінських рішень.

Розроблено та обґрунтовано комплексну психодіагностичну програму для оцінки рівнів стресу та професійного вигорання серед медичного персоналу Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону з урахуванням окремих показників ресурсності особистості.

Здійснено комплексний аналіз отриманих результатів. Виявлені закономірності змін професійно-психологічних показників в різних категоріях медичного персоналу у Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону з урахуванням їх вікових та статевих особливостей. Виділено три кластери ризику розвитку професійного вигорання, що мають достеменно різні професійно-психологічні профілі та системи забезпечення належного рівня психоемоційного напруження.

Побудовано спеціальні розв'язувальні з метою ідентифікації медичного працівника за рівнем ризику розвитку професійного вигорання для практичного їх застосування з метою профілактики дистресу. Розроблені стратегії мінімізації наслідків стресу та професійного вигорання для різних кластерів ризику, а також тактичні прийоми з урахуванням категорії медичного персоналу, віку та статі.

На основі ґрунтовного аналізу розроблено багаторівневі стратегії та комплекс рекомендаційних заходів для Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону, спрямованих на мінімізацію ризику розвитку професійного вигорання у медичного персоналу. Запропоновано загальні рекомендаційні стратегії (колективні та індивідуальні) мінімізації ризику розвитку професійного вигорання для кожного виділеного кластеру окремо. Крім того, сформовано тактичні прийоми для певних категорій медичного персоналу з урахуванням їх віку та статі.

Показана доцільність запровадження кампанії «здоровий медичний працівник» у умовах Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону та інших закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності з метою визнання цінності внеску медичних працівників у громадське здоров'я. Такі кампанії можуть стати ключовим елементом розвитку кадрового потенціалу охорони здоров'я та забезпечення стійкості системи в цілому.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 № 2168-VIII : станом на 31 жовтня 2025 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>.
2. Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» від 03.12.2020 № 1053-IX : станом на 1 січня 2025 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text>.
3. Кодекс законів про працю України : Кодекс України від 10.12.1971 № 322-VIII : станом на 12 жовтня 2025 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/322-08#Text>.
4. Наказ Міністерства оборони України «Про внесення Змін до Порядку грошового забезпечення військовослужбовцям Збройних Сил України та деяким іншим особам» від 25.01.2023 № 44. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0177-23#Text>.
5. Наказ Міністерства оборони України «Про затвердження Положення про військове (корабельне) господарство Збройних Сил України» від 16.07.1997 № 300 : станом на 26 серпня 2024 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0615-97#Text>.
6. Постанова Кабінету Міністрів України «Деякі питання оплати праці медичних працівників закладів охорони здоров'я» від 12.01.2022 № 2 : станом на 14 січня 2023 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2-2022-n#Text>.
7. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження особливостей здійснення публічних закупівель товарів, робіт і послуг для замовників, передбачених Законом України «Про публічні закупівлі», на період дії правового режиму воєнного стану в Україні та протягом 90 днів з дня його припинення або скасування» від 12.10.2022 № 1178 : станом на 1 листопада 2025 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1178-2022-n#Text>.

8. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку працівників сфери охорони здоров'я» від 14.07.2021 № 725 : станом на 4 жовтня 2025 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/725-2021-n#Text>.

9. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку подання фінансової звітності» від 28.02.2000 № 419 : станом на 2 грудня 2022 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/419-2000-n#Text>.

10. Chastali-Sitara M., Alikari V., Platis C.H., Tsironi M., Zyga S., Alefragkis D., Theofilou P. Association between perceived social support and occupational burnout in Greek nurses: A preliminary study. *Progress in Health Sciences*. 2020. Vol. 10. No 2. P. 22-28. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0014.6583>.

11. de Mendonca N. R. F., de Santana A. N., Bueno J. M. H. The relationship between burnout and emotional intelligence: A meta-analysis. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*. 2023. No 23. P. 2471-2478. <https://doi.org/10.5935/rpot/2023.2.23748>.

12. Eftychia D. The Impact of burnout in healthcare professionals on patient care quality: A review. *World Journal of Advanced Research and Reviews*. 2025. Vol. 25. No 2. P. 2706-2710. <https://doi.org/10.30574/wjarr.2025.2.0633>.

13. Lazarus R. S., Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Publishing Company, 1984. 456 p.

14. Maslach C., Goldberg J. Prevention of burnout: New perspectives. *Applied & Preventive Psychology*. 1998. No 7. P 63-74.

15. Maslach C., Jackson S. E. The measurement of experienced burnout. *Journal of organizational behavior*. 1981. No 2(2). P 99-113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>.

16. Oliinyk P. M., Chaplyk V. V., Timchenko Y. Y. Professional burnout in healthcare workers: signs, causes, prevention and treatment. Proceeding of the Shevchenko Scientific Society. *Medical Sciences*. 2022. Vol. 66. No 1. <https://doi.org/10.25040/ntsh2022.01.08>.

17. Selye H. Confusion and controversy in the stress field. *Journal of human stress*. 1975. No 1(2). P 37-44.
18. Shcherbakova I. M. Professional activity stress factors of health workers. *Scientific Notes of Ostroh Academy National University. Psychology Series*. 2020. No 11. P. 184-188. <https://doi.org/10.25264/2415-7384-2020-22-184-188>.
19. Stoian-BalasoIU I. R., Diaconescu L. V., Mihailescu A. I., Stan S., Ciobanu A. M., Popa-Velea O. Contributing Factors to Burnout in Healthcare Professionals-Does Emotional Intelligence Play a Protective Role? A Narrative Review. *Healthcare*. 2025. Vol. 13. No 17. P. 2156. <https://doi.org/10.3390/healthcare13172156>.
20. Tan K.-L., Yeap P. F. The impact of work engagement and meaningful work to alleviate job burnout among social workers in New Zealand. *Management Decision*. 2021. <https://doi.org/10.1108/MD-05-2021-0689>.
21. Zakeriafshar M., Torabizadeh C., Jamshidi Z. The relationship between occupational burnout and moral courage in operating room personnel: A cross-sectional study. *Perioperative Care and Operating Room Management*. 2023. Vol. 32. P. 100339. <https://doi.org/10.1016/j.pcorn.2023.100339>.
22. Асєєва Ю. О., Аймедов К. В., Яцишина А. М. Визначення поняття ПТСР у військових: теоретичні основи, клінічні прояви та фактори ризику. *Ментальне здоров'я*. 2024. № 2. С. 8-17. <https://doi.org/10.32782/3041-2005/2024-2-2>.
23. Ассонов Д. О. Емоційне вигорання медичних працівників: моделі, фактори ризику та протективні фактори. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2021. Т. 6. № 2. С. 28-33. <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v6i2.295>.
24. Богуш Г. Л., Коваль Н. В. Вплив стресу та емоційного вигорання медичного персоналу на ефективність виконання службових обов'язків та шляхи їх вирішення. Матеріали XXII Студентської наукової конференції з міжнародною участю «Перший крок в науку – 2025» 17-18 квітня 2025 року

(тези доповідей). Вінниця : Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова. 2025. С. 18-19.

25. Головенко Х. В., Сопель О. М. Поширеність синдрому емоційного вигорання у медичного персоналу і фактори, які спричиняють його розвиток. *Медсестринство*. 2015. № 1. С. 51-53.

26. Головчук Ю. О., Галаченко О. О., Палагнюк Г. О., Трет'яков М. С. Стратегії менеджменту для впровадження цифрових технологій у сфері охорони здоров'я. *Ефективна економіка*. 2025. № 1. <https://doi.org/10.32702/2307-2105.2025.1.7>.

27. Головчук Ю. О., Мороз С. Р., Кучер П. В. Розвиток оздоровчого туризму як напрям модернізації санаторно-курортного господарства регіону. *Інфраструктура ринку*. № 69. 2022. С. 220-223. <https://doi.org/10.32782/infrastructure69-39>.

28. Головчук Ю. О., Мороз С. Р., Цесьців Д. С. Управління туристичними DESTINATION: інноваційні маркетингові підходи. *Проблеми сучасних трансформацій. Серія: економіка та управління*. 2022. № 5. <https://doi.org/10.54929/2786-5738-2022-5-12-02>.

29. Головчук Ю. О., Паламаренко Я. В., Рисинець Т. П., Герасимюк К. Х. Тренінги і консультування як інструменти управління проектами в системі сучасного маркетингу. *Інвестиції: практика та досвід*. 2025. № 18. С. 28-36. <https://doi.org/10.32702/2306-6814-2025-18-28>.

30. Графська О. І., Головчук Ю. О., Гарасимчук Н. А. Стратегічні пріоритети розвитку регіональної економіки в умовах кризи. *Економіка та суспільство*. 2022. №43. <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2022-43-37>.

31. Кальниш В. В. Працездатність, втома та хронічна втома за умов роботи з підвищеною небезпекою: Монографія. Вінниця: ТОВ «Меркьюрі-Поділля», 2025. 468 с.

32. Кальниш В. В., Пашковський С. М., Коваль Н. В., Пашковська О. В. Індикатори змін рівня функціональних резервів організму операторів при розвитку вікових змін втоми та асоційованих зі стресом захворювань.

Фізіологічний журнал. 2023. Т. 69. № 4. С. 19-28.
<https://doi.org/10.15407/fz69.04.019>.

33. Кальниш В. В., Сергета І. В., Пашковський С. М., Коваль Н. В., Тимчишин Т. П., Троцький О. О. Вікові особливості трансформації психофізіологічних функцій операторів безпілотних авіаційних комплексів зі стресогенними захворюваннями органів травлення. *Довкілля та здоров'я*. 2024. № 2(111). С. 21-27. <https://doi.org/10.32402/dovkil2024.02.021>.

34. Кальниш В. В., Швець А. В., Нагорна А. М., Пашковський С. М., Коваль Н. В., Мальцев О. В., Єщенко О. І., Трінька І. С., Тимчишин Т. П., Ангельська В. Ю., Куліш О. І., Назаренко О. П., Ніколаєвич П. В. Методи відновлення психоемоційного стану військовослужбовців після перебування в зоні бойових дій та оцінка ефективності їх застосування: Методичний посібник для фахівців реабілітаційних відділень (під загальною редакцією професора Валентина Кальниша [МедВП 11-35(343).39-8]. Київ. 2025. 292 с.

35. Карамушка Т. В., Карамушка Л. М. Професійне вигорання персоналу реабілітаційних центрів для поранених військових: вплив освітньо-професійних характеристик особистості. *Організаційна психологія. Економічна психологія*. 2025. Т. 34. № 1. С. 20-31. <https://doi.org/10.31108/2.2025.1.34.2>.

36. Кокун О. М. Діагностика професійної життєстійкості та психофізіологічної стійкості: методичні рекомендації. Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2024. 58 с.

37. Кокун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Остапчук В. В. Психологічна робота з військовослужбовцями – учасниками АТО на етапі відновлення: Методичний посібник. – К. : НДЦ ГП ЗСУ, 2017. – 282 с.

38. Куліш О. В., Сіпко Л. О. Вплив емпатії на формування синдрому емоційного вигорання у медичних працівників. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія : Психологія*. 2022. № 1. С. 32-36. <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2022.1.6>.

39. Лопаткіна О. О. Політика публічного управління у сфері охорони здоров'я в умовах воєнного стану. *Публічне управління і політика*. 2024. № 2. С. 21-28. <https://doi.org/10.70651/3041-2498/2024.2.03>.

40. Методики обстежень під час проведення лікарсько-льотної експертизи: посібник для лікарсько-льотних комісій / за заг. ред.. д.м.н., проф. А. В. Швеця, к.м.н., доц. К. В. Гуменюка, к.м.н. В. В. Дяченко. – Вінниця. ПП. Балюк І. Б., 2024. – 528 с.

41. Охорона праці в медичній галузі : підручник / О. П. Яворовський, І. В. Сергета, Ю. О. Паустовський, В. І. Зенкіна та ін. – К.: ВСВ «Медицина», 2021. – 488 с.

42. Паламарчук М. І., Іванова Л. А., Гарас М. Н. Формування психоемоційного навантаження у медичних сестер відділень інтенсивної терапії. *Україна. Здоров'я нації*. 2024. № 1. С. 145-149. <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2024.1/25>.

43. Пашковський С. М., Кальниш В. В., Коваль Н. В. Порівняльна характеристика професійно важливих психофізіологічних параметрів операторів безпілотних авіаційних комплексів практично здорових та хворих на асоційовані зі стресом захворювання. *Вісник Вінницького національного медичного університету*. 2023. Т. 27. № 2. С. 301-308. [https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2023-27\(2\)-21](https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2023-27(2)-21).

44. Пашковський С. М., Сергета І. В., Кальниш В. В., Коваль Н. В., Богуш Г. Л., Тимчишин Т. П., Іськів Л. Л. Вплив асоційованих зі стресом захворювань органів травлення на психофізіологічний стан операторів безпілотних літальних апаратів. *Клінічна та профілактична медицина*. 2024. № 3(33). С. 27-35. <https://doi.org/10.31612/2616-4868.3.2024.04>.

45. Петрушенко В. В. Особливості мотиваційно-ціннісного ставлення правників до професійної діяльності та задоволеності нею на різних етапах кар'єри. *Психологія та соціальна робота*. 2024. № 1. С. 225-232. <https://doi.org/10.32782/2707-0409.2024.1.20>.

46. Писарук А. В., Шатило В. Б., Антонюк-Щеглова І. А., Кошель Н. М. Біологічний вік і профіль старіння людини (регресійні та нейромережні моделі). К. : «Фенікс», 2023. 217 с.

47. Попіль М. І., Левицька І. М. До проблеми оптимізації становлення професійної ідентичності майбутніх медсестер. *Проблеми гуманітарних наук. Серія : Психологія*. 2018. № 4. С. 140-150. <https://doi.org/10.24919/2312-8437.43.159087>.

48. Психологічне супроводження військовослужбовців в діяльності за екстремальних умов: методичні рекомендації / Шевченко В. Є., Воронова В. І., Коршевніук Д. О. [та ін.]. Київ: військова частина А0515. 2003. 145 с.

49. Романенко С. В., Марчук І. А., Жарлінська Р. Г., Лепетан І. М. Психологічна підтримка медичного персоналу: управлінські рішення для зменшення рівня емоційного вигорання. *Інвестиції: практика та досвід*. 2025. № 6. С. 87-94. <https://doi.org/10.32702/2306-6814.2025.6.87>.

50. Свір В. В., Січ А. В. Психологічні особливості професійного вигорання у медичних працівників. *Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом. Серія : Психологія*. 2025. № 2(67). С. 102-107. <https://doi.org/10.32689/maup.psych.2025.2.15>.

51. Теренда Н. О., Павлів Т. Б., Теренда О. А. Професійне вигорання – одна з невирішених проблем системи охорони здоров'я. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я*. 2021. № 2. С. 29-33. <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2021-2.12377>.

52. Толмачевська В. О. Особливості психоемоційного напруження у медичних працівників з урахуванням гендерних факторів та медичного стажу роботи. *Психологія праці*. 2021. № 32. С. 166-170. <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2021.32.29>.

53. Хайрулін О. М. Психологія професійного вигорання військовослужбовців: монографія. Тернопіль: ТНЕУ, 2015. 220 с.

54. Чабан О. С., Хаустова О. О., Омелянович В. Ю. Опитувальник для виявлення синдрому професійного вигорання: розробка та валідація нової

діагностичної методики. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2025. Т. 10. № 1. <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v10i1.598>.

55. Чорна В. В., Махнюк В. М., Могильний С. М., Хлєстова С. С., Подолян В. М., Фурман Л. Б., Ларченко І. В., Чайка А. В. Стан професійного стресу у медичних працівників, протидії та його подолання. *Довкілля та здоров'я*. 2024. № 2(103). С. 53-62. <https://doi.org/10.32402/dovkil2022.02.053>.

56. Школіна Н. В., Шаповал І. І., Орлова І. В., Кедик І. О., Станіславчук М. А. Адаптація та валідація україномовної версії шкали стресостійкості Коннора-Девідсона-10 (CD-RISC-10): апробація у хворих на анкілозивний спондиліт. *Український журнал ревматології*. 2020. Т. 80. № 2. С. 66-72. <https://doi.org/10.32471/rheumatology.2707-6970.80.15236>.

57. ICD-11 for mortality and morbidity statistics. URL: <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#334423054>.

58. Сайт ProZorro. URL: <https://prozorro.gov.ua/uk>.

59. Сайт Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону. URL: <https://vmkc-pr.mil.gov.ua/>.

60. Сайт Міністерства охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/uk>.

61. Сайт Опендатабот. URL: <https://opendatabot.ua/c/07816153>.

62. Сайт Центру громадського здоров'я України. URL: <https://phc.org.ua/>.

ДОДАТКИ