

ПСИХОЕМОЦІЙНІ СТАНИ ЛІКАРІВ ПЕРШОЇ ЛАНКИ В ПЕРІОД ВОЄННОГО ЧАСУ

PSYCHO-EMOTIONAL STATES OF FIRST-LINE DOCTORS DURING WARTIME

Дана стаття присвячена дослідженню психоемоційних станів лікарів першої ланки, які працюють в умовах воєнного часу, в умовах підвищених стресових і психологічних навантажень. У дослідженні взяли участь 51 лікар, і для аналізу використовувалися такі методи: самооцінка емоційних станів (PFS), методика оцінки психічної активації та емоційного тону, шкала проявів тривоги Тейлора (TMAS) та методика діагностики рівня емоційного вигорання (В. Бойко). Основними показниками були радість, тривога, депресія, стрес, психічна активація, цікавість, емоційний тонус, напруга та комфортність.

Результати дослідження свідчать, що медичні працівники відчувають високий рівень тривоги (5,31), депресії (5,02) та стресу (4,98), що негативно впливають на їх емоційні стани, збільшуючи емоційну втому та ризик розвитку професійного та емоційного вигорання. Водночас лікарі продемонстрували середній рівень радості (4,41), що може свідчити про збережену мотивацію до виконання професійних обов'язків, хоча й на тлі високого емоційного виснаження. Високий рівень психічної активації та помірний рівень цікавості підтверджують, що лікарі зберігають інтерес до роботи та професійного розвитку, незважаючи на екстремальні умови.

Аналіз також виявив значне емоційне вигорання у багатьох лікарів, що проявляється через високий рівень напруги та відчуття внутрішнього виснаження. Це вказує на актуальність потреби впровадження цілеспрямованих заходів для підтримки стійкості лікарів та зниження їх рівня стресу й тривожності. Рекомендації дослідження включають організацію психологічної підтримки та програму стрес-менеджменту, які зменшують емоційне навантаження лікарів та сприяють їх професійній ефективності в умовах тривалої напруги.

Ключові слова: емоції, емоційні стани, лікарі першої ланки, воєнний час, радість, тривога,

депресія, стрес, напруга, професійне вигорання, емоційне вигорання.

This article is dedicated to the study of psycho-emotional states of first-line doctors who work in wartime conditions, under conditions of increased stress and psychological loads. 51 doctors participated in the study, and the following methods were used for analysis: self-assessment of emotional states (PFS), method assessments of mental activation and emotional tone, the Taylor Anxiety Manifestation Scale (TMAS) and the method of diagnosing the level of emotional burnout (V. Boyko). The main indicators were joy, anxiety, depression, stress, mental activation, curiosity, emotional tone, tension and comfort.

The results of the study show that medical workers experience a high level of anxiety (5.31), depression (5.02) and stress (4.98), which negatively affect their emotional states, increasing emotional fatigue and the risk of developing professional and emotional burnout. At the same time, doctors demonstrated an average level of joy (4.41), which may indicate a preserved motivation to perform professional duties, albeit against the background of high emotional exhaustion. A high level of mental activation and a moderate level of curiosity confirm that doctors maintain an interest in work and professional development despite extreme conditions.

The analysis also revealed significant emotional burnout among many doctors, manifested by high levels of stress and feelings of internal exhaustion. This indicates the urgency of the need to implement targeted measures to support the resilience of doctors and reduce their level of stress and anxiety. The recommendations of the study include the organization of psychological support and a stress management program, which reduce the emotional burden of doctors and contribute to their professional efficiency in conditions of prolonged tension.

Key words: emotions, emotional states, first-line doctors, wartime, joy, anxiety, depression, stress, tension, professional burnout, emotional burnout.

УДК 159.96;159.942;159.944;364.2;616-05
DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.66.15>

Ассєва Ю.О.

д.психол.н.,
завідувач кафедри мовної та психолого-педагогічної підготовки
Одеський національний економічний
університет

Матящук Н.М.

здобувач другого (магістерського) рівня
вищої освіти заочної форми навчання
за спеціальністю 053 – Психологія
Одеський національний економічний
університет

Вступ. У період воєнних дій лікарі першої ланки стикаються з високими навантаженнями, оскільки працюють в умовах постійного стресу, дефіциту ресурсів та нестабільності. Всі ці речі підвищують ризик виникнення негативних психоемоційних станів, таких як стрес, тривога, депресія та вигорання. Здатність лікарів зберегти психологічну стійкість і функціональну ефективність разом з можливістю надання медичних послуг, має особливе значення у кризових ситуаціях, коли забезпечення безпеки та здоров'я набуває критичного значення. Моніторинг психоемоційних станів: лікарів, психологів, соціальних працівників та інших фахівців задіяних у підтримці фізичного та психологічного здоров'я населення набуває своєї актуальності. Оскільки вчасне

реагування та залучення фахівців у сфері здоров'я до профілактичних програм та навчання їх стресостійкості та методам самопомоги, забезпечить їх психологічну стійкість і благополуччя, яке дозволить професійно та ефективно виконувати свої обов'язки. Розробка та впровадження ефективних програм психологічної підтримки, які можуть бути спрямовані на зниження психоемоційного навантаження лікарів та сприяння покращенню їх емоційного стану в умовах воєнного часу.

Крім того, результати подібних досліджень та моніторингів надають важливу інформацію для керівників медичних установ та організацій охорони здоров'я, які можуть використовувати ці дані для корекції умов праці, підвищення соціальної підтримки, створення ресурсів

для емоційного відновлення. У довгостроковій перспективі такі заходи сприяють формуванню ефективної та стійкої медичної системи в умовах надзвичайних ситуацій.

Метою нашого дослідження стало визначення особливостей психоемоційних станів лікарів першої ланки в період воєнного часу.

Методологічною основою дослідження стали основні теоретичні та методологічні положення, сформульовані в працях таких зарубіжних дослідників, як П. Екман, К. Ізард, Р. Плутчик, Д. Рассел, Д. Майер, П. Селовей, В. Джеймс, К. Ланге, З. Фрейд, К. Юнг, Д. Дьюї, Р. Лазарус тощо [7, 12-16].

Серед українських науковців які вивчають психоемоційні стани можна відзначити роботи: Христюк О. В., Іванова Т. М., Петренко І. В., Лазуренко О. О., Данилова В. В., Колісник А. М., Стародуб А. С., Кравченко О. С., Кєрасід А., Садковий В. П., Тімченко О. В., Волкова О. Г., Жванія Т. В., Молоток К., Вейленманн С., Шнідер У., Чебікін О. Я. та інші [1, 3-6, 8-11].

Методи: теоретико-методологічний аналіз науково-психологічної літератури з означеної проблеми; емпіричні методи (Самооцінка емоційних станів (PFS), Методика оцінки психічної активності та емоційного тону, Шкала проявів тривоги Тейлор (TMA) та Методика діагностики рівня емоційного вигорання (В. Бойко) [2]. Обробка та інтерпретація емпіричних даних проводилась методом кількісного аналізу даних за допомогою програми статистичної обробки даних SPSS, версія 21.0 та EXEL.

Вибірку становили респонденти дорослого та середнього віку, лікарі першої ланки: сімейні лікарі, терапевти та педіатри (усього 51 особа; 8 чоловіків та 43 жінки віком від 28 до 67 років).

Результати дослідження. Емоційна сфера особистості – це сукупність усіх емоційних проявів, властивих людині. Вона включає емоції, почуття, афекти, настрій, переживання, а також стабільніші особистісні утворення, такі як емоційна стійкість та емоційна інтелектуальність. Емоційна сфера є важливим компонентом психологічної структури особистості, адже вона визначає її емоційний відгук на зовнішні та внутрішні впливи, формується у процесі соціалізації та розвитку особистості. Від стану емоційної сфери залежить здатність особистості до емоційної регуляції, адаптації до нових умов, а також здатність до емпатії, співпереживання та стійкості в умовах стресу.

Емоційна сфера особистості охоплює всі емоційні процеси, стани та властивості, які характеризують емоційне життя людини. Вона включає в себе: емоційні стани – тимчасові переживання, які можуть бути викликані конкретними подіями або ситуаціями (наприклад, радість, гнів, страх); емоційні властивості – стійкі характеристики особистості, які визначають її емоційну реактивність і стабільність

(наприклад, емоційна стійкість, тривожність); емоційні процеси – динамічні зміни емоційних станів у відповідь на зовнішні та внутрішні стимули (наприклад, розвиток емоційної реакції на стрес). Емоційна сфера особистості є важливою для: соціальної взаємодії, психічного здоров'я та прийняття рішень [5, 12].

Порівняльний огляд класифікацій емоцій у сучасних психологічних дослідженнях може бути представлений у кількох ключових підходах:

1. Класифікація за базовими емоціями. Пол Екман запропонував виділення шести базових емоцій (радість, сум, страх, гнів, здивування, відраза), які є універсальними, мають однакові прояви у всіх культурах. Керрол Ізард доповнив цю класифікацію, включивши десять емоцій, додавши інтерес, сором, провину та розвиток. Роберт Плутчик розробив «колесо емоцій», що охоплює вісім основних емоцій, таких як радість і страх, та розглядає їх комбінацію для утворення складніших станів [12].

2. Двовимірна модель емоцій. У цій моделі емоції класифікуються за двома параметрами – валентністю (позитивні або негативні) та рівнем підвищення. Джеймс Рассел підкреслює, що така модель додатково розкриває зв'язки між емоціями та їх вплив на поведінку, наприклад, радість сприяє позитивній валентності та високому розвитку [11].

3. Класифікація за емоційним розвитком. Теорія емоційного інтелекту Джона Майєра і Пітера Селовея акцентує увагу на таких аспектах, як самосвідомість, саморегуляція, внутрішня мотивація, емпатія та соціальні навички. Модель емоційної зрілості О. Я. Чебікіна натомість фокусується на внутрішніх аспектах, підкреслюючи зрілість в управлінських емоціях [7, 11].

4. Класифікація за функціями емоцій. Воррен Тен Хоутен пропонує класифікацію емоцій відповідно до їх функцій (наприклад, адаптивні та соціальні емоції), виявляючи шість ключових ролей емоцій, як-от агресивність та прийняття, що змінюють важливу роль у соціальних взаємодіях.

5. Класифікація за інтенсивністю емоцій. Вільям Джеймс і Карл Ланге досліджували фізіологічні основи емоцій, де емоції виділені за інтенсивністю проявів. Це підкреслює важливість фізичних реакцій, які супроводжують емоційні переживання.

6. Класифікація за довготривалістю станів – З. Фрейд і К. Юнг аналізували тривалість душевних станів, розділяючи їх на швидкоплинні або тривалі емоції, короточасні реакції або стійкі душевні настрої [13].

7. Класифікація за когнітивно-мотиваційною функцією – Джон Дьюї та Роберт Лазарус досліджували, як емоції координують адаптивні реакції. Р. Лазарус підкреслював роль

когнітивної оцінки, де емоції формуються на основі оцінки ситуації та її значення для особистих цілей, допомагаючи адаптуватися та справлятися зі стресом [14, 15].

Кожен із цих підходів робить значний внесок у розуміння емоцій, даючи можливість уявити їх з різних точок зору: біологічної, когнітивної, соціальної та еволюційної.

Підсумовуючи зміст підходів, можна відзначити, що класифікація емоцій у психологічній науці є багатогранною та відображає аспекти емоційного життя людини. Моделі, орієнтовані на базові емоції, двовимірну структуру, емоційний інтелект та функціональність, надають можливість більш глибокого розуміння природи емоцій, їхню універсальність і культурну залежність. Це знання забезпечує можливість більш точної діагностики та корекції емоційних станів, що особливо важливо для психологічного консультування, психотерапії, освіти та підтримки психічного здоров'я. Сучасні дослідження продовжують розширювати знання про нейробіологічні та когнітивні основи емоцій, їх культурний та соціальний контекст, що відкриває нові шляхи для покращення психічного здоров'я. Подальше дослідження емоцій ролі в адаптивності, стійкості до стресу та міжособистісній взаємодії матиме значний вплив на практичну психологію, освіту та охорону здоров'я.

Емоційний стан людини є важливим аспектом її психічного здоров'я та загального благополуччя. У сучасному світі, де стресові ситуації та психотравмуючі впливи є невід'ємною частиною життя, особливо важливо мати інструменти для оцінки та моніторингу емоцій-

ного стану. Це особливо актуально для лікарів першої ланки в Україні, які працюють в умовах воєнного стану. У цьому контексті методика, яку обрані нами для вирішення завдань даної роботи: Самооцінка емоційних станів (PFS), Методика оцінки психічної активації та емоційного тону, Шкала проявів тривоги Тейлор (TMAS) та Методика діагностики рівня емоційного вигоряння В. Бойко, відіграють важливу роль.

Результати представлено у таблицях 1 та 2.

Результати первинного аналізу показників психоемоційних станів лікарів першої ланки в період воєнного часу (n=51) за методиками показують наступне:

1. Самооцінка емоційних станів (PFS), що оцінює поточний емоційний стан за чотирма шкалами: радість, тривога, депресія та стрес. Вказують на те, що середній рівень радості становить 4.41, тривоги – 5.31, депресії – 5.02, а стресу – 4.98. Це вказує на те, що лікарі першої ланки відчувають помірний рівень радості та високий рівень тривоги, депресії та стресу.

2. Методика оцінки психічної активації та емоційного тону оцінює такі психічні стани, як психічна активація, цікавість, емоційний тонус, напруга та комфортність. Середні значення для цих показників становлять: психічна активація – 4.29, цікавість – 4.55, емоційний тонус – 4.55, напруга_x – 4.55, комфортність – 4.55. Це свідчить про те, що лікарі мають середній рівень психічної активації та цікавості, але відчувають значну напругу та помірний рівень комфортності.

3. Шкала проявів тривоги Тейлора (TMAS) вимірює рівень тривожності. Середній рівень

Таблиця 1

Первинні дані показників психоемоційних станів лікарів першої ланки в період воєнного часу

Показник	N	MIN	MAX	x	σ	CV, %	Mo	Me
Радість	51	0	10	4.41	2.91	66.0	1	4
Тривога	51	0	10	5.31	3.12	58.8	7	5
Депресія	51	0	10	5.02	3.12	62.2	8	5
Стрес	51	0	10	4.98	2.91	58.4	4	5
Психічна активація	51	0	10	4.29	2.91	67.8	2	4
Цікавість	51	0	10	4.55	2.91	64.0	3	4
Емоційний тонус	51	0	10	4.55	2.91	64.0	7	4
Напруга _x	51	0	10	4.55	2.91	64.0	0	4
Комфортність	51	0	10	4.55	2.91	64.0	6	4
Тривожність	51	0	10	4.55	2.91	64.0	0	4
Напруга _y	51	0	10	4.55	2.91	64.0	0	4
Резистенція	51	0	10	4.55	2.91	64.0	0	4
Виснаження	51	0	10	4.55	2.91	64.0	0	4
Загальний рівень емоційного вигоряння	51	0	10	4.55	2.91	64.0	0	4

Примітка: X – середнє значення показника у вибірці; σ – середнє квадратичне відхилення; CV – коефіцієнт варіативності; Me – медіана; Mo – мода; max – максимальне значення показника у вибірці; min – мінімальне значення показника у вибірці.

**Рівні прояву показників психоемоційних станів лікарів першої ланки
в період воєнного часу**

Показник	Високий рівень, %	Середній рівень, %	Низький рівень, %
Радість	10	39	51
Тривога	59	29	12
Депресія	35	43	22
Стрес	55	33	12
Психічна активація	27	49	24
Цікавість	25	55	20
Емоційний тонус	28	43	29
Напруга_x	45	39	16
Комфортність	18	47	35
Тривожність	29	39	32
Напруга_y	31	49	20
Резистенція	29	55	16
Виснаження	37	39	24
Загальний рівень емоційного вигоряння	39	43	18

тривожності серед лікарів становить 4.55, що вказує на тривожності з тенденцією до високого.

4. Методика діагностики рівня емоційного вигоряння (В. Бойко) оцінює ступінь емоційного вигоряння за трьома фазами: напруга, резистенція та виснаження. Середні значення для цих показників становлять: напруга – 4.55, резистенція – 4.55, виснаження – 4.55. Загальний рівень емоційного вигоряння становить 4.55, що вказує на середній рівень вигоряння.

З огляду на отримані дані можна відзначити, що лікарі мають низький рівень радості (51%) та високий рівень емоційного вигоряння (39%). Такий стан може негативно позначатися на психологічному здоров'ї, що вимагає створення додаткових заходів з підтримки мотивації та емоційної стійкості.

Виявлена потреба в покращенні робочих умов – середній рівень комфорту у 47%, що свідчить про відсутність поліпшення умов праці, останні впливають на рівень стресу та тривожності, які у своєю чергою підвищують ризик емоційного вигоряння.

Також виявлено стабільний середній рівень психічної активації (49%) та інтересу (55%) які свідчать про те, що лікарі загалом зберігають бажання до професійного розвитку та мотивацію до роботи. Це є позитивним показником, який варто підтримувати через програми професійного навчання і розвитку.

Значна частина лікарів має високий рівень напруження (45%), що є ознакою постійного внутрішнього напруження і стресу, що має ризик критичного визнання. Це вказує на необхідність включення практики стрес-менеджменту в їхню роботу.

Виявленій середній рівень тривоги з тенденцією до високого (59%) та високий рівень

тривожності у 29% лікарів підкреслює необхідні розробки психологічних втручань для зниження рівня занепокоєння. Це можна включати як групову, так і індивідуальну роботу з психологом, що покращить їхню емоційну стійкість.

Понад третини лікарів (37%) має високий рівень емоційного виснаження, що є показником високого навантаження. Це вимагає впровадження заходів для зниження виснаження та розвитку резистентності, наприклад, через тренінги з емоційного відновлення та роботи над стресостійкістю.

Таким чином, результати дослідження показують, що лікарі першої ланки в період воєнного часу відчувають високий рівень тривоги (59%), депресії (35%) та стресу (55%), що може негативно впливати на їхню професійну діяльність та взаємодію з пацієнтами. Вони також мають середній рівень психічної активації (49%) та цікавості (55%), але відчувають значну напругу (високий рівень у 45%) та помірний рівень комфортності (47%). Загальний рівень емоційного вигоряння є середнім (43%), що свідчить про необхідність підтримки та заходів для зниження стресу та покращення емоційного стану лікарів.

Висновки. Психоемоційний стан лікарів першої ланки є критично важливим аспектом їхньої професійної діяльності. Дослідження показує, що лікарі стикаються з високим рівнем тривоги, депресії, стресу, емоційного виснаження, що впливає на їхню ефективність та якість надання медичної допомоги. Вони також мають середній рівень психічної активації та цікавості, але відчувають значну напругу та помірний рівень комфортності. Загальний рівень емоційного вигоряння є середнім, що свідчить про необхідність підтримки й заходів для зниження стресу та покращення емоційного стану лікарів.

Рекомендації та перспективи досліджень. Сучасні тенденції та мінливі умови вимагають комплексного підходу до підтримки психоемоційного здоров'я лікарів першої ланки який повинен включати регулярний моніторинг стану, впровадження технік зниження стресу та тривоги, підтримку позитивних емоцій та цікавості, а також запобігати емоційному вигоранню. Важливо створити підтримуюче робоче середовище та забезпечити доступ до необхідних ресурсів і психологічної підтримки, що допоможе покращити емоційний стан лікарів та підвищити їхню ефективність у складних умовах воєнного часу.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Волкова О. Г., Жванія Т. В. Дослідження особливостей саморегуляції психоемоційних станів у кризових ситуаціях. Харків: НУЦЗУ. 2021. С. 33–42.
2. Злишков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. К.: Педагогічна думка, 2016. 219 с.
3. Іванова Т. М. Емоційне вигорання медичних працівників: мета-аналіз. *Журнал практичної психології*. 2021. № 3. С. 112–125.
4. Кравченко О. С. Емоційна компетентність лікарів: теоретичні та практичні аспекти. *Психологія і суспільство*. 2019. № 2. С. 56–68.
5. Лаврова М. Теоретичний аналіз сучасних поглядів на поняття «емоційне вигорання». *Вісник Одеського національного університету. Психологія*. 2014. Т. 19. Вип. 2. С. 194–202.
6. Лазуренко О. О. Аналіз психологічних особливостей та структурних компонентів емоційної компетентності майбутнього лікаря. *Психологія і суспільство*. 2018. № 2. С. 67–79.
7. Майер Дж. Д., Селовеї, П. Емоційний інтелект: Теорія, висновки та імплікації. *Психологічний огляд*, 1990, №97(3), С. 554–573.
8. Петренко І. В. Психоемоційні стани лікарів під час пандемії COVID-19. *Медична психологія*. 2020. № 4. С. 34–47.
9. Садковий В. П., Тімченко О. В. Актуальні дослідження в сучасній вітчизняній екстремальній та кризовій психології. Харків: Вид-во НУЦЗУ. 2017, 777 с.
10. Христюк О. В. Вплив стресогенних факторів на психоемоційні стани лікарів. Наукові записки НаУ-КМА. *Психологія і педагогіка*. 2019. Т. 2. С. 78–89.
11. Чебикін О. Я., Павлова, І. Г. Становлення емоційної зрілості особистості. Київ: Педагогічна преса, 2010. 320 с.
12. Ekman Paul What Scientists Who Study Emotion Agree About. *Perspectives on Psychological Science*, 2016. Vol. 11, № 1, P. 31–34.
13. Freud S. Beyond the Pleasure Principle. International Psycho-Analytical Press. 1920. 90 p. URL: https://www.libraryofsocialscience.com/assets/pdf/freud_beyond_the_pleasure_principle.pdf.
14. Lange C. The Mechanism of the Emotions. *Psychological Review*, 1985. №1(1), P. 1–20.
15. Lazarus Richard S. Emotion and Adaptation. New York: Oxford University Press, 1991. 557 p.
16. Plutchik R. Emotion: A Psychoevolutionary Synthesis. New York: Harper & Row. 1980. 440 p. URL: https://en.wikipedia.org/wiki/Robert_Plutchik.