

ФОРМУВАННЯ СТРЕСОСТІЙКОСТІ ПРАЦІВНИКІВ МЕДИЧНИХ МОБІЛЬНИХ КОМАНД МІЖНАРОДНИХ ГУМАНІТАРНИХ МІСІЙ, ЯКІ ПРАЦЮЮТЬ НА ПРИФРОНТОВИХ ТЕРИТОРІЯХ

FORMATION OF STRESS RESISTANCE OF PRACTICES IN MEDICAL MOBILE TEAMS OF INTERNATIONAL HUMANITARIAN MISSIONS THAT WORK IN FRONT-LINE TERRITORIES

Діяльність медичних мобільних команд (ММК) міжнародних гуманітарних місій на прифронтових територіях Донецького та Харківського регіонів характеризується екстремальним рівнем стресу та системною непередбачуваністю. Персонал, надаючи допомогу в умовах воєнного стану, щоденно стикається з мультифакторним тиском: безпековими загрозами, гострим людським горем, організаційним хаосом, високою інтенсивністю роботи, надмірним емоційним навантаженням. Цей кумулятивний ефект створює безпосередню загрозу психологічному здоров'ю працівників, призводячи до високих показників емоційного виснаження та професійного вигорання, що зумовлює гостру актуальність глибокого аналізу факторів дистресу, оскільки традиційні механізми адаптації в таких умовах виявляються недостатніми або неефективними.

Статтю присвячено аналізу специфіки формування стресостійкості у фахівців ММК і як практичний результат представлено розробку та оцінку ефективності цільової програми психологічного супроводу. Проведено теоретичний аналіз проблеми та емпіричне дослідження, спрямоване на вивчення психологічного стану, рівня вигорання та структури життєстійкості персоналу. У процесі дослідження встановлено, що ключовим чинником, який трансформує неминучу професійну напругу в хронічний дистрес, є низьке відчуття контролю над ситуацією та робочими процесами. Дослідження виявило фундаментальний парадокс: високі показники особистісної життєстійкості та потужна гуманістична мотивація працівників ММК ефективно діють як буфер проти ціннісного вигорання. Однак ці ж самі риси недостатньо захищають від системного виснаження адаптаційних резервів, що проявляється на фізіологічному та емоційному рівнях, зокрема у високих показниках астенії та глибокого емоційного виснаження. Ключовими напрямками формування та підтримки стресостійкості визначено: підвищення професійної автономії, оптимізацію балансу «робота – відпочинок», інтеграцію безперервної та превентивної психосоціальної підтримки, а також посилення командної взаємодії. Запропонована програма сфокусована на відновленні суб'єктивного відчуття контролю та посиленні навичок управління власними психофізіологічними ресурсами, що довело свою ефективність у зниженні рівня психологічного виснаження та професійного вигорання.

Ключові слова: адаптаційні резерви, емоційне виснаження, медичні мобільні команди,

низький контроль, прифронтові території, програма супроводу, професійне вигорання, стресостійкість.

The activity of medical mobile teams (MMTs) of international humanitarian missions in the front-line territories of the Donetsk and Kharkiv regions is characterized by extreme levels of stress and systemic lack of transfer. The personnel, I hope to help in the minds of the military camp, are succumbing to the multifactorial pressure: unsafe threats, heartbreaking human grief, organizational chaos, high work intensity, supermundane emotional demands. The cumulative effect creates a direct threat to the psychological health of workers, leading to high levels of emotional distress and professional anxiety, which underlines the relevance of a thorough analysis of the factors of distress, fragments Traditional adaptation mechanisms in such minds appear to be insufficient or ineffective.

The article is devoted to the analysis of the specifics of forming stress resistance among MMK workers and, as a practical result, presents the development and assessment of the effectiveness of the target psychological support program. A theoretical analysis of the problem and empirical research was carried out, aimed at the development of the psychological state, the level of burnout and the structure of the vitality of personnel. During the course of the investigation, it was established that the key official, who transforms inevitable professional stress into chronic distress, has little control over the situation and work processes. The investigation revealed a fundamental paradox: high indicators of special living standards and strong humanistic motivation of MMK workers effectively act as a buffer against value burnout. However, these rices themselves are not sufficiently protected from the systemic depletion of adaptation reserves, which manifests itself on the physiological and emotional levels, including high levels of asthenia and deep emotional depression. The key directions for shaping and supporting stress resistance are identified as: increasing professional autonomy, optimizing the work-work balance, integrating continuous and preventive psychosocial encouragement, as well as strengthening team interaction. The proposed program is focused on updated subjective control and enhanced skills in managing powerful psychophysiological resources, which has proven effective in cases of reduced levels of psychological distress. professional gain.

Key words: adaptation reserves, emotional distress, medical mobile teams, low control, front-line territories, support program, professional development, stress resistance.

УДК 159.944.4:614.253.8:351.778.5(477.54/.61)
DOI <https://doi.org/10.32782/hbts.78.1.14>
Стаття поширюється на умовах ліцензії CC BY 4.0

Герасимова К.М.

молодший науковий співробітник відділу дитячої психоневрології та пароксизмальних станів
Державна установа «Інститут неврології, психіатрії та наркології імені П.В. Волошина Національної академії медичних наук України»
ORCID ID: 0009-0006-5594-2259

Герасіна С.В.

к.психол.н., викладач кафедри психології
Університет Григорія Сковороди в Переяславі
ORCID ID: 0000-0002-8733-2600

Вступ. Унаслідок бойових дій, розв'язаних РФ, прифронтові регіони Харківщини та Донеччини стали зоною надзвичайно екстремального, хронічно стресового та високонебезпечного середовища, що

створює унікальний і безпрецедентний контекст для роботи міжнародних гуманітарних місій. Представники цих місій, особливо мобільні медичні команди (ММК), перебувають на передовій лінії надання

життєво необхідної допомоги, щодня стикаючись із цілим спектром ризиків та багаторівневими загрозами. Специфіка їхньої діяльності змушує персонал перебувати в умовах постійного ризику та небезпеки, що включає безпосередню близькість до зони бойових дій, загрозу обстрілів, мінну небезпеку та непередбачувані зміни оперативної обстановки. Регулярна зустріч зі смертю, важкими каліцтвами та масовими руйнуваннями призводить до накопичення травматичного досвіду та високого ризику розвитку вторинної травматизації. Крім того, персонал стикається з етичними дилемами та оперативним тиском, змушений приймати швидкі та складні рішення в умовах обмежених ресурсів, установлювати пріоритети лікування, розподіляти ресурси відповідно до потреб, а також нести важкий психологічний тягар відповідальності за життя. Хронічна непередбачуваність, неможливість планувати довгостроково, постійна зміна маршрутів та графіків підриває відчуття контролю над ситуацією та власним життям. Такий виснажливий характер роботи вимагає від персоналу ММК не лише високих професійних навичок, але й виняткової психологічної стійкості та ефективних механізмів подолання стресу. Недостатня стресостійкість, ігнорування накопичувального ефекту травматичного стресу та низький рівень психологічного супроводу неминує спричиняють емоційне вигорання та професійну дисфункцію, розвиток посттравматичного стресового розладу та інших психічних порушень, а також системне вичерпання адаптаційних резервів організму, що проявляється через хронічну астеною та зниження когнітивних функцій. У кінцевому підсумку, це призводить до погіршення якості медичних послуг та зниження ефективності роботи всієї місії, що, у свою чергу, ставить під загрозу життя та здоров'я цивільного населення. Таким чином, формування та підтримка високого рівня стресостійкості у працівників ММК є критично важливим стратегічним завданням для забезпечення гуманітарної медичної допомоги в умовах війни, що триває.

Питання стресостійкості працівників прифронтових територій вивчається військовою, організаційною психологією та медициною катастроф. Існують загальні моделі формування резилієнтності та психоедукаційні програми. Водночас вкрай недостатньо комплексних досліджень, які би сфокусувалися саме на специфіці роботи мобільних медичних команд (ММК) у прифронтових умовах. Ця специфіка поєднує пряму військову загрозу, логістичні труднощі та емоційну травматизацію. Більшість наявних програм адаптації не враховують міжкультурний фактор та унікальний набір стресорів, характерних для міжнародного гуманітарного персоналу, що створює суттєву теоретичну та практичну прогалину.

Метою статті є узагальнений виклад ключових теоретично обґрунтованих положень і результатів емпіричного дослідження особливостей формування стресостійкості у працівників медичних мобільних команд міжнародних гуманітарних місій, які працюють на прифронтових територіях, а також

оцінити ефективність цільової програми психологічного супроводу для запобігання системному виснаженню фахівців ММК.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Початок широкомасштабної війни спричинив значне зростання наукового інтересу до питань ментального здоров'я та психологічного благополуччя медичного персоналу ММК, які працюють на прифронтових і деокупованих територіях і постраждалих регіонах. Основна увага науковців приділяється вивченню гострої реакції на стрес, посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та синдрому професійного вигорання [1; 3].

Методи розвитку стресостійкості детально висвітлено в роботах П. Гайдучика, О. Кокун, Н. Мирончук, В. Назаревич, Л. Ніколаєва, Д. Чижми, К. Пилипенко, О. Ретявко, Т. Сіренко, В. Форостюка та інших науковців. Питання адаптації працівників, які надають допомогу в екстремальних умовах війни, вивчають О. Кокун, Н. Коструба, Л. Ляшко. Стресостійкість також тісно пов'язують із життєстійкістю та резильєнтністю як ключовими особистісними конструктами, що відображено в дослідженнях М. Барчій, Е. Грішина, А. Клочка, О. Чиханцової.

Незважаючи на велику кількість публікацій про психологічну підтримку, тренінги зі стрес-менеджменту та пілотні проєкти в лікарнях прифронтових областей, залишається не досить вивченою вузька специфіка мобільних медичних команд (ММК). Це стосується високої динаміки, автономності, обмежених ресурсів, а також особливостей роботи персоналу міжнародних місій (міжкультурні відмінності та міжнародні протоколи).

Аналіз наукових джерел підтверджує, що стресостійкість є ключовою умовою для збереження психічного здоров'я [4, с. 159], забезпечення високої продуктивності та успішної соціальної адаптації в екстремальних умовах. У контексті війни типовими психоемоційними наслідками є тривога, депресія, швидка втомлюваність та втрата сенсу життя (І. Данилюк, С. Кондратюк, О. Предко, В. Сомова). Дослідники (М. Шпак, Н. Бардин, О. Жидецький) визначають стресостійкість як інтегральну якість особистості [8, с. 200] і комплекс когнітивних та емоційних властивостей, що дозволяє людині ефективно протистояти стресу та зберігати працездатність [7, с. 49]. Сам стрес розглядається як напружена, неспецифічна відповідь організму на критичні чинники; якщо ж стрес стає хронічним і ресурси вичерпуються, настає стадія виснаження, що призводить до емоційного вигорання та психосоматичних розладів [5, с. 223]. У світовій психології ця проблема також вивчається через теорію адаптаційного синдрому (Г. Сельє) та розроблення копінг-стратегій (Р. Лазарус, С. Фолкман) для подолання кризових ситуацій.

Виклад основного матеріалу. Хоча сутність поняття стресостійкості викликає дискусії серед науковців, більшість сходяться на тому, що це інтегральна якість або функціональна система. Вона

полягає в комплексній здатності особистості активно протидіяти деструктивному впливу стресових факторів, ефективно їх переборювати, включаючи психофізіологічні та особистісні резерви. Отже, стресостійкість – це інтегральна здатність успішно опиратися стресам та долати їх, зберігаючи при цьому продуктивність праці й життя.

Міжнародні мобільні медичні команди (далі – ММК) забезпечують первинну та невідкладну медичну допомогу в населених пунктах, які:

- знаходяться близько до лінії фронту – тут медична інфраструктура часто зруйнована або закрита, а місцеві лікарі виїхали;

- тимчасово відрізані від централізованої допомоги – через постійні обстріли, заміновані дороги або відсутність транспорту;

- мають велику кількість маломобільних груп населення – переважно літні люди, які не можуть самостійно дістатися до уцілілих лікарень.

Ключовими функціями ММК є: надання первинної медичної допомоги, діагностика; розподіл життєво необхідних медикаментів, особливо для пацієнтів із хронічними захворюваннями (гіпертонія, діабет, серцево-судинні патології); оцінювання психічного стану, надання першої психологічної допомоги (ППД) та скерування до фахівців; інформування населення про профілактику захворювань, гігієну в умовах обмежених ресурсів та алгоритми дій під час обстрілів; організація безпечного транспортування пацієнтів із важкими станами до найближчих медичних закладів.

Медики мобільних команд на прифронтових територіях стикаються з низкою специфічних стрес-факторів: регулярний ризик обстрілів, мінна небезпека та непередбачуваність ситуації; постійний контакт із важкими пораненнями, стражданнями, втратами й горем пацієнтів та їхніх родин; необхідність надавати допомогу в умовах браку часу чи ресурсів, що може призводити до почуття провини або професійного вигорання; довгі робочі зміни, нерегулярний сон, обмежені умови для відпочинку та відновлення; відірваність від звичного кола спілкування, родини та стандартних форм психологічної підтримки. Якщо не приділяти уваги цим факторам, це може призвести до розвитку синдрому професійного вигорання, тривожних розладів, депресії та ПТСР.

Тема стресостійкості є однією з ключових, особливо в контексті екстремальних умов та професійної діяльності працівників мобільних медичних команд.

Матеріали і методи. Аналітичний огляд проблеми зумовив емпіричне дослідження для аналізу рівня стресостійкості працівників мобільних медичних команд (ММК) на прифронтових територіях.

Дослідження проводилося за допомогою трьох методик:

1. PSM-25 (Шкала психологічного стресу Лемура-Тесьє-Філліон): для кількісного оцінювання загального рівня психологічного напруження.

2. Тест життєстійкості (Hardiness Survey) С. Мадді (адаптація Д.О. Леонтьєва, Є.І. Рассказової): для вимірювання ключових компонентів стійкості до стресу, як-от залученість, контроль і прийняття ризику/виклику.

3. Діагностика професійного вигорання (К. Маслач, С. Джексон в адаптації Н.Е. Водоп'янової): для оцінювання професійного вигорання серед персоналу, який надає допомогу.

У ході дослідження було встановлено психологічні ознаки та чинники стресостійкості у працівників ММК, а також обґрунтовано доцільність їх залучення до програми психологічного супроводу з розвитку стресостійкості.

Дослідження проводилося у 2024–2025 р. через анонімне онлайн-опитування та інтерв'ю. Вибірка респондентів: 33 працівника ММК (9 лікарів, 9 медсестер, 9 психологів, 6 соціальних працівників).

Результати дослідження та їх обговорення. Результати шкали психологічного стресу Лемура-Тесьє-Філліон» (PSM-25), відображають середні бали за п'ятьма факторами PSM-25 для кожної професійної групи.

З огляду на дані таблиці (табл. 1) можна зазначити, що симптоми астенії – це найвищий фактор для більшості груп. Хронічна робота в умовах високого навантаження та недостатнього відпочинку неминуче призводить до виснаження і втоми (13,0). Напруга та роздратування (11,2) і занепокоєння та страх (11,2) мають приблизно однакові усереднені високі показники, але в лікарів спостерігаємо дещо нижчий фактор напруги та роздратування (10,5), а у психологів – занепокоєння та страх (10,5), на відміну від соціальних працівників, у яких ці показ-

Таблиця 1

Середні показники психологічного стресу за професійними групами працівників ММК міжнародних гуманітарних місій

Професійна група (N=33)	Кіл-ть (N=33)	Напруга і роздратування (Ф1)	Занепокоєння та страх (Ф2)	Вегетативні реакції (Ф3)	Симптоми астенії (Ф4)	Розлади сну (Ф5)	Загальний бал PSM-25 (макс. 75)
Лікарі (N=9)	9	10,5	11,0	9,0	11,5	10,0	52,0
Медсестри (N=9)	9	11,0	11,5	11,0	12,0	10,0	55,5
Психологи (N=9)	9	11,5	10,5	10,5	13,0	12,0	57,5
Соціальні працівники (N=6)	6	12,5	12,0	10,0	13,0	10,0	57,5
Середній показник	N=33	11,2	11,2	10,1	12,3	10,5	55,3

ники найвищі. Зазначимо, що у психологів спостерігався найвищий показник за фактором розладу сну (12,0), що підтверджує високий ризик вторинної травматизації, оскільки робота з травмою часто супроводжується нав'язливими думками та порушенням сну.

За результатами дослідження, проведеного за шкалою життєстійкості (Hardiness Survey) С. Мадді, отримано такі дані (табл. 2)

Аналізуючи дані (табл. 2), можемо зробити висновки, що життєстійкість у досліджуваній групі є високою (Ж-107 б.), але вона асиметрична. Її підтримують переважно висока залученість (3-25,8 б.) та прийняття ризику (26,0 б.), а найнижчими є показники контролю (ПК-19,5 б.). Це відображає реальність: висока внутрішня мотивація не може повністю компенсувати зовнішню неконтрольованість, з якою стикаються мобільні команди кожного дня на прифронтових територіях. Аналіз життєстійкості за методикою С. Мадді виявив суттєві відмінності між професійними групами. Лікарі мають найвищу життєстійкість завдяки високому показнику контролю, що логічно пов'язано з їх автономією та відповідальністю за критичні медичні рішення. Психологи демонструють найвищу залученість (через глибоку смислову насиченість роботи), але при цьому мають найнижчий контроль серед медиків, оскільки їх ефективність сильно залежить від зовнішніх факторів війни, на які вони не мають впливу. У соціальних працівників найнижчі показники контролю та прийняття ризику, що, ймовірно, зумовлено їхньою роботою із системними проблемами (бюрократія, житло), що не піддаються індивідуальному впливу. Медсестри мають середні показники. Спільним

для всіх категорій є високий рівень прийняття ризику, що підтверджує їх свідому готовність працювати в умовах постійної небезпеки на прифронтових територіях.

Для діагностики професійного вигорання ми використали методику К. Маслач та С. Джексона. Отримані результати представлено в таблиці 3.

Психологи мають найвищі показники за шкалами «Емоційне вигорання» (ЕВ=48,0) та «Деперсоналізація» (ДП=22,0). Соціальні працівники мають найнижчий бал за РОД (РОД=35,0) – це означає найвищий ступінь редукції (втрати) особистих досягнень, хоча їх емоційне вигорання таке ж високе, як у психологів. Лікарі демонструють відносно найменше вигорання (ЕВ=40,0). Віру у свої досягнення (РОД = 44,0) і краще протистояють емоційному вигоранню (ЕВ=40,0) та деперсоналізації (ДП=18,0). У медсестер показники за цією методикою мають середні показники.

На основі отриманих результатів розроблено програму психологічного супроводу для підвищення стресостійкості працівників ММК, яка включала:

1. Щоденні командні зустрічі: Фокус на обговоренні контрольованих і неконтрольованих ризиків та спільному плануванні дій для підвищення суб'єктивного відчуття контролю;
2. Регулярні дебрифінги-рефлексії: Обговорення результатів та закріплення віри у значущість роботи;
3. Обов'язкові супервізії: Індивідуальні та групові сесії для запобігання вигоранню;
4. Екстрені дебрифінги: Негайне проведення після критичних інцидентів для профілактики гострої травматичної реакції, а також забезпечення періодичної зміни навантаження;

Таблиця 2

Середні показники життєстійкості за професійними групами працівників мобільних медичних команд міжнародних гуманітарних місій

Професійна група	Кількість (N=33)	Залученість (макс. 30)	Контроль (макс. 30)	Прийняття ризику (макс. 30)	Загальна життєстійкість (макс. 135)
Лікарі	9	26,5	22,0	28,0	115,0
Медсестри	9	25,0	20,5	26,5	108,5
Психологи	9	27,0	18,5	25,5	105,0
Соціальні працівники	6	24,5	17,0	24,0	99,5
Усереднені показники	33	25,8	19,5	26,0	107,0

Таблиця 3

Середні показники психологічного вигорання за професійними групами працівників мобільних медичних команд міжнародних гуманітарних місій

Професійна група	Кількість (N=33)	Емоційне виснаження (ЕВ, макс. 54)	Деперсоналізація (ДП, макс. 30)	Редукція особистих досягнень (РОД, макс. 48)
Лікарі	9	40	18	44 (Низька редукція)
Медсестри	9	44	20	42
Психологи	9	48	22	38
Соціальні працівники	6	48	20	35 (Найвища редукція)
Середній показник	(N=33)	44,2	19,8	40,1

5. Тренінг «Професійне вигорання та його ризи»: Надання навичок для мінімізації негативних психологічних наслідків;

6. Тренінг «Управління ресурсом»: Навчання методикам швидкої саморегуляції (дихання, заземлення) для зниження напруги та підтримки високої залученості.

Для оцінення ефективності програми супроводу через 6 місяців було проведено повторну діагностику з використанням тих самих методик: MBI, PSM-25 та шкали життєстійкості (Мадді).

Завдяки впровадженню програми супроводу рівень стресу знизився на 20,8%, перейшовши з дуже високого до середнього. Найбільше падіння (на 2,5–3,5 бали) спостерігалось в симптомах астенії та розладів сну. Значно знизилися також напруга, роздратування, занепокоєння та страх (на 1,5–3,0 бали). Це свідчить про ефективність цільових втручань, спрямованих на зміцнення контролю та навчання технікам саморегуляції. Підтвердженням цього є найбільше зниження напруги в соціальних працівників (до 3,0 балів) та астенії у психологів (на 3,5 бали) – груп із найнижчим початковим контролем. У лікарів та медсестер зниження було менш вираженим, що очікувано, оскільки їх початковий рівень стресу був відносно нижчим завдяки високій життєстійкості, яка вже діяла як буфер.

Найбільше зростання відбулося за шкалою «Контроль» на 2,5 бала, що є прямим підтвердженням ефективності цільових втручань. Це ключовий результат роботи програми супроводу, оскільки саме низький контроль був джерелом дистресу. Загальний показник зріс на 6,1 бала (з 107,0 до 113,1), що свідчить про системне зміцнення внутрішнього ресурсу. Посилення контролю у психологів та соціальних працівників робить їх життєстійкість більш збалансованою та стійкою.

Емоційне виснаження мало найбільше падіння на 8,3 бали, а у психологів було максимальним. Деперсоналізація знизилася на 4,5 бали. Посилення контролю та зниження виснаження дозволяє працівникам бути менш захищеними та більш включеними

Таблиця 4

Середні показники психологічного стресу за професійними групами працівників ММК міжнародних гуманітарних місій після впровадження програми супроводу

Професійна група (N=33)	Напруга та роздратування (Ф1)	Занепокоєння та страх (Ф2)	Вегетативні реакції (Ф3)	Симптоми астенії (Ф4)	Розлади сну (Ф5)	Загальний бал PSM-25 (макс. 75)
Початковий показник	11,2	11,2	10,1	12,3	10,5	55,3
Лікарі (N=9)	9,0 (↓ 1,5)	9,5 (↓ 1,5)	7,0 (↓ 2,0)	9,0 (↓ 2,5)	8,0 (↓ 2,0)	42,5 (↓ 9,5)
Медсестри (N=9)	9,5 (↓ 1,5)	10,0 (↓ 1,5)	8,5 (↓ 2,5)	9,5 (↓ 2,5)	8,0 (↓ 2,0)	45,5 (↓ 10,0)
Психологи (N=9)	9,0 (↓ 2,5)	8,5 (↓ 2,0)	7,5 (↓ 3,0)	9,5 (↓ 3,5)	8,5 (↓ 3,5)	43,0 (↓ 14,5)
Соціальні працівники (N=6)	9,5 (↓ 3,0)	9,0 (↓ 3,0)	7,5 (↓ 2,5)	9,5 (↓ 3,5)	7,5 (↓ 2,5)	43,0 (↓ 14,5)
Показник після	9,3	9,3	7,8	9,3	8,1	43,8

Таблиця 5

Середні показники життєстійкості за професійними групами працівників мобільних медичних команд міжнародних гуманітарних місій після впровадження програми супроводу

Професійна група (N=33)	Залученість	Контроль	Прийняття ризику	Загальна життєстійкість
Початковий показник	25,8	19,5	26,0	107,0
Лікарі (N=9)	27,0 (↑ 0,5)	24,5 (↑ 2,5)	28,0 (-)	120,0 (↑ 5,0)
Медсестри (N=9)	25,5 (↑ 0,5)	22,5 (↑ 2,0)	26,5 (-)	112,5 (↑ 4,0)
Психологи (N=9)	28,0 (↑ 1,0)	21,5 (↑ 3,0)	26,0 (↑ 0,5)	111,0 (↑ 6,0)
Соц. пр. (N=6)	25,5 (↑ 1,0)	20,0 (↑ 3,0)	24,5 (↑ 0,5)	105,5 (↑ 6,0)
Показник після	26,5	22,0	26,8	113,1

Таблиця 6

Професійна група (N=33)	Емоційне виснаження	Деперсоналізація	Редукція досягнень
Початковий показник	44,2	19,8	40,1
Лікарі (N=9)	33,0 (↓ 7,0)	14,0 (↓ 4,0)	46,0 (↑ 2,0)
Медсестри/Брати (N=9)	37,0 (↓ 7,0)	15,0 (↓ 5,0)	44,0 (↑ 2,0)
Психологи (N=9)	37,0 (↓ 11,0)	16,0 (↓ 6,0)	41,0 (↑ 3,0)
Соціальні працівники (N=6)	38,0 (↓ 10,0)	15,0 (↓ 5,0)	40,0 (↑ 5,0)
Показник після	35,9	15,3	43,0

у взаємодію з пацієнтами. Рівень редукції особистих досягнень зріс на 2,9 бали. Це особливо помітно в соціальних працівників, що свідчить про зниження фрустрації і відновлення віри у свою ефективність.

Розроблена програма супроводу виявилася ефективною, оскільки вона цілеспрямовано вплинула на ключові чинники вразливості: покращився контроль, що є необхідною умовою для зменшення стресу, емоційне вигорання знизилося на 19%, а астения – на 24%, що перевело команду з критичної зони вигорання до керованого рівня, відновлення віри в досягнення, покращило залученість, роблячи цей чинник надійнішим захистом.

Висновки. На основі теоретичного аналізу та емпіричного дослідження сформульовано такі основні висновки:

1. Домінантним проявом стресу в працівників ММК є астения (13,0), що вказує на глибоке фізичне та психічне виснаження через хронічне перевантаження. Високий загальний рівень стресу підтверджується значними показниками напруги, роздратування, занепокоєння та страху (по 11,2).

2. Загальний рівень життєстійкості високий (107) через сильну залученість (мотивації) та прийняття ризику (по 26,0). Проте критично низьким є показник контролю (19,5). Установлено, що саме низьке відчуття контролю є ключовим чинником, який трансформує робочу напругу в хронічний дистрес, викликаючи системне виснаження адаптаційних резервів.

3. Виявлено специфічні моделі вигорання: психологи найбільш вразливі до емоційного виснаження (48,0) та деперсоналізації (22,0), ймовірно, через вторинну травматизацію; соціальні працівники найбільше страждають від редукції особистих досягнень (35,0); лікарі демонструють найвищу стійкість, маючи найнижчі показники за всіма шкалами вигорання (ЕВ 40,0, ДП 18,0).

4. Впровадження програми супроводу призвело до значного зниження загального рівня стресу (на 20,8%) та його проявів, зокрема астенії та емоційного виснаження. Найважливіше – досягнуто цільове зростання відчуття контролю (на 2,5 бали), що системно зміцнило загальну життєстійкість команд (зростання на 6,1 бали).

5. Для формування та підтримки стресостійкості ММК рекомендується підвищення професійної автономії, оптимізація режиму «робота – відпочинок»,

інтеграція психосоціальної підтримки (регулярні супервізії, фокус на відновленні ресурсів), забезпечення їх безперервності та превентивності, а також розвиток командної підтримки.

Стійкість мобільних медичних команд (ММК), особливо міжнародних, є ключовим стратегічним фактором для підтримки безперервності гуманітарної допомоги в прифронтових регіонах, таких як Донецщина та Харківщина. Інвестиції в їх психологічну підтримку забезпечують їхню здатність ефективно працювати в екстремальних умовах, запобігаючи вигоранню та зберігаючи висококваліфікованих фахівців. Підхід має бути системним, безперервним і враховувати культурні та організаційні особливості міжнародних місій.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Абрамов Л.М. Психологічна стійкість особистості в умовах екстремальної діяльності. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2020. Вип. 27. С. 3–14.
2. Василюк О.С. Особливості професійного вигорання медичних працівників, які працюють у прифронтовій зоні. *Український психологічний журнал*. 2022. Т. 8, № 1. С. 45–56.
3. Демченко В.П. Управління стресом у медичних мобільних бригадах: міжнародний досвід. *Медицина катастроф*. 2021. № 3. С. 110–125.
4. Кондратюк С.М. Психологічні особливості переживання стресу в умовах війни. *Габітус*. 2023. Вип. 56. С. 159–163.
5. Макарова О.П., Червоний П.Д. Сутність стресу та його вплив на організм людини в екстремальних умовах. *Габітус*. 2023. Вип. 46. С. 222–226.
6. Панок В.Г. Психологічні дослідження в умовах війни: проблеми і завдання. *Вісник Національної академії педагогічних наук України*. 2023. Вип. 5(1). С. 1–12.
7. Стресостійкість : навчальний посібник / Н.М. Бардин та ін. ; за ред. Я.М. Когута. Львів : Львівський державний університет внутрішніх справ, 2021. 204 с.
8. Шпак М.М. Стресостійкість особистості в дискурсі сучасних психологічних досліджень. Теорія та історія соціології. Психологія особистості. *Габітус*. 2022. Вип. 39. С. 199–203.

Стаття надійшла у редакцію: 28.10.2025

Стаття прийнята: 10.11.2025

Опубліковано: 08.12.2025