

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ВОЛИНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ЛЕСІ УКРАЇНКИ
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ**

Кафедра загальної та клінічної психології

Випускна кваліфікаційна робота
на правах рукопису

Лещинська Оксана Петрівна

**РЕЗИЛЬЄНТНІСТЬ ЯК СКЛАДОВА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я
ЛІКАРІВ-ПЕДІАТРІВ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ МЕДИЦИНИ**

Спеціальність 053 Психологія

Освітньо-професійна програма Клінічна психологія

Робота на здобуття освітнього ступеня «магістр»

Науковий керівник:
**ФЕДОТОВА ТЕТЯНА
ВОЛОДИМИРІВНА**
кандидат психологічних наук,
доцент, доцент кафедри
загальної та клінічної психології
Волинського національного
університету імені Лесі Українки

РЕКОМЕНДОВАНО ДО ЗАХИСТУ

Протокол № _____
засідання кафедри загальної та
клінічної психології
від _____ 2025 р

Завідувач кафедри
проф. Журавльова О. В. _____

ЛУЦЬК 2025

АНОТАЦІЯ

Лещинська Оксана Петрівна. Резильєнтність як складова психічного здоров'я лікарів-педіатрів первинної ланки медицини. – Рукопис.

Випускна кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «Магістр» за спеціальністю 053 Психологія. Освітньо-професійної програми Клінічна психологія. – Волинський національний університет імені Лесі Українки, Луцьк, 2025 р.

Випускна кваліфікаційна робота присвячена вивченню резильєнтності як складової психічного здоров'я лікарів-педіатрів первинної ланки медицини. Для досягнення мети та реалізації завдань роботи впродовж 2023-2024 року на базі медичних установ міста Луцька та Волинської області було опитано 45 лікарів-педіатрів. Дослідження проводилось із дотриманням вимог етичного комітету кафедри загальної та клінічної психології Волинського національного університету імені Лесі Українки. Діагностовані були поділені на дві групи згідно стажу їх професійної діяльності: до 10 років роботи за фахом (18 осіб) та понад 10 років (27 респондентів).

За результатами проведеного емпіричного дослідження в кожній з груп лікарів-педіатрів первинної ланки медицини було визначено:

- ✓ особливості вияву психічного здоров'я, зокрема за такими його показниками як: гедоністичне благополуччя, загальне позитивне функціонування, соціальне благополуччя та психологічне благополуччя;
- ✓ загальний рівень резильєнтності та специфіку представленості ресурсів;
- ✓ наявність й рівень сформованості симптомів та фаз емоційного вигорання;
- ✓ розлогі кореляційні зв'язки резильєнтності та показників психічного здоров'я, симптомів емоційного вигорання й психологічної ресурсності особистості.

Розпочате магістерське дослідження має перспективу подальшого вивчення.

Ключові слова: резильєнтність, психічне здоров'я, психологічне здоров'я, емоційне вигорання, тривога, резистентність, виснаження, ресурсність.

ANNOTATION

Lieshchynska Oksana. Resilience as a component of mental health of primary care paediatricians. – Manuscript.

Graduation qualification work for the degree of «Master» in the specialty 053 Psychology. Educational and professional program Clinical psychology. - Lesya Ukrainka Volyn National University, Lutsk, 2025.

The final qualification work is devoted to the study of resilience as a component of the mental health of primary care paediatricians. To achieve the goal and implement the objectives of the work, 45 paediatricians were interviewed in 2023-2024 at medical institutions in Lutsk and Volyn Oblast.

The study was conducted in compliance with the requirements of the Ethics Committee of the Department of General and Clinical Psychology of Lesya Ukrainka Volyn National University. The diagnosed were divided into two groups according to their professional experience: up to 10 years of work in the speciality (18 people) and more than 10 years (27 respondents).

According to the results of the empirical study, in each of the groups of primary care paediatricians, the following were determined:

- peculiarities of mental health manifestation, in particular, by such indicators as: hedonic well-being, general positive functioning, social well-being and psychological well-being;
- the general level of resilience and the specifics of resource representation;
- the presence and level of development of symptoms and phases of emotional burnout;
- extensive correlations between resilience and indicators of mental health, symptoms of emotional burnout and psychological resourcefulness of the individual.

The initiated master's research has the prospect of further study.

Key words: resilience, mental health, psychological health, emotional burnout, anxiety, resistance, resilience, exhaustion, resourcefulness

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ ОГЛЯД ДЕФІНІЦІЙ «ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я» ТА «РЕЗИЛЬЄНТНІСТЬ» В НАУКОВІЙ ЛІТЕРАТУРІ.....	8
1.1. Проблематика психічного здоров'я в медичній та психологічній літературі.....	8
1.2. Складові та сутнісні ознаки психічного здоров'я.....	13
1.3. Резильєнтність як складова психічного здоров'я особистості.....	20
Висновки до розділу 1.....	24
РОЗДІЛ 2. ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРІВ-ПЕДІАТРІВ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ МЕДИЦИНИ	26
2.1. Специфіка професійної діяльності лікарів-педіатрів	26
2.2. Психологічні особливості педіатрів первинної ланки медицині.....	31
Висновки до розділу 2.....	34
РОЗДІЛ 3. СПЕЦИФІКА РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ ЯК СКЛАДОВОЇ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ЛІКАРІВ-ПЕДІАТРІВ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ МЕДИЦИНИ.....	36
3.1. Опис та обґрунтування методик дослідження.....	36
3.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження.....	39
Висновки до розділу 3.....	56
ВИСНОВКИ.....	57
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	60
ДОДАТКИ	

ВСТУП

Обґрунтування актуальності теми. Вивчення резильєнтності лікарів має велике значення з декількох причин. Насамперед, медична професія є надзвичайно вимогливою до підготовки фахівця та стресовою. Лікарі постійно стикаються зі складними ситуаціями й пацієнтами, які перебувають у критичному стані, а також із власними помилками чи невдачами. Резильєнтність допомагає лікарям зберегти емоційну стійкість і добре справлятися з окресленими вище викликами. Загалом резильєнтність сприяє збереженню фізичного та психічного здоров'я лікарів. Дослідження засвідчують, що високий рівень стресу може призводити до вигорання, тривожності, депресії та інших серйозних проблем зі здоров'ям. Резильєнтність включає в себе навички ефективного копіngu і стрес-менеджменту, що допомагає запобігти цим проблемам. Резильєнтність може покращити якість надання медичної допомоги пацієнтам. Лікарі з високим рівнем резильєнтності здатні краще управляти своїм стресом, приймати швидкі та обґрунтовані рішення, підтримувати пацієнтів у складних ситуаціях та ефективно комунікувати з ними й зі своїми колегами. Таким чином, вивчення резильєнтності лікарів є важливим кроком для забезпечення їх добробуту, збереження психічного здоров'я та покращення якості надання медичної допомоги пацієнтам.

Об'єктом дослідження – психічне здоров'я лікарів-педіатрів первинної ланки медицини.

Предметом роботи є резильєнтність як складова психічного здоров'я лікарів-педіатрів первинної ланки медицини.

Мета дослідження полягає в теоретичному аналізі поняття психічного здоров'я й резильєнтності в психологічній літературі та емпіричному вивченні психологічних аспектів резильєнтності як складової психічного здоров'я лікарів-педіатрів первинної ланки медицини.

Згідно мети визначено коло таких **завдань**:

1. Здійснити теоретичний аналіз наукових досліджень з проблеми психічного здоров'я й резильєнтності й розкрити їх сутність.

2. З'ясувати рівні психічного здоров'я й резильєнтності в лікарів-педіатрів залежно від стажу професійної діяльності.

3. Вивчити особливості вияву ресурсів у лікарів-педіатрів із різним професійним стажем.

4. Визначити зв'язок рівня психічного здоров'я, резильєнтності емоційного вигорання та лікарів-педіатрів первинної ланки медицині.

5. Окреслити перспективу подальшого дослідження.

Теоретико-методологічною основою дослідження виступили: концепції вивчення психічного здоров'я, представлені в працях західних (А.Адлер, А. Маслоу, В. Франкл, К. Роджерс та інші) та вітчизняних психологів (Т.Дзюба, Л.Карамушки, З.Кіреєва, М.Мушкевич, Є. Щербина та інші); підходи щодо психологічної підготовки лікарів-педіатрів та оцінки їх професійної компетентності (М. Карпової, Г. Бекетової, О.Волосовець, І.Горячевої, О. Пташник та інших).

Для досягнення мети у дослідженні було застосовано:

1. *Теоретичні методи:* аналіз, синтез, систематизація та узагальнення наукових даних для визначення теоретико-методологічної основи вивчення психічного здоров'я та резильєнтності;

2. *Емпіричні методи* у сукупності таких психометричних методик: адаптована версія шкали резильєнтності (О. Односталко, З. Кіреєва, Б. Бірон), опитувальник психологічної ресурсності особистості (О. Штепа), опитувальник «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма» (адаптація Е.Носенко, А.Четверик-Бурчак), методика діагностики рівня емоційного вигорання В.Бойка.

3. *Методи обробки та інтерпретації результатів дослідження:* порівняльний аналіз емпіричних даних, математичні методи: визначення середніх величин, відсотковий, кореляційний та ф-кутовий перетворення Фішера.

База дослідження: у дослідженні брали участь лікарі-педіатри первинної ланки медицини установ міста Луцька та Волинської області. Загальна кількість опитаних – 45 осіб (віком від 27-45 років). Дослідження проводилось впродовж

2023-2024 року. Участь у дослідженні була добровільною, результати кодувалися й за бажанням, в індивідуальному порядку, були представлені опитуваним.

Дозвіл Комітету з етики наукових досліджень кафедри загальної та клінічної психології Волинського національного університету імені Лесі Українки для проведення дослідження: Протокол №3 від 15.12.2023 року.

Наукова новизна отриманих результатів дослідження: 1) розширено уявлення щодо специфіки професійної діяльності лікарів-педіатрів та важливої складової їх успішної реалізації в професії – психічного здоров'я на робочому місці; 2) визначено особливості вияву резильєнтності як складової психічного здоров'я лікарів-педіатрів первинної ланки медицини.

Практична значущість одержаних результатів полягає у можливості застосування окремих даних проведеного емпіричного дослідження в ході консультативно-корекційної роботи клінічного психолога з діагностованими особами, а також у розробці низки профілактичних заходів з метою збереження психічного здоров'я на робочому місці, тренінгових занять задля підвищення рівня резильєнтності як складової психічного здоров'я лікарів-педіатрів первинної ланки медицини.

Апробація результатів. Результати магістерського дослідження апробовано під час роботи 12-ої Міжнародної науково-практичної конференції «Перспективи сучасна наука: теорія і практика» (13-15 січня 2025 р), Львів, Україна та представлено у публікації: Федотова Т. В., Лещинська О. П. Резильєнтність лікарів-педіатрів: теоретико-емпіричне вивчення проблеми. Збірник матеріалів 12-ої Міжнародної науково-практичної конференції «Перспективи сучасна наука: теорія і практика» (13-15 січня 2025 р.). НПЦ «Sci-conf.com.ua», Львів, Україна. 2025. С.897-901.

Структура роботи: магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків. Робота містить 10 рисунків та 5 таблиць. Список використаних джерел налічує 57 найменувань. Повний обсяг роботи – 72 сторінки.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНИЙ ОГЛЯД ДЕФІНІЦІЙ «ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я» ТА «РЕЗИЛЬЄНТНІСТЬ» В НАУКОВІЙ ЛІТЕРАТУРІ

1.1. Проблематика психічного здоров'я в медичній та психологічній літературі

Згідно ВООЗ у зв'язку із війною зростає ризик виникнення психічного розладу в особистості. Так, вважається, що близько п'ятидесяти відсотків українців будуть потребувати допомоги психологів та психотерапевтів, а також відбудеться формування тих чи інших психічних розладів приблизно у трьох мільйонів осіб [44, 57].

З 2005 року комісією Європейського Союзу феномен психічного здоров'я було визначено основним напрямом досліджень в сфері громадського здоров'я. Це пояснюється підвищенням кількості людей, що мають психічні розлади, що в свою чергу сприяє погіршенню якості життя відповідних осіб й спільнот та створює бар'єри розвитку різних сфер науки та техніки у країнах Європейського Союзу. Психічне здоров'я є психічним капіталом, провідним ресурсом, що сприяє виконанню економічної та соціальної стратегій розвитку Європейського Союзу. В 2017 році феномен «психічне здоров'я» – є головною темою форуму ВООЗ. Так, можна зауважити актуальність вивчення проблеми психічного здоров'я сьогодні, на якій акцентують увагу багато науковців [54].

Варто відзначити, що психічне здоров'я потрібно розглядати у контексті поняття «здоров'я». Згідно ВООЗ здоров'я є станом повного фізичного, психологічного, духовного та соціального благополуччя, а не лише відсутність хворіб та фізичних дефектів. Проаналізувавши наукову літературу можна стверджувати, що термін «здоров'я» має глибокі історико-філософські витоки, що утвердилися ще в період античності, коли здоров'я визначали упорядкованою єдністю фізичної та духовної природи індивіда [27].

Сьогодні можна нарахувати приблизно 450 визначень терміну здоров'я, що є сформульовані вченими із різноманітних сфер знань (філософи, психологи, педагоги, соціологи тощо). Таким чином, проблема здоров'я індивіда є не лише медико-біологічною, а й охоплює значно ширший спектр науки.

Вітчизняні психологи Л. Карамушка та Т. Дзюба виділяють декілька підходів до визначення поняття «здоров'я»:

- Здоров'я є складною, багатоаспектною, динамічною, в своєму концептуальному розвитку, категорією (згідно О. Васильєва, Ф. Філатова);
- Згідно В. Нілова, Г. Скамблера здоров'я – це об'єкт для дослідження у таких сферах науки як: медицина, біологія, психологія, соціологія та інші;
- Здоров'я є так званим «структуротворчим фактором соціальності» (за Ф. Філатовим та О. Васильєвим);
- Здоров'я – це предмет вивчення у контексті соціокультурних змін, що означає приділення особливої уваги специфічним факторам та детермінантам здоров'я (О. Васильєв, Ф. Філатов, Г. Скамблер);
- Функціонування сучасних організацій проходить в межах соціальної напруженості, що виступає як предмет аналізу потенційних загроз для здоров'я персоналу організацій (О. Бондарчук, О. Винославська, В. Івкін, К. Терещенко) [15].

Отож, здоров'я відповідає за функціональний стан всього організму людини: визначає тривалість життя, змогу до фізичної та розумової працездатності, самопочуття та здатність до розмноження. Також, варто відзначити, що здоров'я певного індивіда не є статичним, а навпаки, може змінюватися в кращу або гіршу сторону впродовж життя [15].

Здоров'я індивіда є так званим індикатором того, наскільки якісно працюють всі системи організму. В монографії «Загальна теорія здоров'я та здоров'я збереження» Ю. Бойчуком було виділено 6 головних типів визначення здоров'я індивіда:

- 1) здоров'я є нормою функціонування організму на усіх рівнях його організації;

- 2) здоров'я є динамічною рівновагою вітальних функцій організму;
- 3) здоров'я є повноцінним виконанням головних соціальних функцій, відповідає за участь індивіда у житті суспільства й в активній трудовій діяльності;
- 4) здоров'я є здатністю організму індивіда до адаптації до змін у навколишньому середовищі;
- 5) здоров'я є відсутністю патологічних змін та нормальне самопочуття індивіда;
- 6) є повним фізичним, духовним, розумовим й соціальним благополуччям [14].

Термін «здоров'я» не може бути схарактеризованими лише внутрішніми чинниками; його потрібно вивчати комплексно, із включенням внутрішніх та зовнішніх чинників [30].

Отож, термін «здоров'я» варто вважати дихотомією фізичного та психічного, при якому здорове психічне – це надбудова здорового фізичного; фізичне та психічне є взаємодоповнюючими, взаємовпливаючими та взаємозалежними складовими. Психічне здоров'я – це важливий елемент цілісності механізму здоров'я індивіда.

Такими вітчизняними вченими як А. Борисюком [4], О. Двіжоною [11], М. Корольчуком [16], Т. Митником [28], М. Тимофієвою [33], О. Чабаном [34], І. Шароною [35] та В. Штифураком [36] було вивчено проблему співвідношення категорій психологічного та психічного здоров'я; домінуючі емоційні та особистісні стани психологічно здорової людини вивчалися І. Бурлаковою [6, 7, 8], С. Максименком [24.], Л. Журавльовою [13]; виявлення комунікативних, морально-етичних та духовних чинників формування психологічного здоров'я особистості з'ясовувалися М. Тимофієвою [33]; І. Коцаном [18], Г. Ложкіном [18, 22], О. Лісовою [21] визначилось психологічне здоров'я як основа соціальної активності; тоді як психологічне здоров'я як умова професійного розвитку особистості вивчалось І. Бурлаковою [6], Я. Раєвською [31].

Також методологічно значущим питанням є взаємозв'язок понять

«психічне» та «психологічне» здоров'я. Дана проблема розглядалась І. Ждановою [12], І. Коцаном [18], В. Лефтеровим [19], Г. Ложкіним [22], Т. Митником [28], М. Тимофієвою [33], І. Шароновою [35], В. Штифураком [36], О. Шпортуном [36]. Вивчення даного питання не є однозначним, адже дані терміни часто ідентифікуються або розглядаються як полярні.

Вперше поняття психічного здоров'я було запроваджене на засіданні ВООЗ в 1979 році. Так, згідно ВООЗ психічне здоров'я є станом добробуту, який включає в себе здатність індивіда до реалізації власних здібностей, подолання щоденних стресів, плідної праці та внеску у суспільне життя.

Документами ВООЗ зазначено роль психічного здоров'я у життєдіяльності особистості та соціуму. Зазначено, що психічне здоров'я – це фундаментальна основа, що сприяє колективній та індивідуальній здатності мислити, переживанню емоцій та соціальній взаємодії, спроможності індивіда забезпечити себе, заробити собі на життя та насолодитися ним. Отже, психічне здоров'я є життєво важливою проблемою окремих осіб, спільнот та суспільства загалом.

ВООЗ визначило головні критерії терміну «психічне здоров'я», що включає в себе [9]:

- статичність переживань щодо власної ідентичності;
- сталі реакції у подібних ситуаціях;
- спроможність до адаптації до стресів та адекватної реакції щодо інтенсивності зовнішніх обставин, стимулів та подразників;
- змога до планування своєї діяльності та втілення планів у життя;
- спроможність до контролю своєї поведінки та слідування соціальним нормам;
- здатність адекватно оцінювати себе та свою діяльність.

Таким чином, психічне здоров'я є не лише відсутністю психічних розладів, захворювань та межових станів, що впливатимуть на якість життя особи та її почуття, думки та поведінку, а й є оптимальним рівнем перебігу психічних процесів, що сприяють повноцінному включенню людини у суспільство.

Згідно І. Шаронової психічне здоров'я є відносно стійким станом індивіда, що зумовлює усвідомлення особистістю не лише власних можливостей (фізичних та психічних), а й природних та соціальних умов, що можуть задовільнити індивідуальні соціобіологічні потреби на фоні повного емоційного благополуччя [35].

М. Бачерников, В. Петленко та Є. Щербина стверджують, що психічним здоров'ям є відносно сталий стан організму та особистості, що веде до усвідомленого, із врахуванням своїх фізичних та психічних можливостей та навколишніх природних та соціальних умов, реалізовувати та забезпечити власні потреби на фоні адекватного функціонування психофізичних систем та здорової психосоматичної і соматопсихічної взаємодії в організмі [2].

Л. Карамушкою та Т. Дзюбою психічне здоров'я було визначено інтегральною характеристикою повноцінного функціонування психічних структур особистості, що представлені рівнем та якістю мислення, розвитком пам'яті та уваги, ступенем емоційної стійкості, розвитком волевих якостей, та зумовлюють забезпечення відчуття особою суб'єктивного психічного комфорту та здатності осмислювати власну діяльність та вибирати адекватні форми поведінкових патернів [15, с. 26].

Згідно біопсихосоціальної моделі до феномену психічного здоров'я потрібно застосовувати цілісний підхід, згідно якого всі чинники (біологічні, психологічні, соціальні) знаходяться в постійному взаємозв'язку. Дана модель часто застосовується при роботі із людьми з психічними розладами задля того, щоб виявити фактори, що ймовірно слугували причинами виникнення психічного розладу, а також з метою пошуків ресурсів для його здолаття.

Також, науковцями було виділено три сфери можливості впливати на психічне здоров'я [29]:

- 1) Біологічна сфера, в яку входять фізіологічне та психічне здоров'я (зі сторони функціонування центральної та периферичної нервової систем) – на неї впливають лікарі;
- 2) Психологічна сфера, а саме індивідуальні психічні особливості

індивіда – із нею працюють психологи та психотерапевти;

3) Соціальна сфера, що включає в себе взаємини індивіда з оточенням. На її розвиток впливають соціальна група, в яку входить даний індивід, та індивідуальні здібності щодо побудови стосунків.

Також, варто зауважити, що державним вісником щодо висвітлення проблем ментального здоров'я США [46] було підкреслено поєднання психічним здоров'ям в собі емоційної, психологічної та соціальної складових. Таким чином, позитивне психологічне самопочуття особистості (psychological well-being) буде залежати від особливостей функціонування її психіки.

Отже, феномен психічного здоров'я варто визначати як комплексний психоемоційний стан особистості, що включає в себе її емоційну стабільність, змогу адаптуватися до різноманітних життєвих ситуацій, а також її рівень задоволеності життям. Даний термін поєднує індивідуальну здатність індивіда долати стреси та можливість вирішувати психологічні конфлікти та проблеми. Так, норма психічного стану буде обумовлена психологічною стійкістю індивіда та його можливостями вибудовувати позитивні міжособистісні відносини. Ще однією характеристикою психічного здоров'я є ефективна саморегуляція емоцій та реакцій на стрес.

1.2. Складові та сутнісні ознаки психічного здоров'я

Вище було зазначено, що феномен психічного здоров'я вже вивчався багатьма науковцями. Так М.Ярошевський вважає, що основа психічного здоров'я базується на фоні душевного благополуччя (відсутність хворіб та психічних розладів) та включає в себе забезпечення регуляції поведінки й активності особи. Науковець виділив наступні критерії феномену «психічне здоров'я» [17]:

- відповідність між реальними об'єктами та внутрішніми образами індивіда;
- здатність до адаптації у взаєминах між особою та соціумом;

- здатність до саморегуляції, яка буде виявлятися поведінковими реакціями;
- можливість формулювання планів щодо довготривалих та короткотривалих цілей, а також до підтримки активності задля їх досягнення.

І. Шаронова стверджує, що психічне здоров'я являє собою стан індивіда у виконанні власної діяльності згідно певного достатнього рівня поведінкових та емоційних адаптацій. Так, науковиця виділила наступні критерії психічного здоров'я:

- наявні чи відсутні виражені форми психічних захворювань чи межових психічних станів;
- відповідність між психічним та біологічним віком, їх гармонійність;
- вплив показників рівнів розвитку професійних та соціальних функцій на можливість забезпечити якісну реалізацію навчальних, побутових та професійних задач у звичному житті індивіда [35].

Також рівень психічного здоров'я буде визначатися стійкістю стану особистості, що впливатиме на реалізацію здатності нею усвідомленого забезпечення задоволення індивідуальних, соціальних та фізіологічних потреб згідно норми психофізичних систем, які є основою досягнення емоційного благополуччя конкретної особи [35].

Проаналізувавши термін «психічне здоров'я» К. Ясперс виокремив наступні його ознаки: здатність запам'ятовувати та зберігати інформацію; спроможність індивіда до орієнтації у просторі та часі; здатність до концентрації уваги на певному предметі; здатність до логічного опрацювання інформації.

Отож, психічне здоров'я являє собою передумову активного способу життя, здатності індивіда до досягнення заданої мети та адекватних взаємодій із навколишнім середовищем. Рівнем здоров'я індивіда вважаються здатність адаптовуватися та ефективність цих адаптацій по відношенню до змін навколишнього середовища.

Було виділено чотири основні виміри існування (фізичний, психічний, соціальний, духовний) людей, що включають в себе окремі аспекти її

життєдіяльності. Так, самість буде забезпечувати взаємодіями та інтеграціями даних вимірів між собою, тоді як психічне здоров'я – це важлива частина інтегративної системи [5].

Сучасними науковими дослідженнями проблема психічного здоров'я розглядалася із включенням двох основних аспектів: властивості/особливості/механізми/закономірності психічних розладів чи хвороб, а також властивості/особливості/механізми/закономірності психічних розладів чи хвороб у контексті індивідуально-психологічних властивостей [54].

Сьогодні феномен «психічне здоров'я» вивчається в рамках інтегративного підходу, що включає в себе поєднання нозологічного підходу, психологічних та соціальних категорій щодо вивчення психічних розладів, індивідуально-типологічних відмінностей та психології особистості.

Отож, ВООЗ виділило наступні позитивні критерії психічного здоров'я [9]:

- усвідомлення та відчуття ідентичності та безперервності психічного та фізичного «я»;
- переживання є стійкими та ідентичними, наявність почуття стабільності в схожих життєвих ситуаціях;
- здатність до критичної оцінки власної психічної діяльності, її наслідків та себе;
- відповідність психічної реакції на зовнішні подразники згідно сил та частоти впливу від навколишнього середовища та життєвих обставин;
- здатність до регуляції та управління поведінкою із врахуванням соціальних норм, правил та законів;
- здатність до планування та реалізації власної діяльності;
- здатність до змін поведінки при змінах життєвих ситуацій.

Сьогоднішні дослідження виділяють критерії психічного здоров'я із зосередженням уваги на певних їх характеристиках та обґрунтуванням їх значень [54]

А. Напреєнко визначив головні прояви психічного здоров'я, які представлені: високою відповідністю сприйнятих образів з їхніми об'єктивними тотожностями, адекватними відображенням дійсності в емоційних сферах людей, відповідністю психічних реакцій до зовнішніх чинників, впорядкованістю та взаємозв'язком з-поміж психічних явищ, критичністю в оцінюванні себе та навколишнього світу, здатністю організувати свою поведінку в межах морально-етичних норм, емпатійністю, доброзичливістю та прихильністю до найближчого оточення, усвідомленням відповідальності за чиєсь життя та здатністю планувати своє життя та досягати власні цілі.

Також як критерії психічного здоров'я були виділені спроможність адаптації психічної діяльності та поведінки, їх відповідність щодо віку особистості та факторам навколишнього світу. Головним аспектом феномену «психічне здоров'я» є психічні процеси та стани індивіда, спроможність регулювати та планувати свої дії з урахуванням загальноприйнятих норм, правил, законів та ресурсів індивіда [10].

Для психічного здоров'я притамана двофакторна будова, що складається з: структурно-процесуального психічного здоров'я та психологічного здоров'я. Так, структурно-процесуальне психічне здоров'я відповідатиме за психічні процеси та характеристики, які є емоційно-вольовими та когнітивними. Психологічне здоров'я – це прояв та наслідок благополуччя (емоційного, соціально та духовного); є ресурсом так як впливає на ймовірні можливості забезпечити та реалізувати потреби життєдіяльності, досягти поставлені цілі та створити і оптимізувати адекватні взаємовідносини із соціумом.

Також до категорії психічного здоров'я включені описові критерії психічного здоров'я та функції і характеристики Я-концепції. Так, говорячи про структурно-процесуальне психічне здоров'я маємо на увазі його механізми, а про психологічне – суттєві елементи та функції ноогеної та ціннісно-мотиваційної сфери у житті людини (прикладом можуть бути установки, Я-концепція, духовність, ідентичність) [10].

Отож, психічне здоров'я може бути розглянутим як реалізація наслідків життя в соціумі, як так званий елемент, через який може бути визначена продуктивність соціалізації в умовах онтогенезу особистості. Існує теорія, згідно якої здатність людини адаптуватися у соціальні групи та у соціальне життя визначається її включеністю у суспільство, що в свою чергу сприяє розвитку самосвідомості та становленню рольової поведінки, спроможності індивіда відповідати за свої вчинки та позитивно розвивати взаємини із іншими. Узгоджуючи цінності, установки та переконання індивід буде пристосовуватися до норм, правил та вимог суспільства, законів країни, в якій даний індивід мешкає, – це і є адаптація на психічному рівні. Так, успіх даної адаптації залежатиме від рівня індивідуальних ресурсів, їх наявності/відсутності та їх особливостей, відповідності та ефективності застосування копінг-стратегій особистості згідно ситуацій. В даному випадку об'єктивні характеристики та особливості ситуацій значної ролі не грають. Можливість людини до адаптації – це водночас інстинкт та її набута навичка.

У 80-х роках ХХ століття Р. Дітлсом була розроблена теорія системи нейробіологічних рівнів, в основі якої лежали логічні категорії навчання та спілкування Г. Бейтсона. Дана система включала в себе шість нейробіологічних рівнів поведінки, які складають особистість. До неї входять здібності індивіда, його поведінка, соціальне оточення, переконання, його духовність та рівень ідентичності.

Згідно Р. Дітса найвищий рівень – це духовність – а саме те, що має відношення до сенсів та світобачення людини. Так, у кожного є власні закономірності, властивості та специфіка їх взаємодії з іншими рівнями. До того ж особливістю такого взаємозв'язку є зміна нижчих рівнів на вищі, хоча інколи відбуватися й зворотня зміна [10].

Також науковці Б. Рассел та А. Уайтхед пояснили закономірності взаємозв'язків нейрологічних рівнів. Згідно науковців кожен вищий рівень має попередній, також кожному рівню притаманні власні закономірності; зміни ті, що виникли на нижчих рівнях, – наслідок змін на вищих й характеризуються

змінною кількісних характеристик; існує взаємозв'язок ієрархій. Адекватність – основний критерій відповідності людини згідно конкретної ситуації. Оцінити ступінь адекватності в реальності є не легким завданням, адже кожна ситуація включає об'єктивні та суб'єктивні фактори, що поєднані в ході діяльності особистості. Отже, насамперед феномен «психічне здоров'я» має відношення до окремих процесів та механізмів. А термін «психологічне здоров'я» пов'язаний із «вищим» проявом людського духу, таким чином, є можливим виокремлення психологічного контексту проблем, які є пов'язаними з психічним здоров'ям [51].

Р. Ассаджіолі було визначено, що психічне здоров'я є станом балансу різних аспектів особистості. С.Фрайберг трактує феномен «психічне здоров'я» як стан рівноваги потреб індивіда та потреб соціуму, для підтримки яких потрібно докладати постійних зусиль.

М.Ярошевський зацентрував свою увагу на питанні функцій психічного здоров'я та виділив наступні:

- втримання рівноваги між особою та навколишнім світом;
- здатність до саморегуляції поведінки та діяльності індивіда;
- протистояння труднощам на життєвій дорозі з уникненням негативних впливів на здоров'я особистості [18].

К. Роджерс охарактеризував психологічно здорову особистість як відкриту до зовнішнього та внутрішнього світу, що відмовляється від обману, лукавства чи лицемірства, із високим рівнем налаштованості на щире й відкрите спілкування, наявністю скептичних поглядів стосовно новітніх досягнень у техніці та науці; така особистість постійно самовдосконалюється, проявляє здоровий критицизм щодо зовнішнього авторитету, довіряє власному досвіду, ставить цілі та прагне знайти сенс життя, відчуває цілісність із навколишнім світом та природою, піклується про близьких людей та готова надати їм допомогу.

Серед ознак психологічного здоров'я можна виділити такі як: усвідомлення відчуття свободи та відповідальності, цілісність та гармонія,

здатність актуалізувати та реалізувати усі можливості, зрілість особистості, що має вияв через дисципліну розуму, дій та емоцій. Також до ознак можна додати конгруентність особистості, що означає відповідність внутрішнього ставлення та оцінювання обставин/подій діями, словами, емоціями.

Моральнісна позиція є характером відношень, що формувати ставлення індивіда до життя. Так, згідно В.Франкла моральна позиція є характеристикою особистості, що виникає в період, коли моральні якості лише розвиваються, та відображають зміну позицій стосовно світу, вирізняє альтруїстичну позицію від споживацької. Проте, С.Рубінштейн стверджував, що моральність властива лише для максимально розвинутих осіб.

В умовах сьогоденного розвитку науки такі терміни як здоров'я, хвороба, психологічне та психічне здоров'я є доволі не однозначними та чітко окресленими [54]. М. Мушкевич було визначено, що поняття «хвороба» є результатом сукупності «руйнівних» процесів в людському організмі. Так, через хворобу можливим є виникнення поганого самопочуття індивіда чи зміни в його емоційно-вольовій та мотиваційній сфері. І навпаки, при поверненні пацієнта до здоров'я, хворобливі переживання, тривожність, невпевненість у собі та своїх силах, межові стани будуть зникати. Саме тому «здоров'я» визначається через загальний психічний стан індивіда, який характеризується стійкою гармонією внутрішніх переживань та успішністю і ефективністю діяльності особи [51].

Психічне здоров'я є важливою передумовою для повноцінного розвитку особистості та передуює формуванню психологічного здоров'я, що впливає на психічну та соматичну сфери індивіда. До ознак психічного здоров'я належить відчуття особистістю внутрішнього комфорту, відсутність у неї проявів будь-яких психічних розладів, здатність до саморегуляції та ефективної діяльності згідно бажань та мотивацій. Отож, можна відзначити тісний зв'язок між поняттями психічне та психологічне здоров'я.

Згідно З. Фрейда, функціонування здорової особистості відбувається згідно принципів любові та смерті, що характеризуються спроможністю до

продуктивної працездатності та побудови позитивних міжособистісних стосунків.

К. Роджерсом, як представником гуманістичного напрямку, було виділено п'ять ознак особистості психічно здорової: відкритість до переживань, екзистенційний стиль життя, креативність, емпірична свобода та організаційна довіра. Також, науковцем було зазначено можливості психічно здорової особистості: вибору власного життєвого шляху, прийняття рішень та його наслідків, незважаючи на труднощі. Така особистість самореалізувавшись стає креативнішою та спонтаннішою.

1.3. Резильєнтність як складова психічного здоров'я особистості

Весь життєвий шлях людини супроводжується зв'язком із навколишнім світом, що заперечує розгляд здоров'я індивіда як чогось незалежного чи автономного. На нього впливають природні, соціальні та технологічні фактори, і є відзеркаленням динамічної рівноваги організму та середовища, в якому воно існує. Так, згідно Л. да Вінчі здоров'я буде підтримуватися через рівновагу та узгодження стихій, в зворотньому випадку – руйнуватися та марнуватися.

Процес формування психічного здоров'я є динамічним згідно змін навколишнього світу та процесу онтогенезу особистості. Так, здоров'я буде визначати такий процес як адаптація, що не є результатом інстинктів, а є автономною та культурно визначеною реакцією на реальність. Адаптація дозволяє організму пристосуватися до навколишнього світу, що постійно змінюється, від дорослішання до старості. До того ж варто зауважити, що в процесі адаптації спостерігаються індивідуальні реакції через фізіологічні особливості [25].

Також, варто відзначити про здатність усіх людей до вияву необхідної пластичності реакції психіки як відповіді на зміну зовнішнього середовища. Так, завдяки адаптації є можливим підтримання сталості внутрішнього середовища в

організмі, навіть при виході певних параметрів навколишнього середовища за межу оптимального.

Рівень адаптації організму буде залежати від інтенсивності впливу факторів навколишнього світу та індивідуальних особливостей реактивності організму. Показником адаптивності особистості є можливість зберегти гомеостаз організму незважаючи на тривалість впливу факторів, що власне і викликають його адаптацію. Так, при захворюваннях організм намагається зберегти гомеостаз, шляхом включення додаткових захисних механізмів. Тоді ж, при виникненні нестачі компенсаторних механізмів та при сигналізації організму щодо великої небезпеки – будуть виникати стресові захворювання, що є маркерами сучасної цивілізації [25].

Виділяю чотири аспекти поняття адаптації. Перший представлений життєдіяльністю індивіда при змінах умов існування. Другий – пристосуванням до постійних змін навколишнього світу. Третій – характеризується досягненням сталості в середовищі, що змінилось. Останій є процесом «саморозкриття» особистості [32].

У своєму дослідженні О.Односталко доводить, що у 10-13% осіб, які мають труднощі адаптації, вирізняються низькою резильєнтністю, що пояснює їх нездатність протистояти складним обставинам життя та загалом зниженням показників їх психічного здоров'я. Отже, можемо говорити, що однією з важливих складових психічного здоров'я особистості є її рівень резильєнтності [16].

Загалом означений феномен має власну історію вивчення, адже спочатку розглядався як синонім стресостійкості, оскільки перша хвиля її вивчення була зосереджена на характеристиках життєстійких осіб, проте наступна – на розумінні процесу, завдяки якому особи мали можливість успішно адаптовуватися до стресу чи травми. А сама позитивна адаптація розглядалася як відмінна характеристика успішних людей, що можуть пристосовуватися до екстремальних умов, негараздів та складних обставин життя. Проте значна

кількість досліджень засвідчує, що резильєнтність є поширене явище серед дітей та підлітків, що пережили негаразди, несприятливі обставини та травми.

На сьогодні існує багато підходів у визначенні резильєнтності, визначаючи її як [18]:

- характеристику адаптації особистості, яка актуалізується в кожній конкретній ситуації;
- процес, завдяки якому особистість застосовує власну здатність долати виклики та перешкоди, включно з новими обставинами життя;
- динамічний процес, який включає позитивну адаптацію в контексті певних несприятливих обставин, і який змінюється зі зміною часової перспективи;
- особистісну характеристику, що пом'якшує негативний вплив стресових обставин та зумовлює адаптивну поведінку особистості; загалом першопочатково під резильєнтністю розуміли відносно сталу рису особистості;
- багатовимірний конструкт, що детермінований внутрішніми й зовнішніми факторами, які закладені в основі когнітивного, соціального, поведінкового, емоційного та психологічного функціонування особистості (відповідний погляд на резильєнтність представлений у концепції резерву стійкості);
- вольовий психічний стан, який сприяє зв'язку ресурсів у складних життєвих ситуаціях та сприяє формуванню певної особистісної риси, що зумовлює ефективну адаптацію й особистісне зростання в ході життєдіяльності;
- результат збереження чи відновлення психічного здоров'я особистості за умови впливу стресових ситуацій; тут певні характеристики особистості розглядаються як фактори стійкості (генетична схильність, соціально-економічний статус тощо).

Тобто, як можемо зрозуміти, поняття психологічної резильєнтності зосереджено навколо двох основних дефініцій: несприятливих обставин (негараздів) та позитивної адаптації.

Також виокремлюють рівні психологічної стійкості: індивідуальна (особистісна), громадська (групова) та національна; з часом громадську та національну стійкість об'єднують в одну – соціальну стійкість. Проте, не зважаючи на підходи, усі вони сприяють подоланню наслідків травматичних подій для особистості [18].

Часто тотожно поняттю резильєнтності розглядають дефініцію життєстійкості. Проте на відміну від життєстійкості, резильєнтність вважають не особистісною рисою, а швидше станом, який визначає здатність особистості ефективно розподіляти й використовувати ресурси у складних життєвих обставинах, зміцнюючи свій рівень психологічного благополуччя.

Виокремлюють також основні особистісні характеристики, які входять до складу резильєнтності: врівноваженість (як узгоджений погляд на життя та досвід, що являє собою певне розслаблення та прийняття того, що відбувається, а також амортизує екстремальну реакцію на негаразди), усвідомленість (розуміння того, що життя має сенс, а також визнання сенсу заради чого варто жити), наполегливість (незламність, здатність рухатись вперед, незважаючи на всі негаразди), впевненість в собі (віра у власні сили, можливість підтримувати самого себе на шляху до руху вперед) та екзистенційну самотність (усвідомлення своєї унікальності та неповторності).

Загалом особистісні риси є найважливішими у вивченні проблематики резильєнтності, зокрема, у питаннях застосування методичного інструментарію дослідження та побудови дизайну дослідження з урахуванням демографічних параметрів (вік, стать, релігійні, культурологічні, соціальні та інші характеристики досліджуваних осіб).

Останні роки з'явилися дослідження щодо вивчення особистісних рис резильєнтної особистості, з-поміж яких перше місце посідають риси так званої «великої п'ятірки» – відкритість, сумлінність, екстраверсія, приємність та нейротизм; на другому – життєві плани та особистісні прагнення особистості, що виявляються щоденно в поведінці та у професійній діяльності; третій рівень представлений всеосяжними життєвими наративами з атрибуціями й

ментальними репрезентаціями минулого, теперішнього та майбутнього, що являють собою життєву історію – буття особистості [18].

З. Кіреєва наголошує, що резильєнтність залежить також від особистісних факторів, які визначаються копінг-стратегіями особистості, адже саме вони визначають стійкі способи реагування особистості у складних життєвих обставинах. Особистісні характеристики, що сприяють відповідному стійкому реагуванню можна згрупувати в такі фактори: відчуття майстерності, відчуття спорідненості та емоційну реактивність [16].

Висновки до розділу 1

Згідно визначення ВООЗ психічне здоров'я визначається станом психологічного благополуччя індивіда, який сприяє реалізації його потенціалу, вирішенню проблем, подоланню стресу, що виникає під впливом життєвих обставин, продуктивному виконанню діяльності та істотному внеску у життя своєї спільноти.

Психічне здоров'я є передумовою активного способу життя, можливості досягати поставлених цілей, адекватної взаємодії із соціумом. Виділено чотири основних виміри існування людини, що є окремими аспектами життєдіяльності: фізичний, психічний, соціальний та духовний. Згідно сучасних наукових досліджень проблему психічного здоров'я розглядають із двох основних аспектів: властивості, особливості, механізми та закономірності психічних розладів чи хвороб, а також властивості, особливості, механізми та закономірності психічних розладів чи хвороб у контексті індивідуально-психологічних властивостей.

Науковцями було виділено три сфери можливого впливу на психічне здоров'я: біологічна сфера (фізіологічне та психічне здоров'я), психологічна сфера (індивідуальні психічні особливості індивіда), соціальна сфера (взаємини індивіда із оточенням).

Визначено головні прояви психічного здоров'я особистості, що представлені: високою відповідністю сприйнятих образів з їх об'єктивними тотожностями, адекватним відображенням дійсності в емоційній сфері особи, відповідністю психічних реакцій зовнішнім чинникам, впорядкованістю та взаємозв'язком між психічними явищами, критичністю в оцінюванні себе та навколишнього світу, здатністю організувати свою поведінку в межах морально-етичних норм, емпатійністю, доброзичливістю та прихильністю до найближчого оточення, усвідомленням відповідальності за чиєсь життя та здатністю планувати своє життя та досягати власні цілі.

Також критеріями психічного здоров'я виділяють: спроможність адаптувати психічну діяльність та поведінку, їх відповідність щодо віку особистості та факторам навколишнього світу. В основі феномену «психічне здоров'я» лежать психічні процеси та стани індивіда, спроможність регулювати та планувати свої дії із врахуванням прийнятних норм, правил, законів та ресурсів індивіда.

Процес формування психічного здоров'я є динамічним згідно змін навколишнього світу та процесу онтогенезу особистості. Так, здоров'я буде визначати такий процес як адаптація, що не є результатом інстинктів, а є автономною та культурно визначеною реакцією на реальність. Адаптація дозволяє організму пристосуватися до навколишнього світу, що постійно змінюється, від дорослішання до старості. До того ж варто зауважити, що в процесі адаптації спостерігаються індивідуальні реакції через фізіологічні особливості.

Однією з важливих складових психічного здоров'я особистості є резильєнтність. Резильєнтність є багатовимірним конструктом, що детермінований внутрішніми й зовнішніми факторами, які закладені в основі когнітивного, соціального, поведінкового, емоційного та психологічного функціонування особистості. Поняття резильєнтності зосереджено навколо двох основних дефініцій: несприятливі обставини (негаразди) та позитивна адаптація.

РОЗДІЛ 2.

ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРІВ-ПЕДІАТРІВ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ МЕДИЦИНИ

2.1. Специфіка професійної діяльності лікарів-педіатрів

Згідно даних у США на сьогодні працює близько 33,5 тисяч лікарів-педіатрів на близько 74 мільйонів дітей. Таким чином, статистично десять тисяч дітей приходить на 1 лікаря-педіатра. Також, спостерігалось підвищення кількості дитячих лікарів в проміжку 2003-2019-х років на 76,8 %, що сприяло поліпшенню доступності надання медичної допомоги особам до 18 років [53].

Так, у порівнянні на початок 2022 року в Україні було 7780 дитячих лікарів, тобто на десять тисяч дітей припадає 1,9 педіатр. Однак через зменшення престижності роботи та нестачі професійної підготовки, відповідно, зменшується кількість педіатрів [56]. До того ж варто зауважити, що лікуванням дітей як в Україні, так і в США, займаються і сімейні лікарі.

Українськими педіатрами було абсолютно підтверджено позицію Американської академії педіатрії із приводу надання медичної допомоги дітям різного віку лише ретельно підготовленими дитячими лікарями, які надаючи її, визначають усі її аспекти [45, 47].

Сьогодні всі високорозвинені країни світу мають певні стандарти професійної діяльності лікарів педіатричної спеціальності, адже дані спеціалісти відповідають за здоров'я майбутнього покоління [41, 48].

American College of Physicians – посібник з етики – сформулював головні критерії роботи дитячого лікаря щодо ідеалу, якого він має досягнути. Окрім цього, згідно етичних аспектів та стандартів професійного поведіння, є можливою оцінка ефективності роботи педіатра, а також взаємини у зв'язках маленький пацієнт-педіатр, батьки пацієнта-педіатр та колеги-педіатр [52]. Доповненням до вище вказаного є те, що це лише нагадування лікарю щодо його обов'язків та зобов'язань, а не є спробою замінити його практичний досвід [39].

Відмінним від розвитку української педіатрії, є початок вирішення проблеми головних складових та маркерів роботи лікарів у США ще у XX столітті, визначивши оптимальний перелік поглядів, знань та вмінь щодо міжособової комунікації важливих для кожного лікаря-педіатра. Даний список був визначений Фондом оцінювання компетенцій лікарів-педіатрів у 1974 році, а пізніше Американською радою із питань педіатрії було надано більш точне керівництво щодо оцінювання професіоналізму педіатрів. Дане керівництво представлене вісьмома компонентами [38]:

- чесністю та порядністю (здатністю до втілення принципів справедливості, виконання зобов'язань та дотримання своїх слів, чесності із пацієнтами, їх батьками та колегами в усіх сферах професійного спілкування);

- надійністю та відповідальністю (до ретельного надання інформації пацієнтам та їх родичам, іншим лікарям, що беруть участь у процесі лікування, та медичним працівникам середньої ланки; до відповідальності щодо власних професійних помилок, готовності до їх визнання та обговорення їх наслідків із батьками пацієнтів та іншими лікарями);

- повагою щодо інших (поважливе ставлення щодо всіх осіб, з якими лікар-педіатр має контакт, визнання цінності та гідності інших людей, толерантність щодо відмінностей у гендері, расі та/чи культурі, дотриманні лікарської таємниці);

- співчуттям та чуйністю (здатністю до розуміння дітей/батьків, усвідомлення їх болю, дискомфорту і тривоги);

- самовдосконаленням (представлене зобов'язанням до постійного поліпшення своєї професійної освіти та навчання впродовж усієї лікарської кар'єри);

- самосвідомістю/знанням професійних меж (достатня зрілість задля розуміння конкретних ситуацій та прохання поради/допомоги за потреби);

- зв'язками та співробітництвом (представлені усвідомлення, що в процесі лікування всі дії родини пацієнтів та медичної команди повинні бути спрямовані на найкращий догляд за пацієнтом);

— альтруїзмом та захистом (характеризуються відданістю та безкорисливим ставленням до хворої дитини заради її блага, які слугують мотивацією в процесі лікування; пріоритетністю над інтересами лікаря-педіатра) [38].

В умовах України був створений та систематизований «Етичний кодекс лікаря України» із моральними засадами щодо діяльності лікарів усіх спеціальностей. Так професійна діяльність лікарів, в тому числі і лікарів-педіатрів, повинна бути скерована на захист життя та здоров'я дітей від часу, коли дитина була зачата; а також повинна бути із гуманним ставленням до людей, повагою їх особистостей, співчуття та співучастю, доброзичливістю, благодійністю та милосердям, терпеливістю, взаємодовірою, порядністю та справедливістю [37, 41].

Однак, незважаючи на вище вказане, ряд проблем, що стосується етики у сфері практичної діяльності лікарів-педіатрів залишається невирішеним. Відповідно, Комітет із біоетики Американської академії педіатрії створив Хартію лікарів із трьома головними принципами діяльності лікарів та десятьма ключовими професійними обов'язками [41].

Згідно першого принципу Хартії лікаря – в пріоритеті стоїть благополуччя пацієнтів та їх інтереси, що пов'язане із прямолінійним впливом альтруїзму на формування довіри та довіри на формування взаємин лікар-пацієнт.

В другому принципі виділяється автономія пацієнта. Так, у лікарів є необхідність до поваги свої пацієнтів, дотримання чесності по відношенню до них та наданні пацієнтам можливостей до прийняття рішень, пов'язаних з їх лікуванням, але лише за умови відсутності неналежного досвіду, як наслідку цього.

Згідно третього принципу, який характеризується соціальною справедливістю, робота лікаря має зумовлювати справедливість серед системи охорони здоров'я. Тобто має бути відсутність дискримінації пацієнтів за расою, статтю, соціально-економічним станом, етнічним походженням, релігією при справедливому розподілі ресурсів у системі охорони здоров'я.

Також, спираючись на ці три принципи впливають наступні десять професійних зобов'язань лікарів: професійна компетентність; чесність щодо пацієнта; конфіденційність по відношенню до пацієнта; підтримання належних стосунків із пацієнтом; покращення якості надання медичної допомоги; покращення доступу до одержання належної медичної допомоги; справедливий розподіл ресурсів; прихильність до сучасних наукових знань; підтримання довіри у пацієнта із урегулюванням конфліктів інтересів; відданість професійним обов'язкам [41].

Основа концепції «хороший лікар» представлена дотриманням своїх зобов'язань по відношенню до пацієнта, його родини та загалом соціуму. Тоді «хороший лікар» – це людина із практичною діяльністю в сфері медицини не лише із використанням найновітніших здобутків науки [49], а й із застосуванням мистецтва [50].

Так, будучи «хорошим лікарем», дитячі лікарі ймовірніше за все найяскравіше представляють лікарську спільноту адже:

- будучи стурбованими дитячою хворобою та її наслідками у фізичній, емоційній, психологічній та фінансовій сферах, дають поради альтруїстично;
- в повній мірі виявляють свої професійні знання та навички через прагнення пояснити природній розвиток та перебіг захворювання пацієнтові та/або його батькам/опікунам із виявом співчуття та співпереживання;
- їм притамані такі характеристики як чуйність, делікатність, майстерність, постійне вдосконалення як професіонала, впровадження новітніх наукових здобутків у роботу [42, 47, 49].

Тоді лікарі інших спеціальностей характеризують «хорошого педіатра» як того, кому можна було б довірити власних дітей [50], адже їм притамані такі професійні компетенції як:

- 1) наявність навичок догляду за пацієнтом, що представлено організацією та визначенням пріоритетів серед зобов'язань із метою забезпечити безпечний, ефективний та дієвий догляд за пацієнтом; ретельним збором анамнезу пацієнта та його родини щодо особливостей хвороби, яка змусила їх звернутися за

медичною допомогою; вияв особливої уваги щодо факторів, які можуть впливати на перебіг хвороби (поведінкові, психосоціальні, навколишні і сімейні); консультуванням пацієнта та його родини;

2) прагнення до постійного навчання та самовдосконалення, що характеризується визначенням власних «сильних» сторін, «мінусів» та нестачі знань чи досвіду; окресленням напрямку та здійсненням набуття нових знань із метою покращити особистий та професійний розвиток; участю у процесі навчання пацієнта, його родини, студентів медичного вузу, медичного персоналу;

3) наявність навичок міжособової комунікації, що виявляється у здатності до демонстрації проникливості та розуміння емоцій та реакції щодо них для позитивного впливу на взаємини між людьми;

4) бути професіоналом, виявляти професійну поведінку, наявністю гуманізму та милосердя, культурної компетентності;

5) наявність системної практики та самовдосконалення, що представлено підвищенням рівнів знань про витрати, аналізом ризиків та користі лікування пацієнта; здатністю відстояти якісне обслуговування пацієнта та якісну систему догляду щодо пацієнта; особистісним та професійним розвитком; здатністю до використання самосвідомості, знань, навичок та емоційних обмежень, щоб сформувати відповідну поведінку, спрямовану на оптимальну допомогу пацієнту; вмінням до розрішення можливих суперечностей поміж особистісним та професійним; здатністю до демонстрації надійності; впевненість у власних силах для заспокоєння пацієнта, його родини, медичної команди [41, 55].

«Етичний кодекс лікаря України» в пункті 3.2 зазначає про лікарську відповідальність щодо якості та гуманності наданої пацієнтові медичної допомоги, а також інших дії із втручанням у життя та здоров'я пацієнта. Також, необхідним є дотримання Конституції та інших законів та нормативно-правових документів щодо професійної практики. При цьому важливими є врахування всіх нюансів хвороби, застосування методів не лише лікування, а й профілактики та

діагностики, які будуть найефективнішими у конкретній ситуації із врахуванням інтересів пацієнта та його родини. При потребі необхідним є звернутися по допомогу до колег чи інших фахівців [37].

У становленні дитячого лікаря, як «хорошого педіатра», важливим є підтримання партнерських стосунків у зв'язках лікар-пацієнт, лікар-батьки пацієнта, лікар-колеги [43].

Також, варто зауважити щодо ролі батьків, яку визначатиме: їх зацікавленість та відповідальність за здоров'я дитини; своєчасність щодо звернення за медичною допомогою; спілкування та ефективна взаємодія із лікарем-педіатром задля того, щоб створити та реалізувати оптимальний план лікування своєї дитини.

Тоді ж лікар-педіатр зобов'язаний надати вичерпну та доступну інформацію щодо стану здоров'я маленького пацієнта (переваги, ризики, затрати на лікування). Для батьків повинно бути доступним отримання відповідей на їх питання, свобода у пошуку інформації з інших джерел, отримання інформації із приводу ймовірних конфліктів інтересів тощо.

Також, важливим є безперервний доступ дітей та підлітків для отримання медичної допомоги. Для лікаря-педіатра важливим є повага до бажань пацієнта та його батьків/опікунів із розумінням, що визначення найкращої відповідності інтересів дитини належить в основну чергу її батькам/опікунам, що дозволяє усувати різного роду конфлікти [43, 49].

2.2. Психологічні особливості педіатрів первинної ланки медицини

Лікарі-педіатри відіграють важливу роль у медичній сфері, адже завдяки ним відбувається обслуговування дітей всіх груп від народження до 18-ти років. Так, в Україні медична галузь реформується задля ефективнішого надання медичної допомоги дітям. Як було вже вказано, робота лікаря-педіатра базується на Конституції, законах та нормативно-правових документах. Також основними документами, що допомагають у роботі дитячого лікаря є: Етичний кодекс лікаря

України та Хартія лікаря із її трьома принципами. Варто зауважити, що успішність у лікуванні пацієнтів, комунікації із ним, його батьками чи опікунами значно залежить від знань головних аспектів щодо організації системи соціально-медичної допомоги в Україні, пріоритетності щодо покращення та реформування медичної системи надання допомоги, визначення місця педіатрії серед загальної структури надання медичної допомоги, принципів профілактики населення із метою не допустити поширення захворювань серед дитячого населення та власне розуміння як організована робота дитячого лікаря [37].

Основою організаційно-активних аспектів у професійній компетенції дитячого лікаря є його актуальні навички та уміння в організації роботи із пацієнтом, його родиною та медичною командою, поведінковими стратегіями лікаря-педіатра. Так, незважаючи на знання щодо правильної організації робочого процесу, взаємодій із пацієнтом, його представниками та вибору коректного алгоритму/протоколу лікування, є ймовірність, за неуточнених обставин, до вибору неправильної стратегії лікування. Значною мірою успіх у лікуванні пацієнта залежить від того, як взаємодіє між собою лікар та пацієнт, чи існує у їх взаєминах довіра та налагоджена ефективна система комунікації. Низькими професійними соціальними здібностями лікаря-педіатра є приниження та/або погрози щодо пацієнта (наприклад: не здавши відповідні аналізи – вам буде значно гірше; якщо ви не вип’єте таблетку – то помрете тощо). В основі лікарсько-пацієнтських взаємин має лежати довіра, повага та компроміс [41].

Фундаментом у виборі стратегії взаємодії лікаря-педіатра із пацієнтом є вербальна та невербальна комунікація. Дитячий лікар впродовж дня спілкується із багатьма пацієнтами, а також їх представниками. Відповідно, важливим є грамотне спілкування між пацієнтами та лікарем із застосуванням державної мови (згідно закону, лікар має розмовляти українською мовою) або, слідуючи деонтологічним міркуванням, в ситуаціях, коли пацієнт українською не розмовляє, перейти на іноземну мову (за умови вільного володіння нею). Також, в основі комунікації у зв’язках лікар-пацієнт та лікар-батьки лежить зрозумілість

та доступність інформації щодо захворювання пацієнта без перевантаження мови медичною термінологією [20].

Психологічні характеристики «хорошого лікаря-педіатра» представлені [50]:

1) Емоційною стійкістю. Пацієнти можуть мати найрізноманітніші проблеми зі здоров'ям, що загрожують його життю або можуть привести до інвалідизації пацієнта чи значно погіршити якість його життя, тому для дитячого лікаря є необхідним вміння залишатися спокійним при стресовій ситуації.

2) Емпатією. Для дитячого лікаря є важливим наявності здатності розуміти пацієнтів та його батьків/опікунів, вміння почути суть їх проблем, усвідомити їх біль, дискомфорт, тривогу, бути співчутливим, виявляти співпереживання та підтримку.

3) Розвиненими комунікативними навичками. Як вже було зазначено лікар-педіатр має вміти доступно пояснити інформацію щодо здоров'я пацієнта, не перевантажуючи текст повідомлення медичною термінологією, вміти ретельно зібрати скарги та анамнез захворювання й життя, встановити довірливі взаємини.

4) Толерантністю щодо невдач. Так, є ситуації, коли важко встановити діагноз, призначити коректне лікування. Відповідно, дитячий лікар має вміти шукати альтернативу задля допомоги пацієнтові.

5) Вмінням ефективно керувати стресом. «Хороший лікар-педіатр» має вміти швидко прийняти обґрунтоване рішення, незважаючи на стресову ситуацію, та зберегти «ясний» розум [50].

6) Професійною етикою. Дитячий лікар має поважати пацієнта та його родину, зберігати лікарську таємницю, виявлять толерантність до расової, культурної чи релігійної приналежності пацієнта [41].

7) Вмінням звернутися за допомогою до колег. Так, у медицині частими є патології чи хвороби, що вимагають звернення до вузького спеціаліста, а то і не до одного. Чим раніше розпочнеться лікування пацієнта, тим вищими є шанси

на його одужання – то ж важливим є швидко поставити діагноз у зв'язку із чим може поставати питання звернення до колег.

Вище було перераховано далеко не всі характеристики, але завдяки ним, можна окреслити певне коло проблем, які виникають у процесі становлення лікаря-педіатра, побудови взаємин між лікарем, його пацієнтом та батьками/опікунами та ефективності професійної діяльності кожного окремого дитячого лікаря. Інші характеристики можуть залежити від таких факторів як: приналежність до певної релігії, регіону, соціально-культурні особливості групи тощо [37].

Висновки до розділу 2

У порівнянні на початок 2022 року в Україні було 7780 дитячих лікарів, тобто на десять тисяч дітей припадає 1,9 педіатр. Однак через зменшення престижності роботи та нестачі професійної підготовки, відповідно, зменшується й кількості педіатрів. До того ж варто зауважити, що лікуванням дітей як в Україні, так і в США, займаються і сімейні лікарі.

Українськими педіатрами було абсолютно підтверджено позицію із приводу надання медичної допомоги дітям різного віку лише ретельно підготовленими дитячими лікарями, які надаючи її, визначають усі її аспекти. На сьогодні всі високорозвинені країни світу мають певні норми професійної діяльності лікарів педіатричної спеціальності, адже відповідні фахівці відповідають за здоров'я майбутнього покоління.

Основа концепції «хороший лікар» представлена дотримання своїх зобов'язань по відношенню до пацієнта, його родини та загалом соціуму. Тоді «хороший лікар» – це людина із практичною діяльністю в сфері медицини не лише із використанням найновітніших здобутків науки, а й із застосуванням мистецтва лікування.

В умовах України був створений та систематизований «Етичний кодекс лікаря України» із моральними засадами щодо діяльності лікарів усіх

спеціальностей. Так професійна діяльність лікарів, в тому числі й лікарів-педіатрів, повинна бути скерована на захист життя та здоров'я дітей від часу, коли дитина була зачата; передбачається також гуманне ставлення до людей, повага до їх особистостей, співчуття та співучасть, доброзичливість, благодійність та милосердя, терпеливість, взаємодовіра, порядність та справедливість.

Для становлення дитячого лікаря, як «хорошого педіатра», необхідною умовою є підтримання партнерських взаємин у зв'язках лікар-пацієнт, лікар-батьки пацієнта, лікар-колеги.

Також, варто зауважити щодо ролі батьків, яка визначатиме: їх зацікавленість та відповідальність за здоров'я дитини; своєчасність щодо звернення за медичною допомогою; спілкування та ефективна взаємодія із лікарем-педіатром задля того, щоб визначити та реалізувати оптимальний протокол/план лікування.

Також лікар-педіатр зобов'язаний надати вичерпну та доступну інформації щодо стану здоров'я маленького пацієнта. Батьки повинні бути спроможними отримати відповіді на питання, що стосуються здоров'я їх дитини, свободи пошуку інформації про її хворобу з інших джерел, отримати інформацію з приводу ймовірних конфліктів інтересів щодо хвороби дитини.

Фундаментом у виборі стратегії взаємодій лікаря-педіатра з пацієнтом є вербальна та невербальна комунікація. Важливим є грамотне спілкування лікаря з пацієнтами із застосуванням державної мови або, слідуючи деонтологічним міркуванням, в ситуаціях, коли пацієнт українською не розмовляє, перейти на іноземну мову (за умови вільного володіння нею). Також, в основі комунікації у діадах лікар-пацієнт чи лікар-батьки має бути зрозумілість та доступність інформації щодо захворювання маленького пацієнта без перевантаження мови медичною термінологією.

РОЗДІЛ 3

ОСОБЛИВОСТІ ВИЯВУ ДОВІРИ ЯК ПОКАЗНИКА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ В УМОВАХ ВІЙНИ

3.1. Опис та обґрунтування методик дослідження

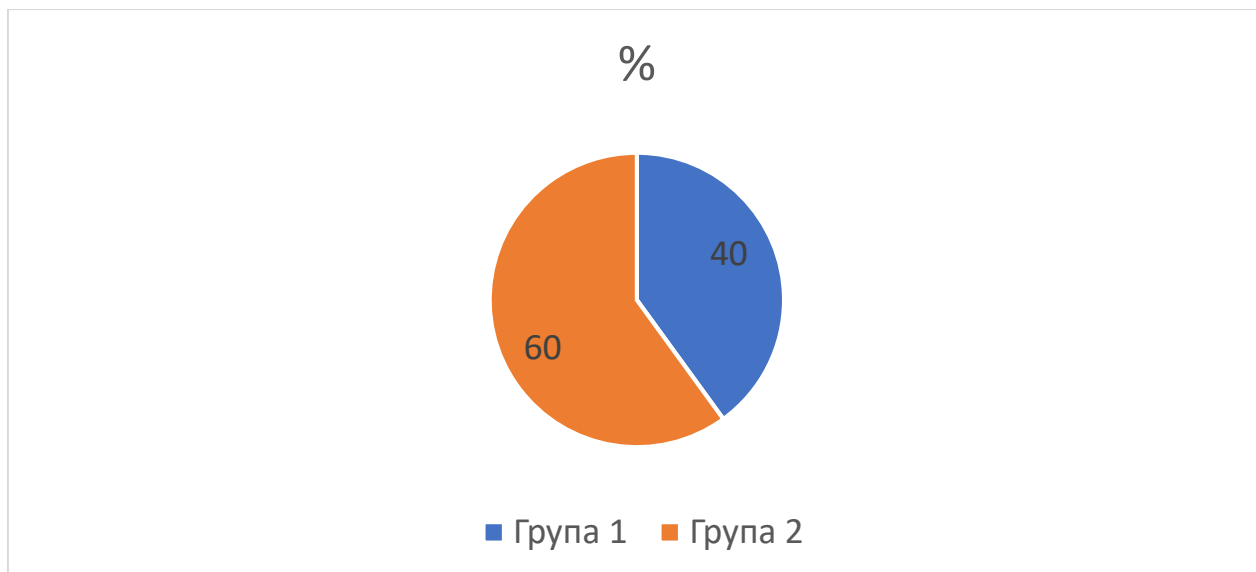
З метою вивчення психологічних аспектів резильєнтності як складової психічного здоров'я лікарів-педіатрів первинної ланки медицині було складено діагностичну програму, яка передбачала реалізацію наступних етапів:

- на I етапі – було визначено особливості психічного здоров'я лікарів-педіатрів первинної ланки медицині, зокрема за такими показниками як: гедоністичного благополуччя, загального позитивного функціонування, соціального благополуччя та психологічного благополуччя;
- на II етапі – в діагностованих було визначено рівень емоційного вигорання за методикою В.Бойка;
- III етап передбачав виявлення рівня резильєнтності та ресурсності опитуваних лікарів-педіатрів первинної ланки медицини;
- IV етап полягав у аналізі та інтерпретації отриманих результатів проведеного емпіричного дослідження.

Дослідження мало на меті залучити 30-50 працівників-педіатрів медичних установ міста Луцька та Волинської області. Загалом було опитано 45 осіб віком 27-45 років. Статевий розподіл до уваги не брався, адже вибірка була гомогенною. Дослідження проводилось впродовж 2023-2024 року. Участь у дослідженні була добровільною, результати кодувалися й за бажанням в індивідуальному порядку були представлені опитуваним.

Оскільки резильєнтність є важливою характеристикою у професійній діяльності лікарів та загалом сприяє підтримці емоційної стійкості й рівня психічного здоров'я на оптимальному рівні, необхідному для ефективної реалізації в професії, з метою якнайкращого аналізу результатів емпіричного дослідження, опитувані були поділені на групи: діагностовані зі стажем професійної діяльності до 10 років – 18 осіб (група 1) та опитувані лікарі, які

працюють понад 10 років – 27 осіб (група 2). Відповідний відсотковий розподіл можемо побачити на рисунку 3.1.



3.1. Відсотковий розподіл діагностованих на групи згідно стажу їх професійної діяльності

Згідно демографічних даних усі лікарі-педіатри вказали, що вони є представницями жіночої статі та гендеру, проживають в місті Луцьку, перебувають у шлюбі та мають дітей.

У дослідженні було застосовано наступні методики:

- адаптовану версію шкали резильєнтності (О.Односталко, З.Кіреєва, Б.Бірон), що містить 14 запитань, на які опитуваним пропонувалося відповідати згідно рівня їх згоди з запропонованими твердженнями: 0 – ніколи, 1 – рідко, 2 – іноді, 3 – часто, 4 – завжди. Обчислювався загальний показник за шкалою резильєнтності;
- опитувальник психологічної ресурсності особистості (О. Штепа), що складається з 67 тверджень, відповідати на які пропонується «+» – у випадку згоди та «-» – не згоди опитуваних. За результатами обчислень визначалася представленість у респондентів наступних ресурсів: впевненість у собі, доброта до людей, допомога іншим, успіх, любов, творчість, віра у добро, прагнення до мудрості, робота над собою, самореалізація у професії, відповідальність, знання власних ресурсів, уміння оновлювати власні ресурси, уміння використовувати

власні ресурси, загальний рівень психологічної ресурсності. І якщо максимальний результат за шкалами може бути 8 балів й таким чином можна побачити найбільш представлені ресурси в діагностованих двох груп, то загальний рівень психологічної ресурсності передбачав визначення наступних рівнів: 0-56 балів – психологічна ресурсність не діагностується; 57-69 балів – низький рівень психологічної ресурсності; 70-92 – середній рівень психологічної ресурсності; 93-106 – високий рівень психологічної ресурсності; 107-112 балів – сумнівні дані для діагностування наявності психологічної ресурсності;

– опитувальник «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма» (адаптація Е.Носенко, А.Четверик-Бурчак) передбачає відповіді опитуваних на 14 запитань стосовно власного самопочуття протягом двох тижнів за шкалою: 0 балів – ніколи; 1 бал – 1-2 рази; 2 бали – приблизно 1 раз на тиждень; 3 бали – приблизно 2-3 рази на тиждень; 4 бали – майже кожен день; 5 балів – кожен день. Загальний показник рівня психічного здоров'я може коливатися в діапазоні від 0 до 70 балів. Окремо обчислюються результати за шкалами: гедоністичного благополуччя (показник в діапазоні від 0 до 15 балів), загального позитивного функціонування (показник в діапазоні від 0 до 55 балів), соціального благополуччя (показник в діапазоні від 0 до 25 балів) та психологічного благополуччя (показник в діапазоні від 0 до 30 балів);

– методика діагностики рівня емоційного вигорання В.Бойка, що налічує 84 твердження, на які пропонується «+» – у випадку згоди та «-» – не згоди опитуваних. Відповідно до ключа визначалася сума балів окремо для кожного з 12 симптомів вигорання: переживання психотравмуючих ситуацій, незадоволеність собою, загнаність у кут, тривога та депресія, неадекватне вибіркоче емоційне реагування, емоційно-моральна дезорієнтація, розширення сфери економії емоцій, редукція професійних обов'язків, емоційний дефіцит, емоційне відчуження, особистісне відчуження (деперсоналізація), психосоматичні та психовегетативні порушення. Показник вияву кожного окремого симптому може коливатися в діапазоні від 0 до 30 балів, що свідчить про рівень його вираженості: 0-9 балів – симптом не сформований; 10-15 балів –

симптом на стадії формування; 16 і більше балів – симптом сформований. Відповідні симптоми дають можливість визначити та обчислити фази вигорання (вигорання, напруження, резистенції) та рівень їх розвитку: 36 і менше балів – фаза не сформована; 37-60 балів – фаза на стадії формування; 61 та більше балів – фаза сформована.

3.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження

Отже, як ми вже зазначали вище, діагностовані були поділені на дві групи згідно стажу їх професійної діяльності: до 10 років – 18 осіб (група 1) та понад 10 років – 27 осіб (група 2).

Результати описової статистики, отримані за опитувальником «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма» (адаптація Е.Носенко, А.Четверик-Бурчак) подано в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1.

Дані описової статистики за опитувальником «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма» (адаптація Е.Носенко, А.Четверик-Бурчак) (n=45)

Шкали	Група 1 (до 10 років стажу)				Група 2 (понад 10 років стажу)			
	Min	Max	Хсер	SD	Min	Max	Хсер	SD
гедоністичне благополуччя	3	11	10,8	2,8	7	15	10,9	2,3
загальне позитивне функціонування	8	49	45,6	5,4	8	51	48,4	4,9
соціальне благополуччя	7	20	20,1	3,9	8	23	21,5	3,3
психологічне благополуччя	6	29	21,4	3,8	8	29	24,6	3,55
Загальний показник рівня психічного здоров'я	36	59	61,3	6,4	46	68	63,9	5,2

Примітка: Min – мінімальний показник, Max – мінімальний показник, Хсер-середній показник, SD – стандартне відхилення

Отже, як бачимо з таблиці 3.1. в діагностованих лікарів першої групи (стаж професійної діяльності до 10 років) показники за усіма шкалами опитувальника «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма» (адаптація Е.Носенко, А.Четверик-Бурчак) є дещо нижчими, ніж у опитуваних другої групи (лікарі зі стажем понад 10 років): загального позитивне функціонування ($X_{сер}=45,6$ – в першій та $X_{сер}=48,4$ – в другій), соціального благополуччя ($X_{сер}=20,1$ – в першій та $X_{сер}=21,5$ – в другій), психологічного благополуччя ($X_{сер}=21,4$ – в першій та $X_{сер}=24,6$ – в другій) та загальний показник рівня психічного здоров'я ($X_{сер}=61,3$ – в першій та $X_{сер}=63,9$ – в другій).

Окрім шкали гедоністичного благополуччя, усереднені результати за якою практично однакові в обох групах: ($X_{сер}=10,8$ та $X_{сер}=10,9$).

Тобто в двох групах можна констатувати достатньо виражений загальний показник рівня психічного здоров'я. А отже, впродовж останніх двох тижнів усі опитані респонденти (не залежно від приналежності до групи):

- вважають, що можуть зробити важливий внесок в життя суспільства;
- чітко визначають приналежність до своєї професії (як соціальної групи);
- впевнені, що люди за своєю сутністю хороші;
- мають теплі й довірливі взаємини з оточуючими;
- прагнуть до самовдосконалення у всіх сферах життя;
- впевнені у собі під час висловлення поглядів та загалом вважають, що їх життя сповнене сенсом.

Також впродовж останніх двох тижнів вони переживали щастя, виявляли цікавість до самого життя та демонстрували задоволеність ним. Загалом можна констатувати достатній рівень їх психологічного та соціального благополуччя, загального позитивного функціонування.

Унаочнення результатів за шкалами опитувальника «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма» (адаптація Е.Носенко, А.Четверик-Бурчак) можна побачити середні результати досліджуваних двох груп на рисунку 3.2.

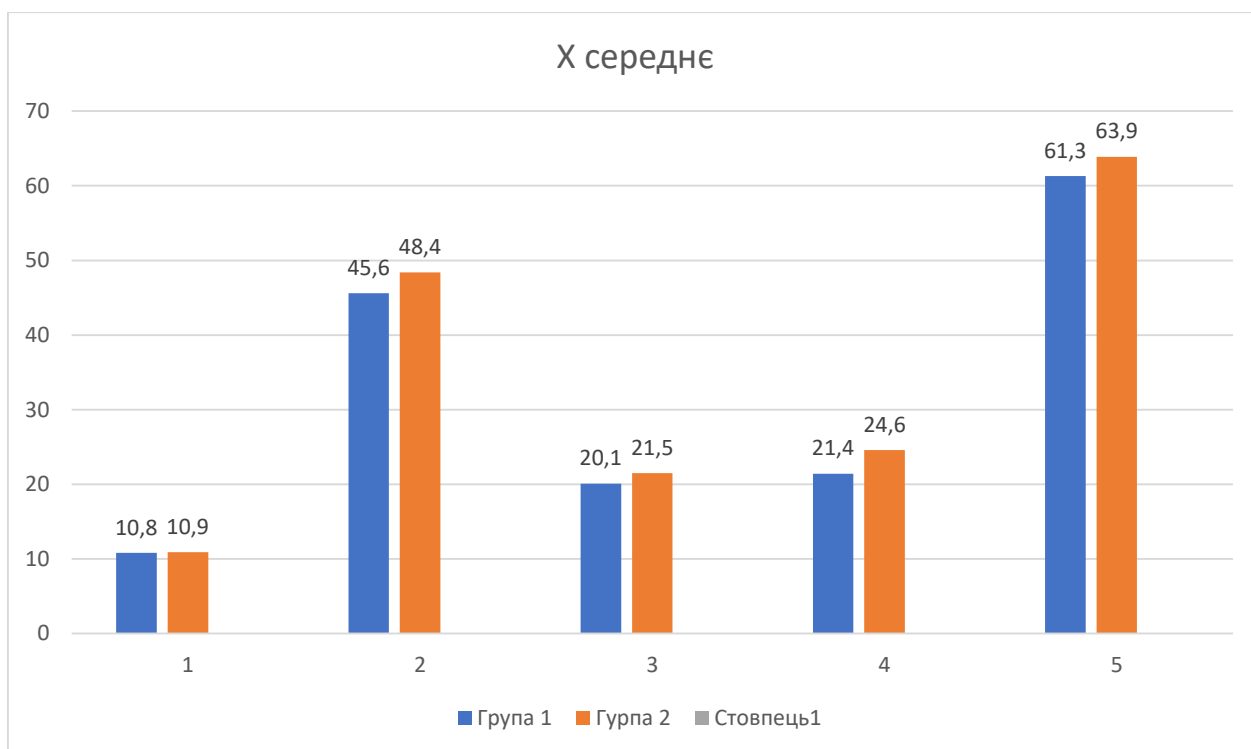


Рис.3.2. Середні результати за шкалами опитувальника «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма» (адаптація Е.Носенко, А.Четверик-Бурчак)

Примітка: 1 – гедоністичне благополуччя; 2 – загальне позитивне функціонування; 3 – соціальне благополуччя; 4 – психологічне благополуччя; 5 – загальний показник рівня психічного здоров'я

Аналіз результатів обчислень за ф-кутовим перетворення Фішера засвідчив наявність статистично значущих відмінностей у показниках респондентів двох груп лише за шкалою психологічного благополуччя ($F=4,6$, при $\alpha \leq 0,05$). За рештою шкал статистично значущих відмінностей за шкалами виявлено не було.

Тобто рівень задоволеності собою як самодостатньою особистістю, впевненістю в успішному виконанні своїх обов'язків, прагнення самовдосконалення та сміливість у висловлюванні власних поглядів й усвідомленні сенсу власного життя у респондентів другої групи (лікарів зі стажем роботи понад 10 років) є дещо вищими, ніж у опитуваних першої групи.

Відповідно до другого етапу нашого дослідження було обчислено та проаналізовано рівень емоційного вигорання за методикою В.Бойка.

Порівняння середніх показників лікарів-педіатрів із різним стажем професійної діяльності за рівнем емоційного вигорання за методикою В.Бойка подано на рис.3.3-3.5.

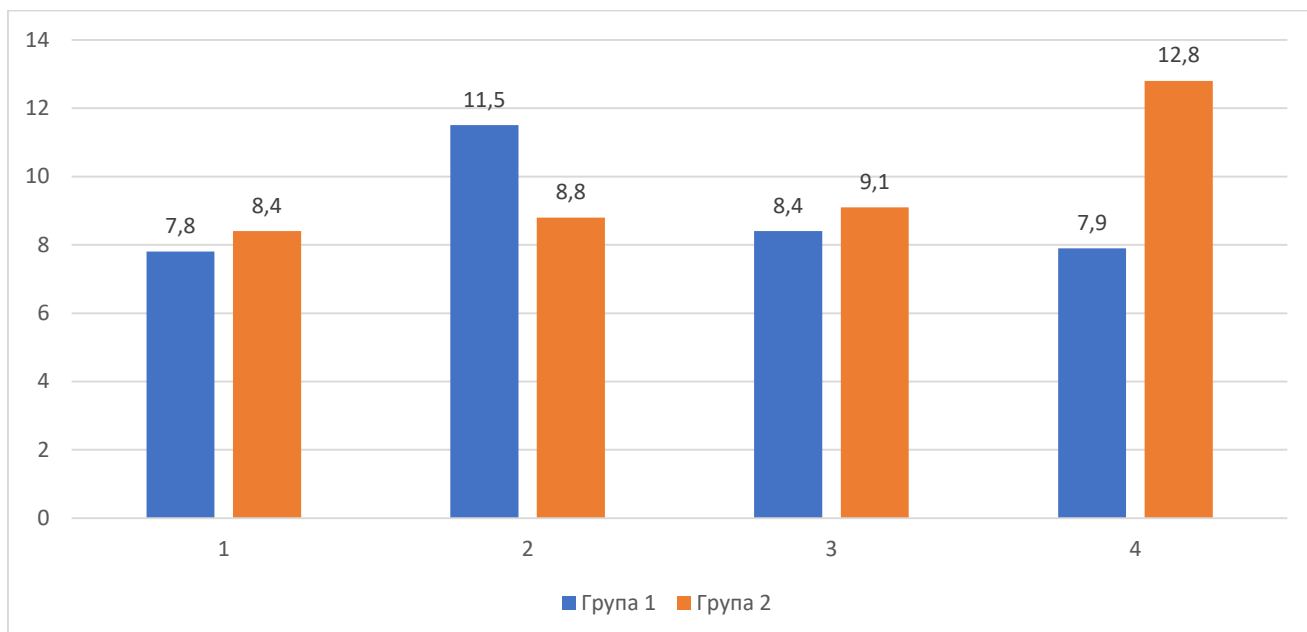


Рис.3.3. Порівняння середніх показників лікарів-педіатрів із різним стажем професійної діяльності за фазою напруження за методикою В.Бойка

Примітка: 1 – переживання психотравмуючих ситуацій, 2 – незадоволеність собою, 3 – загнаність у кут, 4 – тривога та депресія

Результати, отримані після обчислень симптомів фази напруження дозволяють констатувати наступне (рис.3.3):

- в групі лікарів-педіатрів зі стажем професійної діяльності до 10 років вищий показник визначено за симптомом невдоволеність собою ($X_{\text{сер}}=11,5$, тоді як у респондентів другої групи – $X_{\text{сер}}=8,8$), що цілком можна пояснити відсутністю достатнього професійного досвіду у відповідних обстежуваних;
- показник симптому тривоги та депресії в опитуваних другої групи (лікарі зі стажем понад 10 років роботи) є вищим, ніж у першій групі – ($X_{\text{сер}}=12,8$, тоді як у осіб першої групи – $X_{\text{сер}}=7,9$). Тобто діагностовані другої групи частіше переживають тривогу, ймовірно в якості додаткового фактора, що її підсилюється переживаннями, зумовленими життям у війні;

- За іншими симптомами в респондентів двох груп результати істотно практично не відрізняються: переживання психотравмуючих ситуацій ($X_{сер}=8,4$ – в другій, тоді як у осіб першої групи – $X_{сер}=7,8$), загнаність у кут ($X_{сер}=9,1$ – в другій та $X_{сер}=8,4$ – в першій групі).

Варто наголосити, що в групі лікарів-педіатрів зі стажем професійної діяльності до 10 років симптом невдоволеність собою знаходиться на стадії формування ($X_{сер}=11,5$), тоді як у респондентів зі стажем роботи понад 10 років у відповідну категорію втрапили симптоми тривоги та депресії ($X_{сер}=12,8$) та загнаність у кут ($X_{сер}=9,1$). Решта симптомів фази напруження демонструють нам рівень не сформованості, адже знаходяться в діапазоні 0-9 балів.

Аналіз результатів обчислень за ф-кутовим перетворення Фішера засвідчив наявність статистично значущих відмінностей у показниках респондентів двох груп за симптомами: невдоволеність собою ($F=2,6$, при $\alpha \leq 0,05$) та тривоги та депресії ($F=2,8$, при $\alpha \leq 0,05$).

Середні результати лікарів-педіатрів за фазою резистенції методики В.Бойко подано на рис.3.4.

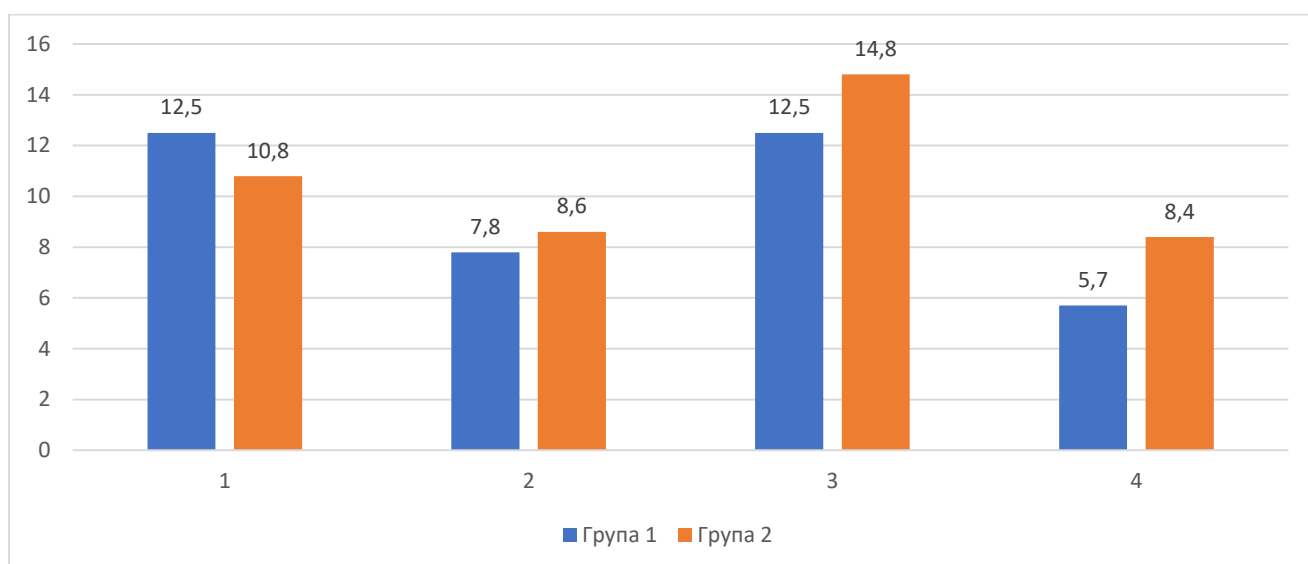


Рис.3.4. Порівняння середніх показників лікарів-педіатрів із різним стажем професійної діяльності за фазою резистенції за методикою В.Бойка

Примітка: 1 – неадекватне вибіркове емоційне реагування, 2 – емоційно-моральна дезорієнтація, 3 – розширення сфери економії емоцій, 4 – редукція професійних обов’язків

Як бачимо на рис.3.4 є певні відмінності у середніх результатах лікарів-педіатрів, отриманих за симптомами фази резистенції:

- в групі лікарів-педіатрів зі стажем професійної діяльності до 10 років вищий показник визначено за симптомом неадекватного вибіркового емоційного реагування ($X_{\text{сер}}=12,5$, тоді як у респондентів другої групи – $X_{\text{сер}}=10,8$), що ймовірно пов'язане із недостатністю їх комунікативного досвіду спілкування з батьками/опікунами, які часто задають багато питань, що не стосуються стану чи специфіку розвитку дитини чи демонструють явні сумніви у дотриманні протоколів її лікування;
- показник симптому розширення сфери економії емоцій та редукції професійних обов'язків в опитуваних другої групи (лікарі зі стажем понад 10 років роботи) є вищим, ніж у першій групі – $X_{\text{сер}}=14,8$, тоді як у осіб першої групи – $X_{\text{сер}}=12,5$ та $X_{\text{сер}}=5,7$ – в першій й $X_{\text{сер}}=8,4$ – в другій відповідно. Тобто діагностовані другої групи частіше переживають тривогу, ймовірно в якості додаткового фактора є життя в період війни;
- за симптомом емоційно-моральної дезорієнтації в опитуваних двох груп результати істотно не відрізняються – ($X_{\text{сер}}=8,6$ – в другій, тоді як у осіб першої групи – $X_{\text{сер}}=7,8$).

Варто наголосити, що в групі лікарів-педіатрів зі стажем професійної діяльності до 10 років на стадії формування знаходяться симптоми неадекватного вибіркового емоційного реагування та розширення сфери економії емоцій ($X_{\text{сер}}=12,5$), тоді як у респондентів зі стажем роботи понад 10 років у відповідну категорію також потрапили відповідні симптоми – $X_{\text{сер}}=10,8$ та $X_{\text{сер}}=14,8$. Решта симптомів фази резистенції не сформовані, оскільки знаходяться в діапазоні 0-9 балів.

Аналіз результатів обчислень за ф-кутовим перетворення Фішера засвідчив наявність статистично значущих відмінностей у показниках респондентів двох груп за симптомом редукція професійних обов'язків ($F=2,8$, при $\alpha \leq 0,05$).

Середні результати лікарів-педіатрів за фазою виснаження методики В.Бойко подано на рис.3.5.

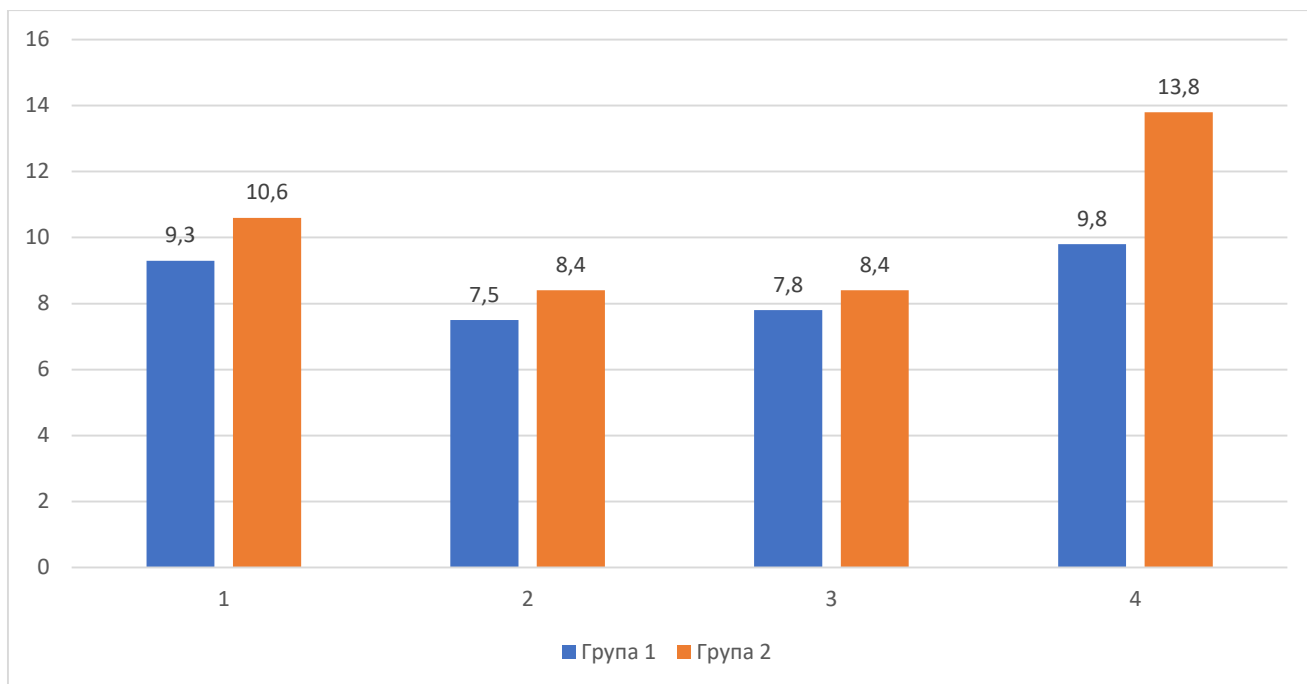


Рис.3.5. Порівняння середніх показників лікарів-педіатрів із різним стажем професійної діяльності за фазою виснаження за методикою В.Бойка

Примітка: 1 – емоційний дефіцит, 2 – емоційне відчуження, 3 – особистісне відчуження (деперсоналізація), 4 – психосоматичні та психовегетативні порушення

Результати, отримані після обчислень симптомів фази виснаження дозволяють констатувати наступне (рис.3.5):

- в групі лікарів-педіатрів зі стажем професійної діяльності до 10 років усі симптоми фази виснаження є нижчими, ніж у респондентів другої групи, що цілком можна пояснити достатньо малим стажем роботи, а отже й відсутністю сформованості відповідної фази;
- показники симптомів емоційного дефіциту і психосоматичні та психовегетативні порушення в опитуваних другої групи (лікарі зі стажем понад 10 років роботи) є вищими, ніж у першій групі – ($X_{сер}=9,3$ в осіб першої групи та $X_{сер}=10,6$ – в другій; $X_{сер}=9,8$ в осіб першої групи та $X_{сер}=13,8$ – в другій), що є цілком логічним у зв'язку з їх значним стажем професійної діяльності;
- за такими симптомами як емоційне відчуження та особистісне відчуження (деперсоналізація) в респондентів двох груп результати істотно не

відрізняються: ($X_{\text{сер}}=7,5$ – в першій та $X_{\text{сер}}=8,4$ – в другій) та ($X_{\text{сер}}=7,8$ – в першій та $X_{\text{сер}}=8,4$ – в другій).

До того ж в двох групах лікарів-педіатрів, не залежно від стажу професійної діяльності, на стадії формування знаходяться симптоми емоційного дефіциту і психосоматичні та психовегетативні порушення: $X_{\text{сер}}=7,5$ – в першій та $X_{\text{сер}}=8,4$ – в другій та $X_{\text{сер}}=7,8$ – в першій та $X_{\text{сер}}=8,4$ – в другій. Решта симптомів фази виснаження демонструють нам рівень не сформованості, адже знаходяться в діапазоні 0-9 балів.

Результати обчислення за ф-кутовим перетворення Фішера дозволив визначити наявність статистично значущих відмінностей у показниках респондентів двох груп за симптомом психосоматичні та психовегетативні порушення ($F=2,6$, при $\alpha \leq 0,05$).

На рис.3.6 представлено загальні показники симптомів кожної фази, обчислені за сумарними показниками їх симптомів, що дозволяють нам констатувати рівень їх сформованості чи не сформованості.

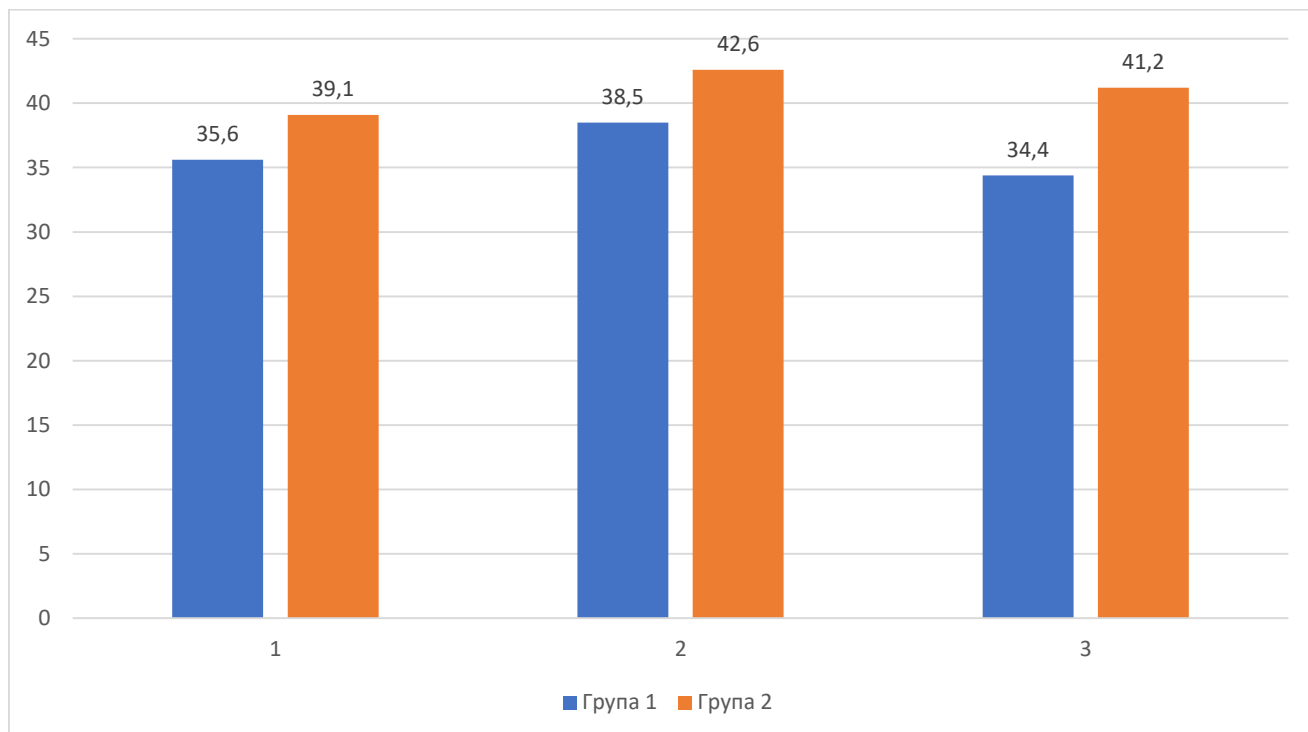


Рис.3.6. Порівняння середніх показників лікарів-педіатрів із різним стажом професійної діяльності за фазами методики В.Бойка

Примітка: 1 – напруження, 2 – резистенція, 3 – виснаження

Відповідні симптоми дають можливість визначити та обчислити фази вигорання (вигорання, напруження, резистенції) та рівень їх розвитку: 36 і менше балів – фаза не сформована; 37-60 балів – фаза на стадії формування; 61 та більше балів – фаза сформована.

Результати обчислень фаз методики В.Бойка засвідчують таке (рис.3.6):

- в групі лікарів-педіатрів зі стажем професійної діяльності до 10 років усі фази емоційного вигорання визначені за методикою В.Бойка є нижчими, ніж у респондентів другої групи, що цілком пояснюється їх достатньо малим стажем роботи: напруження ($X_{сер}=35,6$ – в першій та $X_{сер}=39,1$ – в другій), резистенція ($X_{сер}=38,5$ – в першій та $X_{сер}=42,6$ – в другій) та виснаження ($X_{сер}=34,4$ – в першій та $X_{сер}=41,2$ – в другій);
- в групі лікарів-педіатрів, які мають стаж професійної діяльності до 10 років, на стадії формування знаходиться фаза резистенції: ($X_{сер}=38,5$), решта фаз – напруження та виснаження загалом не сформовані – $X_{сер}=35,6$ та $X_{сер}=34,4$, адже знаходяться в діапазоні 36 і менше балів;
- в осіб зі стажем роботи понад 10 років на стадії формування знаходяться усі три фази: напруження ($X_{сер}=39,1$), резистенції ($X_{сер}=42,6$) та виснаження ($X_{сер}=41,2$).

Результати обчислення за ϕ -кутовим перетворення Фішера дозволив визначити наявність статистично значущих відмінностей у показниках респондентів двох груп за фазою виснаження ($F=3,1$, при $\alpha \leq 0,05$). Хоча, як ми вже наголошували вище, вона не сформована в жодній з груп, проте знаходиться на етапі формуванні в лікарів зі стажем професійної діяльності понад 10 років.

Наступний – третій етап нашого емпіричного дослідження передбачив виявлення рівня резильєнтності та ресурсності опитуваних лікарів-педіатрів первинної ланки медицині.

Результати описової статистики, отримані за адаптованою версією шкали резильєнтності (О.Односталко, З.Кіреєва, Б.Бірон) подано в таблиці 3.2.

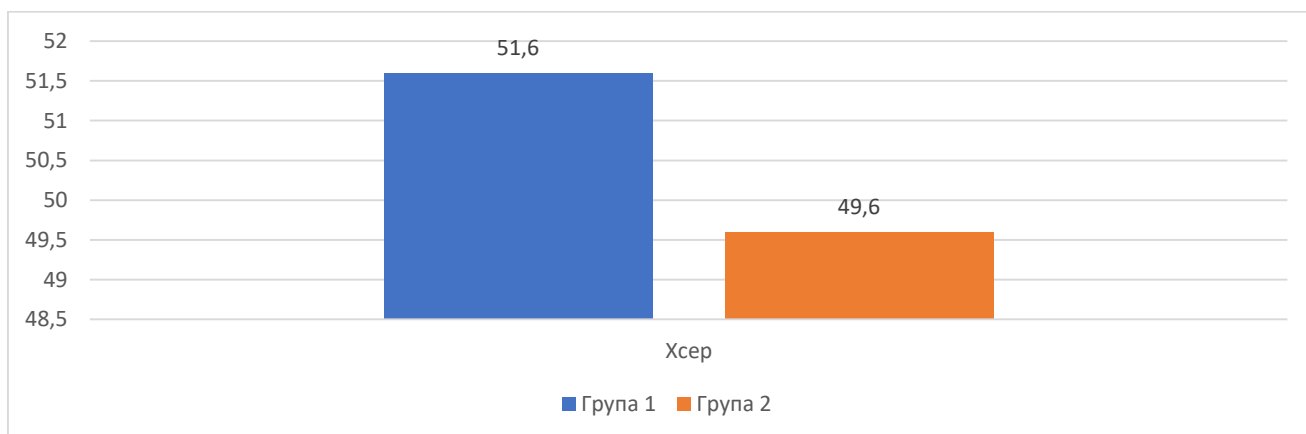
Таблиця 3.2.

**Дані описової статистики за адаптованою версією шкали
резильєнтності (О.Односталко, З.Кіреєва, Б.Бірон) (n=45)**

Шкала	Група 1 (до 10 років стажу)				Група 2 (понад 10 років стажу)			
	Min	Max	Хсер	SD	Min	Max	Хсер	SD
резильєнтність	38	56	51,6	5,8	32	52	49,6	6,3

Примітка: Min – мінімальний показник, Max – мінімальний показник, Хсер-середній показник, SD – стандартне відхилення

Унаочнене представлення середніх показників діагностованих двох груп за адаптованою версією шкали резильєнтності (О.Односталко, З.Кіреєва, Б.Бірон) зображено на рис.3.7.



**Рис.3.7. Порівняння середніх показників лікарів-педіатрів із різним
стажем професійної діяльності за адаптованою версією шкали
резильєнтності (О.Односталко, З.Кіреєва, Б.Бірон)**

Після обчислення загального показника за шкалою резильєнтності було визначено, що в респондентів двох груп відповідний показник є високим (Хсер=51,6 – в першій групі та Хсер=49,6 – в другій групі).

Результати обчислення за ф-кутовим перетворення Фішера за адаптованою версією шкали резильєнтності (О.Односталко, З.Кіреєва, Б.Бірон) не дозволив визначити статистично значущі відмінності у показниках респондентів двох груп.

Подальший рух у напрямку вивчення резильєнтності полягав у визначенні рівня ресурсності опитуваних лікарів-педіатрів первинної ланки медицині з різним рівнем професійного стажу.

Загалом варто зауважити, що в кожній з груп діагностованих було визначено осіб із низьким, середнім та високим рівнями ресурсності.

Відсотковий розподіл лікарів-педіатрів згідно рівня їх ресурсності представлено на рис.3.8.

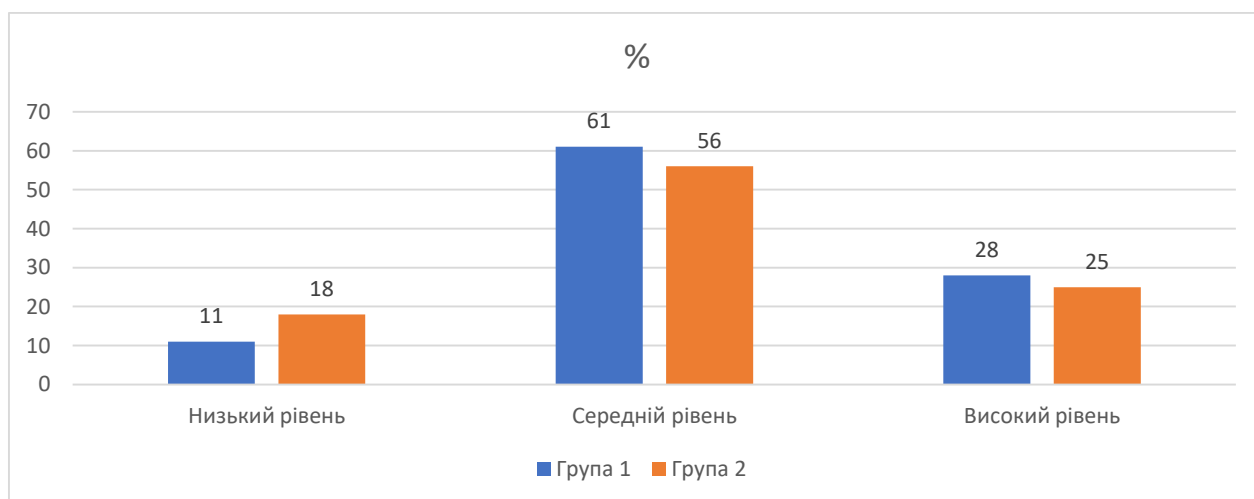


Рис.3.8. Відсотковий розподіл лікарів-педіатрів двох груп згідно рівня їх ресурсності за опитувальником психологічної ресурсності особистості (О.Штепа)

Отже, як засвідчує нам рис.3.8, в кожній з двох груп опитуваних було визначено респондентів із різним рівнем ресурсності:

- так, в лікарів-педіатрів із стажем професійної діяльності до 10 років відповідний відсотковий розподіл є наступним: 11% осіб мають низький рівень ресурсності, 61% – вирізняються середнім рівнем, а 28% діагностованих демонструють високий рівень ресурсності;
- в групі педіатрів, які мають професійний стаж більше 10 років, означений відсотковий розподіл є дещо іншим: у 18% осіб констатовано низький рівень

ресурсності, у 56% – середній рівень і у 25% респондентів визначено високий рівень ресурсності.

Середні результати лікарів-педіатрів двох груп діагностованих згідно стажу їх професійної діяльності за шкалами опитувальника психологічної ресурсності особистості (О.Штепа) можна побачити на рис.3.9-3.10.

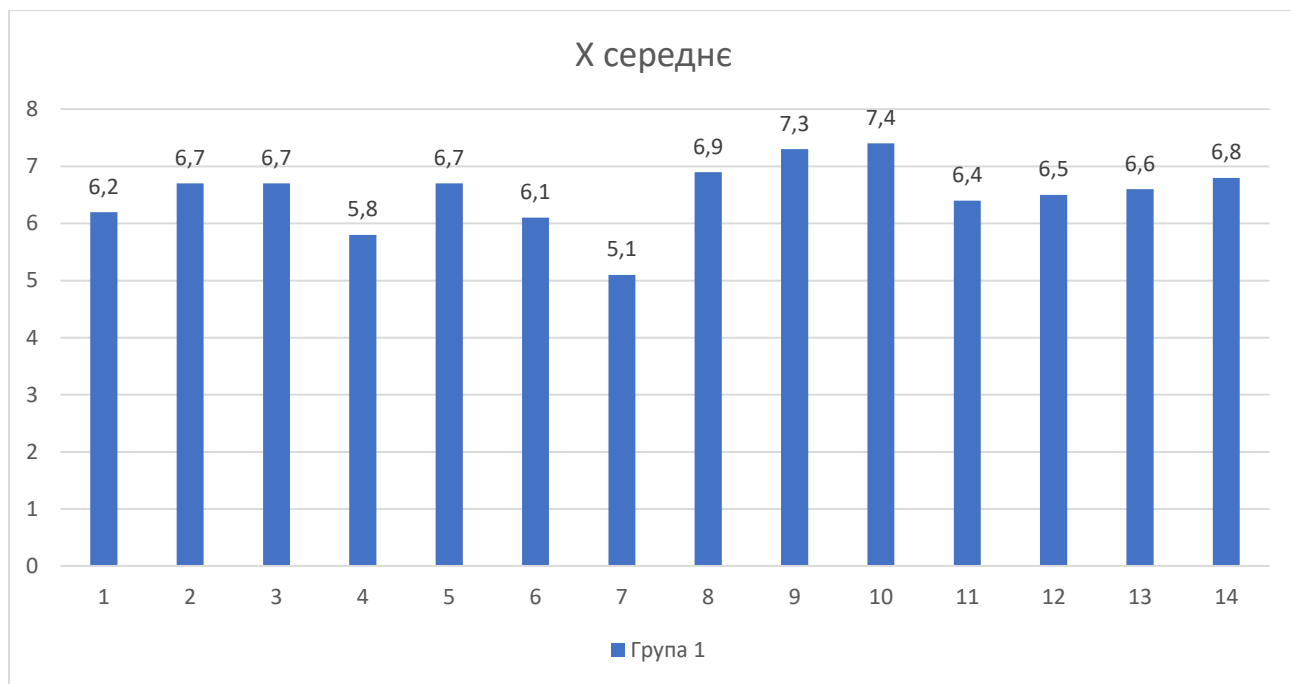


Рис.3.9. Середні результати лікарів-педіатрів першої групи (зі стажем до 10 років) за шкалами опитувальника психологічної ресурсності особистості (О.Штепа)

Примітка: 1 – впевненість у собі, 2 – доброта до людей, 3 – допомога іншим, 4 – успіх, 5 – любов, 6 – творчість, 7 – віра у добро, 8 – прагнення до мудрості, 9 – робота над собою, 10 – самореалізація у професій, 11 – відповідальність, 12 – знання власних ресурсів, 13 – уміння оновлювати власні ресурси, 14 – уміння використовувати власні ресурси

Отже, як бачимо з рис.3.9 в респондентів першої групи найвищі результати констатовано за такими ресурсами як: робота над собою ($X_{\text{сер}}=7,3$) та самореалізація у професій ($X_{\text{сер}}=7,4$).

Найнижчі показники визначено за ресурсами: віра у добро ($X_{\text{сер}}=5,1$), успіх ($X_{\text{сер}}=5,8$), творчість ($X_{\text{сер}}=6,1$) та впевненість у собі ($X_{\text{сер}}=6,2$).

Тоді як в діапазоні середніх значень знаходяться результати за такими ресурсами як: відповідальність ($X_{\text{сер}}=6,4$), знання власних ресурсів ($X_{\text{сер}}=6,5$), уміння оновлювати власні ресурси ($X_{\text{сер}}=6,6$), доброта до людей, допомога іншим та любов ($X_{\text{сер}}=6,7$), уміння використовувати власні ресурси ($X_{\text{сер}}=6,8$), а також прагнення до мудрості ($X_{\text{сер}}=6,9$). Загальний рівень психологічної ресурсності у відповідній групі знаходиться в діапазоні середнього значення та становить $X_{\text{сер}}=91,2$.

Тобто відповідні особи прагнуть розвиватися в професії, постійно вдосконалюються, проте в них часто не вистачає впевненості у своїх силах, що відбивається на їх результативності (успіху), творчості та вірі у добро в світі.

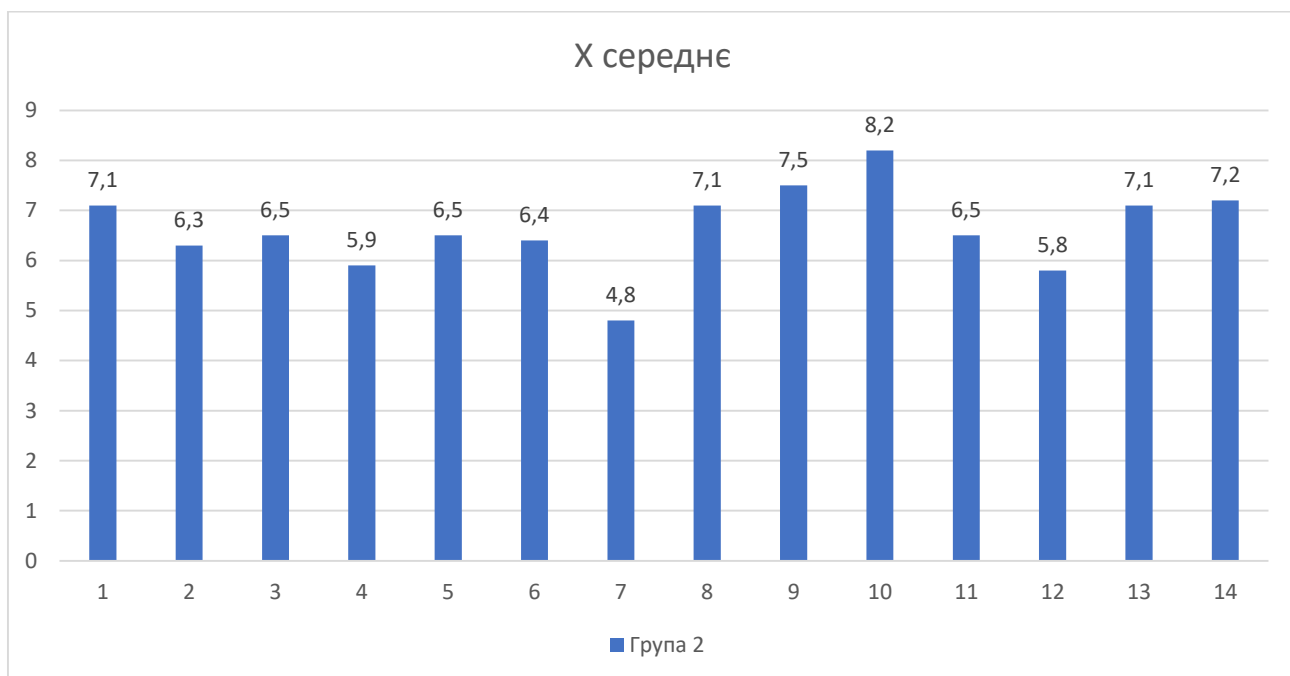


Рис.3.10. Середні результати лікарів-педіатрів першої групи (зі стажем понад 10 років) за шкалами опитувальника психологічної ресурсності особистості (О.Штепа)

Примітка: 1 – впевненість у собі, 2 – доброта до людей, 3 – допомога іншим, 4 – успіх, 5 – любов, 6 – творчість, 7 – віра у добро, 8 – прагнення до мудрості, 9 – робота над собою, 10 – самореалізація у професій, 11 – відповідальність, 12 – знання власних ресурсів, 13 – уміння оновлювати власні ресурси, 14 – уміння використовувати власні ресурси

В респондентів другої групи (лікарі-педіатри зі стажем професійної діяльності понад 10 років) найвищими виявилися значення за ресурсами: самореалізація у професії ($X_{сер}=8,2$), робота над собою ($X_{сер}=7,5$), уміння використовувати власні ресурси ($X_{сер}=7,2$), впевненість у собі, уміння оновлювати власні ресурси та прагнення до мудрості ($X_{сер}=7,1$).

У відповідних діагностованих найнижчі результати констатовано за ресурсами: успіх ($X_{сер}=5,9$), знання власних ресурсів ($X_{сер}=5,8$) та віра у добро ($X_{сер}=4,8$). А в діапазоні середніх значень у них знаходяться результати за ресурсами: доброта до людей ($X_{сер}=6,3$), творчість ($X_{сер}=6,4$), допомога іншим, відповідальність та любов ($X_{сер}=6,5$).

Загальний рівень психологічної ресурсності у відповідній групі знаходиться в діапазоні середнього значення та становить $X_{сер}=92,9$.

Результати описової статистики за опитувальником психологічної ресурсності особистості (О. Штепа) подано в таблиці 3.3.

Таблиця 3.3.

Результати описової статистики діагностованих трьох груп за опитувальником психологічної ресурсності особистості (О. Штепа) (n=45)

Шкали	Групи							
	Група 1				Група 2			
	Min	Max	Xсер	SD	Min	Max	Xсер	SD
упевненість у собі	4	7	6,2	1,01	5	8	7,1	1,1
доброта до інших	5	8	6,7	1,2	5	8	6,3	1,1
допомога іншим	5	8	6,7	1,03	5	8	6,5	1,03
успіх	3	7	5,8	1,1	3	8	5,9	1,03
любов	5	7	6,7	1,1	4	8	6,5	1,1
творчість	3	7	6,1	1,03	4	7	6,4	1,1
віра в добро	3	8	5,1	1,02	3	7	4,8	1,1
прагнення до мудрості	5	7	6,9	1,1	5	8	7,1	1,03
робота над собою	4	8	7,3	1,2	5	8	7,5	1,2
самореалізація у професії	4	7	7,4	1,01	5	8	8,2	1,03
відповідальність	5	8	6,4	1,1	4	8	6,5	1,1
знання власних ресурсів	5	8	6,5	1,2	4	8	5,8	1,3

Продовження таблиці 3.3.								
уміння оновлювати власні ресурси	4	8	6,6	1,02	4	8	7,1	1,1
уміння використовувати власні ресурси	4	8	6,8	1,3	4	8	7,2	1,2
загальний рівень психологічної ресурсності	81	103	91,2	2,9	86	103	92,9	3,1

Примітка: Міп – мінімальний показник, Мах – мінімальний показник, Хсер – середній показник, SD – стандартне відхилення

Отже, як можемо бачити з таблиці 3.3 результати опитуваних лікарів-педіатрів є наступними:

- ✓ в групі осіб зі стажем професійної діяльності до 10 років вищими виявилися результати за наступними шкалами ресурсів: доброта до людей (Хсер=6,7, тоді як в другій – Хсер=6,3), віра у добро – Хсер=5,1 (в другій – Хсер=4,8), знання власних ресурсів – Хсер=6,5 (в другій – Хсер=5,8);
- ✓ в лікарів зі стажем трудової діяльності понад 10 років трохи вищими виявилися значення за шкалами ресурсів: впевненість у собі – Хсер=7,1 (в першій – Хсер=6,2), самореалізація у професій – Хсер=8,2 (в першій – Хсер=7,4), уміння оновлювати власні ресурси – Хсер=7,1 (в першій – Хсер=6,6), уміння використовувати власні ресурси – Хсер=7,2 (в першій – Хсер=6,8) та творчість – Хсер=6,4 (в першій – Хсер=6,1);
- ✓ практично не виявлено відмінностей у показниках першої та другої груп у результатах за ресурсами: любов та допомога іншим (Хсер=6,7 – в першій та Хсер=6,5 – в другій), успіх (Хсер=5,8 – в першій та Хсер=5,9 – в другій), прагнення до мудрості (Хсер=6,9 – в першій та Хсер=7,1 – в другій), робота над собою (Хсер=7,3 – в першій та Хсер=7,5 – в другій), відповідальність (Хсер=6,4 – в першій та Хсер=6,5 – в другій).

Отже, в лікарів-педіатрів зі стажем до 10 років добре знають свої ресурси, також вагомими для них ресурсами є доброта до людей та віра у добро. Лікарі зі стажем понад 10 років вирізняються вмінням оновлювати та використовувати

власні ресурси, ресурсами для них є творчість, впевненість у собі та самореалізація у професій.

Не можна не зазначити, що професійний фах також накладає на їх ресурсність. Так, в обох групах діагностованих констатуємо значення ресурсів: любов та допомога іншим, успіх, прагнення до мудрості, робота над собою та відповідальність.

Результати обчислення за ф-кутовим перетворення Фішера не засвідчили наявності статистично значущих відмінностей у показниках респондентів двох груп.

В кожній з груп діагностованих було проведено кореляційний аналіз (обчислено коефіцієнт кореляції Пірсона), який встановив наявність зв'язку резильєнтності з іншими показниками (таблиці 3.4-3.5).

Таблиця 3.4

**Зв'язок резильєнтності та показників психічного здоров'я,
емоційного вигорання й психологічної ресурсності особистості в
респондентів зі стажом до 10 років в професії (n=18)**

Змінні	загальне позитивне функціонування	психологічне благополуччя	незадоволеність собою	неадекватне вибіркове емоційне реагування	знання власних ресурсів	Робота над собою	самореалізація у професій
резильєнтність	,47*	,49 *	-,47 *	-,50	,49*	,48*	,49*

Примітка: * кореляція є значущою на рівні 0,05.

Отже, результати обчислення коефіцієнта кореляції Пірсона в лікарів-педіатрів зі стажом професійної діяльності до 10 років засвідчив таке:

✓ прямий зв'язок резильєнтності зі шкалами: психічного здоров'я – загального позитивного функціонування ($r=0,47$ при $p<0,05$) та психологічного благополуччя ($r=0,49$ при $p<0,05$); психологічних ресурсів – знання своїх

ресурсів ($r=0,49$ при $p<0,05$), роботи над собою ($r=0,48$ при $p<0,05$), та самореалізації в професії ($r=0,49$ при $p<0,05$);

✓ оберненого зв'язку резильєнтності зі шкалами емоційного вигорання: незадоволеність собою ($r=-0,47$ при $p<0,05$) та неадекватне вибіркове емоційне реагування ($r=-0,50$ при $p<0,05$).

Таблиця 3.5

Зв'язок резильєнтності та показників психічного здоров'я, емоційного вигорання й психологічної ресурсності особистості в респондентів зі стажом понад 10 років професійної діяльності (n=27)

Змінні	соціальне благополуччя	психологічне благополуччя	тривога та депресія	редукція професійних обов'язків	психосоматичні та психовегетативні порушення	самореалізація в професії	уміння оновлювати власні ресурси	уміння використовувати власні ресурси
резильєнтність	,38*	,41*	-,41 *	-,38*	-,40*	,41*	,42*	,43*

Примітка: * кореляція є значущою на рівні 0,05.

Обчислення коефіцієнта кореляції Пірсона в лікарів-педіатрів зі стажом понад 10 років професійної діяльності дозволив констатувати наступне:

✓ прямий зв'язок резильєнтності зі шкалами: психічного здоров'я – соціального та психологічного здоров'я ($r=0,38$ при $p<0,05$ та $r=0,41$ при $p<0,05$); психологічних ресурсів – самореалізації в професії ($r=0,41$ при $p<0,05$), уміння оновлювати та уміння використовувати власні ресурси ($r=0,42$ при $p<0,05$ та $r=0,43$ при $p<0,05$);

✓ обернений зв'язок резильєнтності зі шкалами емоційного вигорання: редукція професійних обов'язків ($r=-0,38$ при $p<0,05$) та психосоматичні та психовегетативні порушення ($r=-0,40$ при $p<0,05$).

Висновки до розділу 3

Діагностична програма вивчення психологічних аспектів резильєнтності як складової психічного здоров'я лікарів-педіатрів первинної ланки медицині було складено діагностичну програму, яка передбачала реалізацію наступних етапів: визначення особливостей психічного здоров'я лікарів-педіатрів первинної ланки медицині, зокрема за такими показниками як: гедоністичного благополуччя, загального позитивного функціонування, соціального благополуччя та психологічного благополуччя; встановлення рівня емоційного вигорання за методикою В.Бойка; виявлення рівня резильєнтності та ресурсності опитуваних лікарів-педіатрів первинної ланки медицині; якісний та кількісний аналіз та інтерпретація отриманих результатів проведеного емпіричного дослідження. Дослідження проводилось із дотриманням вимог етичного комітету кафедри загальної та клінічної психології Волинського національного університету імені Лесі Українки. Загалом було опитано 45 осіб віком 27-45 років. Статевий розподіл до уваги не брався, адже вибірка була гомогенною. Дослідження проводилось впродовж 2023-2024 року.

У дослідженні було застосовано наступні методики: адаптовану версію шкали резильєнтності (О.Односталко, З.Кіреєва, Б.Бірон); опитувальник психологічної ресурсності особистості (О. Штепа); опитувальник «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма» (адаптація Е.Носенко, А.Четверик-Бурчак) та методику діагностики рівня емоційного вигорання В.Бойко.

Діагностовані були поділені на дві групи згідно стажу їх професійної діяльності: до 10 років – 18 осіб (група 1) та понад 10 років – 27 осіб (група 2). В кожній з груп визначено кореляційні зв'язки резильєнтності та показників психічного здоров'я, емоційного вигорання й психологічної ресурсності особистості.

ВИСНОВКИ

Теоретичний аналіз наукових досліджень з проблеми психічного здоров'я й резильєнтності дозволяє дійти наступних висновків:

Феномен психічного здоров'я визначають як комплексний психоемоційний стан особистості, що включає в себе емоційну стабільність, змogu адаптуватися до різноманітних життєвих ситуацій, а також рівень задоволеності життям. Відповідне поняття поєднує індивідуальну здатність індивіда долати стреси та можливість вирішувати психологічні конфлікти та проблеми.

Загально визнаними критеріями психічного здоров'я є критерії ВООЗ: усвідомлення та відчуття ідентичності та безперервності психічного та фізичного «я»; переживання є стійкими та ідентичними, наявність почуття стабільності в схожих життєвих ситуаціях; здатність до критичної оцінки власної психічної діяльності, її наслідків та себе; відповідність психічної реакції на зовнішні подразники згідно сил та частоти впливу від навколишнього середовища та життєвих обставин; здатність до регуляції та управління поведінкою із врахуванням соціальних норм, правил та законів; здатність до планування та реалізації власної діяльності; здатність до змін поведінки при змінах життєвих ситуацій [9].

Однією з важливих складових психічного здоров'я особистості є резильєнтність. Резильєнтність є багатовимірним конструктом, що детермінований внутрішніми й зовнішніми факторами, які закладені в основі когнітивного, соціального, поведінкового, емоційного та психологічного функціонування особистості. Поняття резильєнтності зосереджено навколо двох основних дефініцій: несприятливі обставини (негаразди) та позитивна адаптація. Важливого значення набуває резильєнтність в контексті підтримки та підвищення рівня психічного здоров'я лікарів-педіатрів, адже специфіка їх професійної діяльності зумовлює переживання широкого спектру негативних

переживань, пов'язаних із спілкуванням не лише їх маленькими пацієнтами, а й з їх представниками (батьками, опікунами тощо).

Результати проведеного емпіричного дослідження дозволяють констатувати наступне:

✓ в лікарів-педіатрів, не залежно від стажу їх професійної діяльності, достатньо високий рівень загального показника психічного здоров'я та резильєнтності; вони демонструють високу професійну ідентичність та переконані, що роблять важливий вклад у життя спільноти, також вони орієнтовані на побудову теплих й довірливих взаємин з оточуючими, постійно прагнуть самовдосконалення та загалом вважають, що їх життя має сенс. Проте в лікарів зі стажем трудової діяльності понад 10 років показник рівня психологічного благополуччя є дещо вищим, ніж у колег, які працюють менше 10 років. Тобто в них вищий рівень задоволеності собою як самодостатньою особистістю, є впевненість в успішному виконанні своїх обов'язків, сміливість у висловлюванні власних поглядів й більша усвідомленість сенсу свого життя.

✓ в лікарів-педіатрів, які мають стаж професійної діяльності до 10 років, на стадії формування знаходиться така фаза емоційного вигорання, як резистенція (формуються симптоми неадекватного вибіркового емоційного реагування та розширення сфери економії емоцій), інші фази – напруження (на стадії формування визначено симптом невдоволеності собою) та виснаження загалом ще не сформовані;

✓ в осіб зі стажем роботи понад 10 років на стадії формування знаходяться усі три фази емоційного вигорання – напруження (із симптом тривоги та депресії на стадії формування), резистенція (формуються симптоми неадекватного вибіркового емоційного реагування та розширення сфери економії емоцій) та виснаження (на стадії формування знаходяться симптоми: емоційний дефіцит й психосоматичні та психовегетативні порушення);

✓ лікарі-педіатри зі стажем до 10 років добре знають свої ресурси, також вагомими для них ресурсами є доброта до людей та віра у добро; фахівці зі стажем понад 10 років вирізняються вмінням оновлювати та використовувати

власні ресурси, ресурсами для них є: творчість, впевненість у собі та самореалізація у професій; в двох групах діагностованих констатуємо важливість ресурсів: любов та допомога іншим, успіх, прагнення до мудрості, робота над собою та відповідальність;

✓ кожній з груп визначено розлогі кореляційні зв'язки резильєнтності та показників психічного здоров'я, емоційного вигорання й психологічної ресурсності особистості, а саме: в лікарів-педіатрів зі стажем професійної діяльності до 10 років: зв'язок резильєнтності зі шкалами: психічного здоров'я – загального позитивного функціонування ($r=0,47$ при $p<0,05$) та психологічного благополуччя ($r=0,49$ при $p<0,05$); психологічних ресурсів – знання своїх ресурсів ($r=0,49$ при $p<0,05$), роботи над собою ($r=0,48$ при $p<0,05$), та самореалізації в професії ($r=0,49$ при $p<0,05$); зі шкалами емоційного вигорання: незадоволеність собою ($r=-0,47$ при $p<0,05$) та неадекватне вибіркове емоційне реагування ($r=-0,50$ при $p<0,05$); в лікарів-педіатрів зі стажем понад 10 років професійної діяльності: зв'язок резильєнтності зі шкалами: психічного здоров'я – соціального та психологічного здоров'я ($r=0,38$ при $p<0,05$; $r=0,41$ при $p<0,05$); психологічних ресурсів – самореалізації в професії ($r=0,41$ при $p<0,05$), уміння оновлювати та використовувати власні ресурси ($r=0,42$ при $p<0,05$; $r=0,43$ при $p<0,05$) та зі шкалами емоційного вигорання: редукція професійних обов'язків ($r=-0,38$ при $p<0,05$) та психосоматичні та психовегетативні порушення ($r=-0,40$ при $p<0,05$).

Перспективу подальшого наукового дослідження вбачаємо у поглибленні вивчення проблематики психічного здоров'я лікарів-педіатрів первинної ланки медицини, зокрема, завдяки розробці, апробації та впровадженні психокорекційної тренінгової програми для фахівців відповідного профілю з метою підвищення рівня їх резильєнтності та питомої ваги ресурсів у підтримці оптимального рівня психічного здоров'я на робочому місці.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аршава І. Ф., Знанецька О. М., Носенко Е. Л. Позитивність образу Я і психологічне благополуччя особистості. Д. : Інновація, 2011. С. 38-64.
2. Бачерников Н. Е., Петленко В. П., Щербіна Е. А. Філософські питання психіатрії. К., 1985. С. 35–36.
3. Боднар М. Самоактуалізація як чинник психічного здоров'я студентської молоді. *Освіта регіону*. 2011. № 2. С. 315-319.
4. Борисюк А.С. та ін. Засоби здоров'язбереження особистості в умовах системних змін соціуму. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2023. № 3 (62). Т. 1. С. 51-62.
5. Боришевський М. Й. Особистість у вимірах самосвідомості : монографія. Суми : Видавничий будинок «Еллада», 2012. 608 с.
6. Бурлакова І. А. Професійне здоров'я майбутніх фахівців економічної сфери як соціогуманітарне поняття. *Актуальні проблеми психології: збірник наукових праць. Загальна психологія. Історична психологія. Етнічна психологія*. 2017; 9 (10), 34–40.
7. Бурлакова І. А. та ін. Соціально-психологічні засоби самоменеджменту психологічного здоров'я особистості. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2023. № 3 (62). Т. 1. С. 63-74.
8. Бурлакова І.А. та ін. Психологічна структура здоров'я особистості в кризових умовах. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2023. № 3 (62). Т. 2. С. 15-26.
9. Василевська О. І. Психічне здоров'я особистості. Єдність навчання і наукових досліджень – головний принцип університету : *Зб. наук. пр. зв.-наук.*

конф. (9–10 лютого 2013 року). Укл. Волинка Г. І., Уваркіна О. В., Ємельянова О. П. Київ : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2013. С. 289–291.

10. Галецька І. І. Психологічне здоров'я як критерій внутрішньої свободи. *Психологічні студії Львівського університету*. Львів, 2004. С. 79-85.

11. Двіжона О.В. Вплив чинників на порушення психічного здоров'я дітей із дистантних сімей. *Психологічні перспективи*. Луцьк: РВВ «Вежа» Волинського національного університету імені Лесі Українки, 2019. Вип. 13. С. 107-114.

12. Жданова І.В., Чорна І.В. Психічне здоров'я і професійна діяльність особистості. *Психічне здоров'я особистості у кризовому суспільстві: зб. тез Всеукраїнської науково-практичної конференції (18 жовтня 2019 року)*. Львів: ЛьВДУВС, 2019. С. 92-96.

13. Журавльова Л.П. Емпатійні детермінанти психологічного здоров'я. *Наука і освіта*. 2010. № 3. С. 36-39.

14. Загальна теорія здоров'я та здоров'язбереження: колективна монографія / За заг. ред. проф. Ю. Д. Бойчука. Харків, 2017. 488 с.

15. Карамушка, Л., Дзюба, Т. Феномен «здоров'я» як актуальний напрям досліджень в організаційній психології. *Організаційна психологія. Економічна психологія*. 2019. № 1(16). С. 22–33. URL: <https://doi.org/10.31108/2.2019.1.16.2>.

16. Кіреєва З.О. Предиктори резильєнтності та оптимізму у осіб різного віку під час проживання пандемії sars-cov-2. *Вісник ХДУ Серія Психологічні науки*. №1, Т.1. 2022. С.5-11.

17. Коцан І. Я., Ложкін Г. В., Мушкевич М. І. Психологія здоров'я людини / За ред. І. Я. Коцана. Луцьк : РВВ «Вежа» Волинського національного університету імені Лесі Українки, 2011. 430 с.

18. Лазос Г.П. Резильєнтність: концептуалізація понять, огляд сучасних досліджень. Режим доступу: <http://appspsychology.org.ua/data/jrn/v3/i14/4.pdf>.

19. Лефтеров В.О. Проблеми психологічного здоров'я та надання психологічних послуг населенню. *Інтегративна антропологія*. 2013. № 2 (22). С. 47-50.

20. Лимар Л. В. Зміст і складові професійної компетентності сімейного лікаря: психологічний аспект. *Вісник післядипломної освіти. Серія: Соціальні та поведінкові науки*. Київ, 2019. Вип. 8. С. 67–83., ст. 75
21. Лісова О.С. Психологія здоров'я. Чернівці: Рута, 2001. 122 с.
22. Ложкін Г. Проблема суб'єкта як теоретична основа професіоналізації особистості: Психологія праці. *Психологія і суспільство*. 2003. № 2. С. 97- 103
23. Максименко К. С. Переживання негативних психічних станів особистістю : метод. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / К. С. Максименко. К. : КММ, 2011. 184 с.
24. Максименко С.Д. Психічне здоров'я дітей. *Психолог*. 2002. Т.1 (1) 2002. С. 4.
25. Максименко С.Д., Руденко Я.В., Кушнерьова А.М., Невмержицький В.М. Психічне здоров'я особистості: підручник для вищих навчальних закладів. Київ, 2021. 224 с.
26. Максименко С.Д., Максименко К.С., Папуча М.В. Психологія особистості: Підручник. – К.: ТОВ «КММ», 2007. – 296с.
27. Мельников В. І. Філософські аспекти проблеми здоров'я. URL: <http://filosofia.ru/76585>.
28. Митник Т. Особливості психічного здоров'я особистості: критерії та показники. Психічне здоров'я особистості у кризовому суспільстві: *Збірник тез II Всеукр. наук.-практ. конф. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ*, 2017. С. 269-271.
29. Не діагностом єдиним або що означає біопсихосоціальна модель допомоги для українців? *Mental Health For Ukraine*. Режим доступу: <https://www.mh4u.in.ua/shukayu-dopomogu/ne-diagnozomyedynym-abo-shhooznachaye-biopsyhosocialna-model-dopomogydlya-ukrayincziv/>
30. Психолого-організаційні детермінанти забезпечення психологічного здоров'я персоналу освітніх організацій в умовах соціальної напруженості: монографія / За ред. Л. М. Карамушки. Київ – Львів : Видавець Вікторія Кундельська, 2021. 278 с.

31. Раєвська Я.М. Теорія і практика професійного становлення фахівців соціальної сфери до міжпрофесійної взаємодії : монографія. Кам'янець-Подільський : Видавець Панькова А. С., 2020. 348 с.
32. Рудоміно-Дусятська О. В. Екологічна психологія: Навч. посіб. К.: Ін-т післядипломної освіти КНУ ім. Тараса Шевченка, 2001. 71 с.
33. Тимофієва М.П. Проблема комунікативних, морально-етичних чинників збереження психічного здоров'я молодію. *Актуальні проблеми психології: Психологія навчання. Генетична психологія. Медична психологія*. За ред. С.Д. Максименка. К.: ДП «Інформаційно-аналітичне агентство», 2008. Т. X. Вип. 7. С. 498-509.
34. Чабан О.С., Ящук В.Т. Психічне здоров'я. Тернопіль: ТДМУ, 2008. 480 с.
35. Шаронова І.В. Психічне здоров'я особистості як предмет психологічного дослідження. *Проблеми сучасної психології: зб. наук.праць КПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології ім. Г.С.Костюка НАПН України*. 2013. Вип. 20. С. 738-747.
36. Штифурак В.С., Шпортун О.М. Феноменологія, практика та корекція психологічного здоров'я особистості: монографія. Вінниця, 2019. 331 с.
37. All-Ukrainian Congress of Medical Organizations; X Congress of the All-Ukrainian Medical Association. Code of ethics of a doctor of Ukraine. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/n0001748-09#Text>. Accessed: May 05, 2023.
38. American Board of Pediatrics (ABP). Appendix F: Professionalism. In: Program Director's Guide to the ABP: Resident Evaluation, Tracking and Certification. Chapel Hill, NC: American Board of Pediatrics; 2003.
39. American Board of Pediatrics (ABP). Education and Training Committee. *Teaching, Promoting and Assessing Professionalism across the Continuum: A Medical Educator's Guide*. Режим доступу: <https://www.abp.org/professionalism-guide>. Accessed: April 26, 2023.

40. Antipkin YuG, Znamenska TK, Marushko RV, Dudina EA, Lapshin VF. Status of medical care for newborns in Ukraine. *Neonatology, surgery and perinatal medicine*. 2020; (38): 5-24.
41. Blank L; ABIM Foundation; ACP-ASIM Foundation; European Federation of Internal Medicine. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Annals of Internal Medicine*. 2002;136:243- 246.
42. Byyny RL, Paauw DS, Papadakis MA, Pfeil Sh. Medical Professionalism Best Practices: Professionalism in the Modern Era. *Aurora, Colorado: Alpha Omega Alpha Honor Medical Society*; 2015. 146 p
43. Fallat ME, Glover J; American Academy of Pediatrics, Committee on Bioethics. *Professionalism in pediatrics*. Pediatrics. 2007 Oct; 120(4): 1123-1133.
44. Martínez L. M., D.Estrada, S.I.Prada Mental health, interpersonal trust and subjective well-being in a high violence context. *SSM. Population Health*, 2019, Vol. 8.
45. Medical Home Initiatives for Children with Special Needs Project Advisory Committee; American Academy of Pediatrics. *The medical home*. Pediatrics. 2002 Jul; 110(1 Pt 1): 184-186.
46. Mental health in transition. Assessment and Guidance for Strengthening Integration of Mental Health into Primary Health Care and Community-Based Service Platforms in Ukraine. *International Medical Corps in collaboration with and the support of the World Bank group*. Report under construction for open-access publishing. 128 p.
47. Myers JS, Nash DB. Graduate medical education's new focus on resident engagement in quality and safety: will it transform the culture of teaching hospitals? *Acad Med*. 2014 Oct; 89 (10): 1328-1330.
48. National Board of Medical Examiners. Embedding Professionalism in Medical Education: Assessment as a Tool for Implementation. Philadelphia, PA: *National Board of Medical Examiners*; 2003.
49. Papadakis MA, Paauw DS, Hafferty FW, Shapiro J, Byyny RL; Alpha Omega Alpha Honor Medical Society Think Tank. Perspective: the education

community must develop best practices informed by evidencebased research to remediate lapses of professionalism. *Acad Med.* 2012; 87(12): 1694-1698.

50. Petersdorf RG. Defining the good doctor. *JAMA.* 1993; 7; 269 (13): 1681-1682.

51. Ryff, C. D. The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 1998. Vol. 9. P. 719-727

52. Sulmasy LS, Bledsoe TA; ACP Ethics, Professionalism and Human Rights Committee. *American College of Physicians Ethics Manual: Seventh Edition.* *Ann Intern Med.* 2019; 170 (Suppl 2): S1-S32.

53. Turner A, Ricketts T, Leslie LK. Comparison of Number and Geographic Distribution of Pediatric Subspecialists and Patient Proximity to Specialized Care in the US between 2003 and 2019. *JAMA Pediatr.* 2020; 174 (9): 852-860.

54. Vaillant G.E. Positive mental health: is there a cross-cultural definition? *World Psychiatry.* 2012. Vol. 11(2). P. 93-9.

55. Van Schaik SM, Chang A, Fogh S, et al. Jump-Starting Faculty Development in Quality Improvement and Patient Safety Education: A Team-Based Approach. *Acad Med.* 2019; 94 (11): 1728-1732.

56. Volosovets OP, Beketova GV, Naumenko OM, et al. Human resources for pediatric healthcare in Ukraine. *Pediatrics. Eastern Europe.* 2022; 10 (1): 175-182.

57. World Health Organization. Mental health: strengthening our response. Режим доступу: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-ourresponse>.

ДОДАТКИ

Додаток А

ЕТИЧНІ ДОКУМЕНТИ

Дебрифінг

Підсумковий інструктаж для учасника # _____ дослідження:
**Резильєнтність як складова психічного здоров'я лікарів-педіатрів
 первинної ланки медицині**

1. Яка основна мета цього дослідження? Основна мета цього дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично вивчити психологічні аспекти резильєнтності як складової психічного здоров'я лікарів-педіатрів первинної ланки медицині.

2. Що саме досліджується? Нами вивчаються особливості резильєнтності лікарів-педіатрів, які включають вивчення їх психічного здоров'я, ресурсності та професійне вигорання.

3. Хто проводить це дослідження і як я можу із ними сконтактувати?

Лещинська Оксана Петрівна, магістрантка кафедри загальної та клінічної психології Волинського національного університету імені Лесі Українки, Lieshchynska.Oksana2023@vnu.edu.ua

Федотова Тетяна Володимирівна, кандидат психологічних наук, доцент кафедри загальної та клінічної психології Волинського національного університету імені Лесі Українки, fedotova.tetiana@vnu.edu.ua

4. Як довго дослідник вивчає це питання? Дослідниця Лещинська Оксана не має попереднього досвіду проведення клінічних досліджень, тому супервізувати процес буде Тетяна Федотова, доцент кафедри загальної та клінічної психології, яка брала участь у реалізації госптеми «Дослідження психічного здоров'я держслужбовців та проведення корекційної роботи», проходила стажування на кафедрі психіатрії, наркології та медичної психології Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського (11.10.2021-11.04.2022, сертифікат № 02/1002 від 14.04.2022).

Ще раз дякуємо за участь у дослідженні!

Інформація для досліджуваного

«Резильєнтність як складова психічного здоров'я лікарів-педіатрів первинної ланки медицині»

Запрошуємо Вас взяти участь у нашому дослідженні. Перш ніж Ви приймете рішення щодо участі у дослідженні, Ви маєте розуміти з якою метою проводиться дослідження і що саме Вам потрібно буде у ньому робити. Будь ласка, уважно перечитайте наступну інформацію. Ви можете задавати будь-які питання щодо дослідження, якщо Вам щось не зрозуміло.

Хто може брати участь у дослідженні

Наше дослідження проводиться на добровільній основі. У дослідженні можуть взяти участь лікарі-педіатри первинної ланки медицині, віком від 25 років та старше, які працюють в медичних закладах Волинської області.

Хто проводить дослідження і яка мета дослідження

Дослідження проводить *Лещинська Оксана*, магістрантка кафедри загальної та клінічної психології Волинського національного університету імені Лесі Українки (ВНУ), під керівництвом *Федотової Тетяни*, кандидата психологічних наук, доцента кафедри загальної та клінічної психології ВНУ.

Основна мета цього дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично вивчити психологічні аспекти резильєнтності як складової психічного здоров'я лікарів-педіатрів первинної ланки медицині.

Що Ви маєте робити в цьому дослідженні?

Дослідження складається з проходження опитування у зручний для Вас часі у зручному для Вас місці. Якщо Ви погодитеся взяти участь у цьому дослідженні, ми попросимо Вас зазначити Ваш вік, стаж роботи, сімейний стан. Опитування містить 4 методики та займає близько 35-40 хвилин.

Чи можете Ви відмовитися від дослідження?

Наше дослідження проводиться на добровільній основі. Ви можете покинути дослідження у будь-який момент без жодних негативних наслідків для Вас. Якщо Ви побажаєте, Ви можете попросити видалити Ваші дані.

Які можливі ризики та вигоди участі в дослідженні?

Є ймовірність виникнення негативної емоційної реакції при пригадуванні стресових ситуацій. У такому випадку ми запропонуємо Вам перелік центрів, де Ви можете отримати безкоштовну психологічну допомогу в місті Луцьку. Ви також можете звернутися за допомогою до дослідників, оскільки супервізор *Лещинської Оксани – Тетяна Федотова* має досвід у реалізації госптеми

«Дослідження психічного здоров'я держслужбовців та проведення корекційної роботи», проходила стажування на кафедрі психіатрії, наркології та медичної психології Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського (11.10.2021-11.04.2022, сертифікат № 02/1002 від 14.04.2022). Отримані у дослідженні дані є важливими для розуміння резильєнтності як складової психічного здоров'я лікарів-педіатрів первинної ланки медицині і будуть використані для розробки психологічної допомоги медпрацівникам.

Чи участь у дослідженні буде конфіденційною?

Так. Ми гарантуємо конфіденційність наших учасників. Вам не потрібно буде вказувати особистих даних, за якими Вас можна буде ідентифікувати. Доступ до анонімних даних буде мати виключно дослідник та його науковий керівник.

Як будуть розповсюджені результати дослідження?

Результати дослідження, які будуть представлені у вигляді узагальнених даних, і не містять особистої інформації, планується опублікувати у вигляді наукових статей та тез конференцій.

З ким я можу скontaktувати з приводу додаткової інформації або для отримання допомоги?

Контактні особи:

Лещинська Оксана

Lieshchynska.Oksana2023@vnu.edu.ua

Тетяна Федотова

fedotova.tetiana@vnu.edu.ua

Якщо під час дослідження, на Вашу думку, буде порушена етика наукових досліджень, Ви можете звернутися до голови Комітету з етики наукових досліджень ВНУ імені Лесі Українки (prorectorsscience@vnu.edu.ua)

Додаток. 1

Перелік центрів безоплатної психологічної допомоги у м. Луцьк

1. Психологічний штаб при управлінні соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді Луцької міської ради, проспект Соборності, 18
Консультації психологів проводяться безкоштовно в режимі онлайн та офлайн. Записатись на консультацію можна зателефонувавши на інформаційну лінію за телефоном: 0 800 400 332
2. Український центр психотравми, діяльність якого спрямована на розуміння природи психічної травми, ефективних методів лікування пост-травматичного стресового розладу, а також інформування громадськості для покращення якості життя після травматичного досвіду, проспект Волі, 13
Детальніша інформація на сайті <https://upc.vnu.edu.ua/> та за телефоном +38(0332) 72-01-25

Інформація про дослідження «Резильєнтність як складова психічного здоров'я лікарів-педіатрів первинної ланки медицині»

Вивчення резильєнтності лікарів має велике значення з декількох причин. Насамперед, медична професія може бути дуже вимогливою і стресовою. Лікарі постійно стикаються з складними ситуаціями, пацієнтами, які перебувають у критичному стані, а також з власними помилками чи невдачами. Резильєнтність допомагає лікарям зберегти емоційну стійкість і добре справлятися з цими викликами. Загалом резильєнтність сприяє збереженню фізичного та психічного здоров'я лікарів. Дослідження засвідчують, що високий рівень стресу може призводити до вигорання, тривожності, депресії та інших серйозних проблем зі здоров'ям. Резильєнтність включає в себе навички ефективного копінгу і стрес менеджменту, що допомагає запобігти цим проблемам. Резильєнтність може покращити якість надання медичної допомоги. Лікарі з високим рівнем резильєнтності здатні краще управляти стресом, приймати швидкі та обґрунтовані рішення, підтримувати пацієнтів у складних ситуаціях та підтримувати ефективну комунікацію з колегами. Таким чином, вивчення резильєнтності лікарів є важливим кроком для забезпечення їх добробуту, збереження здоров'я та покращення якості надання медичної допомоги пацієнтам.

Мета дослідження полягає в теоретичному аналізі поняття психічного здоров'я й резильєнтності в психологічній літературі та емпіричному вивченні психологічних аспектів резильєнтності як складової психічного здоров'я лікарів-педіатрів первинної ланки медицині.

Згідно мети визначено коло таких **завдань**:

1. Здійснити теоретичний аналіз наукових досліджень з проблеми психічного здоров'я й резильєнтності й розкрити його сутність.
2. З'ясувати рівні психічного здоров'я й резильєнтності в лікарів-педіатрів.
3. Вивчити особливості вияву ресурсності в лікарів-педіатрів залежно від рівня їх резильєнтності.
4. Визначити зв'язок рівня психічного здоров'я, резильєнтності емоційного вигорання та лікарів-педіатрів первинної ланки медицині.
5. Окреслити перспективу подальшого дослідження.

Для досягнення мети у дослідженні було використано *теоретичні методи*: аналіз, синтез, систематизація та узагальнення наукових даних для визначення теоретико-методологічної основи вивчення втоми від співчуття; *емпіричні методи* у сукупності таких психометричних методик: адаптована версія шкали резильєнтності (О.Односталко, З.Кіреєва, Б.Бірон), опитувальник психологічної ресурсності особистості (О. Штепа), опитувальник «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма» (адаптація Е.Л. Носенко, А.Г. Четверик-Бурчак), методика діагностики рівня емоційного вигорання В.Бойко

Доступ до даних матимуть лише члени дослідницької команди. Оскільки дослідниця, магістрантка кафедри загальної та клінічної психології Волинського національного університету імені Лесі Українки, *Лещинська Оксана* не має попереднього досвіду клінічних досліджень, супервізувати процес буде *Тетяна Федотова*, кандидат психологічних наук, доцент кафедри загальної та клінічної психології ВНУ.

Вибірку складатимуть лікарі-педіатри первинної ланки медицини, оскільки вони більшість робочого часу контактують безпосередньо з пацієнтами, коли здійснюють огляд та виконують медичні призначення. Загальний обсяг діагностованих 30-50 осіб віком 25-55 років.

Потенційна цінність дослідження полягає в емпіричному дослідженні резильєнтності як складової психічного здоров'я лікарів-педіатрів у медичних закладах міста Луцька та області. Ці результати можуть дати поштовх для подальших досліджень стосовно заходів профілактики і підвищення рівня психічного здоров'я лікарів-педіатрів.

Оцінка рівня ризиків дослідження

1. Включає вивчення людини? – **Так.**
2. Створює ризики для продуктивності праці людей та/чи організацій? – **Так.**
3. Включає учасників, залучення яких торкається конфліктів інтересів (наприклад, досліджуваний боїться, що його відповідь може змінити ставлення керівника до нього)? – **Ні.**
4. Залучає посередників, щоб залучити досліджуваних? – **Ні.**
5. Передбачає фінансові та інші винагороди для учасників? – **Ні.**
6. Може торкатися висвітлення стану здоров'я учасників? **Ні.**
7. Включає обговорення тем, які підвищують тривожність, занепокоєння учасників? – **Ні.**
8. Передбачає дослідницьку роботу закордоном? – **Ні.**
9. Передбачає негативний вплив на довкілля? – **Ні.**
10. Включає збір та обробку неживих біологічних матеріалів, за виключенням тих, які вже зберігаються в музеях чи інших установах? – **Ні.**
11. Використовує генетично модифіковану тканину людини? – **Ні.**

Які є потенційні ризики для досліджуваних та способи їх уникнення.

Ризик 1. У дослідженні будуть поставлені запитання, які стосуються ситуацій, що можуть спричиняти негативні переживання і травматичні спогади.

У дослідженні використовуються стандартизовані та апробовані у попередніх дослідженнях діагностичні методики, які мають високі психометричні властивості, і застосовуються для вивчення цієї професійної групи осіб. Наприкінці дослідження учасникам буде запропоновано перелік безкоштовних психологічних послуг міста Луцька, які можуть надати допомогу в разі необхідності.

Ризик 2. Проходження опитувальника може відволікати медичних працівників від виконання професійних обов'язків та створює ризики для продуктивності праці.

У дослідженні може бути використано онлайн-опитування, яке медичні працівники зможуть пройти у вільний час та у зручному для них місці, без відволікання від виконання професійних обов'язків.

Дослідження не передбачає фінансової та інших винагород для учасників.

Інформована згода

Дослідження здійснюється магістранткою Лещинською Оксаною

(Lieshchynska.Oksana2023@vnu.edu.ua)

та координується доцентом *Тетяною Федотовою*

(fedotova.tetiana@vnu.edu.ua)

Дослідження пройшло експертизу в Комітеті з етики наукових досліджень кафедри загальної та клінічної психології Волинського національного університету імені Лесі Українки

Для участі в дослідженні необхідно підтвердити всі наведені нижче твердження, поставивши відмітку у відповідному квадратику. Якщо Ви не поставите позначку біля будь-якого з пунктів, це означатиме, що Ви не можете взяти участь у дослідженні.

		Поставт е галочку
1.	Я підтверджую, що прочитала/в і зрозуміла/в інформаційний лист про дослідження. Я мав/ла можливість розглянути інформацію про те, що від мене очікують.	
2.	Я даю згоду на обробку моїх персональних даних (наприклад, вік, стать, сімейний статус, наявність дітей, стаж роботи, досвід роботи з військовослужбовцями) для цілей, які мені роз'яснили. Я розумію, що відповідно до законодавства про захист даних, «суспільне завдання» буде законною підставою для обробки даних особливої категорії для дослідницьких цілей.	
3.	Я розумію, що вся особиста інформація залишиться конфіденційною . Я розумію, що мої дані, зібрані в цьому дослідженні, не будуть ідентифікувати мене і будуть зберігатися анонімно і безпечно. Ідентифікувати мене в будь-яких публікаціях буде неможливо.	
4.	Я розумію, що моя участь є добровільною і що я можу відмовитися від неї в будь-який час без пояснення причин . Я розумію, що якщо я вирішу відмовитися від участі, будь-які персональні дані, надані мною до цього моменту, будуть видалені, якщо я попрошу про їх видалення.	
5.	Я розумію потенційні ризики, пов'язані з участю у дослідженні, та підтримку, яка буде мені доступна, якщо у мене виникне дистрес під час дослідження (перелік відповідних місць, де можна отримати психологічну підтримку).	
6.	Я розумію прямі/непрямі вигоди від участі.	
7.	Я розумію, що дані не будуть доступні жодним комерційним організаціям , а є виключно у відповідальності та доступі дослідників, які проводять це дослідження.	
8.	Я розумію, що узагальнені дані цього дослідження можуть бути опубліковані у вигляді наукових статей та тез конференцій	
9.	Цим я підтверджую, що розумію критерії включення у дослідження, викладені в інформаційному листі.	
10.	Мені відомо, до кого мені слід звертатися, якщо я хочу подати скаргу.	
11.	Я добровільно погоджуюсь взяти участь у цьому дослідженні.	
12.	Дані, надані в цьому дослідженні, будуть зберігатися відповідно до Закону про обробку персональних даних.	
13.	Я погоджуюсь, що мої повністю анонімні (ніхто не зможе ідентифікувати мене при передачі цих даних) дані можуть бути використані виключно дослідницькою групою для майбутніх досліджень .	

