

- забезпечення безпечних умов функціонування центрів в умовах воєнних загроз.

Сучасною тенденцією розвитку молодіжних центрів є впровадження інноваційних підходів до роботи з молоддю, розвиток партнерських мереж та підвищення рівня професійної підготовки працівників (Павленко В., 2022). Водночас ефективність цих процесів залежить від системної підтримки з боку держави та місцевих громад.

Таким чином, молодіжні центри в Україні є важливими інституціями, що сприяють розвитку молоді та громадянського суспільства. Разом з тим їх діяльність супроводжується низкою проблем і викликів, які потребують комплексного вирішення. На нашу думку, підвищення ефективності роботи молодіжних центрів можливе за умови зміцнення ресурсного забезпечення, розвитку кадрового потенціалу, впровадження інноваційних підходів та активного залучення молоді до суспільного життя.

Маківчук О. М., Рень Л. В.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ СТРЕСУ МЕДИЧНИМИ ПРАЦІВНИКАМИ В УМОВАХ КРИЗОВИХ СИТУАЦІЙ

Медична діяльність за своєю природою є однією з найбільш стресогенних сфер людської праці. Постійна відповідальність за чужі життя, необхідність приймати рішення в умовах невизначеності та дефіциту часу, безпосередній контакт зі стражданням і смертю – все це формує специфічний стресовий профіль медичного персоналу, що суттєво відрізняється від картини в інших допоміжних професіях типу людина-людина. В умовах кризових ситуацій ці характеристики набувають якісно нових рис: звичні регуляторні механізми перевантажуються, ресурсна база виснажується значно швидше, ніж за нормальних умов, а специфіка вимог щодо рішень і дій виходить далеко за межі щоденної клінічної практики.

Для розуміння стресу медичних працівників принципово важливим є поняття кризової ситуації. У широкому сенсі кризова ситуація – це подія або стан, що різко порушує звичний

порядок речей і вимагає екстраординарних ресурсів для адаптації. У контексті охорони здоров'я до кризових відносять ситуації масових втрат, природних і техногенних катастроф, збройних конфліктів та пандемій. Попри відмінності у своїй природі, всі ці ситуації мають спільні ознаки: різке перевищення звичних можливостей системи охорони здоров'я, гострий ресурсний дефіцит (нестача персоналу, медикаментів, обладнання, засобів захисту), необхідність постійно зіштовхуватися зі смертями і тяжкими ушкодженнями та невизначеність щодо тривалості і масштабів кризи. Усі ці фактори перетворюють і без того напружену медичну роботу на надзвичайно інтенсивний психологічний досвід (Теренда Н., Куделя Ю., Слободян Н., Романюк Л., 2025).

Дослідження стресу медичних працівників отримали потужний імпульс під час пандемії COVID-19, яка стала своєрідним глобальним «стрес-тестом» для систем охорони здоров'я. За даними систематичного огляду та метааналізу, проведеного Н. Шель зі співавторами на основі практичних досліджень, під час пандемії від 23 до 44% медичних працівників різних країн демонстрували клінічно значущі рівні тривоги, депресії та безсоння. Особливо вразливими виявились медичні сестри і молодший медичний персонал, що перебували в найбільш безпосередньому і тривалому контакті з тяжкохворими пацієнтами. Ці дані вказують на системний, а не індивідуальний характер проблеми: мова йде не про «слабких» людей, а про умови, що перевищують ресурси будь-якої людини (Шель Н., 2025).

Центральним конструктом у дослідженнях стресу медичних працівників є синдром емоційного вигорання. К. Маслач та С. Джексон детально описали його у 1981 р. як специфічну відповідь на хронічний міжособистісний стрес на робочому місці. Синдром включає три взаємопов'язані компоненти:

– емоційне виснаження: відчуття повного емоційного спустошення, коли людина більше не може «вкласти себе» у роботу і контакт з іншими людьми;

– деперсоналізація або цинізм: дистанціювання від пацієнтів, ставлення до них як до «випадків» або «номерів» у черзі, а не як до живих людей, яким боляче;

– редукція особистих досягнень: відчуття власної некомпетентності, переконаність у марності власних зусиль, зниження задоволення від роботи (Карамушка Л., 2004).

В умовах кризи всі три компоненти можуть розвиватися стрімко – за тижні, а не місяці. ВООЗ у 2019 р. включила синдром вигорання до Міжнародної класифікації хвороб як самостійне професійне явище, що само по собі свідчить про масштаб проблеми (Русанов В., 2024). К. Маслач та М. Лейтер у подальших роботах суттєво розширили концепцію вигорання, вийшовши за межі індивідуально-психологічного виміру. Вони переконливо показали, що вигорання є не стільки особистісною слабкістю, скільки ознакою неузгодженості між людиною та умовами її праці – у сферах навантаження, контролю, визнання, стосунків у колективі, справедливості та відповідності цінностей. Цей погляд принципово важливий для розуміння стресу в умовах кризи, адже він пояснює, чому навіть досвідчені та мотивовані медичні працівники вигорають, коли умови їхньої праці стають нестерпними (Гриневич Л., 2021).

Окрім класичного вигорання, для медичних працівників, що систематично стикаються з тяжкою травмою пацієнтів, характерний феномен вторинної травматизації – психологічної шкоди, що виникає внаслідок регулярного зіштовхування з чужим травматичним досвідом. Ч. Фіглі описав «втому від співчуття» як ціну, яку платять ті, хто допомагає травмованим людям: емоційний резонанс із чужим болем поступово виснажує здатність до емпатії і залишає свій відбиток у вигляді симптомів, схожих на ПТСР, – нав'язливих образів страждань пацієнтів, уникання нагадувань про тяжкі випадки, гіперзбудження та порушень сну. На відміну від вигорання, що розвивається поступово, вторинна травматизація може виникати гостро – після однієї особливо тяжкої клінічної ситуації (Романенко Є., 2022).

Джерела стресу у медичних працівників у кризових ситуаціях можна структурувати за кількома рівнями. На організаційному рівні провідними стресорами є

перевантаженість при дефіциті персоналу, нестача ресурсів і засобів захисту, невизначеність протоколів дій у нових умовах, а також безпосередня загроза власному здоров'ю і безпеці. На міжособистісному рівні – складні взаємодії з родичами пацієнтів у стані гострого горя, конфлікти у команді через підвищену напруженість і втому, необхідність повідомляти погані новини у великих кількостях. На індивідуально-психологічному рівні – моральні дилеми у ситуаціях нестачі ресурсів, страх власної некомпетентності, почуття провини і безсилля перед обличчям масових втрат (**Error! Reference source not found.**, 2022).

Окремого розгляду заслуговує феномен моральної травми у медичних працівників. Моральна травма виникає тоді, коли людина стає свідком або учасником подій, що суперечать її глибинним моральним переконанням, і не може цьому запобігти або змінити ситуацію. В умовах кризи медичні працівники нерідко опиняються перед ситуаціями, коли ресурсний дефіцит змушує їх приймати рішення, що суперечать принципам медичної деонтології: обирати, кому надавати допомогу першочергово при масових жертвах, відмовляти в реанімаційних заходах через брак обладнання. Ці ситуації залишають глибокий психологічний слід навіть у найдосвідченіших і найстійкіших фахівців. Б. Лазоренко наголошує, що психологічне здоров'я медичних працівників, поряд із подоланням стресу, передбачає здатність зберігати ціннісну цілісність навіть в умовах, де це надзвичайно складно. Моральна травма є прямим наслідком руйнування цієї цілісності (Лазоренко Б., 2020).

Суттєві відмінності у структурі стресу спостерігаються між різними категоріями медичного персоналу. Лікарі та медичні сестри, попри спільні умови роботи, мають різні рольові вимоги і, відповідно, різні профілі стресу. Лікарі частіше стикаються з відповідальністю за прийняття рішень, морально складними дилемами та адміністративним тиском. Медичні сестри – з фізичним навантаженням, безпосереднім тривалим доглядом у найбільш критичні моменти та емоційним виснаженням від «невидимої» роботи, яка рідко отримує публічне визнання. Дослідження демонструють загалом вищі показники вигорання у медичних сестер, що відображає не їхню

«менш стійку» особистість, а об'єктивно більш несприятливі умови праці (Шульгай А., Федчишин Н., Шульгай О., 2022).

Медичні працівники використовують специфічний арсенал копінг-стратегій, частково зумовлений їхньою фаховою підготовкою. Емоційне дистанціювання – «клінічна відстороненість», здатність зберігати ділову зосередженість у ситуаціях тяжкого страждання, – є прийомом, якого навчають ще під час підготовки у медичних закладах, і він відіграє важливу захисну функцію. Однак у перевантаженому вигляді ця стратегія переходить у деперсоналізацію – вже не захисний бар'єр, а симптом вигорання. Ця тонка, але принципова межа є одним із ключових предметів уваги у роботі з медичним персоналом (**Error! Reference source not found.** 2022).

Серед захисних чинників, що знижують ризик стресових розладів у медичних працівників, дослідники виокремлюють кілька ключових. Колегіальна підтримка і безпечний простір для обговорення складних клінічних ситуацій є одним із найефективніших доступних ресурсів. О. Стельмах, аналізуючи психологію тривоги і страху, підкреслюють значення соціальної злагожденості у протистоянні екстремальним навантаженням: ізоляція є одним із найсильніших підсилювачів стресу (**Error! Reference source not found.** 2022). Сенс і смисл роботи – відчуття, що те, що робиш, важливе і результативне, – також є потужним буфером проти вигорання. Л. Кондратенко звертає увагу на те, що в умовах хронічного стресу здатність знаходити або конструювати сенс у власній діяльності є однією з найбільш ефективних психологічних стратегій (**Error! Reference source not found.**2021).

У. Вест зі співавторами, аналізуючи доказову базу програм з попередження вигорання у лікарів, встановили, що найвищу ефективність демонструє поєднання індивідуальних інтервенцій (навчання стратегіям саморегуляції, майндфулнес, рефлексивна практика) з організаційними змінами – оптимізацією графіків, підтримкою лідерства та культурою, де вигорання не табуоване, а обговорюється відкрито. Цей висновок суттєво розширює традиційну «медикалізуючу» логіку, яка вбачає у виснаженому медику проблему в його особистості, – і

переносить акцент на відповідальність системи (**Error! Reference source not found.** 2022).

В українській психологічній науці проблема стресу медичних працівників залишається порівняно менш дослідженою, ніж стрес у військових або педагогів. Водночас умови українського воєнного часу надали цій проблемі додаткової гостроти: медичні працівники, що надають допомогу пораненим і травмованим цивільним, функціонують в умовах подвійного стресу – власного страху і небезпеки та безперервного потоку тяжких пацієнтів. Це вимагає не лише адаптації зарубіжних підходів до підтримки медичного персоналу, але й розробки власних, що враховують специфіку культурного і соціального контексту.

Підсумовуючи, зазначимо, медичні працівники в умовах кризових ситуацій є групою підвищеного ризику щодо розвитку стресових розладів – вигорання, вторинної травматизації та моральної травми. Характер і вираженість стресу суттєво різняться між категоріями персоналу та типами кризових ситуацій. Ефективне подолання стресу потребує як індивідуальних психологічних ресурсів і навичок, так і системної організаційної підтримки.

Мироненко В. В.

ГРОМАДЯНСЬКА ІДЕНТИЧНІСТЬ ОСОБИСТОСТІ: ДЕФІНІЦІЙНИЙ АНАЛІЗ

У сучасному українському суспільстві та освіті постала актуальна проблема формування громадянської ідентичності дітей і молоді. Для України ця проблема має особливе значення. В умовах війни, боротьби за незалежність і територіальну цілісність формується нове розуміння громадянства – не лише як юридичного статусу, а як активної позиції, патріотизму, поваги до прав людини та участі в суспільному житті. Саме громадянська ідентичність сприяє єдності народу, зміцненню державності та розвитку демократичного суспільства.