



МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
МАРИУПОЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

МАГІСТЕРСЬКІ СТУДІЇ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ

Випуск 3

Збірник наукових праць магістрів ОП
«Дошкільна освіта. Інклюзія»,
«Початкова освіта»,
«Фізична культура та спорт»,
«Практична психологія»,
«Менеджмент. Управління закладом
загальної середньої освіти»

Київ 2025

УДК 37(063).
973.202 я1

**Магістерські студії психолого-педагогічного факультету
Маріупольського державного університету: збірник наукових праць
здобувачів ОС Магістр ОП «Дошкільна освіта. Інклюзія», «Початкова освіта»,
«Фізична культура та спорт», «Практична психологія», «Менеджмент.
Управління закладом загальної середньої освіти» / за заг. ред. Л.В. Задорожної-
Княгницької. Випуск 3. Київ: МДУ, 2025. 522 с.**

Рекомендовано до друку Вченою радою психолого-педагогічного факультету
Маріупольського державного університету
(протокол №2 від 27 листопада 2025 року)

© Колектив авторів, 2025

осмислення досвіду. Важливу роль у цьому процесі відіграють психологічна допомога, волонтерські ініціативи та система освіти, що формує навички емоційної грамотності.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні довготривалих наслідків страху, формуванні резильєнтності та розробленні програм профілактики емоційного вигорання в умовах війни.

Список використаних джерел:

1. Бек Д. Когнітивно-поведінкова терапія. Основи та практика. Київ. Науковий світ, 2023. 460 с
2. Грузинська І. Проблема емоційного реагування на стресові ситуації в умовах воєнного стану. *Вісник Національного авіаційного університету. Серія Педагогіка. Психологія.* 2022. С.97–107.
3. Гулько Г.О. Психологічні чинники актуалізації особистісних властивостей тривожного спектру в ситуації досягнення. Київ. 2017. 249 с.
4. Єрмакова Н., Сауленко О. Психологічні особливості проявів стресостійкості у сучасної молоді. *Молодий вчений.* 2020. №11(87). С.59 –63.
5. Предко В., Предко Д. Особливості психічного стану українців в умовах війни. Наукові праці Міжрегіональної академії управління персоналом. *Психологія.* Випуск 3 (56), 2022. Психосоціальна допомога внутрішньо переміщеним дітям, їхнім батькам та сім'ям з дітьми зі Сходу України : посіб. для практиків соціальної сфери / Мельник Л.А. та ін. ; за ред. Волинець Л.С. Київ, ТОВ «Видавничий дім «Калита», 2015. 72 с.
6. Терлецька, Л. Війна як чинник розвитку дитячих страхів та фобій. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія.* Том 35 (74) № 6 2024. С.16 –21
7. Медико-психологічна реабілітація та соціальна адаптація учасників бойових дій і вимушених переселенців в Україні: проблеми та перспективи : бібліогр. покажи. І уклад. А. М. Панфілова; наук. консультант М. М. Матяш; Нац. наук. мед. б-ка України, Нац. мед. ун-т імені О. О. Богомольця, Асоц. з мед. та психол. реабілітації. Київ, 2024. 91 с.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ ПРАЦІВНИКІВ ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНОГО ДИСПАНСЕРУ

*Ірина Деснова, кандидат педагогічних наук, доцент
кафедри практичної психології*

*Дмитро Беспалов, здобувач ступеня вищої освіти «магістр»
за спеціальністю «Психологія»*

FEATURES OF PROFESSIONAL BURNOUT AMONG EMPLOYEES OF THE PSYCHONEUROLOGICAL DISPENSARY

*Iryna Desnova, Candidate of pedagogical sciences, associate professor,
department of practical psychology*

Dmytro Bespalov, master's student in Psychology

Анотація. Стаття висвітлює особливості професійного вигорання працівників психоневрологічного диспансеру в умовах воєнних викликів та реформ охорони психічного здоров'я в Україні. Теоретичне підґрунтя становлять визначення МКХ-11 та модель вимог-ресурсів роботи (JD-R), доповнені тривимірною концепцією Маслач–Лейтера. Узагальнено емпіричні дані про підвищені ризики у лікарів-психіатрів і медсестер, акцентовано системні наслідки вигорання для якості й безпеки допомоги. Обґрунтовано комбіноване використання інструментів MBI, ProQOL і CBI для скринінгу. Запропоновано багаторівневу (організаційну,

командну та індивідуальну) модель профілактики й підтримки персоналу, що включає supervізію, оптимізацію навантаження та шляхів відновлення.

Ключові слова: професійне вигорання; психоневрологічний диспансер; психічне здоров'я.

Abstract. *Abstract. The article highlights the peculiarities of professional burnout among employees of a psychoneurological dispensary in the context of military challenges and mental health reforms in Ukraine. The theoretical basis is provided by the ICD-11 definition and the job demands-resources (JD-R) model, supplemented by Maslach–Leiter's three-dimensional concept. Empirical data on increased risks among psychiatrists and nurses are summarised, and the systemic consequences of burnout for the quality and safety of care are emphasised. The combined use of the MBI, ProQOL and CBI tools for screening is justified. A multi-level (organisational, team and individual) model of prevention and support for staff is proposed, including supervision, workload optimisation and recovery pathways.*

Keywords: *professional burnout; psychoneurological dispensary; mental health.*

Актуальність теми посилюється даними про вигорання саме у фахівців психіатричного профілю. Узагальнення досліджень за участю лікарів-психіатрів свідчать, що щонайменше третина з них має критерії вигорання як до пандемії COVID-19, так і після неї; при цьому визначається нестача даних з країн із низьким і середнім рівнем доходу, куди належить і Україна [7]. Натомість для медсестер у психіатричних стаціонарах і амбулаторіях характерними є помірно-високі рівні вигорання з асоціаціями із погіршенням якості життя, що підкріплено систематичними оглядами [8]. В ширшій популяції медсестринства вигорання пов'язане зі зниженням якості та безпеки медичної допомоги й задоволеності пацієнтів? що у сфері психічного здоров'я може проявлятися збільшенням ризиків щодо прихильності до лікування, безперервності догляду та профілактики повторних госпіталізацій. Отже, в професійному середовищі психоневрологічного диспансеру вигорання є не лише індивідуальною проблемою персоналу, а й системним чинником якості послуг.

Воєнні дії, внутрішня міграція, травматичні події та вторинна травматизація фахівців підсилюють вимоги до системи, водночас не завжди супроводжуючись адекватним нарощенням ресурсів. У вітчизняних роботах підкреслюється багатовимірність феномену та дефіцит масштабних емпіричних даних щодо медиків у контексті війни, разом із потребою адаптації міжнародних моделей профілактики до національних реалій (наприклад, узагальнення за 2008–2023 рр. і авторське визначення для умов війни) [2]. Для лікарів-психіатрів окреслено предиктори та математичні моделі розвитку емоційного вигорання під час війни, а також акцентовано уразливість медсестринського персоналу в спеціалізованих закладах [1]. У сфері публічної політики та управління персоналом важливим маркером є затвердження у 2025 р. методичних рекомендацій МОЗ щодо профілактики психоемоційного вигорання медичних працівників (Наказ від 04.06.2025 № 923), що відображає інституційне визнання проблеми та потребу в багаторівневих інтервенціях.

З позицій організаційної психології диспансер є середовищем високих «вимог роботи»: інтенсивність і непередбачуваність звернень, емоційно навантажені контакти, ризики агресії та аутоагресії, необхідність ухвалення

морально складних рішень, дефіцит часу на документацію й мультидисциплінарні наради, адміністративні звіти, чергування та переривчастий сон. Водночас «ресурси роботи» (адекватна чисельність штату, підтримувальне лідерство, автономія, можливості відновлення, чіткі протоколи, супервізії, інтервізійні групи, навчання навичкам саморегуляції) в реальності часто обмежені. Саме дисбаланс між вимогами та ресурсами, як показує модель JD-R, ініціює енергетичний (виснаження) та мотиваційний (дезаангажування) процеси, що еволюціонують до повномасштабного вигорання [6]. Важливим є також зв'язок вигорання з показниками організаційної ефективності: плінністю кадрів, прогулом/absenteeism, presenteeism, лікарняними листами з причин психічного здоров'я, що засвідчують і дані з інших систем охорони здоров'я (до прикладу: статистика щодо ментального здоров'я медсестер у NHS, де частка днів непрацездатності через психічні причини суттєва). У сфері психіатричної допомоги ці наслідки можуть бути критичними для безпеки пацієнтів та континуїтету догляду.

Епістемологічно дослідження вигорання вимагає поєднання психометрії та аналізу контексту праці. Хоча МВІ залишається «золотим стандартом» скринінгу у клінічних і організаційних дослідженнях, обговорюються його обмеження та питання конструктивної валідності, що стимулює використання комплементарних інструментів і показників якості роботи. Сучасні настанови рекомендують уникати редукції вигорання до суто індивідуальних характеристик, натомість фокусуючись на системних варіантах профілактики: перерозподіл робочих навантажень, командні практики підтримки (супервізія/інтервізія), чіткі маршрути пацієнтів, цифровізація рутин, розвиток лідерства, захищені перерви та політики відновлення, тренінги емоційної регуляції та профілактики вторинної травматизації, безпечні канали повідомлення про професійні ризики без санкцій – усе це відповідає визначенню ВООЗ, що апелює до управління стресом у «суто трудовому контексті». Для України, з огляду на воєнний стан і трансформацію мережі психіатричної допомоги, адаптація таких інтервенцій потребує емпіричного підґрунтя саме з амбулаторних диспансерних служб, де концентруються тривалі випадки, кризові інтервенції та координація з первинною ланкою [12].

Професійне вигорання працівників психоневрологічних диспансерів – складний психосоціальний феномен, що постає на перетині індивідуальних ресурсів фахівця, організаційної культури закладу та специфіки надання психіатричної допомоги. У сучасних підходах до дефініювання вигорання ключовою є позиція Всесвітньої організації охорони здоров'я: у МКХ-11 вигорання розглядається як «синдром, зумовлений хронічним стресом на робочому місці, яким не вдалося успішно керувати» та який характеризується тріадою проявів – виснаженням, ментальною дистанцією/цинізмом і зниженням професійної ефективності (ВНО, 2019). Ця рамка принципово відмежовує вигорання від клінічних психічних розладів і підкреслює його соціальну природу [12].

На відміну від загально соматичних стаціонарів, у психоневрологічних диспансерах високою є частота повторних звернень, довготривала терапія,

робота з коморбідними й тяжкими/хронічними станами, а також зі стигмою, насиллям і авто/гетероагресією. Додаткові стресори – дефіцит кадрів, нерівномірність навантаження між дільницями, висока «документаційна щільність» випадку, юридична відповідальність за примусові заходи, складні етичні дилеми (конфіденційність vs безпека), ризики вторинної травматизації. Систематичні огляди показують, що саме працівники психіатричної й суміжної допомоги належать до груп з підвищеним ризиком вигорання; провідні детермінанти – робоче перевантаження, емоційні вимоги, низький контроль над процесом, конфлікти ролей і недостатня підтримка супервізії [10].

Дослідження українських науковців О. Буряк, І. Савченко, І. Юрченко підкреслюють високі рівні симптомів вигорання в медичних сестер інтенсивної терапії та психіатричних стаціонарів: домінують емоційна відстороненість і деперсоналізація, що корелює з частотою контакту з важкими станами та смертю пацієнтів[5]. Після 2022 року навантаження на психіатричну службу різко зросло: руйнування інфраструктури, дефіцит персоналу, збільшення потоків пацієнтів з воєнними травмами, розгортання послуг у громадах. Огляд публікації І. Пінчука показує, що через війну вже на 2-му році спостерігаються кадрові провали, а персонал зазнає хронічного стресу й емоційного виснаження[11]. Це посилює ризики вигорання, співчуттєвої втоми (*compassion fatigue*) та морального стресу (*moral distress*), особливо в медсестер і молодшого персоналу, які виконують «емоційно невидиму» працю. Додатково, за даними Центру громадського здоров'я, у медиків фіксують ознаки співчутливої втоми та вторинної травматизації, що прямо підриває якість допомоги.

Для психіатричної служби особливо критичними є «спільнота» (недостатність супервізій/колегіальної підтримки) і «цінності» (вимушені обмеження автономії пацієнта). На рівні поведінки це проявляється емоційною притерпілістю, зниженням емпатійної чутливості, формалізацією комунікації, прагненням уникати контакту з «важкими» пацієнтами, соматичними скаргами (головний біль, порушення сну), зловживанням кофеїном/нікотином. Концептуальна критика застерігає від «пере-клінічної» інтерпретації вигорання та наголошує на його перетині з депресивною симптоматикою; отже, потрібен скринінг коморбідних станів і маршрутизація до психотерапії[5].

У практиці диспансеру доцільним є комбінований підхід: MBI для базової триади; шкала ProQOL (Stamm) – для компонентів співчутливої втоми й задоволення співчуттям; за потреби – Copenhagen Burnout Inventory (CBI) для персональної/робочої/клієнтської сфер. MBI має версії для медичних професій і загального використання (MBI-GS), з доведеною надійністю та валідністю; адміністративно зручно проводити опитування раз на 6–12 місяців, з анонімним збором і агрегованою зворотним зв'язком для керівництва. ProQOL корисна там, де висока частота травматичних наративів і кризових інтервенцій; поєднання з короткими шкалами морального стресу в медсестер (наприклад, MDQ-N) дає змогу ідентифікувати етичні «гарячі точки» відділення.

Мета-аналізи вказують на високі рівні вигорання серед медичного персоналу загалом: частка працівників із клінічно значущими показниками може сягати 50% і вище; у працівників психіатричних служб рівні емоційного

виснаження та деперсоналізації часто підвищені порівняно з іншими спеціальностями через інтенсивний емоційний контакт та хронічність випадків [6]. Українські дані, хоч і фрагментарні, узгоджуються із цією картиною, особливо з огляду на додатковий воєнний чинник.

Для лікаря-психіатра характерні ризики «когнітивного виснаження» від постійного прийняття рішень з високою невизначеністю, необхідність витримувати контрперенесення, юридичну відповідальність і стигму. Для психолога/ психотерапевта – висока експозиція до травматичних історій (вторинна травматизація), потреба в регулярній супервізії, перебування між консультативною і кризовою роботою. Медична сестра є «першою лінією» контакту, і саме в цій групі виявляють найбільші показники емоційної відстороненості; рольова амбівалентність і дефіцит контролю підсилюють деперсоналізацію [4]. Молодший персонал і реєстратура стикаються з агресією, емоційним навантаженням і «прихованою працею емоцій», часто без формальних механізмів підтримки.

Для українського середовища, де триває війна, релевантною є конструкція «безперервного травматичного стресу» (continuous traumatic stress): персонал працює в умовах постійних загроз, ресурсних обмежень і дилем справедливості розподілу, що посилює вигорання та моральну фрустрацію. Дослідження Zasiékina та ін. на українських медсестрах показує зв'язки між показниками ProQOL, моральним стресом і безперервним травматичним стресом – конфігурація, у якій вигорання стає «вузловим» посередником між стресорами і зниженням якості допомоги. Ці висновки прямо стосуються й персоналу психоневрологічних диспансерів – з огляду на частоту кризових звернень, суїцидального ризику та домашнього насильства у пацієнтів.

Високі рівні вигорання пов'язані з вищою ймовірністю помилок, меншою прихильністю до доказових протоколів, збільшенням плинності кадрів і абсентеїзму; у психіатрії – з ризиками «жорсткого» стилю взаємодії, рутинізації оцінок ризику та емоційним «виморожуванням» командної взаємопідтримки. На рівні системи це послаблює доступність та безперервність допомоги, а в умовах реформ і війни – додатково загрожує збереженню мережі послуг [9].

Відповідно до МКХ-11 і сучасних гайдлайнів, вигорання – не «особиста неспроможність», а організаційно зумовлений синдром; отже, інтервенції мають бути багаторівневими й системними. На організаційному рівні – корекція навантаження (оптимізація «пацієнтів на ставку», прозорі чергування, захист часу для документації), впровадження обов'язкових клінічних супервізій і міждисциплінарних «Schwartz Rounds», доступ до психологічного консультування персоналу, програми підтримки після критичних інцидентів, регулярні «дифузії» і колегіальні розбори випадків, підтримка безпечної культури повідомлення про помилки без кари. На індивідуальному рівні – тренінги стрес-менеджменту, майндфулнес-практики, психоедукація щодо ознак співчутливої втоми та меж професійної ролі, планування відновлення (сон, фізична активність, соціальна підтримка), робота з професійною ідентичністю та цінностями. Важливим є чітке розділення «вигорання» і «депресії» з маршрутизацією до лікування, якщо наявні афективні симптоми, що виходять за

межі професійного стресу[5]. На рівні політики – затвердження протоколів скринінгу і реагування на вигорання в закладах психіатричної допомоги; в Україні з'являються нові накази/методичні документи, які уточнюють визначення та підходи до профілактики вигорання в системі охорони здоров'я.

Практична модель може включати: стартовий анонімний скринінг MBI-GS і ProQOL усього персоналу із базовою лінією; кварталні «пульс-опитування» (короткі версії шкал + 2-3 запитання щодо умов праці); щопіврічні командні звіти з індикаторами навантаження (відвідування, тривалість прийому, частота кризових інтервенцій) та показниками ресурсів (дні відпочинку, супервізії, тренінги); неформальні інтерв'язійні групи раз на 2–4 тижні, де проговорюють складні випадки й емоційні наслідки; політику пост-інцидентного супроводу (critical incident stress management). У контексті війни необхідно додати регулярні короткі скринінги ознак безперервного травматичного стресу та морального стресу, що корелюють із вигоранням менеджментом [13].

Вигорання підвищує ризик прояву упереджених рішень (bias) та порушення стандартів пацієнтоцентричності; тому етичні комітети закладу мають включати до свого мандату питання добробуту персоналу як умову якості допомоги, яка надається. Важливо забезпечити доступні механізми повідомлення про насильство/переслідування з боку пацієнтів або третіх осіб і план безпеки робочого місця; упровадження «тихих кімнат», йога-пауз чи мікровідновлення не може замінити системні зміни у навантаженні й штатних розписах. Міжнародні профстандарти підкреслюють, що вигорання – фактор, який впливає на звернення по медичну допомогу та статус здоров'я, і має бути врахований менеджментом [12].

Отже, працівники психоневрологічних диспансерів перебувають у «ідеальному штормі» ризиків вигорання: тривалі емоційні вимоги, хронічність пацієнтів, етичні дилеми, юридичні зобов'язання та, в Україні, додатковий тиск війни й реформ. Оптимальна стратегія – не «ремонтувати» персонал, а перерозподіляти та гуманізувати роботу: чіткі нормативи навантаження, регулярні супервізії, командні рефлексивні практики, доступ до психічного здоров'я для працівників, справедлива винагорода, сильна культура безпеки й підтримки. Вигорання – керований ризик, якщо ним управляти системно й на основі доказів.

Список використаних джерел

1. Левін Т. Предиктори, дескриптори та складові емоційного вигорання у лікарів-психіатрів під час війни: взаємозв'язки, комплексна і математична моделі розвитку та прогнозу. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2023. №2. URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/438>
2. Русанов В. Професійне вигорання медичних працівників в умовах війни: історичний аналіз, сучасні дослідження та авторське визначення. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2024. № 3. URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/529>.
3. Центр громадського здоров'я МОЗ України. Вигорання та втома від співчуття у медичних працівників: ознаки та як впоратися. URL: <https://phc.org.ua>.
4. Юрченко І., Савченко І., Буряк О. Професійне вигорання медичних працівників за сучасних умов. *Медсестринство*. 2020. № 4. С. 11–15.
5. Bianchi R., Schonfeld I. S. Examining the evidence base for burnout. *Bulletin of the World Health Organization*. 2023. Vol. 101, №11. P. 743-745. URL: <https://doi.org/10.2471/BLT.23.289996>

6. Demerouti E., Bakker A. B., Nachreiner F., Schaufeli W. B. The job demands–resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*. 2012. Vol. 86. No. 3. P. 499–512. URL: <https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.499>
7. Ghahramani S., Lankarani K. B., Yousefi M., et al. A systematic review and meta-analysis of burnout among healthcare workers. *Frontiers in Psychiatry*. 2021. Vol. 12. Article 758849. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.758849>
8. Johnson K. L., Gordon M. S., Gordon H. G. Comparing prevalence of burnout in psychiatric doctors before and after the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2025. Vol. 86, No. 4. URL: <https://www.psychiatrist.com/jcp/prevalence-burnout-psychiatric-doctors-before-after-covid-19-review-meta-analysis/>
9. Morse G., Salyers M. P., Rollins A. L., Monroe-DeVita M., Pfahler C. Burnout in mental health services: a review of the problem and its remediation. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. 2012. Vol. 39, No. 5. P. 341–352. URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10488-011-0352-1>
10. O'Connor K., Muller Neff D., Pitman S. Burnout in mental health professionals: a systematic review and meta-analysis *European Psychiatry*. 2018. Vol. 53. P. 74–99. URL: <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.06.003>
11. Pinchuk I., Yachnik Y., Goto R., et al. Mental health services during the war in Ukraine: 2-years follow up study *International Journal of Mental Health Systems*. 2025. Vol. 19, Article 11. URL: <https://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13033-025-00667-9>
12. World Health Organization. Burn-out an «occupational phenomenon»: International Classification of Diseases URL: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>.
13. Zasiakina L., Martyniuk A. War-related continuous traumatic stress as a potential mediator of associations between moral distress and professional quality of life in nurses: a cross-sectional study in Ukraine *BMC Nursing*. 2025. Vol. 24. URL: <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02668-4>

ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ТРАВМАТИЧНИХ ПОДІЙ НА ЗМІНУ ПРОФЕСІЇ

*Тетяна Перепелюк, кандидат психологічних наук, професор
кафедри практичної психології*

*Наталія Ботяновська, здобувачка ступеня вищої освіти «магістр»
за спеціальністю «Психологія»*

RESEARCH ON THE IMPACT OF TRAUMATIC EVENTS ON PROFESSIONAL CHANGE

*Tetiana Perepelyuk, PhD in psychology, professor of the department
of practical psychology*

Natalia Botyanovska, master's student in Psychology

***Анотація.** У статті описано фрагмент емпіричного дослідження впливу травматичних подій на зміну професії. На основі емпіричного дослідження зроблено висновки, що у респондентів з травматичним досвідом формується глибокий інтерес до психіки та відновлення, що може мотивувати їх обирати професії у сфері психологічної допомоги.*

***Ключові слова:** емпіричне дослідження, травматичні події, професія, інтерес, психіка.*

***Abstract.** The article describes a fragment of an empirical study of the impact of traumatic events on career change. Based on the empirical study, it is concluded that respondents with traumatic experiences develop a deeper interest in the psyche and recovery, which may motivate them*