

ІНСТИТУТ ПСИХОЛОГІЇ ІМЕНІ Г. С. КОСТЮКА НАПН УКРАЇНИ

ПСИХОЛОГІЧНА ТЕХНОЛОГІЯ МОНІТОРИНГУ НАСЛІДКІВ СТРЕСУ ВІЙНИ

у фахівців
психолого-педагогічних професій

ПРАКТИЧНИЙ ПОСІБНИК



КИЇВ — 2026

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
Інститут психології імені Г.С. Костюка



**Психологічна технологія моніторингу
наслідків стресу війни у фахівців
психолого-педагогічних професій**

Практичний посібник

Київ

2026

*Рекомендовано до друку вченою радою Інституту психології імені
Г. С. Костюка НАПН України (протокол № 8 від 25 червня 2026 р.)*

Рецензенти:

О.Ю. Дроздов – завідувач кафедри загальної, вікової та соціальної психології імені М.А. Скока Національного університету «Чернігівський колегіум» імені Т.Г. Шевченка, доктор психологічних наук, професор.

Я.М. Омельченко – завідувач лабораторії консультативної психології та психотерапії Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України, кандидат психологічних наук.

Психологічна технологія моніторингу наслідків стресу війни у фахівців психолого-педагогічних професій: практичний посібник / О.М. Кокун, Г.В. Гуменюк, Л.М. Бахмутова та ін.; за ред. Г.В. Гуменюк. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2026. 173 с.

ISBN 978-617-7745-90-6

Практичний посібник присвячено розробці та впровадженню психологічної технології моніторингу наслідків стресу війни у фахівців психолого-педагогічних професій. У виданні системно представлено зміст і процедуру моніторингу, що ґрунтується на науково-практичному підході до використання його результатів. У теоретичних розділах посібника розкрито специфіку такого підходу, який забезпечує можливість визначення рівня проявів стресу війни у педагогічних працівників та психологів за показниками професійного вигорання, реакцій на тривалий травматичний стрес, соматичних скарг, а також ресурсних характеристик – резильєнтності, самоефективності, професійної життєстійкості, копінг-стратегій і задоволеності життям. Практична частина посібника доповнена структурою ризикових і ресурсних характеристик, що дозволяє прослідковувати динаміку їхніх змін та визначати напрями адресної психологічної підтримки. Видання має прикладне значення для фахівців у сфері психологічної допомоги та профілактики, надаючи їм інструментарій для ефективної роботи в умовах військового протистояння та сприяє збереженню професійної стійкості.

Номер державної реєстрації наукового дослідження 0125U000278

ЗМІСТ

Вступ. Окреслення проблемного поля та напрямів наукового пошуку (Г. В. Гуменюк)	5
Розділ 1. Стрес війни у фахівців психолого-педагогічних професій: феноменологія, наслідки та методологія пізнання змін психіки (Г. В. Гуменюк) ..	9
1.1. Концептуальні підходи до розуміння феномену стресу в науковому дискурсі ...	9
1.2. Виявлення та систематизація основних наслідків стресу війни у фахівців психолого-педагогічної сфери	20
1.3. Теоретичне осмислення та концептуалізація поняття «моніторинг наслідків стресу» як інструменту пізнання змін психіки в умовах війни	31
Розділ 2. Теоретико-методологічні основи моніторингу наслідків стресу війни у фахівців психолого-педагогічних професій: від концепції до технології (О. М. Кокун, Г. В. Гуменюк)	36
2.1. Науково-практичний підхід до використання результатів моніторингу в системі психологічного супроводу фахівців	36
2.2. Технологія моніторингу: алгоритм та інструментарій від діагностики до інтерпретації результатів	42
Розділ 3. Практичні сценарії моніторингу: апробація та досвід застосування у професійних спільнотах	46
3.1. Апробація психологічної технології моніторингу наслідків стресу війни у студентської молоді педагогічного університету (О. М. Кокун)	46
3.2. Апробація базового діагностичного етапу моніторингу у педагогічних працівників: досвід двох регіональних зрізів (О. М. Кокун, Г. В. Гуменюк, Л. М. Бахмутова)	53
3.3. Від діагностичного зрізу до динамічного відстеження: апробація дворівневої моделі моніторингу у педагогічних працівників (О. М. Кокун, Г. В. Гуменюк, Л. М. Бахмутова)	62
3.4. Результати апробації у викладачів закладів вищої освіти та формулювання рекомендацій щодо її впровадження як кроку до збереження академічної стійкості (Н. М. Панасенко)	72
3.5. Результати апробації у вчителів закладів загальної середньої освіти та рекомендації щодо впровадження технології в освітньому середовищі (Т. Л. Савченко)	106
3.6. Результати апробації у практичних психологів та рекомендації щодо застосування технології у професійній діяльності (М. В. Войтович)	112
3.7. Узагальнення практичних сценаріїв апробації технології моніторингу (О. М. Кокун, Г. В. Гуменюк, Л. М. Бахмутова)	134
Висновки та перспективи розвитку технології моніторингу наслідків стресу війни: горизонти подальших досліджень (О. М. Кокун, Г. В. Гуменюк)	141
Література	149
Додатки	157
Відомості про авторів	172

ВСТУП.

ОКРЕСЛЕННЯ ПРОБЛЕМНОГО ПОЛЯ ТА НАПРЯМІВ НАУКОВОГО ПОШУКУ

Сьогодні Україна переживає надзвичайно складний період, пов'язаний із війною. Поряд із фізичною руйнацією та втратами українське суспільство зіштовхнулося з глибинними психологічними травмами та значним поширенням психологічних наслідків війни серед різних верств населення. Втрата близьких, позбавлення домівки, вимушений переїзд та щоденна загроза життю стали новою реальністю. За таких обставин гострої актуальності набуває не лише фіксація переживань та психологічних станів, а й створення системного моніторингу наслідків воєнного стресу та розроблення практичних інструментів підтримки для фахівців, які працюють в умовах значного професійного та емоційного навантаження.

Війна, безумовно, є одним із найпотужніших стресогенних факторів, що справляє суттєвий негативний вплив на ментальне здоров'я та професійну діяльність фахівців психолого-педагогічних професій, до яких належать психологи, педагоги, соціальні працівники та фахівці допоміжних професій. Ці фахівці відіграють критичну роль у підтримці населення, що переживає наслідки війни, водночас зазнаючи значного психологічного навантаження через постійний контакт із травматичними подіями та людьми, які зазнали глибоких психологічних потрясінь.

Результати міжнародних досліджень свідчать, що фахівці допоміжних професій у зонах бойових дій є особливо вразливими до таких негативних наслідків, як емоційне вигорання (burnout), вторинна травматизація (vicarious trauma), посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресія та зниження професійної життєстійкості (Figley, 2002; Pearlman & Saakvitne, 1995). Особливо небезпечним є накопичувальний ефект стресу, який поступово виснажує психологічні ресурси фахівців, знижуючи їхню здатність до ефективного професійного функціонування та спричиняючи ерозію резильєнтності (Bonanno, 2004).

Потреба у психоемоційному відновленні значно зросла в умовах тривалого воєнного стресу. Проте поряд із військовими, медиками та волонтерами у групі підвищеного ризику опинилися фахівці психолого-педагогічної сфери. Вони потрапили в ситуацію так званого «подвійного тиску»: намагаючись опанувати власний травматичний досвід, вони змушені щодня професійно підтримувати інших.

Специфіка та вага цього навантаження обумовлені кількома ключовими чинниками:

- *Емоційне перенапруження.* Високий рівень емоційної напруги через регулярну взаємодію з людьми, які пережили смерть близьких, втрату житла, насильство та інші наслідки війни. Це створює постійний емоційний тиск, який може призводити до вторинної травматизації.

- *Посилена відповідальність.* У часи кризи від педагога чи психолога залежить не лише психоемоційний стан учня чи клієнта, а й його здатність адаптуватися до нових умов життя, відновитися після травм та знайти сили рухатися далі. Це створює додаткове психологічне навантаження та підвищує ризик професійного вигорання.

- *Особистісний контекст травми.* Фахівці переживають ті самі тривоги й втрати, що і решта людей (втрата близьких, домівки, складності вимушеного переселення тощо). Це робить їхню роботу ще складнішою, оскільки вони змушені працювати з чужими травмами, водночас намагаючись впоратися з власними переживаннями. Адже працювати з чужим болем, коли власний ще не вщух, – випробування, яке суттєво підвищує вразливість психіки. Таке подвійне стресове навантаження підвищує ризик негативних наслідків тривалого стресу.

- *Робота з вразливими категоріями.* Взаємодія з дітьми-сиротами, людьми з інвалідністю, ветеранами та внутрішньо переміщеними особами вимагає значних емоційних ресурсів і високого рівня професійної компетентності, що також підвищує стресогенне навантаження.

- *Ресурсний дефіцит.* Брак часу, підтримки, матеріального забезпечення та належних умов праці стає додатковим стресором.

- *Хронічна невизначеність.* Робота в умовах постійної небезпеки та необхідність швидкої адаптації створюють додатковий емоційний тиск, що неабияк виснажує адаптаційні резерви організму.

Отже, представники психолого-педагогічних професій виявилися надзвичайно вразливою групою. За відсутності своєчасної психодіагностики та фахової підтримки зростає ризик професійного вигорання, погіршення якості професійної діяльності та негативних психологічних і соматичних наслідків. Саме це й зумовлює актуальність розроблення спеціалізованої психологічної технології моніторингу. Її створення вимагає чіткого наукового обґрунтування, побудови концептуальної моделі, добору валідного психодіагностичного інструментарію (опитувальники, тести, спостереження), а також окреслення проблемного поля наукового пошуку. Такий підхід формує теоретичне підґрунтя дослідження, допомагає визначити основні ризики та врахувати вимоги безпеки учасників.

Сучасні підходи до моніторингу психологічного стану фахівців передбачають використання комплексу методів: самооцінки рівня стресу, опитувань щодо професійного вигорання, інструментів для оцінки вікарної травматизації та професійної резильєнтності (Кокун & Гуменюк, 2025; Luthans et al., 2007). Водночас питання ефективних концептуальних підходів до моніторингу залишаються ще недостатньо дослідженими, що ускладнює розробку ефективних стратегій підтримки фахівців.

Наукова новизна нашого дослідження полягає у комплексному оцінюванні професійних ризиків і ресурсів особистості в межах єдиної моделі моніторингу. Авторський колектив запропонував цілісну модель, яка зіставляє індикатори ризику (вигорання, травматичний стрес, соматизовані скарги) з

ресурсною сферою особистості (резильєнтності, самоефективність, життєстійкість, копінг-стратегії, задоволеність життям). Такий підхід дає змогу відійти від пасивної констатації симптомів і перейти до своєчасного прогнозування та корекції небажаних адаптаційних змін.

Зосередження на розробленні психологічної технології моніторингу визначило основні напрями дослідження: соціально-політичний контекст війни, професійні ризики, психологічні наслідки та методологічні особливості моніторингу. Такий підхід дає змогу розглянути проблему комплексно та визначити її практичне значення. Насамперед слід відзначити соціально-політичний контекст, у якому війна постає як довготривалий фактор стресу, що змінює умови життя та професійної діяльності українських фахівців. Одним із його проявів є масове поширення травматичного досвіду серед населення. Водночас посилюється невизначеність щодо майбутнього, а постійна загроза життю стає чинником хронічної тривожності.

Професійні ризики фахівців психолого-педагогічної сфери пов'язані насамперед із високим рівнем відповідальності за виконання професійних обов'язків. Педагоги відповідають за адаптацію учнів і студентів до нових умов освітнього процесу, тоді як психологи та психотерапевти працюють із проблемами адаптації та відновлення клієнтів. Водночас фахівці можуть переживати власні психологічні травми, що створює додаткове навантаження. Це підвищує ризик професійного вигорання, вторинної травматизації та зниження професійної ефективності.

Окремим напрямом дослідження стали безпосередні психологічні наслідки війни для фахівців цієї категорії. Саме тому ми зосередили увагу на глибокому аналізі таких проявів, як порушення емоційної регуляції, тривожні й депресивні стани, соматичні розлади (порушення сну, хронічна втома), а також зниження рівня самоефективності та життєстійкості.

Окрему групу становлять методологічні виклики, пов'язані з проведенням дослідження. Перед авторським колективом постали завдання добору та створення валідних інструментів для оцінювання стресових станів фахівців, поєднання кількісних (тести, опитувальники) і якісних методів аналізу даних (аналіз отриманих даних, їхня доцільна інтерпретація), забезпечення етичності та безпеки учасників. Додаткові труднощі були пов'язані з організацією дослідження в умовах постійних безпекових загроз – повітряних тривог, блекаутів і міграції учасників.

Таким чином, структура проблемного поля підтверджує складність об'єкта дослідження та актуальність подальших наших наукових пошуків. Результатом цієї роботи стало розроблення психологічної технології моніторингу, що поєднує оцінювання професійних ризиків, психологічного стану та ресурсів фахівців. Її застосування дає змогу своєчасно виявляти негативні наслідки стресу та визначати потребу в подальшій психологічній підтримці.

Практичний посібник складається з чотирьох розділів і додатків, які розкривають мету, зміст та процедуру моніторингу, що ґрунтується на науково-

практичному підході до використання його результатів. У першому розділі здійснена спроба теоретичного осмислення феноменології стресу війни, систематизації його наслідків для фахівців освітньої сфери та методологічного обґрунтування моніторингу з позицій різних підходів.

Другий розділ розкриває методичну специфіку технології моніторингу, що функціонує на двох взаємодоповнювальних рівнях: повноформатному (поглиблена діагностика) та оперативному (6-етапний експрес-контроль), із чітко розробленим алгоритмом мінімізації суб'єктивних викривлень.

Третій розділ пропонує практичний протокол перетворення моніторингових даних на багаторівневу систему психологічної підтримки (універсальну профілактику, селективну роботу з групами ризику та адресну допомогу), спрямовану на активізацію захисних ресурсів особистості – резильєнтності, самоефективності та внутрішніх опор.

У висновках наведено узагальнення емпіричних даних щодо специфіки проживання стресу війни педагогами і психологами та формулювання науково обґрунтованих висновків щодо збереження їхнього ресурсного потенціалу, резильєнтності й професійної працездатності в умовах війни та повоєнного відновлення.

Додатки містять систематизований набір стандартизованих методик, опитувальників та бланків експрес-оцінювання, а також розроблені протоколи інтерпретації даних.

РОЗДІЛ 1.

СТРЕС ВІЙНИ У ФАХІВЦІВ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНИХ ПРОФЕСІЙ: ФЕНОМЕНОЛОГІЯ, НАСЛІДКИ ТА МЕТОДОЛОГІЯ ПІЗНАННЯ ЗМІН ПСИХІКИ

1.1. Концептуальні підходи до розуміння феномену стресу в науковому дискурсі

Широкомасштабна війна спричинила масштабні зміни в умовах життя українського суспільства. Так, покинули своє постійне місце проживання та досі не повернулись 7% українців, 18% – переїжджали, але повернулися і 73% – не полишали свої домівки, як свідчать результати дослідження, оприлюдненого Європейською Бізнес Асоціацією. У 2025 році за результатами аналітичного звіту «Барометр якості життя – 2025» від тієї ж організації, лише 5% аудиторії задоволені поточним рівнем безпеки в країні, тоді як переважна більшість (82%) оцінює його як незадовільний. Тривале відчуття небезпеки та низька суб'єктивна оцінка рівня безпеки суттєво знижує загальну якість життя та додатково актуалізують проблему систематичного вивчення психоемоційного стану фахівців, які працюють в умовах тривалої воєнної загрози (Європейська Бізнес Асоціація, 2025). Зрозуміло, що подібні умови життєдіяльності викликають величезний фізичний та психологічний стрес фахівців будь-якої професії (цивільних чи військових). На часі – бути особистістю, яка спроможна максимально ефективно використовувати свій адаптаційний потенціал і відповідати викликам життя. Критично напружене соціальне та професійне життя сьогодні вимагає від кожного з нас вміння максимально ефективно використовувати свій адаптаційний потенціал – вміння долати і протистояти стресу в умовах війни.

Зазначені екстремальні умови життєдіяльності українських фахівців висувають нові вимоги до їх особистісно-професійних характеристик як суб'єктів праці, вимагаючи від них максимальної мобілізації та ефективного розгортання адаптаційного потенціалу. Останній знаходить свій вияв у здатності чинити опір наслідкам стресу від загроз війни, протистояти травматизуючим чинникам особистісно-професійних ризиків та зберігати професійну життєздатність.

Окреслена необхідність активізації внутрішніх ресурсів особистості на тлі екзистенційних загроз зумовлює першочергову потребу в надійному науковому інструментарії для фіксації та аналізу всіх цих динамічних станів. Тому одним із центральних завдань дослідження є теоретичне осмислення ряду понять: «стрес», «стрес війни» та «моніторинг наслідків стресу» як дієвих інструментів пізнання змін психіки.

Насамперед здійснимо аналітичний огляд напрацювань і публікацій, присвячених проблемі стресу в екстремальних умовах. Проведене теоретичне узагальнення свідчить, що у світовому психологічному дискурсі феномени війни,

дистресу та їхніх деструктивних наслідків традиційно перебувають у центрі наукової уваги. На нашу думку, одним із провідних методологічних викликів для української науки є адаптація теоретичних і методологічних напрацювань світової психології до українського контексту. Ці реалії безпосередньо детерміновані впливом ряду потужних стресогенних чинників повномасштабної російсько-української війни.

У межах світового наукового простору сформувалися різні концептуальні підходи до експлікації феномену стресу. Першочергової уваги заслуговує **фізіологічний підхід**, який розглядає стрес передусім через процеси адаптації/деадаптації та підтримання внутрішньої рівноваги організму (гомеостаз–гетеростаз). Зазначимо, що дефініцію «гомеостаз» уперше запропонував гарвардський дослідник Уолтер Бредфорд Кеннон. Учений визначив його як сукупність скоординованих фізіологічних процесів, спрямованих на підтримання стійкості внутрішнього середовища організму (Cannon, 1963). У праці «Мудрість тіла» учений довів, що подібна стабільність є результативною ознакою динамічної саморегуляції, яка компенсує зовнішні (екстракорпоральні) та внутрішні зміни. У. Кеннон обґрунтував трикомпонентну структуру цього процесу, виділивши рецептори (що фіксують зміни), центри контролю (які здійснюють інтеграцію та обробку інформації) та ефектори (що безпосередньо реалізують коригувальні дії для відновлення балансу).

Окрім цього, у межах зазначеної концепції У. Кеннон описав феномен «боротьби-або-втечі» (*fight-or-flight response*), трактуючи його як універсальну фізіологічну відповідь організму на загрозу, що активується синергетичною дією симпатичної нервової та ендокринної систем. Сьогодні у клінічній психології та психіатрії це явище часто ідентифікують як гостру стресову реакцію. Результати експериментальних розвідок У. Кеннона заклали підґрунтя для подальшого вивчення адаптаційних механізмів, які згодом деталізував Ганс Сельє. У своїй класичній теорії «загального адаптаційного синдрому» (GAS, 1950-ті рр.) Г. Сельє виокремив три послідовні стадії тривалого стресового процесу: реакцію тривоги (*Alarm Reaction Stage*), фазу резистентності (*Resistance Stage*) та фінальну стадію виснаження (*Exhaustion Stage*) (Selye, 1950). Концепція Сельє стала важливим етапом у формуванні сучасних уявлень про фізіологічні механізми стресу та адаптації. Зокрема, вона виступила основою для становлення психонейроімунології (взаємозв'язок між стресом, нервовою та імунною системами), поглиблення уявлень про генезу професійного вигорання та посттравматичного стресового розладу (ПТСР), а також для розроблення сучасних методів стрес-менеджменту – релаксації, медитації, когнітивно-поведінкової терапії (КПТ).

Наступний концептуальний підхід, який варто розглянути, – **психологічний**. Він зосереджується на когнітивних та емоційних аспектах стресу. У свій час Річард Лазарус запропонував когнітивну теорію стресу, де підкреслюється значення суб'єктивної оцінки ситуації. У 1966 році Р. Лазарус опублікував книгу «Psychological Stress and the Coping Process», в якій визначив стрес не як статичний стан, а як динамічний взаємозв'язок між людиною та її

оточенням, що оцінюється індивідом як такий, що перевищує його внутрішні ресурси та загрожує особистісному благополуччю (Lazarus, 1966). Цей підхід акцентує увагу на процесах сприйняття та оцінки стресових подій.

У 1984 році Р. Лазарус спільно з С. Фолкман, опублікував фундаментальну працю «Stress, Appraisal, and Coping» (Lazarus & Folkman, 1984), в якій автори детально розглядають теорію психологічного стресу, зосереджуючись на концепціях когнітивної оцінки та копіngu (подолання), які стали ключовими темами в теорії та дослідженнях. Ці праці є основоположними для розуміння психологічного стресу та механізмів його подолання.

Не менш цікавим для нашого дослідження є **психофізіологічний підхід**. Представники цього підходу поєднують фізіологічні та психологічні аспекти стресу, досліджуючи, як психічні процеси впливають на фізіологічні реакції організму. У межах цього підходу підкреслюється взаємозв'язок між розумом і тілом у виникненні і перебігу стресової реакції. Цей підхід характеризується об'єднанням знань з психології, нейронауки та фізіології для розуміння того, як психічні стани впливають на фізичне здоров'я і навпаки (Sapolsky, 1994; McEwen & Lasley, 2002; Taylor, 1986; Cascioppo & Berntson, 2005).

У межах **соціального підходу** стрес розглядають з урахуванням міжособистісних відносин, соціальних ролей, підтримки та соціальних змін. Учені, які працюють у цьому руслі, оперують категорією «соціального стресу, що виникає внаслідок міжособистісних конфліктів, соціальних змін або тиску соціальних норм». Дослідження в цій галузі аналізують, як соціальні фактори впливають на виникнення, перебіг та подолання стресу, підкреслюючи важливість соціального контексту у формуванні стресових реакцій та адаптаційних механізмів (Antonovsky, 1979; Taylor, 1985).

Найпоширенішим серед інших підходів є **біопсихосоціальний підхід** (міждисциплінарний підхід), який долає вузький редукціонізм (поділ на «суто тілесне» чи «суто психічне») і розглядає стресову реакцію як цілісний, багаторівневий процес. Ця концепція інтегрує новітні дані психофізіології, нейробіології та соціології, доводячи, що тривалий дистрес неможливо повноцінно охарактеризувати без урахування безперервної взаємодії трьох ключових систем: біологічної (нейроендокринні та соматичні зрушення), психологічної (когнітивна оцінка загрози, емоційна саморегуляція, копінг) та соціальної (соціально-професійний контекст, рівень підтримки, середовищні навантаження). Іншими словами, дослідники цього підходу підкреслюють саме комплексний характер стресових реакцій та необхідність урахування всіх аспектів життя людини для розуміння та управління стресом. Так, під час вивчення інтеграції суб'єктивних та об'єктивних параметрів довелося необхідність одночасного вимірювання як суб'єктивного сприйняття стресогенного чинника (психологічний рівень), так і його соматичних та поведінкових проявів (Munz & Kohler, 1997). Автори обґрунтували думку, що ізольована оцінка лише одного з рівнів дає викривлену картину психічного стану, тоді як саме міждисциплінарний моніторинг дозволяє своєчасно зафіксувати приховані дезадаптивні трансформації.

Інші дослідники, вивчаючи психонейроімунологічні механізми соматизації (Cohen et al., 2007), розкрили конкретні біологічні шляхи, через які соціальні чинники (хронічна небезпека, брак ресурсів, деструктивне середовище) «втілюються» в соматичну патологію. Згідно з їхніми висновками, тривале відчуття загрози порушує функціонування гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи, що зумовлює системне виснаження й хронізацію тілесних скарг.

У працях Пітера Дж. Гіанаросу та Еймі С. Шеу пояснюється, як когнітивна інтерпретація загрози та емоційне напруження інтегруються на рівні вищих відділів головного мозку (зокрема лімбічної системи та префронтальної кори) і транслуються на периферійні серцево-судинні та вісцеральні реакції. Це створює теоретичне підґрунтя для розуміння того, чому емоційне виснаження неминуче супроводжується соматизацією (Gianaros & Sheu, 2009).

Щодо прикладної системної регуляції стресу (Lockwood, 2014), то дослідниця акцентує свою увагу на прикладному аспекті біопсихосоціальної моделі, підкреслюючи, що управління стресом у складних і ризикованих професійних середовищах є ефективним лише тоді, коли інтервенції впливають одночасно на всі три рівні (біо-фізіологічний, психолого-когнітивний та середовищний) – від саморегуляції тілесних станів та коригування когнітивних схем до оптимізації зовнішніх умов діяльності. П. Локвуд підкреслює, що ігнорування хоча б одного з цих рівнів робить будь-які профілактичні чи відновлювальні заходи малоефективними, оскільки невирішена проблема на соціально-організаційному чи тілесному рівні нівелює позитивні психологічні зміни.

Значний внесок у розуміння методології вимірювання стресу та його впливу на здоров'я у рамках цього підходу зробили праці Александри Д. Кросвелл (Alexandra D. Crosswell), яка активно досліджує цю тему (Crosswell & Lockwood, 2020; Crosswell et al., 2021). С. Коген, Р. Джіанарос та С. Манук досліджували взаємозв'язок психологічного стресу, фізіологічних реакцій та ризиків для здоров'я, зокрема на виникнення різних захворювань; стрес розглядають як складний психофізіологічний феномен, який включає як психологічні, так і біологічні аспекти (Manuck & Jennings, 1991; Cohen et al., 2016; Gianaros & Jennings, 2018). Г. Славич (G. Slavich) пропонує нову теорію соціальної безпеки, яка пояснює, як соціальне середовище впливає на реакцію на стрес. Автор підкреслює, що відчуття соціальної підтримки може зменшити негативні наслідки стресу, тоді як соціальна ізоляція підвищує ризик захворювань (Slavich, 2020).

Отже, у більшості розглянутих підходів стресова реакція розглядається як потенційно адаптивна відповідь, ефективність якої залежить від характеру стресора, тривалості впливу, індивідуальних особливостей та можливостей регуляції. Реакція на стрес може сприяти адаптивній пластичності, покращуючи когнітивну сферу, але за умови, якщо фізіологічна реакція на стрес ефективно активується і своєчасно деактивується. Крім того, стрес включає як психологічні, так і біологічні аспекти, а його наслідки залежать від тривалості, інтенсивності та індивідуальних відмінностей кожної людини. Проте, всі вони одноголосно

стверджують, що хронічний або надмірний стрес може стати патологічним для здоров'я людини. Так, за тривалої або надмірної активації стресових систем можуть формуватися стійкі дезадаптивні зміни, що негативно впливають на психічне та фізичне здоров'я.

Саме тому загрози, які несе в собі війна, вважаються одним із найпотужніших та найруйнівніших джерел стресу, що тотально деформує психічне, фізичне та соціальне здоров'я людини. Його руйнівний вплив підсилюється не лише інтенсивністю дії, але й тривалістю. Саме тривале перебування в умовах воєнної загрози створює передумови для хронічного стресового навантаження, яке призводить до виснаження, професійного вигорання, розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та інших негативних наслідків для психічного та фізичного здоров'я.

Аналіз існуючих досліджень світової та вітчизняної науки виявив різні підходи до концептуалізації терміну «стрес війни» (war stress). Розглянемо основні з них:

- термін «стрес війни» визначається як стан, який виникає, коли індивід сприймає війну як загрозу, що перевищує його ресурси для подолання; цей стан включає емоційні реакції (страх, гнів, сум) та копінг-стратегії (наприклад, пошук соціальної підтримки або уникнення) (Lazarus & Folkman, 1984); як сукупність психологічних, емоційних та фізіологічних реакцій на травматичні події, які пов'язані з війною (Zabłocka-Żytka & Lavdas, 2023); як психологічна реакція на травматичні події під час бойових дій, яка включає страх за життя, втрату товаришів по службі та постійну небезпеку; такий стрес найчастіше призводить до виникнення ПТСР, депресії та тривожності (Hoge et al., 2004); як колективна травма, що впливає на соціальну структуру суспільства; вона включає не лише індивідуальні реакції, але й руйнування соціальних зв'язків, втрату ресурсів та порушення звичного способу життя (Hobfoll et al., 2007); як феномен, який проявляється по-різному в залежності від індивідуальних відмінностей, таких як резилієнтність, попередній досвід та соціальна підтримка (Bonanno, 2004).

- термін «стрес війни» з позиції українських дослідників визначається як психологічна реакція на травматичні події під час бойових дій, яка включає страх за життя, втрату близьких, колег/товаришів по службі та постійну небезпеку (Kokun & Bezverkhyi, 2024); як сукупність психологічних та соціальних реакцій на війну, яка включає втрату домівок, соціальних зв'язків, звичного способу життя, а також включає труднощі адаптації до нового середовища для внутрішньо переміщених осіб (Титаренко, 2017); як потужна психотравматизація, яка виникає через тривалу війну і негативно впливає на психічне здоров'я населення (Хаустова & Авраменко, 2023); як травматичний стрес, адже його вплив викликає порушення у психологічному благополуччі, аналогічно до фізичних порушень. У таких ситуаціях, за наявних концепцій, відбувається ушкодження структури «Я», когнітивного сприйняття світу, емоційного балансу, неврологічних механізмів, які регулюють навчальний процес, систем пам'яті та підходів до емоційного освоєння (Ломакін, 2012); як

специфічний стан подовженого стресу, який виникає внаслідок перебування як під поточною, так і під реальною майбутньою загрозою (Злобіна, 2024) та ін.

Розглянута система наукових поглядів дає змогу специфікувати розуміння феномену стресу війни, яке, на наш погляд, демонструє, що, незважаючи на різні акценти в концептуалізації терміну «стрес війни», між різними підходами і поглядами дослідників можна виокремити дещо спільно. По-перше, всі вони визнають, що стрес війни є потужною психологічною реакцією на загрозливі та травматичні події. По-друге, дослідники погоджуються, що цей стрес включає широкий спектр реакцій: емоційних, когнітивних, фізіологічних та поведінкових. По-третє, стрес війни має як індивідуальні, так і колективні наслідки, що відображаються як на психічному здоров'ї окремих осіб, так і на соціальній структурі суспільства. Нарешті, важливими змінними є індивідуальні чинники (резиліентність, життестійкість, соціальна підтримка тощо), які можуть посилювати або пом'якшувати наслідки цього стресу. На підставі цього вбачаємо, що подальші дослідження мають зосередитися не лише на інтеграції цих підходів для глибшого розуміння проблеми стресу та стресостійкості людей в умовах війни, а й допоможуть розробити ефективні стратегії подолання його наслідків на індивідуальному та суспільному рівнях, в особистісному та професійному житті.

У межах нашого дослідження термін «*стрес війни*» (war stress) використовується як робочий інтегративний конструкт і розглядається як багаторівневий специфічний тип пролонгованого стресу, що поєднує індивідуально-психологічні, нейропсихологічні та соціальні реакції на переживання травматичних воєнних подій, що супроводжується страхом за життя, відчуттям постійної або очікуваної небезпеки, втратою близьких, порушенням почуття безпеки, руйнацією звичного середовища та труднощами адаптації до нових умов життя.

Даний підхід орієнтований на дослідження особливостей розвитку та проявів стресу в умовах війни на різних етапах життєвого і професійного становлення особистості, а також на вивчення закономірностей постійного «руху» людини у «просторі» власних якостей і властивостей, зокрема професійних, вікових, соціально-нормативних тощо. Такі особливості перебігу та проявів стресу війни зумовлюють необхідність розгляду суміжних із ним концептів, а саме: *травматичного стресу*, *тривалого травматичного стресу* та *посттравматичного стресового розладу*, що дозволяє поглибити теоретичне розуміння даного феномена і визначити його місце у системі сучасних психологічних уявлень про вплив екстремальних подій на психіку людини. Зрозуміло, що ці поняття контекстуально залежні, і поза емпіричними дослідженнями часто використовуються як синоніми. Розглянемо їх детальніше.

➤ **Травматичний стрес (ТС)** («traumatic stress») – це особлива форма загальної стресової реакції, за якої відбувається перевантаження психологічних, фізіологічних та адаптаційних можливостей людини (Туриніна, 2017; Герасименко та ін., 2023). У цьому випадку стрес для людини є травмогенним, може стати причиною психічної травми. У свою чергу, психічна травма – це

життєва подія чи ситуація, що зачіпає суб'єктивно значимі аспекти життєдіяльності людини, викликаючи глибокі емоційні переживання. Руйнівна сила стресу залежить від індивідуальної значущості травматичної події для конкретної особистості та розвитку у неї індивідуальних механізмів захисту психіки. Стрес стає травматичним, коли вплив стресора спричиняє певні порушення у психічній сфері за аналогією до фізичних порушень. В якості стресора виступають травматичні події – екстремальні кризові ситуації, що володіють потужним негативним наслідком, ситуації загрози життю для самого себе або значущих близьких. ТС описує феномен реакції (суб'єктивні переживання, емоційні, когнітивні та соматичні реакції) після травмуючої події; характер, інтенсивність, тривалість і повторюваність травматичного впливу визначають весь подальший характер перебігу цієї реакції. Чим більша загроза життю, її фізична близькість, непередбачуваність і неконтрольованість травматичного чинника, тим більший ризик виникнення ПТСР. Травматичний стрес як поняття значно ширше ПТСР. Так, Туриніна зазначає, що ТС має деякі відмінні особливості, а саме:

- подія, що відбулася, усвідомлюється;
- існують зовнішні причини, які викликають цей стан;
- пережита ситуація руйнує звичний спосіб життя;
- подія, що відбулася, викликає жах та відчуття безпорадності (Туриніна, 2017).

У літературі розрізняють кілька концептуальних форм/видів травматичного стресу:

- *Гостра реакція на стрес* (МКХ-10 (версія 2019) (F43.0)) – це транзиторний психічний розлад не психотичного регістру, який виникає і розвивається у відповідь на дію надзвичайного за силою або суб'єктивною значимістю стресу і триває протягом декількох годин або днів. Подібні реакції первинно виникають у перші години, дні та триває до 1 міс. після драматичної події (але можуть згасати самі по собі). Важливо враховувати, що гостра стресова ситуація не обов'язково повинна призводити до ПТСР, лише у не значної кількості осіб, що перенесли гостру реакцію на стрес, діагностується ПТСР. Інтенсивність психотравмівної ситуації є фактором ризику виникнення ПТСР.

- *Хронічний або повторюваний травматичний стрес* – це тривала експозиція тригера, пов'язана з тим, що у деяких осіб психотравмуючі переживання носять хронічний характер, оскільки виникли від множинної травматизації. Досвід хронічної травматизації призводить до формування відчуття постійної загрози, що переводить мозок людини у стан постійного очікування на небезпеку. Повторний, часто непередбачуваний характер травматичних подій призводить до формування «очікування на напад» - тіло людини постійно «мобілізоване», у стані хронічного стресу, концентрація гормонів стресу також підвищена, що призводить до нейрогормональних порушень, дисрегуляції біологічних функцій (сон, їжа тощо), пригнічення функцій імунної системи, психосоматичних захворювань. Такому пролонгованому стресу в цей період значною мірою сприяє очікування на

повторні впливи, невідповідність результатів рятувальних робіт очікуванням постраждалих, необхідність ідентифікації загиблих рідних. Психоемоційна напруга, характерна для початку другого періоду, змінюється наприкінці підвищеною втомою та «демобілізацією» з астенодепресивними проявами.

- *Комплексна травма* – множинні, повторні травми, які виникають в результаті довготривалих або повторюваних переживань драматичних подій, які людина не може контролювати або уникати. У свою чергу, вони мають численні наслідки для розвитку особистості й регуляції.

За оцінкою Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), близько 22% людей, які протягом попередніх десяти років зазнали впливу війни або іншого збройного конфлікту, мають депресію, тривожний розлад, ПТСР, біполярний розлад або шизофренію; приблизно 9% загалом мають помірні або тяжкі форми цих станів (World Health Organization, 2025). Частка 9% входить до зазначених 22%. Ці популяційні оцінки не характеризують поширеність розладів у вибірках цього посібника. Ступінь тяжкості психологічних наслідків травматичних подій залежить від таких чинників:

1. Об'єктивна інтенсивність травматичної ситуації – визначається такими параметрами як ворожість ситуації, тяжкість впливу стресора, тривалість впливу стресора, непередбачуваність подій, втрата контролю над ситуацією, недостатня соціальна підтримка, несумісність травматичного досвіду зі звичною реальністю, відсутність раціонального пояснення того, що відбувається.

2. Суб'єктивна оцінка тяжкості ситуації.

3. Індивідуальна схильність до розвитку посттравматичного стресу та інших несприятливих психологічних наслідків.

➤ Що стосується *тривалого травматичного стресу (ТТС)* («continuous/prolonged traumatic stress»), то він виникає у відповідь на травматичну подію та характеризується виникненням відчуття інтенсивного страху, безпорадності, втратою контролю та загрозою знищення. Концепція ТТС вперше була запропонована клінічною дослідницею й психотерапевткою Г. Стракер та її колегами у відповідь на довготривале політичне насильство в Південній Африці. «Тривалий (безперервний) травматичний стрес – це стан, в якому індивід перебуває під впливом постійної або очікуваної загрози травматизації, коли небезпека є реальною й актуальною, а не минулою. На відміну від посттравматичного стресу, що передбачає завершення травматичної події, тривалий травматичний стрес описує психологічні наслідки життя в умовах, де загроза триває, а відчуття безпеки не може бути гарантованим», – зазначає дослідниця (Straker, 2013). ТТС частіше зустрічається у суспільствах, де високий рівень постійного насильства та конфліктів, що робить його більш колективним, аніж індивідуальним явищем, вказуючи на постійність стресу у таких умовах.

Для такого контексту слухна гіпотеза української дослідниці О.В. Сушій, яка припускає, що колективний травматичний досвід не зникає з часом, а зберігається та зростає, особливо коли нові травми додаються до вже існуючих, збільшуючи їхній шкідливий вплив. Йдеться не просто про передачу

невирішених травм від покоління до покоління, а про більш глибокий рівень – динаміку травми як елемента масової свідомості та її вплив на соціально-психологічний стан спільноти, формування її ідентичності та цінностей (Суший, 2023).

Для визначення контексту постійної загрози було запропоновано кілька термінів, пов'язаних із поняттям ТТС: «довготривала травма» (Murphy, 2004; Thomson, 2006); «кумулятивна травма» (Kira, 2010), «хронічна загроза» (Dickstein, 2012), багаторазова травма. Дослідники І. Кіра та М. Фавзі, які працюють у межах крос-культурних досліджень травми, визначають ТТС як безперервний, багаторазовий вплив патогенів. ТТС, на їх думку, пов'язане з травмою як травматичною обставиною третього типу на противагу типу І як окремого епізоду травми або типу ІІ як минулих повторюваних подібних травматичних епізодів. Вони стверджують, що тривалі травматичні події мають негативний вплив на особистість, оскільки відтворюють або посилюють наслідки минулої травми й підвищують уразливість до майбутніх травм (Kira et al., 2013).

➤ **Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)** («post-traumatic stress disorder») – психічний розлад, який може розвинутися після переживання травматичної події або низки таких подій і супроводжується характерними симптомами та порушенням функціонування. Травматичний досвід не в усіх випадках призводить до ПТСР; його діагностика потребує оцінювання сукупності критеріїв відповідної класифікації.

У 1888 році Н. Орпенгейм запровадив визначення «травматичний невроз», що стало прообразом нинішнього розуміння ПТСР. Важливі дослідження цієї проблеми здійснили німецький психіатр Еміль Крепелін під час Першої світової війни та американські психологи і психіатри під час В'єтнамської кампанії (Kraepelin, 1916; Watson, 1991). Результатами цих досліджень став висновок про схожість і закономірності клінічного перебігу відстрочених психічних розладів у відповідь на надпотужні стреси різного характеру.

Вагомий внесок у систематизацію та опис динаміки цього розладу зробив М. Горовіц (Horowitz, 1998). У 1980 р. він запропонував ввести поняття ПТСР, віднісши його до субкатегорії «тривожні розлади», які виникають у відповідь на «рідкісні зовнішні події». Так, ПТСР характеризується відстроченістю або пролонгованістю реакції на одиничні або тривалі стресові переживання надзвичайно загрозливого, іноді катастрофічного характеру. Відомо, що небезпека розвитку, загострення та хронізації стресових розладів найбільш істотна у випадках подій, що виникають раптово, мають значний масштаб і наслідки та супроводжуються складною адаптацією до нових умов. Одними з таких умов є війна. Результати міжнародних досліджень у країнах, де відбувалася війна, показують, що поширеність ПТСР серед осіб, які перебували в зоні бойових дій (як військові, так і мирні жителі), зростає вдвічі і сягає 15–20%.

ПТСР – поширений психічний розлад, пов'язаний зі значним дистресом і порушенням функціонування (Olff et al., 2019).

Симптоми посттравматичних стресових розладів можна розділити на 4 категорії (Mann & Marwaha, 2023):

– інтрузії – це небажані спогади або нічні кошмари, які відтворюють подію, що їх викликала. Інтрузії можуть мати форму «флешбеків», які можуть бути спровоковані видовищами, звуками, запахами або іншими подразниками;

– уникання нагадувань про те, що викликало цю травму;

– негативні зміни в мисленні та настрої включають незацікавленість і відстороненість, спотворення уявлення, ангедонію, недоречне самозвинувачення і депресію тощо;

– зміни психофізіологічної збудливості/гіперактивності (роздратованість, спалахи гніву, саморуйнівна поведінка, порушення сну).

Симптоми ПТСР зберігаються протягом певного часу та спричиняють достатньо вагомі порушення в особистій, сімейній, соціальній, навчальній, професійній або інших важливих сферах життєдіяльності. У деяких осіб психотравматичні наслідки можуть набувати хронічного характеру, особливо у випадках тривалої або повторюваної травматизації. За таких обставин травматичний досвід може супроводжуватися не лише типовими проявами ПТСР, а й більш широкими та стійкими порушеннями емоційної регуляції, самосприйняття та міжособистісного функціонування.

У свою чергу поняття комплексного посттравматичного стресового розладу (КПТСР) було концептуалізоване J.L. Herman у контексті вивчення наслідків тривалої та повторюваної травматизації. Окрім основних симптомів ПТСР, комплексна травматизація може бути пов'язана з труднощами регуляції емоцій, стійкими негативними переконаннями щодо себе, почуттям сорому, провини або власної безпорадності, труднощами у встановленні та підтриманні близьких стосунків, соціальною відстороненістю та порушеннями відчуття власної ідентичності (Herman, 1997).

Водночас у сучасній міжнародній класифікації хвороб 11-го перегляду (МКХ-11) комплексний ПТСР визначається як окремий розлад, що включає всі основні симптоми ПТСР, а також стійкі порушення в трьох додаткових сферах: регуляції афекту, самоконцепції та міжособистісного функціонування.

Отже, розгляд зазначених концептів дає змогу глибше осмислити зміст поняття «стрес війни» та визначити його місце серед сучасних психологічних уявлень про вплив екстремальних і потенційно травматичних подій на психіку людини. Хоча всі розглянуті поняття стосуються реакцій на загрозові або травматичні обставини, вони не є взаємозамінними. Кожне з них акцентує увагу на іншому аспекті переживання та наслідків такого впливу.

Травматичний стрес можна розуміти як сукупність психологічних і психофізіологічних реакцій, що виникають у людини у відповідь на подію або ситуацію, яку вона сприймає як загрозову чи потенційно травматичну. Поняття тривалого травматичного стресу більше відображає ситуацію повторюваного або пролонгованого впливу травматичних чинників, що є характерним для воєнних умов. ПТСР має інший статус: це психічний розлад із визначеним комплексом симптомів, який може розвинутиися після переживання або безпосереднього зіткнення з надзвичайно загрозливими чи жахливими подіями та супроводжуватися порушеннями повсякденного функціонування.

Окремого розгляду потребує комплексний ПТСР. Його поява пов'язується насамперед із тривалою або повторюваною травматизацією. Поряд із симптомами ПТСР у цьому випадку можуть формуватися стійкі труднощі в регуляції емоцій, негативні зміни у ставленні людини до самої себе та порушення міжособистісного функціонування. Такий підхід розширює уявлення про наслідки травматизації: вони можуть проявлятися не лише у вигляді окремого психічного розладу, а й охоплювати різні сфери психологічного функціонування людини.

Для умов війни це особливо важливо, оскільки травматичний досвід далеко не завжди обмежується однією подією. Людина може тривалий час перебувати в ситуації невизначеності та загрози, неодноразово стикатися з небезпечними подіями, переживати втрати, вимушені зміни життєвих обставин, руйнування звичних соціальних зв'язків. Тому характер психологічних наслідків визначається не лише самою подією, а й тривалістю та повторюваністю її впливу, контекстом переживання, індивідуальною вразливістю людини та доступними їй ресурсами адаптації.

З огляду на це, у межах нашого дослідження «стрес війни» розглядається як інтегративний дослідницький конструкт, який дає змогу об'єднати в одному аналітичному полі безпосередні стресові реакції, наслідки травматизації, вплив тривалого перебування в умовах загрози та пов'язані з цим зміни психологічного і професійного функціонування (див. табл. 1.1). Таке розуміння принципово відрізняє стрес війни від ПТСР: наявність стресу війни сама по собі не означає розвитку психічного розладу. Водночас тривала дія воєнних стресорів може ускладнювати адаптацію та підвищувати ризик виникнення стійких психологічних порушень.

Таким чином, стрес війни охоплює не лише безпосередні реакції людини на загрозу, а й ширший процес пристосування до реальності, в якій небезпека, невизначеність і соціальні зміни можуть тривати протягом значного часу. Такий досвід здатний змінювати уявлення людини про безпеку й передбачуваність світу, порушувати звичний спосіб життя та соціальні зв'язки, створювати постійне навантаження на адаптаційні можливості й водночас висувати нові вимоги до професійної діяльності.

Саме ця обставина є принциповою для розуміння психологічного стану фахівців психолого-педагогічного профілю. Працюючи в умовах війни, вони не лише переживають власний стрес, а й щоденно взаємодіють із людьми, які мають власний травматичний досвід і потребують психологічної або педагогічної підтримки. У таких умовах можуть посилюватися ризики професійного вигорання, вторинної травматизації, емоційного виснаження та інших несприятливих змін професійного функціонування.

Отже, розуміння стресу війни як широкого, багатовимірного феномену створює теоретичне підґрунтя для переходу від фіксації окремих симптомів до системного відстеження змін у психологічному стані та професійному функціонуванні фахівців. Саме це обґрунтовує необхідність системного моніторингу як інструменту своєчасного виявлення несприятливих змін, підтримання адаптаційних ресурсів і збереження професійної життєздатності

фахівців в умовах тривалого стресу війни. Співвідношення основних концептів травматизації, використаних у дослідженні, узагальнено в таблиці 1.1.

Таблиця 1.1

Співвідношення основних концептів травматизації в межах дослідження

Концепт	Характер та статус загрози	Часова динаміка	Провідний симптом / рівень функціонування
Травматичний стрес (ТС)	Гостра, екстремальна, переважно локалізована в часі подія (завершена чи наявна).	Короткостроковий або середньостроковий період реактивності.	Психофізіологічний та емоційний шок, мобілізація або заціпеніння. Субклінічний або гострий рівень.
Тривалий травматичний стрес (ТТС)	Постійна, перманентна, незавершена, реальна та очікувана небезпека (середовищний чинник).	Пролонгована, хронічна дія без можливості досягнення безпеки.	Постійне напруження («життя напogотові»), виснаження адаптаційних ресурсів. Соціально-колективний вимір.
Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)	Минулий (завершений) травматичний епізод, який не був інтегрований у досвід.	Відтермінована реакція (від кількох тижнів до місяців/років після події).	Клінічний синдром (інтрузії, уникання, гіперзбудливість, когнітивні викривлення).
Стрес війни	Комплексна, багатовимірна загроза (екзистенційна, фізична, соціальна, професійна).	Перманентний, багаторівневий хронічний процес.	Інтегративний конструкт: поєднує індивідуальні реакції (субклінічні та клінічні), деформацію професійного простору та трансформацію колективних цінностей.

1.2. Виявлення та систематизація основних наслідків стресу війни у фахівців психолого-педагогічної сфери

Війна є одним із найсильніших чинників, що впливають на психічне та фізичне функціонування людини. Реакції на воєнні події можуть виникати безпосередньо під час переживання загрози або проявлятися з певним відтермінуванням, характер і тривалість яких можуть бути різними: від короточасних реакцій напруження до змін, які зберігаються тривалий час і позначаються на фізичному самопочутті, емоційному стані, когнітивному функціонуванні та взаємодії з іншими. Через тривалий характер воєнного конфлікту в Україні актуальним стає проведення досліджень, які спрямовані на

вивчення всього спектру наслідків травматизації різних верств населення, але особливої значущості набувають ті, які вивчають опосередкований вплив хронічного стресу на різні професійні спільноти.

В умовах війни особливого значення набуває аналіз психологічного стану фахівців, професійна діяльність яких пов'язана з високою відповідальністю, постійною взаємодією з людьми та необхідністю діяти в ситуації невизначеності й загрози. Таким фахівцем може бути лікар, який знаходиться на передовій і надає невідкладну медичну допомогу пораненим, вчитель, який намагається забезпечити навчання для дітей, які опинилися в зоні конфлікту, психолог, який прагне підтримати людей, розрадити їхній біль. Сьогодні українські фахівці з найрізноманітніших сфер так чи інакше стикаються з різноманітними викликами і загрозами, які несе війна. Зрозуміло, що праця в таких умовах супроводжується підвищеним психоемоційним навантаженням. Проте, всі вони змушені продовжувати виконувати свої професійні обов'язки в цих складних умовах.

Особливої уваги потребують фахівці, чия робота пов'язана з високою відповідальністю за інших людей, постійною взаємодією та необхідністю приймати рішення в умовах тривалої невизначеності. Мова йде про фахівців психолого-педагогічного профілю: педагогів, вихователів, практичних психологів та соціальних педагогів, специфіка праці яких полягає у поєднанні власного переживання стресу війни з необхідністю підтримувати інших. Вони самі залишаються учасниками подій, що несуть загрозу та невизначеність, але водночас мають продовжувати виконувати свої професійні функції, пов'язані з навчанням, психологічною підтримкою, стабілізацією та сприянням адаптації дітей і їхніх батьків. Саме це поєднання можна розглядати як своєрідне «подвійне навантаження» фахівця.

Війна закономірно вважається надзвичайно інтенсивним стресовим чинником, який впливає на всі аспекти життя людини, включаючи її психологічний, фізіологічний та соціальний стан. Фахівці психолого-педагогічного профілю (вчителі, викладачі, психологи, соціальні працівники) опиняються в особливо вразливому становищі, оскільки вони не лише самі переживають стресові події, але й працюють із людьми, які також зазнали значного психологічного травмування (Bonanno & Mancini, 2012; Yehuda & McFarlane, 1995). Стрес війни для цих фахівців може мати широкий спектр негативних наслідків, які умовно можна поділити на психологічні, когнітивні, емоційні, фізіологічні, соціальні та професійні. Далі проаналізуємо ці аспекти більш докладно.

У психологічній сфері наслідками стресу війни можуть бути: емоційне виснаження/вигорання, тривога, депресія, дратівливість, психологічна нестабільність, вторинна травматизація тощо. Одним із найпоширеніших психологічних наслідків війни є розвиток ПТСР. Дослідження показують, що освітяни та психологи, які працюють у кризових умовах, мають підвищений ризик розвитку ПТСР (Brooks et al., 2016), основними симптомами якого є: інтрузивні спогади (нав'язливі думки, флешбеки, кошмари про воєнні події); гіперактивація (підвищена тривожність, дратівливість, порушення сну);

емоційне оніміння (зниження здатності до переживання позитивних емоцій); уникання (відмова говорити або думати про травматичні події).

Фахівці психолого-педагогічного профілю під час війни також стикаються з підвищеним рівнем депресії та тривоги через невизначеність майбутнього, нестабільність робочого середовища та складні умови праці. Основними проявами депресії стають такі: втрата мотивації до роботи, песимізм щодо майбутнього, почуття безнадійності та відчуття емоційного виснаження (Kupfer et al., 2012). Основні прояви тривожних розладів виявляються у постійній напруженості і хвилюванні, панічних атаках та фізіологічних реакціях (прискорене серцебиття, запаморочення, задишка; Grupe & Nitschke, 2013).

Тривалий вплив стресу війни негативно впливає на *когнітивні функції*, що є критичним фактором для фахівців психолого-педагогічного профілю, які повинні працювати з інформацією, аналізувати ситуації та приймати рішення. Серед основних когнітивних порушень, що можуть у них спостерігатися, слід назвати такі: погіршення уваги (зниження концентрації, розсіяність, швидка стомлюваність); порушення пам'яті (утруднення запам'ятовування та відтворення інформації); зниження когнітивної гнучкості (складність адаптації до змін); негативне мислення (катастрофізація, песимізм, надмірний самокритицизм; Vasterling et al., 2006). Стрес війни також здатен змінювати структурно-функціональні особливості мозку, що впливає на рівень когнітивної продуктивності (McEwen & Morrison, 2013).

Фахівці психолого-педагогічного профілю часто зазнають емоційного виснаження через високий рівень залученості в роботу з людьми, які пережили стресові події. Основними *емоційними наслідками* стають: зниження рівня емпатії та співчуття – «вторинна травматизація»; гіперчутливість до емоційних тригерів – різкі перепади настрою, підвищена дратівливість; комунікативна втома – небажання спілкуватися після напруженого робочого дня; емоційне вигорання – відчуття безсилля, втрата емоційного відгуку до оточення (Figley, 2002; Maslach & Leiter, 2017).

Хронічний стрес війни призводить і до низки негативних *фізіологічних наслідків* – порушень у роботі ендокринної, серцево-судинної, імунної та нервової систем. Поширеними прикладами таких наслідків є порушення сну (безсоння, часті нічні пробудження, підвищена сонливість удень), хронічна втома (нестача енергії навіть після відпочинку), серцево-судинні проблеми (підвищений тиск, аритмія, ризик інфаркту), гастроентерологічні розлади (виразкова хвороба, синдром подразненого кишківника) (Dimsdale, 2008; Mayer, 2000). Під впливом стресу війни може активізуватися гіпоталамо-гіпофізарно-надниркова система, що призводить до підвищеного рівня кортизолу – гормону стресу, який негативно впливає на здоров'я (Sapolsky, 2015).

Фахівці психолого-педагогічного профілю в умовах війни закономірно стикаються із значними соціальними труднощами, які ускладнюють їхню професійну діяльність та якість життя. Основними негативними *соціальними наслідками* для них стають: дезадаптація у стосунках – проблеми у взаємодії з колегами, учнями, студентами, клієнтами; соціальна ізоляція – уникнення

контактів через втому або брак емоційних ресурсів; конфлікти в професійному середовищі – зростання рівня напруги та суперечностей; втрата відчуття професійної підтримки – зменшення командної співпраці, нестача ресурсів для саморозвитку (Ломакін, 2024; Панок, 2023).

Стрес війни також суттєво впливає й на ефективність та задоволеність роботою фахівців психолого-педагогічного профілю. До основних негативних *професійних наслідків* слід віднести: зниження продуктивності праці внаслідок погіршення когнітивних здібностей; стрімке зниження мотивації та зацікавленості у роботі внаслідок інтенсифікації професійного вигорання; виникнення труднощів у створенні нових навчальних чи терапевтичних підходів через зниження креативності; виникнення бажання змінити сферу діяльності через зниження професійної життєстійкості (Русанов, 2024). За даними досліджень (Maslach & Leiter, 2017), емоційне вигорання є однією з головних загроз для фахівців, які працюють у кризових умовах.

Таким чином, вплив війни на фахівців психолого-педагогічного профілю є комплексним та багатовимірним. Війна виступає надзвичайно потужним стресогенним фактором, який впливає не лише на фізичне здоров'я, а й на психологічне благополуччя цих фахівців. Виконуючи свої професійні обов'язки в умовах війни, вони одночасно стикаються з власними психотравмуючими подіями, що значно підвищує ризики професійного вигорання та психоемоційного виснаження. Психологічні, когнітивні, емоційні, фізіологічні, соціальні та професійні наслідки війни суттєво ускладнюють їхню діяльність і потребують системної профілактики.

З огляду на різноманітність можливих проявів стресу війни важливо розглядати їх не лише як окремі симптоми, а й у взаємозв'язку між собою. Для узагальненого подання та подальшого аналізу розглянуті наслідки згруповано за чотирма основними сферами прояву: фізичною (фізіологічні прояви), психологічною (психологічні та емоційні прояви), когнітивною та соціально-поведінковою (соціальні та професійні прояви). Основні групи наслідків та їхні характерні ознаки представлено в таблиці 1.2.

Таблиця 1.2

Наслідки стресу війни за основними сферами прояву

Сфера	Основні прояви стресу війни	Характерні ознаки
Фізична	Хронічна втома; порушення сну; головний біль і м'язове напруження; соматичний дискомфорт; функціональні розлади з боку шлунково-кишкового тракту; серцебиття та інші вегетативні прояви; зміни дихання, зокрема схильність до гіпервентиляції; зміни функціонування імунної системи; порушення нейроендокринної регуляції; зміни	- тіло постійно реагує напругою (соматичний дискомфорт); - сон поверхневий або переривчастий, часті пробудження; - болі й спазми виникають без очевидних причин; - можливі небезпечні зміни у харчовій поведінці (переїдання або, навпаки, відмова від їжі); - часті застуди, тривале відновлення після хвороб;

Сфера	Основні прояви стресу війни	Характерні ознаки
	харчової поведінки; загострення симптомів хронічних захворювань; підвищення кардіоваскулярного ризику за тривалого стресового навантаження.	- загострення хронічних хвороб.
Психологічна	Емоційне виснаження, вигорання, тривога (гостра та хронічна), депресія, апатія, підвищена дратівливість, емоційна імпульсивність, психологічна нестабільність (перепади настрою), почуття провини (в т.ч. «провина вцілілого»), порушення емоційної регуляції, зниження здатності до переживання позитивних емоцій, дезадаптивні копінг-стратегії, вторинна травматизація (особливо у фахівців допомагаючих професій), розвиток різного ступеня тяжкості ПТСР.	- людина відчуває, що «не має сил»; - настрій різко коливається; - навіть дрібні подразники викликають агресію або сльози; - важко повернутися до звичного ритму життя після пережитого; - зниження продуктивності та мотивації; - уникання певних місць, людей або видів діяльності; - зловживання алкоголем чи психоактивними речовинами; - втеча у роботу як спосіб уникнення почуттів.
Когнітивна	Зниження концентрації уваги, погіршення пам'яті, труднощі ухвалення рішень, схильність до негативного мислення, уповільнення мислення, порушення планування та організації діяльності, зниження креативності та гнучкості мислення, відчуття «ментального туману».	- важко зосередитися на роботі або навчанні; - важко згадати навіть нещодавні події; - людина довго «зважує» кожен крок; - з'являється песимістичне бачення майбутнього; - катастрофізація (очікування найгірших сценаріїв); - надмірний самокритицизм.
Соціально-поведінкова	Дезадаптація у стосунках, труднощі у спілкуванні (поляризація поведінкових паттернів), соціальна ізоляція, зниження емпатії та здатності співпереживати, конфлікти у професійному середовищі, порушення довіри до інших, труднощі у відновленні соціальних ролей (батьківських, партнерських, професійних).	- людина уникає контактів через виснаження; - здається, що «ніхто не розуміє», з'являється віддаленість і відчуженість; - у колективах частішають конфлікти через напруженість; - зменшується здатність співпереживати; - ризикована поведінка (перевтома, ігнорування потреб тіла); - зміна ціннісних орієнтацій, перегляд життєвих пріоритетів; - посилення залежності від зовнішньої підтримки або, навпаки, надмірна автономність; - підвищення ризику насильницьких або імпульсивних реакцій у міжособистісних стосунках; - obsesive стеження за новинами; - зниження продуктивності та мотивації.

Звісно, наведений вище перелік не охоплює всього різноманіття можливих наслідків стресу війни. Їхні прояви не є статичними та можуть змінюватися з часом, а їхня вираженість і поєднання – бути різними у кожного працівника. Характер цих проявів залежить від індивідуальних особливостей людини, її психічного та фізичного стану, тривалості й інтенсивності стресового впливу, а також від умов, у яких вона здійснює професійну діяльність. Проте, означений спектр наслідків є системною відповіддю людського організму та психіки на тривалу дію загрози. Важливо також враховувати, що основні прояви стресу війни не існують ізольовано один від одного, вони утворюють замкнене деструктивне коло: наприклад, гормональні збої (фізична сфера) провокують емоційні гойдалки (психологічна), що веде до «ментального туману» (когнітивна) і, як наслідок, провокує конфлікти на роботі (соціально-поведінкова). Наведемо приклад, фізичне виснаження та гормональні зміни можуть відбиватися на емоційному стані, емоційна нестабільність – ускладнювати когнітивне функціонування, а накопичення цих труднощів – позначатися на професійних стосунках.

Отже, наслідки тривалого стресу війни можуть взаємно посилювати один одного і поступово формувати несприятливу динаміку функціонування фахівця. Саме тому під час моніторингу важливо звертати увагу не на окремий прояв, а на їхнє поєднання та зміни в часі.

Розглянемо детальніше, як наслідки стресу війни проявляються у фізичній, психологічній, когнітивній та соціально-поведінковій сферах.

Фізична (соматична) сфера – тілесна інкарнація стресу війни.

✓ М'язовий панцир та соматичний дискомфорт: наше тіло одним із перших реагує на травматичний досвід війни, а наслідки тривалого стресу можуть проявлятися на соматичному рівні (т. зв. концепція «тіло пам'ятає все»). Це може проявлятися стійким напруженням м'язів, відчуттям скутості, болем у шиї, плечах і спині, головним болем. За умов тривалого стресу порушується звичний баланс процесів, які забезпечують підтримання гомеостазу. Значну роль у цьому відіграє тривала активація системи стресової відповіді та пов'язані з нею нейроендокринні зміни. Для фахівців психолого-педагогічної сфери таке напруження може підтримуватися необхідністю тривалий час залишатися зібраними та готовими реагувати на небезпеку й одночасно виконувати професійні обов'язки.

✓ Порушення сну як прояв гіперзбудження: сон стає поверхневим і фрагментарним, із частими пробудженнями та труднощами повторного засинання. У деяких випадках з'являються тривожні сни або нічні жахи. У результаті людина прокидається невідпочилою, а накопичений дефіцит сну додатково посилює втому, дратівливість і труднощі концентрації. В умовах війни відновлення сну може додатково ускладнюватися повітряними тривогами, очікуванням небезпеки та порушенням звичного режиму відпочинку.

✓ Серцево-судинні прояви: тривалий стрес може супроводжуватися прискореним серцебиттям, коливаннями артеріального тиску та іншими реакціями з боку серцево-судинної системи. Якщо стан хронічного напруження

зберігається тривалий час, це несприятливо позначається на роботі серцево-судинної системи та може підвищувати ризик відповідних порушень, особливо за наявності інших факторів ризику. Для фахівців, які тривалий час працюють у ситуації невизначеності, відповідальності за інших і постійного емоційного напруження, повторювані стресові реакції можуть створювати додаткове навантаження на організм.

✓ Порушення дихання та гіпервентиляція: під час тривоги дихання може ставати поверхневим і частим. Надмірна вентиляція легень призводить до зниження рівня вуглекислого газу в крові, що супроводжується запамороченням, поколуюванням, відчуттям нестачі повітря та іншими неприємними тілесними відчуттями. У людей, схильних до панічних реакцій, такі прояви можуть додатково посилювати тривогу. В умовах війни такі реакції можуть виникати не лише під час безпосереднього переживання небезпеки, а й у ситуаціях очікування загрози або підвищеної відповідальності за безпеку інших. Це особливо стосується психологів, педагогів та інших працівників, які перебувають поруч із дітьми під час тривог чи інших стресових ситуацій.

✓ Порушення роботи ШКТ: тривалий стрес позначається і на функціонуванні шлунково-кишкового тракту: можуть виникати нудота, дискомфорт або спазми в животі, печія, зміни випорожнень. У частини людей на тлі тривалого стресу загострюються симптоми синдрому подразненого кишківника (СПК). У працівників психолого-педагогічної сфери порушення роботи ШКТ можуть посилюватися на тлі нерегулярного харчування, тривалого робочого напруження та недостатнього часу для відновлення.

✓ Гормональні та імунні прояви: тривалий стрес супроводжується змінами в роботі нейроендокринної та імунної систем, що за певних умов може позначатися на загальному самопочутті та здатності організму відновлюватися. У деяких жінок тривалий дистрес може супроводжуватися змінами менструального циклу, зокрема порушеннями овуляції. На рівні імунної системи це може проявлятися змінами її реактивності та загальної здатності організму протистояти навантаженню. Вираженість таких змін залежить від тривалості та інтенсивності стресу, індивідуальних особливостей організму, а також від того, наскільки достатнім є відновлення після періодів напруження.

✓ Зміни харчової поведінки: тривалий стрес впливає на апетит і звичний характер харчування. У частини людей їжа стає способом заспокоїтися, відволіктися або отримати тимчасове відчуття комфорту, що може призводити до переїдання. В інших, навпаки, через сильну тривогу та тілесний дискомфорт апетит знижується, аж до пропускання окремих прийомів їжі та зменшення її кількості. За значної тривалості такі зміни можуть негативно позначатися на фізичному стані та відновленні організму. Для фахівців, які щодня працюють в емоційно напружених ситуаціях та з переживаннями інших людей, зміни харчової поведінки можуть бути одним із непрямих проявів накопиченого психоемоційного виснаження.

Психологічна (емоційна) сфера – руйнування внутрішнього ресурсу

Психологічні наслідки війни можуть виявлятися у виснаженні

адаптаційних ресурсів, порушенні емоційної регуляції, посиленні тривоги, уникненні та інших змінах, які впливають на повсякденне функціонування людини. За тривалого або повторюваного впливу стресорів здатність психіки відновлювати рівновагу може знижуватися.

✓ Емоційне виснаження та ангедонія: людина може переживати стан, який у повсякденному описі нагадує «порожню батарейку»: знижується здатність відчувати радість, задоволення та інтерес. Знижується здатність переживати позитивні емоції, виникає стійке відчуття втоми, яке не минає навіть після відпочинку.

✓ Дестабілізація емоційного контролю: знижується поріг толерантності до фрустрації. Навіть незначний тригер (розлита кава, гучний звук, випадіння столового прибору з рук) може викликати непропорційно сильну емоційну реакцію – спалах гніву, агресії або неконтрольованих сліз. У таких ситуаціях проміжок між емоційним подразником і реакцією ніби скорочується: людині стає важче зупинити або відтермінувати емоційну відповідь.

✓ «Провина вцілілого» та екзистенційна криза: Такі переживання можуть істотно обмежувати активність людини, ускладнювати повернення до звичного життя та породжувати відчуття, що вона не має права на безпеку, задоволення чи власні плани.

✓ Уникнення як деструктивний захист: людина може свідомо або неусвідомлено уникати тем, місць, звуків чи людей, які нагадують про пережитий травматичний досвід. У результаті поступово звужується коло ситуацій, у яких людина почувається безпечно, що обмежує її повсякденну та професійну активність.

✓ Вторинна та вікарна травматизація: фахівці, які систематично працюють із людьми, постраждалими від війни, можуть зазнавати впливу чужого травматичного досвіду. Постійне емоційне залучення до переживань інших, особливо за недостатнього відновлення, може сприяти виникненню вторинних травматичних реакцій і змінам у сприйнятті себе, інших людей та світу.

✓ Розвиток ПТСР та комплексного ПТСР (кПТСР): за наявності відповідних травматичних переживань можуть спостерігатися повторне переживання травматичної події, уникнення нагадувань про неї, підвищена психофізіологічна реактивність та інші стійкі зміни. Щодо комплексного ПТСР, то для нього додатково характерні труднощі емоційної регуляції, негативне сприйняття себе та стійкі труднощі у міжособистісних взаєминах.

✓ Дезадаптивні копінг-стратегії: втеча в роботу може ставати способом уникнення складних переживань. Постійна зайнятість створює відчуття контролю та тимчасово відволікає від тривоги, страху чи внутрішнього напруження, однак не усуває їхніх причин. Для фахівця допоміжної професії така стратегія може бути особливо непомітною, оскільки інтенсивна робота зовні сприймається як професійна відповідальність і відданість справі.

✓ Небезпечні способи регуляції стану: за тривалого емоційного напруження людина може вдаватися до способів швидкого полегшення стану, зокрема до вживання алкоголю або неконтрольованого прийому лікарських

засобів. Такі стратегії можуть тимчасово зменшувати суб'єктивне відчуття напруження, однак не забезпечують повноцінного відновлення та за певних умов створюють додаткові ризики для здоров'я.

Когнітивна сфера – зміни сприйняття та оброблення інформації

Тривалий стрес війни ніби «переналаштовує» когнітивне функціонування психіки, спрямовуючи когнітивні ресурси передусім на виявлення та оцінювання загроз. За таких умов можливе тимчасове зниження ефективності складніших когнітивних функцій, пов'язаних із плануванням, концентрацією та прийняттям рішень.

✓ «Ментальний туман» та порушення концентрації: з'являється суб'єктивне відчуття сповільненості або «в'язкості» мислення, труднощі тривалого зосередження на одному завданні. Людина може часто перемикатися між завданнями, багато часу витратити на організацію роботи, але при цьому виконувати її менш ефективно.

✓ Когнітивна ригідність та труднощі планування: важко прораховувати кроки наперед, будувати довгострокові стратегії чи адаптуватися до змін. Мислення може ставати більш ситуативним, із переважною орієнтацією на вирішення нагальних завдань і задоволення актуальних потреб.

✓ Мнестичні труднощі: може погіршуватися оперативне утримання та відтворення інформації, особливо в умовах високого навантаження й недостатнього відпочинку. Людина може забувати, що хотіла зробити кілька хвилин тому, губити речі, потребувати більше часу для пригадування нещодавніх розмов чи подій.

✓ Катастрофізація та когнітивні викривлення: людина може частіше припускати негативний розвиток подій і зосереджувати увагу на потенційних загрозах. Невизначеність може сприйматися передусім як сигнал потенційної загрози.

✓ Виснаження від ухвалення рішень: процес вибору навіть у побутових дрібницях (що вдягнути, яку марку хліба купити) перетворюється на непропорційно виснажливий процес. Людина довго зважає кожен крок, відчуваючи страх зробити помилку.

Соціально-поведінкова сфера – зміни у взаємодії та соціальному функціонуванні

Війна руйнує або послаблює базове почуття безпеки, що може позначатися на системі стосунків «Я – Інший». Довіра стає занадто дорогим і небезпечним ресурсом.

✓ Соціальна ізоляція та відчуженість: через емоційне виснаження людина може скорочувати або уникати соціальних контактів. Спілкування потребує внутрішніх ресурсів, яких може бракувати. Може виникати стійке переконання: «мене ніхто не розуміє», що поглиблює почуття самотності навіть серед близьких.

✓ Послаблення соціальних зв'язків і згуртованості: можуть послаблюватися взаємна довіра та відчуття згуртованості у мікрогрупах (родинах, робочих колективах). Взаємодія поступово стає більш

дистанційованою, а кожен учасник групи може дедалі більше зосереджуватися на подоланні власного напруження.

✓ Деформація емпатії: може виникати емоційне заніміння, знижуватися емоційна чутливість до переживань інших. У людини можуть виникати труднощі зі співпереживанням іншим, особливо в умовах значного емоційного виснаження та недостатнього відновлення. Це може сприяти виникненню конфліктів у команді, коли проблеми колег чи клієнтів починають сприйматися з роздратуванням або байдужістю.

✓ Конфліктність та імпульсивні реакції: напруга шукає виходу у дратівливості, прискіпливості, різкості у спілкуванні та імпульсивних реакціях.

✓ Труднощі у відновленні соціальних ролей: повернутися до звичних сімейних, батьківських чи професійних ролей після травматичного досвіду може бути складно. Особистість почувається ніби чужою у власному житті.

✓ Надмірний медіа-моніторинг (думскролінг): часте або майже безперервне стеження за новинами та оновленнями може бути спробою відновити відчуття контролю над ситуацією через постійне отримання інформації, однак водночас здатне посилювати тривогу та емоційне виснаження.

✓ Поляризація поведінкових стратегій: у відповідь на тривалий стрес можуть посилюватися як надмірна автономність («Мені ніхто не потрібен, я можу розраховувати лише на себе», страх зближення через загрозу втрати), так і потреба у зовнішній підтримці – схваленні, опіці та допомозі інших.

Отже, сукупність основних соматичних, психологічних, когнітивних та соціально-поведінкових наслідків стресу війни не є статичною, а являє собою динамічний, нелінійний континуум різних станів психіки. Індивідуальна траєкторія адаптації/деадаптації особистості, специфіка комбінації симптомів, їх глибина та тривалість визначаються взаємодією трьох рівнів чинників, що впливають на адаптаційні можливості людини:

- *Ендогенно-конституційного (преморбідного) базису особистості.* Йдеться про індивідуальні особливості функціонування нервової системи та її стійкість до дії екстремальних чинників. Важливу роль у цьому відіграють генетично зумовлені нейробіологічні характеристики, зокрема особливості функціонування гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі, а також попередній досвід людини. Якщо в анамнезі вже були травматичні події, їхній накопичувальний вплив може знижувати здатність протистояти новим стресорам. За тривалого впливу стресорів це може супроводжуватися хронічним перенапруженням та поступовим накопиченням алоstaticного навантаження (allostatic load).

- *Психологічного (суб'єктивно-ресурсного) потенціалу саморегуляції.* Значення мають ті внутрішні ресурси, які допомагають людині зберігати рівновагу та регулювати власний стан у складних обставинах. До них належать емоційний інтелект, здатність відстоювати особисті межі, асертивність, а також достатньо гнучкий репертуар копінг-стратегій. Саме поєднання цих характеристик значною мірою визначає, як людина буде реагувати на тривалий стрес і чи зможе мобілізувати наявні ресурси для адаптації до тривалого стресу. Від цього значною мірою залежить, наскільки травматичний досвід може бути

інтегрований у життєвий досвід особистості, а не спричинятиме подальшої дезорганізації її психологічного функціонування.

- *Екзогенно-професійного контексту діяльності.* Специфіка роботи фахівців психолого-педагогічної сфери в умовах війни сама по собі може бути додатковим джерелом тривалого навантаження. Особливо це стосується ситуацій, коли працівник постійно має справу з травматичним досвідом дітей, батьків чи інших підопічних і водночас відчуває високу відповідальність за їхній психологічний стан та безпеку. У таких умовах виникає своєрідне «спільне травматичне поле», в якому власні переживання фахівця поєднуються з переживаннями тих, кому він допомагає. За недостатності ресурсів відновлення це може поступово виснажувати його внутрішні резерви та підвищувати ризик розвитку вторинного травматичного стресу й професійного вигорання (burnout).

З огляду на таку системну зумовленість, подолання наслідків стресу війни потребує не лише роботи з окремими симптомами, а комплексного підходу, який враховує взаємозв'язок соматичних, психологічних, когнітивних і соціальних змін. Відновлення доцільно розглядати як поетапний, але не обов'язково лінійний процес. Насамперед важливо стабілізувати фізичний стан і знизити рівень фізіологічного напруження. Подальша робота може бути спрямована на відновлення когнітивного функціонування, зокрема концентрації уваги, робочої пам'яті, здатності планувати та осмислювати власний досвід. Водночас важливим напрямом відновлення є поступове відновлення соціальних зв'язків і професійних ролей, які також можуть зазнавати суттєвих змін під впливом тривалого стресу.

У цьому контексті важливого значення набуває систематичний моніторинг наслідків стресу війни. Психічний стан фахівця в умовах тривалої небезпеки може змінюватися залежно від інтенсивності стресових впливів, особистих ресурсів та умов професійної діяльності. Тому одноразове діагностичне обстеження не завжди дає змогу побачити ці зміни в динаміці. Саме регулярне спостереження дозволяє своєчасно помітити несприятливі тенденції та визначити, у яких сферах фахівець потребує додаткової підтримки.

Систематичний моніторинг дає змогу своєчасно виявляти ознаки дезадаптації, які на початковому етапі можуть залишатися малопомітними як для самого фахівця, так і для його професійного оточення; розмежовувати закономірні реакції на тривалі та складні життєві обставини й ознаки, які можуть свідчити про формування більш виражених психологічних порушень, зокрема ПТСР, кПТСР чи депресивних станів; визначати напрями психологічної підтримки відповідно до актуального стану та потреб конкретного фахівця.

Таким чином, в умовах війни моніторинг наслідків стресу доцільно розглядати не лише як спосіб фіксації вже наявних порушень. Його цінність полягає передусім у можливості своєчасно побачити зміни, оцінити їхню динаміку та на цій основі визначити необхідні напрями підтримки. У такому розумінні моніторинг стає важливим інструментом збереження психологічного ресурсу фахівця та його здатності продовжувати професійну діяльність в умовах тривалої суспільної кризи.

1.3. Теоретичне осмислення та концептуалізація поняття «моніторинг наслідків стресу» як інструменту пізнання змін психіки в умовах війни

Досвід проживання війни проявляється не лише у масштабних соціально-психологічних трансформаціях, але й на рівні індивідуальних переживань. Екстремальний простір воєнної реальності висуває кардинально нові вимоги до методологічного інструментарію сучасної психологічної науки. Класичні підходи психодіагностики, орієнтовані на фіксацію достатньо статичних психічних станів особистості у мирний час, виявляються вельми обмеженими в умовах перманентних сомато-психічних та ергономічних викликів. Психіка фахівця допоміжних професій в умовах війни зазнає значних деструктивних змін, які виходять далеко за межі звичайного професійного виснаження.

За таких обставин виникає гостра гносеологічна потреба в переході від одноразових діагностичних «зрізів» до концептуально нової стратегії пізнання – безперервного відстеження психічних трансформацій. Саме тому теоретичне осмислення та концептуалізація моніторингу наслідків стресу війни постає не просто як прикладне завдання кризової психології, а як базовий інструмент глибокого наукового розуміння еволюції (або деструкції) ментальної сфери людини, яка тримає професійний фронт.

У загальнонауковому дискурсі моніторинг (від лат. monitor – той, хто нагадує, наглядає) визначається зазвичай як безперервний, спеціально організований процес лонгітюдного спостереження за станом об'єкта з метою контролю, оцінки та прогнозування динаміки його змін чи розвитку. В межах нашого теоретичного дискурсу термін «*моніторинг наслідків стресу війни*» (МНСВ) розглядається як систематична (через визначені проміжки часу) фіксація та оцінювання фізіологічних, емоційних, когнітивних та поведінкових реакцій фахівців на комплекс стресових чинників, зумовлених як професійною діяльністю в умовах війни, так і соціально-політичними обставинами. Відмітимо, що це поняття не тотожне термінам «періодичне тестування» (дискретне вимірювання) чи «психіатричний скринінг» (нозологічне фільтрування).

Так, *періодичне тестування* – це метод психометричного оцінювання, який передбачає дискретне (у фіксовані моменти часу) вимірювання окремих психологічних змінних або конструктів за допомогою стандартизованих тестів і опитувальників з метою фіксації поточного стану досліджуваного. Цей метод дозволяє успішно виявити та систематизувати відомості про актуальний стан психологічних феноменів у певний момент.

Психіатричний скринінг – це стратегія первинної медико-психологічної селекції (фільтрації), яка спрямована на швидке виявлення серед обстежуваних осіб із високим ризиком наявності або маніфестації конкретних клінічних психопатологічних розладів (згідно з критеріями МКХ / DSM) для їх подальшого направлення на поглиблену нозологічну діагностику.

Моніторинг – це перш за все безперервний аналіз (фіксація та оцінювання) динаміки тих чи інших психологічних феноменів. Основна мета здійснення моніторингу наслідків стресу у фахівців психолого-педагогічних

професій – це фіксація на постійній основі динаміки стресових симптомів і станів у таких фахівців, що дозволяє передбачати і своєчасно коригувати у них адаптаційно та професійно небажані зміни.

Роблячи спробу розглядати моніторинг як інструмент вивчення стресу війни, то слід виокремити його концептуальне підґрунтя, яке спирається на інтеграцію кількох провідних теоретичних моделей:

✓ Концепцію алостазу та алостатичного навантаження, яка розроблена Р. Sterling та J. Eyer і розширена B.S. McEwen, надає інтегративну рамку для розуміння кумулятивного впливу стресу на організм (Sterling & Eyer, 1988). Алостаз визначається як «процес досягнення стабільності через зміну», що передбачає динамічну адаптацію фізіологічних систем до мінливих вимог середовища (Sterling & Eyer, 1988, р. 631). Алостатичне навантаження відображає механізм «ціни», яку сплачує організм за тривалу адаптацію до дистресу, – «кумулятивний знос та виснаження регуляторних систем організму внаслідок тривалого або надмірного стресового впливу» (McEwen, 1998, р. 37). Лонгітюдний моніторинг дає змогу зафіксувати момент, коли фізіологічна адаптаційна реакція (алостаз) переходить у патологічне виснаження ресурсів (алостатичне перевантаження).

✓ Трансакційну модель стресу та копінг (Lazarus & Folkman, 1984): розглядає стрес як динамічний процес взаємодії між особистістю та середовищем. Моніторинг у цій парадигмі фіксує не лише рівень загрози, а й динаміку суб'єктивної оцінки власних ресурсів та еволюцію копінг-стратегій у часі.

✓ Теорію збереження ресурсів (Hobfoll, 1989): пояснює вигорання та травматизацію через «спіраль втрати ресурсів». Центральний принцип «консервації» ресурсів (COR-теорія) полягає в тому, що люди прагнуть отримати, зберегти і захистити те, що цінне для них, і намагаються використовувати свої ресурси найкращим способом. Другим принципом «консервації» ресурсів є те, що люди прагнуть інвестувати (вкладати) свої зусилля в накопичення власних ресурсів для захисту їх від втрат, вони прагнуть відновлювати втрачені ресурси і набувати нових ресурсів для підвищення впевненості в майбутньому (екзистенціальної надійності). В COR-теорії С. Хобфолла втрата ресурсів розглядається як первинний механізм, що веде до стресових реакцій. У цьому контексті моніторинг виступає інструментом виявлення первинних втрат (снаги, сну, концентрації), запобігаючи каскадному розпаду всієї ресурсної системи фахівця.

✓ Концепція соматичної/тілесної пам'яті (van der Kolk, 1994; Levine, 2010) виходить із припущення, що наслідки психічної травми зберігаються не лише у вигляді свідомих автобіографічних спогадів, а й у формі стійких нейрофізіологічних, сенсомоторних та вегетативних реакцій організму. Травматичний досвід проявляється через тілесні відчуття, патерни м'язового напруження, емоційні та поведінкові реакції навіть за відсутності усвідомленого пригадування події. Відповідно до цієї концепції вченими обґрунтовується необхідність залучення до моніторингу не лише самозвітів про емоційний стан, а й маркерів соматичного та вісцерального відгуку тіла.

Продовжуючи розглядати моніторинг як спеціальний інструмент пізнання змін психіки, слід зазначити ряд функцій, які він реалізує:

1) інформаційно-діагностична функція забезпечує систематичну фіксацію фактичного стану людини, виявлення латентних (прихованих) відхилень та накопичення масиву даних для вивчення причинно-наслідкових зв'язків;

2) прогностична (застережна) – виявлення ранніх ознак дезадаптації та виснаження психіки/організму ще до маніфестації незворотних або клінічних порушень, моделюючи можливі траєкторії подальшого розвитку стану;

3) регуляторно-корекційна – створює контур зворотного зв'язку, надаючи об'єктивні дані для мобільної зміни зовнішнього впливу, корекції програм психологічного супроводу та інтервенцій;

4) оцінювально-рефлексивна – дає змогу порівнювати поточний стан не лише з абстрактною «нормою», а з попередніми станами тієї самої людини, виявляючи індивідуальний її темп та «крок» змін;

5) ресурсозберігаюча функція – підвищує рівень самодетермінації та усвідомленості людини щодо власних ресурсів, перетворюючи її з пасивного об'єкта спостереження на активного суб'єкта самозбереження.

З огляду на подібну функціональність організація і проведення моніторингу наслідків стресу у фахівців психолого-педагогічного профілю, таких як вчителі, викладачі, психологи, є життєво важливим заходом у воєнний час. Адже ці фахівці стикаються з унікальними проблемами, оскільки одночасно є постачальниками підтримки та одержувачами спричиненого війною стресу. Ефективний моніторинг не тільки оцінює психологічний і фізіологічний вплив стресу, але й спрямовує втручання для підтримки ментального здоров'я та професійної ефективності таких фахівців.

Відповідно до вищезазначеного, здійснення моніторингу наслідків стресу у фахівців може передбачати вирішення наступних завдань:

✓ фіксація змін у психологічному стані фахівців у динаміці для виявлення критичних відхилень;

✓ прогнозування ризиків професійного вигорання, депресії та ПТСР на основі систематичного спостереження;

✓ корекція стану через впровадження цілеспрямованих психотерапевтичних, освітніх та організаційних заходів;

✓ оцінка ефективності впроваджених методів психологічної підтримки та корекції.

Забезпечення вирішення цих завдань можливе, беручи до уваги також методологічну специфіку моніторингу як інструменту пізнання змін психіки, яка полягає в його здатності «просвічувати» зовні «благополучний фасад». Він розпізнає маркери доклінічної дисрегуляції, коли фахівець ще якісно виконує свої професійні обов'язки, але її внутрішні ресурси вже вичерпані (фаза «золотої застави» перед глибоким вигоранням чи зламом). Адже його психіка, яка під час війни перебуває у стані безперервної трансформації під дією екстремальних чинників. Саме цей стан моніторинг дозволяє дослідити за векторами спрямування, за швидкістю та траєкторією змін. Він дозволяє фіксувати переходи між станами:

адаптація – мобілізація – астенізація – дезадаптація (або реінтеграція).

Також моніторинг як інструмент пізнання дає змогу побачити, *як* зміни на одному рівні викликають деформації *на інших*. Наприклад, як тривале когнітивне навантаження й тривога (психічний рівень) трансформуються у соматизацію (соматичний рівень) та призводять до деструкції професійної взаємодії (соціально-поведінковий рівень).

Слід згадати і про прикладний вимір, у межах якого методологічна сутність моніторингу розкривається через наступні фундаментальні засади його організації:

✓ Динамічність та лонгітюдність – моніторинг є не статичний зріз, а як регулярне відстеження психоемоційних коливань, що дозволяє оцінити не лише поточний стан, а й індивідуальний темп психологічного відновлення особистості після гострих стресових подій.

✓ Екологічність та мінімізація навантаження – використання компактних, валідизованих експрес-діагностичних методик запобігають ретравматизації фахівця та не створюють додаткового часового чи емоційного виснаження.

✓ Врахування екстремального контексту – інтеграція чинника війни як постійно діючої змінної, що дає змогу вивчати психіку у безпосередньому зв'язку із зовнішніми стресорами (обстріли, тривоги, втрати, інформаційний тиск тощо) та чітко розмежовувати патологічні стани й нормальні адаптаційні відповіді психіки на екстремальні обставини.

✓ Розвиток аутопсихологічної компетентності – поєднання оціночної функції з психоосвітньою та рефлексивною. Процедура моніторингу виступає «рефлексивним дзеркалом», яке допомагає фахівцю легітимізувати власний психологічний біль чи виснаження («зі мною все гаразд, це нормальна реакція на ненормальні обставини»), виявити «сліпі плями» задіяних психологічних захистів та сформуванати навички самодіагностики на ранніх стадіях виснаження.

Отже, теоретичне осмислення поняття «моніторинг наслідків стресу війни» дає підстави розглядати його не як окрему психодіагностичну процедуру, а як цілісну систему безперервного спостереження, аналізу та прогнозування змін психічного стану фахівців психолого-педагогічних професій в умовах тривалого воєнного стресу. На відміну від періодичного тестування чи психіатричного скринінгу, моніторинг орієнтований на виявлення індивідуальної динаміки психологічних, фізіологічних, когнітивних, емоційних і поведінкових змін, що виникають під впливом кумулятивної дії стресогенних чинників. Таке розуміння моніторингу створює методологічне підґрунтя для розроблення практичних технологій оцінювання психічного стану, раннього виявлення несприятливих змін і підтримання професійної стійкості фахівців, діяльність яких здійснюється в умовах тривалого воєнного навантаження.

Щодо практичного значення запропонованого підходу, то він полягає у створенні науково обґрунтованої основи для побудови системи безперервного психологічного супроводу фахівців психолого-педагогічних професій у воєнний час. Систематичне відстеження динаміки їхнього психічного стану дає змогу

своєчасно виявляти критичні зміни, запобігати розвитку тяжких наслідків стресу, підтримувати професійну працездатність і зберігати особистісний ресурс, що є необхідною умовою забезпечення якості їхньої професійної діяльності в умовах тривалих кризових викликів.

РОЗДІЛ 2.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ МОНІТОРИНГУ НАСЛІДКІВ СТРЕСУ ВІЙНИ У ФАХІВЦІВ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНИХ ПРОФЕСІЙ: ВІД КОНЦЕПЦІЇ ДО ТЕХНОЛОГІЇ

2.1. Науково-практичний підхід до використання результатів моніторингу в системі психологічного супроводу фахівців

В умовах тривалого воєнного стану та значного психоемоційного навантаження система психологічного супроводу фахівців психолого-педагогічного профілю не може обмежуватися окремими, ситуативними заходами допомоги. Вона потребує послідовного використання даних про психічний стан фахівців та його зміни в часі. Саме тому важливим є обґрунтування такого науково-практичного підходу, який би поєднував наукові уявлення про стрес і його наслідки з практичними завданнями психологічного супроводу в освітніх і соціальних інституціях.

Зважаючи на системний характер психологічного супроводу, спрямованого на підтримання, відновлення та збереження психічного здоров'я й резильєнтності фахівців у воєнний час, провідні вітчизняні науковці (Панок та ін., 2020; Карамушка та ін., 2023; Лазаренко, 2021; Дуткевич & Савицька, 2011; Коваленко та ін., 2019; Лук'янчук, 2025) розглядають його не як суму окремих консультативних чи діагностичних зустрічей, а як цілісний, багаторівневий та динамічний процес. Основу такого психологічного супроводу становлять чотири його функції: діагностика суті проблеми; надання інформації про природу проблеми та можливі шляхи її вирішення; консультування під час прийняття рішення і розроблення стратегії вирішення проблеми; первинна допомога на етапі реалізації запланованих дій (Сковира та ін., 2021).

Розроблена авторським колективом цього дослідження технологія моніторингу наслідків стресу війни у фахівців створює інформаційно-діагностичне підґрунтя для реалізації перших двох функцій психологічного супроводу. Таке визначення її функціонального призначення зумовлене специфікою моніторингу як діагностичного інструменту. Його завдання полягає не у проведенні безпосередніх корекційних чи консультативних заходів, а в отриманні об'єктивної інформації про стан фахівця, характер виявлених труднощів та їхню динаміку. Ця інформація створює підґрунтя для подальшого вибору форм психологічної допомоги на консультативному та корекційно-відновлювальному етапах психологічного супроводу.

У цьому контексті науково-практичний підхід до використання результатів моніторингу передбачає не лише збір діагностичних даних, а насамперед їх аналіз та інтерпретацію з подальшим використанням у практиці психологічного супроводу. Йдеться про перетворення результатів періодичних опитувань, оцінювання рівня стресу, тривожності, виснаження та інших

показників на інформацію, яка може бути використана для обґрунтування подальших професійних рішень.

Застосування такого підходу дає змогу обґрунтовувати подальші дії – від надання індивідуальної консультативної допомоги фахівцю до корекції психоемоційних станів чи запровадження організаційних заходів у закладі – на основі об'єктивно зафіксованих показників та їхньої динаміки, а не лише суб'єктивного враження фахівця. Крім того, такий підхід дає змогу пов'язувати індивідуальні результати моніторингу з конкретними потребами фахівця та змінами його психоемоційного стану. Відповідно, вибір подальших заходів має спиратися не лише на суб'єктивне враження фахівця, який здійснює супровід, а й на систематично отримані дані та їхню динаміку.

Тому розроблення та реалізація науково-практичного підходу до використання результатів моніторингу наслідків стресу війни у фахівців ґрунтуються на низці взаємопов'язаних принципів, а саме:

- принцип системності – передбачає розгляд результатів моніторингу у взаємозв'язку, а не ізольовано за окремими показниками. Це дає змогу оцінювати різні прояви наслідків стресу війни у їх взаємозв'язку та простежувати загальні тенденції змін психічного стану фахівців;

- принцип доказовості – орієнтує на використання емпіричних даних моніторингу як основи для обґрунтування висновків про психічний стан фахівців та визначення подальших заходів психологічної підтримки і супроводу;

- принцип динамічності – передбачає врахування змін психологічних показників у часі, що дає змогу виявляти тенденції їх посилення, послаблення або стабілізації;

- принцип прогностичності – полягає у використанні результатів моніторингу для виявлення можливих психологічних ризиків і визначення напрямів подальшої психологічної роботи;

- принцип практичної спрямованості – передбачає використання результатів моніторингу для прийняття конкретних професійних рішень, визначення потреби у психологічній допомозі та вдосконалення заходів супроводу;

- принцип зворотного зв'язку – полягає у врахуванні результатів моніторингу під час подальшого планування психологічної роботи та оцінювання змін, що відбуваються після її здійснення;

- принцип адаптивності – передбачає можливість коригування заходів психологічного супроводу та, за потреби, окремих процедур моніторингу відповідно до особливостей фахівців, умов їхньої діяльності та змін соціального й воєнного контексту.

Вищезазначені принципи визначають основні положення науково-практичного підходу до використання результатів моніторингу:

- 1) інтерпретація отриманих даних з метою визначення актуального психічного стану фахівців, характеру та вираженості наслідків стресу війни.

- 2) порівняння результатів повторних вимірювань для виявлення змін досліджуваних показників та оцінювання їхньої динаміки.

3) виявлення на основі результатів моніторингу найбільш виражених проблемних проявів, можливих психологічних ризиків, а також ресурсів, які можуть підтримувати адаптацію фахівця.

4) використання індивідуальних результатів для визначення потреби у психологічній допомозі та вибору відповідних напрямів підтримки, консультування чи корекційно-відновлювальної роботи.

5) використання узагальнених результатів моніторингу для виявлення характерних тенденцій у професійних групах та обґрунтування профілактичних і організаційних заходів у закладах, де працюють фахівці.

6) повторне проведення моніторингу для оцінювання змін психічного стану фахівців і, за потреби, коригування подальших заходів психологічного супроводу.

Сукупність цих положень визначає практичну логіку використання результатів моніторингу в системі психологічного супроводу. У межах нашого дослідження цей підхід конкретизується через низку завдань, спрямованих на оцінювання стану фахівців, своєчасне виявлення негативних змін і психологічних ризиків, визначення ресурсів та вибір відповідних заходів підтримки.

У сучасній психологічній науці та практиці моніторинг психологічного стану може розглядатися як важлива складова психологічного супроводу, спрямованого на збереження психічного здоров'я особистості, особливо у кризових та екстремальних умовах. У найбільш загальному розумінні моніторинг передбачає систематичний, здійснюваний через визначені проміжки часу збір інформації за попередньо визначеними показниками. Це дає змогу простежувати динаміку досліджуваного явища, виявляти несприятливі зміни та отримувати інформацію, необхідну для своєчасного прийняття відповідних рішень.

О.М. Кокун, розглядаючи моніторинг психофізіологічного стану, акцентує увагу на тривалому відстеженні динаміки його показників для фіксації або прогнозування критичних відхилень від оптимальних характеристик та своєчасного застосування коригувальних заходів (Кокун, 2004). Такий підхід дає підстави розглядати діагностичний і корекційний компоненти психологічної роботи як взаємопов'язані. Результати діагностики допомагають визначити необхідність і спрямованість подальшої психологічної допомоги, а повторне оцінювання – простежити зміни, що відбулися після її надання. При цьому важливо враховувати індивідуальні психофізіологічні особливості людини, а також характер та інтенсивність стресогенних чинників середовища.

Моніторинг наслідків стресу у фахівців можна розуміти як систематичну (здійснювану через визначені проміжки часу) фіксацію та оцінювання фізіологічних, емоційних, когнітивних і поведінкових реакцій фахівців на комплекс стресових чинників, зумовлених як професійною діяльністю в умовах війни, так і соціально-політичними обставинами. Здійснення такого моніторингу дозволяє на постійній основі фіксувати динаміку стресових симптомів і станів у

фахівців, передбачати і своєчасно коригувати адаптаційно та професійно небажані зміни.

Відповідно, здійснення моніторингу наслідків стресу у фахівців психолого-педагогічного профілю передбачає вирішення таких основних завдань:

- 1) фіксація змін у психологічному стані фахівців у динаміці для виявлення критичних відхилень;
- 2) прогнозування ризиків професійного вигорання, депресії та ПТСР на основі систематичного спостереження;
- 3) корекція стану через впровадження цілеспрямованих психотерапевтичних, освітніх та організаційних заходів;
- 4) оцінка ефективності впроваджених методів психологічної підтримки та корекції.

Особливого значення моніторинг набуває в умовах війни, коли фахівці психолого-педагогічного профілю – психологи, викладачі, вчителі, вихователі – тривалий час працюють в умовах підвищеного психоемоційного навантаження. Це може посилювати ризик емоційного виснаження, професійного вигорання та вторинного травматичного стресу, особливо у фахівців, професійна діяльність яких передбачає постійний контакт із переживаннями інших людей (Figley, 2002). Систематичне відстеження психологічного стану в таких умовах дає змогу своєчасно помічати негативні зміни, оцінювати їхню динаміку та водночас визначати ресурси, які підтримують адаптацію і професійну стійкість фахівців. Значення таких ресурсів у процесах адаптації до стресових і потенційно травматичних подій висвітлено у ряді праць (Bonanno, 2004; Luthans et al., 2007; Southwick & Charney, 2012).

З огляду на це, мета реалізації запропонованого науково-практичного підходу полягає у визначенні характеру та вираженості наслідків стресу війни у психолого-педагогічних працівників за показниками професійного вигорання, реакцій на тривалий травматичний стрес, соматичних скарг та ресурсних характеристик – резильєнтності, самоефективності, професійної життєстійкості, копінг-стратегій і задоволеності життям. Отримані результати мають дати змогу виявити найбільш значущі чинники ризику й захисту та визначити напрями подальших адресних профілактичних заходів та психологічної підтримки.

За основні критерії моніторингу визначено:

- процедурна об'єктивність – передбачає дотримання визначених умов і процедур проведення моніторингу, збору, опрацювання та інтерпретації даних, що дає змогу зменшити вплив суб'єктивних чинників на результати оцінювання;
- системність реалізації моніторингу – передбачає здійснення моніторингових процедур відповідно до визначеного алгоритму та послідовності етапів отримання, узагальнення й використання результатів;
- діагностична валідність – відповідність застосованого діагностичного інструментарію тим психологічним характеристикам і проявам, для оцінювання яких його використовують, зокрема визначеним показникам наслідків стресу війни та ресурсним характеристикам фахівців;

- надійність – передбачає використання психодіагностичних методик із належними показниками надійності та дотримання процедур, що забезпечують коректність і порівнюваність результатів повторних вимірювань;

- верифікованість даних – можливість перевірки та уточнення отриманих результатів шляхом повторного аналізу або їх зіставлення з іншими діагностичними показниками;

- етична відповідність – дотримання етичних норм проведення психологічного дослідження, забезпечення психологічної безпеки учасників, конфіденційності отриманих даних та поваги до особистості під час проведення моніторингу й використання його результатів;

- відповідність професійному контексту – врахування специфіки професійної діяльності психологів і педагогів, умов її здійснення та особливостей переживання стресу війни.

Дотримання зазначених критеріїв є важливою умовою отримання достовірних і практично значущих результатів моніторингу. Їх аналіз та інтерпретація дають змогу своєчасно виявляти несприятливі зміни у психічному стані фахівців, визначати актуальні психологічні ризики та потреби фахівців у психологічній допомозі і на цій основі обґрунтовувати подальші заходи психологічної підтримки й супроводу.

Окремої уваги потребують методологічні підходи, положення яких можуть бути використані для обґрунтування моніторингу наслідків стресу війни у фахівців психолого-педагогічного профілю.

1. Системний підхід до моніторингу психологічних наслідків війни.

Спираючись на положення загальної теорії систем (Bertalanffy, 1968), наслідки стресу війни доцільно розглядати не як сукупність ізольованих проявів, а як взаємопов'язану систему змін, що виявляються на різних рівнях функціонування людини:

1) індивідуальний рівень – зміни у психологічному стані особистості (емоційні, когнітивні, поведінкові реакції);

2) мікросоціальний рівень – вплив стресу на взаємодію людини з найближчим оточенням (сім'я, колеги, студенти, учні, клієнти);

3) макросоціальний рівень – широкомасштабні суспільні зміни у зв'язку з війною.

Прикладами практичного застосування цього підходу можуть бути: оцінка рівня адаптації окремих осіб та груп до умов війни, виявлення динаміки змін психологічного стану у різних професійних категоріях (педагоги, психологи, соціальні працівники тощо), впровадження заходів психосоціальної підтримки з урахуванням отриманих даних.

2. *Біопсихосоціальна модель* (Engel, 1977) дає змогу розглядати стан людини як результат взаємодії біологічних, психологічних і соціальних чинників.

Відповідно до цієї моделі, психологічний стан людини залежить від трьох основних чинників:

1) біологічний компонент – нейрофізіологічні реакції на стрес, рівень соматичних симптомів;

2) психологічний компонент – рівень тривожності, депресивності, вигорання, наявність ПТСР;

3) соціальний компонент – вплив соціального оточення, міжособистісні відносини.

Застосування цієї моделі у моніторингу визначає його спрямованість на оцінювання психофізіологічного стану фахівців у стресових умовах, аналіз впливу міжособистісних і професійних стосунків на рівень стресу, а також на використання психодіагностичних опитувальників.

3. *Екологічний підхід* до моніторингу (Bronfenbrenner, 1994).

Спираючись на цей підхід, можна вважати, що стрес і його наслідки залежать від взаємодії людини з різними рівнями середовища. Для завдань нашого дослідження особливе значення мають мікро-, мезо- та макрорівні соціального середовища:

1) мікросистема – безпосереднє оточення (сім'я, колеги, студенти);

2) мезосистема – взаємодія між різними мікросистемами (робоче середовище, організаційні процеси);

3) макросистема – соціально-політичні фактори війни.

Практична площина використання цього підходу може бути втілена у дослідженнях впливу війни на різні рівні функціонування фахівців психолого-педагогічного профілю, аналіз особливостей адаптації до кризових умов у різних соціальних контекстах та виявленні ключових соціальних факторів ризику та ресурсів.

4. *Підхід на основі концепції стресу та копіngu*. З позицій транзакційної концепції стресу і копіngu (Lazarus & Folkman, 1984) психологічна реакція людини визначається не лише характеристиками стресової ситуації, а й тим, як людина її оцінює та які способи подолання використовує. Для моніторингу це означає необхідність урахування поряд із проявами стресу копінг-стратегій фахівців та їхньої ролі в адаптації до тривалого стресового навантаження. Такий підхід дає змогу оцінювати не лише вираженість негативних проявів, а й способи, за допомогою яких фахівець намагається впоратися зі стресом. Основними копінг-стратегіями при цьому є: проблемно-орієнтований копінг – спрямований на активне вирішення проблеми; емоційно-орієнтований копінг – спрямований на зниження емоційного дискомфорту; стратегія уникнення – спрямована на ігнорування стресогенних факторів.

Практичний аспект застосування цього підходу може полягати у визначенні на основі дослідницьких методик характерних для фахівців копінг-стратегій, оцінюванні їхньої ролі в адаптації до тривалого стресового навантаження та розробці відповідних інтервенцій.

Звернення до зазначених методологічних підходів дає змогу розглядати наслідки стресу війни у взаємозв'язку з ресурсами особистості, особливостями професійної діяльності та певним соціальним контекстом. Для розробленої технології це має принципове значення, оскільки результати моніторингу

потребують інтерпретації не лише за ступенем вираженості окремих показників, а й з урахуванням умов, у яких виникають і змінюються виявлені прояви.

Отже, *технологію моніторингу наслідків стресу війни у фахівців психолого-педагогічного профілю розуміємо як систему взаємопов'язаних методів і діагностичних процедур, спрямованих на систематичне виявлення, оцінювання та відстеження динаміки психологічних наслідків стресу війни й ресурсних характеристик фахівців*. Отримані результати є інформаційною основою для визначення психологічних ризиків і потреб та обґрунтування подальших заходів психологічної підтримки й супроводу.

2.2. Технологія моніторингу: алгоритм та інструментарій від діагностики до інтерпретації результатів

Практична реалізація розробленого підходу потребує визначення послідовності проведення моніторингу та добору відповідного діагностичного інструментарію. Це передбачає організацію основних етапів роботи – від первинного оцінювання психічного стану фахівців до аналізу, узагальнення та інтерпретації отриманих результатів.

У межах нашого дослідження технологія моніторингу реалізується на двох взаємопов'язаних рівнях, що відрізняються за обсягом діагностичного інструментарію, періодичністю проведення та завданнями оцінювання. Визначена послідовність дій забезпечує єдність процедури проведення моніторингу, порівнюваність отриманих результатів та можливість простежувати зміни показників у часі.

За обсягом діагностичного інструментарію та завданнями оцінювання виокремлено два рівні технології:

- *Перший рівень* (повноформатний) передбачає поглиблене оцінювання за стандартизованими психодіагностичними методиками.

- *Другий рівень* (оперативний) забезпечує експрес-діагностику поточного стану для швидкого фіксування ситуативних коливань.

Дворівневе розгортання технології дозволяє поєднати дві різні аналітичні переваги. Періодична психодіагностика забезпечує глибину – вона дає змогу оцінити професійне вигорання, реакції на тривалий травматичний стрес, соматичні скарги, резильєнтність, самоефективність, професійну життєстійкість, копінг-стратегії та задоволеність життям. Натомість регулярний експрес-моніторинг забезпечує часову чутливість – він дає можливість відстежувати короткочасні коливання самопочуття, настрою, працездатності, тривоги, втоми, спустошеності й інших актуальних показників. У поєднанні ці два рівні створюють не просто діагностичну картину, а практичну систему спостереження за станом педагогічної спільноти.

Щодо процедурної реалізації, то технологія моніторингу розгортається у два послідовні етапи:

1 етап – базовий психодіагностичний зріз (1-й рівень) (відповідає на запитання: яким є вихідний стан педагогічної спільноти на момент початку дослідження?): проведення повноформатної психодіагностики (раз на 3-6 місяців) фахівців за 8 методиками:

- Опитувальник професійного «вигорання» (MBI).
- Українська версія шкали «Реакція на тривалий травматичний стрес» (РТТС).
- Гіссенський опитувальник соматичних скарг.
- Опитувальник професійної життєстійкості.
- Шкала резильєнтності Коннора–Девідсона-10 (CD-RISC-10).
- Шкала загальної самооефективності Р. Шварцера та М. Єрусалема (GSES).
- Українська адаптація опитувальника Brief-COPE (узагальнені стилі копіngu).
- Шкала задоволеності життям (SWLS; Е. Дінер та ін.).

При виборі саме такого переліку методик ключовими критеріями були такі:

1) ці методики вже апробовані в наших дослідженнях та дослідженнях інших українських науковців, показавши свою інформативність;

2) усі вони відповідають сучасним міжнародним вимогам до психодіагностичних методик і подальшої публікації результатів досліджень у рейтингових журналах;

3) за більшістю з них є опубліковані дані на українських вибірках (і наші, і інших авторів) як під час довоєнних досліджень, так і під час цієї війни, що забезпечує можливість порівняння та зіставлення даних з метою виокремлення необхідного стрес-ефекту.

Використання окресленого комплексу із 8 діагностичних методик визначає спрямованість технології на комплексну, двовекторну оцінку процесу адаптації фахівців до умов воєнного стану, що передбачає зіставлення проявів психологічної дезадаптації та збереженого ресурсного потенціалу особистості:

I вектор (деструктивний блок) – діагностика чинників ризику та дистресу:

- оцінювання глибини емоційного та професійного виснаження (за допомогою опитувальника MBI);
- фіксація та кваліфікація специфічних симптоматичних реакцій на тривалу воєнну травматизацію (шкала РТТС);
- виявлення соматизованих форм вираження психологічного стресу (Гіссенський опитувальник соматичних скарг).

II вектор (ресурсно-функціональний блок) – оцінювання ресурсних характеристик та чинників захисту:

- визначення рівня професійної життєстійкості (Опитувальник професійної життєстійкості, автор О.М. Кокун);
- оцінювання рівня резильєнтності як здатності зберігати стійкість і відновлюватися після стресових впливів (шкала CD-RISC-10);

- визначення рівня загальної самоефективності (шкала GSES);
- ідентифікація домінуючих (конструктивних чи деструктивних) стратегій подолання стресу (адаптація Brief-COPE);
- оцінювання суб'єктивного сприйняття якості життя та загального психологічного благополуччя (шкала SWLS).

2 етап – регулярний експрес-моніторинг поточного психоемоційного стану педагогів (моніторинговий блок): здійснення систематичного експрес-моніторингу стану педагогів із використанням Методики шкалової експрес-самооцінки на зорово-аналогових шкалах, яка дозволяє швидко отримувати оцінку актуального стану за 14 показниками та відстежувати його динаміку в часі. До числа базових показників поточного стану віднесено: самопочуття, активність, настрій, працездатність, стан здоров'я, життєва задоволеність, зацікавленість у роботі, задоволеність від роботи, бажання працювати, стривоженість, пригніченість, втомленість, спустошеність та байдужість до навколишнього. Ця методика була обрана також як інструмент швидкого повторного вимірювання актуального стану у динаміці, адже має такий набір шкал, який є особливо придатним для практичного моніторингу, оскільки охоплює не лише негативні стани, а й функціональні та мотиваційні показники, безпосередньо пов'язані з професійною діяльністю педагогів.

Форма його проведення – шість послідовних зрізів (2-й рівень) за тотожним інструментарієм з інтервалом приблизно три місяці (дає відповідь на запитання: як змінюється стан у короткостроковій динаміці та коли саме виникають небезпечні піки напруження?).

Таким чином, загальна логіка дослідження полягала в поєднанні:

- 1) базового психодіагностичного профілю наслідків стресу війни;
- 2) спроби повторного вимірювання цих показників через певний проміжок часу;
- 3) динамічного експрес-моніторингу поточного психофізіологічного стану педагогів.

Особлива практична цінність базового діагностичного етапу полягає в тому, що він переводить розмову про стан педагогів із загального рівня на рівень конкретних психологічних індикаторів. У повсякденній практиці адміністрації закладів освіти, психологічні служби або органи управління освітою часто можуть мати лише загальне уявлення про те, що педагоги «втомлені», «напружені», «тривожні» або «перевантажені». Натомість психодіагностичний зріз дає змогу уточнити: чи йдеться переважно про емоційне виснаження, про зниження професійної залученості, про соматизацію стресу, про реакції тривалого травматичного напруження, про дефіцит ресурсів або про неадаптивні копінг-стратегії. Саме така диференціація робить подальшу підтримку не декларативною, а адресною.

Слід зазначити, що для цілей подібного моніторингу наслідків стресу, за наявності відповідної апаратури та умов, можуть бути ефективно використані й такі фізіологічні методи, як: 1) визначення варіабельності серцевого ритму, спрямоване на оцінку рівня хронічного стресу та адаптаційних можливостей

організму; 2) аналіз рівня кортизолу – біохімічного маркера хронічного стресу; 3) електроенцефалографія (ЕЕГ) для вивчення впливу стресу на роботу мозку (Hellhammer et al., 2009; Kim et al., 2018).

До кваліметричних та якісних методів моніторингу можна віднести: 1) самозвіти та щоденники стресу, що дозволяють фахівцям самостійно відстежувати рівень стресу та емоційного стану; 2) фокус-групи та групи підтримки, спрямовані на обговорення переживань у колі колег; 3) індивідуальні інтерв'ю, в яких здійснюється поглиблений аналіз психологічного стану на основі діалогового підходу.

РОЗДІЛ 3.

ПРАКТИЧНІ СЦЕНАРІЇ МОНІТОРИНГУ: АПРОБАЦІЯ ТА ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ У ПРОФЕСІЙНИХ СПІЛЬНОТАХ

3.1. Апробація психологічної технології моніторингу наслідків стресу війни у студентської молоді педагогічного університету

Одним із найбільш показових напрямів апробації психологічної технології моніторингу наслідків стресу війни у фахівців психолого-педагогічних професій стало трьохетапне дослідження студентів педагогічного університету. Значущість цього кейсу визначається тим, що в ньому студентська молодь розглядається не лише як окрема вікова або освітня категорія, а як спільнота майбутніх фахівців психолого-педагогічного профілю, значна частина яких уже в період навчання залучена до професійно-орієнтованих практик, педагогічної взаємодії, волонтерської, консультативної чи виховної діяльності. Саме тому їхній психологічний стан, ресурсний потенціал, динаміка стресових проявів і потреба у підтримці становлять безпосередній інтерес для розроблення та вдосконалення технології моніторингу в ширшому полі фахівців психолого-педагогічних професій.

У концептуальному плані цей кейс є особливо важливим оскільки він дозволяє простежити функціонування технології моніторингу не в умовах одноразового діагностичного зрізу, а в умовах поетапного, тривалого, багатохвильового спостереження за групою, яка живе і навчається в реальності хронічної воєнної загрози. Це принципово зближує дослідження з тим розумінням моніторингу, яке покладене в основу цього практичного посібника: моніторинг має бути не просто фіксацією стану, а системою регулярного оцінювання, що дозволяє виявляти динаміку симптомів і станів, прогнозувати ризики, своєчасно визначати зони неблагополуччя та формувати підстави для корекційних рішень. Саме такий підхід – від фіксації до прогнозування та втручання – і був реалізований у студентському кейсі.

Методологічне місце кейсу в структурі технології моніторингу

Для побудови психологічної технології моніторингу наслідків стресу війни надзвичайно важливо мати приклади, які показують те, як змінюється аналітична цінність даних при переході від однієї хвили обстеження до двох і трьох хвиль. У цьому сенсі студентський кейс є майже зразковим. Перший етап виконував функцію вихідного профілювання: він окреслив загальне поле ризиків і ресурсів у студентській популяції. Другий етап дозволив перейти до аналізу змін і включити вимір суб'єктивної потреби у психологічній підтримці, тобто не лише те, що відбувається зі станом, а й те, як самі студенти переживають достатність чи недостатність своїх внутрішніх можливостей для подолання поточного навантаження. Третій етап дав змогу вийти на траєкторну логіку, коли

вже можна було оцінювати не тільки різниці між хвилями, а й загальні напрями зміни окремих груп показників у часі.

Саме така послідовність дуже добре відповідає логіці моніторингу як технології. У традиційних одноразових дослідженнях зазвичай можна лише констатувати, що в певній групі є підвищені чи знижені показники. Проте цього недостатньо для практичної роботи, особливо в умовах війни. Для практики принципово важливо знати, чи є виявлений стан відносно стабільним, чи він погіршується, чи в якійсь частині показників уже спостерігається адаптація, тоді як в іншій частині – накопичення напруження. Саме це і показав студентський кейс: різні групи показників реагують на хронічний воєнний стрес по-різному, а тому технологія моніторингу має бути багатовимірною й часово чутливою.

Організація дослідження як модель хвильового моніторингу

Емпіричну основу цього кейсу становлять три етапи психологічного дослідження студентів Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського, проведені (разом із Олегом Безверхім) впродовж 2023–2025 років. На першому етапі було обстежено 498 студентів, на другому – 439, на третьому – 391. Таким чином, було сформовано масштабний масив повторних спостережень, який дозволяє оцінювати не лише стан на окремий момент, а й зміни, що відбувалися упродовж двох років повномасштабної війни.

На першому етапі до батареї увійшли опитувальні індикатори воєнного досвіду й сім психодіагностичних методик, серед яких – шкала резильєнтності, шкала самоефективності, скринінг ПТСР, Гіссенський опитувальник соматичних скарг, опитувальник посттравматичного зростання, короткий п'ятифакторний опитувальник особистості та методика діагностики реалізації потреб у саморозвитку. На другому етапі акцент змістився на повторне оцінювання ключових психологічних характеристик і на введення блоку потреби у психологічній підтримці, зміцненні стресостійкості, поліпшенні фізичного та/чи психологічного стану, а також підвищенні мотивації до навчання. На третьому етапі ця логіка була продовжена та поглиблена, а аналітичний фокус змістився у бік порівняння трьох хвиль і виявлення довших трендів.

Методично важливо підкреслити, що цей дизайн поєднував у собі одразу кілька типів показників. По-перше, це були самозвітні показники воєнного досвіду: небезпека для життя, поранення чи загибель близьких, оцінка змін здоров'я, емоційного стану, матеріального становища та життєвих перспектив. По-друге – негативні симптомні показники: симптоми ПТСР і соматичні скарги. По-третє – ресурсні характеристики: резильєнтність, самоефективність, окремі риси особистості, посттравматичне зростання, спрямованість до самоактуалізації. По-четверте – показники потреби у допомозі, тобто суб'єктивні індикатори дефіциту внутрішніх можливостей щодо подолання навантаження. Саме така багатошарова побудова є однією з методологічних сильних сторін кейсу, оскільки моніторинг у фахових спільнотах має відстежувати не один вимір неблагополуччя, а щонайменше три площини: стресовий тиск, ресурси опору і запит на підтримку.

Перший етап: базовий профіль стресового впливу й вихідна карта ризику

Перший етап дослідження, проведений у 2023 році, виконував роль базового діагностичного зрізу, на якому формувалася вихідна карта психологічного функціонування студентської молоді в умовах війни. На цьому етапі було показано, що війна суттєво змінила психологічне тло студентського життя: значна частина респондентів повідомляла про погіршення емоційного стану, частина – про погіршення здоров'я, наявність безпосередньої або епізодичної небезпеки для життя, а також про випадки поранення чи загибелі близьких. Водночас уже тоді було помітно, що психологічний профіль студентської молоді не є однорідно негативним: поряд із симптомними проявами виявлялися й досить виражені ресурсні характеристики – резильєнтність, самоефективність, ознаки посттравматичного зростання, окремі особистісні диспозиції, пов'язані з більшою стійкістю.

Особливо важливим є те, що вже на першому етапі було зафіксовано системні зв'язки між показниками воєнного досвіду й негативними психодіагностичними індикаторами. Погіршення здоров'я, емоційного стану, життєвих перспектив, а також вищий рівень пережитої небезпеки для життя виявилися пов'язаними з вищою виразністю симптомів ПТСР та соматичних скарг. Натомість прямі зв'язки між воєнним досвідом і позитивними ресурсними показниками були значно слабшими або несуттєвими. Це вже тоді підказувало важливу моніторингову закономірність: у ситуації хронічної загрози негативні симптомні індикатори виявляються більш чутливими до поточного воєнного тиску, тоді як ресурсні змінні радше характеризують загальну здатність до опору, але не так прямо відбивають інтенсивність поточного стресового впливу.

У технологічному сенсі цей перший етап має ключове значення, оскільки саме він забезпечує *еталонну точку відліку*. Будь-який подальший моніторинг потребує такої точки: без неї неможливо зрозуміти, що саме є стабілізацією, що – повільною адаптацією, а що – кумулятивним наростанням стресового навантаження. Власне, подальші хвилі показали, наскільки важливим було створення такого базового профілю.

Другий етап: від оцінки стану до оцінки потреби у підтримці

Другий етап, проведений у 2024 році, став принципово важливим з погляду розвитку технології моніторингу, оскільки саме на ньому до дослідження було введено вимір суб'єктивної потреби у психологічній підтримці та суміжних потреб. Це стало переходом від діагностики стану до діагностики пережитої недостатності власних ресурсів, тобто до того рівня, де моніторинг починає безпосередньо торкатися практики допомоги.

За результатами другого етапу було встановлено, що приблизно від третини до 43% студентів реально відчують потребу у психологічній підтримці чи допомозі, зміцненні власної стресостійкості, а також у підвищенні навчальної мотивації. Ще вищою виявилася частка тих, хто відчував потребу у поліпшенні свого фізичного та/чи психологічного стану – близько 47%. Уже самі по собі ці показники є дуже значущими для моніторингової логіки, оскільки вони свідчать,

що значна частина молоді перебуває в зоні не просто підвищеного навантаження, а усвідомленої потреби у зовнішній підтримці.

Водночас порівняння з першим етапом показало досить цікаву картину. За низкою базових індикаторів самооцінки – матеріального статусу, емоційного стану, життєвих перспектив – різких змін не відбулося; йшлося радше про помірні зрушення і тенденцію до поступового погіршення. Натомість за психодіагностичними показниками було зафіксовано достовірне підвищення резильєнтності при одночасному зростанні частини соматичних скарг. Рівень саме самоефективності та симптомів ПТСР залишився майже незмінним. Така різноспрямована динаміка вже на другому етапі показувала, що адаптація в умовах війни є неоднорідною: деякі ресурси можуть зміцнюватися, тоді як інші індикатори неблагополуччя – передусім тілесні – продовжують накопичуватися.

Саме цей матеріал ліг в основу двоххвильової статті про психологічні потреби студентів під час війни. У ній було емпірично показано, що вищий рівень потреби у психологічній підтримці асоційований насамперед із більш вираженими симптомами ПТСР і загальною кількістю соматичних скарг. Більш того, збільшення цих симптомів протягом року також передбачало вищий рівень потреби у підтримці на другому етапі. Натомість резильєнтність і самоефективність, хоча й мали певні зв'язки на біваріативному рівні, не продемонстрували унікальної буферної ролі у багатофакторних моделях; посттравматичне зростання також не виявило надійного зв'язку з потребою у допомозі. Це надзвичайно важливий для технології моніторингу висновок, оскільки він показує, що для практичного виявлення груп ризику найбільш оперативно працюють не абстрактні ресурсні змінні, а саме симптомні та психосоматичні показники.

Третій етап і трьоххвильова модель: перехід до аналізу траєкторій

Найбільш повноцінне моніторингове значення кейс набув на третьому етапі, коли з'явилася можливість перейти від аналізу різниці між двома хвилями до оцінки траєкторій змін. Саме ця логіка відображена при відповіді на питання: чи накопичується воєнно зумовлений дистрес у студентів, чи ж частина показників стабілізується внаслідок адаптації.

Отримані результати виявилися дуже показовими. Середній рівень симптомів ПТСР упродовж трьох хвиль залишався загалом стабільним. У лонгітюдних моделях часовий ефект для ПТСР не був статистично значущим, що дозволило говорити про своєрідний плато-ефект на популяційному рівні. Натомість соматичні скарги достовірно зростали від хвили до хвили. Таким чином, у межах одного й того самого воєнного контексту було зафіксовано дві різні динаміки: психологічна стабілізація за одним із ключових травматичних індикаторів і поступове накопичення неблагополуччя у соматичній сфері.

Особливо важливо, що зміни в ментальному й соматичному вимірах виявилися пов'язаними між собою. Індивідуальні схили змін ПТСР і соматичних скарг були помірно скорельовані, тобто ті студенти, у яких стан погіршувався, схильні були демонструвати погіршення одразу в обох сферах. У практичному плані це означає, що психосоматичне неблагополуччя не є периферійним або

другорядним наслідком стресу, а входить у спільний контур дистресу й може виступати його більш чутливим або більш раннім маркером. Саме тому трьоххвильовий аналіз робить окремий акцент на тому, що короткі повторні оцінки соматичного стану можуть бути ефективним інструментом раннього виявлення зростаючої потреби у допомозі.

Ще одним методологічно цінним висновком стало розрізнення хронічної експозиції і ситуативних коливань загрози. Було показано, що вищий сталий рівень переживаної небезпеки є кращим предиктором підвищеного симптомного навантаження і його погіршення, ніж короточасні зміни в межах окремих хвиль. Це має безпосереднє значення для технології моніторингу, адже у ситуації війни недостатньо відстежувати лише реакції на окремі пікові події; значно важливіше враховувати тривалу інтенсивність стресового контексту, у якому людина перебуває постійно.

Динаміка ресурсних характеристик: повільна адаптація на тлі кумулятивного виснаження

Однією з найбільш змістовних рис студентського кейсу є те, що він не дає спрощеної картини "суцільного погіршення". Навпаки, матеріали трьох етапів показують складне співіснування адаптаційних і виснажувальних процесів.

Так, резильєнтність упродовж двох років демонструвала невелике, але статистично значуще зростання. Це дозволяє говорити про повільне нарощування частини адаптаційних ресурсів. Самоефективність залишалася стабільною, тобто переконання студентів у власній здатності справлятися з труднощами в цілому не руйнувалися. Показники посттравматичного зростання також не демонстрували істотної динаміки, що можна інтерпретувати як своєрідне плато змістотворення і переоцінки досвіду: значущих зрушень уже не відбувається, але й вираженого спаду не спостерігається. Натомість спрямованість до самоактуалізації після першої хвилі знизилася й надалі утримувалася на дещо нижчому рівні, що може свідчити про переорієнтацію частини внутрішньої енергії з розвитку на підтримання базового функціонування в умовах хронічної небезпеки.

У технологічному сенсі це дуже важливо. Моніторинг не може спиратися на спрощене припущення, що зростання ресурсів автоматично означає зменшення ризику. У цьому кейсі ми бачимо іншу картину – частина ресурсів зростає або зберігається, але це не перешкоджає поступовому накопиченню соматичного тягара й високому запиту на підтримку. Отже, технологія моніторингу має передбачати окремий аналіз ресурсів і окремий аналіз симптомного навантаження, не ототожнюючи одне з іншим.

Потреба у підтримці як ключовий вихідний індикатор для практичних рішень

Окремо слід підкреслити, що саме вимір потреби у психологічній підтримці став одним із найбільш практично значущих компонентів цього кейсу. За результатами другого і третього етапів виявилось, що високий запит на психологічну підтримку, зміцнення стресостійкості та поліпшення фізичного/психологічного стану зберігається на стабільно високому рівні. Змін

за більшістю цих показників між другою і третьою хвилями не відбулося; достовірно зменшився лише запит на підвищення мотивації до навчання, що, ймовірно, відбиває певну навчальну адаптацію або вплив уже запроваджених освітніх заходів.

Для технології моніторингу це має принципове значення: не всяка стабільність означає благополуччя. У даному випадку стабільність високої потреби у допомозі означає, що стан групи не переходить у самодостатній адаптивний режим і що університетське середовище потребує не епізодичних, а постійних і системних форм психологічної підтримки. Інакше кажучи, моніторинг тут не лише описує стан, а прямо вказує на необхідність інституційного рішення.

Технологічні висновки з кейсу для професійних спільнот

Розглянутий студентський кейс дозволяє сформулювати низку технологічних висновків, які мають значення не тільки для студентської молоді, а й для ширшого кола фахівців психолого-педагогічного профілю.

Насамперед, моніторинг у воєнних умовах має бути хвильовим, а не одноразовим. Одноразовий зріз може зафіксувати рівень напруги, але не дає можливості розрізнити стабілізацію і накопичення. Лише повторні хвилі дозволяють виявити, що окремі індикатори – наприклад, ПТСР – можуть виходити на відносне плато, тоді як інші – зокрема соматичні скарги – продовжують зростати.

Далі, батарея моніторингу повинна бути багатовимірною. У ній мають поєднуватися щонайменше чотири групи показників: індикатори воєнного досвіду і стресового контексту; симптомні індикатори психічного та соматичного неблагополуччя; ресурсні характеристики; індикатори суб'єктивної потреби у підтримці. Саме таке поєднання і було реалізоване в цьому кейсі.

Особливої уваги заслуговує необхідність включення до моніторингових схем соматичних індикаторів. Студентський кейс переконливо показав, що саме вони можуть виявитися чутливішими до повільного, кумулятивного виснаження, ніж класичні травматичні симптоми. Тому психосоматичний блок у моніторинговій технології не повинен розглядатися як додатковий; він має бути одним із центральних.

Ще один висновок стосується інтерпретації ресурсних змінних. Резильєнтність, самоефективність та інші особистісні ресурси є важливими для загального розуміння потенціалу адаптації, але не завжди можуть слугувати прямими й оперативними індикаторами ризику або запиту на підтримку. Це означає, що в практичних сценаріях моніторингу ресурсні змінні доцільно використовувати не стільки для скринінгу гострого ризику, скільки для побудови профілю вразливості/стійкості та планування типу підтримувальних втручань.

Нарешті, цей кейс ще раз підтверджує принципову вимогу, закладену у саму концепцію технології: моніторинг має бути нерозривно пов'язаний із корекційною складовою. Отримані результати не залишаються на рівні констатації; вони підводять до впровадження центрів психологічної підтримки, груп навичок стрес-менеджменту, соматично орієнтованих коротких протоколів,

ступінчастих моделей допомоги та адресних форм супроводу. У цьому сенсі студентський кейс демонструє не лише дослідницьку, а й управлінсько-практичну валідність моніторингового підходу.

Дані, наведені в таблиці 3.1, наочно відображають головну логіку цього моніторингового кейсу. По-перше, на тлі тривалого воєнного стресу у студентської молоді не відбулося різкого зростання середнього рівня симптомів ПТСР, що свідчить радше про стабілізацію цього показника на популяційному рівні. По-друге, за той самий період зафіксовано послідовне зростання загальної кількості соматичних скарг, тобто ознаки кумулятивного неблагополуччя більш чітко проявилися саме у психосоматичній сфері. По-третє, попри повільне підвищення резильєнтності та відносну стабільність самоефективності, запит на психологічну підтримку, зміцнення стресостійкості та поліпшення фізичного й психологічного стану залишався стабільно високим. Нарешті, контекстуальні показники вказують на зростання частоти травматичних подій у найближчому оточенні студентів і розширення досвіду небезпеки для життя. У сукупності це підтверджує, що в умовах хронічної війни моніторинг має бути орієнтований не лише на класичні травматичні симптоми, а й на соматичні індикатори, суб'єктивну потребу у допомозі та довготривалу динаміку стресового контексту.

Таблиця 3.1

Ключові індикатори моніторингу у трьох хвилях дослідження студентської молоді педагогічного університету

Індикатор	I хвиля (2023)	II хвиля (2024)	III хвиля (2025)	Коротка динаміка
Кількість учасників хвилі	498	439	391	Поступове зменшення вибірки між хвилями
Резильєнтність, М	23,66	24,43	25,10	Повільне підвищення
Самоефективність, М	28,78	28,90	29,06	Практично стабільна
Симптоми ПТСР, М	3,10	3,06	3,18	Стабільність / плато
Загальна кількість соматичних скарг, М	27,91	30,23	31,31	Поступове зростання
Потреба у психологічній підтримці (сильна + середня), %	—	30,7	32,0	Стабільно висока
Потреба у зміцненні стресостійкості (сильна + середня), %	—	38,2	43,5	Помірне зростання
Потреба у поліпшенні фізичного та/чи психологічного стану (сильна + середня), %	—	45,3	45,6	Стабільно дуже висока
Потреба у підвищенні мотивації до навчання (сильна + середня), %	—	50,6	41,1	Помітне зниження
Частка студентів, у яких хтось із близьких був поранений, %	27,9	35,5	35,0	Вища, ніж на I хвилі
Частка студентів, у яких хтось із близьких загинув, %	18,2	26,6	28,1	Кумулятивне зростання
Частка студентів, які зазнали епізодичної / сильної / надзвичайно сильної небезпеки для життя, %	24,0	28,7	35,1	Зростання досвіду небезпеки

Узагальнюючий висновок

Отримані результати дозволяють розглядати трьохетапне дослідження студентів педагогічного університету як повноцінний апробаційний сценарій психологічної технології моніторингу наслідків стресу війни в групі майбутніх фахівців психолого-педагогічного профілю. Цей сценарій показує, що в умовах хронічної воєнної загрози психологічне функціонування молоді не може бути описане однією лінійною моделлю. Частина показників демонструє стабілізацію, частина – повільне нарощування ресурсів, частина – кумулятивне накопичення неблагополуччя, а частина – стійко високий запит на підтримку.

У прикладному плані цей кейс переконливо підтверджує, що ефективна технологія моніторингу повинна бути повторною, багатовимірною, чутливою до психосоматичного виміру, орієнтованою на аналіз траєкторій і обов'язково пов'язаною з подальшими рішеннями щодо підтримки. Саме в такому вигляді моніторинг стає не просто способом збору інформації, а інструментом своєчасного виявлення небажаних змін, прогнозування ризиків і побудови адресної психологічної допомоги для професійних та професійно орієнтованих спільнот у воєнний час.

3.2. Апробація базового діагностичного етапу моніторингу у педагогічних працівників: досвід двох регіональних зрізів

Одним із важливих напрямів апробації психологічної технології моніторингу наслідків стресу війни стало її застосування безпосередньо у середовищі педагогічних працівників. На відміну від студентського кейсу, розглянутого в попередньому параграфі, де основний акцент було зроблено на багатохвильовому відстеженні стану майбутніх фахівців психолого-педагогічного профілю, у цьому випадку йдеться про апробацію базового діагностичного етапу моніторингу в уже сформованих професійних спільнотах. Це дозволяє оцінити, наскільки запропонований комплекс психодіагностичних методик є придатним для виявлення актуального профілю ризиків і ресурсів у педагогів, які працюють в умовах повномасштабної війни.

У загальній логіці психологічної технології моніторингу базовий діагностичний етап виконує функцію первинного профілювання психологічного стану професійної спільноти. Його завдання полягає не лише у фіксації окремих симптомів неблагополуччя, а у створенні цілісної карти психологічного функціонування групи: які саме наслідки стресу війни є найбільш вираженими, які ресурси залишаються збереженими, які чинники можуть посилювати або, навпаки, послаблювати ризики професійного виснаження, а також які напрями психологічної підтримки мають бути пріоритетними.

У концептуальній моделі технології моніторингу нами передбачалося, що періодичні психодіагностичні зрізи доцільно проводити з інтервалом приблизно 3–6 місяців із використанням батареї, яка не повинна бути надмірно громіздкою, але має охоплювати ключові індикатори професійного вигорання, тривалого

травматичного стресу, соматизації, резильєнтності, самоефективності, професійної життєстійкості та психологічного благополуччя. Саме така логіка була покладена в основу двох апробаційних регіональних зрізів, результати яких аналізуються у цьому параграфі.

Емпіричною основою стали два дослідження, проведені серед педагогічних працівників у різних освітньо-професійних контекстах. Перший зріз охопив 78 педагогічних працівників закладів дошкільної та загальної середньої освіти Броварської міської ради. Вибірка була переважно жіночою; найбільше респондентів належали до вікових груп 41–50 та 51–60 років; за посадовим складом найбільш представленими були вихователі, практичні психологи, вчителі, вихователі-методисти та керівники закладів освіти. Другий зріз було проведено у м. Житомир серед 107 респондентів. Його особливістю був змішаний склад вибірки: 48 осіб становили педагогічні працівники закладів освіти, а 59 – студенти магістратури, значна частина яких уже працювала у сфері освіти. Ця вибірка істотно відрізнялася від Броварської за віком, статтю та професійно-освітнім статусом, тому результати двох зрізів доцільно трактувати не як пряме регіональне порівняння, а як два приклади застосування одного й того самого базового діагностичного етапу у різних освітніх середовищах.

В обох випадках застосовувався однаковий методичний комплекс: опитувальник самооцінки впливу негативних чинників війни, опитувальник професійного вигорання МВІ, українська версія шкали «Реакція на тривалий травматичний стрес», Гіссенський опитувальник соматичних скарг, шкала резильєнтності Коннора–Девідсона-10, шкала загальної самоефективності Р. Шварцера та М. Єрусалема, опитувальник професійної життєстійкості, українська адаптація Brief-COPE та шкала задоволеності життям. Опитування проводилися в онлайн-форматі з автоматизованим збором відповідей і подальшою статистичною обробкою описових показників, розподілу рівнів та кореляційних зв'язків.

Методологічне місце базового діагностичного етапу

Базовий діагностичний етап не є повним моніторингом у строгому сенсі цього поняття, оскільки ще не дає змоги оцінити індивідуальну або групову динаміку в часі. Проте саме він створює необхідну стартову основу для подальшого моніторингового циклу. Без такого вихідного зрізу неможливо коректно визначити, які показники слід відстежувати надалі, які групи потребують пріоритетної уваги, які саме інтервенції мають бути запропоновані, а також які індикатори можуть бути використані як ранні маркери погіршення стану.

У практичній логіці психологічної технології цей етап виконує щонайменше чотири функції. По-перше, він фіксує загальний рівень впливу війни на педагогічну спільноту через показники самооцінки небезпеки для життя, здоров'я, емоційного стану, матеріального становища та життєвих перспектив. По-друге, він визначає блок симптомних показників – професійне вигорання, реакції на тривалий травматичний стрес і соматичні скарги. По-третє, він оцінює блок ресурсних характеристик – резильєнтність, самоефективність,

професійну життєстійкість, копінг-стратегії та задоволеність життям. По-четверте, він дозволяє встановити зв'язки між ризиками й ресурсами, що є принципово важливим для планування профілактичних і підтримувальних заходів.

Особлива практична цінність базового діагностичного етапу полягає в тому, що він переводить розмову про стан педагогів із загального рівня на рівень конкретних психологічних індикаторів. У повсякденній практиці адміністрації закладів освіти, психологічні служби або органи управління освітою часто можуть мати лише загальне уявлення про те, що педагоги «втомлені», «напружені», «тривожні» або «перевантажені». Натомість психодіагностичний зріз дає змогу уточнити: чи йдеться переважно про емоційне виснаження, про зниження професійної залученості, про соматизацію стресу, про реакції тривалого травматичного напруження, про дефіцит ресурсів або про неадаптивні копінг-стратегії. Саме така диференціація робить подальшу підтримку не декларативною, а адресною.

Тому результати двох регіональних зрізів доцільно розглядати не як ізольовані емпіричні описи, а як апробаційні приклади застосування базового діагностичного етапу у різних освітньо-професійних середовищах. Їхня цінність полягає у тому, що вони демонструють: навіть один якісно організований зріз уже дозволяє перейти від загального твердження про «стрес педагогів під час війни» до більш диференційованої карти – які саме прояви є провідними, які ресурси залишаються активними, які підгрупи потребують адресної допомоги.

Блок самооцінки впливу війни

Результати блоку самооцінки в обох зрізах засвідчили, що війна виступає для педагогічних працівників не лише як сукупність окремих екстремальних подій, а як тривалий фон кумулятивного навантаження. У Броварській вибірці 91,0% респондентів повідомили, що в тій чи іншій формі зазнавали небезпеки для власного життя; з них 46,2% зазначили епізодичну небезпеку, а 26,9% – сильну або надзвичайно сильну небезпеку. У Житомирській вибірці частка тих, хто переживав небезпеку, була нижчою, але також значною: лише 23,4% зазначили, що не зазнавали небезпеки для життя, тоді як 16,8% повідомили про сильну або надзвичайно сильну небезпеку.

Ці дані важливі не лише як характеристика безпекового досвіду. Вони демонструють, що педагогічні працівники перебувають у ситуації подвійного навантаження. З одного боку, вони переживають війну як громадяни: повітряні тривоги, загрозу обстрілів, втрати, переміщення, невизначеність, страх за близьких. З іншого боку, вони мають зберігати професійну функціональність: підтримувати освітній процес, взаємодіяти з дітьми, батьками, колегами, адміністрацією, адаптувати навчання до змінних умов і водночас виконувати емоційно підтримувальну роль. Саме тому навіть епізодична або «незначна» небезпека не є психологічно нейтральною: у поєднанні з професійною відповідальністю вона може підтримувати стан хронічної мобілізації.

Особливо показовими виявилися самооцінки змін здоров'я та емоційного стану. У Броварській вибірці 84,6% педагогів повідомили про погіршення

здоров'я, а 92,3% – про погіршення емоційного стану. У Житомирському зрізі відповідні показники були нижчими, але також виразними: 58,9% респондентів зазначили погіршення здоров'я, а 81,3% – погіршення емоційного стану. Таким чином, саме емоційна сфера в обох зрізах постає як найбільш масово уражений вимір функціонування педагогів в умовах війни.

Цей результат має принципове значення для подальшого моніторингу. Погіршення емоційного стану є не просто суб'єктивною скаргою, а потенційним раннім індикатором ширшого неблагополуччя. За ним можуть стояти підвищена тривожність, дратівливість, зниження емоційної стабільності, втома від комунікації, зменшення терпимості до поведінкових труднощів учнів, виснаження у спілкуванні з батьками, зниження мотивації до педагогічної взаємодії. Тому саме цей показник доцільно розглядати як один із базових скринінгових маркерів у подальших коротких опитуваннях педагогічних колективів.

Водночас матеріальний і перспективний виміри також виявилися значущими. У Броварській вибірці 70,5% респондентів повідомили про погіршення матеріального становища, тоді як у Житомирській – 43,0%. Погіршення життєвих перспектив зазначили відповідно 47,4% і 41,1% учасників. Ці показники важливі не лише як соціально-економічні характеристики, а як психологічні маркери втрати контролю, невизначеності та зниження відчуття майбутнього. Для педагогічних працівників, чия професійна діяльність потребує постійної емоційної присутності, така втрата перспективи може посилювати виснаження навіть тоді, коли безпосередня травматична подія вже минула або не була максимально інтенсивною.

Узагальнено дані блоку самооцінки можна подати як ілюстрацію того, що базовий діагностичний етап дозволяє швидко окреслити початкову структуру стресового навантаження (таблиця 3.2).

Таблиця 3.2

Структура стресового навантаження педагогічних працівників за результатами базового діагностичного етапу

Індикатор самооцінка	Броварський зріз	Житомирський зріз	Моніторингове значення
Будь-який рівень небезпеки для життя	91,0%	76,6%	Маркер воєнного стресового фону
Сильна / надзвичайно сильна небезпека	26,9%	16,8%	Маркер підвищеного травматичного ризику
Погіршення здоров'я	84,6%	58,9%	Маркер соматичного виснаження
Погіршення емоційного стану	92,3%	81,3%	Найчутливіший масовий індикатор неблагополуччя
Погіршення матеріального становища	70,5%	43,0%	Маркер фонові тривоги й дефіциту контролю
Погіршення життєвих перспектив	47,4%	41,1%	Маркер ризику демотивації та зниження благополуччя

Ця таблиця не повинна розглядатися як пряме порівняння двох регіонів, оскільки вибірки різні за складом. Її доцільніше трактувати як демонстрацію того, які саме індикатори самооцінки варто включати до базового діагностичного етапу. Вони прості, зрозумілі для респондентів, не перевантажують опитування, але водночас мають високу практичну інформативність.

Блок симптомних показників: «вигорання, тривалий травматичний стрес і соматизація»

Поглиблений психодіагностичний блок дозволив уточнити картину самооцінки та визначити, у яких саме психологічних вимірах виявляється стрес війни. Насамперед це стосується професійного вигорання. У Броварській вибірці за МВІ переважали низькі та середні значення, однак була виявлена чітка підгрупа підвищеного ризику: частина педагогів уже мала підвищене емоційне виснаження й ознаки професійної деформації. У Житомирській вибірці також переважали нижчі та середні рівні вигорання, однак частка підвищених показників була достатньою, щоб розглядати емоційне виснаження як значущий об'єкт подальшої профілактики.

Це дозволяє зробити важливий практичний висновок: у досліджуваних групах педагогічних працівників суцільний профіль високого професійного вигорання ще не сформувався, але вже наявні підгрупи, які входять у фазу підвищеного виснаження. Саме такі підгрупи є найбільш важливими для раннього втручання. У межах технології моніторингу це означає, що МВІ варто використовувати не лише для констатації високого рівня вигорання, а передусім для виявлення переходу від функціонального напруження до виснаження, коли педагог ще продовжує виконувати професійні обов'язки, але вже робить це ціною зростання внутрішніх витрат.

Другою важливою групою індикаторів стали реакції на тривалий травматичний стрес. У Броварській вибірці за шкалою «виснаження та лють» переважали низькі значення, проте більш показовим виявився компонент «страх та зрада»: середній або високий рівень за ним мали 41,0% учасників, у тому числі 6,4% – високий рівень. У Житомирській вибірці середній або високий рівень «виснаження та люті» був зафіксований у 37,4% респондентів, а середній або високий рівень «страху та зради» – у 36,4%.

Цей результат є принципово важливим для розуміння специфіки педагогічної професії в умовах війни. Стресове неблагополуччя педагогів не завжди набуває форми відкритої втрати професійної мотивації чи грубої професійної деформації. Часто воно проявляється тонше: через підвищену настороженість, уразливість довіри, напружене очікування загрози, роздратування, втому від комунікації, зниження толерантності до подразників. У шкільному чи дошкільному середовищі ці прояви можуть безпосередньо впливати на якість педагогічної взаємодії, атмосферу в колективі, спілкування з батьками та здатність підтримувати дітей.

Третім значущим компонентом ризику став психосоматичний вимір. В обох зрізах соматичні скарги в цілому мали низько-середню інтенсивність, однак виснаження та больові прояви були представлені найбільш виразно. Таке

поєднання є типовим для кумулятивного стресу, адже тіло реагує не стільки окремими гострими симптомами, скільки тривалим дефіцитом відновлення, втомлюваністю, напругою, больовими проявами, порушеннями сну та зниженням загального тону.

Для технології моніторингу це означає, що соматичні скарги не можна розглядати як другорядний або периферійний показник. Навпаки, у педагогічних працівників вони можуть бути одним із найбільш чутливих маркерів накопичення стресу, особливо тоді, коли сам педагог ще не ідентифікує свій стан як психологічну проблему. У практичній роботі саме соматичні прояви часто стають першими сигналами того, що ресурс відновлення знижується: часті головні болі, загальна слабкість, м'язова напруга, коливання тиску, порушення сну, відчуття постійної втоми. Якщо ці сигнали залишати поза увагою, вони можуть поступово переходити у стійке виснаження, що знижує не лише суб'єктивне благополуччя, а й професійну ефективність.

Отже, блок «симптомних показників» у базовому діагностичному етапі виконує функцію уточнення ризику. Він дозволяє зрозуміти, у якій площині наслідки війни виявляються найбільш виразно – через емоційне виснаження, морально-травматичні реакції, соматизацію або їх поєднання. Саме це поєднання, а не окремий показник, має найбільшу прогностичну цінність для подальшого моніторингу.

Блок ресурсних характеристик: «не лише ризики, а й опори»

Важливою перевагою базового діагностичного етапу є те, що він дозволяє одночасно бачити не лише неблагополуччя, а й ресурси. У Броварській вибірці резильєнтність, самоефективність і професійна життєстійкість у середньому залишалися збереженими, хоча поряд із ресурсною більшістю існували респонденти зі зниженими показниками. У Житомирському зрізі ресурсний профіль також був помірно сприятливим, проте вразливішим виявився саме професійний вимір життєстійкості – тобто відчуття контролю, включеності та готовності сприймати труднощі як виклик, а не лише як загрозу.

Кореляційні результати в обох дослідженнях підтвердили практичну значущість ресурсних характеристик. У Броварській вибірці резильєнтність і самоефективність були пов'язані зі зниженням показників неблагополуччя та зростанням задоволеності життям. Натомість унікаючий копінг демонстрував зв'язки з емоційним виснаженням, професійною деформацією, реакціями тривалого травматичного стресу і соматичними скаргами. У Житомирській вибірці професійна життєстійкість мала виразні зворотні зв'язки з емоційним виснаженням, деперсоналізацією та професійною деформацією. Унікаючий копінг, навпаки, був пов'язаний із професійною деформацією, емоційним виснаженням, соматичними скаргами та нижчою задоволеністю життям.

Отже, ресурсний блок не є допоміжним або другорядним елементом діагностики. Саме він дозволяє перейти від констатації проблем до визначення практичних мішеней підтримки. Якщо у групі збережені резильєнтність, самоефективність і професійна життєстійкість, то профілактична робота може спиратися не лише на зменшення симптомів, а й на підсилення вже наявних

механізмів подолання. Водночас виявлення низьких ресурсних показників дозволяє виділити групу педагогів, для яких універсальних психоедукаційних заходів може бути недостатньо і які потребують більш адресної підтримки.

Особливої уваги заслуговує унікаючий копінг. Він постає як один із найбільш практично значущих факторів ризику, оскільки відображає тенденцію не розв'язувати проблему, не звертатися по підтримку, не відновлювати ресурси, а відкладати реагування, дистанціюватися або пасивно терпіти погіршення стану. У короткостроковій перспективі уникання може давати ілюзію зменшення напруження, але в довшій перспективі воно підтримує виснаження, соматизацію та професійну деформацію. Тому програми психологічної підтримки педагогів мають бути спрямовані не тільки на зниження тривоги або втоми, а й на зміну неадаптивних способів подолання.

Індикатори самооцінки як простий скринінг ризику

Окремої уваги заслуговує практична цінність простих самооцінних запитань. Дані Броварського зрізу показали, що погіршення емоційного стану було пов'язане зі зростанням емоційного виснаження, професійної деформації та соматичних скарг; погіршення здоров'я – з інтенсивністю соматичних скарг; оптимістичніша оцінка життєвих перспектив – із вищою задоволеністю життям. Це означає, що навіть короткий блок самооцінних запитань може виконувати функцію первинного скринінгу.

Для практики це особливо важливо. Повна психодіагностична батарея є інформативною, але вона потребує часу, мотивації учасників і подальшої професійної інтерпретації. Натомість кілька простих запитань про зміни емоційного стану, здоров'я, життєвих перспектив і матеріального становища можуть використовуватися у закладах освіти як швидкий попередній фільтр. Такі запитання не замінюють психодіагностику, але допомагають визначити, кому варто запропонувати детальніше обстеження, консультацію або участь у програмі підтримки.

У Житомирському зрізі також було показано, що матеріальний фактор і життєві перспективи можуть бути практично цінними «точками входу» для скринінгу та превенції: погіршення матеріального статусу було пов'язане з емоційним виснаженням, професійною деформацією, соматичними скаргами та нижчою задоволеністю життям. Оптимістичніші перспективи, навпаки, були пов'язані з кращими показниками благополуччя. Це підтверджує те, що моніторинг не має обмежуватися вузько клінічними або симптомними питаннями. У воєнних умовах соціально-психологічні оцінки (відчуття майбутнього, контрольованість життя, матеріальна стабільність, можливість планування) також мають значення для розуміння психологічного стану педагогів.

Отже, у практичній моделі базового діагностичного етапу доцільно поєднувати два рівні оцінювання. Перший – короткий самооцінний блок, який дозволяє швидко виявити загальний рівень впливу війни та попередньо визначити групи ризику. Другий – стандартизована психодіагностична батарея, яка уточнює структуру неблагополуччя і ресурсів. Таке поєднання робить

технологію більш гнучкою, оскільки її можна застосовувати як у повному форматі для науково-практичного дослідження, так і в скороченому форматі для регулярного скринінгу в освітніх установах.

Практичне значення результатів для планування підтримки

Результати двох регіональних зрізів мають безпосереднє значення для планування психологічної підтримки педагогічних працівників. Вони показують, що така підтримка має бути не однотипною, а багаторівневою.

На універсальному рівні доцільними є заходи, спрямовані на всю педагогічну спільноту: психоедукація щодо впливу хронічного воєнного стресу, нормалізація типових реакцій на тривале напруження, формування навичок саморегуляції, підтримка культури відновлення, організація коротких «вікон відпочинку» у робочому ритмі, розвиток взаємопідтримки в колективі. Такі заходи важливі тому, що погіршення емоційного стану охоплює більшість педагогів, навіть якщо не всі вони мають високі показники вигорання або соматичних скарг.

На селективному рівні необхідні короткі програми для груп підвищеного ризику – педагогів із вираженим емоційним виснаженням, високою тривожністю, значними соматичними скаргами, зниженими життєвими перспективами або домінуванням уникаючого копіngu. Для таких груп доцільними можуть бути 4–6-сесійні програми відновлення, тренінги адаптивного подолання, групи підтримки, супервізійні зустрічі, короткі програми роботи зі сном, втомою, тілесною напругою та емоційною регуляцією.

На індивідуальному рівні підтримка має бути адресована педагогам із поєднанням кількох ризикових ознак – істотне погіршення емоційного стану, високі соматичні скарги, підвищене емоційне виснаження, низька резильєнтність або самоефективність, песимістична оцінка життєвих перспектив. Для цієї групи можуть бути необхідними індивідуальні консультації, скерування до фахівців з психічного здоров'я, рекомендації щодо медичного обстеження у разі вираженої соматизації, а також робота з професійним навантаженням.

Важливо, що базовий діагностичний етап дозволяє не лише виявити проблеми, а й обґрунтувати такі рішення для адміністрації закладів освіти або органів управління освітою. Він створює доказову основу для того, щоб психологічна підтримка педагогів не сприймалася як додаткова або факультативна активність, а розглядалася як необхідна умова збереження професійної ефективності, психологічної стійкості та якості освітнього процесу в умовах війни.

Практичні висновки для технології моніторингу

Апробація базового діагностичного етапу у двох вибірках педагогічних працівників дозволяє сформулювати кілька важливих висновків для подальшого використання технології моніторингу.

По-перше, базовий діагностичний зріз дає змогу побачити не лише загальний рівень стресового навантаження, а його структуру. У педагогічних працівників війна виявляється не тільки як безпосередня загроза життю, а як тривалий комплекс емоційного, соматичного, соціального й професійного

напруження. Найбільш масовим і чутливим індикатором в обох зрізах виступило погіршення емоційного стану.

По-друге, у педагогічних спільнотах може не бути масового високого професійного вигорання, але це не означає відсутності ризику. Навпаки, саме середні та підвищені рівні емоційного виснаження є важливими маркерами раннього неблагополуччя. На цій стадії підтримка може бути найбільш ефективною, оскільки педагог ще зберігає професійну включеність, але вже потребує відновлення.

По-третє, компонент тривалого травматичного стресу «страх та зрада» і показники соматичного виснаження виявилися особливо важливими для розуміння воєнного стресу у педагогів. Вони відображають не стільки класичний профіль гострої травми, скільки стан тривалої настороженості, дефіциту довіри, емоційного напруження та недостатнього відновлення.

По-четверте, ресурсні характеристики, такі як резильєнтність, самоефективність і професійна життєстійкість, мають бути обов'язковою частиною діагностичного блоку. Вони дозволяють не лише визначати, хто перебуває у зоні ризику, а й розуміти, на які психологічні опори може спиратися профілактична робота.

По-п'яте, унікаючий копінг у двох зрізах постає як один із найбільш практично значущих факторів ризику. Тому програми підтримки мають бути спрямовані не тільки на зниження тривоги чи виснаження, а й на зміну неадаптивних способів подолання – уникання, відкладання, емоційне дистанціювання, пасивне очікування погіршення.

По-шосте, прості індикатори самооцінки мають самостійну прикладну цінність. Запитання про погіршення емоційного стану, здоров'я, матеріального становища та життєвих перспектив можуть використовуватися як короткий скринінговий блок між повними психодіагностичними зрізами або як попередній етап перед детальнішим обстеженням.

Узагальнюючи викладене у цьому параграфі, можна зазначити, що базовий діагностичний етап моніторингу є необхідною вихідною ланкою роботи з педагогічними працівниками в умовах війни. Він дозволяє створити початкову карту ризиків і ресурсів, виокремити групи підвищеної вразливості, визначити пріоритетні мішені психологічної підтримки та підготувати основу для наступних повторних зрізів. За результатами двох регіональних апробацій, центральною проблемою педагогічних працівників постає не стільки повна втрата професійної спроможності, скільки поєднання збереженої професійної включеності з наростанням емоційної втоми, тривоги, соматичного виснаження та невизначеності щодо майбутнього. Саме ця комбінація має бути головним об'єктом подальшого моніторингу, профілактики та психологічного супроводу.

3.3. Від діагностичного зрізу до динамічного відстеження: апробація дворівневої моделі моніторингу у педагогічних працівників

Попередній параграф був присвячений апробації базового діагностичного етапу моніторингу у педагогічних працівників на матеріалі двох регіональних зрізів. Його основна методологічна цінність полягала у тому, що він показав можливості первинного профілювання педагогічної спільноти: виявлення загального впливу війни, симптомних проявів неблагополуччя, ресурсних характеристик і практичних мішеней психологічної підтримки. Проте повноцінний моніторинг не може обмежуватися лише разовим або навіть періодичним психодіагностичним зрізом. Його головне призначення полягає у відстеженні динаміки – тобто у фіксації того, як змінюється психоемоційний стан фахівців у часі, коли виникають періоди погіршення, які показники виявляються найбільш чутливими до поточного навантаження і які форми підтримки можуть бути своєчасними.

Саме з цієї точки зору особливо важливим є досвід апробації дворівневої моделі моніторингу у педагогічній громаді Броварської міської ради. У цьому випадку дослідження було побудоване не лише як базовий психодіагностичний зріз, а як спроба поєднати глибшу періодичну психодіагностику з регулярним експрес-відстеженням поточного стану педагогічних працівників. Такий формат найближче відповідає практичному розумінню моніторингу як систематичної фіксації змін, прогнозування ризиків і своєчасного визначення напрямів підтримки. У концептуальній моделі моніторингу передбачалося поєднання двох циклічних діагностичних етапів: періодичної діагностики раз на 3–6 місяців за комплексом психодіагностичних методик і регулярної експрес-самооцінки раз на 1–2 тижні за коротким набором шкал поточного стану.

Методологічний сенс переходу від зрізу до динамічного відстеження

Базовий діагностичний зріз дає змогу відповісти на запитання: яким є стан педагогічної спільноти на певний момент часу? Натомість регулярний експрес-моніторинг дозволяє відповісти на інше, практично ще важливіше запитання: як цей стан змінюється і коли саме виникають небезпечні коливання? Саме ця відмінність є принциповою для психологічної технології моніторингу наслідків стресу війни.

У воєнних умовах психологічний стан педагогів не є стабільною характеристикою. Він може змінюватися під впливом обстрілів, повітряних тривог, блекаутів, погіршення побутових умов, зростання навчального навантаження, конфліктів у колективі, складної комунікації з батьками, накопичення втоми наприкінці навчального періоду або, навпаки, короточасної мобілізації після отримання підтримки. Тому одноразовий зріз, навіть дуже якісний, може виявитися недостатнім, оскільки він фіксує лише один момент, але не показує, чи цей момент є типовим, випадковим, стабільним, кризовим або перехідним.

Дворівнева модель дозволяє поєднати дві різні аналітичні переваги. Періодична психодіагностика забезпечує глибину – вона дає змогу оцінити професійне вигорання, реакції на тривалий травматичний стрес, соматичні скарги, резильєнтність, самоефективність, професійну життєстійкість, копінг-стратегії та задоволеність життям. Регулярний експрес-моніторинг забезпечує часову чутливість – він дає можливість відстежувати короточасні коливання самопочуття, настрою, працездатності, тривоги, втоми, спустошеності й інших актуальних показників. У поєднанні ці два рівні створюють не просто діагностичну картину, а практичну систему спостереження за станом педагогічної спільноти.

Організація апробації дворівневої моделі

Дослідження було проведено серед педагогічних працівників закладів дошкільної та загальної середньої освіти Броварської міської ради. Його метою було здійснення психодіагностичного моніторингу наслідків стресу війни, виявлення кількісних і якісних характеристик таких наслідків, а також визначення чинників, які можуть сприяти їх виникненню або попередженню. У прикладному плані дослідження було спрямоване на формування підстав для подальшої профілактики, психологічної підтримки та адресних інтервенцій у педагогічному середовищі.

Загальна логіка дослідження включала три взаємопов'язані складові. Першою був базовий психодіагностичний зріз, у якому взяли участь 78 педагогічних працівників. Цей зріз давав змогу отримати найбільш повну картину ризиків і ресурсів у вибірці. Другою складовою була спроба повторної психодіагностики за тими самими методиками приблизно через три місяці. Третьою складовою став регулярний експрес-моніторинг поточного психоемоційного стану педагогів, який проводився у шести послідовних зрізах.

У базовому психодіагностичному блоці використовувався комплекс методик, уже описаний у попередньому параграфі: опитувальник професійного вигорання МВІ, українська версія шкали «Реакція на тривалий травматичний стрес», Гіссенський опитувальник соматичних скарг, шкала резильєнтності Коннора–Девідсона-10, шкала загальної самоефективності, опитувальник професійної життєстійкості, українська адаптація Brief-COPE та шкала задоволеності життям. У моніторинговому блоці застосовувалася Методика шкалової самооцінки на зорово-аналогових шкалах, яка дозволяє швидко отримувати оцінку актуального стану за 14 показниками та відстежувати його динаміку в часі.

До цих 14 показників увійшли: самопочуття, активність, настрої, працездатність, стан здоров'я, життєва задоволеність, зацікавленість у роботі, задоволеність від роботи, бажання працювати, стривоженість, пригніченість, втомленість, спустошеність і байдужість до навколишнього. Такий набір шкал є особливо придатним для практичного моніторингу, оскільки охоплює не лише негативні стани, а й функціональні та мотиваційні показники, безпосередньо пов'язані з професійною діяльністю педагогів.

Аналітична вага трьох блоків дослідження

Важливо підкреслити, що три складові цього дослідження мали різну аналітичну вагу. Базовий психодіагностичний зріз був основним джерелом інформації про загальний профіль наслідків стресу війни у педагогічних працівників. Саме він дозволив встановити, що у вибірці переважали негативні зміни емоційного стану й здоров'я, наявні прояви емоційного виснаження, соматизації та реакцій типу «страх та зрада», але водночас зберігалися суттєві ресурсні опори у вигляді резильєнтності, самоефективності та професійної життєстійкості.

Повторна серія психодіагностики мала значно обмеженішу доказову силу. Вона була запланована як повторний зріз за тими самими методиками через приблизно три місяці після першого етапу. Однак фактично в ній взяли участь лише 5 осіб із числа респондентів першого етапу. За таких умов коректний груповий аналіз змін між двома серіями є методологічно неможливим, оскільки вибірка надто мала, а ризик випадкових коливань і селекційного викривлення – надто високий.

Водночас навіть ці п'ять випадків мають певну ілюстративну цінність. Вони показують, що короткочасна динаміка психологічного стану в умовах війни може бути неоднорідною. У частини показників було помітне посилення неблагополуччя – зокрема зростання професійної деформації, емоційного виснаження, деперсоналізації та больових соматичних проявів. Водночас за окремими ресурсними характеристиками, такими як самоефективність, резильєнтність і професійна життєстійкість, у частини учасників спостерігалось збереження або навіть певне зростання значень. Така суперечлива картина не дозволяє робити узагальнення про групову динаміку, але добре ілюструє важливу закономірність: в умовах війни можуть одночасно посилюватися і прояви виснаження, і мобілізаційні ресурси.

Найбільшу цінність для аналізу динаміки мав третій блок – регулярний експрес-моніторинг. Саме він дозволив перейти від статичного опису до відстеження коливань поточного психоемоційного стану педагогів. У моніторинговому блоці взяли участь 22 педагогічні працівники; усього було отримано 109 заповнених протоколів за шістьма послідовними зрізами. Кількість учасників становила: 22 особи у першому зрізі, 21 – у другому, 18 – у третьому, 18 – у четвертому, 18 – у п'ятому та 12 – у шостому. При цьому 12 осіб пройшли всі шість зрізів, що дало підстави не лише для загального описового аналізу, а й для обережного розгляду індивідуальних траєкторій (таблиця 3.3).

Таблиця 3.3

Узагальнена інформація щодо кількості педагогічних працівників – учасників моніторингового дослідження

Показник участі	Значення
Загальна кількість учасників експрес-моніторингу	22
Загальна кількість індивідуальних протоколів	109
Кількість послідовних зрізів	6
Учасники, які пройшли всі 6 зрізів	12

Показник участі	Значення
Кількість учасників у 1-му зрізі	22
Кількість учасників у 2-му зрізі	21
Кількість учасників у 3-му зрізі	18
Кількість учасників у 4-му зрізі	18
Кількість учасників у 5-му зрізі	18
Кількість учасників у 6-му зрізі	12

Структура участі сама по собі вже має практичне значення. З одного боку, вона засвідчила, що регулярний експрес-моніторинг є здійсненим у реальній педагогічній спільноті – більшість учасників залишалася включеною упродовж перших п'яти зрізів. З іншого боку, зменшення кількості учасників на шостому зрізі показало, що утримання респондентів у повторних вимірюваннях є окремим організаційним викликом, який потрібно враховувати при впровадженні технології в освітніх закладах.

Ресурсно-функціональний і дистресовий блоки експрес-моніторингу

Для узагальнення результатів експрес-моніторингу всі 14 показників доцільно розглядати у двох взаємопов'язаних блоках. До ресурсно-функціонального блоку належать показники, що відображають відносно позитивні або підтримувальні аспекти актуального стану: самопочуття, активність, настрій, працездатність, стан здоров'я, життєва задоволеність, зацікавленість у роботі, задоволеність від роботи та бажання працювати. До дистресового блоку належать показники неблагополуччя й виснаження: стривоженість, пригніченість, втомленість, спустошеність і байдужість до навколишнього.

Такий поділ має не лише описове, а й практичне значення. У реальному моніторингу важливо бачити не тільки абсолютний рівень окремих показників, а й співвідношення між ресурсами та дистресом. Педагог може залишатися професійно включеним, продовжувати працювати, демонструвати відповідальність і зацікавленість у роботі, але водночас мати високий рівень тривоги, втоми або спустошеності. Саме баланс між ресурсно-функціональними та дистресовими показниками дозволяє виявляти ситуації прихованого ризику, коли зовнішня професійна функціональність ще збережена, але внутрішня ціна цієї функціональності вже стає надто високою.

Результати шести зрізів показали хвилеподібну, нерівномірну динаміку. На першому зрізі середній рівень ресурсно-функціонального блоку перевищував рівень дистресу, що свідчило про відносно збалансований стан учасників. На другому зрізі ця перевага навіть дещо посилилася, що можна трактувати як короточасне покращення або мобілізацію. Проте вже на третьому зрізі ситуація суттєво змінилася: ресурсно-функціональні показники помітно знизилися, а дистресові – зросли. Саме третій зріз став першою виразною точкою погіршення стану. На четвертому зрізі спостерігалось часткове відновлення балансу, але дистрес залишався підвищеним. На п'ятому зрізі було зафіксовано найгірше співвідношення між ресурсами й дистресом за весь період моніторингу. Шостий

зріз показав певне вирівнювання, однак через меншу кількість учасників його слід інтерпретувати обережніше (таблиця 3.4).

Таблиця 3.4

Узагальнені результати шести зрізів моніторингового дослідження серед педагогічних працівників

Зріз	N	Ресурсно-функціональний блок, М	Дистресовий блок, М	Баланс ресурсів і дистресу
1	22	51,8	46,3	+5,5
2	21	54,5	47,5	+7,0
3	18	45,4	48,7	-3,3
4	18	50,7	49,4	+1,3
5	18	48,3	53,4	-5,1
6	12	50,5	49,9	+0,6

Ці дані є одним із найбільш переконливих аргументів на користь регулярного моніторингу. Якби було проведено лише один зріз, наприклад перший або другий, можна було б зробити висновок про відносно збережений баланс. Якби оцінювання відбулося лише на третьому або п'ятому зрізі, картина виглядала б значно більш кризовою. Лише шість послідовних вимірювань дали змогу побачити, що стан педагогів не був ані стабільно сприятливим, ані стабільно несприятливим. Він мав хвилеподібний характер із чергуванням фаз відносної стабілізації та фаз виразнішого погіршення.

Динаміка ресурсно-функціональних показників

Ресурсно-функціональні показники в процесі моніторингу змінювалися нерівномірно. Найбільш сприятливою була динаміка другого зрізу, коли частина шкал мала вищі значення, ніж на першому. Це може відображати короточасну мобілізацію, адаптацію до самого формату моніторингу, відчуття включеності у процес психологічної уваги або тимчасове покращення зовнішніх умов. Натомість на третьому зрізі було зафіксовано виразне зниження майже всіх основних індикаторів: самопочуття, настрою, працездатності, життєвої задоволеності та зацікавленості в роботі. На четвертому зрізі спостерігалось часткове відновлення, однак на п'ятому знову виявлено зниження частини показників, передусім активності, працездатності та стану здоров'я. Нагадаємо що, період у який проводився моніторинг – зима 2025-2026 років була найважчою на той час зимою для населення України, зокрема, міста Києва та Київської області, внаслідок особливо інтенсивних обстрілів, уражень інфраструктури, і пов'язаних з цим тривалих відключень світла та тепла.

Особливо важливо, що зацікавленість у роботі та бажання працювати залишалися порівняно вищими, ніж низка інших ресурсних характеристик. Це означає, що навіть за умов накопичення стресового виснаження педагоги зберігали професійну включеність. Такий результат є дуже показовим для педагогічної професії в умовах війни. Він свідчить не про втрату професійного сенсу, а радше про ситуацію, коли професійна мотивація і відповідальність

зберігаються на тлі погіршення самопочуття, зростання втоми, тривоги та зниження фізичного ресурсу.

У практичному плані саме така комбінація є ризиковою. Якщо людина повністю втрачає мотивацію, проблема стає очевидною для неї самої та для оточення. Натомість коли мотивація зберігається, але ресурси знижуються, ризик може тривалий час залишатися прихованим. Педагог продовжує працювати, відповідати очікуванням, виконувати обов'язки, підтримувати дітей і колег, але поступово виснажується. Тому моніторинг має фіксувати не лише бажання працювати, а й ціну, якою це бажання підтримується.

Динаміка дистресових показників

Дистресовий блок показав, що найбільш чутливими індикаторами погіршення були стривоженість і втомленість. Стривоженість зростала вже від другого зрізу і досягла найвищих значень на третьому, залишаючись надалі на стабільно підвищеному рівні. Втомленість також була високою упродовж усього періоду, а її найвищі значення були зафіксовані на п'ятому і шостому зрізах. Пригніченість зростала помірніше, але також мала тенденцію до підвищення у другій половині моніторингу. Показники спустошеності та байдужості до навколишнього були менш вираженими, що свідчить: попри тривогу й втому, повного емоційного відчуження або психологічного «відключення» у більшості педагогів не спостерігалось.

Ця картина має важливе інтерпретаційне значення. Вона показує, що ключовою проблемою педагогів у цьому моніторинговому кейсі була не втрата професійної ідентичності чи повна емоційна відстороненість, а поєднання тривоги та втоми при збереженні включеності. Саме це поєднання можна вважати центральним ризиковим профілем педагогічної спільноти в умовах тривалого воєнного стресу.

Стривоженість у цьому контексті відображає не лише індивідуальну емоційну реакцію, а й ширший стан невизначеності, небезпеки та постійної готовності до порушення звичного перебігу подій. Для педагога це може означати труднощі з концентрацією, підвищену реактивність, зниження терпимості до поведінкових труднощів учнів, швидке виснаження в комунікації та складність переключення після тривожних подій. Втомленість, своєю чергою, відображає вже не лише емоційний, а й психофізіологічний вимір виснаження – дефіцит сну, недостатнє відновлення, напруження, зниження працездатності та ризик соматизації.

Менша вираженість спустошеності й байдужості є відносно позитивним маркером. Вона свідчить, що педагогічна спільнота ще не перейшла у стан масового відчуження або професійного «вимикання». Проте саме на цьому етапі профілактика має бути найбільш активною, оскільки підтримка ще може спиратися на збережену професійну включеність і готовність до взаємодії.

Третій і п'ятий зрізи як динамічні точки напруження

Найважливішим практичним результатом експрес-моніторингу стало виявлення двох динамічних точок напруження – третього та п'ятого зрізів. На третьому зрізі вперше відбулося зміщення балансу в несприятливий бік –

ресурсно-функціональний блок знизився, а дистресовий підвищився. На п'ятому зрізі це співвідношення стало найгіршим за весь період спостереження – середній рівень дистресу перевищив ресурсно-функціональні показники найбільш виразно.

Для технології моніторингу це має принципове значення. Моніторинг не лише показує, що педагогам «важко», а дозволяє визначити коли саме стан групи стає найбільш напруженим. У практиці це відкриває можливість не реактивної, а превентивної підтримки. Якщо у певній педагогічній громаді або закладі освіти протягом кількох вимірювань фіксується погіршення балансу між ресурсами та дистресом, це може бути сигналом для короткого втручання: групової стабілізаційної зустрічі, психоедукаційного модуля, обговорення навантаження, організації мікропауз, індивідуальних консультацій для групи ризику або зміни комунікаційного режиму в колективі.

У цьому сенсі третій і п'ятий зрізи варто розглядати не лише як емпіричні результати конкретного дослідження, а як модель того, що саме має шукати моніторинг. Його мета – не накопичення таблиць, а виявлення моментів, коли підтримка потрібна найбільше.

Значення воєнного й побутового контексту

Інтерпретуючи результати моніторингу, важливо враховувати конкретний воєнний і побутовий контекст його проведення. Дослідження припало на особливо несприятливий період триваючої війни – зиму 2025–2026 років, яка супроводжувалася інтенсивними обстрілами енергетичної інфраструктури Києва та Київської області, тривалими бжеаутами й вимкненнями опалення. Тому конкретний діагностичний результат учасників міг безпосередньо залежати від їхньої побутової ситуації на момент заповнення шкал, а також від того, скільки часу минуло після останнього обстрілу або іншої гострої стресової події.

Ця обставина є важливою не як обмеження, а як методологічний урок. У воєнних умовах стан респондента не можна розглядати поза контекстом поточних подій. Якщо опитування проводиться після масованого обстрілу, тривалої відсутності електроенергії, порушення сну або складного робочого дня, відповіді можуть відображати не лише загальний рівень стресу, а й гострий ситуативний вплив. Саме тому регулярний моніторинг має перевагу над разовим зрізом, оскільки він дозволяє згладити випадковість окремого моменту й побачити ширшу динаміку.

Водночас цей контекст пояснює й організаційні труднощі дослідження. Зокрема, мала кількість учасників повторної психодіагностичної серії могла бути пов'язана не лише з недостатньою мотивацією, а й із реальними побутовими й безпековими обмеженнями – відсутністю електроенергії, нестабільним інтернетом, перевантаженням, поганим самопочуттям або неможливістю виділити час на довшу психодіагностичну батарею.

Індивідуальні траєкторії як основа для адресної підтримки

Окреме значення має аналіз індивідуальних траєкторій. Наявність 12 педагогів, які пройшли всі шість зрізів, дозволила обережно розглядати не лише

групові середні значення, а й різні сценарії змін. Моніторинг показав, що індивідуальні траєкторії не були однорідними: в частини педагогів погіршення мало відносно стабільний характер, у частини – хвилеподібний, а в окремих випадках поряд із негативними зрушеннями спостерігалось часткове відновлення окремих показників.

Це є одним із найважливіших аргументів на користь адресної підтримки. Групове середнє значення може бути корисним для управлінських рішень, але воно приховує індивідуальні відмінності. Двоє педагогів можуть мати однаковий середній рівень втоми, але різні профілі: один – високу втому при збереженому настрої та бажанні працювати, інший – втому в поєднанні з пригніченістю, спустошеністю та зниженням життєвої задоволеності. Очевидно, що підтримка в цих випадках має бути різною.

Для технології моніторингу це означає, що бажано поєднувати два рівні зворотного зв'язку: груповий і індивідуальний. Груповий рівень потрібний адміністрації, психологічній службі або організаторам підтримки для розуміння загальних тенденцій. Індивідуальний рівень потрібний самому педагогу або психологу для виявлення персональної траєкторії ризику й ресурсу. При цьому індивідуальні дані мають використовуватися лише за умов чіткої конфіденційності й добровільності.

Практичні індикатори для поточного відстеження

За результатами апробації можна виділити кілька показників, які мають особливу цінність для регулярного експрес-моніторингу педагогічних працівників (таблиця 3.5).

Таблиця 3.5

Найбільш практично цінні моніторингові показники

Індикатор	Що показує	Практичне значення
Баланс ресурсно-функціонального й дистресового блоків	Співвідношення між збереженими ресурсами та проявами неблагополуччя	Загальний сигнал стабілізації або погіршення
Стривоженість	Рівень напруженого очікування, невизначеності, внутрішньої мобілізації	Ранній маркер потреби у стабілізаційних заходах
Втомленість	Дефіцит відновлення, психофізіологічне виснаження	Показник потреби у режимних, тілесних і відновлювальних практиках
Працездатність	Поточна здатність виконувати професійні завдання	Маркер ризику функціонального зниження
Стан здоров'я	Суб'єктивне фізичне самопочуття	Сигнал можливої соматизації або потреби у медичній допомозі
Зацікавленість у роботі / бажання працювати	Рівень професійної включеності	Показник збереження професійного сенсу
Спустошеність і байдужість	Ознаки емоційного відчуження	Пізніші маркери виснаження, які потребують особливої уваги

Особливо цінним є не окремий показник, а їх поєднання. Наприклад, висока тривожність при збереженому бажанні працювати вказує на потребу у стабілізаційних техніках і роботі з невизначеністю. Висока втомленість при зниженій працездатності та погіршенні здоров'я вказує на потребу у відновленні, гігієні сну, регуляції навантаження і, можливо, медичній консультації. Зростання спустошеності й байдужості є більш тривожним сигналом, оскільки може свідчити про перехід від напруженого функціонування до емоційного відсторонення.

Організаційні уроки апробації

Апробація дворівневої моделі дала не лише психологічні, а й організаційні висновки. Перший із них стосується тривалості та складності інструментарію. Повна психодіагностична батарея є необхідною для глибокого профілювання, але її важко часто повторювати в реальних умовах роботи педагогічних колективів, особливо під час війни. Тому вона має застосовуватися періодично, тоді як між такими зрізами доцільно використовувати коротку експрес-самооцінку.

Другий урок стосується мотивації учасників. Регулярний моніторинг буде життєздатним лише тоді, коли педагоги розумітимуть його практичний сенс. Якщо опитування сприймається як чергова формальна процедура, участь швидко знижується. Якщо ж учасники бачать, що результати використовуються для реального планування підтримки, отримують узагальнений зворотний зв'язок і відчують конфіденційність, мотивація до участі зростає.

Третій урок пов'язаний із необхідністю автоматизації. Для практичного впровадження доцільно використовувати онлайн-форми з автоматичним збором даних і бажано з простими візуальними панелями для фахівців, які здійснюють супровід. Це дозволить швидко бачити зміни в групі, виявляти критичні зрізи й не витратити надмірний час на ручну обробку.

Четвертий урок стосується етичних умов. Моніторинг має проводитися так, щоб педагоги не боялися негативних наслідків своїх відповідей. Дані мають використовуватися не для оцінювання професійної придатності, а для підтримки. Саме тому важливо розмежовувати індивідуальну конфіденційну інформацію та узагальнені групові результати, які можуть передаватися адміністрації або органам управління освітою.

П'ятий урок полягає у необхідності врахування інтенсивності впливу воєнної ситуації в динаміці. Результати моніторингу доцільно інтерпретувати разом із інформацією про зовнішні події: обстріли, тривалі повітряні тривоги, блекаут, складні навчальні періоди, канікули, завершення семестру, атестаційні навантаження тощо. Без цього динаміка може бути неправильно витлумачена як суто внутрішньогрупова, тоді як насправді вона може відображати реакцію на конкретні зовнішні події.

Практичне значення дворівневої моделі для підтримки педагогів

Результати апробації підтверджують, що дворівнева модель моніторингу має безпосередню прикладну цінність. Вона дозволяє вибудовувати підтримку

не лише за принципом «після того, як проблема стала очевидною», а у превентивній логіці.

На рівні всієї педагогічної спільноти експрес-моніторинг може сигналізувати про потребу в універсальних заходах – коротких стабілізаційних зустрічах, психоедукації щодо хронічного стресу, впровадженні мікропауз, нормалізації втоми, підтримці командної взаємодії, обговоренні навантаження і меж професійної відповідальності.

На рівні груп ризику моніторинг дозволяє виявляти педагогів або підгрупи, у яких поєднуються висока тривожність, втомленість, погіршення самопочуття, зниження працездатності та життєвої задоволеності. Для них доцільними є короткі програми відновлення, робота зі сном, техніки зниження фізіологічного збудження, групи підтримки, супервізійні зустрічі та індивідуальні консультації.

На індивідуальному рівні дані можуть допомогти самому педагогу побачити власну динаміку: коли стан погіршується, що саме змінюється першим, які показники залишаються ресурсними, а які є найбільш вразливими. Такий персональний зворотний зв'язок може підвищувати усвідомленість і сприяти формуванню індивідуального плану відновлення.

Особливо важливо, що результати дослідження не свідчать про повну втрату педагогами професійного сенсу. Навпаки, зацікавленість у роботі й бажання працювати залишалися відносно збереженими навіть тоді, коли тривога та втома зростали. Це означає, що підтримка має бути спрямована не на «повернення мотивації з нуля», а на збереження професійної включеності через зменшення тривоги, відновлення фізичних і психологічних ресурсів, нормалізацію навантаження та підтримку відчуття контролю.

Практичні висновки для технології моніторингу

Апробація дворівневої моделі моніторингу у педагогічній громаді дозволяє сформулювати кілька важливих висновків.

По-перше, базовий діагностичний зріз і регулярний експрес-моніторинг мають різні, але взаємодоповнювальні функції. Перший дає глибину й дозволяє описати структуру ризиків і ресурсів. Другий дає часову чутливість і дозволяє бачити коливання поточного стану.

По-друге, повторна психодіагностика за повною батареєю є бажаною, але в реальних воєнних умовах може мати низьку участь. Тому при плануванні технології потрібно передбачати організаційні способи утримання учасників: коротші форми, нагадування, зручний час, зрозумілий зворотний зв'язок, конфіденційність і пояснення практичної користі.

По-третє, експрес-моніторинг показав, що психоемоційний стан педагогів має хвилюподібний характер. Найбільш інформативними виявилися не лише окремі показники, а баланс між ресурсно-функціональним і дистресовим блоками. Саме зміна цього балансу дозволяє виявляти точки напруження.

По-четверте, ключовими динамічними індикаторами ризику стали стривоженість і втомленість. Вони відображають два провідні виміри воєнного стресу у педагогів: постійну мобілізацію перед загрозою і дефіцит відновлення.

По-п'яте, збереження зацікавленості у роботі та бажання працювати на тлі зростання тривоги й втоми свідчить про особливий ризиковий профіль педагогів – професійна включеність ще збережена, але підтримується дедалі більшою внутрішньою напругою. Саме ця ситуація потребує ранньої профілактики.

По-шосте, індивідуальні траєкторії є неоднорідними, тому підтримка має бути не лише загальною, а й адресною. Моніторинг дозволяє розрізняти стабільне погіршення, хвилеподібні коливання, часткове відновлення і приховане виснаження.

По-сьоме, результати моніторингу потрібно інтерпретувати з урахуванням воєнного, побутового та організаційного контексту. Умови проведення – обстріли, блекаут, нестача тепла, навчальне навантаження – можуть істотно впливати на поточні самооцінки педагогів.

Узагальнюючи, можна зазначити, що апробація дворівневої моделі моніторингу у педагогічній громаді підтвердила її практичну доцільність. Поєднання базової психодіагностики та регулярної експрес-самооцінки дозволило не лише окреслити загальний профіль наслідків стресу війни у педагогів, а й виявити динамічні точки напруження, періоди відносної стабілізації, індивідуальні траєкторії змін і найбільш чутливі індикатори поточного стану. Центральною проблемою педагогічних працівників у цьому кейсі постало не руйнування професійної мотивації, а наростання тривоги й втоми при збереженні професійної включеності. Саме ця комбінація має бути однією з головних мішеней подальшого моніторингу, профілактики та психологічного супроводу педагогічних працівників в умовах війни.

3.4. Результати апробації у викладачів закладів вищої освіти та формулювання рекомендацій щодо її впровадження як кроку до збереження академічної стійкості

Організація та процедура дослідження.

Апробація психологічної технології моніторингу наслідків стресу війни (теоретичні засади якої викладено в: Панасенко & Войтович, 2025) проводилася на вибірці *викладачі закладів вищої освіти* у три етапи: у 2025 році (N=52) та у 2026 році (N=64 та N=20). Учасниками дослідження були викладачі, які працюють у закладах вищої освіти.

Процедура моніторингу включала:

1. Періодичну діагностику (один раз на 3-6 місяців) за 8 основними методиками.

2. Регулярну експрес-самооцінку (один раз на 1-2 тижні) за методикою шкалою самооцінки.

Дослідження проводилося на базі закладів вищої освіти міста Києва (на засадах анонімності) у два етапи. На першому етапі (жовтень-листопад 2025 року) та другому етапі (березень-квітень 2026 року) було сформовано

комплексний діагностичний інструментарій, що охоплює 8 стандартизованих методик та дозволяє отримати 29 кількісних показників:

- *Опитувальник професійного вигорання* (MBI / Maslach Burnout Inventory, Maslach, Jackson, & Leiter, 1996, 2017; у перекладі та адаптації Н. Водоп'янової) – визначає рівні емоційного виснаження, деперсоналізації, редукції особистих досягнень та інтегральний показник вигорання.

- *Шкала «Реакція на тривалий травматичний стрес»* (PTTC / The Continuous Traumatic Stress Response Scale, адаптація Л. Засекіної та ін., 2024) – фіксує прояви виснаження, люті, страху, відчуття зради та загальний рівень травматичного стресу.

- *Гісенський опитувальник соматичних скарг* (The Giessen Subjective Complaints List, Brähler, Hinz, & Scheer, 2008) – оцінює вираженість соматизації за шкалами виснаження, шлункових, серцевих, ревматичних скарг та сумарний інтегральний тиск скарг.

- *Шкала резильєнтності Коннора-Девідсона-10* (CD-RISC-10, Campbell-Sills & Stein, 2007; у перекладі та адаптації Школіної та ін., 2020) – спрямована на оцінку загального рівня резильєнтності особистості.

- *Шкала самоефективності Р. Шварцера та М. Єрусалема* (GSE / General Self-Efficacy Scale, Schwarzer & Jerusalem, 1995; у перекладі та адаптації І. Галецької, 2003) – вимірює рівень загальної самоефективності.

- *Опитувальник професійної життєстійкості* (Professional Hardiness Questionnaire, Кокун, 2021; Kokun, 2021) – аналізує структуру життєстійкості через 8 показників: включеність, контроль, прийняття виклику, а також емоційний, мотиваційний, соціальний, професійний компоненти та загальний рівень.

- *Шкала задоволеності життям* (SWLS / The Satisfaction with Life Scale, Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985; у перекладі та адаптації А. Стаднік, Ю. Мельник, 2023) – оцінює суб'єктивне сприйняття задоволеності власним життям.

- *Модель BASIC Ph* (M. Lahad, Shacham, & Ayalon, 2013) – диференціює провідні копінг-ресурси особистості за шкалами: віра (Belief), емоції (Affect), соціальність (Social), уява (Imagination), когнітивність (Cognition) та фізична активність (Physiological).

На першому етапі у дослідженні (2025 рік) взяли участь 52 викладачі ЗВО, а на другому етапі (2026 рік) – 64 викладачі ЗВО. Окремий цикл регулярного моніторингу (лютий-квітень 2026 року) було організовано з використанням «Методики шкалової експрес-самооцінки» (14 шкал) (Кокун, 2004), в якому взяли участь 20 викладачів. У даному розділі представлено результати **періодичної діагностики** за два роки (2025-2026) з акцентом на динаміку показників, типологію викладачів та фактори, що впливають на їхнє професійне вигорання, деперсоналізацію та резильєнтність.

Соціально-демографічна характеристика вибірки. У дослідженні взяли участь викладачі закладів вищої освіти різного віку та професійного стажу. Нижче наведено характеристики вибірок 2025 та 2026 років; інтерпретація міжрічних відмінностей потребує врахування складу учасників.

1. Гендерний склад:

- 2025 рік: У вибірці переважають жінки – 90,4% (47 осіб), тоді як чоловіки становлять лише 9,6% (5 осіб).
- 2026 рік: Гендерна структура залишається стабільною зі збереженням значної фемінізації вибірки. Частка жінок зросла до 93,5% (58 осіб), чоловіків 6,5% (4 особи).
- У вибірці 2025 року переважають жінки. Такий склад слід враховувати під час узагальнення результатів; сам по собі він не доводить репрезентативності вибірки.

2. Віковий розподіл:

- 2025 рік: найбільша вікова група: 51-60 років (30,8%, 16 осіб). Також значною є частка респондентів віком 31-40 років (25,0%, 13 осіб) та 41-50 років (23,1%, 12 осіб). Молодь (18-30 років) представлена мінімально (5,8%), що пояснюється специфікою професії (викладачі).
- 2026 рік: Вікова структура дещо змінюється. Найчисельнішою стає група 31-40 років (29,0%, 18 осіб). Частка респондентів 41-50 років зростає до 24,2% (15 осіб), а група 51-60 років дещо скорочується до 22,6% (14 осіб). Також суттєво збільшується кількість молодих викладачів віком 18-20 років (з 5,8% до 19,4%).

Висновок про вікові відмінності між вибірками потребує звірення меж вікових категорій та чисельностей. За цими даними не можна встановити причину зміни складу учасників.

3. Професійний стаж

- 2025 рік: Розподіл за стажем є досить рівномірним, проте виділяються дві найбільші групи: зі стажем понад 30 років (28,8%, 15 осіб) та 21-30 років (25,0%, 13 осіб). Це вказує на значну частку досвідчених викладачів.
- 2026 рік: Структура стажу стає більш збалансованою. Найбільша група зі стажем 21-30 років (24,2%, 15 осіб), зростає частка викладачів зі стажем 6-10 років (19,4%) та 1-5 років (17,7%).

Відмінності за стажем можуть залежати від складу учасників відповідної хвилі. Їх не слід ототожнювати з оновленням кадрового складу закладів освіти.

Отже, у вибірці 2025 року переважали жінки; найбільшу вікову групу становили викладачі 51–60 років. Опис демографічних відмінностей між хвилями потребує узгодження чисельностей та меж категорій за 2026 рік.

Зміна обсягу та складу вибірок обмежує інтерпретацію міжрічних порівнянь. Відмінності між групами 2025 і 2026 років не є безпосереднім доказом змін у тих самих осіб або репрезентативності обстежених груп для всіх викладачів ЗВО.

Організація аналітичного підходу до моніторингу психічних станів фахівців психолого-педагогічного профілю в умовах війни.

У межах цього дослідження авторським колективом передбачено використання лонгітюдного моніторингу психічних станів означених фахівців із застосуванням методики шкалової самооцінки на зорово-аналогових шкалах (Кокур, 2004). Методика дозволяє оперативно фіксувати зміни суб'єктивного

стану респондентів за ключовими індикаторами (самопочуття, активність, настрій, працездатність, тривожність, пригніченість, втомленість, спустошеність тощо) з високою чутливістю до динаміки психічних процесів.

На початковому етапі було проведено одноразовий психодіагностичний зріз і порівняння підгруп за суб'єктивно оціненим впливом війни. Такий аналіз характеризує міжгрупові відмінності на момент обстеження, але не дає змоги реконструювати індивідуальну часову динаміку психічних станів.

Аналітичний моніторинг здійснювався шляхом інтеграції даних за кількома діагностичними блоками:

- *індикатори пережитого стресового впливу війни* (суб'єктивна оцінка загрози життю, змін фізичного та психічного стану, матеріального становища та життєвих перспектив);

- *показники негативних психічних станів* (тривожність, пригніченість, емоційне виснаження, вигорання, втомленість, спустошеність);

- *ресурсні характеристики особистості* (копінг-стратегії, психологічна стійкість, рівень саморегуляції, професійна життєстійкість та залученість до професійної діяльності).

- З метою відтворення динамічного аспекту психічних станів було використано порівняльний аналіз підгруп респондентів, сформованих за рівнем пережитого стресового впливу війни та за суб'єктивною оцінкою змін емоційного стану упродовж воєнного періоду (дуже сильне реагування, сильне реагування, помірне реагування, тенденція до реагування, відсутність реагування), в результаті якого було визначено тип реагування на стрес (див. табл. 3.6).

Таблиця 3.6

Типи реагування на стрес

Тип реагування	Показники	Характер міжгрупових відмінностей
Дуже сильне реагування	РТТС (виснаження та лють; страх та зрада; загальний показник)	Лінійне зростання
Сильне реагування	МБІ (загальне, емоційне виснаження), Гісен (тиск, ревматичний фактор, серцеві, шлункові скарги)	Лінійне зростання
Помірне реагування	Самоефективність, резильєнтність, BASIC Ph (емоції), МБІ (редукція досягнень)	U-подібна або лінійне зниження
Тенденція до реагування	Basic Ph (віра, уява, когнітивність, фізіологічна активність)	U-подібна
Відсутність реагування	Задоволеність життям, більшість показників професійної життєстійкості (включеність, контроль, прийняття виклику), Basic Ph (соціальність)	Стабільна

Тип динаміки – це характер зміни психологічного показника під час переходу від однієї групи до іншої (від низького рівня стресу → до середнього

→ до високого). Лінійне зростання постійно йде вгору (наприклад, чим більший стрес, тим вищий показник стресу). Лінійне зниження постійно йде вниз (наприклад, чим більший стрес, тим нижча мотивація). U-подібна динаміка спочатку падає, потім зростає (наприклад, резильєнтність: низька при середньому стресі, проте висока при високому). Стабільна динаміка майже не змінюється (наприклад, задоволеність життям однакова за будь-якого рівня стресу).

У таблиці 3.7 наведено модель аналітичного моніторингу наслідків стресу війни у фахівців.

Крім того, структура індикаторів, використаних у дослідженні, була співвіднесена з параметрами, які входять до методики шкалової самооцінки (самопочуття, активність, настрій, працездатність, стан здоров'я, життєва задоволеність, зацікавленість у роботі, задоволеність від роботи, бажання працювати, стривоженість, пригніченість, втомленість, спустошеність, байдужість до навколишнього), що дозволило забезпечити концептуальну узгодженість отриманих результатів із моделлю лонгітюдного моніторингу.

Таблиця 3.7

Модель аналітичного моніторингу наслідків стресу війни у фахівців

Блок моделі	Зміст блоку	Основні індикатори	Психодіагностичні показники
1. Стресовий вплив війни	Інтенсивність та суб'єктивне переживання стресових подій	Загроза життю; зміни фізичного стану; зміни емоційного стану; зміни матеріального становища; зміни життєвих перспектив	Соціально-психологічні питання Анкети; узагальнений індекс стресового впливу
2. Негативні психічні наслідки	Деструктивні зміни психічного стану під впливом хронічного стресу	тривожність; пригніченість; емоційне виснаження; втомленість; спустошеність; соматизація; деперсоналізація	РТТС; МВІ; Гісенський опитувальник соматичних скарг
3. Ресурсні механізми	Особистісні та поведінкові ресурси подолання стресу	Резильєнтність; самоефективність; копінг-стратегії (віра, емоції, соціальність, мислення, активність)	CD-RISC; GSE; Basic Ph
4. Професійна стійкість	Здатність зберігати ефективність діяльності в умовах стресу	професійна включеність; контроль; прийняття виклику; емоційний, мотиваційний, соціальний компоненти	Опитувальник професійної життєстійкості
5. Інтегральні результати	Узагальнений психічний стан та адаптація	психологічне благополуччя; задоволеність життям; працездатність; залученість	SWLS; інтеграція показників усіх блоків

Таким чином, реалізований підхід дозволяє розглядати отримані результати як основу для подальшого впровадження систематичного моніторингу психічних станів фахівців, а також як валідний інструмент оцінки наслідків стресу війни в умовах обмежених дослідницьких можливостей.

Встановлена відповідність індикаторів методики шкалованої самооцінки та показників використаних психодіагностичних методик дозволяє інтегрувати результати одноразового дослідження у структуру моніторингу психічних станів. Такий підхід забезпечує можливість інтерпретації отриманих даних у динамічному контексті та створює підґрунтя для подальшого лонгітюдного відстеження змін психічного стану фахівців (Войтович & Панасенко, 2025).

Обґрунтовано доцільність застосування *аналітичної моделі моніторингу психічних станів* у дослідженнях, проведених в умовах обмежених можливостей лонгітюдного спостереження, що може розглядатися як прототип моніторингового підходу.

Представлена модель відображає логіку моніторингу наслідків стресу війни, де стресовий вплив розглядається як базовий фактор, що зумовлює формування негативних психічних станів, які, своєю чергою, модифікуються ресурсними механізмами особистості та рівнем професійної життєстійкості, визначаючи інтегральний стан психологічного благополуччя та є альтернативною моделлю моніторингу для кризових умов (див. рис. 3.1).

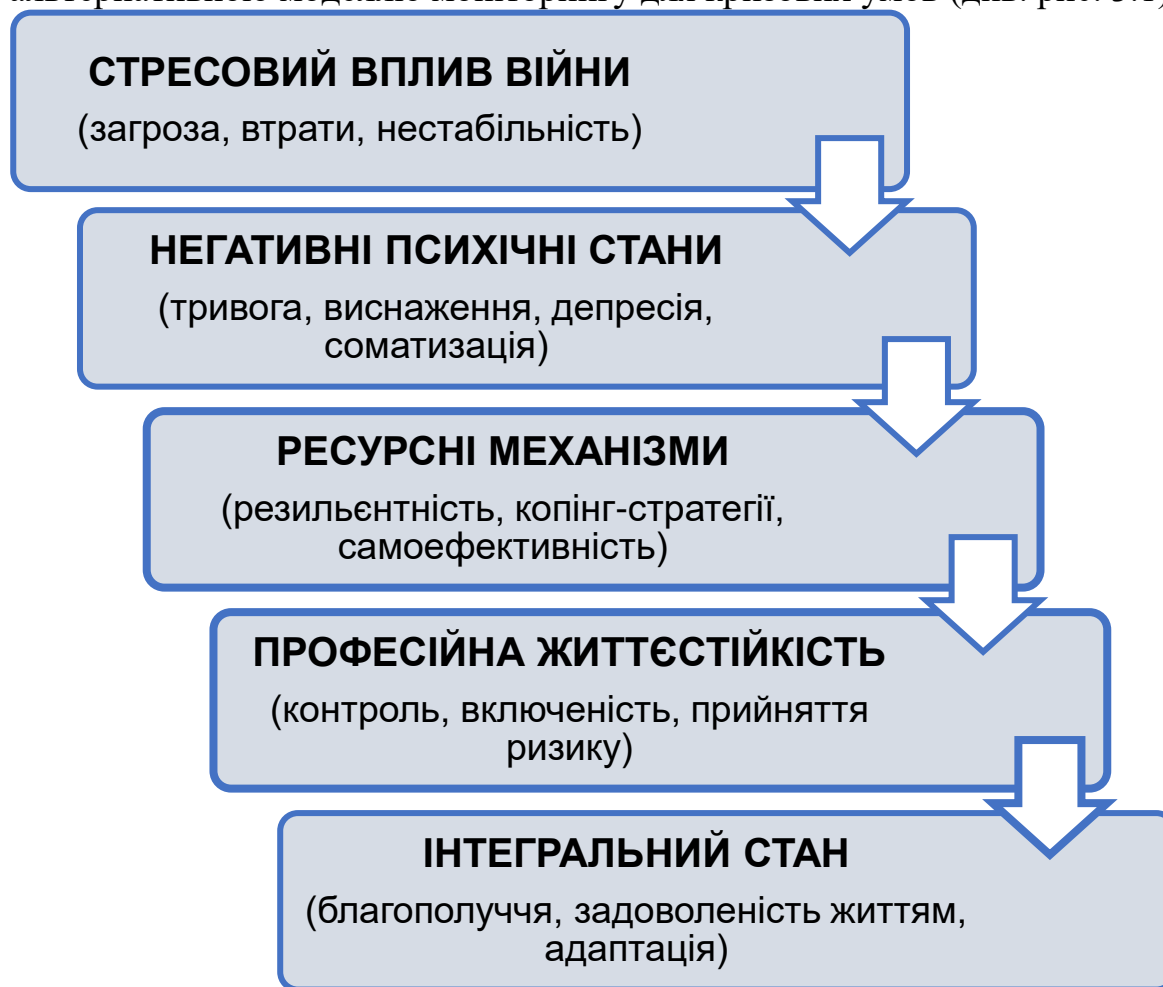


Рис. 3.1. Аналітична модель моніторингу наслідків стресу війни

Запропонована аналітична модель систематизує міжгрупові відмінності психологічного функціонування за одноразовим зрізом. Послідовність станів у цій моделі є гіпотезою для подальшої перевірки повторними вимірюваннями. Модель доповнює періодичну діагностику, але не замінює лонгітюдного моніторингу.

Результати періодичної діагностики.

Описові статистики. У таблиці 3.8 наведено описові статистики (середнє арифметичне, стандартне відхилення, мінімальні та максимальні значення) за всіма використаними методиками у 2025 та 2026 роках.

Таблиця 3.8

Описові статистики

Показник	Рік дослідження			
	2025 (n=52)		2026 (n=64)	
	Min/ Max	M±SD	Min/ Max	M±SD
Емоційне виснаження	10,00/47,00	28,59±7,47	9,00/47,00	29,08±7,65
Деперсоналізація	4,00/25,00	13,01±4,61	1,00/25,00	11,63±5,80
Редукція досягнень	5,00/37,00	18,98±6,01	2,00/37,00	18,41±6,42
Загальний показник вигорання	25,00/91,00	69,58±13,99	25,00/91,00	59,11±13,89
Виснаження та лють	2,00/14,00	6,90±3,08	,00/18,00	5,91±3,16
Страх та зрада	,00/15,00	5,77±2,97	,00/15,00	5,63±2,73
Загальний показник стресу	,00/33,00	12,67±5,52	,00/33,00	11,53±5,48
Виснаження	4,00/23,00	12,98±4,68	,00/23,00	12,05±5,38
Шлункові скарги	,00/18,00	6,17±4,45	,00/19,00	5,26±4,38
Ревматичний фактор	1,00/21,00	11,35±4,62	,00/24,00	12,19±5,61
Серцеві скарги	,00/18,00	6,79±4,17	,00/17,00	6,63±4,57
Тиск	7,00/76,00	37,29±17,23	,00/76,00	36,13±17,13
Резильєнтність	6,00/40,00	22,23±6,84	7,00/39,00	22,23±7,16
Самоефективність	18,00/38,00	28,79±4,53	18,00/40,00	28,88±4,49
Включеність	9,00/30,00	21,28±5,21	9,00/29,00	21,52±4,59
Контроль	10,00/31,00	20,90±4,89	11,00/31,00	21,52±4,01
Прийняття виклику	10,00/30,00	20,25±4,79	11,00/30,00	20,59±3,89
Емоційний компонент ПЖ	2,00/24,00	16,44±4,09	2,00/22,00	16,17±3,64
Мотиваційний компонент ПЖ	8,00/24,00	17,38±3,54	8,00/24,00	17,06±3,15
Соціальний компонент ПЖ	7,00/20,00	15,11±3,32	7,00/20,00	15,09±3,14
Професійний компонент ПЖ	5,00/24,00	15,48±4,06	5,00/24,00	15,29±3,45
Загальний рівень ПЖ	34,00/86,00	64,41±12,31	34,00/85,00	63,63±11,09
Задоволеність життям	10,00/35,00	20,46±5,23	5,00/35,00	20,79±6,05
Віра	8,00/34,00	21,50±5,58	8,00/33,00	20,89±5,45
Емоції	4,00/31,00	18,00±6,19	1,00/31,00	16,75±6,33
Соціальність	,00/29,00	17,92±6,38	,00/29,00	16,53±5,90
Уява	1,00/32,00	19,57±7,66	,00/32,00	18,75±7,07
Когнітивність	11,00/35,00	23,57±6,08	6,00/35,00	23,03±6,69
Фізіологічна активність	7,00/33,00	19,75±5,61	7,00/34,00	19,72±5,86

У таблиці 3.8 зіставлено описові показники вибірок 2025 та 2026 років (n = 52 і n = 64). Числа за 2025 рік потребують звірення через неузгодженість загальних балів із сумами компонентів та вихід окремих максимумів за межі

шкал. До завершення перевірки висновки про напрям і величину міжрічних змін є попередніми.

Під час інтерпретації слід розмежовувати показники: шлункові скарги та ревматичний фактор належать до Гіссенського опитувальника; «виснаження та лють» – до РТТС; контроль і загальний РНҚ – до професійної життестійкості. Останній показник не є загальною оцінкою психологічного здоров'я. Висновок про кращу адаптацію у 2026 році потребує узгоджених даних та врахування складу вибірок.

Кластерний аналіз результатів дослідження. Для виявлення однорідних груп респондентів за досліджуваними показниками психічного стану та копінг-ресурсів проведено *кластерний аналіз методом k-середніх* на основі даних 52 викладачів ЗВО у 2025 році (пропущені значення відсутні). Кількість кластерів $k = 4$ задано з огляду на змістову інтерпретацію. Оптимальність цього рішення та його стійкість потребують окремої перевірки.

Процедура кластеризації. Найбільші зміни центрів відбулися на першій ітерації (26,4–33,9), на другій вони зменшилися до 3,0–6,5; на четвертій ітерації алгоритм досяг *збіжності*. Це свідчить про завершення обчислювальної процедури за заданих параметрів, але не визначає оптимальної кількості кластерів. Мінімальна відстань між початковими центрами становила 64,699; вона не є самостійним доказом якості кінцевого групування.

У результаті аналізу всіх респондентів ($N=52$) було розподілено на чотири кластери (див. табл. 3.9).

Таблиця 3.9

Розподіл респондентів за кластерами (2025 рік, $N=52$)

Тип кластеру	N	%
Деадаптивний	10	19,2
Соматизовано-напружений	14	26,9
Адаптивно-ресурсний	16	30,8
Резильєнтний	12	23,1
Разом	52	100

Опис типів кластерів (2025). Найчисельнішим виявився *адаптивно-ресурсний кластер* (30,8%), найменшим – *деадаптивний* (19,2%). Розподіл є відносно рівномірним, що свідчить про достатню диференціацію вибірки.

Деадаптивний тип (19,2%) – характеризується найвищим рівнем вигорання (70,90) та стресу (15,10) при найнижчій життестійкості (47,20). Резильєнтність, самоефективність та когнітивність є мінімальними. Це найбільш несприятливий тип, який свідчить про виснаження адаптаційних механізмів.

Соматизовано-напружений тип (26,9%) – демонструє найвищий рівень тиску (57,86) та високий стрес (14,50), однак життестійкість (69,86) та резильєнтність (24,36) залишаються високими. Задоволеність життям є найвищою серед усіх типів (24,07). Це парадоксальний тип – високий дистрес поєднується з високими ресурсами.

Адаптивно-ресурсний тип (30,8%) – має середні показники вигорання (64,25), стресу (10,13) та життєстійкості (66,63). Цей тип є найбільш збалансованим і може розглядатися як умовна норма.

Резильєнтний тип (23,1%) – відзначається найнижчим вигоранням (40,67) та стресом (6,33) при найвищих показниках резильєнтності (24,83), самоефективності (31,75) та когнітивності (28,25). Це психологічно благополучний тип із розвиненими копінг-ресурсами.

Змістовна характеристика кластерів (2025). Таблиця 3.10 наводить кінцеві центри чотирьох кластерів, отриманих на етапі кластерного аналізу вибірки 2025 року (n=52), за вісьмома ключовими показниками. Розподіл підтверджує змістовну однорідність усіх чотирьох профілів і узгоджується з їхньою подальшою інтерпретацією у розділі.

Таблиця 3.10

Кінцеві центри кластерів за ключовими показниками (2025 рік, М)

Показник	Деадаптивний (n=10)	Соматизовано- напружений (n=14)	Адаптивно- ресурсний (n=16)	Резильєнтний (n=12)
Вигорання (заг.)	70,90	58,29	64,25	40,67
Стрес (заг.)	15,10	14,50	10,13	6,33
Тиск (заг.)	38,40	57,86	27,88	23,92
Професійна життєстійкість (заг.)	47,20	69,86	66,63	69,58
Резильєнтність	18,30	24,36	19,50	24,83
Самоефективність	26,30	29,79	27,75	31,75
Задоволеність життям	19,70	24,07	19,75	22,00
Когнітивність	18,40	24,64	19,25	28,25

Деадаптивний профіль (n=10) демонструє генералізований дефіцит ресурсів на тлі найвищого рівня дистресу: найвищі показники вигорання (70,90) та стресу (15,10) поєднуються з найнижчою серед усіх профілів професійною життєстійкістю (47,20) – це значення істотно відрізняється від решти трьох профілів, які між собою близькі (66,63-69,86). Водночас саме цей профіль має найнижчі показники резильєнтності (18,30), самоефективності (26,30), задоволеності життям (19,70) та когнітивності (18,40), що підтверджує його характеристику як генералізовано виснаженого, а не вибірково вразливого за одним параметром.

Соматизовано-напружений профіль (n=14) демонструє характерне поєднання, яке пізніше інтерпретується як передумова феномену гіперкомпенсації: попри найвищий рівень тиску (57,86) – суттєво вищий, ніж у решти профілів, – саме цей профіль має найвищу професійну життєстійкість серед усіх чотирьох (69,86) та високі показники резильєнтності (24,36), самоефективності (29,79) і когнітивності (24,64). Тобто вже на етапі формування кластерів фіксується парадоксальне співіснування високого психологічного ресурсу з високим тиском, яке надалі розгортається в емпірично підтверджений «парадокс життєстійкості».

Адаптивно-ресурсний профіль (n=16, найчисельніший) посідає проміжну позицію за більшістю показників, проте має одну нетипову рису: рівень вигорання (64,25) у нього вищий, ніж у соматизовано-напруженого профілю (58,29), попри помітно нижчий тиск (27,88 проти 57,86). Це вказує на те, що вигорання в цьому профілі, ймовірно, накопичується поступово, а не є прямим наслідком гострого тиску, – на відміну від соматизовано-напруженого профілю.

Резильєнтний профіль (n=12) послідовно демонструє найсприятливіші показники за всіма вимірами: найнижчі вигорання (40,67), стрес (6,33) і тиск (23,92), і водночас найвищі резильєнтність (24,83), самоефективність (31,75) та когнітивність (28,25). Це єдиний профіль, у якому висока життєстійкість (69,58) не супроводжується жодним із маркерів прихованого перевантаження, характерних для соматизовано-напруженого профілю.

Таким чином, таблиця 3.10 закладає емпіричне підґрунтя для подальшого диференційованого аналізу: вже на рівні центрів кластерів видно, що дезадаптивний і соматизовано-напружений профілі є вразливими по-різному: перший через дефіцит ресурсів, другий через дисбаланс між високим ресурсом і високим тиском.

Кластерний аналіз результатів дослідження 2026 року. За результатами кластерного аналізу, проведеному у 2026 році (n=64), було виокремлено також чотири специфічні профілі фахівців, що різняться за характером адаптації до умов війни.

У таблиці 3.11 наведено узагальнену якісну характеристику виявлених профілів, а в таблиці 3.12 – їхні кількісні показники (M±SD).

Таблиця 3.12 деталізує наведені вище профілі кількісними показниками (частка вибірки, ключові індикатори M±SD).

Перший профіль – Дезадаптивний тип (високий дистрес, низькі ресурси). Аналіз розподілу респондентів за виділеними кластерами дозволив виявити суттєву міжгрупову варіативність психологічного реагування на виклики війни. Попри високий рівень професійного вигорання, викладачі цього кластера демонструють критично низьку професійну життєстійкість (45,5 бала), що вказує на тотальне вичерпання внутрішніх опор та деструкцію професійної ідентичності.

Таблиця 3.11

Типи кластерів та їхня характеристика (2026 рік, N=64)

Профіль	Характеристика
Дезадаптивний (критичне виснаження)	Низькі ресурси, високе вигорання, критичний стан
Соматизовано-напружений (гіперкомпенсація)	Високі ресурси, але соматичний дистрес
Адаптивно-ресурсний (збалансований)	Помірні ресурси, стабільний стан
Резильєнтний (оптимальний)	Високі ресурси, стійкість до стресу

Типи кластерів викладачів ЗВО (M±SD) у 2026 році

Тип кластеру	Викладачі ЗВО (n=64)
1. Дезадаптивний (високий дистрес, низькі ресурси)	15,6% (n=10) Вигорання: 69,7±8,2 ПЖ: 45,5±6,1
2. Соматизовано-напружений (високий дистрес, високі ресурси)	32,8% (n=21) Стрес: 15,1±2,8 Соматика: 53,7±8,9 ПЖ: 68,4±5,5
3. Адаптивно-ресурсний (середні показники)	28,1% (n=18) ПЖ: 63,6±5,2 Вигорання: 63,9±6,9
4. Резильєнтний (низький дистрес, високі ресурси)	23,4% (n=15) Вигорання: 40,4±4,5 Когнітивність: 28,4±3,1

Другий профіль – **Соматизовано-напружений тип** (високий дистрес, високі ресурси). Цей профіль є домінантним для викладачів ЗВО (32,8%). Тут спостерігається парадоксальне поєднання високої професійної життестійкості (68,4) з інтенсивними соматичними скаргами (53,7). Ми інтерпретуємо цей стан як механізм гіперкомпенсації або функціонального напруження. Викладачі, сприймаючи свою діяльність як місію збереження освітнього процесу, схильні до ігнорування персональних потреб та деструктивних фізичних симптомів, що призводить до витіснення стресу в тілесну сферу. Вказана тенденція ілюструє феномен «парадоксу життестійкості» (Maddi, 2006), за якого високі показники психічної витривалості не лише не запобігають соматизації, а й подекуди сприяють їй, оскільки фахівець продовжує функціонувати в екстремальних умовах за рахунок вичерпання фізіологічного ресурсу. Таким чином, життестійкість розглядається не як механізм нейтралізації стресу, а як чинник кумуляції психосоматичних наслідків професійної активності.

Третій профіль – **Адаптивно-ресурсний тип** (середні показники). Це «золота середина», яка охоплює близько третини респондентів. У викладачів цей рівень вигорання – 63,9, що свідчить про вразливість академічної сфери перед екстремальними викликами без спеціальної психологічної підтримки.

Четвертий профіль – **Резильєнтний тип** (низький дистрес, високі ресурси). Високий рівень благополуччя зафіксовано у 23,4% викладачів. Для викладачів цього типу характерна опора на когнітивний канал подолання (C – Cognition) за моделлю BASIC Ph (28,4 бали). Раціоналізація та інтелектуалізація досвіду виступають для них надійним захисним механізмом.

Для опису відмінностей між отриманими кластерами застосовано однофакторний дисперсійний аналіз (ANOVA). За змінними, використаними для самої кластеризації, цей аналіз не є незалежним підтвердженням надійності або валідності типології.

У групі викладачів ЗВО статистично значущі відмінності зафіксовано за більшістю ключових параметрів: загальним показником професійного вигорання ($F=24,81$; $p<0,001$) та деперсоналізацією ($F=11,02$; $p<0,001$), рівнем травматичного стресу ($F=11,57$; $p<0,001$), інтенсивністю соматичних скарг ($F=30,99$; $p<0,001$), а також за показниками професійної життєстійкості ($F=23,22$; $p<0,001$) та копінг-ресурсами віри ($F=9,23$; $p<0,001$) і когнітивності ($F=11,42$; $p<0,001$). Водночас, диференціація за рівнем самоефективності ($p=0,112$) та загальної резильєнтності ($p=0,222$) у цій групі виявилася статистично непідтвердженою.

Для верифікації внутрішніх зв'язків між компонентами дистресу та ресурсними характеристиками фахівців було розраховано коефіцієнт кореляції Спірмена в кожній з вибірок.

Змістовна характеристика типів кластерів (2026). У таблиці 3.12 систематизовано частку вибірки та ключові показники ($M\pm SD$) для кожного з чотирьох профілів 2026 року.

Дезадаптивний тип (15,6%, $n=10$) – найвищий рівень вигорання ($69,7\pm 8,2$) та найнижча професійна життєстійкість ($45,5\pm 6,1$). Викладачі цього типу перебувають у стані хронічного дистресу, що супроводжується зниженням професійної життєстійкості. Вони становлять групу ризику щодо розвитку тяжких форм вигорання.

Соматизовано-напружений тип (32,8%, $n=21$) – найчисленніший тип. Характеризується найвищим рівнем стресу ($15,1\pm 2,8$) та соматичних скарг ($53,7\pm 8,9$) при високій професійній життєстійкості ($68,4\pm 5,5$). Це свідчить про компенсаторні механізми: використання ресурсів для подолання стресового навантаження, що однак не запобігає соматизації.

Адаптивно-ресурсний тип (28,1%, $n=18$) – помірне вигорання ($63,9\pm 6,9$) та середня життєстійкість ($63,6\pm 5,2$). Цей тип є найбільш збалансованим – дистрес не досягає критичних значень, а ресурси залишаються на достатньому рівні.

Резильєнтний тип (23,4%, $n=15$) – найнижче вигорання ($40,4\pm 4,5$) та найвища когнітивність ($28,4\pm 3,1$). Це психологічно благополучна група з розвиненими копінг-ресурсами, яка може виступати ресурсною групою для колег.

Таблиця 3.13 представляє матрицю інтеркореляцій (коефіцієнти Спірмена) між сімома показниками психічного стану викладачів ЗВО на загальній вибірці ($N=64$). Аналіз матриці виявляє чітку структуру взаємозв'язків, яка розпадається на два відносно самостійні кластери показників.

Показники дистресу (вигорання, стрес, тиск) демонструють послідовні позитивні взаємозв'язки: найтісніший зв'язок спостерігається між стресом і тиском ($r=0,564$, $p<0,01$) та між вигоранням і стресом ($r=0,580$, $p<0,01$), тоді як зв'язок вигорання з тиском дещо слабший, хоч і статистично значущий ($r=0,287$, $p<0,05$). Це підтверджує внутрішню узгодженість трьох показників як єдиного вияву дистресу.

Показники ресурсів (резильєнтність, самоефективність, задоволеність життям) також демонструють взаємне підсилення: найтісніший зв'язок виявлено

між резильєнтністю і самоєфективністю ($r=0,627$, $p<0,01$), а резильєнтність помірно корелює також із задоволеністю життям ($r=0,370$, $p<0,01$).

Таблиця 3.13

Інтеркореляції показників психічного стану викладачів ЗВО (N=64)

Показники	1	2	3	4	5	6	7
Вигорання	1	,580**	,287*	-,274*	-,244	-,345**	-,164
Стрес	,580**	1	,564**	,023	-,255*	-,215	-,098
Тиск	,287*	,564**	1	,009	-,065	,115	-,001
Резильєнтність	-,274*	,023	,009	1	,627**	,164	,370**
Самоефективність	-,244	-,255*	-,065	,627**	1	,218	,242
Життєстійкість	-,345**	-,215	,115	,164	,218	1	,137
Задоволеність життям	-,164	-,098	-,001	,370**	,242	,137	1

Показовим є характер взаємодії між двома групами показників. Резильєнтність значуще негативно корелює з вигоранням ($r=-0,274$, $p<0,05$), що відповідає очікуваній протективній функції цього ресурсу. Найсильніший негативний зв'язок із дистресом демонструє професійна життєстійкість, яка значуще пов'язана виключно з вигоранням ($r=-0,345$, $p<0,01$) і жодним чином не корелює ані зі стресом ($r=-0,215$), ані з тиском ($r=0,115$). Показово й те, що сама життєстійкість практично не пов'язана з іншими ресурсними змінними: кореляції з резильєнтністю ($r=0,164$), самоефективністю ($r=0,218$) та задоволеністю життям ($r=0,137$) статистично незначущі.

Це структурне спостереження узгоджується з феноменом «парадоксу життєстійкості», коли життєстійкість функціонує в цій вибірці не як загальний ресурсний чинник, пов'язаний з іншими формами психологічного благополуччя, а як відносно ізольований предиктор саме кінцевого результату виснаження (вигорання), не захищаючи при цьому від переживання стресу чи тиску як таких. Показово також, що тиск, на відміну від вигорання і стресу, не виявляє значущих зв'язків із жодною ресурсною змінною (усі кореляції – в діапазоні від $-0,065$ до $0,115$), що вказує на його відносну незалежність від наявного в особи психологічного ресурсу: високий тиск переживають однаковою мірою і ресурсні, і виснажені викладачі, а розрізняє їх подальша траєкторія – саме вигорання чи його відсутність.

У таблиці 3.14 представлено кореляційний аналіз (Спірмен) між шістьма копінг-каналами моделі BASIC Ph та сімома показниками психічного стану на загальній вибірці (N=64). Результати виявляють виражену нерівномірність протективного потенціалу окремих каналів.

**Інтеркореляції копінг-ресурсів із показниками психічного стану
викладачів ЗВО (N=64)**

Показники	Вигорання	Стрес	Тиск	Резильєнтність	Самоефективність	Життєстійкість	Задоволеність життям
Віра	-,391**	-,087	,097	,313*	,418**	,311*	,200
Емоції	,125	,309*	,399**	,200	,196	,039	,036
Соціальність	-,028	,151	,195	,113	,125	,032	,082
Уява	-,185	,035	,105	,139	,173	,066	,039
Когнітивність	-,349**	-,121	-,064	,321**	,394**	,290*	,157
Фізіологічна активність	-,264*	-,107	,094	,190	,306*	,267*	,262*

Віра (B) і **Когнітивність (C)** демонструють найбільш послідовний та статистично найпотужніший протективний патерн серед усіх шести каналів. Обидва канали значуще негативно корелюють із вигоранням (Віра: $r = -0,391$, $p < 0,01$; Когнітивність: $r = -0,349$, $p < 0,01$) і водночас значуще позитивно пов'язані з усіма трьома ресурсними змінними: резильєнтністю (Віра: $r = 0,313$, $p < 0,05$; Когнітивність: $r = 0,321$, $p < 0,01$), самоефективністю ($r = 0,418$ та $r = 0,394$, $p < 0,01$) і професійною життєстійкістю ($r = 0,311$ та $r = 0,290$, $p < 0,05$). Жоден з цих двох каналів, однак, не виявляє значущого зв'язку зі стресом, тиском чи задоволеністю життям.

Фізіологічна активність (Ph) демонструє помірніший, але змістовно подібний патерн: негативний зв'язок із вигоранням ($r = -0,264$, $p < 0,05$) і позитивні зв'язки із самоефективністю ($r = 0,306$, $p < 0,05$), життєстійкістю ($r = 0,267$, $p < 0,05$) та, на відміну від Віри й Когнітивності, із задоволеністю життям ($r = 0,262$, $p < 0,05$).

Емоції (A), навпаки, є єдиним каналом із протилежним за напрямом патерном: значущі позитивні (а не негативні) кореляції зі стресом ($r = 0,309$, $p < 0,05$) і тиском ($r = 0,399$, $p < 0,01$), і жодного значущого зв'язку з жодною ресурсною змінною. Це може свідчити про те, що активне використання емоційного каналу в цій вибірці радше супроводжує переживання стресу й тиску (як реакція на них), ніж запобігає йому.

Соціальність (S) і **Уява (I)** – два канали, які не виявили жодного статистично значущого зв'язку з жодним із семи показників психічного стану. Такий результат вказує на те, що ці канали в даній вибірці функціонують незалежно від актуального рівня дистресу чи ресурсності, принаймні на рівні лінійних кореляцій, і не можуть розглядатися ні як фактор ризику, ні як протективний ресурс на цій вибірці.

Отримана структура зв'язків узгоджується з фокусом розробленої корекційної програми на моделі BASIC Ph: канали Віри й Когнітивності

виявляють найбільший емпіричний протективний потенціал і заслуговують на пріоритетну увагу, тоді як канал Емоцій потребує обережнішої інтерпретації в межах програми, його активізація сама по собі не є ознакою ресурсності, а радше супроводжує стан навантаження. Водночас негативний зв'язок фізіологічного каналу з вигоранням на рівні всієї вибірки не суперечить описаному вище «парадоксу життестійкості» в соматизовано-напруженому профілі: йдеться про різні рівні аналізу – загальна кореляція на вибірці відображає протективний потенціал каналу в середньому, тоді як парадокс стосується конкретної підгрупи, у якій цей канал, імовірно, використовується неусвідомлено чи дезадаптивно (через соматизацію, а не свідому фізичну активність).

Порівняння кластерних структур 2025 та 2026 років. Зіставлено розподіли у двох вибірках викладачів ЗВО ($N = 52$ і $N = 64$; табл. 3.15). Це описове міжгрупове порівняння; воно не встановлює індивідуальних переходів між профілями.

Таблиця 3.15

Порівняння типів кластерів у 2025 та 2026 роках

Тип кластеру	2025 рік (n=52)	2026 рік (n=64)	Зміна, в. п.
Дезадаптивний	19,2% (n=10)	15,6% (n=10)	–3,61
Соматизовано-напружений	26,9% (n=14)	32,8% (n=21)	+5,89
Адаптивно-ресурсний	30,8% (n=16)	28,1% (n=18)	–2,64
Резильєнтний	23,1% (n=12)	23,4% (n=15)	+0,36

Таким чином, ми можемо спостерігати ключові тенденції:

– **Частка соматизовано-напруженого типу** становила 26,9% у 2025 році та 32,8% у 2026 році; різниця за неокругленими частками дорівнює +5,89 відсоткового пункта. Вона характеризує обстежені групи й не доводить накопичення стресу в тих самих осіб.

– **Частка дезадаптивного типу** становила 19,2% у 2025 році та 15,6% у 2026 році; різниця дорівнює –3,61 відсоткового пункта. За цим зіставленням не можна встановити вплив профілактичних заходів або індивідуальну адаптацію.

– **Частка адаптивно-ресурсного типу** становила 30,8% у 2025 році та 28,1% у 2026 році; різниця дорівнює –2,64 відсоткового пункта.

– **Частка резильєнтного типу** становила 23,1% у 2025 році та 23,4% у 2026 році; різниця дорівнює +0,36 відсоткового пункта. Отже, описового зменшення цієї частки не зафіксовано.

В обох річних вибірках отримано чотирикластерні рішення. Частоти профілів відрізняються описово; їхня зіставність, стійкість та статистична значущість міжрічних відмінностей потребують окремої перевірки. Порівняння різних вибірок не встановлює причин змін або індивідуальних траєкторій стану.

Результати регресійного аналізу. Для виявлення умовних зв'язків із професійним вигоранням, деперсоналізацією та резильєнтністю викладачів ЗВО проведено **множинний регресійний аналіз** (метод Enter) і побудовано по три окремі моделі для вибірок 2025 та 2026 років.

2025 рік

Модель 1. Загальний показник вигорання (залежна змінна)

Якість моделі:

– Множинний коефіцієнт кореляції $R = 0,754$ свідчить про сильний зв'язок між предикторами та вигоранням.

– R -квадрат = 0,568, скоригований R -квадрат = 0,499. Це означає, що модель пояснює 56,8% дисперсії загального показника вигорання (з поправкою на кількість змінних 49,9%), що є високим показником для соціально-психологічних досліджень.

– $F(7,44) = 8,267$, $p < 0,001$ – модель є статистично значущою в цілому.

У таблиці 3.16 наведено значущі предиктори моделі 1 (загальний показник вигорання, 2025 рік).

Таблиця 3.16

Значущі предиктори ($p < 0,05$) в моделі 1.

Предиктор	B (нестандарт.)	β (стандарт.)	t	p
Загальний показник стресу	1,384	0,546	4,902	<0,001
Небезпека для життя	-3,927	-0,304	-2,923	0,005
Загальний рівень професійної життєстійкості	-0,299	-0,263	-2,404	0,020
Резильєнтність	-0,505	-0,247	-2,205	0,033

Найбільший позитивний стандартизований коефіцієнт у моделі вигорання має **загальний показник стресу** ($\beta = 0,546$): за фіксованих значень інших предикторів різниці в 1 бал стресу відповідає різниця в 1,384 бала вигорання. Для **професійної життєстійкості** ($\beta = -0,263$) та **резильєнтності** ($\beta = -0,247$) наведено негативні умовні зв'язки. Напрям змістової інтерпретації коефіцієнта небезпеки для життя ($\beta = -0,304$) залежить від фактично використаного кодування відповідей. Ці результати не встановлюють причинних ефектів.

А вік, стаж та самооцінка ефективності не є статистично значущими предикторами ($p > 0,05$) у цій моделі.

Колінеарність: VIF для всіх предикторів знаходиться в межах 1,106-3,624, що нижче критичного значення 10, отже проблем мультиколінеарності немає.

Модель 2. Деперсоналізація (залежна змінна)

Якість моделі:

– $R = 0,512$ вказує на помірний зв'язок.

– R -квадрат = 0,262, скоригований R -квадрат = 0,199: модель пояснює 26,2% дисперсії деперсоналізації (з поправкою 19,9%).

– $F(4,47) = 4,165$, $p = 0,006$ – модель статистично значуща.

У таблиці 3.17 наведено значущі предиктори моделі 2 (деперсоналізація, 2025 рік).

Таблиця 3.17

Значущі предиктори ($p < 0,05$) в моделі 2

Предиктор	B (нестандарт.)	β (стандарт.)	t	p
Загальний показник стресу	0,284	0,340	2,631	0,011
Загальний рівень професійної життєстійкості	-0,117	-0,312	-2,391	0,021

У моделі деперсоналізації стрес має позитивний умовний зв'язок із залежною змінною ($\beta = 0,340$), а **професійна життєстійкість** – негативний ($\beta = -0,312$). Причинного впливу цих показників на деперсоналізацію наведений аналіз не встановлює.

Натомість, **резильєнтність та самоефективність** не виявилися значущими предикторами деперсоналізації ($p > 0,05$).

Колінеарність: VIF у межах 1,063-1,291 – дуже низька, модель стабільна.

Модель 3. Резильєнтність (залежна змінна)

Якість моделі:

- $R = 0,467$ – помірний, ближче до слабкого зв'язку.
- R -квадрат = 0,218, скоригований R -квадрат = 0,133. Отже, модель пояснює лише 21,8% дисперсії резильєнтності (з поправкою –13,3%).
- $F(5,46) = 2,565$; $p = 0,040$ – модель статистично значуща за $\alpha = 0,05$.

У таблиці 3.18 наведено значущий предиктор моделі 3 (резильєнтність, 2025 рік).

Таблиця 3.18

Значущий предиктор ($p < 0,05$) в моделі 3

Предиктор	B (нестандарт.)	β (стандарт.)	t	p
Самоефективність	0,690	0,457	3,376	0,002

В моделі 3 єдиним значущим предиктором резильєнтності виявилася **самоєфективність** ($\beta = 0,457$): викладачі з вищою вірою у власні здібності демонструють вищу стресостійкість.

Стрес, професійна життєстійкість, вік та стаж не є статистично значущими предикторами резильєнтності в цій моделі ($p > 0,05$). Це не доводить відсутності їхнього зв'язку з резильєнтністю загалом або переважної ролі внутрішніх чинників над зовнішніми обставинами.

Колінеарність: VIF у межах 1,080-3,543 є допустимою.

Узагальнюючі висновки:

– **Стрес** є універсальним фактором ризику: він значущо підвищує і загальний рівень вигорання, і його компонент – деперсоналізацію. Це найсильніший предиктор у моделі.

– **Професійна життєстійкість** є ключовим захисним ресурсом: вона знижує загальне вигорання та деперсоналізацію, але не впливає на резильєнтність.

– **Резильєнтність та вигорання** є пов’язаними, але різними конструктами. У наведених моделях резильєнтність має позитивний умовний зв’язок із самоефективністю та негативний – із вигоранням.

– Коефіцієнт суб’єктивної небезпеки потребує змістової інтерпретації після уточнення ключа кодування. Сам його знак не доводить захисного впливу небезпеки, адаптації або посттравматичного зростання.

– **Соціально-демографічні змінні (вік, стаж)** не відіграють значущої ролі в жодній з моделей, що свідчить про більшу важливість психологічних чинників для пояснення професійного вигорання.

2026 рік

Модель 1. Загальний рівень вигорання (залежна змінна)

Якість моделі:

– $R = 0,729$ – сильний кореляційний зв’язок (дещо нижче, ніж у 2025 р., де $R = 0,754$).

– R -квадрат = 0,531, скоригований R -квадрат = 0,472. Модель пояснює 53,1% дисперсії вигорання (з поправкою – 47,2%), що є добрим результатом.

– $F(7,56) = 9,049$, $p < 0,001$ – модель статистично значуща.

У таблиці 3.19 наведено значущі предиктори моделі 1 (загальний рівень вигорання, 2026 рік).

Таблиця 3.19

Значущі предиктори ($p < 0,05$) у моделі 1

Предиктор	B (нестандарт.)	β (стандарт.)	t	p
Загальний показник стресу	1,551	0,612	5,848	<0,001
Резильєнтність	-0,720	-0,371	-3,017	0,004
Небезпека для життя	-2,953	-0,224	-2,276	0,027

У моделі 2026 року **стрес** має найбільший позитивний стандартизований коефіцієнт ($\beta = 0,612$), а **резильєнтність** – *негативний* ($\beta = -0,371$). Для небезпеки для життя наведено $\beta = -0,224$; його змістовий напрям слід визначити після звірення кодування. Числова відмінність коефіцієнтів від результатів 2025 року сама собою не доводить статистично значущої зміни сили зв’язків.

А от **самоефективність, професійна життєстійкість, вік та стаж** не є статистично значущими предикторами ($p > 0,05$) у цій моделі.

Колінеарність: VIF коливається від 1,152 до 4,334 – допустимі значення.

Модель 2. Деперсоналізація (залежна змінна)

Якість моделі:

– $R = 0,613$ – помірний зв’язок (зріс порівняно з 0,512 у 2025 р.).

– R -квадрат = 0,376, скоригований R -квадрат = 0,334, модель пояснює 37,6% дисперсії деперсоналізації (з поправкою – 33,4%), що значно вище, ніж у 2025 році (26,2%).

– $F(4,59) = 8,889$, $p < 0,001$ – модель є високозначущою.

У таблиці 3.20 наведено значущі предиктори моделі 2 (деперсоналізація, 2026 рік).

Таблиця 3.20

Значущі предиктори ($p < 0,05$) у моделі 2

Предиктор	B (нестандарт.)	β (стандарт.)	t	p
Загальний показник стресу	0,514	0,486	4,359	<0,001
Самоефективність	0,488	0,377	2,673	0,010
Загальний рівень професійної життєстійкості	-0,171	-0,327	-3,052	0,003

У моделі деперсоналізації 2026 року РТТС має позитивний умовний зв'язок із залежною змінною ($\beta = 0,486$), а **професійна життєстійкість** – негативний ($\beta = -0,327$). Міжрічні відмінності коефіцієнтів потребують окремої статистичної перевірки.

Самоефективність має позитивний умовний зв'язок із деперсоналізацією ($\beta = 0,377$) за врахування інших предикторів. Цей результат не встановлює механізму захисного цинізму або причинного впливу впевненості у власних силах на деперсоналізацію.

Резильєнтність не є значущим предиктором деперсоналізації ($p = 0,414$).

Колінеарність: VIF у межах 1,088-1,883 – низька.

Модель 3. Резильєнтність (залежна змінна)

Якість моделі:

- $R = 0,668$ – помірний зв'язок (значно зріс порівняно з 0,467 у 2025 р.).
- R -квадрат = 0,446, скоригований R -квадрат = 0,398, модель пояснює 44,6% дисперсії резильєнтності (з поправкою – 39,8%), що є суттєвим покращенням порівняно з 21,8% у 2025 році.

- $F(5,58) = 9,330$, $p < 0,001$ – модель є високозначущою.

У таблиці 3.21 наведено значущий предиктор моделі 3 (резильєнтність, 2026 рік).

Таблиця 3.21

Значущий предиктор ($p < 0,05$) у моделі 3

Предиктор	B (нестандарт.)	β (стандарт.)	t	p
Самоефективність	1,033	0,647	6,084	<0,001

Єдиним статистично значущим предиктором резильєнтності в цій моделі є **самоефективність** ($\beta = 0,647$). Значення коефіцієнта чисельно більше, ніж у 2025 році ($\beta = 0,457$), але значущість міжрічної різниці окремо не перевірено.

Стрес, професійна життєстійкість, вік та стаж не є значущими предикторами ($p > 0,05$).

Колінеарність: VIF у межах 1,170-4,087 є допустимою.

У таблиці 3.22 узагальнено порівняння всіх трьох регресійних моделей за 2025 та 2026 роки.

Порівняльний аналіз регресійних моделей 2025 та 2026 років

Показник	2025 рік	2026 рік	Описове порівняння
Вигорання (загальне)			
R-квадрат	0,568	0,531	$\Delta R^2 = -0,037$
Найсильніший предиктор	Стрес ($\beta = 0,546$)	Стрес ($\beta = 0,612$)	β чисельно більше
Негативні предиктори	Резильєнтність ($\beta = -0,247$), Життестійкість ($\beta = -0,263$)	Резильєнтність ($\beta = -0,371$)	У 2026 р. значуща резильєнтність
Небезпека для життя	$\beta = -0,304$ ($p = 0,005$)	$\beta = -0,224$ ($p = 0,027$)	Зміст залежить від кодування
Деперсоналізація			
R-квадрат	0,262	0,376	$\Delta R^2 = +0,114$
Найсильніший предиктор	Стрес ($\beta = 0,340$)	Стрес ($\beta = 0,486$)	β чисельно більше
Самоефективність	Не значуща	$\beta = 0,377$ ($p = 0,010$)	Позитивний умовний зв'язок у 2026 р.
Резильєнтність			
R-квадрат	0,218	0,446	$\Delta R^2 = +0,228$
Єдиний предиктор	Самоефективність ($\beta = 0,457$)	Самоефективність ($\beta = 0,647$)	β чисельно більше

Таким чином, узагальнюючи вище наведений матеріал щодо динаміки за **2025 та 2026 роки**, можна зробити такі висновки:

– **Ескалація ролі стресу:** у 2026 році стрес став ще більш потужним тригером як загального вигорання, так і деперсоналізації. Це може відображати накопичення стресових впливів в умовах тривалої війни.

– **Резильєнтність має негативний умовний зв'язок із вигоранням** у моделі 2026 року. Зміна статусу статистичної значущості професійної життестійкості між моделями не **доводить** зникнення її зв'язку або заміщення одного психологічного механізму іншим.

– **Позитивний умовний зв'язок самоефективності з деперсоналізацією** у 2026 році є результатом конкретної регресійної моделі. Його слід перевірити на інших даних; він не доводить, що висока самоефективність *підвищує* деперсоналізацію.

– **Пояснена частка дисперсії в моделях деперсоналізації та резильєнтності чисельно більша у вибірці 2026 року:** R^2 становить відповідно 0,376 проти 0,262 та 0,446 проти 0,218. Це описове порівняння моделей різних вибірок; воно не встановлює часової зміни психологічних механізмів.

– **В обох річних моделях вигорання коефіцієнт суб'єктивної небезпеки негативний.** До уточнення кодування відповідей цей результат не слід тлумачити як «парадокс небезпеки»; він також не є доказом посттравматичного зростання.

– **Соціально-демографічні змінні (вік, стаж)** залишаються незначущими в усіх моделях обох років, що підтверджує пріоритет психологічних чинників над біографічними для пояснення вигорання.

Моніторинг стану викладачів ЗВО із використанням «Методики шкалової експрес-самооцінки».

Моніторинг наслідків стресу у фахівців це:

– систематична (через визначені проміжки часу) фіксація та оцінка емоційних, когнітивних та поведінкових реакцій фахівців на комплекс стресових чинників, зумовлених як професійною діяльністю, так і соціально-політичними обставинами;

– система методів, інструментів та підходів, спрямованих на відстеження, виявлення, оцінювання та коригування негативних психоемоційних наслідків, що виникають у викладачів, умови роботи яких ускладнені комплексом чинників воєнних подій – від досвіду небезпеки до контактів з постраждалими від війни людьми.

Моніторинг стану із використанням «Методики шкалової експрес-самооцінки» (Кокун, 2004), який тривав 10 тижнів (з лютого по квітень 2026 року), проводився 2 рази на місяць, час діагностування до 1 хв. Діагностувалися 14 показників: самопочуття, активність, настрій, працездатність, стан здоров'я, життєва задоволеність, зацікавленість в роботі, задоволеність від роботи, бажання працювати, стривоженість, пригніченість, втомленість, спустошеність, байдужість до навколишнього.

Процедура: кожен, хто бере участь у дослідженні, отримує на свою електронну пошту, яку він вказав при першому опитуванні, бланк шкалової самооцінки, на якому він, згідно з інструкцією, ставить 14 позначок, і електронною поштою його повертає. Динаміка всіх показників фіксується за кожним учасником досліджень.

За цей період було здійснено шість замірів з інтервалом у два тижні. У моніторингу взяли участь 20 викладачів, які добровільно погодилися на регулярне заповнення бланків. Склад цієї групи та її зв'язок із діагностичними хвилями потребують уточнення за первинними записами.

Для регулярного моніторингу (6 замірів, 10 тижнів) було відібрано лише викладачів, які увійшли у два профілі – **дезадаптивний** (n=10) та **соматизовано-напружений** (n=8). Цей вибір зумовлено їхньою найвищою вразливістю до хронічного стресу та потребою в оперативному відстеженні стану:

– **Викладачам** із поєднанням високих показників дистресу та низьких ресурсних показників доцільно пропонувати частіше відстеження стану й індивідуальну підтримку.

– Поєднання збережених ресурсних показників із **соматичними** скаргами потребує уваги до здоров'я та професійного навантаження. Саме по собі воно не встановлює механізму соматизації або ризику раптової втрати працездатності.

Потребу в моніторингу викладачів з іншими профілями визначають індивідуально. Належність до ресурсної групи не гарантує відсутності труднощів або здатності до самостійного відновлення.

Кожен учасник моніторингу отримував бланк методики, де необхідно було оцінити свій стан за 14 шкалами (лінії довжиною 100 мм, лівий край – мінімальне значення, правий – максимальне). Заповнений бланк повертався автору дослідження. Бали (від 0 до 100) вимірювалися лінійкою.

Інтегральний показник (ІП) наслідків стресу.

Для узагальнення 14 шкал моніторингу запропоновано **інтегральний показник (ІП)**. Дев'ять позитивних шкал характеризують ресурсні складові стану, а п'ять негативних – вираженість несприятливих переживань. Обчислення середніх у кожному блоці забезпечує однакову вагу двох блоків незалежно від кількості шкал у них. Психометричні характеристики такого індексу потребують окремої перевірки.

Формула розрахунку **інтегрального показника (ІП)** має вигляд:

$$\text{ІП} = 50 + 0,5 \times [(\Sigma P_i / 9) - (\Sigma D_j / 5)]$$

У формулі:

– $P_1 \dots P_9$ – оцінки дев'яти позитивних шкал; $\Sigma P_i / 9$ – середня оцінка позитивного блоку.

– $D_1 \dots D_5$ – оцінки п'яти негативних шкал; $\Sigma D_j / 5$ – середня оцінка негативного блоку. Кожна оцінка перебуває в межах від 0 до 100.

– Множення різниці середніх на 0,5 та додавання 50 переводить діапазон від $-100 \dots 100$ до $0 \dots 100$ без обрізання значень.

Формулу запропоновано для цього моніторингу з такими цілями:

1. Узгодити внесок двох блоків. Середні оцінки дев'яти позитивних і п'яти негативних шкал мають однакову вагу; окремі пункти в блоках різної довжини не мають однакової ваги.

2. Описати баланс самооцінок стану. Від середньої оцінки позитивних показників віднімають середню оцінку негативних; отримана різниця характеризує співвідношення двох блоків.

3. Перевести результат у шкалу 0–100. Різницю середніх, яка лежить у межах від -100 до 100 , множать на 0,5 і додають 50.

Якщо середні оцінки позитивного й негативного блоків становлять відповідно 90 і 10, $\text{ІП} = 50 + 0,5 \times (90 - 10) = 90$.

Якщо середні оцінки позитивного й негативного блоків становлять відповідно 20 і 80, $\text{ІП} = 50 + 0,5 \times (20 - 80) = 20$. За однакових середніх оцінок обох блоків $\text{ІП} = 50$.

Створення цієї формули ґрунтується на таких методологічних засадах:

1. Приведення до спільної метрики. Оскільки кількість позитивних (9) та негативних (5) шкал є різною, їхні суми не можна порівнювати безпосередньо. Тому обчислюються **середні арифметичні** для кожної групи шкал. Цей підхід забезпечує рівний внесок обох груп у фінальний показник, незалежно від кількості шкал (Carifio & Perla, 2008).

2. Обчислення «чистого» балансу. Різниця між середнім рівнем ресурсів (позитивні шкали) та середнім рівнем дистресу (негативні шкали) показує, який із двох компонентів переважає. Від’ємне значення свідчить про переважання дистресу, додатне – про переважання ресурсів (Hair et al., 2019).

3. Лінійне масштабування. Множення різниці середніх на 0,5 та додавання 50 забезпечує діапазон 0–100. Вищий ІП означає сприятливіший баланс позитивних і негативних самооцінок. ІП не слід тлумачити як відсоток психологічного благополуччя.

ІП є запропонованою композитною змінною. Його надійність, валідність, чутливість до змін та переваги порівняно з окремими шкалами потребують спеціального психометричного дослідження.

Високі та низькі значення ІП описують співвідношення самооцінок двох блоків. Однаковий ІП може відповідати різним поєднанням відповідей, тому його слід аналізувати разом з окремими шкалами та індивідуальним контекстом. Для описового аналізу можна застосовувати умовний поділ: низькі значення ІП (< 34), **середні** ($34 \leq \text{ІП} < 66$), **високі** ($\text{ІП} \geq 66$). Межі обрано евристично; вони не є встановленими нормативними або клінічними порогоми й потребують перевірки для наведеної формули.

Також було виділено чотири **сигнальні індикатори** («Настрій», «Життєва задоволеність», «Спустошеність», «Байдужість до навколишнього»). Сигнальні індикатори не встановлюють діагнозу вигорання або **травматичного розладу**. **Стійке** погіршення настрою, зростання спустошеності чи байдужості, скарги на здоров’я та зниження повсякденного функціонування є підставою запропонувати індивідуальну консультацію й, за потреби, поглиблене оцінювання. Умовні межі балів не замінюють професійного оцінювання стану.

Результати апробації моніторингу.

Загальна характеристика розподілу інтегрального показника (ІП)

Регулярний моніторинг охоплював шість замірів у 20 викладачів (120 спостережень). Числові зведення в таблицях 3.23–3.28 наведено як попередні матеріали: вони містять неузгодженості й потребують перерахунку за виправленою формулою ІП. До завершення перевірки їх не можна використовувати для висновків про частки станів або для індивідуальних рекомендацій.

У подальшому аналізі слід зіставляти ІП та окремі шкали в тих самих учасників у часі. Висновки про відновлення або накопичення виснаження мають ґрунтуватися на узгоджених повторних вимірюваннях, а не лише на потраплянні в умовний інтервал.

Таблиця 3.23

Розподіл викладачів за рівнями ІІІ – до перерахунку

Умовна категорія за попереднім розрахунком	Діапазон ІІІ	Кількість замірів (n=120)	Частка
Високі значення	≥ 66	0	0%
Середні значення	$34 \leq \text{ІІІ} < 66$	68	56,7%
Низькі значення	< 34	52	43,3%

Таблиця 3.24

Порівняння кластерів за ІІІ – до перерахунку

Кластер	Середній ІІІ	% низьких значень	% середніх значень
Кластер 1 (дезадаптивний, n=12)	19,5	72%	28%
Кластер 2 (соматизовано-напружений, n=8)	44,5	8%	92%

Таблиця 3.25

**Найвищі показники інтегрального показника – до перерахунку
(попередні значення за первинним розрахунком)**

Викладач (№)	Кластер	Зріз	ІІІ
18	2	2	62,98
17	2	2	57,87
4	2	1	57,60
10	2	1	58,98

Таблиця 3.26

**Найнижчі показники інтегрального показника – до перерахунку
(попередні значення за первинним розрахунком)**

Викладач (№)	Кластер	Зріз	ІІІ
1	1	4	-4,04
2	1	3	-13,27
11	1	4	-4,27
12	1	3	-7,38
14	1	1	-7,56

Положення найнижчих значень у часовому ряді та їх інтерпретацію слід уточнити після перерахунку ІІІ для кожного спостереження.

Перед інтерпретацією цих результатів необхідно перевірити:

– розподіл за інтервалами ІІІ – відомості про відсутність високих значень у таблиці 3.23 не узгоджуються з ненульовими частками в таблиці 3.27;

– **середні** значення й частки за двома групами – таблиці 3.24, 3.27 і 3.28 мають бути сформовані з одного набору спостережень;

– **пороги й напрям інтерпретації кожної шкали – високий бал негативного показника означає більшу вираженість несприятливого стану.**

Аналіз індивідуальних траєкторій за шість замірів має доповнювати групові зведення; його числові результати потребують узгодження з первинними відповідями.

Для **дезадаптивного профілю** важливо окремо відстежувати коливання ІІ, настрою та спустошеності. Наведені раніше приклади учасників № 1 і № 11 потребують повторного розрахунку перед кількісною інтерпретацією.

Для **соматизовано-напруженого профілю** слід зіставляти психологічні самооцінки зі станом здоров'я. Індивідуальні діапазони ІІ, зокрема для учасника № 17, потрібно звірити із загальними мінімальними та максимальними значеннями.

У таблиці 3.27 представлено зведені результати моніторингу для обох профілів.

Таблиця 3.27

Зведені результати моніторингу за показниками інтегрального показника та сигнальних індикаторів (% від кількості замірів) – до перерахунку

Умовна категорія	Деадаптивний профіль (n=12)	Соматизовано-напружений профіль (n=8)
Інтегральний показник (ІІ)		
Високі значення	8%	42%
Середні значення	35%	58%
Низькі значення	57%	0%
Настрій		
Високі значення	0%	83%
Середні значення	32%	15%
Низькі значення	68%	2%
Спустошеність		
Низькі значення	17%	67%
Середні значення	33%	33%
Високі значення	50%	0%
Байдужість		
Низькі значення	20%	65%
Середні значення	33%	33%
Високі значення	47%	2%
Життєва задоволеність		
Високі значення	3%	46%
Середні значення	55%	54%
Низькі значення	42%	0%
Стан здоров'я		
Високі значення	0%	0%
Середні значення	27%	52%
Низькі значення	73%	48%

Таблиця 3.27 містить попередній розподіл повторних замірів. Вихідні частоти збережено для авторської збірки; умовні категорії не є клінічними нормами. Після перерахунку необхідно узгодити частоти, знаменники та напрям кожної шкали.

Розподіл ІІ у таблиці 3.27 не узгоджується з таблицями 3.23 і 3.24. Остаточний висновок про відмінності двох профілів за частками низьких, середніх і високих значень можливий після усунення цієї розбіжності.

«Настрій» є одним із запропонованих сигнальних індикаторів. Його порівняльну чутливість слід перевірити на узгоджених даних; різниця попередніх часток сама по собі не встановлює діагностичної точності.

«Спустошеність», «Байдужість» та «Життєву задоволеність» доцільно аналізувати окремо, враховуючи різний напрям шкал. Частки категорій цих показників потребують звірення з первинними відповідями.

Самооцінка стану здоров'я може відрізнятися від оцінок настрою та робочої мотивації. Таке поєднання є підставою для додаткового індивідуального оцінювання, але не доводить психологічного механізму соматизації.

Гіпотеза про поєднання ресурсів і соматичного неблагополуччя.

Можливе співіснування збережених ресурсних показників із низькою самооцінкою здоров'я потребує подальшого вивчення. **Попередні відсотки таблиці 3.27 не дають підстав остаточно характеризувати психологічний стан профілю як нормативний.**

Гіперкомпенсація може розглядатися як одна з гіпотез інтерпретації такого поєднання; причинний механізм у цьому дослідженні безпосередньо не перевірявся.

Диференційований супровід доцільно планувати за індивідуальними потребами, функціонуванням та сукупністю показників. Висновок про виключно тілесну або генералізовану вразливість потребує додаткового підтвердження.

Статистична перевірка відмінностей. Для порівняння двох профілів передбачено **U-критерій Манна–Уїтні** за індивідуальними середніми шести замірів. Одиницею незалежного спостереження є учасник, а не кожен повторний замір.

У таблиці 3.28 збережено попереднє статистичне зведення, яке потребує перевірки значень U та p з урахуванням чисельностей груп і зв'язаних рангів.

Таблиця 3.28

Результати порівняння профілів за показниками моніторингу – до перерахунку ($M \pm SD$)

Показник	Дезадаптивний (n=12)	Соматизовано-напружений (n=8)	U	p
Інтегральний показник	36,9 ± 10,2	58,3 ± 4,1	4,0	<0,001
Настрій	21,8 ± 5,6	36,8 ± 4,2	14,0	<0,001
Спустошеність	66,2 ± 15,3	51,4 ± 8,6	20,0	<0,001
Байдужість	59,0 ± 12,8	49,6 ± 7,4	32,0	0,007
Життєва задоволеність	28,7 ± 8,9	38,8 ± 5,1	14,5	<0,001
Стан здоров'я	31,5 ± 8,5	44,8 ± 8,2	20,0	<0,001

Статистичну значущість міжгрупових відмінностей слід уточнити після повторного аналізу. Наявне зведення не дає достатніх підстав для висновку про значущі відмінності за всіма індикаторами.

Академічна стійкість викладачів ЗВО: теоретичний конструкт і зв'язок з отриманими результатами.

Поняття *«академічна стійкість»* (academic resilience) вперше було введено в педагогічній психології щодо учнів і студентів: Martin та Marsh (2006) визначили його як здатність долати гострі й хронічні навчальні труднощі, зберігаючи задовільний рівень успішності, і запропонували п'ятикомпонентну (5-С) модель: впевненість (самоефективність), координацію (планування), контроль, витримку (низьку тривожність) і наполегливість. Згодом ці самі автори розмежували академічну стійкість і суміжний конструкт академічної «плавучості» (academic buoyancy) – здатності долати повсякденні, менш масштабні навчальні труднощі (незадовільна оцінка, дедлайн, складне завдання), тоді як стійкість стосується гострих чи хронічних форм дистресу (Martin & Marsh, 2008).

Принципово важливим для цього дослідження є те, що конструкт академічної стійкості/«плавучості» був емпірично поширений і на персонал навчальних закладів: окреме дослідження показало психометричну придатність шкали Буянсі (Buoyancy Scale) як для учнів, так і для працівників школи (n = 637), підтвердивши структурну інваріантність конструкту між цими двома групами (Martin, Marsh, 2008b). Це дає підстави застосовувати логіку академічної стійкості не лише до студентів, а й до викладачів ЗВО, як здатність підтримувати якість викладацької, наукової та методичної діяльності попри хронічний стрес, а не лише як загальний психологічний добробут.

Відповідно, у контексті цього дослідження *академічну стійкість викладача ЗВО* доцільно визначати як здатність підтримувати стабільну якість і безперервність академічного функціонування (викладання, наукова продуктивність, участь в академічній спільноті) в умовах хронічного стресогенного впливу війни на відміну від загальної психологічної резильєнтності (яка вимірювалась у цьому дослідженні шкалою CD-RISC) чи професійної життестійкості (яка відображає генералізовану психологічну готовність протистояти стресу). Тобто академічна стійкість є прикладним, функціональним проявом психологічних ресурсів саме в академічній діяльності, а не синонімом загальної психологічної стійкості особистості.

Актуальність цього розмежування підтверджується й макрорівневими даними про стан вищої освіти України воєнного періоду. Порівняльний аналіз показників українських закладів вищої освіти зафіксував суттєве скорочення дослідницької продуктивності та відтік викладацьких кадрів у постраждалих регіонах, що свідчить про накопичену вразливість академічного функціонування навіть тоді, коли особиста психологічна стійкість викладачів формально залишається на прийнятному рівні (Brintseva, 2026). Водночас якісні дослідження демонструють, що окремі заклади зберігають безперервність освітнього процесу завдяки організаційним механізмам резильєнтності, гнучким

форматам викладання, альтернативним формам оцінювання, взаємній підтримці колективу, які частково компенсують індивідуальне виснаження (Zayachuk, 2025; Własczyk et al., 2025).

Психологічні ресурси й соматичні скарги потрібно оцінювати спільно; їхнє поєднання не встановлює прихованого функціонального перевантаження без додаткових даних. Отримані профілі (дезадаптивний, соматизовано-напружений, адаптивно-ресурсний, резильєнтний) можна розглядати як індивідуальні конфігурації психологічних передумов академічної стійкості. Водночас саме дослідження не вимірювало прямих показників академічного функціонування (навчальне навантаження, наукова продуктивність, якість викладання за оцінками студентів), що є суттєвим обмеженням: наявні дані дають змогу говорити про психологічну готовність до підтримання академічної діяльності, але не підтверджують емпірично, що ця готовність реально трансформується в стабільність викладацької та наукової роботи.

Перспективним напрямом подальшого моніторингу є доповнення 14-шкальної методики показниками академічної стійкості (наприклад, адаптованою шкалою Буянсі чи індикаторами навчального навантаження і наукової продуктивності), що дало б змогу перевірити, чи справді виявлені психологічні профілі прогнозують реальну академічну поведінку викладачів в умовах війни.

Висновки за результатами апробації.

1. Розроблена технологія моніторингу (14-шкальна самооцінка + інтегральний показник) є *практично придатною* для використання в групах викладачів ЗВО.

2. Критеріальна валідність ІП і сигнальних індикаторів потребує окремої перевірки із застосуванням обґрунтованого зовнішнього критерію.

3. Порівняльна чутливість індикатора «*Настрій*» потребує перевірки на узгоджених даних та незалежних вибірках.

4. Поєднання збережених психологічних ресурсів із соматичними *скаргами потребує уваги в моніторингу, але не є доказом гіперкомпенсації або причинного впливу життєстійкості* на соматизацію.

Практичні рекомендації

Рекомендації диференційовано відповідно до профілю викладача.

Для викладачів дезадаптивного профілю (критичне виснаження):

– За *низьких значень* ІП (< 34), особливо разом зі скаргами та зниженням функціонування, запропонувати консультацію психолога й обговорити потребу в коригуванні навантаження та відпочинку.

– За *середніх значень ІП* ($34 \leq \text{ІП} < 66$) *аналізувати індивідуальну динаміку, причини змін, режим праці та можливості відновлення. Сам по собі інтервал балів не встановлює рівня клінічного ризику.*

– На рівні кафедри: регулярний моніторинг, індивідуальні плани підтримки, тимчасове звільнення від адміністративних завдань.

Для викладачів соматизовано-напруженого профілю (гіперкомпенсація):

– Усвідомлення ризику *ігнорування тілесних сигналів та соматизації стресу.*

– Регулярний медичний скринінг (тиск, пульс), тілесно-орієнтовані практики (йога, дихальні техніки), обмеження робочого часу попри високу мотивацію.

– На рівні кафедри: психоедукація про феномен «парадоксу життєстійкості», окреме відстеження шкали «Стан здоров'я», уникання понаднормової роботи.

Загальні рекомендації для адміністрації:

– Впровадити регулярний моніторинг (раз на 2 тижні) з використанням 14-шкальної методики.

– Створити систему конфіденційного індивідуального зворотного зв'язку (викладач отримує свій результат, адміністрація – узагальнену динаміку).

– Забезпечити доступ до психологічної підтримки (консультації, супервізії, групи підтримки).

У таблиці 3.29 подано орієнтовні дії залежно від умовного інтервалу ІІІ та індивідуальної оцінки потреб. ІІІ не є самостійною підставою для клінічних або адміністративних рішень.

Таблиця 3.29

Алгоритм дій за результатами моніторингу

Умовний інтервал ІІІ	Дії викладача	Дії адміністрації / психолога
Високі значення (≥ 66)	Підтримувати режим праці й відновлення; враховувати окремі скарги	Відстежувати динаміку та потребу в підтримці
Середні значення ($34 \leq \text{ІІІ} < 66$)	Проаналізувати причини, скоригувати навантаження	Запропонувати консультацію
Низькі значення (< 34)	Обговорити стан із психологом і можливість коригування навантаження	Запропонувати індивідуальне оцінювання та узгодити підтримку за потребами

Таблиця 3.29 пропонує практичну послідовність обговорення результатів моніторингу. Інтенсивність допомоги визначають за сукупністю симптомів, функціонуванням і потребами людини. Ефективність цього алгоритму та порогові ІІІ потребують подальшої перевірки.

Рекомендації щодо подальшої апробації технології моніторингу.

Результати пілотної апробації підтверджують практичну придатність технології моніторингу для викладачів ЗВО, водночас окреслюючи напрями, за якими доцільно продовжити її випробування перед більш широким впровадженням у практику закладів вищої освіти.

Розширення масштабу апробації:

– *Розширення вибірки регулярного моніторингу:* наразі 6-заміровий цикл пройшли лише 20 викладачів (12 дезадаптивного та 8 соматизовано-напруженого профілів); доцільно залучити всіх викладачів, які мають такі профілі, а викладачів з адаптивно-ресурсним і резильєнтним профілями включити в періодичний (1 раз на 1-2 місяці) скринінговий режим замість повного виключення з моніторингу.

– *Мультиінституційне пілотування*: залучення викладачів кількох ЗВО, а не лише закладів м. Києва, для перевірки узагальнення виявлених профілів і порогових значень інтегрального показника на регіональному контингенті викладачів.

– *Подовження періоду спостереження*: з 10 тижнів (6 замірів) до повного навчального семестру чи року, щоб перевірити стійкість профілів під час циклічних навантажень (сесія, вступна кампанія, атестація).

Методологічне вдосконалення інструментарію:

– *Уточнення порогових значень ІП*: межі < 34 , $34 \leq \text{ІП} < 66$ та ≥ 66 є умовними й не мають статусу клінічних норм. Їх слід перевірити та, за потреби, відкалібрувати для виправленої формули на ширшій вибірці.

– *Доповнення показниками академічної стійкості*: інтеграція шкали академічної «плавучості» (Buoyancy Scale, Martin, Marsh, 2008b) або індикаторів навчального навантаження і наукової продуктивності, перспективний напрям, безпосередньо визначений у підрозділі 3.4.5.

– *Перевірка окремих сигнальних індикаторів*: самооцінку здоров'я потрібно зіставляти з іншими шкалами та незалежними відомостями про функціонування. Її пороги не слід автоматично прирівнювати до меж ІП.

Організаційно-технічне забезпечення апробації:

– *Цифровізація процедури*: перехід від паперових бланків із лініями довжиною 100 мм (виміри лінійкою) до електронної форми з автоматичним розрахунком ІП, що прискорить зворотний зв'язок і мінімізує похибку ручного вимірювання.

– *Інтеграція на рівні кафедри/факультету*: узгодження результатів моніторингу з наявними організаційними механізмами підтримки (розподіл навантаження, методичні наради), а не паралельна дослідницька процедура.

– *Захист персональних даних*: конфіденційний зв'язок повторних відповідей за кодом учасника; індивідуальний результат отримує сам викладач, адміністрація – лише узагальнені групові дані без можливості ідентифікувати окремих осіб.

Науковий супровід і перевірка валідності:

– *Перевірка предиктивної валідності*: зіставлення профілів і ІП з об'єктивними показниками академічної діяльності (навчальне навантаження, наукова продуктивність, оцінки студентів), саме цей зв'язок дослідження поки не вимірювало (обмеження, зазначене в підрозділі 3.4.5).

– *Порівняння з контрольною групою*: викладачі, не залучені до регулярного моніторингу, для відокремлення ефекту самого спостереження (Hawthorne-подібний ефект) від ефекту супровідних інтервенцій.

– *Перевірка чутливості індикатора «Настрій» на інших вибірках*: після звірення первинних даних оцінити його здатність виявляти зміни стану та зіставити її з іншими індикаторами.

Етичні аспекти апробації:

– *Добровільність і право відмови:* збереження практики добровільної участі без дисциплінарних наслідків за відмову від заповнення бланків, як це й було на етапі пілоту.

– *Обережна комунікація результатів:* високі ресурсні самооцінки не повинні бути підставою для знецінення соматичних скарг. Стан здоров'я та потребу в допомозі оцінюють індивідуально.

– *Узгодження протоколу реагування:* алгоритм (таблиця 3.29) доцільно апробувати й уточнювати за результатами індивідуального оцінювання. Невалідовані пороги ІП не слід затверджувати як обов'язкові клінічні критерії.

Критерії успішності апробації:

– *Рівень заповнюваності:* частка викладачів, які пройшли всі заплановані заміри (цільовий орієнтир – не менше 80%).

– *Практично значущі зміни:* поліпшення повсякденного функціонування та зменшення скарг після підтримки. Перехід між умовними інтервалами ІП сам по собі не доводить клінічної ефективності.

– *Практичне використання адміністрацією:* частка кафедр, які фактично впровадили рекомендовані заходи (регулярний моніторинг, конфіденційний зворотний зв'язок, доступ до психологічної підтримки), а не лише формально ознайомилися з результатами.

Реалізація зазначених рекомендацій дозволить перейти від пілотної апробації технології моніторингу серед обмеженої групи викладачів до її системного впровадження в практику закладів вищої освіти як інструменту збереження академічної стійкості в умовах тривалого воєнного стресу.

Напрями розробки психокорекційної програми супроводу викладачів ЗВО.

Типологічні профілі та регресійні зв'язки можуть слугувати основою гіпотез для розробки програми супроводу викладачів ЗВО в умовах війни. Пріоритетність окремих модулів та їхню ефективність необхідно перевірити в дослідженні самої програми.

Диференціація програми за типологічними профілями.

Найчисельнішим у вибірці викладачів 2026 року є соматизовано-напружений профіль (32,8%). Можливі напрями підтримки наведено в таблиці 3.30; їх добирають за індивідуальними потребами.

Таблиця 3.30

Диференціація напрямів супроводу за типологічними профілями викладачів ЗВО

Профіль	Мета інтервенції	Формат супроводу	Періодичність
Деадаптивний (15,6%)	Стабілізація стану, зниження вигорання, відновлення життєстійкості	Індивідуальна консультація, узгодження підтримки та навантаження затижні потребами	Щотижнево на старті, далі 1 раз на 2 тижні
Соматизовано-напружений (32,8%, найчисельніший)	Увага до соматичних скарг, режиму праці та відновлення	Психоедукація, навички саморегуляції; медична консультація за показаннями	1 раз на 2 тижні + позаплановий контроль за «Настроєм»
Адаптивно-ресурсний (28,1%)	Підтримка балансу, профілактика зсуву в бік соматизації	Груповий підтримувальний формат	1 раз на місяць
Резильєнтний (23,4%)	Використання ресурсу як стійкого патерну, менторство	Залучення як менторів для колег	1 раз на квартал

Можливі напрями підтримки за результатами регресійного аналізу. Наведені умовні зв'язки не встановлюють дієвості конкретного втручання. Для подальшої апробації можна розглянути такі напрями:

– *Розвиток резильєнтності: підтримка навичок відновлення та подолання труднощів за індивідуальними потребами.* Перевагу цього модуля над розвитком професійної життєстійкості наведені регресії не доводять.

– *Підтримка самоефективності в поєднанні з увагою до стресу й професійного функціонування.* Позитивний умовний зв'язок із деперсоналізацією не доводить, що розвиток самоефективності спричиняє захисний цинізм.

– *Зменшення стресового навантаження та розвиток навичок саморегуляції.* Зв'язок стресу з вигоранням і деперсоналізацією є підставою для перевірки цього напрямку, але не встановлює результату програми.

Тілесний модуль: увага до соматичних скарг. Поєднання професійної мотивації зі скаргами на здоров'я може вказувати на потребу в додатковому оцінюванні режиму праці та відновлення. Механізм гіперкомпенсації залишається гіпотезою; наведений дизайн не дозволяє встановити, що соматичний дистрес спричинений свідомим ігноруванням тілесних сигналів. До програми доцільно включити:

– *Психоедукація про механізм гіперкомпенсації:* переконання на кшталт «я мушу провести заняття/сесію попри стан» опрацьовується прямо як когнітивне викривлення, а не лише компенсується тілесними техніками (див. практичні прийоми психоедукації щодо профілактики вигорання педагогічних працівників: Пахомов, 2024).

– *Медичне оцінювання за показаннями*: за стійких або виражених соматичних скарг рекомендувати звернення до лікаря. Самооцінка стану здоров'я не замінює медичного обстеження.

– *Пріоритетність для соматизовано-напруженого профілю*: тілесно-орієнтовані практики (йога, дихальні техніки, зокрема дихання в режимі біологічного зворотного зв'язку: Паламарчук, 2021) як основний, а не допоміжний елемент супроводу цього найчисельнішого профілю.

Розвиток захисних каналів копіngu (модель BASIC Ph). Кореляційний аналіз (таблиця 3.14) виявив специфічну для викладачів конфігурацію каналів BASIC Ph, яка не збігається із загальною логікою «розвивати недорозвинений канал»:

– *Пріоритетний розвиток каналів Віри (В) і Когнітивності (С)*: обидва канали найпослідовніше негативно корелюють із вигоранням і позитивно корелюють з усіма трьома ресурсними змінними (резильєнтністю, самоефективністю, життєстійкістю); саме вони мають найбільший емпіричний протективний потенціал.

– *Обережна інтерпретація каналу Емоцій (А)*: на відміну від типової логіки, цей канал у вибірці не ресурсний: він позитивно корелює зі стресом ($r = 0,309$) і тиском ($r = 0,399$) і не пов'язаний з жодною ресурсною змінною. Його активізація радше супроводжує стан навантаження, ніж запобігає йому, тому розвивати його «для балансу» без додаткового контексту недоцільно.

– *Соціальність (S) і Уява (I) без апріорного статусу ресурсу*: обидва канали статистично нейтральні щодо всіх семи показників психічного стану в цій вибірці; їх не варто автоматично вважати захисним ресурсом лише через загальну структуру моделі BASIC Ph.

Урахування специфіки професійної діяльності викладача ЗВО. Цільова аудиторія програми має професійні особливості, що визначають формат супроводу:

– *Підтримка осмислення досвіду та професійних цінностей*. Такі напрями можна запропонувати за потребами учасників; їх не слід обґрунтовувати неперевіреним припущенням, що небезпека знижує вигорання або спричиняє посттравматичне зростання.

– *Прив'язка інтенсивності супроводу до академічного календаря*: навантаження викладача циклічне (сесія, вступна кампанія, атестація); графік програми варто узгоджувати з цими періодами, а не тримати фіксовану періодичність цілий рік.

– *Груповий формат замість індивідуальної роботи з чужою травмою*: викладачі переживають ту саму війну, що й студенти; тому програма потребує більшого акценту на груповій підтримці й обміні досвідом з колегами.

– *Зниження настрою як привід для позапланового обговорення стану*. До звірення частот у таблицях моніторингу не можна стверджувати, що саме цей індикатор є найчутливішим або самостійно визначає терміновість допомоги.

Орієнтовна структура програми. Узагальнена структура програми поєднує описані напрями в послідовність модулів, диференційованих за цільовими профілями наведена в таблиці 3.31.

Таблиця 3.31

Орієнтовна модульна структура психокорекційної програми для викладачів ЗВО

Модуль	Тривалість	Основні методи	Цільова група (профілі)
1. Діагностично-орієнтувальний	1 зустріч	Зворотний зв'язок за результатами моніторингу (ІП, сигнальні індикатори), визначення профілю	Усі профілі
2. Стабілізаційний	1-2 тижні (за потреби негайно)	Зниження гострого навантаження, консультація психолога	Учасники зі скаргами та потребою в додатковій підтримці
3. Розвиток резильєнтності	4-6 тижнів	Навички подолання труднощів і відновлення за індивідуальними потребами	Дезадаптивний, адаптивно-ресурсний
4. Увага до соматичних скарг і саморегуляція	1 раз на 2 тижні	Психоедукація, увага до стану тіла; медична консультація за показаннями	Учасники із соматичними скаргами, незалежно від профілю
5. Розвиток каналів Віри й Когнітивності (BASIC Ph)	4 тижні	Техніки, що спираються на переконання та раціоналізацію досвіду	Усі профілі
6. Робота зі стресом і підтримка самоофективності	3-4 тижні	Навички саморегуляції та підтримка впевненості власних силах	Дезадаптивний, усоматизовано-напружений
7. Груповий підтримувальний / менторський	1 раз на місяць	Групова підтримка й обмін досвідом з колегами; для резильєнтного профілю – супровід колег	Адаптивно-ресурсний, резильєнтний

Інтеграція з технологією ІП-моніторингу. Програму можна поєднувати з повторним оцінюванням за виправленою формулою ІП та алгоритмом обговорення результатів (таблиця 3.29). Умовні інтервали < 34 , $34 \leq \text{ІП} < 66$ та ≥ 66 не встановлюють клінічного стану або терміновості втручання. Модулі добирають за індивідуальними потребами, скаргами й функціонуванням. Повторні оцінки можуть описувати зміни стану, але перевірка ефективності програми потребує окремого обґрунтованого дизайну.

3.5. Результати апробації у вчителів закладів загальної середньої освіти та рекомендації щодо впровадження технології в освітньому середовищі

Сучасне суспільство переживає численні кризи, серед яких стрес війни став найбільш актуальною проблемою для фахівців педагогічних професій. Війна створює домінуючий емоційний та психологічний тягар для вчителів, що негативно впливає на їхнє психічне здоров'я, професійну діяльність, якість освітнього процесу та взаємодію з учнями. Моніторинг наслідків стресу війни є важливим елементом системи підтримки фахівців у сфері освіти. Наша задача зменшити психологічний тиск за рахунок доступних методів у складних умовах сьогодення.

Концептуальний підхід: моніторинг стресу війни спрямований на вивчення та оцінку впливу військового конфлікту на психоемоційний стан педагогів. Основними підходами, на нашу думку, є:

1. Системний підхід: враховує взаємозв'язок між різними аспектами життя педагогів, такими як професійна діяльність, соціальні зв'язки, особистісний розвиток та психоемоційний стан.
2. Інтегративний підхід: поєднує різні методики оцінки стресу, включаючи психологічні тести, анкетування, інтерв'ю та спостереження.
3. Психосоціальний підхід: оцінює вплив соціальних факторів, таких як підтримка колег, родини та громади, на адаптацію педагогів до стресу.

Методологія моніторингу наслідків стресу війни передбачає застосування різноманітних методів збору та аналізу даних. Серед них:

1. Кількісні методи: здійснюються за рахунок використання анкет, опитувальників та тестів для збору статистичної інформації про рівень стресу, тривожності та емоційного вигорання.
2. Якісні методи: полягають у індивідуальних інтерв'ю та проведенні фокус-груп, які дозволяють отримати детальну інформацію про переживання педагогів, їхні думки та відчуття в умовах війни.
3. Методи спостереження: здійснюється оцінка поведінкових реакцій педагогів у процесі професійної діяльності, що може виявити наявність стресових реакцій.

При проведенні моніторингу наслідків стресу війни у вчителів ми зосередились на визначенні основних психологічних чинників професійної стійкості, а також життєстійкості, життєвій самоефективності, постдосвідному зростанню і наявності ПТСР.

Організація дослідження.

Під час дослідження було використано такі методики:

1. Шкала резильєнтності Коннора-Девідсона-10 (Campbell-Sills&Stein, 2007);
2. Опитувальник професійної життєстійкості під редакцією (Кокун, 2021);

3. Шкала самоефективності Р. Шварцера та М.Єрусалема (Schwarzer & Jerusalem, 1995);
4. Опитувальник для скринінгу посттравматичного стресового розладу (ПТСР), Н. Бреслау та ін. (Breslau et al., 1999);
5. Опитувальник посттравматичного зростання-розширений;
6. Опитувальник загального впливу воєнних подій.

У дослідженні взяли участь 27 вчителів закладів загальної середньої освіти м. Києва і Київської області віком від 23 до 58 років. Серед досліджуваних 25 жінок і 2 чоловіки. Усіх досліджуваних було поділено на чотири вікові групи 22-29, 30-39, 40-49, 50-59 (Таблиця 3.32).

Таблиця 3.32

Вікові групи вчителів		
Вікова група	Вік	Кількість
I	22-29	4
II	30-39	9
III	40-49	11
IV	50-59	3

Аналіз результатів досліджень.

Для опису віку використано чотири групи, наведені в таблиці 3.32. Результат порівняння двох об'єднаних груп подано в таблиці 3.33; їхні межі та склад потребують звірення за індивідуальними віковими даними. За $t = -1,45$ і $df = 25$ двобічне $p \approx 0,159$, тому цей результат не є статистично значущим за $\alpha = 0,05$.

Таблиця 3.33

Порівняння двох об'єднаних вікових груп ($n = 13$ та $n = 14$) за показником резильєнтності

№	Показник	Вікова група	М	t	p
1	Резильєнтність	≤ 40	6,67	-1,45	0,159
		≥ 41	8,13		

За наведеним t-критерієм статистично значущої відмінності за сумарною резильєнтністю між двома групами не виявлено. Висновки про переваги молодшої групи за окремими пунктами потребують окремих статистичних результатів.

На рис. 3.2, ми можемо спостерігати розподіл кількості вчителів за кількістю отриманих балів від 1 до 40 відповідно. Отже 4% демонструють дуже низький рівень резильєнтності; 56% мають від 10 до 20 балів, що вказує на досить низький рівень подолання стресу, контролю і адаптації; 33% опитуваних демонструють середній рівень адаптивних можливостей, яка полягає у спроможності адаптуватися до існуючих змін. Вони вважають, що можуть досягти своїх цілей незважаючи на перепони і досить швидко відновлюються після хвороби. І тільки 7% мають високий рівень адаптації. У той же час 80%

досліджуваних відмічають, що їм досить важко впоратися з неприємними почуттями. І тільки 25% вважають, що подолання стресу зміцнює. Як видно з рис. 3.2, більше половини опитуваних, а саме 60% мають низький і дуже низький рівень резильєнтності. І, відповідно, 40% мають середній і вище за середній рівень.

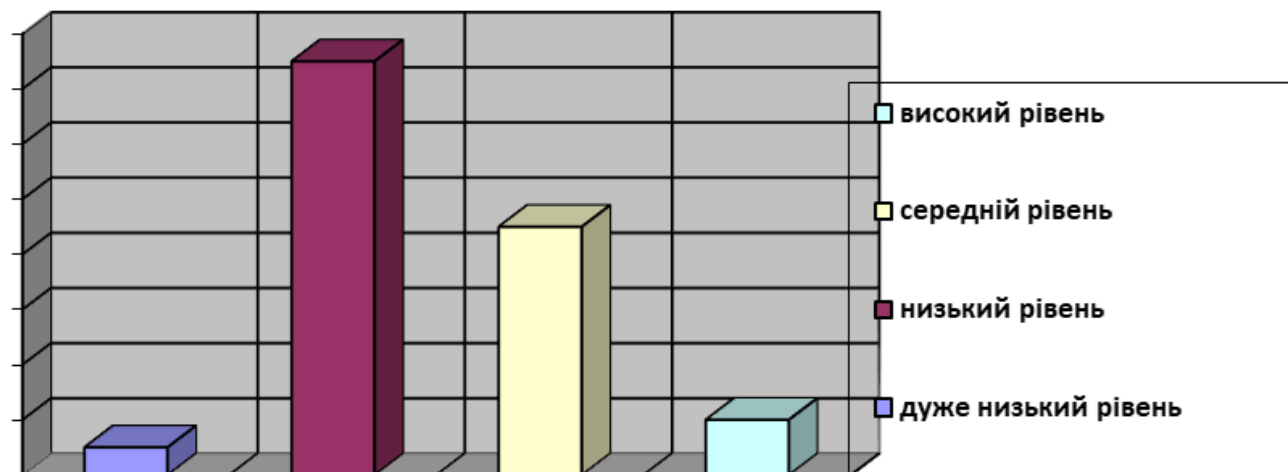


Рис. 3.2. Розподіл вчителів за Шкалою резильєнтності Коннора-Девідсона-10.

За опитувальником професійної життєстійкості кількісні показники наведено на рис. 3.3.

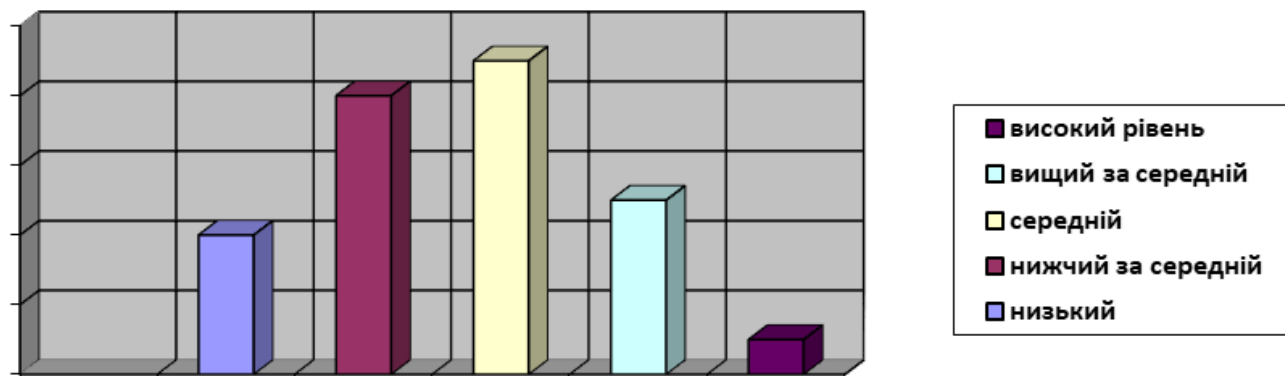


Рис. 3.3. Розподіл вчителів за загальним рівнем професійної життєстійкості у балах (від 0 до 96 відповідно).

Загальний рівень професійної життєстійкості має такий розподіл: 15% вчителів мають низький рівень професійної життєстійкості, 30% мають нижче за середній рівень, 33% мають середній рівень професійної життєстійкості, 19% вище за середній і тільки 4% високий. Отже, якщо трохи узагальнити отримані дані: 45% мають нижчий за середній рівень професійної життєстійкості, 33% - середній і тільки 23% вищий за середній рівень професійної життєстійкості.

Розподіл результатів за шкалою самоефективності Р. Шварцера та М. Єрусалема подано на рис. 3.4. Допустимий сумарний бал GSE становить 10–40. Межі групування на рисунку та їхні абсолютні частоти потребують звірення з первинними балами; поділ на інтервали не слід автоматично тлумачити як нормативні рівні.

У первинному описі дві вищі категорії самоефективності становлять 44% і 33%; сума цих округлених часток дорівнює 77%, а не 73%. Точну частку та її інтерпретацію слід визначити після перевірки неперетинних меж категорій і абсолютних частот у вибірці з 27 учителів.

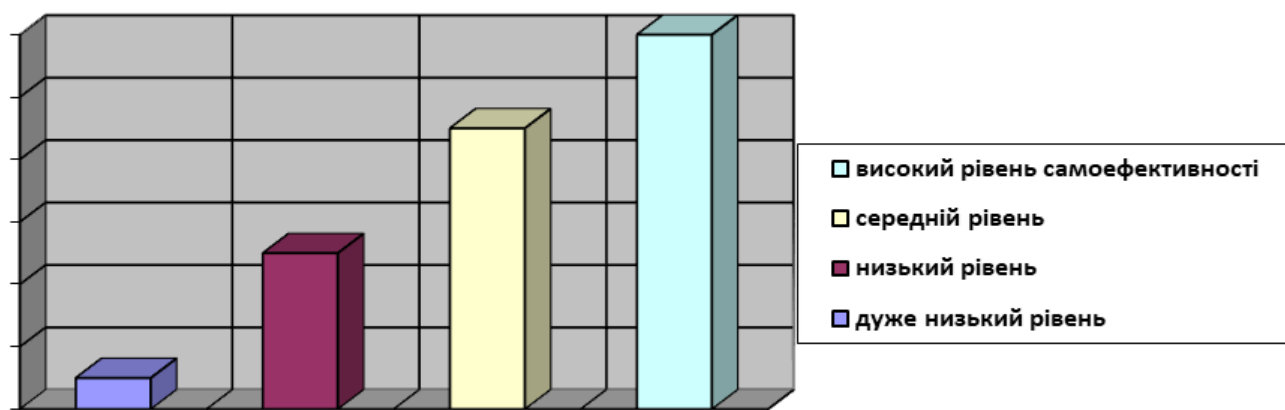


Рис. 3.4. Розподіл вчителів за показником Шкали самоефективності Р. Шварцера та М. Єрусалема.

За результатами Опитувальника для скринінгу посттравматичного стресового розладу Н.Бреслау з'ясовано:

- 100% досліджуваних вчителів уникають нагадувань про травматичну подію шляхом уникнення певних місць, людей або дій.
- 7% вчителів повністю втратили інтерес і 41% частково втратили інтерес до діяльності, яка колись була важливою або приємною для них.
- 37% опитаних вчителів стали почувати себе більш далекими і ізольованими від інших людей.
- 37% вчителів втратили здатність переживати почуття любові або прихильності до інших людей.
- 33% вчителів вважають, що немає ніякого сенсу будувати плани на майбутнє. У той же час 67% вважають, що їх плани стали не такими масштабними, але майбутнє треба планувати.
- 70% вчителів підтверджують проблеми з засинанням або сном.
- 63% вчителів відмічають, що стали більш нервовими чи дратівливими через шум або рух, але намагаються контролювати свій гнів.
- Результати цього опитування характеризують скринінгові ознаки посттравматичного стресу. Позитивний результат скринінгу вказує на потребу в подальшому клінічному оцінюванні, але не встановлює діагнозу, ступеня тяжкості або комплексного ПТСР.

За результатами Опитувальника посттравматичного зростання з'ясовано вплив бойових дій на зміни, які відбулися у житті вчителів. Серед яких: загальний показник зростання, стосунки з оточуючими, нові можливості, особистісне зміцнення, духовні та екзистенційні зміни, поцінування життя.

На рис. 3.5 ми бачимо, що 22 % мають низький рівень зростання, 30% - нижчий за середній, 37% - середній, 7% - вищий за середній і 3% - високий

рівень. Серед іншого привертає до себе увагу, недостовірно, але збільшені показники:

- Стосунки з оточуючими – 53%,
- Духовні та екзистенційні зміни – 67%,
- Поцінування життя – 67%.

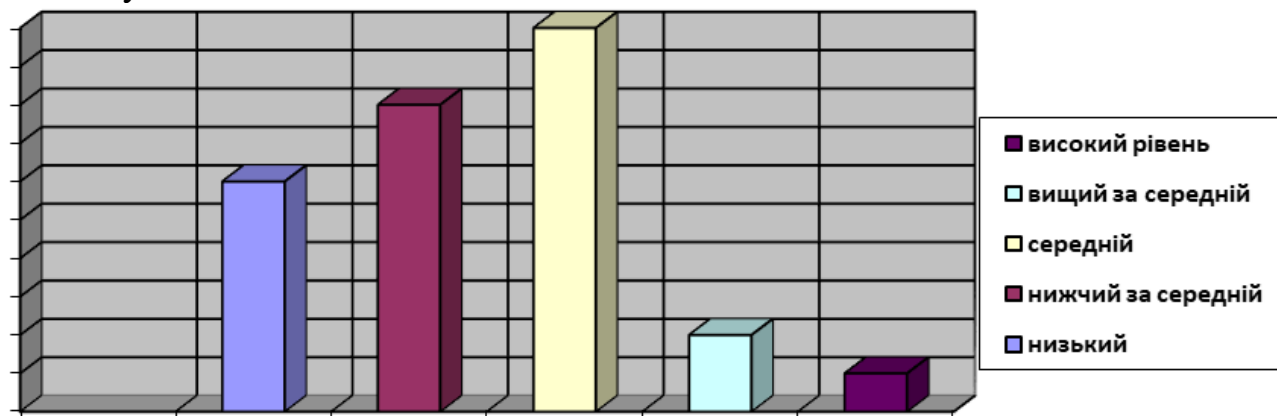


Рис 3.5. Розподіл кількості вчителів за загальним рівнем посттравматичного зростання

За індивідуальними співбесідами з'ясовано такі основні фактори стресу:

- 100% опитуваних вказують на постійні драматичні події, які надають загрозу життю і нормальному способу побуту;
- 82% відмічають проблемні зміни в навчальному плані і процесі, пов'язані з тривогами, відміною уроків, невизначеністю у професійній діяльності;
- 66% пережили загибель знайомих і близьких, яка негативно вплинула на їхній психоемоційний стан;
- 77% помічають негативні зміни у стані здоров'я,
- 63% відчувають істотне погіршення матеріального становища,
- 73% мають проблеми у побутовій сфері, та родинних відносинах,
- 57% вказують на відсутність життєвих перспектив,
- 53% відчувають самотність та байдужість з боку оточуючих.

Висновки.

За результатами апробації моніторингу було зроблено такі узагальнення:

- 60% вчителів мають низький і дуже низький рівень резильєнтності.
- 45% мають нижчий за середній рівень професійної життєстійкості, 33% - середній і тільки 23% вищий за середній рівень професійної життєстійкості.

• За первинно наведеними округленими частками дві вищі категорії самоефективності разом становлять 77%; точний відсоток потребує звірення з абсолютними частотами та межами категорій.

• 52 % вчителів мають низький і нижчий за середній рівень пост-досвідного зростання, 37% - середній, 7% - вищий за середній і 3% - високий рівень пост-досвідного зростання.

- 100% досліджуваних вчителів уникають нагадувань про травматичну подію шляхом уникнення певних місць, людей або дій.
- 48% вчителів частково або повністю втратили інтерес до діяльності, яка колись була важливою або приємною для них.
- 37% опитаних вчителів стали почувати себе більш далекими і ізольованими від інших людей.
- 37% вчителів втратили здатність переживати почуття любові або прихильності до інших людей.
- 33% вчителів вважають, що немає ніякого сенсу будувати плани на майбутнє. У той же час 67% вважають, що їх плани стали не такими масштабними, але майбутнє треба планувати.
- 70% вчителів підтверджують проблеми з засинанням або сном.
- 63% вчителів відмічають, що стали більш нервовими чи дратівливими через шум або рух, але намагаються контролювати свій гнів.
- Результати цього опитування характеризують скринінгові ознаки посттравматичного стресу. Позитивний результат скринінгу вказує на потребу в подальшому клінічному оцінюванні, але не встановлює діагнозу, ступеня тяжкості або комплексного ПТСР.
- 57% вказують на відсутність життєвих перспектив,
- 53% відчують самотність та байдужість з боку оточуючих.
- Усі ці негативні фактори проявляються в емоційному вигоранні, тривожності та зниженні професійної мотивації і ефективності.

Зважаючи на отримані результати нами рекомендовано:

1. Запровадження системи регулярного моніторингу психоемоційного стану вчителів. Вона може включати анонімні опитування, психологічні тести та інтерв'ю, що дозволяє виявляти стресові фактори в реальному часі.
2. Необхідність розроблення програми психологічної підтримки для вчителів, яка враховувала б специфіку їхньої професійної діяльності та особисті потреби.
3. Організація тренінгів для вчителів, спрямованих на розвиток навичок управління стресом, які покращить їхню здатність адаптуватися до стресових ситуацій.
4. Створення підтримуючого середовища, психологічних консультацій і міні груп, де вчителі можуть відкрито обговорювати свої переживання та отримувати підтримку від психологів, адміністрації, колег.
5. Використання онлайн-платформ для моніторингу та підтримки вчителів створить можливості для анонімного звернення за допомогою та участі в програмах психологічної підтримки. Так при індивідуальних опитуваннях більшість вчителів (близько 80%) підкреслювало важливість анонімного підходу. Завдяки якому їх відповіді були більш відверті і правдиві.
6. Моніторинг наслідків стресу війни у фахівців педагогічних професій є складним, але необхідним процесом, що дозволяє виявити та хоча б частково усунути негативні наслідки стресу. Впровадження системних і технологічних підходів до моніторингу може суттєво покращити якість професійного життя

педагогів, сприяти їхньому психічному здоров'ю та ефективності роботи в умовах кризових ситуацій.

7. Упровадження психологічної технології моніторингу наслідків стресу війни у вчителів дозволить не лише підвищити їх психоемоційне благополуччя, але й нормалізувати освітнє середовище для учнів. Створення системи підтримки та моніторингу є важливим кроком до зміцнення психологічного здоров'я педагогів у складні воєнні часи.

3.6. Результати апробації у практичних психологів та рекомендації щодо застосування технології у професійній діяльності

Організація та процедура дослідження. Апробація психологічної технології моніторингу наслідків стресу війни (теоретичні засади якої викладено в: Панасенко & Войтович, 2025) проводилася на вибірці *практичних психологів* у два етапи: у 2025 році (N=56) та у 2026 році (N=62). Учасниками дослідження були психологи, які працюють у сфері психолого-педагогічної підтримки (психологи закладів освіти, психологи волонтерських організацій, практикуючі психологи). Процедура моніторингу повністю відповідала процедурі, описаній на початку параграфу 3.4.

Соціально-демографічна характеристика вибірки.

Діагностика 2025 року (N=56):

Гендерний склад: 91,1% – жінки, 8,9% – чоловіки. Вікові групи: найбільше представлені респонденти 31-40 років (32,1%) та 41-50 років (25,0%). Професійний стаж: розподілився відносно рівномірно (21-30 років – 23,2%, 6-10 років – 19,6%, 1-5 років – 17,9%).

За суб'єктивними оцінками, 37,5% респондентів зазнали епізодичної небезпеки для життя, 32,1% – незначної, а 14,3% – сильної або надзвичайно сильної небезпеки. Переважна більшість учасників відзначили погіршення стану здоров'я (66,1%) або його істотне погіршення (21,4%), а також погіршення емоційного стану (80,4% та 16,1% відповідно). Матеріальний статус погіршився у 62,5% опитаних, істотно – у 10,7%.

Діагностика 2026 року (N=62)

Гендерний склад: 93,5% – жінки, 6,5% – чоловіки. Вікові групи: найбільш представлені респонденти 31-40 років (29,0%), 41–50 років (24,2%) та 51-60 років (22,6%). Професійний стаж: 21-30 років – 24,2%, 6-10 років – 19,4%, 1-5 років – 17,7%.

У 2026 році за суб'єктивними оцінками 33,9% респондентів зазнали епізодичної небезпеки для життя, 37,1% – незначної, а 12,9% – сильної або надзвичайно сильної небезпеки. Переважна більшість учасників відзначили погіршення стану здоров'я (66,1%) або його істотне погіршення (21,0%), а також погіршення емоційного стану (79,0% та 16,1% відповідно). Матеріальний статус погіршився у 64,5% опитаних, істотно – у 11,3%.

Результати періодичної діагностики (2025 рік)

Описові статистики. Термінологічне уточнення: у тексті терміни «соматичні скарги» та «соматизація» використовуються як синоніми для позначення показників за Гісенським опитувальником (Gießen): «соматичні скарги» – щодо конкретних шкал (виснаження, шлункові скарги, ревматичний чинник, серцеві скарги), «соматизація» – щодо узагальненого психологічного механізму вираження психічного напруження через тілесні симптоми, індикатором якого є шкала «тиск» (інтенсивність скарг).

У таблиці 3.34 наведено описові статистики (середнє арифметичне, стандартне відхилення, мінімальні та максимальні значення) за всіма використаними методиками у 2025 році.

Таблиця 3.34

Описові статистики досліджуваних показників (2025, N=56)

Шкала	M	SD	Min	Max	Рівень (за нормами методики)
МБІ					
Емоційне виснаження	34,25	8,25	17,00	54,00	Вищий за середній
Деперсоналізація	14,84	6,62	2,00	29,00	Середній
Редукція досягнень	20,09	8,24	2,00	37,00	Середній
Загальне вигорання	69,18	19,21	28,00	106,00	Середній
РТТС					
Виснаження та лють	6,23	2,36	0,00	12,00	Помірний
Страх та зрада	6,11	1,72	3,00	10,00	Помірний
Загальний показник стресу	12,34	3,19	3,00	22,00	Помірний
Гісенський опитувальник соматичних скарг (Gießen)					
Виснаження	13,16	4,37	4,00	23,00	Підвищений
Шлункові скарги	6,11	3,59	0,00	17,00	Помірний
Ревматичний фактор	12,39	5,35	1,00	24,00	Підвищений
Серцеві скарги	6,88	4,17	0,00	17,00	Помірний
Тиск (інтенсивність скарг)	38,54	14,45	8,00	76,00	Підвищений
Ресурси					
Резильєнтність (CD-RISC-10)	23,50	6,48	7,00	38,00	Нижче середнього
Самоефективність (GSE)	29,14	4,72	18,00	40,00	Середній
Задоволеність життям (SWLS)	21,95	4,58	14,00	35,00	Середній
PHQ					
Включеність	21,43	4,54	9,00	29,00	–
Контроль	21,61	4,29	11,00	31,00	–
Прийняття виклику	20,79	3,78	11,00	30,00	–
Емоційний компонент	16,52	3,68	2,00	22,00	–
Мотиваційний компонент	16,91	2,94	8,00	22,00	–
Соціальний компонент	15,04	3,02	7,00	20,00	–
Професійний компонент	15,36	3,80	5,00	24,00	–
Загальний рівень PHQ	55,46	10,58	30,00	74,00	Нижчий за середній
BASIC Ph					

Шкала	M	SD	Min	Max	Рівень (за нормами методики)
Віра (B)	21,05	4,22	13,00	30,00	Добре розвинений
Емоції (A)	17,77	4,69	8,00	31,00	Найменш розвинений
Соціальність (S)	18,71	4,20	7,00	29,00	Середній
Уява (I)	19,88	5,61	9,00	32,00	Середній
Когнітивність (C)	22,64	5,41	10,00	35,00	Найбільш розвинений
Фізіологічна активність (Ph)	21,00	5,26	11,00	34,00	Добре розвинений

Отже, як ми бачимо з таблиці, середній показник емоційного виснаження ($34,25 \pm 8,25$) перебуває у діапазоні «вищий за середній», що свідчить про значне виснаження емоційних ресурсів психологів. Показник деперсоналізації ($14,84 \pm 6,62$) відповідає діапазону «середній», вказуючи на формування емоційного відсторонення. Рівень резильєнтності ($23,50 \pm 6,48$) є нижчим за популяційну норму (28-32 бали), тоді як самоефективність ($29,14 \pm 4,72$) перебуває в межах середньої норми. Серед соматичних скарг найвищий середній бал має виснаження ($13,16 \pm 4,37$), далі – ревматичний фактор ($12,39 \pm 5,35$). Ці самооцінки не встановлюють причини соматичних симптомів.

Кореляційний аналіз. Для виявлення взаємозв'язків між досліджуваними показниками у 2025 році було проведено кореляційний аналіз з використанням рангового коефіцієнта Спірмена. Нижче наведено результати за кожною з дев'яти кореляційних матриць.

Таблиця 3.35

Кореляції між суб'єктивними оцінками (2025)

Показник	1	2	3	4	5
1. Небезпека для життя	1,000	-	-	-	-
2. Стан здоров'я	0,107	1,000	-	-	-
3. Емоційний стан	0,261	0,299*	1,000	-	-
4. Матеріальний статус	0,170	0,238	0,142	1,000	-
5. Життєві перспективи	0,025	0,131	0,155	0,352**	1,000

Примітка: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ *

Таблиця 3.36

Кореляції суб'єктивних оцінок з психологічними показниками (2025)

Суб'єктивна оцінка	Вигорання	РТТС	Соматизація (тиск)	Резильєнтність	Самоефективність	РНQ	Задоволеність життям
Небезпека для життя	-0,136	0,010	0,198	-0,029	-0,177	0,020	0,137
Стан здоров'я	-0,248	-0,340*	0,256	0,085	0,094	0,399**	-0,341*
Емоційний стан	-0,098	-0,008	0,202	0,088	0,080	0,142	-0,295*
Матеріальний статус	0,195	0,036	-0,069	-0,297*	-0,252	-0,147	-0,170
Життєві перспективи	0,347**	0,070	-0,041	-0,257	-0,402**	-0,165	-0,462**

Примітка: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ *

Таблиця 3.37

Кореляції суб'єктивних оцінок з копінг-стратегіями (2025)

Суб'єктивна оцінка	Віра (B)	Емоції (A)	Соціальність (S)	Уява (I)	Когнітивність (C)	Фізіологічна активність (Ph)
Небезпека для життя	0,010	0,023	-0,101	-0,169	-0,107	-0,371**
Стан здоров'я	-0,159	0,031	0,168	0,264*	0,044	0,189
Емоційний стан	0,048	-0,007	-0,184	-0,075	0,055	-0,226
Матеріальний статус	-0,463**	-0,102	-0,211	-0,176	-0,353**	-0,298*
Життєві перспективи	-0,441**	-0,061	-0,122	-0,313*	-0,515**	-0,382**

Примітка: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ *

Таблиця 3.38

Кореляції ресурсних показників з вигоранням, стресом, соматизацією (2025)

Показник	Резильєнтність	Самоефективність	РНQ	Задоволеність життям
Вигорання	-0,358**	-0,258	-0,459**	-0,347**
РТТС	-0,063	-0,149	-0,110	-0,110
Соматизація (тиск)	0,168	-0,036	0,477**	0,044

Примітка: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ *

Таблиця 3.39

Кореляції між ресурсними показниками (2025)

Показник	Резильєнтність	Самоефективність	РНQ	Задоволеність життям
Резильєнтність	1,000	0,742**	0,296*	0,180
Самоефективність	0,742**	1,000	0,242	0,245
РНQ	0,296*	0,242	1,000	0,029
Задоволеність життям	0,180	0,245	0,029	1,000

Примітка: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ *

Таблиця 3.40

Кореляції між соматизацією та компонентами вигорання (2025)

Шкала Gießen	Емоційне виснаження	Деперсоналізація	Редукція досягнень	Загальне вигорання
Виснаження	-0,198	-0,234	-0,454**	-0,346**
Шлункові скарги	-0,187	-0,043	-0,134	-0,159
Ревматичний фактор	-0,452**	-0,250	-0,410**	-0,414**
Серцеві скарги	-0,357**	-0,183	-0,250	-0,281*
Тиск	-0,402**	-0,263*	-0,426**	-0,412**

Примітка: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ *

Таблиця 3.41

Кореляції між соматизацією та РТТС (2025)

Шкала Gießen	Виснаження та лють	Страх та зрада	Загальний РТТС
Виснаження	-0,006	-0,036	-0,069
Шлункові скарги	0,129	0,008	0,082
Ревматичний фактор	0,030	-0,081	-0,078
Серцеві скарги	0,120	0,035	0,062
Тиск	0,050	-0,025	-0,030

Примітка: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ *

Таблиця 3.42

Кореляції між соматизацією та ресурсами (2025)

Шкала Gießen	Резильєнтність	Самоефективність	РНQ	Задоволеність життям
Виснаження	0,210	-0,011	0,562**	-0,027
Шлункові скарги	0,080	-0,010	-0,001	0,158
Ревматичний фактор	0,087	-0,046	0,386**	0,027
Серцеві скарги	0,052	-0,134	0,396**	-0,037
Тиск	0,168	-0,036	0,477**	0,044

Примітка: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ *

Таблиця 3.43

Кореляції копінг-стратегій з психологічними показниками (2025)

Канал BASIC Ph	Вигорання	РТТС	Соматизація (тиск)
Віра (B)	-0,521**	0,010	0,245
Емоції (A)	-0,144	0,088	0,378**
Соціальність (S)	-0,154	-0,061	0,145
Уява (I)	-0,434**	-0,284*	0,261
Когнітивність (C)	-0,393**	-0,126	0,095
Фізіологічна активність (Ph)	-0,522**	-0,259	0,139

Примітка: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ *

Узагальнюючи результати кореляційного аналізу 2025 року (таблиці 3.35–3.43), можна виокремити чотири провідні тенденції. По-перше, найбільш «навантаженою» суб'єктивною оцінкою виявилися життєві перспективи: їх песимістична оцінка пов'язана з вищим вигоранням ($\rho=0,347$), нижчими самоефективністю ($\rho=-0,402$) і задоволеністю життям ($\rho=-0,462$), а також із меншим використанням когнітивного ($\rho=-0,515$), духовного ($\rho=-0,441$) і тілесного ($\rho=-0,382$) каналів подолання.

По-друге, ресурсні показники утворюють узгоджений блок: резильєнтність тісно пов'язана із самоефективністю ($\rho=0,742$), а вигорання має значущі негативні зв'язки з професійною життєстійкістю ($\rho=-0,459$), резильєнтністю ($\rho=-0,358$) і задоволеністю життям ($\rho=-0,347$).

По-третє, зафіксовано парадоксальний позитивний зв'язок соматизації з професійною життєстійкістю (найсильніший – між виснаженням за Гісенським опитувальником і РНҚ: $\rho=0,562$); водночас із показниками РТТС соматизація у 2025 році значущо не пов'язана, а її негативні кореляції з вигоранням дозволяють припустити, що тілесні скарги на цьому етапі ще виконували захисну функцію «стоп-сигналу».

По-четверте, найпотужнішими протективними чинниками щодо вигорання виступають канали подолання «фізіологічна активність» ($\rho=-0,522$), «віра» ($\rho=-0,521$), «уява» ($\rho=-0,434$) та «когнітивність» ($\rho=-0,393$), тоді як емоційний канал пов'язаний із вищою соматизацією ($\rho=0,378$), а канал «соціальність» значущих зв'язків не має.

Копінг-профіль (модель BASIC Ph, 2025). Для оцінки стратегій подолання стресу використовувалася модель BASIC Ph (M. Lahad), яка описує шість каналів подолання (табл. 3.44).

Таблиця 3.44

Профіль каналів подолання (BASIC Ph, 2025, N=56)

Канал	М	SD	Ранг	Оцінка
Когнітивність (C)	22,64	5,41	1	Найбільш розвинений
Віра (B)	21,05	4,22	2	Добре розвинений
Фізіологічна активність (Ph)	21,00	5,26	3	Добре розвинений
Уява (I)	19,88	5,61	4	Середній
Соціальність (S)	18,71	4,20	5	Середній
Емоції (A)	17,77	4,69	6	Найменш розвинений

Найбільш розвиненим каналом, як ми бачимо в таблиці 3.44, є когнітивний (аналіз, планування, пошук інформації), що відповідає професійним вимогам до психолога. Найслабшим виявився емоційний канал: психологи значно менше використовують емоційне вираження (плач, сміх, розмови про почуття) в якості способу подолання стресу. Цей профіль відображає професійну деформацію (контроль емоцій як частина професійної ролі) і є чинником ризику, позаяк пригнічені емоції можуть знаходити вихід у соматичних симптомах.

Типологія психологів (кластерний аналіз, 2025). У 2025 році за допомогою методу кластерного аналізу (k-середніх) було виокремлено чотири типологічні профілі практичних психологів, які суттєво відрізняються за

характером співвідношення воєнного дистресу та адаптаційних ресурсів (таблиця 3.45). На відміну від загальногрупових середніх значень, проведена типізація виявила глибоку внутрішню диференціацію вибірки та описові міжгрупові відмінності.

Таблиця 3.45

Розподіл психологів за типами (2025, N=56)

Тип кластеру	n	%
Дезадаптивний	26	46,4%
Адаптивно-ресурсний	16	28,6%
Соматизовано-напружений	13	23,2%
Резильєнтний	1	1,8%

Характеристика типів:

Тип	Характеристика	Ключові показники
Дезадаптивний	Найвище вигорання, найнижчі ресурси, глобальне зниження копінг-каналів	Вигорання: 86,69; РНQ: 47,62; резильєнтність: 20,58; самоефективність: 27,46
Адаптивно-ресурсний	Висока професійна життєстійкість, висока соматизація, помірне вигорання	РНQ: 64,94; соматизація (тиск): 54,38; вигорання: 60,63
Соматизовано-напружений	Низьке вигорання, низький РТТС, високі ресурси, помірна соматизація	Вигорання: 46,00; РТТС: 9,00; самоефективність: 31,62; резильєнтність: 25,92
Резильєнтний	Унікальний випадок екстремально високої стресостійкості (n=1)	Редукція досягнень: 2,00; резильєнтність: 30,00; самоефективність: 35,00

Кожен тип описує специфічну конфігурацію симптомів дистресу та рівня внутрішніх ресурсів фахівця:

1. Дезадаптивний тип. До нього віднесено 46,4% респондентів (26 із 56). За таблицею цей кластер характеризується найвищим вигоранням (86,69) та низькою професійною життєстійкістю (47,62). Це дослідницька характеристика групи, а не індивідуальний клінічний діагноз.

2. Тип, позначений у таблиці як соматизовано-напружений. Він охоплює 23,2% респондентів (13 із 56). Водночас наведені центри описують низьке вигорання (46,00), низький РТТС (9,00) та збережені ресурси; відповідність назви конфігурації показників потребує перевірки.

3. Адаптивно-ресурсний тип. До нього віднесено 28,6% респондентів (16 із 56). У таблиці для цього кластера наведено професійну життєстійкість 64,94, вигорання 60,63 та соматичні скарги 54,38; отже, ресурсні показники поєднуються з вираженими скаргами.

4. Резильєнтний тип. У вибірці 2025 року до нього віднесено одну особу (1,8%). Одиначний випадок не дає підстав вважати цей кластер стійко відтворюваною або нормативною еталонною групою.

Сумарна частка груп, позначених у таблиці як дезадаптивна й соматизовано-напружена, становить 69,6% (39 із 56). Проте до узгодження назв із центрами кластерів цю суму не слід трактувати як частку осіб із доведеним

підвищеним професійним ризиком. Планування підтримки має спиратися на індивідуальні показники та потреби.

Оптимальна кількість кластерів ($k=4$) визначалася на основі дендрограмного аналізу та змістовної інтерпретованості отриманих профілів. Слід зазначити методичне обмеження: у вибірці 2025 року ($N=56$) кластер «Резильєнтний» представлений лише одним випадком ($n=1$, 1,8%), тому його кількісні характеристики варто розглядати як ілюстративні, а не статистично узагальнювані; змістова інтерпретація цього типу набуває більшої стійкості у вибірці 2026 року, де його чисельність зросла до 6 осіб (9,7%).

Регресійний аналіз (2025). Для виявлення факторів, які найбільш значуще впливають на професійне вигорання, деперсоналізацію та резильєнтність практичних психологів, проведено множинний регресійний аналіз (метод Enter). Побудовано три окремі моделі (див. табл. 3.46).

Таблиця 3.46

Значущі предиктори (2025 рік)

Модель	R ²	Значущі предиктори (β , p)
Вигорання	0,491	Вік $\beta=-0,461$ ($p=0,018$); РНҚ $\beta=-0,397$ ($p=0,001$); РТТС $\beta=0,301$ ($p=0,008$)
Деперсоналізація	0,343	РТТС $\beta=0,349$ ($p=0,006$); РНҚ $\beta=-0,348$ ($p=0,008$)
Резильєнтність	0,565	Самоефективність $\beta=0,702$ ($p<0,001$)

Інтерпретація. Для вигорання: вищий рівень вигорання асоціюється з молодшим віком, нижчою професійною життестійкістю (РНҚ) та вищим рівнем тривалого травматичного стресу (РТТС). Модель пояснює 49,1% дисперсії вигорання. **Для деперсоналізації:** емоційне відсторонення від клієнтів є тим більше вираженим, чим вищий рівень стресу (РТТС) та чим нижча професійна життестійкість (РНҚ). Модель пояснює 34,3% дисперсії деперсоналізації. **Для резильєнтності:** єдиним значущим предиктором є самоефективність. Модель пояснює 56,5% дисперсії резильєнтності.

Результати періодичної діагностики (2026 рік)

Описові статистики. У таблиці 3.47 наведено описові статистики (середнє арифметичне, стандартне відхилення, мінімальні та максимальні значення) за всіма використаними методиками у 2026 році.

Таблиця 3.47

Описові статистики досліджуваних показників (2026, $N=62$)

Шкала	M	SD	Min	Max	Рівень (за нормами методики)
МВІ					
Емоційне виснаження	28,79	6,90	9,00	41,00	Середній
Деперсоналізація	11,76	5,58	2,00	25,00	Середній
Редукція досягнень	17,18	6,82	2,00	37,00	Середній
Загальне вигорання	57,73	13,12	27,00	78,00	Середній
РТТС					
Виснаження та лють	5,85	2,87	0,00	18,00	Помірний
Страх та зрада	5,79	2,46	1,00	15,00	Помірний
Загальний показник стресу	11,65	4,85	3,00	33,00	Помірний

Шкала	M	SD	Min	Max	Рівень (за нормами методики)
Гісенський опитувальник соматичних скарг (Gießen)					
Виснаження	12,08	5,67	0,00	23,00	Підвищений
Шлункові скарги	4,92	3,98	0,00	17,00	Помірний
Ревматичний фактор	11,87	5,50	0,00	24,00	Підвищений
Серцеві скарги	6,29	4,61	0,00	17,00	Помірний
Тиск (інтенсивність скарг)	35,16	17,15	0,00	76,00	Підвищений
Ресурси					
Резильєнтність (CD-RISC-10)	23,47	6,40	7,00	38,00	Нижче середнього
Самоефективність (GSE)	29,35	4,58	18,00	40,00	Середній
Задоволеність життям (SWLS)	21,89	4,49	14,00	35,00	Середній
PHQ					
Включеність	21,56	4,42	9,00	29,00	–
Контроль	21,53	4,13	11,00	31,00	–
Прийняття виклику	20,92	3,62	11,00	30,00	–
Емоційний компонент	16,58	3,54	2,00	22,00	–
Мотиваційний компонент	17,13	2,92	8,00	22,00	–
Соціальний компонент	14,97	3,08	7,00	20,00	–
Професійний компонент	15,34	3,62	5,00	24,00	–
Загальний рівень PHQ	64,02	10,88	34,00	85,00	Вищий за середній
BASIC Ph					
Віра (B)	21,79	3,98	13,00	30,00	Добре розвинений
Емоції (A)	17,84	5,16	5,00	31,00	Найменш розвинений
Соціальність (S)	18,47	4,62	4,00	28,00	Середній
Уява (I)	20,31	5,49	8,00	32,00	Середній
Когнітивність (C)	22,98	5,58	9,00	35,00	Найбільш розвинений
Фізіологічна активність (Ph)	20,94	5,12	12,00	34,00	Добре розвинений

Середній показник емоційного виснаження психологів у 2026 році ($28,79 \pm 6,90$) знизився порівняно з 2025 роком, проте все ще перебуває в зоні підвищеного навантаження. Показник деперсоналізації ($11,76 \pm 5,58$) відповідає середньому рівню, що вказує на часткове відновлення емоційної залученості психологів у роботі з клієнтами. Рівень резильєнтності ($23,47 \pm 6,40$) залишається нижчим за популяційну норму (28–32 бали) і практично не змінився порівняно з 2025 роком, тоді як самоефективність ($29,35 \pm 4,58$) стабільно перебуває в межах середньої норми. Серед соматичних скарг найбільш вираженою залишається загальна інтенсивність скарг за Гісенським опитувальником ($35,16 \pm 17,15$), що свідчить про збереження тілесного навантаження попри позитивну динаміку емоційних показників.

Порівняння та короткий аналіз показників у досліджуваних практичних психологів за вищенаведеними методиками упродовж 2025 і 2026 років внесли у таблицю 3.48.

Таблиця 3.48
Короткий аналіз динаміки 2025/2026 років

Показник	2025 (М)	2026 (М)	Динаміка
Загальне вигорання	69,18	57,73	зниження на 11,45
Деперсоналізація	14,84	11,76	зниження на 3,08
РТТС (стрес)	12,34	11,65	незначне зниження
Резильєнтність	23,50	23,47	стабільна
Самоефективність	29,14	29,35	незначне зростання
Професійна життєстійкість (РНQ)	55,46	64,02	Потребує звірення
Соматизація (тиск)	38,54	35,16	зниження

Кореляційний аналіз (2026 рік). Для виявлення взаємозв'язків між досліджуваними показниками у 2026 році було проведено кореляційний аналіз з використанням рангового коефіцієнта Спірмена. Нижче наведено результати за кожною з дев'яти кореляційних матриць.

Таблиця 3.49

Кореляції між суб'єктивними оцінками впливу війни (2026 р.)

Показник	1	2	3	4	5
1. Небезпека для життя	1,000				
2. Стан здоров'я	0,081	1,000			
2. Емоційний стан	0,164	0,387**	1,000		
3. Матеріальний статус	0,165	0,213	0,113	1,000	
5. Життєві перспективи	- 0,029	0,127	0,157	0,337**	1,000

Таблиця 3.50

Кореляції суб'єктивних оцінок з психологічними показниками (2026)

Суб'єктивна оцінка	Вигорання	РТТС	Соматизація (тиск)	Резильєнтність	Самоефективність	РНQ	Задоволеність життям
Небезпека для життя	0,028	0,292*	0,263*	-0,010	-0,116	0,035	0,168
Стан здоров'я	0,019	0,095	0,253*	0,139	0,116	0,380**	-0,321*
Емоційний стан	0,048	0,162	0,213	0,155	0,107	0,095	-0,273*
Матеріальний статус	0,255*	0,137	-0,103	-0,309*	-0,242	-0,219	-0,201
Життєві перспективи	0,366**	0,222	0,019	-0,246	-0,411**	-0,286*	-0,415**

Таблиця 3.51

Кореляції суб'єктивних оцінок з копінг-стратегіями (2026)

Суб'єктивна оцінка	Віра (В)	Емоції (А)	Соціальність (S)	Уява (І)	Когнітивність (С)	Фізіологічна активність (Ph)
Небезпека для життя	0,149	-0,032	-0,051	-0,163	-0,083	-0,301*
Стан здоров'я	-0,209	0,173	0,139	0,265*	0,038	0,256*
Емоційний стан	-0,029	0,012	-0,283*	-0,045	0,068	-0,109
Матеріальний статус	-0,388**	-0,181	-0,196	-0,218	-0,324*	-0,239
Життєві перспективи	-0,467**	-0,060	-0,160	-0,386**	-0,512**	-0,394**

Таблиця 3.52

Кореляції ресурсних показників з вигоранням, стресом, соматизацією (2026)

Показник	Резильєнтність	Самоефективність	РНQ
Вигорання	-0,154	-0,245	-0,339**
РТТС	0,178	-0,178	-0,114
Соматизація (тиск)	0,182	-0,096	0,048

Таблиця 3.53

Кореляції між ресурсними показниками (2026)

Показник	Резильєнтність	Самоефективність	РНQ	Задоволеність життям
Резильєнтність	1,000	0,727**	0,151	0,180
Самоефективність	0,727**	1,000	0,150	0,245
РНQ	0,151	0,150	1,000	0,029
Задоволеність життям	0,180	0,245	0,029	1,000

Таблиця 3.54

Кореляції між соматизацією та компонентами вигорання (2026)

Шкала Giepen	Емоційне виснаження	Деперсоналізація	Редукція досягнень	Загальне вигорання
Виснаження	0,431**	0,231	-0,039	0,169
Шлункові скарги	0,183	0,373**	0,112	0,257*
Ревматичний фактор	0,045	0,145	-0,055	-0,004
Серцеві скарги	0,180	0,210	0,073	0,152
Тиск	0,236	0,243	0,008	0,135

Таблиця 3.55

Кореляції між соматизацією та РТТС (2026)

Шкала Gießen	Виснаження та лють	Страх та зрада	Загальний РТТС
Виснаження	0,468**	0,523**	0,579**
Шлункові скарги	0,520**	0,502**	0,610**
Ревматичний фактор	0,405**	0,420**	0,481**
Серцеві скарги	0,450**	0,504**	0,527**
Тиск	0,509**	0,577**	0,625**

Таблиця 3.56

Кореляції між соматизацією та ресурсами (2026)

Шкала Gießen	Резильєнтність	Самоефективність	РНQ	Задоволеність життям
Виснаження	0,216	-0,034	0,451**	0,001
Шлункові скарги	0,101	-0,085	0,070	0,133
Ревматичний фактор	0,108	-0,090	0,337**	0,047
Серцеві скарги	0,211	-0,106	0,307*	-0,101
Тиск	0,182	-0,096	0,375**	0,048

Таблиця 3.57

Кореляції копінг-стратегій з психологічними показниками (2026)

Канал BASIC Ph	Вигорання	РТТС	Соматизація (тиск)
Віра (B)	-0,358**	0,192	0,255*
Емоції (A)	0,153	0,215	0,339**
Соціальність (S)	-0,079	0,042	0,078
Уява (I)	-0,291*	-0,048	0,231
Когнітивність (C)	-0,312*	-0,096	0,038
Фізіологічна активність (Ph)	-0,378**	-0,195	0,111

Узагальнюючи результати кореляційного аналізу 2026 року (таблиці 3.49–3.57), можна констатувати поєднання стабільних і принципово нових тенденцій. Стабільними залишилися зв'язок емоційного стану зі станом здоров'я ($\rho=0,387$ проти $0,299$ у 2025 році), «навантаженість» життєвих перспектив (зв'язки з вигоранням $\rho=0,366$, самоефективністю $\rho=-0,411$, задоволеністю життям $\rho=-0,415$, когнітивним каналом $\rho=-0,512$), тісний зв'язок резильєнтності та самоефективності ($\rho=0,727$) і феномен «ціни професійної стійкості» – позитивні кореляції соматизації з професійною життестійкістю ($\rho=0,307$ – $0,451$). Принципово новим є «тілесне закріплення» травматичного стресу: всі шкали Гісенського опитувальника набули значущих позитивних зв'язків із показниками РТТС ($\rho=0,481$ – $0,625$), яких у 2025 році не було, а кореляції соматизації з вигоранням змінили знак із негативних на позитивні (виснаження за Гісенським опитувальником / емоційне виснаження МВІ: з $\rho=-0,198$ до $\rho=0,431$) – соматизація перестала бути захисним «стоп-сигналом» і стала супутником вигорання. Небезпека для життя почала корелювати з РТТС ($\rho=0,292$) і соматизацією ($\rho=0,263$), що вказує на накопичувальний ефект

травматизації. Захисні зв'язки копінг-каналів із вигоранням послабшали, хоча й зберегли значущість (фізіологічна активність $\rho=-0,378$, віра $\rho=-0,358$, когнітивність $\rho=-0,312$, уява $\rho=-0,291$); зник значущий зв'язок вигорання з резильєнтністю та уяви з РТТС. Отже, традиційні копінг-стратегії поступово втрачають захисну ефективність в умовах війни, що триває.

Копінг-профіль (модель BASIC Ph, 2026). Для оцінки стратегій подолання стресу у 2026 році повторно застосовано модель BASIC Ph (Lahad et al., 2013), яка описує шість каналів подолання (табл. 3.58).

Таблиця 3.58

Профіль каналів подолання (BASIC Ph, 2026, N=62)

Канал	M	SD	Ранг
Когнітивність (C)	22,98	5,58	1
Віра (B)	21,79	3,98	2
Фізіологічна активність (Ph)	20,94	5,12	3
Уява (I)	20,31	5,49	4
Соціальність (S)	18,47	4,62	5
Емоції (A)	17,84	5,16	6

Ми бачимо, що структура копінг-профілю залишилася стабільною: домінує когнітивний канал, найслабшим залишається емоційний. Порівняно з 2025 роком у 2026 році спостерігається незначне зростання показників віри, уяви та когнітивності.

Типологія психологів (кластерний аналіз, 2026). Задля виявлення типології психологів у 2026 році було проведено кластерний аналіз методом К-середніх ($k=4$) (аналогічно до 2025 року). Розподіл респондентів за виявленими типами наведено в таблиці 3.59.

Таблиця 3.59

Розподіл психологів за типами (2026, N=62)

Тип кластеру	n	%
Деадаптивний	25	40,3%
Адаптивно-ресурсний	20	32,3%
Соматизовано-напружений	11	17,7%
Резильєнтний	6	9,7%

Характеристика типів (2026)

Тип	Характеристика	Ключові показники
Деадаптивний	Високе вигорання (65,76), найнижча професійна життєстійкість (56,48), найнижча резильєнтність (20,28)	Вигорання: 65,76; РНҚ: 56,48; резильєнтність: 20,28
Адаптивно-ресурсний	Відносно низьке вигорання (50,50), найвища професійна життєстійкість (73,00), високі ресурси	Вигорання: 50,50; РНҚ: 73,00; резильєнтність: 25,20
Соматизовано-напружений	Найвищий РТТС (17,82), найвища соматизація (54,18), висока резильєнтність (28,09)	РТТС: 17,82; соматизація: 54,18; резильєнтність: 28,09
Резильєнтний	Найнижче вигорання (30,83), високі ресурси, стабільна група з 6 осіб	Вигорання: 30,83; самоефективність: 31,33; РНҚ: 64,83

Регресійний аналіз (2026). Як бачимо із таблиці 3.60, для вигорання найсильнішим предиктором став РТТС ($\beta=0,602$), тоді як у 2025 році найсильнішим був вік. Вік перестав бути значущим предиктором. Модель пояснює 41,4% дисперсії вигорання.

Таблиця 3.60

Значущі предиктори (2026 рік)

Модель	R ²	Значущі предиктори (β , p)
Вигорання	0,414	РТТС $\beta=0,602$ ($p<0,001$); Небезпека $\beta=-0,242$ ($p=0,040$); РНҚ $\beta=-0,275$ ($p=0,022$)
Деперсоналізація	0,377	РТТС $\beta=0,403$ ($p=0,002$); РНҚ $\beta=-0,340$ ($p=0,006$)
Резильєнтність	0,623	Самоефективність $\beta=0,767$ ($p<0,001$); РТТС $\beta=0,318$ ($p<0,001$)

Для деперсоналізації: РТТС залишається значущим позитивним предиктором ($\beta=0,403$), а РНҚ – значущим негативним ($\beta=-0,340$). Модель пояснює 37,7% дисперсії.

У моделі для вибірки 2026 року РТТС має позитивний умовний зв'язок із резильєнтністю ($\beta = 0,318$) за врахування інших включених предикторів. Цей результат не встановлює причинного впливу стресу та не є доказом посттравматичного зростання. Модель пояснює 62,3% дисперсії резильєнтності.

Порівняльна динаміка 2025–2026 рр.

Динаміка суб'єктивних оцінок. У таблиці 3.61 порівняно частку психологів, які відзначили погіршення за кожною суб'єктивною оцінкою, у 2025 та 2026 роках.

Таблиця 3.61

Порівняння суб'єктивних оцінок впливу війни (2025 і 2026 рр.)

Показник (% тих, хто відзначає погіршення)	2025 р.	2026 р.	Описова різниця, в. п.
Стан здоров'я (погіршився + істотно)	87,5%	87,1%	-0,4
Емоційний стан (погіршився + істотно)	96,5%	95,1%	-1,4
Матеріальний статус (погіршився + істотно)	73,2%	75,8%	+2,6
Життєві перспективи (песимістичні оцінки)	51,7%	46,8%	-4,9
Небезпека для життя (сильна + надзвичайно сильна)	14,3%	12,9%	-1,4

Отже, найвразливішою сферою залишається емоційний стан (95,1% практичних психологів відзначають погіршення). Позитивною тенденцією є зменшення частки психологів з песимістичною оцінкою життєвих перспектив з 51,7% до 46,8% (-4,9 в. п.). Інтегральний індекс неблагополуччя знизився з 77,2% до 76,2% (-1,0 в. п.)

Динаміка кореляцій (2025 і 2026 рр.). Динаміка кореляцій нижче описується через категорії «новий», «стабільний» і «зник» на основі зміни статистичної значущості коефіцієнта між двома незалежними річними вибірками. Такі формулювання відображають перехід через поріг значущості ($p=0,05$), а не результат прямого статистичного порівняння коефіцієнтів

кореляції (наприклад, z-тесту Фішера); тому ми їх інтерпретуємо як тенденції, а не як статистично підтверджені відмінності.

Таблиця 3.62

**Зведена порівняльна таблиця значущих кореляцій Спірмена
(2025 і 2026 рр.)**

Блок	Зв'язок	2025 р.	2026 р.	Динаміка
Суб'єктивні оцінки				
	Емоційний стан/стан здоров'я	0,299*	0,387**	Посилення
	Матеріальний статус/життєві перспективи	0,352**	0,337**	Стабільний
Суб'єктивні оцінки з психологічними показниками				
	Небезпека для життя/РТТС	0,010	0,292*	Новий
	Небезпека для життя/ соматизація	0,198	0,263*	Новий
	Матеріальний статус/ вигорання	0,195	0,255*	Новий
	Життєві перспективи/RHQ	-0,165	-0,286*	Новий
	Стан здоров'я/РТТС	-0,340*	0,095	Зник
Соматизація з вигоранням				
	Виснаження (G)/емоційне виснаження (MBI)	-0,198	0,431**	Зміна знаку
	Шлункові скарги/ деперсоналізація	-0,043	0,373**	Новий (позитивний)
Соматизація з РТТС				
	Всі шкали Gießen/РТТС	Жодних значущих	0,481- 0,625	Масив нових зв'язків
Копінг-стратегії з психологічними показниками				
	Фізіологічна активність/ вигорання	-0,522**	-0,378**	Послабшав
	Уява/РТТС	-0,284*	-0,048	Зник
	Віра/соматизація	0,245	0,255*	Новий

Описове зіставлення коефіцієнтів указує на такі особливості річних вибірок:

- для низки пар показників соматичних скарг і вигорання коефіцієнти мають різні знаки у двох вибірках. Це не встановлює індивідуальної зміни механізмів реагування або припинення «захисної» функції соматизації;
- у вибірці 2026 року виявлено значущі зв'язки оцінки небезпеки з РТТС і соматичними скаргами. Відмінність цих коефіцієнтів від показників 2025 року безпосередньо не перевірено;
- негативні кореляції окремих каналів копіngu з вигоранням спостерігаються в обох вибірках. Їхня описова величина не є оцінкою ефекту втручання;
- у вибірці 2026 року значущого зв'язку уяви з РТТС не виявлено. Це не доводить зміни коефіцієнта порівняно з 2025 роком або втрати ефективності креативних стратегій.

Динаміка розподілу кластерів. У таблиці 3.63 узагальнено зміну частки кожного типологічного профілю психологів за рік дослідження.

Таблиця 3.63

Динаміка розподілу типів психологів (2025 і 2026 рр.)

Тип кластеру	2025	2026	Різниця, в. п.
Деадаптивний	46,4%	40,3%	-6,1
Адаптивно-ресурсний	28,6%	32,3%	+3,7
Соматизовано-напружений	23,2%	17,7%	-5,5
Резильєнтний	1,8%	9,7%	+7,9

Сума часток адаптивно-ресурсного та резильєнтного кластерів становила 30,4% у 2025 році та 42,0% у 2026 році – описова різниця 11,6 відсоткового пункта за наведеними округленими даними. Частка деадаптивного кластера менша на 6,1 відсоткового пункта; до резильєнтного у 2025 році віднесено одну особу, у 2026 – шість. Ці частки не є валідованим індексом благополуччя, а зіставність назв і конфігурацій кластерів потребує перевірки.

Динаміка регресійних моделей. У таблиці 3.64 зіставлено якість і значущі предиктори трьох регресійних моделей (вигорання, деперсоналізація, резильєнтність) за 2025 та 2026 роки.

Таблиця 3.64

Порівняння регресійних моделей (2025 і 2026 рр.)

Модель	Показник	2025	2026	Описове порівняння
Вигорання	R ²	0,491	0,414	$\Delta R^2 = -0,077$
	РТТС (β)	0,301	0,602	чисельно більше
	Вік (β)	-0,461	не значущий	$p \geq 0,05$ у 2026 р.
	Небезпека (β)	не значущий	-0,242	$p < 0,05$ у 2026 р.
Деперсоналізація	R ²	0,343	0,377	$\Delta R^2 = +0,034$
	РТТС (β)	0,349	0,403	чисельно більше
Резильєнтність	R ²	0,565	0,623	$\Delta R^2 = +0,058$
	Самоефективність (β)	0,702	0,767	чисельно більше
	РТТС (β)	не значущий	0,318	позитивний умовний зв'язок у 2026 р.

Аналізуючи динаміку регресійних моделей, можемо зробити такі висновки:

- для вигорання стандартизований коефіцієнт РТТС становить 0,301 у 2025 році та 0,602 у 2026 році. Прямого тесту різниці коефіцієнтів не наведено; позитивний коефіцієнт у моделі резильєнтності не є доказом посттравматичного зростання;
- віковий коефіцієнт не досяг порога значущості у моделі 2026 року. Це не доводить відсутності вікових відмінностей або статистично підтвердженої зміни коефіцієнта;

- самоефективність має найбільший стандартизований коефіцієнт у наведеній моделі резильєнтності 2026 року ($\beta = 0,767$). Причинного ефекту її підвищення цей аналіз не встановлює;
- пояснювальна здатність моделі вигорання знизилася (R^2 з 0,491 до 0,414), що може свідчити про появу нових факторів, не включених у модель.

Підсумкові висновки за результатами дослідження:

1. *Описові міжрічні відмінності:* частка дезадаптивного типу менша на 6,1 відсоткового пункта, а сумарна частка адаптивно-ресурсного й резильєнтного типів більша на 11,6 відсоткового пункта. Це порівняння різних вибірок; стійкість і зіставність кластерів потребують перевірки.
2. *Суб'єктивні оцінки:* найвразливішою сферою залишається емоційний стан (95,1% відзначають погіршення), але спостерігається позитивна тенденція стосовно оцінки життєвих перспектив (зменшення частки песимістів на 4,9 відсоткового пункта).
3. *У вибірці 2026 року* наведено позитивні зв'язки окремих соматичних скарг із вигоранням і РТТС. Їхнє безпосереднє порівняння з коефіцієнтами 2025 року потребує окремого статистичного тесту; висновок про індивідуальне «тілесне закріплення» травматичного стресу за цими даними не встановлено.
4. *У регресійних моделях 2026 року РТТС є значущим* предиктором вигорання ($\beta = 0,602$), а самоефективність – резильєнтності ($\beta = 0,767$). У моделі для вибірки 2026 року РТТС має позитивний умовний зв'язок із резильєнтністю ($\beta = 0,318$) за врахування інших включених предикторів. Цей результат не встановлює причинного впливу стресу та не є доказом посттравматичного зростання.
5. *Копінг-профіль психологів* є стабільним: домінує когнітивний канал, дефіцитарним залишається емоційний канал, що потребує цілеспрямованого розвитку.
6. *Зв'язок* професійної життєстійкості із соматичними скаргами потребує звірення через розбіжність коефіцієнтів між кореляційними таблицями. Навіть підтверджена позитивна кореляція не доводитиме, що стійкість досягається «ціною» фізичного дистресу.

Рекомендації щодо застосування технології моніторингу.

Для психологів (самомоніторинг). У таблиці 3.65 наведено орієнтовні особливості дослідницьких профілів і можливі напрями підтримки. Це не валідовані діагностичні категорії. Рішення про допомогу приймають за індивідуальними потребами, симптомами та функціонуванням; жорсткі пороги не можна виводити з кластерних середніх.

Таблиця 3.65

Диференційовані рекомендації за типами психологів

Тип	Орієнтовні особливості профілю	Рекомендовані дії
Дезадаптивний	Поєднання відносно високого дистресу з	Індивідуальна консультація для визначення потреби в допомозі;

Тип	Орієнтовні особливості профілю	Рекомендовані дії
	нижчими ресурсними показниками	обговорення супервізії, режиму праці та відновлення
Адаптивно-ресурсний	Збережені ресурсні показники; наявність і вираженість соматичних скарг оцінюють окремо	Тілесно-орієнтовані практики; розвиток емоційного каналу (BASIC Ph); супервізія 1 раз на місяць; навчання технік емоційної регуляції
Соматизовано-напружений	Поєднання соматичних скарг із ресурсними показниками; назву й центри кластера слід узгодити	Робота з тілесними проявами стресу; зниження рівня тривоги; супервізія 1 раз на 2 місяці; навчання технік релаксації
Резильєнтний	Відносно низький дистрес і збережені ресурси; профіль не виключає індивідуальних труднощів	Залучення до навчання інших психологів; поглиблене вивчення механізмів стійкості; підтримка колег з дезадаптивним типом

Рекомендації для керівників та організаторів моніторингу.

1. Періодичність проведення:

- основна діагностика – один раз на 3–6 місяців (за 8 методиками);
- експрес-самооцінка – один раз на 1–2 тижні (методика шкалової самооцінки).

2. Формат проведення: дистанційний (Google-форми) або паперовий.

3. Аналіз результатів:

- за індивідуальним профілем (порівняння з нормами методик);
- за типологією (визначення типу психолога за кластерним рішенням);
- за динамікою (порівняння результатів поточного зрізу з попередніми).

4. Ключові цілі для інтервенцій:

- розвиток самоефективності (найважливіший ресурс для резильєнтності);
- зниження рівня тривалого травматичного стресу (РТТС) (найсильніший предиктор вигорання у 2026 році);
- розвиток професійної життестійкості (PHQ) (важливий захисний фактор);
- розвиток емоційного каналу копінгу (BASIC Ph) – для зниження соматизації;
- тілесні практики (фізіологічний канал) задля профілактики вигорання.

5. Інтервенції за результатами моніторингу:

- Дезадаптивний тип – індивідуальна консультація, узгодження допомоги й навантаження за потребами;
- Адаптивно-ресурсний тип – розвиток емоційної регуляції, тілесні практики;
- Соматизовано-напружений тип – робота з тілесними проявами стресу, зниження тривоги;
- Резильєнтний тип – залучення в якості ресурсних фахівців для підтримки колег.

Рекомендації щодо подальшої апробації технології моніторингу.

Отримані результати дворічної апробації підтверджують дієвість технології моніторингу, водночас окреслюють низку напрямів, за якими доцільно продовжити її випробування перед більш широким впровадженням у практику психологічних служб.

Такими напрямами, зокрема, можуть бути такі:

- збільшення вибірки, наприклад, до 150–200 респондентів на зріз для підвищення статистичної потужності кластерного та регресійного аналізів, особливо для малочисельних типів (наприклад, «Резильєнтний» тип у 2025 році був представлений лише одним випадком);

- залучення суміжних фахових груп; соціальних працівників, психологів служб екстреної допомоги, медичних психологів, педагогів для перевірки отриманої типології за межами вибірки практичних психологів;

- регіональна диференціація: порівняння регіонів з різним рівнем безпекової ситуації (прифронтові, тиллові території, регіони прийому внутрішньо переміщених осіб) для перевірки чутливості інструменту до контекстних факторів;

- скорочення діагностичної батареї на користь розробки короткої скринінгової версії (10–15 хвилин) на основі найбільш інформативних показників (РТТС, РНҚ, самоефективність) для регулярного експрес-моніторингу без істотної втрати діагностичної точності;

- перехід від Google-форм до спеціалізованої платформи з автоматичним підрахунком балів, візуалізацією індивідуальної динаміки та автоматичним визначенням типологічного профілю психолога.

Висновки за результатами апробації

1. Запропонована технологія моніторингу є дієвим інструментом виявлення негативних наслідків стресу війни у практичних психологів. Вона дозволяє не лише фіксувати рівень стресу та вигорання, але й визначати ресурсні дефіцити та сильні сторони фахівців.

2. У кожній річній вибірці отримано чотирикластерне рішення. Ці групування можуть бути основою гіпотез щодо диференційованої підтримки, але їхня стійкість, зіставність між роками та придатність для індивідуальної класифікації потребують перевірки.

3. Відмінності між вибірками 2025 і 2026 років можуть відображати зміни стану фахівців, складу учасників і контексту обстеження. За наведеним дизайном їх не можна однозначно приписати заходам підтримки; оцінювання ефективності таких заходів потребує окремого дослідження.

- У регресійних моделях 2026 року РТТС є значущим предиктором вигорання ($\beta = 0,602$), а самоефективність – резильєнтності ($\beta = 0,767$). У моделі для вибірки 2026 року РТТС має позитивний умовний зв'язок із резильєнтністю ($\beta = 0,318$) за врахування інших включених предикторів. Цей результат не встановлює причинного впливу стресу та не є доказом посттравматичного зростання.

4. Зв'язок професійної життестійкості із соматичними скаргами потребує звірення через розбіжність коефіцієнтів між кореляційними таблицями.

Навіть підтверджена позитивна кореляція не доводитиме, що стійкість досягається «ціною» фізичного дистресу.

5. Дефіцитарним каналом копінгу у психологів є емоційний (ранг 6 за моделлю BASIC Ph), що потребує цілеспрямованого розвитку в програмах професійної підготовки та супервізії.

6. Рекомендовано подальше впровадження технології моніторингу в практику роботи психологічних служб, а також розширення вибірки для підтвердження отриманих результатів та вдосконалення типології.

Напрями розроблення психокорекційної програми супроводу практичних психологів

Результати періодичного моніторингу дозволяють сформулювати не загальні, а адресні напрями розробки психокорекційної програми, що враховують як виявлену типологію психологів, так і специфіку їхньої професійної діяльності.

Диференціація програми за типологічними профілями. Кластерні рішення 2025 та 2026 років (таблиці 3.45, 3.59) можуть слугувати підґрунтям для проєктування модульної підтримки. До перевірки зіставності профілів напрямів супроводу слід добирати за індивідуальними потребами, а не лише за назвою кластера (див. таблицю 3.66).

Таблиця 3.66

Диференціація напрямів супроводу за типологічними профілями

Тип	Мета інтервенції	Формат супроводу	Періодичність
Деадаптивний	Зниження вигорання та РТТС, стабілізація стану	Індивідуальна терапія, обов'язкова супервізія, зниження навантаження	Щотижнево на старті, далі 1 раз на 2 тижні
Адаптивно-ресурсний	Підтримка наявних ресурсів, профілактика вигорання від успішності	Груповий підтримувальний формат, розвиток емоційної регуляції	1 раз на місяць
Соматизовано-напружений	Зниження тілесного напруження, робота із «ціною стійкості»	Тілесно-орієнтовані практики, психоедукація про соматизацію	1 раз на 2 тижні
Резильєнтний	Розвиток ресурсу як стійкого патерну, запобігання виснаженню	Залучення як менторів/ко-фасилітаторів для колег	1 раз на квартал

Мішені корекційного впливу за регресійними предикторами. Регресійні моделі в обидва роки вказують на РТТС і професійну життестійкість (PHQ) як найсильніші предиктори вигорання й деперсоналізації, а на самоефективність – як головний предиктор резильєнтності. Це визначає змістове ядро програми:

– зниження рівня травматичного стресу (РТТС): техніки роботи з непрямою травматизацією через контакт із травматичним досвідом клієнтів, а не загальні антистресові методики;

– розвиток компонентів професійної життестійкості (включеності, контролю та прийняття виклику) за результатами індивідуального оцінювання

потреб; групові середні таблиці 3.47 не обґрунтовують загального висновку про дефіцит усіх компонентів;

- зміцнення самоефективності: структурована робота з професійними досягненнями та зворотним зв'язком як найсильніший предиктор резильєнтності ($\beta=0,767$, табл. 3.60).

Тілесно-орієнтований модуль. Соматичні скарги слід розглядати разом із психологічними ресурсами та повсякденним функціонуванням. Наведені кореляції не встановлюють, що психологи «платять» здоров'ям за професійну стійкість або що розвиток резильєнтності посилює скарги. До підтримки можна включати такі елементи:

- тілесний моніторинг: регулярне відстеження соматичних скарг у «стійких» психологів нарівні з психологічними показниками, а не лише для дезадаптивного типу.

- соматичне розвантаження як обов'язковий блок: техніки роботи з тілесними проявами стресу для всіх типів, включно з резильєнтним, а не лише як опція для дезадаптивного та соматизовано-напруженого типів.

Розвиток емоційного каналу подолання (модель BASIC Ph). Протягом і 2025, і 2026 років емоційний канал (А) залишається найслабшим, а когнітивний (С) домінує (таблиці 3.44, 3.58), що відображає професійну звичку аналізувати досвід замість його проживання. Без цілеспрямованого втручання когнітивна компенсація лише закріплюється, тому програма має передбачати:

- техніки проживання, а не аналізу: методи, що працюють безпосередньо з відчуттям і переживанням (експресивні, тілесні, арт-техніки);

- баланс каналів копіngu: вправи на усвідомлене чергування когнітивного і емоційного реагування в межах однієї сесії.

Змістове наповнення програми самодопомоги. Відповідно до визначених мішеней, змістове наповнення програми може охоплювати такі техніки та підходи:

- BASIC Ph: модель копіngu, що дає змогу визначити провідний індивідуальний канал реагування на стрес (переконання, афект, соціальний ресурс, уява, когніції, фізична активність) і підібрати релевантні техніки саморегуляції.

- Стабілізаційні техніки з травмафокусованого підходу: вправи для зниження гострого емоційного напруження та відновлення відчуття безпеки й контролю.

- За стійких травматичних симптомів – консультація кваліфікованого фахівця для визначення показань до доказової терапії. Рутинний психологічний дебрифінг із відтворенням травматичного досвіду не включається до базової профілактичної програми (Rose et al., 2002).

- Орієнтування в навколишньому середовищі та комфортні вправи саморегуляції: добір з урахуванням стану, переносимості й індивідуальних потреб, без приписування недоведеного специфічного механізму стимуляції блукаючого нерва.

– Mindfulness-техніки з КПТ: практики усвідомленості для зниження румінації, тривоги та профілактики емоційного виснаження.

Вибір і послідовність технік диференціюється залежно від типологічного профілю фахівця: для дезадаптивного типу пріоритетними є техніки зниження гострого напруження і звернення по фахову допомогу; для соматизовано-напруженого доречними будуть тілесно-орієнтовані практики й уважність до сигналів організму; для адаптивно-ресурсного і резильєнтного типів – техніки підтримки наявних ресурсів і профілактики зсуву в більш вразливі профілі.

Диференціація рекомендацій за поточним станом. У подальшому регулярному моніторингу за 14-шкальною методикою можна співвідносити самооцінки стану з потребою в додатковому обстеженні та підтримці. ІП розглядають разом з окремими шкалами; його умовні інтервали не є клінічними порогоми:

Для дезадаптивного профілю (критичне виснаження):

– за низьких значень ІП (< 34) і наявності скарг або порушення функціонування – запропонувати індивідуальну консультацію та обговорення навантаження й відновлення;

– за середніх значень ІП ($34 \leq \text{ІП} < 66$) – відстежувати індивідуальну динаміку, обговорювати причини змін та можливості підтримки;

– на рівні організації – регулярний моніторинг, індивідуальні плани підтримки, тимчасове звільнення від адміністративних завдань.

Для соматизовано-напруженого профілю (гіперкомпенсація):

– усвідомлення ризику ігнорування тілесних сигналів і соматизації стресу;

– регулярний медичний скринінг (тиск, пульс), тілесно-орієнтовані практики (йога, дихальні техніки), обмеження робочого часу попри високу мотивацію;

– на рівні організації – психоедукація щодо феномену «парадоксу життєстійкості», окреме відстеження шкали «Стан здоров'я», відмова від заохочення понаднормової роботи;

Для адаптивно-ресурсного та резильєнтного профілів логіка диференціації зберігається, однак акцент зміщується з кризового реагування на підтримку наявного ресурсу: моніторинг за ІП використовується передусім для раннього виявлення ознак зсуву в бік дезадаптивного чи соматизовано-напруженого профілю, а не для призначення інтенсивних інтервенцій.

Орієнтовна структура програми. Узагальнена структура програми поєднує описані напрями та техніки в послідовність модулів, диференційованих за цільовими типами:

Орієнтовна модульна структура психокорекційної програми

Модуль	Тривалість	Основні методи	Цільова група (типи)
1. Діагностично-орієнтувальний	1 зустріч	Зворотний зв'язок за результатами моніторингу, визначення індивідуального профілю та рівня ПП	Усі типи
2. Стабілізаційний	1–2 тижні (за потреби негайно)	Психоедукація, орієнтування, навички стабілізації та саморегуляції	Дезадаптивний (критичний стан)
3. Робота з РТТС і вікарною травматизацією	4–6 тижнів	Психоедукація, стабілізація; за показаннями – направлення до фахівця для доказової терапії травматичних розладів	Дезадаптивний, соматизовано-напружений
4. Розвиток компонентів життєстійкості (PHQ)	4 тижні	Вправи на включеність, контроль, прийняття виклику; mindfulness-техніки КПТ	Дезадаптивний, соматизовано-напружений
5. Тілесно-орієнтований блок	Наскрізний, 1 раз на 2 тижні	Тілесні практики, медичний скринінг, моніторинг соматичних скарг	Усі типи (обов'язково)
6. Розвиток емоційного каналу копінгу (BASIC Ph)	4 тижні	Експресивні та тілесні техніки проживання досвіду за провідним каналом BASIC Ph	Усі типи
7. Зміцнення самоефективності	3–4 тижні	Робота з професійними досягненнями, структурований зворотний зв'язок	Дезадаптивний, адаптивно-ресурсний
8. Підтримувальний/менторський	Наскрізний, 1 раз на місяць	Групова підтримка; для резильєнтного типу – супровід колег	Адаптивно-ресурсний, резильєнтний

Інтеграція з технологією моніторингу. Програма є пропозицією для циклу «діагностика – підтримка – повторна діагностика». Зміст і пріоритетність допомоги визначають за індивідуальними потребами та функціонуванням, з урахуванням ресурсів і скарг. Ефективність програми необхідно перевірити окремо; зміни показників без належного порівняння не дозволяють установити причинного ефекту втручання.

3.7. Узагальнення практичних сценаріїв апробації технології моніторингу

Розглянуті в попередніх параграфах емпіричні кейси дають змогу представити психологічну технологію моніторингу наслідків стресу війни не як абстрактну методичну схему, а як послідовну практичну систему, що може розгортатися у різних освітньо-професійних спільнотах. У кожному з описаних випадків було апробовано окремий аспект цієї технології. Зокрема, у студентському кейсі – логіку багатохвильового спостереження; у двох регіональних зрізах педагогічних працівників – можливості базового діагностичного профілювання; у дослідженні педагогічної громади Броварської

міської ради – поєднання поглибленої психодіагностики з регулярним експрес-відстеженням поточного психоемоційного стану. Разом ці кейси демонструють поступовий перехід від фіксації стану до аналізу динаміки, від загального опису ризиків до визначення конкретних мішеней підтримки, від дослідницької діагностики до практично орієнтованого психологічного супроводу. Додаткові напрями апробації технології – у викладачів закладів вищої освіти, вчителів закладів загальної середньої освіти та практичних психологів – висвітлено в параграфах 3.4–3.6.

У концептуальному плані така логіка безпосередньо відповідає розумінню моніторингу як систематичної фіксації й оцінювання фізіологічних, емоційних, когнітивних і поведінкових реакцій фахівців на комплекс стресових чинників із метою виявлення небажаних змін, прогнозування ризиків і своєчасної корекції стану. Відповідно, моніторинг не може зводитися лише до опитування або збору статистичних даних. Його практичний сенс полягає у тому, щоб на основі отриманої інформації ухвалювати рішення щодо профілактики, психологічної підтримки, організаційних змін і адресної допомоги тим, хто перебуває у зоні підвищеної вразливості.

Від базового профілювання до траєкторної логіки. Першою ланкою практичного циклу є базове діагностичне профілювання. Воно дає змогу відповісти на початкове запитання: яким є психологічний стан конкретної освітньої або професійної спільноти в умовах війни? Саме це завдання виконували регіональні зрізи серед педагогічних працівників. Їхні результати показали, що навіть один добре організований діагностичний зріз дозволяє виявити не лише загальний рівень стресового навантаження, а й його структуру: самооцінку впливу війни, прояви професійного вигорання, реакції на тривалий травматичний стрес, соматичні скарги, ресурсні характеристики, копінг-стратегії та задоволеність життям. Наприклад, Житомирський зріз був спрямований саме на визначення наслідків стресу війни за показниками вигорання, тривалого травматичного стресу, соматичних скарг і ресурсних характеристик із метою окреслення чинників ризику та захисту.

Однак базове профілювання саме по собі ще не вичерпує логіки моніторингу. Воно створює стартову карту ризиків і ресурсів, але не дає відповіді на питання, чи є виявлений стан стабільним, чи він погіршується, чи, навпаки, поступово компенсується. Саме тому другою ланкою практичного циклу є повторні зрізи, які дозволяють перейти від статичного опису до аналізу змін. Цю логіку особливо чітко продемонстрував студентський кейс, у якому перший етап виконував функцію вихідного профілювання, другий – відкривав можливість аналізу змін і потреби у підтримці, а третій – давав змогу перейти до траєкторного бачення, тобто оцінювати не лише різниці між хвилями, а й загальні напрями зміни окремих груп показників у часі.

Третьою ланкою практичного циклу є регулярне експрес-відстеження. Його значення полягає в тому, що воно дозволяє побачити короточасні коливання стану, які можуть залишатися непомітними при великих, але рідкісних психодіагностичних зрізах. Досвід педагогічної громади Броварської

міської ради показав, що поєднання періодичної психодіагностики з регулярною експрес-самооцінкою дає змогу відстежувати не тільки загальний профіль наслідків війни, а й динаміку поточного психоемоційного стану. У цьому дослідженні експрес-моніторинг охопив 22 педагогічних працівники, було отримано 109 індивідуальних протоколів за шістьма зрізами, а 12 учасників пройшли всі шість вимірювань, що дало підстави для описового аналізу групової й індивідуальної динаміки.

Четвертою, завершальною ланкою практичного циклу є перехід до адресної підтримки. Саме він надає моніторингу практичного змісту. Якщо діагностика лише фіксує проблему, але не веде до змін у підтримці, вона залишається дослідницькою процедурою. Якщо ж результати використовуються для планування психоедукації, групових програм, індивідуальних консультацій, профілактики вигорання, підтримки професійної життєстійкості, роботи з тривогою, втомою, соматичними скаргами та уникаючим копінгом, тоді моніторинг стає реальною психологічною технологією супроводу.

Узагальнювальна логіка трьох кейсів. Розглянуті кейси можна подати як три взаємодоповнювальні практичні моделі, кожна з яких демонструє окрему функцію технології (таблиця 3.68).

Студентський кейс особливо важливий тому, що він демонструє аналітичну перевагу повторних хвиль. Одноразове дослідження дозволяє лише констатувати наявність підвищених або знижених показників. Натомість багатохвильовий дизайн дозволяє встановити, чи відбувається адаптація, чи накопичення неблагополуччя, чи різні групи показників змінюються у різних напрямках. У цьому кейсі було показано, що різні психологічні індикатори реагують на хронічний військовий стрес неоднаково, а отже, технологія моніторингу має бути не лише багатовимірною, а й часово чутливою.

Таблиця 3.68

Взаємодоповнювальні практичні моделі моніторингу

Практичний кейс	Що демонструє для технології моніторингу	Основний методичний урок	Практичний висновок
Студентська молодь педагогічного університету	Багатохвильове спостереження за майбутніми фахівцями психолого-педагогічного профілю	Моніторинг має бути часово чутливим і дозволяти аналізувати траєкторії змін	Потрібно відрізняти стабілізацію одних показників від накопичення напруження в інших
Два регіональні зрізи педагогічних працівників	Можливості базового діагностичного профілювання у різних освітньо-професійних середовищах	Перший зріз створює карту ризиків, ресурсів і потенційних мішеней підтримки	Діагностика має поєднувати симптомні, ресурсні, соматичні й самооцінні показники
Дворівнева модель у педагогічній громаді	Поєднання поглибленої психодіагностики з регулярним експрес-відстеженням	Повний моніторинг має включати як глибину, так і часову чутливість	Експрес-моніторинг дозволяє виявляти динамічні точки напруження та планувати своєчасну підтримку

Два регіональні зрізи серед педагогічних працівників, своєю чергою, показали можливості першого практичного входу в професійну спільноту. Вони дали змогу окреслити типовий для педагогів профіль кумулятивного воєнного навантаження, у якому поєднуються погіршення емоційного стану, соматичне виснаження, професійне напруження, реакції тривалого травматичного стресу та водночас збереження певних ресурсних характеристик. Особливо важливо, що такі зрізи дозволяють виявляти не тільки групові проблеми, а й потенційні «точки входу» для профілактики: професійну життестійкість, резильєнтність, самоефективність, зниження уникаючого копінгу, підтримку задоволеності життям і оптимістичнішої оцінки перспектив.

Кейс Броварської педагогічної громади показав, що найбільш повною формою реалізації технології є поєднання двох рівнів: періодичних психодіагностичних зрізів і регулярного експрес-моніторингу. Періодична психодіагностика дає глибший, але більш статичний опис, тоді як експрес-моніторинг дозволяє фіксувати короточасні коливання стану, моменти погіршення та відносну стабільність або нестабільність окремих показників. Саме така побудова робить технологію не лише діагностичною, а й управлінсько-практичною: вона дозволяє своєчасно бачити, коли педагогічна спільнота входить у фазу підвищеного напруження і коли потрібні підтримувальні дії.

Спільні методологічні висновки. Перший узагальнений висновок полягає у тому, що моніторинг наслідків стресу війни має бути багатовимірним. Жоден окремий показник не може повноцінно відобразити психологічний стан фахівців психолого-педагогічних професій. ПТСР-симптоматика, вигорання, соматичні скарги, емоційний стан, задоволеність життям, резильєнтність, самоефективність, професійна життестійкість і копінг-стратегії відображають різні сторони одного складного процесу. Тому технологія має включати щонайменше чотири групи індикаторів: стресовий контекст, симптоми неблагополуччя, ресурсні характеристики та суб'єктивну потребу в підтримці.

Другий висновок – моніторинг має бути часово чутливим. В умовах війни психологічний стан не є стабільним. Він може погіршуватися після обстрілів, блекаутів, втрат, завершення навчального періоду, накопичення перевантаження або конфліктів у професійному середовищі. Одноразовий зріз не дозволяє побачити, чи є зафіксований стан випадковим, типовим або кризовим. Лише повторні вимірювання дають змогу відрізнити тимчасове коливання від стійкої тенденції.

Третій висновок стосується особливої ролі соматичного блоку. У всіх кейсах психосоматичні прояви постають не як другорядний додаток до психологічної діагностики, а як один із ключових індикаторів кумулятивного виснаження. Саме соматичні скарги часто відображають тривалий дефіцит відновлення, порушення сну, хронічну напругу, втому й тілесне «накопичення» стресу. Тому їх потрібно розглядати як центральну складову моніторингу, а не як факультативний вимір.

Четвертий висновок полягає у необхідності поєднання симптомної та ресурсної логіки. Моніторинг не повинен бути спрямований лише на пошук неблагополуччя. Не менш важливо визначати, які ресурси залишаються збереженими й можуть бути використані для підтримки. Резильєнтність, самоефективність, професійна життєстійкість, проблемно-фокусовані копінг-стратегії та професійний сенс можуть виконувати буферну функцію. Водночас їх зниження або поєднання з високим унікаючим копінгом вказує на потребу в більш адресних втручаннях.

П'ятий висновок стосується ролі простих індикаторів самооцінки. Запитання про погіршення емоційного стану, здоров'я, матеріального становища й життєвих перспектив виявилися практично інформативними, оскільки вони швидко фіксують суб'єктивний досвід впливу війни. Такі індикатори не замінюють стандартизованої психодіагностики, але можуть використовуватися як короткий скринінговий блок між повними зрізами або як попередній етап для визначення групи ризику.

Шостий висновок – моніторинг має бути пов'язаний із корекційною та підтримувальною складовою. У студентському кейсі прямо підкреслено, що результати не повинні залишатися на рівні констатації: вони мають вести до центрів психологічної підтримки, груп навичок стрес-менеджменту, соматично орієнтованих коротких протоколів, ступінчастих моделей допомоги й адресних форм супроводу. Це положення є ключовим для всього розділу, адже моніторинг має сенс лише тоді, коли він завершується практичним рішенням.

Від загальної підтримки до адресної допомоги. Узагальнення трьох кейсів дозволяє запропонувати ступінчасту логіку використання результатів моніторингу.

На першому рівні – універсальна підтримка всієї спільноти. Вона потрібна тоді, коли результати вказують на масове погіршення емоційного стану, втому, тривожність або зниження життєвої задоволеності. У такому разі доцільними є психоедукація щодо хронічного стресу війни, короткі практики саморегуляції, нормалізація типових реакцій, підтримка командної взаємодії, організація мікропауз і формування культури відновлення.

На другому рівні – селективна підтримка груп підвищеного ризику. Вона потрібна тоді, коли окремі підгрупи демонструють підвищене емоційне виснаження, соматичні скарги, песимізм щодо перспектив, високий рівень тривожності або домінування унікаючого копіngu. Для таких груп доцільними є короткі програми стрес-менеджменту, тренінги адаптивного подолання, групи підтримки, супервізійні зустрічі, програми відновлення сну й тілесної саморегуляції.

На третьому рівні – адресна індивідуальна допомога. Вона необхідна тоді, коли в одній особі поєднуються кілька ризикових показників: істотне погіршення емоційного стану, високі соматичні скарги, зниження працездатності, низька життєва задоволеність, підвищене емоційне виснаження, низька резильєнтність або самоефективність. У таких випадках потрібні індивідуальні консультації, конфіденційний психологічний супровід, а за

потреби – скерування до фахівців психічного здоров'я або медичних спеціалістів.

Таким чином, моніторинг створює основу для переходу від загальної, однакової для всіх підтримки до диференційованої системи допомоги. Він дозволяє не лише побачити, що «педагогам важко» або «студенти потребують підтримки», а й визначити, кому саме, у який момент, з якою інтенсивністю і в якій формі така підтримка потрібна.

Організаційні умови ефективного впровадження. Практичні сценарії, описані вище в цьому розділі, також показали, що ефективність моніторингу залежить не лише від методик, а й від організації процесу. Навіть якісна діагностична батарея не буде результативною, якщо учасники не розумітимуть її мети, не довірятимуть конфіденційності або не бачитимуть практичного сенсу своєї участі.

Тому впровадження технології моніторингу має передбачати кілька обов'язкових умов. По-перше, учасникам потрібно чітко пояснювати, що моніторинг проводиться не для оцінювання їхньої професійної придатності, а для підтримки. По-друге, необхідно забезпечувати конфіденційність індивідуальних відповідей і подавати адміністрації лише узагальнені групові дані. По-третє, бажано надавати учасникам короткий зворотний зв'язок, щоб вони бачили, що їхні відповіді не «зникають» у формальній звітності, а використовуються для планування реальних заходів. По-четверте, повні психодіагностичні зрізи доцільно поєднувати з короткими експрес-формами, які не перевантажують учасників і можуть проводитися частіше.

Особливого значення набуває врахування воєнного контексту. Результати моніторингу не можна інтерпретувати ізольовано від зовнішніх подій: обстрілів, повітряних тривог, блекаутів, втрат, змін у навчальному процесі, атестаційних навантажень або завершення семестру. Те, що в мирних умовах могло б виглядати як індивідуальне погіршення, у воєнному контексті може бути груповою реакцією на конкретну зовнішню подію. Саме тому регулярність вимірювань і контекстуальний аналіз є необхідними умовами коректного використання технології.

Підсумкові висновки до розділу 3

Практичний цикл реалізації дворівневої технології охоплює чотири взаємопов'язані ланки. Перша – базове профілювання стану, ризиків, ресурсів і потреб. Друга – повторні діагностичні зрізи для оцінювання змін. Третя – регулярне експрес-відстеження поточного стану. Четверта – використання результатів для адресної підтримки, профілактики та подальшої оцінки допомоги. Ці ланки не змінюють розмежування двох рівнів технології: періодичної діагностики та регулярного експрес-моніторингу.

Усі розглянуті кейси підтверджують, що центральною проблемою освітньо-професійних спільнот в умовах війни є не лише наявність окремих травматичних симптомів, а тривале кумулятивне навантаження, у якому

поєднуються емоційне виснаження, тривожність, соматичні прояви, зниження відчуття майбутнього та водночас збереження частини ресурсів і професійної включеності. Саме ця складна комбінація потребує не одноразової діагностики, а системного моніторингу.

Отже, практична цінність запропонованої технології полягає в тому, що вона дозволяє перейти від загальних уявлень про негативний вплив війни до конкретної, доказово обґрунтованої системи психологічної підтримки. Її логіка може бути стисло представлена так: первинне виявлення стану → повторне оцінювання змін → регулярне експрес-відстеження → прогнозування ризиків → адресна підтримка → оцінка ефективності допомоги. Саме така послідовність робить моніторинг не лише дослідницьким інструментом, а практичною технологією збереження психологічної стійкості, професійної працездатності та людського ресурсу фахівців психолого-педагогічних професій в умовах війни й повоєнного відновлення.

ВИСНОВКИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ТЕХНОЛОГІЇ МОНІТОРИНГУ НАСЛІДКІВ СТРЕСУ ВІЙНИ: ГОРИЗОНТИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Проведене дослідження засвідчило особливу вразливість фахівців психолого-педагогічного профілю до наслідків тривалого стресу війни. Її значною мірою визначає специфіка професійного становища цих фахівців: переживаючи разом з іншими воєнну загрозу, втрати, невизначеність та вимушені зміни звичного життя, вони водночас продовжують навчати, надавати психологічну підтримку, допомагати іншим адаптуватися до нових умов. Саме в цьому поєднанні власного досвіду війни з необхідністю залишатися професійним ресурсом для інших виявляється феномен «подвійного навантаження». Його посилюють тривала невизначеність, дефіцит особистісних і професійних ресурсів, робота з людьми, які переживають наслідки війни, а також ризик вторинної травматизації та професійного вигорання.

Наслідки такого тривалого навантаження не залишаються незмінними. Їх вираженість і поєднання залежать від інтенсивності стресового впливу, життєвих обставин, професійного середовища та ресурсів самої людини. Тому одноразове діагностичне обстеження, попри його інформативність щодо актуального стану, не показує, як цей стан змінюється з часом. Для цього необхідне систематичне спостереження за визначеними психологічними показниками та їхньою динамікою. Саме таке розуміння стало вихідним для обґрунтування моніторингу наслідків стресу війни: важливо не лише зафіксувати наявні несприятливі прояви, а й простежити їх зміни, співвіднести їх із ресурсами людини та своєчасно визначити потребу в психологічній підтримці.

Розроблення технології моніторингу потребувало передусім уточнення того, що саме має становити предмет такого моніторингу. Для цього було розмежовано поняття травматичного стресу, тривалого травматичного стресу та посттравматичного стресового розладу й уточнено їх співвідношення з поняттям «стрес війни». У контексті нашого дослідження стрес війни розглядаємо як ширше поняття, що охоплює комплекс психологічних, соматичних, когнітивних і соціально-поведінкових реакцій та змін, пов'язаних із тривалим впливом воєнної загрози й інших стресорів війни. Таке розуміння дає можливість не зводити наслідки війни лише до окремих травматичних реакцій або клінічних проявів, а враховувати значно ширший спектр змін у стані та функціонуванні людини.

Систематизація цих наслідків показала, що їх доцільно розглядати у взаємозв'язку фізичної, психологічної, когнітивної та соціально-поведінкової сфер. Зміни в одній із них можуть супроводжуватися змінами в інших: фізичне виснаження може поєднуватися зі змінами емоційного стану та працездатності, психологічне напруження – з труднощами когнітивного функціонування й поведінковими змінами, а труднощі у професійній взаємодії, своєю чергою, можуть супроводжуватися посиленням стресового навантаження. Водночас

характер і вираженість цих проявів не є однаковими для всіх, а залежать від індивідуальних особливостей людини, наявних у неї психологічних ресурсів та конкретних умов її життя і професійної діяльності.

Таке розуміння наслідків стресу війни визначило й наше бачення самого моніторингу. Ми розглядаємо його не як окреме тестування чи одноразову психодіагностичну процедуру, а як систематичне відстеження визначених показників, яке дає можливість бачити не тільки актуальний стан фахівця, а й характер його змін у часі. Важливими тут є не лише негативні прояви, а й ресурси, на які людина спирається в процесі адаптації. Відповідно, результати моніторингу мають значення не самі по собі: вони стають підґрунтям для визначення психологічних ризиків і потреб та прийняття обґрунтованих рішень щодо подальшої психологічної підтримки.

На цій основі розроблено психологічну технологію моніторингу наслідків стресу війни у фахівців психолого-педагогічного профілю, яка об'єднує взаємопов'язані методи та діагностичні процедури. З їхньою допомогою можна систематично оцінювати прояви стресового навантаження, відстежувати їх динаміку та співвідносити отримані показники з ресурсними характеристиками фахівця. Такий підхід принципово не передбачає ототожнення моніторингу з психологічною корекцією чи допомогою. Його призначення полягає у своєчасному отриманні інформації, необхідної для визначення психологічних ризиків і потреб та обґрунтованого вибору подальших заходів психологічного супроводу.

Під час розроблення технології ми спиралися на положення теорії алостазу й алостатичного навантаження, транзакційної моделі стресу і копіngu та концепції збереження ресурсів. Звернення до цих теоретичних підходів було зумовлене необхідністю врахувати дві складові процесу адаптації до тривалого стресового навантаження: накопичення його негативних наслідків і ресурси, які допомагають людині зберігати здатність до професійного та повсякденного функціонування.

Саме тому до структури моніторингу включено дві групи показників. Перша характеризує негативні наслідки тривалого стресового навантаження й охоплює професійне вигорання, реакції на тривалий травматичний стрес та соматичні скарги. Друга відображає ресурсний бік адаптації й охоплює резильєнтність, самоефективність, професійну життєстійкість, копінг-стратегії та задоволеність життям. Для нас було важливо не обмежувати моніторинг лише виявленням несприятливих проявів. Не менш значущим є розуміння того, які ресурси зберігають психологи й педагоги, на що вони можуть спиратися та в яких сферах потребують додаткової підтримки. Саме співвіднесення цих двох груп показників дає більш цілісне уявлення про стан фахівців психолого-педагогічного профілю та їхні адаптаційні ресурси в умовах тривалого стресу війни.

Результати апробації психологічної технології моніторингу дали змогу окреслити узагальнений профіль наслідків стресу війни та ресурсних характеристик обстежених учителів закладів загальної середньої освіти:

- У більшості обстежених педагогічних працівників шкіл не виявлено значно високої вираженості професійного вигорання, водночас показники резильєнтності, самоефективності та професійної життєстійкості свідчать про наявність психологічних ресурсів. Проте війна діє як хронічний кумулятивний стресор, спричиняючи масовий вплив на:

- погіршення емоційного стану - зафіксовано у 81–92% респондентів (найчутливіший маркер);

- погіршення фізичного здоров'я – у 59–85%;

- погіршення матеріального стану – у 43–70%;

- погіршення життєвих перспектив – у 41–47%.

- Особливість стресу війни полягає у тому, що основним симптомом травматизації виявився «страх та зрада» (виражений у 36–41% респондентів), що проявляється як настороженість, вразливість довіри, відчуття несправедливості та напружене очікування загрози.

- Соматизація: напруга тілесно фіксується у вигляді хронічного виснаження (63%) та болю в тілі (58%), що пов'язано з порушеннями сну й м'язовим перенапруженням.

- Основними «буферами» (протективними чинниками) виявилися резильєнтність та самоефективність. Вони виражено знижують усі показники неблагополуччя (професійну деформацію, емоційне виснаження, соматичні скарги) і підвищують задоволеність життям ($r=0,52\dots0,55$).

- Головний чинник ризику: уникаючий копінг (пасивне відкладання, дистанціювання) прямим чином підсилює емоційне виснаження ($r=0,45$), соматизацію ($r=0,40$), морально-травматичні реакції ($r=0,51$) та деформацію.

- Динаміка поточного стану (за результатами експрес-моніторингу) виявила:

- збереження мотивації на тлі виснаження: бажання працювати й зацікавленість у роботі залишаються високими навіть у періоди кризи. Це створює ризик прихованого виснаження – педагоги виконують обов'язки ціною надмірних внутрішніх витрат.

- психоемоційний стан не є стабільним, наявний хвилеподібний характер. Фіксуються точки суттєвого падіння ресурсів і зростання дистресу (зокрема, в зимовий період через відключення електропостачання та безпековий тиск).

- провідними симптомами дистресу виявилися стривоженість та втомленість як найбільш динамічні та чутливі індикатори. Пригніченість і байдужість виражені значно менше (відсутнє повне емоційне відсторонення).

Результати апробації психологічної технології моніторингу наслідків стресу війни у викладачів закладів вищої освіти дозволили створити такий діагностичний профіль:

- Описові показники викладачів ЗВО за 2025 і 2026 роки потребують звірення з первинними даними через неузгодженості сумарних балів і меж шкал. До її завершення висновки про поліпшення або стабільність стану слід вважати попередніми.

- У річних вибірках отримано чотири дослідницькі кластери. Наведені частки за 2026 рік обчислено від $N = 64$; стійкість кластерів і міжрічна зіставність потребують додаткової перевірки:

- *Деадаптивний тип* (15,6%) – найвищий рівень вигорання ($69,7 \pm 8,2$) та найнижча професійна життєстійкість ($45,5 \pm 6,1$). Викладачі цього типу перебувають у стані хронічного дистресу, що супроводжується зниженням професійної життєстійкості. Вони становлять групу ризику щодо розвитку тяжких форм вигорання.

- *Соматизовано-напружений тип* (32,8%) – найчисленніший тип. Характеризується найвищим рівнем стресу ($15,1 \pm 2,8$) та соматичних скарг ($53,7 \pm 8,9$) при високій професійній життєстійкості ($68,4 \pm 5,5$). Це свідчить про компенсаторні механізми: використання ресурсів для подолання стресового навантаження, що однак не запобігає соматизації.

- *Адаптивно-ресурсний тип* (28,1%) – помірне вигорання ($63,9 \pm 6,9$) та середня життєстійкість ($63,6 \pm 5,2$). Цей тип є найбільш збалансованим – дистрес не досягає критичних значень, а ресурси залишаються на достатньому рівні.

- *Резильєнтний тип* (23,4%) – найнижче вигорання ($40,4 \pm 4,5$) та найвища когнітивність ($28,4 \pm 3,1$). Це психологічно благополучна група з розвиненими копінг-ресурсами, яка може виступати ресурсною групою для колег.

- Подальший аналіз експрес-моніторингу потребує узгодження формули, числових зведень і статистичних перевірок:

- формулу ІІІ нормовано до 0–100 з однаковою вагою позитивного й негативного блоків. Розподіли за умовними інтервалами слід перерахувати з первинних відповідей;

- попередні таблиці моніторингу містять суперечливі середні та частки для тих самих груп. До їх узгодження висновки про частку низьких або високих значень не є остаточними;

- – чутливість «Настрою» та інших сигнальних індикаторів слід оцінити на узгодженій базі та перевірити на незалежній вибірці.

- Поєднання збережених ресурсних показників із соматичними скаргами не доводить, що життєстійкість спричиняє соматизацію. Гіпотеза про гіперкомпенсацію потребує окремої перевірки.

- Ресурсні самооцінки не виключають потреби в оцінюванні стану здоров'я. Висновок про «парадокс життєстійкості» не слід подавати як підтверджений механізм на підставі наведених зведень.

- Особливості самооцінки здоров'я необхідно аналізувати разом з окремими скаргами та індивідуальним контекстом. Цей індикатор не встановлює діагнозу або психологічної причини соматичних симптомів.

- Шкали «Настрій», «Спустошеність», «Байдужість» та «Життєва задоволеність» запропоновано як сигнальні індикатори для відстеження стану. Їхня діагностична точність і прогностичні властивості потребують перевірки.

- У регресійних моделях РТТС пов'язаний із вигоранням, а самоефективність – із резильєнтністю. Описані умовні зв'язки не доводять

причинного впливу. Кореляції каналів BASIC Ph із показниками стану можуть слугувати основою гіпотез для подальшої перевірки програм підтримки.

Результати апробації психологічної технології моніторингу наслідків стресу війни у психологів дозволили створити такий діагностичний профіль:

- Для практичних психологів у кожній річній вибірці отримано чотирикластерне рішення. Відповідність назв і конфігурацій кластерів між роками потребує авторської звірки; їх не слід автоматично вважати стійкими діагностичними типами:

- *дезадаптивний тип* (46,4% у 2025 і 40,3% у 2026 році) характеризується поєднанням вищого дистресу з нижчими ресурсними показниками; потребу в допомозі та коригуванні навантаження визначають індивідуально;

- *соматизовано-напружений тип* описує поєднання соматичних скарг із ресурсними показниками; механізм такого поєднання за наведеними даними не встановлено;

- *адаптивно-ресурсний тип* характеризується відносно збереженими ресурсами; назву й конфігурацію цього кластера необхідно узгодити між таблицями;

- *резильєнтний тип* становить 1,8% вибірки 2025 року та 9,7% вибірки 2026 року. Ці частки самі собою не доводять стійкості профілю або придатності його представників до наставництва.

- У незалежних вибірках психологів (2025 рік, N = 56; 2026 рік, N = 62) частка *дезадаптивного типу* становить 46,4% і 40,3%, а сумарна частка *адаптивно-ресурсного* та *резильєнтного типів* – 30,4% і 42,0%. Остання сума не є валідованим індексом благополуччя; порівняння потребує узгодження назв і складу кластерів. У 2026 році 95,1% опитаних повідомили про погіршення емоційного стану.

- Висновки про динаміку поточного стану психологів за регулярними експрес-вимірюваннями потребують окремого опису вибірки, строків, методики та результатів такого моніторингу.

- статистичну значущість змін і розміри ефекту слід наводити разом із відповідними аналізами повторних вимірювань;

- форму часових траєкторій потрібно обґрунтувати фактичними даними кожного зрізу;

- висновки про пік навантаження та неповне відновлення можливі лише після перевірки цих даних і повноти повторних відповідей.

- У наведених моделях 2026 року РТТС має позитивний умовний зв'язок із вигоранням ($\beta = 0,602$), а самоефективність – із резильєнтністю ($\beta = 0,767$). Значущі коефіцієнти професійної життєстійкості в моделях вигорання й деперсоналізації є негативними; причинної захисної дії це не встановлює.

- У моделі для вибірки 2026 року РТТС має позитивний умовний зв'язок із резильєнтністю ($\beta = 0,318$) за врахування інших включених предикторів. Цей результат не встановлює причинного впливу стресу та не є доказом посттравматичного зростання.

- Інтерпретація зв'язку професійної життєстійкості із соматичними скаргами потребує звірення кореляційних таблиць. Наведений дизайн не доводить причинного механізму «ціни професійної стійкості».

- Найбільш дефіцитарним каналом копінгу виявився емоційний канал (BASIC Ph, ранг 6 з 6) упродовж обох років дослідження на тлі домінування когнітивного каналу, що відображає професійну звичку аналізувати досвід замість його проживання і потребує цілеспрямованого розвитку через експресивні й тілесні техніки.

- Практичну доцільність типологічно диференційованого супроводу слід перевірити після узгодження кластерних рішень та в окремому дослідженні підтримки.

Практичний цикл реалізації дворівневої технології охоплює чотири взаємопов'язані ланки. Перша – базове профілювання стану, ризиків, ресурсів і потреб. Друга – повторні діагностичні зрізи для оцінювання змін. Третя – регулярне експрес-відстеження поточного стану. Четверта – використання результатів для адресної підтримки, профілактики та подальшої оцінки допомоги. Ці ланки не змінюють розмежування двох рівнів технології: періодичної діагностики та регулярного експрес-моніторингу.

Результати різних етапів апробації показали, що центральною проблемою обстежених фахівців в умовах війни є не лише наявність окремих травматичних симптомів, а тривале кумулятивне навантаження, в якому поєднуються емоційне виснаження, тривожність, соматичні прояви, зниження відчуття майбутнього та водночас збереження частини ресурсів і професійної включеності. Саме ця складна комбінація потребує не одноразової діагностики, а системного моніторингу.

Таким чином, практична цінність запропонованої технології полягає в тому, що вона дозволяє перейти від загальних уявлень про негативний вплив війни до конкретної, доказово обґрунтованої системи психологічної підтримки. Її логіка може бути стисло представлена так: первинне виявлення стану → повторне оцінювання змін → регулярне експрес-відстеження → прогнозування ризиків → адресна підтримка → оцінка ефективності допомоги. Саме така послідовність робить моніторинг не лише дослідницьким інструментом, а практичною технологією збереження психологічної стійкості, професійної працездатності та людського ресурсу фахівців психолого-педагогічних професій в умовах війни й повоєнного відновлення.

Окремим аспектом слід зазначити, що здійснена апробація дворівневої моделі дала не лише психологічні, а й організаційні висновки. Перший із них стосується тривалості та складності інструментарію. Повна психодіагностична батарея є необхідною для глибокого профілювання, але її важко часто повторювати в реальних умовах роботи педагогічних і психологічних колективів, особливо під час війни. Тому вона має застосовуватися періодично, тоді як між такими зрізами доцільно використовувати коротку експрес-самооцінку.

Наступний висновок стосується мотивації учасників. Регулярний моніторинг буде життєздатним лише тоді, коли педагоги і психологи розумітимуть його практичний сенс. Якщо опитування сприймається як чергова формальна процедура, участь швидко знижується. Якщо ж учасники бачать, що результати використовуються для реального планування підтримки, отримують узагальнений зворотний зв'язок і відчують конфіденційність, мотивація до участі зростає.

Не менш важливий висновок щодо необхідності автоматизації. Для практичного впровадження доцільно використовувати онлайн-форми з автоматичним збором даних і бажано з простими візуальними панелями для фахівців, які здійснюють супровід. Це дозволить швидко бачити зміни в групі, виявляти критичні зрізи й не витратити надмірний час на ручну обробку.

Варто не забувати і про дотримання етичних умов. Моніторинг має проводитися так, щоб фахівці не боялися негативних наслідків своїх відповідей. Дані мають використовуватися не для оцінювання професійної придатності, а для їхньої підтримки. Саме тому важливо розмежовувати індивідуальну конфіденційну інформацію та узагальнені групові результати, які можуть передаватися адміністрації або органам управління освітою.

Наостанок зазначимо про необхідність врахування інтенсивності впливу воєнної ситуації в динаміці. Результати моніторингу доцільно інтерпретувати разом із інформацією про зовнішні події: обстріли, тривалі повітряні тривоги, блекаути, складні навчальні періоди, канікули, завершення семестру, атестаційні навантаження тощо. Без цього динаміка може бути неправильно витлумачена як суто внутрішньогрупова, тоді як насправді вона може відображати реакцію на конкретні зовнішні події.

Окремим завданням дослідження стало окреслення горизонтів подальших досліджень і впровадження розробленої психологічної технології моніторингу наслідків стресу війни в широку практику. Результати апробації доводять: створена модель не є статичним психодіагностичним інструментом. Вона постає гнучкою, динамічною системою, яка потребує подальшого осмислення, розширення вибірки та технологічного вдосконалення. Специфіка тривалого воєнного дистресу та виклики майбутньої відбудови країни окреслюють такі **ключові напрями подальшої роботи**:

1. Лонгітюдне спостереження кумулятивних наслідків воєнного стресу. Важливо дослідити, як виявлені траєкторії дезадаптації (зокрема соматизовано-напружений та дезадаптивний типи) трансформуються під час переходу від активної фази бойових дій до періоду суспільного відновлення.

2. Поглиблення аналізу «парадоксу життєстійкості». Необхідні додаткові емпіричні розвідки щодо фізіологічних та психосоматичних «витрат» високої резильєнтності. Перспективним є крос-дисциплінарний аналіз зв'язку між суб'єктивною самооцінкою здоров'я, показниками алоstaticного навантаження та професійною ефективністю фахівців.

3. Адаптація технології для інших професійних груп. Потрібно розширити цільову вибірку та модифікувати інструментарій під потреби

медичних працівників, соціальних робітників, рятувальників ДСНС і фахівців ювенальної превенції, які також працюють у режимі «подвійного навантаження».

4. Порівняльні крос-професійні дослідження. Зіставний аналіз специфіки соматизації, уникаючого копіngu та ресурсних каналів (за моделлю BASIC Ph) у різних середовищах дозволить деталізувати загальну концепцію стресу війни та уточнити виявлену феноменологію для кожної галузі.

5. Інтеграція моніторингу із системами адресної допомоги. Основне практичне завдання – створити прямий зв'язок між рівнем дистресу та конкретними протоколами реагування: від індивідуальних технік самопомоги (для нормативного стану) до групової терапії травми або скерування до вузькопрофільних спеціалістів (у критичних випадках).

Окреслені горизонти дозволяють трансформувати розроблену технологію із суто діагностичного інструменту в цілісну інституційну систему психологічної безпеки, збереження психологічного здоров'я та кадрового потенціалу України.

ЛІТЕРАТУРА

- Вебер, Т. (2020). *Травмафокус. Спеціалізований психотерапевтичний метод для роботи зі стресом, травмою та хронічним болем* (І. Гладун, Пер.). Харків: Літера Нова.
- Войтович, М. В., & Панасенко, Н. М. (2025). До проблеми розробки технології психологічного моніторингу стресових станів у фахівців психолого-педагогічної сфери в умовах війни. У *Особистісні та психофізіологічні ресурси життєстійкості: матеріали VI науково-методичного семінару* (м. Київ, 25 вересня 2025 р.) (с. 12–14). Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України. <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/746691>
- Галецька, І. І. (2003). Самоефективність у структурі соціально-психологічної адаптації. *Вісник Львівського університету. Серія «Філософські науки»*, (5), 433–442.
- Герасименко, Л. О., Скрипніков, А. М., & Ісаков, Р. І. (2023). *Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад*. Київ: ВСВ «Медицина».
- Діагностика професійного «вигорання» (К. Маслач, С. Джексон в адаптації Н. Водоп'янової). (б.д.). https://vugoraniya.blogspot.com/2017/12/blog-post_57.html
- Дуткевич, Т. В., & Савицька, О. В. (2011). Психологічний супровід професійної діяльності викладача вищої школи (з досвіду роботи соціально-психологічної служби університету). *Проблеми сучасної психології*, (11), 381–392.
- Європейська Бізнес Асоціація. (2025, 4 липня). *Що думають українці про якість життя у 2025 році: оцінки бізнесу та широкої аудиторії – результати дослідження EBA i Gradus Research*. <https://eba.com.ua/shho-dumayut-ukrayintsi-pro-yakist-zhyttya-u-2025-rotsi-otsinky-biznesu-ta-shyrokoyi-audytoriyi-rezultaty-doslidzhennya-eva-i-gradus-research/>
- Злобіна, О. Г. (2024). Стресові стани населення України в контексті війни: соціально-груповий аналіз. *Вісник Національної академії наук України*, (6), 49–56. <https://doi.org/10.15407/visn2024.06.049>
- Карамушка, Л. М., Креденцер, О. В., Терещенко, К. В. та ін. (2023). *Методики дослідження психічного здоров'я та благополуччя персоналу організацій: психологічний практикум* (Л. М. Карамушка, Ред.). Київ–Львів. <https://lib.iitta.gov.ua/733813/>
- Коваленко, О. Г., Павлик, Н. В., Становських, З. Л., & Бастун, М. В. (2019). *Психологічний супровід особистісного розвитку дорослих: подолання професійних криз та характерологічної дисгармонії: навчально-методичний посібник*. Кропивницький. <https://surl.li/egivfm>
- Кокур, О. М. (2004). *Оптимізація адаптаційних можливостей людини: психофізіологічний аспект забезпечення діяльності: монографія*. Київ: Міленіум. <https://lib.iitta.gov.ua/1513/>
- Кокур, О. М. (2021). Опитувальник професійної життєстійкості (українська версія). *Проблеми екстремальної та кризової психології*, (1), 91–105. <https://doi.org/10.52363/dcpp-2021.1.8>
- Кокур, О. М., & Гуменюк, Г. В. (2025). Психологічні ресурси фахівців соціономічних професій під час війни: аналіз поняття та негативні наслідки. *Технології розвитку інтелекту*, 1(37). <https://doi.org/10.31108/3.2025.9.4>
- Лазаренко, В. І. (2021). Психологічний супровід особистісного та професійного зростання майбутніх фахівців під час навчання в університеті. У *Актуальні*

проблеми напрямків психологічної роботи в закладах вищої освіти: матеріали Всеукраїнського круглого столу (м. Дніпро, 16 червня 2021 р.) (с. 70–78). Дніпро: ВНПЗ «ДГУ». <http://info.dgu.edu.ua/bitstream/123456789/59/1/16082021.pdf>

- Ломакін, Г. (2024). Система соціально-психологічного супроводу людей, що зазнали наслідків травм війни. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 9(2). <https://doi.org/10.26766/pmgr.v9i2.508>
- Ломакін, Г. І. (2012). Стрес та бойовий стрес: поняття, симптоми, прояви. *Проблеми екстремальної та кризової психології*, 12(1), 186–208.
- Лук'янчук, Н. (2025). Психологічний супровід особистості під час війни в Україні. *Наукові записки Університету «КРОК»*, 1(77), 513–520. <https://doi.org/10.31732/2663-2209-2025-77-513-520>
- Паламарчук, О. С. (2021). *Особливості функціонального стану автономної нервової системи під впливом глибокого дихання в режимі біологічного зворотного зв'язку: монографія*. Ужгород: Вид-во УжНУ «Говерла».
- Панасенко, Н. М., & Войтович, М. В. (2025). Теоретичні засади технології психологічного моніторингу стресових станів фахівців психолого-педагогічної галузі в умовах війни. *Наукові перспективи*, (8(62)), 1483–1493. [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2025-8\(62\)-1483-1492](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2025-8(62)-1483-1492)
- Панасенко, Н. М., & Войтович, М. В. (2026a). Особливості копінг-ресурсів та професійної життєстійкості викладачів ЗВО і практичних психологів в умовах воєнного стану: порівняльний аспект. У V. Shpak (Упоряд.), S. Tabachnikov (Ред.), *Global Scientific Trends: From Theory to Practical Implementation: Proceedings of the 3rd International Scientific and Professional Conference* (с. 51–65). Sherman Oaks, CA: GS Publishing Services. <https://doi.org/10.51587/9798-9935-42829-2026-32>
- Панасенко, Н. М., & Войтович, М. В. (2026b). Психологічні наслідки тривалого стресу війни та їх динаміка у фахівців психолого-педагогічних професій. *Журнал сучасної психології*, (2), 78–86. <https://doi.org/10.26661/2786-7471/2026-2-10>
- Панок, В. Г. (2023). Психологічні дослідження в умовах війни: проблеми і завдання. *Вісник Національної академії педагогічних наук України*, 5(1), 1–12. <https://doi.org/10.37472/v.naes.2023.5133>
- Панок, В. Г., Марухіна, І. В., & Романовська, Д. Д. (2020). Психологічний супровід освіти в умовах пандемії. *Вісник Національної академії педагогічних наук України*, 2(2), 1–7. <https://doi.org/10.37472/2707-305X-2020-2-2-12-2>
- Пахомов, І. В. (2024). *Профілактика професійного та емоційного вигорання педагогічних працівників закладів професійної (професійно-технічної) освіти: навчальний посібник*. Біла Церква: БІНПО ДЗВО «УМО» НАПН України.
- Розенберг, С. (2021). *Блукаючий нерв. Посібник з позбавлення від тривоги і відновлення нервової системи* (А. Захарова, Пер.). Київ: Форс Україна.
- Русанов, В. (2024). Професійне вигорання медичних працівників в умовах війни: історичний аналіз, сучасні дослідження та авторське визначення. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 9(3). <https://doi.org/10.26766/pmgr.v9i3.529>
- Сковира, О., Калениченко, Р., & Берташ, М. (2021). Соціально-психологічний супровід професійного становлення майбутніх фахівців в умовах пандемії. *Вісник Національного університету оборони України*, 2(60), 136–142. <http://visnyk.nuou.org.ua/article/view/229961>

- Стаднік, А. В., & Мельник, Ю. Б. (2023). *Шкала задоволеності життям: методичний посібник (українська версія)*. Харків: ХОГОКЗ. <https://doi.org/10.26697/sri.krpochn/stadnik.melnyk.3.2023>
- Суший, О. В. (2023). Травма як соціальний діагноз українського суспільства. У *Український соціум: політико-психологічний вимір зміни поколінь: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції* (м. Київ, 15 грудня 2023 р.) (с. 35–42).
- Титаренко, Т. М. (2017). Технології соціально-психологічної реабілітації та способи відновлення психологічного здоров'я особистості в умовах тривалої травматизації. У Т. М. Титаренко (Ред.), *Способи підвищення соціально-адаптивних можливостей людини в умовах переживання наслідків травматичних подій: методичні рекомендації* (с. 7–23). Кропивницький: Імекс-ЛТД.
- Туриніна, О. Л. (2017). *Психологія травмуючих ситуацій*. Київ: ДП «Видавничий дім "Персонал"».
- Хаустова, О. О., & Авраменко, О. М. (2023). Стрес та тривога: психосоматичний підхід до терапії. *Український медичний часопис*, 5(157), 3–6. <https://doi.org/10.32471/umj.1680-3051.157.248382>
- Школіна, Н. В., Шаповал, І. І., Орлова, І. В., Кедик, І. О., & Станіславчук, М. А. (2020). Адаптація та валідація україномовної версії Шкали стресостійкості Коннора–Девідсона-10 (CD-RISC-10): апробація у хворих на анкілозівний спондиліт. *Український ревматологічний журнал*, (2(80)), 66–72. <https://doi.org/10.32471/rheumatology.2707-6970.80.15236>
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Bertalanffy, L. von. (1968). *General system theory: Foundations, development, applications*. New York: George Braziller.
- Błaszczuk, M., Kovalisko, N., Pieńkowski, P., Pachkovskyy, Y., & Ryniejska-Kiełdanowicz, M. (2025). Coping with adversity: Mechanisms of resilience in Ukrainian universities during the Russian-Ukrainian War – a perspective from Lviv University students. *Higher Education*.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59(1), 20–28. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>
- Bonanno, G. A., & Mancini, A. D. (2012). Beyond resilience and PTSD: Mapping the heterogeneity of responses to potential trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(1), 74–83. <https://doi.org/10.1037/a0017829>
- Brähler, E., Hinz, A., & Scheer, J. W. (2008). *GBB-24. Der Gießener Beschwerdebogen* (3., überarb. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Breslau, N., Peterson, E. L., Kessler, R. C., & Schultz, L. R. (1999). Short screening scale for DSM-IV posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 156(6), 908–911. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.6.908>
- Brintseva, O. (2026). The impact of war on Ukrainian universities: A difference-in-differences analysis and post-war recovery strategies. *Higher Education Quarterly*, 80(2), e70113.
- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. In *International encyclopedia of education* (2nd ed., Vol. 3, pp. 1643–1647). Oxford: Elsevier.
- Brooks, S. K., Dunn, R., Amlôt, R., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2016). Social and occupational factors associated with psychological distress and disorder among

- disaster responders: A systematic review. *BMC Psychology*, 4, 18. <https://doi.org/10.1186/s40359-016-0120-9>
- Cacioppo, J. T., & Berntson, G. G. (Eds.). (2005). *Social neuroscience: People thinking about thinking people*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Campbell-Sills, L., & Stein, M. B. (2007). Psychometric analysis and refinement of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of Traumatic Stress*, 20(6), 1019–1028. <https://doi.org/10.1002/jts.20271>
- Cannon, W. B. (1963). *The wisdom of the body* (2nd enlarged ed.). New York: W. W. Norton.
- Carifio, J., & Perla, R. J. (2008). Resolving the 50-year debate around using and misusing Likert scales. *Medical Education*, 42(12), 1150–1152.
- Cohen, S., Gianaros, P. J., & Manuck, S. B. (2016). A stage model of stress and disease. *Perspectives on Psychological Science*, 11(2), 236–248. <https://doi.org/10.1177/1745691615621276>
- Cohen, S., Janicki-Deverts, D., & Miller, G. E. (2007). Psychological stress and disease. *JAMA*, 298(14), 1685–1687.
- Crosswell, A. D., & Lockwood, K. G. (2020). Best practices for stress measurement: How to measure psychological stress in health research. *Health Psychology Open*, 7(2).
- Crosswell, A. D., Whitehurst, L., & Mendes, W. B. (2021). Effects of acute stress on cognition in older versus younger adults. *Psychology and Aging*, 36(2), 241–251. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8085052/>
- Dickstein, B. D., Schorr, Y., Stein, N., Krantz, L. H., Solomon, Z., & Litz, B. T. (2012). Coping and mental health outcomes among Israelis living with the chronic threat of terrorism. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(4), 392–399. <https://doi.org/10.1037/a0024927>
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71–75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Dimsdale, J. E. (2008). Psychological stress and cardiovascular disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 51(13), 1237–1246. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2007.12.024>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433–1441. <https://doi.org/10.1002/jclp.10090>
- Gianaros, P. J., & Jennings, J. R. (2018). Host in the machine: A neurobiological perspective on psychological stress and cardiovascular disease. *American Psychologist*, 73(8), 1031–1044. <https://doi.org/10.1037/amp0000232>
- Gianaros, P. J., & Sheu, L. K. (2009). A review of neuroimaging studies of stressor-evoked blood pressure reactivity: Emerging evidence for a brain-body pathway to coronary disease risk. *NeuroImage*, 47(3), 922–936.
- Grand, D. (2013). *Brainspotting: The revolutionary new therapy for rapid and effective change*. Sounds True.
- Grupe, D. W., & Nitschke, J. B. (2013). Uncertainty and anticipation in anxiety: An integrated neurobiological and psychological perspective. *Nature Reviews Neuroscience*, 14(7), 488–501. <https://doi.org/10.1038/nrn3524>
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2019). *Multivariate data analysis* (8th ed.). Cengage Learning.

- Hellhammer, D. H., Wüst, S., & Kudielka, B. M. (2009). Salivary cortisol as a biomarker in stress research. *Psychoneuroendocrinology*, 34(2), 163–171. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2008.10.026>
- Herman, J. L. (1997). *Trauma and recovery: The aftermath of violence – from domestic abuse to political terror*. New York: Basic Books.
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44(3), 513–524. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.3.513>
- Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., ... Ursano, R. J. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry*, 70(4), 283–315. <https://doi.org/10.1521/psyc.2007.70.4.283>
- Hoge, C. W., Castro, C. A., Messer, S. C., McGurk, D., Cotting, D. I., & Koffman, R. L. (2004). Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *New England Journal of Medicine*, 351(1), 13–22. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa040603>
- Horowitz, M. J. (1998). *Stress response syndromes* (3rd ed.). New York: Jason Aronson.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.
- Kim, H. G., Cheon, E. J., Bai, D. S., Lee, Y. H., & Koo, B. H. (2018). Stress and heart rate variability: A meta-analysis and review of the literature. *Psychiatry Investigation*, 15(3), 235–245. <https://doi.org/10.30773/pi.2017.08.17>
- Kira, I. A. (2010). Etiology and treatment of post-cumulative traumatic stress disorders in different cultures. *Traumatology*, 16(4), 128–141. <https://doi.org/10.1177/1534765610365914>
- Kira, I. A., Fawzi, M. H., & Fawzi, M. M. (2013). The dynamics of cumulative trauma and trauma types in adults patients with psychiatric disorders: Two cross-cultural studies. *Traumatology*, 19(3), 179–195.
- Kokun, O. (2021). Testing in mental health research: Professional hardiness questionnaire (English-language version). *Wiadomości Lekarskie*, 74(11, I), 2799–2805. <https://doi.org/10.36740/WLek202111121>
- Kokun, O., & Bezverkhyi, O. (2024). Ukrainian students' personal resources and resistance to war stress: A cross-sectional survey. *Journal of Loss and Trauma*, 29(8), 976–993. <https://doi.org/10.1080/15325024.2024.2325084>
- Kraepelin, E. (1916). *Einführung in die psychiatrische Klinik*. Leipzig: Verlag von Johann Ambrosius Barth.
- Kupfer, D. J., Frank, E., & Phillips, M. L. (2012). Major depressive disorder: New clinical, neurobiological, and treatment perspectives. *The Lancet*, 379(9820), 1045–1055. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60602-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60602-8)
- Lahad, M., Shacham, M., & Ayalon, O. (Eds.). (2013). *The «BASIC Ph» model of coping and resiliency: Theory, research and cross-cultural application*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Levine, P. A. (2010). *In an unspoken voice: How the body releases trauma and restores goodness*. Berkeley, CA: North Atlantic Books.

- Lockwood, P. L. (2014). Application of neuroscience research to the understanding and treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD). *Journal of Neurotherapy*, 18(4), 261–274.
- Luthans, F., Youssef, C. M., & Avolio, B. J. (2007). *Psychological capital: Developing the human competitive edge*. Oxford University Press.
- Maddi, S. R. (2006). Hardiness: The courage to grow from stresses. *The Journal of Positive Psychology*, 1, 160–168.
- Mann, S. K., & Marwaha, R. (2023). Posttraumatic stress disorder. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- Manuck, S. B., & Jennings, J. R. (1991). Biobehavioral factors in cardiovascular disease. *Annual Review of Psychology*, 42(1), 1–31. <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.42.020191.000245>
- Martin, A. J., & Marsh, H. W. (2006). Academic resilience and its psychological and educational correlates: A construct validity approach. *Psychology in the Schools*, 43(3), 267–281.
- Martin, A. J., & Marsh, H. W. (2008a). Academic buoyancy: Towards an understanding of students' everyday academic resilience. *Journal of School Psychology*, 46(1), 53–83.
- Martin, A. J., & Marsh, H. W. (2008b). Workplace and academic buoyancy: Psychometric assessment and construct validity amongst school personnel and students. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 26(2), 168–184.
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *Maslach Burnout Inventory manual* (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Jackson, S. E., Leiter, M. P., Schaufeli, W. B., & Schwab, R. L. (2017). *Maslach Burnout Inventory: Manual* (4th ed.). Mind Garden.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2017). Understanding burnout: New models. In C. L. Cooper & J. C. Quick (Eds.), *The handbook of stress and health: A guide to research and practice* (pp. 36–56). Wiley Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781118993811.ch3>
- Mayer, E. A. (2000). The neurobiology of stress and gastrointestinal disease. *Gut*, 47(6), 861–869. <https://doi.org/10.1136/gut.47.6.861>
- McEwen, B. S. (1998). Stress, adaptation, and disease: Allostasis and allostatic load. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 840(1), 33–44. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1998.tb09546.x>
- McEwen, B. S., & Lasley, E. N. (2002). *The end of stress as we know it*. Washington, DC: Joseph Henry Press.
- McEwen, B. S., & Morrison, J. H. (2013). The brain on stress: Vulnerability and plasticity of the prefrontal cortex over the life course. *Neuron*, 79(1), 16–29. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2013.06.028>
- Munz, D. C., & Kohler, J. M. (1997). Organizational stressors and performance. In C. L. Cooper & I. T. Robertson (Eds.), *International review of industrial and organizational psychology* (Vol. 12, pp. 147–193). Chichester: Wiley.
- Murphy, M. (2004). When trauma goes on. *Child Care in Practice*, 10(2), 185–191. <https://doi.org/10.1080/13575270410001693394>
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Olf, M., Amstadter, A., Armour, C., et al. (2019). A decennial review of psychotraumatology: What did we learn and where are we going? *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1672948>

- Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1995). *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. New York: W. W. Norton.
- Revelle, W., & Zinbarg, R. E. (2009). Coefficients alpha, beta, omega, and the glb: Comments on Sijtsma. *Psychometrika*, 74(1), 145–154.
- Rose, S., Bisson, J., Churchill, R., & Wessely, S. (2002). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). Cochrane Database of Systematic Reviews, (2), CD000560. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000560>
- Sapolsky, R. M. (1994). *Why zebras don't get ulcers: A guide to stress, stress related diseases, and coping*. New York: W. H. Freeman.
- Sapolsky, R. M. (2015). Stress and the brain: Individual variability and the inverted-U. *Nature Neuroscience*, 18(10), 1344–1346. <https://doi.org/10.1038/nn.4109>
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy Scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston (Eds.), *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35–37). Windsor: NFER-Nelson.
- Selye, H. (1950). *Stress and the general adaptation syndrome*. Montreal: Acta.
- Slavich, G. M. (2020). Social safety theory: A biologically based evolutionary perspective on life stress, health, and behavior. *Annual Review of Clinical Psychology*, 16, 265–295. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032519-102545>
- Southwick, S. M., & Charney, D. S. (2012). *Resilience: The science of mastering life's greatest challenges*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781139013857>
- Sterling, P., & Eyer, J. (1988). Allostasis: A new paradigm to explain arousal pathology. In S. Fisher & J. Reason (Eds.), *Handbook of life stress, cognition and health* (pp. 629–649). Chichester: John Wiley & Sons.
- Straker, G. (2013). Continuous traumatic stress: Personal reflections – 25 years on. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, 19(2), 209–217. <https://doi.org/10.1037/a0032532>
- Taylor, S. E. (1985). Social support: A review. In A. Baum, S. E. Taylor, & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health* (Vol. 1, pp. 413–455). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Taylor, S. E. (1986). *Health psychology*. New York: Random House.
- Thomson, K. (2006). Working creatively with young children within a context of continuous trauma. *Intervention*, 4(2), 158–162.
- Van der Kolk, B. A. (1994). The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry*, 1(5), 253–265. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9384857/>
- Vasterling, J. J., Proctor, S. P., Amoroso, P., Kane, R., Heeren, T., & White, R. F. (2006). Neuropsychological outcomes of Army personnel following deployment to the Iraq war. *JAMA*, 296(5), 519–529. <https://doi.org/10.1001/jama.296.5.519>
- Watson, G. (1991). Appendix: PTSD interview (PTSD-I) DSM-III version. *Journal of Clinical Psychology*, 47, 186–188.
- World Health Organization. (2025, May 6). Mental health in emergencies. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-in-emergencies>
- Yehuda, R., & McFarlane, A. C. (1995). Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis. *The American Journal of Psychiatry*, 152(12), 1705–1713. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.12.1705>

- Zabłocka-Żytka, L., & Lavdas, M. (2023). The stress of war. Recommendations for the protection of mental health and wellbeing for both Ukrainian refugees as well as Poles supporting them. *Psychiatria Polska*, 57(4), 729–746. <https://doi.org/10.12740/PP/156157>
- Zasiekina, L., Goral, A., Fedotova, T., Akimova, A., & Martyniuk, A. (2024). Cross-cultural adaptation and psychometric validation of The Continuous Traumatic Stress Response Scale: Ukrainian version. *East European Journal of Psycholinguistics*, 11(1), 156–171. <https://doi.org/10.29038/eejpl.2024.11.1.zas>
- Zayachuk, Yu. (2025). Ensuring quality higher education in Ukraine in times of war. *Journal of Adult and Continuing Education*, 31(1), 135–159.

ДОДАТКИ

Опитувальник професійного “вигорання” (MBI)

Цілі: діагностувати ступінь професійного “вигорання” та деформації у фахівців професій типу “людина-людина”; визначити, як ці фахівці розглядають свою роботу та людей, з якими тісно співробітничать.

Теоретична основа. Згідно з підходом американських психологів (К. Maslach, С. Jackson) синдром “психічного вигорання” являє собою 3-вимірний конструкт:

- 1) *емоційне виснаження* – основна складова “професійного вигорання”: переживання зниженого емоційного фону, байдужість чи емоційне перенасичення;
- 2) *деперсоналізація* – деформація стосунків з іншими людьми: в одних випадках – підвищення залежності від інших; в інших випадках – підвищення негативізму, цинічності установок і почуттів стосовно реципієнтів (пацієнтів, клієнтів, підлеглих, колег і ін.);
- 3) *редукція особистих досягнень* – або тенденція до негативного оцінювання себе, своїх професійних досягнень і успіхів, негативізм щодо службових достоїнств і можливостей, або редукування власного достоїнства, обмеження своїх можливостей, обов'язків по відношенню до інших, зняття із себе відповідальності і перекладання її на інших.

Специфіка проведення. Дослідження проводиться індивідуально або в групах персоналу “сервісних” чи комунікативних професій (медперсонал, вчителі, директори, менеджери, викладачі, психологи, консультанти, агенти й ін.). Досліджуваным видається бланк відповідей і опитувальник з інструкцією.

Бланк опитувальника

Інструкція:

Вам пропонуються 22 твердження про почуття і переживання, пов'язані з роботою. Будь ласка, прочитайте уважно кожне твердження і вирішіть, чи відчуваєте Ви себе так щодо Вашої роботи. Якщо у Вас не було такого відчуття, то в бланку відповідей обведіть кружком позицію 0 – «ніколи». Якщо у Вас було таке почуття, то вкажіть, як часто Ви його відчували. Для цього у бланку для відповідей обведіть кружком бал, що відповідає частоті переживань почуття: 1 – «дуже рідко», 2 – «рідко», 3 – «іноді», 4 – «часто», 5 – «дуже часто», 6 – «завжди».

№	Твердження	Варіанти відповіді							
1	Я відчуваю себе емоційно спустошеним	0	1	2	3	4	5	6	
2	До кінця робочого дня я відчуваю себе як «вичавлений лимон»	0	1	2	3	4	5	6	
3	Я відчуваю себе втомленим, коли встаю вранці і повинен йти на роботу	0	1	2	3	4	5	6	
4	Я добре розумію, що відчувають мої колеги (підлеглі, учні і т. ін.), і використовую це в інтересах справи	0	1	2	3	4	5	6	
5	Я відчуваю, що спілкуюся з деякими колегами (клієнтами, підлеглими, учнями і т. ін.) як із предметами (без теплоти і душевності)	0	1	2	3	4	5	6	

6	Я відчуваю себе енергійним і емоційно натхненим	0	1	2	3	4	5	6
7	Я вмію знаходити правильне рішення в конфліктних ситуаціях	0	1	2	3	4	5	6
8	Я відчуваю пригніченість і апатію	0	1	2	3	4	5	6
9	Я можу позитивно впливати на продуктивність роботи моїх колег (підлеглих, учнів і т. ін.).	0	1	2	3	4	5	6
10	Останнім часом я став більш черствим, байдужим стосовно тих, з ким працюю	0	1	2	3	4	5	6
11	Як правило, ті, з ким мені доводиться працювати, є малоцікавими людьми, що більше стомлюють, ніж радують мене	0	1	2	3	4	5	6
12	У мене багато планів на майбутнє, і я вірю в їхнє здійснення	0	1	2	3	4	5	6
13	Я зазнаю усе більше життєвих розчарувань	0	1	2	3	4	5	6
14	Я відчуваю байдужість і втрату інтересу до багато чого, що радувало мене раніш	0	1	2	3	4	5	6
15	Буває, що мені дійсно байдуже те, що відбувається з деякими моїми колегами (підлеглими, учнями і т. ін.)	0	1	2	3	4	5	6
16	Мені хочеться усамотнитися і відпочити від усього й усіх	0	1	2	3	4	5	6
17	Я легко можу створити атмосферу доброзичливості і співробітництва в колективі	0	1	2	3	4	5	6
18	Я легко спілкуюся з людьми, незалежно від їхнього статусу і характеру	0	1	2	3	4	5	6
19	Я багато чого встигаю зробити	0	1	2	3	4	5	6
20	Я відчуваю себе на межі можливостей	0	1	2	3	4	5	6
21	Я багато чого зможу ще досягти у своєму житті	0	1	2	3	4	5	6
22	Буває, що колеги (підлеглі, учні і т. ін.) перекладають на мене вантаж своїх проблем і обов'язків	0	1	2	3	4	5	6

Обробка даних. Відповідно до ключа підраховуються суми балів за 3-ма субшкалами.

Субшкали	№№ тверджень
Емоційне виснаження	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20
Деперсоналізація	5, 10, 11, 15, 22
Редукція особистих досягнень	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21

Примітка: Підкреслені номери зворотних питань

Інтерпретація результатів (модифікація О.Б. Полякової)

Складові професійного “вигорання” та деформації	Рівні виразності складових (бали)				
	низький	нижчий за середній	середній	вищий за середній	високий
Емоційне виснаження	0-11	12-22	23-31	32-42	43-54
Деперсоналізація	0-6	7-12	13-17	18-23	24-30
Редукція особистих досягнень	0-10	11-19	20-28	29-37	38-48
Сумарне значення (виразність професійної деформації)	0-27	28-53	54-78	79-104	105-132

Українська версія шкали «Реакція на тривалий травматичний стрес» (РТТС)

Українська версія шкали «Реакція на тривалий травматичний стрес» (РТТС) складається з 11 пунктів, розподілених за двома шкалами: «виснаження та лють» та «страх та зрада». Відповіді даються за чотирьохбальною шкалою Лайкерта: 0=Зовсім ні, 1=Деякою мірою, 2=Дуже сильно, 3=Нестерпно сильно.

ПІБ _____ Дата _____

Інструкція:

Вам пропонується оцінити себе за 11 твердженнями, позначивши відповідну цифру:

0 = зовсім ні

1 = деякою мірою

2 = дуже сильно

3 = нестерпно сильно

№	Твердження	Варіанти відповіді			
1	Я почуваюся демотивованим/-ою	0	1	2	3
2	Я почуваюся розумово виснаженим/-ою	0	1	2	3
3	Я відчуваю, що моє життя в небезпеці	0	1	2	3
4	Я відчуваю, що моє життя беззмістовне	0	1	2	3
5	Мені важко контролювати свої емоції	0	1	2	3
6	Мені важко довіряти людям, які мене оточують	0	1	2	3
7	Мені здається, що мене ніхто не розуміє	0	1	2	3
8	Я відчуваю сильний страх та тривогу	0	1	2	3
9	У мене трапляються епізоди люті	0	1	2	3
10	Я почуваюся зрадженим/-ою	0	1	2	3
11	Я відчуваю, що не можу захистити тих, хто від мене залежить	0	1	2	3

Опрацювання результатів.

Підраховуються загальний показник та показники обох шкал шляхом сумування балів:

«Виснаження та лють» – №№ 1, 2, 4, 5, 7, 9.

«Страх та зрада» – №№ 3, 6, 8, 10, 11.

Шкала резильєнтності Коннора-Девідсона-10

Шкала резильєнтності Коннора-Девідсона на 10 пунктів (The 10-item Connor-Davidson resilience scale; CD-RISC-10), включає 10 найбільш інформативних пунктів повної шкали з 25 пунктів.

Вона складається з 10 тверджень, відповіді на які даються за п'ятибальною шкалою Лайкерта (від «повністю невірно» до «вірно майже у всіх випадках»).

Опрацювання результатів. Кількісний показник «стійкості» за методикою складає сума балів за 10 твердженнями (від 0 до 40).

Дослідницький бланк наведено нижче.

ПІБ _____ Дата _____

Інструкція:

Вам пропонується оцінити себе за 10 твердженнями, позначивши відповідну цифру:

0 = повністю невірно

1 = зрідка вірно

2 = вірно час від часу

3 = часто вірно

4 = вірно майже у всіх випадках

№	Твердження	Варіанти відповіді				
1	Здатний адаптуватися до змін	0	1	2	3	4
2	Можу впоратися з усім, що трапиться	0	1	2	3	4
3	Дивлюся на речі з гумористичного боку	0	1	2	3	4
4	Впевнений, що подолання стресу зміцнює	0	1	2	3	4
5	Швидко відновлююсь після хвороби або труднощів	0	1	2	3	4
6	Можу досягти своїх цілей не зважаючи на перепони	0	1	2	3	4
7	Під тиском зосереджуюсь і думаю ясно	0	1	2	3	4
8	Важко розчарувати невдачею	0	1	2	3	4
9	Думаю про себе як про сильну людину	0	1	2	3	4
10	Можу впоратися з неприємними почуттями	0	1	2	3	4

Шкала самоефективності Р. Шварцера та М. Єрусалема.

Шкала складається з 10 тверджень, відповіді на які даються за чотирьохбальною шкалою Лайкерта (від «повністю невірно» = 1 до «повністю вірно» = 4). Кількісний показник самоефективності за методикою складає сума балів за 10 твердженнями (від 10 до 40).

П.І.Б. _____ Дата «__» _____

Інструкція:

Вам пропонується оцінити себе за 10 твердженнями стосовно загальної ефективності вашої життєдіяльності, позначивши відповідну цифру:

1 = повністю невірно

2 = скоріш невірно

3 = скоріш вірно

4 = повністю вірно

№	Твердження	Варіанти відповіді			
1	Якщо я добре постараюсь, то завжди знайду вирішення навіть складних проблем	1	2	3	4
2	Якщо мені щось заважає, то я все ж знаходжу шляхи досягнення своєї мети	1	2	3	4
3	Мені достатньо легко досягати своїх цілей	1	2	3	4
4	В несподіваних ситуаціях я завжди знаю, як поводитись	1	2	3	4
5	Я вірю, що можу справитись з непередбаченими труднощами	1	2	3	4
6	Якщо я докладу достатньо зусиль, то зможу справитись з більшістю проблем	1	2	3	4
7	Я готовий до будь-яких труднощів, оскільки покладаюсь на власні здібності	1	2	3	4
8	Якщо переді мною постає якась проблема, то я звичайно знаходжу кілька варіантів її вирішення	1	2	3	4
9	Я можу щось придумати навіть у безвихідній на перший погляд ситуації	1	2	3	4
10	Я звичайно здатен тримати ситуацію під контролем	1	2	3	4

Опитувальник професійної життєстійкості

Опитувальник містить 24 запитання і дозволяє визначити загальний рівень професійної життєстійкості а також рівень вираженості трьох його складових (контроль, включеність і прийняття виклику) та чотирьох компонентів (емоційний, мотиваційний, соціальний і власне професійний). Відповіді даються за п'ятибальною шкалою Лайкерта (від «ні» = 0 до «так» = 4).

ПІБ _____
 вік ____ стать ____ професія _____ посада _____
 стаж роботи на посаді _____ загальний стаж роботи за професією _____

Інструкція:

Будь ласка, дайте відповіді на нижченаведені 24 запитання, позначивши відповідну цифру:

0 = ні

1 = скоріше ні

2 = важко сказати

3 = скоріше так

4 = так

№	Запитання	Варіанти відповіді				
1	Чи отримуєте ви задоволення саме від процесу своєї роботи?	0	1	2	3	4
2	Чи подобається вам постійно бути в курсі своїх робочих справ?	0	1	2	3	4
3	Чи виникає у вас стан певного піднесення, коли доводиться братися за нестандартні робочі справи?	0	1	2	3	4
4	Чи намагаєтесь ви постійно бути в курсі всіх своїх робочих справ?	0	1	2	3	4
5	Чи потрібне, на вашу думку, чітке планування роботи?	0	1	2	3	4
6	Чи виникнення на роботі нестандартної ситуації підвищує вашу професійну відповідальність?	0	1	2	3	4
7	Чи сильно вас захоплює взаємодія з колегами при розв'язанні поставлених завдань?	0	1	2	3	4
8	Чи вважаєте ви, що постійний взаємний контроль за діяльністю колег на роботі (в розумних межах) йде їй на користь?	0	1	2	3	4
9	Чи має бути повна мобілізованість природною реакцією групи колег, що спільно працюють, на виникнення нештатних ситуацій?	0	1	2	3	4
10	Чи часто у своїх думках ви повертаєтесь до фахових справ поза роботою?	0	1	2	3	4
11	Чи часто ви перевіряєте відповідність поставлених на роботі завдань тому, як вони виконуються?	0	1	2	3	4
12	Чи згодні ви з тим, що ефективне професійне зростання фахівця неможливе без постійного розв'язання ним нестандартних та відповідальних завдань?	0	1	2	3	4
13	Чи часто ви стикаєтесь у процесі своєї роботи з чимось цікавим та (чи) вартим уваги?	0	1	2	3	4

14	Чи часто у вас виникає занепокоєння, коли з якихось причин стає неможливим передбачити особливості своєї роботи наперед?	0	1	2	3	4
15	Чи сильно псується у вас настрої, коли на роботі доводиться вирішувати непередбачувані ситуації?	0	1	2	3	4
16	Чи часто обставини вашої роботи складаються так, що доводиться постійно тримати у фокусі уваги свої робочі справи?	0	1	2	3	4
17	Чи потрібний, на вашу думку, постійний моніторинг ходу роботи (своєї, колег, організації)?	0	1	2	3	4
18	Чи підвищується у вас бажання працювати у разі збільшення відповідальності за кінцевий результат роботи?	0	1	2	3	4
19	Чи перебуваєте ви в курсі робочих та позаробочих справ своїх колег?	0	1	2	3	4
20	Чи важко вам працювати з колегами, які не зовсім відкриті щодо ходу та результатів своєї та (або) спільної роботи?	0	1	2	3	4
21	Чи поліпшується ваша взаємодія з колегами, коли доводиться розв'язувати незвичні завдання?	0	1	2	3	4
22	Чи важко вас відволікти під час роботи на позаробочі питання?	0	1	2	3	4
23	Чи перевірка зайвий раз того, що робиш, йде тільки на користь кінцевому результату?	0	1	2	3	4
24	Чи згодні ви з тим, що працювати в умовах невизначеності має вміти кожний працівник?	0	1	2	3	4

Ключ для підрахунку

№	Показники професійної життєстійкості	№№ питань
1	Загальний рівень професійної життєстійкості	1 – 24
2	Рівень професійної включеності	1,4,7,10,13,16,19, 22
3	Рівень професійного контролю	2,5,8,11,14,17,20, 23
4	Рівень професійного прийняття виклику	3,6,9,12,15,18,21, 24
5	Рівень емоційного компоненту професійної життєстійкості	1,2,3,13,14,15
6	Рівень мотиваційного компоненту професійної життєстійкості	4,5,6,16,17,18
7	Рівень соціального компоненту професійної життєстійкості	7,8,9,19,20,21
8	Рівень власне професійного компоненту професійної життєстійкості	10,11,12,22,23,24

Показники стандартизації Опитувальника професійної життєстійкості

№	Показники професійної життєстійкості	<i>M</i>	<i>SD</i>
1	Загальний рівень професійної життєстійкості	61,27	9,72
2	Рівень професійної включеності	19,58	4,22
3	Рівень професійного контролю	20,83	3,59
4	Рівень професійного прийняття виклику	20,82	4,10
5	Рівень емоційного компоненту професійної життєстійкості	14,95	3,15

6	Рівень мотиваційного компоненту професійної життєстійкості	16,47	3,09
7	Рівень соціального компоненту професійної життєстійкості	14,80	2,84
8	Рівень професійного компоненту професійної життєстійкості	15,03	3,28

Нормативні показники загального рівня професійної життєстійкості

№	Рівень професійної життєстійкості	Бали	Накопичений відсоток <i>N</i> = 452
1	Низький	0 – 53	0 – 20 %
2	Нижчий за середній	54 – 59	21 – 40 %
3	Середній	60 – 63	41 – 60 %
4	Вищий за середній	64 – 69	61 – 80 %
5	Високий	70 – 96	81 – 100 %

Гіссенський опитувальник соматичних скарг

Гіссенський опитувальник соматичних скарг виявляє інтенсивність емоційно забарвлених скарг з приводу стану фізичного здоров'я. Цей опитувальник містить 24 симптоми, розподілені за чотирма шкалами (по 6 на кожен): виснаження, шлункові скарги, болі в різних частинах тіла та серцеві скарги. Сума симптомів складає загальну кількість соматичних скарг (інтенсивність скарг). Вираженість кожного симптому оцінюється за п'ятибальною шкалою Лайкерта (від «ні» = 0 до «сильно» = 4).

П.І.Б. _____ Дата «__» _____

Інструкція:

Уважно прочитайте представлені нижче 24 симптоми погіршення здоров'я і зробіть відповідну позначку, залежно від ступеня прояву в себе кожного симптому останнім часом:

- 0 = симптом відсутній
- 1 = симптом злегка відчувається
- 2 = симптом дещо виражений
- 3 = симптом відчутно виражений
- 4 = симптом сильно виражений.

№	Я відчуваю такі погіршення здоров'я	Варіанти відповіді				
1	Відчуття слабкості	0	1	2	3	4
2	Серцебиття, перебої в серці або завмирання серця	0	1	2	3	4
3	Відчуття тиску або переповнення в животі	0	1	2	3	4
4	Підвищена сонливість	0	1	2	3	4
5	Болі в суглобах і кінцівках	0	1	2	3	4
6	Запаморочення	0	1	2	3	4
7	Болі в попереку або спині	0	1	2	3	4
8	Болі в шиї (потилиці) або плечових суглобах	0	1	2	3	4
9	Блювота	0	1	2	3	4
10	Нудота	0	1	2	3	4
11	Відчуття "комка в горлі", звуження горла або спазму	0	1	2	3	4
12	Відрижка	0	1	2	3	4
13	Печія або кисла відрижка	0	1	2	3	4
14	Головні болі	0	1	2	3	4
15	Швидка виснаженість	0	1	2	3	4
16	Втома	0	1	2	3	4
17	Відчуття загальмованості (затямарення свідомості)	0	1	2	3	4
18	Відчуття важкості або втоми в ногах	0	1	2	3	4
19	Млявість	0	1	2	3	4
20	Колючі або тягнучі болі в грудях	0	1	2	3	4
21	Болі в шлунку	0	1	2	3	4
22	Напади задишки (задухи)	0	1	2	3	4
23	Відчуття тиску в голові	0	1	2	3	4
24	Серцеві напади	0	1	2	3	4

Обробка результатів:

Обчислюються сумарні оцінки скарг, що складають шкали:

1. “Виснаження” = $1 + 4 + 15 + 16 + 17 + 19$.

Показник цієї шкали характеризує неспецифічний чинник виснаження, який вказує на загальну втрату життєвої енергії, потребу людини в допомозі.

2. “Шлункові скарги” = $3 + 9 + 10 + 12 + 13 + 21$.

Шкала відображає синдром нервових (психосоматичних) шлункових скарг (епігастральний синдром).

3. “Болі в різних частинах тіла” або “ревматичний фактор” = $5 + 7 + 8 + 14 + 18 + 23$.

Шкала виражає суб’єктивні страждання пацієнта, що мають алгічний або спастичний характер.

4. “Серцеві скарги” = $2 + 6 + 11 + 20 + 22 + 24$.

Шкала вказує на локалізацію скарг переважно в судинній сфері.

5. “Тиск” (інтенсивність скарг).

Ця шкала включає всі 24 наведені вище скарги і є інтегральною оцінкою 4-х попередніх шкал. Шкала характеризує загальну емоційно забарвлену інтенсивність скарг. Необхідно підкреслити, що зазначені шкали не відображають клінічні синдроми, які дозволяють діагностувати те чи інше захворювання. Вони виражають середнє поєднання фізичних нездужань, що відчуються людиною.

Шкала задоволеності життям (SWLS; Е. Дінер та ін.)

Ця шкала, створена для вимірювання загальної когнітивної оцінки людиною задоволеністю власним життям. Досліджуваний зазначає те, наскільки він згоден або не згоден із кожним із п'яти запропонованих пунктів, використовуючи для цього 7-бальну шкалу (де 7 – повністю згоден, а 1 – повністю не згоден). Структура суб'єктивного благополуччя складається із двох компонентів – емоційного (афективного) та когнітивного. Увага дослідників прикута переважно до афективної складової, натомість когнітивний компонент, тобто задоволеність життям, часто лишається малодослідженим. Ця методика розроблена саме для визначення загальної когнітивної оцінки людиною власного благополуччя (а не певної із його галузей – фінансового благополуччя чи гарного самопочуття).

Реєстраційний бланк

П.І.Б. _____ Дата _____

Інструкція: «Нижче подано п'ять тверджень, з якими Ви можете погодитись чи не погодитись. Використовуючи 7-бальну шкалу визначте, наскільки Ви згодні із кожним із запропонованих тверджень. Намагайтесь бути максимально щирим, пам'ятайте, що правильних і неправильних оцінок тут не існує.

- 7 – повністю згоден;
- 6 – згоден;
- 5 – швидше згоден;
- 4 – щось середнє;
- 3 – швидше не згоден;
- 2 – не згоден;
- 1 – повністю не згоден».

Твердження	Варіанти відповіді						
	1	2	3	4	5	6	7
	Повністю не згоден	Не згоден	Швидше не згоден	Щось середнє	Швидше згоден	Згоден	Повністю згоден
1. Переважно моє життя близьке до мого ідеалу							
2. Обставини мого життя виключно сприятливі							
3. Я задоволений (-на) своїм життям							
4. У мене в житті є те, що мені дійсно необхідне							
5. Якби я міг (могла) прожити своє життя заново, я б залишив (-ла) все без змін							

Обробка та інтерпретація результатів

Рівень задоволеності життям визначається як сума значень за всіма твердженнями шкали.

30-35 – дуже високий показник

Досліджувані, які отримали таку кількість балів, люблять своє життя і відчують, що справи в них йдуть добре. Їхнє життя не досконале, але вони відчують, що цього достатньо для отримання задоволення від кожного прожитого дня, навіть якщо доводиться долати проблеми чи боротися із повсякденними негараздами. Такі люди мають високий рівень соціальної підтримки, стабільну високу самооцінку та благополуччя у всіх сферах власного функціонування.

25-29 – високий показник

Досліджувані, які отримали бали в цьому діапазоні, загалом задоволені власним життям. Їхнє життя не досконале, але вони відчують сили, необхідні для подолання життєвих труднощів, в свою чергу проблеми не сприймаються як фатальні та мотивують для подальшого особистісного зростання.

20-24 – середній показник

Середнє значення задоволеності життям характерне для більшості людей в економічно розвинених країнах. Досліджувані переважно задоволені своїм життям, однак є галузі, які потребують суттєвого поліпшення, а деяка незадоволеність зумовлена саме необхідністю незначних життєвих змін.

15-19 – показник децю нижчий за середній

Досліджувані, які отримали бали в цьому діапазоні, зазвичай мають проблеми в одній або двох галузях функціонування, відчують бажання щось змінити в житті, але часто не знають як це зробити. Тимчасова незадоволеність життям є нормальним і поширеним явищем, вона стимулює людину змінюватися та розвиватися, однак якщо такі результати спостерігаються у досліджуваного протягом 2-3 місяців – це може бути свідченням хронічної незадоволеності життям та потребувати психологічного втручання.

10-14 – низька задоволеність життям

Досліджувані із такою кількістю балів по суті не задоволені своїм життям. Вони мають декілька галузей, де їхні справи йдуть дуже погано. Зазвичай такий показник спостерігається як реакція на нещодавні критичні події – смерть родича чи друга, розлучення, втрата роботи. Людина відчуває себе нещасною, має низьку працездатність і потребує психологічної допомоги.

5-9 – абсолютна незадоволеність своїм життям

Досліджувані, які отримали бали в цьому діапазоні, як правило, вкрай незадоволені своїм нинішнім життям. У деяких випадках це реакція на деякі недавні критичні події, насамперед такі як смерть дружини (чоловіка), дитини чи близького друга, втрата роботи, інвалідність. В інших випадках, це реакція на хронічні проблеми, зокрема, алкоголізм, наркоманію, психічні хвороби. Незадоволеність виражена у всіх сферах життя. Людина потребує психологічної, а часто й психіатричної допомоги.

Методика шкалової самооцінки

Методика шкалової самооцінки на зорово-аналогових шкалах дає можливість швидко і досить точно отримувати оцінку респондентами різних складових їх стану. Найважливішими перевагами даної методики є її зручність, універсальність, інформативність, надійність, експрес-характер, можливість класифікації та зіставлення отриманих показників. Методика дає можливість достатньо легко діагностувати параметри не тільки “традиційних” станів самопочуття, активності й настрою, але й інших показників, в тому числі емоційних, мотиваційних тощо.

Діагностична процедура полягає в тому, що респонденту пропонується оцінити різні характеристики свого стану на даний момент, відмітивши відповідне місце на неградуєваній шкалі (яка являє собою пряму лінію довжиною 100 мм) вертикальною рискою, з урахуванням того, що лівий край шкали означає мінімальне, а правий – максимально можливе для респондента виявлення певної характеристики.

Обробка результатів

Кількісні показники (від 0 до 100) отримуються за допомогою прикладання на неградуєвану шкалу лінійки і визначення відстані (у міліметрах) від лівого краю шкали до позначеного респондентом місця.

Методика шкалової самооцінки
(дослідницький бланк для заповнення в паперовому форматі
або у редакторі Word)

Код учасника _____

Дата « » _____

ІНСТРУКЦІЯ: Позначте ризиком свій стан ЗАРАЗ. Ліворуч – найнижча, праворуч – найвища вираженість показника. Для самопочуття, настрою й здоров'я – від найгіршого до найкращого стану. Для п'яти негативних шкал праворуч – найбільша вираженість несприятливого стану.

найгірше _____ найкраще
САМОПОЧУТТЯ

найнижча _____ найвища
АКТИВНІСТЬ

найгірший _____ найкращий
НАСТРІЙ

найнижча _____ найвища
ПРАЦЕЗДАТНІСТЬ

найгірший _____ найкращий
СТАН ЗДОРОВ'Я

найнижча _____ найвища
ЖИТТЄВА ЗАДОВОЛЕНІСТЬ

найнижча _____ найвища
ЗАЦІКАВЛЕНІСТЬ В РОБОТІ

найнижча _____ найвища
ЗАДОВОЛЕНІСТЬ ВІД РОБОТИ

найнижча _____ найвища
БАЖАННЯ ПРАЦЮВАТИ

найнижча _____ найвища
СТРИВОЖЕНІСТЬ

найнижча _____ найвища
ПРИГНІЧЕНІСТЬ

найнижча _____ найвища
ВТОМЛЕНІСТЬ

найнижча _____ найвища
СПУСТОШЕНІСТЬ

найнижча _____ найвища
БАЙДУЖІСТЬ ДО НАВКОЛИШНЬОГО

Опитувальник (авторський варіант)

Стать: Чоловіча Жіноча

Вік: 18-30 31-40 41-50 51-60 61+

Чи зазнали ви під час війни небезпеки для власного життя

Зазнав(ла) надзвичайно сильної небезпеки для власного життя

Зазнав(ла) сильної небезпеки для власного життя

Зазнав(ла) епізодичної небезпеки для власного життя

Зазнав(ла) незначної небезпеки для власного життя

Не зазнав(ла) небезпеки для власного життя

Як ви оцінюєте зміни стану власного здоров'я за час війни

Стан здоров'я істотно погіршився

Стан здоров'я погіршився

Стан здоров'я не змінився

Стан здоров'я покращився

Стан здоров'я істотно покращився

Як ви оцінюєте зміни свого емоційного стану за час війни

Емоційний стан істотно погіршився

Емоційний стан погіршився

Емоційний стан не змінився

Емоційний стан покращився

Емоційний стан істотно покращився

Як ви оцінюєте зміни свого матеріального статусу під час війни

Матеріальне становище істотно погіршилося

Матеріальне становище погіршилося

Матеріальне становище не змінилося

Матеріальне становище покращилося

Яким чином ви оцінюєте власні життєві перспективи на даний момент

Внаслідок війни мої життєві перспективи суттєво погіршилися

Внаслідок війни мої життєві перспективи погіршилися

Життя через деякий час відновиться на попередньому рівні, або близькому до

нього

Оцінюю свої життєві перспективи переважно оптимістично

Оцінюю свої життєві перспективи безумовно оптимістично

Відомості про авторів

Бахмутова Лариса Миколаївна – провідний науковий співробітник лабораторії вікової психофізіології Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України, доктор філософії.

Войтович Марія Володимирівна – науковий співробітник лабораторії вікової психофізіології Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України.

Горбачов Вадим Олександрович – молодший науковий співробітник лабораторії вікової психофізіології Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України.

Гуменюк Галина Вадимівна – провідний науковий співробітник лабораторії вікової психофізіології Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України, кандидат психологічних наук, доцент.

Кокун Олег Матвійович – директор Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України, дійсний член НАПН України, доктор психологічних наук, професор.

Панасенко Наталія Миколаївна – провідний науковий співробітник лабораторії вікової психофізіології Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України, кандидат психологічних наук, доцент.

Савченко Тетяна Леонідівна – молодший науковий співробітник лабораторії вікової психофізіології Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України.

Декларація про використання генеративного штучного інтелекту.

Під час підготовки та редакційного доопрацювання посібника використано ChatGPT (OpenAI) для структурування й уточнення окремих фрагментів тексту, мовностилістичного редагування, виявлення логічних, термінологічних і числових неузгодженостей, перевірки бібліографічних посилань, а також підготовки пропозицій щодо уточнення математичних формул та інтерпретації результатів. Пропозиції, включені до остаточної редакції, критично оцінено й перевірено авторами. Автори несуть повну відповідальність за зміст посібника, достовірність наведених даних, обґрунтованість інтерпретацій, висновків і рекомендацій.

Виробничо-практичне видання

**Коkun Олег Матвійович, Гуменюк Галина Вадимівна, Панасенко Наталія
Миколаївна, Бахмутова Лариса Миколаївна, Войтович Марія
Володимирівна, Савченко Тетяна Леонідівна, Горбачов Вадим
Олександрович**

**ПСИХОЛОГІЧНА ТЕХНОЛОГІЯ МОНІТОРИНГУ НАСЛІДКІВ
СТРЕСУ ВІЙНИ У ФАХІВЦІВ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНИХ
ПРОФЕСІЙ**

Практичний посібник

За редакцією Г. В. Гуменюк

Ум. друк. арк. 10,3

Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України
01033, м. Київ, вул. Паньківська 2;
тел./факс: (044) 288-33-20

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи
до Державного реєстру видавців, виготовлювачів
і розповсюджувачів видавничої продукції
№ 6418 від 03.10.2018 р