

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І. Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО

ННІ фармації

Кафедра управління та економіки фармації з технологією ліків

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри

_____ Мар'яна Демчук

«___» _____ 2026 р.

УДК 615.15:159.944.4

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему: Вивчення якісних характеристик резильєнтності
у фармацевтичних працівників

Виконала здобувачка вищої освіти V курсу

денної форми навчання

спеціальності 226 Фармація, промислова фармація

_____ Вероніка БРАЖНИК

Науковий керівник:

канд. біол. наук, доцентка закладу вищої освіти

кафедри управління та економіки фармації з технологією ліків

_____ Ірина СТЕЧИШИН

ТЕРНОПІЛЬ 2026

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВООЗ - Всесвітня організація охорони здоров'я

ЛЗ – лікарський засіб

PHQ-2 - Patient Health Questionnaire-2 – Короткий інструмент для швидкого скринінгу депресії, що складається з двох основних питань про настрій та інтерес протягом останніх двох тижнів.

PHQ-9 - Patient Health Questionnaire-9 – Повна версія опитувальника для оцінки тяжкості депресії.

BRS - Brief Resilience Scale- Шкала стійкості, яка оцінює здатність людини відновлюватися або швидко приходити в норму після пережитого стресу та труднощів.

FIP – Міжнародна фармацевтична федерація

НПП – науково-педагогічний працівник

ЗВО – здобувач вищої освіти

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ	7
1.1. Теоретичні аспекти резильєнтності особистості як адаптаційного ресурсу в умовах хронічного стресу.....	7
1.2 Психологічні наслідки війни для цивільного населення. Резильєнтність в умовах воєнного конфлікту.....	11
1.3. Резильєнтність у контексті професійних ролей фармацевта («7 зірок») та етичних стандартів.....	13
РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ Й МЕТОДИ.....	17
РОЗДІЛ 3 ВИВЧЕННЯ ЯКСНИХ ХАРАКТЕРИСТИК РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ У ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ: СОЦІАЛЬНО ДЕМОГРАФІЧНА СТРУКТУРА ВИБІРКИ.....	20
ВИСНОВКИ.....	53
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	58

ВСТУП

Актуальність теми. Повномасштабна війна в Україні, що триває з 2022 року, стала потужним психотравмуючим чинником для цивільного населення та працівників системи охорони здоров'я. За даними міжнародних і вітчизняних досліджень, тривалий вплив бойових дій, загрози життю, втрати близьких, вимушене переміщення та соціально-економічна нестабільність призвели до зростання рівнів тривожних і депресивних розладів, симптомів посттравматичного стресового розладу та емоційного виснаження серед населення України [1, 2].

За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), понад 30 % українців перебувають у стані підвищеного психологічного дистресу, що створює довготривалі ризики для громадського здоров'я та соціальної стабільності [3]. У цьому контексті особливої актуальності набуває вивчення психологічних ресурсів, які дозволяють людині зберігати адаптацію та функціональність у кризових умовах.

Хронічний стрес, характерний для умов війни, розглядається сучасною наукою як ключовий фактор ризику розвитку психосоматичних і психічних порушень. Тривала активація стрес-реакцій пов'язана з порушенням емоційної регуляції, когнітивних функцій та зниженням якості життя [4].

Водночас нові дослідження демонструють, що за наявності внутрішніх і зовнішніх ресурсів хронічний стрес може виступати не лише деструктивним чинником, а й стимулом розвитку психологічної резильєнтності — здатності особистості адаптуватися, відновлюватися та зберігати психічну рівновагу в умовах тривалих криз [5].

Резильєнтність розглядається як динамічний процес, що формується під впливом соціальної підтримки, професійної ідентичності, життєвого досвіду та умов проживання, що є особливо релевантним для населення України в умовах війни. Особливу увагу в таких умовах привертають професії пов'язані зокрема, з наданням медичних послуг.

Фармацевти в умовах війни виконують не лише професійні, а й соціально-психологічні функції, залишаючись одним із найбільш доступних медичних контактів для населення. Дослідження, проведені у 2022–2024 роках, свідчать про значне зростання професійного навантаження фармацевтів, що поєднується з підвищеною відповідальністю, дефіцитом ресурсів, ризиками для безпеки та постійним емоційним контактом із тривожними пацієнтами [6].

Такі умови сприяють розвитку професійного вигорання, тривожності та хронічного стресу, водночас формуючи у частини фармацевтів високий рівень професійної резильєнтності як механізму психологічного захисту та адаптації. Вивчення цих процесів є важливим для збереження кадрового потенціалу фармацевтичної галузі та підвищення якості фармацевтичної допомоги населенню в умовах воєнного часу.

Метою дослідження є визначення рівня та особливостей психологічної резильєнтності звичайних громадян і фармацевтів України в умовах повномасштабної війни, а також виявлення взаємозв'язку резильєнтності з хронічним стресом та професійним навантаженням.

Для досягнення поставленої мети передбачено виконання таких **завдань**:

1. Проаналізувати сучасні наукові підходи до вивчення резильєнтності та хронічного стресу в умовах воєнних конфліктів.
2. Оцінити рівень резильєнтності та хронічного стресу серед звичайних громадян і фармацевтів за допомогою онлайн-опитування.
3. Порівняти показники резильєнтності між досліджуваними групами.
4. Проаналізувати рівень резильєнтності у фармацевтів в контексті реалізації концепції 7 зірок.

Об'єктом дослідження виступає психологічний стан населення України в умовах повномасштабної війни.

Предмет дослідження: Резильєнтність та хронічний стрес як психологічні характеристики звичайних громадян і фармацевтів, а також їхній взаємозв'язок з умовами проживання та професійною діяльністю в умовах війни.

Наукова новизна - вперше здійснено порівняльний аналіз резильєнтності фармацевтів і звичайних громадян України в умовах тривалого воєнного стресу та отримано нові емпіричні дані щодо професійного навантаження на резильєнтність у воєнний період.

Практичним значенням є результати дослідження, що можуть бути використані для розробки програм психосоціальної підтримки населення та фармацевтів, профілактики професійного вигорання, а також для вдосконалення стратегій збереження психічного здоров'я в системі охорони здоров'я України.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ

1.1. Теоретичні аспекти резильєнтності особистості як адаптаційного ресурсу в умовах хронічного стресу

В українській науковій літературі резильєнтність розуміють як здатність особистості подолати труднощі та стрес, зберігаючи психологічну стійкість і цілісність, що включає як внутрішні ресурси (когнітивні, емоційні), так і зовнішні чинники (соціальна підтримка тощо) [7].

Також підкреслюється, що резильєнтність може бути динамічним процесом: вона не є тільки рисою особистості, а проявляється в зміні поведінки, когнітивних стратегій і взаємодії з навколишнім контекстом у складних умовах (цей підхід узгоджується з літературою, де резильєнтність розглядають як динамічну адаптацію) [8].

Деякі дослідження розглядають резильєнтність як особистісну рису, що дозволяє людині ефективно долати життєві труднощі, але сучасні підходи частіше підкреслюють процесуальний та адаптивний характер феномену, де важлива не тільки стабільна характеристика, а й активна взаємодія між індивідом і середовищем (у психологічній літературі це розглядається як динамічний процес) [9].

Резильєнтність пов'язується з адаптацією до стресових і травматичних подій, а також з позитивною адаптацією, що може включати процес повернення до власної норми або навіть особистісне зростання після пережитого стресу (це відповідає сучасним психологічним моделям адаптації) [10].

Дослідження також виділяють структуру резильєнтності — набір когнітивних, емоційних та соціальних ресурсів, що дозволяють людям не лише пережити складні ситуації, а й зберегти чи відновити психічне благополуччя (це підтверджують численні сучасні статті з аналізом структурних компонентів резильєнтності) [11].

Є зростання інтересу до моделювання і вимірювання резильєнтності як комплексу адаптивних процесів, включаючи когнітивні та соціальні ресурси

(сучасні українські та міжнародні роботи аналізують моделі резильєнтності) [12:].

Водночас триває дискусія про те, чи розглядати резильєнтність головним чином як процес, рису чи результат (сучасні огляди вказують на багатовимірність і контекстуальність фокусу) .

На основі аналізу сучасних наукових джерел встановлено, що поняття «резильєнтність» трактується як динамічна, багатовимірна характеристика особистості, яка відображає здатність індивіда ефективно адаптуватися до впливу стресогенних чинників, зберігати психологічну та соціальну функціональність, а також відновлюватися після кризових подій. У сучасному науковому дискурсі резильєнтність розглядається не як статична риса, а як процесуальна категорія, що формується під впливом індивідуальних, соціальних і контекстуальних детермінант.

Систематизація основних підходів до визначення та моделювання резильєнтності дозволяє виокремити кілька концептуальних напрямів. Відповідно до визначення World Health Organization [13.], резильєнтність розглядається як процес успішної адаптації до значних загроз психічному здоров'ю та благополуччю, що передбачає збереження або відновлення психосоціального функціонування в умовах кризових ситуацій (Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak, 2020). Такий підхід акцентує увагу на адаптаційному потенціалі особистості та її здатності підтримувати психічне здоров'я навіть за умов тривалого стресу.

Процесна модель резильєнтності інтерпретує цей феномен як динамічний цикл, що включає послідовні етапи: первинну оцінку загрози, мобілізацію внутрішніх і зовнішніх ресурсів, фазу відновлення та подальше посттравматичне зростання. У межах цієї моделі особливе значення надається когнітивній оцінці ситуації, копінг-стратегіям та формуванню нових адаптивних механізмів, що забезпечують не лише повернення до попереднього рівня функціонування, а й потенційний розвиток особистості.

Інтегративна модель ART (Acknowledgment, Reframe, Tailoring) фокусується на трьох взаємопов'язаних етапах розвитку резильєнтності. Перший етап — Acknowledgment (визнання) — передбачає усвідомлення складності ситуації та прийняття власних емоційних реакцій. Другий — Reframe (рефреймінг) — полягає у зміні інтерпретації подій, пошуку нових смислів і конструктивних пояснювальних моделей. Третій — Tailoring (пристосування) — охоплює гнучке коригування стратегій подолання відповідно до конкретних умов і ресурсних можливостей особистості. Такий підхід підкреслює активну позицію суб'єкта у процесі адаптації.

Екологічний (мультисистемний) підхід розглядає резильєнтність як результат взаємодії індивіда з різними рівнями соціального середовища. Стійкість формується у контексті мікросистем (сім'я, найближче оточення), мезосистем (професійна спільнота, освітнє чи робоче середовище) та макросистем (соціально-економічні умови, культурні норми, державна політика). У межах цього підходу резильєнтність постає не лише як індивідуальний ресурс, а як системна властивість, що підтримується соціальними зв'язками, інституційною підтримкою та рівнем суспільної згуртованості.

Таким чином, сучасні концепції резильєнтності інтегрують індивідуально-психологічні, процесуальні та соціально-екологічні компоненти, що дозволяє розглядати цей феномен як комплексний механізм адаптації особистості до тривалих і надзвичайних стресових впливів.

Класифікація та структурні рівні резильєнтності

Відповідно до мультисистемного підходу резильєнтність фармацевтичного працівника доцільно розглядати як багаторівневий феномен, що реалізується на індивідуальному, професійному та організаційному рівнях, а також має внутрішню структурну організацію та функціональну спрямованість.

Класифікація за рівнями прояву передбачає виокремлення таких аспектів.

Індивідуальна резильєнтність охоплює сукупність особистісних характеристик, зокрема психологічну витривалість, емоційну саморегуляцію,

оптимістичну життєву установку, здатність до саморефлексії та самовідновлення. Вона визначає внутрішній ресурс особистості щодо протидії стресогенним впливам та підтримання психічної рівноваги.

Професійна резильєнтність відображає здатність фахівця зберігати ефективність професійної діяльності в умовах підвищеного навантаження, невизначеності та динамічних змін у системі охорони здоров'я. Вона включає готовність приймати відповідальні рішення, дотримуватися стандартів фармацевтичної опіки, забезпечувати належну якість консультацій та клінічно обґрунтований підхід навіть за умов хронічного стресу.

Організаційна резильєнтність характеризується наявністю у фармацевтичній установі систем підтримки персоналу, достатніх матеріальних і кадрових ресурсів, безпечного та психологічно сприятливого робочого середовища, а також ефективної внутрішньої комунікації. У цьому контексті стійкість є не лише індивідуальною властивістю, а й результатом взаємодії працівника з організаційним середовищем.

Структурні компоненти резильєнтності є взаємопов'язаними та взаємодоповнювальними.

Психологічний компонент включає емоційну стабільність, впевненість у власних силах, сформовану внутрішню мотивацію та усвідомлення професійного сенсу діяльності.

Соціальний компонент передбачає здатність до побудови та підтримки конструктивних взаємин із колегами, керівництвом, пацієнтами та членами родини, а також наявність системи соціальної підтримки як важливого буфера стресу.

Професійний (компетентнісний) компонент охоплює рівень спеціальних знань, практичних навичок, клінічного мислення та впевненість у прийнятті рішень в умовах невизначеності або екстремальних ситуацій.

Адаптаційний (когнітивний) компонент пов'язаний із когнітивною гнучкістю, здатністю до швидкого навчання, критичного аналізу нової інформації

та своєчасного коригування професійних стратегій відповідно до змін зовнішнього середовища.

Класифікація за функціональною спрямованістю дозволяє розмежувати декілька типів резильєнтності.

Захисна резильєнтність охоплює механізми психологічного захисту та копінг-стратегії, спрямовані на мінімізацію негативного впливу стресорів на психічне здоров'я.

Адаптивна резильєнтність полягає у здатності до активного пристосування, трансформації професійних ролей і поведінкових стратегій у відповідь на кризові умови та нові професійні виклики [19]

Відновлювальна резильєнтність характеризується спроможністю швидко відновлювати психофункціональний стан після завершення гострої фази стресового впливу та повертатися до стабільного рівня професійної діяльності [20]

Отже, резильєнтність фармацевтичного працівника є складною динамічною категорією, що інтегрує психологічні, професійні та соціальні аспекти функціонування особистості. Застосування багаторівневих класифікацій і структурного аналізу цього феномену створює методологічне підґрунтя для комплексного дослідження механізмів адаптації фармацевтичних фахівців в умовах підвищеного професійного навантаження та тривалих кризових впливів.

1.2. Психологічні наслідки війни для цивільного населення. Резильєнтність в умовах воєнного конфлікту

Воєнні конфлікти є потужним стресогенним чинником, що зумовлює масштабні психологічні наслідки для цивільного населення. Тривала загроза життю, вимушене переміщення, інформаційна перевантаженість та соціально-економічна нестабільність формують підґрунтя для розвитку тривожних, депресивних та посттравматичних розладів. У цьому контексті резильєнтність розглядається як ключовий ресурс збереження психічного здоров'я та адаптаційного потенціалу особистості й суспільства.

Вплив війни на психологічну стійкість. Психологічна резильєнтність відіграє роль захисного фактора, що пом'якшує негативний вплив воєнних подій на емоційний стан особистості. Емпіричні дослідження, проведені серед української молоді в умовах повномасштабної війни, засвідчили статистично значущий зв'язок між рівнем резильєнтності та показниками психічного благополуччя. Зокрема, вищі показники резильєнтності асоціювалися з нижчим рівнем симптомів тривоги та депресії, а також із кращою суб'єктивною оцінкою якості життя [14]. Отримані результати підтверджують протективну функцію резильєнтності як чинника психологічної адаптації в умовах хронічного стресу.

Резильєнтність волонтерів. Окрему групу ризику становлять волонтери, які, попри відсутність військового статусу, перебувають у постійному контакті з травматичними подіями та високим емоційним навантаженням. Дослідження резильєнтності волонтерів під час воєнного стану в Україні [15] засвідчило, що їхня психологічна стійкість має комплексний характер і пов'язана з такими механізмами, як активні адаптаційні стратегії, внутрішній локус контролю, готовність до прийняття ризику та усвідомлення соціальної значущості власної діяльності. Таким чином, резильєнтність у волонтерів виступає інтегративним ресурсом, що забезпечує ефективне функціонування в умовах підвищеної емоційної напруги.

Суспільна резильєнтність під час війни. На макросоціальному рівні резильєнтність набуває ознак колективного феномену. Лонгітюдне дослідження суспільної стійкості в умовах війни між Ізраїлем і Газою [16] продемонструвало, що тривалі національні кризи можуть поступово знижувати рівень суспільної резильєнтності. Водночас такими вагомими предикторами підтримання стійкості виступали громадська підтримка, довіра до інституцій та надія як соціально-психологічний ресурс. Отже, суспільна резильєнтність є динамічним показником, який залежить від рівня соціальної згуртованості та ефективності комунікації між громадянами й державними структурами.

Військові конфлікти та медіаекспозиція. Суттєвим чинником психологічного впливу війни є інформаційне середовище. Дослідження,

опубліковане в *Journal of Psychiatric Research* (2023) [17], засвідчило, що інтенсивна медіаекспозиція подій війни в Україні асоціюється з підвищенням рівня психологічного дистресу, тривожності та зниженням показників резильєнтності. Надмірне споживання новин, особливо з емоційно насиченим або травматичним змістом, може посилювати відчуття безпорадності та невизначеності, що негативно впливає на адаптаційні ресурси особистості.

Дані систематичних оглядів. Систематичний огляд досліджень резильєнтності осіб, які пережили війни на Близькому Сході [18], підкреслює вагому роль соціокультурних та психосоціальних чинників у процесах адаптації до тривалих конфліктів. Автори акцентують на значенні сімейної підтримки, релігійних і культурних традицій, колективної ідентичності та доступу до психологічної допомоги як ключових ресурсів формування стійкості. Таким чином, резильєнтність розглядається як багаторівневий феномен, що формується в контексті соціокультурного середовища.

Отже, сучасні емпіричні дослідження підтверджують, що резильєнтність в умовах війни виконує як індивідуальну, так і суспільну протективну функцію. Вона знижує ризик розвитку емоційного дистресу, сприяє підтриманню якості життя та забезпечує адаптацію до тривалих кризових впливів. Водночас її рівень залежить від комплексу психологічних, соціальних, організаційних та інформаційних чинників, що обумовлює необхідність міждисциплінарного підходу до вивчення та підтримки стійкості цивільного населення в умовах воєнного стану.

1.3. Резильєнтність у контексті професійних ролей фармацевта («7 зірок») та етичних стандартів

У професійному контексті діяльності фармацевтичних працівників резильєнтність доцільно визначати як інтегративний результат взаємодії особистісних ресурсів, професійних компетентностей і характеристик організаційного середовища, що забезпечує здатність фахівця зберігати

працездатність, підтримувати належну якість фармацевтичної опіки та приймати відповідальні клінічні рішення в екстремальних умовах [19]

Останні роки характеризуються функціонуванням фармацевтичної галузі в умовах багатовимірних криз, зумовлених пандемією COVID-19 та повномасштабною війною в Україні. Такі обставини суттєво трансформували зміст і організацію професійної діяльності фармацевтів, актуалізувавши потребу у формуванні та підтримці їхньої психологічної стійкості. Високий рівень невизначеності, підвищене емоційне напруження та зростання професійних ризиків зумовлюють необхідність розвитку адаптивності, навичок саморегуляції та ефективних копінг-стратегій, що підкреслюється у рекомендаціях World Health Organization та International Pharmaceutical Federation щодо підтримки психосоціального благополуччя фармацевтичного персоналу [19].

Пандемія COVID-19 істотно посилила психоемоційне навантаження на фармацевтів унаслідок збільшення обсягів роботи, необхідності безперервного контакту з пацієнтами та виконання професійних обов'язків в умовах підвищеного ризику інфікування. Дослідження засвідчують, що фармацевти під час пандемії зазнавали хронічного стресу, тривожності та емоційного виснаження, що створювало передумови для розвитку професійного вигорання [20]. Водночас емпіричні дані вказують на формування індивідуальних і колективних механізмів резильєнтності, які включали взаємну підтримку в колективі, посилення професійної ідентичності та усвідомлення соціальної значущості своєї діяльності [21].

Систематичний огляд, опублікований у журналі *Current Psychology* (2026) [22], підтверджує, що резильєнтність у період пандемії найкраще описується як динамічний процес, який формується під впливом соціоекологічних чинників. Йдеться не лише про індивідуальні якості особистості, а й про роль сімейної підтримки, соціального оточення, професійної спільноти та рівня довіри до інституцій охорони здоров'я. Такий підхід узгоджується з мультисистемним баченням стійкості як результату взаємодії особистості та середовища.

Умови війни в Україні створили додаткове психоемоційне навантаження на медичних і фармацевтичних працівників. За даними крос-секційного дослідження, опублікованого в журналі *BMC Psychology* (2025) [23], вищий рівень резильєнтності серед українських фахівців охорони здоров'я корелював із нижчими показниками тривожності та депресії, незважаючи на загалом високий рівень психоемоційного напруження. Це підтверджує протективну роль резильєнтності в умовах хронічного стресу воєнного часу.

В умовах воєнного стану фармацевтичні працівники стали важливою складовою системи забезпечення національної безпеки, виконуючи функції безперервного постачання лікарських засобів, консультування населення та надання першої долікарської й психологічної підтримки. Порушення логістичних ланцюгів, дефіцит окремих препаратів, загроза обстрілів та вимушене переміщення населення істотно ускладнили професійну діяльність фармацевтів. У таких умовах резильєнтність виступає необхідною передумовою збереження функціональної спроможності фахівця та забезпечення безперервності фармацевтичної допомоги [19].

Попри наявність значної кількості досліджень, присвячених психологічній стійкості представників допоміжних професій, специфіка резильєнтності саме фармацевтичних працівників в умовах поєднаного впливу пандемічних та воєнних викликів залишається недостатньо висвітленою. Вивчення якісних характеристик, структурних компонентів і механізмів формування професійної стійкості фармацевтів є необхідною передумовою розробки ефективних програм психосоціальної підтримки, збереження кадрового потенціалу галузі та підвищення якості фармацевтичної опіки.

Професійна діяльність фармацевта ґрунтується на концепції «7 зірок», запропонованій World Health Organization спільно з International Pharmaceutical Federation [24.], відповідно до якої фармацевт виступає як надавач медичної допомоги (caregiver), приймач рішень (decision-maker), комунікатор (communicator), управлінець (manager), лідер (leader), учитель (teacher) та дослідник/навчанець упродовж життя (life-long learner).

У кризових умовах реалізація кожної з цих ролей потребує високого рівня резильєнтності. Як надавач допомоги фармацевт має зберігати емпатію та клінічну обґрунтованість рішень попри емоційне навантаження; як приймач рішень — діяти в умовах дефіциту часу та ресурсів; як комунікатор — підтримувати довіру пацієнтів; як управлінець і лідер — забезпечувати організаційну стабільність; як учитель і дослідник — адаптуватися до нових знань і протоколів.

Водночас резильєнтність тісно пов'язана з дотриманням етичних стандартів професії. Умови кризи можуть посилювати моральний дистрес, пов'язаний із дефіцитом ресурсів або складністю клінічних рішень. Здатність фармацевта зберігати професійну доброчесність, відповідальність і орієнтацію на благо пацієнта в умовах підвищеного тиску є проявом інтегративної професійної стійкості.

Таким чином, резильєнтність у системі професійних ролей фармацевта постає як стратегічний ресурс забезпечення безперервності фармацевтичної допомоги, підтримання етичних стандартів і реалізації концепції «7 зірок» у період багатовимірних суспільних криз.

Упродовж останніх років фармацевтичні працівники функціонують у середовищі багатовимірних криз, зумовлених глобальними пандеміями та повномасштабною війною в Україні, що суттєво трансформувало умови їхньої професійної діяльності та актуалізувало питання формування і підтримки резильєнтності. Зазначені кризові явища супроводжуються підвищеним рівнем невизначеності, емоційного напруження та професійних ризиків, що вимагає від фармацевтів високої адаптивності, психологічної стійкості та здатності до ефективного подолання стресу.

РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ Й МЕТОДИ

Для досягнення мети дослідження та комплексної оцінки психоемоційного стану фармацевтичних працівників і відвідувачів аптек у сучасних кризових умовах застосовано стандартизований психометричний інструментарій, спрямований на вимірювання депресивної симптоматики та рівня резильєнтності як здатності до психологічного відновлення.

Оцінка депресивної симптоматики. Оцінювання депресивних проявів здійснювали з використанням валідованих опитувальників **Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2)** та **Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)**, які широко застосовуються у клінічній практиці та наукових дослідженнях для скринінгу депресивних розладів у загальній популяції та серед медичних працівників.

PHQ-2 використовувався як первинний скринінговий інструмент для виявлення двох ключових афективних симптомів депресії (зниженого настрою та ангедонії) протягом останніх двох тижнів.[31] У разі отримання клінічно значущих результатів респондентам пропонувалося заповнення розширеної версії PHQ-9, що дозволяє оцінити частоту й вираженість дев'яти симптомів депресії відповідно до діагностичних критеріїв, а також визначити ступінь функціональних обмежень і класифікувати рівень депресії (мінімальний, легкий, помірний, середньотяжкий, тяжкий).

Оцінка резильєнтності. Для вимірювання резильєнтності як здатності до швидкого психологічного відновлення після стресових впливів застосовано **Brief Resilience Scale (BRS)** [25]. Даний інструмент принципово відрізняється від багатofакторних шкал тим, що фокусується не на наявності особистісних ресурсів або копінг-стратегій, а безпосередньо на здатності особистості «відновлюватися» після труднощів.[27]

BRS складається з 6 тверджень, що оцінюються за п'ятибальною шкалою Лайкерта [33,34] (від 1 — «повністю не погоджуюся» до 5 — «повністю погоджуюся»). Підсумковий показник обчислюється як середнє арифметичне

відповідей із урахуванням реверсії окремих пунктів. Отримані значення інтерпретуються таким чином:

- 1,00–2,99 — низький рівень резильєнтності;
- 3,00–4,30 — середній рівень;
- 4,31–5,00 — високий рівень резильєнтності.[30].

Психометричні характеристики шкали засвідчують її належну внутрішню узгодженість (Cronbach's α у межах 0,80–0,91 у різних вибірках) та конструктну валідність. Методологічна доцільність використання BRS у даному дослідженні зумовлена тим, що інструмент вимірює саме швидкість і ефективність повернення до нормального функціонування після гострих фаз стресу, що є особливо релевантним у контексті тривалих кризових впливів, зокрема пандемії COVID-19 та воєнного стану.

Застосування BRS дозволило:

1. визначити індивідуальні відмінності у рівні резильєнтності фармацевтичних працівників та громадян без фармацевтичної освіти;
2. проаналізувати взаємозв'язок між рівнем резильєнтності та вираженістю депресивної симптоматики;
3. оцінити потенційну протективну роль резильєнтності щодо психоемоційного дистресу.

Інтеграція з професійним контекстом. Вибір інструменту BRS також обґрунтований специфікою професійної діяльності фармацевта. Здатність швидко мобілізувати внутрішні ресурси та відновлювати працездатність після періодів пікового навантаження (пандемічні хвилі, порушення логістики, робота в умовах воєнної загрози) безпосередньо пов'язана з реалізацією професійних ролей у межах концепції «7 зірок» (decision-maker, manager, lifelong learner тощо). Таким чином, оцінювання резильєнтності за допомогою BRS має не лише психологічне, а й професійно-прикладне значення.

Процедура збору даних. Збір емпіричних даних здійснювали шляхом анонімного онлайн-опитування. Усі інструменти (соціально-демографічний блок, PHQ-2, PHQ-9, BRS) були інтегровані в єдину анкету на платформі Google

Forms. Такий формат забезпечив стандартизацію умов заповнення, доступність участі для респондентів із різних регіонів та мінімізацію впливу інтерв'юера.

Перед початком опитування учасники отримували інформацію про мету дослідження, добровільність участі, можливість припинення заповнення анкети на будь-якому етапі та гарантії конфіденційності.

Обсяг вибірки. З метою забезпечення статистичної достовірності результатів та можливості коректного застосування методів математичної статистики обсяг вибірки формувався з урахуванням загальноприйнятих вимог до соціально-психологічних досліджень.

Кількість респондентів у кожній досліджуваній групі перевищувала 80 осіб, що вважається достатнім для проведення порівняльного та кореляційного аналізу, а також для перевірки розподілу показників за допомогою критерію Колмогорова–Смирнова. Такий обсяг вибірки забезпечує належну статистичну потужність дослідження та підвищує надійність отриманих результатів.

Комбіноване застосування PHQ-2/PHQ-9 та BRS забезпечило комплексний підхід до оцінювання психоемоційного стану респондентів та відповідає сучасним уявленням про резильєнтність як динамічний процес, що може модулювати негативний вплив хронічного стресу на професійне функціонування фармацевтичних працівників в умовах тривалих суспільних криз.

РОЗДІЛ 3 ВИВЧЕННЯ ЯКІСНИХ ХАРАКТЕРИСТИК РЕЗИЛЬЄНТОСТІ У ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ: СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНА СТРУКТУРА ВИБІРКИ

У дослідженні якісних характеристик резильєнтності взяли участь 211 респондентів (134 фармацевтичних працівників та 77 громадян без фармацевтичної освіти). Аналіз вікової структури вибірки засвідчив її виражену молодіжну спрямованість.

Найбільшу частку опитаних становили особи віком 18–25 років — 73,9% від загальної кількості респондентів. Другою за чисельністю є вікова група 26–35 років (14,2%). Респонденти віком 36–45 років представлені у значно меншій кількості (близько 6–7%). Вікові категорії 46–55 років та 56–70 років є найменш чисельними — приблизно 2–3% кожна.

У межах проведеного нами дослідження також було проаналізовано гендерний склад респондентів. Встановлено, що жінки становили 85,8% вибірки, тоді як чоловіки — 14,2%. Таким чином, емпірично зафіксовано виражене домінування жіночої частки серед учасників дослідження.

Отримана структура не є випадковою, а відображає реальний кадровий профіль молодого сегмента фармацевтичної галузі, у якому переважають жінки, особливо на етапі професійного становлення. Оскільки дослідження проводилося серед працюючої молоді, частина якої поєднує професійну діяльність із навчанням, гендерна структура вибірки відображає сучасні тенденції фемінізації фармацевтичної професії.

У процесі аналізу територіального розподілу (рис. 1) 211 респондентів встановлено чітко виражену регіональну концентрацію учасників дослідження. Найбільшу частку становлять респонденти з Волинської області — 52,1%. Значною є також частка респондентів із Тернопільської області — 37,9%. Таким чином, сукупно 90% опитаних зосереджені у двох західних областях України.

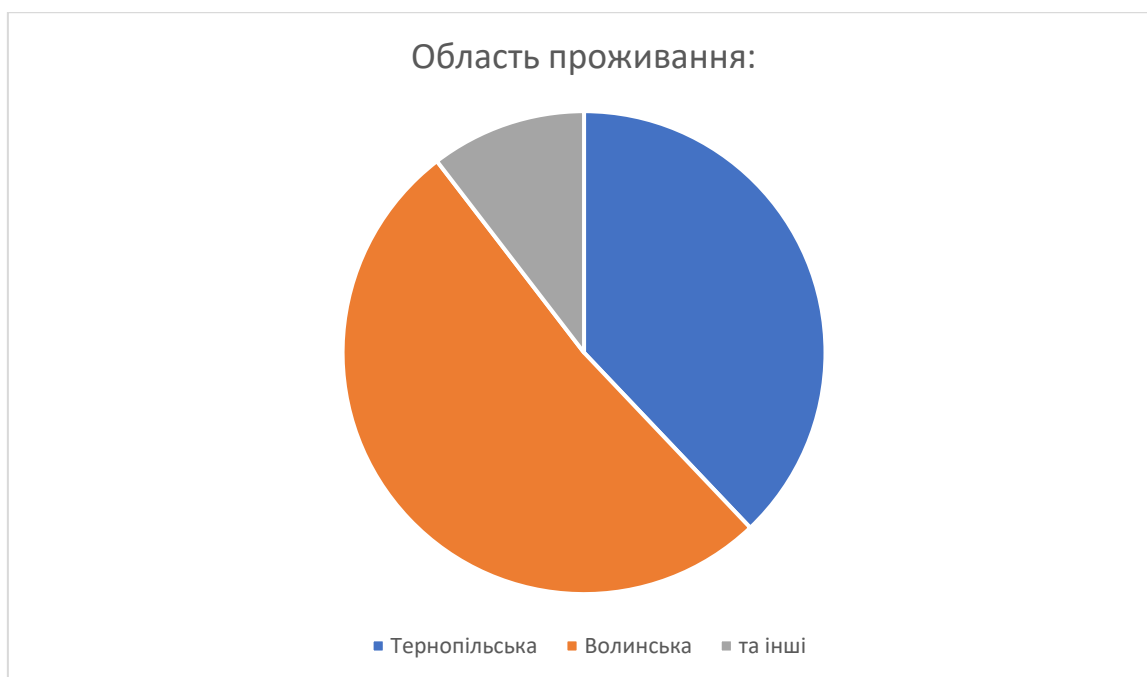


Рисунок 1 - Регіональна концентрація учасників дослідження

Інші регіони представлені фрагментарно: Хмельницька область — 2,8%, Рівненська та Львівська області — по 1,9%, Київська та Запорізька області — по 0,9%, Кіровоградська та Закарпатська області — по 0,5%. Отримана структура засвідчує низький рівень територіальної диверсифікації вибірки.

Регіональний розподіл має локалізований характер і відображає географію фактичного проведення дослідження серед респондентів молодого віку. Вибірка цілеспрямовано сформована з двох підгруп — практикуючих фармацевтів та осіб без фармацевтичної освіти, що забезпечує можливість коректного порівняльного аналізу.

Таким чином, дослідження репрезентує соціально активне населення західного регіону України, зокрема Волинської та Тернопільської областей, із урахуванням професійної диференціації респондентів.

Аналіз професійного складу учасників дослідження показав, що більшість респондентів (64%) мають професійну діяльність у сфері фармації, тоді як 36% не пов'язані з фармацевтичною професією (рис. 2). Таким чином, вибірка переважно складається з осіб, безпосередньо залучених до фармацевтичної практики. Така структура надає дослідженню прикладного спрямування,

оскільки більшість відповідей ґрунтується на реальному досвіді професійної взаємодії з пацієнтами, колегами та роботодавцями, а також на щоденному перебуванні в умовах професійного навантаження.

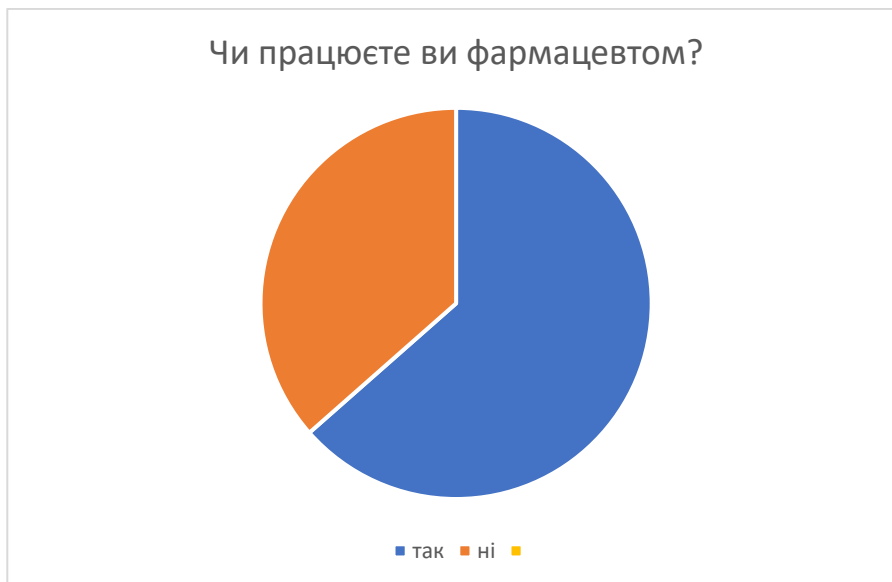


Рисунок 2 - Професійна характеристика респондентів у дослідженні резильєнтності

Після аналізу загальних соціально-демографічних та професійних характеристик респондентів наступним етапом дослідження стало вивчення їхнього психоемоційного стану. З цією метою було застосовано стандартизовані психодіагностичні інструменти, спрямовані на оцінку депресивної симптоматики та рівня резильєнтності. Такий підхід дозволив перейти від описових характеристик вибірки до глибшого аналізу психологічних показників, що відображають особливості адаптації в умовах воєнного стресу.

Для оптимізації скринінгу депресивної симптоматики спочатку було застосовано коротку версію опитувальника PHQ-2, що дозволяє швидко виявити наявність основних афективних симптомів — зниженого настрою та ангедонії. У разі отримання клінічно значущих результатів респондентам пропонувалася повна версія PHQ-9, яка дає змогу оцінити вираженість симптомів, їхню частоту та функціональний вплив, а також класифікувати рівень депресії від

мінімального до важкого. Такий послідовний підхід дозволяє економити час учасників, знижує ризик «втоми респондента» та забезпечує методологічну точність при подальшому аналізі психоемоційного стану.

Важливим є те, що показники пригніченого настрою та депресивної симптоматики безпосередньо взаємопов'язані з проявами резильєнтності. Рівень стійкості особистості визначає здатність ефективно справлятися зі стресом і швидко відновлюватися після негативних подій, що, у свою чергу, впливає на інтенсивність і тривалість депресивних переживань. Таким чином, оцінка за PHQ-2/PHQ-9 є важливим кроком для комплексного аналізу психоемоційного стану у контексті дослідження резильєнтності фармацевтичних працівників та осіб без фармацевтичної освіти.

У межах дослідження спочатку було проаналізовано відповіді респондентів на твердження стандартизованого міжнародного опитувальника PHQ-2. Перше запитання спрямоване на виявлення частоти переживань пригніченого настрою як одного з ключових індикаторів психоемоційного стану (Рис.3).

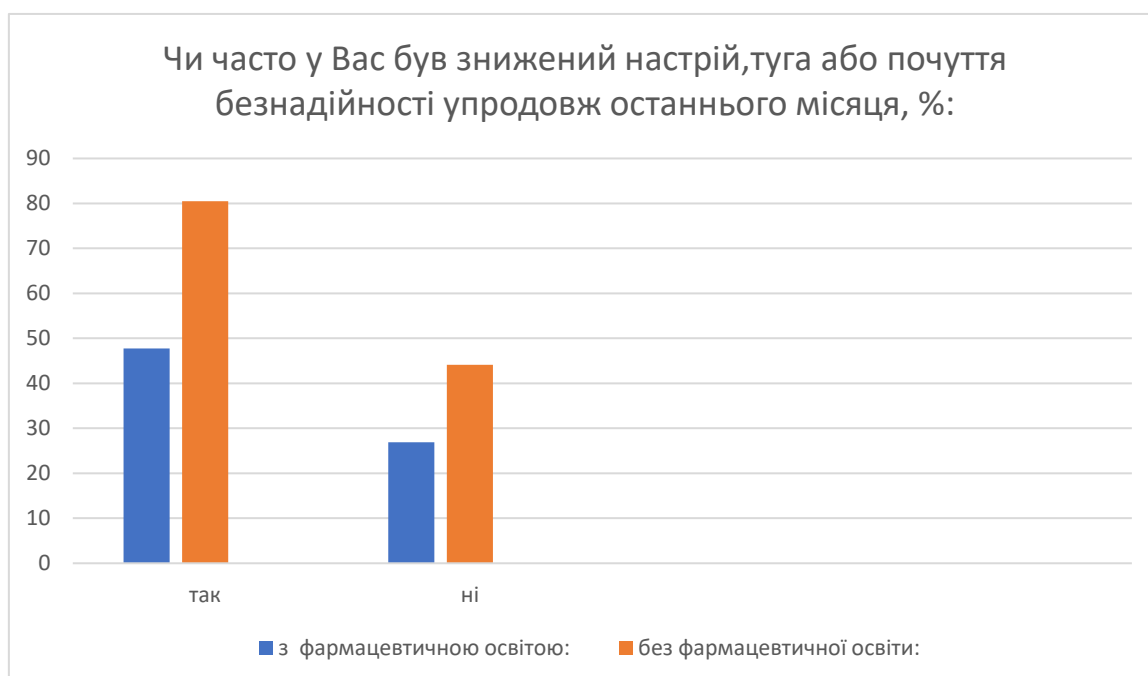


Рисунок 3 - Чи часто у Вас був знижений настрій, туга або почуття безнадійності упродовж останнього місяця?

В обох групах — як серед осіб із фармацевтичною освітою, так і без неї — переважають респонденти, які протягом останнього місяця часто відчували знижений настрій, тугу або безнадійність (47,77% проти 26,87% у першій групі; 80,52%% проти 44,16% у другій). Це свідчить про достатньо високу поширеність емоційних труднощів у досліджуваній вибірці.

Водночас у групі з фармацевтичною освітою кількість ствердних відповідей є більшою в абсолютному вимірі, що може відображати специфіку професійного середовища та підвищений рівень відповідальності, характерний для фармацевтичної діяльності. Отримані дані підкреслюють актуальність формування та підтримки психологічних ресурсів резильєнтності, спрямованих на збереження емоційної стабільності та профілактику емоційного виснаження.

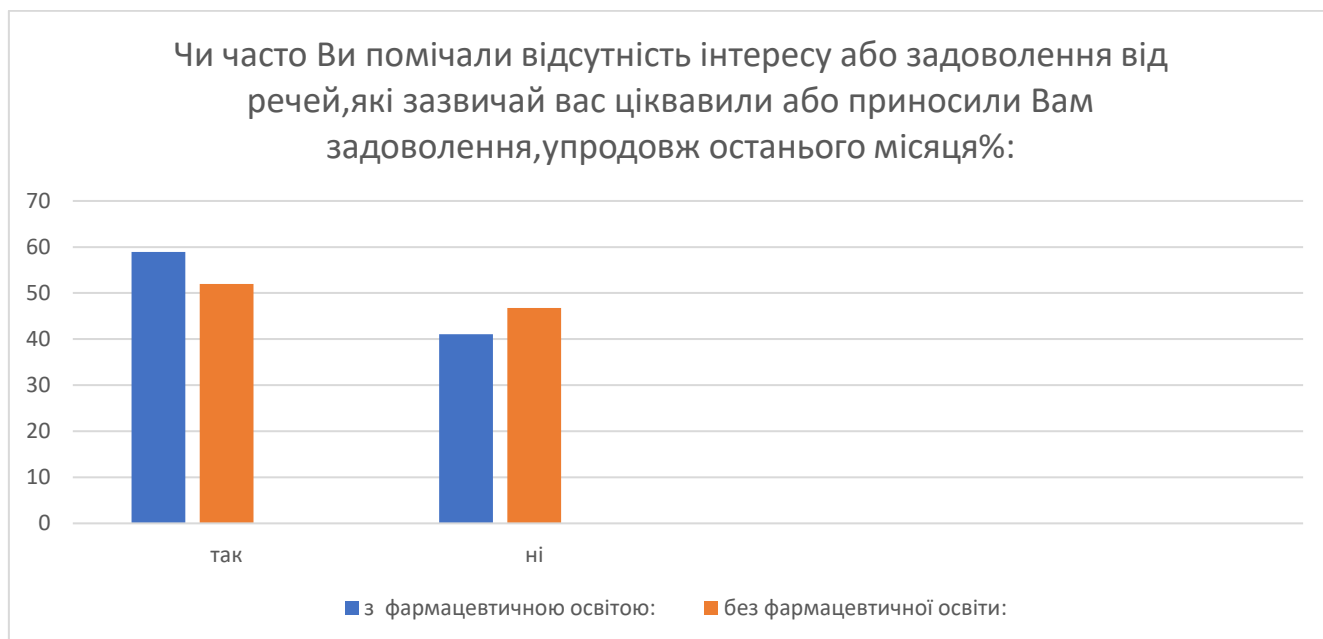


Рисунок 4 - Чи часто Ви помічали відсутність інтересу або задоволення від речей, які зазвичай Вас цікавили або приносили Вам задоволення, упродовж останнього місяця

У межах дослідження було проаналізовано відповіді респондентів на друге твердження опитувальника PHQ-2: «Чи часто Ви помічали відсутність інтересу або задоволення від речей, які зазвичай Вас цікавили або приносили Вам задоволення, упродовж останнього місяця?».(Рис.4) Це запитання спрямоване на виявлення анедонії — зниження інтересу та емоційної залученості до звичної

діяльності, що розглядається як один із базових індикаторів психоемоційного виснаження.

Порівняльний аналіз показує, що зниження інтересу до звичної діяльності є поширеним явищем в обох групах, однак у респондентів із фармацевтичною освітою кількість ствердних відповідей є вищою в абсолютному вимірі (58.96% проти 41,04%), що вказує на більшу вираженість анедонічних проявів у цій підгрупі. У групі без фармацевтичної освіти розподіл відповідей є більш рівномірним (51,95% проти 46,75%), що свідчить про відносно збалансований емоційний стан частини респондентів.

У контексті дослідження резильєнтності втрата інтересу до діяльності розглядається як потенційний маркер зниження адаптаційних ресурсів. Водночас наявність значної частки осіб, які зберігають емоційну залученість, свідчить про функціонування внутрішніх психологічних механізмів підтримання благополуччя.

Результати первинного скринінгу за опитувальником PHQ-2 стали підґрунтям для подальшого поглибленого аналізу депресивної симптоматики. Усі респонденти, які проходили PHQ-2, продовжили участь у дослідженні та заповнили повну версію PHQ-9, що підвищує валідність отриманих даних і забезпечує цілісність скринінгової процедури. Такий підхід є методологічно обґрунтованим, оскільки дозволяє зіставити короткий скринінговий індикатор із розширеною оцінкою вираженості симптомів та їхнього впливу на повсякденне функціонування.

У межах дослідження було проаналізовано відповіді респондентів й на твердження опитувальника PHQ-9. Оцінювання здійснювалося за чотирибальною шкалою частоти проявів (від «зовсім не турбували» до «майже щоденно»), що дозволяє диференціювати інтенсивність анедонічних симптомів.

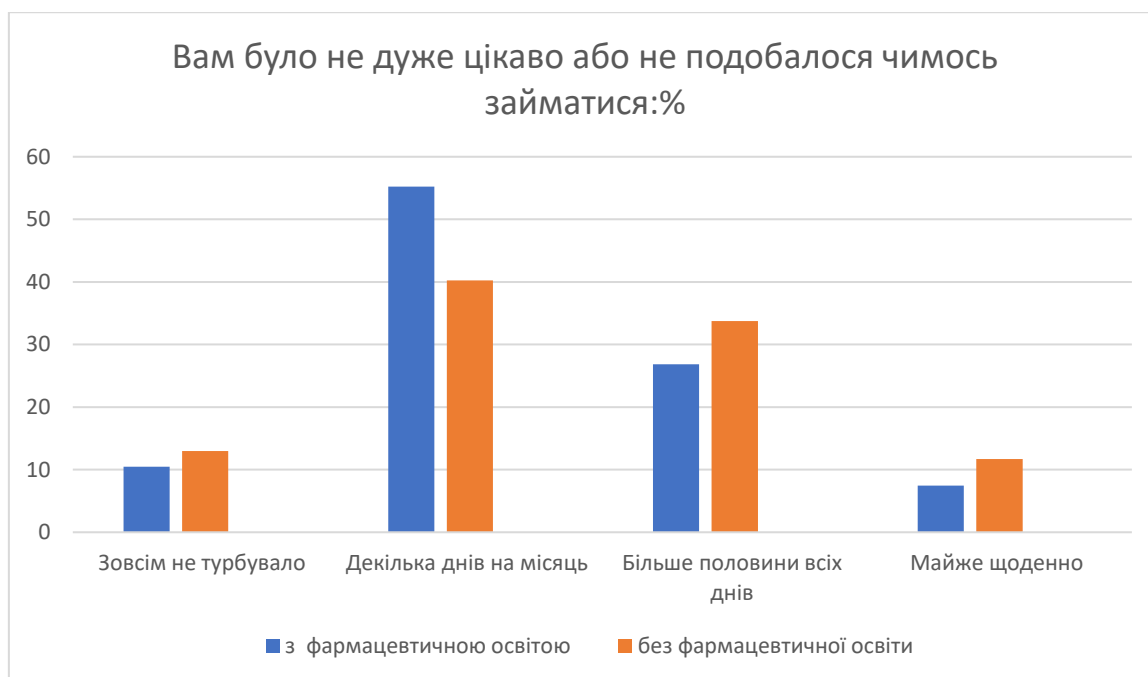


Рисунок 5- Вам було не дуже цікаво або подобалося чимось займатися.

Порівняльний аналіз засвідчує, що в обох групах домінують епізодичні прояви зниження інтересу до діяльності, що може відображати реакцію на повсякденне навантаження та тимчасові емоційні труднощі. Водночас наявність значної кількості респондентів із частими або майже щоденними проявами анедонії (55,22% осіб у групі з фармацевтичною освітою та 40,26% осіб у групі без неї) свідчить про підвищений рівень психоемоційного напруження в межах досліджуваної вибірки.

У контексті вивчення резильєнтності ці результати мають принципове значення. Здатність зберігати інтерес до діяльності є одним із маркерів психологічної стійкості. Переважання епізодичних проявів дозволяє говорити про наявність адаптаційних ресурсів у більшості респондентів, тоді як часті прояви анедонії в частини опитаних окреслюють групу підвищеного ризику щодо емоційного виснаження.

У межах аналізу відповіді на запитання «Ви почувалися сумним, пригніченим або безнадійним» (Рис.6) встановлено, що в обох досліджуваних групах переважає варіант відповіді «декілька днів». Такий розподіл свідчить про

переважно епізодичний характер переживання пригніченого настрою серед респондентів та відсутність його стійкої або тривалої вираженості у більшості опитаних.

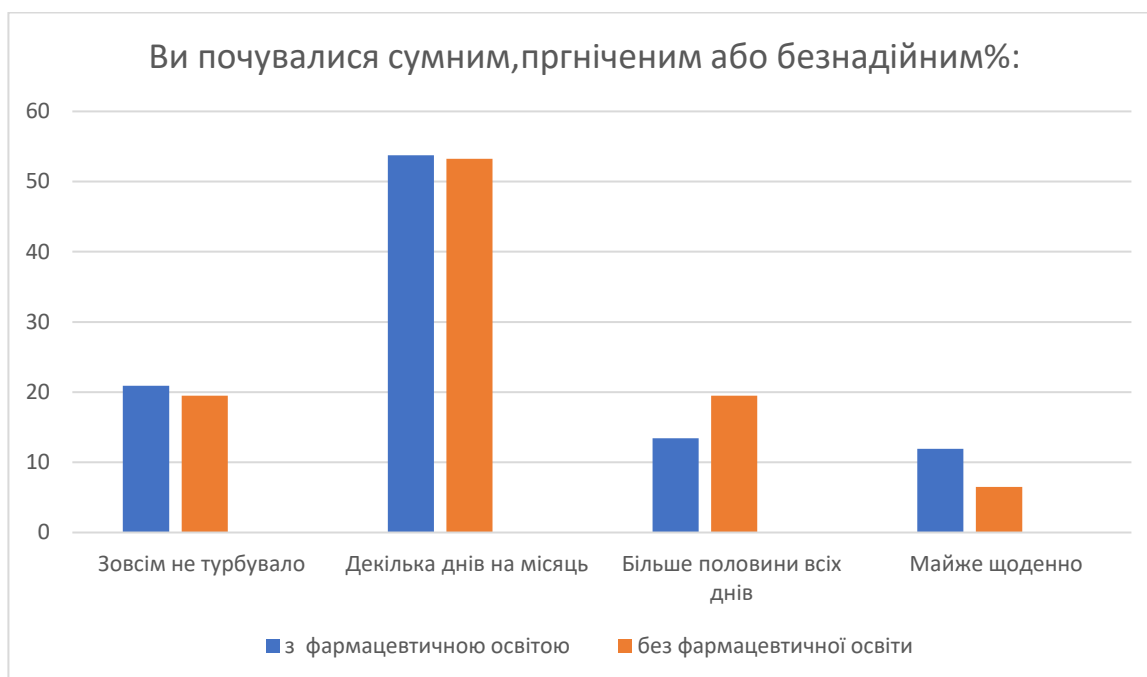


Рисунок 6- Ви почувалися сумним, пригніченим або безнадійним.

Разом з тим, у структурі відповідей групи з фармацевтичною освітою частка осіб із регулярними проявами пригніченого настрою є кількісно більшою, ніж у групі без фармацевтичної освіти. Це відображає специфіку розподілу емоційного стану саме у вибірці, сформованій переважно з працюючої молоді, значна частина якої здійснює професійну діяльність у фармацевтичній сфері.

Отримані емпіричні дані свідчать, що переживання смутку, пригніченості або безнадійності є поширеним явищем серед досліджуваної працюючої молоді незалежно від наявності фармацевтичної освіти.

Водночас у групі з фармацевтичною освітою зафіксовано більшу кількість осіб, які повідомили про часті або майже щоденні прояви пригніченого настрою. Цей результат відображає реальну структуру відповідей у межах проведеного опитування та характеризує емоційний стан частини респондентів, залучених до професійної діяльності.

Таким чином, показник переживання смутку або безнадійності характеризує емоційне напруження частини працюючої молоді та є значущим елементом загальної оцінки психоемоційного стану досліджуваних у межах даного дослідження.

Розподіл відповідей на запитання про проблеми зі сном демонструє, що у більшості респондентів спостерігаються певні труднощі із засинанням, прокиданням або надмірною тривалістю сну. (Рис.7) У групі з фармацевтичною освітою 27,61% осіб повідомили про часті або майже щоденні порушення сну, що становить значну частку вибірки. У групі без фармацевтичної освіти аналогічний показник складає 25,97% осіб.

Попри те, більшість респондентів обох груп зазначили, що труднощі виникають епізодично: 30,6% з фармацевтичною освітою та 42,86% без фармацевтичної освіти. Це свідчить про наявність тимчасових порушень сну, пов'язаних з повсякденним навантаженням або стресовими ситуаціями.

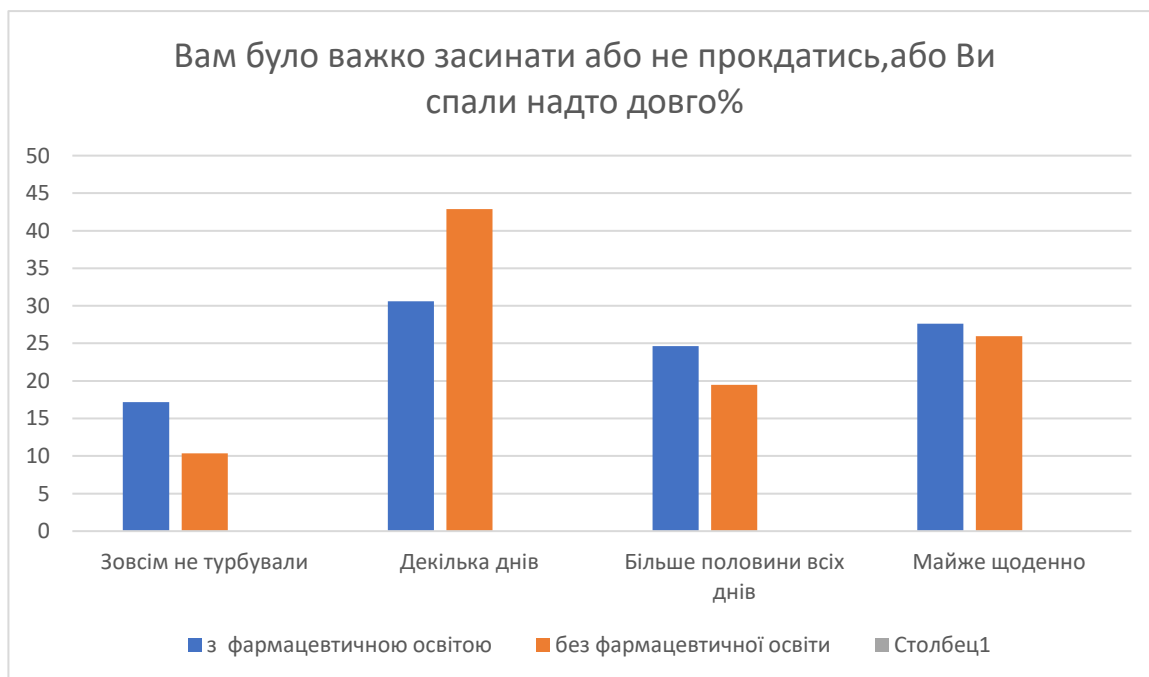


Рисунок 7- Вам було важко засинати або не прокидатись, або Ви спали надто довго

У частини респондентів обох груп збережено стабільний режим сну — 17,16% з фармацевтичною освітою та 10,34% без фармацевтичної освіти, що

вказує на наявність психоемоційних ресурсів, достатніх для підтримання нормального відпочинку.

Результати свідчать, що порушення сну є поширеним явищем серед працюючої молоді, причому їхня частота та інтенсивність виражені сильніше у респондентів з фармацевтичною освітою, що може бути пов'язано з навчально-професійним навантаженням та специфікою роботи у фармацевтичній сфері.

Розподіл відповідей на запитання про відчуття втоми демонструє, що у значної частини респондентів обох груп спостерігаються виражені прояви фізичного та психоемоційного виснаження. (Рис.8) Так, у групі з фармацевтичною освітою 33,58% осіб відзначають часті або майже щоденні прояви втоми, що свідчить про високий рівень психоемоційного та фізичного навантаження. Епізодичні прояви (декілька днів на місяць) спостерігалися у 33,58% осіб, а стабільний енергетичний стан збережено лише у 7,46% респондентів.

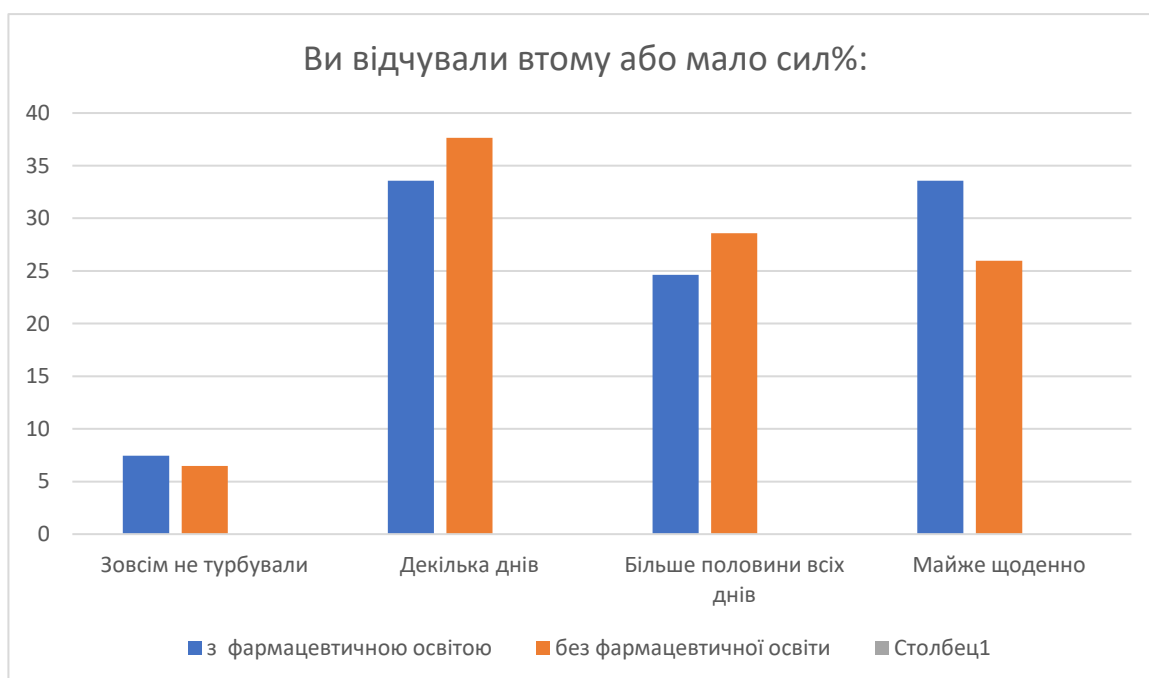


Рисунок 8- Ви відчували втому або мало сил.

У групі без фармацевтичної освіти 25,97% особи повідомили про часті прояви втоми, 37,66% осіб — про епізодичні прояви, і лише 6,49% осіб зазначили відсутність втрати енергетичних ресурсів. Це свідчить про те, що, хоча

інтенсивність втоми у цієї групи трохи менша, проблема все одно залишається значущою.

Отримані дані свідчать про те, що відчуття втоми є поширеним явищем серед досліджуваних, причому у групі з фармацевтичною освітою ці прояви виражені сильніше. Це може бути пов'язано з навчально-професійним навантаженням, специфікою роботи у фармацевтичній сфері та високим рівнем відповідальності.

Порівняльний аналіз відповідей щодо змін апетиту показав, що порушення харчової поведінки фіксуються в обох групах респондентів, проте їхня частота та структура проявів мають певні відмінності (Рис.9). У групі з фармацевтичною освітою 23,13% (більше половини всіх днів) та 11,19% осіб повідомляють про більш часті прояви змін апетиту (майже щоденно), що вказує на можливий вплив постійного психоемоційного навантаження або стресових факторів на фізіологічні процеси. Епізодичні прояви спостерігалися у 36,57% осіб, а стабільність харчової поведінки зберігається у 29,1% респондентів.

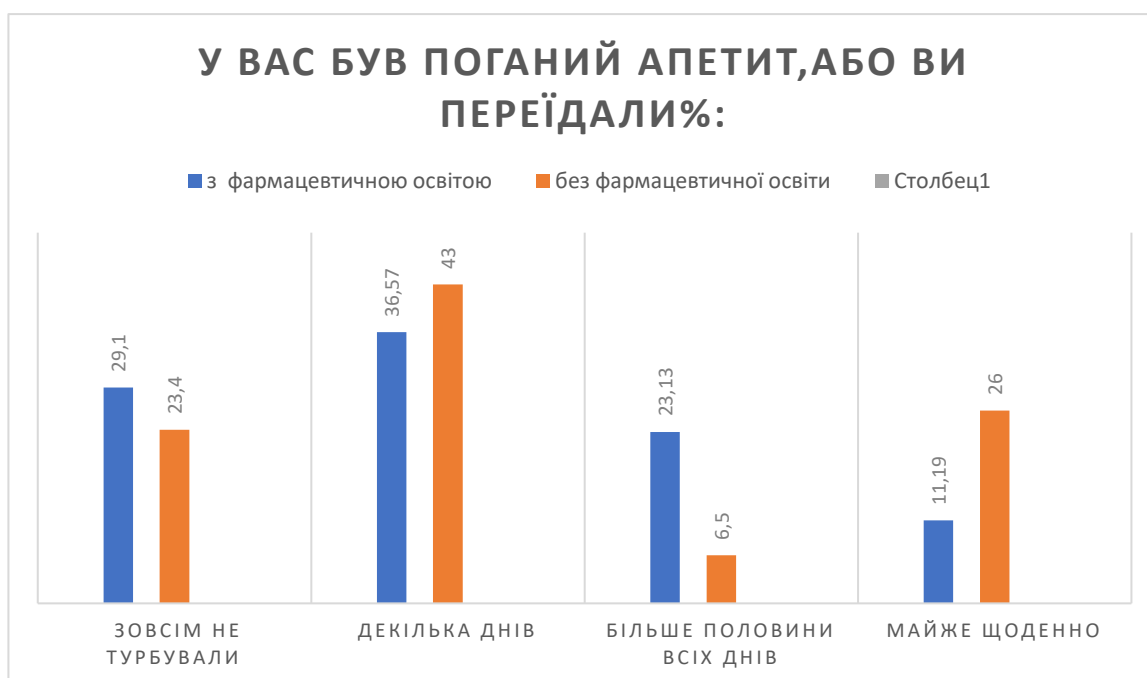


Рисунок 9-У Вас був поганий апетит, або Ви переїдали.

У групі без фармацевтичної освіти часті прояви змін апетиту відзначили 26% осіб, епізодичні — 43%, і лише 23,4% осіб повідомили про відсутність

порушень. Це свідчить про дещо меншу інтенсивність змін апетиту у порівнянні з групою з фармацевтичною освітою, проте проблема залишається значущою.

Отримані дані демонструють, що зміни апетиту можуть слугувати важливим соматичним маркером психоемоційного стану та рівня стресу у досліджуваних.

Порушення апетиту, особливо якщо вони мають регулярний характер, можуть впливати на загальний стан здоров'я та рівень психологічного благополуччя, підкреслюючи потребу у стратегічному підході до психоемоційної підтримки та відновлення фізіологічних ресурсів.

Як вдалось нам встановити, більшість респондентів обох груп не відчують постійних негативних думок про себе, однак частина респондентів демонструє епізодичні або стійкі прояви самокритичності. Так, у групі з фармацевтичною освітою 11,94% осіб відзначають часті прояви негативного самосприйняття (більше половини днів) та 8,21% (майже щоденно), що може свідчити про підвищений рівень емоційного напруження та схильність до самокритики. Епізодичні прояви спостерігалися у 29,85% осіб, а стабільність позитивного самосприйняття зберігається у 50% респондентів (рис. 10).

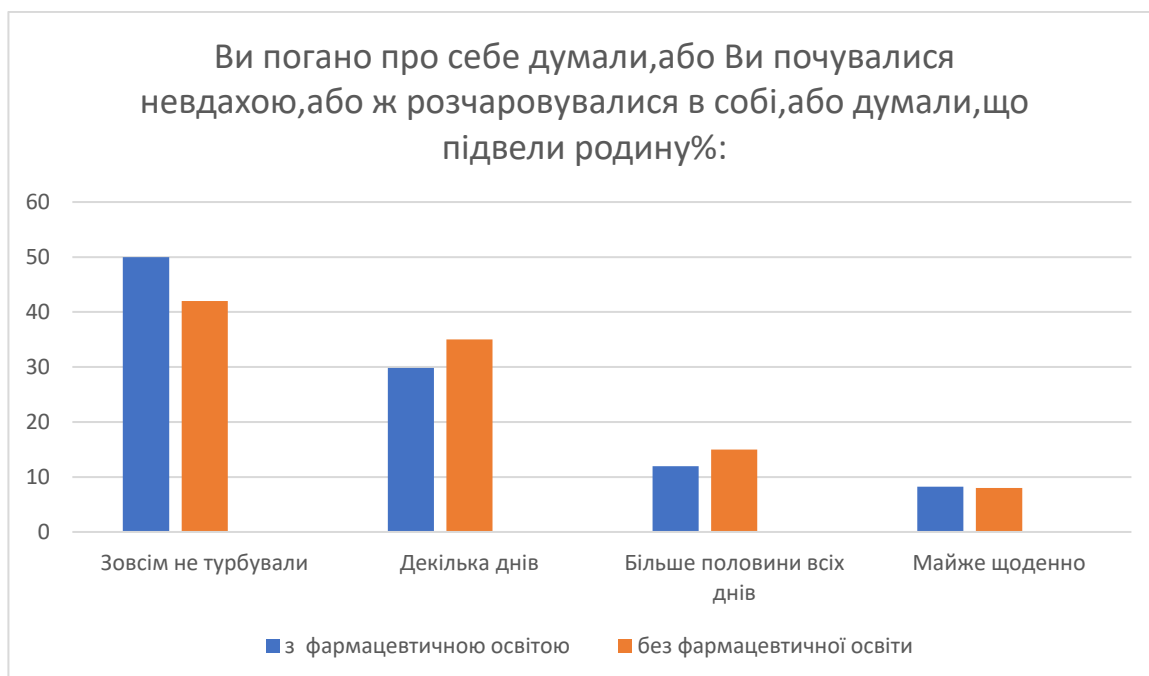


Рисунок 10- Ви погано про себе думали, або Ви почувалися невдахою, або ж розчаровувалися в собі, або думали, що підвели родину.

У групі без фармацевтичної освіти часті прояви відзначили 23% осіб, епізодичні — 35%, і 42% особи повідомили про відсутність негативних думок про себе. Це свідчить про подібну, проте трохи меншу інтенсивність проявів самокритичних переживань порівняно з групою з фармацевтичною освітою.

Отримані дані демонструють, що негативні думки про себе можуть слугувати важливим психологічним маркером психоемоційного стану та рівня стресу у досліджуваних.

Регулярні негативні думки про себе можуть підвищувати ризик розвитку тривалого психоемоційного виснаження та зниження психологічного благополуччя, що підкреслює важливість психологічної підтримки та формування стійкої позитивної самооцінки.

Наукова характеристика показника «Труднощі з концентрацією» оцінює когнітивну функцію та здатність до концентрації уваги. Цей показник є важливим маркером психоемоційного стану, оскільки зниження концентрації часто супроводжує стресові, тривожні або депресивні стани. У психологічних дослідженнях труднощі з концентрацією уваги розглядаються як один із симптомів емоційного виснаження, перевтоми та когнітивних порушень. Згідно з когнітивною теорією Aaron Beck, домінування негативних думок та переживань відволікає від виконання повсякденних завдань, що знижує ефективність когнітивної діяльності.

У контексті психологічної резилієнтності здатність підтримувати концентрацію уваги розглядається як ресурс адаптації, який дозволяє ефективно функціонувати в умовах стресу та емоційного напруження.

Таким чином, аналіз цього показника дозволяє оцінити вплив психоемоційного навантаження на когнітивну сферу досліджуваних.

Порівняльний аналіз показує, що в обох групах більшість респондентів здатні підтримувати концентрацію уваги, проте частина осіб демонструє епізодичні або стійкі прояви зниження концентрації. (Рис.11)

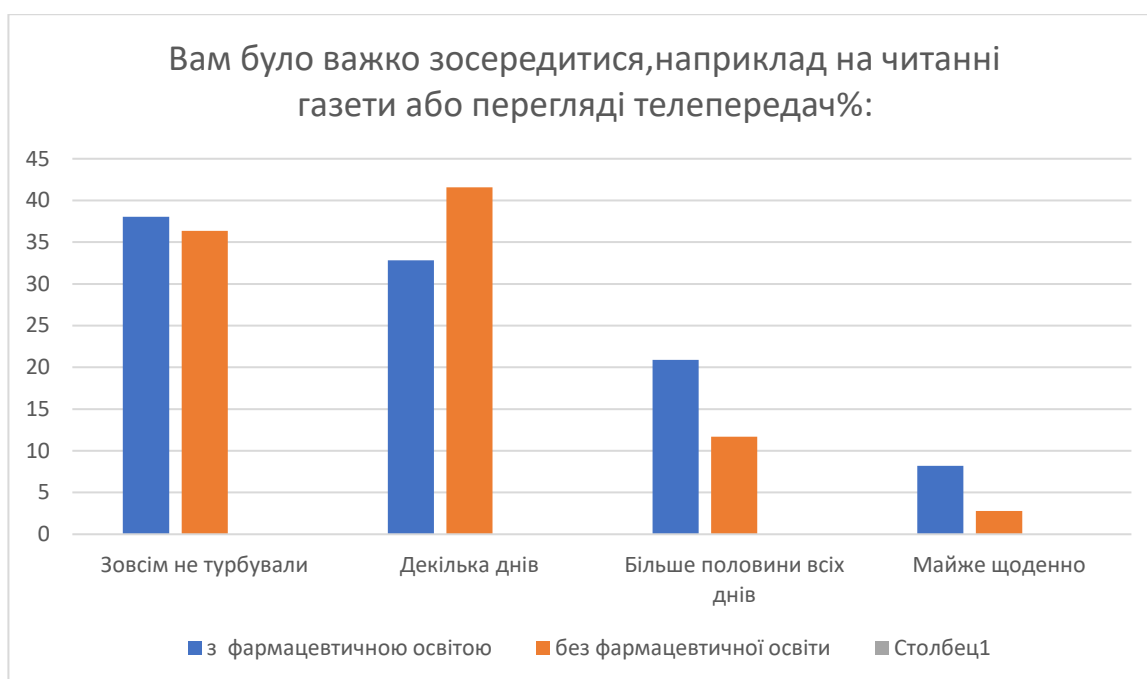


Рисунок 11- Вам було важко зосередитися, наприклад, на читанні газети або перегляді телепередач

Отже, труднощі з концентрацією уваги мають помірний характер і переважно епізодичні прояви, що вказує на вплив психоемоційного навантаження, проте когнітивна сфера більшості респондентів зберігається стабільною.

Показник «Психомоторні зміни» відображає наявність порушень психомоторної активності як важливого індикатора психоемоційного стану особистості. Психомоторні розлади можуть проявлятися у двох основних формах: психомоторному уповільненні — зниженні темпу рухів, мовлення та загальної активності, що характерно для депресивних станів, а також психомоторному збудженні — підвищеній рухливості, внутрішньому неспокої та метушливості, які частіше асоціюються з тривожними або стресовими реакціями.

Згідно з когнітивно-поведінковою концепцією А. Бека [26], подібні зміни можуть бути наслідком домінування негативних автоматичних думок і стійкого емоційного напруження, що впливають на регуляцію поведінки та загальний рівень активності. У контексті дослідження резильєнтності збереження

адекватної психомоторної регуляції розглядається як показник ефективної адаптації та здатності підтримувати функціональну активність в умовах тривалого стресового навантаження.

У межах аналізу відповіді на запитання «Ви рухалися або розмовляли настільки повільно, що інші люди могли б це помітити? Або ж навпаки Ви були настільки метушливі або неспокійні, що пересувалися набагато більше, ніж зазвичай?» було оцінено частоту психомоторних змін серед респондентів обох груп.

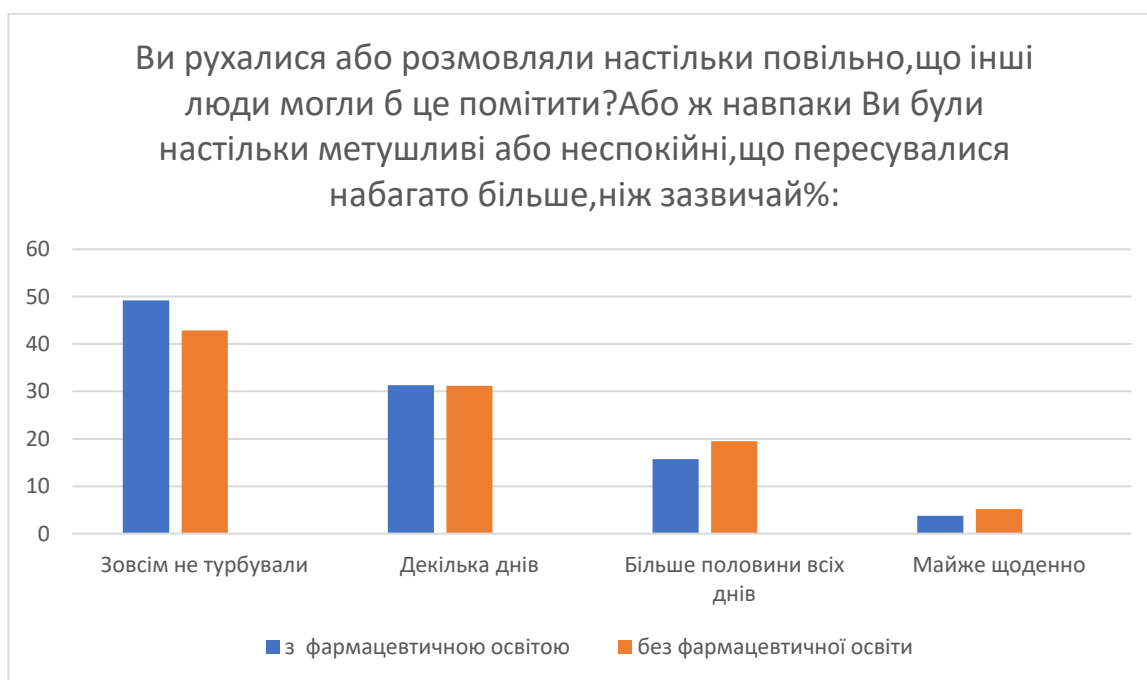


Рисунок 12- Ви рухалися або розмовляли настільки повільно, що інші люди могли б це помітити? Або ж навпаки Ви були настільки метушливі або неспокійні, що пересувалися набагато більше, ніж зазвичай.

Узагальнений аналіз результатів засвідчив, що в більшості учасників як серед фармацевтів, так і серед осіб без фармацевтичної освіти відсутні виражені психомоторні порушення, що свідчить про відносно стабільний психоемоційний стан (рис. 12).

Водночас частина респондентів повідомила про епізодичні прояви зазначених симптомів (31,34% особи у групі фармацевтів та 31,17% — у групі без фармацевтичної освіти), що може відображати ситуативні реакції на стресові чинники або професійне перевантаження.

Більш часті прояви психомоторних змін зафіксовано у 15,7% фармацевта та 19,5% осіб без фармацевтичної освіти, що може вказувати на підвищене психоемоційне навантаження та потенційний ризик розвитку емоційного виснаження. Майже щоденні прояви відзначили 3,73% респондентів у групі фармацевтів та 5,2% — у групі без фармацевтичної освіти, що становить невелику, проте клінічно значущу частку вибірки та потребує уваги з позицій профілактики та психологічної підтримки.

Отже, психомоторні зміни серед досліджуваних мають переважно епізодичний характер. Разом із тим наявність частих або постійних проявів у окремих респондентів свідчить про необхідність урахування рівня психоемоційного навантаження та впровадження заходів підтримки психологічного благополуччя.

Твердження «У Вас були думки, що Вам краще померти або Ви думали про те, щоб заподіяти собі яку-небудь шкоду» (Рис.13) є одним із найбільш чутливих пунктів опитувальника PHQ-9 та спрямоване на виявлення суїцидальних ідей та ризику самоушкодження. Цей показник розглядається як критичний індикатор психоемоційного стану, оскільки відображає глибину дистресу та рівень психологічного благополуччя особистості.

Подібні думки можуть формуватися під впливом тривалого стресу, депресивних і тривожних розладів, переживання безнадійності або втрати контролю над життєвими обставинами. Відповідно до когнітивної теорії депресії А. Бека, суїцидальні ідеї пов'язані з домінуванням негативних переконань про себе, навколишній світ і майбутнє (так звана «когнітивна тріада»), що посилює відчуття безвиході. У контексті резильєнтності відсутність або рідкісність таких думок свідчить про збереження внутрішніх ресурсів та здатність особистості адаптивно реагувати на стресові впливи.

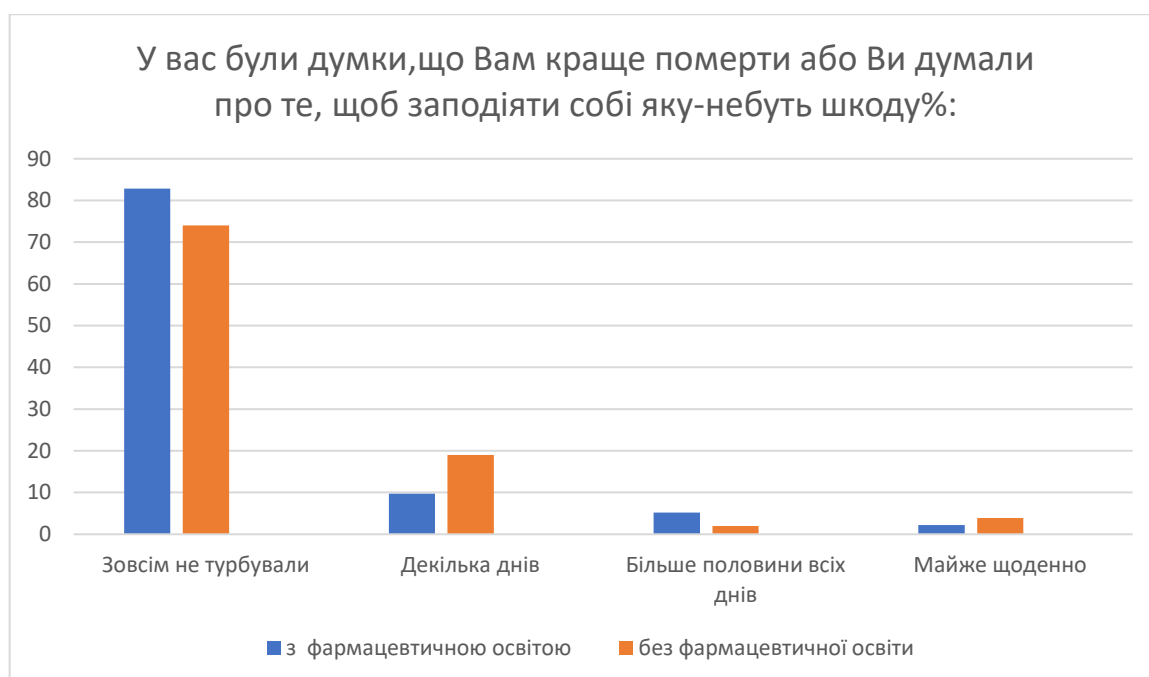


Рисунок 13 - У вас були, що Вам краще померти або Ви думали про те, щоб заподіяти собі яку-небудь шкоду

Порівняльний аналіз показав, що в більшості респондентів обох груп відсутні думки про смерть або самоушкодження, що загалом свідчить про задовільний рівень психічного здоров'я у вибірці.

У групі з фармацевтичною освітою 82,83% осіб не відзначали подібних думок, 9,71% повідомили про їх епізодичний характер, а 5,23% — про більш часті прояви.

У групі без фармацевтичної освіти 74,02% респондентів не мали таких думок, 19,01% зазначили їх поодинокі прояви, а 3,9% — частіші епізоди.

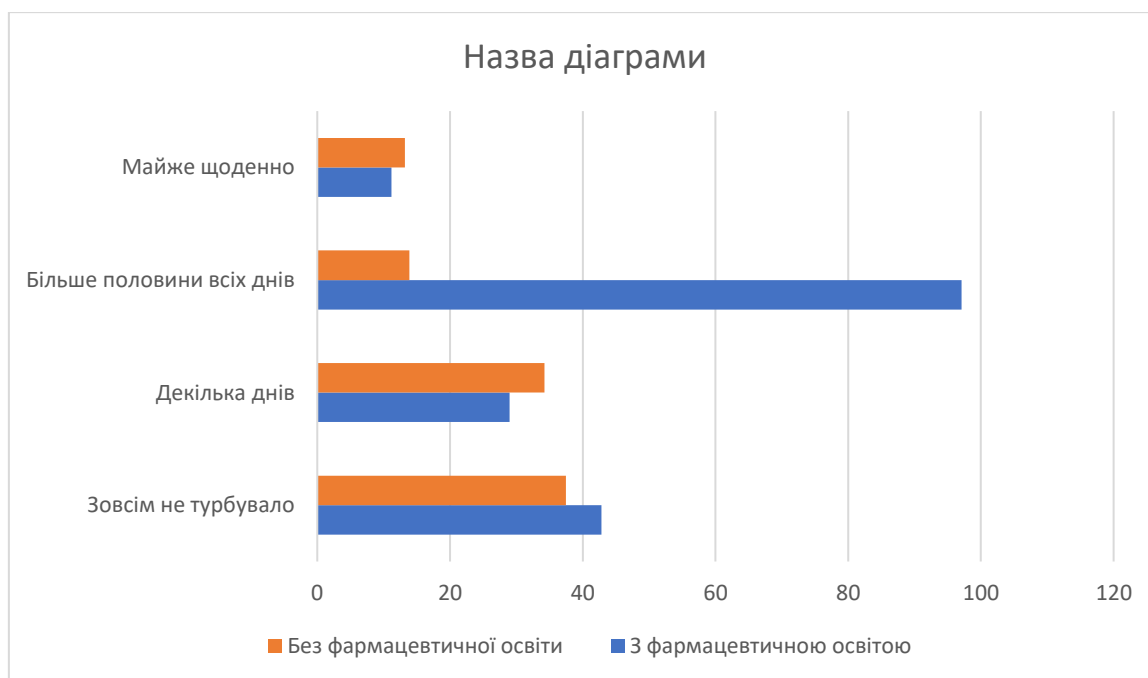
Отже, поширеність суїцидальних думок у досліджуваній вибірці є низькою. Водночас наявність невеликої частки респондентів із частими проявами цього показника потребує підвищеної уваги до стану їхнього психологічного благополуччя, а за необхідності — організації своєчасної психологічної підтримки або професійного консультування.

Для наочності проаналізованих даних подано графічне порівняння результатів всіх 9 пунктів PHQ-9 для респондентів з фармацевтичною освітою та без неї. Узагальнення результатів за всіма запитаннями шкали PHQ-9 засвідчило,

що домінуючим варіантом відповіді в обох групах є «зовсім не турбувало», причому більш виражено це спостерігається серед респондентів із фармацевтичною освітою. Особливо це стосується таких показників, як думки про смерть або самоушкодження, психомоторні зміни та негативне самосприйняття.

Таблиця 1

Зведена таблиця результатів за опитувальником PHQ-9



Епізодичні прояви симптомів (варіант «декілька днів») є найбільш поширеними в обох групах щодо втомлюваності, змін апетиту та труднощів концентрації уваги. Такий розподіл свідчить про ситуативний характер більшості симптомів і їхній зв'язок із поточним стресовим навантаженням.

Часті прояви симптоматики (варіанти «більше половини днів» та «майже щоденно») фіксуються значно рідше, однак вони помітні передусім щодо втоми, апетиту та психомоторних змін. При цьому у групі без фармацевтичної освіти частота таких відповідей є дещо вищою, що може свідчити про підвищену вразливість до психоемоційного перевантаження.

Найнижчий рівень ризику встановлено за показником суїцидальних думок: близько 80–85 % респондентів обох груп зазначили відсутність подібних

переживань, що загалом характеризує вибірку як психологічно відносно благополучну.

Отримані дані дозволяють констатувати, що психоемоційний стан респондентів із фармацевтичною освітою є загалом стабільнішим, оскільки більшість із них не відзначають стійких або частих негативних симптомів. Водночас особи без фармацевтичної освіти демонструють дещо більшу поширеність частих проявів окремих симптомів, зокрема змін апетиту, підвищеної втомлюваності та психомоторних коливань.

Ризик виражених депресивних проявів, включно із суїцидальними думками чи стійкими психомоторними порушеннями, у цілому є низьким у обох групах. Разом із тим наявність невеликої частки респондентів із частими симптомами вказує на доцільність профілактичних заходів і, за потреби, організації психологічної підтримки.

Оцінка депресивної симптоматики за допомогою PHQ-2 та PHQ-9 у межах дослідження виконувала не лише скринінгову функцію, а й методологічно доповнювала подальший аналіз психологічної стійкості. Виявлення частоти та вираженості пригніченого настрою, втрати інтересу, порушень сну, втомлюваності й інших симптомів дозволяє окреслити актуальний психоемоційний стан респондентів у період воєнного стресу.

Водночас резильєнтність розглядається як інтегральна характеристика особистості, що визначає здатність протистояти стресогенним впливам, зберігати психологічну рівновагу та відновлюватися після негативних подій. Таким чином, показники за PHQ-2 і PHQ-9 відображають рівень психоемоційного дистресу, тоді як опитувальник резильєнтності — ресурси подолання та адаптаційний потенціал особистості.

Поєднання цих інструментів забезпечує комплексний підхід до аналізу: з одного боку — фіксується вираженість симптомів можливого психологічного неблагополуччя, з іншого — оцінюється здатність респондентів до психологічної саморегуляції та відновлення. Це дозволяє розглядати резильєнтність як

потенційний буферний чинник, що може модифікувати прояви депресивної симптоматики в умовах тривалого воєнного навантаження.

З метою послідовного аналізу отриманих результатів нижче подано детальний розгляд відповідей респондентів на кожне запитання опитувальника із подальшою інтерпретацією їх у контексті показників резильєнтності.

Аналіз твердження «Я маю здатність швидко відновлюватися після складних ситуацій» (Рис.14) [32,35].

Зазначене твердження відображає один із ключових компонентів емоційної резильєнтності — здатність особистості відновлювати психологічну рівновагу після стресових або кризових подій. У науковій літературі швидке відновлення розглядається як показник адаптивного функціонування та ефективної мобілізації внутрішніх ресурсів. Зокрема, Ann Masten трактує резильєнтність як «нормальну магію» адаптації, що проявляється у здатності особистості зберігати функціональність попри несприятливі умови [27]. Salvatore Maddi пов'язує стійкість із активною життєвою позицією, відчуттям контролю та готовністю сприймати труднощі як можливість розвитку [28]. У межах транзакційної моделі стресу Richard Lazarus наголошує на ролі когнітивної оцінки події та вибору конструктивних копінг-стратегій як чинників ефективного відновлення [29].

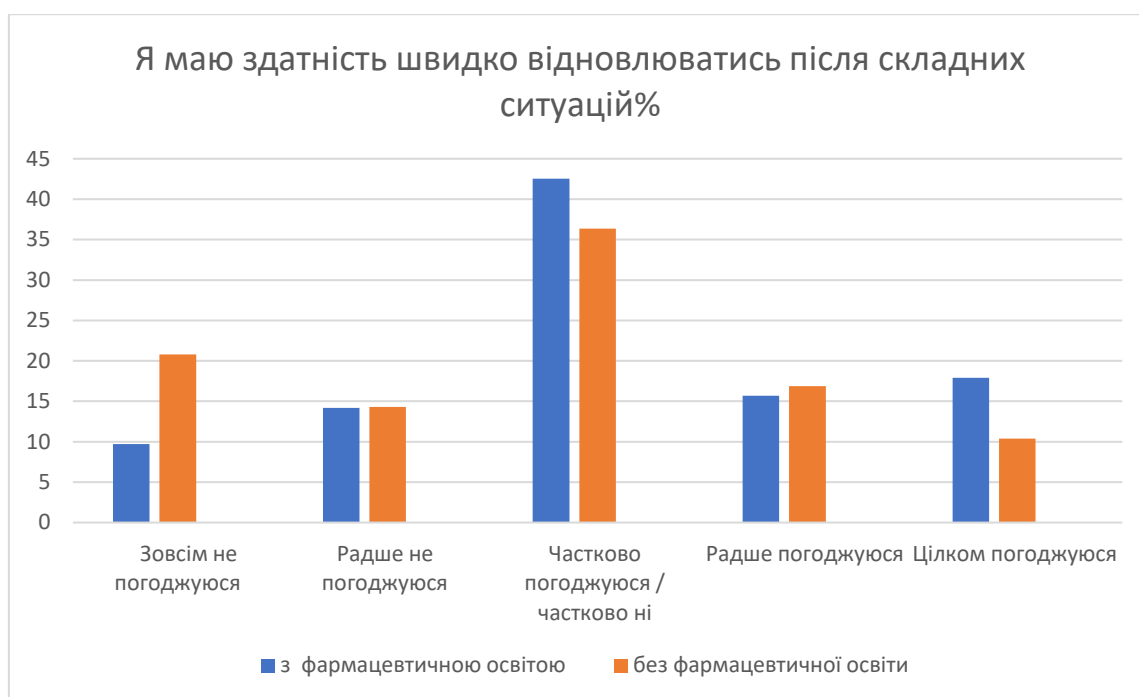


Рисунок 14- Я маю здатність швидко відновлюватись після складних ситуацій

Емпіричний аналіз показав, що в обох групах значна частина респондентів перебуває у проміжній (нейтральній) зоні оцінки, що свідчить про ситуаційний характер здатності до відновлення та її залежність від інтенсивності стресових впливів.

Серед респондентів із фармацевтичною освітою 17,91% осіб продемонстрували високий рівень здатності швидко відновлюватися після складних ситуацій, 42,53% перебувають у проміжній зоні, а 9,7% можуть відчувати певні труднощі у процесі психологічного відновлення.

У групі без фармацевтичної освіти високий рівень резильєнтності за цим показником виявлено у 10,38% особи, 36,36% респондентів мають середній рівень, а 20,78% зазначили труднощі швидкого відновлення.

Отже, загальний рівень емоційної резильєнтності у вибірці можна охарактеризувати як помірний. Водночас респонденти з фармацевтичною освітою демонструють дещо вищу здатність до психологічного відновлення, що може бути пов'язано з професійним досвідом, сформованими навичками

саморегуляції та регулярною адаптацією до умов підвищеного відповідального навантаження.

Аналіз твердження «Загалом, труднощі не вибивають мене надовго з рівноваги» (Рис.15) відображає один із базових компонентів психологічної резильєнтності — здатність особистості зберігати емоційну стабільність та підтримувати функціональність у складних або стресових життєвих ситуаціях. У науковому дискурсі така характеристика розглядається як індикатор ефективної саморегуляції, адаптивності та здатності до конструктивного подолання труднощів.

Згідно з концепцією Ann Masten, резильєнтність є процесом позитивної адаптації в умовах значного стресу або ризику, що дозволяє особистості підтримувати психологічну рівновагу та соціальне функціонування [27]. Salvatore Maddi у теорії «hardiness» пов’язує стійкість із відчуттям контролю, включеністю в життєві процеси та сприйняттям труднощів як виклику, а не загрози [28]. У межах транзакційної моделі стресу Richard Lazarus підкреслює роль когнітивної оцінки події та використання адаптивних копінг-стратегій як ключових чинників збереження емоційної рівноваги [29].

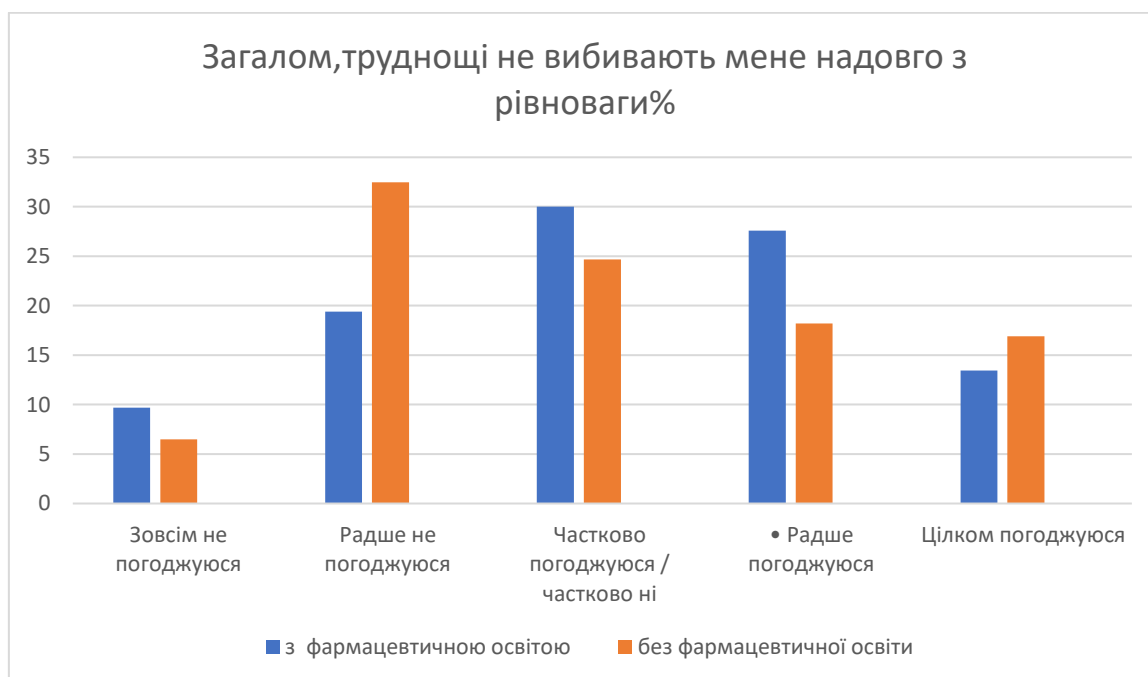


Рисунок 15-Загалом, труднощі не вибивають мене надовго з рівноваги

Отримані дані свідчать про помірний рівень психологічної стійкості в обох досліджуваних групах.

Співвідношення відповідей свідчить, що в обох вибірках значна частина учасників не демонструє стабільно високого рівня емоційної врівноваженості, що може бути зумовлено впливом тривалого стресового контексту (зокрема соціально-професійних та воєнних факторів). Водночас у групі з фармацевтичною освітою простежується дещо більша частка осіб із високим рівнем стійкості, що може вказувати на вплив професійної соціалізації, сформованих навичок самоконтролю та регулярної адаптації до відповідального навантаження.

Загальний рівень психологічної резильєнтності за цим показником можна охарактеризувати як середній у межах обох груп. Разом із тим фармацевтична освіта асоціюється з дещо вищою здатністю зберігати емоційну рівновагу у складних життєвих обставинах, що може бути пов'язано з професійними вимогами до саморегуляції, відповідальності та стресостійкості.

Аналіз твердження «Я зазвичай можу впоратися з кризами без тривалих наслідків» (Рис.16)

Зазначене твердження відображає глибинний аспект психологічної резильєнтності — здатність особистості не лише долати кризові події, але й мінімізувати їхній довготривалий вплив на емоційний стан, поведінку та повсякденне функціонування. Йдеться про збереження цілісності особистості після стресового впливу, що передбачає ефективну інтеграцію пережитого досвіду без формування стійких дезадаптивних реакцій.

У концепції Ann Masten резильєнтність розглядається як процес позитивної адаптації, що забезпечує збереження нормативного розвитку навіть за умов значних труднощів [27]. Salvatore Maddi у межах теорії життєстійкості (hardiness) наголошує, що здатність долати кризи без тривалих наслідків пов'язана з компонентами «контроль», «залученість» і «виклик», які сприяють трансформації стресу у досвід особистісного зростання [28]. У транзакційній

моделі стресу Richard Lazarus підкреслює роль первинної та вторинної когнітивної оцінки ситуації, від яких залежить вибір адаптивних копінг-стратегій та швидкість емоційного відновлення [29].

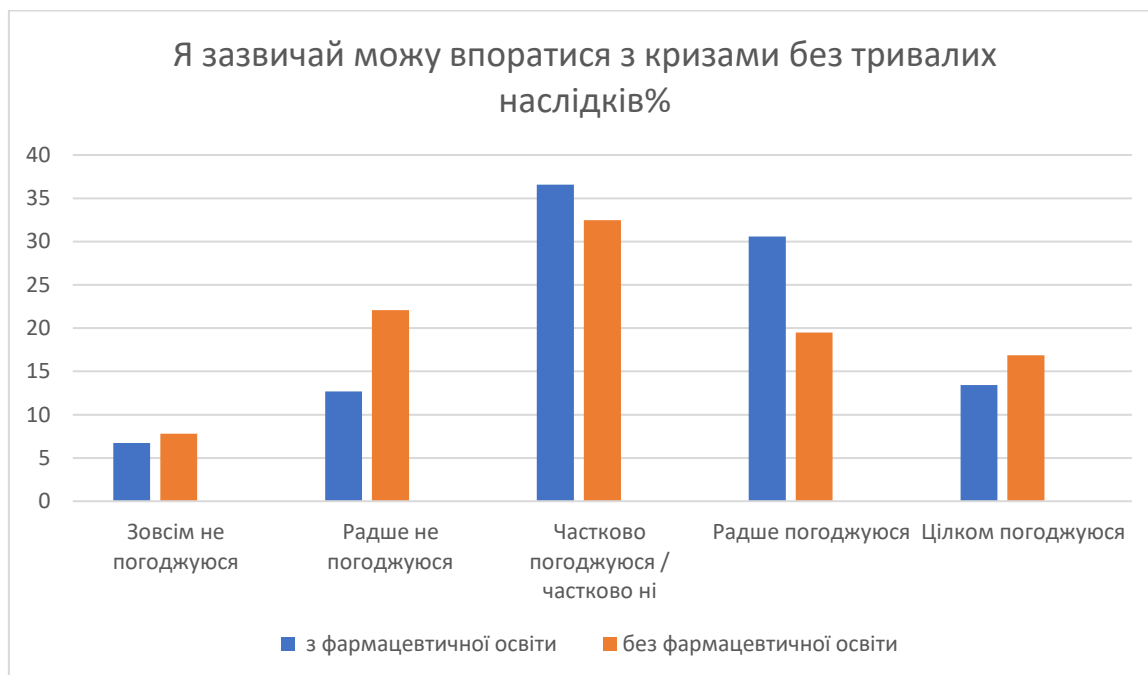


Рисунок 16- Я зазвичай можу впоратися з кризами без тривалих наслідків

Результати дослідження засвідчили, що в обох групах переважають відповіді, які вказують на наявність здатності ефективно долати кризові ситуації без тривалих негативних наслідків. Це свідчить про сформовані адаптивні механізми та достатній рівень психологічних ресурсів у більшості респондентів.

Водночас частина учасників перебуває у проміжній зоні оцінки, що може вказувати на ситуаційну залежність їхньої стійкості — ефективність подолання криз може змінюватися залежно від інтенсивності події, рівня соціальної підтримки та попереднього досвіду.

Порівняльний аналіз демонструє, що респонденти з фармацевтичною освітою дещо частіше відзначають здатність справлятися з кризами без довготривалих наслідків. Це може бути зумовлено специфікою професійної діяльності, яка передбачає роботу в умовах підвищеної відповідальності, необхідність швидкого прийняття рішень та постійну взаємодію з пацієнтами в

емоційно напружених ситуаціях. Такий професійний досвід потенційно сприяє розвитку навичок саморегуляції та конструктивного копіngu.

Отримані результати дозволяють охарактеризувати рівень психологічної резильєнтності за цим показником як помірно виражений у межах обох досліджуваних груп. Більшість респондентів демонструє здатність ефективно інтегрувати кризовий досвід без формування тривалих негативних наслідків, що свідчить про наявність адаптивних психологічних ресурсів.

Водночас незначна перевага групи з фармацевтичною освітою може вказувати на вплив професійної соціалізації та сформованих механізмів емоційної саморегуляції на здатність до подолання кризових ситуацій.

Аналіз твердження «Мені важко “повернутися до норми” після серйозних проблем» (Рис.17) має реверсивний характер і відображає складність процесу психологічного відновлення після значних життєвих труднощів. Воно дозволяє оцінити глибину та тривалість емоційної дезорганізації після стресових подій, а також ефективність механізмів саморегуляції та копіngu.

У межах концепції Ann Masten ефективне відновлення після негативних подій є маркером адаптивного функціонування та показником наявності базових захисних ресурсів особистості [27]. Salvatore Maddi підкреслює, що труднощі з поверненням до звичного стану можуть бути пов'язані зі зниженим відчуттям контролю та менш вираженим компонентом «виклику» в структурі життєстійкості [28]. Richard Lazarus наголошує, що тривале перебування у стані емоційної дезадаптації часто є наслідком неадаптивної когнітивної оцінки події та переважання емоційно-орієнтованих копінг-стратегій над проблемно-орієнтованими [294].

Таким чином, показник дає можливість оцінити не лише рівень стійкості, а й потенційні зони психологічної вразливості.

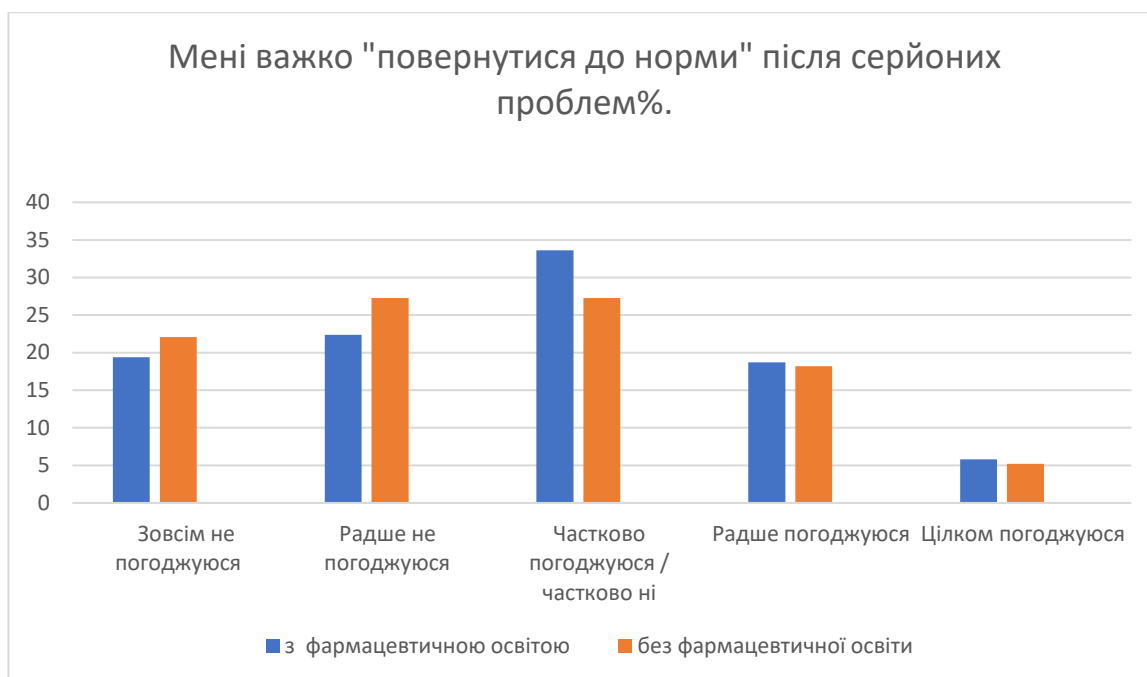


Рисунок 17- Мені важко “повернутись до норми” після серйозних проблем

В обох групах переважають відповіді, що заперечують наявність суттєвих труднощів із відновленням, що загалом свідчить про помірно сформований рівень емоційної резильєнтності.

Разом із тим у групі з фармацевтичною освітою спостерігається більша частка нейтральних відповідей. Це може вказувати на більш диференційоване сприйняття власного емоційного стану та усвідомлення складності процесу відновлення в умовах професійного навантаження. Професійна діяльність у сфері фармації, що передбачає високу відповідальність та регулярну взаємодію з пацієнтами, може формувати як навички стійкості, так і накопичувальний ефект емоційної напруги.

Отримані результати дозволяють охарактеризувати процес психологічного відновлення у досліджуваних групах як помірно ефективний. Більшість респондентів не відчуває значних труднощів із поверненням до нормального емоційного стану після серйозних проблем, що свідчить про наявність базових адаптивних ресурсів.

Водночас частина учасників демонструє певну вразливість, що актуалізує необхідність розвитку програм психологічної підтримки, формування навичок

конструктивного копіngu та профілактики емоційного виснаження, особливо в умовах тривалого стресового впливу.

Аналіз твердження «Я зазвичай швидко оговтуюся після стресових подій» (Рис.18) відображає динамічний компонент резильєнтності — швидкість психологічного відновлення після стресу [32]. Йдеться не лише про відсутність довготривалих наслідків, а саме про темп нормалізації емоційного стану, когнітивної ясності та повсякденного функціонування. У сучасній психології швидке «оговтування» розглядається як показник ефективної саморегуляції, гнучкості нервово-психічних процесів і сформованих адаптивних копінг-стратегій.

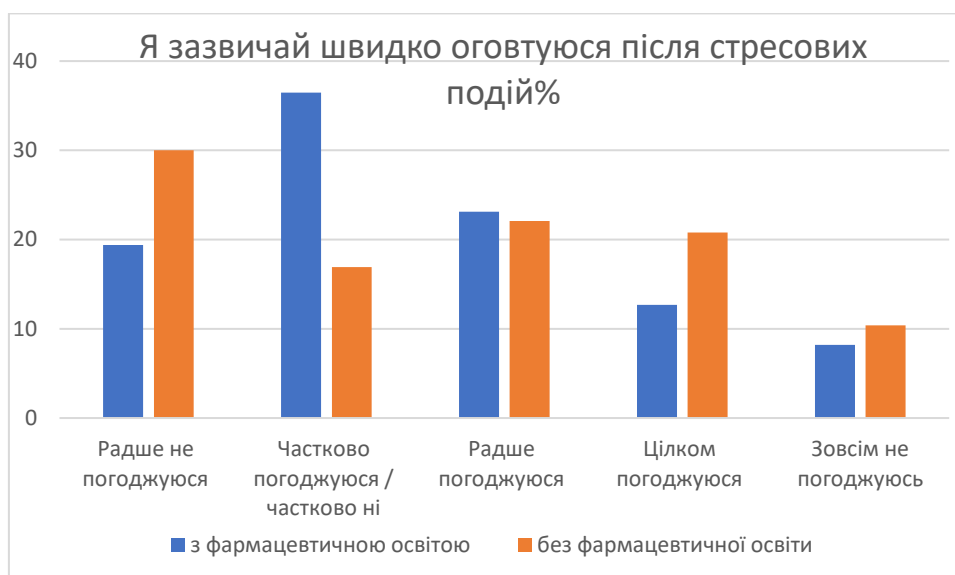


Рисунок 18- Аналіз твердження «Я зазвичай швидко оговтуюся після стресових подій»

Ann Masten підкреслює, що здатність швидко відновлюватися після стресу є проявом нормативної адаптації та свідчить про наявність базових захисних механізмів розвитку [27]. Salvatore Maddi пов'язує швидке подолання невдач із високим рівнем життєстійкості (hardiness), що включає відчуття контролю, залученість і сприйняття труднощів як виклику [28]. Richard Lazarus у межах транзакційної моделі стресу наголошує, що ефективність відновлення залежить від когнітивної переоцінки події та домінування проблемно-орієнтованих копінг-стратегій [29].

Таким чином, показник дозволяє оцінити адаптивність особистості, гнучкість реагування та ефективність психологічної саморегуляції.

Загальний рівень психологічної резильєнтності за показником швидкості відновлення можна охарактеризувати як помірний. Частина респондентів здатна ефективно та швидко оговтуватися після стресових подій, однак значна частка учасників демонструє нейтральні або помірно виражені труднощі.

Респонденти з фармацевтичною освітою частіше займають проміжну позицію, що може відображати вплив професійних стрес-факторів та більш усвідомлену оцінку власного психологічного стану. У групі без фармацевтичної освіти більша частка осіб відзначає труднощі швидкого відновлення, що підкреслює актуальність розвитку програм психологічної підтримки та формування навичок ефективного подолання стресу в обох досліджуваних вибірках.

Аналіз показника швидкості відновлення після невдач (Рис.19) відображає динамічний аспект емоційної резильєнтності — здатність особистості швидко повертатися до стану психологічної рівноваги після невдач або значущих життєвих помилок. Йдеться не лише про факт подолання труднощів, а про темп та якість відновлення емоційного стану.

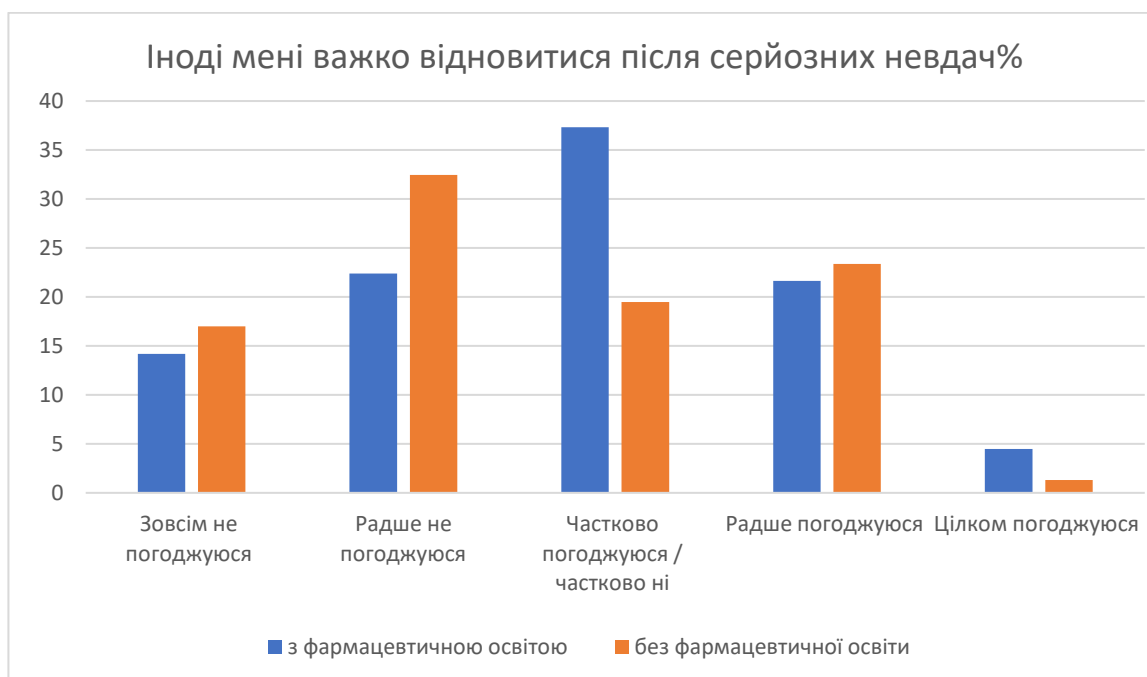


Рисунок 19- Аналіз показника швидкості відновлення після невдач

Відповідно до підходу Ann Masten, ефективне відновлення після несприятливих подій є проявом нормативної адаптації та свідчить про функціональність базових психологічних систем саморегуляції [27]. У концепції життєстійкості Salvatore Maddi швидкість подолання невдач визначається рівнем залученості, контролю та готовністю сприймати труднощі як виклик [28]. Richard Lazarus підкреслює, що відновлення значною мірою залежить від когнітивної переоцінки ситуації та переважання проблемно-орієнтованих копінг-стратегій над емоційно-орієнтованими [29)].

Отже, показник дозволяє оцінити гнучкість психоемоційних реакцій, рівень саморегуляції та ризик накопичення негативного емоційного досвіду.

Загальний рівень емоційної резильєнтності за цим показником можна оцінити як задовільний у межах обох досліджуваних груп. Більшість респондентів демонструє здатність відновлювати психологічну рівновагу після невдач.

Разом із тим значна частка нейтральних відповідей у групі фармацевтів може вказувати на залежність процесу відновлення від інтенсивності професійних та життєвих стрес-факторів. Це підкреслює актуальність профілактичних заходів, спрямованих на підтримку емоційної стійкості та запобігання накопиченню стресового досвіду.

Проведений аналіз відповідей за окремими твердженнями дозволив сформувати цілісне уявлення про структуру та вираженість компонентів психологічної резильєнтності в досліджуваних групах. Оцінювалися такі параметри, як здатність зберігати емоційну рівновагу, ефективно долати кризові ситуації, швидко відновлюватися після стресових подій та інтегрувати досвід невдач без формування тривалих негативних наслідків. Сукупність цих показників відображає як динамічний аспект резильєнтності (темپ відновлення), так і її стабілізаційний компонент (підтримання функціональності).

Розподіл відповідей засвідчив наявність достатнього адаптивного потенціалу в обох групах, водночас виявивши певну варіативність індивідуальних реакцій на стрес. Значна частка нейтральних відповідей, особливо серед осіб із фармацевтичною освітою, може свідчити про

контекстуальну залежність проявів стійкості та вплив професійного навантаження на швидкість емоційного відновлення. Отримані результати створюють підґрунтя для узагальнення інтегрального показника резильєнтності та формулювання підсумкових висновків.

Аналіз зведених результатів свідчить, що в обох групах домінує середній рівень психологічної резильєнтності (3,00–4,30). Значна частка респондентів демонструє сформовані механізми подолання стресу, здатність відновлюватися після криз та невдач, однак поряд із цим наявна група осіб, які відзначають певні труднощі емоційного відновлення.

Таким чином, загальний профіль вибірки можна охарактеризувати як помірно адаптивний, із достатнім рівнем психологічних ресурсів, проте без домінування стабільно високих показників.

У досліджуваній вибірці сформовано помірний (середній) рівень психологічної резильєнтності. Обидві групи демонструють наявність адаптивних ресурсів, однак структура відповідей свідчить про різні моделі реагування на стрес:

- у фармацевтів — більш варіативну, контекстуально залежну;
- у респондентів без фармацевтичної освіти — більш поляризовану.

Отримані результати підтверджують необхідність підтримки психологічної стійкості в умовах тривалого стресового навантаження та розвитку програм формування резильєнтності як важливого ресурсу професійного й особистісного функціонування.

Наступним завершальним і основним етапом нашого дослідження було проведення аналізу рівня резильєнтності у фармацевтів в контексті реалізації концепції 7 зірок.

Отримані результати свідчать, що у фармацевтів сформований помірний рівень психологічної резильєнтності, який забезпечує виконання ключових професійних ролей, визначених у концепції «7 зірок фармацевта». Водночас значна частка нейтральних відповідей та наявність респондентів із труднощами

швидкого відновлення після стресу вказують на вплив професійного навантаження та необхідність підтримки адаптаційних ресурсів.

1. Провайдер допомоги (Caregiver)

Здатність більшості фармацевтів зберігати рівновагу та долати кризові ситуації без тривалих наслідків свідчить про достатній рівень емоційної стійкості та контролю стресу, що є критично важливим для безпечного надання фармацевтичної допомоги. Це узгоджується з показниками CD-RISC («ability to cope with stress») та BRS (здатність швидко відновлюватися після стресу).

Водночас труднощі швидкого відновлення у частини респондентів можуть впливати на емоційне виснаження при тривалому контакті з пацієнтами.

2. Приймаючий рішення (Decision maker)

Високі показники здатності справлятися з кризами без довготривалих наслідків свідчать про достатню когнітивну гнучкість та толерантність до невизначеності, що необхідно для клінічного обґрунтування рішень та управління ризиками. Це корелює з доменами CD-RISC: «personal competence», «confidence under pressure». Помірна варіативність відповідей відображає вплив інтенсивності навантаження на процес прийняття рішень.

3. Комунікатор (Communicator)

Здатність більшості фармацевтів відновлюватися після стресових подій підтримує ефективну міжособистісну взаємодію. Соціальна резильєнтність сприяє зниженню професійної ізоляції та збереженню конструктивної комунікації навіть в умовах конфліктів. Це відповідає показникам CD-RISC («strengthening relationships») та відображає соціальний компонент стійкості.

4. Управлінець (Manager)

Результати демонструють наявність системної резильєнтності — здатності підтримувати функціональність у стресових умовах. Фармацевти, які зберігають рівновагу після труднощів, здатні ефективно організовувати робочі процеси, планувати ресурси та адаптуватися до змін.

Певна частка респондентів із труднощами швидкого відновлення може свідчити про ризик зниження управлінської ефективності за умов тривалого стресу.

5. Лідер (Leader)

Помірно виражена резильєнтність забезпечує мотиваційну стійкість і здатність діяти в умовах невизначеності. Переважання середнього рівня показників вказує, що більшість фармацевтів здатна підтримувати професійний напрям навіть під тиском обставин.

Це співвідноситься з доменами CD-RISC: «sense of purpose», «confidence in handling adversity».

6. Довічний учень (Life-long learner)

Відносно високі показники подолання криз без тривалих наслідків свідчать про когнітивну гнучкість та адаптивність до змін, що є основою безперервного професійного розвитку.

Разом із тим варіативність швидкості відновлення може впливати на темп засвоєння нових знань в умовах стресу.

7. Вчитель (Teacher)

Резильєнтність підтримує професійну ідентичність та відчуття сенсу діяльності, що є важливим для передачі знань пацієнтам і молодшим колегам. Соціальний компонент стійкості сприяє формуванню довірчих професійних відносин.

Психологічна резильєнтність фармацевтів відповідає середньому рівню з тенденцією до адаптивності, що забезпечує виконання всіх семи професійних ролей. Найбільш вираженими є компоненти, пов'язані з подоланням криз та збереженням функціональності, тоді як швидкість емоційного відновлення в частини респондентів може бути зниженою під впливом професійного стресу.

Таким чином, концепція «7 зірок» підтверджує, що резильєнтність є інтегральною складовою професійної компетентності фармацевта. Підвищення рівня емоційної саморегуляції та розвиток копінг-стратегій можуть зміцнити

кожну з ролей, підвищуючи ефективність професійної діяльності в умовах тривалого стресового навантаження.

ВИСНОВКИ

1. На основі аналізу сучасних наукових джерел встановлено, що резильєнтність розглядається як багатовимірний динамічний процес, який забезпечує здатність особистості адаптуватися до несприятливих умов, відновлювати психологічну рівновагу та підтримувати ефективне функціонування в умовах стресу. У контексті воєнних конфліктів резильєнтність виступає важливим чинником збереження психічного здоров'я та соціально-професійної адаптації. Хронічний стрес, зумовлений тривалим впливом воєнних подій, пов'язаний із підвищеним ризиком розвитку депресивних, тривожних та психосоматичних проявів, проте за наявності достатніх особистісних і соціальних ресурсів може супроводжуватися формуванням ефективних адаптаційних механізмів.
2. За результатами онлайн-опитування встановлено, що для більшості респондентів характерний середній рівень резильєнтності, який свідчить про збереження достатнього адаптаційного потенціалу в умовах воєнного стану. Водночас результати оцінки за шкалами RNQ-2 та RNQ-9 засвідчили наявність окремих проявів психоемоційного напруження, серед яких найчастіше спостерігалися втома, порушення сну, зниження інтересу до повсякденної діяльності та пригнічений настрій. Більшість виявлених симптомів мали легкий або помірний ступінь вираженості, а частота виражених депресивних проявів залишалася низькою.
3. Порівняльний аналіз показників резильєнтності між групами респондентів із фармацевтичною та нефармацевтичною освітою не виявив принципових відмінностей у загальному рівні психологічної стійкості. Водночас серед осіб із фармацевтичною освітою дещо частіше відзначалися зниження інтересу до діяльності та самокритичні думки, що може бути пов'язано з особливостями професійної відповідальності. Для респондентів без фармацевтичної освіти більш характерними були окремі прояви втоми, змін апетиту та психомоторної активності. Отримані результати свідчать про наявність помірного психоемоційного навантаження в обох групах та

необхідність впровадження профілактичних заходів щодо підтримки психологічного благополуччя населення.

4. Аналіз рівня резильєнтності фармацевтів у контексті реалізації концепції «7 зірок» показав, що психологічна стійкість є важливою складовою професійної компетентності сучасного фармацевтичного працівника. Виявлений середній рівень резильєнтності забезпечує здатність ефективно виконувати професійні ролі надавача допомоги, комунікатора, приймача рішень, управлінця, лідера, викладача та фахівця, орієнтованого на безперервний професійний розвиток. Разом із тим наявність окремих проявів психоемоційного виснаження вказує на доцільність розробки та впровадження програм підтримки професійної резильєнтності, спрямованих на профілактику емоційного вигорання та підвищення якості фармацевтичної допомоги в умовах тривалих кризових викликів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Murphy D., Wessely S., Jones E. Mental health consequences of war: a population-based study. *The Lancet Psychiatry*. 2023. Vol. 10(5). P. 390–402;
2. World Health Organization. Mental health of populations exposed to armed conflict. Geneva : WHO, 2022
3. World Health Organization. Ukraine mental health situation report. Geneva : WHO, 2023.
4. McEwen B. S. Stress, adaptation, and disease: Allostasis and allostatic load. *Annual Review of Medicine*. 2022. Vol. 73. P. 1–17
5. Southwick S. M., Pietrzak R. H., Tsai J. Resilience: Theory, research and practice. *European Journal of Psychotraumatology*. 2023. Vol. 14(2)
6. Kolesnyk et al., 2023; Pappa S., Ntella V., Giannakas T. Mental health of healthcare workers during crisis conditions. *Journal of Affective Disorders*. 2022. Vol. 305. P. 145–153
7. Потапов, С. О. Проблема резильєнтності в сучасній психології : психологічна стійкість і цілісність / С. О. Потапов // Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна. — 2023. — № 2. — С58. — DOI: <https://doi.org/10.32782/2311-8458/2023-2-12>
8. Воронова, О. Ю., & Барчій, М. С. Окремі аспекти дослідження резильєнтності особистості / О. Ю. Воронова, М. С. Барчій // Слобожанський науковий вісник. Серія: Психологія. — 2024. — № 1 — С31. — <https://doi.org/10.32782/psyspu/2024.1.5>
9. Зінченко, Д. О. Теоретичні погляди на природу резильєнтності в сучасній психології : сутність і зміст / Д. О. Зінченко // Наукові записки. Серія: Психологія. — 2025. — Вип. 2. — С. 53–58. — DOI: <https://doi.org/10.32782/cusu-psy-2025-2-7>
- 10.Музичко, Л. Резильєнтність і посттравматичне зростання особистості внаслідок стресу / Л. Музичко // Журнал/Вісник. — 2024. — № 3— С.49. — DOI: <https://doi.org/10.32782/psy-2024-3-7>

11. Мельничук, І. Я. Теоретико-методологічні основи розвитку та корекції резильєнтності : стаття / І. Я. Мельничук // Наукові записки. Серія: Психологія. — 2024. — 2(4) — С 82. — DOI: doi.org/10.32782/cusu-psy-2024-2-12
12. Назарук, Н. В. Психологічний аналіз моделей резильєнтності особистості / Н. В. Назарук // Медичні та гуманітарні дослідження. — 2025. — № 4 — С. 131 — DOI <https://doi.org/10.32782/3041-2005/2025-4.20>
13. World Health Organization. (2020). Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak. WHO
14. Sodolevska, V. Psychological maladaptation and resilience: The experience of Ukrainian youth during the war / V. Sodolevska // Psychosomatic Medicine and General Practice. — 2025. — Vol. 10, No. 1. — Електронний ресурс. — DOI: [10.26766/pmgp.v10i1.58](https://doi.org/10.26766/pmgp.v10i1.58)
15. Щербак, Т. Дослідження резильєнтності волонтерів під час воєнного стану / Т. Щербак // Слобожанський науковий вісник. Серія: Психологія. — 2024. — № 2. — С. 45–52. — DOI: <https://doi.org/10.32782/psyspu/2024.1.35>
16. A longitudinal study of societal resilience and its predictors during the Israel–Gaza war // Frontiers in Psychology. — 2025. — DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1354219>
17. Media experiences during the Ukraine war and their relationships with distress, anxiety, and resilience // Journal of Psychiatric Research. — 2023. — Vol. 165. — P. 55–63. — DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.07.014>
18. Younes, R. S., Moukarzel, C., Ibrahim, C. D., & Mzawak, M. A. Finding Strength in Times of War: A Systematic Review of Resilience and Adaptation Among Arabs Exposed to War / R. S. Younes, C. Moukarzel, C. D. Ibrahim, M. A. Mzawak // Social Sciences. — 2025. — Vol. 14, No. 11. — Art. 626. — DOI: <https://doi.org/10.3390/socsci14110626>
19. World Health Organization, 2020 World Health Organization. (2020). Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak. WHO; International Pharmaceutical Federation, 2022 International Pharmaceutical

- Federation (FIP). (2022). Resilience in the pharmaceutical workforce: Lessons learned from the COVID-19 pandemic. FIP
20. Pate, A. N., Nishida, T., & McCarthy, B. C. (2022). Stress, burnout, and resilience among pharmacists during the COVID-19 pandemic. *Journal of the American Pharmacists Association*, 62(5), 1494–1502. <https://doi.org/10.1016/j.japh.2022.03.020>
 21. Flotildes, M. J., Garcia, G., Piol, A. M., Simeon, E. N. J., Miranda, K. J., & Carandang, R. R. (2023). Lived experiences and resilience of hospital pharmacists during the COVID-19 pandemic: An interpretative phenomenological analysis. *Exploratory Research in Clinical and Social Pharmacy*, 11, 100299. <https://doi.org/10.1016/j.rcsop.2023.100299>
 22. Current Psychology, (2026) Psychological resilience in the COVID-19 response: A systematic review for future public health preparedness // *Current Psychology*. — 2026. — DOI: <https://doi.org/10.1007/s12144-025-08926-1>
 23. Resilience, psychosomatic health, and support needs of Ukrainian healthcare professionals in wartime: A cross-sectional study // *BMC Psychology*. — 2025. — DOI: <https://doi.org/10.1186/s40359-025-01492-3>
 24. World Health Organization. The role of the pharmacist in the health care system: Preparing the future pharmacist: Curricular development: Report of a third WHO Consultative Group on the role of the pharmacist, Vancouver, Canada, 27–29 August 1997 / World Health Organization. — Geneva: WHO, 1997. — Document no. WHO/PHARM/97/599. — 51 c
 25. Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P., & Bernard, J. (2008). The Brief Resilience Scale: Assessing the ability to bounce back. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15(3), 194–200. <https://doi.org/10.1080/10705500802222972> Flotildes, M. J., Garcia, G., Piol, A. M., Simeon, E. N. J., Miranda, K. J., & Carandang, R. R. (2023). Lived experiences and resilience of hospital pharmacists during the COVID-19 pandemic: An interpretative phenomenological analysis. *Exploratory Research in Clinical and Social Pharmacy*, 11, 100299. <https://doi.org/10.1016/j.rcsop.2023.100299>

26. Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. Cognitive Therapy of Depression / A. T. Beck, A. J. Rush, B. F. Shaw, G. Emery. — New York: Guilford Press, 1979. — 416 p.
27. Masten A. S. Ordinary Magic: Resilience in Development. New York: Guilford Press, 2014. 396 p
28. Maddi S.R., Khoshaba D.M. Resilience at work: How to succeed no matter what life throws at you. New York: AMACOM, 1984. 240 p. 7
29. Lazarus, R. S., & Folkman, S. Stress, appraisal, and coping. — New York: Springer Publishing Company, 1984
30. Толочко В. М., Сурікова І. О. Психологічна компетентність завідувачів аптек як чинник формування резильєнтності колективу // Фармацевтичний журнал. 2025. № 1. С. 28–36.
31. Kroenke K., Spitzer R. L., Williams J. B. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener // Medical Care. 2003. Vol. 41, No. 11. P. 1284–1292.
32. Lowe B., Wahl I., Rose M. et al. Fostering psychological resilience in retail pharmacy environments: validation of screening scales // Journal of Affective Disorders. 2024. Vol. 345. P. 201–209.
33. Верховна Рада України. Закон України «Про лікарські засоби» від 28.07.2022 р. № 2469-IX (із змінами та доповненнями). URL: Закон України «Про лікарські засоби» (дата звернення: 26.05.2026).
34. Міністерство охорони здоров'я України. Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Належної аптечної практики» від 17.10.2024 р. № 1754. URL: МОЗ України (дата звернення: 26.05.2026).
35. Likert R. A technique for the measurement of attitudes // Archives of Psychology. 1932. Vol. 22, No. 140. P. 1–55.