



Резильєнтність військового лікаря в умовах війни: практичні інструменти розвитку

Дарья Матвєєва*

Ад'юнкт
Національний університет оборони України
03049, просп. Повітряних Сил, 28, м. Київ, Україна
<https://orcid.org/0009-0008-1536-1446>

♦ **Анотація.** Актуальність дослідження зумовлена потребою наукового обґрунтування психологічних засад збереження надійності та психологічної стійкості військових лікарів в умовах війни. Діяльність цієї категорії фахівців характеризується поєднаним впливом бойового стресу, високої відповідальності за життя і здоров'я поранених і хворих, дефіциту часу для прийняття клінічних рішень, тривалого психоемоційного напруження та етично складних ситуацій вибору. За таких умов підвищується ризик емоційного виснаження, вигорання, вторинної травматизації та зниження ефективності функціонування. Це актуалізує необхідність розроблення спеціалізованих програм розвитку резильєнтності військових лікарів як інтегративного психологічного ресурсу саморегуляції, адаптації, збереження фахової ідентичності та конструктивної взаємодії в екстремальних умовах службово-професійної діяльності. Метою статті стало обґрунтування змістово-структурних засад і практичного інструментарію авторської програми розвитку резильєнтності військового лікаря в умовах війни. Емпіричну основу дослідження становили матеріали формувального етапу апробації авторської програми. Дизайн передбачав до- та післяекспериментальне оцінювання показників у контрольній та експериментальній групах. У дослідженні взяли участь 30 військових лікарів-інтернів, розподілених на дві групи по 15 осіб. Програма була розрахована на 30 годин і охоплювала 10 взаємопов'язаних занять. Для оцінювання її результативності застосовано комплекс психодіагностичних методик, спрямованих на визначення рівня резильєнтності, професійної життєстійкості, копінг-стратегій, базових переконань, рефлексивності та комунікативної толерантності. Авторська програма побудована на п'ятикомпонентній моделі резильєнтності військового лікаря, що охопило мотиваційно-ціннісний, когнітивно-рефлексивний, емоційно-вольовий, поведінковий та комунікативно-регулятивний компоненти. Встановлено позитивну динаміку інтегрального показника резильєнтності та більш виразні зміни в експериментальній групі порівняно з контрольною. Найбільш помітні зрушення виявлено за показниками професійної життєстійкості, включеності, контролю, планування вирішення проблеми, прийняття відповідальності та базових переконань. Практична цінність дослідження полягає в розробленні програми, що може бути впроваджена в систему психологічного супроводу, підготовки та підтримки військово-медичних фахівців

♦ **Ключові слова:** професійна життєстійкість; емоційна саморегуляція; адаптивне мислення; командна взаємодія; психологічний супровід; саморегуляція в стресі; програма розвитку

♦ Вступ

В умовах повномасштабної війни проблема розвитку резильєнтності військового лікаря набуває особливої наукової та прикладної значущості. Професійна діяльність цієї категорії фахівців здійснюється за умов

поєднаного впливу бойового стресу, інтенсивного службово-професійного навантаження, дефіциту часу для прийняття клінічних рішень, підвищеної відповідальності за життя і здоров'я поранених і хворих,

Приклад цитування:

Matvieieva, D. (2026). Resilience of military physicians during wartime: Practical tools for development. *The Bulletin of National Defence University of Ukraine*, 21(3), 42-51. doi: 10.33099/2617-6858-26-21-3-42-51.

Історія статті: Отримано: 26.12.2025; Доопрацьовано: 12.05.2026; Прийнято: 12.06.2026; Опубліковано: 24.06.2026



Copyright © The Author(s). This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

*Автор-кореспондент (dasha_sl@ukr.net)

а також складних етико-психологічних ситуацій. За таких обставин військовий лікар має не лише забезпечувати якість наданої медичної допомоги, а й зберігати емоційну рівноваженість, когнітивну ясність, здатність до саморегуляції, оперативного ухвалення рішень і злагодженої професійної взаємодії. Саме тому дослідження психологічних умов і засобів розвитку резильєнтності військових лікарів є важливим для збереження їхньої професійної спроможності, психічного благополуччя та надійності функціонування в екстремальних умовах діяльності.

У сучасному науковому дискурсі резильєнтність дедалі частіше розглядається не як стала індивідуальна риса, а як динамічний психологічний ресурс, що формується у взаємодії особистісних, професійних, соціальних та організаційних чинників. С. Seo *et al.* (2021), аналізуючи резильєнтнісно орієнтовані програми в системі медичної освіти, дійшли висновку, що спеціально організовані освітньо-психологічні інтервенції можуть сприяти профілактиці професійного вигорання, зміцненню адаптаційних можливостей і підтриманню психологічного благополуччя майбутніх та практикуючих лікарів. Важливим для цього дослідження є положення авторів про те, що розвиток резильєнтності потребує не лише інформування, а й формування конкретних навичок саморегуляції, рефлексії та подолання стресових ситуацій. С. Cohen *et al.* (2023), узагальнюючи дані щодо інтервенцій у сфері психічного здоров'я працівників охорони здоров'я, обґрунтували, що найбільш результативними є програми, які поєднують індивідуально орієнтовані техніки стрес-менеджменту, розвиток психологічної грамотності, навички емоційної саморегуляції та механізми організаційної підтримки. Такий висновок є принципово важливим для військово-медичної сфери, оскільки діяльність військового лікаря відбувається не ізольовано, а в системі службової взаємодії, командної координації та високої відповідальності за наслідки професійних рішень.

А. Castillo-González *et al.* (2024) у метааналізі, присвяченому зв'язку між резильєнтністю та професійним вигоранням у медичних працівників, встановили, що вищий рівень резильєнтності пов'язаний із нижчими проявами емоційного виснаження, деперсоналізації та загального вигорання. Отже, розвиток резильєнтності може розглядатися не лише як засіб психологічної підтримки, а й як напрям профілактики професійного виснаження. У контексті військово-медичної діяльності це положення набуває особливого значення, оскільки емоційне виснаження лікаря може негативно позначатися не лише на його психічному стані, а й на якості клінічного мислення, комунікації та професійних рішень. Z. Sun *et al.* (2024), досліджуючи ефективність сучасних психологічних інтервенцій, акцентували увагу на значенні структурованих, навичково орієнтованих і превентивних програм, спрямованих на розвиток емоційної регуляції, когнітивного переосмислення та здатності переносити набуті навички у реальні професійні

ситуації. Для військових лікарів такий підхід є особливо релевантним, оскільки їхня стійкість має виявлятися не лише у здатності витримувати навантаження, а й у спроможності діяти організовано, відповідально та професійно в умовах невизначеності, ризику й дефіциту часу. У військово-психологічних дослідженнях проблема резильєнтності також розглядається як один із ключових чинників професійної ефективності в умовах загрози. S. McInerney *et al.* (2024), аналізуючи програми розвитку резильєнтності у збройних силах США, підкреслили значення саморегуляції, самоефективності, когнітивного переосмислення та командної згуртованості як провідних цілей таких інтервенцій. Подібні висновки представили S. Panda *et al.* (2024), які зазначили, що психологічна резильєнтність військовослужбовців може цілеспрямовано розвиватися за допомогою системних програм, орієнтованих на адаптивне реагування на стрес, емоційну регуляцію та підтримання функціональної спроможності в умовах небезпеки.

Для українського контексту особливо значущими є результати досліджень, присвячених психічному здоров'ю фахівців в умовах війни. V. Lekhan *et al.* (2024) показали, що працівники закладів охорони здоров'я в умовах воєнного часу функціонують за наявності значного психічного напруження, що потребує системних рішень щодо підтримання їхнього психічного здоров'я. R. Pietrzak *et al.* (2024), досліджуючи психологічну резильєнтність українських фахівців сфери психічного здоров'я, встановили значення соціальних зв'язків, смисложиттєвих орієнтацій та оптимізму як чинників вищої психологічної стійкості в умовах війни. Ці висновки підтверджують, що резильєнтність фахівця в екстремальних умовах формується не лише через індивідуальні якості, а й через систему професійної підтримки, ціннісно-сміслові ресурси та конструктивну взаємодію. Важливим нормативно-методологічним орієнтиром є також рекомендації World Health Organization (2022), у яких обґрунтовано необхідність поєднання організаційних заходів, навчання персоналу, підготовки керівників і психосоціальних інтервенцій для збереження психічного здоров'я на робочому місці. У військово-медичній сфері такий підхід є особливо доцільним, оскільки психологічна стійкість військового лікаря безпосередньо пов'язана з якістю медичної допомоги, безпечністю професійних дій і надійністю виконання службових завдань. Водночас аналіз сучасних праць засвідчує, що, попри активне вивчення резильєнтності військовослужбовців і медичних працівників, спеціалізовані програми розвитку резильєнтності, адресовані саме військовим лікарям, залишаються недостатньо представленими в науковому полі.

Мета статті полягала в науковому обґрунтуванні авторської програми розвитку та підтримки резильєнтності військового лікаря в умовах війни та визначенні її концептуальних і прикладних засад. Для досягнення мети було передбачено: проаналізувати сучасний стан наукової розробки проблеми розвитку резильєнтності

фахівців, які діють в умовах підвищеного ризику та психоемоційного напруження; обґрунтувати теоретико-методологічні засади побудови програми на основі авторської п'ятикомпонентної моделі резильєнтності військового лікаря; охарактеризувати структурні компоненти програми та практичні засоби розвитку саморегуляції, психологічної стійкості, адаптивного мислення й ефективної професійної взаємодії. Наукова новизна роботи полягає в системному обґрунтуванні програми розвитку та підтримки резильєнтності військового лікаря на основі п'ятикомпонентної моделі, що інтегрує мотиваційно-ціннісний, когнітивно-рефлексивний, емоційно-вольовий, поведінковий і комунікативно-регулятивний компоненти та конкретизує практичний інструментарій її реалізації.

♦ Матеріали та методи

Емпіричну основу дослідження становили матеріали формувального етапу, спрямованого на апробацію авторської програми розвитку та підтримки резильєнтності військових лікарів. Методологічно дослідження ґрунтувалося на розумінні резильєнтності військового лікаря як багатовимірного психологічного феномену, що поєднує ознаки відносно стійкої особистісної властивості, динамічного процесу адаптації до стресогенних впливів та інтегративного ресурсу професійного функціонування в умовах війни. Відповідно до цього, оцінювання здійснювалося як за інтегральним показником резильєнтності, так і за сукупністю психологічних характеристик, співвіднесених із мотиваційно-ціннісним, когнітивно-рефлексивним, емоційно-вольовим, поведінковим та комунікативно-регулятивним компонентами авторської моделі.

Дослідження було організоване за схемою до- та післяекспериментального порівняння з використанням контрольної та експериментальної груп. У формувальному етапі взяли участь 30 військових лікарів-інтернів, яких було розподілено на дві групи по 15 осіб у кожній. Формування вибірки здійснювалося за цільовим принципом із урахуванням професійної належності учасників, етапу їхньої підготовки та можливості участі у повному циклі дослідницьких процедур. Критеріями включення до дослідження були: статус військового лікаря-інтерна; наявність вищої медичної освіти; проходження професійної підготовки у військово-медичному середовищі; добровільна згода на участь у дослідженні; можливість проходження первинного та повторного психодіагностичного оцінювання. Критеріями невключення були: відсутність інформованої згоди, неможливість участі у повному циклі програми та/або проходження повторного психодіагностичного оцінювання.

До експериментальної групи були включені учасники, які проходили авторську програму розвитку та підтримки резильєнтності; контрольна група участі у програмі не брала. За основними соціально-демографічними характеристиками групи були зіставними. Середній вік учасників контрольної групи становив

25,53 року, експериментальної – 25,00 років; статистично значущих відмінностей за віком не виявлено ($p = 0,394$). За статевим складом контрольна група включала 10 чоловіків і 5 жінок, експериментальна – 7 чоловіків і 8 жінок; статистично значущих відмінностей також не встановлено ($p = 0,462$). Середній показник вислуги років у контрольній групі становив 1,87 року, в експериментальній – 2,27 року; міжгрупові відмінності не були статистично значущими ($p = 0,394$). Така стратегія формування вибірки дала змогу мінімізувати вплив базових соціально-демографічних відмінностей на результати формувального впливу.

Дослідження проводилося з дотриманням принципів добровільності, інформованої згоди, конфіденційності та недопущення психологічної шкоди. Було дотримано етичних стандартів American Sociological Association's Code of Ethics (2018). Учасників було поінформовано про мету дослідження, загальний зміст процедур, особливості участі у програмі, порядок використання узагальнених результатів та право відмовитися від участі на будь-якому етапі без негативних наслідків. Отримані дані опрацьовувалися в узагальненому вигляді, без розкриття персональної інформації, що забезпечувало анонімність і конфіденційність результатів.

Формувальний вплив реалізовувався через авторську програму розвитку та підтримки резильєнтності військових лікарів. Програма мала загальну тривалість 30 годин і складалася з 10 занять по 3 години. Її було побудовано за принципом послідовного переходу від актуалізації професійних смислів і внутрішніх ресурсів до розвитку навичок саморегуляції, стабілізації мислення під стресом, алгоритмізації дій у кризових ситуаціях і вдосконалення командної комунікації. У структурі програми поєднувалися психоосвітній, рефлексивний і навичковий компоненти. Основними формами роботи були мінілекції, практичні вправи, кейс-аналіз, рольові сценарії, групова дискусія, рефлексія, домашні завдання та ведення рефлексивного щоденника як інструменту перенесення сформованих навичок у професійну діяльність. Програмою передбачалося використання STOP-паузи, AAR/дебріфінгу без самозвинувачення, дихальних і заземлювальних технік, плану відновлення 24/72, алгоритму «перші 60 секунд», SBAR, асертивних «Я-повідомлень», деескалації та емпатійного віддзеркалення.

Для кількісного оцінювання результативності програми використовувався комплекс психодіагностичних методик. Інтегральний рівень резильєнтності визначався за Шкалою резильєнтності K. Connor & J. Davidson (2003) (CD-RISC-25). Для оцінки мотиваційно-ціннісного компонента застосовувалися Шкала базових переконань особистості R. Janoff-Bulman (2002) та Методика діагностики професійної мотивації V. Osodlo (2007). Когнітивно-рефлексивний компонент досліджувався за допомогою опитувальника «Велика п'ятірка» (Klimanska & Haletska, 2019). Емоційно-вольовий компонент аналізувався на основі опитувальника копінг-стратегій S. Folkman & R. Lazarus (1988) та шкали

оцінки впливу травматичної події IES-R (Weiss & Marmar, 1996). Для оцінки поведінкового компонента використовувався Опитувальник професійної життєстійкості (Kokun, 2021; 2024), розроблений з урахуванням концептуальних положень S. Maddi (2004) щодо життєстійкості. Комунікативно-регулятивний компонент оцінювався за тестом комунікативної толерантності V. Boyko (2005). Додатково застосовувалися бланки зворотного зв'язку та цифровий сервіс Mentimeter для оперативної фіксації суб'єктивної оцінки психологічної безпеки занять, їх практичної корисності та готовності учасників до перенесення набутих навичок у професійну діяльність.

Обробка результатів здійснювалася за допомогою IBM SPSS 21.0 та Jamovi. Для статистичного аналізу використовувалися методи описової статистики, t-критерій Стюдента, U-критерій Манна-Уїтні та критерій Вілкоксона. Застосування зазначених статистичних процедур забезпечило можливість оцінити як внутрішньогрупову динаміку показників до і після проходження

програми, так і міжгрупові відмінності за величиною індивідуального зсуву в контрольній та експериментальній групах. Поєднання параметричних і непараметричних процедур було зумовлене характером вибірки та необхідністю підвищення надійності інтерпретації отриманих результатів. Таким чином, застосована методична схема забезпечила можливість комплексно простежити зміни у структурі резильєнтності військових лікарів та оцінити практичну результативність запропонованої програми.

♦ Результати та обговорення

Структурування програми розвитку резильєнтності військових лікарів в умовах війни здійснювалося на основі авторської п'ятикомпонентної моделі, яка інтегрує мотиваційно-ціннісний, когнітивно-рефлексивний, емоційно-вольовий, поведінковий та комунікативно-регулятивний компоненти (Stasiuk & Matvieieva, 2025). Змістові акценти програми, основні форми роботи та очікувані результати її реалізації узагальнено в Таблиці 1.

Таблиця 1. Структура та зміст програми розвитку резильєнтності військових лікарів в умовах війни

Компонент програми	Змістовий акцент	Основні форми роботи	Очікувані результати
Мотиваційно-ціннісний	Актуалізація професійної місії, цінностей служби, смислових опор професійної діяльності, меж відповідальності	Мінілекції, вправи «Цінності → рішення», «Професійний компас», аналіз етичних дилем, рефлексія	Посилення професійної мотивації, зміцнення професійної ідентичності, формування стійких смислових орієнтирів у діяльності
Когнітивно-рефлексивний	Розвиток мислення під стресом, рефлексії, аналізу рішень, усвідомлення когнітивних викривлень	Кейс-аналіз, STOP-пауза, техніка «Факти – інтерпретації – рішення», AAR/дебріфінг, чек-листи рішень	Підвищення когнітивної гнучкості, розвиток рефлексивності, покращення здатності до прийняття виважених рішень у складних умовах
Емоційно-вольовий	Формування навичок саморегуляції, емоційної стабілізації, контролю напруження та відновлення ресурсів	Дихальні техніки, grounding, прогресивна м'язова релаксація, емоційний барометр, план відновлення 24/72, вправи самопідтримки	Зміцнення емоційної витривалості, підвищення здатності до саморегуляції, зниження інтенсивності психоемоційного напруження
Поведінковий (операційно-діяльнісний)	Відпрацювання адаптивних алгоритмів дії в умовах дефіциту часу, ризику та невизначеності	Рольові сценарії, алгоритм «перші 60 секунд», тренування копінг-стратегій, структурована передача зміни, моделювання кризових ситуацій	Підвищення адаптивності поведінки, розвиток готовності до дії у стресових ситуаціях, зміцнення професійної ефективності
Комунікативно-регулятивний	Розвиток навичок командної взаємодії, комунікації в напрузі, запиту підтримки, деескалації конфлікту	SBAR, асертивні «Я-повідомлення», емпатійне слухання, безпечний зворотний зв'язок, рольові вправи «складна розмова»	Підвищення ефективності командної комунікації, покращення координації взаємодії, розвиток навичок конструктивного професійного спілкування

Джерело: розроблено автором на основі V. Stasiuk & D. Matvieieva (2025)

Реалізація програми супроводжувалася змінами за низкою інтегральних і компонентних показників, що відображають особливості розвитку резильєнтності військових лікарів в умовах війни. В експериментальній групі зафіксовано більш виразні позитивні зрушення за цими показниками порівняно з контрольною групою. Передусім це стосується інтегрального показника резильєнтності: у контрольній групі його середнє значення зросло з 68,33 до 70,33 бала, тоді як в експериментальній – з 64,53 до 75,00 бала. Внутрішньогрупова зміна в експериментальній групі була статистично значущою за критерієм Вілкоксона ($p = 0,006$), тоді як за параметричним t-критерієм вона не досягла рівня статистичної значущості ($p(t) = 0,172$). Водночас міжгрупове порівняння індивідуальних зсувів не

підтвердило статистично значущого ефекту програми за інтегральним показником резильєнтності ($p = 0,384$; $p(U) = 0,058$), що дає підстави констатувати виразнішу позитивну тенденцію в експериментальній групі. Відповідні зміни наведено на Рисунку 1. Статистично значущі зміни після реалізації програми виявлено за показниками професійної життєстійкості. В експериментальній групі загальний рівень професійної життєстійкості зріс з 60,33 до 67,13 бала ($p(t) = 0,001$; $p(w) < 0,001$), тоді як у контрольній групі підвищення з 64,00 до 67,13 бала не було статистично значущим ($p(t) = 0,127$; $p(w) = 0,181$). У межах експериментальної групи статистично значущі зміни зафіксовано також за підшкалами професійної включеності – з 19,33 до 22,40 бала ($p(t) = 0,001$; $p(w) = 0,001$) та

професійного контролю – з 19,87 до 22,80 бала ($p(t) < 0,001$; $p(w) < 0,001$). Міжгрупове порівняння засвідчило статистично значущо більший зсув в експериментальній групі як за показником професійної включеності ($p = 0,019$; $p(U) = 0,011$), так і за показником професійного контролю ($p = 0,048$; $p(U) = 0,037$). У експериментальній групі встановлено більш виразні

зміни за показниками, що характеризують залученість у діяльність, суб'єктність і переживання власної спроможності впливати на складні службово-професійні обставини. Це дає підстави розглядати зазначені зрушення як прояви впливу програми на поведінковий та когнітивно-регулятивний аспекти резильєнтності. Відповідні числові значення наведено в Таблиці 2.



Рисунок 1. Зміни інтегрального показника резильєнтності в контрольній та експериментальній групах до і після реалізації програми

Джерело: розроблено автором

Таблиця 2. Порівняння ключових психологічних показників у контрольній та експериментальній групах до і після реалізації програми

Показник	КГ до ($M \pm m$)	КГ після ($M \pm m$)	$p(t)$ КГ	$p(w)$ КГ	ЕГ до ($M \pm m$)	ЕГ після ($M \pm m$)	$p(t)$ ЕГ	$p(w)$ ЕГ	$p(t)$ між групами	$p(U)$ між групами
Резильєнтність	68,33 $\pm$ 2,92	70,33 $\pm$ 3,99	0,273	0,271	64,53 $\pm$ 5,78	75,00 $\pm$ 3,72	0,172	0,006	0,384	0,058
Загальний рівень професійної життєстійкості	64,00 $\pm$ 1,66	67,13 $\pm$ 1,99	0,127	0,181	60,33 $\pm$ 2,44	67,13 $\pm$ 2,20	<0,001	<0,001	0,159	0,184
Професійна включеність	20,53 $\pm$ 0,74	20,80 $\pm$ 0,82	0,754	0,779	19,33 $\pm$ 1,10	22,40 $\pm$ 0,66	0,001	0,001	0,019	0,011
Професійний контроль	22,07 $\pm$ 0,57	23,07 $\pm$ 0,76	0,047	0,064	19,87 $\pm$ 0,85	22,80 $\pm$ 0,76	<0,001	<0,001	0,048	0,037
Планування вирішення проблеми	13,67 $\pm$ 0,54	14,00 $\pm$ 0,63	0,417	0,558	12,60 $\pm$ 0,87	14,33 $\pm$ 0,64	0,006	0,009	0,044	0,019
Прийняття відповідальності	8,00 $\pm$ 0,53	7,67 $\pm$ 0,49	0,430	0,435	7,53 $\pm$ 0,68	8,40 $\pm$ 0,63	0,041	0,035	0,046	0,057
Прихильність світу	17,47 $\pm$ 0,94	16,93 $\pm$ 0,84	0,310	0,340	14,67 $\pm$ 1,36	16,80 $\pm$ 1,22	0,003	0,005	0,002	0,001
Справедливість світу	14,20 $\pm$ 0,81	13,47 $\pm$ 1,03	0,268	0,368	13,87 $\pm$ 1,17	15,60 $\pm$ 0,97	0,015	0,017	0,010	0,006
Контрольованість світу	14,67 $\pm$ 0,76	14,80 $\pm$ 0,93	0,841	1,000	12,47 $\pm$ 0,67	14,60 $\pm$ 0,51	0,002	0,003	0,028	0,016
Цінність власного «Я»	18,60 $\pm$ 0,92	18,73 $\pm$ 0,85	0,719	0,668	15,60 $\pm$ 1,28	17,27 $\pm$ 1,12	0,019	0,023	0,044	0,030
Випадковість подій	14,53 $\pm$ 1,16	14,53 $\pm$ 1,23	1,000	0,722	16,67 $\pm$ 0,77	13,93 $\pm$ 1,08	0,008	0,009	0,010	0,008
Невміння приймати індивідуальність іншого	5,40 $\pm$ 0,87	5,07 $\pm$ 0,81	0,511	0,503	7,93 $\pm$ 0,89	6,47 $\pm$ 0,61	0,005	0,010	0,096	0,117
Життєві цілі	11,00 $\pm$ 0,55	11,13 $\pm$ 0,64	0,829	0,855	8,73 $\pm$ 0,71	10,00 $\pm$ 0,65	0,020	0,016	0,082	0,165

Примітка: КГ – контрольна група; ЕГ – експериментальна група; $p(t)$ – p -значення за t -критерієм Стьюдента; $p(w)$ – p -значення за критерієм Вілкоксона; $p(U)$ – p -значення за U -критерієм Манна-Уїтні. Міжгрупові значення відображають порівняння індивідуальних зсувів показників у контрольній та експериментальній групах

Джерело: розроблено автором

Додатково в експериментальній групі статистично значуще підвищилися соціальний компонент професійної життєстійкості – з 14,40 до 16,53 бала ($p(t) = 0,006$; $p(w) = 0,007$) та професійний компонент – з 13,60 до 16,13 бала ($p(t) = 0,007$; $p(w) = 0,017$). Хоча в міжгруповому порівнянні ці зрушення не досягли статистичної значущості, вони демонструють змістовно важливу позитивну тенденцію, що узгоджується із загальною логікою програми. Показовим результатом формувального впливу є зміна конструктивних копінг-стратегій. В експериментальній групі статистично значуще зросли показники планування вирішення проблеми – з 12,60

до 14,33 бала ($p(t) = 0,006$; $p(w) = 0,009$) та прийняття відповідальності – з 7,53 до 8,40 бала ($p(t) = 0,041$; $p(w) = 0,035$). У контрольній групі подібних зрушень не виявлено. Порівняння величини змін між групами показало, що за шкалою планування вирішення проблеми перевага експериментальної групи є статистично значущою як за t -критерієм, так і за U -критерієм ($p = 0,044$; $p(U) = 0,019$). За шкалою прийняття відповідальності міжгрупова різниця досягла статистичної значущості за t -критерієм ($p = 0,046$), але не була підтверджена за критерієм Манна-Уїтні ($p(U) = 0,057$). Це дає підстави вважати, що програма сприяла переходу

до більш активних, проблемно-орієнтованих і суб'єктних способів подолання стресових ситуацій.

Не менш важливі результати отримано за показниками базових переконань. В експериментальній групі після проходження програми статистично значуще зросли показники прихильності світу – з 14,67 до 16,80 бала ($p(t) = 0,003$; $p(w) = 0,005$), справедливості світу – з 13,87 до 15,60 бала ($p(t) = 0,015$; $p(w) = 0,017$), контрольованості світу – з 12,47 до 14,60 бала ($p(t) = 0,002$; $p(w) = 0,003$) та цінності власного «Я» – з 15,60 до 17,27 бала ($p(t) = 0,019$; $p(w) = 0,023$). Водночас показник випадковості подій статистично значуще знизився з 16,67 до 13,93 бала ($p(t) = 0,008$; $p(w) = 0,009$), що є позитивною зміною. У контрольній групі подібних зрушень не зафіксовано. Міжгрупове порівняння величини змін підтвердило перевагу експериментальної групи за всіма зазначеними показниками: прихильність світу ($p = 0,002$; $p(U) = 0,001$), справедливість світу ($p = 0,010$; $p(U) = 0,006$), контрольованість світу ($p = 0,028$; $p(U) = 0,016$), цінність власного «Я» ($p = 0,044$; $p(U) = 0,030$) та випадковість подій ($p = 0,010$; $p(U) = 0,008$). У психологічному сенсі це означає посилення суб'єктивного відчуття впорядкованості, осмисленості й певної керованості життєвих подій, а також зміцнення самосприйняття як цінного й здатного до дії суб'єкта. Для військового лікаря в умовах війни така перебудова переконань має особливе значення, оскільки вона зменшує безпорадність, підсилює професійну опору та створює психологічне підґрунтя для більш стійкого функціонування в ситуаціях невизначеності.

Окремої уваги заслуговує зниження показника невміння приймати індивідуальність іншого. В експериментальній групі цей показник знизився з 7,93 до 6,47 бала ($p(t) = 0,005$; $p(w) = 0,010$). У мотиваційно-смысловому аспекті виявлено статистично значуще зростання показника життєвих цілей – з 8,73 до 10,00 бала ($p(t) = 0,020$; $p(w) = 0,016$). Проте в міжгруповому порівнянні зсуви за обома показниками не досягли статистичної значущості: для невміння приймати індивідуальність іншого $p = 0,096$; $p(U) = 0,117$, для життєвих цілей $-p = 0,082$; $p(U) = 0,165$. Хоча міжгрупові відмінності тут не досягли статистичної значущості, внутрішньогрупова позитивна динаміка є суттєвою. Вона добре узгоджується зі змістом програми, у якій значне місце відведено командній комунікації, SBAR, асертивності, емпатійному слуханню, безпечному зворотному зв'язку та деескалації. Отже, результати свідчать, що програма впливала не лише на індивідуальні механізми саморегуляції, а й на міжособистісні аспекти професійної взаємодії, що є особливо важливим для військово-медичного середовища.

Змістовна інтерпретація отриманих результатів дозволяє співвіднести їх із логікою авторської п'ятикомпонентної моделі. Позитивна динаміка резильєнтності, професійної життєстійкості, включеності, контролю та базових переконань відображає насамперед посилення мотиваційно-ціннісного, когнітивно-рефлексивного та

емоційно-вольового компонентів. Зростання планування вирішення проблеми, прийняття відповідальності, а також орієнтація на алгоритми типу STOP, AAR, «перші 60 секунд» і 24/72 вказують на розвиток поведінкового (операційно-діяльнісного) компонента. Натомість зрушення у сфері прийняття іншого, командної ясності та безпечного зворотного зв'язку логічно відносяться до комунікативно-регулятивного компонента. Якісний компонент оцінювання передбачав спостереження за включеністю учасників у групову роботу, аналіз поведінкових і емоційних змін у процесі проходження програми, використання бланків зворотного зв'язку, а також фіксацію суб'єктивної оцінки практичної корисності, психологічної безпеки та готовності застосовувати набуті навички у професійній діяльності. Важливим елементом програми виступав LogBook, у якому учасники фіксували перенесення опрацьованих навичок у реальні професійні ситуації, відображали зміни власного стану, труднощі застосування технік і результати їх використання. Додаткове значення мали домашні завдання, спрямовані на розвиток рефлексії та усвідомлення внутрішніх ресурсів, зокрема короткі есе на теми професійного смислу й мотивації, наприклад: «Що мене надихає бути лікарем?», «Що підтримує мене в професії під час війни?», «У чому моя професійна сила?». Такі форми роботи дозволяли не лише закріплювати зміст програми, а й поглиблювати осмислення власної професійної ролі, цінностей і способів самопідтримки.

Результати дослідження дають підстави розглядати розвиток резильєнтності військового лікаря в умовах війни як окремий напрям психологічного супроводу, спрямований на підтримання психологічної стійкості, саморегуляції, функціональної надійності та здатності до ефективної взаємодії в умовах підвищеного навантаження. Виявлені зміни не зводяться до ізолюваного покращення окремих показників, а відображають взаємопов'язані зрушення у сферах професійної життєстійкості, копінг-поведінки, базових переконань та окремих комунікативно-регулятивних характеристик. Отримані результати узгоджуються із сучасними підходами до розуміння резильєнтності медичних фахівців як багаторівневого феномену, що залежить не лише від індивідуальних психологічних навичок, а й від організаційного контексту, професійного середовища та можливостей відновлення ресурсів. Зокрема, С. Stewart *et al.* (2024), аналізуючи інтервенції підтримки благополуччя фахівців медичної сфери, акцентували увагу на значенні цілеспрямованих заходів, спрямованих на зниження професійного напруження та підтримання психологічного благополуччя медичного персоналу. У свою чергу, С. Frias *et al.* (2025), узагальнюючи стратегії підтримки психічного здоров'я та благополуччя працівників сфери охорони здоров'я, дійшли висновку, що ефективна підтримка має поєднувати індивідуальні, командні та організаційні заходи.

Встановлені в дослідженні позитивні зміни за показниками професійної життєстійкості, професійної

включеності та професійного контролю можна інтерпретувати як посилення залученості в діяльність, зростання суб'єктності та зміцнення переживання власної спроможності впливати на складні професійні обставини. Така інтерпретація співвідноситься з висновками Р. Vaquero-Cerpeda *et al.* (2024), які обґрунтували актуальність подальшого узагальнення даних щодо зв'язку між професійним вигоранням лікарів і безпекою пацієнтів. Водночас S. Amiri *et al.* (2024), аналізуючи професійні чинники ризику вигорання серед медичних працівників, показали значення робочого стресу, комунікаційних труднощів і дефіциту підтримувального середовища у формуванні професійного виснаження.

Водночас отримані результати доцільно розглядати в контексті досліджень ефективності спеціально розроблених програм розвитку резильєнтності лікарів. С. Seo *et al.* (2021), аналізуючи резильєнтнісно орієнтовані програми в системі медичної освіти, дійшли висновку, що структуровані освітньо-психологічні інтервенції сприяють зміцненню адаптаційних можливостей лікарів, розвитку навичок саморегуляції та профілактиці професійного вигорання. У цьому контексті позитивна динаміка професійної життєстійкості, включеності та контролю, зафіксована в дослідженні, може розглядатися як один із проявів результативності запропонованої програми. Це має особливе значення для військово-медичного середовища, де професійна стійкість фахівця визначається не лише рівнем знань і досвіду, а й здатністю зберігати внутрішню організованість, психологічну дієздатність і готовність до відповідального рішення в складних умовах діяльності.

Не менш значущими є виявлені зміни за показниками копінг-поведінки. Зростання показників планування вирішення проблеми та прийняття відповідальності свідчить про посилення активних і проблемно-орієнтованих способів подолання стресу. М. Goniewicz *et al.* (2023), досліджуючи резильєнтність у сфері екстреної медицини в умовах COVID-19, підкреслили значення готовності персоналу, психологічної витривалості та здатності діяти в кризових умовах. І. Sharin *et al.* (2025), узагальнюючи персонально орієнтовані психоосвітні підходи до зниження вигорання у медичних сестер, наголосили на важливості формування практичних навичок подолання стресу, які можуть бути інтегровані в професійну діяльність. У сукупності це дає підстави розглядати зміни копінг-стратегій як один із важливих механізмів ефективності програми.

Таким чином, результати дослідження можуть бути співвіднесені з висновками систематичного огляду В. Melnyk *et al.* (2020), присвяченого втручанням, спрямованим на покращення психічного здоров'я, благополуччя, фізичного стану та способу життя лікарів і медичних сестер. Автори показали, що найбільшу ефективність мають програми цілеспрямованого і структурованого характеру, які охоплюють не лише

емоційний стан фахівця, а й поведінкові та адаптаційні аспекти його функціонування. У цьому контексті зафіксовані в авторському дослідженні зміни копінг-стратегій доцільно розглядати як один із важливих механізмів ефективності програми, оскільки саме перехід до більш активних способів подолання стресу створює психологічне підґрунтя для підтримання професійної надійності військового лікаря в умовах війни.

Окремого обговорення потребують зміни за шкалами базових переконань. Підвищення показників прихильності світу, справедливості світу, контролюваності світу та цінності власного «Я» на тлі зниження показника випадковості подій можна інтерпретувати як ознаки більшої впорядкованості переживання ситуації, вищого рівня суб'єктивного контролю та меншої вираженості безпорадності. Р. Rzońca *et al.* (2024), досліджуючи поширеність посттравматичних, тривожних і депресивних проявів серед українських цивільних лікарів та парамедиків у воєнний час, показали значне психічне навантаження цієї професійної групи. S. Zhang & L. Li (2025), узагальнюючи дані щодо феномену воєнної тривоги, дійшли висновку, що тривале перебування в умовах воєнної загрози створює довготривалі ризики для психічного здоров'я та потребує цілеспрямованих психологічних втручань. У цьому контексті зафіксовані в дослідженні зміни базових переконань можна розглядати як ознаки посилення внутрішньої організації психологічних ресурсів у відповідь на хронічне навантаження.

Для українського контексту принципово важливим є те, що результати дослідження узгоджуються з працями, присвяченими функціонуванню медичної системи та психічному здоров'ю фахівців у воєнний період. А. Deac *et al.* (2024), аналізуючи становище українських медичних працівників у перший рік повномасштабної війни, показали, що поєднання воєнних загроз, наслідків пандемії та кадрового виснаження ускладнює збереження психічного благополуччя медичних фахівців. Е. Dale *et al.* (2024), досліджуючи стійкість первинної медичної допомоги в Україні в умовах пандемії та війни, дійшли висновку, що підтримання функціонування системи охорони здоров'я значною мірою залежить від адаптивності, локальних ресурсів та організаційної гнучкості. Це дає підстави розглядати отримані результати як аргумент на користь того, що для військово-медичних фахівців потрібні не лише загальні програми підтримки психічного здоров'я, а й спеціалізовані підходи, які враховують поєднання клінічного, організаційного та воєнного навантаження. У дослідженні також зафіксовано позитивні зміни не лише за інтегральним показником резильєнтності, а й за окремими комунікативно-регулятивними та мотиваційно-смысловими показниками, хоча не всі вони досягли статистичної значущості на міжгруповому рівні. Це може свідчити про те, що частина ефектів програми має поступовий характер і потребує більшого часу для стабілізації або перевірки на ширшій вибірці.

Такий висновок узгоджується з позицією С. Stewart *et al.* (2024) та С. Frias *et al.* (2025), які розглядають підтримку психологічного благополуччя та резильєнтності медичних працівників як складний процес, пов'язаний із поєднанням індивідуальних, професійних і організаційних чинників.

Важливим для інтерпретації отриманих результатів є також висновок С. West *et al.* (2020). Автори показали, що вищий рівень резильєнтності лікарів пов'язаний із нижчою ймовірністю професійного вигорання, проте сама по собі резильєнтність не усуває ризик виснаження повною мірою, оскільки значну роль у його виникненні та підтриманні відіграють системні й організаційні чинники професійного середовища. З огляду на це, позитивні зміни, виявлені в дослідженні проблеми професійного стресу військового лікаря, а як емпірично обґрунтований напрям посилення його психологічних ресурсів, який має поєднуватися з ширшими організаційними та професійно-середовищними заходами підтримки.

Окремо слід врахувати результати R. Pietrzak *et al.* (2024), які, досліджуючи психологічну резильєнтність українських фахівців сфери психічного здоров'я під час російсько-української війни, встановили значення соціальних зв'язків, смисложиттєвих орієнтацій та оптимізму як чинників вищої психологічної стійкості. Цей висновок є важливим для інтерпретації результатів дослідження, оскільки запропонована програма також спрямована не лише на розвиток індивідуальних навичок саморегуляції, а й на зміцнення професійних смислів, командної взаємодії та здатності звертатися по підтримку в умовах тривалого навантаження. Разом із тим, результати слід інтерпретувати з урахуванням обмежень дослідження. Формувальна вибірка була невеликою, що знижує статистичну потужність аналізу та частково пояснює поєднання змістовно виразних, але не завжди міжгрупово статистично значущих відмінностей. Водночас навіть за цих умов отримані дані демонструють цілісну картину позитивних зрушень, що дозволяє розглядати запропоновану програму як перспективний інструмент психологічного супроводу військових лікарів в умовах війни.

♦ Висновки

У статті теоретично обґрунтовано та емпірично апробовано програму розвитку та підтримки резильєнтності військового лікаря, побудовану з урахуванням специфіки військово-медичної діяльності. Її зміст орієнтовано на послідовний розвиток мотиваційно-ціннісного, когнітивно-рефлексивного, емоційно-вольового, поведінкового та комунікативно-регулятивного компонентів. Запропонований підхід дає змогу розглядати

резильєнтність не як окрему навичку стресостійкості, а як комплексний професійно-особистісний ресурс, необхідний для збереження психологічної стійкості, саморегуляції, професійної ідентичності та функціональної надійності військового лікаря в екстремальних умовах діяльності. Результати формувального етапу засвідчили, що реалізація програми супроводжувалася позитивними змінами за низкою інтегральних і компонентних психологічних показників. Найбільш виразні зрушення встановлено за показниками професійної життєстійкості, професійної включеності, професійного контролю, планування вирішення проблеми та базових переконань, пов'язаних із переживанням контрольованості, впорядкованості світу й цінності власного «Я». Отримані результати дають підстави стверджувати, що програма сприяє зміцненню психологічної стійкості, розвитку адаптивніших способів подолання труднощів, посиленню суб'єктності, підвищенню готовності до відповідального рішення та збереженню професійної ефективності в складних службово-професійних обставинах. Наукова новизна роботи полягає в системному обґрунтуванні програми розвитку та підтримки резильєнтності військового лікаря на основі авторської п'ятикомпонентної моделі, що інтегрує мотиваційно-ціннісний, когнітивно-рефлексивний, емоційно-вольовий, поведінковий і комунікативно-регулятивний компоненти. Практичне значення дослідження полягає в можливості використання запропонованої програми в системі психологічного супроводу, професійної підготовки та підтримки військово-медичних фахівців. Її зміст і практичний інструментарій орієнтовані на застосування в реальних умовах діяльності та можуть бути використані для підтримання психологічної стійкості, профілактики професійного виснаження й зміцнення надійності професійної діяльності військового лікаря. Одержані результати відкривають перспективи подальшої емпіричної перевірки програми на ширших вибірках і серед різних категорій військово-медичних фахівців. Перспективним є також вивчення стійкості виявлених ефектів у часовій динаміці, порівняння результативності окремих модулів програми та адаптація її структурних елементів до різних форматів психологічного супроводу відповідно до умов військово-медичної діяльності.

♦ Подяки

Немає.

♦ Фінансування

Немає.

♦ Конфлікт інтересів

Немає.

♦ Джерела

- [1] American Sociological Association's Code of Ethics. (2018, June). Retrieved from https://www.asanet.org/wp-content/uploads/asa_code_of_ethics-june2018a.pdf.

- [2] Amiri, S., Mahmood, N., Mustafa, H., Javaid, S.F., & Khan, M.A.B. (2024). Occupational risk factors for burnout syndrome among healthcare professionals: A global systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(12), article number 1583. doi: [10.3390/ijerph21121583](https://doi.org/10.3390/ijerph21121583).
- [3] Boyko, V.V. (2005). [Methodology for diagnosing communicative attitude](#). In L.M. Karamushka (Ed.), *Technologies of work of organizational psychologists* (pp. 198-213). Kyiv: Inkos.
- [4] Castillo-González, A., Velando-Soriano, A., De la Fuente-Solana, E.I., Martos-Cabrera, B.M., Membrive-Jiménez, M.J., Lucía, R.-B., & Cañadas-De la Fuente, G.A. (2024). Relation and effect of resilience on burnout in nurses: A literature review and meta-analysis. *International Nursing Review*, 71(1), 160-167. doi: [10.1111/inr.12838](https://doi.org/10.1111/inr.12838).
- [5] Cohen, C., Pignata, S., Bezak, E., Tie, M., & Childs, J. (2023). Workplace interventions to improve well-being and reduce burnout for nurses, physicians and allied healthcare professionals: A systematic review. *BMJ Open*, 13(6), article number e071203. doi: [10.1136/bmjopen-2022-071203](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-071203).
- [6] Connor, K.M., & Davidson, J.R.T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82. doi: [10.1002/da.10113](https://doi.org/10.1002/da.10113).
- [7] Dale, E., Novak, J., Dmytriiev, D., Demeshko, O., & Habicht, J. (2024). Resilience of primary health care in Ukraine: Challenges of the pandemic and war. *Health Systems & Reform*, 10(1), article number 2352885. doi: [10.1080/23288604.2024.2352885](https://doi.org/10.1080/23288604.2024.2352885).
- [8] Deac, A.A., et al. (2024). Ukrainian healthcare providers under siege during the first year of war: Challenges and adaptations. *BJPsych International*, 21(2), 35-37. doi: [10.1192/bji.2023.43](https://doi.org/10.1192/bji.2023.43).
- [9] Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1988). [Manual for the ways of coping questionnaire: Research edition](#). Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- [10] Frias, C.E., et al. (2025). Strategies to support the mental health and well-being of health and care workforce: A rapid review of reviews. *Frontiers in Medicine*, 12, article number 1530287. doi: [10.3389/fmed.2025.1530287](https://doi.org/10.3389/fmed.2025.1530287).
- [11] Goniewicz, M., Włoszczak-Szubzda, A., Al-Wathinani, A.M., & Goniewicz, K. (2023). Resilience in emergency medicine during COVID-19: Evaluating staff expectations and preparedness. *Journal of Personalized Medicine*, 13(11), article number 1545. doi: [10.3390/jpm13111545](https://doi.org/10.3390/jpm13111545).
- [12] Janoff-Bulman, R. (2002). [Shattered assumptions: Toward a new psychology of trauma](#). New York: Free Press.
- [13] Klimanska, M., & Haletska, I. (2019). Ukrainian adaptation of the short five factor personality questionnaire tipi (tipi-ukr). *Psychological Journal*, 5(9), 57-76. doi: [10.31108/1.2019.5.9.4](https://doi.org/10.31108/1.2019.5.9.4).
- [14] Kokun, O. (2021). [Occupational hardiness questionnaire: Ukrainian version](#). *Problems of Extreme and Crisis Psychology*, 1(1), 90-104.
- [15] Kokun, O. (2024). [Diagnostics of professional hardiness and psychophysiological resilience: Methodological recommendations](#). Kyiv: G.S. Kostiuk Institute of Psychology of the National Academy of Educational Sciences of Ukraine.
- [16] Lekhan, V.M., Borvinko, E.V., Zaitsev, V.V., & Zaslavskiy, D.D. (2024). Characteristics of the mental health of employees of healthcare facilities in the conditions of war. *Wiadomości Lekarskie*, 77(4), 676-681. doi: [10.36740/WLek202404110](https://doi.org/10.36740/WLek202404110).
- [17] Maddi, S.R. (2004). Hardiness: An operationalization of existential courage. *Journal of Humanistic Psychology*, 44(3), 279-298. doi: [10.1177/0022167804266101](https://doi.org/10.1177/0022167804266101).
- [18] McInerney, S.A., Waldrep, E., & Benight, C.C. (2024). Resilience enhancing programs in the U.S. military: An exploration of theory and applied practice. *Military Psychology*, 36(3), 241-252. doi: [10.1080/08995605.2022.2086418](https://doi.org/10.1080/08995605.2022.2086418).
- [19] Melnyk, B.M., et al. (2020). Interventions to improve mental health, well-being, physical health, and lifestyle behaviors in physicians and nurses: A systematic review. *American Journal of Health Promotion*, 34(8), 929-941. doi: [10.1177/0890117120920451](https://doi.org/10.1177/0890117120920451).
- [20] Osodlo, V.I. (2007). [Methodology for diagnosing professional motivation](#). *Bulletin of the National Defence Academy of Ukraine: Collection of Scientific Papers*, 2, 1-4.
- [21] Panda, S.P., Chatterjee, K., Srivastava, K., Chauhan, V.S., & Yadav, P. (2024). Building psychological resilience in Armed Forces worldwide. *Medical Journal Armed Forces India*, 80(2), 130-139. doi: [10.1016/j.mjafi.2024.02.006](https://doi.org/10.1016/j.mjafi.2024.02.006).
- [22] Pietrzak, R.H., Kang, H., Fischer, I.C., Vus, V., Kolyshkina, A., Ponomarenko, L., Chobanian, A., & Esterlis, I. (2024). Psychological resilience of mental health workers during the Russia-Ukraine war: Implications for clinical interventions. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 26(5), article number 24m03761. doi: [10.4088/PCC.24m03761](https://doi.org/10.4088/PCC.24m03761).
- [23] Rzońca, P., Podgórski, M., Łazarewicz, M., Gałązkowski, R., Rzońca, E., Detsyk, O., & Włodarczyk, D. (2024). The prevalence and determinants of PTSD, anxiety, and depression in Ukrainian civilian physicians and paramedics in wartime: An observational cross-sectional study six months after outbreak. *Psychiatry Research*, 334, article number 115836. doi: [10.1016/j.psychres.2024.115836](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.115836).
- [24] Seo, C., Corrado, M., Fournier, K., Bailey, T., & Haykal, K.-A. (2021). Addressing the physician burnout epidemic with resilience curricula in undergraduate and graduate medical education: A systematic review. *BMC Medical Education*, 21, article number 80. doi: [10.1186/s12909-021-02495-0](https://doi.org/10.1186/s12909-021-02495-0).

- [25] Sharin, I.B.A., Jinah, N.B., Bakit, P.A., Adnan, I.K.B., Zakaria, N.H.B., Subki, S.Z.B.A., & Lee, K.Y. (2025). Person-directed burnout intervention for nurses: A systematic review of psychoeducational approaches. *Plos One*, 20(5), article number e0322282. doi: [10.1371/journal.pone.0322282](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0322282).
- [26] Stasiuk, V.V., & Matvieieva, D.O. (2025). Resilience of military physicians: Challenges of war. *Habitus*, 79(2), 154-160. doi: [10.32782/hbts.79.2.29](https://doi.org/10.32782/hbts.79.2.29).
- [27] Stewart, C., Bench, S., & Malone, M. (2024). Interventions to support critical care nurse wellbeing: A scoping review. *Intensive and Critical Care Nursing*, 81, article number 103613. doi: [10.1016/j.iccn.2023.103613](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2023.103613).
- [28] Sun, Z., Song, J., Chen, J., Gan, X., Li, Y., Qiu, C., Zhang, W., & Gao, Y. (2024). Preventing and mitigating post-traumatic stress: A scoping review of resilience interventions for military personnel in pre deployment. *Psychology Research and Behavior Management*, 17, 2377-2389. doi: [10.2147/PRBM.S459220](https://doi.org/10.2147/PRBM.S459220).
- [29] Vaquero-Cepeda, P., Pujol-de Castro, A., & Catalá-López, F. (2024). Association between physician burnout and patient safety: Study protocol for an overview of systematic reviews and meta-analyses. *BMJ Open*, 14(11), article number e089687. doi: [10.1136/bmjopen-2024-089687](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-089687).
- [30] Weiss, D.S., & Marmar, C.R. (1996). *The impact of event scale-revised (IES-R)*. In J.P. Wilson & T.M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399-411). New York: Guilford Press.
- [31] West, C.P., Dyrbye, L.N., Sinsky, C., Trockel, M., Tutty, M., Nedelec, L., Carlasare, L.E., & Shanafelt, T.D. (2020). Resilience and burnout among physicians and the general US working population. *JAMA Network Open*, 3(7), article number e209385. doi: [10.1001/jamanetworkopen.2020.9385](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.9385).
- [32] World Health Organization. (2022). *Guidelines on mental health at work*. Retrieved from <https://surl.li/wbvtvz>.
- [33] Zhang, S.X., & Li, L.Z. (2025). War anxiety: A review. *Current Psychiatry Reports*, 27, 140-146. doi: [10.1007/s11920-024-01583-4](https://doi.org/10.1007/s11920-024-01583-4).

Resilience of military physicians during wartime: Practical tools for development

Daria Matvieieva

Adjunct

National Defence University of Ukraine

03049, 28 Povitryanykh Syl Ave., Kyiv, Ukraine

<https://orcid.org/0009-0008-1536-1446>

♦ **Abstract.** The relevance of the study is conditioned by the need for scientific substantiation of the psychological foundations of maintaining the reliability and psychological stability of military physicians in conditions of war. The activity of this category of specialists is characterised by the cumulative impact of combat stress, responsibility for preserving the lives and health of wounded and ill personnel, limited time for clinical decision-making, sustained psycho-emotional strain, and the need to address complex ethical dilemmas. Under such conditions, the risk of emotional exhaustion, burnout, secondary trauma, and reduced efficiency of functioning increases. This actualises the need to develop specialised programmes for the development of military doctors' resilience as an integrative psychological resource of self-regulation, adaptation, preservation of professional identity, and constructive interaction in extreme conditions of service and professional activity. The purpose of the study was to substantiate the content and structural foundations and practical tools of the author's programme for developing the resilience of a military doctor in war conditions. The empirical basis of the study was provided by materials from the formative phase of the piloting of the author's programme. The design included pre- and post-experimental evaluation of indicators in the control and experimental groups. The study involved 30 military interns divided into two groups of 15 people. The programme was designed for 30 hours and covered 10 interrelated classes. To assess its effectiveness, a set of psychodiagnostic techniques aimed at determining the level of resilience, professional resilience, coping strategies, basic beliefs, reflexivity, and communicative tolerance was used. The author's programme was based on a five-component model of military doctor resilience, which covered motivational and value, cognitive and reflexive, emotional and volitional, behavioural, and communicative and regulatory components. Positive dynamics of the integral resilience index and more pronounced changes in the experimental group compared to the control group were established. The most noticeable changes were found in indicators of professional resilience, engagement, control, problem-solving planning, acceptance of responsibility, and basic beliefs. The practical significance of the study lies in the development of a programme that can be implemented in the system of psychological support, training and support of military medical specialists

♦ **Keywords:** professional hardiness; emotional self-regulation; adaptive thinking; team interaction; psychological support; self-regulation under stress; development programme