

Анатолій Власенко

Національний технічний університет “Харківський політехнічний інститут”, аспірант кафедри педагогіки і психології управління соціальними системами ім. академіка

І. Зязюна; Харків, Україна;

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-9408-2291>;

E-mail: Anatolii.Vlasenko@sgt.khpi.edu.ua

Анастасія Книш

докторка філософських наук, Національний технічний університет “Харківський політехнічний інститут”, доцентка кафедри педагогіки і психології управління соціальними системами ім. академіка І. Зязюна; Харків, Україна;

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0211-2535>;

E-mail: Anastasiia.Knysh@khpi.edu.ua

**ПСИХОЛОГІЧНА БЕЗПЕКА ЛІКАРЯ: ІНДИВІДУАЛЬНІ РЕСУРСИ,
СУБ’ЄКТИВНЕ БАЧЕННЯ ТА ТИПОЛОГІЯ В СУЧАСНИХ УМОВАХ**

Анотація: у статті розглянуто психологічну безпеку лікаря як внутрішній ресурс в сучасних умовах професійних викликів. Наведено результати емпіричного дослідження за участю 112 лікарів. Використано опитувальник емоційного інтелекту Холла, шкалу резильєнтності Коннора–Девідсона та відкрите запитання для збору суб’єктивних уявлень про психологічну безпеку. Встановлено варіативність рівнів емоційного інтелекту та резильєнтності медиків; кластерний аналіз виокремив три групи — з низьким, середнім та високим рівнем внутрішніх ресурсів (близько 33 %, 47 % та 20 % вибірки відповідно). З’ясовано що, лікарі найчастіше пов’язують свою психологічну безпеку із захищеністю від агресії пацієнтів, збалансованим робочим навантаженням та підтримкою колег і керівництва. Виявлено тісний позитивний зв’язок між емоційним інтелектом та резильєнтністю ($r \approx 0.67$) та відсутність залежності цих показників від віку чи стажу роботи. Зроблено висновок, що психологічна безпека лікаря має багатовимірний характер, поєднуючи зовнішні та внутрішні чинники, а для її підвищення потрібні комплексні заходи — створення підтримувального робочого середовища та розвиток індивідуальних психологічних ресурсів медиків.

Ключові слова: психологічна безпека; лікарі; емоційний інтелект; резильєнтність; суб’єктивне бачення; типологія.

Anatolii Vlasenko

National Technical University “Kharkiv Polytechnic Institute”, graduate student of the department of pedagogy and psychology of management of social systems of academician

I. Zyazyun; Kharkiv, Ukraine;

Email: Anatolii.Vlasenko@sgt.khpi.edu.ua

© Анатолій Власенко, Анастасія Книш, 2025

Anastasiia Knysh

doctor of philosophy sciences, National Technical University “Kharkiv Polytechnic Institute”,
associate professor of the department of pedagogy and psychology of management of social
systems of academician I. Zyazyun; Kharkiv, Ukraine;

Email: Anastasiia.Knysh@khti.edu.ua

PSYCHOLOGICAL SAFETY OF PHYSICIANS: INDIVIDUAL RESOURCES, SUBJECTIVE PERCEPTIONS, AND TYPOLOGY IN MODERN CONDITIONS

Abstract: this study examines physicians’ psychological safety as an internal resource amid modern challenges. A survey of 112 doctors measured their emotional intelligence (EI), resilience, and gathered personal definitions of “psychological safety.” Cluster analysis identified three profiles: about one-third of doctors had low EI and resilience, nearly half moderate, and around one-fifth high. Doctors most often described feeling safe at work as being protected from patient aggression, having a balanced workload, and receiving support from colleagues and management. EI was strongly correlated with resilience. These findings show that doctors’ psychological safety is multi-dimensional, combining external factors (organizational and social support) with internal factors (personal coping resources). The study underscores the need for measures to improve work environments and to strengthen physicians’ individual resilience and emotional skills.

Key words: psychological safety; physicians; emotional intelligence; resilience; subjective perception; typology

Anatolii Vlasenko, Anastasiia Knysh

An extended abstract of the paper on the subject of:

“Psychological safety of physicians: individual resources, subjective perceptions, and typology in modern conditions”

Problem setting. *Modern transformations in healthcare — intensified by the war in Ukraine, heavy workloads, and rising burnout — make the study of doctors internal resources especially urgent. One such resource is psychological safety, understood here as a doctor’s subjective sense of stability, confidence, and security that enables effective work amid uncertainty. The need to study psychological safety is driven by the high emotional load on physicians, constant exposure to crisis situations, difficult patient communication, and increasing social and legal pressures. Under the strain of war and an unstable healthcare system, the risk of professional burnout, depression, and anxiety rises. Therefore, a doctor’s psychological safety is not just part of well-being but a key factor of resilience supporting work capacity*

and quality of care in crisis conditions.

Recent research and publications analysis. *In recent years, interest in psychological safety in healthcare has grown due to rising stress and burnout. Many studies focus on team and organizational factors such as open communication, trust in leadership, and a supportive culture that fosters safety. Kahn’s seminal work defined psychological safety as feeling able to act without fear of negative consequences. Subsequent research highlighted its role in team performance and learning. In healthcare, Edmondson showed that teams with high psychological safety achieve better outcomes and adapt more readily to change. Beyond group dynamics, some works examine individual factors like resilience and emotional intelligence, finding that professionals with higher levels of these*

traits cope better with stress. For example, physicians' emotional intelligence has been linked to improved patient communication and lower conflict, suggesting that personal resources buffer external challenges. In Ukraine, psychological safety of medical staff is mostly discussed in tandem with burnout issues, emphasizing the lack of systemic support, unclear feedback, and scarce recovery resources. Hubenko also stresses that psychological safety is an internal state shaped by an emotionally accepting, structured environment with clear rules, and highlights a doctor's adaptability as a crucial source of safety. However, few studies address physicians' subjective perspective on psychological safety. Standardized approaches do not capture the richness of individual experience, which is a notable limitation. In summary, while existing literature confirms the importance of psychological safety for effective teamwork and identifies various social and personal factors, important gaps remain regarding individual resources, demographic influences, different healthcare contexts, and especially how doctors themselves understand this phenomenon.

Paper objective. The aim of this paper is to investigate physicians' psychological safety, taking into account their subjective perceptions and psychological resources. The study set out to: (1) identify doctors' personal understanding of "psychological safety," and (2) determine a typology of physicians based on their levels of emotional intelligence and resilience.

Paper Main Body. Methodology. The study surveyed 112 physicians (aged 23–69, 92 % women) across various specialties and workplaces. We administered an adapted Hall Emotional Intelligence questionnaire (covering five components and a total EI score), the 10-item Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC-10) to measure resilience, and included an open-ended prompt for doctors to define "psychological safety of a doctor" in their own words. This mixed-method design provided quantitative measures of emotional skills and resilience

alongside qualitative insights into doctors' personal perceptions.

Results: The findings showed notable differences in doctors' EI and resilience. Cluster analysis identified three groups: Group I (~33 % of respondents) with low EI and resilience (poor emotional self-regulation, vulnerable to stress and burnout); Group II (~47 %) with moderate EI and resilience (average coping, some difficulty under pressure); and Group III (~20 %) with high EI and resilience (strong emotional regulation and stress tolerance). This suggests that while about one in three doctors lacks sufficient psychological resources, roughly one in five has very strong internal resources.

Qualitative analysis of doctors' definitions of psychological safety revealed several recurring themes. Most often, physicians emphasized protection from patient aggression, a manageable workload, and supportive colleagues and leadership as key to feeling safe. Other factors mentioned included comfortable working conditions, access to psychological support, clear legal protection, and avoiding burnout. Many respondents mentioned multiple factors, underscoring that psychological safety is multi-faceted, involving both the absence of external threats and the presence of a supportive environment. Finally, emotional intelligence was strongly correlated with resilience ($r \approx 0.67$), indicating that doctors with higher emotional skills tend to be more stress-resistant.

Conclusions of the research. The study shows that a physician's psychological safety is a complex construct shaped by both the work environment and individual resources. Three distinct groups of doctors were identified: a highly vulnerable group with low emotional regulation and resilience; a moderate group; and a most secure group with high resilience and emotional skills. Physicians themselves view psychological safety as multi-faceted, involving freedom from patient aggression, a balanced workload, supportive colleagues and leadership, and personal emotional stability.

The strong correlation between emotional intelligence and resilience underlines that enhancing doctors' emotional skills can improve their stress resistance. Ensuring physicians' psychological safety therefore requires comprehensive efforts—fostering a

supportive work environment and strengthening individual psychological resources through training and support — measures that will ultimately improve doctors' well-being and performance even in crisis conditions.

Постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями. У сучасних умовах трансформації системи охорони здоров'я, загострених повномасштабною війною в Україні, підвищеними професійними навантаженнями та зростаючим рівнем емоційного вигорання серед медичних працівників [11], особливої уваги набуває дослідження внутрішніх ресурсів особистості лікаря [1]. Одним із таких ресурсів є психологічна безпека, яка в контексті даного дослідження розглядається не лише як фактор зовнішнього середовища, а насамперед — як суб'єктивне відчуття стабільності, впевненості, захищеності, що дозволяє лікарю зберігати професійну ефективність в умовах невизначеності.

Попри широку представленість поняття “психологічна безпека” у працях із менеджменту, педагогіки та соціальної психології, у медичному середовищі воно залишається переважно фоновим, замінюючись категоріями “стресостійкість”, “емоційне виснаження”, “синдром професійного вигорання”. Такий редукаціоністський підхід, на нашу думку, обмежує розуміння глибини й багатозаровності психологічної безпеки як окремого конструкта.

Поняття психологічної безпеки було вперше чітко окреслено В. Кан як “можливість людини реалізовувати себе в ролі без страху негативних наслідків для свого статусу, кар'єри або самовідчуття” [14, с. 692]. Згодом ця ідея набула розвитку в працях Е. Едмондсон, яка акцентувала увагу на важливості безпечного міжособистісного клімату для професійного зростання та командної ефективності [9].

Водночас психологічна безпека лікаря — це не лише умова зовнішнього середовища, а й внутрішній стан готовності до адаптації, емоційної регуляції та відновлення, який формується під впливом особистісних характеристик і професійного досвіду. Це включає як когнітивне осмислення свого місця в команді, так і емоційно-мотиваційну сферу.

Актуальність дослідження психологічної безпеки в контексті медичної діяльності посилюється через низку чинників:

- високий рівень психоемоційного навантаження лікарів;
- постійний контакт із кризовими ситуаціями (хвороба, смерть, втрата);
- міжособистісна складність комунікації з пацієнтами;
- зовнішній соціальний тиск;
- зростаюча юридична відповідальність.

В умовах військової агресії, порушення стабільності медичної системи та морального виснаження кадрів, зростає ризик професійного вигорання, депресії, тривожних розладів. Саме тому психологічна безпека лікаря розглядається не лише як елемент добробуту, а як ключовий ресурс стійкості, збереження працездатності та якості надання медичних послуг [3].

Таким чином, постановка проблеми дослідження зумовлена необхідністю:

- осмислити психологічну безпеку як багатовимірний конструкт;
- дослідити її суб'єктивне сприйняття самими лікарями;
- визначити її зв'язки з віком, стажем, особистісними ресурсами та умовами праці.

Аналіз останніх досліджень та публікацій, у яких започатковано розв'язання цієї проблеми і на які спирається автор. Проблематика психологічної безпеки в професійному середовищі активно досліджується в останнє десятиліття, особливо у зв'язку зі зростанням рівня стресу, професійного вигорання та психологічної вразливості працівників медичної сфери [17]. Найбільшу увагу дослідники приділяють таким аспектам, як командна взаємодія, довіра до керівництва, безпечна комунікація, а також роль інституційних та організаційних факторів у формуванні психологічної безпеки [8].

Згідно з класичною концепцією В. Кана, психологічна безпека — це відчуття працівника, що він може вільно висловлювати свої ідеї без страху бути покараним чи приниженим [14]. Цей підхід отримав подальший розвиток у роботах, які розглядали психологічну безпеку як критичний фактор продуктивності в команді [6].

У сучасних медичних дослідженнях психологічна безпека вивчається переважно як умова для якісного функціонування клінічних команд. Так, дослідження Е. Едмондсон показало, що команди з високим рівнем психологічної безпеки демонструють кращі результати, більшу гнучкість і відкритість до змін [9; 7]. Аналогічні результати отримали Ху Ю. та ін., які підкреслюють, що середовище, в якому дозволено висловлювати незгоду чи повідомляти про помилки без покарання, сприяє зниженню рівня помилок у роботі медичного персоналу [12; 4].

Водночас окремі публікації фокусуються на індивідуальних чинниках психологічної безпеки, зокрема особистісній стійкості (резильєнтності), емоційному інтелекті та здатності до саморегуляції [16]. Автори наголошують, що працівники з вищим рівнем цих характеристик більшою мірою здатні відновлювати внутрішній баланс у стресових умовах, не покладаючись винятково на зовнішню підтримку.

Дослідження серед лікарів, проведене у США, встановило, що емоційний інтелект корелює з ефективністю спілкування з пацієнтами, зниженням конфліктності та кращим прогнозом емоційної адаптації в умовах кризи [5]. Ці результати підтверджують гіпотезу, що індивідуальні психологічні ресурси можуть слугувати буфером між зовнішніми викликами та внутрішньою стійкістю.

У контексті української реальності психологічна безпека медичного працівника розглядається переважно в рамках загальної проблеми професійного вигорання [19]. Дослідники вказують на брак системної підтримки, нерегламентованість механізмів зворотного зв'язку та відсутність ресурсного середовища для психологічного відновлення.

У роботі Н. Губенко психологічна безпека визначається як “внутрішній стан суб'єкта, що формується в умовах емоційного прийняття, структурованості простору та наявності передбачуваних правил взаємодії” [13, с. 22]. Авторка зазначає, що ключовим джерелом безпеки для лікаря є не лише колектив, а і власна готовність до адаптації в умовах невизначеності.

Водночас більшість досліджень не приділяє достатньої уваги суб'єктивному баченню психологічної безпеки з боку самих лікарів. Визначення, отримані через стандартизовані опитувальники, не розкривають глибини індивідуального досвіду, що є серйозним методологічним обмеженням [15].

Підсумовуючи, можемо зазначити: сучасна наукова література доводить важливість психологічної безпеки для ефективного функціонування медичних команд, а також наявність низки індивідуальних і соціальних чинників, що на неї впливають.

Виділення не вирішених раніше частин загальної проблеми, котрим присвячується дана стаття. Попри зростаючий інтерес до теми психологічної безпеки в професійному середовищі, низка важливих аспектів залишаються недостатньо дослідженими. Насамперед, у

багатьох роботах поняття психологічної безпеки розглядається переважно в організаційному контексті — як складова командної взаємодії, довіри до керівництва чи міжособистісного клімату [14]. У медичному контексті це питання вивчається переважно з позиції безпечного середовища для пацієнта, а не працівника, що створює теоретичну асиметрію в розумінні проблеми.

Актуальним питанням залишається і вплив демографічних характеристик (вік, стаж, стать) на сприйняття психологічної безпеки. Хоча окремі дослідження висвітлюють цей аспект, узагальненої картини наразі не сформовано. Наприклад, у роботі Дж. Брейтвет та ін. наголошується, що вік і гендерні відмінності значно впливають на рівень стресу та тривожності в медичному середовищі, але ці показники не пов'язані безпосередньо з відчуттям психологічної безпеки [3].

Також обмеженим залишається обсяг емпіричних даних щодо взаємозв'язку між рівнем психологічної безпеки та індивідуальними психологічними ресурсами працівника, такими як емоційний інтелект чи резильєнтність. У публікації Е. Едмондсон зазначається, що безпека з боку колективу може підвищувати рівень участі працівників у спільному прийнятті рішень, проте не обов'язково корелює із внутрішньою стійкістю особистості [9].

Дослідники також звертають увагу на організаційні бар'єри, які перешкоджають формуванню безпечного простору для лікарів. Наприклад, жорстка ієрархія, авторитарний стиль керівництва та відсутність чітких політик підтримки створюють атмосферу пригнічення та емоційної ізоляції [18].

Крім того, дослідження в первинній медичній ланці зустрічаються рідше, ніж у стаціонарному секторі. Це обмежує загальність висновків, адже умови праці, рівень автономності й підтримки в амбулаторній ланці значно відрізняються [12].

Ще однією малодослідженою

темою є суб'єктивне розуміння психологічної безпеки самими лікарями — більшість публікацій пропонують лише узагальнені визначення, не враховуючи індивідуальні уявлення, досвід чи очікування працівників. Це обмежує можливість побудови дійсно ефективних програм профілактики вигорання та психологічної підтримки, адаптованих до потреб персоналу.

Таким чином, невирішеними залишаються щонайменше такі напрями: взаємозв'язок психологічної безпеки з внутрішніми ресурсами (резильєнтність, емоційний інтелект); вплив соціально-демографічних характеристик на відчуття психологічної безпеки; контекстуальні особливості (тип медичного закладу, рівень медичної допомоги); суб'єктивне бачення психологічної безпеки самими лікарями як феномен; вплив стилю управління та культури організації на психологічний клімат.

Розв'язання цих питань є ключовим для побудови сучасної системи підтримки медичних працівників в умовах багаторівневої професійної та соціальної кризи.

Формулювання цілей статті (постановка завдання). Мета статті — розглянути психологічну безпеку лікарів, враховуючи суб'єктивні уявлення та психологічні ресурси. Завдання дослідження:

1. Виявити суб'єктивні уявлення лікарів про психологічну безпеку.
2. Визначити типологію лікарів за рівнем емоційного інтелекту й резильєнтності.

Виклад основного матеріалу дослідження з повним обґрунтуванням отриманих наукових результатів. Дослідження було проведено з метою визначення особливостей психологічної безпеки лікарів, включаючи як об'єктивні психологічні ресурси особистості (емоційний інтелект, резильєнтність), так і суб'єктивне розуміння цього феномену самими медиками. У дослідженні взяли участь 112 лікарів різного фаху віком від 23 до 69 років (середній вік — ~33 роки, *SD*

≈ 6,4). Серед учасників переважали жінки (103 особи, 92 %), чоловіків було 9 (8 %). Лікарський стаж коливався від 2 до 42 років (медіана — 8 років, середній — ~10 років). Вибірка охопила фахівців кількох профілів: найбільші групи склали педіатри (~24 % вибірки), лікарі загальної практики — сімейної медицини (~14 %) та отоларингологи (~13 %). Інші спеціальності (терапевти, неонатологи, стоматологи, неврологи, тощо) були представлені поодинокі або невеликими групами. За формою працевлаштування 41 учасник працює у приватних закладах, 35 — у державних, ще 36 поєднують роботу в обох секторах. Приблизно половина лікарів надають допомогу і дітям, і дорослим (46 %), 38 % працюють лише з дітьми, 16 % — лише з дорослими. Таким чином, вибірка є різномірною за демографічними та професійними характеристиками, що забезпечує широке охоплення різних умов професійної діяльності лікарів.

В дослідженні було використано кілька методів психологічної діагностики. По-перше, для оцінки емоційного інтелекту застосовано адаптований опитувальник емоційного інтелекту Холла. Даний опитувальник дозволяє виміряти п'ять ключових компонентів емоційної компетентності — а саме: емоційну обізнаність (усвідомлення власних почуттів), управління власними емоціями (здатність регулювати негативні емоційні стани), самомотивацію (уміння спонукати себе до діяльності попри труднощі), емпатію (чутливість до почуттів інших людей) та розпізнавання емоцій оточуючих (розуміння емоційного стану інших за невербальними сигналами). Кожна з цих шкал відображає окремий аспект емоційного інтелекту, а їх сукупність формує інтегральний показник EI. Використання цієї методики є доцільним, оскільки вона забезпечує багатовимірне охоплення емоційних здібностей особистості лікаря, що мають важливе значення в стресових умовах професійної діяльності. По-друге, для

вимірювання рівня стресостійкості та здатності до відновлення після труднощів було застосовано шкалу резильєнтності Коннора–Девідсона (CD-RISC-10) — 10-пунктовий опитувальник, результати якого інтегруються в сумарний показник резильєнтності. Ця методика дозволяє кількісно оцінити психологічну стійкість лікарів перед викликами та їхню здатність адаптуватися до стресових ситуацій. По-третє, було використано авторську анкету для виявлення суб'єктивного бачення учасниками феномену психологічної безпеки. Зокрема, анкета містила відкрите запитання: *“Дайте власне визначення, виходячи зі свого досвіду і світогляду, для поняття “психологічна безпека лікаря”*. Відповіді на це запитання дозволили зібрати якісні дані про те, які аспекти роботи та оточення лікарів вони самі вважають визначальними для свого відчуття безпеки. Комбінація стандартизованих психодіагностичних методик із відкритим питанням забезпечила комплексний підхід до дослідження: кількісні показники емоційного інтелекту та резильєнтності були доповнені якісним аналізом особистих уявлень респондентів про психологічну безпеку.

Отримані результати психодіагностики свідчать про значну варіативність рівнів емоційного інтелекту та резильєнтності серед обстежених лікарів. Середні значення за вибіркою вказують на загалом помірний рівень розвитку цих якостей (наприклад, середній сумарний бал за шкалою резильєнтності становив $M \approx 39,4$ при $SD \approx 8,3$ із можливого діапазону від 0 до 56; за сумарною шкалою емоційного інтелекту $M \approx 33,4$, $SD \approx 20,0$, діапазон від — 36 до 86). Водночас, для глибшого розуміння структурних особливостей вибірки, було проведено кластерний аналіз результатів за основними шкалами. За допомогою кластерного групування респондентів за показниками емоційного інтелекту (інтегральний бал і субшкали) та резильєнтності вдалося виділити три однорідні групи (кластери) лікарів. На рис.

І представлені середні значення показників характерні профілі груп за рівнем у кожному кластері, що відображають емоційного інтелекту та стійкості до стресу.

Таблиця 1

Показники емоційного інтелекту (шкала Холла) та резильєнтності (CD-RISC-10) у виділених кластерах лікарів

Показник	Група I (n=37)	Група II (n=53)	Група III (n=22)
Емоційний інтелект, загальний бал	11,2	38,6	58,0
Емоційна обізнаність	6,0	11,1	13,7
Управління власними емоціями	-5,7	-2,0	5,6
Самотивація	0,6	7,9	12,7
Емпатія	5,5	11,7	13,6
Розпізнавання емоцій інших людей	4,9	9,9	12,4
Резильєнтність (CD-RISC-10), балів	32,1	40,7	48,6

Як видно з табл. 1, перший кластер (Група I) об'єднує приблизно третину вибірки (33 % респондентів) і характеризується найнижчими показниками як емоційного інтелекту, так і резильєнтності. Зокрема, у Групі I спостерігається вкрай низький рівень здібності до управління своїми емоціями (середнє значення — 5,7), що вказує на наявність суттєвих труднощів із саморегуляцією емоційних станів: лікарі цієї групи, ймовірно, відчувають значні проблеми з контролем негативних емоцій, збереженням спокою під тиском тощо. Інші компоненти ЕІ також розвинені слабо: середні бали за емпатією (5,5) та емоційною обізнаністю (6,0) є низькими, що означає обмежену чутливість як до власних, так і до чужих емоцій. Показник самотивації практично на нульовому рівні ($\approx 0,6$), тобто представники цього кластеру схильні втрачати внутрішню мотивацію при зіткненні з перешкодами. Відповідно, інтегральний сумарний бал емоційного інтелекту в Групі I найнижчий (близько 11 при максимальних теоретично можливих понад 80). Резильєнтність у цієї групи лікарів теж низька — середній бал

≈ 32 , що суттєво нижче, ніж у інших кластерах. Такий профіль свідчить про те, що приблизно кожен третій лікар із вибірки має недостатньо розвинені емоційні навички та стійкість до стресу, що потенційно робить їх психологічно вразливими у професійній діяльності.

Другий кластер (Група II) включає найбільшу частину вибірки — майже половину респондентів (47 %). Характеристика цього кластеру проміжна: показники емоційного інтелекту та стійкості в ньому знаходяться на середньому рівні. Як видно з таблиці, Група II має помірно розвинені емоційну обізнаність ($\approx 11,1$) та емпатію ($\approx 11,7$), тобто ці лікарі здатні відносно добре усвідомлювати власні почуття і розуміти емоції пацієнтів чи колег. Самотивація у середньому становить $\approx 7,9$ бали — помітно вища, ніж у Групі I, що говорить про кращу здатність долати труднощі, проте все ще нижча, ніж у найсильнішому кластері. Найуразливішим місцем цієї групи теж є регуляція емоцій — її показник хоч і вищий, ніж у Групі I, але все ще від'ємний ($\approx -2,0$), що вказує на наявність певних проблем із стримуванням

негативних переживань або подоланням емоційного напруження. Рівень резильєнтності у Групі II знаходиться близько до середньостатистичного за вибіркою ($\approx 40,7$ бала) і є помірним: ці лікарі загалом здатні протистояти стресу та відновлюватися після нього, хоча їх запас психологічної стійкості не максимально можливий. Отже, більшість опитаних лікарів належать до кластера із середнім рівнем розвитку емоційних компетентностей і стресостійкості — у них наявні базові навички емоційної взаємодії та адаптації, однак залишаються певні резерви для підвищення цих показників.

Третій кластер (Група III) об'єднує найменшу частину вибірки — близько 20 % респондентів, проте вирізняється найвищими показниками за всіма оцінюваними шкалами. Лікарі, віднесені до Групи III, демонструють високий рівень емоційного інтелекту: їхня емоційна обізнаність ($\approx 13,7$) і емпатія ($\approx 13,6$) наближаються до максимальних значень, що свідчить про добре розвинене розуміння як власних, так і чужих емоцій. Особливо помітно відрізняється від інших груп показник управління емоціями — середнє значення 5,6 бала, що є позитивним і значно перевищує аналогічні показники Груп I та II. Це означає, що представники Групи III вміють ефективно контролювати свої емоційні реакції, зберігати зосередженість у стресових ситуаціях і швидко відновлювати емоційну рівновагу після пережитих неприємностей. Також дуже високим у цьому кластері є рівень самомотивації ($\approx 12,7$), тобто ці лікарі здатні наполегливо рухатися до мети, незважаючи на перепони, та знаходять внутрішні ресурси для подолання професійних викликів. Резильєнтність у Групі III теж знаходиться на високому рівні (близько 48,6 бала): такі медики відзначаються винятковою стійкістю до стресу, умінням швидко адаптуватися до змін та долати кризові обставини без суттєвих втрат для свого психічного стану. Зважаючи на наведені профілі, Групу III можна охарактеризувати

як найбільш психологічно захищену: володіючи розвиненим емоційним інтелектом і високою стресостійкістю, ці лікарі, ймовірно, почуваються впевненіше і безпечніше в професійному середовищі, ефективніше справляються з емоційними та соціальними труднощами роботи. Натомість Група I становить групу ризику з точки зору психологічної безпеки — брак навичок емоційної саморегуляції та низька стійкість можуть приводити до швидшого виснаження, професійного вигорання або конфліктів. Така внутрішньогрупова диференціація результатів підкреслює важливість індивідуальних психологічних ресурсів лікаря для його відчуття безпеки: приблизно кожен п'ятий має високі внутрішні ресурси, тоді як третина — потребує уваги та, можливо, підтримки у розвитку емоційної компетентності та стресостійкості.

Окрім кількісних показників, важливим результатом дослідження став якісний аналіз відкритих відповідей респондентів щодо розуміння поняття “психологічна безпека лікаря”. Усі відповіді було піддано тематичному аналізу, під час якого з текстів учасників виділено десять основних категорій. Виявлені теми охоплюють різні аспекти професійного життя медиків — від взаємин у колективі до організаційних умов роботи. Таблиця 2 подає перелік цих категорій із зазначенням, скільки респондентів згадали кожен з них у своїх визначеннях (абсолютна кількість та відсоток від загалу). Варто зазначити, що багато учасників у своїх відповідях одночасно торкалися кількох аспектів (у середньому 2–3 категорії в одній відповіді), що відображає комплексний характер їхнього бачення психологічної безпеки.

Як видно з табл. 2, найбільш часто в уявленнях лікарів про психологічну безпеку фігурує захищеність від агресії чи тиску з боку пацієнтів. Цю категорію прямо або опосередковано згадала половина опитаних ($\approx 51\%$). Для багатьох респондентів ключовим чинником безпеки є почуття, що пацієнти ставляться з повагою і не завдають

психологічного дискомфорту лікарю. Приміром, один із учасників зазначив, що психологічна безпека — це “відсутність тиску з боку пацієнта та колег/керівництва”, наголошуючи на важливості неприпустимості агресивної або зневажливої поведінки оточуючих у процесі роботи. Інший респондент метафорично

описав безпечний стан як момент, “коли ти можеш відчувати себе людиною, яка хоче і може допомагати, а не “живим інструментом” у руках пацієнта”. Така образна відповідь підкреслює необхідність партнерського, гуманного ставлення до лікаря, за якого медик не відчуває себе використаним або знеособленим об’єктом.

Таблиця 2.

Категорії розуміння психологічної безпеки лікаря (результати тематичного аналізу відкритих відповідей)

Категорія	n (%) респондентів
Захист від пацієнтів (відсутність агресії, тиску з їхнього боку)	57 (50,9 %)
Графік роботи та навантаження (баланс роботи і відпочинку)	29 (25,9 %)
Підтримка колективу та керівництва (доброзичливі стосунки, допомога)	26 (23,2 %)
Умови роботи (інфраструктура) (комфорт, належне обладнання тощо)	21 (18,8 %)
Психологічна підтримка та ресурсність (доступ до допомоги, власні ресурси)	20 (17,9 %)
Юридичний/адміністративний захист (захищеність від неправомірних дій)	18 (16,1 %)
Встановлення особистих кордонів (дотримання робочих меж, “work-life balance”)	14 (12,5 %)
Професійне вигорання (відсутність перевтоми, боротьба з вигоранням)	12 (10,7 %)
Фінансова стабільність та мотивація (достатня оплата праці)	3 (2,7 %)
Гнучкість, автономність у прийнятті рішень (свобода дій, самостійність)	1 (0,9 %)

На другому місці за частотою згадувань опинилися організаційні аспекти роботи лікаря — режим праці та навантаження (26 % відповідей). Чверть респондентів вважають, що дотримання балансу між роботою та відпочинком, відсутність надмірного робочого навантаження, справедливий розподіл чергувань тощо є невід’ємною умовою психологічної безпеки. Лікарі наголошували на важливості можливості розмежувати робочий і особистий час. Наприклад, у одній відповіді зазначено: “Розмежування

роботи та особистого життя; уникання перевантаження; можливість відпочинку”. Це вказує на усвідомлення медиками ризику професійного вигорання при порушенні балансу “робота–відпочинок” та на потребу у регламентованому, передбачуваному графіку як чиннику безпеки.

Третім за значущістю фактором постає підтримка з боку колег та керівництва (23 % респондентів). Чверть опитаних прямо зазначили, що здоровий психологічний клімат у колективі, відчуття ліктя та взаємодопомоги,

коректне ставлення начальства є для них основою безпеки. У відповідях це проявлялося через такі формулювання, як *“здорова робоча атмосфера в колективі”, “повага, підтримка колег, можливість порадитися”, “адекватна підтримка керівництва, можливість звернутись за допомогою або консультацією”* тощо. Таким чином, доброзичливі стосунки в команді та організаційна культура, вільна від цькування чи принижень, є критично важливими для психологічного благополуччя лікаря на робочому місці.

Схожу частку відповідей охоплюють і матеріально-технічні та адміністративні умови: комфортні умови праці (19 %) та юридичний/адміністративний захист лікаря (16 %). Під умовами праці респонденти розуміли як безпечне фізичне середовище (наявність необхідного обладнання, належні інфраструктура і забезпечення), так і загальний відчутний комфорт на робочому місці. Один лікар описав це так: *“заходи, спрямовані на відчуття підтримки та комфорту лікаря на робочому місці”*. Юридичний та адміністративний захист передбачає наявність чітких посадових інструкцій, протоколів, правового покриття дій лікаря, підтримку керівництва у конфліктних ситуаціях із пацієнтами. Фактично, йдеться про впевненість медика, що у разі суперечливих або стресових ситуацій система (законодавство, адміністрація закладу) стане на його бік і забезпечить справедливе вирішення питання. Хоча ці категорії згадувались дещо рідше, їхня присутність у відповідях свідчить про усвідомлення лікарями значущості системних чинників безпеки — таких, що залежать не стільки від окремих людей, скільки від організації роботи системи охорони здоров'я загалом.

Окремо варто відзначити категорію *“психологічна підтримка та ресурсність”* (18 % відповідей). Вона включає як можливість отримати психологічну допомогу за необхідності (наприклад,

консультацію психолога, супервізію, емоційну підтримку), так і наявність власних психологічних ресурсів у лікаря для подолання стресу. Деякі учасники згадували про емоційну стійкість як частину безпеки: фактично, це перегукується з вимірним показником резильєнтності. Хоча безпосередньо термін *“резильєнтність”* у відповідях не вживався, зміст цієї категорії відображає ідею про те, що лікар почувається більш захищеним, коли має внутрішні ресурси або зовнішні можливості відновити психічну рівновагу. Ця знахідка цікава тим, що пов'язує суб'єктивне бачення безпеки з особистісними якостями: можна припустити, що лікарі з вищою резильєнтністю (як у кластері III) краще усвідомлюють цінність психологічної підтримки і, можливо, частіше звертаються за нею чи культивують власну ресурсність.

Найменш частотними виявилися такі аспекти, як: фінансова стабільність (лише 3 особи, ~3 %, згадали достатній рівень оплати чи матеріального стимулювання) та гнучкість/автономність у прийнятті рішень (1 особа відзначила важливість свободи дій і самостійності лікаря). Низька частота цих відповідей зовсім не означає, що матеріальна забезпеченість або автономність неважливі — швидше за все, більшість лікарів сприймає їх як бажані умови, проте в контексті особистого відчуття безпеки вони відходять на другий план порівняно з більш нагальними соціально-психологічними чинниками (такими як захищеність від агресії, підтримка тощо). Іншими словами, коли йдеться про психологічну безпеку, респонденти передусім думають про відносини і атмосферу, а питання оплати праці чи управлінської автономії згадують рідше, можливо, тому що ці фактори вони розглядають у категоріях задоволеності роботою або професійної реалізації, а не безпеки.

Для узагальнення, можна сказати, що за даними тематичного аналізу лікарі визначають психологічну безпеку як багатовимірний феномен, що включає як

відсутність зовнішніх загроз (агресія, надмірний тиск, перевантаження, несприятливі умови), так і наявність підтримувального середовища (допомога колег, розуміння з боку керівництва, комфортні умови, чіткі правила). Деякі також підкреслюють важливість власної стресостійкості та можливості отримати допомогу. Ці результати добре узгоджуються з науковими уявленнями про те, що психологічна безпека на робочому місці забезпечується сукупністю організаційних, соціальних та особистісних факторів.

Нарешті, було проведено аналіз кореляційних зв'язків між основними змінними дослідження. Вік та стаж роботи лікарів не продемонстрували статистично значущого впливу на рівень їхнього емоційного інтелекту чи резильєнтності. Зокрема, коефіцієнти кореляції Спірмена між віком і показниками ЕІ та резильєнтності коливалися в межах $r \approx -0,04 \dots -0,16$ ($p > 0,05$), а між стажем і цими показниками — $r \approx -0,03 \dots -0,16$ ($p > 0,05$). Іншими словами, молоді фахівці та досвідчені лікарі в середньому не відрізнялися рівнем емоційної компетентності або стійкості до стресу. Це цікавий результат, який свідчить про те, що розвиток емоційного інтелекту є більш індивідуальною характеристикою, не автоматично обумовленою віковим дозріванням чи накопиченням професійного досвіду. Можна припустити, що вплив професійного шляху на ці якості опосередковується іншими змінними (наприклад, особистісними зусиллями з розвитку навичок або умовами роботи), але сама по собі тривалість практики не гарантує високого ЕІ чи резильєнтності.

Натомість, виявлено тісний позитивний кореляційний зв'язок між емоційним інтелектом та резильєнтністю. Коефіцієнт кореляції Спірмена між сумарними балами шкали Холла та CD-RISC-10 склав $r \approx +0,67$ ($p < 0,001$), що вказує на високий ступінь взаємозв'язку. Це означає, що лікарі, які набрали високі бали за емоційним інтелектом, як правило,

характеризуються і високою стійкістю до стресу (і навпаки, низький ЕІ поєднується з низькою резильєнтністю). Такий результат є очікуваним і логічним: уміння розпізнавати та регулювати свої емоції тісно пов'язане зі здатністю успішно долати стресові ситуації. Фактично, емоційна саморегуляція та самомотивація (як компоненти ЕІ) виступають психологічними ресурсами, що допомагають протистояти професійним викликам, підтримують наполегливість і оптимізм, тим самим підвищуючи загальну стресостійкість. Наші дані підтверджують, що серед опитаних лікарів ті, хто демонструє зрілі емоційні навички, водночас є і більш психологічно резильєнтними. В контексті кластерного аналізу це відобразилося в паралельності профілів: група з високим ЕІ мала і високий рівень резильєнтності (Група III), тоді як група з дефіцитами ЕІ (Група I) показала найнижчу стійкість.

Висновки з даного дослідження та перспективи подальших розвідок у даному напрямку. Дослідження підтвердило, що психологічна безпека лікарів є комплексним феноменом [2], який поєднує як зовнішні, так і внутрішні чинники. Аналіз відповідей учасників продемонстрував, що медики насамперед асоціюють власну психологічну безпеку з відсутністю прямих загроз у робочому середовищі (агресії, надмірного тиску, перевантаження) та наявністю підтримки — доброзичливих взаємин у колективі, розуміння з боку керівництва, чітких і справедливих правил. Водночас частина опитаних наголосила на значущості власних ресурсів стійкості: лікарі відчувають себе більш захищеними, коли мають здатність відновлювати психологічну рівновагу або можуть звернутися за фаховою допомогою у разі потреби. Отже, суб'єктивне бачення психологічної безпеки включає баланс між підтримувальним оточенням і особистісною резильєнтністю, що узгоджується із сучасними науковими уявленнями про природу цього явища.

Кількісний аналіз результатів

показав, що демографічні характеристики (вік, стаж) не мають істотного впливу на рівень емоційного інтелекту або резильєнтності лікарів. Натомість виявлено тісний позитивний зв'язок між емоційною компетентністю та стресостійкістю медиків: фахівці з високим емоційним інтелектом демонструють значно вищу психологічну стійкість до стресових факторів. Цей взаємозв'язок підтверджено типологізацією учасників: виокремлено три умовні групи лікарів за рівнем емоційного інтелекту та резильєнтності. Зокрема, група з найвищими показниками ЕІ одночасно характеризувалася й найвищою психологічною стійкістю, тоді як лікарі з виразним дефіцитом емоційних навичок мали найнижчий рівень резильєнтності. Цікаво, що представники

“стійкішою” групи частіше усвідомлювали значення психологічної підтримки та особистих ресурсів, формуючи, таким чином, більш проактивне ставлення до власної безпеки на роботі.

Перспективи подальших розвідок у цьому напрямку полягають у глибшому вивченні ролі організаційних чинників (стилю управління, культури установи) у забезпеченні психологічної безпеки медиків, а також у розробці інтервенцій, спрямованих на розвиток емоційної компетентності й резильєнтності лікарів. Додатково перспективним є дослідження довгострокових наслідків роботи в екстремальних умовах для суб'єктивного відчуття безпеки та ефективності професійної діяльності фахівців охорони здоров'я.

Список літератури:

1. Agarwal P., Farndale E. High-performance work systems and creativity implementation: The role of psychological capital and psychological safety. *Human Resource Management Journal*. 2017. Vol. 27, № 3. P. 440–458. DOI: <https://doi.org/10.1111/1748-8583.12148>.

2. Bahadurzada H., Edmondson A., Kerrissey M. Psychological safety as an enduring resource amid constraints. *International Journal of Public Health*. 2024. Vol. 69. DOI: <https://doi.org/10.3389/ijph.2024.1607332>.

3. Adair K., Heath A. D., Frye M. The Psychological Safety Scale of the Safety, Communication, Operational, Reliability, and Engagement (SCORE) Survey: A brief, diagnostic, and actionable metric for the ability to speak up in healthcare settings. *Journal of Patient Safety*. 2022. № 18. P. 513–520. URL: [10.1097/PTS.0000000000001048](https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000001048).

4. Brimhall K., Tsai C., Eckardt R., Dionne S., Yang B., Sharp A. The effects of leadership for self-worth, inclusion, trust, and psychological safety on medical error reporting. *Health Care Management Review*. 2023. Vol. 48, № 2. P. 120–129. DOI: <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000358>.

5. Cherry M., Fletcher I., O'Sullivan H. Validating relationships among attachment, emotional intelligence and clinical communication. *Medical Education*. 2014. Vol. 48, № 10. P. 988–997. DOI: <https://doi.org/10.1111/medu.12526>.

6. Delizonna L. High-Performing Teams Need Psychological Safety: Here's How to Create It. *Harvard Business Review*. DOI: <https://doi.org/https://hbr.org/2017/01/high-performing-teams-need-psychological-safety-heres-how-to-create-it>.

7. Edmondson A. Psychological safety and learning behavior in work teams. *Administrative Science Quarterly*. 1999. Vol. 44, № 2. P. 350–383. DOI: <https://doi.org/10.2307/2666999>.

8. Edmondson A. Psychological safety as a foundation for teamwork: A review and agenda for future research. *The Leadership Quarterly*. 2003. Vol. 14, № 1. P. 33–47. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1048-9843\(02\)0107-3](https://doi.org/10.1016/S1048-9843(02)0107-3).

9. Edmondson A. The Fearless Organization: Creating Psychological Safety in the Workplace for Learning, Innovation, and Growth. *Hoboken: John Wiley and Sons*, 2019. 256 p.

10. Frazier M., Fa'inshmidt S., Klinger R., Pezeshkan A., Vracheva V.

Psychological safety: A meta-analytic review and extension. *Personnel Psychology*. 2017. Vol 70, № 1. P. 113–165. DOI: <https://doi.org/10.1111/peps.12183>.

11. Grailey K., Murray E., Reader T., Brett S. The presence and potential impact of psychological safety in the healthcare setting: An evidence synthesis. *BMC Health Services Research*. 2021. Vol. 21. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06740-6>.

12. Remtulla R., Hagana A., Houbby N. Exploring the barriers and facilitators of psychological safety in primary care teams: a qualitative study. *BMC Health Services Research*. 2021. Vol. 21, № 1. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06232-7>.

13. Kerrissey M., Hayirli T., Bhanja A. How psychological safety and feeling heard relate to burnout and adaptation amid uncertainty. *Health Care Management Review*. 2022. Vol. 47, № 4. P. 308–316. DOI: <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000338>.

14. Kahn W. Psychological conditions of personal engagement and disengagement at work. *Academy of Management Journal*. 1990. Vol. 33, № 4. P. 692–724. DOI: <https://doi.org/10.5465/256287>.

15. Cogan N., Campbell J., Morton L., Young D., Porges S. (2024). Validation of the Neuroception of Psychological Safety Scale (NPSS) among health and social care workers in the UK. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Vol. 21, 1551 p. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph21121551>.

16. Liu X. Leader inclusiveness and employee voice: A multilevel examination of psychological safety as a mediator. *Group & Organization Management*. 2021. Vol. 46, № 3. P. 423–459. DOI: <https://doi.org/10.1177/10596011211018309>.

17. Newman A., Donohue R., Eva N. Psychological safety: A systematic review of the literature. *Human Resource Management Review*. 2017. Vol. 27, № 3. P. 521–535. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2017.01.001>.

18. Okuyama A., Wagner C., Bijnen B. Speaking up for patient safety by

hospital-based healthcare professionals: A literature review. *BMC Health Services Research*. 2014. Vol. 14. DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-61>.

19. Bahadurzada H., Edmondson A., Kerrissey M. Psychological safety as an enduring resource amid constraints. *International Journal of Public Health*. 2024. Vol. 69. DOI: <https://doi.org/10.3389/ijph.2024.1607332>.

References:

1. Agarwal P., Farndale E. High-performance work systems and creativity implementation: The role of psychological capital and psychological safety. *Human Resource Management Journal*. 2017. Vol. 27, № 3. P. 440–458. DOI: <https://doi.org/10.1111/1748-8583.12148>.

2. Bahadurzada H., Edmondson A., Kerrissey M. Psychological safety as an enduring resource amid constraints. *International Journal of Public Health*. 2024. Vol. 69. DOI: <https://doi.org/10.3389/ijph.2024.1607332>.

3. Adair K., Heath A. D., Frye M. The Psychological Safety Scale of the Safety, Communication, Operational, Reliability, and Engagement (SCORE) Survey: A brief, diagnostic, and actionable metric for the ability to speak up in healthcare settings. *Journal of Patient Safety*. 2022. No. 18. pp. 513–520. Available at: [10.1097/PTS.0000000000001048](https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000001048).

4. Brimhall K., Tsai C., Eckardt R., Dionne S., Yang B., Sharp A. The effects of leadership for self-worth, inclusion, trust, and psychological safety on medical error reporting. *Health Care Management Review*. 2023. Vol. 48, № 2. P. 120–129. DOI: <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000358>.

5. Cherry M., Fletcher I., O’Sullivan H. Validating relationships among attachment, emotional intelligence and clinical communication. *Medical Education*. 2014. Vol. 48, № 10. P. 988–997. DOI: <https://doi.org/10.1111/medu.12526>.

6. Delizonna L. High-Performing Teams Need Psychological Safety: Here’s

- How to Create It. *Harvard Business Review*. DOI: <https://doi.org/https://hbr.org/2017/01/high-performing-teams-need-psychological-safety-heres-how-to-create-it>.
7. Edmondson A. Psychological safety and learning behavior in work teams. *Administrative Science Quarterly*. 1999. Vol. 44, № 2. P. 350–383. DOI: <https://doi.org/10.2307/2666999>.
8. Edmondson A. Psychological safety as a foundation for teamwork: A review and agenda for future research. *The Leadership Quarterly*. 2003. Vol. 14, № 1. P. 33–47. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1048-9843\(02\)00107-3](https://doi.org/10.1016/S1048-9843(02)00107-3).
9. Edmondson A. The Fearless Organization: Creating Psychological Safety in the Workplace for Learning, Innovation, and Growth. *Hoboken: John Wiley and Sons*, 2019. 256 p.
10. Frazier M., Fa'inshmidt S., Klinger R., Pezeshkan A., Vracheva V. Psychological safety: A meta-analytic review and extension. *Personnel Psychology*. 2017. Vol 70, № 1. P. 113–165. DOI: <https://doi.org/10.1111/peps.12183>.
11. Grailey K., Murray E., Reader T., Brett S. The presence and potential impact of psychological safety in the healthcare setting: An evidence synthesis. *BMC Health Services Research*. 2021. Vol. 21. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06740-6>.
12. Remtulla R., Hagana A., Houbby N. Exploring the barriers and facilitators of psychological safety in primary care teams: a qualitative study. *BMC Health Services Research*. 2021. Vol. 21, No. 1. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06232-7>.
13. Kerrissey M., Hayirli T., Bhanja A. How psychological safety and feeling heard relate to burnout and adaptation amid uncertainty. *Health Care Management Review*. 2022. Vol. 47, No 4. pp. 308–316. DOI: <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000338>
14. Kahn W. Psychological conditions of personal engagement and disengagement at work. *Academy of Management Journal*. 1990. Vol. 33, № 4. P. 692–724. DOI: <https://doi.org/10.5465/256287>.
15. Cogan N., Campbell J., Morton L., Young D., Porges S. (2024). Validation of the Neuroception of Psychological Safety Scale (NPSS) among health and social care workers in the UK. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Vol. 21, 1551 p. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph21121551>.
16. Liu X. Leader inclusiveness and employee voice: A multilevel examination of psychological safety as a mediator. *Group & Organization Management*. 2021. Vol. 46, No. 3. pp. 423–459. DOI: <https://doi.org/10.1177/10596011211018309>.
17. Newman A., Donohue R., Eva N. Psychological safety: A systematic review of the literature. *Human Resource Management Review*. 2017. Vol. 27, № 3. P. 521–535. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2017.01.001>.
18. Okuyama A., Wagner C., Bijnen B. Speaking up for patient safety by hospital-based healthcare professionals: A literature review. *BMC Health Services Research*. 2014. Vol. 14. DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-61>.
19. Bahadurzada H., Edmondson A., Kerrissey M. Psychological safety as an enduring resource amid constraints. *International Journal of Public Health*. 2024. Vol. 69. DOI: <https://doi.org/10.3389/ijph.2024.1607332>.

Стаття надійшла до редакції 30.04.2025