

НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

Кафедра менеджменту охорони здоров'я

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему: “Розробка та апробація системи мотивації для підвищення ефективності діяльності медичного персоналу на базі КНП “Романівська лікарня”: методологічний та практичний аспекти.”

Виконала: Кібець Юлія Сергіївна

Галузь знань: 07 "Управління та адміністрування"

Спеціальність: 073 "Менеджмент"

Освітньої програми: «Менеджмент охорони здоров'я»

Освітній ступінь: магістр

Науковий консультант Вежновець Тетяна Андріївна

доктор медичних наук, професор

2024 рік

## ЗМІСТ

Анотація.....	3
ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. Теоретичні засади мотивації, вигорання та залученості працівників в Україні.....	6
1.1. Теоретичні основи мотивації, вигорання та залученості працівників: підходи, теорії та значення для професійної діяльності лікарів.....	6
1.2. Стан проблеми мотивації та залученості в Україні: виклики, можливості та перспективи.....	12
1.3. Формулювання гіпотез дослідження.....	14
РОЗДІЛ 2. Методологія дослідження.....	16
2.2. Визначення інструментів та методів збору даних.....	18
2.3. Процедури обробки і аналізу даних.....	20
РОЗДІЛ 3. Результати дослідження.....	24
3.1. Аналіз відповідей респондентів згідно демографічних даних, рівень мотивації, вигорання та залученості.....	24
3.2. Кореляційний аналіз та підтвердження гіпотез.....	33
3.3. Порівняння між групами та модель інтегрованого аналізу мотивації, залученості та вигорання.....	35
РОЗДІЛ 4. Опис моделі на основі отриманих даних.....	35
4.1. Опис теоретичних аспектів матриці станів.....	35
4.2. Висновки щодо запропонованої моделі.....	42
РОЗДІЛ 5. Висновки та рекомендації.....	42
5.1. Узагальнення основних результатів.....	42
5.2. Практичні рекомендації на основі результатів.....	42
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	43
ДОДАТОК А.....	45
ДОДАТОК В.....	46

## Анотація

Дослідження присвячене розробці та апробації системи мотивації для підвищення ефективності діяльності медичного персоналу на базі КНП "Романівська лікарня". Основною проблемою є недостатня ефективність існуючих підходів до мотивації в умовах значних професійних викликів та кризових ситуацій, спричинених воєнним станом.

Метою дослідження є вивчення рівня залученості, вигорання та мотивації лікарів з метою формування інтервенцій для підтримки працівників. Для досягнення поставленої мети використано метод опитування, що базується на трьох адаптованих інструментах: Utrecht Work Engagement Scale (UWES) для вимірювання залученості, Maslach Burnout Inventory (MBI) для оцінки вигорання та шкали на основі теорії Герцберга для вивчення мотиваційних чинників. Опитування доповнено питаннями, що враховують вплив воєнного стану.

На основі комбінаторного аналізу показників залученості, вигорання та мотивації створено матрицю інтегрованого аналізу мотивації, залученості та вигорання станів працівників, що дозволяє визначити специфічні групи медичного персоналу та запропонувати цільові інтервенції для кожного стану. Отримані результати демонструють зворотний взаємозв'язок між рівнем залученості та вигорання, а також позитивний вплив внутрішньої мотивації на ефективність роботи лікарів.

Дослідження підтверджує необхідність впровадження системного підходу до управління мотивацією медичного персоналу з урахуванням кризових умов, що сприяє підвищенню професійної ефективності, зниженню вигорання та покращенню якості надання медичних послуг.

## Abstract

The study focuses on the development and testing of a motivation system to enhance the performance of medical staff at the Romaniv Hospital. The primary

issue lies in the inefficiency of existing motivational approaches amidst significant professional challenges and crises caused by martial law.

The aim of the study is to assess the levels of engagement, burnout, and motivation among physicians to design interventions for employee support. To achieve this goal, a survey method was employed, utilizing three adapted tools: the Utrecht Work Engagement Scale (UWES) to measure engagement, the Maslach Burnout Inventory (MBI) to assess burnout, and a scale based on Herzberg's theory to explore motivational factors. The survey was supplemented with questions considering the impact of martial law.

A matrix for integrated analysis of motivation, engagement, and burnout levels was created using a combinatorial approach to these indicators. This matrix identifies specific groups of medical personnel and allows for the proposal of targeted interventions for each group. The results reveal an inverse relationship between engagement levels and burnout, as well as the positive impact of intrinsic motivation on physicians' performance.

The research confirms the necessity of implementing a systematic approach to managing the motivation of medical staff, taking into account crisis conditions. This approach enhances professional efficiency, reduces burnout, and improves the quality of healthcare services.

## ВСТУП

Медичний персонал є ключовою складовою системи охорони здоров'я, від ефективності роботи якого залежить якість надання медичних послуг, рівень задоволеності пацієнтів, а також загальна стійкість медичної системи. В умовах реформування галузі охорони здоров'я в Україні особливого значення набувають мотиваційні механізми, які здатні підтримувати професійний розвиток, знижувати ризики професійного вигорання та забезпечувати стабільність кадрового потенціалу. Це стає особливо актуальним в умовах обмежених ресурсів та соціально-економічних викликів, що посилюються внаслідок військового стану.

КНП "Романівська лікарня" є прикладом медичного закладу, в якому необхідність удосконалення системи мотивації персоналу є очевидною через специфіку сучасних управлінських викликів, зростання вимог до якості медичних послуг і обмеженість фінансових та матеріальних ресурсів. Впровадження ефективних мотиваційних систем є критично важливим для підвищення продуктивності праці, забезпечення емоційної стабільності персоналу та створення сприятливого робочого середовища.

Основною *проблемою дослідження* є недостатня ефективність існуючих підходів до мотивації медичного персоналу в державних та комунальних закладах охорони здоров'я. Нині відсутність системного підходу до мотивації призводить до таких наслідків, як зниження продуктивності праці, погіршення якості надання послуг, підвищення рівня професійного вигорання та зростання плинності кадрів. Проблема також полягає в тому, що діючі мотиваційні інструменти часто не враховують специфіки медичної галузі, сучасних соціально-економічних умов та потреб як медичного персоналу, так і пацієнтів.

*Метою даного дослідження* є вдосконалення системи мотивації медичного персоналу шляхом розробки рекомендацій, які базуються на аналізі кращих міжнародних практик та оцінці поточного стану мотивації, вигорання і залученості працівників КНП "Романівська лікарня".

Поставлена мета передбачає необхідність вирішення таких *завдань*:

- Вивчити рівень залученості лікарів до професійної діяльності, включаючи їхню задоволеність умовами праці та мотиваційним середовищем.

- Визначити ключові мотиваційні чинники, які впливають на ефективність роботи медичного персоналу.

- Дослідити поширеність синдрому професійного вигорання серед лікарів, зокрема в умовах військового стану, а також його причини та наслідки для професійної діяльності.

- Розробити модель інтегрованого аналізу мотивації, залученості та вигорання на основі опитування.

- Надати рекомендації для впровадження моделі мотивації в медичному закладі.

*Об'єктом дослідження* є система мотивації медичного персоналу в умовах державних та комунальних закладів охорони здоров'я.

*Предметом дослідження* є особливості функціонування системи мотивації, залученості та професійного вигорання медичного персоналу в умовах реформування галузі охорони здоров'я та впливу зовнішніх викликів.

Дослідження використовує комплексний підхід, що включає:

- Теоретичні методи: огляд літературних джерел, вивчення сучасних моделей мотивації.

- Емпіричні методи: проведення опитувань серед лікарів для визначення рівня залученості вигорання та ключових мотиваційних чинників.

- Математичні методи: обробка кількісних даних за допомогою статистичного аналізу для виявлення закономірностей і залежностей.

*Практична значущість* дослідження полягає у можливості використання отриманих результатів для вдосконалення управління мотивацією персоналу як у КНП "Романівська лікарня", так і в інших медичних закладах аналогічного типу.

*Робота складається* зі вступу, 5 розділів, висновків та списку

використаної літератури та додатків. Структура дослідження відображає послідовність досягнення мети через виконання поставлених завдань.

*Етичні аспекти*

Дослідження проводилося з дотриманням усіх етичних норм. Учасники були поінформовані про мету та процедури дослідження, після чого надали добровільну письмову згоду на участь. Конфіденційність та анонімність забезпечувалися шляхом знеособлення даних, а результати дослідження представлені виключно у загальному вигляді.

## **РОЗДІЛ 1. Теоретичні засади системи мотивації медичних працівників в Україні**

### **1.1. Теоретичні основи мотивації, вигорання та залученості працівників: підходи, теорії та значення для професійної діяльності лікарів**

#### **Мотивація**

Мотивація є ключовим психологічним і поведінковим процесом, який визначає, чому людина виконує певну діяльність, які зусилля вона докладає та як довго підтримує ці зусилля. У професійному середовищі, особливо в охороні здоров'я, мотивація відіграє вирішальну роль у формуванні залученості працівників, їхньої продуктивності та задоволення від роботи.

Науковці визначають мотивацію як багатофакторний процес, що включає внутрішні та зовнішні рушійні сили (Deci & Ryan, 2020). Вона визначає, як людина сприймає свою діяльність: чи це джерело задоволення, чи засіб досягнення зовнішньої вигоди. Залежно від цього мотивація поділяється на внутрішню та зовнішню.

Внутрішня мотивація виникає тоді, коли людина діє заради власного задоволення, інтересу або самореалізації. Наприклад, лікар, який отримує радість від допомоги пацієнтам, демонструє високу внутрішню мотивацію. Це не лише підвищує якість роботи, але й підтримує стійкість до стресу та професійного вигорання (Deci & Ryan, 2020). Внутрішня мотивація пов'язана із задоволенням трьох базових психологічних потреб: автономії (відчуття контролю над своєю діяльністю), компетентності (відчуття майстерності) та зв'язаності (належність до спільноти) (Gagné, 2018). У професійному середовищі лікарів ці аспекти сприяють більшій відданості професії, навіть у складних умовах, таких як війна.

На противагу внутрішній, зовнішня мотивація базується на прагненні досягти зовнішньої вигоди, наприклад фінансової винагороди або суспільного визнання. Як зазначає Gagné (2018), зовнішня мотивація може бути корисною для досягнення короткострокових цілей, але не завжди



ефективною в довгостроковій перспективі. Лікарі, які працюють понаднормово заради додаткової оплати, керуються саме зовнішньою мотивацією. Проте надмірна залежність від зовнішніх стимулів може знижувати загальну залученість і перетворювати роботу на механічний процес.

Існує також явище амотивованості, яке характеризується повною відсутністю мотивації. Це відбувається, коли працівник не бачить сенсу у своїй діяльності або відчуває, що не може досягти значущих результатів (Meyer & Maltin, 2019). Амотивованість часто пов'язана з професійним вигоранням і є серйозною проблемою для медичних працівників.

Фактори, що впливають на мотивацію, охоплюють як індивідуальні особливості (цінності, потреби), так і організаційні умови (робоче середовище, підтримка з боку керівництва). Соціальні аспекти, такі як взаємини у команді та емоційна підтримка, також є важливими. Наприклад, під час війни зовнішні чинники, такі як гнучкий графік або забезпечення ресурсами, можуть стати основними джерелами мотивації. Однак лікарі, які вважають свою роботу соціально значущою, зберігають високий рівень внутрішньої мотивації навіть у кризових умовах (Bakker & Demerouti, 2018).

Таким чином, мотивація - це багатовимірний процес, що визначає поведінку працівників. У контексті роботи лікарів важливо підтримувати баланс між внутрішньою мотивацією, яка забезпечує довгострокову залученість, і зовнішніми стимулами, що допомагають досягати оперативних цілей. Такий підхід дозволяє не лише підвищити продуктивність, а й покращити загальний добробут працівників. У медичній сфері це стає особливо важливим, оскільки впливає на якість надання медичних послуг і стійкість системи охорони здоров'я в умовах викликів.

Розуміння мотивації неможливе без глибокого аналізу теоретичних підходів, які пояснюють її природу, динаміку та вплив на поведінку працівників. Теорії мотивації формують фундамент для розробки ефективних управлінських стратегій, особливо в умовах, коли мотивація персоналу є

критичною для забезпечення стійкості та продуктивності, як у сфері охорони здоров'я.

Однією з найбільш визнаних теорій є теорія самовизначення (Self-Determination Theory, SDT), яка аналізує, як задоволення базових психологічних потреб сприяє розвитку внутрішньої мотивації. Розроблена Річардом Райаном і Едвардом Десі, ця теорія підкреслює важливість автономії, компетентності та зв'язаності. Дослідження Deci & Ryan (2020) показали, що працівники, які мають можливість самостійно приймати рішення (автономія), отримують від роботи задоволення (компетентність) і відчують себе частиною спільноти (зв'язаність), демонструють вищий рівень залученості та продуктивності.

Для лікарів ці аспекти особливо актуальні. Наприклад, можливість самостійного вибору методів лікування або участь у вирішенні складних клінічних випадків сприяє підвищенню почуття компетентності. Підтримка з боку колег та керівництва підсилює відчуття зв'язаності, що є важливим для підтримки психологічного здоров'я в умовах стресу. Таким чином, SDT допомагає зрозуміти, як створювати умови, що стимулюють довгострокову мотивацію та знижують ризик професійного вигорання.

Другою ключовою теорією є двофакторна теорія Герцберга (Herzberg's Two-Factor Theory), яка пропонує поділ чинників, що впливають на мотивацію, на дві групи: гігієнічні фактори та мотиватори (Herzberg, 1968). Гігієнічні фактори, такі як оплата праці, умови роботи та безпека, не мотивують працівників напругу, але їхня відсутність може викликати сильне незадоволення. У медичному контексті це означає, що лікарі потребують належного технічного забезпечення, адекватної оплати праці та зниження бюрократичного навантаження для того, щоб уникнути демотивації.

Мотиватори ж безпосередньо впливають на рівень задоволення від роботи та внутрішню мотивацію. Наприклад, можливості для професійного розвитку, визнання досягнень або участь у прийнятті рішень підвищують залученість лікарів до роботи. Герцберг (1968) зазначав, що "гігієнічні

фактори усувають дискомфорт, але лише мотиватори можуть викликати справжнє задоволення від роботи”. У цьому контексті створення програм підтримки та розвитку персоналу, які враховують обидві групи факторів, є необхідною умовою для ефективного управління мотивацією.

Хоча ці теорії зосереджуються на різних аспектах мотивації, вони доповнюють одна одну. Теорія самовизначення акцентує увагу на внутрішніх психологічних потребах, тоді як теорія Герцберга зосереджується на зовнішніх умовах та їх вплив на мотивацію. У поєднанні вони формують комплексний підхід до розуміння того, як створювати сприятливе робоче середовище. Наприклад, забезпечення адекватних умов праці (гігієнічні фактори) разом із можливістю професійного зростання та отримання визнання (мотиватори) дозволяє лікарям зберігати високий рівень мотивації навіть у кризових умовах.

Практичне значення цих теорій для медичних закладів полягає у можливості створення ефективних стратегій управління персоналом. Наприклад, SDT підказує, що автономія лікарів повинна бути збережена, навіть у суворих умовах регуляції системи охорони здоров'я, тоді як теорія Герцберга допомагає структурувати програми винагород і підтримки таким чином, щоб вони враховували як базові потреби, так і можливості для особистісного розвитку.

Таким чином, розгляд теорій мотивації дає змогу зрозуміти, як задовольнити ключові потреби працівників і створити середовище, яке стимулює як короткострокову продуктивність, так і довгострокову залученість. Це особливо актуально для медичної сфери, де потреба у стійкості й професіоналізмі персоналу має першочергове значення.

## **Вигорання**

Поняття професійного вигорання на сьогодні є однією з ключових тем у дослідженнях організаційної психології, медицини праці та соціології. Вигорання не лише впливає на якість життя працівників, але й має серйозні

наслідки для ефективності організацій. Воно розглядається як багатовимірне явище, що включає емоційне виснаження, яке відображає стан енергетичного виснаження і відчуття втрати сил, розвиток деперсоналізації у вигляді цинічного або негативного ставлення до клієнтів, колег чи роботи загалом, а також редукцію професійних досягнень, що проявляється як суб'єктивне сприйняття своєї професійної неефективності та втрати компетентності. Трикомпонентна модель, запропонована Крістіною Маслач, є однією з найпоширеніших у сучасних дослідженнях. Маслач також розробила Maslach Burnout Inventory (MBI), який є стандартним інструментом для вимірювання зазначених компонентів (Maslach & Jackson, 1981; Maslach & Leiter, 2016). Вигорання трактується як результат хронічного стресу на робочому місці, що поступово впливає на когнітивні, емоційні та соціальні аспекти особистості.

Додатково, модель відповідності вимог і ресурсів пояснює вигорання через дисбаланс між вимогами роботи (job demands) та наявними ресурсами (job resources). Високі вимоги, такі як робоче навантаження чи емоційна напруга, без відповідної підтримки з боку ресурсів, наприклад соціальної підтримки або автономії, значно підвищують ризик емоційного виснаження. У свою чергу, теорія самодетермінації (Self-Determination Theory, SDT) підкреслює роль базових психологічних потреб працівника: автономії, компетентності та соціальної належності. Незадоволення цих потреб не лише знижує мотивацію, але й сприяє виникненню емоційного виснаження та цинізму.

Фактори, що сприяють вигоранню, поділяються на індивідуальні, організаційні та суспільно-культурні. Індивідуальні аспекти включають особистісні риси, такі як високий рівень перфекціонізму або низький рівень стресостійкості, а також демографічні характеристики, наприклад молодий вік чи стать, які можуть впливати на вразливість до вигорання. Організаційні аспекти включають надмірне робоче навантаження, недостатню підтримку з боку керівництва, а також відсутність справедливості в прийнятті рішень та винагородах. У культурах з високими очікуваннями продуктивності та

низьким рівнем підтримки робочого середовища рівень вигорання також значно вищий.

Наслідки вигорання включають психологічні аспекти, такі як депресія, тривожність, зниження самооцінки, а також фізіологічні проблеми, включаючи підвищений ризик серцево-судинних захворювань та порушення сну. Для організацій наслідки вигорання проявляються у зниженні продуктивності, зростанні плинності кадрів та збільшенні витрат на охорону здоров'я працівників.

Ефективна профілактика вигорання вимагає комплексного підходу, який враховує як індивідуальні, так і організаційні стратегії. Індивідуальні заходи включають навчання технік стрес-менеджменту та забезпечення балансу між роботою та особистим життям. Організаційні втручання передбачають впровадження програм підтримки ментального здоров'я, розвиток культури підтримки та справедливості в організації, а також редизайн робочих місць для забезпечення балансу між вимогами і ресурсами. Таким чином, багатогранна природа вигорання вимагає міждисциплінарного підходу до його подолання, зокрема врахування взаємодії між індивідуальними особливостями працівників та умовами праці.

### **Концепція залученості працівників**

Залученість працівників, або Employee Engagement, є критичним аспектом управління персоналом, що визначає емоційну, когнітивну та поведінкову відданість працівників своїй роботі й організації. Це поняття тісно пов'язане з мотивацією, але акцентує увагу на активності та глибокій включеності працівників у професійний процес. Залученість є показником того, наскільки працівник зацікавлений у результатах своєї діяльності, чи відчуває він задоволення від роботи і наскільки ефективно взаємодіє з іншими (Bakker & Demerouti, 2018).

Згідно з класичною концепцією Kahn (1990), залученість складається з трьох компонентів:

1. Емоційна залученість визначає, наскільки працівник відчуває

гордість, натхнення та задоволення від своєї роботи. У професії лікаря це може проявлятися через гордість за досягнення у лікуванні пацієнтів або відчуття значущості своєї ролі.

2. Когнітивна залученість відображає здатність працівника глибоко розуміти важливість своїх завдань і їхню відповідність стратегічним цілям організації.

3. Фізична залученість охоплює енергію та зусилля, які працівник вкладає у виконання своїх обов'язків, навіть у стресових або виснажливих умовах.

У роботі лікарів ці складові взаємопов'язані. Наприклад, емоційне задоволення від успіхів у лікуванні пацієнтів часто підтримує фізичну витривалість у напружені робочі дні.

Залученість є тісно пов'язаною з мотивацією, але ці поняття не слід ототожнювати. Мотивація визначає рушійні сили, що спонукають людину до дій, тоді як залученість демонструє, як ці сили реалізуються в роботі. Наприклад, лікар із високою внутрішньою мотивацією до професійного зростання може не демонструвати залученості, якщо його робоче середовище є несприятливим (Meyer & Maltin, 2019).

Згідно з моделлю Job Demands-Resources (JD-R), розробленою Bakker і Demerouti (2018), залученість є результатом балансу між вимогами роботи та наявними ресурсами. У професії лікаря робочі вимоги є особливо високими - емоційне та фізичне навантаження, відповідальність за життя пацієнтів. Якщо ці вимоги не компенсуються ресурсами, такими як технічна підтримка, соціальна взаємодія чи можливості для відпочинку, залученість значно знижується.

Залученість лікарів формується під впливом низки чинників, які можна умовно поділити на три групи:

1. Соціальна підтримка - взаємовідносини в колективі та підтримка з боку керівництва є критично важливими, особливо в умовах високого стресу. Наприклад, під час пандемії або війни командна робота допомагає

лікарям зберігати емоційний баланс.

1. Можливості професійного розвитку - лікарі, які мають доступ до навчання, участі в конференціях чи використання нових технологій, краще відчують свою компетентність і демонструють вищу когнітивну залученість.

2. Баланс між роботою та особистим життям - можливість відновлювати сили поза роботою підвищує емоційну стійкість і здатність ефективно виконувати обов'язки.

У професії лікаря залученість не лише підвищує продуктивність, але й має критичний вплив на якість надання медичних послуг. Залучені лікарі швидше приймають клінічні рішення, краще реагують на потреби пацієнтів і менше схильні до вигорання (Meyer & Maltin, 2019). Для медичних закладів підтримка залученості означає інвестиції не лише у матеріальні стимули, але й у створення позитивного робочого середовища.

Залученість працівників є ключовим фактором, який визначає успішність організації. Для медичних закладів підтримка залученості лікарів є особливо важливою, оскільки вона не лише забезпечує стабільність роботи персоналу, але й напряду впливає на здоров'я пацієнтів. Інтеграція чинників залученості у стратегії управління персоналом дозволяє створювати умови, за яких лікарі можуть ефективно виконувати свої професійні обов'язки навіть у кризових ситуаціях.

### **Висновок**

Ефективність професійної діяльності медичних працівників залежить від внутрішньої мотивації особистості. Мотивація тісно пов'язана з професійним вигоранням та залученістю.

Мотивація, вигорання та залученість працівників є фундаментальними концепціями, що тісно пов'язані з ефективністю професійної діяльності, зокрема у сфері охорони здоров'я. Розуміння цих явищ і їхніх взаємозв'язків є критично важливим для створення умов, які сприяють збереженню як продуктивності, так і емоційного благополуччя медичних працівників.

Теорії, такі як теорія самовизначення, двофакторна теорія Герцберга, модель відповідності вимог і ресурсів та трикомпонентна модель вигорання, розкривають складні механізми, що визначають поведінку працівників у професійному середовищі. Зокрема, теорія самовизначення підкреслює важливість задоволення базових психологічних потреб автономії, компетентності та зв'язаності, що стимулюють внутрішню мотивацію та забезпечують довгострокову залученість працівників. Двофакторна теорія Герцберга, своєю чергою, дозволяє диференціювати чинники, які усувають незадоволення, та ті, що стимулюють задоволення й залученість. Водночас модель відповідності вимог і ресурсів наголошує на необхідності зменшення дисбалансу між високими вимогами до працівників і доступними ресурсами, які є критично важливими для підтримки професійної ефективності.

Для лікарів, чия професійна діяльність супроводжується високими емоційними та фізичними навантаженнями, особливе значення мають умови праці та мотиваційні стратегії, спрямовані на збереження здоров'я та уникнення вигорання. Вигорання, як наслідок хронічного стресу, знижує не лише якість надання медичних послуг, але й впливає на моральний стан працівників, їхнє фізичне здоров'я та міжособистісні стосунки. Трикомпонентна модель вигорання (Маслач та Лейтер, 2016) підкреслює важливість запобігання емоційному виснаженню, розвитку деперсоналізації та редукції професійних досягнень шляхом створення підтримуючого середовища, орієнтованого на потреби медичних працівників.

Стратегії управління персоналом у медичних закладах повинні враховувати особливості професійної діяльності лікарів. Впровадження програм професійного розвитку, створення умов для автономності, забезпечення належних матеріальних і технічних ресурсів є невід'ємними складовими для мінімізації негативного впливу стресових факторів. Соціальна підтримка, командна робота та гнучкі графіки можуть значно покращити емоційний стан і загальну ефективність персоналу. Крім того, важливо підвищувати обізнаність про механізми вигорання та способи його



уникнення через тренінги та освітні програми.

Залученість працівників виступає не лише індикатором успішності управлінських стратегій, але й фактором, що безпосередньо впливає на якість медичних послуг і стійкість системи охорони здоров'я в цілому. Умови, які сприяють залученості, знижують ризик вигорання, стимулюють професійний розвиток та підвищують рівень задоволення працею. Наприклад, когнітивна залученість дозволяє лікарям краще розуміти важливість своїх завдань, емоційна сприяє відчуттю гордості за свою роботу, а фізична залученість допомагає підтримувати витривалість навіть у напружених умовах.

Таким чином, інтеграція сучасних теоретичних підходів і практичних інструментів у стратегії управління персоналом є необхідною для забезпечення стабільності й розвитку медичних закладів. У кризових ситуаціях, таких як пандемія або війна, ці підходи набувають особливої актуальності, оскільки допомагають зберігати стійкість, ефективність і благополуччя працівників. Баланс між робочими вимогами та ресурсами, поєднаний із довгостроковими стимулами для професійного розвитку, формує середовище, у якому працівники можуть максимально реалізовувати свій потенціал, уникаючи вигорання та зберігаючи високу мотивацію.

## **1.2. Стан проблеми мотивації, вигорання та залученості в Україні: виклики, можливості та перспективи**

Система охорони здоров'я України сьогодні перебуває у стані значного випробування через поєднання кількох критичних чинників: повномасштабного вторгнення, наслідків пандемії COVID-19, незавершених реформ у медичній галузі та загального економічного спаду. У цих умовах медичний персонал стикається з безпрецедентними викликами, які впливають на їхню мотивацію, професійне благополуччя та здатність надавати якісні послуги.

Одним із ключових викликів є надмірне навантаження на систему охорони здоров'я через зростання кількості пацієнтів із бойовими та

травматичними ушкодженнями, а також збільшення потреб у лікуванні постраждалих внаслідок повномасштабного вторгнення. Це доповнюється дефіцитом людських ресурсів: за даними дослідження УНС, протягом першого року повномасштабного вторгнення кількість медичних працівників скоротилася на 14% (УНС, 2023). Водночас ситуація погіршується через нерівномірний розподіл кадрів. У сільській місцевості, де проживає близько 30% населення України, працює лише 5,3% лікарів і 11,5% середнього медичного персоналу (NISS, 2021). Це створює значну диспропорцію в доступності медичної допомоги та посилює проблему вразливості системи.

Окрім дефіциту кадрів, медичний персонал в Україні стикається зі значними професійними та психологічними труднощами. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) у 2019 році офіційно визнала професійне вигорання професійним явищем, що потребує системного вирішення (ВНО, 2019). В Україні рівень професійного вигорання серед медиків за різними оцінками коливається від 20% до 75%. Вигорання виникає через низку чинників: нестачу ресурсів, погані умови праці, високий рівень відповідальності та постійний стрес.

Особливу роль у формуванні цієї проблеми відіграє низька конкурентна заробітна плата та обмежені можливості для професійного розвитку. Ці чинники, разом із високим рівнем відповідальності, змушують багатьох фахівців залишати країну в пошуках кращих умов праці. У глобальному контексті це є частиною кризи кадрових ресурсів у системі охорони здоров'я, яку прогнозує ВООЗ: до 2030 року очікується дефіцит 10 мільйонів медичних працівників, переважно у країнах із низьким і середнім рівнем доходу (ВНО, 2023). Для України ця проблема є ще гострішою через додатковий тиск війни.

Щоб протидіяти цим викликам, необхідно розробляти інноваційні підходи до підтримки та мотивації медичного персоналу. Як зазначається у "Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року", серед стратегічних цілей визначено забезпечення професійного благополуччя працівників системи охорони здоров'я. Документ передбачає впровадження

ключових показників ефективності, оптимізацію робочого навантаження, забезпечення гідної оплати праці та розвиток гнучких систем мотивації (МОЗ, 2022).

Розуміння зв'язку між зниженням мотивації, професійним вигоранням і дефіцитом кадрів є ключовим для створення дієвих програм мотивації. Забезпечення належних умов праці, доступу до ресурсів і програм професійного розвитку, а також впровадження психологічної підтримки здатне мінімізувати негативний вплив кризових факторів. Крім того, акцент на розвиток кадрових ресурсів у сільській місцевості може сприяти зменшенню диспропорцій у системі охорони здоров'я.

Таким чином, виклики, що постають перед медичним персоналом в Україні, потребують комплексного підходу. В умовах війни та глобальної кризи охорони здоров'я вирішення цих проблем повинно стати пріоритетом для забезпечення стабільності системи та її здатності реагувати на майбутні виклики.

### **1.3. Формулювання гіпотез дослідження**

У сучасних умовах війни та системних викликів для медичної галузі в Україні дослідження мотивації та залученості лікарів набуває особливого значення. Зміна професійного середовища, підвищений рівень стресу та нестабільність створюють додаткові перепони для ефективної роботи медичного персоналу. На основі аналізу теоретичних підходів і стану проблеми, викладених у попередніх розділах, сформульовано гіпотези, що дозволяють оцінити ключові взаємозв'язки між мотивацією, залученістю та умовами професійної діяльності лікарів у кризовий період:

1. Вищий рівень залученості лікарів ймовірно (за UWES) пов'язаний із нижчим рівнем вигорання, і навпаки (за MBI).

*Обґрунтування:*

Концепція залученості працівників (Kahn, 1990) стверджує, що залученість базується на фізичній, емоційній та когнітивній енергії, яку працівник

інвестує у свою роботу. Коли лікарі відчують енергію, відданість і повне занурення в роботу, це зменшує ризики емоційного виснаження та деперсоналізації, які є основними компонентами вигорання. У кризових умовах, таких як війна, залученість стає інструментом психологічної стійкості, допомагаючи лікарям зберігати професійну ефективність і долати стрес.

2. Залучені лікарі демонструють вищий рівень внутрішньої мотивації (за Герцбергом).

*Обґрунтування:*

Теорія самовизначення (Deci & Ryan, 2020) підкреслює, що внутрішня мотивація зростає завдяки усвідомленню значущості своєї діяльності, автономії та компетентності. Залученість лікарів до роботи сприяє підвищенню їхньої внутрішньої мотивації, оскільки вони відчують себе частиною важливих процесів, здатними робити значущий внесок у суспільство, особливо під час кризових подій. Це проявляється через визнання, самореалізацію та можливість розвитку, які є ключовими мотиваційними факторами згідно з Герцбергом.

## РОЗДІЛ 2. Методологія дослідження

### 2.1. Визначення об'єкта досліджень та особливості вибірки

Дослідження проводилося на базі КНП "Романівська лікарня" Романівської селищної ради, що розташована в с. Романів, Житомирська область. Заклад є частиною спроможної мережі охорони здоров'я і обслуговує 45 249 жителів, включаючи 2080 внутрішньо переміщених осіб (ВПО). Лікарня забезпечує базову та спеціалізовану медичну допомогу, виконуючи важливу соціальну функцію в регіоні, особливо в умовах воєнного стану.

Лікарня розташована в сільській місцевості, що створює специфічні умови для роботи медичного персоналу через обмежений доступ до ресурсів і високий попит на медичні послуги. Після початку повномасштабного вторгнення заклад зазнав кадрових змін: троє лікарів виїхали з регіону, однак залучено чотирьох лікарів із числа ВПО, що сприяло частковому відновленню кадрового потенціалу.

Кадровий склад лікарні включає 162 працівники (таблиця 2.1). При штатній кількості у 50 лікарів фактично працюють 32 фізичні особи, які займають 38 посад, що становить лише 76% від необхідного штату. Значна частина лікарів вимушена працювати на декількох ставках, щоб забезпечити функціонування закладу та обслуговування пацієнтів. У порівнянні з іншими категоріями персоналу, молодші спеціалісти з медичною освітою заповнюють 91% штатних одиниць, молодший медичний персонал забезпечує 93% від необхідного складу, а господарсько-обслуговуючий персонал - 83%. Натомість у лікарів цей показник становить лише 76%, що створює значний дисбаланс у розподілі навантаження.

Таблиця 2.1 Характеристика кадрового потенціалу КНП "Романівська лікарня"

Категорії	Штатні одиниці	Фактично зайнято	Фізичних осіб абс.ч	=%
Кількість лікарів	50	38	32	19,75%
Кількість молодших спеціалістів з медичною освітою	67,75	61,75	65	40,12%
Кількість молодшого медичного персоналу	21	19,50	19	11, 72%

Кількість господарсько-обслуговуючого персоналу	37,75	31,25	33	20,37%
Кількість адміністративно-управлінського персоналу	18,75	15,75	13	8,02%
Всього	195,25	166,25	162	100.00%

Така ситуація підкреслює необхідність впровадження системної мотивації, яка має бути спрямована не лише на зниження рівня навантаження, але й на забезпечення підтримки лікарів у складних умовах. Відсутність повноцінної системи мотивації у лікарні особливо актуалізує це питання. Наразі мотиваційні заходи мають спорадичний характер і обмежуються врученням грамот, преміюванням до професійних свят чи іншими епізодичними діями. Такий підхід не враховує системності та індивідуальних потреб персоналу, що негативно впливає на рівень задоволеності роботою, залученість і продуктивність лікарів.

### **Особливості вибірки**

Вибірка дослідження складалася з 32 лікарів, що забезпечило репрезентативність у межах закладу. Основними критеріями відбору були добровільна згода на участь, що гарантує дотримання етичних принципів; різні спеціалізації та графіки роботи, які дозволяють врахувати специфіку мотиваційних потреб у різних напрямках медицини; а також інтеграція лікарів із числа ВПО, що дає змогу оцінити особливості їхньої адаптації та залученості в нових умовах. Дослідження лікарів у цьому закладі дозволяє не лише вивчити рівень їхньої мотивації та залученості, визначити вигорання, але й розробити практичні рекомендації щодо вдосконалення умов роботи. Відсутність чітко структурованої системи мотивації у КНП "Романівська лікарня" підсилює необхідність дослідження та запровадження нових підходів для підтримки персоналу. Запропонована модель системи стимулювання має враховувати як матеріальні, так і нематеріальні аспекти, а також орієнтуватися на індивідуальні потреби кожної категорії працівників.

## **2.2. Визначення інструментів та методів збору даних**

Для оцінки мотивації, залученості та рівня вигорання лікарів у межах

цього дослідження було обрано метод опитування. Цей підхід забезпечує стандартизований збір даних, порівнянність отриманих результатів і можливість проведення кількісного аналізу. Метод опитування дозволяє охопити значну кількість респондентів у стислі терміни, гарантуючи анонімність відповідей. Анонімність, у свою чергу, сприяє широті відповідей та мінімізує вплив соціально бажаних реакцій. Завдяки цьому опитування є ефективним інструментом для вивчення взаємозв'язків між мотивацією, залученістю та рівнем вигорання медичних працівників, а також для аналізу впливу зовнішніх чинників, зокрема наслідків повномасштабного вторгнення.

Для забезпечення точності та валідності даних було використано шкалу Лайкерта з семибальною градацією (від 1 до 7). Така деталізація відповідей дозволяє виявляти навіть незначні відмінності у сприйнятті респондентів, підвищуючи якість отриманих даних. Анкета (Додаток Б) адаптована до професійного контексту медичних працівників, з урахуванням сучасних викликів, таких як воєнний стан, який впливає на їхню професійну діяльність.

Анкета складається з чотирьох основних частин. Перша частина спрямована на збір загальних даних, включаючи вік, стать і стаж роботи респондентів. Ця інформація створює основу для аналізу демографічних факторів, що можуть впливати на мотивацію, залученість та вигорання. Отримані дані допомагають визначити групи ризику та розробити рекомендації, адаптовані до потреб різних категорій медичних працівників.

Друга частина анкети присвячена вимірюванню залученості до професійної діяльності за допомогою модифікованої шкали Utrecht Work Engagement Scale (UWES). Цей інструмент оцінює три ключові компоненти: енергійність, відданість та поглиненість. Енергійність характеризує здатність лікарів підтримувати високий рівень емоційної та фізичної активності навіть за умов інтенсивного навантаження, відображаючи життєрадісність і впевненість у своїх силах. Відданість вимірює силу емоційного зв'язку з

роботою та її значущість для працівника. Поглиненість визначає здатність лікарів зосереджуватися на виконанні завдань і отримувати задоволення від складної роботи.

До цієї частини анкети також включено питання, що враховують специфіку роботи в умовах кризи, зокрема про значущість виконання професійних обов'язків під час воєнного стану. Це дозволяє оцінити стійкість і здатність працівників адаптуватися до екстремальних обставин. Зібрані дані дають змогу аналізувати загальний рівень залученості, сильні та слабкі сторони професійної діяльності, а також розробляти рекомендації для підвищення мотивації через індивідуальні та організаційні стратегії підтримки.

Третя частина анкети базується на міжнародно визнаному інструменті Maslach Burnout Inventory (MBI), який дозволяє оцінити три ключові компоненти професійного вигорання: емоційне виснаження, деперсоналізацію та зниження професійних досягнень. Емоційне виснаження оцінює рівень спустошення, що виникає через тривалу та інтенсивну роботу, проявляючись у вигляді хронічного стресу та втрати енергії. Деперсоналізація характеризує емоційне відсторонення від професійної діяльності, що може проявлятися в байдужості до пацієнтів і зниженні рівня емпатії. Зниження професійних досягнень аналізує суб'єктивне відчуття ефективності власної діяльності, що може впливати на мотивацію та задоволеність роботою.

Анкета була адаптована до сучасних реалій, зокрема через включення питань про вплив воєнного стану на професійний та емоційний стан лікарів. Такі дані дозволяють виявити додаткові джерела стресу, зокрема пов'язані з роботою в екстремальних умовах, і оцінити ефективність підтримки з боку організації у мінімізації ризиків вигорання. Аналіз результатів цієї частини допомагає визначити групи працівників, найбільш вразливі до професійного вигорання, і розробити стратегії їхньої підтримки.

Четверта частина анкети зосереджується на оцінці мотивації



працівників через аналіз гігієнічних факторів і мотиваторів відповідно до двофакторної теорії Герцберга. Гігієнічні фактори охоплюють аспекти умов праці, такі як справедливість оплати, доступ до ресурсів і прозорість організаційної політики. Вони знижують рівень незадоволеності, але самі по собі не є джерелом мотивації. Натомість мотиватори, зокрема визнання досягнень, можливості розвитку та значущість роботи, сприяють досягненню високих результатів і підвищенню задоволеності працею.

Додатково в анкеті враховано вплив зовнішніх факторів, пов'язаних із кризовими умовами. Це дозволяє не лише оцінити ключові аспекти мотивації, а й отримати цілісне уявлення про структуру мотиваційних чинників медичних працівників у надзвичайних умовах.

Перед початком дослідження всі учасники були ознайомлені з його метою, процедурами, умовами конфіденційності та добровільності участі (Додаток А). Усі персональні дані респондентів було знеособлено, а результати представлено у вигляді узагальнених даних. Це сприяло створенню комфортних умов для респондентів і забезпечило високий рівень достовірності зібраної інформації.

Таким чином, використання комплексного підходу до збору даних забезпечило можливість отримати повну картину мотивації, залученості та вигорання лікарів у кризових умовах. Отримані результати закладають підґрунтя для подальшого аналізу та розробки ефективних стратегій підтримки медичних працівників.

### **2.3. Процедури обробки і аналізу даних**

У процесі збору даних використовувалась стандартизована методика оцінювання за шкалою Лайкерта. Кожному працівнику було запропоновано відповісти на низку запитань, оцінюючи частоту виникнення певних відчуттів або ступінь згоди з наведеними твердженнями за шкалою від 1 до 7. Такий формат дозволяє не лише фіксувати оцінки, але й створює основу для їх стандартизованого аналізу, що сприяє зменшенню суб'єктивних похибок і

підвищує валідність отриманих результатів.

Шкала Лайкерта є оптимальним вибором для подібного роду досліджень, оскільки вона дозволяє виявляти суб'єктивне ставлення респондентів до певних аспектів їхньої роботи, включаючи рівень емоційної залученості, вигорання та мотивації. Вона забезпечує можливість кількісного аналізу, що спрощує порівняння між різними групами працівників або оцінювання змін у часі. Використання цієї шкали також дозволяє проводити різні види статистичних аналізів, включаючи кореляційний аналіз.

Для обробки даних було виконано обчислення сукупних балів для кожної шкали. Це дозволило класифікувати респондентів за рівнями їхньої залученості, вигорання та мотивації. Порогове значення (3.5) використовувалось для поділу сукупних оцінок на низькі (менше 3.5) та високі (3.5 і більше) показники. Цей підхід сприяв точнішій інтерпретації результатів та подальшому групуванню респондентів за рівнями кожного з вимірів. Аналіз даних виконувався у програмному забезпеченні Excel, яке використовувалось для підрахунків, візуалізації даних у вигляді таблиць і графіків, а також перевірки на відповідність нормальному розподілу.

Шкала передбачає наступні рівні:

1 - зовсім не згоден / ніколи, 2 - переважно не згоден / рідко, 3 - скоріше не згоден / іноді, 4 - нейтрально, важко відповісти, 5 - скоріше згоден / часто, 6 - переважно згоден / дуже часто, 7 - повністю згоден / завжди.

Для аналізу результатів анкети, кожна шкала оцінок поділена на діапазони, які допомагають інтерпретувати рівень залученості, вигорання та мотивації.

Діапазони для оцінок і значень:

Таблиця 2.2 Шкала частоти відчуттів (1–7)

Діапазон	Інтерпретація
1–2	Дуже низький рівень (ніколи/рідко)
3–4	Низький рівень (іноді/час від часу)

5–6	Високий рівень (часто/дуже часто)
7	Дуже високий рівень (завжди)

Таблиця 2.2 застосовується для оцінки залученості (UWES) і вигорання (MBI).

Таблиця 2.3 Шкала згоди з твердженнями (1–7)

Діапазон	Інтерпретація
1–2	Повна незгода (незадоволення)
3–4	Нейтральна позиція або часткова незгода
5–6	Часткова або переважна згода (задоволення)
7	Повна згода (висока задоволеність)

Таблиця 2.3 застосовується для оцінки мотивації (на основі теорії Герцберга).

Класифікація значень у різних розділах:

Таблиця 2.4 Інтерпретація рівня залученості (за шкалою UWES)

Бали	Характеристика стану
1-2 - дуже низький	Спостерігається суттєвий дефіцит зацікавленості у професійних завданнях, відсутність відчуття натхнення та психологічної присутності в робочому процесі. Такий стан може свідчити про глибинні проблеми в організаційній культурі або особистісних факторах, які потребують негайного втручання.
3-4 - низький	Працівник продемонстрував знижений рівень енергії, ентузіазму та відданості своїй професійній ролі. Необхідно проаналізувати чинники, що перешкоджають повноцінній залученості, та вжити заходів для підвищення залученості, аби запобігти подальшому спаду.
5-6 - високий	Спостерігається стійкий інтерес до робочої діяльності, активна участь у професійних завданнях та внутрішнє задоволення виконуваною роботою. Такий рівень залученості сприятливо позначається на якості виконання

	обов'язків і загальній ефективності працівника.
7 - дуже високий	Працівник перебуває у стані повної психологічної залученості, відчуває глибоке натхнення, енергію та внутрішню відданість своїй професійній діяльності. Цей рівень характеризується високою продуктивністю, ініціативністю та стійкістю до стресових чинників.

Таблиця 2.5 Інтерпретація результатів рівня вигорання (за шкалою МВІ)

Бали	Характеристика
1-2 - дуже низький	Працівник не виявляє ознак емоційного чи фізичного виснаження. Робочі навантаження та умови діяльності перебувають у гармонійній рівновазі з особистісними ресурсами.
3-4 - низький	Спостерігається помірний рівень виснаження, що може проявлятися у періодичних епізодах втоми або зниження енергії. На цьому етапі необхідно здійснити превентивні заходи, аби уникнути подальшого погіршення стану.
5-6 - високий	Зріс ризик суттєвого емоційного та фізичного виснаження. Працівникові складно підтримувати стійку концентрацію та позитивний емоційний фон. Рекомендовано зменшити робочі навантаження, забезпечити психологічну підтримку та ініціювати організаційні зміни.
7 дуже високий	Вигорання набуло критичних ознак, що можуть позначатися на психічному та фізичному здоров'ї працівника. Необхідне комплексне втручання, включно з переглядом умов праці, реорганізацією робочого середовища та наданням професійної допомоги.

Таблиця 2.6 Інтерпретація результатів рівня мотивації

Бали	Характеристика
1-2 - дуже низький	Працівник відчуває брак як базових (гігієнічних) чинників - адекватної винагороди, безпеки та справедливості, так і внутрішніх мотиваційних стимулів, зокрема відчуття сенсу та можливостей розвитку. Такий стан потребує глибокого аналізу організаційних процесів.

3-4 - низький	Мотивація послаблена через окремі недоліки в організаційних умовах, системах винагороди або можливостях зростання. У цьому випадку доцільно вжити заходів, спрямованих на підвищення привабливості робочого середовища та створення сприятливішого контексту для розвитку працівника.
5-6 - високий	Працівник задоволений ключовими аспектами роботи, демонструє внутрішню зацікавленість у досягненні цілей та стійку готовність виконувати поставлені завдання. Такий рівень мотивації сприяє стабільній продуктивності та прогресивному професійному розвитку.
7 дуже високий	Мотивація досягає максимальних показників. Працівник у цьому стані активно прагне досягати нових вершин, ініціює інноваційні рішення та сприймає робочі виклики як можливості для особистісного та професійного росту.

Таким чином, стандартизований підхід до збору інформації сприяв зменшенню суб'єктивних похибок, забезпечуючи точність результатів. Класифікація отриманих даних за визначеними рівнями надала можливість чітко ідентифікувати групи працівників із різними характеристиками стану, що формує основу для ефективного планування управлінських заходів.

## РОЗДІЛ 3. Результати дослідження

### 3.1. Аналіз відповідей респондентів згідно з демографічними даних, рівень мотивації, вигорання та залученості

В дослідженні взяло участь 32 лікарів, які становлять 19,75% загального медичного персоналу КНП "Романівська лікарня". Учасники відображають різні вікові групи, гендерний розподіл та стаж роботи, що забезпечує репрезентативність вибірки для аналізу мотиваційних факторів, рівня залученості та вигорання.

Рисунок 3.1 відображає розподіл респондентів за віком, статтю та стажем роботи, що допомагає зрозуміти професійний і демографічний профіль вибірки.

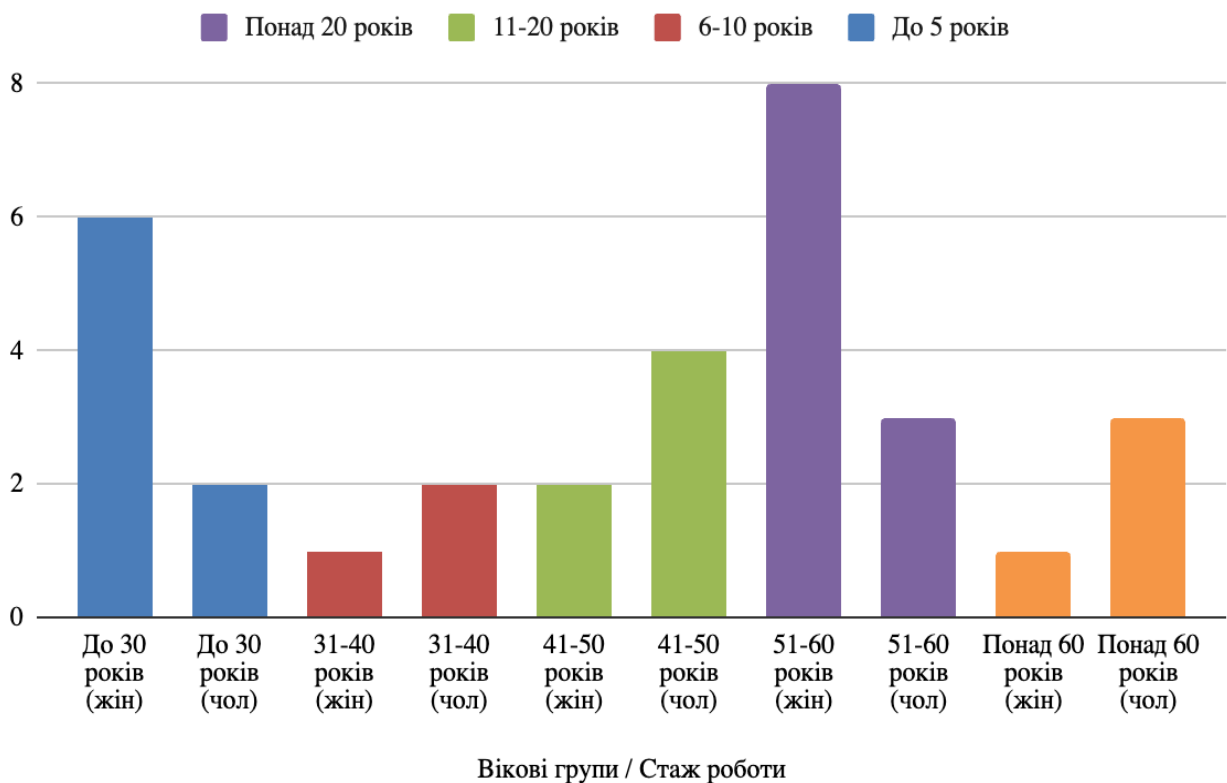


Рисунок 3.1 Розподіл респондентів за віком, статтю та стажем роботи

Серед опитаних більшість становили жінки - 18 осіб (56%), тоді як чоловіків було 14 осіб (44%). Це відображає типовий гендерний розподіл у медичній сфері, де жінки часто складають більшу частину персоналу.

Основна частина респондентів, незалежно від статі, належала до вікової групи 51-60 років. Це свідчить про домінування фахівців із суттєвим професійним досвідом, які перебувають в активній фазі своєї кар'єри.

Більшість лікарів, які взяли участь у дослідженні, мали стаж роботи понад 10-20 років. Це свідчить про високу кваліфікацію та значний професійний досвід респондентів, що є важливим фактором для оцінки мотивації та залученості.

### **Аналіз рівнів залученості персоналу за віковими групами (за UWES)**

Аналіз рівня залученості персоналу лікарні проводився за шкалою UWES (Utrecht Work Engagement Scale), що дозволило оцінити різницю в показниках залежно від вікових груп. Зібрані дані свідчать про помітні відмінності між молодшими, середніми та старшими працівниками, що вказує на вплив вікових особливостей на залученість у професійну діяльність.

Таблиця 3.2 Аналіз рівнів залученості за вікових груп (за UWES)

Вікова група/Значення	Середнє значення	Медіана	Стандартне відхилення
до 30 років	5,045	4,954	0,442
31-40 років	4,545	4,818	0,552
41-50 років	3,364	3,454	0,437
51-60 років	3,529	3,409	0,543
більше 60 років	5,227	5,273	0,301

Як видно з Таблиці 3.2, рівень залученості суттєво варіюється залежно від вікових груп. Серед молодших працівників (до 30 років) спостерігається високий рівень залученості, що відображає їхню енергійність і мотивацію до професійного розвитку. Висока залученість також характерна для працівників вікової категорії понад 60 років, що може бути обумовлено їхнім досвідом, стійкістю до стресу та особистою зацікавленістю у професії. Низьке стандартне відхилення в цих групах вказує на однорідність результатів і

загальну стабільність залученості.

Навпаки, у середньовікових групах (31-40 років та 41-50 років) рівень залученості поступово знижується, досягаючи мінімальних показників у групі 41-50 років. Це може бути пов'язано з підвищеним професійним навантаженням, а також із можливим розчаруванням у професійних перспективах. Варто зазначити, що група 51-60 років демонструє деяке відновлення рівня залученості, хоча ці показники залишаються нижчими за середній рівень серед молодших і старших колег.

На Рисунку 3.2 чітко видно, що вікові групи до 30 років і понад 60 років мають найвищі показники, що підтверджує отримані дані.

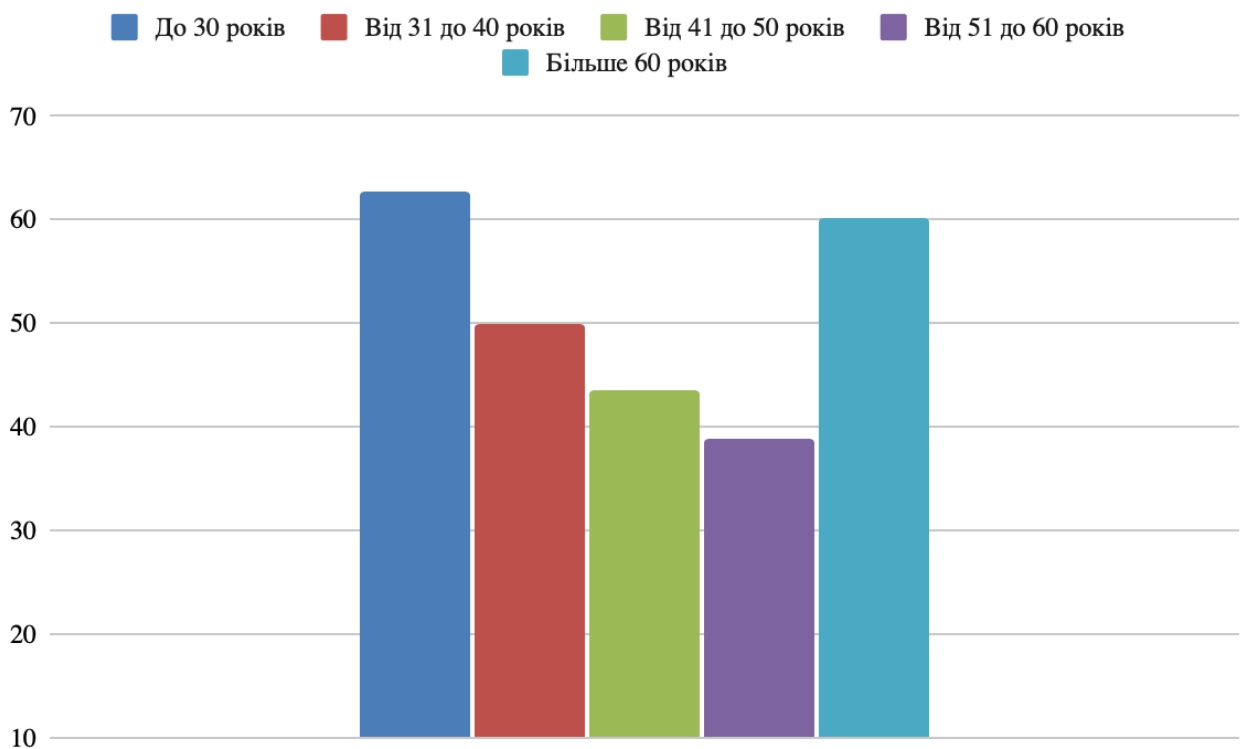


Рисунок 3.3 Аналіз рівнів залученості за віковими групами (за UWES)

Таблиця 3.4 Відсотковий розподіл респондентів із за рівнями залученості

Бал	1-2 - дуже низький	3-4 - низький	5-6 - високий	7 дуже високий
Відсоток	0	56,25%	43,75%	0

Таблиця 3.4 демонструє, що відсотковий розподіл рівнів залученості підтверджує загальну картину: понад половина респондентів (56,25%)



демонструють низький рівень залученості, тоді як 43,75% перебувають на високому рівні. Жоден респондент не потрапив до категорій дуже низької або дуже високої залученості, що свідчить про відсутність крайніх значень, але також вказує на недостатній розвиток мотиваційних механізмів для досягнення максимальної залученості.

Результати дослідження підкреслюють значні відмінності в рівнях залученості залежно від віку. Молодші працівники демонструють високий потенціал для розвитку та інтеграції у професійну спільноту, тоді як середньовікові групи стикаються зі зниженням мотивації та професійного задоволення. Старші працівники виявляють високу стійкість та інтерес до своєї роботи, що є важливим ресурсом для організації.

Загальний рівень залученості вказує на потребу у впровадженні стратегій підтримки та мотивації, орієнтованих на середньовікові групи. Це включає зменшення професійного навантаження, створення можливостей для професійного розвитку та визнання досягнень працівників. Для молодших і старших працівників важливо забезпечити подальше зміцнення їхніх позицій через навчальні програми та підтримку ініціативності. Загалом, урахування вікових особливостей є ключовим фактором у розробці ефективної стратегії управління залученістю персоналу.

#### **Аналіз рівнів вигорання персоналу за віковими групами (за МВІ)**

Аналіз рівнів вигорання персоналу лікарні за шкалою МВІ (Maslach Burnout Inventory) виявив суттєві вікові відмінності, які свідчать про вплив як професійного досвіду, так і вікових особливостей на сприйняття стресу та емоційне виснаження.

Таблиця 3.5 Аналіз рівнів вигорання за віковими групами (за МВІ)

Вікова група/Значення	Середнє значення	Медіана	Стандартне відхилення
до 30 років	2,488	2,2	0,90
31-40 років	3,267	3,2	0,802
41-50 років	4,3	4,55	0,901

51-60 років	4,782	5	0,813
більше 60 років	2,25	2,25	0,129

Результати дослідження, що представлені в Таблиці 3.5 показали, що найнижчий рівень вигорання мають працівники старше 60 років. Їхній середній показник становить 2.25, а медіана - 2.25, що підкреслює високу стабільність даних у цій групі (стандартне відхилення 0.129). Ці результати можна пояснити адаптацією до умов праці, накопиченим досвідом та меншим професійним навантаженням.

Молодші працівники (до 30 років) також демонструють низький рівень вигорання. Середнє значення для цієї категорії складає 2.488, а медіана - 2.2. Проте варіативність даних у цій групі є значно вищою (стандартне відхилення 0.9), що може бути наслідком різного рівня стресостійкості та професійного навантаження на початкових етапах кар'єри.

Найвищий рівень вигорання зафіксовано серед працівників вікової групи 51-60 років, для яких середнє значення становить 4.782, а медіана - 5. Це свідчить про критичний стан цієї категорії, що може бути пов'язано з накопиченим стресом, високим професійним навантаженням та обмеженими можливостями для кар'єрного зростання. Варіативність у цій групі також залишається високою (стандартне відхилення 0.813), що підкреслює індивідуальні відмінності у сприйнятті вигорання.

Вікові групи 31-40 років і 41-50 років демонструють поступове зростання рівня вигорання, що свідчить про накопичення професійного навантаження. Для працівників вікової групи 41-50 років середнє значення складає 4.3, а медіана - 4.55, тоді як для групи 31-40 років середній показник дорівнює 3.267, а медіана - 3.2. Такі результати вказують на перехідний характер цих груп, що потребує більшої уваги до управління їхнім професійним навантаженням.

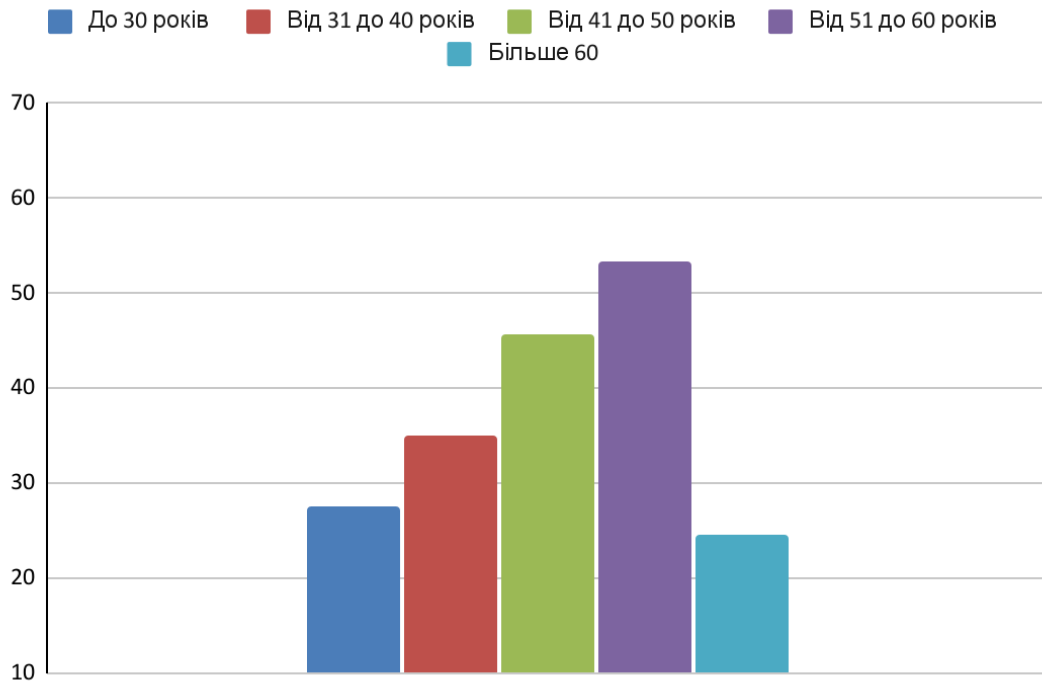


Рисунок 3.6 Аналіз рівнів вигорання за віковими групами (за МВІ)

Таблиця 3.7 Відсотковий розподіл респондентів за рівнями вигорання

Бал	1-2 - дуже низький	3-4 - низький	5-6 - високий	7 дуже високий
Відсоток	40,62%	15,62%	43,75%	0

Відсотковий розподіл респондентів, представлений в Таблиці 3.7 за рівнями вигорання показав, що більшість працівників мають або дуже низький (40.62%), або високий (43.75%) рівень. Водночас частка працівників із низьким рівнем вигорання становить лише 15.62%. Відсутність респондентів із дуже високим рівнем вигорання (7 балів) свідчить про те, що попри наявність стресових факторів, вигорання у лікарні не досягає критичних значень. Проте високий відсоток працівників із високим рівнем вигорання є тривожним сигналом, який вказує на потребу у втручанні.

Дані дослідження підтверджують, що рівень вигорання суттєво залежить від вікової категорії працівників. Найменш схильними до вигорання є працівники старше 60 років, що свідчить про їхню стійкість до професійного стресу. Молодші працівники також демонструють відносно низький рівень емоційного виснаження, проте варіативність у цій групі є

вищою, що вказує на необхідність додаткових заходів підтримки. Найбільшу увагу слід приділити працівникам вікової групи 51-60 років, які демонструють найвищий рівень вигорання. Для цієї категорії важливо розробити спеціальні програми підтримки, спрямовані на зменшення робочого навантаження, впровадження тренінгів із боротьби зі стресом та створення можливостей для професійного розвитку. Врахування вікових особливостей у стратегіях управління є ключовим для зниження рівня вигорання серед персоналу лікарні.

### **Аналіз рівнів мотивації персоналу за віковими групами (за Герцбергом)**

Аналіз рівнів мотивації персоналу лікарні, проведений за методологією Герцберга, виявив значні відмінності між віковими групами, що підкреслює важливість вікових особливостей у професійному середовищі.

Таблиця 3.8 Аналіз мотивації за віковими групами (за Герцбергом)

Вікова група/Значення	Середнє значення	Медіана	Стандартне відхилення
до 30 років	5,263	5.2	0,333
31-40 років	4,667	4,6	0,115
41-50 років	3,617	3,55	0,624
51-60 років	3,527	3,4	0,6
більше 60 років	4,9	5,1	0,91

Згідно Таблиці 3.8 найвищий рівень мотивації спостерігається серед працівників старше 60 років (середнє значення 4,9, медіана 5.1), що може бути зумовлено їхнім досвідом, професійною задоволеністю та відчуттям стабільності. Високе стандартне відхилення (0.91) вказує на неоднорідність даних у цій групі.

Молодші працівники (до 30 років) також демонструють високий рівень мотивації, із середнім значенням 5.263 та медіаною 5.2. Проте, порівняно зі старшими працівниками, у цій групі спостерігається більша варіативність показників (стандартне відхилення 0.333), що може свідчити про різний

рівень впливу мотиваційних чинників, зокрема професійного розвитку та кар'єрних перспектив.

У середньовікових групах (31-40 років, 41-50 років, 51-60 років) мотивація поступово знижується, досягаючи найнижчого рівня у групі 41-50 років (середнє значення 3.617, медіана 3.55). Це може бути зумовлено зростанням професійного навантаження, монотонністю роботи та відсутністю можливостей для кар'єрного росту. Вікова група 51-60 років показує незначне підвищення рівня мотивації (середнє значення 3.527, медіана 3.4), однак цей показник все ще залишається нижчим за середні значення молодших і старших груп.

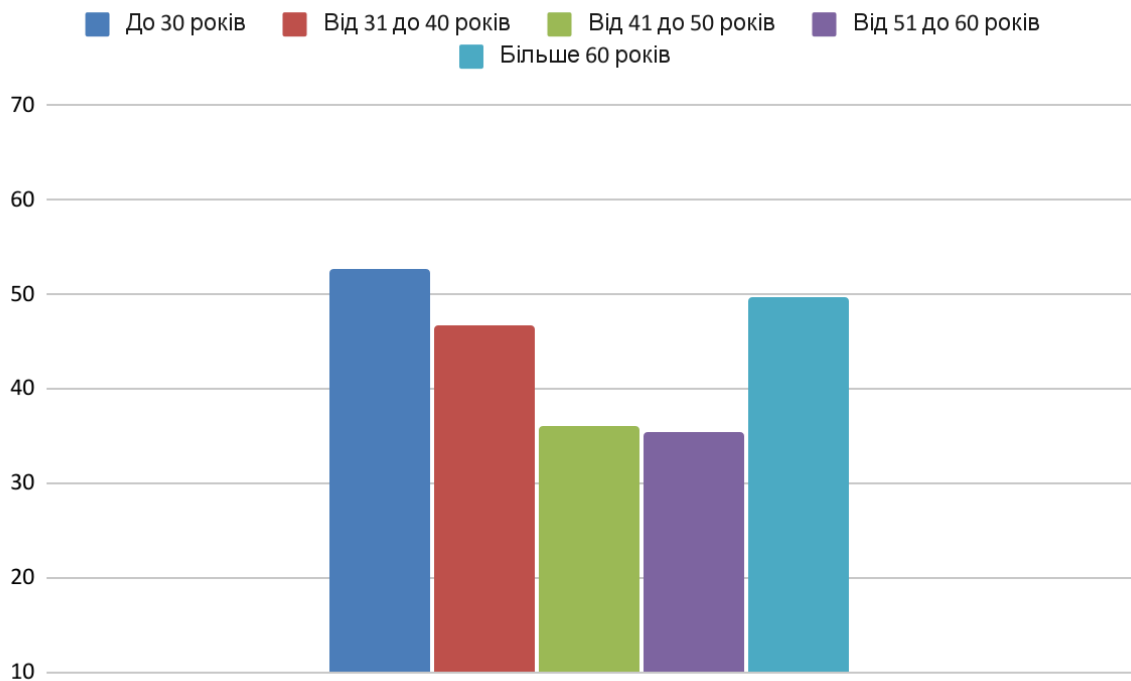


Рисунок 3.9 Аналіз мотивації за віковими групами (за Герцбергом)

Таблиця 3.10 Відсотковий розподіл респондентів за рівнями мотивації

Бал	1-2 - дуже низький	3-4 - низький	5-6 - високий	7 дуже високий
Відсоток	0	53,12%	46,87%	0

Результати аналізу розподілу рівнів мотивації серед персоналу показали, що 53.12% працівників мають низький рівень мотивації (3-4 бали), тоді як 46.87% демонструють високий рівень (5-6 балів). Жоден із

респондентів не потрапив до категорії дуже низького (1-2 бали) чи дуже високого рівня мотивації (7 балів), що вказує на відсутність крайніх значень у досліджуваній вибірці. Такий розподіл підкреслює необхідність вдосконалення мотиваційних підходів, особливо для середньовікових груп, які найчастіше мають низький рівень мотивації.

Дані дослідження підтверджують, що рівень мотивації персоналу суттєво залежить від вікових характеристик. Найвищі показники мотивації спостерігаються серед працівників старше 60 років, що свідчить про їхню професійну задоволеність та стабільність. Молодші працівники також демонструють високий рівень мотивації, однак варіативність даних у цій групі свідчить про нерівномірність впливу мотиваційних чинників. Найнижчий рівень мотивації характерний для працівників середньовікових груп, що може бути зумовлено професійним вигоранням та недостатністю стимулів для розвитку.

Для покращення мотиваційного середовища необхідно впровадити індивідуалізовані підходи до різних вікових категорій. Зокрема, для середньовікових працівників слід розробити програми кар'єрного зростання, а для молодших — заходи, що сприятимуть зниженню варіативності впливу мотиваційних чинників. Загалом, врахування вікових особливостей є ключовим для підвищення рівня мотивації персоналу та забезпечення стабільності у роботі організації.

### **3.2. Кореляційний аналіз та підтвердження гіпотез**

У дослідженні здійснювався пошук підтвердження двох гіпотез, пов'язаних із рівнем залученості, вигорання та внутрішньою мотивацією лікарів:

1. Вищий рівень залученості лікарів ймовірно (за UWES) пов'язаний із нижчим рівнем вигорання, і навпаки (за MBI).

## Рівень залученості і Рівень вигорання

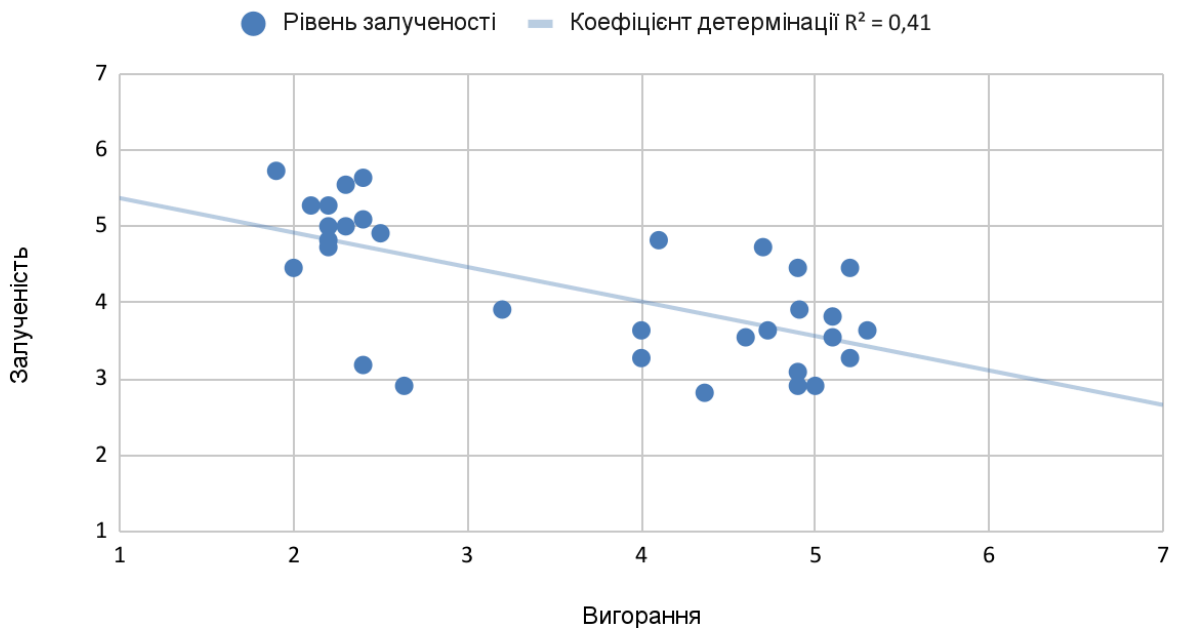


Рисунок 3.11 Кореляція між рівнем залученості та рівнем вигорання медичного персоналу

Проведений тест Шапіро-Уїлка показав, що розподіл даних рівня вигорання є статистично відмінним від нормального, що вказує на необхідність використання непараметричних методів аналізу для дослідження цієї змінної. Водночас розподіл рівня залученості наближається до нормального, але знаходиться на межі прийнятного рівня значущості. З огляду на ці результати, було прийнято рішення застосувати непараметричний метод аналізу — коефіцієнт рангової кореляції Спірмена, який не обмежується припущеннями щодо типу розподілу даних.

Отримане значення коефіцієнта рангової кореляції Спірмена  $r = -0.62278$  свідчить про існування сильного негативного статистично значущого ( $p \leq 0.01$ ) зв'язку між рівнем залученості та вигоранням. Це означає, що:

1. Чим вищий рівень залученості, тим нижчий рівень вигорання, і навпаки.
2. Існує зворотна пропорційність між цими двома змінними.

Значення коефіцієнта детермінації підтверджує, що 38,7% варіації у рівні залученості можна пояснити рівнем вигорання. Решта 61,3% варіації залежить від інших чинників, що вказує на складну природу цього взаємозв'язку.

Результати дослідження підтверджують гіпотезу і дозволяють зробити висновок, що між рівнем залученості та вигоранням існує тісний негативний зв'язок. Це означає, що підвищення рівня залученості працівників може бути ефективним способом запобігання вигоранню. Концепція залученості працівників (Kahn, 1990) стверджує, що залученість базується на фізичній, емоційній та когнітивній енергії, яку працівник інвестує у свою роботу. Коли лікарі відчувають енергію, відданість і повне занурення в роботу, це зменшує ризики емоційного виснаження та деперсоналізації, які є основними компонентами вигорання.

У кризових умовах, таких як війна, залученість стає інструментом психологічної стійкості, допомагаючи лікарям зберігати професійну ефективність і долати стрес. Таким чином, підвищення залученості не лише сприяє підвищенню мотивації, а й є дієвим заходом для зниження рівня професійного вигорання та забезпечення емоційного благополуччя медичних працівників.

2. Залучені лікарі демонструють вищий рівень внутрішньої мотивації (за Герцбергом).

Результати дослідження підтверджують гіпотезу про те, що більш залучені лікарі демонструють вищий рівень внутрішньої мотивації. Коефіцієнт рангової кореляції Спірмена ( $r = 0.69958$ ) вказує на наявність статистично значущого позитивного зв'язку між показниками залученості та внутрішньої мотивації ( $p \leq 0.01$ ) (Рисунок 3.12). Це свідчить про те, що зі зростанням рівня залученості підвищується і внутрішня мотивація лікарів.

Результати перевірки на нормальний розподіл за критерієм Шапіро-Уїлка показали, що дані щодо залученості не відповідають нормальному розподілу, тоді як дані щодо внутрішньої мотивації не мають



статистично значущих відхилень від нормальності. У зв'язку з цим для аналізу було застосовано непараметричний метод кореляції Спірмена.

Теоретичне обґрунтування результатів базується на концепції самовизначення Десі та Раяна (2020), яка стверджує, що внутрішня мотивація посилюється за умов усвідомлення значущості своєї діяльності, відчуття автономії та компетентності. Залученість лікарів до професійної діяльності створює умови для реалізації цих потреб, дозволяючи їм сприймати свою роботу як соціально значущу, особливо у кризових ситуаціях. Це сприяє підвищенню мотивації через визнання, можливість самореалізації та професійного розвитку, що відповідає ключовим факторам внутрішньої мотивації згідно з теорією Герцберга.

### Мотивація/Рівень залученості

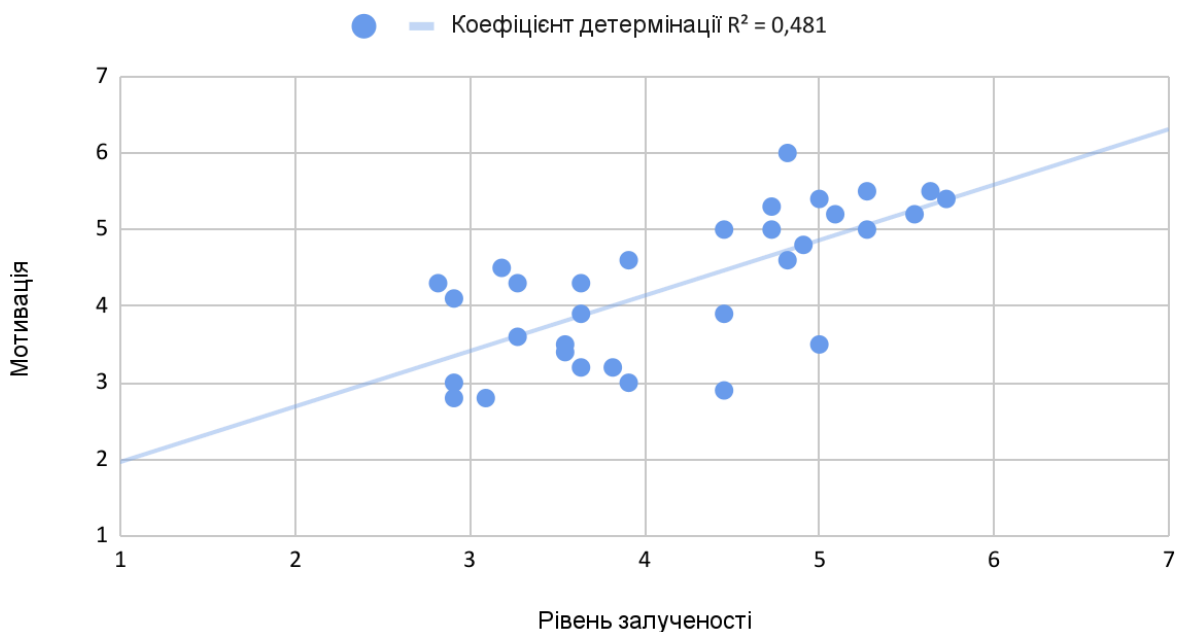


Рисунок 3.12 Кореляція між рівнем залученості та рівнем внутрішньої мотивації медичного персоналу

Водночас слід зазначити, що коефіцієнт детермінації дорівнює 0.481 вказує на те, що лише 48% варіації рівня мотивації пояснюються змінами у рівні залученості. Це означає, що інші чинники також можуть впливати на мотивацію лікарів. Крім того, невеликий розмір вибірки обмежує можливість узагальнення отриманих результатів. Подальші дослідження з більшим

обсягом вибірки та врахуванням додаткових змінних дозволять глибше проаналізувати цей зв'язок і підвищити надійність висновків.

Таким чином, результати дослідження підтвердили обидві гіпотези. По-перше, між рівнем залученості лікарів та їхньою внутрішньою мотивацією виявлено сильний позитивний зв'язок ( $r=0.69958$ ,  $p\leq 0.01$ ), що свідчить про те, що підвищення залученості сприяє зростанню мотивації. По-друге, встановлено сильний негативний зв'язок між рівнем залученості та вигоранням ( $r = -0.62278$ ,  $p\leq 0.01$ ), що демонструє зменшення рівня вигорання із зростанням залученості. Ці результати підкреслюють важливість залученості як фактора, що водночас підвищує внутрішню мотивацію та знижує ризик професійного вигорання.

## РОЗДІЛ 4. Опис моделі на основі отриманих даних

### 4.1. Опис теоретичних аспектів моделі інтегрованого аналізу мотивації, залученості та вигорання

Для кращого розуміння можливих станів працівників, було створено модель інтегрованого аналізу мотивації, залученості та вигорання. За основу взято комбінаторний підхід до оцінки залученості, вигорання та мотивації, що слугує інструментом для комплексного аналізу взаємозв'язків між цими показниками. Основою слугують ключові шкали: UWES для вимірювання залученості, МВІ для оцінки вигорання та елементи теорії Герцберга для аналізу мотивації. Кожен із цих компонентів вимірювався у двох рівнях - високому та низькому, що дозволило створити модель інтегрованого аналізу мотивації, залученості та вигорання.

Модель (Таблиця 4.1) спрямована на глибше розуміння станів медичних працівників і дає змогу виявити характерні профілі, що дозволяють індивідуалізувати підходи до підтримки та розвитку персоналу. Наприклад, працівники з високою залученістю, але низькою мотивацією можуть страждати від вигорання через брак визнання або несприятливі умови праці. Водночас працівники з низькою залученістю, але високою мотивацією можуть демонструвати недостатню продуктивність через відсутність внутрішньої енергії або зосередженості. Наступним кроком є детальний аналіз кожного з визначених станів і розробка індивідуалізованих інтервенцій для кожної категорії працівників, що стане ключовим етапом у вдосконаленні системи мотивації.

Таблиця 4.1 Модель інтегрованого аналізу мотивації, залученості та вигорання

Рівень залученості	Рівень вигорання	Рівень мотивації	Назва стану
Високий	Низький	Високий	Оптимальний професійний стан
Високий	Низький	Низький	Залученість без мотивації
Високий	Високий	Високий	Перевантажений стан

Високий	Високий	Низький	Залученість із вигоранням та втратою мотивації
Низький	Низький	Високий	Мотиваційний дисбаланс
Низький	Низький	Низький	Резервний ресурс
Низький	Високий	Високий	Дисфункційний професійний стан
Низький	Високий	Низький	Критичний стан вигорання

Характеристики можливих професійних станів медичного персоналу:

### 1. Оптимальний професійний стан

У цьому стані працівники демонструють високий рівень залученості, відсутність ознак вигорання та сильну внутрішню і зовнішню мотивацію. Вони відчують себе енергійними, захопленими своєю роботою і повністю зануреними в професійні обов'язки. Відсутність вигорання сприяє стабільній продуктивності, а мотивація забезпечує бажання розвиватися та досягати нових цілей. Такий стан є еталоном, якого слід прагнути для забезпечення максимальної ефективності працівників.

### 2. Залученість без мотивації

Працівники мають високу залученість до виконання професійних обов'язків, але їхня мотивація знаходиться на низькому рівні. Вони можуть відчувати енергію та відданість роботі, але відсутність стимулів (матеріальних чи нематеріальних) може перешкоджати їхньому подальшому розвитку. Це свідчить про потребу в перегляді політики винагороди чи умов праці, щоб підтримати працівників у довгостроковій перспективі.

### 3. Перевантажений стан

Працівники залучені до роботи та мотивовані досягати результатів, але стикаються із високим рівнем вигорання. Вони можуть почуватися фізично та емоційно виснаженими через надмірне навантаження або тривалу роботу без належного відпочинку. Цей стан є небезпечним для здоров'я та професійної ефективності. Для працівників у такому стані важливо впроваджувати

інтервенції, спрямовані на зниження навантаження та забезпечення належної підтримки.

#### 4. Залученість із вигорання та втратою мотивації

Характеризується високою залученістю до роботи, але супроводжується вигоранням і низьким рівнем мотивації. Лікарі в цьому стані, хоча і віддані своїй роботі, можуть відчувати втрату сенсу своєї діяльності через відсутність підтримки чи визнання. Такий стан свідчить про потребу у відновленні мотивації через підвищення якості комунікації, впровадження програм визнання або покращення умов праці.

#### 5. Мотиваційний дисбаланс

У цьому стані працівники мають низьку залученість і низький рівень вигорання, але високу мотивацію. Це може бути характерним для співробітників, які перебувають у стані очікування, коли вони готові діяти, але не мають для цього достатніх можливостей чи відповідних умов. Такий стан вимагає створення середовища, яке дозволить реалізувати мотивацію та підвищити залученість.

#### 6. Резервний ресурс

Працівники, які мають низький рівень залученості, низький рівень мотивації та відсутність вигорання. Це стан відносної пасивності, коли відсутні негативні наслідки, але й немає ознак високої продуктивності. Такий стан є можливістю для активізації, якщо буде надана необхідна підтримка, наприклад, через стимулювання мотивації або створення нових можливостей для розвитку.

#### 7. Дисфункційний професійний стан

Лікарі в цьому стані мають високу мотивацію, але страждають від високого вигорання та низької залученості. Це часто відображає ситуації, коли люди хочуть працювати й досягати результатів, але не можуть через вичерпання ресурсів або несприятливі умови праці. Інтервенції для таких працівників мають бути спрямовані на зниження рівня стресу та створення умов, які дозволяють реалізувати їхню мотивацію.

## 8. Критичний стан вигорання

Це найбільш небезпечний стан, коли працівники мають низьку залученість, низьку мотивацію та високий рівень вигорання. Працівники в такому стані часто відчують втрату сенсу роботи, фізичну й емоційну виснаженість, а також можуть ухвалювати рішення про зміну професії або перехід до іншого місця роботи. Це стан, який вимагає негайних дій, спрямованих на відновлення ресурсів, покращення умов праці та зниження стресу.

Розробка цієї моделі є важливим кроком для кількох цілей. Вона слугує основою для створення цільових інтервенцій, що спрямовані на поліпшення умов праці, запобігання вигоранню та підвищення мотивації відповідно до специфічних потреб працівників. Крім того, модель дозволяє аналізувати ефективність впроваджених заходів через порівняння станів до та після втручання. Вона також надає змогу прогнозувати ризики та тенденції, виявляючи, які групи працівників можуть бути найбільш вразливими в умовах стресових факторів, таких як повномасштабний воєнний стан.

### 4.2. Розподіл респондентів згідно з запропонованою моделлю інтегрованого аналізу мотивації, залученості та вигорання

Дослідження стану персоналу лікарні на основі моделі інтегрованого аналізу мотивації, залученості та вигорання виявило суттєві особливості розподілу працівників за професійними станами. У ході дослідження було оцінено 32 респонденти, що дало змогу класифікувати їх за категоріями залежно від рівня залученості, мотивації та вигорання.

Таблиця 4.2. Розподіл респондентів згідно запропонованої моделі інтегрованого аналізу мотивації, залученості та вигорання

Назва стану	Кількість респондентів	Відсоток від загальної кількості
Оптимальний професійний стан	12	37,5%
Залученість без мотивації	1	3,1%

Перевантажений стан	5	15,6%
Залученість із вигоранням та втратою мотивації	4	12,5%
Мотиваційний дисбаланс	1	3,1%
Резервний ресурс	1	3,1%
Дисфункційний професійний стан	3	9,4%
Критичний стан вигорання	5	15,6%

Персонал лікарні демонструє широкий спектр професійних станів, які варіюються від оптимального рівня функціонування до критичних станів вигорання. Найбільша група респондентів (12 осіб) перебуває в оптимальному професійному стані. Ці працівники характеризуються високим рівнем залученості та мотивації при низькому рівні вигорання, що сприяє їхній ефективній діяльності та стабільній продуктивності. Однак частка таких працівників становить лише 37,5%, що є недостатнім для забезпечення повної стабільності організації.

Іншою значною групою є працівники, які перебувають у перевантаженому стані (5 осіб, або 15,6%). Вони демонструють високу залученість і мотивацію, проте стикаються з ризиком вигорання через надмірне навантаження та нестачу ресурсів. Такий стан є критичним, оскільки за відсутності втручання він може призвести до переходу працівників у дисфункційні чи критичні стани.

Ще однією важливою категорією є працівники, які відчують залученість із вигоранням та втратою мотивації (4 особи, або 12,5%). Цей стан є особливо тривожним, оскільки поєднує високий рівень залученості з низькою мотивацією, що вказує на вичерпання внутрішніх ресурсів працівників.

Деякі працівники демонструють низькі рівні залученості та мотивації, що класифікується як резервний ресурс (1 особа, або 3,1%) або мотиваційний

дисбаланс (1 особа, або 3,1%). Хоча їхній внесок у роботу є обмеженим, ці працівники мають потенціал для відновлення продуктивності за умови належної підтримки.

Критичною групою є працівники, які перебувають у дисфункційному професійному стані (3 особи, або 9,4%) та в стані критичного вигорання (5 осіб, або 15,6%). Ці категорії характеризуються низькими рівнями залученості та мотивації на фоні високого рівня вигорання. Вони потребують термінових втручань для запобігання втраті продуктивності та, можливо, звільнення персоналу.

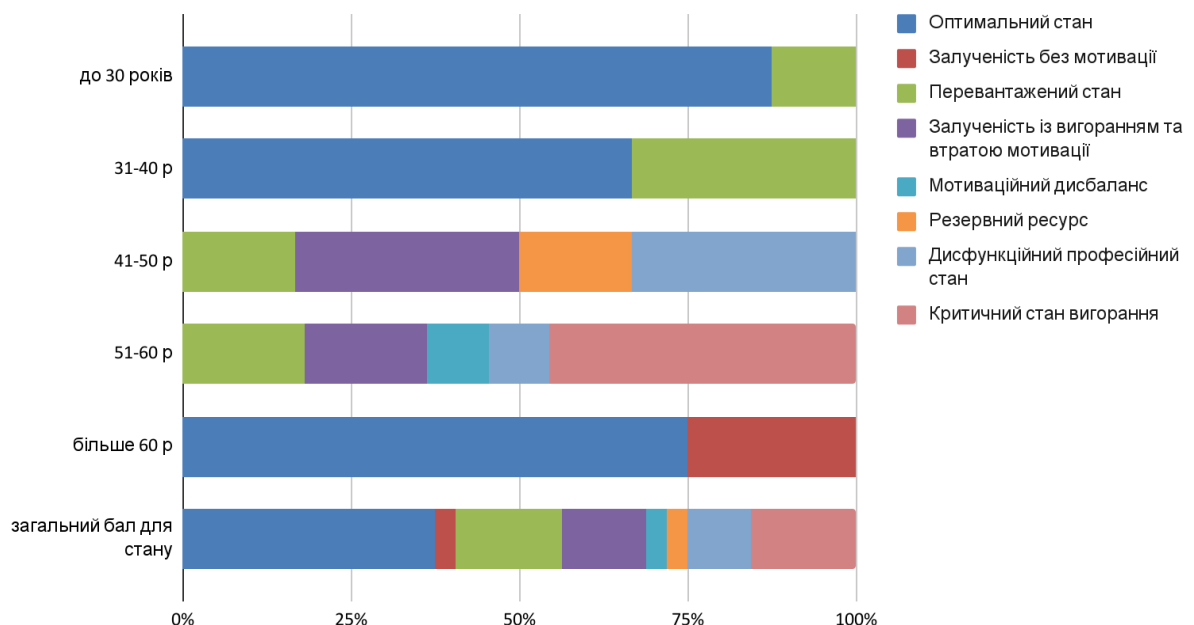


Рисунок 4.3 Оцінка респондентів по вікових групах згідно моделі інтегрованого аналізу мотивації, залученості та вигорання

Аналіз даних, представлених на рисунку 4.3, свідчить про значну різницю у професійних станах лікарів залежно від вікової групи. Найбільш сприятливий оптимальний стан із високою залученістю та мотивацією без ознак вигорання спостерігається серед лікарів віком до 30 років та старше 60 років, що вказує на різні джерела їхньої стійкості. Молоді лікарі часто перебувають на початку кар'єри та демонструють ентузіазм, тоді як старші лікарі завдяки професійному досвіду та зниженню очікувань щодо зростання фокусуються на задоволенні від роботи.



Водночас найбільша вразливість до перевантаженого стану та вигорання зафіксована серед лікарів 41-60 років. Ця вікова група часто поєднує професійні та особисті зобов'язання, що значно підвищує рівень стресу та емоційного виснаження. Особливо загрозливим є критичний стан вигорання, який найбільше проявляється у лікарів середнього віку. Подібні тенденції узгоджуються з іншими дослідженнями, зокрема з роботою Вежновець Т.А. та Вознюк В.Ю. (2020), де встановлено, що лікарі старшого віку (61 рік і більше) високо оцінюють чинники, пов'язані з відповідальністю у роботі та системою управління, тоді як для молодших лікарів (25–30 років) домінуючим мотивуючим фактором є досягнення в роботі. У середньому віці спостерігається збільшення ризиків професійного виснаження через потребу балансу між особистими та професійними вимогами. Підтвердження є в дослідженні Масляч і Лейтера (2016), де наголошують на підвищеному ризику вигорання серед лікарів середнього віку через поєднання професійних та особистих стресових факторів.

Таким чином, отримані дані підкреслюють необхідність диференційованих підходів до розробки інтервенцій для різних вікових груп медичного персоналу. Для молодих лікарів важливим є створення умов для професійного зростання та розвитку, тоді як лікарям середнього віку слід забезпечити механізми зменшення робочого навантаження та підтримки у подоланні стресу. Для старших лікарів доцільним є впровадження системи визнання досягнень та зміцнення умов для стабільного професійного функціонування.

## **РОЗДІЛ 5. Висновки та рекомендації**

### **5.1. Узагальнення основних результатів**

У ході дослідження було здійснено аналіз ключових аспектів професійної діяльності лікарів КНП «Романівська лікарня», зокрема їхньої залученості, рівнів мотивації та професійного вигорання. Отримані результати дозволяють узагальнити основні тенденції та виявити критичні чинники, що впливають на ефективність та емоційний стан медичного персоналу:

#### **Рівень залученості лікарів (за UWES)**

Аналіз показав нерівномірний рівень залученості серед лікарів різних вікових груп. Високі показники залученості виявлено серед молодих лікарів віком до 30 років та фахівців старшої вікової групи (понад 60 років). Ці лікарі характеризуються оптимальним станом, що поєднує високу енергійність, відданість та поглиненість професійною діяльністю. Водночас серед лікарів віком 41-60 років було зафіксовано зниження рівнів залученості, що вказує на наявність перевантаженості, емоційної втоми та втрати інтересу до роботи.

#### **Рівень професійного вигорання (за MBI)**

Результати дослідження показали, що найбільш виражені симптоми професійного вигорання спостерігаються серед лікарів вікової групи 41-50 років та 51-60 років. Основні прояви включають емоційне виснаження, деперсоналізацію та зниження особистих професійних досягнень. Найменші ознаки вигорання зафіксовані серед молодих лікарів (до 30 років) та лікарів старшої вікової категорії (понад 60 років), що свідчить про відмінність у джерелах професійної стійкості.

#### **Рівень мотивації лікарів (за Герцбергом)**

Аналіз мотиваційних факторів виявив переважання внутрішньої мотивації серед лікарів, особливо серед фахівців вікової групи до 30 років та понад 60 років. Молоді лікарі мотивовані можливостями професійного зростання, самореалізації та досягнень, тоді як старші лікарі орієнтовані на стабільність та значущість своєї діяльності. Натомість серед лікарів віком 41-60 років

відзначається мотиваційний дисбаланс, що зумовлено поєднанням зниження задоволеності умовами праці та недостатнім визнанням професійних досягнень.

Інтеграція результатів на основі комбінаторної моделі професійних станів.

На основі отриманих даних була створена інтегрована модель, що описує вісім станів лікарів залежно від рівня залученості, мотивації та вигорання. Лікарі середнього віку (41-60 років) становлять найбільш вразливу групу, де переважають стани перевантаження, залученості із втратою мотивації та мотиваційного дисбалансу.

Таким чином, гіпотеза про те, що вищий рівень залученості лікарів пов'язаний із нижчим рівнем професійного вигорання, підтверджується для молодших та старших груп, але частково спростовується для групи середнього віку, що доводить поліморфність чинників. Водночас гіпотеза 2, що залучені лікарі демонструють вищий рівень внутрішньої мотивації, підтвердилася для більшості респондентів, окрім групи з мотиваційним дисбалансом. Для лікарів середнього віку мотиваційні фактори виявилися недостатніми для збереження високої залученості.

Отримані результати вказують на необхідність диференційованого підходу до управління мотивацією та профілактики вигорання лікарів залежно від їхнього віку та професійного стану.

## **5.2. Практичні рекомендації на основі результатів**

На основі отриманих результатів дослідження можна зробити висновок, що понад 62% працівників потребують різних видів підтримки для зменшення рівня вигорання, покращення умов праці та підвищення мотивації. Впровадження системних заходів має бути спрямоване як на збереження позитивного професійного стану працівників, так і на допомогу тим, хто перебуває у критичних станах.

Для працівників в оптимальному стані з високою залученістю та

мотивацією необхідно створити умови для підтримання їхнього рівня професійної ефективності. Це може включати регулярний моніторинг їхнього емоційного стану, визнання досягнень через нагородження або публічне заохочення, а також створення можливостей для професійного зростання, участі у конференціях і навчальних програмах.

Працівники в перевантаженому стані, які демонструють високу залученість, але зі зростаючими ознаками вигорання, потребують конкретних механізмів зниження навантаження. Важливими заходами є перегляд робочих графіків, оптимізація обов'язків, запровадження гнучкого планування та забезпечення додаткових ресурсів, що сприятиме зниженню тиску та фізичної перевтоми. Психологічна підтримка, зокрема тренінги зі стрес-менеджменту, також має стати частиною заходів для цієї групи.

Для працівників із мотиваційним дисбалансом або резервним ресурсом критичним є активізація їхнього професійного потенціалу. Це можна досягти шляхом індивідуального підходу, що включатиме залучення до значущих проєктів, які відповідають їхнім інтересам і навичкам. Надання можливостей для додаткового навчання, професійної переорієнтації чи розширення посадових функцій дозволить підвищити їхню мотивацію та залученість.

Особливу увагу слід приділити працівникам у дисфункційному стані та стані вигорання. Для цієї категорії необхідно розробити комплексну програму реабілітації, що включає тимчасове зниження навантаження, психологічну допомогу та програми відновлення. Аналіз причин, які призвели до критичного стану, має стати основою для впровадження довгострокових рішень з мінімізації ризиків. Профілактика повторного вигорання може включати регулярне оцінювання умов праці та підтримку з боку керівництва.

На рівні вікових груп підходи повинні бути диференційованими. Лікарі до 30 років потребують можливостей для професійного розвитку та навчання. Працівники вікової групи 31-40 років потребують заходів із забезпечення work-life balance та оптимізації робочого навантаження. Для лікарів 41-50 років пріоритетним є подолання вигорання через психологічну підтримку та

гнучкі рішення у розподілі обов'язків. Фахівці 51-60 років потребують програм підтримки мотивації та стабільних умов праці. Лікарі старше 60 років можуть бути залучені до процесів менторства та консультування, що забезпечить їхній подальший внесок в організацію без додаткових навантажень.

Системна реалізація зазначених рекомендацій забезпечить ефективне функціонування закладу охорони здоров'я, підвищить рівень задоволеності працівників, сприятиме зниженню професійного вигорання та стабілізації кадрового потенціалу.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

Один автор:

1. Вежновець, Т. А. (2017). Дослідження задоволеності працею та синдром вигорання у медичних працівників. *ScienceRise: Medical Science*, 2(10), 36–40.
2. Вежновець, Т. А. (2020). *Профілактика емоційного вигорання медичних працівників: методичні рекомендації*.
3. Herzberg, F. (1968). One More Time: How Do You Motivate Employees? *Harvard Business Review*, 46(1), 53–62.
4. Kahn, W. A. (1990). Psychological Conditions of Personal Engagement and Disengagement at Work. *Academy of Management Journal*, 33(4), 692–724. <https://doi.org/10.2307/256287>
5. Рудакевич, С. І. (2022). Особливості мотивації працівників первинної медичної допомоги. *Український журнал охорони здоров'я*, 11(3), 22–28.

Два автори:

6. Вежновець, Т. А., & Вознюк, В. Ю. (2020). Дослідження особливостей структури та провідних чинників мотивації у лікарів загальної практики – сімейних лікарів. *Journal of Health Sciences*, 9(2), 191–198. <https://journals.uzhnu.uz.ua/index.php/health/article/view/848/964>
7. Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2018). Multiple Levels in Job Demands-Resources Theory: Implications for Employee Well-Being and Performance. *Handbook of Well-Being*. Salt Lake City, UT: DEF Publishers.
8. Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2020). *Self-Determination Theory: Basic Psychological Needs in Motivation, Development, and Wellness*. The Guilford Press.
9. Pappa, S., & Ntella, V. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A

systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity*, 88, 901–907. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>

10. Sasaki, N., & Kawakami, N. (2020). The deterioration of mental health among healthcare workers during the COVID-19 outbreak: A population-based cohort study of workers in Japan. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 46(6), 639–644. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3922>

Три і більше авторів:

11. Філатова, О. В., Матвієнко, Т. М., Саргош, О. Д., & Філатова, В. Л. (2020). Професійне вигорання серед медичних працівників, шляхи його подолання та профілактика. *Матеріали IV Всеукраїнської науково-практичної конференції*, 157–162.
12. Шарапова, Т., Верещинська, О., & Ковальчук, О. (2023). Напрями вдосконалення системи мотивування персоналу медичних закладів. *Менеджмент та підприємництво в Україні: етапи становлення та проблеми розвитку*, 5(2), 127–141.
13. Moss, M., Good, V. S., Gozal, D., Kleinpell, R., & Sessler, C. N. (2016). An Official Critical Care Societies Collaborative Statement—Burnout Syndrome in Critical Care Health-care Professionals: A Call for Action. *Chest*, 150(1), 17–26. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2016.02.649>

Дисертації:

14. Вознюк, В. Ю. (2019). *Професійне вигорання лікарів загальної практики – сімейних лікарів: особливості структури та провідні чинники мотивації*. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ.

Організації:

15. Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ). (2022). *Стратегія*

- розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року.* Retrieved from <https://moz.gov.ua>
16. National Institute for Strategic Studies (NISS). (2021). *Охорона здоров'я в Україні.* Retrieved from <https://niss.gov.ua/sites/default/files/2021-09/ohorona-zdorovya.pdf>
17. Universal Health Coverage (UHC). (2023). *Using the NHS Health and Wellbeing Framework Successfully.* Retrieved from <https://www.england.nhs.uk/long-read/using-the-nhs-health-and-wellbeing-framework-successfully/>
18. Public Health Center of Ukraine (PHC). (2023). *Професійне вигорання медичних працівників.* Retrieved from <https://phc.org.ua/news/profesiynne-vigorannya-medichnikh-pracivnikiv>
19. World Health Organization (WHO). (2019). *Burn-out an occupational phenomenon: International Classification of Diseases.* Retrieved from <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>
20. World Health Organization (WHO). (2023). *Health Workforce.* Retrieved from [https://www.who.int/health-topics/health-workforce#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/health-workforce#tab=tab_1)



**Добровільна згода на участь в опитуванні**  
**Шановний(а) респонденте!**

Ви запрошені взяти участь у магістерському дослідженні, що проводиться на базі КНП "Романівська лікарня". Метою дослідження є розробка рекомендацій щодо вдосконалення системи мотивації медичного персоналу. Дослідження включає аналіз мотивації, професійного вигорання та рівня залученості працівників, а також вивчення чинників, які впливають на їхню професійну діяльність. Ваші відповіді відіграють ключову роль у формуванні практичних рекомендацій для покращення умов праці та підвищення ефективності роботи медичного персоналу.

**Умови участі:**

- Участь в опитуванні є повністю добровільною.
- Ви маєте право відмовитися від участі або припинити її у будь-який момент без будь-яких негативних наслідків.
- Опитування є анонімним, і всі Ваші відповіді будуть зберігатися у суворій конфіденційності.
- Зібрані дані будуть використані виключно для наукових цілей та представлені лише у зведеному вигляді.

**Процедура:** Опитування складається із запитань щодо Вашого рівня мотивації, вигорання, залученості до роботи та умов праці. Процедура заповнення анкети займе приблизно 8-10 хвилин. Жодних додаткових дій чи обов'язків після заповнення анкети не передбачено.

Я, \_\_\_\_\_

(ПІБ респондента), підтверджую, що:

1. Мене було повністю ознайомлено з метою та умовами проведення дослідження;
2. Я беру участь у дослідженні добровільно та без примусу;
3. Я розумію, що можу відмовитися від участі у будь-який момент без пояснення причин;
4. Я погоджуюсь на обробку моїх відповідей для наукових цілей у рамках цього дослідження.

Дата: \_\_\_\_\_

Підпис: \_\_\_\_\_

## Анкета

## ДОДАТОК Б

Шановний(а) колего!

Ваш внесок у нашу спільну справу є надзвичайно важливим. Ця анкета створена з метою зрозуміти ваші потреби, очікування та досвід. Ваші відповіді залишатимуться анонімними й використовуватимуться виключно для дослідження.

Дякуємо за ваш час і відкритість!

## Розділ 1. Загальні дані

Ваш вік:

До 30 років  31-40 років  41-50 років  51-60 років  Старше 60 років

Стать:

Жіноча  Чоловіча

Ваш стаж роботи:

До 5 років  6-10 років  11-20 років  Понад 20 років

## Розділ 2. Рівень залученості (на основі UWES)

Оцініть, наскільки часто ви відчували себе так, як описано в кожному із тверджень, протягом останніх двох тижнів. Використовуйте шкалу від 1 (ніколи) до 7 (завжди).

**Шкала відповідей:** 1 — зовсім не відчував, 2 — рідко, 3 — іноді, 4 — часто, 5 — дуже часто, 6 — майже завжди, 7 — завжди.

№	Твердження	Оцінка
1	Я відчуваю себе сповненим енергії під час виконання своєї роботи.	
2	Моя робота приносить мені відчуття натхнення.	
3	Я повністю занурений у свою роботу.	
4	Я відчуваю себе сильним і життєрадісним, виконуючи свої обов'язки.	
5	Моя робота здається мені значущою і цінною.	

6	Я можу зосереджено працювати протягом тривалого часу.	
7	Я отримую задоволення від виконання складних завдань.	
8	Я насолоджуюсь своєю роботою і відчуваю, що вона мене надихає.	
9	Я можу ефективно справлятися із завданнями навіть за умов додаткового навантаження.	
10	У складних умовах воєнного стану я знаходжу сили виконувати свої професійні обов'язки.	
11	Я відчуваю, що моя робота стала ще більш значущою в умовах воєнного часу.	

### Розділ 3. Рівень вигорання (на основі МВІ)

Оцініть, наскільки часто ви відчуваєте себе так, як описано нижче, у вашій роботі. Використовуйте шкалу від 1 (ніколи) до 7 (завжди).

**Шкала відповідей:** 1 — зовсім не відчував, 2 — рідко, 3 — іноді, 4 — часто, 5 — дуже часто, 6 — майже завжди, 7 — завжди.

№	Твердження	Оцінка
1	Я відчуваю себе емоційно виснаженим через свою роботу.	
2	Наприкінці робочого дня я відчуваюся вичерпаним.	
3	Я втомлений фізично та емоційно через свою роботу.	
4	Я відчуваюся байдужим до пацієнтів.	
5	Мені здається, що моя робота втратила сенс.	
6	Я відчуваю себе відстороненим від своєї роботи.	
7	Робочий процес не приносить мені задоволення.	
8	Я відчуваю себе менш ефективним, ніж раніше.	

9	Я відчуваю, що мої робочі обов'язки забирають усю мою енергію.	
10	Робота під час воєнного стану вимагає більше емоційних зусиль, ніж у мирний час.	
11	Мені недостатньо підтримки від керівництва в умовах воєнного стану.	

#### **Розділ 4. Мотивація (на основі теорії Герцберга)**

Оцініть, наскільки ви згодні з наведеними твердженнями. Використовуйте шкалу від 1 (зовсім не згодний) до 7 (повністю згодний).

**Шкала відповідей:** 1 – зовсім не згодний, 2 – переважно не згодний, 3 – скоріше не згодний, 4 – нейтрально, 5 – скоріше згодний, 6 – переважно згодний, 7 – повністю згодний.

<b>№</b>	<b>Твердження</b>	<b>Оцінка</b>
1	Мій заробіток є справедливим і відповідає рівню моєї кваліфікації.	
2	Умови праці в моїй організації сприяють моему професійному комфорту.	
3	У мене є доступ до всіх необхідних ресурсів для якісного виконання своїх обов'язків.	
4	Політика та процедури організації є прозорими й зрозумілими для мене.	
5	Я отримую визнання за свої професійні досягнення.	
6	Моя робота дозволяє мені розвивати нові навички та вдосконалювати професійні знання.	
7	Я відчуваю, що моя робота має значний вплив на пацієнтів і суспільство.	
8	Я маю можливість проявляти ініціативу та реалізовувати власні ідеї у роботі.	
9	Умови праці під час воєнного стану вплинули на мою мотивацію виконувати обов'язки якісно.	
10	Підтримка організації в умовах воєнного стану позитивно впливає на моє бажання працювати.	

