МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
БІЛОЦЕРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ АГРАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
СОЦІАЛЬНО-ГУМАНІТАРНИЙ ФАКУЛЬТЕТ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ ТА ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ

**«ДОПУЩЕНО ДО ЗАХИСТУ»**
Рішенням засідання кафедри
психології та здоров'я людини
Протокол № 9 від 30.03 2026 р.
завідувач кафедри
_____ **Антоніна ШЕВЧЕНКО**
(підпис)

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на здобуття освітнього ступеня бакалавр
на тему:

# «ПСИХОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ ВПЛИВУ АПАТІЇ НА ЕФЕКТИВНІСТЬ ТРУДОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ В УМОВАХ ВОЄННОГО КОНФЛІКТУ»

Галузь знань 05 Соціальні та поведінкові науки
Спеціальність 053 Психологія
Освітньо-професійна програма «Психологія. Організаційна психологія»

Виконавець:
**Романенко Вікторія Владиславівна,**
студентка 5 курсу, групи 053-22-1Б(з)

Керівник:
**Шевченко Антоніна Михайлівна,** кандидат психологічних наук, старший викладач кафедри психології та здоров'я людини Білоцерківського національного аграрного університету

Біла Церква – 2026

2

БІЛОЦЕРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ АГРАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кафедра психології та здоров'я людини
Рівень вищої освіти бакалавр
Спеціальність 053 Психологія
Освітня програма Психологія. Організаційна психологія

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри
к.пс.н., Шевченко А.М.
«26» вересня 2025 року

ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ ЗДОБУВАЧЕВІ ОСВІТИ
**Романенко Вікторії Владиславівні**

1. Тема роботи: «Психологічні механізми впливу апатії на ефективність трудової діяльності медичних працівників в умовах воєнного конфлікту».

керівник роботи: Шевченко Антоніна Михайлівна, кандидат психологічних наук.

затверджені наказом БНАУ від «11» листопада 2025 року № 239/3

2. Строк подання здобувачем освіти роботи «01» травня 2026 р.

3. Вихідні дані до роботи: наукові праці вітчизняних і зарубіжних учених з проблеми організаційної культури, психології організацій, суб'єктивного благополуччя особистості, професійної мотивації та соціально-психологічного клімату в колективі; результати емпіричного дослідження впливу організаційної культури на переживання суб'єктивного благополуччя працівників організації; дані психодіагностичних методик, спрямованих на вивчення особливостей організаційної культури, рівня суб'єктивного благополуччя, задоволеності працею, психологічного клімату та емоційного стану працівників; матеріали психолого-практичних рекомендацій щодо оптимізації організаційної культури та підвищення рівня психологічного благополуччя працівників організації.

4. Перелік питань, які потрібно розробити:

1. Проаналізувати стан проблеми апатії у науковій літературі та визначити специфіку її проявів у професійній діяльності медиків.
2. Вивчити особливості впливу воєнного конфлікту на психоемоційний

3

стан медичного персоналу (зокрема через фактор «втоми від співчуття» та роботу з людським горем).

3. Емпірично дослідити взаємозв'язок між рівнем апатії та показниками ефективності трудової діяльності медичних працівників (через тестування, опитування чи самооцінку).

4. Розробити та обґрунтувати рекомендації для медичних працівників та керівництва закладів охорони здоров'я щодо подолання апатичних станів та підтримки продуктивності праці.

5. Консультанти розділів роботи

| Розділ | Прізвище, ім'я та посада консультанта | Підпис, дата | |
|---|---|---|---|
| | | Завдання видав | Завдання прийняв |
| 1 | Шевченко А. М., кандидат психологічних наук, старший викладач кафедри психології та здоров'я людини Білоцерківського національного аграрного університету | 15.10.2025 | 15.01.2026 |
| 2 | Шевченко А. М., кандидат психологічних наук, старший викладач кафедри психології та здоров'я людини Білоцерківського національного аграрного університету | 10.02.2026 | 22.03.2026 |

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

| № з/п | Назва етапів кваліфікаційної роботи | Строк виконання етапів роботи | Примітка |
|---|---|---|---|
| 1 | Узгодження теми, складання змісту | вересень | Виконано |
| 2 | Вивчення літературних джерел | Вересень-жовтень | Виконано |
| 3 | Проведення емпіричного дослідження | Жовтень-листопад | Виконано |
| 4 | Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження | Жовтень- грудень | Виконано |
| 5 | Виконання розділу 1 | Грудень-січень | Виконано |
| 6 | Виконання розділу 2 | Лютий-березень | Виконано |
| 7 | Формулювання висновків | квітень | Виконано |
| 8 | Оформлення роботи, одержання відгуку та рецензії перевірка на плагіат. | квітень | Виконано |
| 9 | Подання роботи на кафедру | травень | Виконано |

Студент _____ В. В. Романенко

Керівник роботи _____ А. М. Шевченко

# АНОТАЦІЯ

Кваліфікаційна робота: 62 сторінки, 3 таблиці, 1 рисунок, 4 додатки, 48 літературних джерел.

Мета дослідження. Теоретично дослідити та емпірично довести вплив апатії на трудову діяльність медичних працівників в умовах воєнного конфлікту, а також розробити практичні рекомендації, що сприятимуть підвищенню ефективності їхньої праці.

Об'єкт дослідження: професійна діяльність та психоемоційний стан медичних працівників під час воєнного стану.

Предмет дослідження: особливості, чинники та наслідки впливу апатичних станів на якість і продуктивність праці медичного персоналу в умовах воєнного конфлікту.

Методи дослідження. У дослідженні застосовувалися теоретичні методи (аналіз, синтез, порівняння, узагальнення) та емпіричні: опитувальник професійного вигорання К. Маслач, методика «Мотивація професійної діяльності» К. Замфір, шкала професійної ефективності, методика оцінки концентрації уваги. Для обробки результатів використовувалися методи описової статистики та кореляційний аналіз за коефіцієнтом Пірсона.

Практичне значення дослідження полягає в можливості безпосереднього використання отриманих результатів у системі охорони здоров'я. Результати сприятимуть подоланню апатії, профілактиці професійного вигорання та відновленню ефективності праці персоналу в умовах воєнного конфлікту.

Результати емпіричного дослідження можуть бути використані керівниками медичних закладів, госпітальними психологами та фахівцями з управління персоналом для своєчасної діагностики рівнів емоційного виснаження за К. Маслач, виявлення деструктивних змін у мотиваційному комплексі, а також об'єктивної оцінки психофізіологічного стану працівників за допомогою методики оцінки концентрації уваги. Це дозволить виокремлювати групи ризику серед медиків, які потребують негайної психологічної реабілітації. Розроблені практичні рекомендації охоплюють методи емоційного розвантаження, техніки підвищення резильєнтності та алгоритми саморегуляції в умовах роботи з масовою травмою. Їх впровадження у діяльність військових госпіталів та цивільних лікарень сприятиме зниженню рівня професійної деформації, запобіганню медичним помилкам та збереженню кадрового потенціалу галузі.

Ключові слова: апатія, медичні працівники, психологічний стан, ефективність трудової діяльності, професійна діяльність, професійна мотивація, емоційне виснаження, психологічне благополуччя, психоемоційний стан, працездатність, професійна ефективність, воєнний конфлікт, стрес, психологічні ресурси, психопрофілактика, психологічна підтримка, тренінгова програма, відновлення ресурсу.

## ABSTRACT

Qualification paper: 62 pages, 3 tables, 1 figure, 4 appendices, 48 bibliographic sources.

Research objective: To theoretically investigate and empirically demonstrate the impact of apathy on the work performance of medical professionals during an armed conflict, and to develop practical recommendations to enhance their work efficiency.

Object of research: The professional activity and psycho-emotional state of medical professionals during martial law.

Subject of research: The characteristics, factors, and consequences of the impact of apathy on the quality and productivity of medical personnel's work amidst an armed conflict.

Research methods: The study employed theoretical methods (analysis, synthesis, comparison, generalization) and empirical methods: the Maslach Burnout Inventory (MBI), K. Zamfir’s "Motivation for Professional Activity" technique, a professional efficacy scale, and an attention concentration assessment method. Descriptive statistics and Pearson correlation analysis were used to process the results.

Practical significance: The findings can be directly applied within the healthcare system. The results will help overcome apathy, prevent professional burnout, and restore staff work efficiency during an armed conflict. The results of this empirical study can be utilized by healthcare administrators, hospital psychologists, and HR specialists to timely assess levels of emotional exhaustion (based on C. Maslach’s model), identify destructive changes in motivational structures, and objectively evaluate the psychophysiological state of staff using attention concentration assessment methods. This enables the identification of at-risk groups among medical personnel who require immediate psychological rehabilitation. The developed practical recommendations encompass methods for emotional relief, resilience-building techniques, and self-regulation algorithms for working in mass-casualty situations. Implementing these measures in military hospitals and civilian medical facilities will help reduce professional deformation, prevent medical errors, and preserve the sector's workforce.

Keywords: apathy, medical personnel, psychological state, work performance, professional activity, professional motivation, emotional exhaustion, psychological well-being, psycho-emotional state, work capacity, professional effectiveness, armed conflict, stress, psychological resources, psychological prevention, psychological support, training program, resource recovery.

**ЗМІСТ**

**ВСТУП……** 7

**РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ АПАТІЇ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ……...** 12

1.1. Апатія як психологічний стан: сутність, види та діагностичні критерії 12

1.2 Ефективність трудової діяльності медпрацівників: структура та фактори 14

1.3 Психологічні особливості діяльності медичного персоналу в умовах війни…….. 16

1.4 Теоретичні моделі взаємозв'язку апатії та ефективності праці…… 18

Висновки до розділу 1……... 20

**РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВІВ АПАТІЇ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ В УМОВАХ ВОЄННОГО КОНФЛІКТУ...** 22

2.1. Організація та методика емпіричного дослідження проявів апатії у медичних працівників в умовах воєнного конфлікту……. 22

2.2. Діагностика рівня апатії та її структурних компонентів у медпрацівників……. 26

2.3. Аналіз показників ефективності трудової діяльності медпрацівників…… 29

2.4. Кореляційний аналіз взаємозв'язку апатії та ефективності праці…… 31

Висновки до розділу 2……..……. 33

**РОЗДІЛ 3 МЕТОДИ ТА ФОРМИ РОБОТИ ЩОДО ЗНИЖЕННЯ РІВНЯ АПАТІЇ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ……** 35

3.1. Методи та форми роботи щодо зниження рівня апатії у медичних працівників……. 35

3.2. Зміст та особливості впровадження тренінгової програми «Відновлення ресурсу»……... 36

Висновкидо розділу 3…… 43

**ВИСНОВКИ……...……...** 45

**СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ……...……...** 48

**ДОДАТКИ……..…...** 53

# ВСТУП

**Актуальність теми дослідження.** В умовах воєнного стану медичні працівники постійно перебувають у стані емоційного виснаження. Виклики, з якими зіткнулася система охорони здоров'я України в умовах тривалого воєнного конфлікту, є безпрецедентними. У цей період на медичних працівників покладено обов'язки, що виходять далеко за межі суто клінічних маніпуляцій чи лікування фізичних ушкоджень. Медичний персонал зазнає одночасно фізичного та психологічного навантаження, що робить проблему професійної апатії критично важливою для наукового аналізу.

Специфіка діяльності медичного персоналу в умовах війни полягає у систематичному контакті з психотравмуючими подіями. Медичні працівники регулярно стикаються з тяжкими мінно-вибуховими травмами, масовими стражданнями та загибеллю пацієнтів. Необхідність постійної емпатійної взаємодії в умовах значних втрат створює надмірне навантаження на психіку медичного працівника. Тривале перебування в таких умовах виснажує емоційні ресурси та підвищує ризик розвитку апатії.

Апатія в умовах воєнного стану виступає як захисний механізм психіки у відповідь на надмірне стресове навантаження. В умовах хронічної травматизації відбувається десенсибілізація – зниження емоційної чутливості, що дозволяє продовжувати функціонування. Це призводить до того, що працівник виконує свої обов'язки механічно, зі зниженою здатністю до емпатії. Проте в медичній сфері така байдужість є небезпечною, оскільки погіршує якість терапевтичного процесу та знижує рівень довіри між лікарем і пацієнтом.

Окремої уваги заслуговує і той факт, що самі медичні працівники є частиною суспільства, що перебуває в стані війни. Вони не мають імунітету до тих самих стресорів, що й пацієнти: вони так само переживають розлуку з рідними, тривогу за дітей та страх перед обстрілами. Виникає ефект

«подвійної травматизації», коли власні переживання медика накладаються на досвід пацієнта, прискорюючи розвиток професійного вигорання та апатії.

Вивчення чинників виникнення апатії серед медичних працівників важливе не лише для збереження їхнього ментального здоров'я, а й для забезпечення стійкості всієї медичної системи. Розуміння того, як емоційне вигорання впливає на працездатність фахівців у критичних умовах, дозволить розробити ефективні стратегії психологічної реабілітації та підтримки медичного персоналу.

**Мета дослідження.** Теоретично дослідити та емпірично довести вплив апатії на трудову діяльність медичних працівників в умовах воєнного конфлікту, а також розробити практичні рекомендації, що сприятимуть підвищенню ефективності їхньої праці.

**Об'єкт дослідження:** професійна діяльність та психоемоційний стан медичних працівників під час воєнного стану.

**Предмет дослідження:** особливості, чинники та наслідки впливу апатичних станів на якість і продуктивність праці медичного персоналу в умовах воєнного конфлікту.

**Завдання дослідження:**

1. Проаналізувати стан проблеми апатії у науковій літературі та визначити специфіку її проявів у професійній діяльності медиків.
2. Вивчити особливості впливу воєнного конфлікту на психоемоційний стан медичного персоналу (зокрема через фактор «втоми від співчуття» та роботу з людським горем).
3. Емпірично дослідити взаємозв'язок між рівнем апатії та показниками ефективності трудової діяльності медичних працівників (через тестування, опитування чи самооцінку).
4. Розробити та обґрунтувати рекомендації для медичних працівників та керівництва закладів охорони здоров'я щодо подолання апатичних станів та підтримки продуктивності праці.

**Методи дослідження.** У дослідженні застосовувалися теоретичні методи (аналіз, синтез, порівняння, узагальнення) та емпіричні: опитувальник професійного вигорання К. Маслач, методика «Мотивація професійної діяльності» К. Замфір, шкала професійної ефективності, методика оцінки концентрації уваги. Для обробки результатів використовувалися методи описової статистики та кореляційний аналіз за коефіцієнтом Пірсона.

**Теоретичне значення дослідження** полягає в поглибленні наукових уявлень про психологічну природу, структуру та механізми впливу апатії на трудову діяльність медичних працівників в умовах воєнного конфлікту. У роботі проаналізовано теоретичні підходи до вивчення професійного вигорання, емоційного заціпеніння та апатичних станів, що дало змогу розширити теоретичне розуміння апатії як багатокомпонентного захисного механізму психіки.

У межах дослідження уточнено зміст поняття апатії медичного працівника з позицій психології праці та екстремальної психології. Теоретично доведено, що апатія формується не лише як результат індивідуального виснаження, а як наслідок тривалого контакту з психотравмуючими подіями, що призводить до деформації мотиваційної сфери та зниження об’єктивної ефективності праці.

На основі аналізу класичних і сучасних теорій вигорання, зокрема трифакторної моделі К. Маслач, узагальнено теоретичні підходи до трансформації трудової діяльності під впливом стресу. Це дозволило визначити основні психологічні чинники зниження продуктивності, зокрема: трансформацію мотиваційного комплексу за К. Замфір, деперсоналізацію пацієнта як спосіб емоційного відсторонення та зниження когнітивної концентрації (за показниками методики оцінки концентрації уваги).

Отримані теоретичні положення можуть бути використані для подальших наукових досліджень у галузі медичної та кризової психології. Вони також слугують концептуальним підґрунтям для розроблення стратегій

психологічної підтримки медичних працівників, що діють в умовах надзвичайних ситуацій та воєнних конфліктів.

**Практичне значення дослідження** полягає в можливості безпосереднього використання отриманих результатів у системі охорони здоров'я. Результати сприятимуть подоланню апатії, профілактиці професійного вигорання та відновленню ефективності праці персоналу в умовах воєнного конфлікту.

Результати емпіричного дослідження можуть бути використані керівниками медичних закладів, госпітальними психологами та фахівцями з управління персоналом для своєчасної діагностики рівнів емоційного виснаження за К. Маслач, виявлення деструктивних змін у мотиваційному комплексі, а також об'єктивної оцінки психофізіологічного стану працівників за допомогою методики оцінки концентрації уваги. Це дозволить виокремлювати групи ризику серед медиків, які потребують негайної психологічної реабілітації. Розроблені практичні рекомендації охоплюють методи емоційного розвантаження, техніки підвищення резильєнтності та алгоритми саморегуляції в умовах роботи з масовою травмою. Їх впровадження у діяльність військових госпіталів та цивільних лікарень сприятиме зниженню рівня професійної деформації, запобіганню медичним помилкам та збереженню кадрового потенціалу галузі.

Матеріали дослідження можуть бути використані в практичній діяльності кризових психологів: під час тренінгів стресостійкості та профілактики «втоми від співчуття», а також в індивідуальних консультаціях з питань професійної депресії. Крім того, їх можна застосовувати в системі підвищення кваліфікації медичного персоналу, що працює в екстремальних умовах.

Окрім того, результати дослідження можуть бути застосовані в освітньому процесі медичних та гуманітарних закладів вищої освіти. Зокрема, під час викладання дисциплін «Медична психологія», «Екстремальна та кризова психологія» і «Психологія праці», а також у

підготовці майбутніх спеціалістів до роботи в умовах надзвичайних ситуацій та збройних конфліктів.

**Експериментальна база дослідження:** Комунальне некомерційне підприємство Білоцерківської міської ради «Білоцерківська міська лікарня номер 1».

**Апробація результатів дослідження.** Основні теоретичні положення та результати дослідження доповідались на науковій конференції та опубліковані у формі тез: Романенко В. В. Психологічні механізми впливу апатії на ефективність трудової діяльності медичних працівників в умовах воєнного конфлікту. Молодь – аграрній науці і виробництву: зб. тез наук.-практ. конф. здобувачів вищ. освіти. – Біла Церква: БНАУ, 2026.

**Структура та обсяг роботи:** Дипломна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг роботи становить 43 сторінок основного тексту та 11 сторінок додатків, загальний обсяг – 61 сторінки. Список використаних джерел містить 49 найменувань. Робота ілюстрована 3 таблицями та 1 рисунком у тексті; додатки включають 5 додатків.

# РОЗДІЛ 1
# ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ АПАТІЇ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

## 1.1 Апатія як психологічний стан: сутність, види та діагностичні критерії

Апатія – це психологічний стан, що характеризується зниженою мотивацією, відсутністю емоцій та байдужістю, який може суттєво впливати на життя людини та її соціальну взаємодію. [12] На відміну від депресії, яка характеризується смутком та відчуттям безнадії, апатія характеризується загальною відсутністю реакції на подразники, які зазвичай викликають емоційні або поведінкові реакції [28].

Апатія проявляється у трьох основних сферах: когнітивній, емоційній та поведінковій. Когнітивно вона проявляється як відсутність інтересу або турботи, емоційно – як байдужість, поведінково – як зниження цілеспрямованої активності [10].

Діагностика апатії вимагає ретельної диференціації від таких станів, як депресії та ангідонії, оскільки ці розлади можуть проявлятись зі схожими симптомами [6].

Важливим інструментом для такої диференціації є Шкала оцінки апатії, розроблена С. Маріном у 1991 році, яка дозволяє кількісно вимірювати рівень апатії та відрізняти її від суміжних станів [15]. Пізніше Р. Старкштайн та співавтори запропонували структуроване діагностичне інтерв’ю для апатії, яке базується на критеріях зниження мотивації в когнітивній, емоційній та поведінковій сферах одночасно [35].

У сучасній психологічній науці виділяють кілька видів апатії залежно від її походження та клінічних проявів. Первинна форма розглядається як самостійний синдром, пов’язаний із дисфункцією фронтально-підкіркових нейронних кіл, тоді як вторинна є симптомом інших розладів – депресії, посттравматичного стресового розладу (ПТСР) або синдрому вигорання [32]. Дослідник Р. Леві виокремлює також ситуативну апатію, що виникає як

реакція на тривалий стрес у специфічних умовах діяльності – зокрема, в умовах хронічного робочого перевантаження [9].

Причини апатії багатогранні та включають біологічні, психологічні та соціальні фактори [10].

Біологічні фактори пов'язані з особливостями функціонування мозкових структур, що відповідають за мотивацію [36]. Дослідження нейровізуалізації вказують на роль дисфункції дофамінергічної системи: знижена активність дофаміну в префронтальній корі та стріатумі безпосередньо пов'язана з рівнем мотивації [11]. Психологічні фактори включають хронічний стрес та травматичний досвід, що призводять до стану вивченої безпорадності. Соціальні фактори пов'язані з умовами середовища, зокрема відсутністю підтримки та тривалим впливом стресу [12].

Концепція вивченої безпорадності, запропонована М. Селігманом, слугує важливим теоретичним підґрунтям для розуміння апатії. Відповідно до цієї концепції, коли людина систематично стикається з ситуаціями, в яких її дії не призводять до бажаного результату, вона поступово перестає робити будь-які спроби змінити ситуацію – навіть тоді, коли така можливість з’являється [35]. Для медичних працівників, які регулярно зіштовхуються з обмеженнями ресурсів, неможливістю врятувати пацієнта або бюрократичними перешкодами, цей механізм набуває особливої гостроти.

Суттєвим аспектом є також розмежування апатії та алекситимії – нездатності до усвідомлення та вербалізації власних емоцій. Незважаючи на певну схожість зовнішніх проявів, ці стани мають різну природу: апатія характеризується відсутністю мотиваційного компоненту, тоді як алекситимія – труднощами у когнітивній переробці емоційного досвіду [31].

Отже, апатія є складним багатовимірним станом, що потребує диференційованого підходу до діагностики. У контексті медичної праці особливого значення набуває розмежування апатії від суміжних станів, оскільки це безпосередньо визначає вибір стратегії психологічної допомоги.

## 1.2 Ефективність трудової діяльності медичних працівників: структура, показники та фактори впливу

Ефективність трудової діяльності медичних працівників безпосередньо впливає на їхню здатність забезпечувати якісну та своєчасну медичну допомогу пацієнтам. Зниження ефективності проявляється у погіршенні якості обслуговування, збільшенні кількості помилок та зниженні рівня професійної відповідальності [22].

У сучасній науковій літературі ефективність трудової діяльності медичних працівників розглядається як багатокомпонентне поняття, що охоплює кілька взаємопов’язаних вимірів. Дослідники Т. Боденхаймер та К. Зінске виокремлюють три рівні ефективності: індивідуальний (клінічна компетентність та особиста продуктивність лікаря), командний (злагодженість роботи медичного персоналу) та системний (організаційні показники якості медичної допомоги) [25]. Зниження ефективності на будь-якому з цих рівнів неминуче позначається на якості медичного обслуговування в цілому.

Водночас важливим психологічним чинником, що негативно впливає на ефективність діяльності медичного персоналу, є апатія [19]. Вона проявляється у зниженні концентрації уваги, емоційній байдужості, пасивності та втраті мотивації до професійної діяльності. Крім того, апатичні стани окремих працівників можуть поширюватися на колектив, знижуючи загальний рівень функціонування медичної команди [5].

Феномен «емоційного зараження», описаний Е. Хатфілд та співавторами, пояснює механізм, за яким апатія одного члена медичної команди може передаватись іншим через несвідоме наслідування емоційних станів, мімічних реакцій та поведінкових патернів [28]. Це робить апатію не лише індивідуальною, а й груповою проблемою, що потребує системного підходу в управлінні медичним персоналом.

Значний вплив на формування апатії серед медичних працівників мають організаційні та професійні чинники. До них належать

перенавантаження, дисбаланс між роботою та особистим життям, неефективне управління, порушення комунікації між лікарями та медсестрами, відсутність можливостей розвитку та соціальної підтримки. Усе це сприяє розвитку емоційного виснаження та зниженню професійної ефективності [20].

Дослідження Т. Шанафельта та співавторів (понад 6 000 американських лікарів) показало: більше половини з них мають щонайменше один симптом вигорання, а задоволеність роботою є значно нижчою, ніж в інших професіях [17]. Вітчизняні дослідники фіксують, що в умовах воєнного конфлікту вигорання набуває характеру системного явища, а кількість наукових публікацій з цієї теми в Україні суттєво зросла з 2022 року [13].

Ці дані свідчать про системний характер проблеми та необхідність цілеспрямованих організаційних заходів.

Окрему роль відіграє моральний стрес, який виникає внаслідок неможливості діяти відповідно до власних професійних та етичних переконань. Такий стан супроводжується відчуттям безсилля, знеціненням власних зусиль і досягнень, а також труднощами у комунікації з пацієнтами, зокрема наданням неповної або викривленої інформації. У свою чергу, це посилює розвиток апатії та ще більше знижує ефективність професійної діяльності медичних працівників [20].

Поняття «морального залишку» введене С. Вебстер та Н. Бейліс, описує накопичений емоційний осад від ситуацій морального стресу, який не зникає з часом, а поступово поглиблює відчуження медичного працівника від своєї діяльності та власних цінностей [23]. Цей механізм становить важливу ланку у формуванні хронічної апатії серед медичного персоналу.

Суттєвим чинником ефективності праці медиків є рівень самоефективності – переконаності у власній здатності виконувати завдання. За А. Бандурою, зниження цього показника зменшує зусилля, наполегливість і готовність долати труднощі [24]. В умовах хронічного стресу

самоефективність падає, що утворює замкнене коло: виснаження підриває впевненість у собі, а низька самоефективність поглиблює виснаження.

## 1.3 Психологічні особливості професійної діяльності медичного персоналу в умовах воєнного конфлікту

Робота медичних працівників в умовах війни проходить під впливом сильних стресових факторів. До них належать постійна загроза життю та здоров'ю, високе емоційне навантаження через роботу з пораненими, частий контакт із людськими стражданнями та смертю, обмежені ресурси, фонова тривожність, а також складні морально-етичні ситуації. Усе це викликає у медичних працівників підвищений рівень стресу та тривожності, що значно ускладнює їхню професійну діяльність і впливає на психологічний стан [22].

Тривалий стрес і тривожність можуть поступово виснажувати психіку та призводити до емоційного перенавантаження. Саме в таких умовах зростає ризик розвитку професійного вигорання та апатичних станів [10].

Дослідження, проведені серед медичного персоналу в зонах збройних конфліктів, свідчать про значно вищу поширеність ПТСР, тривожних розладів та депресії порівняно із мирним часом. Так, дослідження Г. Ламберта та співавторів, що охопило дані понад 20 країн, встановило, що від 11 до 30% медичних працівників у зонах конфліктів відповідають критеріям ПТСР [45]. Порівняльне дослідження вигорання українських та британських медичних працівників засвідчило вищу частоту симптомів емоційного виснаження та деперсоналізації серед українських медиків. Основними чинниками є перевантаження, психологічний тиск та нестача ресурсів в умовах воєнного стану [21]. Водночас апатія нерідко виступає як захисний механізм психіки – «емоційне заморожування» на тлі надмірного стресового навантаження.

Не менш значущим є те, що в умовах війни медичні працівники часто відчувають тривожність і безсилля, особливо через високу смертність або

неможливість допомогти всім пацієнтам. Це може знижувати відчуття власної ефективності та значущості своєї роботи [1].

Специфічним явищем, характерним для медичного персоналу в умовах збройного конфлікту, є вторинна травматизація, або «вікарна травма», описана Л. МакКанн та Л. Перлман [27]. Цей стан виникає внаслідок тривалого емпатійного залучення до травматичного досвіду пацієнтів і проявляється у зміні когнітивних схем спеціаліста щодо безпеки, довіри та власної значущості. У довгостроковій перспективі вікарна травма суттєво підвищує ризик розвитку апатії та емоційного відчуження.

Окремої уваги заслуговує поняття «стомлення від співчуття», введене Ч. Фіглі [36]. На відміну від вигорання, яке розвивається поступово, стомлення від співчуття може виникати раптово і характеризується різким зниженням здатності до емпатії, відчуженістю від пацієнтів та загальною байдужістю до результатів своєї роботи. В умовах воєнного конфлікту, коли медичний персонал щоденно стикається з масовими жертвами та тяжкими пораненнями, ризик розвитку цього стану особливо високий.

С. Брукс та співавтори вивчали психологічні наслідки роботи медиків під час пандемій, збройних конфліктів і природних катастроф. Найвразливішими виявилися ті, хто має обмежений доступ до підтримки, відчуває стигматизацію при зверненні за допомогою або не має достатніх ресурсів для відновлення [5].

Суттєвим аспектом психологічної адаптації медичних працівників в умовах воєнного конфлікту є поняття резилієнтності – здатності до психологічного відновлення після стресових подій. Дослідження Б. Фогарті та співавторів свідчать, що резилієнтність є не лише індивідуальною рисою, а й динамічним процесом, на який впливають соціальна підтримка, організаційне середовище та доступ до ресурсів [16]. Відповідно, формування резилієнтності медичного персоналу в умовах війни є одним із пріоритетів психологічного забезпечення охорони здоров’я.

Відповідно, умови воєнного конфлікту є потужним каталізатором розвитку апатії серед медичного персоналу. Вторинна травматизація, моральний стрес та хронічна перевтома діють комплексно, суттєво прискорюючи виснаження психологічних ресурсів фахівця. Це обумовлює необхідність системних інтервенцій, а не лише індивідуальних зусиль.

Українські дослідники також фіксують специфічні особливості психологічного стану медичного персоналу в умовах повномасштабного вторгнення Росії в Україну з 2022 року. Варто відзначити поєднання підвищеної мотивації та вираженої професійної мобілізації на початкових етапах із поступовим наростанням симптомів виснаження та апатії в міру тривалості конфлікту [12]. Михайленко О. В. дослідив психологічні особливості професійного вигорання лікарів в умовах війни та встановив, що екстремальні умови воєнного конфлікту суттєво прискорюють розвиток усіх компонентів вигорання порівняно з мирним часом [14]. Ця закономірність відображає типову динаміку психологічних ресурсів у ситуаціях тривалого надзвичайного навантаження: початкова мобілізація поступово змінюється виснаженням.

## 1.4 Теоретичні моделі взаємозв'язку апатії та ефективності професійної діяльності медичних працівників

Сучасні напрями взаємозв'язку між апатією та ефективністю професіональної діяльності медичних працівників становить важливу складову теоретичних моделей, що пояснюють вплив емоційних станів на якість виконання професійних обов’язків [3].

Одним із сучасних прикладів теоретичних підходів є трифакторна модель вигорання К. Маслач, у якій апатія розглядається як наслідок емоційного виснаження. Емоційне вигорання є синдромом, що формується внаслідок хронічного стресу в професійній діяльності [13]. К. Маслач та М. Лейтер виокремлюють три ключові виміри вигорання: емоційне виснаження, деперсоналізацію (цинізм) та знижене відчуття особистої ефективності [39].

Апатія у цій моделі найтісніше пов’язана з деперсоналізацією – дистанційованим, знеособленим ставленням до пацієнтів – та з низькою особистою ефективністю, які разом формують стан загальної байдужості до результатів діяльності.

Іншою сучасною теоретичною моделлю є модель збереження ресурсів, яка була розроблена психологом С. Хобфоллом [8]. Згідно з цією теорією, апатія може виникати внаслідок виснаження ресурсів через хронічний стрес, що негативно впливає на роботу в цілому. Це також пояснює, що вигорання лікарів пов'язане із погіршенням загального самопочуття та збільшенням ймовірності медичних помилок [8]. Принципово важливим у моделі Хобфолла є поняття «спіралі втрат» – процесу, за якого початкова втрата ресурсів провокує подальші втрати, що прискорює розвиток апатії та виснаження. Водночас «спіраль набуття» описує протилежний механізм, за якого накопичення ресурсів підвищує стійкість до стресу [8].

Ще однією теоретичною моделлю взаємозв'язку апатії та ефективності роботи медичних працівників є модель вимог та ресурсів роботи. Її авторами є А. Баккер та Е. Демеруті [29]. За цією моделлю, робота медичного персоналу перенавантажена вимогами: висока відповідальність, нічні зміни, емоційне навантаження через страждання пацієнтів – усе це виснажує енергію. Коли ресурси вичерпані, розвивається психологічне відсторонення від професійної діяльності, що є проявом апатії. Лікар у такому стані починає припускатися клінічних помилок не через брак знань, а через зниження концентрації та байдужість до протоколів безпеки.

Подальший розвиток моделі вимог та ресурсів роботи у працях А. Баккера та В. Шауфелі дозволив виокремити два паралельні процеси: «процес виснаження здоров’я» (надмірні вимоги → виснаження → погіршення здоров’я та ефективності) та «мотиваційний процес» (наявність ресурсів → залученість → висока ефективність та низький рівень апатії) [36]. Ця двопроцесна структура пояснює, чому навіть в умовах однакового

робочого навантаження різні медичні працівники можуть демонструвати принципово різний рівень апатії залежно від доступних особистісних та організаційних ресурсів.

Суттєвим теоретичним внеском є також транзактна модель стресу та подолання Р. Лазаруса та С. Фолкман [6]. Згідно з нею, стрес є не об'єктивною характеристикою ситуації, а результатом когнітивної оцінки людиною співвідношення між зовнішніми вимогами та власними ресурсами для їх задоволення. Первинна оцінка визначає значущість загрози, а вторинна – можливості її подолання. Якщо медичний працівник систематично оцінює ситуацію як загрозливу, а власні ресурси – як недостатні, формується стан хронічного стресу, що у підсумку призводить до апатії як наслідку виснаження адаптаційних ресурсів.

Теорія самодетермінації Е. Десі та Р. Раяна пропонує ще один кут зору на природу апатії [30]. Мотивація та благополуччя забезпечуються задоволенням трьох базових потреб: автономії (відчуття вибору), компетентності (переживання ефективності) та зв'язаності (причетності до спільноти). Якщо умови роботи систематично фруструють ці потреби – як це відбувається в переобтяженій системі охорони здоров'я під час збройного конфлікту – апатія стає закономірним наслідком.

Спільним для всіх розглянутих моделей є такий механізм: апатія виникає через тривалий дисбаланс між вимогами до медичного працівника, та ресурсами (особистісними, соціальними та організаційними), якими він має для їх задоволення. Водночас апатія не лише є наслідком цього дисбалансу, а й сама стає чинником, що поглиблює його, формуючи замкнене коло прогресуючого зниження ефективності професійної діяльності.

Відтак, апатія у медичному середовищі є не лише індивідуальною, а й системною проблемою, що охоплює всі рівні організації праці. Розуміння її чинників дозволяє перейти від симптоматичного до превентивного підходу в управлінні психологічним здоров'ям медичного персоналу.

## Висновки до розділу 1

Теоретичний аналіз показав, що апатія не є ізольованим явищем – вона розвивається як складова синдрому професійного вигорання та емоційного виснаження під тривалим впливом стресу. Це багатовимірне явище охоплює когнітивний, емоційний та поведінковий виміри, що вимагає комплексного підходу як до діагностики, так і до вивчення.

Розглянуті теоретичні моделі – трифакторна модель вигорання К. Маслач, модель збереження ресурсів С. Хобфолла, модель вимог та ресурсів роботи А. Баккера та Е. Демеруті, транзактна модель стресу Р. Лазаруса та С. Фолкман, а також теорія самодетермінації Е. Десі та Р. Раяна – з різних теоретичних позицій обґрунтовують взаємозв’язок між апатією та ефективністю трудової діяльності медичних працівників. Спільним для всіх підходів є розуміння апатії як результату дисбалансу між професійними вимогами та наявними ресурсами, що підтверджується сучасними емпіричними дослідженнями.

В умовах воєнного конфлікту зазначені чинники набувають особливої гостроти: постійна загроза, моральний стрес, вторинна травматизація та стомлення від співчуття суттєво прискорюють виснаження психологічних ресурсів медичного персоналу та підвищують ризик розвитку апатії. Урахування цих закономірностей є необхідною передумовою розробки ефективних психологічних інтервенцій, спрямованих на збереження психічного здоров’я медичних працівників та підтримання якості їхньої професійної діяльності.

# РОЗДІЛ 2
# ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВІВ АПАТІЇ У ПРАЦІВНИКІВ В УМОВАХ ВОЄННОГО КОНФЛІКТУ

## 2.1. Організація та методика емпіричного дослідження проявів апатії у медичних працівників в умовах воєнного конфлікту

В умовах тривалого воєнного конфлікту медичні працівники України зазнають систематичного впливу надмірних психологічних навантажень. Це суттєво підвищує ризик розвитку емоційного виснаження та апатії. Вивчення цієї проблеми є актуальним як з наукового погляду – для поглиблення розуміння наслідків роботи в екстремальних умовах, – так і з практичного, адже потрібні ефективні засоби психологічної підтримки персоналу.

Метою емпіричного дослідження є визначення рівня апатії та її взаємозв'язку з показниками ефективності трудової діяльності медичних працівників в умовах воєнного стану.

Відповідно до мети були визначені такі завдання дослідження:

– здійснити діагностику рівня емоційного виснаження, деперсоналізації та редукції особистих досягнень у медичних працівників як структурних компонентів апатії та професійного вигорання;

– оцінити показники ефективності трудової діяльності досліджуваних, зокрема рівень продуктивності, мотивації, концентрації уваги та якості виконання завдань;

– встановити характер і статистичну значущість взаємозв'язку між рівнем апатії та показниками ефективності професійної діяльності;

– на основі отриманих результатів сформулювати практичні рекомендації щодо психологічної підтримки медичного персоналу.

Емпіричне дослідження було організоване та проведене у три послідовні етапи, що забезпечило системність, логічну завершеність і достовірність отриманих результатів.

Перший етап – підготовчо-організаційний. На першому етапі проводилася підготовка до емпіричного дослідження. Основна увага була зосереджена на уточненні мети, завдань і гіпотези дослідження, а також на визначенні емпіричної бази та вибірки досліджуваних. Було сформульовано робочу гіпотезу: підвищення рівня апатії у медичних працівників в умовах воєнного стану супроводжується статистично значущим зниженням показників ефективності їхньої трудової діяльності.

На цьому етапі добирали психодіагностичні методики з урахуванням специфіки роботи медичного персоналу в умовах збройного конфлікту. Визначено порядок дослідження та підготовлено матеріали (бланки відповідей, інструкції). Забезпечено дотримання етичних принципів: добровільність участі та конфіденційність результатів.

Другий етап – діагностичний. Другий етап був безпосередньо спрямований на проведення емпіричного дослідження та збирання первинних результатів. У межах цього етапу проводилася психодіагностика рівня апатії та показників ефективності трудової діяльності медичних працівників за допомогою стандартизованих психодіагностичних методик. Діагностичне обстеження проводилося в онлайн-форматі з дотриманням єдиних інструкцій для всіх учасників дослідження. Дослідження проводилося з дотриманням етичних принципів психологічного дослідження: добровільність участі, право на відмову, конфіденційність та анонімність отриманих результатів. Усі учасники були поінформовані про науковий характер дослідження та надали згоду на участь.

Третій етап – аналітико-узагальнювальний. На третьому етапі проводилися кількісний і якісний аналіз та інтерпретація результатів,

визначено рівні вираженості досліджуваних показників, виявлено статистично значущі взаємозв'язки між ними. На основі узагальнення результатів сформульовано висновки та розроблено практичні рекомендації щодо психологічної підтримки медичного персоналу.

Дослідження проводилося на базі Білоцерківської міської лікарні номер один. У дослідженні взяли участь медичні працівники різних спеціальностей, зокрема військові медики, медичні сестри та брати, реабілітологи, лікарі швидкої допомоги та інші. Загальна вибірка склала 40 осіб. Вік респондентів становив від 30 років, а професійний стаж – не менше трьох років. Критерієм включення до вибірки була безперервна професійна діяльність у медичних закладах у період починаючи з березня 2022 року. Збір емпіричних результатів відбувався за допомогою онлайн-опитування, що забезпечило анонімність відповідей та зручність для респондентів.

З метою реалізації завдань дослідження було сформовано комплекс психодіагностичних методик, спрямованих на вивчення апатії медичних працівників.

Таблиця 2.1

Психодіагностичні методики емпіричного дослідження апатії медичних працівників

| № | Назва методики | Автор(и) | Мета методики | Досліджувані показники |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Опитувальник професійного вигорання К. Маслач | К. Маслач, С. Джексон | Діагностика рівня вигорання як індикатора апатії | Емоційне виснаження; деперсоналізація; редукція особистих досягнень |
| 2 | Методика «Мотивація професійної діяльності» | К. Замфір (модифікація А. Реана) | Визначення внутрішньої та зовнішньої мотивації | Рівень мотивації; орієнтація на результат; зацікавленість у діяльності |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 3 | Шкала загальної самоефективності | Р. Шварцер, М. Єрусалем (адаптація В. Ромека) | Суб'єктивна оцінка власної ефективності виконання завдань | Рівень впевненості у власній ефективності; відчуття компетентності |
| 4 | Методика оцінки концентрації уваги | Бурдон, Анфімов | Оцінка концентрації уваги та продуктивності | Швидкість обробки; кількість помилок; стійкість уваги |

1. Опитувальник професійного вигорання К. Маслач належить доо найбільш валідизованих і широко застосовуваних психодіагностичних інструментів у дослідженнях вигорання та апатії серед медичного персоналу. Методика розроблена К. Маслач та С. Джексон і включає 22 твердження, що оцінюються за семибальною шкалою частоти переживання відповідних станів (від «ніколи» до «щодня»).

Опитувальник вимірює три ключові компоненти синдрому вигорання, які є структурними проявами апатії у професійному контексті. Перший – емоційне вигорання – відчуття емоційної спустошеності, хронічної втоми та виснаженості власних ресурсів. Другий – деперсоналізація – цинічне, дистанційоване ставлення до пацієнтів і колег як захисна реакція на надмірне навантаження. Третій – редукція особистих досягнень – зниження відчуття власної компетентності, ефективності та значущості власної праці.

Методика широко апробована на вибірках медичного персоналу в різних країнах і демонструє високі показники надійності та конструктної валідності. Її застосування в умовах дослідження медичних працівників воєнного часу є особливо обґрунтованим, оскільки вона фіксує саме ті аспекти психологічного стану, що найбільше страждають під впливом хронічного стресу та екстремальних умов праці (додаток А).

2. Методика оцінки мотивації до професійної діяльності спрямована на визначення рівня внутрішньої та зовнішньої мотивації медичного працівника, його зацікавленості у результатах праці та орієнтації на досягнення. Низький рівень мотивації розглядається як один із центральних поведінкових проявів апатії у професійній сфері. Методика дає змогу оцінити

ступінь втрати інтересу до трудової діяльності та зниження прагнення до досягнення професійних цілей. Застосування цієї методики є особливо цінним, оскільки мотивація є найбільш динамічним показником, що першим реагує на розвиток апатичного стану (додаток Б).

3. Методика оцінки концентрації уваги та продуктивності дозволяє визначити здатність медичного працівника до тривалої зосередженості на завданні, рівень когнітивної продуктивності та стійкості уваги. Когнітивні порушення є характерним проявом апатії і становлять особливу загрозу в медичній діяльності, де точність і уважність є критично важливими для безпеки пацієнтів. Методика дозволяє виявити ступінь когнітивного виснаження, спричиненого тривалим стресом в умовах воєнного конфлікту (додаток В).

4. Методика самооцінки якості виконання завдань орієнтована на суб'єктивну оцінку медичним працівником точності, відповідальності та якості своєї роботи. Вона слугує для виявлення суб'єктивного відчуття власної ефективності та рівня усвідомленості у виконанні професійних обов'язків. Зниження самооцінки якості роботи є поведінковим індикатором апатичного стану, що корелює з редукцією особистих досягнень за шкалою опитувальника (додаток Д).

Статистична обробка отриманих результатів проводилася за допомогою програмного забезпечення IBM SPSS Statistics з використанням методів описової статистики та кореляційного аналізу (коефіцієнт кореляції Пірсона). Рівень статистичної значущості встановлювався на рівні $p \leq 0,05$. Первинні результати діагностики по всіх методиках представлені у вигляді зведеної матриці результатів (додаток Е).

## 2.2. Діагностика рівня апатії та її структурних компонентів у медичних працівників

На основі застосування опитувальника професійного вигорання К. Маслач було проведено діагностику рівня апатії та її структурних

компонентів у досліджуваної вибірки медичних працівників. Оскільки вигорання є одним із ключових механізмів формування апатії у професійному середовищі, показники опитувальника розглядаються як валідні індикатори вираженості апатичного стану.

За результатами обробки отриманих результатів встановлено, що переважна більшість досліджуваних демонструє виражені прояви всіх трьох компонентів вигорання, що свідчить про надзвичайно високий рівень психологічного виснаження медичного персоналу в умовах воєнного стану.

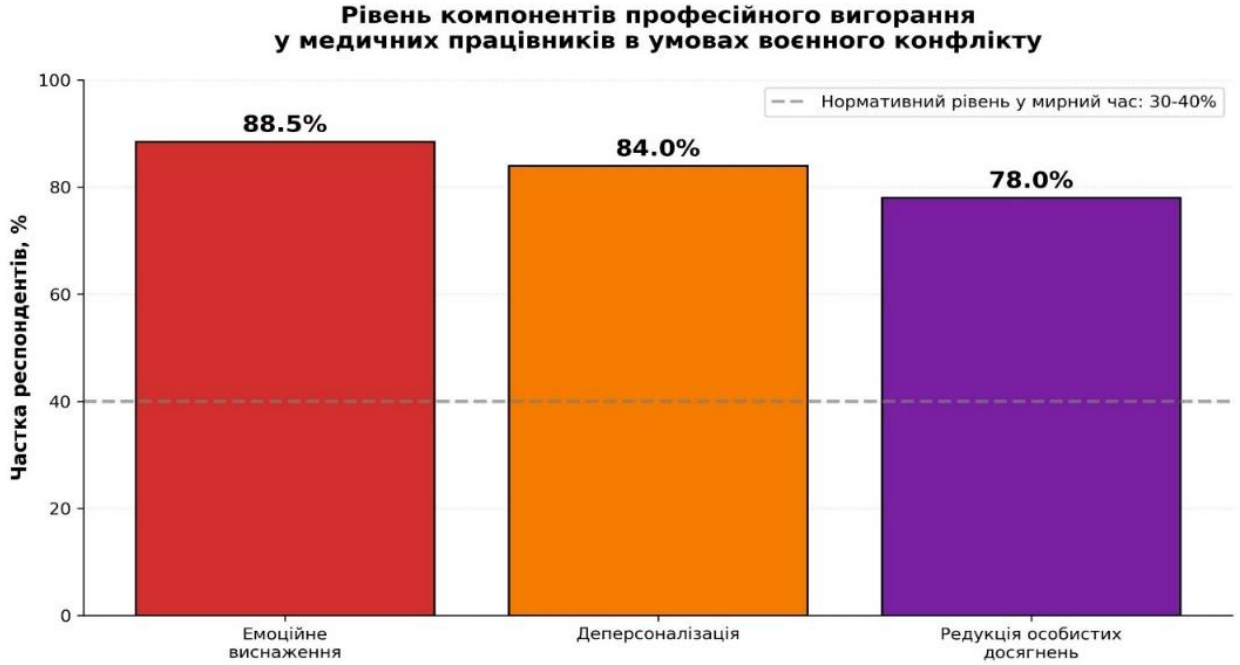
Емоційне виснаження. У 88% респондентів зафіксовано високий рівень емоційного виснаження – це найвиразніший прояв вигорання та апатії. Він проявлявся у хронічній втомі, що не зникає після відпочинку, зниженні внутрішніх ресурсів і втраті задоволення від роботи. Респонденти описували стан як емоційну спустошеність, зниження інтересу до професійної діяльності та загальну байдужість. Для порівняння: у мирний час цей показник зазвичай не перевищує 30–40%, що підтверджує деструктивний вплив умов воєнного конфлікту на психологічний стан медиків.

Деперсоналізація. У 85% досліджуваних виявлено високий рівень деперсоналізації, що характеризувалася цинічним, дистанційованим та знеособленим ставленням до пацієнтів і колег. Деперсоналізація є захисним механізмом: при виснаженні емоційних ресурсів відбувається зниження емпатійного реагування. Проте у тривалій перспективі це поглиблює апатію та знижує залученість у професійну діяльність. Конкретні прояви: механічне виконання обов’язків, знеособлене сприйняття пацієнтів, роздратування та зниження здатності до співчуття.

Редукція особистих досягнень. У 78% респондентів діагностовано низький рівень редукції особистих досягнень, що проявлявся у знеціненні власних зусиль і результатів, зниженні самооцінки як фахівця, відчутті власної неефективності та безрезультативності. Цей компонент відображає когнітивний вимір апатії – руйнування відчуття сенсу та значущості власної праці. Медичні працівники з вираженою редукцією особистих досягнень

описували свій стан такими висловлюваннями: «Що б я не робив – це нічого не змінює», «Я не відчуваю, що роблю щось важливе», «Мої зусилля марні». Такі переконання формують глибокий апатичний стан, що унеможливлює відновлення мотивації без цілеспрямованої психологічної допомоги.

Загальні показники. Загалом 93% респондентів демонстрували високі показники щонайменше за однією шкалою опитувальника, що вказує на надзвичайно широку поширеність симптомів апатії та емоційного виснаження серед досліджуваної вибірки. Водночас повний синдром професійного вигорання (за всіма трьома шкалами одночасно) було виявлено




у 22% досліджуваних, що є тривожним показником. Наочно результати представлені на рис. 2.1.

Рис. 2.1. Розподіл рівнів компонентів професійного вигорання у медичних працівників в умовах воєнного стану (n = 40, %)

Кореляційний аналіз підтвердив статистично значущі зв’язки: рівень вигорання має негативний зв’язок із адаптаційними ресурсами ($r = -0{,}302$, $p < 0{,}001$) та позитивний зв’язок із рівнем пережитого стресу ($r = 0{,}208$, $p < 0{,}001$; $r = 0{,}174$, $p < 0{,}001$). Це означає, що чим вищий рівень апатії, тим нижчою є здатність медичного працівника до адаптації в умовах стресу.

Отримані результати переконливо підтверджують, що рівень апатії серед медичних працівників досліджуваної вибірки є критично високим. Це свідчить про необхідність негайного впровадження системних заходів психологічної підтримки в умовах воєнного стану.

Отримані результати підтверджують, що умови воєнного стану є потужним чинником розвитку апатії та емоційного виснаження. Постійна загроза життю, необхідність ухвалювати рішення в екстремальних умовах і тривалий контакт із людськими стражданнями поступово виснажують психологічні ресурси фахівців. Зрештою формується глибокий апатичний стан, що негативно позначається на всіх сферах їхнього функціонування.

## 2.3. Аналіз показників ефективності трудової діяльності медичних працівників

На основі використання шкали мотивації К. Замфір, методики концентрації уваги (Бурдон, Анфімов) та шкали самоефективності Р. Шварцер і М. Єрусалем нами було встановлено узагальнені показники ефективності трудової діяльності медичних працівників, що представлені у таблиці 2.3.

У дослідженні визначалися чотири ключові показники ефективності: продуктивність праці, мотивація до професійної діяльності, концентрація уваги та якість виконання завдань.

Продуктивність праці. За результатами дослідження у 65% досліджуваних зафіксовано низький рівень продуктивності праці. Цей показник проявлявся у погіршенні якості надання медичної допомоги, зменшенні обсягу виконуваної роботи за одиницю часу, зростанні кількості помилок та постійному відчутті втоми, що унеможливлює повноцінне виконання професійних обов’язків. Зниження продуктивності є одним із найбільш очевидних функціональних наслідків апатії, оскільки відсутність мотивації, емоційна байдужість та когнітивне виснаження безпосередньо впливають на обсяг і якість виконуваної роботи. Медичні працівники з

низькою продуктивністю описували свій стан як «роблю лише мінімум, необхідний для виживання пацієнта», «не маю сил на щось більше».

Мотивація до професійної діяльності. У 74% респондентів виявлено низький рівень мотивації до трудової діяльності. Цей показник є найбільш вираженим серед усіх досліджуваних показників ефективності, що свідчить про глибоке ураження мотиваційної сфери медичного персоналу. Низька мотивація характеризується втратою інтересу до роботи, відсутністю прагнення до досягнення професійних цілей, зниженням ініціативності та відчуженістю від результатів власної праці. Цей показник є центральним проявом апатії і водночас чинником, що поглиблює її розвиток, утворюючи замкнене коло. Серед конкретних проявів респонденти вказували на: відсутність радості від роботи, яка раніше приносила задоволення; небажання вдосконалюватися; байдужість до результатів лікування пацієнтів.

Концентрація уваги. У 65% медичних працівників виявлено низький рівень концентрації уваги. Когнітивні порушення проявлялися у нездатності тривалий час зосереджуватися на конкретному завданні, підвищеній відволіканості, труднощах із утриманням та обробкою інформації, а також у зниженні швидкості прийняття рішень. Когнітивна складова апатії становить особливу загрозу в медичній діяльності, де зниження концентрації у лікаря або медичної сестри може безпосередньо призводити до клінічних помилок – неправильно розрахованого дозування ліків, недогляду критичних симптомів або помилок при виконанні маніпуляцій.

Якість виконання завдань. У 60% досліджуваних спостерігалися помітні труднощі з якісним виконанням професійних завдань. Це проявлялося у збільшенні кількості помилок та неточностей у роботі, зниженні рівня відповідальності за результати діяльності, недотриманні клінічних протоколів і стандартів. Принципово важливо, що зниження якості роботи нерідко усвідомлюється самими медичними працівниками, проте апатичний стан позбавляє їх здатності та бажання щось змінити, що своєю чергою поглиблює відчуття провини та власної неефективності.

На основі використання методик оцінки мотивації (К. Замфір), концентрації уваги (Бурдон, Анфімов) та самоефективності (Р. Шварцер, М. Єрусалем) нами було встановлено узагальнені показники ефективності трудової діяльності медичних працівників, що представлені у таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

Показники ефективності трудової діяльності медичних працівників

| Показник ефективності | % із низьким рівнем | Основні прояви |
|---|---|---|
| Продуктивність праці | 65% | Погіршення якості допомоги, зростання помилок, хронічна втома |
| Мотивація | 74% | Втрата інтересу, відсутність цілей, байдужість до результатів |
| Концентрація уваги | 65% | Відволіканість, труднощі з обробкою інформації, уповільнення рішень |
| Якість виконання завдань | 60% | Збільшення помилок, недотримання протоколів, зниження відповідальності |

Отримані дані свідчать про те, що апатія як психологічний стан суттєво знижує всі ключові показники ефективності трудової діяльності медичних працівників. Зниження якості роботи та концентрації уваги безпосередньо позначається на безпеці пацієнтів і якості медичної допомоги, що надає цій проблемі не лише психологічного, а й медичного та соціального виміру.

Узагальнення результатів аналізу підтверджує, що апатія комплексно уражає всі виміри професійної діяльності медичного працівника. Найбільш вразливою виявляється мотиваційна сфера, що є особливо загрозливим з огляду на необхідність підтримання якості медичної допомоги в умовах воєнного конфлікту.

## 2.4. Кореляційний аналіз взаємозв'язку апатії та ефективності трудової діяльності медичних працівників

З метою встановлення статистично значущих зв'язків між рівнем апатії та показниками ефективності трудової діяльності було проведено кореляційний аналіз із використанням коефіцієнта кореляції Пірсона. У кореляційному аналізі використовувалися такі змінні: інтегральний показник вигорання за опитувальником К. Маслач як індикатор рівня апатії; показник продуктивності праці; показник рівня мотивації до професійної діяльності; показник концентрації уваги; показник якості виконання завдань. Значущість коефіцієнтів оцінювалася на рівні $p \leq 0,05$.

Таблиця 2.3

Коефіцієнти кореляції між показниками апатії та ефективності трудової діяльності (r Пірсона)

| Показник ефективності | Коефіцієнт кореляції (r) | Рівень значущості (p) | Характер зв'язку |
|---|---|---|---|
| Продуктивність праці | R = −0,58 | P < 0,001 | Значущий негативний |
| Мотивація | R = −0,64 | P < 0,001 | Значущий негативний |
| Концентрація уваги | R = −0,51 | P < 0,001 | Значущий негативний |
| Якість виконання завдань | R = −0,47 | P < 0,05 | Значущий негативний |

Від'ємне значення коефіцієнта кореляції свідчить про те, що зростання рівня апатії супроводжується зниженням відповідного показника ефективності.

Результати кореляційного аналізу підтвердили наявність статистично значущих негативних зв'язків між рівнем апатії та всіма досліджуваними показниками ефективності трудової діяльності.

Найбільш тісний негативний зв'язок виявлено між рівнем апатії та мотивацією до професійної діяльності ($r = −0,64$, $p < 0,001$). Це свідчить про те, що апатія найбільш руйнівно впливає саме на мотиваційну сферу медичного працівника – знищує внутрішній стимул до праці, зацікавленість у результатах і прагнення до досягнень. Цей результат узгоджується з

теоретичними положеннями теорії самодетермінації Е. Десі та Р. Раяна, відповідно до якої апатія є наслідком хронічної фрустрації базових психологічних потреб особистості – автономії, компетентності та зв'язаності.

Значущий негативний зв'язок встановлено між апатією та продуктивністю праці ($r = -0{,}58$, $p < 0{,}001$), що підтверджує положення моделі вимог та ресурсів роботи (Баккер, Демеруті) про те, що виснаження ресурсів призводить до зниження загальної продуктивності діяльності. Зниження концентрації уваги також тісно пов'язане з рівнем апатії ($r = -0{,}51$, $p < 0{,}001$), що свідчить про виражену когнітивну складову апатичного стану у медичних працівників в умовах воєнного конфлікту.

Зв'язок між апатією та якістю виконання завдань ($r = -0{,}47$, $p < 0{,}05$) є дещо слабшим порівняно з іншими показниками, однак залишається статистично значущим. Це може пояснюватися тим, що медичні працівники, навіть перебуваючи у стані апатії, намагаються підтримувати базовий рівень якості роботи завдяки професійній відповідальності та звичці дотримуватись клінічних протоколів. Проте і цей захисний механізм поступово руйнується в міру поглиблення апатичного стану.

Крім того, рівень вигорання має негативний зв'язок із адаптаційними ресурсами ($r = -0{,}302$, $p < 0{,}001$) та позитивний зв'язок із рівнем пережитого стресу ($r = 0{,}208$, $p < 0{,}001$; $r = 0{,}174$, $p < 0{,}001$), що свідчить про те, що апатія є не лише наслідком, а й чинником зниження стресостійкості медичного персоналу, формуючи замкнене коло прогресуючого психологічного виснаження.

З огляду на це, результати кореляційного аналізу переконливо підтверджують гіпотезу дослідження: підвищення рівня апатії у медичних працівників в умовах воєнного стану супроводжується статистично значущим зниженням усіх ключових показників ефективності їхньої трудової діяльності. Виявлені взаємозв'язки узгоджуються з теоретичними моделями, розглянутими у першому розділі роботи, і створюють емпіричне підґрунтя для розроблення цілеспрямованих психологічних інтервенцій.

## Висновки до розділу 2

Узагальнюючи результати емпіричного дослідження взаємозв’язку апатії з показниками ефективності трудової діяльності медичного персоналу в умовах воєнного стану, можна констатувати таке.

Дослідження, організоване у три послідовні етапи, дало змогу отримати комплексні емпіричні дані щодо психологічного стану медичних працівників та його зв’язку з ефективністю їхньої професійної діяльності. Застосований комплекс психодіагностичних методик – опитувальник вигорання К. Маслач, а також методики оцінки мотивації, концентрації та якості виконання завдань – забезпечив багатовимірну діагностику досліджуваного явища.

За допомогою опитувальника вигорання К. Маслач (опитувальника К. Маслач) встановлено надзвичайно високий рівень апатії та її структурних компонентів: зафіксовано у 88% респондентів, деперсоналізація – у 85%, редукція особистих досягнень – у 78%. Загалом 93% досліджуваних демонструють виражені симптоми щонайменше за одним компонентом вигорання, що значно перевищує нормативні показники для даними для медичного персоналу в мирний час.

Аналіз показників ефективності трудової діяльності виявив суттєве зниження мотивації (74% із низьким рівнем), продуктивності (65%), концентрації уваги (65%) та якості виконання завдань (60%). Кореляційний аналіз підтвердив статистично значущі негативні зв’язки між рівнем апатії та всіма досліджуваними показниками ефективності: найбільш тісний – із мотивацією ($r = −0,64$, $p < 0,001$), дещо слабший, але також статистично значущий – із якістю виконання завдань ($r = −0,47$, $p < 0,05$).

Отримані результати переконливо підтверджують, що апатія є одним із ключових психологічних чинників зниження ефективності професійної діяльності медичних працівників в умовах воєнного стану та обґрунтовують

нагальну необхідність розроблення та впровадження спеціалізованих психологічних програм підтримки медичного персоналу, що й визначає зміст третього розділу роботи.

# РОЗДІЛ 3
# МЕТОДИ ТА ФОРМИ РОБОТИ ЩОДО ЗНИЖЕННЯ РІВНЯ АПАТІЇ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

## 3.1. Методи та форми роботи щодо зниження рівня апатії

Апатія є багатокомпонентним явищем, що охоплює емоційну, когнітивну та поведінкову сфери особистості [11]. Його подолання потребує комплексного підходу, який включає роботу з хронічним стресом, емоційним виснаженням, а також корекцію негативних когнітивних установок і способу життя [29].

Психологічні засоби зниження рівня апатії доцільно розглядати на двох рівнях: індивідуальному та організаційному.

На індивідуальному рівні першочергово важливо подбати про ментальне здоров'я, оскільки саме психологічний стан є базовим ресурсом для підтримки професійного навантаження [7].

1. Щоденні психорегуляційні практики. Регулярне застосування технік усвідомленості (усвідомленості), медитації, ведення щоденника та дотримання принципів інформаційної гігієни відіграє важливу роль у зниженні рівня апатії та сприяє підвищенню концентрації уваги й усвідомленості у прийнятті рішень [26]. Систематична практика усвідомленості протягом 8 тижнів достовірно знижує рівень емоційного виснаження та деперсоналізації у медичного персоналу. Ведення щоденника сприяє структуруванню внутрішнього досвіду, тоді як інформаційна гігієна

знижує рівень фонової тривожності.

2. Розвиток навичок емоційної регуляції. Своєчасне розпізнавання власного емоційного стану та вміння керувати ним дозволяють медичному працівнику уникати накопичення негативних переживань [16]. До ключових навичок належать: когнітивна переоцінка, діафрагмальне дихання, техніки заземлення та розвиток самоспівчуття. Особливо важливою є здатність усвідомлювати власні переживання до того, як вони досягнуть стану, що перевищує можливості саморегуляції.

3. Баланс між роботою та особистим життям. Раціональний розподіл часу, делегування завдань та підтримка з боку близьких сприяють збереженню емоційної стабільності [30]. Уміння визначати межі професійної відповідальності є критично важливою навичкою для медичних працівників в умовах воєнного конфлікту, де обсяг потреб завжди перевищує наявні ресурси.

4. Турбота про фізичне здоров'я. Здоровий сон, регулярна фізична активність та збалансоване харчування суттєво сприяють загальному благополуччю [7]. Фізична активність є одним із найбільш ефективних немедикаментозних засобів корекції апатії завдяки прямому впливу на дофамінергічну систему мозку.

5. Підтримка внутрішньої мотивації. Постановка особистих цілей та усвідомлення сенсу власної праці сприяють підвищенню задоволеності роботою [28]. Відповідно до теорії самодетермінації Е. Десі та Р. Раяна, важливим є пошук ситуацій, у яких медичний працівник відчуває власну ефективність та значущість свого внеску.

6. Розвиток рефлексивних здібностей сприяє глибшому розумінню власних реакцій та підвищенню рівня самоконтролю [1].

На організаційному рівні ключовими є: забезпечення доступу персоналу до психологічної підтримки; впровадження програм профілактики вигорання; оптимізація графіків роботи; формування культури психологічної безпеки у колективі.

## 3.2 Зміст та особливості впровадження тренінгової програми «Відновлення ресурсу»

На основі проведеного емпіричного дослідження нами було розроблено тренінгову програму «Відновлення ресурсу», метою якої є зниження рівня апатії та емоційного виснаження у медичних працівників шляхом відновлення психологічних ресурсів, розвитку навичок саморегуляції та підвищення мотивації до професійної діяльності.

Завдання тренінгової програми:

– Підвищити обізнаність учасників щодо природи апатії та вигорання; подолати стигму звернення по психологічну допомогу.

– Сформувати навички психологічної саморегуляції та управління стресом.

– Відновити відчуття власної ефективності та сенсу діяльності.

– Розвинути навички емоційної регуляції та самоспівчуття.

– Сформувати індивідуальний план профілактики вигорання.

Цільова аудиторія: медичні працівники з ознаками емоційного виснаження та апатії.

Форма: групова (8–12 осіб), веде психолог.

Тривалість: 5 занять по 2–2,5 години.

Таблиця 3.1

Структура тренінгової програми «Відновлення ресурсу»

| № | Назва заняття | Ключові теми | Тривалість |
|---|---|---|---|
| 1 | «Я та моя втома» | Природа апатії; діагностика стану; заземлення | 2 год |
| 2 | «Мої ресурси» | Карта ресурсів; вдячність; план самодопомоги | 2 год |
| 3 | «Емоції – не вороги» | Механізми стресу; техніки регуляції; тілесні практики | 2,5 год |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 4 | «Сенс та мотивація» | Цінності; відновлення мотивації; цілепокладання | 2 год |

Заняття 1. «Я та моя втома: розуміємо апатію»

Мета: підвищити психологічну обізнаність учасників щодо природи апатії та вигорання, створити атмосферу психологічної безпеки та взаємної підтримки у групі. Тривалість: 2 години.

Вправа 1. «Знайомство через метафору» (15 хв). Мета: активізація образного мислення, зниження психологічного опору, створення безпечної атмосфери в групі. Обладнання: аркуші паперу, ручки. Хід вправи: кожен учасник завершує речення «Зараз я почуваюся як...», обираючи образ, що відображає поточний стан, та коротко пояснює свій вибір. Обговорення: учасники діляться спостереженнями щодо спільних і відмінних образів; ведучий наголошує на важливості визнання власного стану.

Вправа 2. «Барометр мого ресурсу» (20 хв). Мета: усвідомлення актуального ресурсного стану без оцінки та самокритики. Обладнання: аркуші паперу А4, кольорові олівці або маркери. Хід вправи: учасники малюють або описують власний «барометр» ресурсу – скільки енергії, мотивації та внутрішніх сил залишилось на сьогодні; позначають рівень від 0 до 100%. Обговорення: спочатку в парах, потім у загальному колі; ведучий наголошує на природності коливань ресурсу.

Вправа 3. «Мої симптоми» (15 хв). Мета: нормалізація власного досвіду через усвідомлення спільності проявів апатії. Обладнання: роздруковані бланки з переліком симптомів, ручки. Хід вправи: учасники отримують структурований перелік проявів апатії та вигорання, розподілених за чотирма сферами – фізичні (хронічна втома, порушення сну), емоційні (байдужість, роздратованість), когнітивні (труднощі з концентрацією, забудькуватість) та поведінкові (уникання завдань, ізоляція); кожен відзначає ті прояви, які впізнає у себе. Обговорення: групове обговорення у колі,

ведучий наголошує, що такі прояви є природною реакцією на тривалий стрес [11].

Техніка заземлення «5–4-3–2-1» (10 хв). Ведучий проводить групу через техніку сенсорного заземлення: назвати 5 предметів, які бачиш; 4 звуки, які чуєш; 3 відчуття у тілі; 2 запахи; 1 смак. Ця техніка є науково обґрунтованим методом зниження тривоги та відновлення контакту з теперішнім моментом [9].

Домашнє завдання: протягом тижня щодня вранці фіксувати власний стан за шкалою від 1 до 10 та записувати 1–2 речення про те, що найбільше виснажує.

Заняття 2. «Мої ресурси: знаходимо точки опори»

Мета: допомогти учасникам виявити та актуалізувати власні психологічні ресурси відповідно до моделі збереження ресурсів С. Хобфолла; відновити зв’язок із джерелами сили та підтримки. Тривалість: 2 години.

Розминка «Що доброго трапилось за тиждень?» (10 хв). Кожен учасник ділиться однією позитивною подією або спостереженням. Вправа формує звичку помічати позитивне навіть у складних умовах та активує «м’яз вдячності».

Вправа 1. «Карта моїх ресурсів» (30 хв). Мета: виявлення та усвідомлення індивідуальних ресурсів відновлення, формування стійкості до стресу. Обладнання: аркуші паперу А3, кольорові маркери. Хід вправи: учасники створюють індивідуальну «карту ресурсів» – схему з п’ятьма секторами: люди (хто підтримує), діяльності (що відновлює), місця (де відчувається спокій), цінності (що дає сенс), тілесні ресурси (що допомагає тілу). Обговорення: презентація карт у парах, обмін ідеями щодо способів відновлення ресурсу.

Вправа 2. «Листок вдячності» (15 хв). Мета: відновлення самооцінки та відчуття власної компетентності. Обладнання: аркуші паперу, ручки. Хід вправи: учасники записують 10 речей, за які вдячні собі як професіоналу –

навіть найменших досягнень та якостей. Обговорення: за бажанням учасники зачитують 2–3 пункти; ведучий акцентує увагу на тому, що визнання власних здобутків є необхідною умовою подолання апатії [24].

Вправа 3. «Коробка турботи про себе» (15 хв). Мета: формування конкретного плану самодопомоги для щоденного застосування. Обладнання: картки або аркуші паперу, ручки. Хід вправи: учасники складають перелік 10 конкретних дій для відновлення ресурсу – по категоріях: дії тривалістю 5 хвилин, 15 хвилин та 30 хвилин. Обговорення: обмін ідеями у групі; ведучий наголошує, що наявність готового плану підвищує ймовірність його виконання у складні дні [26].

Домашнє завдання: щодня виконувати одну дію зі своєї «коробки турботи» та фіксувати ефект.

Заняття 3. «Емоції – не вороги: вчимося регулювати свій стан»

Мета: розвинути навички розпізнавання та регуляції емоційних станів; знизити рівень хронічного стресу через опанування конкретних технік саморегуляції. Тривалість: 2,5 години.

Розминка «Емоційна температура» (10 хв). Кожен учасник показує на умовному «термометрі» свій емоційний стан та називає його одним словом.

Вправа 1. «Колесо емоцій» (20 хв). Мета: розвиток здатності диференціювати та вербалізувати власні емоційні стани. Обладнання: роздруковані схеми «Колеса емоцій» Р. Плутчика, ручки. Хід вправи: учасники розглядають колесо емоцій та визначають, які з позначених емоцій вони відчувають найчастіше; відзначають 3–5 актуальних емоцій та записують ситуації, що їх викликають. Обговорення: учасники діляться спостереженнями; ведучий пояснює, що точна ідентифікація емоцій знижує їхній негативний вплив на поведінку [16].

Вправа 2. «Тіло говорить» (20 хв). Мета: відновлення контакту з тілесними відчуттями, усвідомлення тілесних проявів емоцій. Обладнання: зручні стільці або килимки для сидіння, тиха спокійна музика (за бажанням). Хід вправи: ведучий проводить учасників через практику тілесного

сканування – повільного усвідомлення відчуттів від стоп до голови; учасники досліджують, де у тілі відчувається тривога, злість, смуток і позначають це на схемі силуету людини. Обговорення: обмін спостереженнями у парах; ведучий пояснює зв'язок між тілесними відчуттями та емоційним станом [29].

Техніки емоційної регуляції (30 хв). Практичне відпрацювання трьох науково обґрунтованих технік: 1) діафрагмальне дихання 4–7–8 (вдих на 4 рахунки, затримка на 7, видих на 8) – активує парасимпатичну нервову систему та знижує фізіологічне збудження; 2) когнітивна переоцінка – пошук альтернативних інтерпретацій стресової ситуації, що є одним із найефективніших методів емоційної регуляції [30]; 3) пауза самоспівчуття за К. Нефф: усвідомити страждання – нагадати, що воно є частиною людського досвіду – сказати собі добре слово.

Домашнє завдання: у складних ситуаціях протягом тижня свідомо застосовувати одну з вивчених технік та фіксувати результат у щоденнику.

Заняття 4. «Сенс та мотивація: повертаємо інтерес до роботи»

Мета: відновити відчуття сенсу та значущості професійної діяльності; підвищити внутрішню мотивацію відповідно до положень теорії самодетермінації Е. Десі та Р. Раяна. Тривалість: 2 години.

Розминка Найкращий момент тижня» (10 хв). Один позитивний момент із роботи або особистого життя за минулий тиждень.

Вправа 1. «Навіщо я тут?» (25 хв). Мета: відновлення відчуття сенсу та мотивації через усвідомлення власних цінностей і покликання. Обладнання: аркуші паперу, ручки. Хід вправи: учасники письмово відповідають на три ключові запитання: «Чому я обрав(ла) цю професію?», «Що для мене найважливіше у моїй роботі?», «Яким медичним працівником я хочу бути?». Вправа ґрунтується на принципі «знаходження сенсу» В. Франкла. Обговорення: в парах учасники діляться відповідями; ведучий наголошує, що усвідомлення власного «навіщо» є потужним ресурсом у подоланні апатії [30].

Вправа 2. «Листи подяки» (20 хв). Мета: відновлення відчуття значущості власного внеску та підвищення суб'єктивного благополуччя. Обладнання: аркуші паперу, ручки або конверти для оформлення. Хід вправи: учасники пишуть короткого листа подяки пацієнту (реальному або уявному), якому допомогли, або колезі, який надихає; лист має бути конкретним і щирим. Обговорення: за бажанням учасники зачитують листи у колі; ведучий наголошує на важливості визнання внеску інших і власної значущості [27].

Вправа 3. «Мої маленькі перемоги» (15 хв). Мета: формування звички помічати власну ефективність як ключового компонента відновлення мотивації при апатії. Обладнання: аркуші паперу, ручки. Хід вправи: учасники складають перелік із 10 своїх професійних досягнень – навіть найменших; поруч із кожним пунктом записують, яку якість або зусилля воно відображає. Обговорення: обговорення причин, через які люди звикли знецінювати власні успіхи; ведучий допомагає сформувати позитивний погляд на власну діяльність [24].

Техніка постановки цілей за методом SMART (20 хв). Відпрацювання навички ставити конкретні, вимірювані, досяжні, релевантні та часово обмежені цілі на подальший тиждень. Структурована постановка цілей відновлює відчуття керованості власним життям та протидіє стану вивченої безпорадності [35].

Завершення програми. Завершальна рефлексія (20 хв): кожен учасник ділиться одним важливим відкриттям за час роботи групи, одним конкретним кроком, який планує зробити наступного тижня, та одним словом, що описує стан після завершення програми. Ведучий надає інформацію про доступні ресурси психологічної підтримки медичного персоналу.

Критерії оцінювання ефективності тренінгової програми.

Ефективність тренінгової програми «Відновлення ресурсу» оцінюється шляхом проведення вхідного та вихідного діагностичного зріз» за такими показниками.

Психологічні показники (за опитувальником К. Маслач та шкалами самооцінки): зниження рівня емоційного виснаження та деперсоналізації; підвищення відчуття особистої ефективності; підвищення рівня мотивації та концентрації уваги.

Поведінкові показники: регулярне застосування технік саморегуляції у повсякденній діяльності; підвищення рівня самопіклування; більш усвідомлене ставлення до власних меж та ресурсів.

Суб'єктивні показники: підвищення задоволеності роботою; відновлення відчуття сенсу та значущості власної діяльності; загальне покращення психологічного самопочуття. Контрольний замір рекомендується проводити через 1 та 3 місяці після завершення програми для оцінки тривалості позитивного ефекту.

## Висновки до розділу 3

У третьому розділі на основі результатів теоретичного та емпіричного дослідження розроблено практичний інструментарій подолання апатії у медичних працівників в умовах воєнного конфлікту, що охоплює систему методів і форм психологічної роботи та авторську тренінгову програму.

Визначено, що методи та форми роботи щодо зниження рівня апатії у медичних працівників доцільно реалізовувати на двох взаємопов'язаних рівнях. На індивідуальному рівні ключовими є: психорегуляційні практики (дихальні вправи, тілесно орієнтовані техніки, практики усвідомленості), розвиток навичок емоційної регуляції, підтримка внутрішньої мотивації до професійної діяльності та формування здорових меж між роботою й особистим життям. На організаційному рівні визначальну роль відіграють системна психологічна підтримка персоналу, регулярний моніторинг психоемоційного стану медиків, профілактика вигорання та цілеспрямоване формування культури психологічної безпеки у медичному закладі.

На основі отриманих емпіричних результатів розроблено тренінгову програму «Відновлення ресурсу» – структуроване п'ятиблокове групове

втручання тривалістю 10 годин (5 занять по 2 години). Програма побудована на теоретичному підґрунті моделі збереження ресурсів С. Хобфолла, теорії самодетермінації Е. Десі та Р. Раяна, когнітивно-поведінковому підході та практиках усвідомленості. Кожен блок має чітку внутрішню логіку: від усвідомлення природи апатії та діагностики власного стану (заняття 1) – через картування особистісних ресурсів і формування плану самодопомоги (заняття 2), опанування технік емоційної регуляції (заняття 3), відновлення сенсу та мотивації (заняття 4) – до розробки індивідуального плану профілактики вигорання (заняття 5).

Ефективність тренінгової програми забезпечується поєднанням психоедукативних, рефлексивних та поведінкових компонентів. Психоедукація формує у учасників розуміння механізмів виникнення апатії та вигорання. Рефлексивні вправи сприяють усвідомленню власних ресурсів і обмежень. Поведінкові техніки дозволяють сформувати конкретні навички саморегуляції, які учасники можуть застосовувати безпосередньо у своїй професійній діяльності. Оцінювання ефективності програми передбачається через повторне психодіагностичне вимірювання через 1 та 3 місяці після її завершення.

Комплексний підхід – поєднання індивідуальних стратегій із груповою підтримкою та організаційними змінами – є необхідною умовою збереження психічного здоров’я медичного персоналу та підтримання якості медичної допомоги в умовах воєнного конфлікту. Лише системна реалізація заходів на обох рівнях може забезпечити стійкий результат у подоланні апатії та відновленні професійного ресурсу медичних працівників.

# ВИСНОВКИ

На основі теоретичного та емпіричного дослідження було зроблено наступні висновки.

1. Теоретичний аналіз наукової літератури засвідчив, що апатія є складним психологічним явищем, що охоплює когнітивну, емоційну та поведінкову сферу особистості. На відміну від депресії, апатія характеризується насамперед зниженням мотивації та загальною байдужістю до зовнішніх подразників, а не переживанням смутку чи відчуттям безнадії. Причини апатії є багатовимірними і охоплюють біологічні (дисфункція дофамінергічної системи), психологічні (хронічний стрес, вивчена безпорадність) та соціальні (відсутність підтримки, тривалий вплив стресу) чинники.

2. Аналіз теоретичних моделей взаємозв’язку апатії та ефективності трудової діяльності – дозволив встановити, що апатія формується як результат тривалого дисбалансу між професійними вимогами та наявними ресурсами медичного працівника. Водночас апатія не лише є наслідком цього

дисбалансу, а й сама стає чинником, що його поглиблює, формуючи замкнене коло прогресуючого зниження ефективності діяльності.

3. Визначено психологічні особливості професійної діяльності медичного персоналу в умовах воєнного конфлікту. Встановлено, що постійна загроза життю, тривалий контакт із людськими стражданнями та смертю, моральний стрес, вторинна травматизація та стомлення від співчуття суттєво прискорюють виснаження психологічних ресурсів медичного персоналу та підвищують ризик розвитку апатії порівняно із мирним часом.

4. Результати емпіричного дослідження, проведеного на вибірці з 40 медичних працівників, засвідчили надзвичайно високий рівень апатії та її структурних компонентів: високий рівень емоційного виснаження зафіксовано у 88% респондентів, деперсоналізації – у 85%, редукції особистих досягнень – у 78%. Загалом 93% досліджуваних демонструють виражені симптоми щонайменше за одним компонентом вигорання, що значно перевищує нормативні показники для даними для медичного персоналу в мирний час.

5. Аналіз показників ефективності трудової діяльності виявив суттєве зниження у значної частини респондентів: низький рівень мотивації до професійної діяльності зафіксовано у 74% досліджуваних, продуктивності праці – у 65%, концентрації уваги – у 65%, якості виконання завдань – у 60%. Це проявляється у відчутті постійної втоми, втраті інтересу до професійної діяльності, труднощах із тривалим фокусуванням, збільшенні кількості помилок та зниженні рівня відповідальності.

6. Кореляційний аналіз підтвердив наявність статистично значущих негативних взаємозв’язків між рівнем апатії та всіма досліджуваними показниками ефективності трудової діяльності. Найбільш тісний зв’язок встановлено між апатією та мотивацією ($r = -0,64$, $p < 0,001$), що свідчить про руйнівний вплив цього стану насамперед на мотиваційну сферу медичного працівника. Значущі негативні зв’язки виявлено також із продуктивністю ($r = -0,58$), концентрацією уваги ($r = -0,51$) та якістю виконання завдань

(r = -0,47). Отримані результати підтверджують гіпотезу дослідження та узгоджуються з положеннями розглянутих теоретичних моделей.

7. На основі отриманих результатів розроблено комплекс психологічних рекомендацій та тренінгову програму «Відновлення ресурсу», спрямованих на подолання та профілактику апатії медичного персоналу. Запропоновані заходи охоплюють як індивідуальний рівень (психорегуляційні практики, розвиток навичок емоційної регуляції та самоспівчуття, підтримка внутрішньої мотивації, турбота про фізичне здоров'я), так і організаційний рівень (системна психологічна підтримка персоналу, формування культури психологічної безпеки, оптимізація умов праці). Тренінгова програма «Відновлення ресурсу» є комплексним п'ятиблоковим втручанням, спрямованим на відновлення психологічних ресурсів, розвиток навичок саморегуляції та підвищення мотивації до професійної діяльності медичних працівників.

Як показує аналіз, результати проведеного дослідження підтверджують, що апатія є одним із ключових психологічних чинників зниження ефективності трудової діяльності медичних працівників в умовах воєнного стану, а її подолання потребує системного, комплексного підходу, що поєднує індивідуальні стратегії з організаційними змінами та груповою психологічною підтримкою.

Перспективи подальших досліджень вбачаються у вивченні довгострокової динаміки апатії у медичного персоналу в умовах тривалого збройного конфлікту, а також у емпіричній перевірці ефективності розробленої тренінгової програми на репрезентативній вибірці медичних працівників.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Бондаренко О. Ф. Психологічна допомога особистості в умовах кризи. Київ : Либідь, 2021. 212 с.

2. Волошин П. В., Марута Н. О. Актуальні питання діагностики психічних розладів у медичних працівників. Архів психіатрії. 2023. Т. 29, № 1. 5–14 с.

3. Горбунова В. В. Методологія та методи психологічних досліджень. Житомир : ЖДУ імені Івана Франка, 2021. 340 с.

4. Гриценко В. І. Психологічна стійкість медичних працівників в умовах воєнного конфлікту. Медична психологія. 2023. Т. 18, № 2. 12–21 с.

5. Дзюба Т. М. Синдром вигорання у медичних сестер: причини, прояви, профілактика. Медсестринство. 2023. № 3. 22–29 с.

6. Завгородня О. В. Психологічне здоров’я лікарів в умовах реформування системи охорони здоров’я. Психологія і суспільство. 2023. № 1. 67–78 с.

7. Засєкіна Л. В. Психологія стресу та копінг-стратегій у медичних працівників. Луцьк : ВНУ імені Лесі Українки, 2022. 196 с.

8. Зливков В. Л. Мотивація та самодетермінація у педагогічній та медичній діяльності. Київ : Педагогічна думка, 2022. 200 с.

9. Карамушка Л. М. Психологія організаційного стресу. Київ : Міленіум,

2021. 180 с.

10. Кокун О. М. Копінг-стратегії медичних працівників в умовах воєнного часу. Практична психологія та соціальна робота. 2022. № 2. С. 8–16.

11. Кісарчук З. Г. Психологічна реабілітація учасників бойових дій та їхніх сімей. Київ : Логос, 2022. 224 с.

12. Лазаренко В. І. Стрес-менеджмент у медичних організаціях: методи та ефективність. Організаційна психологія. Економічна психологія. 2022. № 2 38–47 с.

13. Литвиненко С. А. Теорія збереження ресурсів в умовах психологічного вигорання. Вісник КНУ імені Тараса Шевченка. Серія: Психологія. 2022. №1. 33–41 с.

14. Максименко С. Д., Карамушка Л. М. Психологічне здоров’я медичного персоналу в умовах воєнного часу: виклики та ресурси. Організаційна психологія. Економічна психологія. 2023. № 1 (28). 14–26 с.

15. Марута Н. О., Бачериков А. М. Сучасний стан проблеми емоційного вигорання у працівників сфери охорони психічного здоров’я. Укр. вісник психоневрології. 2025. Т. 33, № 2. 5–13 с.

16. Михайленко О. В. Психологічні особливості професійного вигорання лікарів в умовах війни. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров’я України. 2025. № 2. 18–25 с.

17. Моляко В. О. Психологія творчості та ресурсного мислення. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2021. 248 с.

18. Оліференко Л. Я. Психологічне вигорання педагогів та медичних працівників. Київ : Академвидав, 2021. 192 с.

19. Онищенко Н. В. Емоційна резилієнтність медичного персоналу в умовах хронічного стресу. Практична психологія та соціальна робота. 2023. № 4. 18–27 с.

20. Панок В. Г. Психологічна служба: теорія і практика. Київ : Педагогічна думка, 2022. 280 с.

21. Приходько І. І., Мацегора Я. В. Психологічне забезпечення службової діяльності: теорія і практика. Харків : НАНГУ, 2022. 264 с.

22. Піроженко Т. О. Психологічні ресурси особистості в умовах невизначеності. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка, 2022. 168 с.

23. Рибалка В. В. Психологія честі та гідності особистості. Київ : Талком, 2021. 308 с.

24. Ставицька С. О. Психологія самоефективності медичного персоналу. Київ : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2021. 176 с.

25. Хомуленко Т. Б., Крамченкова В. О. Емоційна регуляція у представників стресогенних професій. Харків : ХНПУ імені Г. С. Сковороди, 2022. 184 с.

26. Чабан О. С., Двірська І. В. Порівняльний аналіз синдрому емоційного вигорання між українськими і британськими медичними працівниками. Медсестринство. 2026. № 1. 4–9 с.

27. Чабан О. С., Хаустова О. О. Психічне здоров’я в умовах війни: виклики та відповіді. Київ : Медицина, 2023. 256 с.

28. Яремчук М. В. Апатія як психологічний феномен в умовах тривалого стресу. Психологічний журнал. 2024. Т. 10, № 1. 45–58 с.

29. Bakker A. B., Demerouti E., Sanz-Vergel A. Job demands-resources theory: ten years later. Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior. 2023. Vol. 10. 25–53 с.

30. Chiu H. Y., Yeh T. C., Lin W. H. et al. Efficacy of mindfulness-based stress reduction on burnout and psychological outcomes for healthcare professionals: a systematic review and meta-analysis. Psychiatry Research. 2022. Vol. 309. 114384 с.

31. Costello H., Husain M., Roiser J. P. Apathy and motivation: biological basis and drug treatment. Annual Review of Pharmacology and Toxicology. 2024. Vol. 64. 313–338 с.

32. Dyrbye L. N., Shanafelt T. D., Sinsky C. A. et al. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. Journal of Internal Medicine. 2021. Vol. 290, № 6. 116–129 с.

33. Eurofound. Burnout in the healthcare sector: Prevalence and prevention measures in Europe. Luxembourg : Publications Office of the EU, 2022. 74 с.

34. Greenberg N., Weston D., Hall C. et al. Mental health of staff working throughout the COVID–19 pandemic: a longitudinal study. Occupational Medicine. 2021. Vol. 71, № 2. 55–60 с.

35. International Labour Organization. Psychosocial risks, work-related stress and violence in the health sector. Geneva : ILO, 2021. 96 с.

36. Klar V. S., Ang Y.-S., Lockwood P. et al. Assessment of apathy in neurological patients using the Apathy Motivation Index caregiver version. Journal of Neuropsychology. 2022. Vol. 16, № 2. 236–258 с.

37. Lambert H., Barratt H. Mental Health of Healthcare Workers in Conflict Settings. Geneva : WHO, 2021. 58 с.

38. Levy R., Czernecki V. Apathy and the basal ganglia. Journal of Neurology. 2021. Vol. 253, Suppl. 7. 54–61 с.

39. Maslach C., Leiter M. P. Burnout in the healthcare sector: causes, consequences, and interventions. Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior. 2022. Vol. 9. 103–130 с.

40. Maunder R. G., Heeney N. D., Hunter J. J. et al. Resilience of a healthcare workforce following pandemic stress. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2022. Vol. 19, № 14. 8752–8766 с.

41. Neff K. D., Germer C. K. The Mindful Self-Compassion Workbook: A Proven Way to Accept Yourself, Build Inner Strength, and Thrive. 2nd ed. New York : Guilford Press, 2022. 304 с.

42. OECD. Health at a Glance: Europe 2023. Paris : OECD Publishing, 2023. 240 с.

43. Panagioti M., Geraghty K., Johnson J. et al. Association between physician burnout and patient safety, professionalism, and patient satisfaction: a systematic review and meta-analysis. JAMA Internal Medicine. 2021. Vol. 181, № 3. 372–385 с.

44. Shanafelt T. D., West C. P., Sinsky C. et al. Changes in burnout and satisfaction with work-life integration in physicians and the general US working population between 2011 and 2020. Mayo Clinic Proceedings. 2022. Vol. 97, № 3. 491–506 с.

45. Shaukat N., Ali D. M., Razzak J. Physical and mental health impacts of COVID–19 on healthcare workers: a scoping review. International Journal of Emergency Medicine. 2021. Vol. 13, № 1. 40–49 с.

46. Woo T., Ho R., Tang A., Tam W. Global prevalence of burnout symptoms among nurses: a systematic review and meta-analysis. Journal of Psychiatric Research. 2021. Vol. 132. 134–144 с.

47. World Health Organization. Burn-out an occupational phenomenon: International Classification of Diseases. Geneva : WHO, 2021. 4 с.

48. World Health Organization. Mental health and psychosocial considerations during the COVID–19 outbreak. Geneva : WHO, 2021. 6 с.

# ДОДАТКИ

Додаток А

## Тривимірна модель професійного вигорання К. Маслач та С. Джексон

Інструкція дослідження.

Вам пропонується 22 твердження про Ваші почуття та переживання, пов’язані з роботою. Прочитайте уважно кожне твердження та оцініть, як часто Ви відчуваєте те, що в ньому описано.

Для оцінки використовуйте таку шкалу:

0 – ніколи

1 – дуже рідко (кілька разів на рік);

2 – рідко (раз на місяць або рідше);

3 – інколи (кілька разів на місяць);

4 – часто (раз на тиждень);

5 – дуже часто (кілька разів на тиждень);

6 – завжди (щодня);

Впишіть цифру, яка найкраще відповідає Вашим відчуттям у таблицю. Тут немає правильних або неправильних відповідей. Відповідайте щиро – враховується лише Ваша особиста думка.

Не витрачайте багато часу на обдумування кожного твердження – орієнтуйтесь на першу реакцію.

Опитувальник професійного вигорання К. Маслач

| Твердження | Ніколи | Дуже рідко | Іноді | Часто | Дуже часто | Кожен день |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Я відчуваю емоційне вигорання від своєї роботи | | | | | | |
| Наприкінці робочого дня я почуваюся спустошеним | | | | | | |
| Я почуваюся втомленим, коли встаю вранці і маю йти на роботу | | | | | | |
| Я легко розумію, що відчувають мої пацієнти | | | | | | |
| Я відчуваю, що працюю з пацієнтами надто багато | | | | | | |
| Я відчуваю, що пацієнти ставляться до мене байдуже | | | | | | |
| Я відчуваю, що робота з пацієнтами напружує мене | | | | | | |
| Я відчуваю, що ця робота знесилює мене | | | | | | |
| Я відчуваю, що працюю надто багато | | | | | | |
| Я ставлюся до пацієнтів байдуже, як до предметів | | | | | | |
| Моя робота приносить мені задоволення | | | | | | |
| Я відчуваю, що пацієнти звинувачують мене у своїх проблемах | | | | | | |
| Я відчуваю, що пацієнти | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ставляться до мене, як до функціональної одиниці, а не як до людини | | | | | | |
| Я легко знаходив спільну мову з пацієнтами | | | | | | |
| Я відчуваю, що емоційно спустошений | | | | | | |
| Я працюю ефективно, вирішуючи проблеми пацієнтів | | | | | | |
| Я відчуваю, що пацієнти стали мене дратувати | | | | | | |
| Я можу легко створити невимушену атмосферу в спілкування з пацієнтами | | | | | | |
| За час роботи я став байдужим до долі пацієнтів | | | | | | |
| Я почуваюся енергійним | | | | | | |
| У мене малоприємних моментів у роботі | | | | | | |
| Я відчуваю, що пацієнти недооцінюють мою працю | | | | | | |

Інтерпретації результатів:

Результати оцінюються за трьома шкалами, сума балів визначає рівень вигорання:

1. Емоційне вигорання м (сума балів за питання 1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 15, 21)

Низький: 0–15

Середній: 16–24

Високий: 25 і більше

2. Деперсоналізація (сума балів за питання 6, 10, 12, 13, 17, 19, 22)

Низький: 0–5

Середній: 6–10

Високий: 11 і більше

3. Редукція професійних досягнень (сума балів за питання 4, 11, 14, 16, 18, 20 – зверніть увагу, тут питання оцінюються навпаки: чим менше балів, тим вище вигорання, або ж використовується зворотна шкала при розрахунку)

Високий рівень редукції: 0–31

Середній: 32–38

Низький: 39 і більше

Додаток Б

Методика «Мотивація професійної діяльності» К. Замфір
(модифікація А. Реана)

Інструкція

Вам пропонується 7 тверджень, які описують можливі причини Вашої професійної діяльності. Оцініть, наскільки кожна з наведених причин є значущою для Вас особисто.

Для оцінки використовуйте таку шкалу:

1 – дуже незначною мірою;

2 – незначною мірою;

3 – невелика мірою;

4 – у достатній мірі;

5 – у значній мірі;

6 – у великій мірі;

7 – у дуже великій мірі;

Під кожним твердженням зазначте цифру, яка найбільше відповідає Вашій думці.

Опитувальник мотивації професійної діяльності медичних рацівників

| Номер | Мотиви професійної діяльності | Дуже невеликий | Достатньо великий | Середній | Достатньо великий | Дуже великий |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Грошовий заробіток | | | | | |
| 2 | Прагнення уникнути критики з боку керівника або колег | | | | | |
| 3 | Прагнення уникнути можливих покарань або неприємностей | | | | | |
| 4 | Потреба в досягненні соціального престижу і поваги з боку інших | | | | | |
| 5 | Задоволення від самого процесу і результати роботи | | | | | |
| 6 | Прагнення до просування по роботі | | | | | |
| 7 | Можливість ння найбільш повної матеріалізації саме в даній діяльності | | | | | |

Обробка і інтерпретація результатів.

Підраховуються показники внутрішньої (ВМ), зовнішньої позитивної (ЗПМ) і зовнішньої негативної (ЗНМ) мотивації у відповідності з наступними ключами:

Показником вираженості кожного типу мотивації буде число, укладене в межах від 1 до 5.

ВМ – (бали за відповідь 6,7)

ЗПМ – (бали за відповідь 1,2,5)

ЗНМ – (бали за відповідь 3,4)

Мотиваційний комплекс являє собою тип співвідношення між собою цих трьох видів мотивації.

Додаток В

Методика «Шкала загальної самоефективності» Р. Шварцера та М. Єрусалема (адаптація В. Ромека)

Інструкція:

Вам пропонується 10 тверджень. Оцініть, наскільки кожне з них відповідає Вашим уявленням про себе.

Для оцінки використовуйте таку шкалу:

1 – абсолютно невірно

2 – скоріше невірно

3 – скоріше вірно

4 – абсолютно вірно

Обведіть твердження, яке найбільше відповідає Вашій думці. Відповідайте щиро, тут немає правильних або неправильних відповідей.

Шкала загальної самоефективності Р. Шварцера та М. Єрусалема

| Твердження | Зовсім не правильно 1 | Швидше неправильно 2 | Швидше правильно 3 | Абсолютно правильно 4 |
|---|---|---|---|---|
| Я завжди можу розв'язати складні проблеми якщо намагатимусь | | | | |
| Якщо мені хтось чинить опір, я можу знайти способи досягти свого | | | | |
| Мені не важко дотримуватися своїх намірів і досягти цілей | | | | |
| Я впевнений, що можу ефективно справлятись несподіваними подіями | | | | |
| Завдяки своїй винахідливості я знаю як поводитись у непередбачуваних ситуаціях | | | | |
| Я можу розв'язати більшість проблем якщо докладу необхідних зусиль | | | | |
| Я залишаюсь спокійний стикаючись із труднощами тому, що можу покластися на свої здібності | | | | |
| Коли я стикаюсь проблемою я зазвичай знаходжу кілька варіантів її розв'язання | | | | |
| Якщо я потраплю у скрудне становище я зазвичай можу знайти вихід | | | | |
| Зазвичай я можу впоратись з будь-якими труднощами щоб трапляються на моєму шляху | | | | |

Інтерпретація результатів.

Підрахуйте загальну суму балів (мінімум – 10, максимум – 40).

10–20 балів: Низька самоефективність. Ви схильні сумніватися у своїх силах. Труднощі часто сприймаються як нездоланні перешкоди, що може призводити до стресу та пасивності.

21–30 балів: Середня самоефективність. Ви впевнені у собі в знайомих ситуаціях, але нові або надскладні завдання можуть викликати тимчасову невпевненість.

31–40 балів: Висока самоефективність. Ви вірите у свій успіх навіть у критичних ситуаціях. Ви сприймаєте труднощі як виклик і швидко відновлюєтеся після невдач.

Додаток Г

Методика оцінки концентрації уваги
(Коректурна проба Бурдона–Анфімова)

Інструкція: Вам пропонується бланк із рядками літер. Переглядайте рядки зліва направо і закреслюйте літери «В» та «Е». Працюйте якомога швидше, але уважно – намагайтесь не пропускати потрібні літери і не закреслювати зайві. За командою ведучого кожні 60 секунд ставте вертикальну риску в тому місці рядка, де Вас застала команда, і продовжуйте далі. Загальний час виконання – 5 хвилин.

Текст тесту:

ХЗКМВТЕСЦТМРБҐВЄЙТУЮРКМБЄКСТРМВДЮЙКДБІЖЮХСК
МПЛКПТФХЦЮКЄХУФДМЕКРАОНТЛАНЙННТМЛЧИТДОЩПВДЖДОТ

ЧРАОИМЛНАОДПВОДЬТЧВЛЄОВАДЮЄОАВТМГЛАІРЛБРАІЮДБЄЛРП ЬОАСФМТЬОЕСІУОЬИВНЛЬВІКНЧОЖЗПІИ

Інтерпретація результатів.

1. Швидкість : Загальна кількість переглянутих знаків за хвилину

2. Точність: Кількість помилок (пропущених знаків або неправильно закреслених).

3. Стійкість уваги (Коефіцієнт Коновалова): $S = 0{,}54361 \times c \div n$

(де С– кількість правильно викреслених знаків, n– кількість помилок).

4. Динаміка працездатності: Порівнюється кількість переглянутих знаків за кожну хвилину.

Якщо кількість падає до кінця тесту – це свідчить про швидке виснаження.

Додаток Д

Матриця первинних результатів емпіричного дослідження ( n = 40 працівників)

| № | ЕВ | ДЕП | РОД | ВМ | ЗПМ | ЗНМ | СЕФ | Швид. | Пом. | Р |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 48 | 29 | 2 | 3.5 | 3.1 | 3.8 | 21 | 309 | 3 | -0.48 |
| 2 | 25 | 17 | 22 | 3.1 | 3.7 | 4.1 | 24 | 206 | 5 | -0.55 |
| 3 | 54 | 24 | 2 | 3.4 | 5.1 | 5.4 | 25 | 327 | 9 | -0.42 |
| 4 | 33 | 26 | 20 | 4.1 | 3.4 | 4.6 | 22 | 359 | 5 | -0.46 |
| 5 | 32 | 22 | 26 | 3.9 | 3.1 | 6.0 | 24 | 282 | 11 | -0.67 |
| 6 | 29 | 19 | 23 | 3.4 | 3.7 | 5.3 | 32 | 282 | 14 | -0.61 |

| № | ЕВ | ДЕП | РОД | ВМ | ЗПМ | ЗНМ | СЕФ | Швид. | Пом. | Р |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7 | 50 | 25 | 19 | 2.2 | 4.0 | 6.5 | 30 | 244 | 3 | -0.43 |
| 8 | 30 | 26 | 0 | 4.4 | 5.2 | 4.3 | 30 | 375 | 8 | -0.5 |
| 9 | 49 | 17 | 17 | 4.4 | 5.3 | 6.3 | 24 | 305 | 3 | -0.66 |
| 10 | 40 | 14 | 24 | 3.3 | 3.3 | 5.5 | 31 | 222 | 11 | -0.49 |
| 11 | 46 | 23 | 14 | 4.2 | 4.1 | 4.2 | 16 | 266 | 3 | -0.46 |
| 12 | 52 | 22 | 2 | 3.3 | 3.7 | 5.0 | 31 | 213 | 18 | -0.6 |
| 13 | 39 | 13 | 21 | 3.6 | 4.6 | 3.7 | 24 | 207 | 10 | -0.62 |
| 14 | 50 | 29 | 3 | 2.1 | 5.5 | 6.0 | 16 | 372 | 10 | -0.63 |
| 15 | 54 | 26 | 9 | 3.1 | 5.4 | 6.5 | 31 | 349 | 18 | -0.64 |
| 16 | 43 | 27 | 16 | 4.3 | 4.3 | 3.7 | 30 | 200 | 8 | -0.67 |
| 17 | 44 | 14 | 13 | 3.6 | 4.4 | 4.4 | 22 | 232 | 13 | -0.6 |
| 18 | 44 | 30 | 3 | 2.2 | 3.5 | 4.3 | 25 | 197 | 10 | -0.55 |
| 19 | 46 | 29 | 9 | 4.3 | 3.3 | 6.1 | 22 | 209 | 6 | -0.4 |
| 20 | 33 | 28 | 15 | 2.6 | 5.3 | 3.7 | 27 | 250 | 4 | -0.7 |
| 21 | 25 | 15 | 2 | 4.4 | 4.7 | 3.9 | 15 | 274 | 7 | -0.53 |
| 22 | 28 | 23 | 24 | 3.4 | 5.2 | 6.4 | 18 | 240 | 8 | -0.31 |
| 23 | 52 | 19 | 8 | 2.4 | 4.8 | 4.6 | 15 | 300 | 10 | -0.62 |
| 24 | 37 | 22 | 8 | 4.2 | 5.4 | 4.3 | 30 | 282 | 13 | -0.32 |
| 25 | 50 | 22 | 13 | 3.5 | 4.3 | 4.7 | 32 | 228 | 11 | -0.68 |
| 26 | 36 | 25 | 2 | 4.4 | 5.3 | 5.4 | 17 | 364 | 12 | -0.5 |
| 27 | 37 | 17 | 19 | 3.4 | 4.0 | 6.0 | 23 | 253 | 9 | -0.53 |
| 28 | 50 | 17 | 21 | 2.2 | 4.3 | 5.4 | 24 | 203 | 10 | -0.43 |
| 29 | 27 | 26 | 13 | 4.2 | 4.4 | 5.7 | 26 | 306 | 15 | -0.6 |
| 30 | 50 | 28 | 14 | 2.1 | 3.6 | 6.0 | 28 | 214 | 17 | -0.43 |
| 31 | 54 | 29 | 14 | 4.2 | 4.9 | 4.9 | 22 | 372 | 10 | -0.36 |
| 32 | 34 | 19 | 8 | 2.8 | 5.2 | 3.7 | 18 | 239 | 15 | -0.42 |
| 33 | 51 | 25 | 12 | 4.3 | 4.5 | 5.6 | 32 | 277 | 18 | -0.7 |
| 34 | 50 | 19 | 15 | 2.5 | 4.1 | 3.6 | 24 | 351 | 15 | -0.41 |
| 35 | 27 | 25 | 4 | 4.2 | 3.5 | 4.3 | 24 | 234 | 17 | -0.57 |
| 36 | 48 | 29 | 1 | 4.5 | 3.9 | 5.5 | 15 | 373 | 3 | -0.32 |
| 37 | 31 | 26 | 22 | 2.6 | 3.9 | 5.3 | 17 | 379 | 8 | -0.31 |
| 38 | 43 | 19 | 3 | 3.7 | 3.8 | 5.6 | 17 | 324 | 4 | -0.56 |
| 39 | 40 | 15 | 13 | 4.4 | 4.6 | 6.0 | 18 | 291 | 8 | -0.41 |

| № | ЕВ | ДЕП | РОД | ВМ | ЗПМ | ЗНМ | СЕФ | Швид. | Пом. | Р |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 40 | 43 | 20 | 10 | 4.1 | 5.1 | 3.8 | 28 | 242 | 17 | -0.47 |

Примітка: ЕВ – емоційне виснаження; ДЕП – деперсоналізація; РОД – редукція особистих досягнень; ВМ – внутрішня мотивація; ЗПМ – зовнішня позитивна мотивація; ЗНМ – зовнішня негативна мотивація; СЕФ – самоефективність; Швид. – швидкість (знаків за хв); Пом. – кількість помилок; R – кореляційний індекс.