

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ КИЇВСЬКИЙ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВАДИМА ГЕТЬМАНА**

Факультет управління персоналом, соціології та психології

Кафедра соціоекономіки та управління персоналом

**ОСВІТНЬО-ПРОФЕСІЙНА ПРОГРАМА
ГАЛУЗЬ ЗНАНЬ
СПЕЦІАЛЬНІСТЬ**

**Менеджмент соціальної сфери
07 – Управління та адміністрування
073 – Менеджмент**

Форма навчання: Дистанційна

КВАЛІФІКАЦІЙНА БАКАЛАВРСЬКА РОБОТА

**На тему: «Управління конфліктами і стресами в діяльності працівників
медичного закладу»**

Здобувача: Дивинська Марія Олексіївна

Науковий керівник:
доктор економічних наук, доцент, Ємельяненко Лариса Михайлівна

(підпис)

**Робота допущена до захисту перед екзаменаційною
комісією з атестації здобувачів вищої освіти (ЕК)**

Завідувач кафедри соціоекономіки та управління
персоналом, доктор економічних наук, професор
Лопушняк Г.С

(підпис)

Київ 2026

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВАДИМА ГЕТЬМАНА**

Факультет управління персоналом, соціології та психології

Кафедра соціоекономіки та управління персоналом

**ОСВІТНЬО-ПРОФЕСІЙНА ПРОГРАМА
ГАЛУЗЬ ЗНАНЬ
СПЕЦІАЛЬНІСТЬ**

**Менеджмент соціальної сфери
07 – Управління та адміністрування
073 – Менеджмент**

ПОГОДЖЕНО

Керівник проєктної групи (гарант)
освітньо-професійної програми

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри

В.В. Кирилюк

(підпис) (ініціали, прізвище)
_____ 20 _____ р

Г.С. Лопушняк

(підпис) (ініціали, прізвище)
_____ 20 _____ р

ІНДИВІДУАЛЬНЕ ЗАВДАННЯ

здобувача вищої освіти

**здобувачу вищої освіти Дивинської Марії Олексіївни
дистанційної форми навчання**

на підготовку кваліфікаційної бакалаврської роботи

на тему «Управління конфліктами і стресами в діяльності працівників медичного закладу»

Тему затверджено наказом ректора Університету від “ ____ “ _____ 20 ____ р. №

Кваліфікаційна бакалаврська робота виконується на матеріалах: КНП «КМКЛ №1»

План кваліфікаційної бакалаврської роботи

Розділ 1	Теоретико-методичні основи управління конфліктами та стресами в діяльності працівників медичного закладу (назва розділу)
Розділ 2	Аналіз управління конфліктами та стресами в діяльності працівників Київської міської клінічної лікарні №1 (назва розділу)
Розділ 3	Вдосконалення системи управління конфліктами та професійного стресу в діяльності медичного закладу (назва розділу)
Об'єкт дослідження:	процес управління конфліктами та професійним стресом в діяльності працівників медичного закладу.
Предмет дослідження:	теоретичні, методичні та практичні аспекти формування комплексної системи управління конфліктами та професійним стресом персоналу у медичних закладах.
Мета кваліфікаційної бакалаврської роботи:	обґрунтування теоретико-методичних засад та розроблення практичних рекомендацій щодо вдосконалення системи управління конфліктами та професійним стресом у медичному закладі для підвищення ефективності роботи персоналу.

Конкретні завдання, які здобувач повинен виконати для досягнення поставленої мети:

У розділі 1 Здійснити аналіз наукових поглядів та сучасних теорій щодо проблеми професійного вигорання медичного персоналу; визначити ключові методичні підходи для оцінки психоемоційного стану працівників, які будуть використані в практичній частині роботи; обґрунтувати авторську позицію та сформулювати проблемні питання, що потребують вирішення в умовах воєнного стану.

У розділі 2 Провести анкетування персоналу КНП «КМКЛ №1» для виявлення реального рівня професійного стресу та симптомів вигорання; здійснити аналіз факторів впливу (військовий стан, страх помилки, тиск керівництва) на продуктивність та якість роботи медиків; виявити взаємозв'язок між емоційним станом працівників та рівнем безпеки лікувального процесу.

У розділі 3 Розробити обґрунтовані пропозиції щодо впровадження дієвих інструментів психологічної підтримки персоналу в закладі; запропонувати заходи з покращення внутрішнього мікроклімату та профілактики професійної деформації лікарів і медсестер; сформулювати рекомендації для керівництва щодо оптимізації управління стресами в кризових умовах.

**Завдання підготував
науковий керівник**

(підпис) Л.М. Ємельяненко
(ініціали, прізвище)

“ ____ ” _____ 20 ____ р.

**Завдання одержав
Здобувач**

(підпис) М.О. Дивинська
(ініціали, прізвище)

“ ____ ” _____ 20 ____ р.

Реферат

Кваліфікаційна бакалаврська робота містить 82 сторінки, 15 таблиць, 20 рисунків, список використаних джерел з 51 найменування та 1 додаток.

Об'єктом дослідження – є процес управління конфліктами та професійним стресом в діяльності працівників медичного закладу.

Предмет дослідження - теоретичні, методичні та практичні аспекти формування комплексної системи управління конфліктами та професійним стресом персоналу у медичних закладах

Метою роботи є обґрунтування теоретико-методичних засад і розроблення практичних рекомендацій щодо вдосконалення системи управління конфліктами та професійним стресом у медичному закладі з метою підвищення ефективності роботи персоналу.

Для досягнення поставленої мети визначено такі завдання:

1. Розкрити поняття, види та причини виникнення конфліктів в медичному закладі;
2. Визнати сутність стресу, джерела та вплив на працівників медичної сфери;
3. Дослідити методи та стратегії управління конфліктами і стресами в медичних закладах;
4. Проаналізувати загальні характеристики діяльності та системи управління персоналом медичного закладу;
5. Дослідити діагностику рівня та причин конфліктів серед працівників;
6. Надати оцінку впливу факторів стресу на ефективність роботи персоналу;
7. Розробити рекомендації щодо профілактики та розв'язання конфлікту;
8. Впровадити системи тренінгів, корпоративних програм і мотиваційних заходів для управління конфліктами і стресами.

Теоретична, методична та практична значущість отриманих результатів. Дослідження спирається на комплекс методів аналізу, синтезу та узагальнення. Системно-структурний і статистичний аналіз дозволив оцінити

організаційну структуру та плинність кадрів за 2022–2026 роки, а соціологічне опитування (через Google Forms) - зібрати емпіричні дані. Це дало змогу науково обґрунтувати та зафіксувати стан «стресу» у медиків в умовах воєнного стану.

Практичні результати дослідження полягають у виявленні реальних проблем колективу КНП «КМКЛ №1»: доведено, що конфлікти провокують не матеріальні питання, а недоліки комунікації та хронічне виснаження на тлі високої інтенсивності звільнень (понад 18%). Оскільки це безпосередньо загрожує безпеці лікувального процесу, розроблено дієвий комплекс практичних заходів для стабілізації мікроклімату та профілактики стресу серед працівників медичного закладу.

Ключові слова: управління стресами, управління конфліктами, емоційне вигорання, медичний персонал, плинність кадрів.

Keywords: stress management, conflict management, emotional burnout, medical personnel, staff turno

В і д г у к
про кваліфікаційну бакалаврську роботу
здобувача факультету управління персоналом, соціології та психології
освітньо-професійної програми «Менеджмент соціальної сфери»

Дивинської Марії Олексіївни
на тему: ***«Управління конфліктами і стресами
в діяльності працівників медичного закладу»***

1. Актуальність теми. Проблема управління конфліктами набула особливої актуальності в умовах повномасштабної війни в Україні, коли поширилося коло соціальних проблем, таких як погіршення ментального здоров'я, безробіття, бідність, бездомність, напруженість в суспільстві, що є передумовами виникнення конфліктів. В умовах війни соціальні менеджери поряд із медиками, волонтерами та рятувальниками, стали ключовими суб'єктами підтримки населення у важкий період. Вміти ефективно взаємодіяти з населенням, допомагати вирішувати проблеми та конфлікти, надавати соціальні послуги, налагоджувати комунікацію щодо вирішення багатьох питань в умовах щоденного стресу, конфлікту і невизначеності.

2. Позитивні риси кваліфікаційної роботи.

В КБР змістовно збалансовано логіку взаємозв'язку мети, об'єкту, предмету, завдань та висновків дослідження, що дозволило автору чітко структурувати роботу та послідовно висвітлити результати дослідження. Здійснено аналіз наукових поглядів та сучасних теорій щодо проблеми професійного вигорання та стресостійкості медичного персоналу в умовах багаторічного масштабування військового стану та дестабілізації суспільного розвитку. У другому розділі проведено всебічний аналіз системи управління конфліктами та стресами в діяльності працівників Комунального некомерційного підприємства «Київська міська клінічна лікарня №1» на основі використання різноманітного діагностичного інструментарію: від традиційних методів функціонально-організаційної статистики до методики соціологічного дослідження за авторським алгоритмом. Застосовано комплексний підхід до обґрунтування напрямів вдосконалення системи управління конфліктами та професійного стресу працівників медичного стресу через авторські рекомендації впровадження сучасних управлінських і комунікаційних інноваційних методичних інструментів (L.A.S.T, SBAR та RACI).

3. Наявність самостійних розробок автора. Розроблено методичний інструментарій соціологічного опитування (автором розроблено анкету, алгоритм та матрицю угруповання факторів діагностики), який реалізовано при проведенні експериментального дослідження в трудовому колективі працівників медичного закладу. Сформовано план-графік, алгоритми та кошторис впровадження інноваційних інструментів комплексної трирівневої моделі управління конфліктами та забезпечення стресостійкості медичного персоналу лікарні.

4. Цінність теоретичних висновків та практичних рекомендацій. Представлено полеміку та критичний аналіз теоретичних трактувань сутності поняття «конфлікт» та його специфіку прояву за причинно-наслідковим зв'язком в діяльності працівників медичного закладу. Наукова новизна одержаних результатів полягає в удосконаленні системи управління конфліктами та забезпеченні стресостійкості працівників лікарні через поєднання організаційних (структурних) та особистісних (психологічних) інструментів.

5. Наявність недоліків: недостатньо повно представлено у теоретичному розділі наукову полеміку закордонних дослідників; авторська наукова позиція щодо тлумачення категоріального апарату дослідження не завжди визначена чітко; є окремі недоліки в опрацюванні отриманих результатів, некоректності чи помилки у представленому аналізі.

6. Загальна оцінка: після доопрацювання згідно із зауваженнями рецензентів на попередньому захисті КБР може бути допущена до захисту з оцінкою **62** бали.

Науковий керівник:

доктор економічних наук, доцент
Ємельяненко Лариса Михайлівна
«5» червня 2026 р.

Рецензія

на кваліфікаційну бакалаврську роботу здобувача вищої освіти
Дивинської Марії Олексіївни
на тему: «Управління конфліктами та стресами в діяльності працівників
медичного закладу»

Актуальність теми: У сучасних умовах повномасштабної війни та безперервного реформування системи охорони здоров'я України медичний персонал зазнає критичного психоемоційного навантаження. Це призводить до стрімкого зростання рівня конфліктності всередині колективів та вигорання лікарів і медсестер. Актуальність обраної теми полягає в тому, що ефективне управління конфліктами та профілактика стресів на базі КНП «КМКЛ №1» є необхідною умовою для збереження ментального здоров'я працівників, покращення соціально-психологічного клімату в лікарні, а також забезпечення високої якості медичних послуг і безпеки пацієнтів.

Якість проведеного дослідження: Під час виконання дипломної роботи проблему було розглянуто в повному обсязі. Був проведений глибокий теоретичний аналіз сучасних підходів до управління конфліктами та стресами персоналу, а також здійснено комплексне емпіричне дослідження безпосередньо на базі КНП «КМКЛ №1». У роботі детально проаналізовано організаційну структуру закладу, динаміку плинності кадрів, а також організовано й проведено анкетне опитування працівників лікарні на платформі Google Forms. На основі зібраних даних розроблено практичні рекомендації щодо розв'язання конфліктів та пропонується впровадження комплексної системи тренінгів для персоналу. Особливу цінність становить прикладний характер роботи, що передбачає впровадження сучасних управлінських і комунікаційних методик, таких як L.A.S.T, SBAR та RACI.

Позитивні риси кваліфікаційної роботи: Робота відзначається чіткою логікою структури, послідовністю та повністю відповідає встановленим вимогам. Присутнє самостійне мислення, а вагомим позитивним аспектом дослідження є проведення власного соціального опитування працівників.

Практична значущість висновків і рекомендацій: Сформульовані у роботі висновки є цілком обґрунтованими та мають безпосередню прикладну цінність. Розроблений комплекс рекомендацій — зокрема структурована система тренінгів та готові до впровадження алгоритми L.A.S.T, SBAR і RACI — є готовим управлінським кейсом для адміністрації КНП «КМКЛ №1». Їх практична інтеграція дозволить закладу суттєво знизити рівень деструктивних конфліктів, чітко розмежувати зони відповідальності й побудувати дієву систему психологічної підтримки медиків.

Рецензент:

к.с.н., доцент
кафедри соціології,
КНЕУ імені Вадима Гетьмана



Горбов В.В

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1	6
ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ КОНФЛІКТАМИ ТА СТРЕСАМИ В ДІЯЛЬНОСТІ ПРАЦІВНИКІВ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ	6
1.1 Поняття, види та причини виникнення конфліктів в медичному закладі.....	6
1.2 Сутність стресу, джерела та вплив на працівників медичної сфери	13
1.3 Методи та стратегії управління конфліктами і стресами в медичних закладах	18
РОЗДІЛ 2	25
АНАЛІЗ УПРАВЛІННЯ КОНФЛІКТАМИ ТА СТРЕСАМИ В ДІЯЛЬНОСТІ ПРАЦІВНИКІВ КИЇВСЬКОЇ МІСЬКОЇ КЛІНІЧНОЇ ЛІКАРНІ №1	25
2.1 Загальна характеристика діяльності та системи управління персоналом медичного закладу	25
2.2 Діагностика рівня та причин конфліктів серед працівників	34
2.3 Оцінювання впливу факторів стресу на ефективність роботи персоналу	45
РОЗДІЛ 3	53
ВДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ КОНФЛІКТАМИ ТА ПРОФЕСІЙНОГО СТРЕСУ В ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ	53
3.1 Розробка рекомендацій щодо профілактики та розв’язання конфлікту.....	53
3.2 Впровадження системи тренінгів, корпоративних програм і мотиваційних заходів для управління конфліктами і стресами.	64
ВИСНОВКИ.....	73
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	77
ДОДАТКИ	77

ВСТУП

Актуальність теми. В умовах війни та реформування охорони здоров'я України медики зазнають критичного навантаження, що призводить до вигорання та конфліктів. Традиційні методи управління втратили ефективність, а відсутність системної профілактики стресу в закладах знижує якість медичних послуг. Відтак обґрунтування новітніх інструментів менеджменту (протоколи SBAR, L.A.S.T, RACI) є нагальним для забезпечення стійкості медичної системи України.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Питання управління конфліктами та зниження рівня стресу в організаціях завжди залишалося предметом жвавих наукових дискусій. Якщо звернутися до класичної теоретичної бази, то фундаментальні основи цього напрямку заклали такі іноземні автори, як К. Маслач (розробниця теорії професійного вигорання), К. Томас (автор класичних стратегій поведінки в конфліктних ситуаціях) та Джон Адамс, який запропонував концепцію справедливості [1, с.271].

Що стосується українського наукового простору, то методологію вирішення конфліктів та регулювання соціально-трудових відносин найбільш повно розкрито у працях А.М. Колота [2;3], а аспекти стратегічного управління та соціального розвитку відображено у дослідженнях Г.С. Лопушняк [4;5]. Психологічний зріз проблеми - зокрема, природу суперечок безпосередньо в робочих колективах - досліджували Л.М. Карамушка та О.В. Креденцер [6, с.63-67]. Своєю чергою, специфіку врегулювання конфліктних ситуацій у середовищі з високим інтелектуальним та емоційним навантаженням вивчають І.О. Рябоконь, А.М. Шандар [7, с.15-23] та Л.М. Ємельяненко, О.В. Сімоходська [8].

Окремий блок сучасної літератури присвячений саме практичним інструментам для збереження ментального здоров'я працівників. Так, механізми діагностики та подолання професійного вигорання аналізують Васирик А.В., Х.С. Столярук та А.В. Булуй [9, с.64-67]. Важливими для нашого дослідження є також напрацювання В. Кирилюк, О. Колядич та О. Шевчук [10, с.59-65], які акцентують

увагу на формуванні стресостійкості та соціальної безпеки персоналу в кризових умовах. Додатково варто відзначити дослідження Н.С. Данилевич, С.Г. Рудакової та Л.В. Щетініної [11;12], що розкривають виклики стрес-менеджменту під час зміни звичних форматів роботи (наприклад, переходу на дистанційну взаємодію).

Проблемними питаннями медичного менеджменту займалися вітчизняні науковці О. Шекера та В. Москаленко [13]. Однак їхні напрацювання переважно стосуються управління лікарнями в умовах мирного часу. На сьогоднішній день існує очевидна прогалина в дослідженнях: впровадження міжнародних протоколів комунікації та методів психологічного розвантаження медиків у реаліях воєнного стану й хронічного стресу вивчено вкрай недостатньо. Саме необхідність адаптувати наявний теоретичний інструментарій до сучасних екстремальних умов роботи українських лікарень і зумовила вибір теми нашої дипломної роботи.

Метою роботи є обґрунтування теоретико-методичних засад і розроблення практичних рекомендацій щодо вдосконалення системи управління конфліктами та професійним стресом у медичному закладі з метою підвищення ефективності роботи персоналу.

Для досягнення поставленої мети визначено такі завдання:

1. Розкрити поняття, види та причини виникнення конфліктів в медичному закладі;
2. Визнати сутність стресу, джерела та вплив на працівників медичної сфери;
3. Дослідити методи та стратегії управління конфліктами і стресами в медичних закладах;
4. Проаналізувати загальні характеристики діяльності та системи управління персоналом медичного закладу;
5. Дослідити діагностику рівня та причин конфліктів серед працівників;
6. Надати оцінку впливу факторів стресу на ефективність роботи персоналу;
7. Розробити рекомендації щодо профілактики та розв'язання конфлікту;

8. Впровадити системи тренінгів, корпоративних програм і мотиваційних заходів для управління конфліктами і стресами.

Об'єкт дослідження - процес управління конфліктами та професійним стресом в діяльності працівників медичного закладу.

Предмет дослідження - теоретичні, методичні та практичні аспекти формування комплексної системи управління конфліктами та професійним стресом персоналу у медичних закладах

Методи дослідження. Методологічною основою роботи є комплекс загальнонаукових та спеціальних методів. Теоретичну базу досліджено за допомогою методів аналізу, синтезу та узагальнення. Системно-структурний і статистичний аналіз застосовано для оцінки плинності кадрів та організаційної структури КНП «КМКЛ №1» за 2022–2026 роки. Емпіричні дані щодо мікроклімату та професійного вигорання зібрано методом соціологічного опитування (анкетування персоналу через Google Forms). Наочне подання подано наочно графічними та табличними методами.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в удосконаленні алгоритму управління соціально-психологічним кліматом лікарні через поєднання організаційних (структурних) та особистісних (психологічних) інструментів.

Практичне значення одержаних результатів. Розроблені рекомендації та матриці можуть бути використані керівниками медичних закладів, завідувачами відділень та старшими медичними сестрами для оптимізації комунікації в колективі, зниження рівня плинності кадрів і профілактики лікарських помилок, спричинених людським фактором.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ КОНФЛІКТАМИ ТА СТРЕСАМИ В ДІЯЛЬНОСТІ ПРАЦІВНИКІВ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ

1.1 Поняття, види та причини виникнення конфліктів в медичному закладі

У сучасному медичному менеджменті конфлікт розглядають як непростий і багатогранний процес, у якому перетинаються робочі обов'язки, моральні норми та особисті цілі персоналу. Це не просто ситуативна суперечка, а часто наслідок серйозних розбіжностей у поглядах на те, як саме має бути організоване лікування або взаємодія в команді. В умовах лікарні, де кожен працівник залежить від дій колеги, навіть незначне непорозуміння може перерости у серйозне протистояння.

Медицина за своєю суттю орієнтована на допомогу людям у важких, часто критичних станах, тому емоційне навантаження тут надзвичайно високе. Високий рівень відповідальності за життя пацієнта, постійний стрес та необхідність швидко приймати складні рішення створюють середовище, де виникнення суперечностей є природною, а іноді й неминучою частиною робочого процесу [14]. Конфлікт у такій сфері - це часто сигнал про те, що система працює з перевантаженням або потребує змін.

Саме тому дослідження конфліктів потребує погляду з різних сторін, адже це питання не можна вирішити в межах однієї науки. Його одночасно вивчають соціологія (як групову взаємодію), психологія (як емоційні переживання), право (як юридичні спори) та управління (як робочі процеси). Така різнобічність поглядів призвела до того, що вчені пропонують багато різних визначень цього поняття, і кожна наукова школа пояснює його по-своєму.

Складність природи конфлікту зумовила інтерес до нього з боку представників різних галузей знань: від гуманітарних (психологія, педагогіка,

філософія) до точних і прикладних наук (математика, військова справа, право). Саме тому в науковій літературі не існує єдиного визначення цього поняття. Найбільш поширені дефініції, що розкривають зміст конфлікту, наведено в таблиці 1.1.

Таблиця 1.1 - Наукові підходи до трактування сутності поняття «конфлікт»

Автор	Сутність поняття	Ключовий акцент
Карамушка Л.М., Креденцер О.В. [6]	Описують конфлікт крізь призму гострого протистояння інтересів і поглядів учасників трудового процесу, що неминуче веде до емоційного перенавантаження. Такий стан, на думку вчених, є прямим каталізатором розвитку синдрому вигорання у медичних працівників.	Психологічний: емоційний вимір взаємодії та загроза ментальному здоров'ю (негативний аспект).
Колот А.М [2]	Вбачає у конфлікті природне відображення неминучих суперечностей у сфері соціально-трудова відносин. Основною причиною виникнення суперечок є об'єктивний незбіг економічних очікувань, статусу та організаційних цілей сторін.	Соціально економічний: об'єктивна конкуренція за ресурси, справедливість та умови праці.
Рябоконт І.О. [7]	Трактує будь-яке організаційне протистояння як важливий індикатор кризи комунікацій. На думку авторки, конфлікт свідчить про наявність прихованих прорахунків у менеджменті та вимагає перегляду наявних комунікативних протоколів.	Комунікативний: конфлікт як маркер (симптом) внутрішніх організаційних проблем.
Батракова Т.І. [15]	Наголошує на амбівалентності (подвійності) конфлікту: він є позитивним, якщо не порушує засад існування групи, та деструктивним, якщо підриває базові цінності колективу.	Наслідки залежать від того, чи зачіпає конфлікт фундаментальні принципи групи.
Мекшун Л.М [16]	Сприймає конфлікт як невід'ємний і навіть необхідний елемент будь-якої системи, яка прагне розвиватися. Головна місія керівника полягає не у спробах уникнути суперечок, а у трансформації енергії розбіжностей у творчу та конструктивну площину.	Конструктивний: конфлікт як безальтернативне джерело енергії для системних змін.

Джерело: розроблено автором на основі [2;6;7;15;16].

Аналізуючи таблицю 1.1, можна чітко виокремити три ключові вектори сприйняття природи конфлікту. Перший вектор розглядає організаційну суперечку як переважно деструктивне явище або симптом глибокої управлінської кризи (що яскраво прослідковується у концепціях Карамушки Л.М. та Рябоконт І.О) [6;7]. Другий підхід, який представляє Мекшун Л.М [16, с.31], навпаки, безапеляційно визнає конфлікт необхідною умовою розвитку системи. Третій вектор доводить амбівалентну (двоїсту) природу конфлікту: він може мати як позитивні, так і

руйнівні наслідки - усе залежить виключно від якості управління (Н. Данилевич, Т. Батракова) [11;15].

На мою думку, розглядати конфлікт як явище з подвійною природою - це єдиний зважений підхід для сучасного керівника. Адже суперечка сама по собі не є ані абсолютною шкодою, ані гарантованим благом. Її фінальний результат повністю залежить від компетентності менеджменту. Головне завдання лідера полягає не в ілюзорній спробі створити штучне «безконфліктне середовище», а в умінні вчасно діагностувати проблему й модерувати емоції сторін, спрямовуючи їх на вдосконалення робочих процесів.

З огляду на специфіку медичних закладів, ефективне управління вимагає чіткого розуміння природи внутрішніх конфліктів. Через постійний стрес та високе навантаження суперечки тут виникають на всіх рівнях: від особистих етичних дилем до міжструктурних протистоянь.

Для того, щоб перевірити цю теорію на практиці та з'ясувати, чи вдається керівництву трансформувати суперечки у розвиток, чи вони, навпаки, призводять до психологічного виснаження персоналу, у другому розділі роботи буде проведено емпіричне дослідження. За допомогою анонімного опитування працівників медичного закладу (на базі платформи Google Forms) буде проаналізовано реальний стан внутрішнього мікроклімату та виявлено маркери професійного вигорання.

Але перш ніж переходити до практичної діагностики, доцільно визначити ті критерії суперечок, які мають найсильніший вплив на якість лікувального процесу. Систематизовану характеристику основних видів конфліктів, притаманних медичному середовищу, наведено у таблиці 1.2.

Таблиця 1.2 - Класифікація та види конфліктів у медичному середовищі

Критерії класифікації	Вид конфлікту	Характеристика та прояви в медичному закладі
1	2	3
За суб'єктами взаємодії	Внутрішньо-особистісний	Виникає при розбіжності вимог до роботи з особистими потребами/цінностями (наприклад, понаднормова робота на шкоду сім'ї або етичні дилеми).

Продовження таблиці 1.2

1	2	3
	Міжособистісний	Найпоширеніший вид (70-80% конфліктів). Зіткнення характерів чи інтересів двох співробітників (наприклад, хірургів за операційну).
	«Особистість – група»	Відмова окремого працівника дотримуватися неписаних норм колективу або впровадження змін, які група не сприймає.
	Міжгруповий	Протистояння між структурними підрозділами (наприклад, адміністрація проти лікувального персоналу)
За спрямованістю (ієрархією)	Вертикальні	Між керівником та підлеглим (завідувач відділення - ординатор). Складають значну частку управлінських конфліктів.
	Горизонтальні	Між колегами рівного статусу, які не підпорядковані одне одному.
За ступенем реальності	Псевдоконфлікти	Об'єктивних причин для суперечки немає, вона виникає через викривлене сприйняття. Наприклад: медсестра вважає, що лікар ігнорує її прохання, хоча він просто виснажений після важкого нічного чергування
	Реалістичні	Суперечка щодо конкретного робочого питання (наприклад, розподіл премій, черговість використання обладнання). Задоволення вимог вирішує проблему.
	Нереалістичні	Конфлікт, де головною метою є не вирішення проблеми, а вивільнення накопиченої ворожості та зняття емоційної напруги. Наприклад: спалах агресії та перехід на особистості як наслідок глибокого професійного вигорання (коли колега сприймається просто як подразник).

Джерело: розроблено автором на основі [14;17]

Як видно з наведеної таблиці 1.2, найвразливішими зонами у медичній практиці є міжособистісні та вертикальні (ієрархічні) комунікації. Це цілком закономірно, адже щоденна робота медиків супроводжується необхідністю швидкого прийняття рішень, суворим дотриманням субординації та колосальною відповідальністю за життя пацієнтів.

Проте важливо зауважити, що конфлікт не варто сприймати виключно як проблему. Сучасна наука про управління стверджує: навіть у тих медичних закладах, де робота налагоджена ідеально, суперечки є не лише можливими, а й іноді необхідними для розвитку. Залежно від ситуації та методів керівництва, наслідки конфлікту можуть бути абсолютно різними. Якщо суперечка є керованою, вона стає своєрідною «точкою росту»: допомагає виявити слабкі місця в організації праці, оновити застарілі правила чи зняти приховану напругу в колективі.

Натомість ігнорування навіть дрібних непорозумінь неминуче призводить до деструктивних наслідків - глибокого професійного вигорання персоналу і, як наслідок, критичного зниження якості надання медичної допомоги.

Теоретичний розподіл таких наслідків на корисні (конструктивні) та шкідливі (деструктивні) систематизовано в таблиці 1.3.

Таблиця 1.3 - Конструктивні та деструктивні наслідки конфлікту

Конструктивні наслідки (позитивні)	Деструктивні наслідки (негативні)
Для організації (медичного закладу)	
• Виступає індикатором прихованих проблем у робочих процесах (діагностична функція).	• Дестабілізує роботу відділень, порушує графіки та протоколи.
• Дозволяє зняти «синдром покірності» та соціальну напругу в колективі.	• Відволікає ресурси (час, енергію) від основної діяльності – лікування пацієнтів.
• Стимулює пошук нових, нестандартних рішень (групова креативність).	• Руйнує горизонтальні комунікації та довіру між підрозділами.
• Призводить до стабілізації системи на новому, більш якісному рівні розвитку.	• Формує песимістичний корпоративний дух та плинність кадрів.
Для особистості (медичного працівника)	
• Допомогає адекватно оцінити власні сили та позицію опонента (пізнавальна функція).	• Призводить до фрустрації, емоційного вигорання та розчарування у професії.
• Сприяє корекції самооцінки та самовдосконаленню.	• Викликає почуття невпевненості та комплекси.
• Дозволяє виявити та нівелювати слабкі сторони характеру.	• Руйнує міжособистісні стосунки з колегами.
• Є важливим чинником професійної соціалізації та загартування лідера.	• Активує деструктивні захисні механізми: мовчання, агресію, формалізм.

Джерело: розроблено автором на основі [18].

Як видно з таблиці 1.3, організаційні суперечки можуть мати абсолютно полярні наслідки як для медичного закладу загалом, так і для особистості кожного працівника: від стабілізації системи на новому рівні до глибокої дестабілізації та емоційного вигорання. Оскільки конфлікт є невід'ємною частиною життя будь-якого колективу, уникнути його повністю неможливо через об'єктивну різноманітність людських характерів і складність робочих ситуацій. Тому головне завдання менеджменту полягає у побудові такої системи управління, яка б зводила деструктивну шкоду від суперечок до мінімуму, водночас використовуючи їхній конструктивний потенціал.

Керувати конфліктом - це не просто мирити сторони, коли сварка вже сталася. Це, перш за все, робота на випередження. Необхідно створювати в

організації такі умови (психологічні та організаційні), які б запобігали виникненню напруги. Йдеться про вміння вчасно помічати приховані проблеми та навчати персонал стресостійкості й правильній поведінці, щоб дрібні непорозуміння не переростали у серйозні проблеми.

Як зазначається у фаховій літературі з управління персоналом, ознаки соціальної напруженості та назріваючого конфлікту керівник може виявити за допомогою звичайного цілеспрямованого спостереження. До таких індикаторів-вісників належать: виникнення стихійних «мінізборів» (наприклад, емоційні обговорення проблем в ординаторських чи на постах медсестер), безпричинне збільшення числа неявок на роботу або різке зростання кількості лікарняних серед персоналу, загальне зниження продуктивності праці, поширення внутрішніх чуток, а також масові звільнення за власним бажанням. Якщо менеджмент лікарні ігнорує ці маркери зростання емоційної напруженості, приховане невдоволення колективу неминуче переходить у відкриту деструктивну фазу [8].

А тепер розглянемо причини виникнення конфліктів у медичному закладі, оскільки саме розуміння джерел проблеми є ключем до її вирішення. Варто зазначити, що їхній спектр дуже широкий, і на практиці ми рідко стикаємося з ізольованим фактором. Як правило, в основі кожного конфлікту лежить поєднання одразу кількох передумов. Систематизовані основні причини виникнення конфліктів у медичному закладі наведено в таблиці 1.4.

Таблиця 1.4 - Причини виникнення конфліктів у медичному закладі

Причини	Характеристика та прояв у медичній сфері
1	2
1. Обмеженість ресурсів та механізм їх розподілу	Навіть у великих лікарнях фінансування, матеріально-технічна база та фонд оплати праці є лімітованими. Конфлікт виникає як конкуренція між відділеннями або окремими лікарями за доступ до дефіцитних благ: сучасного обладнання, преміальних виплат, медикаментів або навіть ліжок-місць для пацієнтів.
2. Функціональна взаємозалежність завдань	Медична допомога - це командний процес. Хірург не може почати операцію без анестезіолога, а ефективність лікування залежить від точності діагностики та догляду медсестер. Збій на одному етапі (наприклад, затримка аналізів лабораторією) блокує роботу інших, що неминуче призводить до конфліктів.
3. Розбіжності у цінностях та етичні дилеми	Медицина часто ставить персонал перед складним моральним вибором. Різні погляди на деонтологію (наприклад, питання паліативної допомоги, спілкування з родичами, «сортування» поранених) створюють глибинні ціннісні конфлікти, які важче вирішити, ніж організаційні.

Продовження таблиці 1.4

1	2
4.Комунікативні бар'єри та дисфункції	Специфіка роботи (нічні зміни, екстрені ситуації) часто призводить до викривлення інформації. Неточна передача даних про стан пацієнта під час перезмінки або відсутність зворотного зв'язку від адміністрації до персоналу є каталізатором непорозумінь.
5.Структурно-ієрархічні протиріччя	Традиційна жорстка субординація в системі «лікар - медична сестра» часто вступає в конфлікт із сучасними вимогами до автономії середнього медперсоналу. Також сюди відносять розбіжності цілей: адміністрація прагне економії (менеджерський підхід), а лікарі - найкращого лікування будь-якою ціною (клінічний підхід).
6. Психоемоційні та особистісні фактори	Висока ціна помилки та постійний стрес знижують поріг толерантності. Це провокує спалахи агресії через психологічну несумісність, різницю в темпераментах або «синдром емоційного вигорання», коли колега сприймається як подразник .
7.Зовнішні кризові чинники (Специфіка часу)	Вплив війни та нестабільності. Робота під час повітряних тривог, перебоїв з електропостачанням, наплив пацієнтів з бойовими травмами призводять до фізичного виснаження персоналу, що робить колектив вразливим до будь-яких, навіть дрібних, конфліктогенів.

Джерело: розроблено автором на основі [13;14;18;20]

Таким чином, аналізуючи таблицю 1.4 бачимо різноманіття причин - від дефіциту ресурсів до психологічної втоми персоналу - і стає зрозуміло, що поняття «конфлікт» у сучасній медицині є надзвичайно багатограним. Це явище не можна трактувати однозначно, адже воно поєднує в собі як деструктивні ризики, так і потенціал для розвитку.

Підсумовуючи причини та наслідки організаційних суперечок, варто звернути увагу на ще один фундаментальний аспект, який активно досліджується сучасною вітчизняною наукою - це прямий вплив конфліктів на якість трудового життя (ЯТЖ) персоналу. Як зазначають І.О. Рябоконь та А.М. Шандар, концепція якості трудового життя базується на формуванні умов, що сприяють оптимальному використанню трудового потенціалу людини [7, с.18]. У сучасних реаліях, обтяжених так званою «безпековою детермінантою» (наслідками військової агресії, ризиками для життя), ефективне управління конфліктами стає не просто локальним завданням головного лікаря, а базовою умовою збереження гідної якості трудового життя медиків.

Адже сприятливий соціально-психологічний клімат і високий рівень взаємопідтримки в колективі є ключовими індикаторами ЯТЖ. Якщо ж суперечки

в медичному закладі залишаються некерованими, вони руйнують це безпечне середовище, викликають сильну психоемоційну напругу та дискомфорт [7, с. 17]. У підсумку це стає прямим каталізатором розвитку хронічного професійного стресу, природа якого буде детально розглянута в наступному підрозділі.

Підсумовуючи теоретичні засади, на мою думку, варто виокремити еволюцію поглядів на природу цього явища. Якщо традиційно конфлікт розглядався виключно як дисфункція, де домінує негативний вплив на учасників, то згодом наукова думка дійшла до розуміння його амбівалентності - тобто наявності як негативних, так і позитивних наслідків. Проте найбільш сучасним і доцільним для медичної сфери я вважаю підхід, який трактує конфлікт як цілком нормальне і передбачуване явище. Саме такий погляд дозволяє сприймати суперечності не як проблему, а як інструмент, що за умови правильного управління підтримує динамічну рівновагу в колективі та стимулює розвиток закладу. Більше того, як слушно зазначають теоретики сучасного менеджменту, штучно створене «безконфліктне середовище» або повна відсутність суперечок у медичному закладі найчастіше є не показником ідеальної роботи, а навпаки - свідченням управлінського застою та стагнації робочих процесів. Натомість наявність конфліктів (у керованій і контрольованій формі) є об'єктивним показником життєздатності медичної організації та ключовим чинником її динамічної стабільності.

1.2 Сутність стресу, джерела та вплив на працівників медичної сфери

Щоб зрозуміти природу проблем, з якими стикаються медичні працівники, необхідно насамперед розібратися, що ж таке стрес у сучасному розумінні. Довгий час у науці панувала думка Ганса Сельє, який розглядав стрес суто як фізіологічну реакцію організму на будь-який сильний подразник. Проте сьогодні, особливо в психології праці, цей погляд вважається надто вузьким. Сучасні дослідники

(зокрема Р. Лазарус) пропонують розглядати стрес як «угоду» або взаємодію між людиною та її оточенням. Простими словами, стрес виникає в той момент, коли лікар чи медсестра усвідомлює: вимоги до них (врятувати, вилікувати, встигнути) перевищують їхні реальні можливості або ресурси [21, с.29].

Саме цей дисбаланс між «я мушу» та «я можу» є пусковим механізмом професійного вигорання. Для медичної сфери це особливо критично, адже, на відміну від офісного працівника, медик не може просто «поставити роботу на паузу». Він постійно перебуває в зоні високої відповідальності, де ціна помилки - здоров'я або життя людини.

Стрес у медицині має свої унікальні риси, які відрізняють його від втоми в інших професіях. По-перше, це так звана «емоційна праця». Медичний працівник змушений постійно контролювати свої емоції: заспокоювати пацієнта, навіть коли сам наляканий, або стримувати роздратування під час спілкування зі складними родичами хворих. Така необхідність «носити маску» спокою виснажує психіку сильніше, ніж фізичні навантаження [22, с.55].

По-друге, це феномен «втоми від співчуття» (compassion fatigue). Лікарі та медсестри, які щодня бачать біль і страждання, з часом можуть втрачати здатність гостро співпереживати. Це не ознака черствості, а захисний механізм психіки, який, однак, часто призводить до відчуття внутрішньої порожнечі [23].

Окремої уваги заслуговує трансформація стресу в українських реаліях. Війна змінила саму структуру навантаження на медичну систему. Якщо раніше стрес був пов'язаний переважно з рутинною роботою, то сьогодні додався потужний фактор небезпеки. Медики змушені працювати під час повітряних тривог, в умовах відключень світла та з великим потоком пацієнтів із важкими бойовими травмами.

У цьому контексті науковці все частіше говорять про «моральну травму». Це важкий психологічний стан, який виникає, коли лікар знає, як надати допомогу, але фізично не може цього зробити через брак ресурсів, часу або загрозу безпеці. Наприклад, ситуація медичного сортування, коли доводиться обирати, кому надати

допомогу першим, є потужним травмуючим фактором, що залишає слід на довгі роки [10, с. 63].

З управлінської точки зору, для керівництва медичного закладу всі ці явища є не просто особистими психологічними проблемами персоналу, а серйозними організаційними ризиками. Працівник, який страждає на втому від співчуття чи моральну травму, починає емоційно дистанціюватися від роботи, що безпосередньо знижує якість надання медичної допомоги та провокує приховані конфлікти в колективі. Тому своєчасна діагностика таких станів є прямою відповідальністю сучасного медичного менеджера, адже ігнорування проблеми неминуче призводить до плинності найбільш кваліфікованих кадрів.

В умовах постійної екзистенційної загрози та військової агресії, як слушно зазначають Кирилюк В.В., Колядич О.І. та Шевчук О.В. у своїх дослідженнях, індивідуальна стресостійкість вже не може розглядатися відірвано від загальної проблеми соціальної безпеки [10, с. 64]. Здатність персоналу адаптуватися до таких екстремальних умов вимагає від керівництва лікарні застосування абсолютно нових, кризових підходів до підтримки ментального ресурсу колективу.

Водночас варто враховувати, що зовнішні кризові стани не виникають ізольовано - вони безпосередньо нашаровуються на вже існуючу, вкрай складну специфіку медичної діяльності. Робота в закладах охорони здоров'я об'єктивно створює унікальне тло психоемоційної напруги, зумовлене високою ціною лікарської помилки та безперервною відповідальністю за людське життя. Це навантаження докорінно відрізняється від повсякденних життєвих переживань. У суспільному та навіть професійному середовищі часто виникає термінологічна плутанина: звичайну фізичну чи емоційну втому після важкого чергування нерідко помилково ототожнюють із клінічним поняттям професійного стресу. Проте така тотожність є хибною. Як свідчить порівняльний аналіз, справжній професійний стрес медиків має зовсім іншу природу виникнення. Він вирізняється кумулятивним (накопичувальним) ефектом, хронічним характером перебігу та призводить до значно серйозніших, іноді деструктивних наслідків для особистості

фахівця. Для того, щоб чітко розмежувати ці явища, розгорнуту характеристику відмінностей систематизовано в таблиці 1.5 [24, с.52].

Таблиця 1.5 - Специфіка прояву професійного стресу у медичних працівників

Критерій порівняння	Загальний адаптаційний стрес (Побутовий)	Професійний стрес медичного працівника
Джерело виникнення	Ситуативні життєві події, міжособистісні конфлікти, побутові проблеми.	Системні фактори: «емоційна праця» (необхідність приховувати справжні почуття), контакт зі стражданням та смертю, понаднормові навантаження.
Характер перебігу	Переважно епізодичний (гострий стрес), після якого настає фаза відновлення.	Переважно хронічний, накопичувальний. Фаза відновлення часто відсутня через змінний графік роботи та порушення циркадних ритмів.
Психологічні наслідки	Тривожність, дратівливість, тимчасове зниження працездатності.	Синдром професійного вигорання (Burnout), деперсоналізація (цинізм до пацієнтів), втома від співчуття (Compassion Fatigue), посттравматичний стресовий розлад.
Вплив на оточення	Локальний (впливає на сім'ю або найближче коло спілкування).	Системний (впливає на безпеку пацієнтів). Існує пряма кореляція між рівнем стресу лікаря та кількістю лікарських помилок.

Джерело: складено автором на основі [10;22].

Аналізуючи дані, наведені в таблиці 1.5, відзначаємо, що професійний стрес медичного працівника суттєво відрізняється від побутового напруження. Якщо у звичайному житті стрес часто має мобілізуючий характер (еустрес), то в медичній практиці через хронічність та високу відповідальність він швидко трансформується у дистрес - руйнівний стан, який виснажує адаптаційні резерви організму.

На наше переконання, головна небезпека полягає у прихованості цього процесу. Медичний працівник, перебуваючи в потоці завдань, часто ігнорує перші симптоми накопичувальної втоми, списуючи їх на інтенсивний графік. Однак, коли цей стан стає хронічним, він неминуче призводить до розвитку синдрому професійного вигорання (burnout syndrome).

У сучасній науковій літературі цей феномен розглядається не просто як втома, а як багатовимірна конструкція. Згідно з класичною трикомпонентною

моделлю соціального психолога є загальновизнаною у світі, професійне вигорання медика розвивається у трьох площинах: [25, с. 34]

1. Емоційне виснаження: відчуття спустошеності та відсутності сил для роботи («я більше нічого не можу дати пацієнтам»).

2. Деперсоналізація (цинізм): розвиток негативного, байдужого або навіть агресивного ставлення до пацієнтів, які починають сприйматися як об'єкти або джерела проблем, а не як живі люди.

3. Редукція особистих досягнень: зниження самооцінки, виникнення почуття некомпетентності та зневіра у власному професіоналізмі, навіть якщо об'єктивно лікар працює добре.

Спираючись на сучасні підходи до діагностики проблем та подолання професійного вигорання працівників (зокрема, дослідження Василик А.В., Х.С. Столярчук та А.В. Булуя), можна стверджувати: ігнорування менеджментом хоча б одного з цих трьох симптомів на ранніх етапах неминуче призводить до повної втрати цінного кадрового потенціалу лікарні [9, с. 64-67].

Варто зазначити, що за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, яка у 2019 році офіційно включила вигорання до Міжнародного класифікатора хвороб (МКХ-11), цей стан є саме «професійним феноменом», а не медичним захворюванням. Це означає, що причина криється не в самій людині, а в недосконалій організації праці та управлінні [26].

В результаті проведеного аналізу зауважуємо, що стрес медичного працівника - це специфічний вид професійної напруги, який не можна ототожнювати зі звичайною втомою. Його головна небезпека полягає у прихованому накопиченні, яке, згідно з сучасними моделями, призводить до глибокого емоційного виснаження та деперсоналізації. На нашу думку, розуміння сутності та причин цього явища є відправною точкою для розробки дієвих механізмів профілактики, адже збереження ментального ресурсу лікаря є критично важливим для функціонування всього закладу.

Важливо сфокусувати увагу не лише на теорії, а й на практичних аспектах. Як уже зазначалося в попередньому підрозділі, наше дослідження має комплексний

характер. Окрім пошуку першопричин конфліктів, його ключовим завданням стане діагностика фактичного рівня стресу та вигорання серед медичного персоналу за допомогою анонімного анкетування. Теоретичним фундаментом для формування запитань частково слугуватиме методологія соціології конфлікту, яка дозволяє виміряти приховану напругу через ключові фактори невдоволення: умови праці, надмірне навантаження чи стиль управління керівництва. Проте практичний зріз дозволить нам не вгадувати, а на основі реальних даних виявити справжні тригери, що руйнують мікроклімат у лікарні, та розробити дієві «ліки» для їх подолання.

1.3 Методи та стратегії управління конфліктами і стресами в медичних закладах

Фундаментом надійної та безпечної діяльності будь-якого медичного закладу є не лише матеріально-технічна база, а й здорова психологічна атмосфера в колективі. Досвід успішних клінік доводить, що управління соціальним кліматом - це критичний фактор, який напряду впливає на якість лікування та безпеку пацієнтів.

Саме тому в новітній теорії медичного менеджменту ставлення до конфліктів кардинально змінилося. Якщо раніше їх сприймали як прикру перешкоду, яку треба негайно придушити адміністративним тиском, то сьогодні робота з протиріччями розглядається як безперервний стратегічний процес. Акцент зміщується з ситуативного «гасіння пожеж» (реактивного втручання) на ранню діагностику прихованої напруги, системну профілактику та пошук конструктивних рішень, що задовольняють усіх сторін [27].

Узагальнюючи існуючі управлінські практики, весь арсенал інструментів впливу на колектив доцільно систематизувати у три взаємопов'язані групи: структурні (які змінюють організацію праці), комунікативні (що покращують обмін інформацією) та міжособистісні (спрямовані на психологію

працівників). Логіку взаємодії та ієрархію цих методів наочно візуалізовано на рисунку 1.1.



Рисунок 1.1 - Методи управління конфліктами

Джерело: розроблено автором на основі [8;27]

Відповідно наведена інформація на рисунку 1.1, має весь арсенал інструментів управління доцільно систематизувати за трьома взаємопов'язаними групами, кожна з яких має свою специфіку застосування у медичній практиці.

Базисом профілактики конфліктів є структурно-організаційні методи, оскільки вони спрямовані на усунення глибинних причин організаційного безладу та невизначеності. Першочерговим інструментом тут є чітка регламентація функціоналу, адже лєвова частка суперечок у медичних колективах виникає саме через розмиті межі відповідальності або феномен «це не моя робота».

Впровадження деталізованих посадових інструкцій та стандартних операційних процедур для кожного клінічного маршруту дозволяє усунути підґрунтя для таких розбіжностей. Паралельно з цим важливою є побудова справедливої системи мотивації, де використання прозорих КРІ (ключових показників ефективності) мінімізує суб'єктивізм у розподілі премій і знижує рівень внутрішньої конкуренції [9, с.65]. Доповнюють цей блок координаційні механізми у вигляді регулярних оперативних нарад та «п'ятихвилинок», які допомагають синхронізувати дії різних підрозділів, наприклад, приймального відділення та лабораторії.

Наступну групу становлять комунікативні методи, роль яких є критичною, з огляду на те, що ціна викривлення інформації в медицині може бути надвисокою. Сучасний менеджмент пропонує стандартизувати спілкування шляхом впровадження міжнародного протоколу SBAR (Situation - Background - Assessment - Recommendation). Його використання чітко структурує діалог між лікарем і медсестрою, прибираючи зайвий емоційний компонент і мінімізуючи ризик непорозумінь [28]. Окрім того, дієвим інструментом є налагодження системи зворотного зв'язку через канали комунікації «знизу вгору», такі як анонімні опитування чи скриньки довіри, що дозволяє адміністрації виявляти приховану напругу на ранніх етапах.

Коли суперечка все ж переходить у площину особистих стосунків і адміністративні важелі стають недостатньо ефективними, застосовуються соціально-психологічні та міжособистісні методи. Класичним підходом у цьому контексті є проведення переговорів для пошуку компромісу та взаємних поступок сторін задля відновлення робочого процесу [27]. Більш інноваційним методом для вітчизняної медицини є медіація, яка передбачає залучення нейтрального посередника. На відміну від традиційних адміністративних заходів («на килимі у головного лікаря»), медіація гарантує конфіденційність і психологічну безпеку учасників, дозволяючи зберегти їхню професійну репутацію. Кінцевою ж метою соціально-психологічного впливу є розвиток емоційного інтелекту (EQ) персоналу, що дозволяє медикам самотійно

опановувати навички емпатії та саморегуляції в напружених клінічних ситуаціях [30].

Варто відзначити, що поширеною проблемою в управлінській практиці вітчизняних медичних закладів залишається схильність керівництва до авторитарного стилю - спроб вирішувати конфліктні ситуації виключно директивними методами (наказами або доганами). Проте складну психологічну проблему неможливо усунути лише адміністративним тиском. Ігнорування відкритого діалогу неминуче призводить до латентного (прихованого) спротиву працівників, «тихого саботажу» та прискореного вигорання. Тому ефективний сучасний керівник має не лише контролювати дотримання протоколів, а й володіти навичками активного слухання та емоційного лідерства.

Сьогодні культура управління медичними кадрами поступово відходить від застарілих стереотипів, коли вигорання вважалося виключно наслідком невміння працівника розподіляти свої сили. Профілактика стресу перестала бути особистою справою лікаря і міцно закріпилася в зоні відповідальності керівництва клініки. Це цілком логічний крок, адже саме адміністрація зацікавлена у стабільності робочого процесу. Хронічна втома персоналу безпосередньо конвертується у зниження концентрації уваги та зростання кількості медичних помилок, що неминуче завдає удару як по фінансових показниках, так і по загальному іміджу установи [31].

Дослідження успішних світових кейсів і, насамперед, досвіду функціонування медичних закладів США та Європи демонструє дієву модель подолання цієї проблеми. Вона базується на грамотному розподілі зусиль і дозволяє виокремити два ключові рівні управління стресом. З одного боку, реалізується організаційний рівень, де ініціатором захисту виступає сама лікарня, створюючи сприятливе робоче середовище. З іншого боку, діє індивідуальний рівень, який включає персональну відповідальність фахівця за збереження свого ментального ресурсу та застосування технік відновлення [31].

У сучасній управлінській практиці особливе значення мають організаційні методи, спрямовані на створення здорового робочого середовища. Хоча керівник не може безпосередньо змусити працівника уникати хвилювань, він цілком здатний

мінімізувати зовнішні фактори, що провокують емоційні зриви. Одним із найдієвіших інструментів у цьому напрямі є впровадження раціонального графіка та системи ротації. Оскільки найбільше персонал виснажує монотонність і дефіцит сну, практика періодичного переведення медичних сестер між «важкими» зонами (наприклад, реанімацією) та підрозділами планової терапії дає психіці необхідний перепочинок [32].

Окремим елементом організаційної культури є дебрифінг, який є своєрідним методом «швидкої допомоги» для медичної команди. Після критичних ситуацій, таких як смерть пацієнта або гострий конфлікт з агресивними родичами, завідувач відділення збирає персонал на коротку сесію тривалістю 10–15 хвилин. Основна мета такої зустрічі полягає не в пошуку винних, а в наданні людям можливості виговоритися, «випустити пар» та отримати професійну підтримку, щоб не переносити психологічний тягар у приватне життя. Доповнює цей комплекс захід із облаштування спеціалізованих зон відновлення. Йдеться про створення так званих «тихих кімнат», де лікар має можливість протягом 10 хвилин перебувати в ізоляції від телефонів і пацієнтів для швидкого відновлення ресурсу [25].

З позиції стратегічного менеджменту фінансові та просторові інвестиції закладу у створення таких зон чи організацію дебрифінгів не можна розглядати як зайві витрати. На практиці вони багаторазово окупаються завдяки зниженню кількості лікарняних листів, мінімізації ризику медичних помилок через втому та суттєвому зменшенню плинності висококваліфікованих кадрів.

Паралельно з організаційними заходами критично важливу роль відіграють психологічні методи, орієнтовані на безпосередню роботу з емоційним станом фахівців. Золотим стандартом у цьому секторі вважаються Балінтовські групи. Вони передбачають регулярні зустрічі медиків із психологом для обговорення не клінічних протоколів лікування, а внутрішніх почуттів лікаря щодо пацієнтів, таких як роздратування, жаль чи безсилля. Важливість цього інструменту полягає у тому, що фахівець усвідомлює непідробність своїх переживань, розуміє, що він не самотній у своїх емоціях, що нормалізує його психологічний стан та ефективно запобігає професійному вигоранню [28].

Для систематизації проаналізованих теоретичних підходів та формування цілісного бачення превентивних заходів, було розроблено комплексну матрицю інструментів профілактики професійного вигорання. Запропонована система дозволяє не лише згрупувати методи за ключовими рівнями втручання (організаційними, груповими та індивідуальними), а й чітко простежити механізм їхньої практичної дії та очікувані результати для медичного персоналу (див. таблицю 1.6).

Таблиця 1.6 - Система методів профілактики професійного вигорання в медичному закладі

Рівень втручання	Метод (Інструмент)	Як це працює на практиці	Очікуваний результат
Організаційні (Відповідальність керівника)	Дебрифінг (Розбір польотів)	Коротке обговорення емоцій команди одразу після критичного інциденту.	Зняття гострої напруги, профілактика посттравматичного розладу.
	Ергономіка праці	Забезпечення справним обладнанням, зручними меблями, доступ до питної води та їжі.	Зменшення фізичної втоми та роздратування через побутовий дискомфорт.
Груповий (Рівень відділення)	Балінтовські групи	Групові зустрічі для аналізу складних стосунків «лікар-пацієнт»	Розуміння своїх емоцій, зниження рівня цинізму та агресії до хворих.
	Наставництво	Прикріплення досвідченого колеги до молодого фахівця.	Зниження тривожності новачків, відчуття «безпечного плеча».
Індивідуальний (Рівень працівника)	Інформаційна гігієна	Свідоме обмеження читання негативних новин у робочий час.	Збереження емоційного ресурсу для роботи.
	Техніки саморегуляції	Дихальні вправи («квадратне дихання»), майндфулнес (усвідомленість).	Швидке відновлення рівноваги у стресовій ситуації.

Джерело: розроблено автором на основі [25;28]

Аналізуючи дані, наведені на таблиці 1.6, стає очевидним, що ефективна протидія професійному вигоранню неможлива без синергії дій на всіх ієрархічних щаблях. З таблиці видно, що відповідальність за психічне здоров'я персоналу не може покладатися виключно на самого працівника (на індивідуальний рівень). Навіть якщо лікар досконало володіє техніками саморегуляції, вони будуть

неефективними в умовах організаційного хаосу, відсутності нормального відпочинку чи токсичної атмосфери в колективі.

На нашу думку, слабкою ланкою в українських медичних закладах є саме організаційний рівень. Часто керівництво очікує від персоналу «стресостійкості» за замовчуванням, ігноруючи при цьому потребу в створенні елементарних умов для відновлення. Впровадження таких інструментів, як чітка ротація кадрів чи регулярні дебрифінги, є значно дієвішим методом профілактики, ніж просто заклики «триматися».

На основі проведеного аналізу дійшли висновку, що ключовим ресурсом будь-якого медичного закладу є не обладнання, а емоційно стабільний і мотивований персонал. Відповідно, управлінська діяльність завідувачів і головних лікарів має трансформуватися. Від моделі «пошуку винних» необхідно переходити до моделі «пошуку рішень», де кожен конфлікт розглядається як точка зростання, а профілактика стресу є такою ж обов'язковою процедурою, як і стерилізація інструментів.

Однак щоб наведені теоретичні інструменти та стратегії не залишалися лише формальністю на папері, їх необхідно адаптувати до реалій конкретного колективу. Оскільки кожна лікарня має свій унікальний мікроклімат, ефективні управлінські рішення повинні базуватися виключно на точній діагностиці поточного стану персоналу. Саме тому логічним етапом нашого дослідження, який буде розкрито у другому розділі роботи, є проведення емпіричного аналізу. Шляхом анонімного опитування медичних працівників ми перевіримо, які саме конфліктогени та фактори стресу домінують на їхніх робочих місцях. Такий практичний зріз дозволить нам не лише оцінити реальний рівень якості трудового життя персоналу, а й розробити прикладні рекомендації для керівництва щодо впровадження дієвих методів стабілізації мікроклімату в закладі.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ УПРАВЛІННЯ КОНФЛІКТАМИ ТА СТРЕСАМИ В ДІЯЛЬНОСТІ ПРАЦІВНИКІВ КИЇВСЬКОЇ МІСЬКОЇ КЛІНІЧНОЇ ЛІКАРНІ №1

2.1 Загальна характеристика діяльності та системи управління персоналом медичного закладу

Базою для проведення практичного дослідження в дипломній роботі обрано Комунальне некомерційне підприємство «Київська міська клінічна лікарня №1» виконавчого органу Київської міської ради. Вибір саме цієї установи зумовлений її статусом як одного з найпотужніших багатoproфільних медичних закладів лівобережжя столиці. Специфіка роботи масштабного підприємства, яка характеризується інтенсивністю праці та цілодобовим циклом надання екстреної медичної допомоги, об'єктивно формує високостресове середовище як для клінічного, так і для адміністративного персоналу.

Територіально та стратегічно Комунальне некомерційне підприємство «Київська міська клінічна лікарня №1» розташоване у Дарницькому районі міста Києва (вул. Харківське шосе, 121), забезпечуючи медичне обслуговування значного масиву населення. Свою фактичну історію заклад розпочав у 1951 році, еволюціонувавши з невеликої амбулаторії до клінічного комплексу із розгалуженою мережею стаціонарних та амбулаторних відділень [33]. У статусі самостійної юридичної особи підприємство зареєстровано у грудні 1998 року, а згодом, у процесі реалізації медичної реформи, набуло організаційно-правової форми комунального некомерційного підприємства. Поточне управління закладом здійснює директор Іванько Олександр Вікторович [33].

Сучасна медична діяльність КНП «КМКЛ №1» базується на функціонуванні потужного багатoproфільного комплексу спеціалізованих центрів, клінік та відділень. Для забезпечення комплексного підходу до лікування пацієнтів та

ефективної організації робочих процесів, клінічна структура закладу розподілена за профільними напрямками. Узагальнену схему розподілу медичних підрозділів лікарні наведено на рисунку 2.1.



Рисунок 2.1 - Схематичний розподіл клінічних та діагностичних підрозділів КНП «КМКЛ №1» за профілем діяльності

Джерело: розроблено автором на основі [33]

Аналізуючи дані рисунка 2.1, доцільно надати детальну характеристику функціонального призначення кожного з представлених блоків, що дозволить об'єктивно оцінити рівень навантаження на персонал та специфіку його щоденної діяльності.

Фундаментом операційної діяльності лікарні є відділення невідкладної (екстреної) медичної допомоги. Як стратегічний підрозділ першої лінії, воно здійснює цілодобовий прийом, медичне сортування (тріаж) та стабілізацію ургентних хворих. Робота в цьому секторі характеризується найвищим рівнем

непередбачуваності та вимагає від персоналу миттєвого прийняття рішень, що робить відділення одним із найбільш стресогенних центрів закладу.

Окреме місце в структурі займає хірургічний блок оперативного профілю. Його функціонування забезпечує потужне операційне відділення, яке виступає «серцем» хірургічної служби та потребує бездоганної координації дій хірургічних і анестезіологічних бригад. У межах цього блоку виділяються Центр хірургії та трансплантації органів черевної порожнини, де проводяться надскладні втручання, а також вузькоспеціалізовані центри хірургії голови та шиї, загальної хірургії та офтальмології. Сучасний вектор розвитку підрозділу представляють хірургічне відділення інноваційних технологій, що фокусується на малоінвазивних методах, та відділення рентгенендоваскулярної нейрохірургії, де виконуються високотехнологічні операції на судинах головного мозку. Також важливу роль відіграє травматологічне відділення, специфіка якого пов'язана з підвищеним фізичним навантаженням на персонал [34].

Не менш відповідальним є терапевтичний та кардіоневрологічний блок, ключовою ланкою якого є Серцево-судинний центр. Особливої уваги заслуговує наявність одразу двох інсультних відділень, що свідчить про колосальне навантаження на лікарню в напрямі лікування гострих порушень мозкового кровообігу. Пацієнти такого профілю зазвичай є важкими в курації та потребують інтенсивного сестринського догляду, що підвищує ризик емоційного вигорання серед осіб середнього та молодшого віку. Крім того, блок включає неврологічне та багатопрофільне терапевтичне відділення [35].

Ефективність лікувального процесу підтримується діагностичною службою, до якої належать відділення променевої діагностики та інтервенційної ангіології (КТ, МРТ, ангіографія), а також Центр лабораторних досліджень, що забезпечує швидку постановку діагнозів через повний спектр клінічних та імунологічних аналізів.

Особливістю КНП «КМКЛ №1» є потужний амбулаторно-поліклінічний та реабілітаційний напрям, який виходить за межі класичного стаціонару. До його складу входять територіально відокремлені підрозділи: Консультативно-

діагностичний центр на вул. Урлівській, Центр медичної реабілітації на вул. Рогозівській та інтегрований освітньо-лікувальний проєкт «Академія здоров'я людини» [36].

Варто наголосити, що така значна кількість вузькоспеціалізованих відділень і масштабність клінічної бази формують надзвичайно складну систему внутрішніх комунікацій. Ситуація додатково ускладнюється територіальною розрізненістю структури лікарні. Хоча фізичне розмежування центрів дозволяє ефективно розподіляти потоки хворих, водночас воно створює серйозні логістичні виклики. Щоденна необхідність координації дій та маршрутизації пацієнтів між різними локаціями в умовах дефіциту часу об'єктивно ускладнює оперативний менеджмент. Це створює стійкі передумови для виникнення комунікативних бар'єрів, операційних суперечок і міжособистісних конфліктів у колективі, що потребує впровадження чітких управлінських регламентів.

Сьогодні КНП «КМКЛ №1» функціонує як потужний інноваційний медичний простір, що об'єднує спеціалізовані клініки та центри. Матеріально-технічна база закладу включає універсальні операційні блоки, де активно застосовуються високотехнологічні малоінвазивні методи лікування. Зокрема, впроваджено технології телехірургії, лапароскопії, кріохірургії, радіохірургії та лазеротерапії, що дозволяють проводити оперативні втручання без широкого розтину тканин із застосуванням різноманітних хірургічних енергій. Завдяки інтеграції новітніх досягнень біології, техніки та телемедицини, лікарня здатна в цілодобовому режимі забезпечувати надання висококваліфікованої допомоги та реабілітації [30]. Підтвердженням високого рівня організації процесів є отримання закладом у вересні 2019 року сертифікатів відповідності системи управління якістю вимогам національного стандарту ДСТУ ISO 9001:2015, а також міжнародного стандарту ISO 9001:2015 [37].

З огляду на вузьку специфіку діяльності КНП «КМКЛ №1» та щоденне використання новітньої медичної апаратури вважаю за доцільне детальніше розкрити сутність інноваційних технологій, які застосовуються в закладі. Сучасна лікарня сьогодні - це вже не просто традиційні методи лікування, а

високотехнологічний центр. І розуміння цих специфічних термінів є вкрай важливим у контексті дослідження психологічного клімату.

Справа в тому, що за кожним надсучасним апаратом стоять живі люди. Робота з таким складним арсеналом вимагає від медичного персоналу колосальної самовіддачі: необхідності постійного та безперервного навчання, швидкого засвоєння нових протоколів і здатності миттєво реагувати на показники приладів. Кожна маніпуляція з інноваційним обладнанням вимагає від лікаря чи медичної сестри максимальної, буквально ювелірної точності та абсолютної концентрації уваги.

Медики чудово усвідомлюють, що ціна навіть найменшої технічної помилки чи секундної розгубленості - це життя та здоров'я пацієнта. Це розуміння підвищеної відповідальності створює постійний, невидимий, але дуже потужний психологічний тиск. Працівники змушені діяти в умовах високого когнітивного навантаження, що в сукупності з іншими проблемами виступає додатковим, надзвичайно вагомим фактором хронічного професійного стресу та швидкого емоційного вигорання колективу.

Щоб краще розуміти, з якими саме складними процедурами щодня працює персонал і що саме вимагає від нього такої напруги, детальну характеристику основних специфічних методів лікування наведено в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1 - Характеристика інноваційних та високотехнологічних методів лікування, що застосовуються в КНП «КМКЛ №1»

Назва методу (технології)	Сутність та специфіка застосування у медичній практиці
1	2
Малоінвазивні методи лікування	хірургічні втручання, які проводяться без широкого розтину тканин, через точкові проколи або природні фізіологічні отвори. Це дозволяє мінімізувати крововтрату, зменшити травматизацію пацієнта та значно скоротити період його післяопераційної реабілітації.
Лапароскопія	найпоширеніший вид малоінвазивної хірургії, при якому операції на органах черевної порожнини або таза виконуються через невеликі розрізи (зазвичай 0,5–1,5 см) за допомогою спеціальної відеокамери (лапароскопа) та мікроінструментів.

Продовження таблиці 2.1

1	2
Телехірургія	передовий напрям медицини, що поєднує можливості робототехніки та телекомунікацій. Це дозволяє висококваліфікованому хірургу дистанційно (за допомогою пульта управління та моніторів) керувати роботизованою системою, яка безпосередньо виконує операцію на пацієнті.
Кріохірургія	метод локального руйнування уражених або патологічних тканин (наприклад, пухлин) за допомогою екстремально низьких температур, найчастіше з використанням рідкого азоту.
Радіохірургія	неінвазивна медична процедура, яка полягає у використанні високодозованого та максимально сфокусованого пучка іонізуючого випромінювання (наприклад, система «Кіберніж») для знищення новоутворень без жодного фізичного розрізу скальпелем.
Лазерохірургія	застосування сфокусованих світлових променів (лазера) високої інтенсивності для розсічення тканин, зупинки кровотеч (коагуляції) або видалення патологічних ділянок із максимальною ювелірною точністю.

Джерело: розроблено автором на основі [34;38;39;40;41]

Наведений у таблиці 2.1 перелік інноваційних медичних технологій свідчить про те, що персонал КНП «КМКЛ №1» щоденно працює в умовах підвищеної інтелектуальної та технологічної напруги. Таке навантаження об'єктивно потребує створення ефективної системи психологічної підтримки та грамотного управління стресами з боку керівництва.

Забезпечення безперебійного виконання цих складних медичних завдань вимагає відповідної організаційної бази. Згідно з Єдиним державним реєстром, основним видом економічної діяльності (КВЕД 86.10) підприємства є «Діяльність лікарняних закладів». Для надання повного спектра послуг Комунальне некомерційне підприємство «Київська міська клінічна лікарня №1» використовує багаторівневу лінійно-функціональну структуру управління [33].

Водночас ключовою ланкою цієї управлінської структури є кадровий потенціал, адже саме персонал є головним ресурсом і суб'єктом соціально-трудових відносин у закладі. Повноцінне цілодобове функціонування лікарні неможливе без потужного штату працівників.

З огляду на це, для детального розуміння розподілу функціонального навантаження було проаналізовано динаміку структури персоналу за категоріями протягом 2022-2026 років.

Покрокове зростання та перерозподіл кадрів наочно проілюстровано на рисунку 2.2.

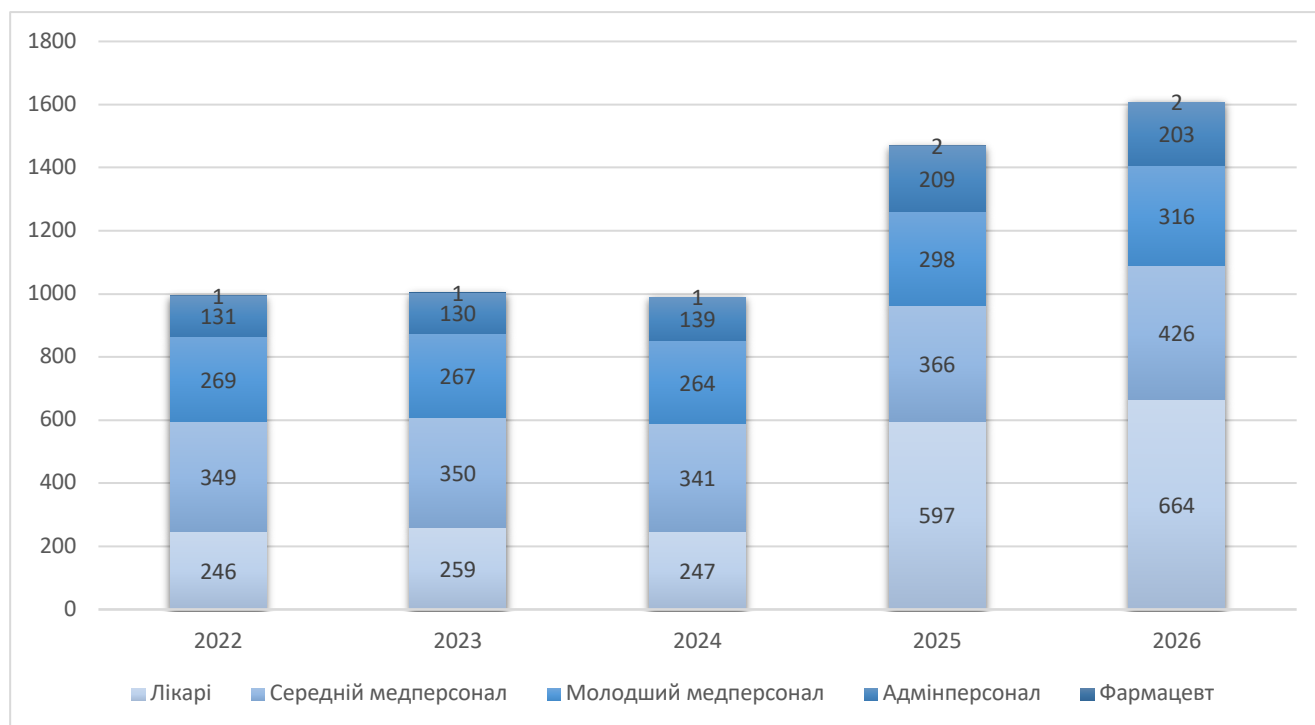


Рисунок 2.2 – Динаміка та структура кадрового складу КНП «КМКЛ №1» за 2022 – 2026 рік

Джерело: розроблено автором на основі [42;43;44;45]

Аналіз даних рисунка 2.2 свідчить, що за п'ять років чисельність персоналу установи зросла майже на дві третини. Водночас відбулася трансформація самої кадрової моделі, що проявилось в переході від підтримуючої структури до переважно лікарської.

Загалом, представлену динаміку можна розподілити на два етапи. Період з 2022 по 2024 рік характеризується відносною стабільністю показників, тоді як показники 2025–2026 років ілюструють різке зростання кількості співробітників. З одного боку, такий приріст має позитивний ефект, оскільки лікарня мінімізує кадровий дефіцит і підсилює загальний потенціал. З іншого боку, масштабне вливання нових фахівців суттєво впливає на внутрішній мікроклімат. Етап адаптації та перерозподілу професійних обов'язків неминуче супроводжується підвищеним психоемоційним напруженням, що стає ключовим чинником, який необхідно враховувати для профілактики вигорання колективу.

Зважаючи на специфіку медичної сфери, об'єктивним індикатором реального соціально-психологічного клімату в умовах такого розширення є рух кадрів. Аналіз інтенсивності звільнень дозволяє вчасно виявити приховану напругу безпосередньо на робочих місцях. Для оцінки цих процесів показники плинності персоналу в КНП «КМКЛ №1» за 2025 рік наведено на рисунку 2.3.

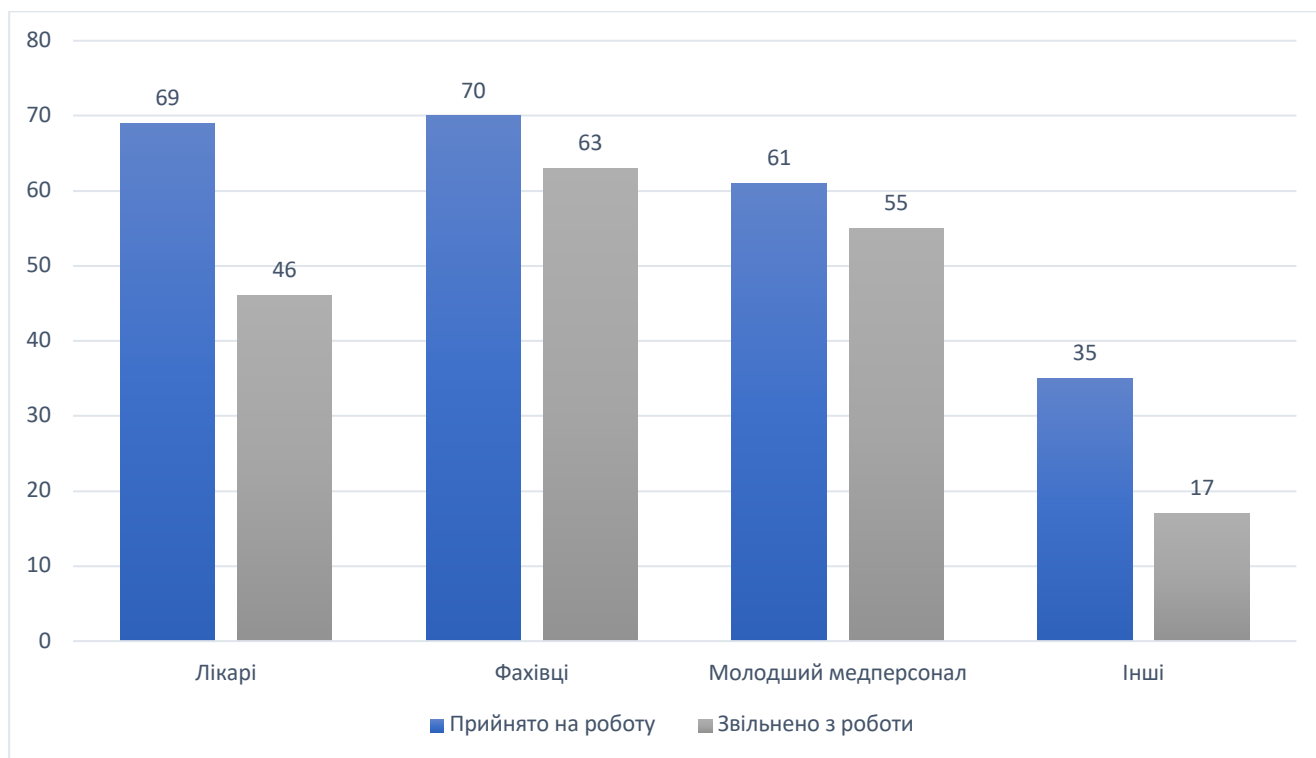


Рисунок 2.3 – Показники плинності кадрів КНП «КМКЛ» №1 за 2025 рік

Джерело: розроблено автором на основі [44]

Як бачимо з рисунка 2.3, динаміка руху персоналу свідчить про надзвичайно високу інтенсивність кадрових змін. З одного боку, загальний баланс залишається позитивним: прийнятих на роботу фахівців (235 осіб) виявилося більше, ніж звільнених. Тобто, лікарні вдається перекривати кадровий дефіцит і залучати нових спеціалістів. Проте з іншого боку, протягом 2025 року із закладу звільнився 181 працівник, а це понад 18% від усього штату. З позиції управління персоналом така масова ротація є яскравим маркером серйозних проблем у колективі. Як правило, за формальними заявами «за власним бажанням» криються наслідки хронічного вигорання, колосальні фізичні навантаження, втома від нічних чергувань або ж неможливість адаптуватися до конфліктного середовища [44].

Особливе занепокоєння викликає ситуація серед середнього та молодшого медичного персоналу: загалом з цієї ланки за рік пішло 118 осіб. Це прямий доказ того, що саме ці працівники несуть на собі найбільш критичний тягар щоденного стресу та найшвидше виснажуються, що змушує їх шукати інше місце роботи.

Щоб зрозуміти, де саме виникають ці «вузли напруги» і як вони пов'язані з умовами праці, нам недостатньо просто констатувати факт звільнень. Необхідно проаналізувати, як працівники взаємодіють між собою безпосередньо під час роботи. Для глибшого виявлення потенційних зон міжгрупових конфліктів доцільно розглянути функціональний розподіл служб лікарні. Увесь масив підрозділів КНП «КМКЛ №1» можна згрупувати у 5 ключових функціональних блоків, структуру яких наведено на рисунку 2.4.

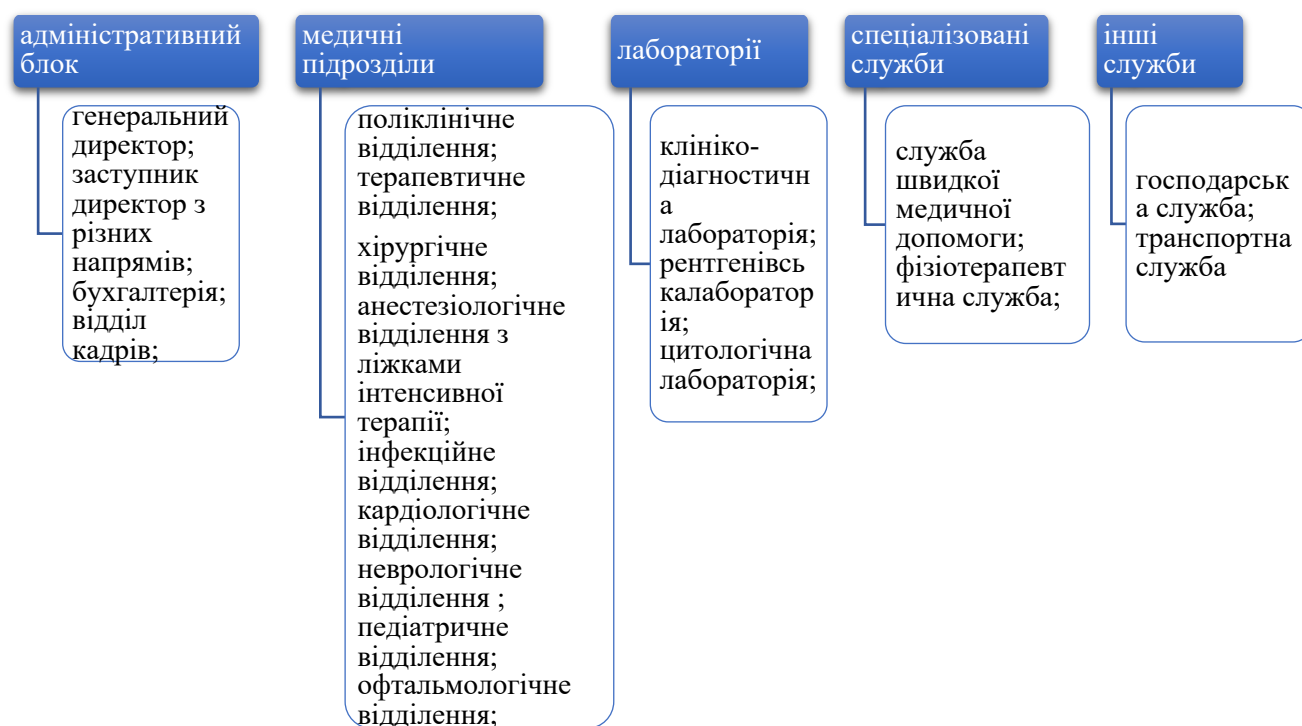


Рисунок 2.4 - Функціональна структура підрозділів та служб КНП «КМКЛ №1»

Джерело: розроблено автором на основі [46]

Аналізуючи дані рисунка 2.4, констатуючи, організаційна структура підприємства є надзвичайно багатокomпонентною та охоплює не лише медичні (клінічні) відділення, а й потужний лабораторний, спеціалізований і допоміжний (господарсько-транспортний) сектор. Така глибока диференціація служб вимагає

бездоганної координації дій керівництва та налагодженого внутрішнього комунікаційного процесу.

Практика управління показує, що будь-які збої у взаємодії між цими автономними блоками (наприклад, затримка в роботі транспортної чи господарської служби, несвоєчасна передача результатів з лабораторії до клінічного відділення або неузгодженість дій між поліклінікою та стаціонаром) здатні миттєво порушити лікувальний процес. Відповідно, саме на «стиках» взаємодії цих п'яти масивів найчастіше виникають організаційні непорозуміння. В умовах дефіциту часу та хронічної втоми працівників такі робочі ситуації мають високу тенденцію до ескалації, швидко переростаючи в міжособистісні та міжгрупові конфлікти і посилюючи загальне емоційне вигорання колективу [47].

Підсумовуючи, організаційна структура КНП «КМКЛ №1» свідчить про те, що за високим рівнем медичних технологій стоїть надзвичайно інтенсивна праця персоналу. Багатокомпонентність лікарні неминуче створює емоційне навантаження на колектив, що підтверджується динамікою плинності кадрів. Для об'єктивного розуміння цих процесів та розробки рішень для керівництва сухих статистичних даних недостатньо. Це зумовлює логічний перехід до наступного етапу - практичної діагностики соціально-психологічного клімату безпосередньо серед працівників закладу.

2.2 Діагностика рівня та причин конфліктів серед працівників

Зважаючи на масштаби та специфіку діяльності досліджуваного КНП «КМКЛ №1», об'єктивні організаційні передумови стресу, виділені у попередньому підрозділі, потребують детальної практичної верифікації. За результатами теоретичного аналізу підкреслюємо, що експерти з управління персоналом зазвичай виділяють три основні групи причин конфліктів у медичних закладах.

Перша група - це суто організаційні проблеми. Йдеться про розмиті посадові обов'язки, хронічну нестачу робочих рук або банальний брак елементарних матеріалів для роботи. Друга причина лежить у площині самого лікувального процесу. Це можуть бути гострі професійні дискусії щодо складного діагнозу, або ж небезпечні збої в комунікації (наприклад, втрата важливої інформації під час передачі зміни). Третя, і чи не найпоширеніша, причина - це глибока людська втома та психологічне вигорання. Медикам доводиться щодня працювати в епіцентрі чужого болю, витримуючи напружене спілкування зі складними та стресовими пацієнтами [48].

Проте на практиці всі ці фактори майже ніколи не існують ізольовано. Найчастіше вони тісно переплітаються: звичайний організаційний недолік накладається на загальну втому працівника наприкінці важкої зміни й миттєво вибухає у відкритий емоційний конфлікт [47].

З метою переходу від суто теоретичних узагальнень до вивчення реальної соціально-психологічної ситуації безпосередньо в колективі КНП «КМКЛ №1» було організовано та проведено емпіричне соціологічне дослідження. Як базовий інструмент збору первинної інформації використано платформу Google Forms (додаток А), що дозволило оптимізувати процес анкетування з урахуванням інтенсивного робочого графіка медиків. Загальний обсяг вибіркової сукупності склав 42 респонденти. Попри відносно невелику кількість учасників, поточне опитування слугує важливим стартовим етапом. Воно дозволило оцінити загальні настрої та зафіксувати перші ключові тенденції в колективі. Надалі, в перспективі при підготовці в магістерській роботі нами запропоновано суттєво розширити дослідження із залученням значно більшого масиву даних.

Варто окремо наголосити на методологічних умовах проведення анкетування. Оскільки проблематика міжособистісних конфліктів, емоційного виснаження та професійного вигорання належить до категорії високочутливих, фундаментальним принципом опитування стала гарантія абсолютної анонімності. Практика подібних досліджень свідчить, що під час опитувань на робочому місці персонал часто схильний давати соціально очікувані відповіді через побоювання

можливої реакції керівництва. Забезпечення повного психологічного комфорту та конфіденційності дозволило нівелювати цей фактор. Завдяки такому підходу вдалося уникнути формальних відписок і отримати максимально відверту інформацію про реальні тригери, що провокують напругу серед співробітників.

Аналіз результатів дослідження доцільно розпочати з оцінювання структурного розподілу опитаних працівників за їхніми посадами, який наочно проілюстровано на рисунку 2.5.



Рисунок 2.5 - Категорії працівників, які взяли участь у дослідженні

Джерело: розроблено автором на основі результатів власного дослідження

Як бачимо на рисунку 2.5, більшість опитаних - це лікарі (59,5%). Це закономірно, адже саме вони щодня ухвалюють складні рішення щодо лікування. Через високу особисту відповідальність рівень психологічного навантаження у них є найбільшим.

Майже третину респондентів (31%) становить середній медичний персонал: медсестри, акушерки та фельдшери. Вони постійно контактують із хворими, супроводжують процес лікування і першими вислуховують скарги чи тривоги пацієнтів та їхніх родичів. Тому ця група працівників часто стикається з емоційним вигоранням та стресом у спілкуванні.

Також в опитуванні взяв участь молодший медичний персонал (9,5%). Їхня робота вимагає значних фізичних зусиль для забезпечення функціонування відділень. Постійна фонова втома цих працівників також нерідко стає прихованою причиною роздратування та конфліктів.

Для об'єктивності дослідження важлива не лише посада, а й досвід роботи в колективі. Нові працівники ще проходять адаптацію і можуть не помічати всіх проблем або уникати розмов про них. Натомість фахівці, які працюють у лікарні багато років, добре знають реальну ситуацію, особливості спілкування в команді та справжні причини суперечок. Розподіл опитаних за стажом роботи наведено на рисунку 2.6.

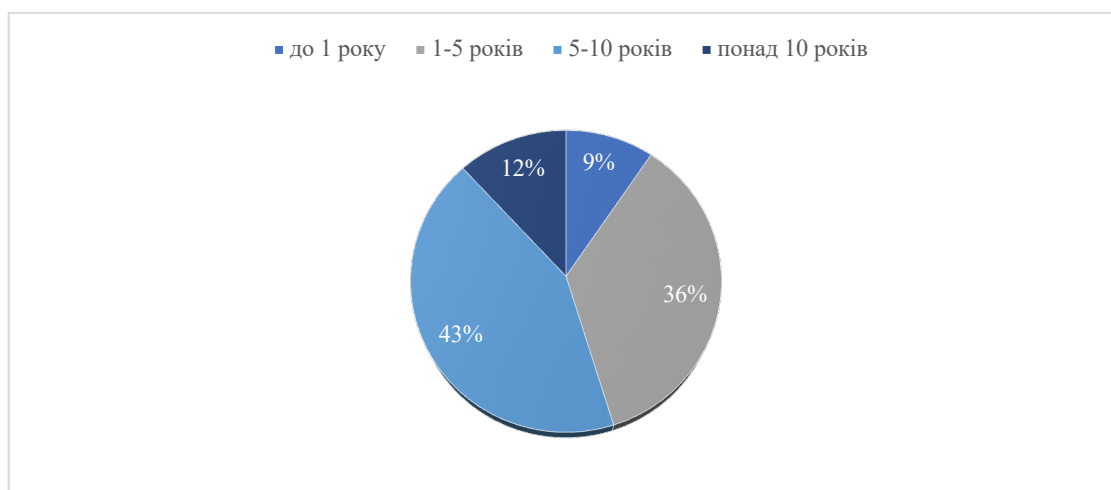


Рисунок 2.6 - Стаж роботи опитаних у КНП «КМКЛ №1»

Джерело: розроблено автором на основі результатів власного дослідження

Як бачимо з даних на рис. 2.6, в опитуванні взяв участь переважно досвідчена частина колективу. Майже половина респондентів (42,9%) працює у цьому закладі від 5 до 10 років, ще 35,7% - від 1 до 5 років, а 11,9% віддали цій лікарні понад 10 років свого професійного життя. Частка новеньких працівників становить лише 9,5%. Такий розподіл є надзвичайно цінним для дослідження. Це означає, що отримані результати ілюструють не якісь поверхневі враження чи тимчасові труднощі адаптації новачків, а глибокі, реальні системні проблеми лікарні. Ці люди знають усі внутрішні процеси завдяки власному багаторічному досвіду.

Щоб з'ясувати причини конфліктів у відділеннях, аналіз було розпочато з базового питання: чи чітко працівники розуміють свої обов'язки. Організувати злагоджену командну роботу практично неможливо, якщо в колективі немає чіткого розподілу відповідальності. У лікарні, де кожна хвилина має значення, а загальний рівень стресу досить високий, будь-яка розмитість завдань швидко

викликає роздратування. Зокрема, коли медикам доводиться виконувати чужу роботу або просто на ходу з'ясовувати, хто саме має заповнити документацію чи перевезти пацієнта, це майже завжди призводить до суперечок.

З огляду на це, важливо було перевірити, чи дійсно посадові інструкції допомагають організувати робочий процес, чи залишаються звичайною формальністю на папері. Результати опитування персоналу щодо чіткості їхніх робочих обов'язків наочно відображено на рисунку 2.7.

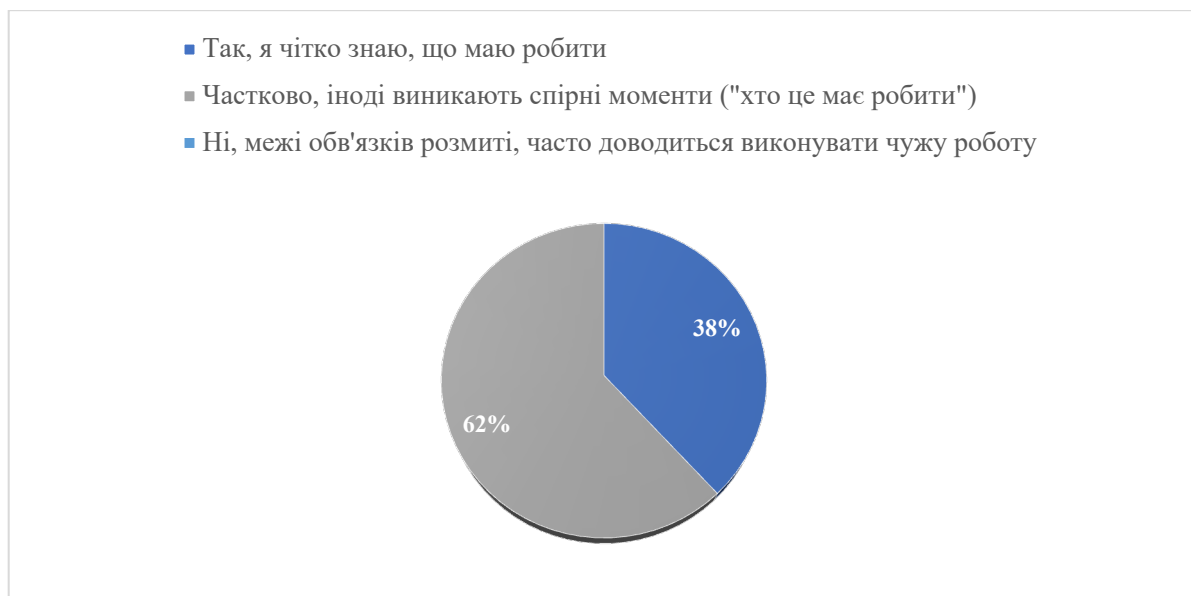


Рисунок 2.7 - Оцінка чіткості визначення посадових обов'язків

Джерело: розроблено автором на основі результатів власного дослідження

Як свідчать дані, наведені на рисунку 2.7, ситуація щодо чіткості розподілу функціоналу в колективі є доволі тривожною. Лише 38,1% респондентів ствердно відповіли, що їхні посадові обов'язки чітко регламентовані і вони точно знають межі своєї відповідальності. Натомість абсолютна більшість опитаних (61,9%) вказала на розмитість робочих завдань і регулярну необхідність виконувати невласливу їм або «чужу» роботу.

З управлінської точки зору такий дисбаланс має цілком об'єктивне пояснення, що коріниться в сучасних українських реаліях. На цю ситуацію колосальний вплив має повномасштабна війна, яка спричинила значний відтік медичних кадрів. В умовах гострого кадрового дефіциту керівництво закладів охорони здоров'я змушене вдаватися до екстреної оптимізації процесів, перекладаючи додаткове навантаження на тих фахівців, які залишилися на робочих

місцях. Відповідно, працівникам доводиться постійно закривати прогалини в штатному розписі, суміщати посади та брати на себе нетипові функції. Варто наголосити, що, згідно з теорією конфлікт-менеджменту, саме розмитість меж відповідальності (феномен «це не моя робота») є одним із найпотужніших організаційних тригерів, який породжує щоденні міжособистісні суперечки.

Теза про те, що колектив досліджуваної лікарні дійсно гостро відчуває фізичну нестачу робочих рук як першопричину такого сумісництва, має пряме статистичне підтвердження у відповідях на наступне запитання анкети, результати якого візуалізовано на рисунку 2.8.

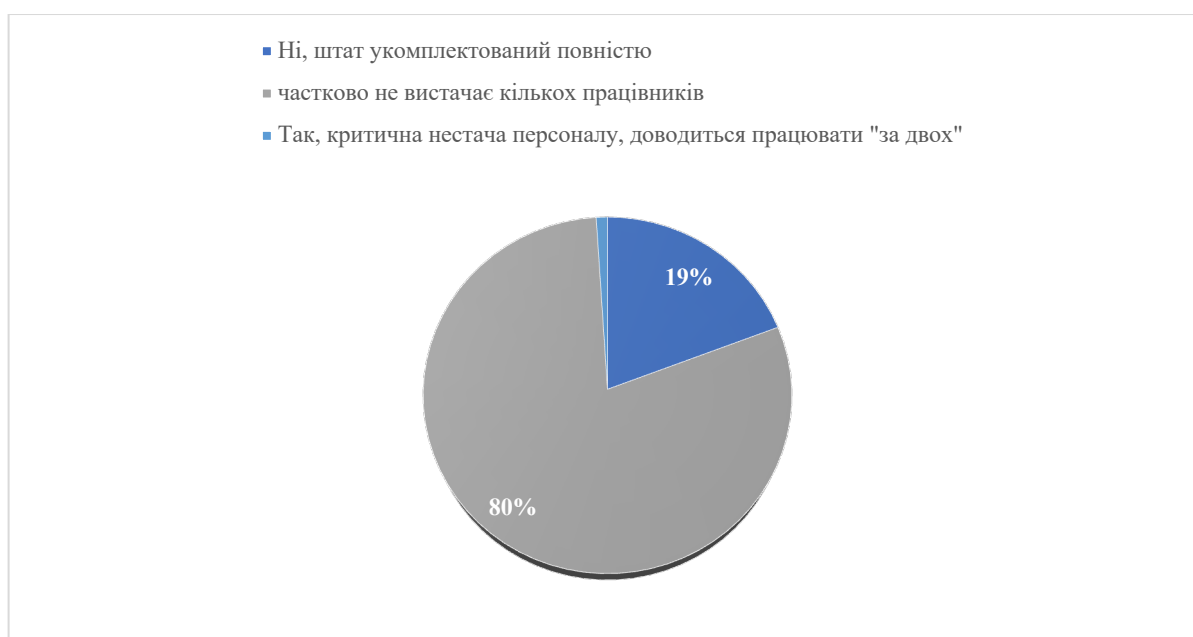


Рисунок 2.8 - Стан укомплектованості штату за оцінками персоналу лікарні

Джерело: розроблено автором на основі результатів власного дослідження

Як наочно демонструють дані з рисунка 2.8, колектив лікарні стикається з певною кадровою проблемою. Абсолютна більшість опитаних (78,6%) зазначила, що в їхніх відділеннях частково не вистачає кількох працівників. У медичній сфері такий дефіцит є особливо відчутним, оскільки посади не є взаємозамінними (лікар не може виконувати специфічну роботу медичної сестри, і навпаки). Тому відсутність навіть кількох фахівців означає, що їхнім колегам тієї ж спеціальності доводиться брати додаткові чергування, обслуговувати більшу кількість пацієнтів і працювати інтенсивніше.

Водночас 19% респондентів відповіли, що їхній штат укомплектований повністю. Проте для переважної більшості колективу, яка стикається з нестачею кадрів, ситуація залишається напруженою. Навіть частковий дефіцит спеціалістів чи середнього медичного персоналу суттєво збільшує фізичне та емоційне навантаження на працюючих медиків, що закономірно призводить до накопичення втоми й створює додатковий ґрунт для стресу.

Праця медичного персоналу в умовах часткового кадрового дефіциту та підвищеного навантаження призводить до накопичення втоми. Це закономірно позначається на емоційному стані всього колективу. На тлі фізичного та психологічного виснаження навіть незначне робоче непорозуміння здатне швидко перерости у відкритий конфлікт. Щоб зрозуміти масштаби цієї проблеми, наступним етапом аналізу стало визначення того, наскільки часто внутрішня напруга виливається у реальні суперечки безпосередньо на робочих місцях. Відповіді працівників щодо періодичності таких ситуацій можна побачити на рис. 2.9.

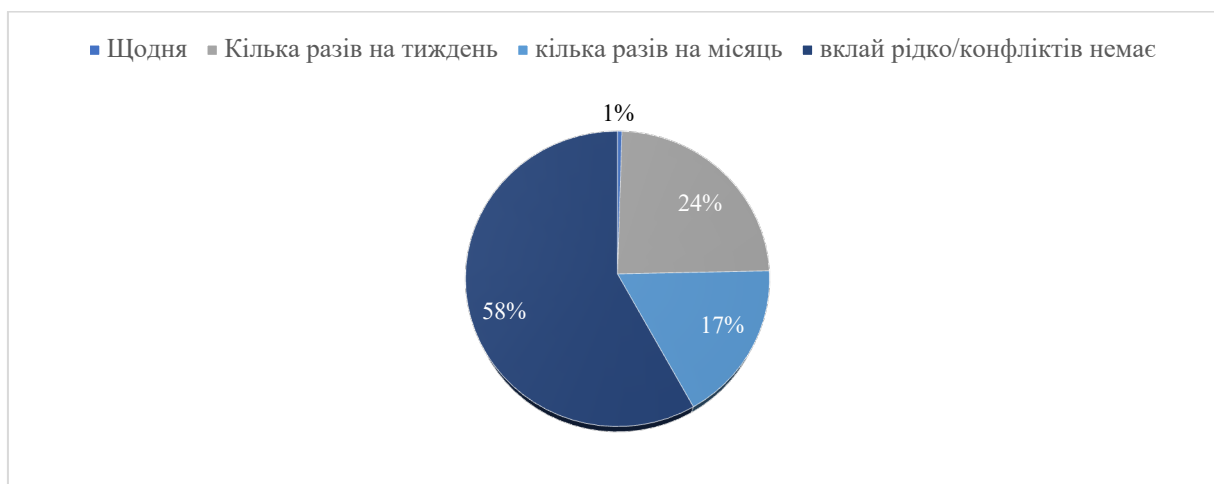


Рисунок 2.9 - Частота виникнення конфліктних ситуацій у підрозділах лікарні

Джерело: розроблено автором на основі результатів власного дослідження

Як наочно демонструють результати опитування, відображені на рисунку 2.9, поточна ситуація з мікрокліматом у відділеннях є досить тривожною і потребує пильної уваги менеджменту. Рівно половина респондентів (50 %) відверто зізналася, що конфліктні ситуації різного ступеня гостроти виникають у їхньому

робочому оточенні регулярно - щонайменше кілька разів на тиждень. Ще понад третина опитаних фахівців (35,7 %) зазначила, що стикається із суперечками кілька разів на місяць. Сумарно ці два показники формують вкрай критичну картину: для абсолютної більшості медичних працівників (майже 86 % колективу) виконання своїх професійних обов'язків в умовах безперервного психологічного тиску та емоційної напруженості перестало бути винятком, перетворившись на сумну норму та звичну, буденну справу.

При цьому важливо розуміти, що в цю статистику входять не лише внутрішні розбіжності між самими працівниками. Специфіка лікарні така, що сюди ж відносяться і сварки з пацієнтами та їхніми родичами, які часто перебувають у стані стресу, болю чи паніки.

Лише 11,9% опитаних працюють у спокійній атмосфері, що свідчить про те, що конфлікти в лікарні перетворилися на регулярне системне явище. Учасників цих суперечок та їх розподіл проілюстровано на рисунку 2.10.

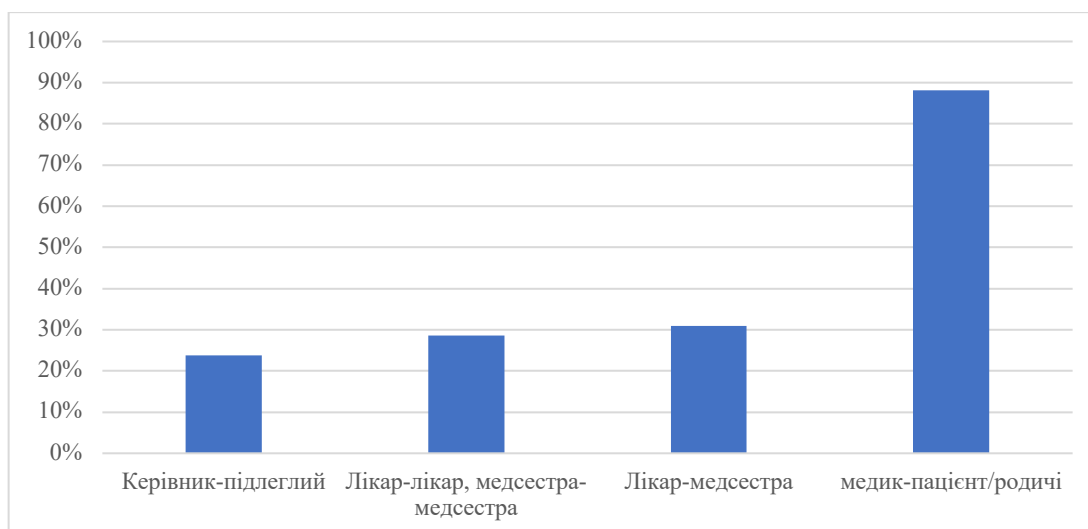


Рисунок 2.10 - Основні учасники конфліктних ситуацій у лікарні за оцінками персоналу

Джерело: розроблено автором на основі результатів власного дослідження

Як наочно демонструють результати на рис. 2.10, абсолютним «лідером» серед усіх конфліктних ситуацій є взаємодія за лінією «Медик - Пацієнт / Родичі». На цей варіант вказала переважна більшість опитаних - 88,1%. Це цілком очікувано і має чітке психологічне пояснення. Люди, які потрапляють до лікарні, та їхні рідні найчастіше перебувають у стані сильного стресу, страху за життя чи здоров'я

близької людини, а іноді й просто відчують гострий фізичний біль. У такому вразливому емоційному стані будь-яка дрібниця може спровокувати вибух гніву чи паніки, який вони виливають саме на тих, хто поруч - на лікарів та медичних сестер.

Проте, аналізуючи цю діаграму, я звернула увагу не лише на зовнішні сварки з пацієнтами. Вкрай тривожним є рівень внутрішніх конфліктів безпосередньо в межах медичного колективу. Як бачимо, майже третина працівників (31%) регулярно спостерігає за суперечками між лікарями та медичними сестрами або бере в них участь. Ще 28,6% опитаних відзначили горизонтальні конфлікти між колегами одного рівня (наприклад, між двома лікарями або двома медсестрами).

Крім того, варто звернути увагу на те, що 23,8% респондентів прямо вказали на наявність протистоянь між керівництвом і підлеглими. Це переконливо свідчить про те, що медичний колектив виснажений не лише емоційним навантаженням від роботи зі складними пацієнтами, а й недоліками внутрішніх робочих процесів та організаційною напругою. І якщо конфлікти з родичами хворих часто сприймаються як, на жаль, невід'ємна частина специфіки медичної сфери, то регулярні суперечки між самими колегами або з адміністрацією є вкрай небезпечним сигналом. Такі внутрішні розбіжності поступово руйнують атмосферу довіри, взаєморозуміння та командну роботу. А саме бездоганна злагодженість дій персоналу в екстрених та стресових ситуаціях є критично важливою умовою для оперативного прийняття рішень та порятунку життів.

Визначивши основних суб'єктів конфліктної взаємодії, наступним етапом аналізу стало з'ясування першопричин виникнення суперечок. У суспільстві побутує стереотипна думка, що головними каталізаторами невдоволення медичного персоналу є переважно фінансові чинники (низький рівень оплати праці, відсутність преміювання) або суто суб'єктивні фактори, такі як особиста неприязнь чи несумісність характерів співробітників.

З метою верифікації цих припущень та виявлення об'єктивних детермінант конфліктогенезу, респондентам було запропоновано визначити провідні причини напружених ситуацій, спираючись виключно на їхній практичний досвід роботи у

відділеннях. Структурний розподіл відповідей щодо ключових факторів, що провокують конфлікти в колективі, наочно відображено на рисунку 2.11.

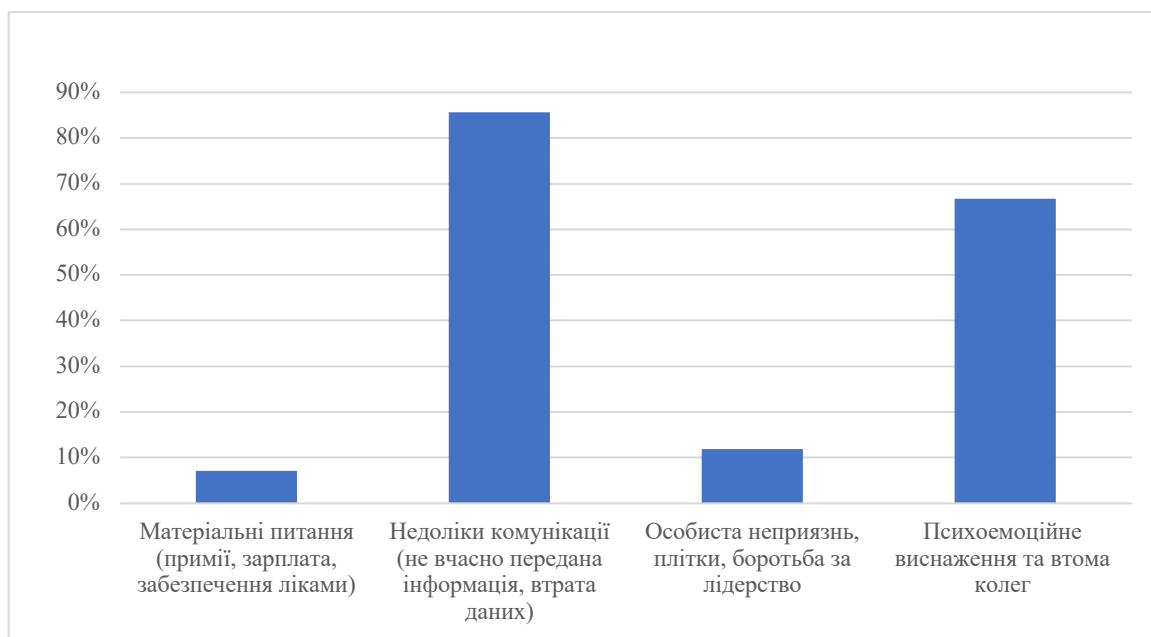


Рисунок 2.11 - Основні причини виникнення конфліктів за оцінками медичного персоналу

Джерело: розроблено автором на основі результатів власного дослідження

Як бачимо з рисунка 2.11, реальні причини суперечок суттєво відрізняються від поширених стереотипів. Головним фактором конфліктів стали недоліки комунікації - на це вказали 85,7% опитаних. На практиці це переважно невчасна передача інформації під час перезмінки, втрата результатів обстежень або неузгодженість дій між відділеннями. На другому місці опинилися психоемоційне виснаження та загальна втома персоналу (66,7%). Через інтенсивний графік медици часто працюють на межі можливостей, і на тлі виснаження навіть дрібне непорозуміння швидко переростає у відкриту суперечку.

Разом з тим, суб'єктивні фактори - особиста неприязнь, плітки чи боротьба за лідерство - викликають напругу лише у 11,9% працівників. А матеріальні питання (розмір зарплати чи премій) опинилися на останньому місці, набравши лише 7,1%. Ці цифри переконливо доводять високий рівень професіоналізму колективу: конфлікти мають переважно робочий характер і виникають саме через організаційні перешкоди, що заважають якісно надавати медичну допомогу.

Оскільки повністю уникнути стресових ситуацій у такому середовищі неможливо, критично важливим стає те, як саме колектив їх долає. Щоб зрозуміти, чи вміють працівники конструктивно виходити з конфлікту (шукати спільну мову, замовчувати проблему чи йти на відкрите протистояння), респондентам запропонували визначити переважаючий стиль вирішення суперечок у своїх відділеннях. Отримані результати наведено на рисунку 2.12.

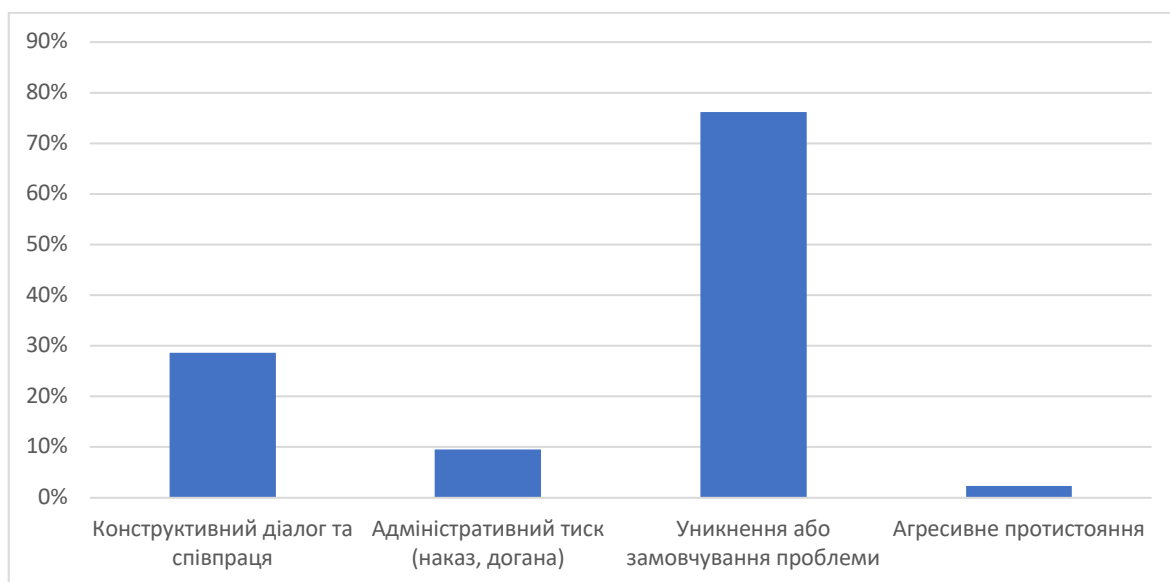


Рисунок 2.12 - Стилі вирішення конфліктів у колективі лікарні

Джерело: розроблено автором на основі результатів власного дослідження

Аналіз даних, представлених на рисунку 2.12, демонструє показову й цілком закономірну тенденцію. Переважна більшість респондентів (76,2%) зазначила, що у їхніх відділеннях конфліктні ситуації найчастіше замовчуються або ігноруються. Така реакція є обґрунтованою: в умовах постійного стресу та значного фізичного навантаження медичний персонал часто не має психологічного ресурсу для відкритого з'ясування стосунків. Уникнення гострих кутів здається найпростішим виходом, проте такий стиль поведінки приховує серйозну небезпеку. Невирішені суперечності нікуди не зникають, а поступово акумулюються, формуючи стійку приховану напругу в колективі.

Попри це, позитивним показником є те, що майже третина опитаних (28,6%) навіть у таких складних обставинах обирає шлях конструктивного діалогу та намагається знаходити компроміси.

Окремої уваги потребують найнижчі показники графіка. Відкрите агресивне протистояння (лише 2,4%) та жорсткий адміністративний тиск (9,5%) виступають радше винятком, аніж правилом. Ці дані вкотре підтверджують попередню тезу: у колективі немає ворожості. Медичні працівники просто виснажені. Вони прагнуть стабільного робочого процесу, тому замість відкритих конфронтацій надають перевагу тихому замовчуванню проблем.

Підсумовуючи результати дослідження, можна зробити висновок, що базовою причиною напруги у КНП «КМКЛ №1» є не міжособистісна неприязнь чи фінансове невдоволення, а глибоке психоемоційне виснаження. Наслідком розмитих посадових інструкцій є систематичне перевантаження персоналу. Саме хронічна втома у поєднанні з організаційними збоями виступає ключовим каталізатором суперечок - як із пацієнтами, так і всередині медичної команди (найчастіше між лікарями та середнім медичним персоналом). Через брак внутрішнього ресурсу для розв'язання проблем більшість співробітників обирає тактику їх уникання. Результати проведеного досліджень переконливо доводять, що колектив не схильний до ворожнечі, а навпаки - гостро потребує оптимізації організації праці та дієвих механізмів для зниження рівня стресу.

2.3 Оцінювання впливу факторів стресу на ефективність роботи персоналу

Професія медичного працівника завжди вважалася однією з найбільш напружених. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначає емоційне вигорання як результат тривалого робочого стресу, з яким людині не вдалося впоратися. Зазвичай цей стан проявляється у глибокій втомлюваності, байдужості до роботи та зниженні ефективності.

Сьогодні ж в Україні ситуація стала ще складнішою. До звичних медичних навантажень - нічних чергувань, високої відповідальності та браку кадрів -

додалися реалії війни. Фахівці зазначають, що вітчизняні медики виснажуються набагато швидше: у них з'являється постійна тривога, порушується сон, а хронічна втома не зникає навіть після вихідних. Усе це об'єктивно підвищує ризик лікарських помилок [45].

Закономірно виникає питання про межі витривалості медиків в екстремальних умовах. За загальними цифрами стоїть реальний персонал КНП «КМКЛ №1», який працює на тлі виснаження та воєнних загроз. Тому наступним етапом дослідження стала діагностика впливу цих кризових явищ на колектив. Її мета - об'єктивно визначити ключові стресори та оцінити їхній деструктивний вплив на якість медичної допомоги й безпеку пацієнтів.

Для досягнення поставленої мети респондентам було запропоновано відверто оцінити власний поточний рівень професійного стресу за 10-бальною шкалою (де 1 - стан повного спокою, а 10 - критичне психоемоційне напруження). Отримані результати розподілу відповідей наведено на рисунку 2.13.

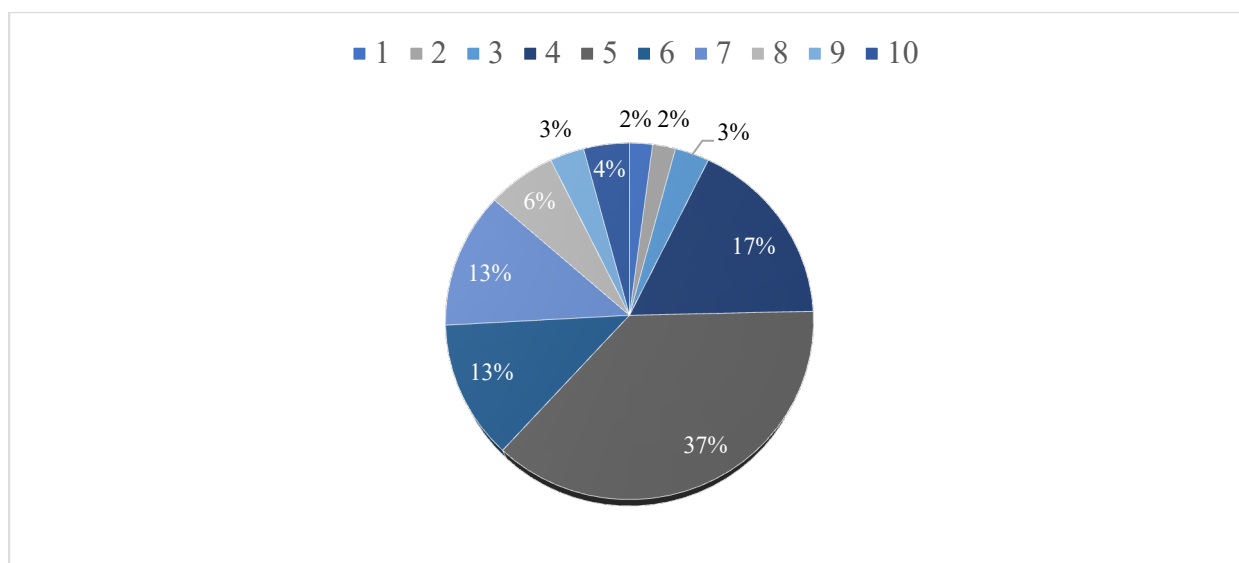


Рисунок 2.13 - Оцінка рівня поточного стресу працівників лікарні

Джерело: розроблено автором на основі результатів власного дослідження

Як бачимо з рис.2.13, аналіз результатів оцінювання виявив критично низьку частку персоналу, який перебуває у стані психологічного комфорту. Лише 4,8% респондентів змогли оцінити свій поточний рівень стресу мінімальним балом. Натомість найчисельніша група опитаних (35,7%) визначила власне емоційне напруження на рівні 5 балів. Цей показник фіксує стан стійкого фонового стресу:

працівники зберігають працездатність та операційну ефективність, проте залишаються в постійній напрузі й позбавлені можливості психологічно відновитися під час зміни.

Тривожним визначаємо те, що майже 30% колективу (6-8 балів) працюють в умовах стабільно високого навантаження. Для значної частини персоналу КНП «КМКЛ №1» стрес перетворився із ситуативної реакції на щоденний фон. Тривале виснаження неминуче веде до швидкого вичерпання внутрішніх ресурсів.

З огляду на глибоку хронізацію напруги в колективі, виникла об'єктивна необхідність детальніше дослідити її природу. Щоб з'ясувати, які саме обставини не дають медикам емоційно розслабитися та діють як основні каталізatori хвилювання, респондентам було запропоновано ідентифікувати ключові причини їхнього дискомфорту. Отримані результати щодо основних стресогенних факторів наведено на рисунку 2.14.



Рисунок 2.14 - Основні фактори, що викликають стрес у медичних працівників

Джерело: розроблено автором на основі результатів власного дослідження

Аналіз даних, наведених на рисунку 2.14, дозволяє чітко структурувати фактори емоційного напруження персоналу. Головним стресогеном, із показником 73,8%, закономірно виступають реалії воєнного стану. Йдеться не про абстрактну небезпеку, а про безперервний вплив об'єктивних руйнівних чинників: нічні повітряні тривоги, депривацію сну та хронічну тривогу за безпеку близьких. Ці екзогенні фактори формують важке емоційне тло ще до початку робочої зміни, суттєво знижуючи базовий рівень психологічної стійкості медиків в умовах

тотальної непередбачуваності. Очевидно, що нівелювати цей макрофактор на рівні окремої установи неможливо.

Другу позицію (64,3%) серед причин хвилювання займає страх припуститися лікарської помилки. Такий показник є переконливим свідченням глибокого усвідомлення персоналом рівня власної відповідальності. Ціна помилки в медичній практиці надзвичайно висока, і цей тягар створює безперервний психологічний тиск. Ситуація додатково ускладнюється тим, що 50% респондентів регулярно працюють із важкими хворими або психологічно травмованими особами. Взаємодія з пацієнтами, які відчують біль чи страх, вимагає максимальної емпатії та колосальної емоційної віддачі, внутрішні ресурси якої об'єктивно вичерпуються.

Проте значною проблемою є те, що високий рівень особистої відповідальності за хворих посилюється тиском з боку керівництва — цей фактор відзначили майже 60% опитаних. У результаті формується деструктивне замкнене коло: працівник, який і так відчуває страх помилки, замість професійної підтримки отримує додатковий адміністративний пресинг. Надмірний контроль у таких умовах діє не як стимул, а як множник загальної тривожності.

Водночас результати опитування спростовують поширений соціальний стереотип щодо ключової ролі матеріальних факторів. Низький рівень оплати праці турбує лише 31% колективу, а понаднормове навантаження - 16,7%. Ці цифри є індикатором того, що медичний персонал готовий працювати в інтенсивному режимі за наявних фінансових умов. Головною причиною емоційного вигорання є не графіки чи рівень доходу, а сукупна дія воєнних загроз, тягара відповідальності за життя людей та дефіциту підтримувального лідерства з боку менеджменту.

Зважаючи на виявлений рівень щоденного психоемоційного тиску, виникає закономірне питання щодо його наслідків для лікувального процесу. Специфіка медичного закладу не допускає зниження концентрації, оскільки від швидкості, зібраності та уважності персоналу залежить життя пацієнтів. З огляду на це, критично важливим етапом дослідження стала оцінка впливу акумульованого особистого стресу на безпосередню ефективність виконання професійних

обов'язків. Розподіл відповідей респондентів щодо того, як саме постійне напруження позначається на їхній працездатності, проілюстровано на рисунку 2.15.

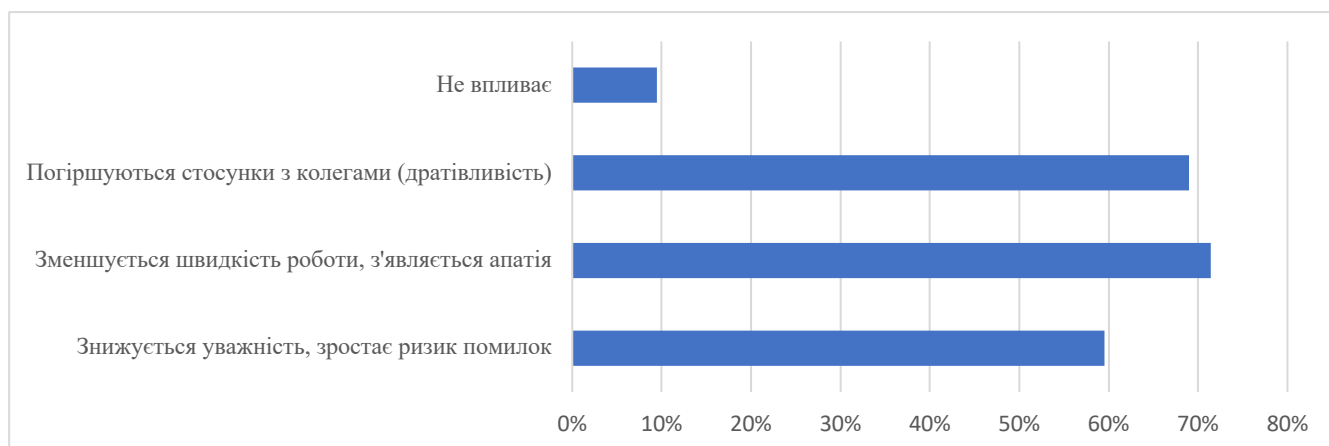


Рисунок 2.15 - Оцінка наслідків професійного стресу в працівників медичного закладу

Джерело: розроблено автором на основі результатів власного дослідження

В результаті аналізу даних (рис. 2.15), засвідчуємо, що психоемоційне напруження персоналу вийшло за межі проблеми індивідуальної втоми і трансформувалося у фактор прямого ризику для лікувального процесу. Лише 9,5% респондентів зазначили відсутність впливу стресу на їхню професійну діяльність, тоді як для переважної більшості наслідки є вкрай деструктивними.

Найвиразнішим проявом постійного тиску є розвиток апатії та суттєве зниження швидкості виконання робочих завдань - на цей симптом вказали 71,4% працівників. Професійне вигорання провокує механічне виконання обов'язків із зниженим рівнем залученості, що в умовах медичного закладу є критично небезпечним.

Іншим вагомим індикатором є підвищена дратівливість, яку відзначають 69% опитаних. Ці дані логічно корелюють із попередніми висновками щодо причин міжособистісних конфліктів у відділеннях. Висока частота суперечок у колективі зумовлена не браком професіоналізму, а критичним виснаженням нервової системи. На тлі емоційного дефіциту будь-яке робоче зауваження чи організаційна неточність може сприйматися гіпертрофовано, провокуючи захисну реакцію або агресію.

Найбільшу загрозу якості надання медичних послуг становить зниження концентрації уваги. Майже 60% респондентів констатують, що під впливом стресу в них зростає ризик припуститися лікарської чи маніпуляційної помилки. У цьому контексті виникає небезпечний парадокс: попри те, що страх нашкодити пацієнту є одним із головних стресогенів, саме накопичена втома та адміністративний пресинг фізично обмежують когнітивну здатність медиків до максимальної концентрації. Така тенденція потребує негайного управлінського втручання.

З огляду на виявлені масштаби та деструктивні наслідки професійного стресу, об'єктивною необхідністю стала оцінка наявної системи психологічної підтримки в установі. Важливо було встановити, чи впроваджені в лікарні дієві інституційні механізми профілактики вигорання, чи персонал змушений самотійно долати психоемоційне навантаження. Відповіді респондентів щодо наявності організаційної підтримки з боку керівництва закладу наведено на рисунку 2.16.

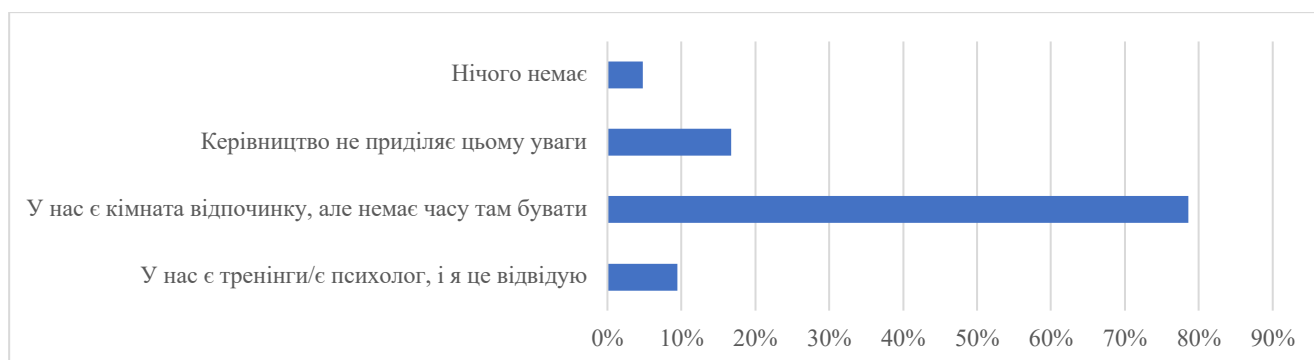


Рисунок 2.16 - Оцінка заходів щодо запобігання професійному вигоранню персоналу

Джерело: розроблено автором на основі результатів власного дослідження

На рисунку 2.16 продемонструють суттєвий дисбаланс у системі організаційної підтримки персоналу. З одного боку, 78,6% опитаних підтвердили наявність кімнати відпочинку. Однак через надмірну інтенсивність робочого процесу медики часто не мають часу нею скористатися. Водночас заходи активного психологічного розвантаження практично відсутні: доступ до спеціалізованих тренінгів чи консультацій психолога відзначили лише 9,5% респондентів. Це переконливо доводить, що наявності виключно пасивної інфраструктури сьогодні

недостатньо, а колектив гостро потребує впровадження системних інструментів для збереження ментального здоров'я.

Зважаючи на дефіцит психологічної підтримки на тлі щоденних навантажень, виникла необхідність проаналізувати самооцінку працівниками власного стану. Оскільки через специфіку професії медици схильні ігнорувати первинні ознаки втоми, було важливо дослідити реальну поширеність симптомів вигорання. Розподіл відповідей персоналу щодо погіршення суб'єктивного самопочуття наведено на рисунку 2.17.



Рисунок 2.17 - Оцінка емоційного стану працівників медичного закладу

Джерело: розроблено автором на основі результатів власного дослідження

В результаті аналізу даних (рис. 2.17), розкрито досить складну картину суб'єктивного самопочуття персоналу. Значна частина працівників (64,3%) відзначила наявність постійної тривожності та проблем зі сном. Відсутність повноцінного відновлення поза робочим часом суттєво ускладнює мобілізацію внутрішніх ресурсів для виконання щоденних професійних обов'язків. Ситуація обтяжується тим, що певна частка колективу вже фіксує у себе стан хронічної втоми - фактор, який потребує своєчасного управлінського та психологічного втручання.

Попри дію потужних стресогенних чинників, 31% опитаних зазначають збереження стабільного самопочуття та належного рівня енергійності. Здатність підтримувати внутрішній баланс в умовах колосального щоденного навантаження

є надзвичайно позитивним показником. Ця група фахівців формує своєрідне кадрове ядро закладу. Їхня витримка забезпечує безперебійність лікувального процесу та створює надійну професійну опору для більш виснажених колег. Такі показники доводять, що колектив володіє значним внутрішнім ресурсом, а ключовим завданням менеджменту має стати стабілізація стану працівників із високим рівнем тривожності.

Діагностика впливу стрес-факторів показує, що емоційне напруження медиків КНП «КМКЛ №1» поступово набуло хронічного характеру. Персонал щодня працює в умовах колосальної відповідальності: на об'єктивні переживання через воєнні загрози (73,8%) накладається глибокий страх припуститися професійної помилки (64,3%). Таке тривале навантаження цілком природно виснажує нервову систему, призводячи до розвитку апатії та зниження концентрації у значної частини колективу. Наразі наявні в лікарні методи підтримки, на жаль, не можуть повною мірою компенсувати цю втому, адже доступ до фахової психологічної допомоги мають менш ніж 10% фахівців. І хоча третина колективу (31%) демонструє дивовижну внутрішню стійкість, слугуючи справжньою опорою для закладу, покладатися лише на їхній ентузіазм у довгостроковій перспективі ризиковано. Лікарня об'єктивно потребує впровадження більш системних, але водночас турботливих механізмів підтримки, щоб зберегти здоров'я своїх фахівців.

РОЗДІЛ 3

ВДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ КОНФЛІКТАМИ ТА ПРОФЕСІЙНОГО СТРЕСУ В ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ

3.1 Розробка рекомендацій щодо профілактики та розв’язання конфлікту

Дослідження, проведене у другому розділі роботи, дозволило нам не лише виявити ключові причини стресу в колективі КНП «КМКЛ №1», а й глибше зрозуміти, якої саме підтримки сьогодні потребують медичні працівники. Ми побачили, що складні умови праці вимагають від персоналу колосальної емоційної віддачі. Тому на цьому етапі логічним кроком є перехід від аналізу ситуації до розробки дієвих та екологічних інструментів для покращення робочого мікроклімату.

Для забезпечення максимально цілеспрямованою управлінського впливу запропоновані рекомендації доцільно згрупувати за трьома основними напрямками взаємодії, де найчастіше виникають непорозуміння. Це зовнішній контур спілкування («персонал - пацієнт/родичі») та два внутрішні вектори («адміністрація – персонал» і «лікар – медсестра»). Такий підхід дозволить керівництву запровадити комплексну систему турботи про психологічний стан колективу.

I. Вектор «Персонал - Пацієнти та їхні родичі»

Як вже зазначали раніше, спілкування з пацієнтами та їхніми близькими є одним із найсильніших емоційних викликів для медиків. Специфіка лікарні інтенсивного лікування полягає в тому, що люди часто потрапляють сюди у стані гострого болю, розгубленості чи тривоги за життя. У такому психологічно вразливому стані навіть незначна організаційна затримка може викликати сплеск

негативних емоцій, який найчастіше приймає на себе перший контактний працівник - черговий лікар чи медична сестра.

Оскільки інтуїтивне стримування чужої агресії щодня забирає у працівників занадто багато сил і швидко призводить до вигорання, персоналу необхідна практична допомога - зрозумілі та прості алгоритми комунікації. Одним із найкращих світових рішень у сфері медичного сервісу є впровадження алгоритму деескалації конфліктів L.A.S.T. (Listen - Послухай, Apologize - Перепроси за ситуацію, Solve - Виріши проблему, Thank - Подякуй) [50].

Цей інструмент надає працівнику готовий сценарій (скрипт) розмови. Він допомагає м'яко перевести діалог із площини претензій у конструктивне русло, водночас створюючи надійний психологічний захист для самого медика. Для зручності щоденного використання у відділеннях КНП «КМКЛ №1» цю методику було адаптовано до українських реалій та доповнено конкретними мовними формулами, наведеними у таблиці 3.1.

Таблиця 3.1 - Методика L.A.S.T. для персоналу КНП «КМКЛ №1»

Етап алгоритму	Суть управлінської дії	Приклад адаптованої мовної формули (скрипт для персоналу)	Очікуваний психологічний ефект
1	2	3	4
L – Listen (вислухати)	Дати людині висловити претензію без перебивання. Уважно слухати, застосовуючи техніку активного кивання.	(Мовчання, зоровий контакт) «Я уважно вас слухаю. Розкажіть, будь ласка, що саме трапилося».	Зниження рівня агресії. Людина відчуває, що її проблему не ігнорують.
A – Apologize (вибачитись)	Вибачитися не за медичну помилку (якщо її не було), а за емоційний стан людини та спричинені незручності.	«Мені дуже шкода, що вам довелося чекати в черзі / що ви так сильно хвилюєтеся за батька».	Нейтралізація відкритої агресії. Формування у родичів відчуття, що медичний працівник є їхнім союзником.
S – Solve (вирішити)	Запропонувати чіткий, покроковий варіант вирішення проблеми або пояснити наступні дії.	«Зараз я запрошу чергового хірурга, щоб він оглянув вашу маму. Це займе орієнтовно 10 хвилин, будь ласка, присядьте тут».	Повернення контролю над ситуацією. Трансляція професіоналізму та впевненості.

Продовження таблиці 3.1

1	2	3	4
T – Thank (подякувати)	Завершити розмову подякою за терпіння або за те, що людина звернула увагу на проблему.	«Дякую, що звернулися до нас. Ми робимо все можливе для вашого одужання».	Формування позитивного залишкового враження про сервіс у лікарні.

Джерело: розроблено автором на основі [50]

Як видно з наведеної таблиці 3.1, методика спрямована на швидке та екологічне врегулювання емоційних сплесків. Проте важливо усвідомлювати управлінські межі цього інструменту. Алгоритм L.A.S.T. чудово працює з побутовим невдоволенням, страхами чи типовою тривожністю пацієнтів. Однак трапляються критичні ситуації, коли родичі або самі хворі відкидають будь-який конструктив і переходять до відкритих погроз, неконтрольованої агресії чи особистих образ. У таких випадках лікарі та медичні сестри не повинні залишатися сам на сам із небезпекою - вони мусять мати чітко регламентоване право на психологічний самозахист.

Для забезпечення цього права пропонується затвердити на рівні КНП «КМКЛ №1» спеціальне внутрішнє розпорядження. Згідно з ним, медичний працівник отримує офіційний дозвіл припинити деструктивне спілкування, застосувавши єдину стандартизовану фразу: «Я розумію ваші емоції, але в такому тоні ми не зможемо конструктивно вирішити питання. Я передаю ваше звернення завідувачу відділення (або черговому адміністратору)».

Одразу після цього розмову має продовжити керівник вищої ланки. Такий управлінський крок має надзвичайно важливий ефект. Він знімає з рядового лікаря невласливу йому функцію емоційного «громовідводу» і дозволяє фахівцю швидко повернутися до виконання своїх прямих клінічних обов'язків без руйнівних наслідків для власної нервової системи.

II. Вектор «Адміністрація – Персонал».

Вертикальні конфлікти між керівництвом і підлеглими є одними з найбільш прихованих, але руйнівних проблем для медичного закладу. Опитування персоналу КНП «КМКЛ №1» виявило дві тривожні тенденції: високий рівень стресу через

адміністративний тиск (на який вказали майже 60% респондентів) та масове уникнення або замовчування проблем у колективі (76,2%).

Така статистика є переконливим індикатором домінування авторитарного стилю управління та гострого дефіциту конструктивної комунікації по вертикалі. У медичному закладі, де ціна будь-якого рішення є надзвичайно високою, такий підхід виявляється особливо деструктивним. Коли лікарі та медичні сестри усвідомлюють, що замість професійної підтримки чи спільного аналізу проблемних ситуацій вони наражаються лише на посилений контроль, жорстку критику або адміністративні стягнення (формат «виклику на килим»), у колективі неминуче формується стійка культура страху та уникання відповідальності.

Наслідком такої корпоративної моделі стає штучне блокування будь-якої ініціативи: персонал починає замовчувати дрібні операційні збої та організаційні недоліки, аби не стати об'єктом покарання. При цьому самі невирішені робочі моменти нікуди не зникають, а лише консервуються, накопичуючись у вигляді латентного (прихованого) невдоволення та емоційної втоми. З часом ця прихована напруга перетворюється на глибоке професійне вигорання працівників, зниження мотивації та міжособистісні конфлікти, що в підсумку створює пряму загрозу для загальної ефективності лікарні та якості обслуговування пацієнтів.

Для зміни цієї парадигми та побудови довірливих відносин пропонуємо впровадити між адміністрацією та персоналом пропонується впровадити такий управлінський механізм. Система регулярного пульс-опитування (Feedback Pulse): оскільки працівники бояться відкрито заявляти про проблеми, керівництву необхідно створити безпечний і легітимний канал комунікації. Доцільно використовувати практику щомісячних коротких анонімних онлайн-опитувань (до 10 запитань через Google Forms). Мета такого інструменту - не просто фіксувати скарги, а здійснювати системну діагностику соціально-психологічного та організаційного клімату в закладі. Впровадження цієї анкети дозволить керівництву одночасно вирішувати комплекс завдань: проводити регулярну експрес-оцінку рівня стресу персоналу, ідентифікувати приховані логістичні недоліки, діагностувати стиль лідерства на місцях та виявляти факти

адміністративного пресингу. Крім того, такий безпечний канал зв'язку допомагає подолати комунікативні бар'єри (вивести з тіні латентні конфлікти) та використати практичний досвід працівників для пошуку ефективних управлінських рішень. Для практичної реалізації цього підходу нами було розроблено орієнтовну структуру та приклад щомісячного анкетування «Feedback Pulse», наведену в таблиці 3.2.

Таблиця 3.2 - Приклад структури та запитань для щомісячного пульс-опитування персоналу КНП «КМКЛ №1»

Блок анкети	Приклад запитань	Варіанти відповідей	Мета запитання
1. Загальний стан	Оцініть ваш загальний рівень втоми та напруги на роботі протягом останнього місяця	від 1 – все добре, до 5 - критичне виснаження.	Експрес-оцінка поточного рівня стресу та емоційного навантаження персоналу.
2. Організаційні болі	Який конкретно робочий процес, безглузде правило чи нестача матеріалів найбільше заважали вам і дратували вас цього місяця? Опишіть ситуацію.	Відкрите текстове поле	Ідентифікація прихованих логістичних та організаційних недоліків, які стають об'єктивним підґрунтям для роздратування.
3. Токсичність та тиск	Чи стикалися ви останнім часом із несправедливим ставленням, надмірним тиском керівництва або грубістю колег? Опишіть ситуацію (можете не називати імен, важлива суть).	Відкрите текстове поле	Діагностика стилю лідерства на місцях. Виявлення фактів адміністративного пресингу та деструктивної поведінки, що потребують медіації.
4. Культура замовчування	Чи є у вашому відділенні серйозна проблема чи конфлікт, про яку «всі знають, але всі мовчать», бо бояться наслідків? Будь ласка, анонімно озвучте її тут.	Відкрите текстове поле	Подолання комунікативних бар'єрів. Збір інформації про латентні (приховані) конфлікти, які безпосередньо загрожують стабільності роботи.
5. Ініціатива «знизу»	Уявіть, що ви можете ухвалити одне управлінське рішення. Що б ви змінили вже завтра, щоб вам і вашим колегам стало легше працювати?	Відкрите текстове поле	Використання практичного досвіду працівників для покращення внутрішніх процесів та пошуку ефективних управлінських рішень.

Джерело: розроблено автором самостійно

Як свідчить структура розробленої анкети на таблиці 3.2, її головне завдання - перетворити латентне невдоволення та деструктивні скарги на конструктивні управлінські рішення. Проте варто наголосити: збір інформації матиме практичну

цінність лише за умови гарантованого зворотного зв'язку. Керівництво лікарні (головний лікар) повинне регулярно публічно озвучувати зведені результати цих опитувань та звітувати про конкретні кроки, вжиті для вирішення питань, порушених колективом. Якщо медичні працівники не побачать реальних змін за підсумками своїх звернень, запропонований інструмент швидко втратить довіру та перетвориться на чергову формальність.

III. Вектор «лікар – медсестра».

Аналізуючи результати емпіричного дослідження у другому розділі, констатуємо, що горизонтальні конфлікти в медичному колективі мають найменше спільного з особистою неприязню чи особливостями характеру. Як було виявлено раніше, абсолютними каталізаторами суперечок між лікарями та медичними сестрами є організаційні збої: втрата інформації під час комунікації (на це вказали 85,7% опитаних) та розмитість посадових інструкцій, що породжує феномен «це не моя робота» (відповіли 61,9% колективу).

Працюючи в умовах постійного дефіциту часу та хронічної втоми, медичний персонал просто не має когнітивного ресурсу, щоб з'ясувати, хто саме і яку інформацію забув передати. Тому для стабілізації мікроклімату на рівні «лікар-медсестра» пропоную впровадити два практичні інструменти: стандартизацію передачі клінічних даних та візуалізацію зон відповідальності.

1. Впровадження алгоритму структурованої комунікації SBAR

В умовах підвищеного стресу та нестачі часу будь-яка неточність у передачі інформації між лікарем і медичною сестрою стає тригером міжособистісного конфлікту. Працівники витрачають дорогоцінний ресурс на з'ясування того, хто саме забув повідомити важливу деталь, замість того, щоб оперативно вирішувати медичну проблему.

Для стандартизації комунікативних процесів та усунення емоційної складової з робочого діалогу пропонується впровадити протокол SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation). Цей інструмент працюватиме, як «запобіжник», структуруючи мислення медика ще до початку розмови [51].

Сутність та базові складові цього комунікативного алгоритму наочно відображено на рисунку 3.1.

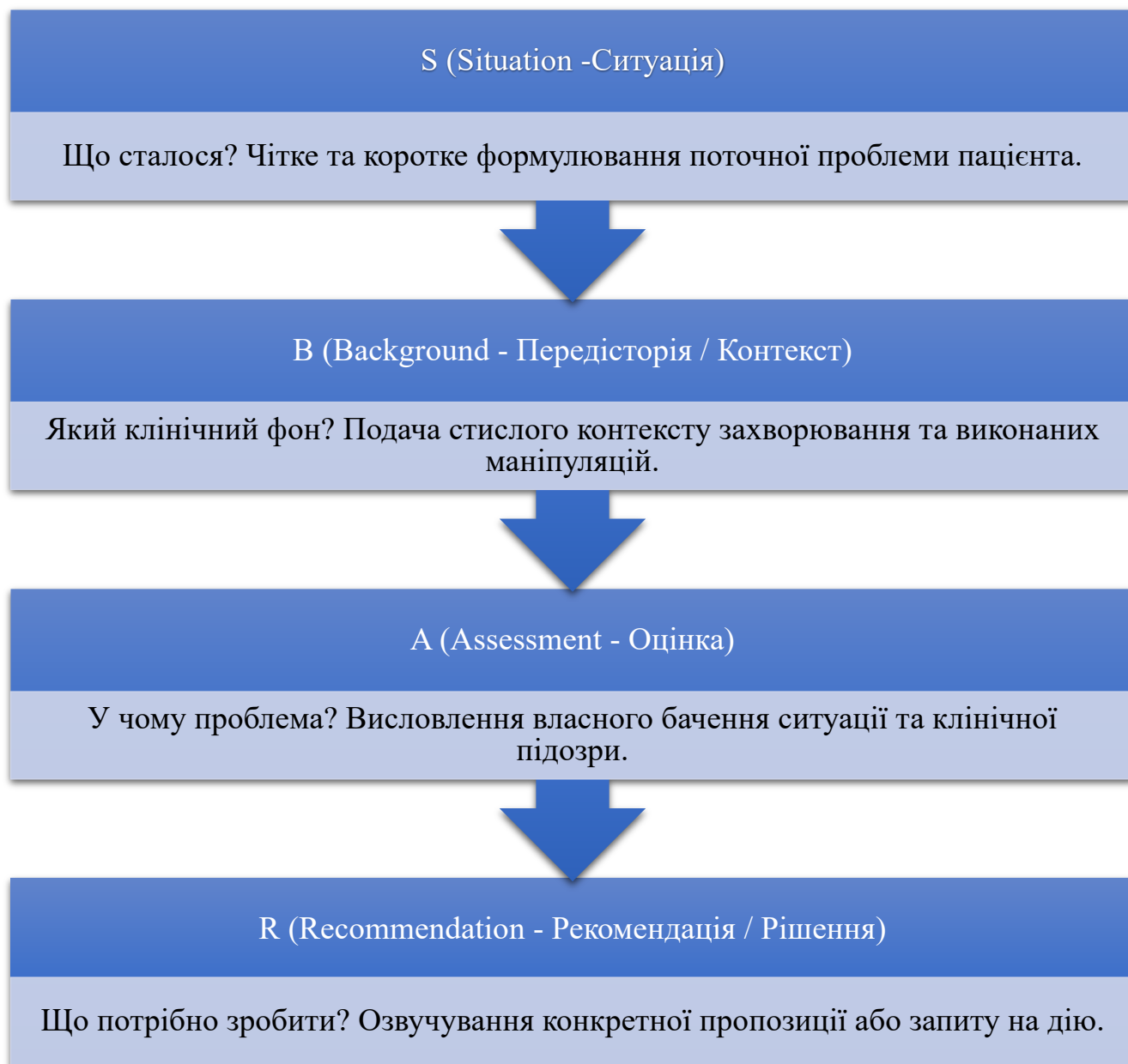


Рисунок 3.1 - Сутність та складові комунікативного алгоритму SBAR

Джерело: розроблено автором на основі [51,52]

Як бачимо з рисунка 3.1, алгоритм задає чітку й логічну структуру для професійної розмови. Проте його головна цінність для медичного колективу полягає не лише у швидкості передачі клінічних даних. В умовах хронічного стресу та кадрового дефіциту, виявлених під час опитування, цей протокол діє як потужний інструмент профілактики горизонтальних конфліктів. Детальний аналіз

того, як саме кожен етап SBAR впливає на емоційний стан працівників та організацію роботи, наведено у таблиці 3.3.

Таблиця 3.3 - Аналіз психологічної та управлінської цінності алгоритму SBAR

Етап алгоритму	Деструктивний підхід (що змінюємо)	Формат SBAR (як потрібно говорити)	Практичний результат (чого ми досягаємо)
S (ситуація)	Емоційний вступ. «Там пацієнту з п'ятої палати знову погано, я вже не знаю, що з ним робити, він кричить!?»	Чітке фокусування. «Я телефоную щодо пацієнта Коваленка з 5-ї палати. У нього раптово впав тиск до 90/60 і з'явилася задишка».	Економія часу та усунення паніки. Лікар миттєво оцінює ступінь загрози життю без роздратування. Відсікається емоційний шум, розмова одразу набуває ділового характеру.
B (контекст)	Очікування, що лікар все пам'ятає. «Ну ви ж знаєте його історію, він той, що вчора поступив після ДТП...»	Об'єктивна подача даних. «Він на другій добі після операції. Годину тому я ввела призначене знеболювальне, ефекту немає».	Запобігання агресії. Зникають конфлікти через забудькуватість. Лікар отримує безпечну базу для рішення, а медсестра не наражається на критику через припущення, що лікар «повинен все пам'ятати».
A (оцінка)	Перекладання відповідальності. «Зробіть що-небудь, йому стає тільки гірше». Або мовчання через страх помилитися.	Легалізація власної думки. «Я оцінюю його стан як нестабільний. Підозрюю можливість розвитку внутрішньої кровотечі».	Зміна ролей (від підлеглого до партнера). Трансформація медсестри з пасивного виконавця в рівноправного учасника лікувального процесу. Зростання довіри та взаємоповаги між колегами.
R (рішення)	Відкритий фінал. Змушування лікаря вгадувати очікування: «То що мені тепер з ним робити?»	Пропозиція дії / Запит дозволу. «Чи можу я поки підключити йому кисень? Прошу вас підійти в палату зараз».	Зниження когнітивного навантаження. Чіткий розподіл дій «хто і що робить далі». Повне зникнення сварок на ґрунті «чому ти мені цього не сказала» або «чому ти цього не зробила до мого приходу».

Джерело: розроблено автором самостійно

Як наочно продемонстровано у таблиці 3.3, впровадження формалізованого стандарту SBAR дозволяє не лише пришвидшити обмін клінічними даними, але й докорінно змінює культуру спілкування у відділенні. Цей інструмент знімає емоційну напругу, усуває двозначність і формує партнерське, а не авторитарне середовище між лікарем та медичною сестрою.

Впровадження алгоритму SBAR у щоденну практику відділень лікарні - не просто технічна зміна формату передачі клінічних даних, а стратегічне

управлінське рішення. Цей інструмент дозволяє мінімізувати вплив людського фактора в умовах дефіциту часу, відчутно знижує рівень емоційного навантаження на персонал та безпосередньо усуває головний каталізатор міжособистісних конфліктів - втрату або викривлення критично важливої інформації. Стандартизація діалогу формує нову організаційну культуру, де професійна взаємодія стає психологічно безпечною, прогнозованою та орієнтованою виключно на швидке розв'язання медичної проблеми пацієнта.

Проте, налагодження комунікації - це лише перший крок до стабілізації мікроклімату. Як було виявлено за результатами нашого емпіричного дослідження у підрозділі 2.2, іншим критичним каталізатором конфліктів є феномен «це не моя робота», на який вказали 61,9% опитаних працівників. В умовах дефіциту кадрів і постійного поспіху розмитість посадових інструкцій неминуче призводить до перекладання відповідальності та взаємних звинувачень.

2. Впровадження Матриці функціональної прозорості (адаптована модель RACI)

Як другий практичний інструмент для подолання конфліктів і чіткої деталізації обов'язків пропонується впровадження матриці функціональної прозорості. В основу цього рішення покладено всесвітньо визнану управлінську модель RACI. Згідно з методологією PMBOK (від англ. Project Management Body of Knowledge - Звід знань з управління проєктами), що в останній, сьомій редакції 2021 р., є фундаментальним міжнародним стандартом та збіркою найкращих світових практик менеджменту, а також класичною теорією управління, ця модель залишається ключовим інструментом візуалізації розподілу відповідальності в робочих процесах [53].

Суть RACI полягає у перетворенні складних і часто розмитих посадових інструкцій на наочну матрицю розподілу відповідальності. Це дозволяє кожному працівнику чітко бачити свою роль у конкретному завданні, що унеможливорює виникнення «сірих зон» - ситуацій, коли обов'язок залишається невиконаним через неузгодженість дій колег. Такий підхід переводить взаємодію в колективі з

емоційної площини (пошуку винних) у конструктивну (виконання чітко закріпленої ролі) [54].

Концепція моделі базується на розподілі чотирьох ключових статусів (ролей), що визначають межі відповідальності кожного працівника. Функціональний зміст цих ролей і логіку їхньої взаємодії можна побачити на рисунку 3.2.

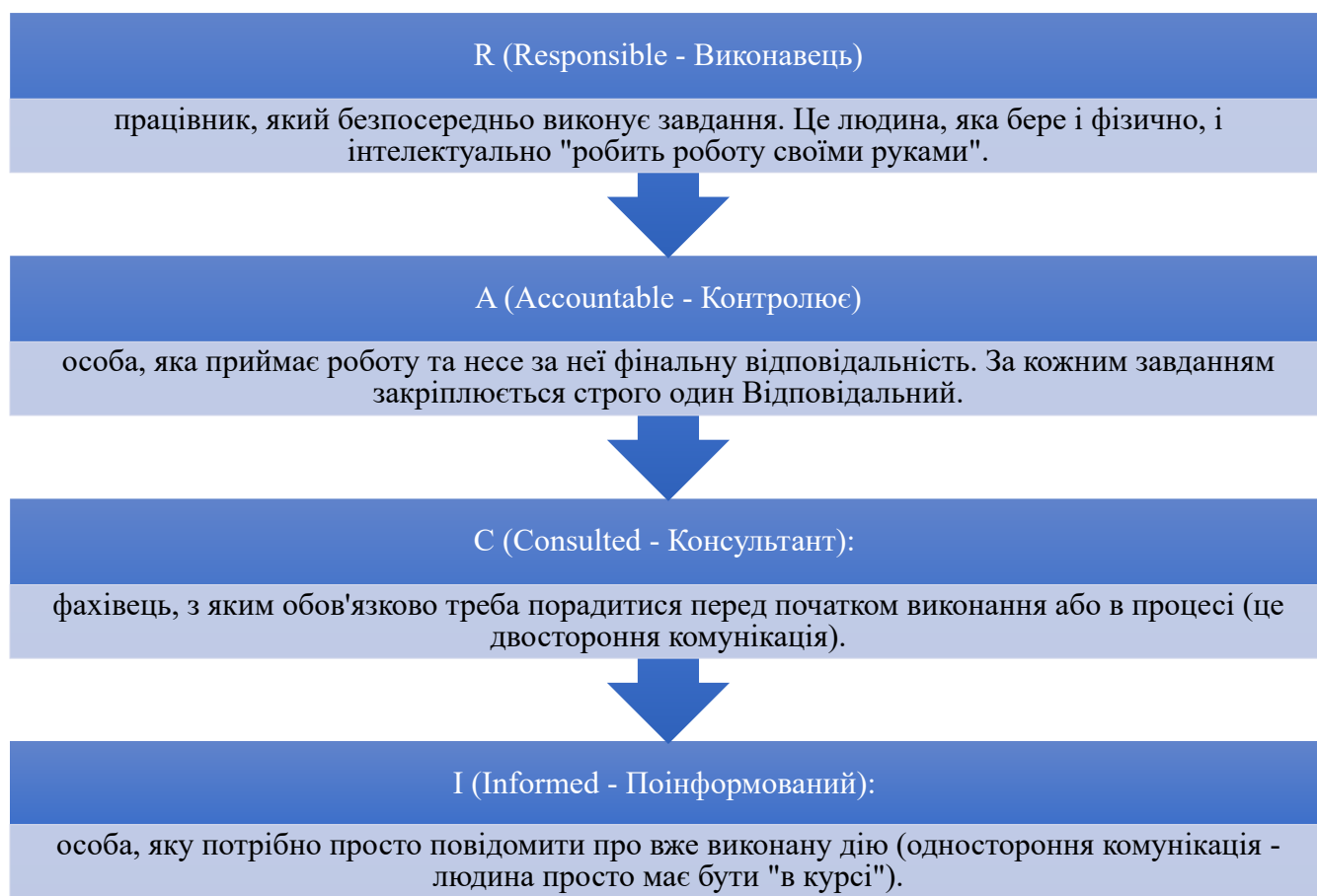


Рисунок 3.2 - Структура та зміст ролей у моделі розподілу відповідальності RACI

Джерело: розроблено автором на основі [53,54].

Як можемо побачити з рисунка 3.2, головна перевага матриці полягає у дотриманні суворого правила «одного відповідального» за результат кожної окремої дії. Це створює прозору систему персональної відповідальності замість розмитої колективної, що є ключовою умовою для ліквідації явища «це не моя робота» та стабілізації мікроклімату у відділенні.

Для адаптації цієї світової практики до реалій КНП «КМКЛ №1» пропонується розробити внутрішній стандарт - матрицю функціональної

прозорості. Вона зберігає філософію управління RACI, але використовує адаптовані та зрозумілі для вітчизняного медичного персоналу статуси: [R] - виконує, [A] - контролює, [C] - допомагає, [I] - поінформований.

Практичне застосування цього інструменту пропонуємо розглянути на прикладі одного з найбільш конфліктогенних та високостресових рутинних процесів лікарні - госпіталізації важкого пацієнта у відділення (таблиця 3.4).

Таблиця 3.4 – Фрагмент матриці функціональної прозорості для процесу «Госпіталізація важкого пацієнта»

Етап робочого процесу (завдання)	Черговий лікар	Старша медична сестра	Постова (палатна) медсестра	Молодший медперсонал (санітар)
1. Первинний огляд, збір анамнезу та призначення лікування	[B], [K]	[П]	[Д]	-
2. Заповнення медичної документації (історія хвороби)	[B], [K]	[П]	-	-
3. Забір ургентних аналізів, встановлення венозного катетера	[П]	-	[B], [K]	[Д] (фіксує пацієнта за потреби)
4. Організація та проведення апаратних досліджень (КТ, УЗД, рентген)	[K]	-	[П]	[B] (здійснює транспортування)
5. Санітарна обробка пацієнта та зміна постільної білизни	-	[П]	[K]	[B]
6. Контроль наявності необхідних медикаментів для ургентної допомоги	[П]	[B], [K]	[П]	-

Джерело: розроблено автором самостійно

Як свідчить аналіз таблиці 3.4, візуалізація процесу розкладає складну, хаотичну ситуацію на прості алгоритми дій. Управлінська та психологічна цінність впровадження такої матриці на постах медичних сестер полягає в усуненні суб'єктивізму. Працівникам більше не потрібно витрачати когнітивний ресурс на з'ясування стосунків або делегування обов'язків «на ходу».

Наприклад, коли санітар чітко бачить у матриці, що транспортування хворого на КТ є його прямою зоною виконання [B], а постова медсестра лише контролює цей процес [K], повністю зникає підґрунтя для міжособистісних сварок

щодо того, хто саме має везти каталку. Жорстка фіксація ролей діє як об'єктивний арбітр.

Отже, формуючи стратегію оздоровлення мікроклімату, стає очевидним: сьогодні медичний колектив потребує не посилення контролю, а зрозумілих і дружніх механізмів підтримки. Саме такий турботливий підхід закладено у запропонованих інструментах, які структурують взаємодію за трьома найбільш проблемними напрямками. Використання комунікативних алгоритмів L.A.S.T. та SBAR м'яко нейтралізує емоційну напругу, мінімізуючи вплив людського фактора як під час роботи з пацієнтами, так і під час передачі клінічних даних між колегами. Водночас інструменти організаційної прозорості - регулярні пульс-опитування та матриця функціональної відповідальності RACI - усувають самі глибокі причини стресу: страх перед керівництвом та хаотичність завдань у відділеннях. Переводячи щоденну рутину з емоційної площини у формат чітких і безпечних стандартів, адміністрація лікарні реально повертає працівникам відчуття захищеності та зберігає внутрішні ресурси команди.

3.2 Впровадження системи тренінгів, корпоративних програм і мотиваційних заходів для управління конфліктами і стресами.

Розробка управлінських інструментів (SBAR, L.A.S.T. та матриці RACI) є фундаментальним, але лише першим кроком. Для їх успішного функціонування КНП «КМКЛ №1» потребує комплексної програми адаптації персоналу до нових правил роботи. Враховуючи специфіку медичного закладу та високий рівень емоційного вигорання колективу, пропонується розгорнути поетапну систему управління змінами, що складається з трьох ключових блоків: тренінгового, підтримувального та мотиваційного.

1.Тренінговий блок: каскадна модель навчання алгоритмам комунікації

Управлінська практика доводить: адміністрація не може об'єктивно контролювати виконання регламентів, якими не володіє сама. Водночас масштабний штат КНП «КМКЛ №1» (1611 працівників) робить абсолютно неможливим формат загальних тренінгів без зупинки лікувального процесу.

Оптимальним рішенням слід вважати запуск каскадної моделі навчання. Для раціонального використання бюджету стартову підготовку адміністрації проводить запрошений медичний психолог (той самий фахівець, який надалі модеруватиме Балінтівські групи). Опанувавши методику, вище керівництво запускає передачу знань вниз по ієрархії: кожен управлінець готує своїх безпосередніх підлеглих безпосередньо на робочих місцях.

Детально зауважимо на тому, як саме впровадити ключові алгоритми (SBAR, L.A.S.T., RACI) безпосередньо в колективі. Запропонований план-графік та розподіл відповідальності за цей процес наведено в таблиці 3.5.

Таблиця 3.5 - План-графік впровадження інструментів комунікації у КНП «КМКЛ №1»

Об'єкт навчання	Інструмент	Хто відповідальний за навчання	Формат та періодичність
Головний лікар	RACI, SBAR	Запрошений фахівець (психолог)	Одноразовий сесійно-інструктаж
Завідувач відділень	RACI, SBAR	Головний лікар	На планових адміністративних нарадах
Лікарі та медсестри	SBAR	Завідувач відділення	Щодня під час п'ятихвилинки (протягом 1 місяця)
Реєстратура, молодший персонал	L.A.S.T	Старші медсестри	1 раз на тиждень

Джерело: розроблено автором самостійно

Як можемо побачити з даних таблиці 3.5, практична реалізація алгоритмів відбувається без відриву медиків від основної роботи. Після затвердження загального плану починається етап детального відпрацювання кожної навички для цільових аудиторій.

Базовим елементом для лікарів та середнього медичного персоналу є впровадження алгоритму клінічної комунікації SBAR. Його відпрацювання повністю інтегрується у щоденну рутину - ранкові п'ятихвилинки та перезмінки. Для наочності на сестринських постах розміщують візуальні постери-підказки, а сам процес навчання зводиться до жорсткого мікроконтролю з боку завідувачів. Якщо доповідь підлеглого про стан пацієнта звучить хаотично або занадто емоційно, керівник зупиняє працівника і вимагає чітко перефразувати інформацію суворо за схемою: Ситуація – Контекст – Оцінка - Рекомендація. Такий щоденний практичний моніторинг дозволяє за один місяць сформувати у медиків стійку професійну звичку говорити коротко й по суті.

Водночас специфіка роботи працівників реєстратури та молодшого медичного персоналу вимагає зовсім іншого підходу. Фактично, ці співробітники є «першою лінією контакту». Вони щодня зустрічають пацієнтів, які часто приходять наляканими, роздратованими або з болем, і тому саме вони першими приймають на себе весь емоційний удар. Щоб захистити цю категорію працівників від швидкого виснаження, для них впроваджується алгоритм деескалації конфліктів L.A.S.T. Навчання відбувається у максимально зручному форматі: це короткі 30-хвилинні розбори 1 раз на тиждень. Замість того, щоб витратити час на суху теорію, працівники аналізують конкретні скарги та складні діалоги за останні дні. Завдяки цьому персонал вчиться реагувати на чужу агресію не емоційно, а за єдиним корпоративним стандартом («вислухай – вибачся - запропонуй рішення - подякуй»). Такий алгоритм спрацьовує як психологічний щит: він допомагає не брати негатив на особистий рахунок і швидко гасити суперечки ще на стадії їх зародження.

Паралельно з налаштуванням комунікації з пацієнтами, окремої управлінської уваги потребує впорядкування внутрішніх робочих процесів лікарні. Адже значна частка стресу виникає саме через організаційні конфлікти між медиками. Для усунення побутових непорозумінь і ліквідації явища розмитої колективної безвідповідальності (коли неясно, хто саме відповідає за конкретну дію) впроваджується матриця RACI. Головна перевага цього інструменту полягає

у простоті його застосування. Інтеграція матриці у щоденну роботу відділень відбувається не через тривалі та нудні лекції, а шляхом реалізації трьох абсолютно прикладних кроків, які детально розкрито у таблиці 3.6.

Таблиця 3.6 - Алгоритм практичного впровадження матриці RACI у відділеннях лікарні

Етап впровадження	Залучений персонал	Механіка дій та практична реалізація
Крок 1. Затвердження стандарту	Головний лікар, завідувач відділення	На адміністративній нараді керівництво складає матрицю для найпроблемнішого процесу (наприклад, госпіталізації). Жорстко розставляються літери [R, A, C, I] навпроти кожної дії, після чого таблиця затверджується як офіційний внутрішній стандарт.
Крок 2. Інструктаж на місцях	Завідувач відділення. Підлеглий персонал	Завідувач приносить роздруковану готову матрицю на ранкову п'ятихвилинку. Замість складних теорій менеджменту доводяться чіткі правила: «Відтепер за фізичний супровід пацієнта на КТ відповідає медсестра (Виконавець - R), а лікар лише контролює час (Контролер - A)».
Крок 3. Щоденне використання	Увесь персонал відділення	Роздруковані матриці розміщуються на постах як наочна інструкція. Її головна функція розкривається в момент збою: якщо пацієнта вчасно не забрали, персонал не з'ясовує стосунки емоційно. Керівник дивиться в матрицю, знаходить закріплену роль і ставить питання конкретному працівнику.

Джерело: розроблено автором самотійно

Як бачимо з таблиці 3.6, запропонований алгоритм дозволяє перетворити впровадження матриці RACI на зрозумілий бізнес-процес, де кожен крок має конкретну мету та відповідального. Такий предметний підхід дозволяє миттєво перевести будь-який потенційний робочий конфлікт (наприклад, суперечки формату «це не моя робота» або «я думав, що це зробить він») із площини міжособистісних образ у площину сухих посадових інструкцій. Це створює у КНП «КМКЛ №1» безпечне управлінське середовище, де кожен працівник чітко розуміє межі своїх повноважень.

2. Підтримувальний блок: впровадження Балінтівських груп як інструменту профілактики вигорання

Оскільки базовою причиною більшості конфліктів у медичному середовищі є не брак фахових знань, а накопичена емоційна втома та стрес, реалізацію

комплексної програми доцільно розпочати саме з розбудови системи психологічної підтримки. Центральним елементом цього напрямку для КНП «КМКЛ №1» пропонується зробити впровадження Балінтівських груп.

Для вітчизняних комунальних медичних закладів цей інструмент є абсолютною управлінською інновацією, хоча він давно визнаний золотим стандартом профілактики вигорання в європейській медицині. Балінтівська група (названа на честь засновника методу, лікаря та психоаналітика М. Балінта) - це спеціально організований формат групової роботи медичного персоналу під модерацією фахового медичного психолога.

Головна відмінність цього формату полягає у його фокусі. На відміну від класичних клінічних розборів (лікарських консилиумів), де аналізується правильність діагнозу, протокол лікування чи медичні помилки, Балінтівські групи категорично забороняють медичні поради. Вони фокусуються виключно на емоційному стані працівника та його психологічній взаємодії з пацієнтом.

У повсякденній практиці лікарі та медичні сестри часто стикаються з агресією пацієнтів, претензіями родичів або важкими переживаннями через втрату хворого. Традиційна медична культура вимагає пригнічувати ці емоції, що призводить до їх накопичення і неминучого «перенесення» на колег (що і провокує горизонтальні конфлікти). Регулярні Балінтівські сесії створюють легітимний, конфіденційний та безпечний простір, де медик може відкрито обговорити свої страхи, роздратування чи відчуття безсилля, не боячись адміністративного осуду чи звинувачень у непрофесіоналізмі.

Проте ефективність такого специфічного формату роботи безпосередньо залежить від правильно побудованої моделі його адміністрування. Щоб Балінтівські сесії не перетворилися на хаотичні дискусії чи неконтрольовані емоційні скарги, а стали дійсно дієвим управлінським інструментом профілактики вигорання, перехід від теоретичної ідеї до практики вимагає обов'язкової формалізації процесу. Це передбачає розробку та затвердження чіткого регламенту зустрічей, який окреслить межі обговорень, визначить роль модератора та гарантуватиме екологічний, безпечний простір для кожного учасника. Для

систематизації організаційних аспектів впровадження підтримувального блоку в КНП «КМКЛ №1» ключові параметри реалізації заходів наведено в таблиці 3.7.

Таблиця 3.7 - Організаційно-технічні параметри реалізації підтримувального блоку

Параметр реалізації	Характеристика	Управлінське обґрунтування
Виконавець	Зовнішній фаховий медичний психолог (або психотерапевт)	Гарантування нейтральності, відсутності адміністративної залежності та дотримання професійної таємниці.
Періодичність проведення	Один раз на місяць для кожної групи	Регулярне «розвантаження» емоційного напруження без створення надмірного тиску на робочий розклад.
Тривалість сесії	90 хвилин (1,5 години)	Оптимальний регламент для глибокого опрацювання одного-двох складних комунікативних кейсів.

Джерело: розроблено автором самостійно

Як зазначено у таблиці 3.7, залучення саме зовнішнього психолога для ведення груп - це ключове управлінське рішення для КНП «КМКЛ №1». По-перше, такий фахівець є об'єктивним, оскільки він не належить до колективу лікарні. По-друге, це підвищує довіру медиків. Працівники розуміють, що психолог не передасть їхні слова керівництву. Завдяки цьому зникає страх покарання, і персонал легше приймає такі нововведення.

Для успішної роботи Балінтівських груп важливо дотримуватися кількох організаційних правил. Група має складатися з 8–12 осіб (одночасно лікарів та медсестер), які беруть участь добровільно. Головна умова - відсутність керівників та прямих підлеглих в одній групі. Наприклад, завідувач відділення не може перебувати в групі зі своїми підлеглими, щоб працівники не боялися говорити відверто.

Зустрічі слід проводити у комфортному неробочому приміщенні. Модератор-психолог має стежити за дотриманням трьох суворих правил: повна конфіденційність, заборона критикувати колег та заборона обговорювати діагнози чи лікування. Учасники мають говорити виключно про свої емоції.

Впровадження цієї програми потребує чіткого фінансового планування з урахуванням фактичної штатної чисельності закладу. Відповідно до результатів аналізу структури персоналу КНП «КМКЛ №1», проведеного у другому розділі

нашого дослідження (див. рис. 2.2), загальна кількість лікарів та середнього медичного персоналу станом на 2026 рік становить 1090 осіб. Саме ці категорії фахівців безпосередньо взаємодіють із пацієнтами та несуть найбільше психоемоційне навантаження, тому їх пропонується охопити програмою Балінтівських груп у повному обсязі.

З огляду на оптимальну чисельність групи у 12 осіб, для забезпечення роботи всього персоналу необхідно сформувати 90 стабільних груп, які зустрічатимуться 1 раз на місяць. Такий графік дозволить систематично «розвантажувати» накопичений стрес, не створюючи надмірного тиску на робочий розклад відділень. Орієнтовний розрахунок щомісячних витрат на реалізацію такої програми наведено у таблиці 3.8.

Таблиця 3.8 - Кошторис впровадження Балінтівських груп у КНП «КМКЛ №1»

Витрати	Характеристика	Орієнтовна вартість (грн/міс)	Бюджет (грн/міс)
Оплата послуг	Запрошений фахівець (1 сесія на міс.)	1 500*90	135 000
Чай/кава	Для створення неформальної атмосфери	700*90	63 000
Методичне забезпечення	Друк	50*90	4500
Разом витрати:			202 500

Джерело: розроблено автором на основі [55]

Варто зазначити, що тариф на послуги зовнішнього спеціаліста (1 500 грн за одну півторагодинну сесію) закладено з урахуванням актуальних середньоринкових цін на проведення корпоративних психологічних тренінгів [55]. Водночас наведені у таблиці 3.8 розрахунки можуть бути суттєво оптимізовані завдяки залученню ресурсів громадських організацій та профільних благодійних фондів. На сьогодні в Україні існують проєкти психологічної підтримки медичних працівників, які надають послуги кваліфікованих модераторів на безоплатній або пільговій основі.

Часткове залучення таких партнерів дозволить скоротити витрати на оплату послуг фахівців на 30–50%. За умови успішної співпраці з благодійними

організаціями, щомісячний бюджет програми може знизитися зі 202 500 тис. грн до приблизно 120 000-150 000 тис. грн.

Наступним третім кроком для посилення лояльності персоналу та зниження рівня стресу є впровадження мотиваційного блоку, який включає заходи нематеріального заохочення та поліпшення умов праці.

Як показав аналіз у другому розділі, плинність кадрів та вигорання медиків КМКЛ №1 пов'язані не лише з важкими пацієнтами. Значну роль відіграють відсутність визнання їхньої праці та неможливість нормально перепочити під час зміни. Тому наступним кроком є впровадження системи нематеріальної мотивації та поліпшення умов праці.

Анкетування персоналу виявило показову проблему. Фізично кімнати відпочинку у відділеннях є, але більшість працівників ними не користується. Головна причина - критична нестача часу та високий темп роботи. Це означає, що проблема полягає не в наявності самого приміщення, а в організації процесу: люди просто бояться або не мають можливості залишити робоче місце.

Щоб змінити цю ситуацію, керівництву лікарні необхідно офіційно впровадити правило коротких перерв. Завідувачі відділень мають донести до колективу важливу деталь: 15-хвилинний відпочинок кожні 3-4 години (який надається додатково до основної обідньої перерви) - це не порушення робочої дисципліни. Навпаки, це базова необхідність, щоб зберегти концентрацію та уникнути медичних помилок через перевтому.

На практиці такий графік найзручніше реалізувати за принципом почергової взаємозаміни. Поки один фахівець виходить на ці 15 хвилин, щоб випити кави чи просто побути в тиші, колега тимчасово наглядає за його пацієнтами. Це гарантує, що лікувальний процес не зупиняється ні на мить, а медик не відчуває провини перед командою за свій законний відпочинок.

Отже, успішне управління конфліктами та стресами у КНП «КМКЛ №1» вимагає відмови від точкових рішень на користь комплексної трирівневої моделі. Запропонований механізм органічно поєднує адміністративну стандартизацію (впровадження алгоритмів SBAR, L.A.S.T. та матриці RACI) із системною

психологічною підтримкою колективу (Балінтівські групи) та інструментами нематеріальної мотивації (легалізація коротких перерв). Такий синергетичний підхід дозволяє не просто «гасити» вже існуючі суперечки, а діяти на випередження - усувати організаційний хаос і знімати емоційне перевантаження ще до того, як вони спровокують кризу. У кінцевому результаті реалізація цієї програми дозволить зупинити плинність кадрів, подолати професійне вигорання медиків та створити стабільне робоче середовище, що є головною запорукою високої якості надання медичних послуг.

ВИСНОВКИ

Огляд ключових аспектів взаємодії у закладах охорони здоров'я показує, що конфліктні ситуації є невіддільною частиною інтенсивного лікувального процесу. Їхній вплив на колектив залежить від своєчасності управлінських рішень: суперечки можуть або дестабілізувати мікроклімат, або ж навпаки - стати імпульсом для організаційного розвитку. Зважаючи на те, що головним каталізатором некерованої напруги у відділеннях найчастіше виступає колосальне фізичне та інтелектуальне перенавантаження медиків, стає очевидним: успішне подолання конфліктів неможливе без турботи про ментальний ресурс працівників. Саме це робить логічним перехід до детального вивчення природи професійного стресу.

Занурюючись в аналіз цього явища та оцінюючи реальний психоемоційний фон у лікарнях, неможливо ігнорувати ту високу ціну, яку персонал щодня віддає за порятунок пацієнтів. Специфічний медичний стрес не варто плутати з банальною перевтомою, оскільки він має глибокий накопичувальний ефект. Під постійним тиском відповідальності та складних моральних виборів емоційне виснаження поступово трансформується у професійний цинізм, а згодом - у повну втрату мотивації. Оскільки такі деструктивні процеси ставлять під удар стабільність усієї установи, управлінцям вже недостатньо просто фіксувати наявність проблеми. Сучасний менеджмент вимагає рішучого кроку до практичних дій. На перший план виходить пошук дієвих механізмів: керівництву конче необхідні конкретні інструменти, здатні зупинити стихійне вигорання і сформувати у відділеннях справді безпечне психологічне середовище. Водночас важливо розуміти, що наявність розрізнених методів не вирішить проблему, якщо їх не об'єднати в цілісну стратегію.

Системний аналіз доводить: протидія вигоранню неможлива без управлінської синергії. Перекладання відповідальності виключно на працівника є хибним, адже жодні навички саморегуляції не врятують лікаря в умовах

організаційного хаосу чи токсичної атмосфери. Сучасний медичний менеджмент має зробити турботу про ментальний стан колективу такою ж рутинною процедурою, як і стерилізація інструментів. Проте будь-які теоретичні моделі залишаються формальністю без адаптації до реалій конкретного закладу. Щоб ці алгоритми запрацювали, рішення керівництва мають спиратися на точну діагностику. Це зумовило логічний перехід до емпіричного анонімного опитування персоналу, що дозволило виявити справжні тригери напруги та сформувати базу для дієвих рекомендацій

Аналізуючи організаційну структуру КНП «КМКЛ №1», стає зрозумілим, що за сучасними технологіями та складними протоколами стоїть колосальна праця живих людей. Безумовно, лікарня активно розвивається, проте саме ця масштабність робить внутрішній мікроклімат надто вразливим. Багатокомпонентна система вимагає від персоналу не лише високого професіоналізму, а й постійної емоційної віддачі, що непомітно призводить до накопичення втоми. Плинність кадрів, особливо серед середньої ланки, є своєрідним тихим сигналом про те, що колектив потребує більшої психологічної підтримки. Щоб краще зрозуміти ці приховані процеси та допомогти керівництву створити комфортніші умови праці, доцільно відійти від сухої статистики і прислухатися до самих працівників. Саме тому для об'єктивізації цих процесів було проведено м'яку практичну діагностику причин напруги безпосередньо в колективі.

Провівши анкетування медичного персоналу за допомогою інструментарію Google Forms, вдалося перевести теоретичні припущення щодо причин конфліктів у площину об'єктивних фактів. Отримані дані яскраво демонструють, що ключовим джерелом напруги є не складні характери працівників чи особиста неприязнь, а глибокі організаційні перешкоди. Критичні збої у внутрішній комунікації, розмитість посадових інструкцій та гострий кадровий дефіцит створюють щоденний хаос, який неминуче виливається в масове психоемоційне виснаження команди. У таких постійних умовах тиску медики стикаються з робочими суперечками майже щотижня. Проте найбільш тривожним сигналом для

менеджменту є обрана колективом стратегія поведінки: переважна більшість (76,2%) намагається уникати конфліктів, просто замовчуючи проблеми. Оскільки таке приховане накопичення негативу становить серйозну загрозу для безпеки лікувального процесу, зібрана аналітика формує чітке технічне завдання для керівництва лікарні. Це зумовлює логічний перехід до розробки прикладних управлінських рекомендацій у наступному підрозділі.

Разом з тим, окрім суто організаційних перешкод, діагностика підсвітила ще один критичний аспект - руйнівний вплив зовнішніх стрес-факторів. Як показало дослідження, емоційне напруження медиків КНП «КМКЛ №1» поступово набуло хронічного характеру. Персонал щодня працює в умовах колосальної відповідальності: на об'єктивні переживання через воєнні загрози (73,8%) накладається глибокий страх припуститися професійної помилки (64,3%). Тривале навантаження цілком природно виснажує нервову систему, призводячи до розвитку апатії та зниження концентрації у значної частини колективу. Наразі наявні в лікарні методи підтримки, на жаль, не можуть повною мірою компенсувати цю втому, адже доступ до фахової психологічної допомоги мають менш ніж 10% фахівців. І хоча третина колективу (31%) демонструє дивовижну внутрішню стійкість, слугуючи справжньою опорою для закладу, покладатися лише на їхній ентузіазм у довгостроковій перспективі ризиковано. Лікарня об'єктивно потребує впровадження більш системних, але водночас турботливих механізмів підтримки, щоб зберегти здоров'я своїх фахівців.

Формуючи стратегію оздоровлення мікроклімату, стає очевидним: сьогодні медичний колектив потребує не посилення контролю, а зрозумілих і дружніх механізмів підтримки. Саме такий турботливий підхід закладено у запропонованих інструментах, які структурують взаємодію за трьома найбільш проблемними напрямками. Використання комунікативних алгоритмів L.A.S.T. та SBAR м'яко нейтралізує емоційну напругу, мінімізуючи вплив людського фактора як під час роботи з пацієнтами, так і під час передачі клінічних даних між колегами. Водночас інструменти організаційної прозорості - регулярні пульс-опитування та матриця функціональної відповідальності RACI - усувають самі глибокі причини стресу:

страх перед керівництвом та хаотичність завдань у відділеннях. Переводячи щоденну рутину з емоційної площини у формат чітких і безпечних стандартів, адміністрація лікарні реально повертає працівникам відчуття захищеності та зберігає внутрішні ресурси команди.

Запропонована комплексна трирівнева модель доводить, що проста розробка управлінських інструментів (SBAR, L.A.S.T., RACI) є лише першим кроком. Для їхнього реального вкорінення у щоденну практику лікарні життєво необхідна каскадна система навчання. Водночас фундаментальною опорою для емоційної стабільності колективу має стати підтримувальний блок у форматі регулярних Балінтівських груп. Залучення нейтрального зовнішнього психолога створює для медиків абсолютно безпечний, конфіденційний простір, де вони можуть екологічно проживати робочий стрес без страху осуду чи адміністративного покарання. Завершує цю систему мотиваційний блок - легалізація коротких 15-хвилинних перерв за принципом почергової взаємозаміни працівників, що повертає людям їхнє законне право на перепочинок. Зрештою, саме така синергія адміністративної стандартизації, системної психологічної допомоги та поваги до базових потреб персоналу є єдиним дієвим ключем до збереження команди від вигорання.

Констатуємо, конфлікти та стрес дійсно трапляються в роботі медичного закладу, проте їхній рівень можна і треба суттєво знижувати. За допомогою запропонованого комплексу рішень - алгоритмів L.A.S.T. та SBAR, системи зворотного зв'язку і матриці RACI - буде формуватися надійний захисний механізм. Запропоновані інструменти дозволяють перевести емоційну напругу в конструктивне русло, звести кількість суперечок до мінімуму та зберегти найцінніше - ментальне здоров'я і єдність медичної команди.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Adams, J. S. Inequity in Social Exchange. *Advances in Experimental Social Psychology*, 1965, pp. 267–299. URL: https://web.mit.edu/curhan/www/docs/Articles/15341_Readings/Justice/InequityInSocialExchange_Adams.pdf (дата звернення: 10.10.2025)
2. Колот А. М. Вирішення соціально-трудових конфліктів на засадах партнерства та соціальної відповідальності. *Економіка та суспільство*. 2023. № 49. URL: <https://economyandsociety.in.ua/index.php/journal/article/view/2297/2218> (дата звернення: 10.10.2025)
3. Колот А.М. «Праця 5.0»: теоретико-прикладний концепт формування новітньої платформи соціально-трудового розвитку: препринт. Київ: КНЕУ, 2025. 84 с. URL: <https://doi.org/10.33111/978-966-926-565-4> (дата звернення: 10.10.2025)
4. Lopushniak H. An Ecosystem Approach to Strategic Management of the Development Business. *Social Development: Economic and Legal*. 2026. №13. DOI <https://doi.org/10.70651/3083-6018/2026.1.22> (дата звернення: 12.03.2026)
5. Лопушняк Г. С., Поплавська О. М. Соціальна безпека організацій: теоретико-методологічні засади дослідження. *Здобутки економіки: перспективи та інновації*. 2026. №27. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.18872868> (дата звернення: 12.03.2026)
6. Карамушка Л. М., Креденцер О. В., Терещенко К. В., Лагодзінська В., Івкін В., Ковальчук О., Особливості психічного здоров'я персоналу освітніх та наукових організацій в умовах війни. *Організаційна психологія. Економічна психологія*. 2022. № 1 (25). С. 63-67. URL: <https://orgpsy-journal.in.ua/index.php/orep/article/view/331/270> (дата звернення: 10.10.2025)
7. Рябоконт І. О., Шандар А. М. Якість трудового життя науково-педагогічних працівників: детермінанти та показники оцінювання. *Соціально-трудові відносини: теорія та практика*. 2022. № 12, ч. 2. С. 15–23. URL:

<https://ir.kneu.edu.ua/items/cc9c6ee8-7d99-411e-9cb6-58762c861f0c> (дата звернення: 10.10.2025)

8. Ємельяненко Л. М., Сімоходська О. В. Управління конфліктами: навч.посібник. К.: КНЕУ, 2011. 339 с. (дата звернення: 10.10.2025)

9. Василик А. В., Столярчук Х. С., Булуй А. В. Діагностика проблем і заходи подолання професійного вигорання працівників. *Проблеми економіки*. 2021. №1. С. 64–67. URL: <https://lnk.ua/RCV2wIPdX> (дата звернення: 12.10.2025)

10. Кирилюк В., Колядич О., Шевчук О. Соціальна безпека та згуртованість: сучасні підходи щодо їх взаємодії. *Економічний аналіз*. 2023. Т. 33, № 1. С. 59-65. URL: <https://lnk.ua/mfqstZMbD> (дата звернення: 15.10.2025)

11. Digitalization of Personnel Management Processes: Reserves for Using Chatbots. N Danylevych, S Rudakova, L Shchetinina... - IntSol Workshops, 2021. URL: <https://lnk.ua/ud9Zt3x0W> (дата звернення: 15.10.2025)

12. Якість трудового життя: аналіз, оцінювання, перспективи / Щетініна Л. В., Рудакова С. Г., Данилевич Н. С., Цьопа А. Р. // Бізнес Інформ. – 2022. – № 2. – С.126–131.URI:<https://ir.kneu.edu.ua:443/handle/2010/40007> (дата звернення: 15.10.2025)

13. Москаленко В. Ф., Шекера О. Г. Медичне страхування – актуальна проблема військової медицини: стан і перспективи: інформаційно-аналітичний збірник К.: ЕКМО, 2016. 330 с.

14. Бідучак А. С. Медичні конфлікти в системі «лікар-пацієнт». *Науковий вісник Ужгородського університету, серія «Медицина»*. 2022. Випуск 2 (66). С. 133-135. URL: <https://med-visnyk.uzhnu.uz.ua/index.php/med/article/view/198/315>. (дата звернення: 01.11.2025)

15. Батракова Т.І. Інфляція як вираження розподільчого конфлікту. *Економічні студії*. 2016. № 1 (09). С. 7-11.

16. Мекшун Л. М. Управління конфліктами : конспект лекцій. Чернігів : ЧНТУ, 2019. 31 с. URL: <https://lnk.ua/0Qf8z1k94> (дата звернення: 01.11.2025)

17. Н.О.Теренда, Т.Б.Павлів, О.А.Теренда. Професійне вигорання-одна з невіршених проблем системи охорони здоров'я. *Здоров'я і суспільство*. 2021. С. 29-33. URL: <https://clipr.cc/jbW7z> (дата звернення: 01.11.2025)
18. Г.М.Науменко. Від професійного вигорання до залученості медичного персоналу. *нейронews*. 2020. № 8 (119). С. 30–36. URL: [https://neuronews.com.ua/uploads/issues/2020/8\(119\)/nn20_8_30-36.pdf](https://neuronews.com.ua/uploads/issues/2020/8(119)/nn20_8_30-36.pdf). (дата звернення: 01.11.2025)
19. Москаленко В. Ф., Шекера О. Г. Медичне страхування – актуальна проблема військової медицини: стан і перспективи: інформаційно-аналітичний збірник К.: ЕКМО, 2016. 330 с.
20. Кравчук Ю., Шутяк І. Конфлікти в організації та методи їх врегулювання. *SWorldJournal*. 2021. № 5. С. 32–35. URL: <https://lnk.ua/7ohMRojjL> (дата звернення: 01.11.2025)
21. Кононова М. М, Кучма Т. В. Сутність стресу як психологічної категорії. *Молодий вчений. Психологічні науки*. 2021. Т. 1. № 89. С. 28–32. URL: <https://molodyivchenyi.ua/index.php/journal/article/view/146/140>. (дата звернення: 01.11.2025)
22. Стан професійного стресу у медичних працівників, протидії та його подолання / Чорна В. В, Махнюк В. М., Могильний С. М , Хлєстова С. С, Подолян В. М, та ін. *Охорона громадського здоров'я*. 2022. С. 53-62 URL: <https://lnk.ua/BJbZWxOcr> (дата звернення: 01.11.2025)
23. World Health Organization. ICD-11: International Classification of Diseases (11th Revision). QD85: Burn-out. 2019. URL: <https://lnk.ua/4HZtt276s> (дата звернення: 01.11.2025)
24. Conflict management in healthcare institutions: the case of healthcare center Zvečan / Sanja Dobričanin et al. *BizInfo*. 2022. No. 13 (2). P. 49–56. URL: https://www.researchgate.net/publication/368285607_Conflict_management_in_healthcare_institutions_the_case_of_healthcare_center_Zvecan. (дата звернення: 01.11.2025)

25. Орос М. М. Стрес, дистрес та тривожність розладу. *Ліки України*. 2021. № 7. С. 32-35.

26. Всесвітня організація охорони здоров'я опублікувала 11-е видання Міжнародної класифікації хвороб. *Міністерство охорони здоров'я*. URL: <https://lnk.ua/xDeUJLZuC> (дата звернення: 01.11.2025)

27. Алькема В. Г., Сумець О. М., Кириченко О. С. Менеджмент закладу охорони здоров'я: навч. посібник. К.: КРОК, 2023. 244 с. URL: https://library.krok.edu.ua/media/library/category/navchalni-posibniki/alkema_0036.pdf (дата звернення: 01.11.2025)

28. SBAR: Детальний розбір з реальними прикладами. *August*. 2026. URL: <https://www.meetaugust.ai/uk/blog/sbar> (дата звернення: 01.02.2026)

29. Утюж І. Г., Мегрелішвілі М. О. Історія медицини: Курс лекцій. URL: <https://dspace.zsmu.edu.ua/bitstream/123456789/18054/1/Історія%20медицини.%20Курс%20лекцій.pdf> (дата звернення: 06.11.2025)

30. Maja Keković, Damir Pelicic, Svetlana Radevic. Causes of stress in healthcare workers in hospital institutions. *ReaserchGate*. 2022. URL: <https://lnk.ua/mQdZmsAZj> (дата звернення: 06.11.2025)

31. Jeyapalan Thensiniya, Blair Eri. The Factors Causing Stress in Medical Students and their Impact on Academic Outcomes: A Narrative Qualitative Systematic Review. *Reviews*. 2024. Vol. 12, no. 2: 195-203. URL: <https://ijms.pitt.edu/IJMS/article/view/2218/2564>. (дата звернення: 06.11.2025)

32. Як впоратись з емоційним вигоранням медичним працівникам. Міністерство охорони здоров'я. 25.05.2018. URL: <https://lnk.ua/DZ8NjYpob> (дата звернення: 06.11.2025)

33. Київська міська клінічна лікарня № 1 : офіційний сайт. URL: <http://kml1.kiev.ua> (дата звернення: 14.12.2025)

34. Хірургічне відділення сучасних та інноваційних технологій. «Київська міська клінічна лікарня №1 виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації)». URL: <https://lnk.ua/St3P4egGs> (дата звернення: 14.12.2025)

35. Серцево-судинний центр. КНП "Київська міська клінічна лікарня №1 виконавчого органу київської міської ради".

URL: <https://www.kmkl1.kiev.ua/viddilennya-kardiologii/333-kerivnik-sertsevo-sudinnogo-tsentru>. (дата звернення: 14.12.2025)

36. Консультативно-діагностичний центр КНП "КМКЛ №1". Комунальне некомерційне підприємство «Київська міська клінічна лікарня №1 виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації)».

URL: <https://www.kmkl1.kiev.ua/konsultatyvno-diahnostychnyi-tsentr-vul-urlivska-13>. (дата звернення: 14.12.2025)

37. Комунальне некомерційне підприємство «Київська міська клінічна лікарня №1» виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації). Київська міська державна адміністрація/Медичний портал. URL: <https://med.kyivcity.gov.ua/medportal/medview/168.html>. (дата звернення: 14.12.2025)

38. Центр малоінвазивної хірургії LISOD. *Laparoscopic Surgery Center*. URL: <https://lnk.ua/OQ9VSlZnz> (дата звернення: 20.12.2025)

39. Тема 5.6. Спеціалізовані телемедичні напрями (телекардіологія, теледерматологія, телехірургія, телемоніторинг, телереабілітація та інші). Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/uk/news/specializovani-telemedichni-rishennya>. (дата звернення: 20.12.2025)

40. Чиж М. О., Белочкіна І. В., Гладких Ф. В. Кріохірургія і фізичні методи в лікуванні онкологічних захворювань. Український радіологічний та онкологічний журнал. 2021. Т. XXIX. № 2. С. 127–149. DOI: <https://doi.org/10.46879/ukroj.2.2021.127-149> (дата звернення: 20.12.2025)

41. Радіохірургія (SRS). Клініка Мануфактура. URL: <https://manufacturaclinica.com/services/radiohirurgiya/>. (дата звернення: 20.12.2025)

42. Звіт про стан кадрового забезпечення та соціальні аспекти діяльності КНП «КМКЛ № 1» за 2022 рік // Внутрішня звітна документація Комунального

некомерційного підприємства «Київська міська клінічна лікарня № 1». Київ, 2023.
https://kmk11.kiev.ua/images/zvit/Zvit_pro_uprav_2023.pdf (дата звернення: 20.12.2025)

43. Звіт про стан кадрового забезпечення та соціальні аспекти діяльності КНП «КМКЛ № 1» за 2023 рік // Внутрішня звітна документація Комунального некомерційного підприємства «Київська міська клінічна лікарня № 1». Київ, 2024.
https://kmk11.kiev.ua/images/zvit/Zvit_pro_uprav_2024.pdf (дата звернення: 20.12.2025)

44. Opendatabot. код ЄДРПОУ /01981738/ КНП "КМКЛ №1".
 URL: <https://opendatabot.ua/c/01981738> (дата звернення: 20.12.2025)

45. Звіт про стан кадрового забезпечення та соціальні аспекти діяльності КНП «КМКЛ № 1» за 2024 рік // Внутрішня звітна документація Комунального некомерційного підприємства «Київська міська клінічна лікарня № 1». Київ, 2025.
 URL: https://kmk11.kiev.ua/images/zvit/Zvit_pro_uprav_2025.pdf (дата звернення: 20.12.2025)

46. Комунальне некомерційне підприємство "Київська міська клінічна лікарня №1 виконавчого органу Київської міської ради (київської міської державної адміністрації)". *Відділення*. URL: <https://kmk11.kiev.ua> (дата звернення: 20.12.2025)

47. Григор'єва О. А., Булдишкін В. В., Скаковський Е.Р. Клінічна анатомія та оперативна хірургія передньобічної стінки живота та черевної порожнини: Навчальний посібник. Запоріжжя: ЗДМУ, 2018. 172 с.

48. Центр громадського здоров'я МОЗ України. *Вигорання та втома від співчуття у медичних працівників: ознаки та як впоратись*.
 URL: <https://lnk.ua/A5DEicv0X> (дата звернення: 20.12.2025)

49. Олена Беденко-Зваридчук. правовий статус медичного працівника в Україні та алгоритм дії при порушенні прав. *Новини медицини та фармації*.
 URL: <https://www.mif-ua.com/archive/article/46783>. (дата звернення: 25.12.2025)

50. Найкращий спосіб вирішити конфлікт: LAST. *Бердянський фаховий коледж ТДАТУ*. 2023. URL: <https://bc-tsatu.zp.ua/blog/najkrashij-sposib-virishiti-konflikt-last>. (дата звернення: 20.02.2026)
51. SBAR: Детальний розбір з реальними прикладами. *August*. 2026. URL: <https://www.meetaugust.ai/uk/articles/sbar>. (дата звернення: 20.02.2026)
52. ATLS Розділ 13: Переведення до відповідного відділення для надання остаточної допомоги. *ГМКА*. 2022. URL: <https://lnk.ua/apZX0TDwa> (дата звернення: 20.02.2026)
53. Anna Korostashovets. What Is a RACI Matrix in Project Management. *worksection*. 2024. URL: <https://worksection.com/en/blog/the-raci-matrix.html>. (дата звернення: 06.03.2026)
54. Мазурик Н. А. Використання RACI-матриці в системі проектного менеджменту. *УДК005.8:004.4*. URL: <https://openarchive.nure.ua/server/api/core/bitstreams/25e8b066-d5ea-422c-8128-57e16fc7ee4c/content>. (дата звернення: 06.03.2026)
55. Вартість послуг. *центр клінічної психології та психотерапії*. URL: <https://psy-kiev.com.ua/prices-ua/> (дата звернення: 06.03.2026)

ДОДАТКИ

Додаток А

АНКЕТА

для дослідження соціально-психологічного клімату та рівня стресу в медичному колективі

1. Ваша посада:

- ☐ Лікар
- ☐ Середній медичний персонал (медсестра/медбрат, фельдшер, акушерка)
- ☐ Молодший медичний персонал (санітар)

2. Ваш стаж роботи в цьому закладі:

- ☐ До 1 року
- ☐ 1–5 років
- ☐ 5–10 років
- ☐ Понад 10 років

3. Чи чітко визначені Ваші посадові обов'язки та зони відповідальності?

- ☐ Так, я чітко знаю, що маю робити.
- ☐ Частково, іноді виникають спірні моменти ("хто це має робити").
- ☐ Ні, межі обов'язків розмиті, часто доводиться виконувати чужу роботу.

4. Як часто у Вашому колективі/відділенні виникають конфліктні ситуації?

- ☐ Щодня
- ☐ Кілька разів на тиждень
- ☐ Кілька разів на місяць
- ☐ Вкрай рідко / Конфліктів немає

5. Між ким найчастіше виникають конфлікти? (Можна обрати декілька варіантів)

- ☐ Керівник – Підлеглий
- ☐ Лікар – Лікар, Медсестра – Медсестра
- ☐ Лікар – Медсестра
- ☐ Медик – Пацієнт/Родичі

6. Що, на Вашу думку, є основною причиною конфліктів? (Можна обрати декілька)

- ☐ Матеріальні питання (премії, зарплата, забезпечення ліками).
- ☐ Недоліки комунікації (не вчасно передана інформація, втрата даних).
- ☐ Особистісна неприязнь, плітки, боротьба за лідерство.
- ☐ Психоемоційне виснаження та втома колег.

7. Який стиль вирішення конфліктів переважає у Вашому колективі?

- ☐ Конструктивний діалог та співпраця.
- ☐ Адміністративний тиск (наказ, догана, "килим").
- ☐ Уникнення або замовчування проблеми.
- ☐ Агресивне протистояння.

8. Оцініть Ваш поточний рівень професійного стресу за шкалою від 1 до 10: (де 1 – повний спокій, 10 – критичне напруження)

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10

9. Які фактори викликають у Вас найбільший стрес сьогодні? (можна обрати декілька відповідей)

- ☐ Загрози воєнного часу (повітряні тривоги, обстріли, відключення світла).
- ☐ Робота з важкими/травмованими пацієнтами (психологічне навантаження).
- ☐ Низький рівень оплати праці.
- ☐ Надмірне робоче навантаження та понаднормові.
- ☐ Страх припуститися лікарської помилки.
- ☐ Тиск з боку керівництва.

10. Чи помічаєте Ви у себе симптоми професійного вигорання?

- ☐ Так, відчуваю хронічну втоми та небажання йти на роботу.
- ☐ Відчуваю тривожність та проблеми зі сном.
- ☐ Ні, я почуваюся стабільно та енергійно.

11. Як стрес впливає на ефективність Вашої роботи?

- ☐ Знижується уважність, зростає ризик помилок.
- ☐ Зменшується швидкість роботи, з'являється апатія.
- ☐ Погіршуються стосунки з колегами (дратівливість).
- ☐ Не впливає.

12. Чи використовуєте Ви/Ваш заклад методи профілактики стресу? (можна обрати декілька відповідей)

- ☐ У нас проводяться тренінги/є психолог, і я це відвідую.
- ☐ У нас є кімната відпочинку, але немає часу там бувати.
- ☐ Керівництво не приділяє цьому уваги, рятуємось самі (спілкування з колегами,...
- ☐ Нічого немає.

13. Чи відчуваєте Ви дефіцит кадрів у Вашому відділенні?

- ☐ Ні, штат укомплектований повністю.
- ☐ Частково, не вистачає кількох працівників.
- ☐ Так, критична нестача персоналу, доводиться працювати "за двох".

14. Як Ви оцінюєте матеріально-технічне забезпечення Вашого робочого місця?

- ☐ Відмінно (є все необхідне сучасне обладнання).
- ☐ Добре (загалом вистачає, але дещо застаріле).
- ☐ Задовільно (працюємо на тому, що є, часто економимо).
- ☐ Незадовільно (постійний брак ліків, розхідників, інструментів).

15. Чи влаштовує Вас графік роботи та система змін?

- ☐ Так, графік зручний і стабільний.
- ☐ Загалом так, але бувають незручні зміни.
- ☐ Ні, графік складається хаотично, побажання не враховуються.
- ☐ Ні, доводиться брати занадто багато нічних чергувань.

Метадані

ДОКУМЕНТ

Заголовок

Управління конфліктами і стресами в діяльності працівників медичного закладу

Автор

Дивинська

Науковий керівник / Експерт

Ємельяненко

ІД документа

334128821

ОРГАНІЗАЦІЯ

Назва організації

Kyiv National Economic University named after Vadym Hetman
KNEU

підрозділ

кафедра соціоекономіки та управління персоналом

ЗВІТ

Дата звіту

6/2/2026

Дата редагування

Обсяг знайдених подібностей

Коефіцієнт подібності визначає, який відсоток тексту по відношенню до загального обсягу тексту було знайдено в різних джерелах. Зверніть увагу, що високі значення коефіцієнта не автоматично означають плагіат. Звіт має аналізувати компетентна / уповноважена особа.



25
Довжина фрази для коефіцієнта подібності 2



16667
Кількість слів



132676
Кількість символів

Тривога

У цьому розділі ви знайдете інформацію щодо текстових спотворень. Ці спотворення в тексті можуть говорити про МОЖЛИВІ маніпуляції в тексті. Спотворення в тексті можуть мати навмисний характер, але частіше характер технічних помилок при конвертації документа та його збереженні, тому ми рекомендуємо вам підходити до аналізу цього модуля відповідально. У разі виникнення запитань, просимо звертатися до нашої служби підтримки.

Заміна букв	Б	2
Інтервали	A→	0
Мікропробіли	␣	92
Білі знаки	␣	3
Парафрази (SmartMarks)	a	2

Джерела

Нижче наведений список джерел. В цьому списку є джерела із різних баз даних. Колір тексту означає в якому джерелі він був знайдений. Ці джерела і значення Коефіцієнту Подібності не відображають прямого плагіату. Необхідно відкрити кожне джерело і проаналізувати зміст і правильність оформлення джерела.

10 найдовших фраз

Колір тексту

#	НАЗВА ТА АДРЕСА ДЖЕРЕЛА URL (НАЗВА БАЗИ)	КІЛЬКІСТЬ ІДЕНТИЧНИХ СЛІВ (ФРАГМЕНТІВ)
---	--	--