

ПСИХОЛОГІЧНИЙ ОПІР ЗМІНАМ У МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ: РОЛЬ СТИЛЮ КЕРІВНИЦТВА Й ЕМОЦІЙНОЇ ПІДТРИМКИ ПЕРСОНАЛУ

Борщ В. І.

доктор економічних наук, доцент,
професор кафедри менеджменту охорони здоров'я
Одеського національного медичного університету
ORCID ID: 0000-0002-0059-7295

Дружкова І. С.

кандидат історичних наук, доцент,
доцент кафедри менеджменту охорони здоров'я
Одеського національного медичного університету
ORCID ID: 0000-0002-7934-5057

У статті здійснено комплексне дослідження психологічного опору змінам у медичних організаціях із фокусом на вплив стилю керівництва й емоційної підтримки персоналу. Психологічний опір розглядається як багатовимірне явище, що поєднує когнітивні оцінки, емоційні реакції та поведінкові стратегії. Теоретично обґрунтовано роль управлінських стилів (авторитарного, демократичного, трансформаційного, емоційно-орієнтованого) у регуляції реакцій персоналу на організаційні трансформації. Особливу увагу приділено класифікаціям керівництва за К. Левінім, Р. Лайкертом, Блейком-Мутон і Д. Голманом.

У контексті медичних закладів підкреслюється важливість урахування професійної ідентичності, ригідності мислення, рівня невизначеності й емоційного навантаження як чинників, що посилюють опір. Аналізується вплив міжособистісних та організаційних факторів, зокрема довіри до керівництва, якості комунікації, неформального лідерства й організаційної культури.

Запропоновано модель гнучкого управлінського реагування на опір, що передбачає поетапне застосування різних стилів лідерства відповідно до стадії змін. Обґрунтовано доцільність включення елементів емоційної підтримки, діалогічної комунікації й активного залучення персоналу до прийняття рішень як стратегій зниження опору. Підкреслюється, що опір є не деструктивною перешкодою, а потенційним джерелом зворотного зв'язку, який за адекватного управління може стати ресурсом організаційного зростання.

Ключові слова: психологічний опір, стиль керівництва, емоційна підтримка, медичні заклади, управління змінами.

Borshch V. I., Druzhkova I. S. Psychological resistance to change in medical organizations: the role of leadership style and emotional support for staff

This article presents a comprehensive investigation into psychological resistance to change within medical organizations, with a focus on the influence of leadership style and emotional support for staff. Psychological resistance is conceptualized as a multidimensional phenomenon encompassing cognitive evaluations, emotional responses, and behavioral strategies. The theoretical role of leadership styles – authoritarian, democratic, transformational, and emotionally oriented – in regulating staff reactions to organizational transformation is substantiated. Particular attention is given to leadership typologies developed by K. Lewin, R. Likert, R. Blake and J. Mouton, and D. Goleman.

Within the healthcare context, the study emphasizes the significance of professional identity, cognitive rigidity, perceived uncertainty, and emotional burden as key factors amplifying resistance. The impact of interpersonal and organizational variables, such as trust in leadership, communication quality, informal leadership, and organizational culture is thoroughly examined.

The article proposes a flexible managerial response model that involves the phased application of various leadership styles aligned with the stages of change implementation. It advocates for the integration of emotional support, dialogic communication, and active staff engagement in decision-making as effective strategies to mitigate resistance. Resistance is framed not as a destructive obstacle but as a potential source of feedback, which, when appropriately managed, can serve as a valuable resource for organizational development.

Key words: psychological resistance, leadership style, emotional support, medical organizations, change management.

Вступ. У контексті трансформації системи охорони здоров'я управління змінами набуває ключового значення. Запровадження нових структур, цифрових технологій і стандартів медичної допомоги супроводжується не лише адміністративними перетвореннями, а й глибокими психологічними процесами, що визначають готовність персоналу підтримувати зміни. Успіх реформ залежить не лише від їх змісту, а й від емоційних і когнітивних реакцій працівників, зокрема психологічного опору.

Психологічний опір змінам у медичних організаціях охоплює емоції, установки й поведінку, пов'язані з неприйняттям нововведень. Він не є ознакою дисфункції, а свідчить про втрату безпеки, статусу або автономії в умовах невизначеності. Висока відповідальність за життя пацієнтів, ригідність протоколів і жорстка ієрархія часто підсилюють цей опір.

Одним із визначальних чинників рівня опору є стиль керівництва. Він впливає на емоційний клімат, організаційну культуру й залучення персоналу. Авторитарні стилі можуть посилювати тривожність і недовіру, тоді як демократичні, трансформаційні та емоційно-орієнтовані стилі сприяють відкритості й психологічній безпеці.

Актуальність дослідження зумовлена потребою глибше зрозуміти психологічні механізми сприйняття змін і визначити стилі лідерства, що сприяють успішному впровадженню реформ з урахуванням емоційної динаміки та професійної ідентичності медичного персоналу [2].

Мета статті – визначити вплив стилю керівництва на інтенсивність психологічного опору змінам у закладах охорони здоров'я.

Методи та методики дослідження. У статті застосовано теоретичний аналіз наукової літератури, контент-аналіз емпіричних досліджень, а також синтез управлінських моделей і психологічних підходів до подолання опору змінам.

Результати. Проблематика стилів керівництва є однією із центральних у психології управління, оскільки саме стиль взаємодії керівника з підлеглими визначає динаміку організаційної поведінки, рівень мотивації персоналу, ефективність ухвалення рішень і сприйняття змін. Протягом XX–XXI століть

науковці запропонували низку моделей стилів керівництва, що відображають еволюцію уявлень про природу лідерства, від фіксованих особистісних рис до ситуаційно-залежної поведінки, емоційного інтелекту й адаптивності.

Однією з перших класифікацій була модель Курта Левіна, яка виокремила три базові стилі керівництва: авторитарний, демократичний і ліберальний (дозвільний). Авторитарний стиль ґрунтується на централізованому прийнятті рішень, жорсткому контролю та мінімальному зворотному зв'язку. Такий підхід часто викликає пасивний опір, емоційне напруження й зниження залученості. Демократичний стиль передбачає колегіальність, залучення до прийняття рішень і відкриту комунікацію, він сприяє формуванню довіри та зменшенню опору. Ліберальний стиль за відсутності керованості часто провокує дезорганізацію й формування неформальних структур влади [10].

Розвитком і конкретизацією цієї моделі стала типологія управлінських систем за Р. Лайкертом (1961), яка передбачала чотири рівні централізації й участі персоналу: експлуататорсько-авторитарну, доброзичливо-авторитарну, консультативну та партисипативно-групову. Найефективнішою в контексті змін вважається остання, вона забезпечує високу мотивацію, відповідальність і зниження опору через залучення персоналу до прийняття рішень [11].

Іншу важливу модель запропонували Р. Блейк і Д. Моутон у вигляді «менеджерської решітки», яка базується на двох осях: турбота про виробництво й турбота про людей. Найвищу ефективність має стиль 9.9 «командне керівництво», що поєднує високу орієнтацію на завдання з глибокою повагою до потреб працівників. У контексті змін і невизначеності саме цей стиль дає змогу підтримувати рівновагу між організаційними цілями та психологічним комфортом персоналу.

У кінці XX століття з'явилися теорії трансформаційного та транзакційного лідерства, зокрема, у роботах Дж. Баса й Б. Бернса. Трансформаційне лідерство орієнтоване на натхнення, розвиток бачення та підтримку індивідуального потенціалу працівників, що

особливо важливо в умовах змін. Транзакційне – базується на обміні: винагорода за досягнення, санкції за відхилення. У медичних організаціях, що функціонують у стабільних умовах, транзакційне керівництво може бути ефективним, але в кризовий період або під час реформ воно часто викликає формальне прийняття без внутрішньої підтримки.

Особливу увагу в сучасній науці приділяють емоційно-орієнтованим стилям, які інтегрують поняття емоційного інтелекту керівника. Даніель Гоулман виокремив шість стилів: коучинговий, авторитетний, приєднувальний, демократичний, темпостворювальний і директивний. Гнучке використання цих стилів залежно від ситуації дає керівникові змогу зберігати довіру колективу, адаптуватися до емоційного клімату та знижувати напруження в умовах змін. Особливо ефективними у сфері охорони здоров'я є коучинговий, авторитетний і демократичний стилі.

Таким чином, еволюція підходів до класифікації стилів керівництва демонструє все більше усвідомлення ролі психологічних чинників в управлінні. Зі зростанням динаміки змін у соціальних системах і підвищенням значущості людського ресурсу стиль керівництва розглядається не як жорстка модель, а як адаптивна система дій, що вимагає глибокого розуміння контексту, комунікативної компетентності й емоційної зрілості керівника.

Успішне впровадження змін у будь-якій організації, особливо у сфері охорони здоров'я, потребує розуміння не лише організаційних процесів, а й психологічних механізмів, що визначають ставлення персоналу до трансформацій [3]. Психологічний опір змінам – це не лише перешкода, а й індикатор внутрішнього напруження, що вимагає делікатного управлінського реагування.

У психологічній науці опір змінам розглядається як багаторівневе явище, що охоплює три взаємопов'язані компоненти: когнітивний, емоційний і компоненти [15].

Когнітивний компонент опору відображає раціональну й усвідомлену реакцію працівників на запропоновані організаційні трансформації. Такий опір виникає як результат аналітичного осмислення суті змін, їх доцільності, обґрунтованості й потенційного впливу на

професійну діяльність, кар'єрні перспективи, соціальний статус або рівень робочого навантаження. Працівники здійснюють когнітивну оцінку нововведень з позицій особистого та професійного досвіду, порівнюючи запропоновані зміни з раніше усталеними практиками. Якщо зміни виглядають суперечливими, нелогічними або такими, що порушують внутрішні переконання, формується раціональна недовіра до процесу трансформацій [4].

Особливої значущості набуває питання відповідності змін базовим цінностям організації, професійним стандартам та етичним орієнтирам. У професійних середовищах, де велике значення має експертність та автономія (наприклад, у системі охорони здоров'я), зміни без належного обґрунтування або залучення до діалогу можуть сприйматися як знецінення фахової компетентності. Зокрема, упровадження нових клінічних протоколів, електронних медичних систем або управлінських регламентів без попереднього погодження з медичними працівниками може породжувати когнітивне відторгнення й протест. У таких випадках раціональне несприйняття змін поєднується з відчуттям загрози професійній ідентичності, що поглиблює рівень опору [5].

Таким чином, когнітивний опір вимагає не лише інформаційного супроводу змін, а й прозорої комунікації, надання логічних аргументів, активного залучення персоналу до обговорення рішень і врахування ціннісно-професійного контексту, у якому ці зміни впроваджуються.

Емоційний компонент є однією з найранніших і найглибших форм реагування на зміни, що часто передує раціональному осмисленню ситуації. Емоції формують загальне ставлення працівників до нововведень і суттєво впливають як на індивідуальну поведінку, так і на соціальну динаміку в колективі. У процесі трансформацій емоційні реакції можуть виконувати як адаптаційну, так і деструктивну функцію залежно від характеру емоцій, їх інтенсивності й наявності підтримки з боку організації.

Серед найпоширеніших емоційних реакцій на зміни варто виділити страх невідомого, який виникає в ситуаціях інформаційної

невизначеності або за наявності негативного досвіду попередніх змін. Тривожність нерідко супроводжує очікування негативних наслідків, сумніви у власній професійній компетентності чи побоювання втрати статусу. Роздратування й гнів можуть виникати у відповідь на сприйняття порушення організаційної справедливості, обмеження автономії або порушення звичної стабільності. Водночас емоції суму й фрустрації є типовими реакціями на втрату як матеріальних, так і нематеріальних ресурсів: звичних процедур, усталених структур, близьких колег чи сформованих соціальних зв'язків [14].

У медичних колективах, де щоденна професійна діяльність пов'язана з високим рівнем емоційного навантаження, будь-які зміни можуть бути каталізатором емоційної нестабільності. Навіть об'єктивно позитивні інновації можуть сприйматися з емоційним опором, якщо не супроводжуються належною підтримкою, поясненнями й участю персоналу в процесі прийняття рішень. Це створює ризик зниження морального клімату, підвищення конфліктності в команді та загального саботажу змін [1].

Таким чином, емоційний опір вимагає особливої уваги з боку керівництва. Для його подолання доцільно застосовувати заходи емоційної підтримки, відкритого діалогу, визнання почуттів персоналу та формування психологічно безпечного середовища в умовах організаційної трансформації.

Поведінковий компонент опору є найбільш вираженою та помітною формою протидії організаційним трансформаціям. Він охоплює як пасивні, так й активні реакції індивідів або груп, які можуть значно вплинути на ефективність упровадження змін. Пасивні форми поведінкового опору зазвичай виявляються у вигляді ігнорування нових вимог, формального виконання завдань без емоційного чи когнітивного залучення, а також уникання відповідальності за результати. Такі дії, хоч і не є відкрито конфронтаційними, створюють приховані бар'єри, що ускладнюють реалізацію змін [12].

Активний опір натомість проявляється у формі відкритих скарг, саботажу, відмови від співпраці, організації протестних дій або ство-

рення неформальних коаліцій, що протистоять ініціативам керівництва. Подібна поведінка може набувати цілеспрямованого та скоординованого характеру, підриваючи як внутрішню стабільність організації, так і довіру до її керівництва [7].

На окрему увагу заслуговують компенсаторні дії, коли співробітники, адаптуючись до нових умов, свідомо або несвідомо створюють неофіційні механізми або обхідні шляхи виконання завдань, які дають змогу мінімізувати вплив нововведень. Такі стратегії можуть тимчасово знижувати рівень стресу або відновлювати відчуття контролю, але водночас підривають цілісність реформ і формують викривлену організаційну практику.

Варто підкреслити, що поведінковий опір не завжди є проявом свідомого спротиву. Часто він є відображенням глибших психологічних процесів, таких як невизначеність, тривожність, емоційна нестабільність або дефіцит когнітивного розуміння мети й логіки змін. Отже, для ефективного подолання подібного опору необхідно не лише впроваджувати адміністративні рішення, а й забезпечити належну інформаційну, психологічну й емоційну підтримку персоналу в процесі трансформацій [13]. Тобто психологічний опір змінам є не уніформною реакцією, а складною системою ментальних та емоційних процесів, що вплітаються в поведінкову динаміку організаційного життя. Урахування цієї багаторівневої структури дає змогу керівникам більш точно оцінити ризики трансформацій та адаптувати управлінські дії до потреб персоналу.

Заклади охорони здоров'я мають низку особливостей, які формують унікальне середовище для впровадження змін. Високий рівень відповідальності за життя пацієнтів, суворе регламентованість діяльності, багаторівнева структура колективів, міжпрофесійна взаємодія та постійна робота в умовах стресу зумовлюють специфічні прояви й механізми психологічного опору змінам.

Одним із ключових чинників опору в медичному середовищі є глибоко вкорінена професійна ідентичність. Медичні працівники часто ототожнюють себе з усталеними стандартами практики, етичними нормами й соціальною місією допомоги. Будь-які зміни,

які сприймаються як загроза цим уявленням, можуть викликати внутрішній протест. Особливо це стосується реформ, які торкаються ролі лікаря, автономії прийняття клінічних рішень або змін у взаємодії з пацієнтами. У контексті інновацій професійна ригідність, стійкість до змін способів мислення чи дій є потужним бар'єром. Якщо нові підходи суперечать «традиційним» уявленням про медичну етику чи стандарти лікування, працівники можуть чинити опір не через логічну незгоду, а через бажання зберегти внутрішню цілісність і почуття професійної гідності.

Невизначеність є одним із найпотужніших психологічних тригерів опору змінам. В умовах реформування системи охорони здоров'я, коли часто відсутня чітка інформація про кінцеві результати або процедури імплементації, працівники втрачають відчуття контролю над ситуацією. Це викликає тривожність, інерцію мислення, зниження залученості й, зрештою, формує пасивний або активний опір [19].

Особливо небезпечною є ситуація, коли управлінські зміни впроваджуються без достатнього пояснення мети й механізмів, що призводить до домислів, чуток і формування «інформаційного вакууму». У таких умовах опір часто набуває характеру колективного настрою, що поглиблює недовіру та фрустрацію.

Більшість закладів охорони здоров'я характеризуються високим рівнем формалізованості, суворим дотриманням процедур і внутрішнім консерватизмом. Таке середовище, з одного боку, забезпечує стабільність і безпеку, а з іншого – ускладнює процес змін, що потребують гнучкості, відкритості до нового й ризикованих експериментів.

У контексті організаційної культури часто переважає страх помилки як ключова детермінанта поведінки. Це стримує ініціативу, знижує адаптивність і підсилює опір інноваціям. Крім того, ієрархічна структура сприяє залежності від думки керівництва, що робить стиль управління вирішальним фактором у прийнятті або відторгненні змін [16].

У медичних колективах часто діє паралельна система неформального впливу, де певні фахівці (лідери думок) мають значно більший вплив на колег, ніж офіційні управ-

лінці. Якщо ці лідери не підтримують зміни або відкрито їм протистоять, опір посилюється, навіть якщо самі новачі є корисними.

Також значну роль відіграють міжособистісні зв'язки в колективі. За наявності недовіри між підрозділами, конфліктів або низького рівня взаємоповаги будь-яке втручання «згори» може сприйматися як загроза, а не як можливість для покращення.

Інтенсивність психологічного опору змінам у медичних організаціях формується під впливом комплексу чинників, як індивідуально-психологічних, так і соціально-організаційних. Знання й розуміння цих факторів дає змогу не лише прогнозувати ймовірність опору, а й проектувати ефективні стратегії змін з урахуванням ресурсів і ризиків.

Інтраперсональні, або внутрішньоособистісні фактори є важливими детермінантами індивідуальної реакції на організаційні зміни. Ці характеристики формуються під впливом життєвого досвіду, особистісних рис, установок і попередніх професійних переживань. Вони визначають рівень адаптивності працівника, його здатність до прийняття нововведень і готовність до поведінкової, когнітивної й емоційної гнучкості.

Одним із ключових інтраперсональних чинників є виражена потреба в стабільності, що виявляється в прагненні до структурованості, передбачуваності та збереження звичного порядку. Особи з подібною орієнтацією демонструють вищий рівень тривожності й ригідності поведінки, що ускладнює сприйняття змін і сприяє формуванню опору. Страх невдачі, зумовлений невпевненістю у власній професійній компетентності, особливо в умовах упровадження нових технологій, методів або управлінських інструментів, зумовлює уникнення активної участі в інноваціях або пасивне ігнорування змін.

Низький рівень самооцінки також є значущим предиктором опору, оскільки породжує відчуття безпорадності й відсутності впливу на ситуацію. Такі працівники можуть демонструвати оборонну поведінку, виявляти скепсис або знижувати власну ініціативність. Негативний досвід попередніх змін, зокрема тих, що супроводжувалися емоційним чи фізичним виснаженням, утратою контролю або пору-

шенням довіри до керівництва, формує стійку установку на недовіру до новацій. Це підвищує ризик емоційного відторгнення навіть за умови об'єктивної обґрунтованості реформ.

Окремо варто виділити професійну ригідність, фіксоване уявлення про «єдино правильний» порядок дій, яке блокує сприйняття альтернативних підходів. Такий тип мислення часто зустрічається серед фахівців із тривалим досвідом роботи, для яких нововведення становлять загрозу усталеному професійному самовизначенню.

Таким чином, інтраперсональні фактори створюють своєрідне «внутрішнє середовище опору», яке необхідно враховувати під час планування змін. Комплексна діагностика особистісних характеристик, індивідуалізовані програми підтримки й розвиток психологічної гнучкості можуть суттєво підвищити ефективність адаптації персоналу до нових умов.

Інтраперсональні фактори відіграють ключову роль у формуванні й поширенні опору на рівні міжособистісних взаємодій у колективі. Вони зумовлюють соціальний контекст сприйняття змін і визначають ступінь залученості працівників до процесу трансформацій. Ці чинники формуються в площині комунікацій, довіри, соціальної підтримки та колективних норм, що функціонують у межах професійного середовища.

Одним із критичних аспектів є якість комунікації щодо змін. Брак своєчасних, послідовних і зрозумілих пояснень з боку керівництва зумовлює виникнення тривожності, дезорієнтації та зниження довіри до організаційного процесу. Наявність суперечливих або запізнілих повідомлень може призводити до домислів, поширення чуток і формування негативного інформаційного тла. У таких умовах навіть обґрунтовані зміни можуть викликати опір через брак розуміння.

Другим суттєвим чинником є рівень довіри до керівництва. Якщо працівники сумніваються в компетентності, щирості намірів або справедливості управлінців, будь-які ініціативи сприймаються з підозрою. Це особливо актуально в організаціях, де існує досвід непрозорих або маніпулятивних практик управління. У такому разі раціональні аргументи поступаються місцем емоційній недовірі.

Соціальна підтримка з боку колег і команди є потужним буфером від емоційного виснаження, яке часто супроводжує періоди змін. У разі її відсутності працівники залишаються наодинці з викликами трансформацій, що підвищує рівень тривожності й посилює схильність до опору. У цьому контексті значення набуває й позиція неформальних лідерів. Їхнє ставлення до змін здатне визначати загальний настрій у колективі: підтримка з їхнього боку може мобілізувати солідарність і прийняття, тоді як їхній спротив – активізувати колективну опозицію навіть за формальної лояльності до рішень керівництва.

Останнім чинником є сприйняття справедливості розподілу навантаження, ресурсів і винагород. Якщо працівники вважають розподіл завдань чи бонусів нерівномірним або упередженим, формується відчуття дискримінації. У таких випадках опір часто набуває форми протестної поведінки, від пасивного уникання додаткових обов'язків до відкритої конфронтації.

Загалом інтраперсональні фактори підкреслюють необхідність цілісної комунікаційної стратегії, розвитку культури довіри, прозорості управлінських рішень і підтримки здорового соціально-психологічного клімату в колективі як умов ефективного впровадження змін.

Організаційне середовище формує загальні умови, у яких реалізуються процеси змін, і значною мірою визначає як силу, так і форму опору з боку персоналу. Характеристики управлінських підходів, особливості організаційної культури, наявність адаптаційних механізмів – усе це впливає на здатність колективу конструктивно сприймати нововведення або, навпаки, чинити їм опір.

Одним із ключових чинників є стиль керівництва. Авторитарні, директивні моделі управління, що базуються на односпрямованих наказах та обмеженій участі персоналу в ухваленні рішень, суттєво підсилюють психологічний опір. Такі підходи провокують почуття безпорадності, обурення й втрати контролю. Натомість демократичний стиль, особливо трансформаційне лідерство, орієнтоване на натхнення, підтримку та залучення співробітників, сприяє зниженню тривож-

ності й формуванню відчуття причетності до змін. Це значно зменшує ризик як явного, так і латентного опору.

Важливу роль відіграє інтенсивність змін. Радикальні та швидкі трансформації, що проводяться без достатнього перехідного періоду, супроводжуються високим рівнем дезадаптації, емоційного напруження й поведінкового супротиву. Навпаки, поступові, фазові зміни, які передбачають етапи інформування, навчання, тестування та корекції, дають працівникам змогу адаптуватися до нових умов і знижують рівень стресу.

Ще одним значущим фактором є рівень підготовки персоналу. Брак професійних знань і навичок у сферах, яких стосуються зміни (наприклад, цифрові технології, нові управлінські підходи), створює відчуття невпевненості й некомпетентності. Це провокує страх перед помилками, утрату статусу та ініціює як пасивні, так й активні форми опору. Навпаки, своєчасне навчання та підвищення кваліфікації можуть перетворити зміну з виклику на професійну можливість.

Нарешті, наявність системи внутрішньої підтримки, психологічного супроводу, консультативних ресурсів, тренінгів або супервізії відіграє критичну роль у зменшенні організаційного напруження. Такі інструменти не лише сприяють кращому розумінню нововведень, а й підвищують рівень емоційної безпеки, що є важливою умовою успішної адаптації.

Таким чином, інтенсивність психологічного опору є динамічним результатом взаємодії особистісних, соціальних та організаційних чинників. Ігнорування цих змінних у процесі управлінських рішень підвищує ризик виникнення відкритого або прихованого опору, який може мати деструктивний характер. Водночас глибоке розуміння механізмів опору створює підґрунтя для стратегічного управління змінами, перетворюючи опір із загрози на джерело зворотного зв'язку, можливість критичної рефлексії й перегляду управлінських практик на основі довіри та залученості.

Стратегії управління змінами: практичні рекомендації для зниження опору. Управління психологічним опором у процесі організаційних змін є одним із найскладні-

ших завдань керівника, особливо в медичному середовищі. З огляду на багатовимірну природу опору (когнітивну, емоційну та поведінкову), ефективні стратегії мають поєднувати елементи комунікації, залучення, емоційної підтримки й лідерської гнучкості.

У сучасному управлінні лідерство дедалі частіше розглядається як гнучкий психологічно орієнтований процес, що вимагає адаптації стилів керування відповідно до контексту змін. Ефективний керівник у трансформаційних умовах має володіти емоційним інтелектом, розумінням міжособистісної динаміки та здатністю забезпечити психологічну підтримку колективу.

На етапі ініціювання змін доцільними є авторитетний або коучинговий стилі, що забезпечують формування довіри й емоційне залучення. Під час упровадження змін ефективним є демократичний стиль, який сприяє зменшенню емоційного опору через залучення працівників до прийняття рішень. У ситуаціях стресу та міжособистісного напруження доцільно використовувати приєднувальний стиль, що акцентує емоційну стабілізацію та згуртування. На завершальному етапі змін коучинговий і делегувальний стилі сприяють формуванню внутрішньої мотивації та психологічної автономії [9].

Висновки. Таким чином, варіативне застосування стилів лідерства є не лише управлінською стратегією, а й засобом подолання психологічного опору, розвитку емоційної резильєнтності й підтримання колективної залученості.

Одним із найважливіших чинників подолання когнітивного та емоційного опору є якісна, прозора й багаторівнева комунікація. Саме вона формує основу довіри між керівництвом і персоналом, знижує рівень тривожності, усуває невизначеність і запобігає деструктивним тлумаченням змін. Комунікаційна стратегія має бути чітко структурованою та орієнтованою не лише на інформування, а й на діалог і залучення.

Ефективна комунікація має бути не лише вертикальною (від керівника до підлеглих), а й горизонтальною, тобто включати можливість для обговорень, групових зустрічей, міжвідомчих нарад, платформ для обміну

думками. Особливо важливо забезпечити механізми зворотного зв'язку, як офіційні (опитування, консультації, публічні обговорення), так і неформальні (особисті звернення, відкриті двері керівництва). Такий підхід створює відчуття включеності й суб'єктності працівників, що є критично важливим для зниження опору та формування готовності до змін.

У сфері охорони здоров'я, де професійна діяльність супроводжується підвищеним рівнем стресу, організаційні зміни часто спричиняють додаткове психологічне навантаження. У таких умовах пріоритетним завданням управління є не лише координація

змін, а й формування психологічно безпечного середовища, у якому емоційні реакції та труднощі адаптації визнаються закономірними. До ефективних засобів емоційної підтримки належать індивідуальні й групові психологічні консультації [20], довірчі комунікації з керівництвом, а також нормалізація типових емоційних проявів через емпатичні меседжі (зокрема «тривога в умовах змін є нормальною реакцією»). Демонстрація позитивної динаміки, навіть часткового прогресу й поширення кейсів успішної адаптації сприяють зменшенню опору змінам і підтриманню мотиваційного ресурсу персоналу.

Список використаних джерел

1. Журавська О. В. Психологічний аналіз професійної дезадаптації у діяльності медичних спеціалістів, що працюють з хворими на туберкульоз. *Наука і освіта* : науково-практичний журнал Південного наукового центру НАПН України. 2014. № 5 (122). С. 218–223.
2. Можвіло О. А. Дослідження психологічних причин опору персоналу інноваційним змінам в організаціях сфери послуг *Наука і освіта*. 2010. № 4–5. С. 24–31.
3. Янковой Р., Жосан Г., Возний Д. Управління цифровими змінами у медичних закладах. 2025. <https://ekmair.ukma.edu.ua/server/api/core/bitstreams/7ff8501a-895a-4a31-a7a4-8917b9635544/content>.
4. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 1991. № 50 (2). С. 179–211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T).
5. Davis F. D. Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology. *MIS Quarterly: Management Information Systems*. 1989. № 13 (3). С. 319–339. <https://doi.org/10.2307/249008>.
6. Emanuel E. J., Emanuel L. L. Four Models of the Physician-Patient Relationship. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. 1992. Вип. 267(16). С. 2221–2226. <https://doi.org/10.1001/jama.1992.03480160079038>.
7. Gao K., Shao M., Sun L. Roles of psychological resistance to change factors and heterogeneity in car stickiness and transit loyalty in mode shift behavior: A hybrid choice approach. *Sustainability (Switzerland)*. 2019. № 11(17). <https://doi.org/10.3390/su11174813>.
8. Goleman D. Emotional Intelligence. New York : Bantam Books, 1995. 352 p.
9. Kotter J. Leading Change. Boston : Harvard Business Press, 1996.
10. Lewin K. Field Theory in Social Science. New York : Harper, 1951.
11. Likert R. New Patterns of Management. New York : McGraw-Hill, 1961.
12. Mareš J. Resistance of health personnel to changes in healthcare. *Kontakt. Urban and Partner*, 2018. September. <https://doi.org/10.1016/j.kontakt.2018.04.002>.
13. Oreg S. Resistance to change: Developing an individual differences measure. *Journal of Applied Psychology*, 2003.
14. Ouellette J. A., Wood W. Habit and Intention in Everyday Life: The Multiple Processes by Which Past Behavior Predicts Future Behavior. *Psychological Bulletin*, 1998. № 124(1). P. 54–74. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.124.1.54>.
15. Piderit S. Rethinking resistance and recognizing ambivalence: A multidimensional view of attitudes toward an organizational change. *Academy of Management Review*. 2000. № 25(4). P. 783–794. DOI: 10.5465/AMR.2000.3707722.
16. Schein E. Organizational Culture and Leadership. San Francisco : Jossey-Bass, 2010. 435 p.
17. Samhan B., Joshi K. D. Resistance of healthcare information technologies; Literature review, analysis, and gaps. In *Proceedings of the Annual Hawaii International Conference on System Sciences*. 2015. March. P. 2992–3001. IEEE Computer Society. <https://doi.org/10.1109/HICSS.2015.362>.
18. Smith T., Grant G., Ramirez A. Investigating the influence of psychological ownership and resistance on usage intention among physicians. In *Proceedings of the Annual Hawaii International Conference on System Sciences*. 2014. P. 2808–2817. IEEE Computer Society. <https://doi.org/10.1109/HICSS.2014.351>.
19. Szasz T. S., Hollender M. H. A Contribution to the Philosophy of medicine: The Basic Models of the Doctor-Patient Relationship. *A. M. A Archives of Internal Medicine*. 1956. № 97(5). P. 585–592. <https://doi.org/10.1001/archinte.1956.00250230079008>.

20. Tomai M., Esposito F., Rosa V. Psychologists in Italian hospital settings: An exploratory analysis of hospital physicians' representations and demands of psychological intervention. *Interdisciplinaria*. 2017. № 34(1). P. 5–23. <https://doi.org/10.16888/interd.2017.34.1.1>.

References

1. Zhuravska, O. V. (2014). Psykholohichniy analiz profesiinoi dezadaptatsii u diialnosti medychnykh spetsialistiv, shcho pratsuiut z khvorymy na tuberkuloz [Psychological Analysis of Professional Disadaptation in the Activities of Medical Specialists Working with Tuberculosis Patients]. *Nauka i osvita. Naukovo-praktychnyi zhurnal Pivdennoho naukovoho tsentru NAPN Ukrainy – Science and Education. Scientific and Practical Journal of the Southern Scientific Center of the National Academy of Pedagogical Sciences of Ukraine*, 5(122), 218–223 [in Ukrainian].
2. Mozhvilo, O. A. (2010). Doslidzhennia psykholohichnykh prychnyn oporu personalu innovatsiinym zminam v orhanizatsiiakh sfery posluh [Study of Psychological Reasons for Staff Resistance to Innovative Changes in Service Organizations]. *Nauka i osvita – Science and Education*, 4–5, 24–31 [in Ukrainian].
3. Yankovoi, R., Zhosan, H., & Voznyi, D. (2025). Upravlinnia tsyfrovoy my zminamy u medychnykh zakladakh [Management of Digital Changes in Medical Institutions]. Retrieved from: <https://ekmair.ukma.edu.ua/server/api/core/bitstreams/7ff8501a-895a-4a31-a7a4-8917b9635544/content> [in Ukrainian].
4. Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T).
5. Davis, F. D. (1989). Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology. *MIS Quarterly: Management Information Systems*, 13(3), 319–339. <https://doi.org/10.2307/249008>.
6. Emanuel, E. J., & Emanuel, L. L. (1992). Four Models of the Physician-Patient Relationship. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 267(16), 2221–2226. <https://doi.org/10.1001/jama.1992.03480160079038>.
7. Gao, K., Shao, M., & Sun, L. (2019). Roles of psychological resistance to change factors and heterogeneity in car stickiness and transit loyalty in mode shift behavior: A hybrid choice approach. *Sustainability (Switzerland)*, 11(17). <https://doi.org/10.3390/su11174813>.
8. Goleman D. (1995) Emotional Intelligence. New York: Bantam Books, 352.
9. Kotter J. (1996) Leading Change. Boston: Harvard Business Press.
10. Lewin K. (1951) Field Theory in Social Science. New York: Harper, 1951.
11. Likert R. New Patterns of Management. New York: McGraw-Hill, 1961.
12. Mareš, J. (2018, September 1). Resistance of health personnel to changes in healthcare. *Kontakt. Urban and Partner*. <https://doi.org/10.1016/j.kontakt.2018.04.002>.
13. Oreg S. Resistance to change: Developing an individual differences measure. *Journal of Applied Psychology*, 2003.
14. Ouellette, J. A., & Wood, W. (1998). Habit and Intention in Everyday Life: The Multiple Processes by Which Past Behavior Predicts Future Behavior. *Psychological Bulletin*, 124(1), 54–74. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.124.1.54>.
15. Piderit S. Rethinking resistance and recognizing ambivalence: A multidimensional view of attitudes toward an organizational change. *Academy of Management Review*, 2000 25(4):783–794. DOI: 10.5465/AMR.2000.3707722.
16. Schein E. Organizational Culture and Leadership. San Francisco: Jossey-Bass, 2010. 435 p.
17. Samhan, B., & Joshi, K. D. (2015). Resistance of healthcare information technologies; Literature review, analysis, and gaps. In *Proceedings of the Annual Hawaii International Conference on System Sciences* (Vol. 2015-March, pp. 2992–3001). IEEE Computer Society. <https://doi.org/10.1109/HICSS.2015.362>.
18. Smith, T., Grant, G., & Ramirez, A. (2014). Investigating the influence of psychological ownership and resistance on usage intention among physicians. In *Proceedings of the Annual Hawaii International Conference on System Sciences* (pp. 2808–2817). IEEE Computer Society. <https://doi.org/10.1109/HICSS.2014.351>.
19. Szasz, T. S., & Hollender, M. H. (1956). A Contribution to the Philosophy of medicine: The Basic Models of the Doctor-Patient Relationship. *A.M.A Archives of Internal Medicine*, 97(5), 585–592. <https://doi.org/10.1001/archinte.1956.00250230079008>.
20. Tomai, M., Esposito, F., & Rosa, V. (2017). Psychologists in Italian hospital settings: An exploratory analysis of hospital physicians' representations and demands of psychological intervention. *Interdisciplinaria*, 34(1), 5–23. <https://doi.org/10.16888/interd.2017.34.1.1>.