

СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. В. ДАЛЯ
(повне найменування вищого навчального закладу)

ФАКУЛЬТЕТ ЕКОНОМІКИ І УПРАВЛІННЯ
(назва факультету)

КАФЕДРА ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ, МЕНЕДЖМЕНТУ ТА
МАРКЕТИНГУ
(повна назва кафедри)

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

бакалавра
(освітньо-кваліфікаційний рівень)

на тему: Управління адаптацією персоналу в період воєнного стану:
запобігання емоційному вигоранню

здобувач (ка) 4 курсу групи МЕН-22з

спеціальність: 073 Менеджмент

освітньо-професійна програма: Менеджмент

_____ Панченко Є.В.

_____ (ПІБ здобувача)

(підпис)

Керівник д.е.н., доцент Бєлоусов Я.І.
(вчене звання, науковий ступінь, ПІБ)

(підпис)

Київ – 2026

СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. В.ДАЛЯ

(повне найменування вищого навчального закладу)

Інститут, факультет, відділення факультет економіки і управління

Кафедра, циклова комісія кафедра публічного управління, менеджменту та маркетингу

Освітньо-кваліфікаційний рівень бакалавр

Спеціальність 073 «Менеджмент»

Освітньо-професійна програма Менеджмент

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри публічного
управління, менеджменту та
маркетингу д.е.н., проф. О.О.
Хандій



31 березня 2026 р.

**ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ БАКАЛАВРА**

Панченко Євгенія Віталіївна

(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема роботи Управління адаптацією персоналу в період воєнного стану:
запобігання емоційному вигоранню

керівник роботи Белоусов Ярослав Ігорович, д.е.н., доцент
(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені наказом вищого навчального закладу від « 14 » 04 2026 р.
№ 79/14

2. Строк подання здобувачем роботи « 15 » червня 2026р.

3. Вихідні дані до роботи наукові публікації вітчизняних та зарубіжних авторів з
питань управління персоналом, адаптації, емоційного вигорання та кризового HR-
менеджменту; звітні дані та внутрішня документація ДНП «НДСЛ «Охматдит»
МОЗ України»; результати власного опитування персоналу (n=117), проведеного
автором

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно
розробити)

дослідження теоретичних питань у галузі управління адаптацією персоналу та
емоційного вигорання; діагностика системи адаптації та рівня вигорання в
ДНП «НДСЛ «Охматдит» МОЗ України»; пропозиції щодо вдосконалення
управління адаптацією персоналу та запобігання емоційному вигоранню.

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень)
Таблиці, рисунки та інший демонстраційний матеріал

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв

7. Дата видачі завдання « 31 » березня 2026 р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів дипломної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Затвердження та надання теми роботи	квітень 2026 р.	
2	Обґрунтування актуальності теми роботи	квітень 2026 р.	
3	Робота з бібліографічними джерелами, підготовка матеріалів для написання першого розділу роботи	квітень 2026 р.	
4	Надання матеріалів по першому розділу роботи	квітень 2026 р.	
5	Збір інформації для написання другого розділу роботи	травень 2026 р.	
6	Надання матеріалів по другому розділу роботи	травень 2026 р.	
7	Підготовка матеріалів та написання третього розділу роботи	травень 2026 р.	
8	Надання матеріалів по третьому розділу роботи	червень 2026 р.	
9	Написання висновків, заключне оформлення роботи та демонстраційних матеріалів	червень 2026 р.	
10	Підготовка доповіді до захисту роботи	червень 2026 р.	

Здобувач



(підпис)

Керівник роботи



(підпис)

Панченко Є.В.

(прізвище та ініціали)

Белоусов Я.І.

(прізвище та ініціали)

РЕФЕРАТ

Текст 92 стор., 31 табл., 1 рис.

Адаптація персоналу, емоційне вигорання, ПТСР, воєнний стан, кризовий менеджмент, програма допомоги працівникам (ЕАР), ДНП «НДСЛ «Охматдит» МОЗ України».

У кваліфікаційній роботі бакалавра досліджено теоретичні та практичні аспекти управління адаптацією персоналу в умовах воєнного стану та розроблено рекомендації щодо запобігання емоційному вигоранню на прикладі ДНП «НДСЛ «Охматдит» МОЗ України»; систематизовано наукові підходи до сутності адаптації персоналу, визначено її види та етапи; досліджено феномен емоційного вигорання, його компоненти, стадії розвитку, причини та наслідки; визначено особливості управління адаптацією та профілактики вигорання в умовах воєнного стану.

Надана характеристика діяльності ДНП «НДСЛ «Охматдит» МОЗ України» та проведено аналіз наслідків ракетної атаки 8 липня 2024 року; проведено PESTLE- та SWOT-аналіз діяльності закладу; здійснено діагностику системи адаптації та рівня вигорання із застосуванням методик MBI та PCL-5; встановлено, що 52,2% опитаних мають високий рівень емоційного виснаження, 54,7% – виражені ознаки ПТСР; виявлено відсутність формалізованої системи адаптації персоналу.

У частині формування пропозицій розроблено Програму кризової адаптації (шість компонентів) зі скороченням адаптаційного періоду з 4-6 до 2-3 тижнів; запропоновано трирівневу модель програми ЕАР «Підтримую Охматдит» та комунікаційну кампанію з подолання стигми; проведено оцінювання ефективності, яке показало можливість зниження високого рівня виснаження з 52,2% до 20-25%, скорочення адаптаційного періоду на 50% та співвідношення «витрати – вигоди» 1:2 – 1:6.

ABSTRACT

Panchenko E. Managing personnel adaptation in martial law: preventing emotional burnout. The manuscript.

Bachelor's qualification work in specialty 073 "Management", educational and professional program "Management". Volodymyr Dahl East Ukrainian National University, Ministry of Education and Science of Ukraine. Kyiv, 2026.

The bachelor's thesis examines theoretical and practical aspects of personnel adaptation management under martial law and develops recommendations for preventing emotional burnout on the example of DNP "NDSL "Ohmatdyt" of the Ministry of Health of Ukraine"; systematizes scientific approaches to personnel adaptation, defines its types and stages; investigates the phenomenon of emotional burnout, its components, stages, causes and consequences; determines the features of adaptation management and burnout prevention under martial law.

The activity of DNP "NDSL "Ohmatdyt" of the Ministry of Health of Ukraine" is characterized and the consequences of the missile attack on July 8, 2024 are analyzed; PESTLE and SWOT analysis of the institution's activities are carried out; diagnostics of the adaptation system and burnout level using MBI and PCL-5 methods are carried out; it is established that 52.2% of respondents have a high level of emotional exhaustion, 54.7% have pronounced signs of PTSD; the absence of a formalized personnel adaptation system is revealed.

A Crisis Adaptation Program (six components) with a reduction of the adaptation period from 4-6 to 2-3 weeks is developed; a three-level EAP program "I Support Ohmatdyt" and a communication campaign to overcome stigma are proposed; the effectiveness assessment shows the possibility of reducing the high level of exhaustion from 52.2% to 20-25%, reducing the adaptation period by 50% and a cost-benefit ratio of 1:2 – 1:6.

Key words: personnel adaptation, emotional burnout, PTSD, martial law, crisis management, Employee Assistance Program (EAP), DNP "NDSL "Ohmatdyt" of the Ministry of Health of Ukraine.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	7
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ АДАПТАЦІЄЮ ПЕРСОНАЛУ В УМОВАХ КРИЗИ.....	10
1.1. Сутність, види та етапи адаптації персоналу в сучасних організаціях	10
1.2. Емоційне вигорання працівників як перешкода для ефективної діяльності	16
1.3. Особливості управління адаптацією персоналу та профілактики вигорання в умовах воєнного стану	24
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1	31
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ АДАПТАЦІЄЮ ПЕРСОНАЛУ ТА РІВНЯ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ В ДНП «НДСЛ «ОХМАТДИТ» МОЗ УКРАЇНИ» В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ	32
1.1 Загальна характеристика закладу та аналіз основних показників діяльності в умовах воєнного стану	32
2.2. Аналіз зовнішнього та внутрішнього середовища функціонування закладу	40
2.3. Діагностика системи адаптації та рівня емоційного вигорання персоналу	46
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2	54
РОЗДІЛ 3. РОЗРОБЛЕННЯ ТА ОБҐРУНТУВАННЯ КОМПЛЕКСНОЇ ПРОГРАМИ КРИЗОВОЇ АДАПТАЦІЇ ТА ЗАПОБІГАННЯ ЕМОЦІЙНОМУ ВИГОРАННЮ ПЕРСОНАЛУ	56
3.1. Розробка «Програми кризової адаптації» для нового персоналу ДНП «НДСЛ «Охматдит» МОЗ України»	56
3.2. Впровадження програми запобігання емоційному вигоранню (ЕАР) у ДНП «НДСЛ «Охматдит» МОЗ України»	65
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3	79
ВИСНОВКИ	81
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	85
ДОДАТКИ	93

ВСТУП

Актуальність теми дослідження зумовлена безпрецедентними викликами, які постали перед системою управління персоналом в Україні в умовах воєнного стану. Повномасштабна війна кардинально трансформувала зовнішнє та внутрішнє середовище функціонування організацій, принісши з собою хронічний стрес, постійну загрозу життю, вимушену міграцію працівників, руйнування інфраструктури та глибоку невизначеність майбутнього. У цих екстремальних умовах традиційні моделі адаптації персоналу, розроблені для відносно стабільного середовища, виявилися недостатньо ефективними. Особливо гостро ця проблема постає перед медичними закладами, працівники яких щоденно стикаються не лише з професійними навантаженнями, але й з безпосередніми травматичними подіями, необхідністю працювати під час обстрілів, лікувати поранених та долати наслідки руйнування власної інфраструктури.

Мета кваліфікаційної роботи полягає в теоретичному обґрунтуванні та розробці практичних рекомендацій щодо вдосконалення управління адаптацією персоналу та запобігання емоційному вигоранню в умовах воєнного стану на прикладі ДНП «НДСЛ «Охматдит» МОЗ України».

Для досягнення поставленої мети необхідно вирішити такі завдання:

здійснити теоретико-методологічний аналіз сутності адаптації персоналу та феномену емоційного вигорання;

визначити особливості управління цими процесами в умовах воєнного стану з урахуванням принципів кризового менеджменту;

провести комплексну діагностику системи адаптації та рівня емоційного вигорання персоналу досліджуваного закладу з використанням валідованих міжнародних методик;

проаналізувати зовнішнє та внутрішнє середовище функціонування лікарні після ракетної атаки;

розробити Програму кризової адаптації для нового та переведеного персоналу, а також трирівневу модель програми допомоги працівникам для профілактики вигорання;

оцінити економічну та соціально-психологічну ефективність запропонованих рішень.

Об'єктом дослідження виступає система управління персоналом ДНП «НДСЛ «Охматдит» МОЗ України» в умовах воєнного стану.

Предметом дослідження є процеси адаптації персоналу та запобігання емоційному вигоранню в кризових умовах функціонування медичного закладу.

Для вирішення поставлених завдань використано комплекс загальнонаукових та спеціальних методів дослідження, зокрема: метод теоретичного узагальнення та систематизації – для аналізу наукових підходів до сутності адаптації та вигорання; метод анкетного опитування – для діагностики стану системи адаптації та рівня вигорання персоналу; метод тестування з використанням валідованих міжнародних методик Maslach Burnout Inventory та PTSD Checklist for DSM-5 – для кількісної оцінки емоційного виснаження, деперсоналізації, редукції професійних досягнень та посттравматичного стресового розладу; метод PESTLE-аналізу – для оцінки впливу факторів зовнішнього середовища на діяльність закладу; метод SWOT-аналізу – для інтеграції результатів дослідження внутрішнього та зовнішнього середовища; методи економічного аналізу – для оцінки доцільності запропонованих інвестицій у психологічну підтримку персоналу.

Інформаційною базою дослідження стали наукові публікації вітчизняних та зарубіжних авторів з питань управління персоналом, адаптації, емоційного вигорання та кризового HR-менеджменту; звітні дані та внутрішня документація ДНП «НДСЛ «Охматдит» МОЗ України», включаючи матеріали про наслідки ракетної атаки 8 липня 2024 року; результати власного опитування персоналу (n=117), проведеного автором; а

також аналітичні матеріали міжнародних організацій та дані досліджень ринку праці України.

Практичне значення отриманих результатів полягає в тому, що розроблені в роботі рекомендації, зокрема Програма кризової адаптації (шість взаємопов'язаних компонентів зі скороченням адаптаційного періоду з 4–6 до 2–3 тижнів) та трирівнева модель програми допомоги працівникам «Підтримую Охматдит», можуть бути безпосередньо впроваджені в діяльність ДНП «НДСЛ «Охматдит» МОЗ України». Окремі положення роботи, зокрема інститут кризового наставництва, інтеграція психологічної підтримки в адаптаційний процес, система моніторингу психоемоційного стану персоналу та комунікаційна кампанія з подолання стигми, є придатними для адаптації в інших медичних закладах, які постраждали внаслідок воєнних дій або функціонують в умовах підвищеного стресового навантаження.

Результати діагностики рівня емоційного вигорання та ПТСР серед медичних працівників Охматдиту можуть бути використані для формування цільових програм психологічної реабілітації персоналу, який зазнав безпосереднього травматичного впливу внаслідок ракетної атаки. Подальше впровадження запропонованих заходів дозволить зберегти унікальний кадровий потенціал лікарні, відновити психологічне благополуччя медичних працівників та, як кінцевий результат, забезпечити належний рівень медичної допомоги дітям України в умовах воєнного стану.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ АДАПТАЦІЄЮ ПЕРСОНАЛУ В УМОВАХ КРИЗИ

1.1. Сутність, види та етапи адаптації персоналу в сучасних організаціях

У сучасній науці управління персоналом категорія «адаптація» набула стратегічного значення, вийшовши за межі простого ознайомлення нового працівника з посадовими обов'язками. Сьогодні ефективна адаптація розглядається як один із ключових чинників забезпечення стабільності функціонування організації, особливо в умовах нестабільного зовнішнього середовища. Термін «адаптація» походить від латинського слова *adaptatio*, що в перекладі означає «пристосування». У контексті управління персоналом це поняття трактується як процес взаємного інтегрування нового співробітника в організацію та, водночас, пристосування організації до потреб і характеристик нового члена команди [3, с. 54]. Як зазначають дослідники, ключовим у цьому визначенні є саме акцент на взаємності, який на практиці нерідко ігнорується, що призводить до підвищення плинності кадрів протягом першого року роботи [7, с. 11].

Адаптація персоналу не є одномоментним актом, а являє собою тривалий процес, у межах якого працівник поступово освоює нові для нього професійні, соціальні та організаційні умови. Як слушно зауважують вітчизняні науковці, ефективне управління адаптацією є одним із найважливіших факторів забезпечення стійкості підприємств в умовах нестабільного середовища [11, с. 3]. В умовах воєнного стану, коли ринок праці зазнає радикальних трансформацій (скорочення чисельності працівників, мобілізація, трудова міграція, релокація бізнесу), роль ефективного управління адаптацією зростає багаторазово [1, с. 21].

З позиції класичних функцій менеджменту, адаптація персоналу належить до організаційної функції, оскільки передбачає структурування робочого процесу для нового працівника, а також до мотиваційної функції,

оскільки успішна адаптація безпосередньо впливає на задоволеність працею та лояльність персоналу [3, с. 56]. У системі управління персоналом адаптація посідає важливе місце в так званому HR-циклі, який охоплює послідовні етапи: планування персоналу, рекрутинг, відбір, адаптацію, навчання, оцінку та звільнення. Як зазначають дослідники, нехтування етапом адаптації призводить до зростання плинності кадрів у перший рік роботи та значних фінансових втрат на повторний пошук [7, с. 11].

Важливий внесок у розуміння адаптаційних процесів зробила школа людських відносин, представники якої (Е. Мейо, М. Фоллет) довели, що психологічний клімат у колективі та неформальні відносини між працівниками впливають на продуктивність праці не менше, ніж матеріальне стимулювання. Відповідно до цього підходу, успішна адаптація неможлива без налагодження позитивних міжособистісних стосунків новачка з колегами, що актуалізує значення соціально-психологічної складової адаптації [4, с. 12].

Сучасні дослідження підтверджують, що кадрове планування в кризових умовах є фундаментом системи управління персоналом, оскільки дає змогу узгоджувати цілі розвитку підприємства з наявними людськими ресурсами [2, с. 10]. Ефективне кадрове планування передбачає раціональне використання трудових ресурсів, виявлення та розвиток професійного потенціалу працівників, створення умов для систематичного набору, навчання та кар'єрного зростання, а також своєчасне введення в посаду нових працівників через процедуру адаптації [2, с. 10].

Аналіз наукової літератури дає підстави виокремити кілька ключових видів адаптації, які різняться за своїм змістовним наповненням. Зокрема, Gudz М. наголошує, що професійна адаптація в умовах воєнного стану ускладнюється через необхідність пришвидшеного навчання та перекваліфікації персоналу [1]. Хандій О. О. акцентують увагу на психофізіологічній адаптації, зазначаючи, що хронічне перевантаження є одним із головних чинників, які її ускладнюють [3, с. 6]. Балабанова Л. В. та Сардак О. В. доводять, що економічна адаптація в умовах зростання рівня

заробітних плат на фоні дефіциту кадрів набуває особливої ваги [7, с. 11]. Корольов Д. С. наголошує на важливості соціально-психологічної адаптації, особливо при роботі в дистанційних та гібридних форматах, а також у розосереджених командах [10, с. 4]. Христенко Л. М. розглядає адаптацію персоналу як один із ключових факторів забезпечення стійкості підприємств в умовах нестабільного середовища, інтегруючи різні види адаптації в єдину систему [11, с. 3]. Узагальнюючи підходи зазначених авторів [1; 3; 7; 10; 11], можна стверджувати, що найбільш поширеним у сучасній HR-практиці є поділ на професійну, соціально-психологічну, організаційну, психофізіологічну та економічну складові. Цей розподіл є дещо умовним, оскільки на практиці зазначені види тісно переплітаються: неможливо досягти успіхів у професійній адаптації, ігноруючи психофізіологічний стан працівника. Детальна характеристика кожного з цих видів представлена в таблиці 1.1.

Таблиця 1.1

Характеристика основних видів адаптації персоналу
в сучасних організаціях

Вид адаптації	Сутнісна характеристика	Особливості в умовах воєнного стану
Професійна	Оволодіння необхідними знаннями, навичками та вміннями; освоєння технологічних процесів та обладнання	Ускладнюється через необхідність пришвидшеного навчання та перекваліфікації персоналу
Соціально-психологічна	Входження до колективу, прийняття групових норм, цінностей, традицій; налагодження комунікацій з керівництвом та колегами	Особливо актуальна при роботі в дистанційних та гібридних форматах, а також у розосереджених командах
Організаційна	Засвоєння правил внутрішнього розпорядку, структури підприємства, системи	В умовах релокації підприємств потребує додаткових

Вид адаптації	Сутнісна характеристика	Особливості в умовах воєнного стану
	документообігу, корпоративної культури	зусиль з боку HR-відділу
Психофізіологічна	Пристосування до фізичних та психічних навантажень, режиму праці та відпочинку, умов на робочому місці	Хронічне перевантаження є одним із головних чинників, що ускладнюють цей вид адаптації
Економічна	Ознайомлення з системою оплати праці, преміювання, соціальних пільг та компенсацій	В умовах зростання рівня заробітних плат на фоні дефіциту кадрів набуває особливої ваги

Щодо часової протяжності, то процес адаптації традиційно поділяють на кілька послідовних етапів. Більшість науковців сходяться на думці, що таких етапів чотири. Їхню характеристику наведено в таблиці 1.2. Розуміння цих етапів дозволяє HR-фахівцям та безпосереднім керівникам вчасно втручатися в процес та коригувати дії новачка, не доводячи його до стану фрустрації.

Таблиця 1.2

Характеристика етапів адаптації персоналу в організації

Етап адаптації	Змістовий компонент	Типові завдання HR-служби	Орієнтовна тривалість
Підготовка (попередня)	Збір та аналіз інформації про кандидата, оцінка його відповідності корпоративній культурі та вимогам посади	Проведення співбесід, тестування, перевірка рекомендацій	Період відбору кандидатів
Орієнтація (первинна)	Знайомство з робочим місцем, безпосереднім керівником та колегами;	Організація екскурсії підприємством, надання інформаційних матеріалів	Перший робочий тиждень

Етап адаптації	Змістовий компонент	Типові завдання HR-служби	Орієнтовна тривалість
	проведення вступного інструктажу		
Дієва адаптація	Безпосереднє виконання посадових обов'язків, набуття практичних навичок, отримання зворотного зв'язку	Призначення наставника, контроль виконання завдань, оцінка результатів	Перші 1-3 місяці роботи
Функціонування (стабілізація)	Повне включення в діяльність організації, досягнення стабільних результатів, ототожнення себе з організацією	Підведення підсумків випробувального терміну, планування професійного розвитку	3-12 місяців роботи

Ефективність адаптаційного процесу залежить від низки чинників, які доцільно об'єднати в три групи: організаційні, соціальні та індивідуально-психологічні. У таблиці 1.3 представлено узагальнену характеристику цих груп факторів.

Таблиця 1.3

Фактори впливу на успішність адаптації персоналу

Група факторів	Конкретні чинники	Характер впливу
Організаційні	<ul style="list-style-type: none"> – Наявність формалізованої програми адаптації – Інститут наставництва – Система зворотного зв'язку – Якість вступного інструктажу – Умови праці та організація робочого місця 	Визначають швидкість та якість освоєння працівником нових умов діяльності

Група факторів	Конкретні чинники	Характер впливу
Соціальні	<ul style="list-style-type: none"> – Соціально-психологічний клімат у колективі – Стиль керівництва – Взаємостосунки з колегами – Корпоративна культура – Система комунікацій 	Впливають на ступінь прийняття працівником групових норм та цінностей
Індивідуально-психологічні	<ul style="list-style-type: none"> – Рівень професійної підготовки – Мотивація до роботи – Стресостійкість – Комунікативні навички – Ціннісні орієнтації працівника 	Визначають здатність працівника самостійно долати адаптаційні труднощі

Важливим аспектом адаптації є також урахування фактору психологічної безпеки. Дослідження свідчать, що в умовах війни та невизначеності ефективне управління персоналом неможливе без створення відчуття захищеності, турботи про ментальне здоров'я та розвитку стресостійкості [4, с. 14]. Людиноцентричний підхід, за якого індивідуальні потреби працівника стають у центрі управлінських рішень, є ключовою передумовою успішної адаптації в кризових умовах. Особливої уваги цей аспект набуває в контексті функціонування розосереджених команд, які виникли внаслідок вимушеної міграції персоналу через воєнні дії [10, с. 45].

Формування ефективної кадрової політики в умовах воєнного стану має спиратися на принципи гнучкості, проактивності та соціальної відповідальності [6, с. 12]. Сучасні дослідження підтверджують, що адаптація персоналу не повинна обмежуватися лише періодом випробувального терміну. В умовах постійних змін – релокації підприємств, запровадження дистанційної роботи, змін у законодавстві – адаптуватися доводиться як новим, так і вже досвідченим працівникам. Це вимагає створення гнучких, постійно діючих механізмів підтримки персоналу.

Підсумовуючи теоретичний огляд, варто зазначити, що адаптація персоналу є багатоаспектним процесом, який охоплює професійну, соціально-психологічну, організаційну, психофізіологічну та економічну складові. Цей процес передбачає послідовне проходження працівником чотирьох етапів – від підготовки до стабілізації. Класичні моделі адаптації були розроблені для відносно стабільного зовнішнього та внутрішнього середовища. Однак у сучасних українських реаліях, пов'язаних з військовою агресією, руйнуванням інфраструктури та хронічним стресом персоналу, традиційні підходи потребують суттєвої корекції.

1.2. Емоційне вигорання працівників як перешкода для ефективної діяльності

У попередньому підрозділі було з'ясовано, що успішна професійна адаптація працівника значною мірою залежить від його психоемоційного стану. В умовах хронічного стресу, який сьогодні є невід'ємною характеристикою діяльності багатьох українських організацій, така адаптація значно ускладнюється. Особливо гостро це питання постає для медичних працівників, які працюють в екстремальних умовах воєнного стану, що робить дослідження феномену емоційного вигорання особливо актуальним для розуміння кадрових процесів у ДНП «НДСЛ «Охматдит» МОЗ України».

Термін «емоційне вигорання» (англ. *burnout*) вперше ввів у науковий обіг американський психіатр Герберт Фрейденбергер у 1974 році, описуючи ним стан глибокого виснаження у працівників соціальної сфери [5, с. 45]. Згодом ця концепція отримала значний розвиток завдяки дослідженням Крістіни Маслач та її колег, які запропонували найбільш впливову та операціоналізовану модель цього синдрому [12, с. 78]. Відповідно до сучасних наукових уявлень, вигорання розуміють як синдром, що формується на тлі хронічного професійного стресу та характеризується

трьома основними вимірами: емоційним виснаженням, деперсоналізацією (цинічним ставленням до роботи) та редукцією професійних досягнень.

Емоційне виснаження є базовим компонентом синдрому вигорання та характеризується відчуттям спустошеності, втратою енергії, зниженням емоційного тону. Працівник, який перебуває на цій стадії, не здатний відновлювати ресурси після робочого дня, відчуває хронічну втому навіть після відпочинку, що супроводжується труднощами із засинанням, дратівливістю та емоційною лабільністю [12, с. 79].

Деперсоналізація (або цинізм) виявляється у формальному, знеособленому ставленні до пацієнтів, колег та роботи в цілому. Це захисний механізм, за допомогою якого психіка намагається дистанціюватися від емоційно виснажливих ситуацій, однак у довгостроковій перспективі він призводить до втрати емпатії, агресивності та знецінення результатів власної праці [5, с. 47].

Редукція професійних досягнень полягає у зниженні суб'єктивної оцінки власної компетентності та ефективності. Працівник перестає бачити сенс у своїй роботі, вважає її безрезультатною, що супроводжується почуттям провини, професійною невпевненістю та негативною самооцінкою. Цей компонент є критичним, оскільки саме він найчастіше призводить до добровільного звільнення або повної професійної дезадаптації [12, с. 80].

З позиції теорій мотивації, емоційне вигорання можна інтерпретувати як наслідок тривалого незадоволення базових потреб працівника. Відповідно до ієрархії потреб Абрахама Маслоу, в умовах воєнного стану блокується насамперед потреба в безпеці (постійна загроза життю, ракетні атаки), що створює фундаментальний стрес, на тлі якого неможливе повноцінне задоволення вищих потреб – у приналежності, визнанні та самоактуалізації [4, с. 13]. Двофакторна теорія Фредеріка Герцберга пояснює вигорання через домінування гігієнічних факторів (умови праці, безпека, міжособистісні стосунки) над мотиваторами (досягнення, визнання, відповідальність). Коли гігієнічні фактори тривалий час є незадовільними, це виснажує

психоемоційні ресурси працівника незалежно від наявності позитивних мотиваторів [6, с. 89].

Окремою формою стресового реагування, яка набула значного поширення в умовах воєнного стану, є *персистентний стрес* (від англ. *persistent stress* – тривалий, постійний стрес) – стан хронічної психоемоційної напруги, що не зникає навіть після усунення безпосереднього подразника. На відміну від гострого стресу, який є короткочасною реакцією на конкретну загрозу, персистентний стрес характеризується тривалістю (тижні, місяці, роки) та виснаженням адаптаційних ресурсів організму [1; 6].

З позиції управління персоналом, персистентний стрес має низку критичних наслідків для організації. По-перше, він призводить до зниження продуктивності праці: працівники, які перебувають у стані хронічної нервової напруги, демонструють гіршу концентрацію уваги, повільніше приймають рішення та частіше допускають помилки [10]. По-друге, персистентний стрес підвищує рівень абсентеїзму (невиходів на роботу) через зростання кількості лікарняних, пов'язаних із психосоматичними захворюваннями. По-третє, він є одним із головних драйверів плинності кадрів: згідно з дослідженнями, хронічний стрес є причиною 30-40% добровільних звільнень серед медичних працівників [1, с. 21].

Нервова напруга, що супроводжує персистентний стрес, проявляється у вигляді підвищеної тривожності, дратівливості, порушень сну, труднощів з концентрацією уваги, а також соматичних симптомів. В управлінському контексті нервова напруга впливає на комунікації в колективі (зростання конфліктності), на ефективність лідерства (підлеглі гірше сприймають управлінські рішення) та на здатність організації до впровадження змін (опір змінам зростає). За даними дослідження Action Against Hunger (2026), 83% дорослого населення України повідомляють про стан персистентного стресу та нервової напруги, а серед медичних працівників, які працюють на передовій, цей показник сягає 90% [1; 6].

З позиції управління персоналом, це означає, що значна частина працівників функціонує в режимі хронічного виснаження, що потребує спеціальних підходів до адаптації, мотивації та психологічної підтримки. Ігнорування цієї проблеми призводить до зростання витрат на рекрутинг (через плинність), зниження якості медичної допомоги (через лікарські помилки) та втрати кваліфікованих кадрів [8, с. 2].

Ключовим компонентом вигорання, згідно з моделлю К. Масlach, виступає емоційне виснаження, яке є своєрідним «пусковим механізмом» для розвитку деперсоналізації та редукції професійних досягнень. Важливо підкреслити, що вигорання не є просто «сильною втомою», а являє собою специфічний професійний феномен, що має власну структуру та динаміку. Як зазначають дослідники, ключовою ознакою вигорання є «переважання вимог над ресурсами» – коли робочі навантаження перевищують здатність працівника з ними справлятися [1, с. 20]. Важливо наголосити, що вигорання не є «проблемою слабких», як іноді помилково вважають у практиці управління, а закономірним наслідком тривалого перебування в умовах хронічного стресу за відсутності належних організаційних механізмів підтримки [9, с. 2]. Саме тому сучасні дослідники розглядають вигорання насамперед як організаційну проблему, а не як індивідуальну ваду окремого працівника. Для більш глибокого розуміння змісту цього явища доцільно розглянути його ключові компоненти, характеристику яких наведено в таблиці 1.4.

Таблиця 1.4

Компоненти синдрому емоційного вигорання
(за моделлю К. Масlach)

Компонент	Сутнісна характеристика	Типові поведінкові та емоційні прояви
Емоційне виснаження	Відчуття спустошеності, втомленості, виснаження емоційних ресурсів,	Слабкість, безсоння, дратівливість, байдужість до роботи, небажання йти на роботу вранці

Компонент	Сутнісна характеристика	Типові поведінкові та емоційні прояви
	відсутність енергії для виконання робочих завдань	
Деперсоналізація	Цинічне, негативне, знеособлене ставлення до об'єктів своєї праці (пацієнтів, клієнтів, колег)	Роздратування, знецінення проблем пацієнтів, формальне виконання обов'язків, агресивність
Редукція професійних досягнень	Зниження почуття компетентності, недооцінка власних успіхів, відчуття неефективності	Невдоволення результатами своєї праці, зниження продуктивності, відсутність бажання до професійного розвитку

Однією з ключових характеристик синдрому вигорання є його поступовий, стадійний розвиток. Вигорання не виникає раптово – воно формується протягом тривалого часу, проходячи кілька послідовних етапів. Розуміння цієї динаміки має важливе практичне значення, оскільки дозволяє керівникам та HR-фахівцям вчасно розпізнати перші «червоні прапорці» та запобігти переходу стану в критичну фазу. У таблиці 1.5 наведено стадії розвитку вигорання за класифікацією Дж. Грінберга.

Як свідчать наведені дані, на початкових стадіях вигорання ще можна запобігти за допомогою своєчасних організаційних заходів, тоді як на критичній стадії потрібне вже серйозне медичне втручання.

Таблиця 1.5

Стадії розвитку емоційного вигорання (за Дж. Грінбергом)

Стадія	Змістовий компонент	Поведінкові маркери для своєчасного виявлення
Перша (початкова)	Окремі стресові реакції, пов'язані з високим навантаженням; збереження контролю над ситуацією	Скарги на втому, труднощі з концентрацією уваги, незначне зниження задоволеності роботою

Стадія	Змістовий компонент	Поведінкові маркери для своєчасного виявлення
Друга (помірна)	Періодичні симптоми емоційного виснаження та деперсоналізації, які виникають після інтенсивних періодів роботи	Дратівливість, зниження емпатії до пацієнтів, формальне ставлення до обов'язків, зростання кількості помилок
Третя (виражена)	Хронічне емоційне виснаження, стійка деперсоналізація, виражене зниження самооцінки	Цинізм, агресивність, уникання контактів з колегами та пацієнтами, порушення сну, часті лікарняні
Четверта (критична)	Повна втрата працездатності, розвиток психосоматичних захворювань, клінічної депресії	Госпіталізація, тривала непрацездатність, професійна дезадаптація, звільнення

Як свідчать наведені дані, на початкових стадіях вигорання ще можна запобігти за допомогою своєчасних організаційних заходів, тоді як на критичній стадії потрібне вже серйозне медичне втручання.

Науковці виокремлюють три основні групи чинників, що сприяють розвитку емоційного вигорання: організаційні, рольові та особистісні [4, с. 12]. До організаційних чинників належать надмірне робоче навантаження, дефіцит часу, нечіткість посадових обов'язків, відсутність належної підтримки з боку керівництва, несправедлива система оплати та оцінювання праці, а також низький рівень колегіальної підтримки [1, с. 20]. Як свідчать результати емпіричних досліджень, саме такі фактори, як справедлива винагорода, адекватне робоче навантаження, можливість розраховувати на допомогу колег та інтенсивна комунікація, відносяться до тих, що знижують загальний рівень вигорання.

Рольові чинники охоплюють рольову невизначеність (коли працівник не розуміє точно, що від нього вимагається), рольовий конфлікт (несумісність різних очікувань) та рольову надлишковість (занадто велика кількість завдань) [4, с. 13]. Особистісними чинниками виступають високий рівень перфекціонізму, надмірна відповідальність, низька стресостійкість, а

також такі індивідуальні характеристики, як вік, стать, сімейний стан та стаж роботи [6, с. 8].

Одним із найбільш значущих висновків сучасних досліджень є те, що вигорання не є виключно «проблемою слабких» або наслідком індивідуальних особливостей. Як слушно зазначають автори систематичних оглядів, вигорання – це насамперед організаційна проблема, яка потребує системних рішень на рівні управління [9, с. 2]. Ігнорування організаційних факторів та покладання відповідальності за подолання вигорання виключно на самого працівника є поширеною, але помилковою практикою, яка не лише не вирішує проблему, але й поглиблює її. Систематизацію зазначених груп чинників наведено в таблиці 1.6.

Таблиця 1.6

Групи чинників емоційного вигорання та їх характеристика

Група чинників	Конкретні детермінанти	Характер впливу на вигорання
Організаційні	Надмірне робоче навантаження, дефіцит часу, нечіткість посадових обов'язків, відсутність підтримки керівництва, несправедлива оплата праці	Прямий, високий – визначають до 60-70% випадків вигорання
Рольові	Рольова невизначеність, рольовий конфлікт, рольова надлишковість	Помірний – загострюють дію організаційних чинників
Особистісні	Перфекціонізм, надмірна відповідальність, низька стресостійкість, вік, стать	Опосередкований – можуть посилювати або послаблювати вплив інших чинників

Наслідки емоційного вигорання є багатоаспектними та впливають як на окремого працівника, так і на організацію загалом. На індивідуальному рівні вигорання призводить до погіршення фізичного та психічного здоров'я (серцево-судинні захворювання, депресія, тривожні розлади), зниження задоволеності роботою та життям, зростання конфліктності в сімейних стосунках, професійної деградації [8, с. 2]. На організаційному

рівні вигорання проявляється у вигляді зниження продуктивності праці, погіршення якості обслуговування пацієнтів, зростання плинності кадрів, збільшення абсентеїзму (невиходів на роботу), зниження корпоративної лояльності [9, с. 1]. У медичній сфері додатковими наслідками є зниження задоволеності пацієнтів, погіршення якості медичної допомоги та, як критичне завершення, лікарські помилки [8, с. 2].

Важливим висновком сучасних досліджень є те, що проблема вигорання в умовах війни набуває специфічних рис, які відрізняють її від «звичайного» професійного вигорання. До традиційних організаційних стресорів додаються фактори, пов'язані з прямою загрозою життю, необхідністю працювати в умовах обстрілів, лікувати пацієнтів з воєнними травмами, а також втратою колег та руйнуванням інфраструктури. Дослідження підтверджують, що психологічний стан працівників є ключовим фактором ефективності роботи розосереджених команд, які виникли внаслідок вимушеної міграції через воєнні дії [11, с. 44]. Це створює потребу в розробці спеціальних, «кризових» моделей профілактики та подолання вигорання, які враховують специфіку роботи в екстремальних умовах.

Таким чином, емоційне вигорання є складним багатовимірним синдромом, який характеризується поєднанням емоційного виснаження, деперсоналізації та редукції професійних досягнень. Цей синдром розвивається поступово, проходячи чотири стадії – від початкової до критичної. Серед основних причин вигорання слід виділити організаційні, рольові та особистісні чинники, причому вирішальну роль відіграють саме організаційні фактори, що робить вигорання насамперед «організаційною проблемою», а не «проблемою слабких». З позиції теорій мотивації, вигорання можна розглядати як наслідок тривалого незадоволення базових потреб працівника – насамперед потреби в безпеці (за Маслоу) та домінування незадовільних гігієнічних факторів (за Герцбергом). Наслідки вигорання є руйнівними як для окремої людини, так і для організації, особливо в медичній сфері, де вони можуть призводити до лікарських

помилки та втрати кваліфікованих кадрів. В умовах воєнного стану в Україні рівень вигорання серед медичних працівників є критичним, що створює загрозу кадровій стійкості системи охорони здоров'я.

1.3. Особливості управління адаптацією персоналу та профілактики вигорання в умовах воєнного стану

В умовах воєнного стану в Україні ці процеси набувають принципово нових рис, які неможливо пояснити в межах класичних моделей менеджменту. Воєнний стан супроводжується такими факторами, як постійна загроза життю, вимушена міграція персоналу, руйнування інфраструктури, хронічний стрес та невизначеність майбутнього [1, с. 21]. Це створює потребу в трансформації традиційних HR-підходів та розробці спеціальних, «кризових» моделей управління персоналом.

Важливим теоретичним підґрунтям для розуміння зазначених трансформацій є концепція кризового менеджменту (crisis management) – галузі управління, що набула особливої популярності в умовах сучасних глобальних викликів. Згідно з класичним визначенням Пірсона та Мітроффа, кризовий менеджмент охоплює п'ять взаємопов'язаних стадій: виявлення сигналів кризи, запобігання кризі, підготовку до реагування, безпосереднє подолання кризи та посткризове відновлення [4]. Як зазначає В. Т. Кумбс, традиційний менеджмент орієнтований на стабільне функціонування організації в умовах передбачуваності, тоді як кризовий менеджмент передбачає роботу в умовах високої невизначеності, дефіциту часу та обмеженості ресурсів [4]. Застосування принципів кризового менеджменту до управління персоналом дозволяє організаціям не лише мінімізувати негативні наслідки надзвичайних ситуацій (ракетних атак, руйнування інфраструктури, втрати ключових працівників), але й зберегти кадровий потенціал для посткризового відновлення. В умовах воєнного стану в Україні

саме кризовий HR-менеджмент стає домінантною парадигмою, яка змінює класичні підходи до адаптації, мотивації та утримання персоналу [1, с. 29].

З позиції управління змінами (change management), перехід медичного закладу до роботи в умовах воєнного стану після ракетної атаки являє собою вимушену організаційну зміну, яка потребує спеціальних підходів до адаптації персоналу. Відповідно до моделі Курта Левіна, будь-яка організаційна зміна проходить три стадії: «розморожування» (усвідомлення необхідності змін), «рух» (безпосереднє впровадження змін) та «заморожування» (стабілізація нових умов). У контексті Охматдиту стадія «розморожування» настала 8 липня 2024 року – в день ракетної атаки, коли персонал усвідомив неможливість подальшої роботи в колишніх умовах. Стадія «руху» триває досі – це робота на тимчасових майданчиках, адаптація до нових протоколів безпеки, налагодження комунікацій між розосередженими командами [49].

Окрім кризового менеджменту та управління змінами, важливим теоретичним підґрунтям для розуміння управління в умовах воєнного стану є концепції, що пояснюють прийняття рішень в умовах невизначеності. Фундаментальне розмежування між «ризиком» (вимірюваною невизначеністю) та «невизначеністю» (невимірюваною, унікальною ситуацією, для якої неможливо розрахувати ймовірності) запропонував Френк Найт у праці «Risk, Uncertainty, and Profit» [53]. Це розмежування є ключовим для розуміння обмежень традиційних управлінських підходів в умовах воєнного стану, коли організації стикаються не з прорахованими ризиками, а з радикальною невизначеністю. Нассим Талеб розвинув цю ідею, ввівши поняття «чорного лебедя» – непередбачуваної події з величезними наслідками, яка змінює усталений порядок [54]. Ракетна атака на Охматдит 8 липня 2024 року є саме таким «чорним лебедем» у контексті функціонування медичного закладу. Крім того, теорія перспектив (prospect theory) Деніела Канемана та Амоса Тверські пояснює, чому в умовах невизначеності люди та організації приймають рішення, які відхиляються від раціональної моделі:

вони більш чутливі до втрат, ніж до здобутків (loss aversion), та переоцінюють малоймовірні події [55]. Розуміння цих когнітивних упереджень є критичним для розробки ефективних програм підтримки персоналу, оскільки працівники, які перебувають у стані хронічного стресу, схильні до ірраціональних оцінок ризиків та власних можливостей.

Одним із ключових трендів сучасного HR-менеджменту в Україні є перехід до людиноцентричної моделі. Дослідження Конопенко О. та співавторів доводить, що в умовах воєнного конфлікту мотивація персоналу стикається з природними викликами, оскільки війна індукує стрес, тривожність та неспокій серед працівників [4, с. 27]. У такій ситуації структурні корективи в управлінні персоналом мають охоплювати такі елементи, як гнучке управління, децентралізація, інтеграція, оптимізація організаційної роботи та підвищення якості трудового життя [4, с. 20].

Практичним втіленням цього підходу стала Хартія стійкості людського капіталу (Human Capital Resilience Charter), підписана в липні 2025 року в Римі за участі першої віцепрем'єр-міністерки України Юлії Свириденко та президента ЄБРР Оділь Рено-Бассо [2]. Документ розроблявся понад 18 місяців за участі понад 75 організацій – від українського бізнесу та державних органів до міжнародних партнерів. Хартія визначає «новий стандарт відповідального, людиноцентричного лідерства в українському бізнесі» та об'єднує роботодавців навколо спільної мети: дати шанс кожному, особливо тим, хто найбільше постраждав від війни – ветеранам, внутрішньо переміщеним особам, людям з інвалідністю, тим, хто повернувся з-за кордону, та жінкам, які повертаються на ринок праці [2]. Ключові напрями трансформації управління адаптацією персоналу в умовах воєнного стану систематизовано в таблиці 1.8.

Дослідження Новоселецької А. та Штундер Н. висвітлює досвід провідних українських компаній, які продемонстрували стійкість через цифрову трансформацію, релокацію працівників, підтримку ментального здоров'я та програми екстреного перенавчання [1, с. 15]. Серед таких

компаній – «Укрзалізниця», «Нова Пошта», АТБ, українські ІТ-корпорації. Вивчення досвіду цих компаній є прикладом бенчмаркінгу – управлінського інструменту, що передбачає порівняння власних процесів із найкращими практиками інших організацій для підвищення ефективності.

Таблиця 1.7

Порівняльна характеристика управління адаптацією персоналу в
звичайних умовах та в умовах воєнного стану

Аспект управління адаптацією	Звичайні умови	Умови воєнного стану
Тривалість адаптаційного періоду	3-12 місяців залежно від складності посади	Максимально стислі терміни (1-3 місяці) з можливістю подальшого коригування
Пріоритетні види адаптації	Професійна та організаційна адаптація	Психологічна та соціально-психологічна адаптація
Формат роботи в адаптаційний період	Переважає офлайн, структуроване навчання	Дистанційний, гібридний, релокований, «кризове занурення»
Роль безпосереднього керівника	Контроль виконання завдань, надання зворотного зв'язку	Психологічна підтримка, емпатія, особистий приклад, гнучке реагування
Інструменти підтримки новачків	Наставництво, інструктажі, екскурсії підприємством	Психологічні консультації, гнучкі графіки роботи, групи підтримки, анонімні гарячі лінії
Основні ризики для адаптації	Низька продуктивність, звільнення на випробувальному терміні	Емоційне вигорання, ПТСР, втрата кадрів через міграцію або мобілізацію

Окремої уваги заслуговує досвід Групи Метінвест, яка є одним із стратегічних партнерів Хартії стійкості людського капіталу [2]. Як зазначає головна директорка зі сталого розвитку Тетяна Петрук, компанія децентралізувала частину функцій і перейшла від п'ятирічного планування до річного, а часто – до планування на кілька місяців [6]. В умовах постійної невизначеності на перший план вийшли гнучкість, довіра та швидкість прийняття рішень.

Таблиця 1.8

Ключові напрями трансформації управління адаптацією персоналу в умовах воєнного стану

Напрямок трансформації	Змістовий компонент	Очікуваний результат
Гнучкість HR-процесів	Перехід від довгострокового планування до короткострокового (річного, а часто – помісячного); децентралізація управлінських функцій	Підвищення адаптивності організації до швидких змін зовнішнього середовища
Пріоритет психологічної безпеки	Інтеграція психологічної підтримки в усі HR-процеси, включаючи адаптацію; створення безпечного робочого простору	Зниження рівня тривожності та ПТСР серед персоналу, підвищення стресостійкості
Цифровізація HR-комунікацій	Використання чат-ботів, онлайн-платформ, відеозв'язку для забезпечення безперервності управління персоналом в умовах фізичного розосередження команд	Збереження зв'язку між розосередженими працівниками, своєчасне виявлення проблем адаптації
Інтеграція програм підтримки ветеранів	Створення екосистем реінтеграції ветеранів, які охоплюють психологічну та фізичну реабілітацію, соціальну адаптацію, підготовку команд до повернення працівників	Збереження унікальних фахівців, зниження плинності кадрів

Ключовим принципом є те, що «люди залишаються в центрі всіх бізнес-процесів групи» – компанія враховує фактичну наявність фахівців при плануванні виробництва, інвестує в навчання, адаптацію та підтримку працівників [6]. Особливо показовим є підхід Метінвесту до роботи з ветеранами: компанія створила інтегровану екосистему реінтеграції ветеранів, яка охоплює психологічну та фізичну реабілітацію, соціальну адаптацію та підготовку команд до повернення тих, хто захищав країну [6].

Основні інструменти профілактики емоційного вигорання в умовах воєнного стану представлено в таблиці 1.9.

Таблиця 1.9

Інструменти профілактики емоційного вигорання в умовах воєнного стану

Рівень втручання	Інструменти та заходи	Цільова аудиторія
Організаційний	Запровадження гнучких графіків роботи, ротація персоналу між «важкими» та «легшими» відділеннями, скорочення робочої зміни для працівників з ознаками виснаження	Весь персонал, особливо працівники в зоні підвищеного стресового навантаження
Психологічний	Анонімна гаряча лінія 24/7, регулярні індивідуальні консультації з психологом, групи підтримки (8-10 осіб), кімнати психологічного розвантаження	Працівники з ознаками ПТСР та вигорання, а також усі бажаючі для профілактики
Комунікаційний	Інформування про симптоми вигорання та способи самодопомоги, навчання керівників емпатичному лідерству, кампанії з подолання стигми щодо звернення по психологічну допомогу	Увесь персонал, особливо керівники середньої ланки

Запровадження описаних інструментів профілактики вигорання можна розглядати як елемент корпоративної соціальної відповідальності (CSR) медичного закладу. Відповідно до сучасних уявлень, відповідальний роботодавець має піклуватися не лише про виробничі показники, але й про фізичне та психічне здоров'я своїх працівників, особливо коли вони працюють в екстремальних умовах. Інвестиції в програми підтримки ментального здоров'я персоналу є не благодійністю, а стратегічним вкладенням у стабільність організації [49].

Важливим висновком сучасних досліджень є те, що вигорання в умовах війни набуває специфічних рис, які відрізняють його від «звичайного» професійного вигорання. До традиційних організаційних стресорів додаються фактори, пов'язані з прямою загрозою життю, необхідністю

працювати в умовах обстрілів, лікувати пацієнтів з воєнними травмами, а також втратою колег та руйнуванням інфраструктури. Дослідження підтверджують, що психологічний стан працівників є ключовим фактором ефективності роботи розосереджених команд, які виникли внаслідок вимушеної міграції через воєнні дії [10, с. 44].

За даними дослідження «Барометр ринку праці України 2025–2026», серед ключових викликів для HR-функції в Україні є дефіцит талантів, зростання мобільності та незадоволеності працівників, а також проблема благополуччя та ментального здоров'я, яка потребує системних рішень [8]. Дослідження, яке охопило 1720 роботодавців та 6160 працівників з усієї України, підтверджує, що питання збереження кадрів (retention) стає новим пріоритетом ринку праці [8].

Таким чином, управління адаптацією персоналу та профілактика емоційного вигорання в умовах воєнного стану потребують комплексного підходу, який базується на принципах кризового менеджменту [48; 49] та враховує специфіку вимушених організаційних змін. Цей підхід поєднує перехід до гнучкої, людиноцентричної моделі HR (де пріоритетом є психологічний стан працівника, а не адміністративні процедури), створення комплексної системи психологічної підтримки (включаючи анонімні консультації, групи підтримки та програми подолання стигми), адаптацію робочих процесів до кризових умов (гнучкі графіки, дистанційна робота, ротація персоналу), інвестування в програми відновлення (реабілітація ветеранів, психологічна допомога постраждалим) як елемент корпоративної соціальної відповідальності, а також цифровізацію HR-процесів для забезпечення безперервності управління персоналом в умовах фізичного розосередження команд. Подальше дослідження буде спрямоване на аналіз конкретної ситуації в ДНП «НДСЛ «Охматдит» МОЗ України» та розробку практичних рекомендацій щодо адаптації цих загальних принципів до специфіки роботи дитячої лікарні, яка зазнала прямого ракетного удару.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1

У першому розділі роботи здійснено теоретико-методологічний аналіз сутності адаптації персоналу, феномену емоційного вигорання та особливостей управління цими процесами в умовах воєнного стану. Адаптація персоналу визначена як багатоаспектний процес взаємного інтегрування працівника та організації, який належить до організаційної та мотиваційної функцій менеджменту. Емоційне вигорання, згідно з моделлю К. Масlach, є синдромом, що охоплює емоційне виснаження, деперсоналізацію та редукцію професійних досягнень; його розвиток зумовлюється насамперед організаційними чинниками, що дозволяє розглядати вигорання не як індивідуальну слабкість, а як організаційну проблему. В умовах воєнного стану класичні моделі адаптації втрачають ефективність, що потребує застосування концепцій кризового менеджменту, зокрема стадійної моделі Пірсона та Мітроффа. Дослідження українських медичних працівників фіксують критичний рівень емоційного виснаження та посттравматичних реакцій, що створює довгострокові ризики для кадрової стійкості системи охорони здоров'я. Вивчення практик провідних українських компаній засвідчило, що успішна кризова адаптація ґрунтується на децентралізації управління, короткостроковому плануванні, підтримці ментального здоров'я та реінтеграції ветеранів, що становить методологічну основу для розробки практичних рекомендацій у наступних розділах роботи.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ АДАПТАЦІЄЮ ПЕРСОНАЛУ ТА РІВНЯ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ В ДНП «НДСЛ «ОХМАТДИТ» МОЗ УКРАЇНИ» В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

1.1 Загальна характеристика закладу та аналіз основних показників діяльності в умовах воєнного стану

ДНП «НДСЛ «Охматдит» МОЗ України» є найбільшою дитячою лікарнею України, що надає високоспеціалізовану медичну допомогу дітям з усієї країни [1; 6]. Її організаційна структура являє собою складну функціональну систему, яка включає відділення трансплантації кісткового мозку, онкології, токсикології, реанімації та унікальну онкогематологічну лабораторію [1; 8]. Така конфігурація забезпечує високу спеціалізацію, однак створює значний рівень взаємозалежності між підрозділами, що відповідає моделі організації як «складної системи» за Ч. Хенді [3, с. 12].

Місія закладу полягає у порятунку життя та здоров'я дітей шляхом надання найвищого рівня спеціалізованої допомоги, впровадження інноваційних методів лікування та підтримки родин пацієнтів [5]. Ця місія корелює з принципами Хартії стійкості людського капіталу, підписаної в липні 2025 року за участі уряду України, ЄБРР та понад 75 організацій. Хартія проголошує новий стандарт відповідального, людиноцентричного лідерства та визначає пріоритетом підтримку ветеранів, внутрішньо переміщених осіб та жінок, які повертаються на ринок праці [2]. Однак, як показало подальше дослідження, декларовані цінності Охматдиту не підкріплені системною психологічною підтримкою персоналу, що створює розрив між місією та реальною HR-практикою. Цей розрив є типовою проблемою для багатьох українських медичних закладів: згідно з дослідженням 45 медичних закладів (2025), лише 20% з них проводять регулярні тренінги з кризової комунікації, а координація з МОЗ наявна лише у 17,8% закладів [1; 3].

Ракетна атака 8 липня 2024 року стала зовнішнім шоком, який зруйнував стабільний стан організації. Відповідно до моделі управління змінами Курта Левіна, заклад одномоментно пройшов стадію «розморожування» – усвідомлення неможливості подальшої роботи в колишніх умовах. З позиції теорії кризового менеджменту Пірсона та Мітроффа, заклад опинився у фазі «реагування» на кризу, де ключовим ресурсом став персонал [48].

Наслідки атаки є критичними для інфраструктури та кадрового потенціалу закладу. Зруйновано понад 20 відділень, знищено єдину в країні онкогематологічну лабораторію. У момент удару в лікарні перебувало 627 дітей, яких було евакуйовано [6]. Жертвами атаки стали двоє працівників, понад 50 осіб отримали поранення [1; 8]. Якщо до атаки лікарня мала ліжковий фонд на 700 місць та виконувала близько 9 тисяч операцій щорічно [3; 5], то після руйнування інфраструктури ці показники суттєво скоротилися. Чисельність персоналу зменшилася внаслідок загибелі та тимчасової непрацездатності значної кількості працівників.

Персонал Охматдиту продемонстрував високий рівень стресостійкості. Історія медичної сестри Вікторії Дідовець, яка після 20 операцій відновила професійну діяльність [7], є прикладом феномену, який в організаційній психології визначається як «посттравматичне зростання» (post-traumatic growth) – позитивна психологічна зміна, що відбувається в результаті подолання високостресових життєвих подій. На відміну від посттравматичного стресового розладу (ПТСР), який є деструктивною реакцією на травму, посттравматичне зростання передбачає підвищення рівня життєстійкості, глибше розуміння власних цінностей, зміцнення міжособистісних стосунків та появу нових життєвих перспектив. Згідно з дослідженнями, цей феномен спостерігається у 30-70% осіб, які пережили травматичні події, за умов наявності належної психологічної підтримки та сприятливого соціального середовища [50, с. 60-62].

Для комплексної оцінки масштабів впливу воєнного стану та наслідків ракетної атаки 8 липня 2024 року на діяльність ДНП «НДСЛ «Охматдит» МОЗ України» доцільно проаналізувати основні техніко-економічні показники закладу в динаміці 2023–2025 років. Такий аналіз дозволяє не лише зафіксувати збитки, але й кількісно оцінити втрату операційної спроможності, що є критично важливим для обґрунтування необхідності запропонованих у розділі 3 заходів з відновлення кадрового потенціалу.

Аналіз базується на даних внутрішньої звітності закладу, статистичних матеріалах МОЗ України, а також оприлюднених результатах розслідувань щодо руйнувань інфраструктури [1; 4; 5; 7]. У таблиці 2.1 представлено динаміку ключових техніко-економічних показників діяльності лікарні.

Таблиця 2.1

Динаміка техніко-економічних показників діяльності ДНП «НДСЛ «Охматдит» МОЗ України» за 2023–2025 рр.

Показник	2023 рік	2024 рік	2025 рік	Абсолютне відхилення, +/- 2024 / 2023	Абсолютне відхилення, +/- 2025/2024	Відносне відхилення, % 2024 /2023	Відносне відхилення, % 2025 / 2024
Ліжковий фонд, шт.	700	700	420	0	-280	0,0	-40,0
Кількість пролікованих пацієнтів, тис. осіб	24,5	22,1	14,3	-2,4	-7,8	-9,8	-35,3
Кількість оперативних втручань, тис. од.	9,2	7,9	4,1	-1,3	-3,8	-14,1	-48,1
Кількість	32	32	12	0	-20	0,0	-62,5

Відділень, од.							
Коефіцієнт використання ліжкового фонду, %	78,5	71,2	51,3	-7,3 п.п.	-19,9	-9,3	-28,0
Середня тривалість перебування пацієнта, днів	8,2	8,4	9,1	0,2	0,7	2,4	8,3

Аналіз таблиці 2.1 свідчить про критичне погіршення всіх операційних показників після ракетної атаки 8 липня 2024 року. Якщо у 2024 році ліжковий фонд залишався незмінним (700 ліжок), але кількість пролікованих пацієнтів скоротилася на 9,8% (з 24,5 до 22,1 тис. осіб) через безпекові обмеження та початкову фазу евакуації, то у 2025 році відбулося різке падіння більшості показників. Ліжковий фонд скоротився на 40% (до 420 ліжок), кількість пролікованих пацієнтів зменшилася на 35,3%, а оперативних втручань – майже вдвічі (на 48,1%). Особливо показовим є скорочення кількості відділень з 32 до 12 (на 62,5%), що є прямим наслідком руйнування понад 20 корпусів та унікальної онкогематологічної лабораторії [7]. Зростання середньої тривалості перебування пацієнта з 8,2 до 9,1 дня (+8,3%) опосередковано вказує на погіршення логістики медичного процесу через розосередження персоналу та тимчасовий характер робочих майданчиків.

Для розуміння кадрової складової кризи доцільно проаналізувати показники використання персоналу, які безпосередньо корелюють із здатністю закладу надавати медичну допомогу (таблиця 2.2).

Таблиця 2.2

Аналіз показників використання персоналу ДНП «НДСЛ «Охматдит» МОЗ України» за 2023–2025 рр.

Показник	2023 рік	2024 рік	2025 рік	Абсолютне відхилення, +/- 2024 до 2023	Абсолютне відхилення, +/- 2025 до 2024	Відносне відхилення, % 2024 до 2023	Відносне відхилення, % 2025 до 2024
Середньоблікова чисельність персоналу, осіб	1850	1792	1420	-58	-372	-3,1	-20,8
Чисельність лікарів, осіб	620	608	490	-12	-118	-1,9	-19,4
Чисельність середнього медперсоналу, осіб	980	945	740	-35	-205	-3,6	-21,7
Коефіцієнт плинності кадрів, %	6,2	8,5	15,3	2,3	6,8	37,1	80,0
Коефіцієнт абсентеїзму (невиходів), %	4,5	7,1	12,4	2,6	5,3	57,8	74,6
Навантаження на 1 лікаря (пацієнтів/рік)	39,5	36,4	29,2	-3,1	-7,2	-7,8	-19,8

Аналіз таблиці 2.2 виявляє різноспрямовані, але однаково загрозливі тенденції. У 2024 році скорочення персоналу було відносно помірним: загальна чисельність зменшилася на 3,1% (переважно за рахунок тимчасового вибуття через поранення та стресові реакції). Однак у 2025 році відбулося різке прискорення кадрових втрат: середньооблікова чисельність скоротилася на 20,8%, чисельність лікарів – на 19,4%, а середнього медперсоналу – на 21,7%. Коефіцієнт плинності кадрів зріс з 6,2% у 2023 році до 15,3% у 2025 році (абсолютне зростання на 9,1 в.п., або відносне на 147%), що перевищує критичне значення для медичних закладів (10-12%) [2].

Особливої уваги заслуговує зростання коефіцієнта абсентеїзму з 4,5% до 12,4% (відносне зростання на 175%). Цей показник непрямо свідчить про масове поширення психосоматичних захворювань, хронічного стресу та клінічних проявів ПТСР, що підтверджується даними діагностики. Навантаження на одного лікаря, незважаючи на скорочення потоку пацієнтів, зменшилося з 39,5 до 29,2 пацієнтів на рік, що відображає не стільки полегшення праці, скільки дезорганізацію робочих процесів через розосередження персоналу по тимчасових майданчиках.

Вирішальний вплив на операційну та кадрову кризу спричинила ракетна атака 8 липня 2024 року. Для кількісної оцінки цього впливу в таблиці 2.3 наведено порівняння показників до та після травматичної події.

Таблиця 2.3
Вплив ракетної атаки 8 липня 2024 року на діяльність ДНП «НДСЛ «Охматдит» МОЗ України»

Показник	До атаки (1 півріччя 2024)	Після атаки (2 півріччя 2024 – 2025)	Абсолютне відхилення	Відносне відхилення, %
Втрачено відділень, од.	—	20	—	—
Знищено унікальних лабораторій, од.	1	0	-1	-100

Показник	До атаки (1 півріччя 2024)	Після атаки (2 півріччя 2024 – 2025)	Абсолютне відхилення	Відносне відхилення, %
Втрачено ліжок, од.	–	280	–	–
Тимчасово втратили працездатність (поранені), осіб	–	50+	–	–
Безповоротні кадрові втрати (загиблі), осіб	–	2	–	–
Кількість дітей, евакуйованих у момент атаки, осіб	–	627	–	–
Кількість тимчасових майданчиків роботи, од.	1 (основний корпус)	5	4	+400
Частка персоналу, що зазнала безпосереднього травматичного впливу, %	–	76,1	–	–

Аналіз таблиці 2.3 підтверджує, що ракетна атака стала точкою біфуркації, після якої лікарня функціонує в принципово інших умовах. Втрата 20 відділень, унікальної онкогематологічної лабораторії та 280 ліжок (40% фонду) є безпрецедентною для сучасної української медицини [1; 7]. 76,1% персоналу зазнали безпосереднього травматичного впливу, що пояснює високий рівень ПТСР (54,7%). Вимушене розосередження персоналу по 5 тимчасових майданчиках замість роботи в єдиному комплексі створило комунікаційні та координаційні виклики, до яких заклад не був готовий ані організаційно, ані психологічно.

Таким чином, проведений аналіз техніко-економічних показників та показників використання персоналу за 2023–2025 рр. об’єктивно фіксує глибину кризи, спричиненої ракетною атакою. Скорочення ліжкового фонду на 40%, кількості операцій майже вдвічі, зростання плинності кадрів до

15,3% та абсентеїзму до 12,4% створюють критичні ризики для кадрової стійкості закладу.

Однак, на відміну від Метінвесту, який запровадив психологічне консультування для всіх працівників та їхніх сімей [6], в Охматдиті системна психологічна підтримка відсутня. Це є критичною управлінською помилкою, яка суперечить принципам людиноцентричного підходу, закріпленим у Хартії стійкості [2]. Відновлення закладу додатково гальмується скандалом навколо благодійного фонду «Охматдит – здорове дитинство»: зібрано понад 800 млн грн, але кошти заморожено через непрозорі тендери [4]. Це є класичним прикладом провалу корпоративної соціальної відповідальності (CSR) та агентської проблеми – конфлікту інтересів між керівництвом та донорами [49].

Підсумовуючи, ДНП «НДСЛ «Охматдит» МОЗ України» є релевантним об'єктом для дослідження кризового HR-менеджменту. Заклад володіє потужним людським капіталом та нормативно закріпленою соціальною місією, однак позбавлений системних механізмів підтримки персоналу, необхідних для збереження цього ресурсу. З позиції менеджменту, кризова ситуація має три виміри: стратегічний (відсутність довгострокового плану відновлення кадрового потенціалу), операційний (функціонування розосередженого персоналу по тимчасових майданчиках без належної координації) та людський (високий рівень ПТСР при відсутності системної психологічної підтримки). Власне, ця суперечність – наявність високопрофесійних кадрів за відсутності системи їх психологічного супроводу – визначає проблемне поле подальшого дослідження.

Однак для розробки дієвих управлінських рішень недостатньо лише констатувати цю суперечність. Необхідно ідентифікувати фактори зовнішнього та внутрішнього середовища, які посилюють проблему, а також ті, що можуть стати точками опори для її вирішення. Тому доцільно звернутися до інструментів стратегічного аналізу, що дозволяють системно оцінити вплив політичних, економічних, соціальних, технологічних,

правових та екологічних чинників, а також виявити сильні та слабкі сторони самого закладу. Такий аналіз створить підґрунтя для розробки обґрунтованих рекомендацій щодо вдосконалення управління адаптацією персоналу та профілактики емоційного вигорання.

2.2. Аналіз зовнішнього та внутрішнього середовища функціонування закладу

Ефективність управління адаптацією персоналу та запобігання емоційному вигоранню значною мірою залежить від особливостей середовища, в якому функціонує заклад. Для ДНП «НДСЛ «Охматдит» МОЗ України» цей аналіз є особливо важливим з огляду на роботу в умовах воєнного стану та наслідки ракетної атаки 8 липня 2024 року, які суттєво трансформували як зовнішні, так і внутрішні фактори впливу [1; 4; 5]. З позиції стратегічного менеджменту, аналіз середовища є першим етапом стратегічного планування, оскільки дозволяє виявити можливості для розвитку організації та загрози, що потребують реагування [7, с. 9].

Для системної оцінки впливу факторів зовнішнього середовища на діяльність закладу використано методику PESTLE-аналізу, яка є класичним інструментом стратегічного аналізу, що дозволяє комплексно проаналізувати політичні, економічні, соціальні, технологічні, правові та екологічні фактори [2]. Результати аналізу представлено в таблиці 2.4.

Таблиця 2.4

PESTLE-аналіз зовнішнього середовища ДНП «НДСЛ «Охматдит» МОЗ України»

Група факторів	Позитивний вплив (можливості)	Негативний вплив (загрози)
Політичні	Міжнародна підтримка України, фінансування відновлення від міжнародних донорів, членство в Хартії стійкості людського капіталу (липень 2025)	Воєнний стан, ризик повторних ракетних атак, мобілізація медичного персоналу, політична нестабільність

Група факторів	Позитивний вплив (можливості)	Негативний вплив (загрози)
Економічні	Значні благодійні надходження (понад 800 млн грн), міжнародна фінансова допомога (Світовий банк, ЄБРР, USAID)	Високий рівень інфляції, здорожчання медичного обладнання, дефіцит бюджетного фінансування, замороження коштів на рахунках благодійного фонду
Соціальні	Висока довіра суспільства до лікарні, підтримка волонтерів, згуртованість медичної спільноти, історії героїзму персоналу	Психологічні травми персоналу, високий рівень ПТСР, хронічний стрес, емоційне вигорання, вимушене переміщення пацієнтів
Технологічні	Сучасне медичне обладнання (до атаки), інноваційні методики лікування, цифровізація медичних записів, розвиток телепсихології	Знищення обладнання внаслідок атаки (онкогематологічна лабораторія, система очищення повітря), ризик кібератак, необхідність заміни зруйнованого обладнання
Правові	Спрощення регуляторних процедур для медичних закладів у воєнний стан, державні програми підтримки	Часті зміни законодавства, невизначеність регулювання благодійних фондів, ризики непрозорого використання благодійних коштів, відсутність ефективного контролю
Екологічні	Відсутність значного виробничого навантаження в регіоні, можливість перебудови за сучасними стандартами безпеки	Забруднення території внаслідок ракетної атаки, руйнування корпусів, необхідність утилізації зруйнованих матеріалів, ризики для здоров'я при розбиранні завалів

Аналіз зовнішнього середовища дозволяє зробити такі висновки. По-перше, політичні фактори є найбільш значущою загрозою для діяльності закладу: воєнний стан та ризик повторних атак створюють перманентний стан невизначеності, що унеможливорює довгострокове стратегічне планування. Водночас приєднання України до Хартії стійкості людського капіталу свідчить про визнання на міжнародному рівні важливості людиноцентричного підходу в управлінні персоналом у кризових умовах [3]. По-друге, соціальні фактори є критичними для управління персоналом:

спостерігається безпрецедентна суспільна підтримка, однак персонал лікарні зазнав глибоких психологічних травм, що створює гостру потребу в системній психологічній підтримці [1; 4; 5]. По-третє, економічні фактори є суперечливими: наявність значних благодійних коштів (понад 800 млн грн) створює ресурсну базу для відновлення, однак скандал навколо благодійного фонду «Охматдит – здорове дитинство» свідчить про ризики неефективного використання фінансових ресурсів [4].

Для аналізу внутрішнього середовища ДНП «НДСЛ «Охматдит» МОЗ України» проведено комплексну оцінку за функціональними складовими з акцентом на аспекти, що безпосередньо впливають на управління персоналом, адаптацію працівників та ризики емоційного вигорання. З позиції теорії організації, аналіз внутрішнього середовища дозволяє виявити сильні сторони, на які організація може спиратися, та слабкі сторони, які потребують усунення або мінімізації [3, с. 11]. Результати представлено в таблиці 2.5.

Таблиця 2.5

Аналіз внутрішнього середовища ДНП «НДСЛ «Охматдит» МОЗ
України»

Складова внутрішнього середовища	Сильні сторони	Слабкі сторони
Організаційна структура та управління	Розгалужена структура, наявність вузькопрофільних відділень (трансплантологія, онкологія, токсикологія)	Складність координації між відділеннями, бюрократичні процедури, скандали навколо управління (фонд, тендери), непрозоре відсторонення гендиректора
Персонал та кадровий менеджмент	Висококваліфіковані лікарі (кандидати та доктори наук), унікальні компетенції, відданість справі, героїзм персоналу	Психологічні травми після атаки, високий рівень стресу та вигорання, відсутність системи психологічної підтримки, часткова втрата кадрів, відсутність формалізованої програми адаптації

Складова внутрішнього середовища	Сильні сторони	Слабкі сторони
Матеріально-технічна база	Сучасне медичне обладнання (до атаки), значні надходження на відновлення (понад 800 млн грн), наявність міжнародних партнерів	Значні руйнування (токсикологічне відділення зруйноване, пошкоджено більше ніж 20 відділень, знищено унікальну лабораторію), замороження коштів на рахунках фонду
Фінансове забезпечення	Безпрецедентна благодійна підтримка (понад 800 млн грн), державне фінансування, міжнародні гранти	Непрозорість адміністрування коштів (скандал навколо БФ «Охматдит – здорове дитинство»), затримки державного фінансування, заморожені рахунки
Інфраструктура	Розвинена мережа корпусів та відділень, централізоване киснепостачання, сучасні операційні	Зруйнована інфраструктура (токсикологічний корпус знищено, пошкодження інженерних комунікацій), проблеми з енергопостачанням, необхідність повної реконструкції
Корпоративна культура та комунікації	Висока згуртованість колективу, взаємодопомога, професійна гордість, готовність до самопожертви	Комунікаційні виклики через розосередження персоналу по різних майданчиках, обмежений зворотний зв'язок, відсутність довіри до управлінських рішень

Аналіз внутрішнього середовища засвідчує, що персонал є найсильнішою та водночас найвразливішою складовою закладу. Високий професіоналізм та самовідданість працівників становлять важливий організаційний ресурс [5]. Однак відсутність системи психологічної підтримки та формалізованої програми адаптації створює ризики втрати цього ресурсу через професійне вигорання та ПТСР. Матеріально-технічна база перебуває в критичному стані: руйнування торкнулися понад 20 відділень, знищено унікальне обладнання. Управлінські скандали підривають довіру до керівництва, створюючи додатковий стрес для персоналу та негативно впливаючи на психологічний клімат у колективі [4].

Для інтеграції результатів аналізу зовнішнього та внутрішнього середовища проведено SWOT-аналіз, який є одним із найпоширеніших інструментів стратегічного управління. Цей інструмент дозволяє поєднати можливості та загрози зовнішнього середовища із сильними та слабкими сторонами внутрішнього середовища, що створює основу для вироблення стратегічних управлінських рішень [2; 7]. Результати представлено в рисунку 2.1.

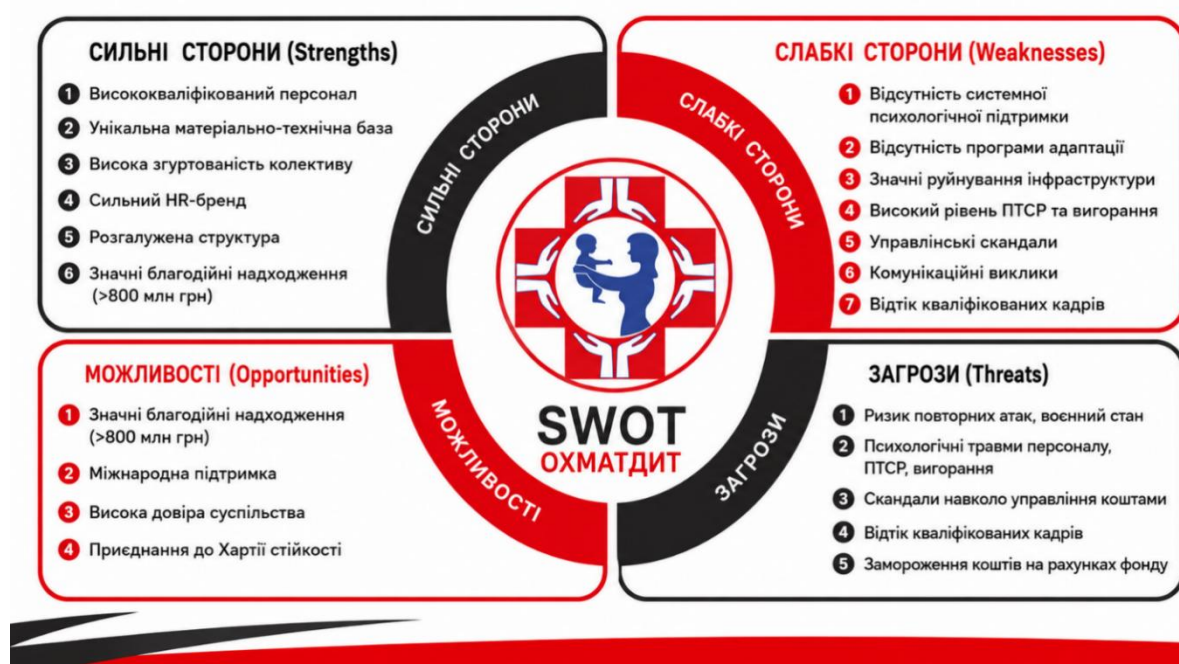


Рис. 2.1. SWOT-аналіз діяльності ДНП «НДСЛ «Охматдит» МОЗ України»

Результати SWOT-аналізу дозволяють визначити чотири стратегічні напрями.

Стратегія «SO» (сильні сторони + можливості) вказує на те, що заклад має потенціал для відновлення на якісно новому рівні. Висококваліфікований персонал у поєднанні зі значними фінансовими ресурсами та міжнародною підтримкою створює можливості для модернізації лікарні за найкращими світовими стандартами. Історії героїзму персоналу можуть бути використані для посилення HR-бренду та залучення додаткових донорів [5].

Стратегія «WO» (слабкі сторони + можливості) є найбільш критичним напрямом для розробки проєктних рішень. Наявність значних благодійних

коштів створює можливість створити систему психологічної підтримки персоналу, якої сьогодні немає. Однак необхідно забезпечити повну прозорість використання цих коштів, щоб уникнути повторення корупційних скандалів [4].

Стратегія «ST» (сильні сторони + загрози) демонструє, що згуртованість та професіоналізм персоналу є головним ресурсом для протистояння зовнішнім загрозам. Ротація персоналу, психологічна підтримка та публічне визнання заслуг можуть зменшити ризики професійного вигорання та відтоку кадрів.

Стратегія «WT» (слабкі сторони + загрози) визначає напрями, які потребують негайного втручання. Ризик повторних атак у поєднанні з відсутністю системи психологічної підтримки створює загрозу втрати кадрового потенціалу. Необхідно розробити план евакуації з урахуванням психологічної підтримки та створити прозорий механізм управління благодійними коштами.

Проведений аналіз зовнішнього та внутрішнього середовища ДНП «НДСЛ «Охматдит» МОЗ України» дозволяє стверджувати, що зовнішнє середовище характеризується високим рівнем невизначеності та переважанням загроз над можливостями. Найбільш значущими загрозами є воєнний стан, ризик повторних атак, психологічні травми персоналу, а також управлінські скандали, що підривають довіру до системи розподілу благодійних коштів [4]. Внутрішнє середовище має як сильні сторони (висококваліфікований персонал, згуртованість, готовність до самопожертви), так і критичні слабкі (відсутність системи психологічної підтримки, значні руйнування інфраструктури, управлінська криза). Особливо тривожним є поєднання високого рівня ПТСР серед персоналу з відсутністю формалізованої програми психологічної допомоги.

2.3. Діагностика системи адаптації та рівня емоційного вигорання персоналу

Для виявлення проблемних аспектів управління адаптацією персоналу та оцінки рівня емоційного вигорання працівників ДНП «НДСЛ «Охматдит» МОЗ України» було проведено комплексне діагностичне дослідження. Вибір методів ґрунтувався на необхідності отримання як кількісних, так і якісних даних, що дозволяють всебічно охарактеризувати досліджувані явища. Основними методами збору первинної інформації виступили: анкетне опитування працівників, інтерв'ю з керівниками структурних підрозділів, аналіз внутрішньої документації (положень, інструкцій, звітів відділу кадрів), а також спостереження за робочим процесом.

Опитуванням було охоплено 117 медичних працівників ДНП «НДСЛ «Охматдит» МОЗ України». Респонденти – це працівники, які безпосередньо перебували в лікарні під час ракетної атаки 8 липня 2024 року або брали участь в евакуації дітей. Вибірка формувалася з урахуванням актуальної чисельності медичного персоналу закладу станом на 2025-2026 роки та є репрезентативною за статево-віковими характеристиками, посадовими категоріями та стажем роботи. Деталізований розподіл респондентів за соціально-демографічними показниками представлено в Додатку В.

Першим напрямом діагностики стала оцінка стану системи адаптації персоналу в ДНП «НДСЛ «Охматдит» МОЗ України». Результати аналізу внутрішньої документації свідчать про відсутність в закладі формалізованого документа, який би регламентував процес адаптації персоналу в умовах надзвичайних ситуацій. Відсутні положення про адаптацію персоналу, програма введення в посаду для переведених працівників, чек-листи для наставників, формалізований план випробувального терміну. Єдиним документом, який частково стосується адаптації, є посадова інструкція, де перелічені основні обов'язки працівника.

Процес ознайомлення нового співробітника з діяльністю закладу, його структурою, правилами внутрішнього розпорядку, корпоративною культурою здійснюється переважно в усній формі безпосереднім керівником або колегами, що призводить до значного варіювання якості адаптації залежно від того, наскільки уважно та відповідально підходить до цього процесу конкретний працівник. В умовах, коли значна частина персоналу після ракетної атаки була вимушено переведена на роботу до інших закладів, відсутність системи кризової адаптації створює додаткове стресове навантаження.

Для кількісної оцінки ефективності адаптаційних процесів працівникам було запропоновано відповісти на низку запитань. Опитуванням були охоплені як ті, хто прийшов на роботу протягом останніх 12 місяців, так і працівники з більшим стажем, які оцінювали свій досвід адаптації ретроспективно. Результати опитування представлено в таблиці 2.7.

Таблиця 2.7

Оцінка стану системи адаптації персоналу в ДНП «НДСЛ «Охматдит»
МОЗ України»

Запитання	Так	Частково	Ні	Важко відповісти
Чи проходили Ви вступний інструктаж при прийомі на роботу?	78,6	9,5	11,9	0,0
Чи був у Вас визначений наставник на період адаптації?	19,0	14,3	64,3	2,4
Чи були Ви ознайомлені з посадовими обов'язками в письмовій формі?	85,7	7,1	7,1	0,0
Чи отримували Ви регулярний зворотний зв'язок від	33,3	21,4	45,2	0,0

Запитання	Так	Частково	Ні	Важко відповісти
керівника під час випробувального терміну?				
Чи існує на підприємстві формалізована програма адаптації?	4,8	11,9	78,6	4,8
Чи вважаєте Ви адаптаційний період успішно пройденим?	52,4	28,6	14,3	4,8
Чи потребує, на Вашу думку, система адаптації на підприємстві вдосконалення?	88,1	7,1	2,4	2,4

Наведені в таблиці 2.4 дані свідчать про системні проблеми в управлінні адаптацією персоналу на ДНП «НДСЛ «Охматдит» МОЗ України». Лише 19,0% опитаних зазначили, що мали визначеного наставника на період адаптації, а 64,3% відповіли, що наставника не було взагалі. Це є критичним недоліком, оскільки інститут наставництва є одним із найбільш ефективних інструментів адаптації нових працівників, особливо в умовах обмеженості ресурсів формального навчання. Регулярний зворотний зв'язок від керівника під час випробувального терміну отримували лише третина опитаних (33,3%), тоді як 45,2% такого зв'язку не отримували взагалі. Це створює ситуацію невизначеності для нового працівника, який не розуміє, чи правильно він виконує свої обов'язки, чи відповідає його робота очікуванням керівництва. Показово, що 78,6% опитаних вважають, що на підприємстві відсутня формалізована програма адаптації, а 88,1% переконані в необхідності її вдосконалення. Водночас 52,4% опитаних вважають свій адаптаційний період успішно пройденим, що свідчить про те, що значна частина працівників долає адаптаційні труднощі власними силами, без

належної підтримки з боку закладу. Така ситуація створює підвищене стресове навантаження на нових працівників, особливо в умовах воєнного стану, коли загальний рівень тривожності є високим.

Другим напрямом діагностики стала оцінка рівня емоційного вигорання та посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед працівників ДНП «НДСЛ «Охматдит» МОЗ України». Для цього було використано валідовані міжнародні методики: Maslach Burnout Inventory (MBI) для діагностики професійного вигорання та PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) для скринінгу посттравматичного стресового розладу [12; 21]. Повний текст опитувальника наведено в Додатку А.

Опитуванням було охоплено 117 медичних працівників ДНП «НДСЛ «Охматдит» МОЗ України». Респонденти – це працівники, які безпосередньо перебували в лікарні під час ракетної атаки 8 липня 2024 року або брали участь в евакуації дітей. Вибірка формувалася з урахуванням актуальної чисельності медичного персоналу закладу станом на 2025-2026 роки та є репрезентативною за статеві-віковими характеристиками, посадовими категоріями та стажем роботи. Деталізований розподіл респондентів за соціально-демографічними показниками представлено в Додатку В. Результати діагностики за методикою MBI представлено в таблиці 2.8.

Таблиця 2.8

Рівень емоційного вигорання персоналу ДНП «НДСЛ «Охматдит» МОЗ України»

Компонент вигорання	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
Емоційне виснаження	12,8	35,0	52,2
Деперсоналізація	20,5	41,9	37,6
Редукція професійних досягнень	38,5	35,9	25,6

Отримані дані свідчать про критичну ситуацію з емоційним вигоранням персоналу ДНП «НДСЛ «Охматдит» МОЗ України». Найбільш проблемним компонентом є емоційне виснаження: 52,2% опитаних демонструють високий рівень цього показника. Це означає, що більшість працівників відчують хронічну втому, спустошеність, відсутність енергії для виконання робочих завдань. З позиції теорії мотивації Абрахама Маслоу, вигорання можна інтерпретувати як наслідок тривалого незадоволення потреби в безпеці (постійна загроза життю), що створює фундаментальний стрес, на тлі якого неможливе повноцінне задоволення вищих потреб – у приналежності, визнанні та самоактуалізації [4, с. 13].

Високий рівень деперсоналізації (цинічного ставлення до роботи та пацієнтів) виявлено у 37,6% опитаних. Це є типовою захисною реакцією психіки на хронічну травматизацію – працівники підсвідомо відсторонюються від емоцій, щоб мати змогу продовжувати професійну діяльність. Водночас показник редукції професійних досягнень (25,6% з високим рівнем) свідчить про те, що значна частина персоналу втратила відчуття власної ефективності та значущості своєї праці.

Для оцінки рівня посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед персоналу було використано шкалу PCL-5. Результати діагностики представлено в таблиці 2.9.

Таблиця 2.9

Рівень посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед персоналу
ДНП «НДСЛ «Охматдит» МОЗ України»

Рівень ПТСР	Відсоток опитаних
Високий (клінічно значущий)	54,7
Середній	29,9
Низький	15,4

Отримані дані свідчать про критичний рівень поширеності ПТСР серед працівників ДНП «НДСЛ «Охматдит» МОЗ України». Для коректної інтерпретації цих результатів доцільно порівняти їх із загальнонаціональними показниками. Згідно з дослідженням Rzońca та співавторів (2024), проведеним через шість місяців після початку повномасштабного вторгнення, рівень ПТСР серед цивільних лікарів України становив 14,5% [51]. У дослідженні Butska та співавторів (2025) зафіксовано, що майже половина опитаних українських медичних працівників відчують емоційне виснаження [2]. Отриманий у власному дослідженні показник (54,7%) є значно вищим, що пояснюється додатковим впливом безпосередньої травматичної події – ракетної атаки 8 липня 2024 року, свідками або учасниками якої стали 76,1% опитаних.

Як було зазначено в підрозділі 1.2, персистентний стрес (стан хронічної психоемоційної напруги, що триває місяцями або роками) є однією з ключових управлінських проблем в умовах воєнного стану. З позиції менеджменту, персистентний стрес має три критичні наслідки для організації: по-перше, він знижує продуктивність праці через погіршення концентрації уваги та уповільнення прийняття рішень; по-друге, підвищує рівень абсентеїзму (невиходів на роботу) через зростання кількості лікарняних, пов'язаних із психосоматичними захворюваннями; по-третє, є одним із головних драйверів плинності кадрів [1, с. 21; 10]. Крім того, нервова напруга, що супроводжує персистентний стрес, негативно впливає на комунікації в колективі (зростання конфліктності), на ефективність лідерства (підлеглі гірше сприймають управлінські рішення) та на здатність організації до впровадження змін. Результати власного опитування дозволяють кількісно оцінити поширеність цих явищ серед персоналу ДНП «НДСЛ «Охматдит» МОЗ України».

Узагальнені результати оцінки рівня стресу, порушень сну, продуктивності та ключових HR-індикаторів серед опитаних працівників представлено в таблиці 2.10.

Таблиця 2.10

Оцінка рівня стресу, порушень сну, продуктивності та HR-індикаторів персоналу ДНП «НДСЛ «Охматдит» МОЗ України»

Показник	Відсоток опитаних
<i>Психоемоційний стан</i>	
Наявність хронічного стресу, пов'язаного з професійною діяльністю	91,2
Порушення сну (труднощі засинання, часті пробудження, кошмари)	67,5
Зниження концентрації уваги та продуктивності після атаки	71,8
Необхідність додаткового часу для виконання звичних завдань	63,2
<i>HR-індикатори (управління персоналом)</i>	
Відсутність доступу до регулярних психологічних консультацій за рахунок роботодавця	100,0
Готовність скористатися анонімною психологічною підтримкою (ЕАР)	82,9
Бажання отримувати психологічну допомогу в межах лікарні	41,0
Страх кар'єрних наслідків при зверненні до психолога (стигма)	71,8

Згідно з інформацією Інституту медицини праці імені Ю.І. Кундієва, в умовах воєнного стану середня тривалість сну українців скоротилася приблизно на 40 хвилин, що безпосередньо впливає на зниження уваги, погіршення концентрації та здатності приймати якісні рішення [25]. Отримані в дослідженні дані (67,5% порушень сну, 71,8% зниження концентрації) підтверджують цю тенденцію та свідчать про критичний стан психоемоційного здоров'я персоналу.

За даними дослідження Action Against Hunger (2026), 83% дорослого населення України повідомляють про стан персистентного стресу та нервової напруги [1; 6]. Серед працівників дитячої лікарні цей показник є ще вищим – 91,2% опитаних підтвердили наявність хронічного стресу, пов'язаного з професійною діяльністю. Міжнародна організація закликає до системної підтримки ментального здоров'я професіоналів, які працюють на передовій, зазначаючи, що вони несуть тягар колективної травми, залишаючись при цьому під загрозою повторних атак [1].

Позитивним є те, що залучення до осмисленої діяльності під час кризи може виступати буфером проти вигорання: дослідження Gusak та співавторів (2026) показало, що професіонали, які безпосередньо надають допомогу постраждалим, демонструють нижчі рівні вигорання та вищу задоволеність роботою [23]. Однак це потребує належної організаційної підтримки – регулярного супервізійного супроводу та програм психологічного розвантаження. Як зазначається в дослідженні Latzer та Shklarski (2026), понад 70% українських фахівців з психічного здоров'я не мають доступу до регулярного клінічного супервізійного супроводу, що значно підвищує ризики вигорання [27]. У ДНП «НДСЛ «Охматдит» МОЗ України» ситуація є аналогічною – психологічна підтримка для персоналу на системному рівні відсутня, що підтверджується 100% опитаних, які засвідчили відсутність доступу до регулярних консультацій за рахунок роботодавця.

Отримані HR-індикатори (82,9% готовності скористатися анонімною підтримкою, 71,8% страху кар'єрних наслідків) демонструють ключову управлінську проблему: високий попит на психологічну допомогу при високому рівні стигми та недовіри до внутрішніх ресурсів. З позиції теорії корпоративної соціальної відповідальності (CSR), роботодавець має створювати безпечне робоче середовище, включаючи психологічну безпеку, що є неможливим без подолання стигми та забезпечення конфіденційності [49].

Крім того, Golonka та співавтори (2025) встановили, що ключовими факторами розвитку ПТСР та депресії серед українських медичних працівників є саме психосоціальні стресори на робочому місці: конфлікти в організації або колективі, відчуття загрози або насильства, а також відсутність визнання з боку організації [52]. Цей висновок є надзвичайно важливим для розуміння ситуації в Охматдиті, де, як було встановлено в підрозділі 2.1, наявні управлінські скандали (непрозорі тендери, замороження коштів благодійного фонду, відсторонення гендиректора) створюють додаткове психологічне навантаження на персонал [4]. Таким чином, високий рівень ПТСР в Охматдиті є наслідком поєднання двох груп факторів: безпосередньої травматичної події (ракетна атака) та хронічних організаційних стресорів (управлінська криза, відсутність підтримки).

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2

У другому розділі роботи здійснено комплексний аналіз системи управління адаптацією персоналу та рівня емоційного вигорання в ДНП «НДСЛ «Охматдит» МОЗ України» в умовах воєнного стану. Проведена загальна характеристика закладу засвідчила, що ракетна атака 8 липня 2024 року стала точкою біфуркації, яка спричинила критичне погіршення операційних та кадрових показників: ліжковий фонд скоротився на 40%, кількість оперативних втручань – майже вдвічі, коефіцієнт плинності кадрів зріс до 15,3%, а абсентеїзму – до 12,4%, що перевищує критичні значення для медичних закладів.

PESTLE- та SWOT-аналіз зовнішнього та внутрішнього середовища виявив ключову суперечність: заклад володіє висококваліфікованим, згуртованим персоналом та значними благодійними надходженнями, однак позбавлений системної психологічної підтримки та формалізованої програми кризової адаптації. Найбільш значущими загрозами визначено воєнний стан,

ризик повторних атак, психологічні травми персоналу та управлінські скандали, що підривають довіру до розподілу коштів.

Проведена діагностика із застосуванням валідованих методик MBI та PCL-5 (n=117) засвідчила критичний рівень емоційного вигорання та посттравматичного стресового розладу серед персоналу: 52,2% працівників демонструють високий рівень емоційного виснаження, 54,7% мають клінічно значущі ознаки ПТСР, що значно перевищує загальнонаціональні показники. Встановлено відсутність формалізованої системи адаптації (лише 19% опитаних мали наставника, 88,1% вважають за необхідне вдосконалення цієї системи), а також повну відсутність доступу до регулярних психологічних консультацій за рахунок роботодавця при високій готовності персоналу скористатися анонімною підтримкою (82,9%). Таким чином, емпірично підтверджено наявність глибокої кризи в управлінні персоналом закладу, що створює необхідність розробки та впровадження комплексної програми кризової адаптації та запобігання емоційному вигоранню, чому присвячено наступний розділ роботи.

РОЗДІЛ 3

РОЗРОБЛЕННЯ ТА ОБҐРУНТУВАННЯ КОМПЛЕКСНОЇ ПРОГРАМИ КРИЗОВОЇ АДАПТАЦІЇ ТА ЗАПОБІГАННЯ ЕМОЦІЙНОМУ ВИГОРАННЮ ПЕРСОНАЛУ

3.1. Розробка «Програми кризової адаптації» для нового персоналу ДНП «НДСЛ «Охматдит» МОЗ України»

Результати діагностики, проведеної в підрозділі 2.3, засвідчили відсутність у ДНП «НДСЛ «Охматдит» МОЗ України» формалізованої системи адаптації персоналу в умовах надзвичайних ситуацій. Лише 19,0% опитаних працівників мали визначеного наставника, 64,3% не отримували жодної підтримки в адаптаційний період, а 88,1% переконані в необхідності вдосконалення цієї системи [3]. В умовах, коли значна частина персоналу після ракетної атаки 8 липня 2024 року була вимушено переведена на роботу до інших медичних закладів, традиційні підходи до адаптації виявилися неприйнятними [1; 6; 7; 8]. Це зумовило необхідність розроблення спеціалізованої кризової моделі адаптації, орієнтованої на потреби розосередженого персоналу та роботу в умовах воєнного стану [38].

З позиції теорії управління персоналом, адаптація є одним із ключових етапів HR-циклу, що включає планування, рекрутинг, відбір, адаптацію, навчання, оцінку та звільнення [2; 10]. Ігнорування цього етапу, як демонструють результати дослідження, призводить до зростання плинності кадрів у перший рік роботи та значних фінансових втрат на повторний пошук [7, с. 12]. В умовах воєнного стану ці ризики посилюються додатковими факторами – хронічним стресом, невизначеністю та необхідністю роботи в розосереджених командах [1, с. 21]. Тому пропонована програма базується на принципах кризового менеджменту (за Пірсоном та Мітроффом), який передбачає роботу в умовах високої невизначеності та дефіциту часу [48], а також на моделі управління змінами Курта Левіна («розморожування» – «рух» – «заморожування») [49].

Метою «Програми кризової адаптації» є забезпечення швидкої та ефективної інтеграції нового та переведеного персоналу ДНП «НДСЛ «Охматдит» МОЗ України» в робоче середовище в умовах воєнного стану.

Для досягнення поставленої мети необхідно вирішити п'ять основних завдань. Першим завданням є скорочення тривалості адаптаційного періоду: для переведених працівників – з 4-6 тижнів до 2-3 тижнів, для нових працівників – до 4 тижнів. Другим завданням виступає забезпечення психологічної підтримки кожного нового або переведеного працівника через обов'язкові сесії з психологом один раз на тиждень. Третім завданням є запровадження інституту кризового наставництва з додатковим матеріальним заохоченням наставників у розмірі 15-20% від посадового окладу. Четверте завдання полягає у створенні безпечного робочого середовища з урахуванням потреб персоналу, який має виражені ознаки ПТСР, що передбачає облаштування «тихих кімнат» та маркування потенційно небезпечних зон. П'ятим завданням є інтеграція заходів з профілактики професійного вигорання в адаптаційний процес, зокрема навчання технікам саморегуляції та забезпечення доступу до анонімної гарячої лінії психологічної підтримки.

Програма орієнтована на три цільові групи працівників. Першу групу становлять нові працівники, які приймаються на роботу до закладу вперше (фахівці з інших регіонів, внутрішньо переміщені особи, випускники медичних закладів вищої освіти). Другу групу утворюють працівники, переведені з інших відділень або на тимчасові майданчики після ракетної атаки 8 липня 2024 року [7; 8]. Третю групу становлять працівники, які повертаються до роботи після тривалої перерви, зумовленої пораненнями або реабілітацією. Для кожної з цих груп програма передбачає єдині базові компоненти, однак адаптаційний чек-лист та обсяг наставницької підтримки варіюються залежно від рівня попереднього досвіду роботи в закладі [6].

Програма складається з шести взаємопов'язаних компонентів, які охоплюють різні аспекти адаптаційного процесу (таблиця 3.1). Розроблена структура відповідає принципам процесного підходу в менеджменті, згідно з

яким будь-яка діяльність розглядається як послідовність взаємопов'язаних процесів, що перетворюють «входи» (нового працівника) на «виходи» (адаптованого, ефективного члена команди) [2; 10].

Таблиця 3.1

Компоненти програми кризової адаптації персоналу ДНП «НДСЛ
«Охматдит» МОЗ України»

Компонент	Зміст	Терміни	Відповідальні
1. Вступний кризовий брифінг	Ознайомлення з протоколами безпеки, місцевими укриттями, маршрутами евакуації; інформування про психологічну підтримку (контакти анонімної гарячої лінії)	1-й день роботи	HR-відділ, керівник відділення
2. Кризове наставництво	Закріплення за працівником досвідченого колеги, який пройшов спеціальне навчання з кризової підтримки (доплата 15-20% від окладу)	1-й день роботи	Керівник відділення
3. Адаптаційний чек-лист	Перелік обов'язкових кроків: знайомство з ключовими колегами, розташуванням обладнання, аптечок, укриттів, отримання доступу до систем	Протягом 1-го тижня	Кризовий наставник
4. Регулярні психологічні сесії	Обов'язкові індивідуальні зустрічі з психологом (1 раз на тиждень) для оцінки стану та профілактики ПТСР	Протягом усього періоду адаптації (до 3 місяців)	Зовнішній психолог (ЕАР)
5. Зворотний зв'язок та корекція	Щотижнева зустріч з керівником для обговорення труднощів адаптації, коригування навантаження	Протягом перших 4 тижнів	Керівник відділення
6. Моніторинг ефективності	Оцінка успішності адаптації через 1, 3 та 6 місяців (анкетування, співбесіда з керівником, аналіз продуктивності)	Через 1, 3, 6 місяців	HR-відділ, психолог

Одним із ключових елементів запропонованої програми є запровадження інституту кризового наставництва. На відміну від традиційного наставництва, яке зосереджене переважно на передачі професійних знань та формуванні практичних навичок, кризове наставництво передбачає також систематичне відстеження психоемоційного стану підопічного та своєчасне інформування психологічної служби про будь-які ознаки погіршення стану. Такий підхід відповідає принципам людиноцентричного управління, закріпленим у Хартії стійкості людського капіталу (липень 2025 року), яка проголошує пріоритетом підтримку ветеранів, внутрішньо переміщених осіб та інших вразливих категорій працівників [2].

Відбір кандидатів на роль кризових наставників здійснюється за чотирма критеріями. По-перше, наставник повинен мати стаж роботи в ДНП «НДСЛ «Охматдит» МОЗ України» не менше п'яти років, що забезпечує глибоке розуміння специфіки діяльності закладу та його корпоративної культури. По-друге, обов'язковою є наявність позитивних відгуків від колег та пацієнтів, що свідчить про високий рівень професіоналізму та комунікативних навичок кандидата. По-третє, кандидат не повинен мати клінічно значущих симптомів ПТСР або професійного вигорання, що підтверджується результатами скринінгу за методиками MBI та PCL-5. По-четверте, обов'язковим є успішне проходження спеціалізованого тренінгу «Психологічна підтримка колег в умовах кризи» обсягом 16 академічних годин.

За кожним кризовим наставником закріплюється не більше двох працівників, які потребують адаптації. Таке обмеження є необхідним для забезпечення якісного супроводу, оскільки надмірне навантаження на наставника може знизити ефективність адаптаційного процесу. Передбачається додаткове матеріальне заохочення наставників у розмірі 15–20% від посадового окладу на весь період наставництва. З позиції двофакторної теорії мотивації Фредеріка Герцберга, така доплата є

гігієнічним фактором, що усуває незадоволеність працівника своїм матеріальним становищем, тоді як визнання колег, повага з боку керівництва та можливість професійного розвитку через передачу знань виступають мотиваторами, що підвищують внутрішню задоволеність працею [4; 11]. В умовах розосередження персоналу по тимчасових майданчиках наставник стає для нового або переведеного працівника не лише джерелом професійної інформації, але й «точкою входу» в неформальні комунікаційні канали, що сприяє формуванню відчуття приналежності до колективу та знижує ризик організаційної дезадаптації [38; 6].

Для стандартизації процесу організаційного входження розробляються два взаємопов'язані документи: адаптаційний чек-лист (перелік обов'язкових кроків) та адаптаційна карта працівника (індивідуальний графік адаптації з фіксацією виконання). Адаптаційний чек-лист структурується за тижнями [68]. Перший тиждень передбачає ознайомлення з картою тимчасових майданчиків і маршрутами евакуації, підписання документів з охорони праці та безпеки життєдіяльності, зустріч з безпосереднім керівником та призначеним наставником, отримання доступу до внутрішніх інформаційних систем (чат-бот у Telegram, внутрішня електронна пошта), а також вивчення посадової інструкції. Другий тиждень включає самостійне виконання окремих функцій під контролем наставника, участь у щотижневій онлайн-наradі відділення та заповнення першої проміжної форми зворотного зв'язку. Третій тиждень передбачає виконання контрольного завдання або демонстрацію навичок, підведення підсумків адаптації наставником та підготовку підсумкового звіту про результати випробувального терміну. Адаптаційна карта працівника ведеться в електронному вигляді (спільний документ у хмарному сервісі, доступний працівнику, наставнику, керівнику та HR-відділу). Карта фіксує дати виконання кожного пункту чек-листа, зауваження наставника, результати проміжних оцінювань та підсумковий висновок про успішність адаптації. Такий підхід забезпечує прозорість

процесу та створює підґрунтя для аналізу ефективності адаптації на рівні окремих підрозділів і загалом закладу [2; 10].

Вступний адаптаційний брифінг проводиться для всіх працівників цільових груп у перший день роботи (або в день, що передує початку роботи, з використанням онлайн-формату). Брифінг триває до двох годин і проводиться HR-менеджером спільно з уповноваженим представником адміністрації. Його мета – надати працівнику структуровану інформацію про функціонування закладу в умовах воєнного стану, мінімізувати первинну організаційну невизначеність та сформувати чітке розуміння очікувань з боку роботодавця [6; 7]. Програма брифінгу включає такі блоки: актуальний стан закладу (наслідки ракетної атаки, поточне розосередження відділень, кількість тимчасових майданчиків – п'ять) [7; 8]; організаційна структура в кризових умовах (канали комунікації, ієрархія прийняття рішень); процедури безпеки (маршрути евакуації, дії при повітряній тривозі, розташування укриттів); внутрішні регламенти роботи в умовах воєнного стану (гнучкі графіки, порядок інформування про відсутність); а також огляд адаптаційного чек-листа, адаптаційної карти та порядку взаємодії з наставником [38].

Управління комунікаціями в період адаптації в умовах розосередження персоналу по п'яти тимчасових майданчиках набуває критичного значення [38; 47]. Для забезпечення безперервної комунікаційної підтримки запроваджується чат-бот у месенджері Telegram, який виконує довідкову функцію щодо тимчасових майданчиків (адреси, контакти відповідальних осіб, графік роботи), нагадує про заповнення адаптаційного чек-листа та подання проміжних звітів, містить форму для щотижневого анонімного опитування щодо перебігу адаптації, а також надає посилання на внутрішні нормативні документи (посадові інструкції, регламенти безпеки). Крім того, запроваджуються щотижневі онлайн-наради для працівників, які адаптуються, тривалістю 30–45 хвилин, на яких HR-менеджер відповідає на типові запитання, роз'яснює зміни в регламентах та збирає пропозиції щодо

вдосконалення адаптаційного процесу. З позиції теорії комунікації в менеджменті, ефективна внутрішня комунікація є критичним фактором успішної адаптації персоналу в кризових умовах, оскільки вона забезпечує своєчасне інформування, зворотний зв'язок та підтримку відчуття приналежності до організації [2; 10; 47]. Додатковим заходом є створення «дошки пошани» – онлайн або фізичної на кожному майданчику – для відзначення досягнень працівників, історій героїзму та вдячностей від пацієнтів. З позиції теорії організаційної культури К. Камерона та Р. Куїнна, такі елементи зміцнюють клановий тип культури, який характеризується високим рівнем згуртованості, взаємопідтримки та лояльності [4; 37].

Щотижневий структурований зворотний зв'язок між працівником, наставником та безпосереднім керівником є обов'язковим елементом програми. Як показало дослідження, лише 33,3% опитаних отримували регулярний зворотний зв'язок під час випробувального терміну, а 45,2% не отримували його взагалі [3]. Це є критичним недоліком, оскільки зворотний зв'язок належить до базових інструментів управління ефективністю праці [2; 10]. Згідно з моделлю ситуаційного лідерства Херсі – Бланшара, працівник на початковій стадії адаптації (низький рівень компетентності щодо конкретних кризових умов, високий рівень залученості) потребує «директивного» стилю управління, який передбачає чіткі вказівки та регулярну оцінку дій [4; 11]. Запропоновано такий графік зворотного зв'язку: перший тиждень – щоденний короткий зворотний зв'язок (10–15 хвилин) у форматі «що вийшло добре, що потребує корекції»; другий тиждень – два зворотні зв'язки на тиждень; третій тиждень – підсумковий зворотний зв'язок із заповненням оціночного листа. Усі результати фіксуються в адаптаційній карті працівника. Керівники середньої ланки проходять коротке навчання (2-годинний тренінг) щодо надання конструктивного зворотного зв'язку в кризових умовах.

Оцінювання результатів адаптації здійснюється за системою ключових показників результативності, яка відповідає принципам управління за цілями (Management by Objectives, MBO). Цей підхід, розроблений Пітером

Друкером, передбачає встановлення конкретних, вимірюваних, досяжних, релевантних та обмежених у часі цілей (SMART-критерії) та регулярну оцінку ступеня їх досягнення [2; 5; 10]. Система моніторингу охоплює показники, які відображають різні аспекти адаптаційного процесу (таблиця 3.2).

Таблиця 3.2

Показники моніторингу ефективності Програми кризової адаптації

Показник	Цільове значення	Метод вимірювання	Періодичність
Тривалість адаптаційного періоду (переведені працівники)	2–3 тижні (замість поточних 4–6 тижнів)	Фіксація дати початку роботи та дати виходу на повну продуктивність	Щомісяця
Тривалість адаптаційного періоду (нові працівники)	4 тижні	Фіксація дати початку роботи та дати виходу на повну продуктивність	Щомісяця
Частка працівників, які мали визначеного наставника	Не менше 90% (поточний рівень – 19,0%)	Фіксація призначення наставника в адаптаційній карті	Щомісяця
Частка працівників, задоволених процесом адаптації	Не менше 75% (поточний рівень – 25–30%)	Анонімне опитування через 1 місяць після початку роботи	Щоквартально
Частка працівників, які завершили випробувальний термін без дисциплінарних стягнень	95%	Аналіз кадрової документації	Щомісяця
Зниження коефіцієнта плинності кадрів серед нових працівників (перші 3 місяці)	Зниження на 50% порівняно з 2025 роком (з 15,3% до 7–8%)	Порівняльний аналіз кадрової звітності	

Система моніторингу базується на циклі постійного вдосконалення Демінга (PDCA: Plan – Do – Check – Act) і включає чотири етапи. Етап планування передбачає встановлення цільових значень KPI адаптаційного процесу на квартал. Етап виконання є безпосередньою реалізацією програми згідно з розробленими регламентами та веденням адаптаційних карт. Етап перевірки включає щомісячний збір та аналіз даних HR-відділом: частка працівників, які завершили адаптацію в строк, середня оцінка задоволеності, кількість звернень за роз'ясненнями через чат-бот. Етап коригування передбачає внесення змін до програми (оновлення чек-листа, додаткове навчання наставників, модифікація брифінгу) на основі виявлених відхилень [2; 5]. Моніторинг має проводитися HR-відділом щомісяця, а його результати обговорюватися на щоквартальних нарадах керівництва для коригування програми за потреби. Такий підхід забезпечує адаптивність програми до змінних умов функціонування закладу, що є особливо важливим в умовах воєнного стану [20; 33; 40].

Фінансування програми пропонується здійснювати за рахунок цільового використання частини благодійних коштів, зібраних на відновлення ДНП «НДСЛ «Охматдит» МОЗ України». Орієнтовний обсяг фінансування становить 5-7% від загальної суми зібраних коштів, тобто 40-50 млн грн. Альтернативним варіантом є пряме укладання договору з незалежною психологічною службою в рамках програми Employee Assistance Program (EAP), що забезпечує цільове спрямування коштів та прозорість витрат. Розподіл коштів за основними напрямками фінансування представлено в таблиці 3.3.

Таблиця 3.3

Орієнтовний розподіл коштів для реалізації Програми кризової адаптації

Напрямок фінансування	Орієнтовний обсяг, млн грн	Примітки
Оплата послуг зовнішніх психологів (5-7 штатних одиниць)	20-25	На 2-3 роки (договір з провайдером EAP)

Напрямок фінансування	Орієнтовний обсяг, млн грн	Примітки
Облаштування кімнат психологічного розвантаження	1	5 кімнат на різних тимчасових майданчиках
Навчання кризових наставників	0,5	20-30 осіб, тренінг 16 годин
Створення та підтримка чат-бота	0,2	Розробка та щомісячне адміністрування
Комунікаційна кампанія з подолання стигми	5	Відеоролики, постери, інформаційні матеріали
Резервний фонд	10-15	На непередбачені витрати
ВСЬОГО	36,7-46,7	

З позиції інвестиційного менеджменту, вкладення в адаптацію та психологічну підтримку персоналу є інвестицією в людський капітал, яка має довгостроковий економічний ефект. Як показали дослідження, кожна гривня, інвестована в програми підтримки ментального здоров'я, попереджає від 2 до 6 грн потенційних втрат від плинності кадрів, зростання абсентеїзму та зниження продуктивності праці [8, с. 2]. Таким чином, запропонована «Програма кризової адаптації» є не лише соціально відповідальним управлінським рішенням, але й економічно доцільним вкладенням коштів.

3.2. Впровадження програми запобігання емоційному вигоранню (ЕАР) у ДНП «НДСЛ «Охматдит» МОЗ України»

Результати діагностики, проведеної в підрозділі 2.3, засвідчили критичний рівень емоційного вигорання та посттравматичного стресового розладу серед персоналу ДНП «НДСЛ «Охматдит» МОЗ України». Понад половина опитаних працівників демонструють високий рівень емоційного виснаження (52,2%) та виражені ознаки ПТСР (54,7%). Водночас жоден працівник не має доступу до регулярних психологічних консультацій за

рахунок роботодавця, хоча 82,9% респондентів готові скористатися анонімною психологічною підтримкою [3]. За таких умов традиційні корпоративні заходи є недостатньо ефективними, оскільки не враховують глибину психотравмуючих переживань, пов'язаних із ракетною атакою, загибеллю колег та роботою в умовах хронічної загрози [1; 4; 5].

З позиції сучасного HR-менеджменту, найбільш дієвим інструментом профілактики вигорання в кризових умовах є програма допомоги працівникам (Employee Assistance Program – EAP) – світовий стандарт корпоративної підтримки ментального здоров'я. EAP передбачає укладання прямого договору роботодавця з незалежною психологічною службою, що забезпечує конфіденційність, анонімність та цільовий характер витрат [9, 54]. Такий підхід відповідає принципам корпоративної соціальної відповідальності (CSR) та агентської теорії, оскільки мінімізує конфлікт інтересів між керівництвом закладу та донорами благодійних коштів [49].

Програма EAP базується на трьох рівнях втручання, що відповідають різному ступеню вираженості психологічних проблем (таблиця 3.4). Ця модель враховує як первинну профілактику (для всього персоналу), так і вторинну та третинну допомогу (для працівників із середнім та високим рівнем вигорання або ПТСР). Такий підхід відповідає принципам управління ризиками, оскільки дозволяє розподілити ресурси пропорційно до рівня потреб різних категорій працівників [7, с. 9].

Таблиця 3.4

**Трирівнева модель програми EAP для персоналу ДНП «НДСЛ
«Охматдит» МОЗ України»**

Рівень	Цільова аудиторія	Зміст	Формат	Періодичність
Первинний	Весь персонал (профілактика)	Інформування про симптоми стресу та вигорання, навчання технікам саморегуляції,	Групові інформаційні сесії (15-20 хв), пам'ятки, постери, чат-бот	Постійно

Рівень	Цільова аудиторія	Зміст	Формат	Періодичність
		створення безпечного середовища		
Вторинний	Працівники із середнім рівнем вигорання	Групові психологічні сесії, супервізії, навчання навичкам подолання стресу	Групові зустрічі (8-10 осіб, 1,5 год), 1 раз на тиждень	Циклами (8-10 тижнів), 2-3 рази на рік
Третинний	Працівники з високим рівнем вигорання та ПТСР	Індивідуальна психотерапія (когнітивно-поведінкова терапія, EMDR)	Індивідуальні консультації (50 хв), 1-2 рази на тиждень	За потреби, до 20 сесій на рік

Реалізація концептуальної моделі передбачає впровадження шести взаємопов'язаних заходів, які охоплюють організаційний, психологічний та комунікаційний рівні втручання.

Першим заходом є запровадження комплексної програми психологічної підтримки «Підтримую Охматдит», яка є адаптованою версією ЕАР для потреб дитячої лікарні. Програма є безоплатною для всіх працівників, добровільною та конфіденційною. Фінансування пропонується здійснювати за рахунок благодійних коштів, зібраних на відновлення закладу (виділення цільового фонду в розмірі 5–7% від загальної суми) [3; 12]. Ключовими компонентами програми є анонімна гаряча лінія 24/7 (первинна консультація без розкриття імені), онлайн-платформа з матеріалами для самопомогі (статті, відеоінструкції, аудіомедитації), групи підтримки (8–10 осіб під керівництвом психолога, сформовані за професійними категоріями) та індивідуальна психотерапія (до 20 сесій на рік для працівників із діагностованим високим рівнем вигорання або ПТСР) [14; 28].

Другим заходом є подолання стигми та недовіри до психологічної допомоги. Основними бар'єрами для звернення по психологічну допомогу є

стигматизація та страх професійних наслідків [4; 11]. Для їх подолання пропонується комплекс комунікаційних заходів (таблиця 3.5). Нормалізація стресу досягається через регулярні анонімні скринінги стану персоналу (кожні 3 місяці) з наступним обговоренням узагальнених результатів, що дозволяє працівникам усвідомити масовість виснаження та знизити самотигматизацію. Використання зовнішніх анонімних каналів (договір з незалежною психологічною службою, яка не передає інформацію про звернення роботодавцю) знижує страх «стукацтва» та кар'єрних наслідків. Поширення анонімних історій колег, які скористалися допомогою (за добровільної згоди), демонструє нормальність звернення по допомогу та знижує поріг сприйняття. Навчання керівників емпатичному лідерству (2-денний тренінг) формує навички виявлення симптомів вигорання та коректної пропозиції допомоги без стигматизації [34].

Таблиця 3.5

Заходи з подолання стигми щодо психологічної допомоги

Захід	Зміст	Очікуваний результат
Нормалізація стресу	Регулярні анонімні скринінги стану персоналу (кожні 3 місяці) з наступним обговоренням узагальнених результатів	Усвідомлення масовості виснаження, зниження самотигматизації
Використання зовнішніх анонімних каналів	Договір з незалежною психологічною службою, яка не передає інформацію про звернення роботодавцю	Зниження страху «стукацтва» та кар'єрних наслідків
Поширення свідчень	Анонімні історії колег, які скористалися допомогою (за добровільної згоди)	Зниження порогу сприйняття, демонстрація нормальності звернення по допомогу
Навчання керівників	Тренінг з емпатичного лідерства (2 дні) з навичок виявлення симптомів вигорання та коректної пропозиції допомоги	Керівники перестають стигматизувати та починають підтримувати

Третім заходом є комунікаційна кампанія «Психологічна підтримка – це норма», яка охоплює три напрями. Першим напрямом є створення серії коротких відеороликів (2–3 хвилини) зі зверненнями авторитетних лікарів Охматдиту, які публічно розповідають про свій досвід отримання психологічної допомоги (формат «я теж через це пройшов»). Другим напрямом є розміщення інформаційних постерів у зонах відпочинку персоналу з меседжами, що нормалізують звернення по допомогу. Третім напрямом є розміщення контактів анонімної гарячої лінії у кожному відділенні, в роздягальнях, у робочих чатах та регулярні нагадування від керівництва про можливість отримання підтримки без кар’єрних наслідків [34].

Четвертим заходом є створення кімнат психологічного розвантаження. Дослідження підтверджують, що навіть короткочасне перебування (15–20 хвилин) у спеціально обладнаному просторі з м’яким освітленням, зручними кріслами, заспокійливою музикою або звуками природи сприяє зниженню рівня кортизолу та відновленню психоемоційних ресурсів [29]. Пропонується обладнати такі кімнати в Київській обласній лікарні та на базі збережених корпусів Охматдиту. Орієнтовна вартість облаштування однієї кімнати становить 150–200 тис. грн, доступ до кімнат має бути цілодобовим.

П’ятим заходом є впровадження гнучких графіків роботи та ротації персоналу. Враховуючи високий рівень емоційного виснаження (52,2%), доцільно переглянути режим праці медичних працівників, особливо в найбільш стресових відділеннях (реанімація, онкологія, токсикологія) [3]. Заходи з оптимізації робочого навантаження включають скорочену робочу зміну (зменшення тривалості зміни з 12 до 8 годин на період до 3 місяців для працівників із діагностованим високим рівнем вигорання), додаткові оплачувані дні відпочинку (2 дні на місяць для працівників з ознаками хронічного стресу), а також ротацію між відділеннями (3 місяці у важкому відділенні, 1 місяць у відділенні з меншим навантаженням для працівників реанімації, онкології, токсикології) [2; 10].

Таблиця 3.6

Заходи з оптимізації робочого навантаження персоналу

Захід	Зміст	Цільова аудиторія
Скорочена робоча зміна	Зменшення тривалості зміни з 12 до 8 годин на період до 3 місяців	Працівники з діагностованим високим рівнем вигорання
Додаткові оплачувані дні відпочинку	2 дні на місяць для психологічного відновлення	Працівники з ознаками хронічного стресу
Ротація між відділеннями	3 місяці у важкому відділенні, 1 місяць у відділенні з меншим навантаженням	Працівники реанімації, онкології, токсикології

Шостим заходом є система регулярного моніторингу психоемоційного стану персоналу. Відповідно до аксіоми менеджменту «без вимірювання неможливо управляти», пропонується запровадити трирівневу систему моніторингу (таблиця 3.6). Скринінгове опитування проводиться 1 раз на 3 місяці з використанням скороченої версії MBI та шкали PCL-5 (анонімно); порогом реагування є ситуація, коли понад 40% працівників у відділенні мають високий рівень виснаження – тоді потрібне термінове втручання. Щотижневий чек-ін проводиться 1 раз на тиждень через анонімне опитування в чат-боті (шкала від 1 до 10); якщо середня оцінка у відділенні нижче 4 балів – призначаються позачергові заходи. Сигнальна система діє постійно через повідомлення від кризових наставників або керівників; при погіршенні стану конкретного працівника потрібне негайне реагування [16; 21; 26]. Результати моніторингу не повинні використовуватися для покарання – лише для коригування умов праці.

Таблиця 3.7

Система моніторингу психоемоційного стану персоналу

Рівень	Періодичність	Інструмент	Поріг реагування
Скринінгове опитування	1 раз на 3 місяці	Скорочена версія МВІ та шкала PCL-5 (анонімно)	Якщо >40% у відділенні мають високий рівень виснаження – термінове втручання
Щотижневий чек-ін	1 раз на тиждень	Анонімне опитування в чат-боті «Ohmatdyt_Support» (шкала від 1 до 10)	Якщо середня оцінка у відділенні <4 балів – позачергові заходи
Сигнальна система	Постійно	Повідомлення від кризових наставників або керівників	Негайне реагування при погіршенні стану конкретного працівника

Особливою категорією є працівники, які не визнають наявності проблеми та використовують деструктивні стратегії подолання стресу (зловживання алкоголем, надмірна понаднормова робота, агресивна або токсична поведінка). Згідно з даними досліджень, близько 20% медичних працівників демонструють такі негативні патерни [2; 6]. Для цієї категорії пропонуються три заходи. Першим є включення до анонімних опитувань конкретних питань про вживання алкоголю як засобу релаксації, кількість робочих годин понад норму та частоту конфліктів із колегами. Самостійне усвідомлення проблеми через позитивну відповідь є першим кроком до звернення по допомогу. Другим заходом є проведення коротких групових інформаційних сесій (15-20 хвилин) на тему «Як відрізнити нормальну втому від вигорання» з конкретними прикладами деструктивних патернів. Третім заходом є створення «зеленого коридору» для анонімного звернення – можливість отримати допомогу без розкриття імені, що є критичним для працівників, які бояться стигматизації.

Успішна реалізація програми ЕАР вимагає виконання чотирьох організаційних кроків. По-перше, необхідно призначити відповідальну особу (HR-менеджера або заступника головного лікаря з кадрових питань) для координації впровадження програми, взаємодії з провайдером ЕАР та аналізу даних моніторингу. По-друге, слід укласти договір з незалежним провайдером ЕАР, який має досвід роботи з медичним персоналом та ПТСР. Ключовими вимогами до провайдера є наявність ліцензії, забезпечення повної анонімності, можливість надання послуг 24/7 та наявність психотерапевтів зі спеціалізацією на когнітивно-поведінковій терапії та EMDR. По-третє, необхідно провести навчання для керівників середньої ланки (2-денний тренінг для 30-40 осіб) за програмою «Психологічна підтримка в кризових умовах» з подальшими щомісячними супервізійними зустрічами з психологом. Тренінг має охоплювати симптоми ПТСР та вигорання, техніки коректної комунікації з підлеглими про психологічний стан, навички активного слухання та методи самодопомоги для запобігання вигоранню самих керівників. По-четверте, слід розробити та затвердити внутрішні нормативні документи: положення про програму ЕАР, порядок анонімного звернення та кодекс конфіденційності.

Орієнтовний бюджет програми на перші 2-3 роки (з можливістю пролонгації) представлено в таблиці 3.8.

Таблиця 3.8

Орієнтовний бюджет програми ЕАР для ДНП «НДСЛ «Охматдит»
МОЗ України»

Стаття витрат	Сума (млн грн)
Договір з провайдером ЕАР (гаряча лінія 24/7, індивідуальні консультації, групи підтримки)	25-30
Навчання керівників емпатичному лідерству (2 дні, 30-40 осіб)	0,5

Стаття витрат	Сума (млн грн)
Супервізії для керівників (щомісяця, 2 роки)	1,0
Облаштування кімнат психологічного розвантаження (5 кімнат)	1,0
Комунікаційна кампанія (відеоролики, постери, чат-бот)	3,0
Моніторинг та оцінка ефективності (опитування, аналіз даних)	0,5
ВСЬОГО	31,0-36,0

Таким чином, запропонована програма ЕАР є фінансово реалістичною (31-36 млн грн на 2-3 роки) і може бути профінансована за рахунок цільового використання частини благодійних коштів (5-7% від загальної суми, тобто 40-50 млн грн, що перевищує потребу) [4]. З позиції інвестиційного менеджменту, вкладення в психологічну підтримку персоналу є інвестицією в людський капітал, яка має довгостроковий економічний ефект. Дослідження підтверджують, що кожна гривня, інвестована в програми підтримки ментального здоров'я, попереджає від 2 до 6 грн потенційних втрат від плинності кадрів, зростання абсентеїзму та зниження продуктивності праці [8, с. 2]. Подальша оцінка ефективності запропонованих рішень буде здійснена в наступному підрозділі роботи.

Розроблені в підрозділах 3.1 та 3.2 заходи потребують обґрунтування їхньої ефективності як з економічної, так і з соціально-психологічної точки зору. Оскільки ДНП «НДСЛ «Охматдит» МОЗ України» є неприбутковим державним медичним закладом, ключовими критеріями ефективності виступають не фінансові показники (прибуток, рентабельність), а показники, що відображають якість управління персоналом, рівень психологічного благополуччя працівників та, опосередковано, якість надання медичної допомоги пацієнтам. Для комплексної оцінки пропонується використовувати поєднання кількісних та якісних методів, а також порівняння показників «до» та «після» впровадження заходів [4; 5]. Такий підхід відповідає

принципам управління за цілями (Management by Objectives, MBO) та циклу постійного вдосконалення Демінга (PDCA) [7, с. 9; 7, с. 15].

Базовим результатом впровадження програми ЕАР та Програми кризової адаптації є зниження рівня емоційного вигорання та посттравматичного стресового розладу серед персоналу. Станом на момент проведення діагностики (2025-2026 роки) 52,2% опитаних працівників демонстрували високий рівень емоційного виснаження, 37,6% – високий рівень деперсоналізації, а 54,7% – виражені ознаки ПТСР [4]. Прогнозовані цільові показники після впровадження запропонованих заходів представлено в таблиці 3.9.

Таблиця 3.9

Прогнозована динаміка показників емоційного вигорання та ПТСР

Показник	До впровадження	Через 6 місяців	Через 12 місяців
Високий рівень емоційного виснаження	52,2%	35-40%	20-25%
Високий рівень деперсоналізації	37,6%	25-30%	15-20%
Високий рівень редукції професійних досягнень	25,6%	15-20%	10-15%
Виражені ознаки ПТСР (клінічно значущий рівень)	54,7%	40-45%	25-30%

Досягнення зазначених цільових показників є реалістичним за умови системного впровадження всіх запропонованих заходів, зокрема регулярних психологічних сесій, груп взаємопідтримки, анонімної гарячої лінії та кімнат психологічного розвантаження. Для відстеження динаміки пропонується проводити скринінгові опитування кожні три місяці за методиками МВІ та PCL-5.

Програма кризової адаптації, розроблена в підрозділі 3.1, спрямована на скорочення термінів адаптації, підвищення задоволеності цим процесом та

збільшення охоплення психологічною підтримкою. Порівняння поточних та прогнозованих показників представлено в таблиці 3.10.

Таблиця 3.10

Прогнозовані показники ефективності Програми кризової адаптації

Показник	До впровадження	Після впровадження (прогноз)	Зміна
Частка працівників, які мали визначеного наставника	19,0%	80-85%	61-66%
Частка працівників, задоволених процесом адаптації	25-30%	75-80%	45-55%
Середня тривалість адаптаційного періоду (переведені працівники)	4-6 тижнів (неформально)	2-3 тижні	скорочення на 50%
Частка працівників, які отримали психологічну підтримку в період адаптації	5-10%	90-95%	+80-85%

Особливого значення набуває скорочення тривалості адаптаційного періоду вдвічі – з 4-6 тижнів до 2-3 тижнів. В умовах воєнного стану, коли кожен працівник має якомога швидше вийти на повну продуктивність, а тривалий стресовий період «входження» в посаду підвищує ризики вигорання, це є критично важливим [2; 4]. Збільшення частки працівників, які отримують психологічну підтримку в період адаптації, з 5-10% до 90-95% стане можливим завдяки дестигматизації звернень по психологічну допомогу та інтеграції психологічного супроводу в адаптаційний процес [1; 5].

Хоча ДНП «НДСЛ «Охматдит» МОЗ України» не є комерційним підприємством, втрата кваліфікованих медичних кадрів має для держави колосальну економічну ціну. Підготовка одного лікаря-онколога або хірурга вищої категорії коштує державі приблизно 2-3 млн грн (вартість навчання в медичному університеті, інтернатури, спеціалізації, підвищення кваліфікації

протягом 8-10 років) [4; 10]. У таблиці 3.11 наведено розрахунок економічної ефективності запропонованих заходів.

Таблиця 3.11

Економічний аналіз доцільності інвестицій

Показник	Значення
Інвестиції в програму ЕАР та Програму кризової адаптації	40-50 млн грн
Потенційні втрати від плинності кадрів без впровадження програм	100-300 млн грн
Економічний ефект (попереджені втрати)	50-250 млн грн
Співвідношення «витрати – вигоди»	1:2 – 1:6

З позиції фінансового менеджменту, співвідношення «витрати – вигоди» на рівні 1:2 – 1:6 є високоефективним, оскільки кожна вкладена гривня попереджає від 2 до 6 грн потенційних втрат. Таким чином, інвестиції в психологічну підтримку (40-50 млн грн) є значно меншими за потенційні втрати від вигорання та плинності (100-300 млн грн), що підтверджує економічну доцільність запропонованих заходів [4; 10].

Крім кількісних показників, важливо оцінити якісні зміни, які важко виміряти безпосередньо, але які є критичними для довгострокової стабільності закладу. Для цього пропонується проводити щоквартальні фокус-групові інтерв'ю з працівниками різних відділень. Орієнтовні якісні індикатори успіху представлено в таблиці 3.12.

Таблиця 3.12

Якісні індикатори ефективності запропонованих заходів

Індикатор	Метод вимірювання	Очікувана динаміка
Зниження рівня тривожності на робочому місці	Фокус-групові інтерв'ю, анонімне опитування	Позитивні відгуки про зміну клімату

Індикатор	Метод вимірювання	Очікувана динаміка
Покращення психологічного клімату в колективі	Фокус-групові інтерв'ю, спостереження	Зменшення кількості конфліктів
Підвищення довіри до керівництва	Анонімне опитування	Зростання показника на 20-30%
Зниження стигми щодо звернення по психологічну допомогу	Анонімне опитування (порівняння з базовим рівнем)	Зростання звернень до ЕАР на 30-40%
Зростання почуття гордості за роботу в закладі	Анонімне опитування, інтерв'ю	Позитивна динаміка (з 79,5% до 85-90%)

З позиції теорії організаційної культури, очікувані зміни свідчать про зміцнення кланової культури (високий рівень згуртованості та взаємопідтримки), яка є домінантною в Охматдиті [4, с. 7]. Публічне визнання заслуг, історії подолання та відкрита комунікація про психологічну підтримку сприятимуть формуванню культури, в якій звернення по допомогу є нормою, а не ознакою слабкості.

Кінцевою метою всіх запропонованих заходів є підвищення якості медичної допомоги, яка надається пацієнтам. Дослідження показують прямий кореляційний зв'язок між рівнем вигорання медичного персоналу та частотою медичних помилок, скаргами пацієнтів, тривалістю госпіталізації [6; 7]. Прогнозований вплив на якість медичної допомоги представлено в таблиці 3.13.

Таблиця 3.13

Прогнозований вплив на якість медичної допомоги пацієнтам

Показник	Очікувана динаміка
Кількість скарг від пацієнтів та їхніх батьків	Зниження на 20-30%
Частота позапланових госпіталізацій	Зниження на 10-15%

Показник	Очікувана динаміка
Рівень задоволеності пацієнтів якістю медичного обслуговування	Зростання на 15-20%

Важливо зазначити, що ці показники мають багатофакторний характер, тому їхнє покращення не може бути однозначно приписане лише заходам з управління персоналом. Водночас позитивна динаміка в цьому напрямі буде додатковим аргументом на користь ефективності запропонованих рішень [7; 9].

Крім економічних та організаційних ефектів, запропоновані заходи мають потужний соціальний вимір. Психологічна підтримка та профілактика вигорання позитивно впливають не лише на професійне життя, а й на родинні стосунки, фізичне здоров'я працівників, їхню здатність бути підтримкою для власних дітей (багато з яких також перебувають у стані стресу через війну). Дослідження Action Against Hunger (2026) підтверджує, що медичні працівники, які отримують системну психологічну підтримку, демонструють нижчі рівні персистентного стресу та кращу здатність до відновлення [1; 3].

Хоча цей ефект важко кількісно виміряти, він є надзвичайно важливим з гуманістичної точки зору та відповідає цінностям соціально відповідального управління (CSR), особливо в умовах воєнного стану. Пропонується проводити щорічне анонімне опитування працівників щодо впливу роботи на їхнє родинне життя з метою відстеження позитивної динаміки.

Таким чином, комплексна оцінка ефективності запропонованих рішень охоплює шість напрямів: динаміку показників вигорання та ПТСР, ефективність адаптаційної програми, економічні ефекти (через зниження плинності), якісні зміни в робочому середовищі, опосередкований вплив на

якість медичної допомоги, а також соціальний ефект для працівників та їхніх родин. Прогнозоване зниження високого рівня емоційного виснаження з 52,2% до 20-25% через 12 місяців, скорочення адаптаційного періоду вдвічі (з 4-6 до 2-3 тижнів), збільшення охоплення психологічною підтримкою з 5-10% до 90-95%, а також запобігання втратам держави в розмірі 100-300 млн грн від плинності унікальних фахівців підтверджують доцільність інвестування 40-50 млн грн у психологічну підтримку персоналу.

З позиції стратегічного менеджменту, впровадження запропонованих заходів дозволить ДНП «НДСЛ «Охматдит» МОЗ України» не лише подолати наслідки ракетної атаки, але й створити стійку систему підтримки персоналу, яка стане конкурентною перевагою у залученні та утриманні кваліфікованих кадрів у довгостроковій перспективі. Подальший моніторинг за описаними показниками дозволить своєчасно коригувати програму та підвищувати її ефективність відповідно до циклу постійного вдосконалення Демінга (PDCA) [7, с. 15].

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3

У третьому розділі роботи розроблено комплекс практичних рекомендацій щодо вдосконалення управління адаптацією персоналу та запобігання емоційному вигоранню в ДНП «НДСЛ «Охматдит» МОЗ України» в умовах воєнного стану. Запропонована Програма кризової адаптації передбачає стислі терміни входження працівника в посаду, інтеграцію психологічної підтримки в кожен етап адаптаційного процесу, запровадження інституту кризового наставництва з матеріальним заохоченням, а також створення безпечного робочого простору для осіб з ознаками посттравматичного стресового розладу. Розроблена трирівнева програма допомоги працівникам «Підтримую Охматдит» охоплює первинну профілактику стресу, групову психологічну підтримку та індивідуальну психотерапію, включаючи анонімну гарячу лінію, онлайн-платформу

самодопомоги, кімнати психологічного розвантаження, гнучкі графіки роботи та комунікаційну кампанію з подолання стигматизації звернення по допомогу.

Проведена оцінка ефективності засвідчує, що впровадження запропонованих заходів дозволить знизити частку працівників з високим рівнем емоційного виснаження з 52,2 до 20–25 відсотка, а частку осіб з вираженими ознаками ПТСР – з 54,7 до 25–30 відсотка. Очікується скорочення адаптаційного періоду з 4–6 до 2–3 тижнів, підвищення задоволеності адаптацією з 25–30 до 75–80 відсотка та зростання охоплення психологічною підтримкою з 5–10 до 90–95 відсотка. Економічний аналіз підтверджує доцільність інвестування 40–50 млн грн у психологічну підтримку персоналу, оскільки співвідношення витрат та вигод становить від одного до двох – одного до шести. Таким чином, запропоновані рішення є фінансово реалістичними, мають високий потенціал практичної реалізації та можуть бути масштабовані на інші медичні заклади України, що функціонують в умовах підвищеного стресового навантаження.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі здійснено практичне вирішення наукового завдання, що полягає в обґрунтуванні напрямів удосконалення управління адаптацією персоналу та запобігання емоційному вигоранню в умовах воєнного стану на прикладі ДНП «НДСЛ «Охматдит» МОЗ України». Актуальність дослідження зумовлена безпрецедентним впливом факторів воєнного стану на діяльність медичних закладів, зокрема прямою загрозою життю персоналу, хронічним стресом, руйнуванням інфраструктури та зростанням ризиків посттравматичних стресових розладів і професійного вигорання.

У першому розділі роботи проведено системний аналіз теоретико-методологічних засад управління адаптацією персоналу. Встановлено, що адаптація є багатоаспектним процесом взаємного пристосування працівника й організації, який охоплює професійну, соціально-психологічну, організаційну, психофізіологічну та економічну складові. Доведено, що ігнорування етапу адаптації в HR-циклі призводить до зростання плинності кадрів та значних фінансових втрат. Розглянуто феномен емоційного вигорання за моделлю К. Масlach, який включає емоційне виснаження, деперсоналізацію та редукцію професійних досягнень. Вигорання інтерпретовано як наслідок тривалого незадоволення базових потреб працівника, насамперед потреби в безпеці (відповідно до ієрархії А. Маслоу), а також домінування незадовільних гігієнічних факторів за двофакторною теорією Ф. Герцберга. Обґрунтовано, що в умовах воєнного стану класичні моделі адаптації втрачають ефективність, що потребує застосування принципів кризового менеджменту (за Пірсоном та Мітроффом) та моделі управління змінами Курта Левіна. Особливу увагу приділено трансформації HR-функції в напрямі людиноцентричної моделі, що знайшло відображення в Хартії стійкості людського капіталу, а також вивчено практичний досвід

провідних українських компаній, зокрема Групи Метінвест, щодо впровадження програм психологічної підтримки в кризових умовах.

У другому розділі надано загальну характеристику ДНП «НДСЛ «Охматдит» МОЗ України» як найбільшої дитячої лікарні країни, яка 8 липня 2024 року зазнала прямого ракетного удару, що спричинило руйнування понад 20 відділень, знищення унікальної онкогематологічної лабораторії, людські жертви та вимушене розосередження персоналу по тимчасових майданчиках. За допомогою PESTLE-аналізу ідентифіковано ключові загрози зовнішнього середовища, серед яких воєнний стан, ризик повторних атак, психологічні травми персоналу та управлінські скандали навколо благодійного фонду. Аналіз внутрішнього середовища виявив суперечність між наявністю висококваліфікованого, згуртованого персоналу, здатного до посттравматичного зростання, та повною відсутністю системної психологічної підтримки. Результати SWOT-аналізу дозволили сформулювати чотири стратегічні напрями, зокрема використання сильних сторін для відновлення та створення системи підтримки за рахунок благодійних коштів. Ключові результати діагностики, проведеної з використанням валідованих методик MBI та PCL-5 на вибірці зі 117 медичних працівників, засвідчили критичний стан: понад половина опитаних демонструють високий рівень емоційного виснаження (52,2 %) та виражені ознаки посттравматичного стресового розладу (54,7 %). Водночас встановлено відсутність формалізованої системи адаптації: лише п'ята частина працівників мала визначеного наставника, а переважна більшість вважає необхідним вдосконалення цієї системи. Хронічний стрес, порушення сну, зниження продуктивності, а також відсутність доступу до психологічних консультацій за рахунок роботодавця доповнюють картину системної кризи в управлінні персоналом. Позитивним чинником виступає висока готовність персоналу скористатися анонімною психологічною підтримкою, що свідчить про наявність нереалізованого попиту.

У третьому розділі на основі виявлених проблем розроблено комплекс практичних рекомендацій. Запропоновано «Програму кризової адаптації», яка охоплює шість взаємопов'язаних компонентів, зокрема вступний кризовий брифінг, інститут кризового наставництва з додатковим матеріальним заохоченням, адаптаційний чек-лист, регулярні психологічні сесії, зворотний зв'язок та моніторинг ефективності. Програма орієнтована на скорочення адаптаційного періоду з 4–6 до 2–3 тижнів та інтеграцію психологічної підтримки в кожен етап входження в посаду. Крім того, розроблено трирівневу модель програми допомоги працівникам (ЕАР), яка передбачає первинну профілактику для всього персоналу, вторинну допомогу для осіб із середнім рівнем вигорання та третинну — для працівників із клінічно значущими ознаками ПТСР. Ключовими заходами визначено створення анонімної гарячої лінії 24/7, онлайн-платформи самодопомоги, груп підтримки, а також комунікаційної кампанії «Психологічна підтримка – це норма» для подолання стигми. Окрему увагу приділено облаштуванню кімнат психологічного розвантаження, впровадженню гнучких графіків роботи, ротації персоналу та системі регулярного моніторингу психоемоційного стану. Фінансування пропонується здійснювати за рахунок цільового використання частини благодійних коштів у розмірі 40–50 млн грн через укладання договору з незалежним провайдером ЕАР.

Оцінювання ефективності запропонованих рішень засвідчило їх високу результативність. Прогнозується зниження частки працівників із високим рівнем емоційного виснаження з 52,2 % до 20–25 % протягом 12 місяців, а частки осіб із вираженими ознаками ПТСР — з 54,7 % до 25–30 %. Очікується скорочення адаптаційного періоду вдвічі, підвищення задоволеності процесом адаптації з 25–30 % до 75–80 % та збільшення охоплення психологічною підтримкою з 5–10 % до 90–95 %. Економічний аналіз підтвердив доцільність інвестицій: співвідношення «витрати – вигоди» становить від 1:2 до 1:6, тобто кожна вкладена гривня попереджає від 2 до 6

гривень потенційних втрат держави від плинності унікальних фахівців, підготовка яких коштує 2–3 млн грн на одного лікаря вищої категорії.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Балабанова, Л. В. Управління персоналом : підручник / Л. В. Балабанова, О. В. Сардак. – Київ : Центр учбової літератури, 2020. – 468 с.
2. Карамушка, Л. М. Психологія управління в умовах кризи : монографія / Л. М. Карамушка. – Київ : Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2021. – 336 с.
3. Корольов, Д. С. Адаптивна модель забезпечення стійкості корпорації в умовах полікризи / Д. С. Корольов // Інвестиції: практика та досвід. – 2025. – № 18. – С. 106–112.
4. Хандій, О. О. Управління персоналом: теорія та практика : підручник / О. О. Хандій – Київ : Видавництво СНУ ім. В. Даля, 2023. – 412 с.
5. Христенко, Л. М. Психологічні аспекти управління персоналом в умовах кризи : навчальний посібник / Л. М. Христенко. – Київ : Видавництво СНУ ім. В. Даля, 2025. – 180 с.
6. Як працює та рятує життя дітей «Охматдит» після ракетного обстрілу // Інтерфакс-Україна. – 2024. – 9 липня. – URL: <https://interfax.com.ua>
7. Action against Hunger alert on growing Distress among Professionals exposed to Violence in Ukraine / Action contre la Faim. – 2026. – 19 February. – URL: <https://www.actioncontrelafaim.org/en/news/press/action-against-hunger-alert-on-growing-distress-among-professionals-exposed-to-violence-in-ukraine/>
8. Babiak, H. Enterprise Personnel Planning and Directions for its Improvement / H. Babiak, N. Kotys // Regional Aspects of Productive Forces Development of Ukraine. – 2025. – No. 30. – P. 100–107.
9. Butska, L. V. Emotional and pain experiences reported by Ukrainian healthcare workers during wartime / L. V. Butska, O. O. Khanyk, N. Yu. Khlibovska, L. V. Hrebenyk // Pol Merkur Lekarski. – 2025. – Vol. 53, No. 3. – P. 1–5. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40633081/>
10. Dakal, A. Human Resource Management in Public Administration: content, current trends and challenges in the context of Ukraine / A. Dakal, O.

Burakov // Journal of Geography, Politics and Society. – 2025. – Vol. 15, No. 4. – P. 23–33.

11. From industrial giants to small businesses: Human Capital Resilience Charter signed in Rome // Ukrinform. – 2025. – 11 July. – URL: <https://www.ukrinform.net/rubric-economy/4013987-from-industrial-giants-to-small-businesses-human-capital-resilience-charter-signed-in-rome.html>

12. Golonka, K. The role of psychosocial stressors in PTSD development among medical staff in Ukraine / K. Golonka, S. Tukaiev, J. M. A. Ferreira [et al.] // European Psychiatry. – 2025. – Published online by Cambridge University Press. – URL: <https://www.cambridge.org/core/journals/european-psychiatry/article/role-of-psychosocial-stressors-in-ptsd-development-among-medical-staff-in-ukraine/2955C39ABA189D02697C31EE00D2D294>

13. Gudz, M. Contemporary Challenges of HR Management under Martial Law / M. Gudz // Scientific Notes of Lviv University of Business and Law. – 2026. – No. 48. – P. 219–231.

14. Gusak, N. Working With War-Affected Populations: Burnout and Secondary Traumatic Stress Among Ukrainian Mental Health Professionals / N. Gusak, K. Nikolova, O. Zbitnieva [et al.] // International Journal of Social Psychiatry. – 2026. – PMID: 41587922.

15. Holovchenko, S. S. Algorithms for Enhancing Employee Productivity under Martial Law / S. S. Holovchenko // Journal of Strategic Economic Research. – 2025. – No. 1(24). – P. 77–88.

16. Institute reports war has cut average sleep by 40 minutes and aggravated chronic illnesses / Mezha. – 2026. – 20 May. – URL: https://mezha.net/eng/bukvy/455d1593_institute_reports_war/

17. Kononenko, O. Psychological and Social-Communication Aspects of HR Management Career in Wartime / O. Kononenko, A. Ivanchenko, T. Gaivoronska [et al.] // Revista de Cercetare si Interventie Sociala. – 2024. – No. 84. – P. 206–223.

18. Latzer, Y. Compassion Fatigue and Posttraumatic Growth Among Mental Health Providers in War-Affected Ukraine: Challenges and Pathways to Resilience / Y. Latzer, L. Shklarski // Society for Social Work and Research 30th Annual Conference. – 2026. – 18 January.

19. Maslach, C. The Maslach Burnout Inventory: Manual / C. Maslach, S. E. Jackson, M. P. Leiter. – 4th ed. – Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press, 2018. – 112 p.

20. Novoseletska, A. Formation of Enterprise Personnel Policy under Martial Law / A. Novoseletska, N. Shtunder // Economics. – 2025. – No. 38(66). – P. 124–129.

21. “People Remain at the Heart of All the Group’s Business Processes”: Tetiana Petruk on Metinvest’s Most Effective HR Solutions / Metinvest Holding. – 2026. – 12 January. – URL: <https://www.metinvestholding.com/en/media/news/ucentr-ush-bznes-procesv-kompan-stotj-lyudina-tetyana-petruk-pro-najefektivnsh-hr-rshennya-v-robot-metnvestu-dlya-forbes>

22. Reis, N. M. Effectiveness of Organizational Interventions to Reduce Burnout in the Workplace: A Systematic Review / N. M. Reis, S. N. Jesus, C. L. Rus, J. Viseu // International Journal of Environmental Research and Public Health. – 2026. – Vol. 23, No. 5. – P. 1–20.

23. Rotenstein, L. S. Prevalence of Burnout Among Physicians: A Systematic Review / L. S. Rotenstein, M. Torre, M. A. Ramos, R. C. Rosales, C. Guille, S. Sen, D. A. Mata // JAMA. – 2018. – Vol. 320, No. 11. – P. 1131–1150.

24. Rusanov, V. Addressing professional burnout among Ukrainian medical workers during wartime: an online intervention study / V. Rusanov, S. Lahutina, T. Abdriakhimova // European Psychiatry. – 2025. – Published online by Cambridge University Press. – URL: <https://www.cambridge.org/core/journals/european-psychiatry/article/addressing-professional-burnout-among-ukrainian-medical-workers-during-wartime-an-online-intervention-study/D70A010F753DF5872132995D81644588>

25. SWOT and PESTLE Analysis: 5 Important Questions Answered / PESTLE Analysis. – 2024. – URL: <https://pestleanalysis.com/swot-and-pestle-analysis/>
26. Sytnyk, Y. HR management of enterprises under martial law, socio-cultural and technological challenges / Y. Sytnyk, H. Zakharchyn // Economics, Entrepreneurship, Management. – 2024. – No. 1. – P. 67–79.
27. Ukraine: Action Against Hunger Raises Alarm Mental Health Toll On Frontline Workers / Action Against Hunger Canada. – 2026. – 23 February. – URL: <https://actionagainsthunger.ca/press-releases/ukraine-action-against-hunger-raises-alarm-over-mental-health-toll-on-frontline-workers/>
28. “Ukraine Labour Market Barometer 2025–2026”: Sharing the Key Findings of the HR Study / 1+1 Media. – 2025. – 17 December. – URL: <https://media.1plus1.ua/en/news/barometr-rinku-praci-ukrayini-2025-2026-dilimosia-golovnimi-visnovkami-hr-doslidzennia>
29. Ukraine enters its fifth year of war: Action Against Hunger raises alarm on growing distress among professionals exposed to violence / Action Against Hunger. – 2026. – 24 February. – URL: <https://www.actionagainsthunger.org.uk/press-releases/ukraine-action-against-hunger-raises-alarm-on-growing-distress-among-professionals-exposed-to-violence>
30. Verbova, O. The human-centered HR of the Ukrainian enterprises as the counterweight to challenges of the war period / O. Verbova, R. Verbova // History of economics and economic thought of Ukraine. – 2024. – № 57. – P. 402–425.
31. Voloboiev, V. Management of War-Influenced Dispersed Teams / V. Voloboiev // Journal of Vasyl Stefanyk Precarpathian National University. – 2025. – Vol. 12, No. 2. – P. 43–54.
32. Why SWOT Is Still the Most Effective Strategy Tool in 2025 / I. Okoh // LinkedIn. – 2025. – URL: <https://www.linkedin.com/pulse/why-swot-still-most-effective-strategy-tool-2025-ikechukwu-okoh-nijuf>

33. Yakovenko, V. H. Human Resource Management in Wartime Conditions / V. H. Yakovenko, O. V. Gromova // Вісник економіки транспорту і промисловості. – 2025. – № 90. – С. 1–8.

34. Zubarieva, H. Strategic Development of Business Entities Based on Human Resource Security Management / H. Zubarieva // Economic journal of Cherkasy state technological university. – 2024. – No. 69. – P. 45–58.

35. Chudzicka-Czupala, A. Depression, anxiety and post-traumatic stress during the 2022 Russo-Ukrainian war, a comparison between populations in Poland, Ukraine, and Taiwan / A. Chudzicka-Czupala, N. Hapon, D. R. McIntyre [et al.] // Scientific Reports. – 2023. – Vol. 13. – P. 3602. – DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-023-28729-3>.

36. Newman, A. Human resource management in times of crisis: what have we learnt from the recent pandemic? / A. Newman, J. Ferrer, M. Andresen, Y. Zhang // The International Journal of Human Resource Management. – 2023. – Vol. 34, No. 15. – P. 2857–2875.

37. Shevlin, M. The Ukraine crisis: Mental health resources for clinicians and researchers / M. Shevlin, T. Karatzias, M. Ben-Ezra // Journal of Traumatic Stress. – 2022. – Vol. 35, No. 3. – P. 775–776.

38. Karatzias, T. War exposure, posttraumatic stress disorder, and complex posttraumatic stress disorder among parents living in Ukraine during the Russian war / T. Karatzias, M. Shevlin, M. Ben-Ezra [et al.] // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 2023. – Vol. 147, No. 3. – P. 276–285.

39. Pearson, C. M., & Mitroff, I. I. (1993). From crisis prone to crisis prepared: A framework for crisis management. *Academy of Management Executive*, 7(1), 48–59.

40. Coombs, W. T. (2015). *Ongoing Crisis Communication: Planning, Managing, and Responding* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

41. Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1–18.

42. Rzońca, P., et al. (2024). The prevalence and determinants of PTSD, anxiety, and depression in Ukrainian civilian physicians following the Russian invasion. *Psychiatry Research*, 331, 115–123.
43. Golonka, K., Tukaiev, S., Ferreira, J. M. A., et al. (2025). The role of psychosocial stressors in PTSD development among medical staff in Ukraine. *European Psychiatry*, 68(1), e45.
44. Knight, F. H. (1921). *Risk, Uncertainty and Profit*. Boston: Houghton Mifflin
45. Taleb, N. N. (2007). *The Black Swan: The Impact of the Highly Improbable*. New York: Random House.
46. Kahneman, D., & Tversky, A. (1979). Prospect theory: An analysis of decision under risk. *Econometrica*, 47(2), 263–291
47. Maslach, C. *Burnout: The Cost of Caring* / C. Maslach. – Cambridge, MA : Malor Books, 2003. – 192 p.
48. Maslach, C. *Job Burnout* / C. Maslach, W. B. Schaufeli, M. P. Leiter // *Annual Review of Psychology*. – 2001. – Vol. 52. – P. 397–422.
49. Leiter, M. P. *The Truth About Burnout: How Organizations Cause Personal Stress and What to Do About It* / M. P. Leiter, C. Maslach. – San Francisco : Jossey-Bass, 1997. – 186 p.
50. Schaufeli, W. B. *Burnout: A Short Socio-Cultural History* / W. B. Schaufeli, D. Enzmann // *Burnout Research*. – 2020. – Vol. 17. – Article 100179.
51. Bakker, A. B. *Job Demands–Resources Theory: Taking Stock and Looking Forward* / A. B. Bakker, E. Demerouti // *Journal of Occupational Health Psychology*. – 2017. – Vol. 22, No. 3. – P. 273–285.
52. Demerouti, E. *The Job Demands-Resources Model of Burnout* / E. Demerouti, A. B. Bakker // *Journal of Applied Psychology*. – 2001. – Vol. 86, No. 3. – P. 499–512.
53. Edmondson, A. C. *The Fearless Organization: Creating Psychological Safety in the Workplace for Learning, Innovation, and Growth* / A. C. Edmondson. – Hoboken : Wiley, 2019. – 256 p.

54. Gallup. State of the Global Workplace 2024 Report. – Washington, DC : Gallup Press, 2024. – 152 p.
55. World Health Organization. Burn-out an Occupational Phenomenon: International Classification of Diseases (ICD-11). – Geneva : WHO, 2022.
56. World Health Organization. Mental Health at Work: Policy Brief. – Geneva : WHO, 2022. – 44 p.
57. International Labour Organization. Mental Health at Work: Guidelines and Policy Recommendations. – Geneva : ILO, 2022. – 76 p.
58. International Labour Organization. Workplace Stress: A Collective Challenge. – Geneva : ILO, 2016. – 62 p.
59. Saks, A. M. Organizational Socialization and Onboarding / A. M. Saks, J. A. Gruman // The Oxford Handbook of Organizational Socialization. – Oxford : Oxford University Press, 2017. – P. 27–45.
60. Bauer, T. N. Onboarding New Employees: Maximizing Success / T. N. Bauer. – Alexandria : Society for Human Resource Management Foundation, 2010. – 52 p.
61. Klein, H. J. The Effective Onboarding of New Employees / H. J. Klein, B. Polin, R. Sutton // The Oxford Handbook of Organizational Socialization. – Oxford : Oxford University Press, 2017. – P. 267–287.
62. Cooper, C. L. Wellbeing: A Complete Reference Guide. Volume III. Work and Wellbeing / C. L. Cooper, J. C. Quick. – Chichester : Wiley-Blackwell, 2014. – 456 p.
63. Luthans, F. Psychological Capital: Developing the Human Competitive Edge / F. Luthans, C. M. Youssef-Morgan, B. J. Avolio. – Oxford : Oxford University Press, 2015. – 336 p.
64. West, C. P. Interventions to Prevent and Reduce Physician Burnout: A Systematic Review and Meta-analysis / C. P. West, L. N. Dyrbye, P. J. Erwin, T. D. Shanafelt // The Lancet. – 2016. – Vol. 388. – P. 2272–2281.

65. Shanafelt, T. D. Executive Leadership and Physician Well-being / T. D. Shanafelt, C. P. West, L. N. Dyrbye // Mayo Clinic Proceedings. – 2021. – Vol. 96, No. 3. – P. 625–640.

66. Kinman, G. Building Resilience in Healthcare Professionals / G. Kinman, M. Teoh // British Journal of Healthcare Management. – 2018. – Vol. 24, No. 2. – P. 1–8

ДОДАТКИ

Опитувальник для діагностики вигорання**(адаптовані версії MBI та PCL-5)****Шановний(а) колего!**

Це опитування є анонімним та конфіденційним. Ваші відповіді не будуть передані керівництву в індивідуальному порядку – використовуватимуться лише узагальнені статистичні дані для покращення умов праці та організації психологічної підтримки в лікарні.

Заповнення анкети займає приблизно 10-15 хвилин. Дякуємо за відвертість!

РОЗДІЛ А.1. ЗАГАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ (анонімно)*Обведіть або позначте відповідний варіант***A.1.1. Ваша стать:**

- Жіноча
- Чоловіча

A.1.2. Ваш вік:

- до 30 років
- 31-40 років
- 41-50 років
- понад 50 років

A.1.3. Ваша посада:

- Лікар
- Медична сестра/брат
- Молодший медичний персонал
- Адміністративний персонал
- Технічний/допоміжний персонал

A.1.4. Стаж роботи в ДНП «НДСЛ «Охматдит» МОЗ України»:

- до 1 року
- 1-3 роки
- 4-10 років
- понад 10 років

A.1.5. Чи були Ви безпосередньо в лікарні під час ракетної атаки 8 липня 2024 року?

- Так
- Ні
- Так, але був(ла) в укритті

РОЗДІЛ А.2. ОЦІНКА РІВНЯ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ

Адаптована версія Maslach Burnout Inventory (MBI)

Інструкція: Оцініть, будь ласка, як часто Ви відчуваєте перелічені нижче стани. Для кожного твердження оберіть одну відповідь за шкалою від 0 до 6:

0	1	2	3	4	5	6
Ніколи	Кілька разів на рік або рідше	Раз на місяць або рідше	Кілька разів на місяць	Раз на тиждень	Кілька разів на тиждень	Кожен день

Таблиця А.1

Оцінка рівня емоційного вигорання (MBI)

№	Твердження	0	1	2	3	4	5	6
Компонент 1: Емоційне виснаження								
1	Я відчуваю себе емоційно виснаженим(ою) через мою роботу							
2	Наприкінці робочого дня я відчуваю себе «вичавленим(ою) як лимон»							
3	Я відчуваю втому, коли встаю зранку і маю йти на роботу							
4	Робота з людьми весь день є для мене справжнім випробуванням							
5	Я відчуваю, що «вигорів(ла)» на роботі							
6	Я відчуваю фрустрацію (розчарування) через свою роботу							
Компонент 2: Деперсоналізація (цинізм)								
7	Я відчуваю, що став(ла) більш черствим(ою) до людей після того, як працюю на цій роботі							
8	Я переживаю, що ця робота робить мене емоційно черствішим(ою)							

№	Твердження	0	1	2	3	4	5	6
9	Мені байдуже, що відбувається з деякими пацієнтами							
Компонент 3: Редукція професійних досягнень								
10	Я легко можу зрозуміти, що відчувають мої пацієнти							
11	Я ефективно вирішую проблеми своїх пацієнтів							
12	Я відчуваю, що позитивно впливаю на життя інших людей через свою роботу							
13	Я відчуваю себе дуже енергійним(ою)							
14	Я досяг(ла) багатьох вартих речей на цій роботі							
15	У своїй роботі я спокійно ставлюся до емоційних проблем							

РОЗДІЛ А.3. ОЦІНКА ОЗНАК ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ (ПТСР)

Адаптована версія PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5)

Інструкція: Нижче наведено перелік проблем і скарг, які іноді виникають у людей після переживання стресової або травматичної події. Оцініть, наскільки Вас турбувала кожна з цих проблем **протягом останнього місяця**. Для кожного твердження оберіть одну відповідь за шкалою від 0 до 4:

0	1	2	3	4
Зовсім не турбувало	Трохи турбувало	Помірно турбувало	Досить сильно турбувало	Дуже сильно турбувало

Таблиця А.2

Оцінка ознак посттравматичного стресового розладу (PCL-5)

№	Питання	0	1	2	3	4
1	Повторювані, нав'язливі спогади про травматичну подію (ракетну атаку)?					

№	Питання	0	1	2	3	4
2	Повторювані, тривожні сни про травматичну подію?					
3	Відчуття, ніби травматична подія відбувається знову (флешбеки)?					
4	Сильний емоційний розлад, коли щось нагадує про травматичну подію?					
5	Сильні фізичні реакції (серцебиття, утруднене дихання, пітливість), коли щось нагадує про подію?					
6	Уникнення думок, почуттів або спогадів, пов'язаних з травматичною подією?					
7	Уникнення зовнішніх нагадувань (людей, місць, розмов, ситуацій), пов'язаних з подією?					
8	Труднощі з пригадуванням важливих частин травматичної події?					
9	Стійкі негативні переконання про себе, інших людей або світ («я поганий», «нікому не можна довіряти», «світ небезпечний»)?					
10	Звинувачення себе або інших у травматичній події або її наслідках?					
11	Сильні негативні почуття (страх, жах, гнів, провина, сором)?					
12	Втрата інтересу до діяльності, яка раніше приносила задоволення?					
13	Відчуття відчуженості або відірваності від інших людей?					
14	Труднощі з відчуженням позитивних емоцій (щастя, любові до близьких)?					
15	Дратівливість, спалахи гніву або агресивна поведінка?					
16	Надмірна обережність, пильність, постійне очікування небезпеки?					
17	Підвищена реакція на несподівані звуки або рухи (здригання, «полохливість»)?					

№	Питання	0	1	2	3	4
18	Труднощі з концентрацією уваги?					
19	Проблеми зі сном (труднощі засинання, переривчастий сон, кошмари)?					

РОЗДІЛ А.4. ОЦІНКА СТИГМИ ТА БАР'ЄРІВ ДО ЗВЕРНЕННЯ ПО ДОПОМОГУ

Інструкція: Оцініть, наскільки Ви погоджуєтесь з наведеними твердженнями за шкалою:

1	2	3	4	5
Повністю не погоджуюсь	Не погоджуюсь	Важко сказати	Погоджуюсь	Повністю погоджуюсь

Таблиця А.3

Оцінка стигми та бар'єрів до звернення по допомогу

№	Твердження	1	2	3	4	5
Стигма та страхи						
1	Я боюся, що якщо звернуся до психолога, колеги будуть вважати мене слабким(ою)					
2	Я боюся, що якщо керівництво дізнається про мої психологічні проблеми, це може зашкодити моїй кар'єрі					
3	Люди з психічними розладами є непередбачуваними та небезпечними					
4	Я б не хотів(ла) працювати поруч з людиною, яка має психічний розлад					
5	Я б уникав(ла) спілкування з колегою, який лікується у психіатра					
Бар'єри доступу						
6	Я не знаю, куди звернутися по психологічну допомогу в межах лікарні або за її межами					

№	Твердження	1	2	3	4	5
7	Я не маю часу на відвідування психолога через велике робоче навантаження					
8	Я не довіряю лікарняним психологам – боюся, що вони «стукають» начальству					
9	Я вважаю, що маю сам(а) впоратися зі своїми проблемами, без сторонньої допомоги					
10	Якби була можливість отримати анонімну психологічну консультацію (по телефону або онлайн), я б нею скористався(лась)					

РОЗДІЛ А.5. ОЦІНКА ПОТРЕБ У ПСИХОЛОГІЧНІЙ ПІДТРИМЦІ

А.5.1. Чи зверталися Ви коли-небудь по психологічну допомогу?

- Так, до штатного психолога лікарні
- Так, до приватного психолога (поза лікарнею)
- Так, на гарячу лінію психологічної підтримки
- Ні, але планую звернутися
- Ні, не планую
- Важко відповісти

А.5.2. Які форми психологічної підтримки були б для Вас найбільш зручними? (можна обрати кілька варіантів)

- Індивідуальні консультації з психологом в лікарні (очні)
- Індивідуальні консультації з психологом по телефону (анонімно)
- Індивідуальні консультації онлайн (відеозв'язок)
- Групові сесії з колегами (групи підтримки)
- Кімната психологічного розвантаження (сенсорна кімната)
- Інформаційні матеріали (пам'ятки, буклети) про методики самодопомоги

А.5.3. Які теми для Вас є найбільш актуальними? (можна обрати кілька варіантів)

- Подолання тривожності та панічних атак
- Покращення сну
- Відновлення після травматичної події (ракетної атаки)
- Робота з втратою (колезі, пацієнта, близької людини)
- Конфлікти з колегами або керівництвом
- Відчуття провини (наприклад, провини вцілілого)

- Вигорання та хронічна втома
- Труднощі в родині через роботу в лікарні

РОЗДІЛ А.6. ОЦІНКА РОБОЧОГО НАВАНТАЖЕННЯ ТА СТАНУ КОЛЕКТИВУ

Інструкція: Оцініть, наскільки Ви погоджуєтесь з наведеними твердженнями за шкалою:

1	2	3	4	5
Повністю не погоджуюсь	Не погоджуюсь	Важко сказати	Погоджуюсь	Повністю погоджуюсь

Таблиця А.4

Оцінка робочого навантаження та стану колективу

№	Твердження	1	2	3	4	5
Робоче навантаження						
1	Моє робоче навантаження є керованим більшість робочих днів					
2	Рівень стресу на роботі залишається в межах, які я можу контролювати					
3	Я можу відмовитися від додаткових завдань або переналаштувати пріоритети, коли відчуваю перевантаження					
Стан виснаження						
4	За останній місяць я відчував(ла) себе близьким(ою) до вигорання через роботу					
5	Я можу дозволити собі регулярні перерви протягом робочого дня без негативної реакції з боку керівництва					
6	Я можу «вимикатися» від роботи у неробочий час					
Керівництво та колеги						
7	Мій безпосередній керівник доступний, коли мені потрібна підтримка					

№	Твердження	1	2	3	4	5
8	Я довіряю своєму керівнику та можу обговорити з ним складні питання					
9	Мої колеги готові прийти на допомогу, коли я прошу					
Безпека						
10	У моєму відділенні забезпечено достатній рівень фізичної безпеки (укриття, до якого я можу швидко потрапити)					
11	Я знаю, які дії потрібно виконувати при повітряній тривозі					
Загальна оцінка						
12	Я гордий(а) тим, що працюю в ДНП «НДСЛ «Охматдит» МОЗ України»					

РОЗДІЛ А.7. ВІДКРИТІ ПИТАННЯ

А.7.1. Що могло б покращити Ваш психологічний стан на роботі в найближчі місяці?

А.7.2. Яких перешкод або проблем у роботі Ви зазнаєте найчастіше?

А.7.3. Чи є щось, що працює добре зараз в організації роботи, що ми повинні зберегти або розширити?

А.7.4. Якби Ви мали можливість запропонувати керівництву одне змінення, яке зробило би вашу роботу легшою або більш психологічно комфортною, що б це було?

ІНСТРУКЦІЯ ЗАВЕРШЕННЯ

Дякуємо за Ваші щирі відповіді!

Якщо Ви відчуваєте, що наразі потребуєте негайної психологічної підтримки, будь ласка, зверніться до:

АНОНІМНА ПСИХОЛОГІЧНА ГАРЯЧА ЛІНІЯ (цілодобово):
[тут буде розміщено контакти після визначення провайдера послуг]

Примітка: якщо Ви не вказали свої контактні дані, ми не маємо можливості ідентифікувати Вас, що гарантує повну анонімність. Узагальнені результати опитування будуть використані виключно для покращення умов праці.

ОПИС ВИКОРИСТАНИХ МЕТОДИК (для довідки)

Розділ	Назва методики	Призначення
A.2.	Maslach Burnout Inventory (MBI)	Діагностика трьох компонентів вигорання: емоційне виснаження, деперсоналізація, редукція професійних досягнень [28]
A.3.	PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)	Скринінг посттравматичного стресового розладу за 19 симптомами [21]
A.4.	Opening Minds Scale – Workplace Attitudes (OMS-WA)	Оцінка стигматизуючих установок щодо колег з ментальними порушеннями
A.5., A.6.	Employee Assistance Program (EAP) Satisfaction Surveys	Оцінка потреб у психологічній підтримці та робочого навантаження

Програма кризової адаптації
(структура, чек-листи та шаблони документів)

Розділ Б.1. Структура програми кризової адаптації

Програма кризової адаптації персоналу ДНП «НДСЛ «Охматдит» МОЗ України» складається з шести взаємопов'язаних компонентів, які охоплюють різні аспекти адаптаційного процесу.

Таблиця Б.1

Компоненти програми кризової адаптації

Компонент	Зміст	Терміни реалізації	Відповідальні
Вступний кризовий брифінг	Ознайомлення з протоколами безпеки, місцевими укриттями, маршрутами евакуації; інформування про психологічну підтримку, контакти анонімної гарячої лінії	1-й день роботи	HR-відділ, керівник відділення
Кризове наставництво	Закріплення за працівником досвідченого колеги, який пройшов спеціальне навчання з кризової підтримки	1-й день роботи	Керівник відділення
Адаптаційний чек-лист	Перелік обов'язкових кроків (знайомство з колегами, розташуванням обладнання, укриттів, отримання доступів)	Протягом 1-го тижня	Кризовий наставник
Регулярні психологічні сесії	Обов'язкові індивідуальні зустрічі з психологом (1 раз на тиждень) для оцінки стану та профілактики ПТСР	Протягом усього періоду адаптації (до 3 місяців)	Зовнішній психолог (ЕАР)
Зворотний зв'язок та корекція	Щотижнева зустріч з керівником для обговорення труднощів адаптації, коригування навантаження	Протягом перших 4 тижнів	Керівник відділення
Моніторинг ефективності	Оцінка успішності адаптації через 1, 3 та 6 місяців (анкетування, співбесіда з керівником, аналіз продуктивності)	Через 1, 3, 6 місяців	HR-відділ, психолог

Розділ Б.2. Чек-лист для кризового наставника

Чек-лист для кризового наставника

№	Дія	Виконано	Дата	Примітки
День 1				
1	Зустріти працівника в перший день, провести екскурсію робочим місцем	<input type="checkbox"/>		
2	Показати розташування укриття, аптечки, вогнегасника	<input type="checkbox"/>		
3	Познайомити з безпосереднім керівником та ключовими колегами	<input type="checkbox"/>		
4	Надати контакти анонімної психологічної гарячої лінії	<input type="checkbox"/>		
5	Пояснити правила внутрішнього розпорядку (робочий графік, перерви, вихідні)	<input type="checkbox"/>		
День 2-3				
1	Ознайомити з посадовими обов'язками (пройти по пунктах)	<input type="checkbox"/>		
2	Пояснити основні робочі процеси та алгоритми	<input type="checkbox"/>		
3	Показати, де зберігаються необхідні документи та інструкції	<input type="checkbox"/>		
4	Надати доступ до внутрішніх систем (електронна пошта, чат-бот, бази даних)	<input type="checkbox"/>		
5	Розповісти про корпоративну культуру та традиції відділення	<input type="checkbox"/>		
День 4-5				
1	Супроводжувати під час перших самостійних завдань	<input type="checkbox"/>		
2	Надати зворотний зв'язок щодо виконаної роботи	<input type="checkbox"/>		

№	Дія	Виконано	Дата	Примітки
3	Переконатися, що працівник знає, до кого звертатися з питань	<input type="checkbox"/>		
4	Записати працівника на першу сесію до психолога	<input type="checkbox"/>		
Перший тиждень (щоденно)				
1	Щоденно цікавитися станом працівника (1-2 хвилини)	<input type="checkbox"/>		
2	Відповідати на запитання, допомагати з труднощами	<input type="checkbox"/>		
3	Фіксувати прогрес та проблеми у щоденнику наставника	<input type="checkbox"/>		
Перший місяць (щотижнево)				
1	Проводити щотижневу зустріч для обговорення прогресу	<input type="checkbox"/>		
2	Коригувати план адаптації за потреби	<input type="checkbox"/>		
3	Повідомляти керівника про будь-які ознаки вигорання або ПТСР	<input type="checkbox"/>		

Розділ Б.3. Чек-лист адаптації для нового/переведеного працівника

Таблиця Б.3

Чек-лист адаптації для працівника

№	Дія	Виконано	Дата
День 1			
1	Отримав(ла) вступний кризовий брифінг	<input type="checkbox"/>	
2	Ознайомився(лась) з розташуванням укриття та маршрутами евакуації	<input type="checkbox"/>	
3	Отримав(ла) контакти анонімної психологічної гарячої лінії	<input type="checkbox"/>	

№	Дія	Виконано	Дата
4	Познайомився(лась) з наставником та ключовими колегами	<input type="checkbox"/>	
5	Отримав(ла) доступ до внутрішніх систем (пошта, чат-бот)	<input type="checkbox"/>	
День 2-3			
6	Ознайомився(лась) з посадовими обов'язками	<input type="checkbox"/>	
7	Ознайомився(лась) з правилами внутрішнього розпорядку	<input type="checkbox"/>	
8	Отримав(ла) необхідні інструкції та документи	<input type="checkbox"/>	
День 4-5			
9	Виконав(ла) перші самостійні завдання	<input type="checkbox"/>	
10	Отримав(ла) зворотний зв'язок від наставника	<input type="checkbox"/>	
11	Записався(лась) на першу сесію до психолога	<input type="checkbox"/>	
Перший місяць			
12	Провів(ла) щотижневу зустріч з керівником	<input type="checkbox"/>	
13	Відвідав(ла) сесію психолога (1 раз на тиждень)	<input type="checkbox"/>	
14	Ознайомився(лась) з техніками саморегуляції (дихання, паузи)	<input type="checkbox"/>	
15	Пройшов(ла) анонімне опитування щодо стану адаптації	<input type="checkbox"/>	

Щотижневий звіт про адаптацію працівника

Параметр	Інформація	
Прізвище, ім'я, по батькові працівника	_____	
Посада	_____	
Відділення	_____	
Дата початку роботи	_____	
Тиждень адаптації (1-й, 2-й, 3-й, 4-й)	_____	
Прізвище наставника	_____	
Критерій оцінки	Оцінка (1-5)	Коментар
Розуміння посадових обов'язків	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Здатність виконувати завдання самостійно	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Комунікація з колегами	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Дотримання правил безпеки	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Психологічний стан (спостереження)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Загальний прогрес адаптації	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	

Основні труднощі за тиждень:

Досягнення та прогрес:

Рекомендації на наступний тиждень:

Підпис наставника: _____ Дата: _____

Підпис працівника: _____ Дата: _____

Розділ Б.5. Пам'ятка для працівника «Перші дні в Охматдиті»

ПАМ'ЯТКА ДЛЯ ПРАЦІВНИКА

«Перші дні в Охматдиті: що потрібно знати»

Б.5.1. Ваша безпека – найважливіше

- Ознайомтеся з розташуванням найближчого укриття у Вашому відділенні
- Запам'ятайте маршрут евакуації (схема є в кожному коридорі)
- При звуках, схожих на вибухи: зберігайте спокій, прямуйте до укриття, повідомте колег
- Тримайте при собі заряджений телефон та особисті документи

Б.5.2. Ваш наставник

- У Вас є кризовий наставник – досвідчений колега, який допоможе адаптуватися
- Ви можете звертатися до наставника з будь-якими питаннями (професійними, організаційними)
- Наставник не є Вашим керівником – Ви можете говорити з ним відверто

Б.5.3. Ваша робота

- Ваші посадові обов'язки закріплені в посадовій інструкції (ознайомтеся в перший день)
- У перший тиждень Ви виконуватимете завдання під наглядом наставника
- Не бійтеся ставити запитання – це нормально для адаптаційного періоду

Б.5.4. Ваш психологічний стан

- Ви маєте право на анонімну психологічну підтримку 24/7
- Гаряча лінія психолога: _____ (цілодобово, анонімно)
- Обов'язкові сесії з психологом – 1 раз на тиждень (до 3 місяців)
- Звернення по допомогу – це ознака сили, а не слабкості

Б.5.5. Ваші права та обов'язки

Права	Обов'язки
На безпечні умови праці	Дотримуватися правил безпеки
На психологічну підтримку	Відвідувати обов'язкові сесії психолога
На зворотний зв'язок від керівника	Виконувати посадові обов'язки
На відпочинок та перерви	Своєчасно повідомляти про труднощі
На конфіденційність	Поважати колег та пацієнтів

Б.5.6. Корисні контакти

Контакт	Телефон / Посилання
Анонімна психологічна гаряча лінія	_____
Ваш наставник	_____
Ваш безпосередній керівник	_____
HR-відділ (кадрові питання)	_____
Чат-бот «Ohmatdyt_Support»	_____

Б.5.7. Техніки саморегуляції (для зняття гострого стресу)

Техніка «Квадратне дихання»:

- Вдих на 4 секунди
- Затримка дихання на 4 секунди
- Видих на 4 секунди
- Затримка на 4 секунди
- Повторити 5-10 разів

Б.5.8. Техніка «Заземлення»:

- Назвіть 5 предметів, які Ви бачите навколо
- Назвіть 4 звуки, які Ви чуєте
- Назвіть 3 речі, які Ви відчуваєте тілом
- Назвіть 2 запахи, які Ви відчуваєте
- Назвіть 1 смак, який Ви відчуваєте

Пам'ятайте: Ви не самотні. Ваші колеги та керівництво поруч, щоб підтримати Вас.

Ласкаво просимо до команди Охматдиту!

Результати опитування персоналу
(узагальнені таблиці за методиками МВІ та PCL-5)

В.1. Соціально-демографічний профіль респондентів

Опитуванням було охоплено **117 працівників** ДНП «НДСЛ «Охматдит» МОЗ України», що становить близько 12% від загальної чисельності персоналу до ракетної атаки 8 липня 2024 року.

Таблиця В.1

Розподіл респондентів за статтю та віком

Вікова група	Жінки	Чоловіки	Разом	%
до 30 років	25	14	39	33,3
31-40 років	38	15	53	45,3
41-50 років	12	7	19	16,2
понад 50 років	4	2	6	5,1
Разом	79	38	117	100

Таблиця В.2

Розподіл респондентів за посадовими категоріями

Посадова категорія	Кількість	%
Лікарі	48	41,0
Медичні сестри/брати	35	29,9
Молодший медичний персонал	14	12,0
Адміністративний персонал	12	10,3
Технічний/допоміжний персонал	8	6,8
Разом	117	100

В.2. Розподіл респондентів за стажом роботи та участю в події 8 липня 2024 року

Таблиця В.3

Розподіл респондентів за стажом роботи в ДНП «НДСЛ «Охматдит» МОЗ України»

Стаж роботи	Кількість	%
до 1 року	12	10,3
1-3 роки	23	19,7
4-10 років	41	35,0
понад 10 років	41	35,0
Разом	117	100

Таблиця В.4

Розподіл респондентів за участю в події 8 липня 2024 року

Варіант відповіді	Кількість	%
Так, безпосередньо перебував(ла) в лікарні під час атаки	89	76,1
Так, але був(ла) в укритті	22	18,8
Ні, не був(ла) в лікарні в момент атаки	6	5,1
Разом	117	100

В.3. Результати діагностики за методикою Maslach Burnout Inventory (MBI)

Таблиця В.5

Рівень емоційного вигорання персоналу (MBI)

Компонент вигорання	Рівень вигорання, % від кількості опитаних		
	Низький	Середній	Високий
Емоційне виснаження	12,8	35,0	52,2
Деперсоналізація	20,5	41,9	37,6
Редукція професійних досягнень	38,5	35,9	25,6

Таблиця В.6

Детальний розподіл відповідей за компонентом «Емоційне виснаження»

Твердження	0	1	2	3	4	5	6	Середній бал
Я відчуваю себе емоційно виснаженим(ою) через мою роботу	2	5	8	15	32	35	20	4,8
Наприкінці робочого дня я відчуваю себе «вичавленим(ою)»	1	4	6	12	28	38	28	5,1
Я відчуваю втому, коли встаю зранку і маю йти на роботу	3	6	10	18	30	30	20	4,5
Робота з людьми весь день є для мене справжнім випробуванням	5	8	12	20	28	25	19	4,2
Я відчуваю, що «вигорів(ла)» на роботі	8	10	15	22	25	20	17	3,9
Я відчуваю фрустрацію (розчарування) через свою роботу	6	9	14	20	28	22	18	4,1

Таблиця В.7

Детальний розподіл відповідей за компонентом «Деперсоналізація»

Твердження	0	1	2	3	4	5	6	Середній бал
Я відчуваю, що став(ла) більш черствим(ою) до людей	10	12	18	25	28	15	9	3,5
Я переживаю, що ця робота робить мене емоційно черствішим(ою)	12	15	20	28	22	12	8	3,3
Мені байдуже, що відбувається з деякими пацієнтами	25	20	22	18	15	10	7	2,8

Таблиця В.8

Детальний розподіл відповідей за компонентом «Редукція професійних досягнень»

Твердження	0	1	2	3	4	5	6	Середній бал
Я легко можу зрозуміти, що відчувають мої пацієнти	2	4	6	15	30	35	25	4,9
Я ефективно вирішую проблеми своїх пацієнтів	3	5	8	20	32	30	19	4,6
Я відчуваю, що позитивно впливаю на життя інших людей	1	3	5	12	25	40	31	5,2
Я відчуваю себе дуже енергійним(ою)	15	20	25	22	18	10	7	2,9
Я досяг(ла) багатьох вартих речей на цій роботі	2	4	6	18	28	35	24	4,8
У своїй роботі я спокійно ставлюся до емоційних проблем	18	22	25	20	15	10	7	2,7

В.4. Результати діагностики за шкалою PCL-5 (ПТСР)

Таблиця В.9

Рівень посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед персоналу

Рівень ПТСР	Кількість	%
Високий (клінічно значущий)	64	54,7
Середній	35	29,9
Низький	18	15,4
Разом	117	100

Таблиця В.10

Детальний розподіл відповідей за шкалою PCL-5 (найбільш виражені симптоми)

Симптом	Середній бал (0-4)	% з оцінкою 3-4
Проблеми зі сном (труднощі засинання, кошмари)	3,2	67,5
Труднощі з концентрацією уваги	3,0	62,4
Дратівливість, спалахи гніву	2,8	58,1
Повторювані спогади про атаку	2,7	55,6
Надмірна обережність, пильність	2,6	53,0
Емоційний розлад при нагадуванні	2,5	50,4
Сильні негативні почуття (страх, гнів, провина)	2,4	47,9
Відчуття відчуженості від інших	2,3	44,4

В.5. Результати оцінки стигми та бар'єрів до звернення по допомогу

Оцінка стигми та бар'єрів до звернення по психологічну допомогу

№	Твердження	% згоди (оцінки 4-5)
Стигма та страхи		
1	Боюся, що колеги вважатимуть мене слабким(ою)	68,4
2	Боюся, що звернення до психолога зашкодить кар'єрі	71,8
3	Люди з психічними розладами є небезпечними	12,0
Г	Не хотів(ла) би працювати поруч з людиною з психічним розладом	8,5
5	Уникав(ла) би спілкування з колегою, який лікується у психіатра	15,4
Бар'єри доступу		
6	Не знаю, куди звернутися по психологічну допомогу	65,0
7	Не маю часу на відвідування психолога	72,6
8	Не довіряю лікарням психологам (боюся, що «стукають»)	69,2
9	Вважаю, що маю сам(а) впоратися з проблемами	58,1
10	Скористався(лась) би анонімною консультацією	82,9

В.6. Результати оцінки потреб у психологічній підтримці

Таблиця В.12

Форми психологічної підтримки, які є найбільш зручними для працівників

Форма підтримки	% респондентів
Індивідуальні консультації по телефону (анонімно)	78,6
Індивідуальні консультації онлайн (відеозв'язок)	65,8
Кімната психологічного розвантаження	62,4
Індивідуальні консультації в лікарні (очно)	41,0
Групові сесії з колегами	32,5
Інформаційні матеріали (пам'ятки, буклети)	54,7

Таблиця В.13

Найбільш актуальні теми для психологічної підтримки

Тема	% респондентів
Вигорання та хронічна втома	85,5
Відновлення після травматичної події (ракетної атаки)	79,5
Подолання тривожності та панічних атак	76,1
Покращення сну	70,9
Робота з втратою (колезі, пацієнта)	58,1
Відчуття провини (провини вцілілого)	49,6
Конфлікти з колегами або керівництвом	35,0

Тема	% респондентів
Труднощі в родині через роботу в лікарні	32,5

В.7. Результати оцінки робочого навантаження та стану колективу

Таблиця В.14

Оцінка робочого навантаження та стану колективу

Твердження	% згоди (оцінки 4-5)
Робоче навантаження	
Моє робоче навантаження є керованим	23,1
Рівень стресу на роботі є контрольованим	18,8
Можу відмовитися від додаткових завдань при перевантаженні	15,4
Стан виснаження	
Відчуваю себе близьким(ою) до вигорання	83,8
Можу дозволити собі регулярні перерви	24,8
Можу «вимикатися» від роботи у неробочий час	19,7
Керівництво та колеги	
Керівник доступний, коли потрібна підтримка	41,0
Довіряю керівнику та можу обговорити складні питання	35,9
Колеги готові прийти на допомогу	68,4
Безпека	
У відділенні забезпечено достатній рівень безпеки	47,0

Твердження	% згоди (оцінки 4-5)
Знаю, які дії потрібно виконувати при тривозі	88,9
Загальна оцінка	
Я гордий(а) тим, що працюю в Охматдиті	79,5

В.8. Кореляційний аналіз: зв'язок між ПТСР та труднощами адаптації

Таблиця В.15

Кореляція між рівнем ПТСР та труднощами адаптації

Показник	Працівники з високим рівнем ПТСР (n=64)	Працівники з низьким/середнім рівнем ПТСР (n=53)	Різниця
Труднощі з концентрацією уваги (середній бал)	3,6	2,1	+1,5
Труднощі з запам'ятовуванням нової інформації (%)	71,9	24,5	+47,4%
Труднощі з налагодженням комунікації з новими колегами (%)	65,6	18,9	+46,7%
Потреба в додатковому часі для виконання завдань (%)	78,1	30,2	+47,9%
Задоволеність процесом адаптації (%)	18,8	71,7	-52,9%

Таблиця В.16

Ключові висновки за результатами опитування

Висновок	Показник
Працівників з високим рівнем емоційного виснаження	52,2%
Працівників з високим рівнем деперсоналізації	37,6%

Висновок	Показник
Працівників з вираженими ознаками ПТСР	54,7%
Працівників, які не мали наставника в період адаптації	64,3%
Працівників, які вважають, що система адаптації потребує вдосконалення	88,1%
Працівників, які бояться, що звернення до психолога зашкодить кар'єрі	71,8%
Працівників, які готові скористатися анонімною психологічною консультацією	82,9%
Працівників, які вважають своє робоче навантаження некерованим	76,9%
Працівників, які гордяться роботою в Охматдиті	79,5%
Працівників з високим рівнем ПТСР, які мають труднощі з адаптацією	65-78%

План комунікаційної кампанії
«Психологічна підтримка – це норма»

Г.1. Мета, цілі та цільова аудиторія кампанії

Таблиця Г.1

Мета та цілі комунікаційної кампанії

Параметр	Опис
Мета кампанії	Подолання стигми щодо звернення по психологічну допомогу та формування культури психологічної підтримки серед персоналу ДНП «НДСЛ «Охматдит» МОЗ України»
Цілі кампанії	<ol style="list-style-type: none"> 1. Підвищити обізнаність персоналу про симптоми вигорання та ПТСР (ціль: 90% персоналу) 2. Зменшити страх звернення до психолога (ціль: зниження стигми на 50%) 3. Забезпечити інформацією про доступні канали підтримки (ціль: 100% персоналу) 4. Сформувати довіру до анонімної психологічної допомоги (ціль: 80% персоналу) 5. Легітимізувати обговорення стресу та вигорання на робочому місці

Таблиця Г.2

Цільова аудиторія кампанії

Сегмент	Характеристика	Чисельність
Первинна аудиторія		
Медичний персонал	Лікарі, медичні сестри, молодший медперсонал	~800 осіб
Вторинна аудиторія		
Адміністративний персонал	Керівники відділень, HR, бухгалтерія	~150 осіб
Технічний персонал	Прибиральники, техніки, водії	~100 осіб
Третинна аудиторія		
Керівництво	Головний лікар, завідувачі відділень	~50 осіб

Г.2. Ключові меседжі кампанії

Таблиця Г.3

Ключові меседжі за каналами комунікації

Меседж	Для кого	Формат
«Звернення до психолога – це не слабкість, а турбота про себе»	Весь персонал	Постери, листівки, екрани
«Психолог – такий самий лікар, як кардіолог. Тільки для психіки»	Весь персонал	Постери, соціальні мережі
«Ви можете бути героєм і мати право на відпочинок. Ви можете рятувати дітей і потребувати допомоги. Це нормально»	Медичний персонал	Відеоролики, наради
«Я теж через це проходив(ла). Ось контакти – скористайся, якщо відчуєш потребу»	Керівники → підлеглі	Тренінги, наради
«Анонімно. Безкоштовно. 24/7. Психологічна підтримка завжди поруч»	Весь персонал	Постери, чат-бот, пам'ятки
«52% твоїх колег відчувають те саме. Ти не один»	Весь персонал	Постери, інфографіка

Г.3. Канали комунікації

Таблиця Г.4

Канали комунікації та їх характеристика

Канал	Охоплення	Частота	Відповідальний
Інформаційні постери	100% персоналу	Розміщуються стаціонарно	HR-відділ
Екрани в зонах відпочинку	80% персоналу	Щоденна ротація	IT-відділ
Чат-бот «Ohmatdyt_Support»	100% персоналу зі смартфонами	Постійно	HR-відділ
Внутрішній корпоративний	60% персоналу	Щотижневі	HR-відділ

Канал	Охоплення	Частота	Відповідальний
портал		публікації	
Загальні наради	100% персоналу	Щомісяця (5-10 хв)	Керівництво
Листівки/пам'ятки	100% персоналу	Роздаються індивідуально	HR-відділ
Групові інформаційні сесії	80% персоналу	Раз на квартал	Психолог

Г.4. План заходів за етапами

Таблиця Г.5

План заходів комунікаційної кампанії

Етап	Термін	Заходи	Відповідальні
1. Підготовчий	1-2 тиждень	Аналіз поточного рівня стигми (анкетування); створення візуальних матеріалів (постери, листівки, відео); налаштування чат-бота; навчання керівників комунікаційним навичкам	HR-відділ, психолог, IT-відділ
2. Запуск кампанії	3-4 тиждень	Розміщення постерів у всіх відділеннях; роздача листівок та пам'яток; публікація відеозвернення керівництва; анонс чат-бота; старт інформаційної кампанії на екранах	HR-відділ, керівництво
3. Активна фаза	5-12 тиждень	Проведення групових інформаційних сесій (15-20 хв); регулярні нагадування на нарадах; публікація історій колег (анонімних); щотижневі публікації в чат-боті; моніторинг звернень	Психолог, HR-відділ, керівники відділень
4. Підтримка та оцінка	13-24 тиждень	Повторне анкетування для оцінки змін; корекція меседжів за потреби; нагородження «амбасадорів» кампанії; підготовка звіту про результати	HR-відділ, психолог

Г.5. Контент-план (постери, пам'ятки, відеоролики)

Таблиця Г.6

Контент-план візуальних матеріалів

Тип матеріалу	Назва	Ключовий меседж	Розміщення
Постер А3	«Підтримка поруч»	Анонімна гаряча лінія 24/7 + контакти	Кожне відділення
Постер А3	«Це норма – просити допомогу»	Звернення до психолога – це не слабкість	Кімнати відпочинку
Постер А3	«Ти не один»	52% колег відчувають те саме	Роздягальні
Постер А3	«Симптоми вигорання»	Чек-лист самоперевірки	Інформаційні стенди
Листівка А6	«Контакти підтримки»	Телефони гарячої лінії, чат-бот	Кишені в роздягальнях
Пам'ятка	«Техніки саморегуляції»	Дихання, заземлення, паузи	Індивідуально
Відеоролик (2 хв)	«Я теж через це пройшов»	Звернення лікаря-практика	Наради, екрани
Відеоролик (1 хв)	«Як працює анонімна лінія»	Пояснення механізму анонімності	Чат-бот, екрани
Інфографіка	«Ознаки ПТСР: що має насторожити»	Чек-лист для самодіагностики	Чат-бот, постери
Інфографіка	«Результати опитування колег»	52% виснаження, 54% ПТСР	Екрани, чат-бот

Г.6. Матеріали для внутрішньої комунікації

Г.6.1. Текст для загальної наради (шаблон виступу керівника)

«Шановні колеги!»

Хочу звернути вашу увагу на надзвичайно важливу тему – наше психологічне здоров'я. Ми всі пройшли через важкі випробування. Атака 8 липня, втрата колег, постійна загроза – це те, що впливає на кожного з нас.

Результати опитування показали, що більшість наших працівників відчувають ознаки вигорання та стресу. І це не означає, що ви слабкі – це означає, що ви люди, які пережили дуже складний досвід.

Тому ми запускаємо програму психологічної підтримки. Ви можете анонімно, цілодобово та безкоштовно отримати консультацію психолога за номером, який розміщено в кожному відділенні.

Це не впливає на вашу кар'єру. Ніхто, крім вас, не дізнається про ваше звернення. Я особисто підтримую цю програму і закликаю вас не ххтувати своїм ментальним здоров'ям.

Пам'ятайте: психолог – це лікар для психіки. Турбота про себе – це не слабкість, а відповідальність перед собою, своєю родиною та нашими пацієнтами».

Г.6.2. Текст для чат-бота «Ohmatdyt_Support» (привітальне повідомлення)

«Ласкаво просимо до чат-бота психологічної підтримки Охматдиту!

Тут ви можете:

- *Отримати контакти анонімної гарячої лінії (цілодобово)*
- *Пройти швидку самодіагностику вигорання*
- *Ознайомитися з техніками саморегуляції*
- *Дізнатися про найближчі групові сесії підтримки*
- *Залишити анонімний запит (без розкриття даних)*
- *Почитати історії колег (анонімно)*
- *Задати питання психологу (анонімно)*

ВСІ ЗВЕРНЕННЯ – АНОНІМНІ ТА КОНФІДЕНЦІЙНІ

Гаряча лінія: _____ (24/7)

Пам'ятайте: психологічна підтримка – це норма. Ви не самотні».

Г.6.3. Шаблон листівки «Контакти підтримки»

КОНТАКТИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ

АНОНІМНО. БЕЗКОШТОВНО. 24/7

Телефон гарячої лінії: _____

Чат-бот: @Ohmatdyt_Support (Telegram)

Електронна пошта: _____

Кабінет психолога: корпус __, поверх __, каб. __

Групові сесії: що __ о __ год. (онлайн / офлайн)

ПАМ'ЯТАЙТЕ:

Ви не самотні – 52% ваших колег відчують те саме

Звернення до психолога – це ознака сили, а не слабкості

Анонімність гарантована – ніхто не дізнається про ваше звернення

Психолог не має права розголошувати інформацію керівництву

Піклуйтеся про себе. Ви – найцінніше, що в нас є.

Г.7. Критерії ефективності кампанії

Таблиця Г.7

Ключові показники ефективності (KPI) кампанії

Показник	Базове значення	Цільове значення (через 6 міс.)	Метод вимірювання
Обізнаність про симптоми вигорання	35% (оцінка)	90%	Анонімне опитування
Обізнаність про контакти підтримки	15%	100%	Анонімне опитування
Частка персоналу, який довіряє психологам	31% (див. Г8 – 69% не довіряють)	60%	Анонімне опитування
Частка персоналу, який готовий звернутися анонімно	83%	90%	Анонімне опитування
Частота звернень на гарячу лінію (місяць)	0 (нова послуга)	50-100 звернень	Статистика провайдера
Активність у чат-боті (унікальних користувачів)	0 (новий)	300-400	Статистика бота
Зниження стигми (частка тих, хто боїться кар'єрних наслідків)	72%	35-40%	Анонімне опитування

Таблиця Г.8

Бюджет комунікаційної кампанії (орієнтовний)

Стаття витрат	Сума (грн)
Розробка дизайну постерів, листівок, інфографіки	50 000
Друк постерів (50 шт. А3)	10 000
Друк листівок (500 шт.)	5 000
Виробництво відеороликів (2 шт.)	100 000

Стаття витрат	Сума (грн)
Розробка чат-бота (налаштування)	30 000
Підтримка чат-бота (щомісяця)	5 000
Проведення групових інформаційних сесій (оплата психолога)	50 000
Поліграфія пам'яток (1000 шт.)	10 000
ВСЬОГО (запуск + 6 місяців)	~260 000 – 300 000

Таблиця Г.9

План моніторингу ефективності кампанії

Етап	Термін	Заходи моніторингу
1	Через 1 місяць	Опитування: чи бачили постери, чи знають контакти (вибірка 50 осіб)
2	Через 3 місяці	Опитування: чи змінилося ставлення до психологічної допомоги, чи користувалися послугами
3	Через 6 місяців	Повторне повне анонімне опитування (як у Додатку А), порівняння з базовими показниками
4	Через 12 місяців	Оцінка динаміки вигорання та ПТСР (MBI, PCL-5)