

МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ ЛЬВІВСЬКИЙ
ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ВНУТРІШНІХ СПРАВ
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ УПРАВЛІННЯ, ПСИХОЛОГІЇ ТА
БЕЗПЕКИ

Кафедра загальної та соціальної психології

**ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ІМІДЖУ КЕРІВНИКА
В РАМКАХ ЙОГО УПРАВЛІНСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ**

кваліфікаційна робота

здобувача першого (бакалаврського)
рівня вищої освіти
заочної форми навчання
Дмитра НЕЧИПОРУКА

Науковий керівник:

завідувач кафедри загальної
та соціальної психології
Зоряна КОВАЛЬЧУК

Рецензент:

професор кафедри загальної та
соціальної психології
кандидат психологічних наук, доцент
Олена ВАВРИНІВ

Кваліфікаційна робота допущена до захисту

_____ 20____ р., протокол № _____

завідувач кафедри загальної та соціальної психології

_____ **Зоряна КОВАЛЬЧУК**

(підпис)

Львів-2026

АНОТАЦІЯ

Нечипорук Д. Психологічні особливості формування іміджу керівника в процесі його управлінської діяльності. Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «бакалавр» за спеціальністю 053 «Психологія». Львівський державний університет внутрішніх справ, Львів, 2026. Науковий керівник: Ковальчук З. Я.

Кваліфікаційна робота присвячена актуальній проблемі психології управління - дослідженню психологічних чинників, що впливають на формування та сприйняття іміджу керівника підлеглими. В умовах високого стресового навантаження, що є характерним для медичних та реабілітаційних закладів, існує гостра потреба у керівниках, які здатні не лише адмініструвати процеси, але й створювати сприятливий психологічний клімат завдяки високій емоційній компетентності.

Метою дослідження є теоретичне та емпіричне вивчення взаємозв'язку між рівнем емоційного інтелекту керівника, стилем його управлінської діяльності та сформованим іміджем. Емпіричне дослідження проведено на базі медичних закладів із застосуванням методу перехресного оцінювання («360 градусів»). Вибірка складала 40 осіб (10 керівників та 30 підлеглих). Статистичну обробку даних здійснено за допомогою критерію рангової кореляції Спірмена (r_s).

Емпірично підтверджено наявність сильного прямого статистично значущого зв'язку між загальним рівнем емоційного інтелекту керівника та комплексною оцінкою його іміджу ($r_s = 0,879$; $p \leq 0,01$). Встановлено залежність ділового авторитету від здатності управляти власними емоціями ($r_s = 0,853$; $p \leq 0,01$). Доведено відсутність значущого зв'язку між рівнем емпатії та зовнішнім (габітарним) іміджем ($r_s = 0,520$; $p > 0,05$).

Зафіксовано феномен «іміджевого дисонансу» - суттєву розбіжність між самооцінкою керівника та експертною оцінкою колективу (середній бал

самооцінки комунікативних навичок склав $M = 23,85$; $SD = 2,14$, тоді як оцінка підлеглих - лише $M = 16,33$; $SD = 4,05$; розрив становить 7,52 бала). Доведено, що цей феномен найчастіше супроводжує авторитарний стиль управління. На основі результатів розроблено комплекс соціально-психологічних рекомендацій щодо оптимізації професійного іміджу керівника.

Ключові слова: імідж керівника, психологія управління, емоційний інтелект, стиль керівництва, соціально-психологічний клімат, авторитет, іміджевий дисонанс.

SUMMARY

Nechyporuk D. Psychological features of forming a Manager's iMAGE in the process of Managerial activity. Qualification work for the Bachelor's degree in specialty 053 «Psychology». Lviv State University of Internal Affairs, Lviv, 2026. Scientific supervisor: Kovalchuk Z. Ya.

This qualification work explores an important issue in Management psychology: the psychological factors that shape a Manager's iMAGE. In Medical and rehabilitation institutions, where stress levels are high, there is a strong need for Managers who can Maintain a positive psychological climate through eMotional coMPetence.

The Main goal of the research is to study the connection between a Manager's eMotional intelligence (EQ), leadership style, and their iMAGE. The eMpirical study involved 40 participants from Medical facilities (10 Managers and 30 subordinates) using the 360-degree feedback Method. Data was analyzed using SpearMan's rank correlation coefficient (r_s).

The results confirmed a strong, statistically significant correlation between overall eMotional intelligence and the Manager's overall iMAGE ($r_s = 0.879$, $p \leq 0.01$). The ability to Manage eMotions directly influences business authority ($r_s = 0.853$, $p \leq 0.01$). However, the study showed no significant link between eMpathy and the Manager's visual (habitus) iMAGE ($r_s = 0.520$, $p > 0.05$).

The research also found a phenomenon called «iMAGE dissonance» Managers rated their coMMunication skills Much higher ($M = 23.85$; $SD = 2.14$) than their subordinates did ($M = 16.33$; $SD = 4.05$). This gap of 7.52 points is Mostly typical for Managers with an authoritarian leadership style. Based on the findings, a set of practical psychological recoMMendations was developed to help Managers iMprove their professional iMAGE.

Key words: Manager's iMAGE, psychology of Management, eMotional intelligence, leadership style, socio-psychological climate, authority, iMAGE dissonance.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	7
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ІМІДЖУ КЕРІВНИКА В ПСИХОЛОГІЇ УПРАВЛІННЯ.....	9
1.1. Імідж керівника як соціально-психологічне явище в організаціях.....	9
1.2. Психологічні підходи до вивчення іміджу особистості керівника.....	12
1.3. Особистісні характеристики та стиль управлінської діяльності як чинники формування іміджу керівника.....	15
1.4. Роль емоційного інтелекту у формуванні іміджу керівника.....	20
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1.....	24
РОЗДІЛ 2 ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ІМІДЖУ КЕРІВНИКА В ПРОЦЕСІ УПРАВЛІНСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ.....	26
2.1. Організація, етапи та методи емпіричного дослідження.....	26
2.2. Аналіз психологічних особливостей іміджу керівника та їх взаємозв'язок з ефективністю управлінської діяльності.....	31
2.3. Соціально-психологічні умови та шляхи формування позитивного іміджу керівника.....	39
2.4. Обмеження дослідження.....	43
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2.....	43
ВИСНОВКИ.....	46
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	48
ДОДАТКИ.....	51

ВСТУП

Актуальність теми. Трансформація системи охорони здоров'я в Україні, обтяжена умовами воєнного стану та необхідністю масової реабілітації, висуває критичні вимоги до психологічного профілю керівника. Традиційна модель «головного лікаря» як адміністратора-контролера вичерпала свій ресурс, поступаючись місцем парадигмі психологічного лідерства. Центральним інструментом такого лідерства постає професійний імідж - складна знакова система, що трансліює цінності, надійність та емоційну стійкість.

Проблема іміджу набуває в реабілітаційних центрах, де соціально-психологічний клімат впливає на динаміку одужання пацієнтів та професійне збереження персоналу. Постійна праця у стресогенному середовищі провокує виникнення «перцептивних викривлень»: керівники часто втрачають об'єктивний зворотний зв'язок, що веде до формування «іміджевого дисонансу». Вивчення механізмів подолання цього розриву через розвиток емоційного інтелекту є важливим для забезпечення керованості медичних колективів.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та емпірично перевірити систему психологічних детермінант, що визначають успішність формування конгруентного іміджу керівника медичної сфери.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати генезис поняття «імідж» в управлінській психології та визначити його функціональне навантаження в медичних організаціях.
2. Сформулювати теоретичну модель структури іміджу, що інтегрує габітарний, комунікативний та діловий компоненти.
3. Емпірично дослідити кореляційну залежність між парціальними шкалами емоційного інтелекту та експертними оцінками іміджу.
4. Виявити та статистично обґрунтувати розбіжності між самооцінкою керівників та сприйняттям колективу («іміджевий дисонанс»).

5. Розробити алгоритм психологічної корекції професійного образу лідера на основі розвитку навичок саморегуляції.

Об'єкт дослідження: процес формування професійного іміджу керівника.

Предмет дослідження: психологічні особливості та чинники (EQ, стиль управління), що детермінують сприйняття іміджу керівника в медичних колективах.

Гіпотеза дослідження: успішність формування позитивного іміджу залежить від здатності лідера до емоційної саморегуляції та використання колегіального стилю управління. Низька емоційна компетентність у поєднанні з авторитарністю провокує виникнення стійкого «іміджевого дисонансу», де керівник схильний до гіперболізації власних комунікативних навичок.

Теоретико-методологічна основа: праці Л. Карамушки (психологія управління), О. Бондарчук (підготовка керівників), В. Москаленко (соціальна перцепція), Д. Гоулмана (модель EQ) та В. Дячука (іміджологія).

Наукова новизна: деталізовано вплив емоційної саморегуляції на діловий авторитет у специфічних умовах медичної реабілітації; кількісно визначено межі «перцептивного розриву» в оцінці лідерів; обґрунтовано пріоритетність емоційної стійкості над емпатією у формуванні статусу медичного управлінця.

Практичне значення: результати дослідження можуть бути використані у практичній діяльності керівників закладів охорони здоров'я. Розроблені рекомендації придатні для індивідуального консультування або соціально-психологічних тренінгів з розвитку управлінських навичок.

Кваліфікаційна робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків.

РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ІМІДЖУ КЕРІВНИКА В ПСИХОЛОГІЇ УПРАВЛІННЯ

1.1. Імідж керівника як соціально-психологічне явище в організаціях

У системі сучасного психологічного знання феномен управлінського іміджу виходить за межі традиційного розуміння зовнішньої привабливості чи набору формальних статусних атрибутів. На етапі трансформації організаційних структур, зокрема у сфері охорони здоров'я, професійний імідж керівника функціонує як складний соціально-перцептивний механізм. Він відіграє роль своєрідного медіатора у щоденній взаємодії між лідером та медичним колективом. Такий образ формує первинну матрицю соціальних очікувань підлеглих, згідно з якою розшифровуються наміри керівництва. Будь-які управлінські сигнали - від офіційних наказів до мотиваційних бесід - проходять крізь призму цього сформованого образу. У випадках, коли імідж є позитивним та конгруентним, він значно прискорює та полегшує процеси комунікації, знижуючи рівень тривожності в колективі. Натомість суперечливий чи негативний образ створює невидимі семантичні бар'єри та неминуче провокує латентний опір персоналу. Вивчення соціокультурного виміру даної проблеми дозволяє глибше зрозуміти природу формування управлінського авторитету. Зокрема, у працях В. Дячука обґрунтовується теза, що професійний образ не є виключно індивідуальною характеристикою окремої людини; він завжди постає як продукт резонансу між психологічними рисами лідера та усталеними культурними кодами конкретної групи [9]. У контексті функціонування медичних та реабілітаційних закладів цей перцептивний резонанс набуває особливої гостроти, оскільки часто провокує специфічний конфлікт ролей. З одного боку, інституціональні вимоги та протоколи змушують головного лікаря чи завідувача відділення транслювати образ жорсткого, дисциплінованого та беземоційного адміністратора. З іншого

боку, в умовах постійного кризового навантаження, коли персонал стикається з важкими травмами пацієнтів та власним емоційним вигоранням, колектив гостро потребує від лідера виконання функції «емоційного контейнера» - здатності до емпатичного слухання та психологічної підтримки. Невідповідність жорсткого адміністративного образу реальним емоційним запитам групи закономірно призводить до глибокого управлінського відчуження.

Поряд із соціокультурним аспектом, імідж дозволяє керівнику мотивувати підлеглих без прямих наказів чи примусу. Дослідження Л. Карамушки доводять, що керівник не просто механічно інтегрується в існуючу організаційну культуру, а виступає її головним архітектором [11]. Будь-які, навіть неусвідомлені, патерни поведінки лідера швидко масштабуються на рівень усього підрозділу. У спільних працях із К. Терещенко наголошується на критичній ролі невербальної трансляції латентних норм [13]. Наприклад, якщо керівник реабілітаційного центру вербально декларує цінності поваги та взаємодопомоги, але у щоденній комунікації демонструє зневагу до молодшого медичного персоналу або нездатність опанувати власну дратівливість під час нарад, саме ці деструктивні моделі стають негласною нормою поведінки для всієї клініки. Емоційна нестабільність першої особи руйнує корпоративну культуру зсередини, зводячи нанівець будь-які офіційні посадові інструкції.

Існує серйозна загроза формування так званої «фасадної» самопрезентації, що є однією з найбільш типових помилок управлінців на етапі адаптації до керівної посади. Аналізуючи ризики втрати особистісної конгруентності, науковці вказують на деструктивні наслідки спроб штучного конструювання бажаного образу [23]. Коли фахівець із яскраво вираженою авторитарною структурою особистості намагається одягнути соціально схвалювану маску демократичного лідера, підлеглі досить швидко дешифрують цю невідповідність. Процес розпізнавання фальші відбувається переважно на інтуїтивному рівні через аналіз мікроміміки, пантоміміки та спонтанних реакцій керівника на раптові стресові

подразники (наприклад, конфлікт у зміні чи скаргу пацієнта). Розбіжність між задекларованими «м'якими» принципами та реальною «жорсткою» реакцією у кризовий момент провокує у колективу стан глибокого когнітивного дисонансу. Наслідком цього стає тотальна втрата довіри, оскільки в умовах невизначеності персонал схильний спиратися саме на невербальні та емоційні прояви лідера, а не на його продумані слова.

Структуруючи функціональне навантаження феномену іміджу, варто звернутися до концепції В. Ягоднікової, яка виокремлює комунікативну та регулятивну функції як основоположні [29]. У межах даного підходу імідж спрацьовує як специфічна «психологічна лінза». За умови сформованого позитивного авторитету колектив значно легше сприймає навіть непопулярні чи організаційно складні рішення, інтерпретуючи їх як об'єктивну необхідність. І навпаки, за наявності негативного перцептивного образу будь-яка, навіть найбільш виправдана ініціатива керівництва зустрічається з упередженістю, а працівники починають шукати приховані мотиви у діях адміністрації. Цей функціональний перелік доповнюється позицією Г. Дьоміної щодо функції моделювання [8]. У специфічному середовищі медичної установи керівник із виваженим, стійким професійним іміджем перетворюється на живий еталон психологічної рівноваги, задаючи стандарти стресостійкості для всього підрозділу.

Глибинні механізми соціальної перцепції у процесі конструювання авторитету детально розкриваються через теорію знакових кодів В. Москаленко [18]. Відповідно до цієї парадигми, кожна деталь управлінської присутності - від вибору просторової дистанції під час бесіди та інтенсивності жестикуляції до особливостей габітусу (охайності, відповідності дрес-коду) - становить складну символічну систему. Підлеглі здійснюють безперервний, часто фоновий процес «розкодування» цих сигналів. Аналіз організаційних конфліктів переконливо доводить, що значна частина протиріч у системі управління має саме семантичну

природу. Вони зароджуються у тих випадках, коли трансльована через невербальні канали відстороненість чи зверхність керівника вступає у пряму суперечність із його вербальними закликами до партнерства. Формування професійного іміджу вимагає від людини не лише володіння PR-технологіями, а насамперед глибокої психологічної роботи над усвідомленням власних поведінкових патернів.

1.2. Психологічні підходи до вивчення іміджу особистості керівника

Сучасна психологія не має єдиного погляду на природу управлінського авторитету. Замість пошуку універсальної формули, дослідники зосереджуються на різних гранях цього феномену: одні вивчають реакцію колективу, інші - внутрішній світ самого лідера.

В основі соціально-перцептивної парадигми лежить вивчення закономірностей стереотипізації, каузальної атрибуції та міжособистісного оцінювання. Дослідження В. Москаленко доводять, що формування образу керівника неможливо відокремити від когнітивних механізмів економії ресурсів людської психіки [18]. У медичних колективах, де рівень щоденного стресу, відповідальності за життя пацієнтів та інформаційного перевантаження є об'єктивно високим, підлеглі не мають внутрішнього ресурсу для постійного і глибокого аналізу складної поведінки керівника. Спрацьовує еволюційний механізм «підгонки» багатогранної особистості під набір зрозумілих, готових соціальних шаблонів (наприклад, «суворий адміністратор», «турботливий опікун», «холодний технократ»). Саме цією особливістю групової психіки пояснюється феномен потужної інерції першого враження. Сформований на початкових етапах взаємодії стереотип починає працювати як автономний перцептивний фільтр: колектив схильний ігнорувати дії лідера, що суперечать усталеному образу, та гіперболізувати ті, що його підтверджують. Окремо виділяється ризик виникнення «гало-ефекту» (ефекту ореолу), за якого одна

яскрава професійна риса - наприклад, видатна клінічна експертність завідувача відділення - змушує персонал несвідомо приписувати йому й інші соціально бажані якості, зокрема високий рівень емпатії чи виняткову справедливість, які в реальності можуть бути повністю відсутніми.

Акмеологічний підхід представлений, зокрема, у працях О. Бондарчук [3]. У межах цієї теоретичної системи фокус уваги кардинально зміщується з об'єкта сприйняття (колективу) на суб'єкт управління - внутрішню архітектуру особистості керівника. Імідж тут трактується не як набір маніпулятивних інструментів чи спеціально підібраних соціальних масок, а виключно як закономірний індикатор професійної зрілості фахівця, досягнення ним свого найвищого рівня розвитку - суб'єктивного «акме». Фундаментом життєздатного та конструктивного авторитету визнається високий рівень аутопсихологічної компетентності, що передбачає здатність лідера до глибокої і безперервної рефлексії власних вчинків. Якщо соціально-перцептивний напрям розкриває технології того, «як здаватися» ефективним в очах групи, то акмеологічний підхід ставить на перше місце онтологічне питання «як бути» зрілою особистістю. Для медичного менеджменту такий погляд є критично значущим, оскільки ціна особистісної незрілості керівника, його нездатності до емоційної саморегуляції вимірюється не просто зниженням організаційної ефективності, а системною деструкцією всього соціально-психологічного клімату лікувальної установи.

Глибинні мотиваційні аспекти лідерства розкриваються через призму гуманістичної психології (зокрема, в концепціях К. Роджерса та А. Маслоу) [30; 31]. Головним критерієм стійкості управлінського авторитету тут виступає концепт конгруентності. Доводиться, що найбільш стабільним і впливовим є той образ, який органічно виростає з реальних внутрішніх цінностей, переконань та Я-концепції лідера. Будь-які спроби сконструювати фасадний імідж, що суперечить глибинним установкам особистості (стан неконгруентності), приречені на руйнування під час першої ж кризової ситуації.

Механізм цього явища полягає у тому, що справжні емоції та наміри неминуче проявляються через неконтрольовані невербальні канали: мікровирази обличчя, зміну тембру голосу, вегетативні реакції. Медичний персонал, чия робота вимагає високої спостережливості, безпомилково ідентифікує таку фальш на інтуїтивному рівні. Це призводить до стійкого управлінського відчуження: підлеглі перестають ідентифікувати себе з цілями організації, оскільки керівник втрачає статус автентичного, справжнього лідера.

У практиці організаційного консультування міцно утримує свої позиції поведінковий (біхевіоральний) підхід. Його методологія орієнтована на суто прагматичний вимір лідерства, де авторитет розглядається як сукупність закріплених управлінських патернів поведінки, що довели свою ефективність на практиці. Формування позитивного сприйняття пояснюється через механізми соціального наuczіння [28]. Коли розпорядження керівника є системними, логічними та об'єктивно призводять до позитивних результатів (наприклад, справедливий розподіл чергувань чи своєчасний захист інтересів підлеглих перед вищим керівництвом), його образ в очах групи автоматично наповнюється змістом «надійності». Стабільність і передбачуваність управлінської поведінки різко знижує рівень тривожності в колективі. Проте суто біхевіоральна модель має певні обмеження, оскільки вона дещо механізує феномен лідерства, ігноруючи складні емоційні переживання та латентні групові процеси.

У контексті сучасних масштабних кризових трансформацій системи охорони здоров'я України особливої ваги набуває інтеграція діяльнісного та ресурсного підходів (Л. Мартинець, С. Казакова) [16]. Ці концепції виступають обґрунтованою науковою протиположністю поверхневим PR-технологіям. Стверджується, що в екстремальних умовах (режим воєнного стану, подолання наслідків пандемій, масова реабілітація травмованих пацієнтів) справжній імідж лідера неможливо сформувати штучно; він кристалізується виключно у процесі розв'язання надскладних спільних завдань. Спільна діяльність стає єдиним

валідним простором для перевірки управлінських компетенцій. Сформований через подолання криз позитивний авторитет згодом трансформується у потужний психологічний ресурс для самого керівника. Високий рівень неформальної лояльності та емоційної підтримки з боку підлеглих створює своєрідний буфер, який мінімізує опір інноваціям та дієво запобігає розвитку синдрому професійного вигорання в управлінця [4].

Узагальнення розглянутих наукових парадигм дає нам підстави стверджувати: професійний імідж управлінця - це не статична даність, а складний, багатовимірний процес, який потребує постійного розвитку. Успішна реалізація лідерського потенціалу потребує тонкого балансування: внутрішня психологічна зрілість особистості (гуманістичний та акмеологічний виміри) має обов'язково розкриватися через послідовні та адекватні ситуації фахові дії (діяльнісний та поведінковий виміри), з постійним урахуванням когнітивних механізмів групового сприйняття (соціально-перцептивний вимір). Лише комплексне розуміння цих механізмів створює передумови для уникнення деструктивних перцептивних розривів у медичних колективах.

1.3. Особистісні характеристики та стиль управлінської діяльності як чинники формування іміджу керівника

Процес конструювання управлінського іміджу не є наслідком стихійного збігу обставин чи виключно продуктом застосування PR-технологій. Він постає як закономірний результат складної діалектичної взаємодії між глибинними психологічними диспозиціями особистості та обраними нею стратегіями соціальної поведінки. Фундаментом будь-якого стійкого професійного образу є реальна психологічна структура лідера, яка у процесі щоденної професійної діяльності проходить прискіпливу верифікацію через фільтри групового сприйняття. Дослідження у сфері організаційної психології, зокрема ґрунтовні праці О. Бондарчук та Л. Карамушки, доводять існування базового комплексу

професійно важливих якостей, без наявності яких конструктивна легітимізація управлінського авторитету колективом є апріорі неможливою [12].

Первинна верифікація управлінського статусу незмінно розпочинається з оцінки інтелектуального ресурсу лідера. У медичному середовищі, де високий рівень невизначеності та ризику є хронічним станом (особливо у відділеннях інтенсивної терапії чи центрах складної фізичної та психологічної реабілітації), колектив ідентифікує керівника як справді «компетентного» лише тоді, коли той демонструє здатність до ефективного структурування виробничого хаосу. Інтелектуальний потенціал управлінця в такій специфічній сфері оцінюється підлеглими через швидкість прийняття рішень, їх клінічну та організаційну обґрунтованість, а також через здатність до стратегічного прогнозування наслідків. Якщо завідувач відділення демонструє системне мислення, працівники схильні авансувати йому найвищий рівень довіри, що утворює міцний базис ділового (професійного) компоненту іміджу. Проте в управлінській практиці існує серйозна психологічна пастка: наявності виключно високого рівня інтелекту («холодного» розуму) виявляється недостатньо для повноцінного лідерства. Медичний колектив, який постійно перебуває під тиском моральної та юридичної відповідальності, об'єктивно потребує від свого очільника емоційної опори. Якщо інтелектуальна перевага керівника супроводжується комунікативною зверхністю, цинізмом чи відстороненістю, його імідж швидко набуває ознак так званої «технократичної токсичності», що деструктивно впливає на загальний моральний клімат установи.

Головним стабілізуючим чинником професійного образу виступає емоційно-вольова сфера особистості. Психологічна врівноваженість, високий рівень фрустраційної толерантності та загальна стресостійкість розглядаються в сучасній науці не просто як бажані риси характеру, а як критичні, невід'ємні маркери управлінської придатності. Керівник, який має схильність до афективних спалахів, імпульсивних, емоційно забарвлених рішень або, навпаки, демонструє

деструктивну розгубленість у нештатних ситуаціях, миттєво маркується групою як джерело додаткової небезпеки. Така поведінка повністю руйнує базове відчуття психологічної безпеки в організації. Відновити авторитет після публічної втрати самоконтролю вкрай складно. Механізми соціальної перцепції працюють так, що підлеглі швидко забувають минулі професійні здобутки чи успішно проведені складні операції, натомість епізод істерики, несправедливої агресії чи паніки надовго фіксується у колективній пам'яті як доказ глибокої невідповідності особи займаній посаді.

На противагу афективним зривам, емпатія та розвинені навички активного слухання виконують найважливішу функцію «гуманізації» управлінського іміджу. У сучасних розвідках, зокрема у працях Д. Дзвінчука та В. Петренка, обґрунтовується закономірність, згідно з якою показники емоційного інтелекту (EQ) корелюють з управлінською успішністю значно сильніше, ніж суто академічні знання [7]. Психологічний механізм цього явища полягає в ефекті так званого «приєднання»: лідер стає для групи по-справжньому «своїм» не завдяки наявності диплома чи офіційної посади, а виключно через здатність входити в емоційний резонанс із персоналом. Уміння вчасно розпізнати ознаки професійного вигорання у медичної сестри чи лікаря, здатність вислухати без директивної критики та надати адекватну психологічну підтримку створюють ефект емоційної доступності лідера. При грамотному застосуванні ця властивість радикально підвищує рівень лояльності працівників.

Доповнює і цементує описану архітектоніку особистісних якостей лідерський потенціал, який найчастіше операціоналізується через феномен харизми. Аналізуючи природу нематеріального управлінського впливу, Л. Балабанова та О. Сардак акцентують увагу на тому, що харизма проявляється передусім як здатність особистості транслювати непохитну внутрішню впевненість та генерувати енергію для досягнення спільної організаційної мети [2]. Без цього енергетичного компонента образ управлінця залишається надмірно

прагматичним, функціональним і «сухим». Особа може бути бездоганним адміністратором, який ідеально налаштовує логістику ліків та графіки чергувань, проте якщо керівник не здатен надихати своїм прикладом, колектив працюватиме виключно в жорстких рамках посадових інструкцій. Для медичної сфери, де процес одужання та реабілітації часто потребує від персоналу наднормативної самовіддачі, такий формальний, бюрократичний підхід є неприпустимим.

Розглянуті особистісні риси не існують ізольовано; вони знаходять своє щоденне практичне втілення через стиль керівництва. Стиль управлінської діяльності доцільно розглядати не просто як завчений алгоритм прийняття рішень, а як безпосередній «імідж у дії» [15]. Аналіз феноменології організаційної взаємодії дозволяє чітко диференціювати вплив різних стильових патернів на сприйняття лідера медичним колективом:

Авторитарний (директивний) вектор стильової поведінки конструює перцептивний образ «стіни» або суворого наглядча. Зважаючи на специфіку медичної галузі, де чітке дотримання клінічних протоколів буквально є питанням збереження життя, такий стиль у певних вузьких межах може сприйматися колективом позитивно. Наприклад, у кризових ситуаціях приймального відділення районної лікарні чи під час масового надходження травмованих пацієнтів жорстка директивність зчитується персоналом як гарантія експертної надійності та контролю над ситуацією. Однак при екстраполяції авторитарності на повсякденну, рутинну роботу, цей образ неминуче трансформується у сприйняття лідера як «тирана». Наслідком цього стає тотальний параліч ініціативи підлеглих. Працівники починають відчувати хронічний страх перед покаранням, що породжує найнебезпечніше для медицини явище - приховування власних лікарських помилок задля уникнення гніву керівника.

Демократичний (колегіальний) підхід традиційно визнається найбільш психологічно виправданим та організаційно життєздатним, що переконливо підтверджується розвідками О. Крушельницької [14]. Цей стиль формує

стабільний образ «справедливого партнера». Залучення підлеглих до обговорення складних проблемних питань, спільне планування стратегії лікування чи розбір клінічних випадків у форматі рівноправного діалогу різко підвищує рівень ідентифікації персоналу із цілями установи. Довіра, яка органічно формується в межах такої взаємодії, стає найціннішим активом управлінця. Працівники, чію професійну думку чують і поважають, схильні високо оцінювати ділові якості такого керівника, нівелюючи його можливі дрібні адміністративні прорахунки.

Ліберальний (попускальний) стиль керівництва завдає професійному іміджу нищівної шкоди. Уникнення відповідальності, відсутність чіткої позиції з принципових питань та небажання втручатися у виробничі конфлікти інтерпретуються колективом не як прояв демократичної свободи, а як очевидна професійна слабкість та індіферентність. За таких умов управлінський авторитет дуже швидко обвалюється, управління перехоплюють неформальні лідери, що закономірно призводить до втрати керованості та хаотизації роботи всього медичного підрозділу.

Сучасні психологічні парадигми вказують на необхідність подолання жорсткої стильової категоризації. Як зауважують О. Євтушенко та О. Малікіна, найбільш ефективним інструментом збереження високого управлінського статусу є адаптивність (ситуативність) стилю [10]. Саме поведінкова гнучкість керівника - здатність застосовувати жорсткі директивні команди під час гострої кризи, миттєво перемикаючись на колегіальний, підтримуючий формат під час проведення стратегічної наради - розцінюється колективом як прояв найвищої управлінської мудрості.

Неможливо ігнорувати соціокультурні детермінанти. Згідно з висновками В. Дячука, вітчизняна ментальність накладає свій відбиток на соціальні очікування підлеглих: від керівника української установи часто очікують не лише європейського дистанційованого партнерства, але й певних проявів патерналізму - своєрідної «батьківської опіки» та захисту інтересів колективу перед вищими

інстанціями [9]. Гармонійний імідж виникає лише за умови, що обраний стиль поведінки не є штучною маніпулятивною «маскою», а органічно витікає з реальних глибинних особистісних якостей керівника. Будь-яка фальш миттєво дешифрується групою на невербальному рівні, що неминуче руйнує довіру та провокує виникнення небезпечного явища «іміджевого дисонансу».

1.4. Роль емоційного інтелекту у формуванні іміджу керівника

Аналіз сучасних тенденцій в організаційній психології свідчить про зміну пріоритетів у розумінні критеріїв ефективного керівництва. Високий рівень фахової експертності та загального інтелекту розглядається переважно як базова, нормативна умова для призначення особи на управлінську посаду. Натомість реальний вплив на колектив, здатність мотивувати персонал та загальна стабільність авторитету детермінуються рівнем розвитку емоційного інтелекту. У специфічних умовах функціонування медичних та реабілітаційних закладів, які характеризуються перманентно високим рівнем стресу, імідж керівника починає виконувати функцію психологічного стабілізатора. Забезпечення такої стабільності стає можливим завдяки здатності управлінця до усвідомленого керування як власними психічними станами, так і загальним емоційним фоном у підрозділі.

Відповідно до концептуальної моделі Д. Гоулмана, емоційний інтелект об'єднує декілька ключових складових, кожна з яких відіграє окрему роль у формуванні професійного образу лідера [6]. Базовим рівнем виступають самосвідомість та емоційна саморегуляція. Управлінець, який володіє навичками постійного моніторингу власних реакцій, здатний транслювати колективу відчуття безпеки та впевненості. Практика свідчить, що в медицині саме рівень саморегуляції виступає основним неформальним критерієм оцінки професійної зрілості з боку підлеглих. Втрата довільного контролю над емоціями у кризовій ситуації (наприклад, під час конфлікту з пацієнтом чи раптового ускладнення

клінічного випадку) призводить до стрімкого руйнування ділової репутації. Нездатність стримувати прояви роздратування, паніки чи агресії формує сприйняття керівника як непередбачуваної особи, що знижує загальний рівень довіри персоналу значно швидше, ніж суто адміністративні прорахунки. Розвинена саморегуляція забезпечує зовнішню узгодженість поведінки: керівник демонструє зваженість і спокій, які повністю відповідають його статусу [28].

Емпатія, яка виступає механізмом зворотного зв'язку у міжособистісній взаємодії. У контексті психології управління доцільно розмежовувати афективну та когнітивну емпатію. Для конструювання позитивного іміджу керівнику необхідна насамперед когнітивна складова, яка передбачає інтелектуальне розуміння причин емоційного стану іншої людини без надмірного занурення у її переживання. Це дозволяє управлінцю зчитувати невербальні сигнали медичного персоналу, вчасно діагностувати ознаки професійного вигорання та виявляти приховані конфлікти ще до того, як вони перейдуть у стадію відкритого протистояння. Завдяки доречному емпатичному відгуку формується ефект психологічної близькості: підлеглі починають сприймати лідера не лише як офіційного адміністратора, а як реального члена команди. Таке сприйняття є важливим для медичних установ, де відсутність емоційної підтримки з боку керівництва закономірно провокує відчуження та зниження мотивації [6; 12].

Комунікативний вимір іміджу належить до розвитку соціальних навичок керівника. Вміння конструктивно розв'язувати виробничі суперечності, зберігаючи повагу до опонентів, закріплює за управлінцем статус об'єктивного та справедливого арбітра. Розвинена соціальна гнучкість та відкритість до зворотного зв'язку від колективу дозволяють своєчасно виявляти та коригувати власні помилки у спілкуванні. Цей аспект має ключове значення для запобігання виникненню «іміджевого дисонансу» - явища, за якого самооцінка керівника суттєво розходиться з реальним ставленням до нього підлеглих (детальний аналіз

та емпіричне дослідження цього феномену представлено у другому розділі роботи) [1].



Рис. 1.1. Вплив компонентів емоційного інтелекту на формування іміджу керівника

Дослідження доводять, що зазначені елементи перебувають у тісній взаємодії: здатність до саморегуляції створює міцну основу для ділового авторитету, тоді як емпатія гарантує його гнучкість та адекватність соціальним очікуванням групи. Порушення балансу між цими складовими призводить до формування деструктивних типів керівного образу. Зокрема, виражений дефіцит емпатії на тлі жорсткого самоконтролю генерує образ відстороненого лідера, який керується виключно інструкціями і не враховує людський фактор. І навпаки, надмірна емоційна включеність за умови низької здатності до саморегуляції формує сприйняття керівника як надто м'якого та нездатного до прийняття відповідальних рішень у кризових обставинах.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1

На основі здійсненого теоретико-методологічного аналізу проблеми формування іміджу керівника у психології управління сформульовано такі висновки:

1. Професійний імідж керівника виступає складним соціально-психологічним утворенням, яке виконує роль регулятора взаємин між лідером та підлеглими. У структурі цього феномену традиційно виокремлюють три базові компоненти: габітарний (особливості зовнішнього вигляду), комунікативний (культура мовлення та невербальна поведінка) і діловий (рівень професійної компетентності). Доведено, що в умовах медичних організацій імідж виконує функцію психологічного фільтра, через який колектив інтерпретує всі управлінські рішення.

2. Проаналізовано основні наукові підходи до вивчення природи управлінського авторитету. Встановлено, що соціально-перцептивний підхід фокусується на стереотипах сприйняття лідера групою, акмеологічний та гуманістичний напрями наголошують на внутрішній психологічній зрілості та цінностях управлінця, а біхевіоральний підхід розглядає імідж через призму закріплених поведінкових навичок. Найбільш доцільним для вивчення медичних колективів визначено інтегративний підхід, який об'єднує зовнішні соціальні очікування та внутрішні якості особистості.

3. Доведено, що успішність формування позитивного іміджу прямо відноситься до обраного стилю управлінської діяльності та особистісної конгруентності керівника (відповідності його внутрішніх переконань зовнішній поведінці). Демократичний (колегіальний) стиль управління створює найсприятливіші умови для формування довіри. Натомість використання виключно директивних (авторитарних) методів провокує страх та відчуження персоналу, а ліберальний стиль призводить до повної втрати управлінського статусу.

4. Визначено, що ключовою внутрішньою умовою формування стабільного ділового авторитету є високий рівень емоційного інтелекту. Здатність до емоційної саморегуляції дозволяє керівнику уникати афективних зривів у кризових ситуаціях, що формує відчуття безпеки у колективі. Своєю чергою, розвинена когнітивна емпатія надає можливість своєчасно розпізнавати ознаки професійного вигорання підлеглих та гнучко адаптувати комунікативні стратегії.

5. Теоретично виокремлено феномен «іміджового дисонансу» - соціально-психологічне явище, що проявляється у розбіжності між самооцінкою керівником власних управлінських якостей та їх реальною оцінкою з боку колективу. Виявлення дефіциту емоційної компетентності як потенційної причини такого розриву зумовлює необхідність проведення подальшого емпіричного дослідження. Виникає потреба у кількісному вимірюванні розбіжностей у сприйнятті лідера та встановленні статистичних зв'язків між складовими емоційного інтелекту і компонентами сформованого іміджу.

РОЗДІЛ 2 ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ІМІДЖУ КЕРІВНИКА В ПРОЦЕСІ УПРАВЛІНСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

2.1. Організація, етапи та методи емпіричного дослідження

Перехід від теоретичного аналізу психологічних основ управлінського авторитету до емпіричної верифікації потребує чіткого методологічного обґрунтування. Емпірична частина дослідження була спроектована як комплексний діагностичний зріз. Основна мета цього етапу полягала у перевірці гіпотези щодо детермінуючої ролі емоційного інтелекту та домінуючого стилю управління у процесі конструювання професійного образу лідера. Розгляд феномену іміджу виключно як статичного результату індивідуальної самопрезентації є недостатнім, відтак дизайн дослідження побудовано за принципом багатфакторного аналізу. У межах такого підходу об'єктивні психологічні властивості керівника зіставлялися з перцептивними оцінками його діяльності з боку колективу.

Організація збору емпіричних даних здійснювалася протягом січня-березня 2026 року. Базою для проведення дослідження було обрано два медичні заклади: Реабілітаційний центр «Відновлення» (м. Львів) та КНП «Городоцька центральна районна лікарня». Вибір саме цих організацій зумовлений специфікою медичної галузі, яка характеризується хронічно високим рівнем стресу, інтенсивністю міжособистісних контактів та підвищеною відповідальністю персоналу за життя і здоров'я пацієнтів. У таких умовах управлінський імідж піддається щоденному випробуванню на стійкість. Сфера медичної реабілітації, де ефективність роботи критично залежить від злагодженості мультидисциплінарних команд, виступає оптимальним середовищем для вивчення механізмів формування неформального авторитету лідера.

Формування вибірки відбувалося за принципом репрезентативності професійних ролей. Первинно було роздано 45 бланків анкет серед потенційних учасників. У процесі перевірки чотири анкети було виключено через неповне заповнення (пропущено понад 20% пунктів), а одна особа відмовилася від участі без пояснення причин. До остаточного аналізу увійшла 40 осіб, яких диференційовано на дві цільові групи:

1. Група керівників (n=10). До складу цієї групи увійшли завідувачі відділень, старші фізичні терапевти та представники вищої ланки адміністрації медичних закладів. Ця категорія досліджуваних підлягала діагностиці за показниками загального та парціального емоційного інтелекту, а також домінуючого стилю управлінської діяльності.

2. Експертна група підлеглих (n=30). Групу сформовано з медичних сестер, лікарів та фізичних терапевтів. Оцінювання керівників проводилося за адаптованим методом кругового опитування («360 градусів»). Дизайн дослідження передбачав, що на кожного керівника припадає від двох до чотирьох незалежних експертних оцінок від підлеглих, із якими він підтримує інтенсивну щоденну взаємодію. Такий підхід дав змогу мінімізувати вплив суб'єктивних факторів (особистої лояльності, симпатії чи ситуативних конфліктів) та забезпечив прийнятний рівень валідності отриманих результатів.

Соціально-демографічна характеристика сформованої вибірки за гендерними та віковими показниками детально представлена у Таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Соціально-демографічна характеристика вибірки дослідження

Показник	Група керівників (n=10)	Група підлеглих (n=30)
Стать		
Чоловіки	6 осіб (60,0%)	11 осіб (36,7%)
Жінки	4 особи (40,0%)	19 осіб (63,3%)
Вік		

22-35 років	2 особи (20,0%)	17 осіб (56,7%)
36-45 років	5 осіб (50,0%)	8 осіб (26,6%)
46 років і старші	3 особи (30,0%)	5 осіб (16,7%)

Аналіз соціально-демографічних даних свідчить, що керівні посади у досліджуваних закладах частіше обіймають чоловіки (60%), тоді як основу виконавчого медичного персоналу становлять жінки (63,3%). Віковий розподіл також є типовим для медичної сфери: більшість керівників (50%) належать до середньої вікової категорії (36-45 років), що передбачає наявність достатнього клінічного та життєвого досвіду, тоді як понад половину підлеглих (56,7%) складають молоді фахівці віком до 35 років.

Організація та проведення емпіричного дослідження здійснювалися у три послідовні етапи:

1. Організаційно-підготовчий етап. На цій стадії здійснювалося визначення мети та завдань, формулювання робочих гіпотез, підбір релевантного валідного психодіагностичного інструментарію. Окрему увагу було приділено дотриманню етичних норм психологічного дослідження: отримано інформовану згоду адміністрації закладів та безпосередніх учасників, забезпечено гарантії повної анонімності та конфіденційності отриманих даних.

2. Діагностичний етап. Передбачав безпосередній збір первинного емпіричного матеріалу шляхом психологічного тестування та анкетування. Процедура діагностики проводилася з урахуванням змінного графіка роботи медичного персоналу як у бланковому, так і в електронному (захищені онлайн-форми) форматах.

3. Аналітико-статистичний етап. Полягав у систематизації зібраних масивів даних, їх кількісній та якісній обробці за допомогою методів математичної статистики, подальшій психологічній інтерпретації виявлених закономірностей, формулюванні висновків та розробці практичних рекомендацій.

Для розв'язання поставлених завдань було сформовано комплекс із трьох психодіагностичних методик, кожна з яких відповідає суворим психометричним критеріям:

1. Методика діагностики стилів керівництва (за класифікацією К. Левіна в адаптації Л. М. Карамушки) [12]. Даний інструментарій застосовано для визначення домінуючого патерну управлінської поведінки в групі керівників (n=10). Теоретичним підґрунтям методики виступає класична типологія, яка диференціює управління на три базові стилі: директивний (авторитарний), колегіальний (демократичний) та попускальний (ліберальний). Опитувальник моделює типові виробничі ситуації (алгоритм прийняття рішень, специфіка розподілу відповідальності, реакція на критичні зауваження, особливості здійснення контролю). Обробка результатів передбачає зіставлення відповідей зі стандартизованим ключем. Стиль, який акумулює найбільшу кількість балів, визначається як провідний.

2. Опитувальник «Емоційний інтелект» (Н. Холл). Застосовано для кількісного вимірювання рівня емоційної компетентності керівної ланки. Інструмент спрямований на виявлення здатності особистості розпізнавати емоції та усвідомлено керувати ними. Тест містить 30 тверджень, розподілених рівномірно (по 6 пунктів) між п'ятьма парціальними шкалами: - Емоційна обізнаність (усвідомлення та розуміння власних емоційних станів); - Управління своїми емоціями (здатність до довільного контролю інтенсивності та зовнішніх проявів емоцій); - Самомотивація (вміння цілеспрямовано керувати власною поведінкою через регуляцію емоцій); - Емпатія (здатність до розуміння емоційного фону інших людей); - Розпізнавання емоцій інших (навички ідентифікації невербальних сигналів). Оцінювання здійснювалося за 6-бальною шкалою Лікерта (від -3 до +3). Інтегративний показник загального EQ формувався шляхом підсумовування стандартизованих балів. Надійність методики підтверджена коефіцієнтом альфа Кронбаха на рівні 0,78-0,82.

Попри відмінності в термінології, шкали опитувальника Н. Холла (емоційна обізнаність, управління емоціями, самомотивація, емпатія, розпізнавання емоцій інших) операціоналізують конструкт емоційного інтелекту, споріднений із моделлю Д. Гоулмана, що дає змогу зіставити теоретичні положення з емпіричними даними [6].

3. Авторська анкета «Оцінка складових іміджу керівника» (метод «360 градусів»). Відсутність стандартизованих вітчизняних методик для комплексної оцінки управлінського іміджу саме у медичній галузі, було розроблено спеціалізовану анкету (Додатки А, Б). Її теоретичною основою виступили наукові конструкти Ю. Палехи та В. Дячука. Для перевірки психометричних властивостей інструментарію попередньо було проведено пілотажне дослідження на незалежній вибірці ($n=15$). Розрахунок коефіцієнта внутрішньої узгодженості продемонстрував високий рівень надійності: загальний показник $\alpha = 0,82$ (габітарний імідж $\alpha = 0,78$; комунікативний $\alpha = 0,81$; діловий $\alpha = 0,84$). Анкета містить 15 параметрів, згрупованих у три шкали: - Габітарний імідж (5 пунктів): відповідність дрес-коду, особливості міміки, пантоміміки та просторової поведінки; - Комунікативний імідж (5 пунктів): культура мовлення, відкритість до діалогу, емоційна витримка; - Діловий імідж (5 пунктів): клінічна та управлінська компетентність, відповідальність, організаторські здібності. Підлеглі оцінювали кожен параметр за 10-бальною шкалою. Розрахунок середнього арифметичного бала на основі трьох незалежних анкет дозволив отримати максимально об'єктивний показник реально сформованого авторитету для кожного з десяти управлінців.

Математико-статистична обробка зібраних даних здійснювалася із застосуванням програмного забезпечення IBM SPSS Statistics 26.0. Для первинного аналізу використовувалися методи описової статистики (розрахунок середніх арифметичних значень - M , стандартних відхилень - SD , відсоткових частот). Виявлення сили та напрямку статистичних взаємозв'язків між

показниками емоційного інтелекту керівників та оцінками їхнього іміджу проводилося за допомогою методів індуктивної статистики. Враховуючи малий обсяг основної досліджуваної вибірки (n=10 керівників) та специфіку отриманих рангових даних, для кореляційного аналізу було обрано непараметричний критерій - коефіцієнт рангової кореляції Спірмена (rs). Рівень статистичної значущості фіксувався за стандартними для психології критеріями достовірності: $p \leq 0,05$ та $p \leq 0,01$.

2.2. Аналіз психологічних особливостей іміджу керівника та їх взаємозв'язок з ефективністю управлінської діяльності

Емпіричне вивчення психологічних особливостей управлінського іміджу вимагає розуміння його подвійної природи: у медичному середовищі він є не лише результатом цілеспрямованої самопрезентації лідера, а насамперед продуктом складної групової проекції підлеглих. Перший етап математико-статистичної обробки даних був присвячений верифікації загального рівня сформованості неформального авторитету в досліджуваній групі управлінців. Отриманий розподіл респондентів за рівнями оцінки їхнього іміджу колективом представлений у таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

Розподіл керівників за рівнем сформованості іміджу (за оцінками підлеглих)

Рівень сформованості іміджу	Кількість осіб (n=10)	Відсоток (%)
Високий (позитивний) (8-10 балів)	4	40,0
Середній (суперечливий) (5-7 балів)	4	40,0
Низький (негативний) (1-4 бали)	2	20,0
Разом	10	100,0

Аналіз даних таблиці 2.2 свідчить про наявність вираженої полярності в управлінському корпусі досліджуваних медичних установ. Лише 40,0% керівників володіють стабільно позитивним, сформованим іміджем, який здатен слугувати реальним психологічним ресурсом для мотивації персоналу. Натомість сумарний показник середнього та низького рівнів (60,0%) є індикатором наявності латентної перцептивної напруги у колективах. Особливий науковий інтерес становить група із «суперечливим» рівнем сформованості образу (40,0%). З позицій організаційної психології, такий транзитний статус лідера закономірно провокує стан перманентного когнітивного дисонансу серед персоналу. Працівники позбавлені можливості вибудувати стабільну стратегію професійної поведінки, оскільки розпорядження та реакції такого керівника сприймаються як ситуативні, непослідовні та непередбачувані. Зазначений дефіцит управлінської прогнозованості в умовах інтенсивної роботи реабілітаційного центру чи лікарні неминуче веде до зниження якості командної взаємодії та зростання тривожності серед підлеглих.

Деталізація загального показника через аналіз окремих структурних компонентів іміджу виявила певну психологічну нерівномірність у їхньому розвитку (рис. 2.1).

Окремі складові іміджу вирізняються нерівномірністю.

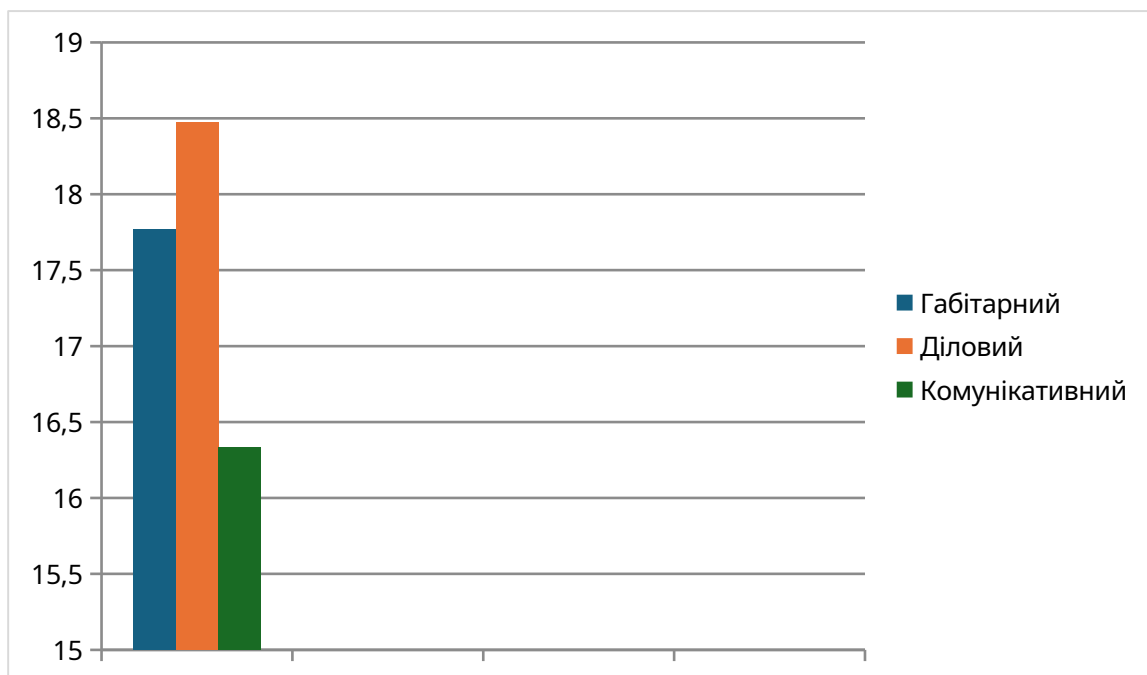


Рис. 2.1. Вираженість окремих компонентів іміджу керівника за оцінками підлеглих (середні бали)

Згідно з експертними оцінками, максимальні значення зафіксовано за шкалою ділового іміджу ($M = 18,47$; $SD = 3,12$) та габітарного образу ($M = 17,77$; $SD = 2,85$). Виявлена тенденція є цілком закономірною і відображає інституційну специфіку медичної галузі. Професійна експертність (образ «висококваліфікованого лікаря») та зовнішня охайність (образ «лікаря у бездоганному білому халаті») виступають базовими, жорстко регламентованими суспільними вимогами. Колектив схильний апріорі наділяти свого керівника високими балами за ділові якості, оскільки визнання його клінічної некомпетентності автоматично підірвало б легітимність усієї ієрархічної структури відділення та відчуття безпеки самих працівників.

Разом із тим, критично низьким виявився рівень комунікативного іміджу досліджуваних ($M = 16,33$). Важливо зазначити, що цей показник супроводжується найбільшим стандартним відхиленням у вибірці ($SD = 4,05$), що вказує на глибоку неоднорідність управлінського складу: поруч із поодинокими ефективними комунікаторами значна частина управлінців демонструє виражену комунікативну некомпетентність. Такий «комунікативний провал» доцільно

інтерпретувати як наслідок специфічної професійної деформації, закладеної ще на етапі медичної освіти, де абсолютний пріоритет надається інструментальним навичкам (hard skills) при майже повному ігноруванні технологій міжособистісної взаємодії (soft skills). Більшість керівників бездоганно володіють навичками постановки діагнозів та адміністрування протоколів лікування, проте відчують гострий дефіцит технік стресостійкого діалогу, емпатичного слухання та конструктивного вирішення конфліктів. Це закономірно формує їхній перцептивний образ як «відчужених», «холодних» або «зверхніх» в очах молодшого та середнього медичного персоналу.

Подальший аналіз передбачав визначення домінуючого стилю управління за допомогою методики К. Левіна (рис. 2.2).

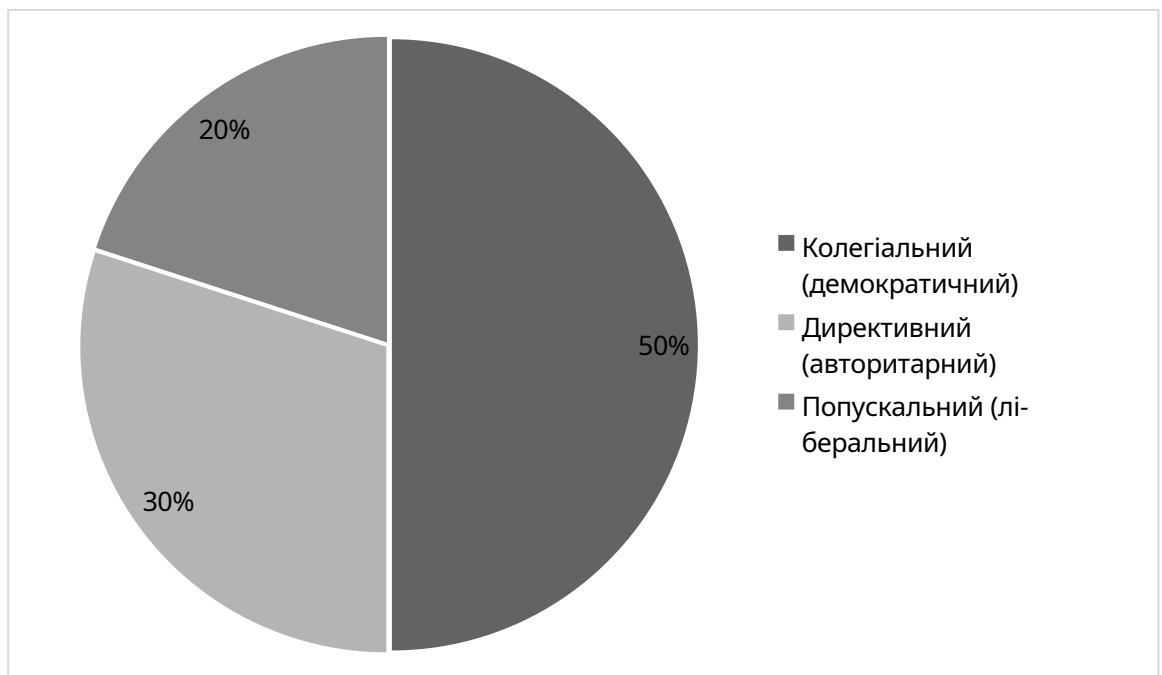


Рис. 2.2. Розподіл досліджуваних керівників за домінуючим стилем управління (%)

Встановлено, що рівно половина вибірки (50%) у своїй діяльності спирається на колегіальну (демократичну) модель управління. Вагома частка керівників (30%) дотримується жорстких авторитарних (директивних) установок, а 20% тяжіють до ліберального стилю. У медичному дискурсі авторитарність традиційно виправдовується об'єктивною необхідністю неухильного дотримання

клінічних настанов. Однак у соціально-психологічному вимірі щоденної взаємодії саме цей стиль часто перетворюється на головний деструктор позитивного іміджу. Для статистичного підтвердження цієї закономірності було здійснено аналіз спряженості управлінських стилів та рівнів сформованості іміджу (табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Взаємозв'язок домінуючого стилю керівництва та рівня оцінки іміджу підлеглими

Домінуючий стиль керівництва	Високий імідж	Середній імідж	Низький імідж	Разом
Колегіальний (демократичний)	3 особи (60%)	2 особи (40%)	0 осіб (0%)	5
Директивний (авторитарний)	1 особа (33%)	1 особа (33%)	1 особа (33%)	3
Попускальний (ліберальний)	0 осіб (0%)	1 особа (50%)	1 особа (50%)	2

Результати перехресного аналізу (табл. 2.3) дають підстави констатувати, що колегіальний стиль формує найбільш безпечну та сприятливу зону для кристалізації авторитету: 60% лідерів-демократів володіють високим рівнем іміджу, і жоден із них не отримав негативної оцінки від підлеглих. Натомість авторитарний стиль демонструє вкрай нестабільні, полярні результати. Лише третина (33%) директивних керівників здатна підтримувати позитивний образ, що відбувається переважно за рахунок їхньої потужної особистої харизми чи унікальної клінічної експертності. Для решти авторитарність неминуче призводить до формування стійкого іміджу «тирана», який паралізує ініціативу персоналу страхом покарання. Найменш ефективною стратегією виявився ліберальний стиль: відмову керівника від контролю та прийняття складних рішень підлеглі інтерпретують не як надання професійної свободи, а виключно як байдужість та управлінську слабкість, що миттєво обвалює діловий авторитет.

Окремим, важливим етапом емпіричного дослідження стало вивчення феномену «іміджевого дисонансу» - статистично значущої розбіжності між самооцінкою керівника власних якостей та їх реальною оцінкою з боку колективу (рис. 2.3).

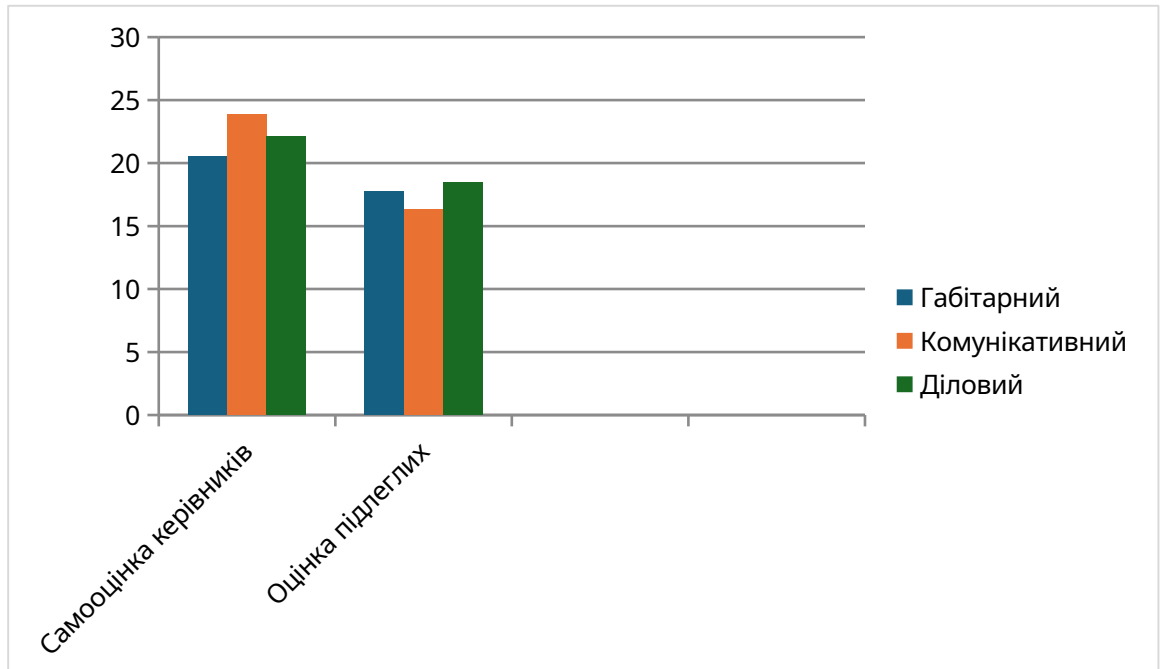


Рис. 2.3. Порівняння самооцінки керівників та експертної оцінки підлеглих за складовими іміджу (середні бали)

Порівняльний аналіз висвітлив наявність системної помилки в рефлексії управлінців. Зафіксовано безпрецедентний розрив у самооцінці комунікативних компетенцій: керівники схильні переоцінювати свої навички спілкування в середньому на 7,52 бала. Так, середній бал їхньої самооцінки склав $M = 23,85$ (при $SD = 2,14$), тоді як експертна оцінка підлеглих виявилася значно нижчою - $M = 16,33$ (при $SD = 4,05$).

Варто звернути увагу не лише на різницю середніх, але й на показники дисперсії. Низьке стандартне відхилення у групі керівників ($SD = 2,14$) свідчить про те, що переоцінка власних комунікативних здібностей є масовою і відносно однорідною тенденцією (майже всі управлінці поставили собі високі бали). Натомість високий розкид в оцінках підлеглих ($SD = 4,05$) підтверджує, що колектив бачить реальну картину і диференційовано ставиться до кожного

керівника. З позицій глибинної психології, таке викривлення самосприйняття доцільно пояснювати активацією потужних механізмів психологічного захисту (насамперед витіснення та раціоналізації). Перебуваючи під хронічним тиском професійної відповідальності, керівники медичних установ несвідомо блокують інформацію про власну некоректну поведінку, прояви агресії чи нездатність вислухати персонал, намагаючись у такий спосіб зберегти внутрішню цілісність своєї професійної Я-концепції. Утворення такої «когнітивної сліпоті» становить серйозну загрозу для організації: лідер, щиро переконаний у власній комунікативній ідеальності, не відчуває жодної потреби у самовдосконаленні чи зміні стилю керівництва, що надійно консервує латентні конфлікти у відділенні.

Для статистичної перевірки головної гіпотези щодо впливу емоційного інтелекту на ефективність конструювання іміджу було застосовано кореляційний аналіз із розрахунком коефіцієнта Спірмена (табл. 2.4).

Таблиця 2.4

Взаємозв'язок показників іміджу керівника та компонентів емоційного інтелекту (r_s Спірмена)

Показники емоційного інтелекту	Габітарний імідж	Комунікативний імідж	Діловий імідж	Загальний імідж
Емоційна обізнаність	0,665*	0,817**	0,585	0,762**
Управління емоціями	0,669*	0,791**	0,853**	0,779**
Самотивація	0,520	0,685*	0,538	0,648*
Емпатія	0,520	0,703*	0,599	0,599
Розпізнавання емоцій інших	0,729*	0,735*	0,877**	0,778**
Загальний EQ	0,806**	0,915**	0,794**	0,879**

Примітка: * - кореляція є статистично значущою на рівні $p \leq 0,05$ (2-стороння); ** - кореляція є статистично значущою на рівні $p \leq 0,01$ (2-стороння); $n = 10$.

Результати кореляційного аналізу (табл. 2.4) свідчать про наявність тісних статистичних зв'язків між досліджуваними показниками в межах даної вибірки ($n=10$). Зокрема, зафіксовано високий коефіцієнт кореляції між загальним рівнем EQ та загальним іміджем ($r_s = 0,879$; $p \leq 0,01$), а також між EQ та комунікативним іміджем ($r_s = 0,915$; $p \leq 0,01$). Через малий обсяг вибірки керівників ці показники слід інтерпретувати обережно - вони вказують на наявні тенденції, але не є підставою для категоричних узагальнень. Детальний аналіз отриманої матриці кореляцій дозволяє виокремити низку важливих психологічних закономірностей:

Діловий авторитет медичного керівника виявився найтісніше пов'язаним зі здатністю ідентифікувати чужі емоції ($r_s = 0,877$; $p \leq 0,01$) та, що критично важливо, навичками довільного управління власними афективними станами ($r_s = 0,853$; $p \leq 0,01$). В екстремальних умовах лікувального закладу саме здатність управлінця зберігати абсолютний самоконтроль і не піддаватися паніці під час клінічних криз є для підлеглих найвищим маркером його професіоналізму. Показово, що при цьому прямого зв'язку ділового іміджу з простою емоційною обізнаністю не зафіксовано ($r_s = 0,585$; $p > 0,05$) - самого лише розуміння своїх емоцій замало, необхідна здатність їх жорстко контролювати.

Комунікативний компонент іміджу демонструє найвищий коефіцієнт кореляції із загальним рівнем EQ ($r_s = 0,915$; $p \leq 0,01$). Спроможність вибудувати довірливий діалог з колективом неможлива без комплексного застосування всіх емоційних компетенцій, зокрема здатності стримувати роздратування у відповідь на критику ($r_s = 0,791$; $p \leq 0,01$).

Зовнішній (габітарний) імідж також прямо корелює із загальним емоційним інтелектом ($r_s = 0,806$; $p \leq 0,01$). Однак статистично доведено відсутність значущого зв'язку між зовнішнім виглядом та шкалою емпатії ($r_s = 0,520$; $p > 0,05$).

Це пояснюється тим, що дотримання медичного дрес-коду, просторова поведінка та акуратність є радше функціями внутрішньої дисципліни та соціальної нормативності, аніж наслідком здатності співпереживати чужим проблемам.

Рівень емпатії загалом має лише помірний, статистично не виражений вплив на формування комплексного авторитету керівника ($r_s = 0,599$; $p > 0,05$). Цей феномен можна інтерпретувати так: в умовах постійного стресу медичний персонал відчуває потребу насамперед у сильному, стабільному та рішучому лідері, який бере на себе відповідальність (високе управління емоціями), а не просто в керівнику, здатному на глибоке емоційне співчуття.

У межах дослідженої вибірки отримано дані, що свідчать на користь припущення про важливу роль емоційної саморегуляції у формуванні позитивного іміджу керівника. Для остаточного підтвердження цієї закономірності потрібні додаткові дослідження на більшій вибірці.

2.3. Соціально-психологічні умови та шляхи формування позитивного іміджу керівника

Емпірична верифікація психологічних особливостей управлінського середовища дозволяє стверджувати, що професійний імідж керівника закладу охорони здоров'я не є статичною, незмінною характеристикою. Він постає як керований соціально-психологічний конструкт, який піддається цілеспрямованій корекції. Виявлений у ході емпіричного дослідження феномен глибокого «іміджевого дисонансу» (розрив у 7,52 бала між самооцінкою комунікативних навичок та їх реальною оцінкою колективом), а також підтверджені статистично щільні кореляційні зв'язки ділового авторитету зі здатністю до емоційної саморегуляції ($r_s = 0,853$) обґрунтовують доцільність розробки та впровадження комплексної системи оптимізації управлінського образу.

Аналіз організаційної практики доводить, що така оптимізація не може обмежуватися поверхневою, суто «косметичною» корекцією зовнішнього вигляду

чи засвоєнням базових правил ділового етикету. Вона вимагає глибокої, системної трансформації емоційно-поведінкових патернів лідера. Отримані емпіричні дані, розроблено систему практичних рекомендацій, які структуровано за чотирма взаємопов'язаними напрямками психологічної роботи.

Базовою умовою оптимізації іміджу є емоційно-регулятивна стабілізація особистості керівника. Результати кореляційного аналізу довели, що емоційна нестабільність виступає головним деструктором ділового авторитету в медичній сфері. Відтак, пріоритетним завданням стає розвиток у лідерів навичок імпульсивного контролю та здатності до довільного керування власним афективним станом. В умовах медичної реабілітації чи стаціонарного лікування керівник щоденно стикається з високою концентрацією болю, тривоги пацієнтів, претензіями їхніх родичів, а також із хронічною втомою власного персоналу. У таких екстремальних умовах здатність зберігати робочий «емоційний нейтралітет» та не піддаватися ситуативній паніці стає для підлеглих базовим маркером професійної надійності очільника.

Для реалізації цього завдання доцільним є залучення керівників до спеціалізованих соціально-психологічних тренінгів зі стресостійкості та профілактики професійного вигорання. Ефективним інструментом у цьому контексті виступає опанування технік психологічної децентрації - здатності дистанціюватися від емоційно напруженої ситуації, розглядаючи її не як особисту образу чи атаку на власний авторитет, а як стандартну виробничу задачу, що потребує алгоритмічного вирішення. Це критично важливо для запобігання небезпечному явищу зміщення агресії, коли керівник переносить своє роздратування від спілкування з вищим керівництвом чи складними пацієнтами на безпосередніх підлеглих. Крім того, перспективним видається впровадження у практику медичних закладів адаптованого формату Балінтовських груп для управлінського складу. Аналіз складних випадків міжособистісної взаємодії в колі рівних за статусом колег за участю професійного фасилітатора-психолога

дозволяє безпечно відреагувати накопичену емоційну напругу. Такий підхід забезпечує дієву профілактику раптових емоційних зривів, які, було доведено під час дослідження, здатні миттєво зруйнувати роками вибудований позитивний імідж спеціаліста.

Поряд із внутрішньою саморегуляцією, критичного значення набуває розвиток комунікативної компетентності керівників задля подолання виявленого перцептивного розриву. Встановлена під час анкетування схильність управлінців до ідеалізації власних навичок спілкування свідчить про серйозні проблеми з рефлексією. Для подолання дисонансу між завищеним самосприйняттям та критичною оцінкою колективу (середній експертний бал склав лише 16,33 з 30 можливих) необхідним є перегляд самої філософії управлінського діалогу.

Керівникам медичних підрозділів рекомендується поступово відходити від виключно директивної, монологічної форми критики, яка провокує захисні реакції у підлеглих. Натомість доцільно впроваджувати структуровані методи надання зворотного зв'язку, які передбачають обов'язкове підтвердження професійних успіхів працівника перед обговоренням його прорахунків, із подальшим спільним плануванням шляхів виправлення ситуації. Це дозволяє лідеру вийти з психологічно виснажливої ролі «суворого наглядача» і сформувати більш конструктивний образ наставника. Потрібно приділити розвитку навичок активного та емпатичного слухання. Здатність керівника витримати комунікативну паузу, не перебивати підлеглого та верифікувати почуту інформацію мінімізує ризик виникнення конфліктогенних семантичних бар'єрів. У медичних колективах, які працюють в умовах жорсткого дефіциту часу, така комунікативна виваженість ідентифікується персоналом як прояв глибокої поваги до їхньої важкої праці, що автоматично підвищує лояльність до керівництва.

Ще одним важливим кроком є організаційно-стильова корекція поведінки лідера з орієнтацією на ситуативну гнучкість. Статистичне підтвердження переваг колегіального стилю управління (за якого 60% керівників мають стабільно

високий авторитет) актуалізує потребу в поступовому розширенні участі медичного персоналу в управлінських процесах. Специфіка медицини не дозволяє запровадити абсолютну демократію, оскільки екстрені клінічні ситуації вимагають миттєвих і безапеляційних директивних наказів. Головним завданням стає формування навичок ситуативного лідерства.

На практиці це означає необхідність чіткого розмежування зон відповідальності. В умовах реанімаційних заходів керівник має право і зобов'язаний діяти авторитарно, що сприймається колективом як гарантія безпеки. Однак у питаннях рутинної організації роботи відділення (розподіл чергувань, планування відпусток, облаштування ординаторських, закупівля витратних матеріалів) управлінець повинен свідомо переходити на колегіальний рівень. Залучення колективу до спільного вирішення логістичних та організаційних питань створює потужний ефект причетності. Лікар чи медична сестра, які мають право голосу у внутрішніх питаннях відділення, відчують власну суб'єктність. Це руйнує бар'єр відчуження, характерний для жорстких ієрархічних структур, знижує загальний рівень тривожності та дозволяє керівнику органічно сформуванати імідж «справедливого партнера», зберігши при цьому важелі адміністративного контролю.

Для закріплення досягнутих результатів необхідно впровадити систему безперервного психологічного моніторингу задля профілактики виникнення «когнітивної сліпоти». Будь-які зусилля з корекції іміджу втрачають свою ефективність, якщо керівник не має постійного доступу до об'єктивної інформації про те, як саме змінюється ставлення до нього в колективі.

Найбільш дієвим інструментом такого контролю вбачається запровадження регулярного (наприклад, щорічного) анонімного аудиту управлінської діяльності за методом «360 градусів». Процедура має організовуватися незалежними фахівцями (працівниками психологічної служби або зовнішніми консультантами) для гарантування повної конфіденційності підлеглим. Отримання кількісно

вимірюваних, об'єктивних оцінок діє на управлінця як механізм деавтоматизації його звичних, стереотипних реакцій. Усвідомлення реальної картини сприйняття стає потужним мотиватором до подальшого професійного та особистісного самовдосконалення. Крім того, результати такого анкетування мають слугувати матеріалом для індивідуального психологічного консультування керівників. Аналіз отриманих даних у безпечному, конфіденційному форматі з фахівцем-психологом допомагає лідеру ідентифікувати конкретні поведінкові акти чи вислови, які підлеглі сприймають як деструктивні чи образливі, і своєчасно скоригувати їх.

2.4. Обмеження дослідження

Отримані результати потребують обережної інтерпретації. Основним обмеженням є малий обсяг вибірки керівників ($n = 10$). Високі коефіцієнти кореляції ($r_s > 0,85$) при такій кількості спостережень є статистично можливими, але нестійкими: додавання або вилучення одного-двох респондентів може суттєво змінити результати. Крім того, дослідження проводилося лише на базі двох медичних закладів Львівщини, що обмежує можливість узагальнень. Для верифікації виявлених закономірностей потрібні подальші дослідження на більш репрезентативних вибірках.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2

Проведене емпіричне дослідження психологічних особливостей формування іміджу керівника на базі медичних та реабілітаційних установ дозволило верифікувати робочу гіпотезу та зробити такі висновки:

1. Застосування методу багатостороннього оцінювання («360 градусів») виявило системну нерівномірність у структурі сформованого управлінського іміджу. Встановлено, що найвищі показники зафіксовано за шкалами ділового ($M = 18,47$; $SD = 3,12$) та габітарного ($M = 17,77$; $SD = 2,85$) компонентів. Така

тенденція пояснюється інституційною специфікою медичної галузі, де професійна клінічна експертність та зовнішня охайність виступають базовими суспільними очікуваннями. Натомість найнижчим виявився рівень комунікативного компонента ($M = 16,33$; $SD = 4,05$), що свідчить про системну проблему: керівники медичних підрозділів відчують складнощі у підтримці конструктивного, емпатичного діалогу та наданні зворотного зв'язку в умовах високого стресового навантаження.

2. Емпірично зафіксовано та кількісно обґрунтовано соціально-психологічний феномен «іміджового дисонансу». Він проявляється у суттєвій розбіжності між завищеною самооцінкою комунікативних навичок керівником ($M = 23,85$; $SD = 2,14$) та їх реальною, критичною оцінкою з боку підлеглих ($M = 16,33$; $SD = 4,05$). Виявлений розрив у 7,52 бала свідчить про спрацювання механізмів психологічного захисту та наявність серйозних помилок у професійній рефлексії управлінців. Доведено, що такий перцептивний дисонанс є найбільш вираженим у керівників, які сповідують авторитарний стиль управління (30% вибірки), оскільки директивність блокує надходження об'єктивного зворотного зв'язку від персоналу.

3. Кореляційний аналіз (із застосуванням критерію Спірмена) статистично підтвердив детермінуючу роль емоційного інтелекту в процесі конструювання позитивного іміджу ($r_s = 0,879$; $p \leq 0,01$). З'ясовано, що діловий авторитет керівника найтісніше пов'язаний зі здатністю до довільного управління власними емоціями ($r_s = 0,853$; $p \leq 0,01$) та вмінням розпізнавати емоційні стани оточуючих ($r_s = 0,877$; $p \leq 0,01$). Виявлена закономірність доводить, що в кризових умовах лікувального закладу колектив ідентифікує лідера як «компетентного» насамперед завдяки його здатності зберігати емоційну стабільність і не піддаватися паніці. Помірний зв'язок іміджу з емпатією ($r_s = 0,599$) вказує на те, що надмірна емоційна чутливість без належного самоконтролю не сприяє формуванню управлінського авторитету.

4. Визначено вплив стилю управлінської діяльності на стабільність професійного образу. Встановлено, що найбільш стійким до деструктивного впливу професійного стресу є імідж, сформований у межах колегіального (демократичного) стилю (який застосовують 50% досліджуваних керівників). Саме ця модель управління забезпечує найвищу ймовірність (60%) формування позитивного неформального авторитету та високого рівня довіри в підрозділі.

5. На основі результатів емпіричного зрізу розроблено комплексну систему соціально-психологічних рекомендацій щодо оптимізації управлінського іміджу. Вона інтегрує чотири напрями роботи: емоційно-регулятивний (впровадження адаптованих Балінтовських груп та тренінгів зі стресостійкості), комунікативний (опанування технік активного слухання), організаційно-стильовий (розширення автономії фахівців) та моніторинговий (регулярний аудит перцепції керівника). Доведено, що цілеспрямований розвиток емоційної компетентності є необхідною умовою для подолання перцептивного дисонансу та забезпечення психологічної безпеки в медичних колективах.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі здійснено теоретичне узагальнення та представлено результати емпіричного дослідження психологічних особливостей формування іміджу керівника у специфічних умовах медичної галузі. Відповідно до визначених мети та завдань дослідження сформульовано такі висновки:

1. На основі аналізу психологічної літератури встановлено, що професійний імідж керівника в сучасній психології управління виступає складним соціально-психологічним конструктом. Він не зводиться до зовнішньої самопрезентації, а функціонує як перцептивний медіатор, що регулює рівень групової напруги та довіри в організації. Обґрунтовано теоретичну модель структури іміджу, яка інтегрує три взаємопов'язані блоки: габітарний (візуальний прояв), комунікативний (поведінкові патерни) та діловий (експертно-управлінський). Визначено, що в екстремальних умовах закладів охорони здоров'я саме емоційна компетентність особистості виступає ключовою внутрішньою детермінантою, яка забезпечує конгруентність та стабільність усіх зазначених компонентів іміджу.

2. Емпіричне дослідження ($n = 40$) виявило суттєву неоднорідність у рівні сформованості управлінського авторитету: лише 40% обстежених керівників володіють стабільно позитивним іміджем. Аналіз парціальних показників показав високий пріоритет професійної експертності в медицині - найвищі експертні оцінки зафіксовано за шкалою ділового іміджу ($M = 18,47$; $SD = 3,12$). Натомість найслабшою ланкою виявився комунікативний компонент ($M = 16,33$; $SD = 4,05$), що є наслідком недостатньої уваги до розвитку навичок міжособистісної взаємодії (soft skills) у процесі професійного становлення медичних управлінців.

3. Виявлено та статистично підтверджено соціально-психологічний феномен «іміджевого дисонансу». Він полягає у вираженій розбіжності між самосприйняттям керівника та його реальним образом в очах підлеглих.

Встановлено, що середній бал самооцінки комунікативних компетенцій ($M = 23,85$; $SD = 2,14$) критично перевищує експертну оцінку медичного персоналу ($M = 16,33$; $SD = 4,05$). Цей розрив свідчить про порушення професійної рефлексії лідерів та ігнорування ними власних комунікативних недоліків. Доведено, що найчастіше такий дисонанс супроводжує діяльність керівників, схильних до авторитарного стилю управління (30% вибірки), тоді як колегіальний стиль забезпечує більш адекватний зворотний зв'язок.

4. Результати кореляційного аналізу підтвердили робочу гіпотезу щодо детермінуючого впливу емоційного інтелекту на ефективність конструювання управлінського іміджу. Виявлено сильний прямий статистично значущий зв'язок між загальним показником емоційного інтелекту та комплексною оцінкою іміджу лідера ($r_s = 0,879$; $p \leq 0,01$). Доведено, що діловий авторитет залежить від здатності керівника до емоційної саморегуляції у кризових ситуаціях ($r_s = 0,853$; $p \leq 0,01$). Встановлено відсутність значущого зв'язку між емпатією та зовнішнім (габітарним) іміджем ($r_s = 0,520$; $p > 0,05$), що підкреслює пріоритет загальної дисциплінованості над емоційною чутливістю у питаннях візуальної презентації.

5. На основі отриманих емпіричних результатів розроблено алгоритм психологічної корекції професійного образу лідера. Запропонована система оптимізації структурована за чотирма напрямками: емоційно-регулятивним (розвиток стресостійкості та імпульсивного контролю), комунікативним (трансформація моделей надання зворотного зв'язку), організаційно-стильовим (перехід від директивного адміністрування до ситуативного лідерства) та діагностичним (організація регулярного аудиту соціального сприйняття). Практичне впровадження цих заходів сприятиме подоланню перцептивних розривів, підвищенню рівня довіри та стабілізації соціально-психологічного клімату в медичних колективах.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Адізес І. Ідеальний керівник. Чому ним неможливо стати і що з цим робити / пер. з англ. Т. Микитюк. Київ: Наш Формат, 2017. 288 с.
2. Балабанова Л. В., Сардак О. В. Управління персоналом : підручник. Київ : Центр учбової літератури, 2011. 468 с.
3. Бондарчук О. І. Модель психологічної підготовки керівників освітніх організацій до діяльності в умовах змін. Організаційна психологія. Економічна психологія. 2015. № 1. С. 33-42.
4. Бондарчук О. І., Казакова С. М. Особливості психологічного благополуччя керівників закладів професійної (професійно-технічної) освіти з різними типами ставлення до персоналу освітньої організації. Актуальні проблеми психології. 2022. Т. 1, Вип. 60. С. 15-22.
5. Борисюк А. С. Психологічні особливості управління конфліктами в медичних організаціях. Перспективи та інновації науки. 2024. № 3(15). С. 112-125.
6. Гоулман Д. Емоційний інтелект / пер. з англ. С.-Л. Гумецької. Харків: Віват, 2019. 512 с.
7. Дзвінчук Д. І., Петренко В. П. Психологія управління : підручник. Київ : Знання, 2020. 415 с.
8. Дьоміна Г. А. Психологія управління : навч. посіб. Київ : МАУП, 2018. 184 с.
9. Дячук В. П. Іміджологія. Соціокультурний вимір : навч. посіб. Київ : Ліра-К, 2017. 308 с.
10. Євтушенко О. Н., Малікіна О. А. Психологія управління : метод. рек. до семін. занять. Миколаїв : Вид-во ЧНУ ім. Петра Могили, 2023. 91 с.
11. Карамушка Л. М. Психологія професійної діяльності керівника в умовах змін : монографія. Київ : Наукова думка, 2015. 240 с.

12. Карамушка Л. М. Психологія управління : навч. посіб. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2022. 188 с.
13. Карамушка Л. М., Терещенко К. В. Психологія організаційної культури : навч. посіб. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2022. 188 с.
14. Крушельницька О. В. Психологія управління : навч. посіб. Київ : Кондор, 2017. 284 с.
15. Лозниця В. С. Психологія менеджменту : навч. посіб. Київ : ЕксОб, 2000. 512 с.
16. Мартинець Л. А. Управлінська діяльність керівника навчального закладу : навч. посібн. Вінниця, 2018. 196 с.
17. Мартинюк С. О. Формування позитивного іміджу керівника як складова організаційної культури. Психологія і суспільство. 2024. № 2. С. 88-102.
18. Москаленко В. В. Соціальна психологія : підручник. 2-ге вид., випр. та доп. Київ : Центр учбової літератури, 2016. 624 с.
19. Омельченко І. В. Психологічна стійкість особистості в умовах кризових станів. Наукові записки НаУКМА. Психологія. 2023. Т. 6. С. 45-56.
20. Побережна Ю. О. Емоційний інтелект як чинник професійної успішності керівника. Київ : КПП ім. Ігоря Сікорського, 2022. 140 с.
21. Рудестам К. Психотерапевтичні групи. Теорія і практика. Київ : Ваклер, 2017. 396 с.
22. Сковронська І. Г., Толокова Т. І. Корпоративна культура та соціально-психологічний клімат у медичному закладі. Медсестринство. 2017. № 3. С. 40-42.
23. Терещенко К. В. Психологічні особливості організаційної культури як чинника іміджу керівника. Актуальні проблеми психології. 2022. Том 1, Вип. 61. С. 44-51.

24. Терещенко К. В. Роль організаційної культури у формуванні іміджу керівника закладу. Актуальні проблеми психології. 2021. Том 1. Вип. 43. С. 134-142.
25. Федорчук В. М. Конфліктологія та психологія управління : навчальний посібник. Миколаїв : МНАУ, 2022. 180 с.
26. Хаджірадева С. К., Черниш О. В. Психологія управління в органах державної влади : навч. посіб. Київ : НАДУ, 2017. 176 с.
27. Ходаківський Є. І., Богоявленська Ю. В., Грабар Т. П. Психологія управління: підручник. 5-те вид., перероб. та доп. Київ: Центр учбової літератури, 2016. 492 с.
28. Чорна О. В. Психологічні особливості самоактуалізації керівників у медичній сфері. Економіка та управління. 2023. № 4. С. 77-85.
29. Ягоднікова В. В. Психологія управління : навч. посіб. Одеса : Видавець Букаєв В. В., 2022. 141 с.
30. Maslow A. H. Motivation and Personality. 2nd ed. New York : Harper & Row, 1970. 369 p.
31. Rogers C. R. On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy. Boston : Houghton Mifflin, 1961. 420 p.
- 32.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Сирі дані психологічного тестування керівників (оцінка EQ та самоконтролю)

Таблиця А.1

Показники емоційного інтелекту та самоконтролю керівників (n=10)

№ керівника	Емоційна обізнаність	Управління емоціями	Самомотивація	Емпатія	Розпізнавання емоцій	Загальний EQ
1	15,00	12,00	12,00	14,00	11,00	64,00
2	18,00	17,00	15,00	16,00	17,00	83,00
3	11,00	14,00	12,00	10,00	15,00	62,00
4	16,00	15,00	14,00	18,00	13,00	76,00
5	18,00	16,00	17,00	16,00	15,00	82,00
6	12,00	11,00	13,00	10,00	11,00	57,00
7	10,00	13,00	11,00	12,00	14,00	60,00
8	17,00	18,00	16,00	15,00	15,00	81,00
9	13,00	12,00	14,00	11,00	13,00	63,00
10	11,00	12,00	11,00	12,00	10,00	56,00

ДОДАТОК Б

Сирі дані оцінювання іміджу керівників підлеглими

Таблиця Б.1

Оцінка компонентів іміджу підлеглими (n=30)

№ керівника	№ підлеглого	Габітарний імідж	Комунікативний імідж	Діловий імідж	Загальний імідж
1	1	24	19	15	58
1	2	22	20	16	58
1	3	21	21	17	59
2	4	25	24	23	72
2	5	26	24	27	77
2	6	27	25	25	77
3	7	19	13	22	54
3	8	17	15	23	55
3	9	16	16	24	56
4	10	15	15	18	48
4	11	13	17	20	50
4	12	15	18	19	52
5	13	25	21	26	72
5	14	24	22	25	71
5	15	25	23	23	71
6	16	11	13	19	43
6	17	13	11	20	44
6	18	15	12	21	48
7	19	16	13	14	43
7	20	16	14	17	47
7	21	17	15	18	50
8	22	21	19	16	56
8	23	23	21	18	62

8	24	20	22	17	59
9	25	10	9	13	32
9	26	12	10	13	35
9	27	13	11	12	36
10	28	11	10	10	31
10	29	10	8	11	29
10	30	11	9	12	32

ДОДАТОК В

Розрахунок середніх оцінок іміджу на кожного керівника

Таблиця В.1

Зведені усереднені показники іміджу керівників (на основі оцінок 3-х підлеглих)

№ керівника	Середній бал (Габітарний імідж)	Середній бал (Комунікативний імідж)	Середній бал (Діловий імідж)	Середній бал (Загальний імідж)
1	22,33	20,00	16,00	58,33
2	26,00	24,33	25,00	75,33
3	17,33	14,67	23,00	55,00
4	14,33	16,67	19,00	50,00
5	24,67	22,00	24,67	71,34
6	13,00	12,00	20,00,	45,00
7	16,33	14,00	16,33	46,66
8	21,33	20,67	17,00	59,00
9	11,67	10,00	12,67	34,34
10	10,67	9,00	11,00	30,67

ДОДАТОК Г Авторська анкета «Оцінка складових іміджу керівника»
(Бланк для заповнення підлеглими)

Шановний колего! З метою проведення науково-практичного дослідження психологічного клімату та стилю управління просимо Вас оцінити імідж Вашого безпосереднього керівника (завідувача відділення). Опитування є повністю анонімним, Ваші відповіді будуть використані лише в узагальненому вигляді. Оцініть наведені нижче критерії за шкалою від 1 до 10, де 1 - «абсолютно не згоден / характеристика відсутня», а 10 - «повністю згоден / характеристика яскраво виражена».

Блок 1. Габітарний (зовнішній) імідж

1. Зовнішній вигляд керівника є охайним і викликає повагу: [1 ... 10]
2. Керівник дотримується професійного медичного дрес-коду: [1 ... 10]
3. Зовнішній вигляд керівника відповідає його статусу та посаді: [1 ... 10]
4. Робоче місце (кабінет) керівника виглядає професійно та організовано: [1 ... 10]

Блок 2. Комунікативний імідж та невербальна поведінка

5. Керівник має високу культуру мовлення та коректний тон спілкування: [1 ... 10]
6. Під час бесіди керівник уважно слухає та підтримує зоровий контакт: [1 ... 10]
7. Керівник є відкритим до діалогу і спокійно сприймає конструктивну критику: [1 ... 10]
8. У невербальній поведінці керівника відсутні зверхність чи агресія (жести, міміка): [1 ... 10]

Блок 3. Діловий імідж та професіоналізм

9. Керівник є висококласним фахівцем у своїй сфері (медицина/реабілітація): [1 ... 10]
10. Керівник справедливо розподіляє робоче навантаження, премії та чергування: [1 ... 10]
11. У кризових ситуаціях (наприклад, складні клінічні випадки) керівник бере

відповідальність на себе: [1 ... 10] 12. Керівник здатен зберігати емоційну рівновагу та не зривається на підлеглих у стресових ситуаціях: [1 ... 10]

Дякуємо за Ваші відповіді!

ДОДАТОК Д Анкета самооцінки іміджу (Бланк для заповнення керівниками)

Шановний керівнику! Просимо Вас оцінити власний управлінський імідж та те, як, на Вашу думку, Вас сприймає колектив. Оцініть наведені нижче твердження за шкалою від 1 до 10, де 1 - «низький рівень / не згоден», а 10 - «високий рівень / абсолютно згоден».

1. Мій зовнішній вигляд та організація робочого простору є прикладом для моїх підлеглих: [1 ... 10]

2. Я завжди підтримую конструктивний та ввічливий тон спілкування з молодшим персоналом: [1 ... 10]

3. Я вмію уважно вислухати підлеглого, навіть якщо я дуже зайнятий/зайнята: [1 ... 10]

4. Я вважаю, що мій колектив бачить у мені демократичного та відкритого лідера: [1 ... 10]

5. Мої підлегли вважають мене справедливим у питаннях розподілу навантаження: [1 ... 10]

6. У стресових або конфліктних ситуаціях я завжди контролюю власні емоції: [1 ... 10]

7. Мій професійний авторитет (експертність) не піддається сумнівам у колективі: [1 ... 10]

8. Я добре розумію емоційний стан і настрої моїх працівників: [1 ... 10]

Дякуємо за приділений час!

ДОДАТОК Е Опитувальник «Емоційний інтелект» (Н. Холл) (Фрагмент бланку опитування для керівників)

Інструкція: Нижче наведено твердження, які відображають різні сторони Вашого емоційного життя. Оцініть кожне твердження за 6-бальною шкалою: -3 - повністю не згоден -2 - в основному не згоден -1 - частково не згоден +1 - частково згоден +2 - в основному згоден +3 - повністю згоден

1. Для мене як негативні, так і позитивні емоції є джерелом знань про те, як діяти в житті.
2. Я здатний/здатна зберігати спокій, коли відчуваю роздратування.
3. Я вмію зберігати оптимізм, навіть коли мої очікування не справджуються.
4. Я добре відчуваю емоційний стан інших людей.
5. Я вмію заспокоювати людей, коли вони засмучені.
6. Я чітко розумію, коли починаю сердитися.
7. Мені легко контролювати свої спалахи гніву на роботі.
8. Я вмію знаходити мотивацію, навіть якщо завдання не цікаве.
9. Я розумію невербальні сигнали (жести, міміку) моїх підлеглих.
10. Мені вдається створювати позитивну атмосферу в колективі.
11. Я добре розумію свої внутрішні спонукання та бажання.
12. Я можу передбачити, як та чи інша подія вплине на мій емоційний стан.
13. Мені легко зберігати самовладання у конфліктній ситуації.
14. Я здатний заспокоювати інших, коли вони перебувають у стані стресу.
15. Я знаю, як підтримати високий рівень енергії протягом робочого дня.
16. Я помічаю дрібні зміни в настрої колег.
17. Я рідко приймаю рішення під впливом миттєвих емоцій.

18. Мені вдається налаштувати себе на конструктивну роботу навіть після невдач.

19. Я розумію, чому та чи інша людина викликає у мене певні емоції.
20. Я можу використовувати свій емоційний стан для досягнення цілей.
21. Я зберігаю спокій навіть у ситуаціях крайньої непередбачуваності.
22. Я вмію створювати в колективі атмосферу взаємної підтримки.
23. Я усвідомлюю межі своєї емоційної витривалості.
24. Мені неважко публічно визнати свою помилку.
25. Я можу змінити настрій колеги просто своєю присутністю.
26. Я добре відчуваю, коли людина говорить неправду.
27. У складній ситуації я знаходжу в собі сили рухатися далі.
28. Я можу точно словесно описати емоційний стан іншої людини.
29. Мені вдається уникати емоційного вигорання на роботі.
30. Я позитивно впливаю на моральний клімат у колективі, де працюю.