ПРИВАТНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«КИЇВСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

Факультет фармації та психології
Кафедра психології

Кваліфікаційна робота

магістра

на тему:

«КОМУНІКАТИВНА КОМПЕТЕНТНІСТЬ ЛІКАРЯ ЯК ЧИННИК ЗАПОБІГАННЯ КОНФЛІКТНОЇ ПОВЕДІНКИ З КОЛЕГАМИ»

Виконала: магістрантка групи Пз 2402
заочної форми навчання
напряму підготовки (спеціальності) 053 «Психологія»
освітня програма «Клінічна психологія»
Сергієнко Діана Вячеславівна

Науковий керівник: Івнєв Б.Б., доктор медичних наук, професор
Рецензент: Чанчіков Ілля, доктор філософії в галузі психологія, викладач кафедри практичної психології УДУ імені М. Драгоманова

Київ - 2026

ЗМІСТ

ВСТУП ……. 3

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ЛІКАРЯ ЯК ЧИННИКА ЗАПОБІГАННЯ КОНФЛІКТНОЇ ПОВЕДІНКИ

1.1. Теоретичний аналіз феномену комунікативної компетентності як особистісного утворення ……..……... 6

1.2. Поняття конфлікту та конфліктної поведінки як предмет психологічного аналізу ……... 17

1.3. Психологічні особливості міжособистісних конфліктів в професійній взаємодії ……..……..... 30

Висновки до розділу 1 ……..……..……... 43

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ЛІКАРЯ ЯК ЧИННИКА ЗАПОБІГАННЯ КОНФЛІКТНОЇ ПОВЕДІНКИ З КОЛЕГАМИ

2.1. Методи та організація емпіричного дослідження …….……... 45

2.2. Результати емпіричного дослідження …….……... 52

Висновки до розділу 2 ……..……... 71

РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА ВДОСКОНАЛЕННЯ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ЛІКАРІВ

3.1. Психологічні засоби подолання міжособистісних конфліктів у професійній взаємодії ……..……... 74

3.2. Структура та зміст психологічної програми вдосконалення комунікативної компетентності лікарів ……..…….... 86

Висновки до розділу 3 …….……..……... 101

ВИСНОВКИ …….……... 104

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ……... 108

ДОДАТКИ ……... 117

ВСТУП

Актуальність проблеми

Сучасна медицина - це не лише сукупність наукових знань та медичних технологій, а й мистецтво спілкування. Ефективна комунікація лікаря з колегами в колективі є одним із найважливіших факторів успішного лікування та запобігання медичних помилок.

Проблема комунікативної компетентності лікарів в умовах євроінтеграції України потребує набуття принципово нових якостей, які включають знання, досвід, професійні якості і здатність забезпечити власну відповідальність за прийняті рішення.

Комунікативну компетентність в сучасному світі вважають однією із найважливіших компетентностей, якою повинен володіти лікар, оскільки, вона є ключовою компетентністю та опосередковує специфічну діяльність лікаря, яка передбачає постійні контакти з людьми, співпрацю, взаємодію у складних умовах з колегами, прийняття рішень, від яких залежить збереження життя та здоров'я пацієнтів. Професійна діяльність лікарів передбачає здатність ефективно спілкуватись у колективі закладу охорони здоров'я з колегами та пацієнтами. Саме від рівня комунікативної компетентності лікарів залежить

сприятлива психологічна атмосфера в лікувально-профілактичних закладах, успішність лікувального процесу, враження пацієнтів від закладу, а також відображається на продуктивності праці самих лікарів.

Комунікативна компетентність розглядається як система внутрішніх ресурсів, необхідних для побудови ефективної комунікації у визначеному колі ситуацій особистісної взаємодії. При цьому комунікативна компетентність людини зводиться не тільки до певного стану свідомості людей, що прагнуть зрозуміти один одного, але містить у собі поведінковий аспект [6].

Комунікативні навички і вміння, досвід та рівень розвиненості професійно значущих властивостей і якостей повинні бути у лікарів на належному рівні.

Сучасна медицина характеризується високими технологіями та інноваційними методами лікування. Однак, успіх медичної допомоги залежить не лише від професійних знань лікаря, а й від його здатності ефективно спілкуватися в колективі. Саме тому дослідження комунікативної компетентності медичних працівників набуває особливої актуальності.

Проблема формування комунікативної компетентності лікарів є вкрай актуальною. Комунікативна та конфліктна компетентність були і є в центрі наукових досліджень.

Комунікативну компетентність лікарів у свої роботах досліджували Л. Пасієшвілі, А. Заздравнов.

Особливості комунікації у медичному середовищі у своїх методичних рекомендаціях виклали вчені Ц. Абдряхімова, І. Мухаровська, К. Клебан, Д. Сапон, О. Качалов.

Особливості прояву асертивності лікарів загальної практики представлено в магістерському дослідженні А. Трофімової.

Аналіз розвитку комунікативної компетентності студентів під час навчання у вищих медичних навчальних закладах у своїй статті представила доктор медичних наук, доцент, Дубівська С. С.

У своїй роботі О.Божук розглянув питання формування професійно-комунікативного іміджу майбутніх лікарів.

О. Чубко зазначав, що конфліктні ситуації у роботі лікаря є однією з причин професійного вигорання.

Науковці інтерпретують комунікативну компетентність як показник професійного іміджу сучасного лікаря, формування професійної комунікації майбутніх лікарів, відносини та особливості комунікації в медичних колективах, особливості прояву асертивності в лікарів загальної практики. Але в сучасних розробках недостатньо висвітлені емпіричні дослідження з даної теми в умовах стаціонару.

Проблемою даної роботи є теоретичне обгрунтування та емпіричне дослідження впливу рівня комунікативної компетентності лікарів стаціонару на попередження та вирішення конфліктних ситуацій.

Мета даної роботи - дослідити роль комунікативної компетентності лікаря як фактора запобігання конфліктів у професійній діяльності в умовах стаціонару.

Завданнями дослідження є: аналіз теоретичних основ комунікативної компетентності, дослідження конструктивної та деструктивної поведінки лікарів в конфліктних ситуаціях, визначення та обгрунтування основних складових комунікативної поведінки, шляхів формування комунікативної компетентності лікаря та розробка рекомендацій щодо підвищення комунікативної компетентності медичних працівників.

Об’єктом дослідження є конфліктна поведінка лікаря з колегами в медичному колективі.

Предмет дослідження - вплив комунікативної компетентності лікаря на запобігання та вирішення конфліктів з колегами у процесі роботи.

Комунікативна компетентність ґрунтується на знаннях соціокультурних норм поведінки і чуттєвому досвіді; вимагає спеціальних умінь та навичок прогнозувати, ефективно здійснювати (за допомогою вербальних і невербальних засобів) комунікативну діяльність та орієнтуватися у ситуаціях

міжособистісної взаємодії, розуміючи мотиви, наміри, стратегії поведінки всіх учасників спілкування; а також передбачає успішне опанування технологій і психотехнік спілкування.

Апробація результатів дослідження. Матеріали дослідження було представлено на V Міжнародній науково-практичній конференції «GLOBAL TRENDS IN SCIENCE AND EDUCATION», 2-4 червня 2025 року, м. Київ, у статті «Комунікативна компетентність лікаря як чинник запобігання конфліктної поведінки у професійному середовищі»

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ЛІКАРЯ ЯК ЧИННИКА ЗАПОБІГАННЯ КОНФЛІКТНОЇ ПОВЕДІНКИ

1.1. Теоретичний аналіз феномену комунікативної компетентності як особистісного утворення

У сучасних умовах глобалізації та інформаційної інтеграції зростає значення ефективної міжособистісної взаємодії. Комунікація перетворюється на базову складову професійної діяльності, соціалізації та особистісного розвитку. Особливо гостро це питання стоїть у медичній галузі, де комунікація є невід’ємною частиною лікувального процесу, діагностики, реабілітації та профілактики захворювань. Від якості комунікації між лікарем і пацієнтом, а також між медичними працівниками, безпосередньо залежить ефективність

надання медичної допомоги, рівень довіри, психологічний комфорт пацієнта та загальний імідж лікувального закладу.

У зв'язку з цим особливої актуальності набуває вивчення феномену комунікативної компетентності.

Комунікація є однією з головних форм активності особистості, без якої неможливі її діяльність, пізнання, розвиток, взаємодія з собою та оточуючим світом. Це процес взаємодії між людьми. Науково доведено, що продуктивність пізнавальної діяльності, процесів мислення, загальна життєздатність людини значною мірою залежать від її готовності та здатності до спілкування, від рівня сформованості комунікативної компетентності.

У загальному розумінні комунікація є ознакою конструктивної взаємодії людей у процесі отримання інформації. Комунікація між людьми відбувається у формі спілкування як обмін цілісними знаковими утвореннями (повідомленнями), в яких відображаються знання, думки, ідеї, ціннісні стосунки, емоційні стани, програми діяльності сторін, що спілкуються. Зміст і форми комунікації відбивають суспільні відносини й історичний досвід людей; комунікація є необхідною передумовою функціонування і розвитку усіх соціальних систем, тому що забезпечує зв'язок між людьми, уможливлює нагромадження і передачу соціального досвіду, розподіл праці й організацію спільної діяльності, управління, трансляцію культури [6].

Сучасні соціально-економічні умови, позначені зростанням інформаційних потоків, інтенсифікацією міжкультурної взаємодії та динамічними змінами в професійній сфері, зумовлюють підвищену увагу до розвитку комунікативної компетентності особистості. Вона розглядається не лише як важлива професійна якість, але й як ключовий фактор успішної соціалізації, міжособистісної взаємодії та загального особистісного розвитку.

Комунікація в сьогоденні виступає в якості невід’ємної складової частини особистісної, соціальної, загальнопрофесійної та спеціальнної компетентності особистості. Комунікативна компетентність є однією з ключових характеристик особистості, що визначає її здатність ефективно взаємодіяти у суспільстві. У

сучасних умовах розвитку науки та освіти вона розглядається як комплексне особистісне утворення, що поєднує знання, навички, установки та мотивацію до спілкування.

В сучасному світі головною складовою високого професійного рівня у сфері спілкування виступає комунікативна компетентність. Для будь-якої професії комунікативна компетентність є професійно значущим аспектом, від якого залежить успіх у професійній діяльності, конкурентоспроможність і особиста задоволеність.

Феномен комунікативної компетентності та її значуща роль у різних сферах особистого та професійного життя набув визнання у всьому світі. У 2000 році 12 країн світу брали участь у дослідженні DeSeCo: Country Contribution Process, яке провела Організація економічного співробітництва та розвитку разом із Федеральним статистичним управлінням Швейцарії. За підсумками даного дослідження комунікативну компетентність було включено до переліку ключових компетентностей в структурі особистості [93].

Проблема комунікативної компетентності є однією з ключових у сучасній психології, педагогіці та соціології, оскільки вона визначає здатність особистості ефективно взаємодіяти з іншими людьми у різних соціальних контекстах.

Поняття «комунікативна компетентність» є однією з важливих наукових категорій, вивчення якої почалося в 60-70-хх рр. XX сторіччя. Вперше поняття «комунікативна компетентність» було введено у науковий обіг американським лінгвістом Д. Хаймсом (Hymes, 1972), який вважав її невід'ємним елементом мовленнєвої діяльності та соціальної взаємодії та підкреслював, що «здатність людей досягти своїх цілей у суспільному житті значною мірою залежить від комунікативної компетентності особистості» [94].

Термін «комунікативна компетентність» є багатозначним і остаточно не визначеним як на рівні самого поняття, так і на рівні його складових. Однією із причин цієї невизначеності є приналежність даного терміну до понятійного апарату різних наук, таких як психологія, лінгвістика, психолінгвістика,

педагогіка, соціологія, культурологія, філософія та інших, які висувають різні аспекти цього поняття.

Аналіз наукової літератури свідчить про багатоаспектність розуміння феномену комунікативної компетентності. Традиційно комунікативна компетентність розуміється здебільшого як здатність взаємодіяти ефективно і з урахуванням особливостей ситуації [66, 71]. Це визначення підкреслює важливість як знання правил та норм комунікації, так і вміння застосовувати їх на практиці, враховуючи контекст та особливості співрозмовника.

У сучасній психології існують різні підходи до розуміння комунікативної компетентності. Слід зазначити, що у більшості випадків психологи (як вітчизняні, так і зарубіжні) дотримуються неоднозначних підходів до розуміння і вирішення даної дилеми.

Переклад слів «комунікативна» («communicative» з англійської та «communicatio» з латинської) визначає це поняття як уміння спілкуватися, повідомлення інформації однією особою іншій.

Психологічний словник визначає поняття «комунікація» як фундаментальну ознаку людської культури, яка полягає в інтенсивному взаємоспілкуванні людей на основі обміну різного виду інформацією [74].

Сучасна психологія досліджує комунікацію в контексті пов’язаних з нею явищ людської психіки (відчуття, сприймання, розуміння і т. п.) у зв’язку з комунікативною активністю людини. Значне місце в цих дослідженнях посідає психолінгвістика, що розглядає закономірності мовного висловлювання [74].

Аналізуючи різні джерела, можна зазначити, що у науковій літературі відсутня єдина точка зору щодо визначення поняття «комунікація». Французький учений А. Н. Перре-Клермон характеризує комунікацію як зв’язок індивідуальних дій стосовно колективного продукту і подальша реалізація цього зв’язку у структурі нової спільної дії. Він висловив думку про те, що процес комунікації має охоплювати такі етапи: 1) планування; 2) встановлення контакту; 3) обмін інформацією; 4) рефлексія [67].

Дослідники М. Я. Дем’яненко, К. А. Лазаренко виділяють у мовленнєвій комунікації п’ять основних компонентів: 1) ситуація спілкування; 2) відправник інформації; 3) отримувач інформації; 4) умови передачі інформації; 4) безпосередній процес передавання інформації [28].

Wiemann визначає «комунікативність» як єдність трьох компонентів: потреби в спілкуванні, емоційного стану до, під час і після спілкування, комунікативних умінь і навичок. Wiemann запропонував модель, яка акцентувала увагу на здатності особистості вибирати та використовувати адекватні комунікативні стратегії в різних ситуаціях [100].

Катерина Ковальова, дослідивши праці В. Кан-Каліка, зазначає, що цей вчений характеризує комунікативність як багатоаспектне явище, що поєднує низку компонентів, серед яких особливе значення мають комунікабельність, соціальна єдність, альтруїстичні тенденції. Автор підкреслює, що під «соціабельністю» слід розуміти здатність людини відчувати задоволення від процесу спілкування з іншими людьми. Альтруїстичні тенденції в емоціях людини пов'язані з бажанням принести радість людям, з якими вона спілкується, співпереживати радості іншого, тощо [37].

Термін «компетентність» походить від латинського слова «competere», що означає коло питань, у яких людина добре обізнана, має знання та досвід. У перекладі з англійської «competence» означає: здатність, уміння; компетентність; компетенцію [25, 79]. Тлумачний словник англійської мови (Webster Universal Dictionary. Harver Educational Services Inc. New York) трактує поняття «competence» як відповідність, достатність, уміння виконання певної роботи, завдання, обов'язку; розумові здібності або загальні вміння і навички. Поняття «компетентність» є основою для визначення змісту комунікативної компетентності у контексті вивчення особливостей її формування у особистості.

Зміст поняття «компетентність» розглядає у своїх працях «Компетентність у сучасному суспільстві» та «Педагогічне тестування» британський психолог Дж. Равен. Під «компетентністю» він розуміє сукупність когнітивних та емоційних компонентів ефективної життєдіяльності людини та тлумачить це

поняття як мотивовані здібності [99]. В. Безрукова трактує це поняття як «оволодіння знаннями та вміннями, які дозволяють професійно висловлювати думки та оцінювати думки» [9]. Поняття «компетентність особистості» Н. Лавриченко визначає «як психолого-соціальну якість, що означає силу і впевненість, джерелом яких є відчуття успіху» і наголошує на тому, що компетентність сприяє усвідомленню особистістю власної здатності ефективно взаємодіяти з іншими [51].

Компетентність «як загальну здатність особистості, яка характеризується наявністю специфічних умінь і навичок, заснованих на знаннях, ефективно виконувати певну діяльність або виконувати певну функцію» розглядає у своїй роботі О. Кучер [48].

А. Богуш пропонує розглядати компетентність «як комплексну характеристику особистості, яка вбирає результати попереднього психологічного розвитку, знання, уміння, навички, творчість, ініціативність, самостійність, самооцінку, самоконтроль» [11].

Запропоновані науковцями тлумачення поняття «компетентість» майже не відрізняються, але можуть підкреслювати різні аспекти цього поняття. Розглядаючи різні підходи до визначення поняття «компетентність», можна зробити висновок, що під компетентністю розуміють знання, якими особа повинна оволодіти в процесі навчання, результат засвоєння змісту освіти, який має проявитися в майбутній професійній діяльності.

Офіційного наукового статусу у вітчизняній психології поняття «компетентність» набуває у другій половині XX столітті і трактується як одна з основних характеристик особистості, яка тісно пов'язана із критеріями ефективних та успішних діянь у професійних та життєвих ситуаціях.

Комунікативна компетентність є основою практичної діяльності в кожній сфері життя людини.

У процесі професійної соціалізації будь якого фахівця постійно формуються та вдосконалюються його основні професійні компетенції, набуваються основні професійно важливі якості, вдосконалюється специфіка

фахового досвіду. Такі зміни є необхідною умовою успішної професійної діяльності фахівця і забезпечуються шляхом поетапного формування його основних професійних компетенцій, серед яких визначального значення набуває комунікативна компетентність. Ефективність та успішність професійної діяльності фахівців, які працюють у системі «людина-людина», визначається не тільки попередньо сформованими і набутими професійними знаннями та навичками, але й професійно значущими особистісними якостями, серед яких важливе місце належить комунікативній компетентності.

Компетентність визначає якість і рівень професійної готовності до діяльності, що виражається в характері праці, здатності в умовах різних труднощів знаходити раціональне рішення виниклої проблеми. Ріст компетентності сполучений із самоаналізом і самооцінкою особистості, які є внутрішнім стимулом професійного самовизначення [13].

У працях Г. Балла професійна компетентність розуміється як невід'ємна складова культури професійної діяльності: володіння системою знань, умінь і навичок, достатньою для успішного вирішення тих трудових завдань, які відповідають повсякденним і очікуваним на найближче майбутнє функціональним обов'язкам фахівця [6].

Тому, розглядаючи поняття «професійна компетентність» можна стверджувати, що однією із складових професійної компетентності є комунікативна компетентність, яка є провідною для професійної діяльності багатьох фахівців, наявність і розвиток якої забезпечуватиме успіх у подальшому професійному розвитку.

Аналізуючи наукові праці із проблеми комунікативної компетентності, можна прослідкувати динаміку її дослідження в науці. Починаючи з 1960-1970 рр. відбувався бурхливий науково-технічний та економічний розвиток багатьох країн, і комунікація стає своєрідним каталізатором інтеграційних процесів у суспільстві, які виникли внаслідок розвитку технологій і вимагали міжкультурної взаємодії. Як наслідок, збільшилась кількість та інтенсивність контактів між представниками різних культур та представниками різних

професій. Таким чином, міжкультурна компетенція фактично виступає змістовним компонентом комунікативної компетентності.

У науковому контексті поєднання термінів «комунікативна компетентність» вперше було використано в руслі соціальної психології, яка розуміє цей термін як здатність встановлювати і підтримувати значущі контакти з іншими людьми при наявності внутрішніх ресурсів (знань і умінь).

У психології комунікативну компетентність визначають як складну особистісну характеристику, що включає комунікативні здатності й уміння, психологічні знання у сфері спілкування, властивості особистості, психологічні стани, що супроводжують процес спілкування.

Доречно нагадати, що вперше поняття «комунікативна компетентність» було запропоновано Д. Хаймсом у 1966 р. як контрастне до поняття «лінгвістична компетентність», яке було запропоновано Н. Хомським. Делл Хаймс провів своє етнографічне дослідження комунікативної компетентності в межах антрополінгвістики та соціолінгвістики, вивчаючи комунікативні форми та функції в інтегральному взаємозв'язку [85]. У цій праці Хаймс аналізує, як мовлення функціонує в різних соціальних контекстах, і вводить поняття «мовленнєвих подій» (speech events), що є ключовими у вивченні комунікативної компетентності. Він також пропонує модель SPEAKING, яка описує компоненти комунікації, такі як ситуація, учасники, мета спілкування та інші соціальні фактори.

Вітчизняні вчені Т. Вальфовська (2001), Г. Данченко (2002), Н. Грабар (2010), Л. Кочина (2013) розуміють комунікативну компетентність як уміння встановлювати та підтримувати необхідні контакти з іншими людьми. До складу компетентності вони включають певну сукупність знань, навичок та вмінь, які забезпечують ефективність проходження комунікативного процесу [15, 26, 23, 45].

Такі науковці, як Н. Бутенко (2004), О. Добротвор (2013), І. Грузіна (2014) розглядають комунікацію як «спілкування з усіма» і наголошують на тому, що якщо взаєморозуміння не досягнуто, то комунікація не відбулася. Щоб

переконатися в успіху комунікації, необхідно мати уявлення про те, як вас зрозуміли, сприйняли, як ставляться до проблеми. Вчені особливу увагу звертають на те, що комунікативна компетентність - це здатність встановлювати необхідні контакти з іншими людьми; це система внутрішніх ресурсів, необхідних для побудови ефективної комунікації в певному колі ситуацій [14, 29, 24].

Детально аналізує і розглядає комунікативну компетентність, як результат спеціалізованого навчального процесу, що включає мовну, соціокультурну та професійну підготовку, у своїх дослідженнях Козак С., (2001). Вчений робить акцент на розвиток професійно орієнтованої іншомовної комунікації і звертає увагу на використання інтегрованих методик навчання, що поєднують традиційні та інноваційні підходи. У своїй роботі Козак наголошує на значенні міжкультурної взаємодії для ефективного спілкування у професійному середовищі та підкреслює важливість ролі інформаційних технологій у формуванні комунікативних навичок.

Узагальнюючи існуючий досвід, науковець трактує цю категорію як засновану на знаннях та чуттєвому досвіді, здатність особистості орієнтуватися у ситуаціях спілкування, і наголошує на тому, що така здатність передбачає соціально-психологічне навчання, тобто подальшу можливість вчитися спілкуванню [39]. На думку вченого, комунікативна компетентність завжди формується у соціальному контексті.

Дослідження Козака підкреслює, що комунікативна компетентність є багаторівневим утворенням, яке розвивається у процесі навчання та професійної підготовки, з особливою увагою до адаптації в умовах специфічного професійного середовища.

В. Балахтар поняття «комунікативна компетентність» розглядає у двох варіантах: поняття «комунікативна компетентність» (з лат. communico - роблю загальним, зв’язую, спілкуюся і competens (competentis) - здатний) означає сукупність знань про норми і правила ведення природної комунікації - діалогу, суперечки, переговорів та ін.; здатність встановлювати і підтримувати необхідні

контакти з оточуючими людьми, певна сукупність знань, умінь та навичок, що забезпечують ефективне спілкування, передбачають уміння змінювати глибину і коло спілкування, розуміти й бути зрозумілим для партнера спілкування [5].

Особистісно-орієнтований підхід, представлений працею К. Роджерса, акцентує увагу на індивідуально-психологічних якостях суб'єкта комунікації: емпатії, відкритості, самоусвідомленні, емоційній зрілості [76]. Комунікативна компетентність у цьому контексті є виявом загальної культури особистості.

З позицій психосинтезу (Ассаджіолі, 1974), розвиток комунікативної компетентності в умовах лімінальності може розглядатися як процес інтеграції різних субособистостей, зокрема травмованої та захисної. Усвідомлення та прийняття цих внутрішніх частин, а також розвиток «Вищого Я» як центру свідомості та волі, сприяє більш автентичній та ефективній комунікації. Здатність до емпатійного слухання, вираження власних почуттів та потреб без агресії, а також конструктивне розв'язання конфліктів є важливими аспектами комунікативної компетентності, що сприяють посттравматичному зростанню [3].

Особливої уваги заслуговує розгляд комунікативної компетентності в контексті посттравматичного розвитку особистості, що є особливо актуальним в умовах соціальної лімінальності, спричиненої, зокрема, військовими конфліктами (Кучеренко). Як зазначає Є.В. Кучеренко у своїй статті «Психосинтез як метод посттравматичного розвитку особистості дорослого в умовах соціальної лімінальності», особистість, яка пережила травматичні події, перебуває у стані переходу, що супроводжується трансформацією її внутрішніх структур, включаючи і комунікативну сферу. У цей період комунікативна компетентність може зазнавати як негативних змін (наприклад, ускладнення у встановленні контактів, недовіра, агресивність), так і позитивних (розвиток емпатії, вміння підтримувати, ефективніше розв'язання конфліктів) [49].

Г. Кошонько та О. Лужецька, узагальнюючи результати теоретичного аналізу комунікативної компетентності, підсумовують: комунікативна компетеньність - це певний рівень сформованості особистісного й професійного

досвіду взаємодії з оточенням, який потрібен індивіду, щоб у рамках своїх здібностей і соціального статусу успішно функціонувати у професійному середовищі і суспільстві [46].

В своїй статті дослідники Г. Кошонько та О. Лужецька зазначають, що в структурі комунікативної компетентності доцільно виділяти такі компоненти:

- гностичний компонент (система знань про сутність, структуру, функції та особливості спілкування взагалі та професійного зокрема; знання про стилі спілкування, зокрема, про особливості власного комунікативного стилю; фонове знання, тобто загальнокультурна компетентність, яка, не маючи безпосереднього відношення до професійного спілкування, дозволяє вловити, зрозуміти приховані натяки, асоціації тощо, тобто зробити розуміння більш глибоким, більш емоційним, особистісним; творче мислення, внаслідок якого спілкування виступає як різновид соціальної творчості);

- конативний компонент (загальні та специфічні комунікативні вміння, які дозволяють успішно встановлювати контакт із іншою людиною, адекватно пізнавати її внутрішні стани, керувати ситуацією взаємодії з нею, застосовувати конструктивні стратегії поведінки у конфліктних ситуаціях; культура мовлення; експресивні уміння, які забезпечують адекватний висловлюванням міміко-пантомімічний супровід; перцептивно-рефлексивні уміння, які забезпечують можливість пізнання внутрішнього світу партнера спілкування та розуміння самого себе; домінуюче застосування організуючих впливів у взаємодії з людьми (порівняно з оцінювальними і, особливо, дисциплінуючими);

- емоційний компонент (гуманістична установка на спілкування, інтерес до іншої людини, готовність вступати з нею в особистісні, діалогічні взаємини, інтерес до власного внутрішнього світу; розвинуті емпатія та рефлексія; високий рівень ідентифікації з виконуваними професійними та соціальними ролями; позитивна Я-концепція; адекватні вимогам професійної діяльності психоемоційні стани) [46].

Психологи розглядають комунікативну компетентність не тільки як індивідуальну характеристику, а й як соціально обумовлене явище, що формується в процесі виховання, навчання та соціалізації. Це поняття є багаторівневим і включає в себе такі компоненти, як: мотиваційний (прагнення до ефективного спілкування); когнітивний (знання про процеси комунікації); операційний (уміння використовувати засоби комунікації); рефлексивний (усвідомлення себе у процесі спілкування).

Проаналізовані публікації вітчизняних і зарубіжних вчених свідчать про те, що в науковій літературі не існує єдиного визначення поняття комунікативної компетентності. Поняття «комунікативна компетентність» визначається авторами по-різному.

При всьому розмаїтті підходів науковців до поняття комунікативної компетентності, можна зробити висновок, що комунікативна компетентність не формується стихійно. Вона є результатом цілеспрямованого навчання, виховання та соціалізації особистості. Формування цієї компетентності є важливим елементом підготовки сучасного фахівця, який успішно діє у багатокомпонентному соціальному середовищі.

Таким чином, комунікативна компетентність є інтегральною особистісною якістю, яка поєднує знання, уміння, установки, емоційну готовність до взаємодії. Вона формується у соціальному контексті, є необхідною для професійної діяльності й соціального функціонування. У складних соціальних умовах комунікативна компетентність стає інструментом адаптації, інтеграції та розвитку.

Різноманіття підходів до її визначення засвідчує складність і багатогранність цього феномену. Водночас спільним для всіх дослідників є розуміння комунікативної компетентності як результату цілеспрямованого розвитку, що відкриває нові горизонти для наукового пошуку та практичного впровадження у сферу освіти, психології та професійної підготовки.

Феномен комунікативної компетентності в контексті професійної діяльності лікаря давно перебуває в полі зору вітчизняних та зарубіжних дослідників.

Незважаючи на значну кількість праць, що розкривають окремі аспекти комунікації, питання цілісного формування комунікативної компетентності лікаря як превентивного чинника конфліктної поведінки залишається недостатньо вивченим. У повсякденній клінічній практиці лікарі часто стикаються з різними формами конфліктів: з пацієнтами та їхніми родичами, з колегами, адміністрацією, що може суттєво впливати на їхню професійну ефективність, емоційне вигорання та загальний психологічний клімат у колективі. Недостатній рівень комунікативної компетентності може призвести до непорозумінь, зниження довіри, скарг, юридичних проблем та до погіршення якості медичного обслуговування.

1.2. Поняття конфлікту та конфліктної поведінки як предмет психологічного аналізу

Політичні, економічні, соціокультурні та суспільні перетворення, що відбуваються в сучасному суспільстві, супроводжуються суттєвими змінами в соціальній взаємодії. Для сучасного суспільства характерна складна система людських стосунків, в основі якої лежать потреби та інтереси людей. При появі перешкод на шляху до здійснення цілей та власних очікувань можуть виникати протиріччя, що призводять до соціальної та психологічної напруги і, як наслідок, до різних конфліктів.

Конфлікти стали невід'ємною частиною життєдіяльності сучасної людини та функціонування соціальних систем, рушійною силою розвитку сучасного світу. Конфлікти також є досить неоднозначним феноменом та основним механізмом багатьох перетворень, що детермінують розвиток особистості та суспільства.

Проблеми конфліктів і конфліктних ситуацій завжди цікавили вчених, філософів, громадських діячів, тому важливо проаналізувати еволюцію наукових поглядів на конфлікт.

Заслуговують уваги погляди Конфуція (551- 479 рр. до н. е.) на проблему конфлікту. Конфуцій вважав джерелом конфліктів поділ людей на "благородних людей" (освічених, грамотних, вихованих) та «малих людей» (простолюдинів). Відсутність вихованості та освіти веде у простолюдинів до порушення норм людських стосунків. Для благородних людей підгрунтя стосунків складає порядок, а для малих людей - вигода. Джерело конфлікту філософ розглядав у неосвіченості і невихованості, що призводить до порушення норм людських відносин і справедливості [47].

Давньогрецький філософ Геракліт (520- 460 рр. до н. є.) намагався пов'язати свої міркування про війни і соціальні конфлікти з загальною системою поглядів на природу Всесвіту [69]. Він вважав, що у світі все породжується через ворожнечу і розбрат, що єдиний закон космосу - це війна: «Одним вона визначила бути бо гами, а іншим - людьми, одних вона зробила рабами, а інших – вільними».

На відміну від Геракліта, Платон (427-347 рр. до н. е.) засуджував війну і вважав за найбільше зло [69]. Але не тільки війна як соціальний конфлікт потрапляє в поле зору античних мислителів. Цікаві конфліктологічні ідеї, пов'язані з державним устроєм, можна знайти у Арістотеля (384-322 рр. до н. е.), який стверджував: «Держава є інструментом примирення людей» [69]. Демокріт (біля 460-370 рр. до н.е.), як і Платон, ототожнював війну з найгострішим соціальним конфліктом.

Конфліктологічні ідеї середньовічного мислителя Аврелія Августина (354-430 рр. н.е.) мали релігійну спрямованість. У своїх працях він писав про єдність людської та божественної історії, що протікає одночасно в протилежних і нероздільних сферах [47]. Ця протилежна і нерозділена історія є вічною битвою двох царств - Божого та земного.

Суттєвою особливістю поглядів мислителів епохи Відродження на проблему конфлікту є те, що вони сформували філософію величі людського розуму і його ролі у пізнанні навколишнього світу. Ніколо Макіавеллі (1469-1527 рр.) здійснив складний економічний та соціальний аналіз проблеми конфлікту в своїй праці пізнього періоду «Istorie Fiorentine».

В період Нового часу й епохи Просвіти відбулись важливі соціально-культурні зміни і зміни суспільного укладу, що вплинуло на формування системного підходу в пізнанні явищ навколишнього світу, в тому числі й до вивчення конфліктів. Ф. Бекон (1561-1626 рр.) одним із перших застосував системний підхід до аналізу причин соціальних конфліктів усередині країни.

Особливу цінність мають погляди представників класичної німецької філософії першої половині XIX століття - Іммануїла Канта (1724-1804 рр.), Георга Гегеля (1770-1831 рр.), Людвіга Фейєрбаха (1804-1872 рр.), які у своїх філософських працях розмірковували про найгостріші соціальні проблеми того часу, - проблему війни та миру.

У другій половині XIX - початок XX ст. істотний внесок у розвиток і розуміння загальної теорії конфлікту зробив Карл Маркс, розробивши вчення про суперечності і розвинувши модель конфлікту революційного класу і соціальної зміни.

Конфлікт у сучасному розумінні є складним, багатоплановим явищем, це невід'ємним елементом комунікаційного процесу в соціальному середовищі, який може мати як позитивні, так і негативні наслідки для його учасників. Конфлікти є невід'ємною частиною будь-якого робочого середовища, особливо в умовах високої напруги, які є характерними для медичних установ.

Науковці різних сфер неоднозначно описують конфлікт і все, що з ним пов'язане. Сучасна психологічна наука нараховує значну кількість дослідницьких праць, у яких розкрито зміст, особливості, наукові підходи до класифікації і визначено вплив конфліктів на людину, адже конфлікт зустрічається у всіх сферах життєдіяльності людини та супроводжує її на всіх

вікових етапах. Деякі вчені пов’язують виникнення конфлікту зі станом суспільства та його розвитком.

На відміну від інших наук, найглибше і найповніше поняття «конфлікту» вивчається психологією. У ряді наукових праць висвітлено наукові погляди й результати досліджень зазначеного явища. Представниками психологічної науки було зроблено значний внесок у розвиток і виокремлення конфлікту в окрему психологічну галузь - конфліктологію.

Для з’ясування суті конфлікту важливо виділити його основні ознаки, сформулювати умови його виникнення. Конфлікт завжди виникає на основі протилежно спрямованих мотивів і суджень, які можна вважати необхідною умовою виникнення конфлікту. Для конфлікту завжди характерно протиборство суб’єктів соціальної взаємодії, що виявляється через нанесення взаємного збитку (морального, матеріального, фізичного, психологічного тощо). Розглянемо більш детально сутність поняття «конфлікт».

Слово «конфлікт» походить від лат. conflictus - зіткнення, сутичка. За визначенням Академічного тлумачного словника, конфлікт - це зіткнення протилежних інтересів, поглядів; серйозні розбіжності; гостра суперечка [1].

Вільна енциклопедія Вікіпедія подає наступне визначення: «Конфлікт - зіткнення протилежних інтересів і поглядів, напруження і крайнє загострення суперечностей, що призводить до активних дій, ускладнень, боротьби, що супроводжуються складними колізіями» [44].

Автори О. Миронова, О. Мазоренко [59] визначають конфлікт як суперечність, яку людина сприймає як значущу життєву проблему, що вимагає свого розв’язання і викликає активність щодо її подолання.

На думку М. Примуш, конфлікт - це стосунки між суб’єктами соціальної взаємодії, які характеризуються протиборством за наявності протилежних мотивів (потреб, інтересів, цілей, ідеалів, переконань) чи суджень (думок, поглядів, оцінок тощо) [73].

Т. Лепейко та О. Миронова [52] зазначають, що конфлікт - це протиріччя, що виникає між людьми у зв’язку з рішенням тих чи інших питань

соціально-виробничого та особистого життя. Також автори надають і інше визначення: «Конфлікт - це боротьба за цінності, владу, ресурси, в якій цілями є нейтралізація, нанесення збитку або знищення суперника» [52] і наголошують на тому, що конфлікт, як зіткнення людських інтересів, є невід'ємною складовою людських відносин.

У дослідженнях німецько-британського соціолога Дарендорф Р. З зазначено: «Термін «конфлікт» я вживаю однаково для позначення суперечки, конкуренції, диспуту і напруженості, як і для відкритих сутичок поміж суспільними силами. Всі відносини поміж групами індивідів зі взаємно несумісними цілями, які в своїй більш загальній формі є бажанням для обох конкурентів отримати те, що є можливим лише для одного – в цьому розумінні є відносинами соціального конфлікту… Конфлікт може мати форму громадянської війни чи парляментських дебатів або добре регульованих переговорів…» [27].

Ральф Дарендорф запропонував одну з найповніших класифікацій конфліктів. Вона охоплює різні аспекти конфліктної взаємодії та включає такі типи: за джерелом виникнення (конфлікти інтересів, цінностей, ідентифікації); за соціальним наслідком (успішний, безуспішний, творчий або конструктивний, руйнівний або деструктивний); за масштабністю (локальний, регіональний, міждержавний, глобальний, мікро- , макро- , і мегаконфлікти); за формаю боротьби (мирний і немирний); за особливістю умови походження (ендогенний та ексогенний); по відношенню суб'єктів до конфлікту (справжній, випадковий, помилковий, латентний); за використаною сторонами тактики (битва, гра, дебати) [27].

Питання, пов'язані з розкриттям сутності конфлікту, його основних понять, типології конфліктів, їх причин і стратегій вирішення, умови запобігання конфліктам і рекомендації щодо конструктивного їх вирішення розкрито в наукових працях як вітчизняних, так і західних науковців (А. Анцупов, А. Бандурка, С. Головін, , В. Друзі, Е. Еріксон, Н. Коряк, Д. Майєрс, М. Пірен, Д. Скотт, Т. Титаренко, Р. Фішер, З. Фройд, А. Шипілов та ін.).

У межах психологічного підходу до вивчення конфлікту найбільш розробленою вважається психоаналітична традиція**,** оскільки саме конфлікт посідає центральне місце в теоретичних засадах психоаналізу. Цей напрямок акцентує увагу на внутрішніх суперечностях особистості, що лежать в основі міжособистісних і внутрішньоособистісних конфліктів.

Зиґмунд Фрейд тлумачить конфлікт як розщеплення психіки**,** яке виникає не через вроджену недосконалість психічної структури, а має динамічну природу. Це розщеплення є наслідком зіткнення протилежно спрямованих психічних сил**,** кожна з яких прагне домінування над іншою. У результаті активної взаємодії цих психічних утворень і відбувається внутрішній конфлікт [84].

Відповідно до класичної психоаналітичної концепції, людина за своєю природою є конфліктною істотою**.** Конфлікт постає не як випадкове чи виняткове явище, а як фундаментальний стан людського існування**.** Його суть полягає в постійному протистоянні антагоністичних внутрішніх сил - з одного боку, інстинктивного начала *«Воно»*, з іншого - морально-нормативного утворення *«Над-Я»*. Посередником між ними виступає *«Я»*, що намагається знайти компроміс і забезпечити внутрішню рівновагу [85].

Дойч М. стверджує, що конфлікт існує завжди там, де з’являються суперечні прагнення або дії. Ці суперечності можуть проявлятись у вигляді внутрішніх напружень (боротьби мотивів) або ж у формі ворожих дій між особами чи групами осіб за обмежені цінності чи ресурси [32].

Американський соціолог Л. Козер розробив концепцію «позитивнофункціонального конфлікту». Проаналізувавши конфлікт між особистостями і групами, Л. Козер вказує на відмінності між конфліктом і ворожими почуттями та установками. Під конфліктом Л. Козер пропонує розуміти «боротьбу за цінності й домагання через дефіцит статусу, влади, коштів, в якій цілі супротивників повинні бути нейтралізовані або обмежені їхніми суперниками». В своїй роботі «Функції соціальних конфліктів» він

підкреслював, що конфлікт несе не тільки деструктивні функції, в ньому закладений великий позитивний потенціал [40].

До негативних (деструктивних) функцій конфлікту Л. Козер відносить: погіршення відносин між конфліктуючими сторонами; втягнення великої кількості людей в конфлікт; звільнення деяких працівників з метою вирішення конфлікту; неадекватна поведінка і нерозуміння один одного; уявлення про опонентів як ворогів; бажання до перемоги, а не до вирішення проблем та непорозумінь тощо. До позитивних (конструктивних) функцій конфлікту належать: рух уперед до розвитку та певних змін, інновації та вдосконалення, отримання інформації, можливість утворення груп, організацій, згуртування однодумців, зменшення «синдрому покірності».

М.І. Пірен запропонувала класифікацію конфліктів за низкою ознак, зокрема: способом вирішення (насильницькі, ненасильницькі), змістом потреб (інтереси, погляди), природою виникнення (політичні, соціальні, економічні), напрямом дії (вертикальні, горизонтальні), ступенем прояву (відкриті, приховані), а також кількістю учасників (внутрішньоособистісні, міжособистісні, міжгрупові) [68].

У психології конфлікти поділяють на декілька основних видів залежно від характеру та значення ситуації:

1. За характером взаємодії: *внутрішньоособистісні* - виникають у межах однієї особистості як боротьба між почуттями (наприклад, симпатією чи антипатією) та моральним обов'язком; *міжособистісні* конфлікти - це конфлікти між окремими людьми, що виникають у процесі їхньої взаємодії.

2. За значенням і впливом на психіку у психології розрізняють такі види конфліктів: *конструктивні* - пов'язані з суперечностями у важливих для, особистості сферах життя чи професійної діяльності, можуть сприяти розвитку та пошуку оптимальних рішень; *деструктивні* - виникають на тлі незначних причин, не мають, об'єктивної ваги і, як правило, не несуть користі, натомість ускладнюють спілкування та відносини.

Під час дослідженням конфлікту, його природи, сутності вчені дійшли висновку, що найважливішою особливістю будь-якого різновиду конфлікту є характер людини і потреби, які вона прагне задовольнити. На цьому акцентував увагу і А. Маслоу, тому індивідуально-особистісні якості особистості характеризуються її індивідуально-психологічними властивостями та проявом емоційно-вольової сфери [57]. Отже, більшість дослідників переконані, що різноманітність конфліктів багато в чому залежить від причинно-наслідкових зв'язків. Причинами їх виникнення слугують реакції особистості в досягненні власних цілей (первинних і вторинних) [20].

Аналіз теоретичних наукових досліджень, присвячених проблематиці конфлікту та його історичним витокам, дозволяє стверджувати, що конфлікт є складним феноменом, який охоплює численні аспекти людського буття. Його прояви залежать від сфери життєдіяльності людини і можуть виникати в будь-якому середовищі, у будь-який час і між будь-якими учасниками. Конфлікт є не лише об'єктом наукового осмислення, але й фундаментальним елементом людського існування. Саме тому його дослідження є важливим кроком на шляху до вдосконалення міжособистісних стосунків, розвитку навичок ефективної комунікації та гармонізації соціальних процесів.

Дослідники у своїх працях значну увагу приділяють змісту поняття учасника або суб'єкта конфлікту. На думку вчених, учасником конфлікту може бути будь-яка людина, група людей, організація, які беруть у ньому участь. Сторонню особу, яка спостерігає за конфліктом і не має власного інтересу, науковці також відносять до учасників конфлікту. Суб'єктом конфлікту науковці вважають особу, групу людей, яка, які здатні створювати конфліктну ситуацію та впливати на її перебіг [78].

Психологами було виявлено, що на конфліктну модель поведінки людей впливають як об'єктивні фактори, так і суб'єктивні, які представляють цінності особистості, її внутрішні правила, думки, почуття, емоційні стани тощо. Конфліктні моделі поведінки - це такий стиль поведінки людини (фізична,

вербальна, непряма агресія, роздратування, негативізм, образа, підозрілість тощо), який детермінує виникнення конфліктів.

Психологи О. Миронова, О. Мазоренко, Л. Котлова визначають, що особистісним фактором у виникненні будь-якого конфлікту є рівень конфліктності особистості. Ученими розглянуто зміст поняття «конфліктна особистість», її рівні конфліктності й охарактеризовано чинники, які сприяють виникненню такого типу особистості [59]. Ученими Б. Бортун, Т. Марголіна, І. Свириденко, як зазначив у своїй праці Коваленко Ю., було визначено психологічні типи людей, які, на їх думку, відіграють важливу роль у генеруванні конфліктів. Такі психологічні типи вони пропонують визначати терміном «конфліктна особистість». Учені розподілили «конфліктну особистість» на такі типи: конфліктна особистість демонстративного типу, конфліктна особистість некерованого типу, цілеспрямовано конфліктний тип особистості [38].

Автори досліджень зазначають, що риси вдачі, вольові характеристики особистості, відчуття та звички, інтереси й мотиви суттєво впливають на виникнення та розвиток конфліктної ситуації і можуть стати причиною виникнення конфлікту. Також науковці виокремлюють декілька форм конфліктної поведінки людини, які було визначено відповідно до індивідуального рівня конфліктності самої особистості: активно-конфліктна поведінка (виклик); пасивно-конфліктна поведінка (відповідь на виклик); конфліктно-компромісна поведінка; компромісна поведінка». Учені-конфліктологи впевнені, що однією з причин виникнення конфліктності особистості може бути неузгодженість між Я-образами людини: Я-реальним і Я-ідеальним. Цю неузгодженість дослідники визначають як сприятливе підґрунтя для виникнення конфлікту, коли людина стоїть перед вибором: якою вона має бути і якою вона реально є. Значна увага науковців в дослідженні приділялася саме самооцінці особистості [50].

На думку О. Чалої, конфліктна особистість характеризується значною конфліктогенністю, що має глибоко внутрішню детермінацію, яка негативно

впливає на всі аспекти життєдіяльності людини та її міжособистісну взаємодію. Конфліктність визначається як перманентна риса особистості, яка акумулюється її природними задатками і соціальним досвідом. О. Чала відзначає, що конфліктність особистості формується внаслідок комплексної дії різних детермінант - особистісних (темперамент, рівень агресивності, рівень домагань, актуальний емоційний стан, акцентуація характеру і т.д.), соціально-психологічних (соціальні установки, цінності, ставлення до опонента, спрямованість у взаємодії «на себе» тощо), а також соціальних факторів, зокрема умов життя і діяльності, соціального оточення, загального культурного рівня [88].

Поєднання різних конфліктогенних рис у характері особистості зумовлює формування певних типів конфліктних осіб: демонстративного, ригідного, некерованого, надточного та умовно безконфліктного. Характеристики цих типів докладно представлені у працях таких дослідників, як Е. Берн, Р. Брємсон, С. Ємельянов, Ю. Мацієвський, Дж. Скотт та ін.

Дослідження мотивації поведінки обґрунтувало вплив низки об'єктивних чинників на характер конфліктної поведінки особистості, серед яких трансформація ціннісної свідомості в суспільстві, соціально-економічні чинники, війни, а також той факт, що особи, позбавлені родинного оточення, частіше схильні до психологічних криз, внаслідок чого їхня конфліктна поведінка є проявом соціальної дезадаптації, руйнування родинних зв’язків та перерозподілу соціальних ролей [65].

У наукових дослідженнях виділяють три базові типи поведінки особистості в умовах конфлікту: конструктивний, деструктивний та конформістський. Формування кожного з них залежить від змісту конфлікту, конкретних обставин ситуації, а також індивідуальних психологічних характеристик особи.

Конструктивна модель поведінки властива людям, які прагнуть уникнути конфлікту, знайти вирішення, яке задовольняє всіх. Люди, яким властива така модель поведінки, охоче вступають у переговори, прагнуть прояснити предмет

розходження поглядів і знайти шляхи їх урегулювання. Особи із конструктивною моделлю поведінки в конфлікті прагнуть залагодити конфлікт. Вони націлені на пошук такого рішення, яке задовольнить усіх, їм властива відмінна витримка і самовладання, до опонента ставляться досить приязно, відкриті, у спілкуванні лаконічні і небагатослівні.

Деструктивна модель поведінки притаманна особистостям, які не мають схильності до конструктивного розв'язання конфліктів і прагнуть їх загострення, іноді до фізичного знищення опонента. У повсякденному житті це можуть бути егоцентричні люди, схильні до скандалів; у трудовому колективі - особи, що провокують конфлікти; у соціальних групах - ініціатори масових заворушень та деструктивних дій.

Деструктивна модель поведінки в конфліктній ситуації виявляється у нехтуванні моральними нормами, порушенні прав інших, прагненні до ескалації, знеціненні особистості опонента, ворожому ставленні, недовірі та порушенні етичних норм спілкування. Основною метою для них є реалізація власних інтересів, навіть ціною загострення протистояння. До таких осіб можна віднести і людей, що обіймають великі державні посади і мають авторитарний стиль керівництва, вони прагнуть домінувати над іншими, нав'язувати свою волю та інтереси іншим. Прикладом може слугувати збройна агресія російської федерації проти суверенітету й територіальної цілісності України та поведінка путіна.

Конформістська модель поведінки притаманна особам, які в конфліктних ситуаціях здебільшого схильні до поступливості та підкорення, уникаючи активного протистояння. Такі люди зазвичай демонструють пасивність, несталість у власних оцінках і судженнях, легко приймають точку зору опонента, не виявляючи ініціативи до відстоювання власної позиції. Вони схильні уникати загострення проблем і, як правило, не прагнуть до вирішення конфліктів шляхом відкритого діалогу чи протиборства.

Конфліктна поведінка особистості зумовлюється впливом багатьох чинників. Найчастіше до конфліктів з оточенням схильні особи з ригідними

рисами характеру, яким властива низька гнучкість у сприйнятті альтернативних моделей поведінки, що суперечать їхнім переконанням і ціннісним орієнтирам. Такі індивіди зазвичай демонструють інертність, повільно адаптуються до нових умов, обмежені в соціальних контактах, мають виражений егоцентризм і схильні категорично відкидати можливість компромісу.

Виникненню конфліктних форм поведінки може сприяти також низький рівень розвитку свідомості та самосвідомості особистості. У цьому випадку людина не вміє зважувати можливі варіанти поведінки. Їй не подобається збирати додаткові відомості, аналізувати їх, замість цього вона швидко повідомляє своє рішення.

Аналізуючи особливості конфліктної поведінки особистості, можна зробити висновок, що вирішальне значення має ступінь цінності міжособистісних відносин для учасника конфлікту. Якщо один із суб'єктів не надає важливості стосункам з опонентом, його поведінка в конфліктній ситуації, як правило, набуває деструктивного характеру або виявляється в радикальних стратегіях. Натомість, висока значущість міжособистісних зв'язків для учасника конфлікту часто виступає важливим чинником, що спонукає до конструктивної поведінки та пошуку взаємоприйнятного вирішення проблемної ситуації.

Однією з найбільш відомих і вживаних у психології класифікацій конфліктних форм поведінки є модель, запропонована К. Томасом. Основою для поділу стратегій поведінки у конфліктних ситуаціях стала динаміка співвідношення двох показників: рівня наполегливості у відстоюванні власних інтересів і ступеня готовності враховувати інтереси іншої сторони [98].

Згідно з цією моделлю, К. Томас виокремлює п'ять базових стратегій поведінки у конфлікті:

1) суперництво - домінування власних інтересів за рахунок інтересів іншого;

2) уникнення - уникнення вирішення конфлікту або самого контакту;

3) пристосування - поступка заради збереження відносин;

4) компроміс - часткове задоволення інтересів обох сторін;

5) співпраця (співробітництво - пошук взаємовигідного рішення, що повністю задовольняє інтереси обох учасників.

Ця класифікація є важливим інструментом в аналізі міжособистісних та організаційних конфліктів.

В науці існує безліч підходів до виділення різних форм конфліктної поведінки та причин її виникнення. Аналізуючи особливості конфліктних форм поведінки особистості, слід зазначити, що вирішальну роль у виборі тієї чи іншої стратегії відіграє ступінь цінності міжособистісних відносин з іншим учасником конфлікту для конкретної особи. Беззаперечним є той факт, що прояви такої поведінки та внутрішні особливості особистості, а також її соціальне оточення тісно взаємопов’язані.

Можна зробити висновки про те, що в науці є безліч підходів до виділення різних форм конфліктної поведінки, причин її виникнення. Беззаперечним є той факт, що прояви такої поведінки та внутрішні особливості особистості, а також її соціальне оточення тісно взаємопов’язані [8].

Особливістю конфліктів у медичній сфері є їхній багатовимірний характер. Вони можуть виникати як між працівниками (через нерівномірний розподіл обов’язків, відмінності у професійних підходах), так і між медичним персоналом і пацієнтами або їхніми родинами. У цьому контексті важливо створити систему підтримки, яка дозволить швидко реагувати на такі ситуації, наприклад, через залучення медичних психологів або проведення тренінгів із врегулювання конфліктів.

Отже, теоретичний аналіз літературних джерел із зазначеної проблематики свідчить, що конфлікт і конфліктні форми поведінки перебувають у центрі уваги як вітчизняних, так і зарубіжних дослідників, що підкреслює актуальність та багатоаспектність цього феномена.

1.3. Психологічні особливості міжособистісних конфліктів в професійній взаємодії

Проблематика міжособистісних конфліктів тривалий час захоплювала дослідників і розроблялася представниками різних сфер спеціалістів з психології в усьому світі. Проблемі конфліктів і конфліктної взаємодії в професійній діяльності присвячено багато наукових досліджень як вітчизняних, так і зарубіжних науковців.

На сьогодні існує велика кількість наукових робіт, присвячених дослідженню теми міжособистісних конфліктів, такими дослідженнями займалися: А. Я. Анцупов, В. М. Басова, А. А. Єршов, В. І. Журавльова, Е. І., М. Дойч, Кіршбаум, Л. А. Петровська, Л. В. Сімонова, В. А. Фокін, Т. А. Чистякова та інші. Незважаючи на велику кількість досліджень і експериментів, загалом проблема міжособистісного конфлікту вивчена недостатньо, залишаються питання щодо загальноприйнятого визначення поняття конфлікту, відсутнє єдине розуміння динаміки конфлікту, недостатньо визначена роль емоцій, що виникають у конфлікті і супроводжують його, продовжується розробка проблеми висвітлення факторів, що впливають на сприйняття сторонами одно одної під час конфлікту [35].

Актуальність психологічного вивчення міжособистісних конфліктів є безперечною, оскільки знання їх сутності потрібне для того, щоб у будь-якій конкретній ситуації під час міжособистісного спілкування та професійної взаємодії прийняти правильне рішення щодо їх урегулювання.

Важливим аспектом успішності професійної взаємодії є взаєморозуміння. Саме від взаєморозуміння між співробітниками організації залежить, яким буде морально-психологічний клімат в організації, а від взаєморозуміння між діловими партнерами - які будуть між ними стосунки. Відсутність взаєморозуміння є однією з причин конфліктів.

У процесі спільної діяльності, спілкування, професійної взаємодії між окремими працівниками або групами людей можуть виникати різні суперечки, непорозуміння, певні неузгодження тощо. Цей процес цілком закономірний, адже кожна людина має власну систему цінностей, переконань, власну мету,

власні бажання. Якщо виникають непорозуміння внаслідок певних причин, стосунки ускладнюються, втрачається можливість ведення конструктивного діалогу, і може розпочатись міжособистісний конфлікт - протистояння між двома або більше людьми.

Міжособистісні конфлікти відносяться до найпоширеніших психологічних конфліктів. Вони охоплюють практично всі сфери людських відносин: сім'я; організація (колектив); суспільство (установи соціальної сфери (торгівля, сфера послуг та ін.), державні установи, суспільний транспорт, вулиця та ін.) [33].

Міжособистісний конфлікт - це тип конфлікту, який найчастіше виникає у професійній взаємодії, де в ролі учасників виступають дві або більше особи [72]. Виникнення міжособистісних конфліктів визначається ситуацією, особистісними особливостями людей, ставленням особи до ситуації та психологічними особливостями міжособистісних відносин.

До таких конфліктів можна віднести конфлікти типу «особистість-особистість», «особистість-група», «група-група» [35].

Трудові колективи є системами «особистість-особистість». В процесі трудових взаємодій, виконання своїх обов'язків працівники контактують між собою. У результаті цього виникають протилежні думки і позиції, емоційні переживання. Усі вони є елементами міжособистісного конфлікту в трудовому колективі.

Міжособистісні конфлікти в професійному середовищі є невід'ємною частиною трудової діяльності. Вони виникають через зіткнення інтересів, цінностей, цілей або особистісних особливостей працівників. Розуміння психологічних аспектів таких конфліктів є ключовим для забезпечення ефективної взаємодії в колективі та підтримання здорового психологічного клімату.

Різні автори так визначають міжособистісний конфлікт: «ситуації суперечностей, розбіжностей, зіткнень між людьми» [31]; «відкрите зіткнення людей у процесі їхніх взаємовідносин чи спільної діяльності, що виявляються у

вигляді протилежності цілей у якій-небудь конкретній ситуації і є несумісними» [63]; «вид взаємодії між сторонами у процесі вирішення проблеми у вигляді протидіяння однієї сторони іншій» [21]. Деякі дослідники вважають, що міжособистісні конфлікти виникають між двома особистостями [90]; інші зазначають, що «в міжособистісному конфлікті повинні бути присутні не обов'язково тільки два учасники, їх може бути і декілька» [63]; але підкреслюють обов’язкову наявність як «мінімум, двох сторін» [31].

Вагомий внесок у вивчення міжособистісних конфліктів здійснив Мортон Дойч, який у своїй теорії розглядає конфлікт як результат об’єктивного зіткнення інтересів сторін. Учений виокремлює два основні типи міжособистісної взаємодії - конкуренцію та кооперацію. Згідно з його концепцією, саме конкурентна взаємодія слугує джерелом конфлікту, оскільки досягнення цілей однієї сторони перешкоджає реалізації цілей іншої. Такий формат взаємодії супроводжується використанням стратегій тиску, обмеженням комунікативної взаємодії, зниженням акценту на подібності у ціннісних орієнтаціях та зростанням чутливості до суперечностей інтересів.

Кооперативна взаємодія, навпаки, розглядається як найбільш ефективна, оскільки характеризується відкритістю у спілкуванні, орієнтацією на спільність інтересів, готовністю до співпраці та взаємодопомоги.

М. Дойч також проводить диференціацію між конструктивним і деструктивним типами конфлікту. Конфлікт вважається конструктивним за умови досягнення взаємного задоволення сторін результатами розв’язання. Натомість деструктивний конфлікт характеризується тенденцією до ескалації, тобто виходом за межі початкових причин, що зумовлює його продовження навіть після усунення цих чинників.

Загалом, перспективу ефективного розв’язання конфліктної ситуації, як зазначають у своїй роботі вчені Равчина Т. В., Грабовська С. Ф., М. Дойч вбачає у колективному зусиллі учасників, спрямованому на вирішення проблеми, що має подібність до процесу пошуку рішень у творчих завданнях [75].

Спроби класифікації міжособистісних конфліктів здійснювались багатьма науковцями. Так, А.М. Гірник пропонує поділяти такі конфлікти залежно від основної причини їх виникнення на кілька типів: конфлікти інтересів, інформаційні конфлікти, організаційні (структурні), конфлікти у процесі спілкування (поведінки та взаємин), а також конфлікти, зумовлені розбіжністю у системах цінностей [21].

Окремі автори пропонують класифікувати конфлікти за формою їхнього прояву: як суперечка, чвари або сварка. Також існує поділ за рівнем гостроти протидії між учасниками - на суперництво та ізоляцію. Ще один підхід - класифікація за динамікою напруження, що включає такі стадії, як ворожість, сутичка і пряме зіткнення [30].

У процесі системного аналізу конфліктів зазвичай розглядають їхню структуру та складові елементи. У міжособистісному конфлікті такими елементами виступають учасники конфлікту, їхні індивідуальні риси, цілі та мотиви, прихильники сторін, а також першопричина протистояння. Структура конфлікту - це система взаємозв’язків між цими елементами. Оскільки конфлікт має динамічний характер, як його елементи, так і структура можуть змінюватися з часом.

У конфліктній ситуації виокремлюються суб'єкти та об'єкт конфлікту. До суб'єктів міжособистісного конфлікту належать учасники, які відстоюють власні інтереси та прагнуть досягти своїх цілей, діючи від свого імені. Об'єкт конфлікту - це те, на що претендують обидві сторони, тобто мета, до якої прагне кожен учасник. Предмет конфлікту - це суперечності, що виникають через несумісність інтересів [72].

Для ефективного управління конфліктами та їх конструктивного вирішення важливо глибоко усвідомлювати причини виникнення міжособистісних суперечностей. Фахівці виокремлюють низку чинників, які спричиняють конфліктні ситуації у професійному середовищі:

1) індивідуально-психологічні відмінності між людьми (темперамент, риси характеру тощо);

2) розбіжності у світогляді, системі цінностей;

3) несумісність особистих цілей і професійних інтересів;

4) різний рівень освіти;

5) відмінності в стилі поведінки та способі взаємодії;

6) психологічна несумісність;

7) неефективна комунікація, що спричиняє викривлене сприйняття ситуації.

Останній чинник особливо важливий, оскільки навіть за відсутності об'єктивних підстав для конфлікту може виникнути враження його наявності. Це трапляється тоді, коли учасники взаємодії неправильно інтерпретують слова, дії чи наміри одне одного. Подібне непорозуміння часто обумовлене браком живого спілкування, емоційної відкритості, небажанням або невмінням виявити доброзичливість, щирість і увагу до інших.

Серед чинників, що сприяють виникненню міжособистісних конфліктів В. Лінкольн виділяє наступні типи та форми їх прояву:

- інформаційні чинники, які проявляються у мимовільній дезінформації, ненадійності джерел інформації, неприйнятності інформації для однієї із сторін тощо;

- поведінкові чинники, що виявляються в недоречності, грубості, нетактовності, агресивності, егоїзмі тощо;

- міжособистісні чинники, які проявляються в незадоволеності від взаємодії між сторонами, невідповідності цінностей, інтересів, манер поведінки й спілкування, негативному досвіді відносин у минулому, низькому рівні довіри і авторитетності;

- ціннісні чинники: прихильність до групових традицій, цінностей, норм; релігійні, культурні, політичні й інші цінності; етичні цінності (уявлення про добро і зло, справедливість і несправедливість);

- структурні чинники: відносно стабільні об'єктивні обставини які важко піддаються змін (влада, система управління, норми поведінки, "правила гри"; соціальна приналежність) [43].

Міжособистісні конфлікти мають свої особливості, які зводяться до наступного:

1. У міжособистісних конфліктах протиборство людей відбувається безпосередньо, «тут і зараз», на основі зіткнення їх особистих мотивів.

2. У міжособистісних конфліктах виявляється весь спектр відомих причин: загальних і конкретних, об'єктивних і суб'єктивних.

3. Міжособистісні конфлікти для суб'єктів конфліктної взаємодії є своєрідним «полігоном» перевірки характерів, темпераментів, прояву здібностей, інтелекту, волі та інших індивідуально-психологічних якостей.

4. Міжособистісні конфлікти відрізняються високою емоційністю і поширенням на практично всі сторони відносин між конфліктуючими.

5. Міжособистісні конфлікти зачіпають інтереси не тільки конфліктуючих, але і тих, з ким вони безпосередньо пов'язані або службовими, або міжособистісними відносинами [43].

Згідно із загальними положеннями теорії конфліктів, усі міжособистісні конфлікти мають низку спільних характеристик:

1) наявність, як мінімум, двох сторін;

2) наявність зони незгоди між сторонами, яку не завжди можна легко розпізнати і межі якої є рухливими (можуть звужуватися та розширюватися);

3) мотиви кожної із сторін визначають процес, який називають формуванням цілі;

4) дії, які конфліктні сторони спрямовують одна проти одної (створення прямих чи опосередкованих перешкод, завдання шкоди майну чи репутації іншого, погрози, насильство, приниження);

5) однакові стадії розвитку конфлікту (передконфліктна, інцидент, ескалація, кульмінація, завершення конфлікту, постконфліктна ситуація);

6) приблизно однакові способи вирішення конфліктів.

Водночас міжособистісні конфлікти мають і свою специфіку. У кожному з них можна виділити дві взаємопов’язані складові:

1) змістова: наявність предмета суперечки, справи або питання, яке викликало незгоду;

2) психологічна: пов'язана з особистісними особливостями учасників конфлікту, з їхніми емоційними реакціями на причини конфліктів, на дії іншої сторони, на хід конфлікту, один на одного.

Важливим є те, що у міжособистісному конфлікті психологічна сторона часто затуляє собою змістову [30].

За спрямованістю впливу виділяють вертикальні й горизонтальні конфлікти. Міжособистісний конфлікт (вертикальний) виникає тоді, коли керівник виділяє між колег одного улюбленця, якому сходить все з рук, та постійно прискіпливо ставиться до інших за найменших дрібниць. Міжособистісний конфлікт (горизонтальний) виникає тоді, коли два працівники виконують одне завдання, але один працює на повну віддачу, а інший віддається без особливих зусиль.

Однією з ключових умов ефективної роботи команди, а також умова запобігання виникненню міжособистісних конфліктів у професійній взаємодії є збалансований розподіл ролей серед учасників команди. Модель Р. Белбіна виділяє дев’ять основних ролей, які забезпечують різні аспекти командної роботи [7, 92]. Їх можна згрупувати таким чином: завершувач, виконавець, формувальник(діяльні ролі); координатор, комунікатор, шукач ресурсів(соціальні ролі); генератор ідей, аналітик, спостерігач(інтелектуальні ролі).

У правильно структурованій команді, де всі ролі розподілені збалансовано, ймовірність конфліктів зменшується, оскільки кожен учасник виконує свою функцію та доповнює інших. Наприклад, генератор ідей може продукувати нові підходи, які згодом аналітик оцінює на практичність, а виконавець втілює в життя. Такий розподіл підвищує ефективність та допомагає уникнути дублювання функцій.

Успішне професійне спілкування у професійній взаємодії побудоване на вмінні розпізнати соціальний контекст ситуації, зрозуміти вербальну і

невербальну інформацію, правильно інтерпретувати поведінку і особливості особистості, вміти прогнозувати можливі негативні зміни поведінки.

Сьогодення ставить перед українським суспільством нові умови життя, що пов'язані з війною. Ці негативні явища призводять до екстремальних, напружених, стресогенних умов життя, які призводять до виникнення синдрому вигорання (деформацію внутрішнього світу людини).Синдром вигорання унеможливлює не лише продуктивну трудову діяльність, але й самореалізацію, психічне здоров'я особистості та задоволення життям. В головній групі ризику емоційного вигорання є люди, робота яких пов'язана з великою відповідальністю, сильним емоційним навантаженням, постійним контактом з людьми. До цієї категорії можна сміливо віднести медичних працівників, зокрема, лікарів.

На думку вчених, професійне вигорання - синдром, що розвивається на тлі хронічного стресу і веде до виснаження емоційно-енергетичних і особистісних ресурсів працюючої людини [89]. Даний синдром може виникати в ситуації інтенсивного професійного спілкування, під впливом багатьох внутрішніх і зовнішніх чинників, і проявляється як «приглушення» емоцій, втрата гостроти почуттів і переживань, збільшення частоти конфліктних ситуацій з колегами, байдужість і відсторонення від переживань іншої людини, втрата розуміння цінності життя, віри у власні сили тощо.

Проблема розгляду професійного вигорання як фактору, що визначає конфліктну поведінку фахівців, має виражений міждисциплінарний характер, оскільки торкається проблематики психології праці, соціології, психології особистості.

К. Маслач розглядала взаємозв'язок конфліктів з вигоранням: вони є джерелом стресу, що розвиває емоційне виснаження та негативні відчуття по відношенню до інших людей; якщо стосунки з колегами погані, людина не має можливості звернутися за допомогою, порадою до будь-кого, вона самотня у боротьбі з вигоранням. Збільшення числа конфліктних ситуацій через неадекватне сприйняття ситуації, що відбувається через стресовий стан одного з

учасників, досить часто призводить до конфліктів. Надмірний стрес створює проблеми як для особистості, так і для організацій при виконанні поставлених завдань [56].

Лікарі - представники професій «людина - людина» часто стають жертвами синдрому професійного вигорання. Серед основних професійних чинників, що зумовлюють результати дії тривалого стресу, можна виділити значне емоційне насичення актів взаємодії з пацієнтами, родичами пацієнтів та колегами в умовах тривалого психологічного та фізичного перенавантаження. Таким чином, професійна діяльність лікарів насичена стресогенними чинниками, головними з яких є інтенсивне спілкування з різними людьми впродовж тривалого часу з метою вирішення їх проблем, публічність, емоційно напружена атмосфера і постійний контроль правильності своїх дій.

Робота з людьми похилого віку, хронічно і смертельно хворими, які потребують постійного інтенсивного догляду, та новонародженими також пов’язана з підвищеним ризиком вигорання. Зважаючи на значне навантаження, особливо за кількістю пацієнтів, з якими працюють медичні сестри і лікарі, виявлено, що синдром вигорання проявляється неадекватним реагуванням на пацієнтів і колег, відсутністю емоційної залученості, втратою здатності до співпереживання пацієнтам, перевтомою, що призводить до редукції професійних обов’язків та негативного впливу роботи на особисте життя [81].

Професійне вигорання, що виникає внаслідок тривалого накопичення негативних емоцій без належного емоційного розвантаження, призводить до психологічної перевтоми та внутрішнього виснаження. Цей стан нерідко супроводжується підвищеною дратівливістю, емоційною нестабільністю, деформацією особистісної поведінки та порушенням гармонії у спілкуванні з колегами. У результаті зростає напруга в міжособистісних стосунках, що створює сприятливе підґрунтя для виникнення та загострення міжособистісних конфліктів у професійному середовищі. Окрім того, вигорання знижує мотивацію до виконання службових обов’язків, що ще більше ускладнює взаємодію в колективі та сприяє виникненню міжособистісних конфлікті.

Задля уникнення синдрому професійного вигорання лікарям необхідно розраховувати та обдумано розподіляти всі свої професійні навантаження, навчитися переключатися з одного виду діяльності на інший, уникати або намагатись конструктивно вирішувати міжособистісні конфлікти на роботі.

Особливість і значимість міжособистісних конфліктів у професійній взаємодії полягає в тому, що вони можуть проходити незалежно від ділової сфери життя організації, і вони є складовою та видом ділових конфліктів. Ділові конфлікти в результаті проявляються як міжособистісні, і набувають етичної та психологічної форми.

Тому знання особливостей міжособистісних конфліктів та вміння розв'язувати конфліктні ситуації є важливою складовою комунікативних здібностей у діловій (професійній, виробничій) діяльності будь-якої людини.

Для попередження та вирішення міжособистісних конфліктів важливо впроваджувати ефективні стратегії управління конфліктами, покращувати комунікацію та створювати сприятливу організаційну культуру.

Серед найбільш адекватних методів профілактики конфліктів виокремлюють такі, як: рання діагностика конфлікту й виявлення його причин, з метою запобігання його розростання; позбавлення негативних емоцій через види діяльності, що не заподіють шкоди опонентові; зміна характеру сприйняття учасників конфлікту; метод послідовних взаємних вчинків; перемовини учасників конфлікту; звернення до посередника.

Вирішення міжособистісних конфліктів у професійній взаємодії передбачає: виявлення та усвідомлення прихованих конфліктів; обхід відкритих конфліктів; фактичне розв'язання відкритих конфліктів (основними стратегіями конфлікту варто вважати співпрацю, суперництво, компроміс, пристосування).

Прогнозування конфліктів спирається на знання психології особистості, соціально-психологічних закономірностей, закономірностей економічного життя суспільства, правових механізмів, соціальних та міжособистісних конфліктів: сутності, динаміки, особливостей розвитку, класифікації, причинно-наслідкових зв'язків тощо [62].

Здатність конструктивного впливу на міжособистісний конфлікт можна розглядати як асертивність, тобто вміння особистості адаптуватись до нової ситуації, її волю, переконливість, настанови, цінності, які вона відстоює. Таким чином, асертивність характеризується як властивість особистості, яка є впевненою у собі, вміє відстоювати свою думку, демонструвати вольові якості та, водночас, терпимість до протилежної точки зору [55].

Розглядаючи асертивну поведінку саме як «неконфліктну поведінку», , Л. Марчук [55] виділяє такі її характеристики:

1) повага до себе, почуття власної гідності, чесність, протидія маніпуляції;

2) повага до інших, дружелюбність, визнання права іншого на власну точку зору, позицію, невикористання стосовно інших маніпулятивних технологій;

3) використання під час вирішення конфліктних ситуацій принципу співробітництва.

І. Козич [41] розглядає асертивність як компонент конфліктологічної компетентності, наголошуючи на тому, що обидва терміни мають на увазі гідну, правильну поведінку в конфліктах, рівень обізнаності індивіда у варіантах стратегій конфліктуючих сторін і здатність сприяти конструктивній взаємодії в конкретному конфлікті. І. Козич вважає, що асертивна поведінка сприяє успішному вирішенню проблем у різних сферах життя і цю поведінку можна формувати шляхом тренування в розв’язанні конфліктних ситуацій, у розробці способів їх профілактики і подолання. Такий стиль конфліктної поведінки, як співробітництво, на думку дослідниці, можна назвати синонімом як асертивності, так і конфліктологічної компетентності.

У своєму дослідженні Д. Еймс, Е. Лі та Е. Вацлавек аналізують різноманітні стилі поведінки в умовах конфлікту, акцентуючи увагу на різному рівні наполегливості в захисті власних інтересів. Цю характеристику вони визначають як міжособистісну асертивність [91].

Таким чином, учені підкреслюють наявність тісного взаємозв’язку між рівнем асертивності особистості та обраними стилями поведінки в конфліктних

ситуаціях. Зокрема, низьку асертивність вони асоціюють зі схильністю до уникнення чи пристосування, тоді як високий рівень асертивності пов’язаний зі схильністю до суперництва. Оптимальний рівень асертивності, на думку дослідників, відповідає таким конструктивним стилям, як компроміс і співробітництво. Особливу увагу звертають на гнучкість поведінки асертивної особистості, що забезпечує здатність обирати найбільш адекватну стратегію взаємодії відповідно до конкретної ситуації. У результаті, асертивність виступає важливим чинником конструктивного розв’язання конфліктів, а її достатній рівень можна розглядати як психологічну умову ефективного впливу в конфліктній взаємодії.

Розвинений емоційний інтелект особистості є важливим чинником, що значною мірою впливає на її здатність конструктивно вирішувати конфліктні ситуації.

Психологи Пітер Саловей, Джон Мейєр та Девід Карузо трактують емоційний інтелект як здатність розпізнавати емоційні сигнали, викликати емоції тоді, коли вони сприяють мисленню, а також регулювати їх у спосіб, який підтримує продуктивну когнітивну діяльність [95]. Інакше кажучи, це здатність розуміти як власні, так і чужі емоції, ефективно взаємодіяти з оточенням, зберігаючи контроль над емоційними реакціями навіть у складних і напружених життєвих обставинах.

Американський дослідник Деніел Ґоулман визначає емоційний інтелект як здатність усвідомлювати та розпізнавати емоції - як власні, так і інших людей - з метою саморегуляції та ефективного управління взаєминами [22].

Емоційний інтелект позитивно впливає на конструктивну поведінку в конфліктних ситуаціях завдяки таким його складовим: емпатія, саморегуляція, соціальні навички, ситуаційне розуміння, збалансоване емоційне вираження.

Отже, високий рівень розвитку емоційного інтелекту сприяє покращенню комунікації, зниженню напруження у міжособистісних взаєминах та підвищує ефективність вирішення. конфліктів Важливо зазначити, що емоційний інтелект - це навичка, яка може бути розвинена через спеціальне навчання та практичне

застосування в реальному житті. Це надає підстави розглядати емоційний інтелект як одну з ключових психологічних умов конструктивної взаємодії у конфліктних ситуаціях.

Оскільки ймовірність вирішення конфліктів на початковій фазі значно вища, то слід наголосити на тому, що конфлікт легше попередити, ніж його вирішити. М. І. Пірен приділяє багато уваги профілактиці конфліктів: «Профілактика конфліктів - це сукупність напрямків, методів управління організацією, які зменшують ймовірність виникнення конфліктів» [68]. Первинна профілактика полягає у психологічній освіті, а вторинна передбачає роботу в групах з високим конфліктним потенціалом.

Важливе значення у профілактиці міжособистісних конфліктів у професійній взаємодії має створення сприятливої атмосфери праці, доброзичливих міжособистісних стосунків між членами колективу, уміння обирати найбільш правильні способи вирішення конфліктів, індивідуальний підхід до кожного члена колективу.

Однією із складових професійної компетентності будь-якого фахівця має бути конфліктологічна компетентність.

Конфліктологічна компетентність - це система наукових знань про конфлікт та вмінь керувати ними; вона передбачає певний рівень знань і якостей особистості з аналізу, управління й самоуправління конфліктами.

Низький рівень конфліктологічної компетентності може за певних умов загальмувати професійну кар'єру фахівця, загострити внутрішньоособисті та міжособистісні конфлікти.

Отже, конфліктологічну компетентність можна розглядати як рівень обізнаності людини про діапазон можливих стратегій поведінки сторін конфлікту, вміння конструктивно взаємодіяти у вирішенні міжособистісних конфліктів у процесі професійної взаємодії.

Готовність лікаря до продуктивної взаємодії в конфліктних ситуаціях обумовлена багатьма психологічними характеристиками лікаря, які разом

утворюють структуру готовності до продуктивної взаємодії: мотиваційного, організаційного, когнітивного, емоційного та комунікативного компонентів.

Усе вищезазначене вказує на те, що міжособистісні конфлікти виникають в процесі професійної діяльності, є невід'ємною частиною і необхідною умовою для її розвитку.

Таким чином, узагальнення теоретичних підходів до вивчення міжособистісних конфліктів свідчить про різноманітність чинників, які сприяють їх виникненню та багатогранність їх прояву у професійній взаємодії.

Висновки до розділу І

Аналіз наукових джерел, викладений у трьох частинах роботи, дозволяє сформувати цілісне уявлення про взаємозв'язок між комунікативною компетентністю особистості та її поведінкою в умовах конфліктної взаємодії у професійному середовищі.

У першій частині розкрито багаторівневу структуру комунікативної компетентності як складного психолого-соціального феномена. Це утворення трактується як інтегративна якість, що поєднує знання, навички, установки та мотивацію до ефективного спілкування. Комунікативна компетентність виявляється ключовим чинником у процесі соціалізації, професійного становлення та міжособистісної адаптації. Визначено, що вона є передумовою успішної діяльності в професіях типу «людина - людина», оскільки саме ефективна комунікація забезпечує взаєморозуміння та узгодженість дій.

Друга частина присвячена аналізу конфлікту як фундаментального соціально-психологічного явища. Показано, що конфлікти не лише неминучі, але й функціонально необхідні для соціального розвитку та самореалізації особистості. Висвітлено історичну динаміку трактування конфліктів: від філософських уявлень до сучасного наукового аналізу. Особливу увагу приділено конфліктам як елементу комунікативної взаємодії, що виникає на основі протиріч у потребах, інтересах, переконаннях, емоційних станах.

Уточнено, що важливими є не лише зовнішні обставини, а й внутрішні установки і рівень розвитку комунікативних навичок.

У третій частині досліджуються міжособистісні конфлікти в професійному середовищі, які є найпоширенішим видом конфліктів і прямо пов’язані з рівнем сформованості комунікативної компетентності. Детально описано психологічні чинники, що впливають на сприйняття конфліктної ситуації, динаміку розвитку конфлікту, його наслідки та можливі стратегії розв’язання. Підкреслено важливість конструктивного підходу до конфлікту, що базується на емпатії, кооперації та вмінні вести діалог.

Узагальнюючи, можна стверджувати, що комунікативна компетентність не лише знижує ймовірність деструктивної конфліктної поведінки, а й виступає ресурсом для її профілактики та конструктивного вирішення. Уміння розпізнавати емоції, адекватно інтерпретувати вербальні й невербальні сигнали, чітко формулювати думки, слухати та чути опонента - усе це критично важливо у професійному контексті, особливо в умовах високої емоційної напруги або стресу.

З метою запобігання конфліктної поведінки лікарів з колегами, зменшення конфліктних ситуацій, для запобігання серйозних порушень та з метою уникнення медичних помилок, важливо проводити їх профілактику або вирішувати на ранній стадії. Цьому допоможе вдала комунікація, емоційна стабільність та впевненість лікаря у своїх діях, їх послідовність та відповідність сучасним алгоритмам, встановлення довірливих стосунків у колективі.

Отже, високий рівень комунікативної компетентності є не лише запорукою особистісного й професійного зростання, а й ключовим інструментом ефективного управління конфліктами у професійному середовищі, що потребує подальшого міждисциплінарного вивчення у сучасних умовах соціальних трансформацій.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ЛІКАРЯ ЯК ЧИННИКА ЗАПОБІГАННЯ КОНФЛІКТНОЇ ПОВЕДІНКИ З КОЛЕГАМИ

2.1. Методи та організація емпіричного дослідження

Сучасний світ медицини, зокрема, лікувального процесу, постійно змінюється, особливо в контексті взаємодії з пацієнтами та колегами. Комунікативна компетентність лікарів визнається важливим аспектом професійної діяльності, який впливає на якість комунікації, конфліктну поведінку, вирішення конфліктних ситуацій та ефективність командної взаємодії. В даному розділі ми фокусуємося на емпіричному дослідженні комунікативної компетентності лікарів як чинника запобігання конфліктної поведінки з колегами. Основна мета - дослідити роль комунікативної компетентності лікаря як чинника запобігання конфліктів у професійній діяльності в умовах стаціонару.

Емпіричне дослідження було проведене з дотриманням положень Етичного кодексу психолога. Було забезпечено дотримання принципу конфіденційності - інформація, отримана під час дослідження, не розголошувалася, а подавалася виключно в узагальненому вигляді. Використовувався надійний та валідний психодіагностичний інструментарій. Дотримано принципів науковості та системності, що передбачали обґрунтоване збирання, аналіз та інтерпретацію даних, а також усвідомлення відповідальності дослідника за достовірність і коректність отриманих результатів.

Емпіричне вивчення особливостей комунікативної компетентності лікарів як чинника запобігання конфліктної поведінки з колегами проводилося у три етапи:

перший етап: теоретичний аналіз наукової літератури з теми дослідження, визначення підходів до вивчення комунікативної компетентності та конфліктної поведінки;

другий етап: здійснення підбору надійного пакету психодіагностичного інструментарію, формування дослідної вибірки, здійснення емпіричного дослідження особливостей комунікативної компетентності лікарів як чинника запобігання конфліктної поведінки з колегами в умовах стаціонару;

третій етап: кількісний та якісний аналіз числових даних, інтерпретація результатів дослідження, перевірка робочої гіпотези.

Емпіричне дослідження комунікативної компетентності лікарів як чинника запобігання конфліктної поведінки з колегами проводилося на базі Комунального підприємства «Центральна міська лікарня м. Олександрії» Олександрійської міської ради Кіровоградської області. В дослідженні взяли участь 20 лікарів стаціонару хірургічного та терапевтичного відділень віком 28-68 років, з них 7 жінок і 13 чоловіків.

При виборі психодіагностичних методик для вивчення психологічних чинників ролі комунікативної компетентності лікаря як чинника запобігання конфліктів у професійній діяльності в умовах стаціонару ми врахували результати теоретичного аналізу феномену комунікативної компетентності як особистісного утворення, поняття конфлікту та конфліктної поведінки як предмет психологічного аналізу та психологічні особливості міжособистісних конфліктів у професійній взаємодії, а також вплив соціального інтелекту на вирішення конфліктних ситуацій. Соціальний інтелект є ключовим елементом управління конфліктами в будь-якій професійній діяльності, включаючи і медичну практику. Медичні працівники з високим рівнем соціального інтелекту здатні краще відчувати потреби пацієнтів, більш відкриті до співпраці з колегами, можуть швидше виявити причину конфлікту та працювати над його вирішенням.

Для проведення дослідження було обрано наступні діагностичні методики:

1. Методика К. Томаса «Визначення стилю поведінки в конфліктній ситуації».

2. Методика діагностики оцінки самоконтролю у спілкуванні (за М. Снайдером).

3. Стратегії подолання стресових ситуацій (шкала «асертивні дії»; за С.Хобфолл).

4. Шкала соціального інтелекту Тромсе (TSIS).

5. Методика діагностики перешкод у встановленні емоційних контактів (за В. Бойко).

1. **Тест за методикою К. Томаса «Визначення стилю поведінки в конфліктній ситуації»** базується на моделі Томаса-Кілмана, яка представляє п1ять основних стилів поведінки в конфліктній ситуації: уникнення, пристосування, конкуренція, компроміс та співпраця.

Тест за методикою К. Томаса «Визначення стилю поведінки в конфліктній ситуації» є діагностичним інструментом, який дає можливість індивіду визначити, який з п'яти стилів поведінки найчастіше використовується при вирішенні конфліктних ситуацій та допомагає зрозуміти власні реакції.

Ця модель базується на двох ключових параметрах: спробах задовольнити свої власні потреби (асертивність) та спробах задовольнити потреби інших (співпраця). Ці параметри комбінуються, формуючи п'ять стилів поведінки: конкуренція, пристосування, уникнення, компроміс та співпраця. При стилі конкуренції особа прагне домінувати, при пристосуванні - відмовляється від своїх інтересів на користь інших, у стилі уникнення особа ухиляється від конфлікту, у компромісі обидві сторони намагаються знайти золоту середину, а при співпраці обидві сторони прагнуть до оптимального рішення для всіх.

Тест пропонує респондентам ряд конфліктних ситуацій, а на основі їх відповідей визначається, який стиль поведінки вони найчастіше використовують. Цей інструмент може бути корисним для покращення міжособистісних відносин, особистісного розвитку та командної взаємодії.

Методика Томаса-Кілманна спрямована на визначення особливостей поведінки особи в ситуації конфлікту (ТКІ). Оцінюючи результати за різними шкалами, можна зрозуміти, які форми поведінки домінують у конфліктних взаєминах. Найвиразнішим вважається той стиль, який отримав найбільше балів.

Суперництво передбачає насадження власних поглядів на опонента. Це може бути виправдано, коли рішення корисне для всього колективу, а не лише для однієї особи, коли результат є ключовим для ініціатора стратегії або коли час на дискусії відсутній.

Співпраця визнається як найкраща тактика в конфлікті, оскільки вона підтримує конструктивний діалог і розглядає опонента не як противника, а як партнера.

Компроміс має на меті завершення конфлікту через часткове задоволення потреб обох сторін, в той час як уникнення орієнтоване на мінімізацію конфлікту замість його розв'язання. Ця стратегія може бути відповіддю на довготривалий конфлікт.

Пристосування або поступка означає відмову від конфронтації та від своїх позицій, і це може бути обумовлено різними чинниками: усвідомленням власної помилки, бажанням підтримувати гарні взаємини або мінімізувати конфлікт.

Експерти вважають за краще комбіноване використання всіх п'яти стратегій, де кожна має середнє значення між 5 та 7 балами. Відхилення від цього стандарту може свідчити про надмірне або недостатнє використання певних тактик [61] (Додаток А).

2. З метою оцінки рівня самоконтролю у спілкуванні як чинника запобігання конфліктів у професійній діяльності лікарів в умовах стаціонару було застосовано **Методику діагностики рівня самоконтролю у спілкуванні (за М. Снайдером)** [80]. Зазначений чинник безпосередньо впливає на формування поведінкового та емоційного компонентів комунікативної компетентності, що особливо важливо в умовах взаємодії та професійної самореалізації лікарів.

Методика була розроблена американським психологом Марком Снайдером (Mark Snyder) у 1974 році для дослідження здатності особистості регулювати власну поведінку відповідно до соціального контексту. Вона дозволяє визначити рівень самоконтролю у міжособистісному спілкуванні: низький, середній або високий, що, у свою чергу, слугує індикатором гнучкості та ефективності комунікативної поведінки, тобто здатності адаптувати свою поведінку до ситуацій і очікувань інших людей.

Згідно концепції М. Снайдера, люди з високим комунікативним контролем постійно стежать за собою, добре обізнані, де і як себе вести. Легко управляють своїми емоційними проявами. Вони не люблять непрогнозованих ситуацій. Люди з низьким комунікативним контролем безпосередні і відкриті, але можуть сприйматися оточуючими як занадто прямолінійні, нав'язливі та конфліктні [70].

У нашому випадку, при дослідженні психологічних чинників запобігання конфліктів у професійній діяльності лікарів в умовах стаціонару, вважається, що високий комунікативний контроль необхідний лікарю для реалізації професійної взаємодії з метою контролю власних висловлювань, емоційних та поведінкових проявів (Додаток Б).

3. У дослідженні було використано **методику С. Хоббфолла «Стратегії подолання стресових ситуацій» (Strategic Approach to Coping Scale, SACS)**, яка дозволяє визначити дев’ять моделей копінг-поведінки: асертивні дії, вступ у соціальний контакт, пошук соціальної підтримки, обережні дії, імпульсивні дії, уникнення, маніпулятивні (непрямі) дії, асоціація дії, а також обчислення загального індексу конструктивності.

Методика містить 54 твердження, які досліджувані мають оцінити від 1 до 5. В дослідження ми використали шкалу «асертивні дії».

В основу методики С. Хобфолла покладено запропоновану автором багатовісьову модель «поведінки подолання». Така поведінка розглядається ним як стратегії, свого роду тенденції, а не як окремі типи поведінки.

Розроблена С. Хобфоллом модель має дві основні вісі: просоціальну - асоціальну, активну - пасивну й одну додаткову: пряму - непряму. Дані вісі являють собою виміри загальних стратегій подолання. У результаті стратегії подолання й моделі поведінки (дії) можна співвіднести їх у такий спосіб: активна - асертивні дії; пасивна - така, що містить обережні дії й уникання; просоціальна - така, що передбачає входження в соціальний контакт і пошук соціальної підтримки; асоціальна - асоціальні й агресивні дії, пряма - імпульсивні дії, непряма - маніпулятивні дії.

Досліджуваним пропонувалися твердження щодо поведінки в напружених (стресових) ситуаціях, які необхідно оцінити в балах залежно від їхньої відповідності власним діям, після чого обраховувалися показники за шкалою «Асертивні дії» [83].

Таким чином, методика SACS забезпечує структурований підхід до вивчення індивідуального стилю подолання стресу, дозволяючи виділити як конструктивні, так і деструктивні тенденції поведінки (Додаток В).

4. «Шкала виміру соціального інтелекту Тромсе (Tromso Social Intelligence Scale, TSIS)» базується на концепції соціального інтелекту як набору специфічних навичок, які допомагають особі ефективно взаємодіяти з іншими людьми.

TSIS вимірює три основних аспекти соціального інтелекту:

1. Соціальний інформаційний обробник (здатність розуміти мотиви, почуття і думки інших людей).

2. Соціальні навички (навички, необхідні для ефективного спілкування з іншими).

3. Соціальне впорядкування (здатність передбачати, як будуть розвиватися соціальні ситуації на основі інформації про інших).

Щоб оцінити ці аспекти, TSIS включає в себе ряд тверджень, до яких респондентам пропонується висловити свою згоду або незгоду на певній шкалі. Результати потім обчислюються, і на основі отриманих даних можна визначити рівень соціального інтелекту респондента.

Цей тест може бути корисним для дослідників, які зацікавлені у вивченні міжособистісних навичок або ефективності спілкування, а також для психологів і консультантів, які працюють з клієнтами над покращенням їхніх соціальних навичок.

Згідно з авторами D.H.Silvera, M.Martinussen та T.I.Dahl, їхня методика відображає всю складність сучасних понять про соціальний інтелект, дозволяючи адекватно відповідати на запитання про різні підходи до його визначення. Однією з ключових переваг цього інструменту є його багатоаспектність, яка забезпечує змогу враховувати різноманітність в поглядах на соціальний інтелект.

Учасникам дослідження пропонуються 21 твердження, яке вони оцінюють за семибальною шкалою, де 7 - це максимальний бал (Додаток Г). Найвищий можливий бал за цією методикою складає 49 балів.

Цей інструмент було обрано через його простоту застосування та аналізу, а також завдяки його ефективності, підтвердженій у європейських країнаї. Тост Тромсе демонструє високу валідність, надійність і є досить простим у застосуванні [61].

5. **Методика діагностики перешкод у встановленні емоційних контактів (за В. Бойко)** дозволяє визначити причини, що заважають встановлювати емоційні контакти з партнерами, знайти емоційні проблеми у повсякденному спілкуванні.

Методика діагностики «перешкод» у встановленні емоційних контактів (В. Бойко) включає в себе 25 питань, де потрібно прочитати судження і дати відповідь «так» чи «ні» [2]. В підсумку проводяться висновки самооцінки за шкалами: «Невміння керувати емоціями, дозувати їх», «Неадекватне емоційне вираження», «Домінування негативних емоцій», «Негнучкість, нерозвинутість, невиразність емоцій», «Небажання зближатися з людьми на емоційній основі». Сумарна кількість балів може коливатися від 0 до 25, де чим більша сума балів, тим більше виражена емоційна проблема в повсякденному спілкуванні.

Відповідно до сумарної кількості балів також оцінюються перешкоди в спілкуванні за такими шкалами:

- якщо не більше 5 балів - емоції зазвичай не заважають Вам спілкуватися;

- 6-8 балів - у Вас є деякі проблеми в повсякденному спілкуванні;

- 9-12 балів - свідчать про те, що Ваші «емоції на кожень день» певною мірою ускладнюють Вам спілкування з оточуючими;

- 13 балів і більше - емоції явно заважають вам встановлювати контакти з людьми, можливо, Ви підпадаєте під вплив деяких дезорганізуючих реакцій чи станів.

Конкретними перешкодами, котрі виникають, є пункти, за якими опитувана людина набрала 3 і більше балів.

Таким чином, методика діагностики бар'єрів («перешкод») у встановленні емоційних контактів спрямована на виявлення рівня емоційної ефективності в спілкуванні, а також на виявлення типу емоційних перешкод (Додаток Д).

Описані вище методики дозволяють нам оцінити рівень комунікативної компетентності лікарів як чинника запобігання конфліктної поведінки з колегами в умовах стаціонару та визначити психологічні чинники, які детермінують її розвиток.

Використання всіх вище наведених нами методик дало можливість отримати якісні результати, які висвітлюють максимально повну картину рівня комунікативної компетентності лікарів як чинника запобігання конфліктної поведінки з колегами. Слід зазначити, що не існує жодної методики, яка б дала можливість оцінити і визначити цей феномен у повній мірі.

Завдяки цим результатам нам вдалося розробити психологічну програму вдосконалення комунікативної компетентності лікарів, яка представлена в наступному розділі дослідження.

2.2. Результати емпіричного дослідження

З метою виявлення особливостей стилів поведінки в конфліктних ситуаціях, які відображають рівень сформованості комунікативної компетентності, було проведено емпіричне дослідження серед лікарів стаціонарних відділень.

Комунікативна компетентність лікарів як чинник запобігання конфліктної поведінки може бути представлена:

- комунікативною толерантністю та індивідуальним стилем реагування лікаря на конфлікти, що сприяє вибору ефективної стратегії взаємодії з колегами (методика К.Томаса);

- здатністю контролювати процес спілкування (тест М. Снайдера);

- оцінкою здатності лікаря конструктивно і впевнено взаємодіяти в стресових ситуаціях, що є ключовим чинником запобігання конфліктам з колегами (шкала «асертивні дії», С. Хобфолл);

- здатністю лікаря розуміти, інтерпретувати та ефективно реагувати на соціальні сигнали, що сприяє зниженню конфліктності у професійному середовищі (шкала соціального інтелекту Тромсе (TSIS);

- виявленням внутрішніх бар'єрів, що ускладнюють ефективну комунікацію лікаря та можуть спричиняти професійні конфлікти (методика діагностики перешкод у встановленні емоційних контактів (В. Бойко).

Для визначення домінуючих стратегій поведінки у конфліктних ситуаціях була використана методика К. Томаса «Визначення стилю поведінки в конфліктній ситуації». Ця методика дає змогу визначити, наскільки учасники дослідження схильні до використання одного з п'яти стилів поведінки: суперництво, співпраця, компроміс, уникнення, пристосування.

Результати дослідження узагальнено в таблиці 2.2.1.

Таблиця 2.2.1

Стиль поведінки в конфліктній ситуації

Стиль поведінки в конфлікті	**Кількість лікарів**	**% від загальної кількості**

Співпраця	6	30%
Компроміс	5	25%
Уникнення	4	20%
Пристосування	3	15%
Суперництво	2	10%

Аналіз результатів показав, що найбільш поширеним серед лікарів є стиль співпраці (30%), що свідчить про прагнення до конструктивного розв’язання конфліктів, відкритість до діалогу, готовність враховувати позицію іншого. Це є ознакою високої комунікативної культури та емоційної зрілості.

Компроміс (25%) також часто обирається як стратегія поведінки, що вказує на готовність до взаємних поступок задля збереження професійних відносин.

Водночас 20% респондентів продемонстрували схильність до уникнення конфліктів, що може бути проявом уникнення відповідальності або емоційного виснаження. Пристосування (15%) свідчить про бажання зберегти гармонію ціною власних інтересів. Найменш поширеним виявився стиль суперництва (10%), що може вказувати на низький рівень конфронтаційності в професійному середовищі лікарів.

Спостерігалися також деякі гендерні та вікові відмінності. Так, жінки частіше вдавалися до пристосування, тоді як чоловіки - до співпраці або суперництва. Молодші лікарі частіше обирали компроміс, а старші - співпрацю або уникнення, що може бути пов’язано з професійним досвідом та сформованими стратегіями поведінки.

Результати дослідження дозволяють зробити висновок, що більшість лікарів орієнтовані на конструктивне вирішення конфліктів, однак певна частина фахівців демонструє неадаптивні стилі (уникнення, пристосування), що вказує на потребу в розвитку їхньої комунікативної компетентності через навчальні програми, тренінги з асертивної поведінки та психологічну підтримку в умовах професійного вигорання.

З метою глибшого розуміння специфіки комунікативної компетентності лікарів, було проведено додатковий аналіз результатів дослідження з урахуванням відділення (хірургічне і терапевтичне) та порівняння з наявними нормативними показниками, описаними в науковій літературі.

Розподіл стилів поведінки за відділеннями подано у таблиці 2.2.2.

Таблиця 2.2.2

Розподіл стилів поведінки за відділеннями

Стиль поведінки	Хірургічне відділення	Терапевтичне відділення
Співпраця	4	2
Компроміс	2	3
Уникнення	1	3
Пристосування	1	2
Суперництво	2	0

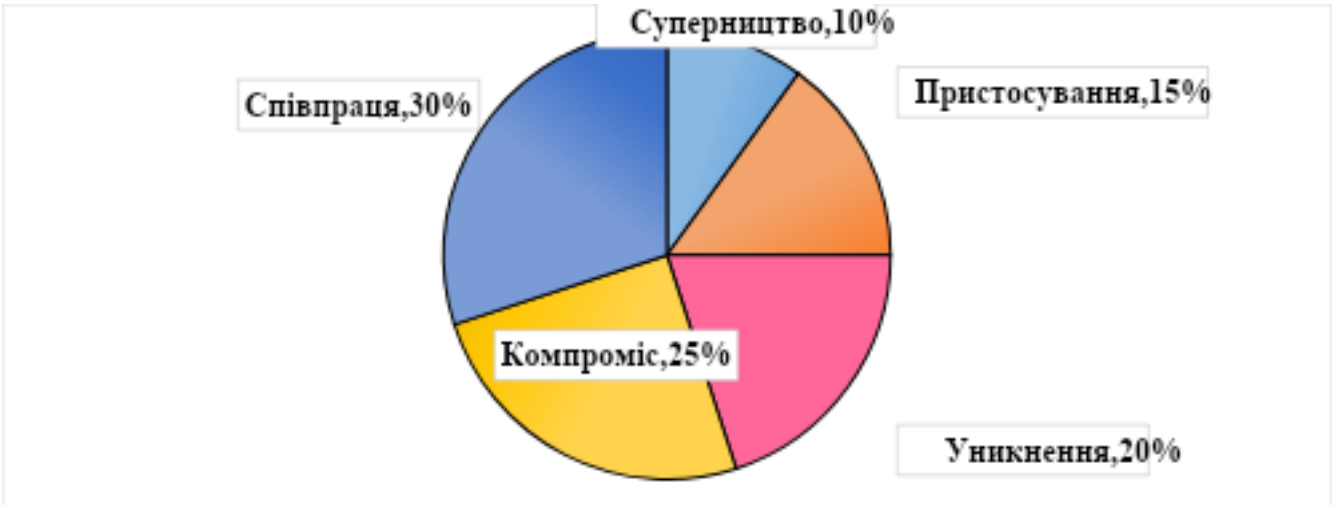
Аналіз показав, що лікарі хірургічного відділення частіше демонструють стиль співпраці (40%) та іноді - суперництво, що свідчить про їхню орієнтацію на рішуче прийняття рішень. Лікарі терапевтичного відділення частіше демонструють компроміс, уникнення або пристосування, що вказує на схильність до збереження гармонії у взаєминах.

Отже, можна говорити про те, що спостерігається незначне зростання частки стилю уникнення, що може бути пов’язано не лише з емоційною напругою в умовах воєнного стану, а й з перебуванням частини лікарів у лімінальному стані - психологічному проміжному просторі між стабільністю та невизначеністю, який характеризується підвищеною тривожністю, емоційною вразливістю та нестійкістю моделей поведінки.

Розподіл стилів поведінки в конфліктній ситуації наведено у діаграмі 2.2.1.

Діаграма 2.2.1

Розподіл стилів поведінки в конфліктній ситуації



З метою вивчення рівня розвитку окремих компонентів комунікативної компетентності лікарів, було проведено емпіричне дослідження із застосуванням методики діагностики рівня самоконтролю у спілкуванні (за М. Снайдером).

Методика М. Снайдера спрямована на визначення рівня самоконтролю в процесі міжособистісної взаємодії. Високий рівень самоконтролю свідчить про здатність гнучко адаптувати поведінку до ситуацій, уважність до соціального контексту та розвинену здатність до емпатії. Низький рівень - про

прямолінійність, емоційну відкритість, але і про меншу здатність контролювати емоції в стресових або конфліктних ситуаціях.

Результати дослідження виявили наступний розподіл рівнів самоконтролю у спілкуванні серед учасників, які висвітлено у таблиці 2.2.3.

Таблиця 2.2.3

Розподіл рівнів самоконтролю у спілкуванні

Рівень самоконтролю	Кількість лікарів	% від загальної кількості
Високий	9	45%
Середній	7	35%
Низький	4	20%

Аналіз отриманих даних свідчить про те, що майже половина лікарів (45%) має високий рівень самоконтролю, що є свідченням сформованих комунікативних стратегій та здатності ефективно регулювати емоційні прояви в умовах професійної взаємодії. Середній рівень самоконтролю (35%) демонструє певну гнучкість, але вказує на можливу непослідовність поведінки в емоційно насичених ситуаціях. Лікарі з низьким рівнем самоконтролю (20%) можуть виявляти імпульсивність, що збільшує ризик виникнення конфліктних ситуацій у командній роботі.

Ці результати свідчать про потребу в систематичному розвитку навичок саморегуляції, емоційного контролю та адаптивної комунікативної поведінки як важливої складової професійної компетентності медичних працівників.

Поглиблений аналіз результатів дослідження за методикою М. Снайдера дав змогу виявити специфіку розподілу рівнів самоконтролю у спілкуванні серед лікарів з урахуванням гендерної належності, відділення, в якому вони працюють, а також вікової категорії.

За гендерною ознакою серед лікарів з високим рівнем самоконтролю переважали чоловіки - 6 осіб, тоді як жінки становили 3 особи. Середній рівень самоконтролю продемонстрували 4 чоловіки та 3 жінки. Низький рівень спостерігався переважно серед чоловіків - 3 особи, тоді як серед жінок він

виявлений лише в одному випадку. Цей розподіл може свідчити про більшу сталість саморегуляції серед чоловіків, однак жінки частіше демонструють адаптивну, хоча іноді непослідовну поведінку в міжособистісній взаємодії, що може бути пов’язано з вищою емоційною чутливістю.

Аналіз за відділеннями показав, що у хірургічному відділенні високий рівень самоконтролю виявлено у 5 лікарів, середній - у 3, а низький - у 2 осіб. У терапевтичному відділенні високий рівень мають 4 лікарі, середній - 4, а низький - також 2. Хоча різниця є незначною, все ж хірурги частіше демонструють вищий рівень самоконтролю, що цілком логічно з огляду на специфіку їхньої роботи, яка передбачає необхідність швидкого прийняття рішень, високого рівня витримки та емоційної стабільності, особливо в операційній.

Рівень самоконтролю за відділеннями подано у таблиці 2.2.4.

Таблиця 2.2.4

Рівень самоконтролю за відділеннями

Рівень самоконтролю	**Хірургічне відділення**	**Терапевтичне відділення**
Високий	5	4
Середній	3	4
Низький	2	2

Щодо вікового розподілу, серед лікарів віком до 40 років переважає високий рівень самоконтролю (5 із 7 осіб). У групі 41-55 років частіше фіксувався середній рівень самоконтролю (4 із 7 осіб), що може бути пов’язано з поєднанням професійного досвіду та помірної емоційної гнучкості. У віковій категорії 56 років і старше відзначено зниження рівня самоконтролю - у двох із шести лікарів виявлено низький рівень.

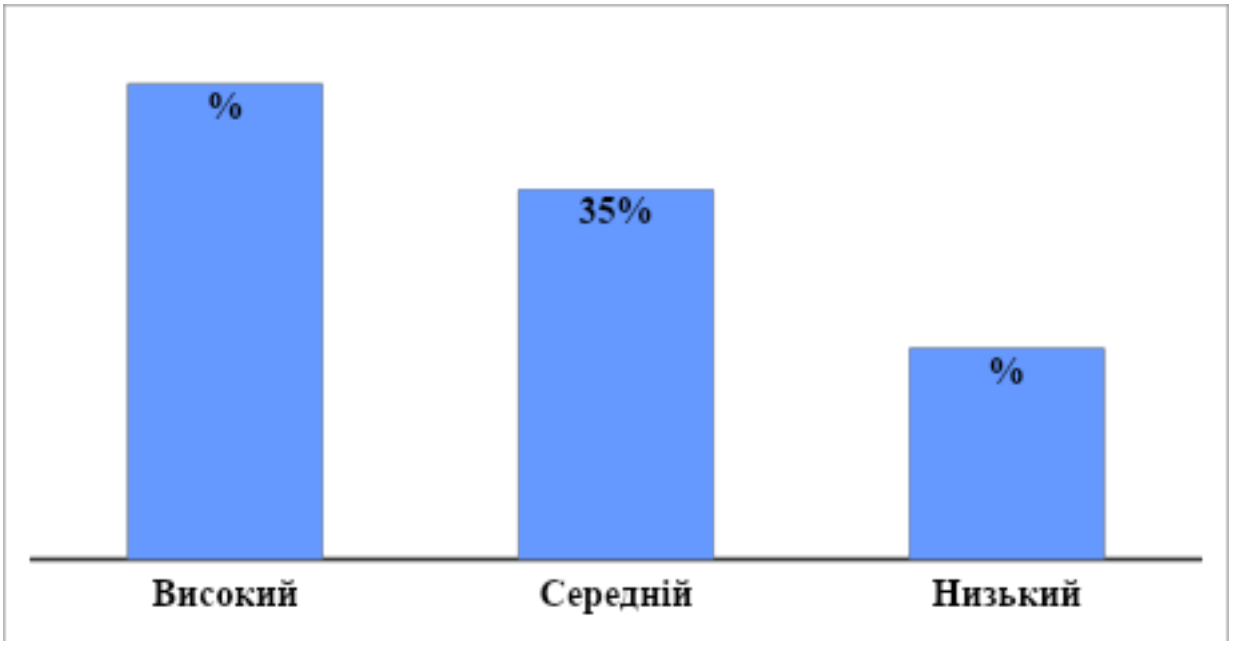
Це може бути пов’язано з накопиченим емоційним виснаженням, професійною втомою та зниженням адаптивності до міжособистісної напруги.

Таким чином, рівень самоконтролю лікарів у спілкуванні має певну залежність від статі, віку та умов професійної діяльності. Високий рівень самоконтролю відіграє важливу роль у зниженні конфліктності в колективі, сприяє налагодженню ефективної командної взаємодії та збереженню професійної витримки, що є особливо актуальним в умовах підвищеного емоційного навантаження, характерного для медичної сфери.

Рівні самоконтролю у спілкуванні серед лікарів наведено у діаграмі 2.2.2.

Діаграма 2.2.2

Рівні самоконтролю у спілкуванні серед лікарів



Для оцінки комунікативної компетентності та здатності долати стресові ситуації використовувалася методика «Стратегії подолання стресових ситуацій» за шкалою «асертивні дії» С. Хобфолла.

За результатами дослідження 9 лікарів продемонстрували високий рівень асертивності, 7 - середній, 4 - низький.

Встановлено, що лікарі з високим рівнем асертивної поведінки краще запобігають конфліктам у колективі, підтримуючи конструктивний діалог та зберігаючи емоційну стабільність.

Аналіз гендерного розподілу засвідчив, що серед лікарів із високим рівнем асертивності переважали чоловіки (6 осіб), тоді як жінки становили 3 особи. Середній рівень асертивності продемонстрували 4 чоловіки та 3 жінки. Низький рівень частіше спостерігався серед чоловіків. Ці результати свідчать про наявність певних гендерних відмінностей у застосуванні стратегій асертивної поведінки.

Отримані дані підтверджують, що високий рівень комунікативної компетентності, зокрема розвиток навичок асертивної поведінки, є ефективним чинником запобігання конфліктній поведінці серед лікарів. Це сприяє покращенню психологічного клімату в медичному колективі, зниженню рівня професійного вигорання та підвищенню якості надання медичної допомоги.

З метою глибшого розуміння особливостей комунікативної компетентності було проведено аналіз результатів з урахуванням вікових характеристик лікарів та їх належності до хірургічного чи терапевтичного відділення.

Залежно від віку учасники були розподілені на три групи:

- молодші (28-39 років) - 7 осіб;
- середнього віку (40-55 років) - 7 осіб;
- старші (56-68 років) - 6 осіб.

У групі молодших лікарів переважала середня та висока асертивність: 5 із 7 респондентів демонстрували ефективні комунікативні стратегії. У групі лікарів середнього віку більшість (5 із 7) мали високий рівень асертивності, однак у цій віковій категорії відзначалася значна варіабельність показників. Серед старших лікарів асертивність була менш вираженою - лише 2 із 6 осіб мали високий рівень, решта продемонстрували середній або низький рівень. Це може бути пов’язано з усталеними стилями комунікації, впливом професійного досвіду або віковими змінами у сприйнятті та реагуванні на стресові фактори.

Серед лікарів хірургічного відділення 6 мали високий рівень асертивності, 3 - середній, 1 - низький.

Такий розподіл вказує на потребу в активному та чіткому комунікуванні, що є характерним для хірургічної практики.

У терапевтичному відділенні 3 лікарі демонстрували високий рівень, 5 - середній, 2 - низький, що відображає більш спокійний стиль взаємодії, який також потребує розвитку навичок асертивної поведінки з метою профілактики конфліктів.

Аналіз дослідження рівня асертивності серед лікарів наведено у таблиці 2.2.5.

Таблиця 2.2.5

Рівні асертивності серед лікарів

Рівень асертивності	Кількість лікарів
Високий	9
Середній	7
Низький	4

Розподіл рівнів асертивності за гендером подано у таблиці 2.2.6.

Таблиця 2.2.6

Розподіл рівнів асертивності за гендером

Рівень асертивності	Чоловіки	Жінки
Високий	6	3
Середній	4	3

Низький	3	1

Рівень асертивності за віковими групами наведено у таблиці 2.2.7.

Таблиця 2.2.7

Рівень асертивності за віковими групами

Вікова група	**Високий**	**Середній**	**Низький**
Молодші (28–39)	3	2	2
Середній вік (40–55)	5	1	1
Старші (56–68)	2	2	2

Рівень асертивності за спеціалізацією відображено у таблиці 2.2.8.

Таблиця 2.2.8

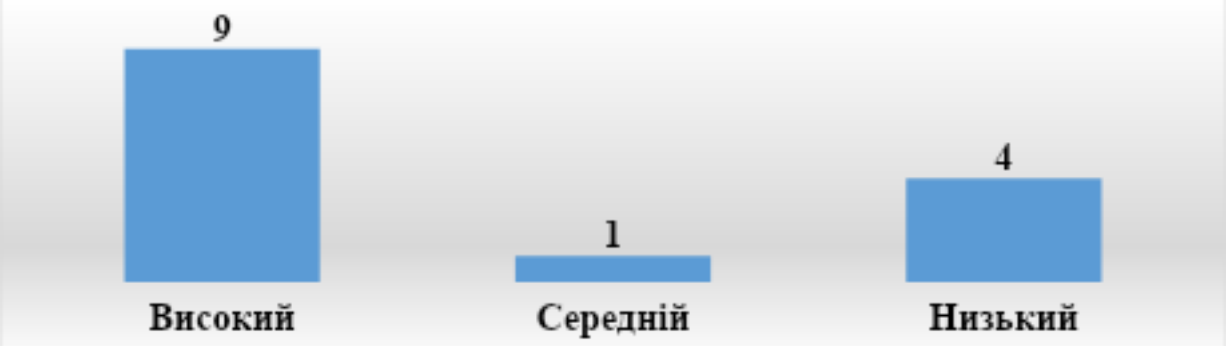
Рівень асертивності за спеціалізацією

Відділення	**Високий**	**Середній**	**Низький**
Хірургічне	6	3	1
Терапевтичне	3	5	2

Рівень асертивності серед лікарів, розподіл рівнів асертивності за гендером, рівень асертивності за віковими групами, рівень асертивності за спеціалізацією відображено у діаграмах 2.2.3-2.2.6 відповідно.

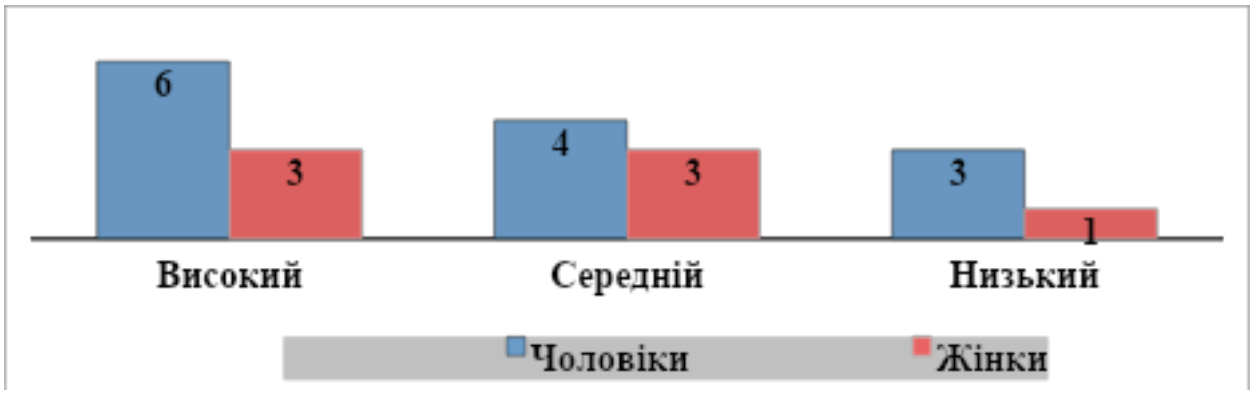
Діаграма 2.2.3

Рівень асертивності серед лікарів



Діаграма 2.2.4

Рівень асертивності за гендером



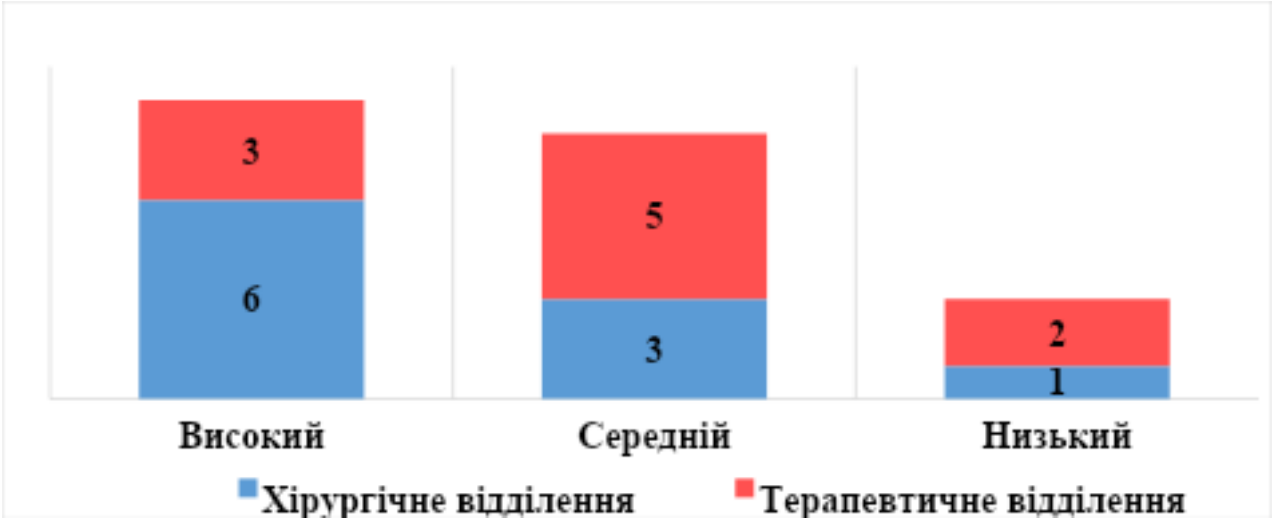
Діаграма 2.2.5

Рівень асертивності за віком



Діаграма 2.2.6

Рівень асертивності за спеціалізацією



Четвертою методикою для визначення рівня комунікативної компетентності лікарів як чинника запобігання конфліктній поведінці використано шкалу Tromso Social Intelligence Scale (TSIS), яка складається з трьох підшкал: обробка соціальної інформації (*Social Information Processing*, SIP), соціальні навички (*Social Skills*, SS) та соціальне усвідомлення (*Social Awareness*, SA). Вищі бали свідчать про вищий рівень соціального інтелекту.

Цей інструмент дає змогу кількісно виміряти рівень соціального інтелекту, який є важливою складовою комунікативної компетентності, включаючи такі компоненти, як здатність розуміти інших людей, емоційна чутливість і ефективні соціальні дії.

Окрім загального розподілу результатів, у дослідженні були проаналізовані відмінності між представниками різних вікових груп, гендеру та професійних підрозділів (хірургічного та терапевтичного відділень). Такий підхід дозволяє більш повно окреслити особливості розвитку соціального інтелекту та його вплив на формування безконфліктного професійного середовища.

Розподіл рівнів соціального інтелекту (TSIS) серед лікарів подано у таблиці 2.2.9.

Більшість лікарів (85%) мають середній або високий рівень SI, що свідчить про значний потенціал до конструктивної взаємодії. Наявність 15% з низьким SI може вказувати на потребу у цілеспрямованих тренінгах та психологічній підтримці.

Таблиця 2.2.9

Рівні соціального інтелекту (TSIS) серед лікарів

Рівень SI	**Кількість лікарів**	**%**
Високий	7	35
Середній	10	50
Низький	3	15

Аналіз середніх значень підшкал TSIS у загальній вибірці (1-7 балів) (таблиця 2.2.10) показав, що найвищі показники отримано за шкалою соціальних навичок (SS) - 5,2 бала, що свідчить про впевненість та ефективність у взаємодії. Обробка соціальної інформації (SIP) та соціальне усвідомлення (SA) перебувають на рівні 4,8 та 4,7 бала відповідно.

Таблиця 2.2.10

Аналіз середніх значень підшкал TSIS у загальній вибірці

Підшкала	M ± SD
SIP	4,8 ± 0,7
SS	5,2 ± 0,6
SA	4,7 ± 0,8

Порівняння за відділеннями засвідчило, що лікарі хірургічного відділення мали вищі показники SIP і SS, тоді як терапевтичного - вищі показники SA.

Додатково було проведено порівняння показників соціального інтелекту між жінками та чоловіками.

Гендерний аналіз показав, що жінки мали дещо вищі значення SA, а чоловіки - SS. Результати наведено в таблиці 2.2.11.

Таблиця 2.2.11

Показники соціального інтелекту між жінками та чоловіками

Підшкала	Жінки (n=7) M±SD	Чоловіки (n=13) M±SD
SIP	4,7 ± 0,6	4,9 ± 0,7
SS	5,0 ± 0,5	5,3 ± 0,6
SA	4,9 ± 0,7	4,6 ± 0,8

Результати дослідження свідчать, що рівень соціального інтелекту лікарів загалом знаходиться на середньому та високому рівнях, що є позитивним чинником для ефективної міжособистісної взаємодії з пацієнтами та колегами. Найвищі показники зафіксовано у підшкалі «Соціальні навички», що свідчить про добре розвинену здатність до налагодження контактів і побудови продуктивної комунікації. Порівняння за статтю показало, що жінки мають дещо вищі бали у соціальному усвідомленні, тоді як чоловіки - у соціальних навичках та обробці соціальної інформації. Аналіз за відділеннями виявив тенденцію до вищих показників у лікарів хірургічного профілю.

Отримані результати підкреслюють важливість розвитку соціального інтелекту як складової професійної компетентності медичних працівників та доцільність включення спеціальних тренінгових програм для його підвищення.

Методика В. Бойка «Діагностика перешкод у встановленні емоційних контактів» дозволяє виявити домінуючі групи бар'єрів, які заважають ефективному емоційному контакту в професійному спілкуванні.

Узагальнені результати дослідження наведено у таблиці 2.2.12.

Таблиця 2.2.12

Перешкоди у встановленні емоційних контактів

Тип перешкод	Кількість лікарів	% від загальної кількості
Емоційний стан	8	40%
Мотиваційна сфера	7	35%
Соціально-перцептивна сфера	5	25%

Найбільш поширеними виявилися перешкоди, зумовлені особливостями емоційного стану (40%). Це свідчить про те, що значна частина лікарів відчуває

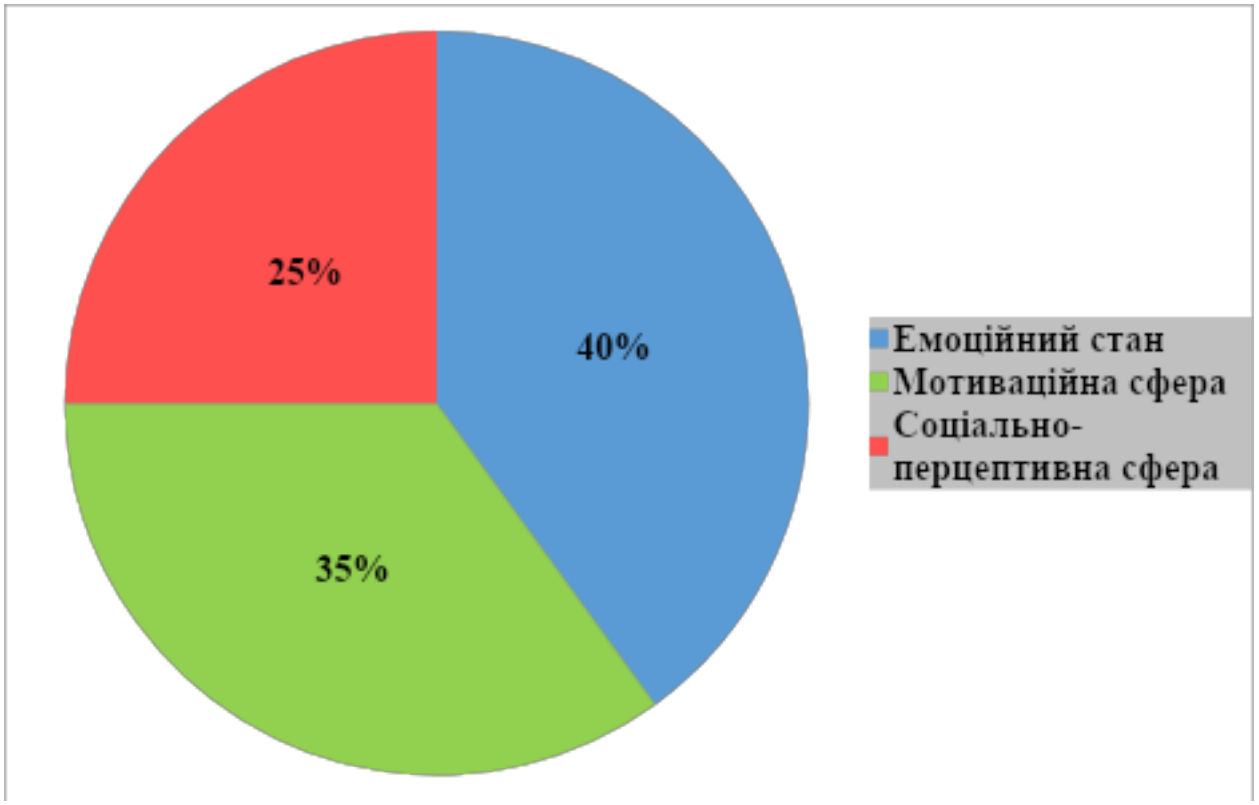
емоційне виснаження, підвищену тривожність або напруження, що може знижувати ефективність професійної взаємодії.

Перешкоди мотиваційної сфери (35%) вказують на недостатню спрямованість на емоційні потреби співрозмовника, що іноді може призводити до формального спілкування або конфліктів через нерозуміння.

Перешкоди соціально-перцептивної сфери (25%) спостерігаються рідше, але все ж у чверті респондентів вони ускладнюють встановлення взаєморозуміння.

Діаграма 2.2.7

Розподіл типів перешкод у встановленні емоційних контактів (за методикою В. Бойка)



Кругова діаграма демонструє, що серед лікарів найбільш поширеними є перешкоди, зумовлені особливостями емоційного стану (40 %), що свідчить про вплив емоційного виснаження та підвищеної тривожності на якість професійної

комунікації. Перешкоди мотиваційної сфери становлять 35 %, а соціально-перцептивної - 25 %.

Розподіл перешкод у встановленні емоційних контактів в залежності від типу відділення відтворені у таблиці 2.2.13 та діаграмі 2.2.8.

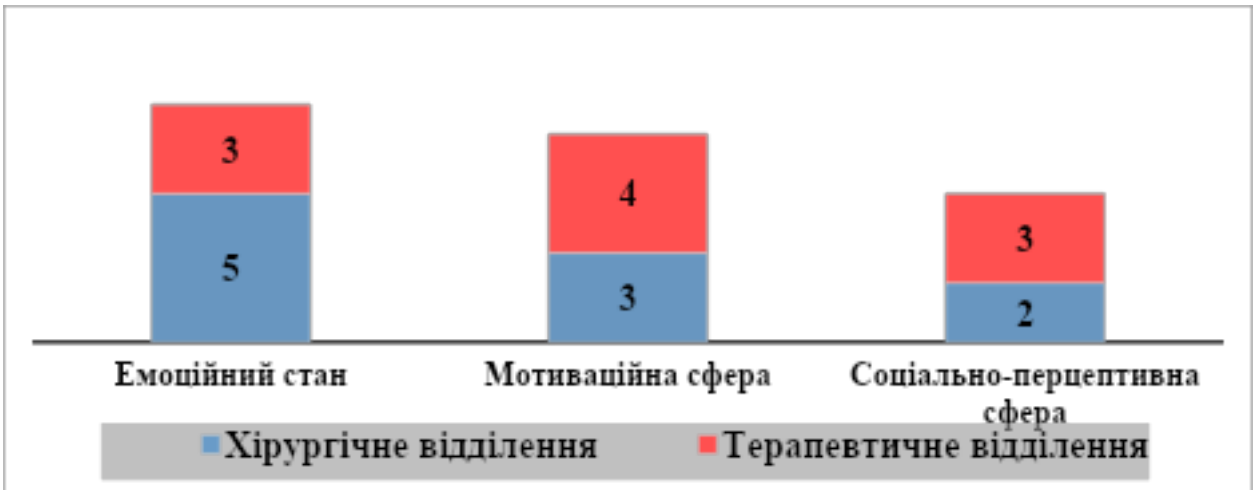
Таблиця 2.2.13

Типи перешкод у встановленні емоційних контактів в залежності від типу відділення

Тип перешкод	Хірургічне відділення (n=10)	Терапевтичне відділення (n=10)
Емоційний стан	5	3
Мотиваційна сфера	3	4
Соціально-перцептивна сфера	2	3

Діаграма 2.2.8

Типи перешкод у встановленні емоційних контактів за відділеннями



Стовпчикова діаграма відображає, що у хірургічному відділенні переважають перешкоди емоційного стану (50% від групи), що може бути

зумовлено високою інтенсивністю роботи, частими екстреними ситуаціями та необхідністю швидкого прийняття рішень.

У терапевтичному відділенні картина більш збалансована, але відносно вищий показник мотиваційних бар'єрів (40%) може свідчити про ризик зниження емпатії через тривалу роботу з пацієнтами, які мають хронічні захворювання.

Гендерні особливості: жінки частіше демонстрували емоційні перешкоди, пов'язані з переживаннями та підвищеною чутливістю до конфліктних ситуацій; чоловіки частіше мали мотиваційні та соціально-перцептивні бар'єри, що може бути пов'язано з більшою орієнтацією на завдання, а не на емоційний аспект спілкування.

Для додаткового аналізу респондентів було розподілено на три вікові групи:

Молодші лікарі – 28-39 років (n=6)

Середній вік – 40-54 роки (n=8)

Старші лікарі – 55-68 років (n=6).

Розподіл перешкод у встановленні емоційних контактів у залежності від віку відтворені у таблиці 2.2.14.

Таблиця 2.2.14

Розподіл перешкод у встановленні емоційних контактів в залежності від віку

Тип перешкод	Молодші лікарі (28–39 років)	Середній вік (40–54 роки)	Старші лікарі (55–68 років)
Емоційний стан	3	3	2
Мотиваційна сфера	2	3	2
Соціально-перцептивна сфера	1	2	2

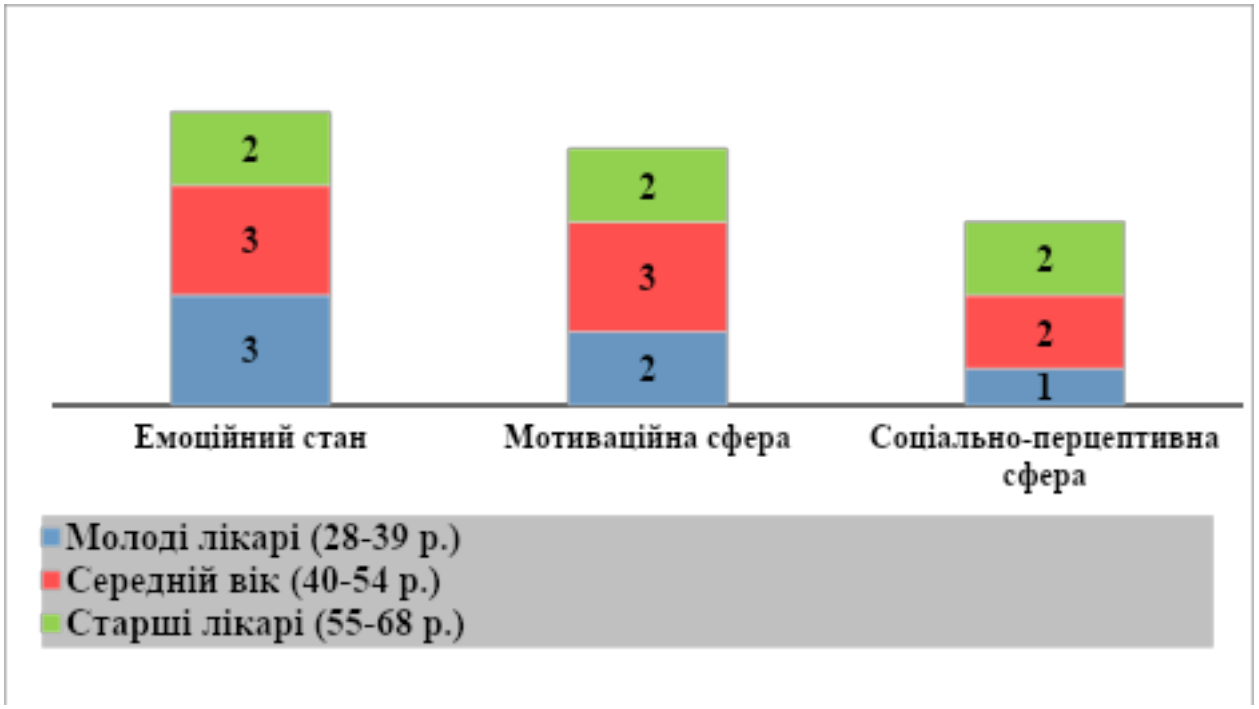
У молодших лікарів (28-39 років) домінують перешкоди емоційного стану (50 % від групи), що може бути пов’язано з меншою стресостійкістю та недостатнім досвідом подолання конфліктних ситуацій.

У лікарів середнього віку (40-54 роки) спостерігається більш збалансований розподіл між усіма типами бар’єрів, але з деяким переважанням емоційних та мотиваційних труднощів. Це може свідчити про одночасний вплив професійного навантаження та прагнення підтримувати високі стандарти роботи.

Старші лікарі (55-68 років) мають приблизно рівні показники за всіма типами перешкод, проте соціально-перцептивні труднощі (33 % від групи) зустрічаються дещо частіше, що може бути пов’язано з віковими змінами у сприйнятті невербальних сигналів та адаптації до нових стилів комунікації.

Діаграма 2.2.9

Типи перешкод у встановленні емоційних контактів за віковими групами



Дані показують, що молодші лікарі (28-39 років) найчастіше мають емоційні бар’єри (50% від групи), лікарі середнього віку (40-54 роки) демонструють більш рівномірний розподіл між усіма видами перешкод, а старші лікарі (55-68 років) частіше стикаються із соціально-перцептивними труднощами (33% від групи), що може бути пов’язано з особливостями вікового сприйняття.

Отримані результати свідчать, що у лікарів досліджуваних відділень головним чинником, який перешкоджає ефективній комунікації, є емоційний стан, зумовлений стресовими умовами праці та високим рівнем професійної відповідальності. Спостерігаються відмінності залежно від відділення та віку, що вказує на необхідність індивідуалізованих програм психологічної підтримки, навчання методам емоційної саморегуляції та розвитку стресостійкості. Певна частина лікарів має виражені мотиваційні та соціально-перцептивні бар’єри, що потребує тренінгів з розвитку емпатії, навичок активного слухання та коректної інтерпретації невербальної поведінки.

Проведене емпіричне дослідження на вибірці лікарів стаціонарних відділень та аналіз результатів за п'ятьма методиками дозволив сформувати комплексне уявлення про ключові аспекти комунікації медичних працівників.

Отже, комунікативна компетентність є важливим чинником запобігання конфліктній поведінці серед лікарів. Хоча більшість медичних працівників загалом орієнтовані на конструктивну взаємодію, наявність значного відсотка неадаптивних стилів поведінки та емоційних бар'єрів у частині респондентів свідчить про потребу в системному підході до розвитку комунікативних навичок.

Висновки до розділу ІІ

В результаті проведеного емпіричного дослідження було підтверджено, що комунікативна компетентність лікарів виступає важливим чинником профілактики конфліктної поведінки у професійному середовищі. Результати

підтвердили, що рівень комунікативної компетентності безпосередньо впливає на вибір стратегій поведінки у конфліктних ситуаціях. Найчастіше медичні працівники обирають стратегії співпраці (30%) та компромісу (25%), що свідчить про їхню орієнтацію на конструктивне вирішення суперечностей та збереження позитивних міжособистісних стосунків у колективі. Домінування цих стилів створює позитивні передумови для формування здорового психологічного клімату.

Водночас у частини лікарів виявлено схильність до неадаптивних стратегій - уникнення (20%) та пристосування (15%). Це пов’язано з наявністю певних бар’єрів у комунікації, серед яких провідними є емоційні (40%), що можуть бути наслідком професійного вигорання, тривожності та емоційного виснаження. Ці фактори істотно знижують готовність до відкритого діалогу та часто стають причиною уникнення конфліктних ситуацій. До них додаються мотиваційні та соціально-перцептивні перешкоди, які знижують рівень емпатійності та точність інтерпретації поведінки колег. Встановлено прямий зв’язок між схильністю до уникнення конфліктів та емоційними труднощами, що сприяє накопиченню нерозв’язаних проблем і зростанню напруження в колективі.

Дослідження також показало, що більшість лікарів володіють високим рівнем самоконтролю (45%) та соціального інтелекту (85% мають середній або високий рівень). Самоконтроль забезпечує здатність регулювати власні емоції та уникати імпульсивних реакцій, тоді як розвинені соціальні навички та вміння адекватно інтерпретувати соціальні ситуації дозволяють ефективніше обирати стратегії взаємодії.

Важливу роль у регуляції конфліктної поведінки відіграє асертивність, яка виступає своєрідним посередником між особистісними характеристиками лікаря та його поведінкою у конфліктних ситуаціях. високий рівень асертивності забезпечує профілактику ескалації, сприяє конструктивному діалогу й знижує емоційну напруженість. Особи із середнім та низьким рівнем

асертивності потребують розвитку навичок «Я-повідомлень» і чіткого відстоювання позиції без агресії.

Виявлені також професійні та індивідуальні відмінності: хірурги частіше демонструють високий рівень асертивності та схильність до співпраці, тоді як терапевти більше орієнтовані на компроміс, уникнення чи пристосування. Молодші лікарі схильні обирати компроміс і виявляють більш розвинену асертивність, тоді як старші частіше демонструють тенденцію до уникнення та соціально-перцептивні труднощі. Жінки виявили вищий рівень соціального усвідомлення, чоловіки - більш розвинені соціальні навички та вміння обробляти соціальну інформацію.

Узагальнюючи результати, можна стверджувати, що комунікативна компетентність лікаря є багатокомпонентним феноменом, який включає самоконтроль, соціальний інтелект, асертивність і вибір стратегій поведінки у конфлікті. Виявлені слабкі сторони (емоційні бар'єри, схильність до уникнення) підкреслюють потребу у розвитку цих навичок.

Комунікативна компетентність лікаря є не просто важливою професійною якістю, а необхідною умовою формування позитивного психологічного клімату в колективі та запобігання деструктивній поведінці. Отримані результати становлять наукове підґрунтя для подальшої розробки та впровадження цільових психолого-педагогічних програм, спрямованих на удосконалення комунікативних умінь лікарів стаціонару. Вони мають не лише профілактичне значення для конфліктів, але й безпосередньо впливають на якість взаємодії в медичних колективах і, зрештою, на рівень надання медичної допомоги.

РОЗДІЛ 3
ПРОГРАМА ВДОСКОНАЛЕННЯ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ЛІКАРІВ

3.1. Психологічні засоби подолання міжособистісних конфліктів у професійній взаємодії

Сфера медичних послуг має високий рівень конфліктності, який впливає на відносини всередині медичного закладу, авторитет установи та рівень довіри пацієнтів [54]. Це зумовлено постійною напруженістю, високою відповідальністю, дефіцитом часу та значущістю прийнятих рішень для життя і здоров’я людини. Професійна діяльність медичних працівників пов’язана з інтенсивною взаємодією між людьми, і тому конфлікти в цій сфері неминучі та потребують усвідомленого, психологічно виваженого підходу до їх подолання.

Міжособистісні конфлікти у професійному середовищі лікаря є невід'ємною складовою робочих відносин. Вони можуть мати як деструктивний, так і конструктивний характер, залежно від способу їх розв’язання. Для збереження психологічного клімату у колективі важливо не уникати конфліктів, а навчитися їх розпізнавати, аналізувати і конструктивно вирішувати. З огляду на специфіку медичної сфери, де командна робота є ключовою, вивчення та впровадження ефективних психологічних засобів подолання конфліктів набуває особливого значення. У професійному середовищі лікарів конфлікти виникають на ґрунті різних підходів до

діагностики, розподілу навантаження, комунікативних бар’єрів та емоційної втоми.

Професійно-комунікативна компетентність є необхідною складовою професійної діяльності медичного працівника, оскільки вона відображає всі особистісні якості та властивості фахівця, які дозволяють йому самостійно та ефективно виконувати завдання професійної діяльності [10].

Дослідження комунікативної компетентності лікаря як чинника запобігання конфліктної поведінки з колегами, що стало метою нашої роботи, дозволило визначити психологічні засоби, спрямовані на профілактику та конструктивне вирішення конфліктів.

Комунікативна компетентність лікарів є багатокомпонентним психологічним засобом, який забезпечує ефективну професійну взаємодію та виступає чинником запобігання конфліктній поведінці. У структурі комунікативної компетентності виділяють три взаємопов’язані складові, безпосередньо пов'язані з управлінням міжособистісними конфліктами: когнітивний, емоційний та поведінковий компоненти [55].

Когнітивний компонент комунікативної компетентності характеризується здатністю до раціонального аналізу складних професійних ситуацій, що є основою для прийняття виважених та обґрунтованих рішень. Ця складова включає глибокі знання про професійні права та обов’язки, а також адекватне розуміння цілей взаємодії з пацієнтами та колегами. Розвинена когнітивна складова дозволяє лікареві чітко оцінювати власні дії, запобігати спробам маніпуляції та формувати впевненість у власній професійній позиції, що критично важливо для ефективної професійної адаптації.

Емоційний компонент є вирішальним для збереження психологічної рівноваги в умовах високого професійного стресу, притаманного медичній сфері. Він пов'язаний із здатністю до емоційної саморегуляції та конструктивного реагування на ситуації, що викликають напругу. Розвинена емоційна компетентність, що включає емоційну стійкість, дає змогу лікарю уникати як агресивних, так і пасивних реакцій, які можуть деструктивно

вплинути на взаємодію з колегами чи пацієнтами. Вміння зберігати психологічну рівновагу не лише підтримує ефективність у роботі, але й сприяє формуванню довіри та стабільного міжособистісного клімату [55].

Суттєвий вплив на конфліктну поведінку має емоційний стан лікаря. У кризових або надзвичайних ситуаціях можливе виникнення тривоги, гніву, роздратування, що ускладнює комунікацію. Увесь спектр реакцій від ступору, страху, гніву, злості та виснаження до ейфорії та збудження - це захисні стани, що активуються психікою, щоб пережити травмуючий досвід.

Під дією стресу здатність особистості до самоконтролю та прийняття логічних і виважених рішень суттєво знижується. Для зниження рівня напруження використовуються техніки саморегуляції, а саме: методи дихальної релаксації, «заземлення», короткі вправи на зосередження, які відновлюють контроль над емоціями. Саме тому для відновлення балансу емоційного стану необхідно використовувати дані техніки, що дасть можливість швидко й ефективно заспокоїти нервову систему й повернути здатність контролювати свої емоції.

Саморегуляція - це керування власним психоемоційним станом, що досягається шляхом впливу особистості на саму себе за допомогою слів, уявних образів, управління м’язовим тонусом і диханням.

Заземлення - це свідомі прийоми, що дозволяють закріпитися в конкретному моменті фізично й емоційно, за допомогою контакту з будь-якою поверхнею (стіна, підлога, стілець) або ж когнітивних вправ. Заземлення відноситься до стратегій, які можна використовувати для подолання негативних емоцій у будь-який час і в будь-якому місці.

Дихальні вправи та техніки релаксації базуються на закономірностях нейробіології, а їх виконання потребує лише внутрішньої готовності та саморегуляційних ресурсів особистості [82].

Прийоми саморегуляції**,** заземлення**,** дихальні вправи або техніки релаксації можуть виступати як інструменти, що допомагають лікарю зберегти емоційну рівновагу та не «втягнутись» у конфлікт.

Важливо пам’ятати, що використання таких вправ необхідно розглядати як першу допомогу чи способи саморегуляції при стресових, травматичних подіях, при панічних атаках тощо. Вони не можуть замінити професійну допомогу психолога чи психотерапевта, але допоможуть зняти тривогу та сильне емоційне напруження [82].

Порівняно з іншими категоріями фахівців, лікарі мають підвищені ризики розвитку синдрому емоційного вигорання. Його розвиток зумовлений перевантаженням, дефіцитом відпочинку, низькою підтримкою колег.

Емоційне вигорання медичних працівників пов’язане з низкою чинників ризику, які можна розділити на трудові, соціальні та психологічні. Найбільшу вагу щодо виникненні синдрому мають робочі чинники. Крім того, низка професійних, соціальних та психологічних чинників пов’язані зі зниженням рівня емоційного вигорання, а отже, мають захисні властивості. Основна група захисних чинників від емоційного вигорання - це психологічні, як-от емоційний інтелект, емпатія, оптимізм, внутрішній контроль, певні риси характеру [4].

Раннє виявлення симптомів вигорання дозволяє своєчасно впровадити заходи, які попередять його розвиток або знизять рівень стресу, що сприяє загальному емоційному відновленню, успішній професійній взаємодії та зниженню ризиків конфліктної поведінки.

Раціональне використання часу є актуальною проблемою в будь-якій організації, зокрема і в лікувально-профілактичних закладах, де якісна організація часу може суттєво підвищити як внутрішню ефективність, так і якість наданих медичних послуг. При неефективному використанні часу відбувається перевантаження діяльності. Невирішені завдання викликають емоційну напругу, яка з часом може спричинити синдром хронічної втоми та депресію [17]. Такий психологічний стан знижує продуктивність і якість роботи лікаря. Для створення умов гармонійного життя необхідно раціонально та послідовно виконувати щоденні завдання. Дослідження в цій сфері вказують на важливість етапів управління часом, серед яких необхідність та пріоритетність

планування часу. Це не завжди можливо в роботі лікаря в умовах стаціонару і, відповідно, може призвести до збільшення кількості конфліктних ситуацій.

Раціональне використання часу гармонізує професійні відносини в колективі. Недотримання принципів тайм-менеджменту спричиняє емоційне перевантаження, що підвищує конфліктність колективу.

Правило «6П» (Правильне Попереднє Планування Попереджає Погані Показники) допомагає ефективно розподіляти ресурси та уникати непорозумінь у командній роботі. Планування дозволяє точно розподіляти час, фінанси та ресурси на кілька основних цілей. Без чіткої фокусованості важко уникнути розпорошення зусиль і марних витрат часу, що, в результаті, може призвести до небажаних результатів [16].

Застосування методів тайм-менеджменту дозволяє не лише підвищити ефективність управління, але й досягти кращих результатів у роботі, зберігаючи здоров'я та психологічне благополуччя працівників.

Поведінковий компонент проявляється у конкретних комунікативних стратегіях та діях, які спрямовані на досягнення професійних цілей при дотриманні етичних норм. Ключовою навичкою тут є асертивна поведінка - здатність чітко та впевнено висловлювати свої позиції (наприклад, щодо діагностичних рішень або розподілу навантаження), водночас враховуючи думки та потреби інших учасників взаємодії. Це передбачає уміння слухати та ефективно вирішувати конфлікти, управляючи ситуаціями, які можуть викликати напругу в колективі. У випадках емоційної нестабільності асертивна поведінка, інтегрована у поведінковий компонент комунікативної компетентності, допомагає уникати конфронтацій, забезпечуючи повагу до прав усіх сторін, але й захист особистих та професійних кордонів лікаря [60].

Одним із базових засобів конструктивного спілкування є активне слухання. Поняття активного слухання являє собою особливий комунікативний навик, який передбачає смислове сприйняття мови співрозмовника. Процес активного слухання завжди спрямований на створення довірчої атмосфери і бажання краще зрозуміти, а також прийняти позицію свого співрозмовника.

Навички активного слухання є важливими і належать до найбільш складних [53].

Дієвим інструментом також виступає техніка «Я-повідомлення», яка дозволяє лікарю висловлювати незадоволення чи занепокоєння, не звинувачуючи співрозмовника, а концентруючись на власних почуттях і потребах. Використання техніки «Я-повідомлення» може зробити комунікацію у професійній взаємодії більш ефективною й комфортною. Ця техніка є дієвою, її використовують в комунікації між партнерами, в родині, на роботі та у вирішенні конфліктів. Формулюючи свої наміри, бачення, стан і почуття, намагаючись не зачіпати й не звинувачувати оточуючих, можна повідомити про дискомфорт і незадоволення, не нападаючи на співрозмовника та не травмуючи його. Таке формулювання сприяє збереженню гідності кожної сторони та зменшенню ризику міжособистісного протистояння, сприяє мінімізації розвитку конфліктної ситуації та непорозуміння.

Особливість професійної діяльності лікарів полягає у високій інтенсивності взаємодії з колегами та пацієнтами, часто в умовах емоційної нестабільності або високого ризику. Професійна ефективність також залежить від здатності до саморефлексії, яка дозволяє лікарям аналізувати свої комунікативні дії, виявляти та корегувати можливі помилки, краще розуміти власні потреби. В результаті, розвиток комунікативної компетентності та саморефлексії сприяє формуванню позитивного психологічного клімату, мінімізації стресових впливів і, відповідно, запобіганню міжособистісним конфліктам у трудовому колективі.

У процесі професійної діяльності лікаря важливим чинником подолання конфліктів виступає також професійна рефлексія - здатність усвідомлювати власні дії, емоції та їхній вплив на взаємодію з колегами. Розвинена рефлексивність дозволяє своєчасно розпізнавати конфліктні ситуації, коригувати власну поведінку й обирати оптимальні комунікативні стратегії. Одним із ефективних шляхів розвитку професійної рефлексії є супервізія та інтервізія у колективі лікарів. Ці форми групової роботи створюють простір для

обговорення складних професійних ситуацій, обміну досвідом, аналізу комунікативних труднощів і пошуку конструктивних способів їх подолання. Регулярне проведення таких зустрічей дозволяє зміцнити згуртованість команди, підвищити рівень взаємної підтримки та знизити ризики професійного вигорання.

Ключову роль у системі управління конфліктами відіграє проблема розв’язання конфлікту. Умовами розв'язання конфлікту є припинення конфліктної взаємодії, пошук спільних цілей та інтересів, зниження негативних емоцій, зміна свого ставлення до опонента, зниження негативних емоцій опонента, об'єктивне обговорення проблеми, вибір оптимальної стратегії розв'язання конфлікту [77].

Безпосереднє розв'язання конфлікту являє собою процес, що включає аналіз і оцінку ситуації, вибір способу розв'язання конфлікту, формування раціонального складу дій, реалізацію плану та уміння його коригувати, оцінку ефективності дій [77].

Згідно з психологічними концепціями управління конфліктами (К. Томас, М. Дойч, Д. Гоулднер), процес розв’язання суперечностей проходить кілька етапів. Одним з перших етапів у вирішенні конфліктів є факт визнання існуючих протиріч. Коли наявність протиріч визнають обидві сторони, необхідно визначити предмет спору; окреслити межі взаємних претензій; виявити позиції сторін.

Це відкриває наступну стадію у розвитку конфлікту - стадію спільного пошуку варіантів її вирішення. Спільний пошук виходу з конфліктної ситуації передбачає дотримання низки умов: відокремлення реальних причин конфлікту від інциденту (формальний привід для початку зіткнення); концентрація уваги на існуючі проблеми, а не на особистих емоціях; діяти за принципом «тут і зараз» - тобто вирішувати проблеми, які безпосередньо стали причиною даного конфлікту, не згадуючи інші спірні події та факти; створювати обстановку рівної участі у пошуках можливих варіантів врегулювання конфлікту; говорити тільки за себе; вміти чути і слухати іншого; дотримуватися шанобливе

ставлення до особистості опонента - говорити про факти і події, а не про якості тієї чи іншої особистості; створювати клімат взаємної довіри і співпраці [2].

Одним із ефективних психологічних інструментів, що застосовуються в процесі врегулювання групових та міжособистісних конфліктів, є фасилітація. Фасилітатор допомагає групі людей досягти спільної мети, прийти до узгоджених рішень або конструктивно розв'язати конфлікт. Роль фасилітатора полягає у забезпеченні ефективності процесу обговорення, створенні нейтрального та безпечного середовища, де кожен учасник може висловити свої думки. Фасилітатор не приймає рішення за групу, а фокусується на структурі процесу, що підвищує якість співпраці та зменшує емоційну напругу.

Ключові принципи фасилітації як психологічного засобу включають нейтральність (відсутність нав’язування власної думки), активне слухання (уважне сприйняття ідей кожного учасника) та залучення всіх учасників для забезпечення рівного доступу до процесу. Завдяки структурованому підходу, фасилітація сприяє підвищенню ефективності командної роботи, швидшому досягненню компромісних рішень та зміцненню взаємодії в команді, оскільки створюється відчуття спільної відповідальності за прийняті рішення. Фасилітація є надзвичайно корисною в ситуаціях, коли необхідно розв'язати складні питання, що стосуються міждисциплінарної взаємодії, розподілу ресурсів або вирішення конфліктів інтересів.

Медіація є ефективним методом альтернативного врегулювання конфліктів, що сприяє досягненню згоди між сторонами без необхідності звертатися до суду. Цей метод застосовується з метою запобігання виникнення конфліктів (спорів) або врегулювання будь-яких конфліктів (спорів) [10].

Медіатор, як нейтральна третя сторона, відіграє ключову роль у процесі профілактики конфліктів та їх вирішенні. Основні функції медіатора включають:

1. Нейтральне посередництво;
2. Фасилітація комунікації;
3. Аналіз конфліктної ситуації;

4. Виявлення спільних інтересів;
5. Розробка та впровадження рішень;
6. Підвищення кваліфікації персоналу;
7. Консультативна підтримка;
8. Етичний нагляд.

Роль медіатора в медичній сфері є критичною для підтримання здорового робочого середовища, забезпечення задоволеності пацієнтів та покращення загальної ефективності надання медичної допомоги [10].

Успішність кожного з етапів безпосередньо залежить від рівня комунікативної компетентності учасників.

Урегулювання міжособистісних конфліктів в трудовому колективі досліджуваного закладу охорони здоров'я вимагає використання психологічних методів, одним із яких є метод вивчення продуктів діяльності. Він базується на взаємозв'язку і єдності внутрішніх психічних процесів і зовнішніх форм поведінки та діяльності розкривається через аналіз та тлумачення продуктів діяльності людини (професійних, поведінкових) [64].

Важливо також враховувати психологічні умови формування культури спілкування в медичному середовищі. До них належать: наявність у колективі спільних цінностей і норм поведінки; забезпечення атмосфери довіри, відкритості й взаємоповаги; створення безпечного простору для висловлення думок; готовність керівництва підтримувати конструктивні способи розв'язання конфліктів.

Такі методи формують навички ефективного спілкування і знижують рівень конфліктності в колективі.

Таблиця 3.1.1

Психологічні засоби подолання міжособистісних конфліктів та їх вплив на компоненти комунікативної компетентності лікаря

№	Психологічний засіб / технологія	Когнітивний компонент (знання, усвідомлення, аналіз)	Емоційний компонент (саморегуляція, емоційна стабільність)	Поведінковий компонент (дії, комунікативні стратегії)
1	Саморегуляція (аутогенне тренування, самонавіювання)	Формує усвідомлення впливу емоцій на процес спілкування	Сприяє зниженню напруження, контролю емоцій	Підвищує адекватність реакцій у конфліктній ситуації
2	Техніка «заземлення»	Допомагає усвідомити поточний стан і ситуацію	Знижує тривожність, стабілізує психоемоційний стан	Забезпечує зосередженість і контроль над поведінкою
3	Дихальні вправи, релаксація	Поглиблюють знання про фізіологічні механізми стресу	Знижують рівень емоційного збудження	Сприяють спокійній, стриманій реакції у спілкуванні
4	Активне слухання	Формує аналітичне сприйняття висловлювань співрозмовника	Розвиває емпатію та толерантність	Підвищує ефективність взаєморозуміння, зменшує конфліктність

№	Психологічний засіб / технологія	Когнітивний компонент (знання, усвідомлення, аналіз)	Емоційний компонент (саморегуляція, емоційна стабільність)	Поведінковий компонент (дії, комунікативні стратегії)
5	Техніка «Я-повідомлення»	Формує усвідомлення власних потреб і меж	Допомагає керувати емоційним вираженням	Розвиває асертивну поведінку, сприяє конструктивному спілкуванню
6	Фасилітація	Забезпечує розуміння групової динаміки та процесів взаємодії	Зменшує емоційну напругу, сприяє довірі	Формує навички колегіального прийняття рішень
7	Медіація	Розвиває здатність аналізувати інтереси сторін	Сприяє емоційній нейтральності та емпатії	Формує навички переговорів і конструктивного врегулювання суперечностей
8	Рефлексія, супервізія, інтервізія	Поглиблює розуміння власних дій і мотивів	Підвищує усвідомленість емоцій	Розвиває здатність до самокорекції комунікативної поведінки
9	Тайм-менеджмент	Формує навички	Зменшує рівень стресу, сприяє	Підвищує організованість,

№	Психологічний засіб / технологія	Когнітивний компонент (знання, усвідомлення, аналіз)	Емоційний компонент (саморегуляція, емоційна стабільність)	Поведінковий компонент (дії, комунікативні стратегії)
		планування й аналізу часу	гармонізації діяльності	знижує конфліктність у колективі
10	Психологічна просвіта (тренінги, семінари, майстер-класи)	Поглиблює знання з комунікації та конфліктології	Розвиває емоційну зрілість і толерантність	Зміцнює професійно-комунікативні навички у колективі

Як видно з таблиці 3.1.1, більшість психологічних засобів впливають одночасно на кілька компонентів комунікативної компетентності лікаря. Найбільш вираженим є емоційний компонент, адже саме він визначає здатність фахівця зберігати самоконтроль, уникати деструктивних реакцій і забезпечувати конструктивну взаємодію з колегами. Розвиток цих умінь потребує цілеспрямованого навчання, що зумовлює необхідність створення програми вдосконалення комунікативної компетентності, представленої у наступному підпункті.

Продуктами діяльності сучасного медичного закладу є не тільки якісні медичні послуги, а й організаційна поведінка, психологічні умови праці та соціально-психологічний клімат у колективі, які формують міжособистісні взаємини. Важливе завдання керівництва та менеджменту з персоналу полягає у забезпеченні таких психологічних умов праці, що передбачають створення соціально-психологічного клімату для ефективної взаємодії, а не призводять до

руйнування міжособистісних стосунків і конфліктної поведінки в трудовому колективі.

Професійна діяльність керівника закладу охорони здоров'я характеризується широким спектром функцій: організація, планування, забезпечення якості медичної діяльності, керівництво колективом, прийняття управлінських рішень, а також управління конфліктами та стресами у трудовому колективі. Ефективність діяльності керівника залежить від багатьох факторів (характеру середовища, рівня професіоналізму), серед яких, у сучасних умовах, значне місце належить вмінню попереджати та вирішувати різні типи конфліктів в організації, а також навичкам профілактики професійного стресу. Саме тому комунікативна компетентність керівника та лікарів стає ключовим психологічним засобом попередження конфліктної поведінки та формування сприятливого міжособистісного клімату, оскільки більшість управлінських, організаційних та конфліктних функцій реалізуються через процес комунікації.

Відповідно до Етичного кодексу лікаря України (2012) [34] та Закону України «Основи законодавства про охорону здоров’я» [36], взаємини між медичними працівниками мають ґрунтуватися на взаємоповазі, толерантності та співробітництві, що є психологічною основою для ефективного врегулювання конфліктів.

Незамінним інструментом зменшення конфліктів професійного змісту між медичними працівниками є стандарти та клінічні протоколи медичної допомоги, вимогами до яких є своєчасний їх перегляд та оновлення на галузевому рівні відповідно до розвитку світових медичних технологій. Це питання стосується діяльності Державного експертного центру МОЗ України [10].

Підвищенню ефективності міжособистісної взаємодії сприяє психологічна просвіта лікарів - семінари, тренінги, майстер-класи, спрямовані на розвиток навичок ненасильницького спілкування, емоційного інтелекту та командної взаємодії. Такі форми роботи виконують не лише навчальну, а й

профілактичну функцію: допомагають лікарям своєчасно розпізнавати ознаки конфлікту, зберігати самоконтроль, формувати партнерські відносини з колегами.

Виявлені потреби у підвищенні соціально-психологічних, адміністративних та організаційних компетентностей керівників, а також професійних, комунікативних і морально-етичних компетентностей медичних працівників закладів охорони здоров'я вказують на необхідність цільового підвищення їхньої кваліфікації з питань прогнозування, попередження та врегулювання конфліктів. Цей напрям слід розвивати у межах системи додипломної освіти та безперервного професійного розвитку [10].

Комунікативна компетентність лікаря виступає ключовим психологічним чинником, який інтегрує когнітивні знання, емоційний контроль та поведінкові стратегії, спрямовані на попередження і конструктивне подолання конфліктів. Розвиток цієї компетентності потребує цілеспрямованої роботи, що реалізується через спеціально розроблені психологічні програми та тренінги. Саме структура та зміст такої програми, спрямованої на вдосконалення комунікативної компетентності лікарів, будуть розглянуті у наступному підпункті.

3.2. Структура та зміст психологічної програми вдосконалення комунікативної компетентності лікарів

На основі результатів емпіричного дослідження, представленого у розділі 2, та аналізу психологічних засобів подолання міжособистісних конфліктів, викладених у підрозділі 3.1, було розроблено комплексну психологічну програму вдосконалення комунікативної компетентності лікарів. Програма спрямована на цілеспрямований розвиток когнітивного, емоційного та поведінкового компонентів комунікативної компетентності з метою запобігання конфліктній поведінці у професійній взаємодії з колегами.

Теоретико-методологічну основу програми становлять сучасні наукові підходи до розуміння комунікативної компетентності як багатокомпонентного

утворення. Як зазначають Г. Кошонько та О. Лужецька, комунікативна компетентність є певним рівнем сформованості особистісного й професійного досвіду взаємодії з оточенням, який потрібен індивіду для успішного функціонування у професійному середовищі і суспільстві [46].

Завдання третього етапу дослідження вирішувалися завдяки реалізації комплексної програми, яка включає теоретичний курс для лікарів та низку практичних занять, спрямованих на формування ціннісного ставлення до життя, професійної діяльності, формуванню у лікарів успішних копінг-стратегій особистості задля корекції й профілактики внутрішніх конфліктів, емоційних криз.

Розробка програми враховує специфіку професійної діяльності лікарів у стаціонарних відділеннях, зокрема високий рівень емоційного навантаження, ризик професійного вигорання [45] та необхідність ефективної командної взаємодії в умовах підвищеної відповідальності за життя і здоров'я пацієнтів.

Метою розробленої психологічної програми є цілеспрямований розвито комунікативної компетентності лікарів як багатокомпонентного психологічного засобу для забезпечення ефективної професійної взаємодії та запобігання деструктивній конфліктній поведінці з колегами.

Розроблена психологічна програма має на меті цілеспрямоване вдосконалення комунікативної компетентності (КК) лікарів стаціонару. Необхідність розробки Програми обґрунтована результатами емпіричного дослідження (Розділ 2), які засвідчили наявність у лікарів низки комунікативних та емоційних бар’єрів, зокрема: низької здатності до емоційної саморегуляції, схильності до уникнення конфліктів та недостатньо розвинених соціально-перцептивних навичок.

Відповідно до мети було визначено завдання програми:

- підвищити рівень усвідомлення лікарями власних комунікативних особливостей, стилів поведінки в конфліктних ситуаціях та їхнього впливу на професійну взаємодію;

- розвинути навички емоційної саморегуляції, підвищити стресостійкість та сформувати вміння конструктивно реагувати на емоційно напружені ситуації;

- сформувати практичні навички асертивної поведінки, активного слухання та ефективного спілкування з колегами;

- підвищити рівень соціального інтелекту, зокрема здатність розуміти мотиви, емоції та наміри інших людей;

- розвинути вміння розпізнавати конфліктні ситуації на ранніх стадіях та застосовувати конструктивні стратегії їх вирішення;

- сформувати навички професійної рефлексії та самоаналізу комунікативної поведінки;

- зменшити вплив емоційних, мотиваційних та соціально-перцептивних бар'єрів на встановлення емоційних контактів з колегами.

Психологічна програма вдосконалення комунікативної компетентності лікарів розроблена у формі тренінгу і спрямована на профілактику та конструктивне подолання міжособистісних конфліктів у професійному середовищі, що є ключовим завданням роботи.

Програма ґрунтується на принципах активного навчання, інтерактивності, рефлексії (аналіз власних комунікативних патернів) та системності (послідовний розвиток когнітивного, емоційного та поведінкового компонентів КК).

Програма призначена для лікарів стаціонарних відділень (хірургічного та терапевтичного профілю) з різним рівнем професійного досвіду. Результати емпіричного дослідження засвідчили необхідність диференційованого підходу до різних вікових категорій: молодші лікарі (28-39 років) потребують більшої уваги до розвитку стресостійкості та емоційної саморегуляції; фахівці середнього віку (40-55 років) - до підтримки балансу між професійним навантаженням та збереженням комунікативної гнучкості; старші лікарі (56-68 років) – до розвитку адаптивності у сприйнятті нових комунікативних стилів та подолання соціально-перцептивних бар'єрів.

Програма реалізується у груповому форматі (оптимальна кількість учасників - 12-16 осіб), що забезпечує можливість обміну досвідом, взаємного навчання та формування підтримуючого середовища. За необхідності передбачені індивідуальні консультації для лікарів з вираженими емоційними бар'єрами або низьким рівнем асертивності.

Тривалість програми: 40 академічних годин, розподілених на 10 тематичних блоків по 4 години кожен. Рекомендована частота занять - 1-2 рази на тиждень протягом 2-2,5 місяців, що забезпечує можливість закріплення навичок у реальній професійній практиці між заняттями.

Структура програми:

Програма складається з трьох взаємопов'язаних модулів, кожен з яких спрямований на розвиток відповідних компонентів комунікативної компетентності (табл. 3.2.1).

Таблиця 3.2.1

Модульна структура програми вдосконалення комунікативної компетентності лікарів

Модуль	**Назва модуля**	**Компонент комунікативної компетентності**	**Кількість годин**
I	Самопізнання та усвідомлення	Когнітивний	12
II	Емоційна компетентність та саморегуляція	Емоційний	16
III	Конструктивна комунікація та управління конфліктами	Поведінковий	12

Модуль І. Самопізнання та усвідомлення (когнітивний компонент)

Перший модуль спрямований на формування у лікарів системного усвідомлення власних комунікативних особливостей і стилів поведінки в

конфліктних ситуаціях як когнітивної основи професійної взаємодії. Основний акцент зроблено на осмисленні теоретичних положень щодо структури комунікативної компетентності, функцій професійної комунікації в медичному середовищі та ролі рефлексії у розумінні індивідуального внеску лікаря в комунікативний процес, без безпосереднього впливу на сформовані поведінкові стратегії

На думку Д. Хаймса, комунікативна компетентність визначає адекватність мовленнєвої та соціальної поведінки у конкретній ситуації [94]. У роботах Г. Данченко та Т. Вальфовської наголошується, що професійна комунікація лікаря має особливу структуру, що поєднує елементи партнерської взаємодії, інформаційного обміну та емоційної підтримки [26]. Науковці підкреслюють, що ефективність комунікації залежить не лише від технічних навичок, а й від системи цінностей, професійних настанов і здатності лікаря усвідомлювати власний внесок у комунікативний процес.

Емпіричні результати показали, що частина лікарів має недостатню поінформованість щодо особливостей конфліктної взаємодії та функцій комунікації у медицині, що підтверджує потребу в систематизації цих знань.

Тематичний блок 1.1. Вступ до комунікативної компетентності в медичній практиці (4 год.)

Зміст: Знайомство учасників, орієнтація учасників у цілях і змісті програми. Визначення очікувань від програми. Теоретичні основи комунікативної компетентності як професійно значущої характеристики лікаря. Структура комунікативної компетентності: когнітивний, емоційний та поведінковий компоненти. Роль комунікації у запобіганні конфліктів та підтримці позитивного психологічного клімату в медичному колективі.

Методи роботи: Міні-лекція, групова дискусія, вправа "Карта очікувань", самопрезентація учасників.

Тематичний блок 1.2. Діагностика власних комунікативних особливостей (4 год.)

Зміст: Проведення психодіагностичного обстеження учасників із використанням методик, апробованих в емпіричному дослідженні, з метою виявлення індивідуальних особливостей комунікативної поведінки у професійному спілкуванні. Застосовуються тест К. Томаса для визначення домінантних стилів поведінки в конфліктних ситуаціях [61], методика М. Снайдера для оцінки рівня самоконтролю у спілкуванні [80], шкала асертивних дій С. Хобфолла [87], методика В. Бойка для виявлення психологічних перешкод у встановленні емоційних контактів [2]. Здійснюється індивідуальна інтерпретація результатів, орієнтована на їх аналітичне осмислення та розвиток рефлексивної позиції учасників. Особлива увага приділяється усвідомленню власних комунікативних ресурсів і зон потенційного професійного розвитку.

Методи роботи: Психодіагностичне тестування, індивідуальний зворотний зв’язок у конфіденційному форматі, структурована групова рефлексія результатів

Тематичний блок 1.3. Типологія конфліктів у медичному середовищі (4 год.)

Зміст: Розкриття поняття конфлікту як соціально-психологічного феномену та аналіз його структурних компонентів [8, 19]. Розгляд основних причин виникнення міжособистісних конфліктів у професійній взаємодії лікарів, зокрема організаційних, рольових, комунікативних та особистісних чинників [8, 21]. Аналіз конструктивних і деструктивних функцій конфлікту в контексті медичної діяльності [17]. Окрема увага приділяється впливу синдрому професійного вигорання на підвищення рівня конфліктності у медичних колективах [42]. Розглядається специфіка конфліктних ситуацій у хірургічних і терапевтичних підрозділах на рівні типових професійних взаємодій.

Методи роботи: Міні-лекція з мультимедійною презентацією, аналіз типових і реальних професійних кейсів, структурована групова дискусія з рефлексивним обговоренням причин і наслідків конфліктних ситуацій

Очікувані результати

У результаті реалізації першого модуля в учасників формується цілісне уявлення про комунікативну компетентність як інтегративну професійно значущу характеристику лікаря, що включає когнітивний, емоційний та поведінковий компоненти. Учасники поглиблюють знання про функції професійної комунікації в медичному середовищі та її роль у забезпеченні ефективної міжособистісної взаємодії й попередженні конфліктних ситуацій.

Очікується підвищення рівня усвідомлення індивідуальних комунікативних особливостей і домінантних стилів поведінки в конфліктних ситуаціях на основі результатів психодіагностичного обстеження. Учасники набувають здатності до аналітичного осмислення власних показників самоконтролю у спілкуванні, асертивності та наявних психологічних перешкод у встановленні емоційних контактів.

Формується системне розуміння типології конфліктів у медичному середовищі, причин їх виникнення, структурних характеристик та функціональних наслідків, зокрема у зв’язку з проявами професійного вигорання. Учасники усвідомлюють специфіку конфліктних взаємодій у різних клінічних підрозділах і роль особистісних та організаційних чинників у їх ескалації.

Результати модуля забезпечують формування когнітивної та рефлексивної основи для подальшого розвитку емоційного й поведінкового компонентів комунікативної компетентності в межах наступних етапів формувальної програми.

Зміст і методичне забезпечення Модуля І подано в Додатку Е.

Модуль ІІ. Емоційна компетентність та саморегуляція (емоційний компонент)

Другий модуль є найбільш об’ємним у структурі формувальної програми, що зумовлено результатами емпіричного дослідження, відповідно до яких емоційні перешкоди у професійному спілкуванні виявилися найпоширенішими серед лікарів (40%). Виявлені труднощі безпосередньо впливають на здатність фахівців до конструктивної міжособистісної взаємодії, регуляції емоційних

станів та ефективної поведінки в умовах професійного стресу. Модуль спрямований на розвиток емоційного компонента комунікативної компетентності шляхом формування навичок усвідомлення, розпізнавання та регуляції емоцій у професійній діяльності лікаря.

Тематичний блок 2.1. Емоційний та соціальний інтелект лікаря(4 год.)

Зміст: Розкриття поняття емоційного інтелекту в контексті концепцій Д. Гоулмана та П. Саловея [22]. Аналіз основних компонентів емоційного інтелекту: самоусвідомлення, саморегуляція, емпатія та соціальні навички. Розгляд соціального інтелекту як чинника ефективної професійної взаємодії. Проведення діагностики соціального інтелекту за шкалою TSIS. Аналіз взаємозв'язку емоційного інтелекту з конструктивною поведінкою у конфліктних ситуаціях. Розвиток емпатії як професійно значущої якості лікаря.

Методи роботи: Міні-лекція, заповнення шкали TSIS з подальшим рефлексивним обговоренням результатів, вправи на розвиток емпатії («Крісло емпатії», «Три позиції сприйняття»).

Тематичний блок 2.2. Розпізнавання та управління емоціями (4 год.)

Зміст: Аналіз ролі емоцій у професійній діяльності лікаря. Вплив хронічного стресу та травматичного професійного досвіду на емоційний стан медичних працівників [4, 50]. Формування навичок розпізнавання власних емоцій та емоцій інших учасників взаємодії. Розгляд невербальних проявів емоцій у професійному спілкуванні. Усвідомлення та опрацювання емоційних бар'єрів, виявлених за методикою В. Бойка.

Методи роботи: Практичні вправи з ідентифікації емоцій за невербальними ознаками, рольові ігри, відеоаналіз типових комунікативних ситуацій у медичному середовищі.

Тематичний блок 2.3. Техніки емоційної саморегуляції та стресостійкості (4 год.)

Зміст: Саморегуляція як ключовий компонент емоційної компетентності лікаря. Ознайомлення з базовими техніками зниження психоемоційного

напруження. Дихальні вправи як засіб швидкої стабілізації емоційного стану [82]. Техніки «заземлення» для відновлення відчуття контролю та психологічної рівноваги [82]. Елементи аутогенного тренування та прогресивної м'язової релаксації. Профілактика професійного вигорання через розвиток навичок емоційної саморегуляції.

Методи роботи: Практичне відпрацювання дихальних технік (діафрагмальне дихання, техніка 4-7-8), вправи заземлення (5-4-3-2-1), керована візуалізація, домашні завдання для самостійної практики.

Тематичний блок 2.4. Тайм-менеджмент як засіб зниження емоційного напруження (4 год.)

Зміст: Аналіз взаємозв'язку неефективного використання часу з емоційним перевантаженням, професійним стресом і підвищенням рівня конфліктності [16]. Ознайомлення з правилом «6П» у плануванні робочого часу [16]. Використання матриці Ейзенхауера для пріоритизації професійних завдань. Делегування та розподіл відповідальності в медичній команді. Формування балансу між професійною діяльністю та особистим життям як умови збереження психоемоційного ресурсу.

Методи роботи: Міні-лекція, практична робота з індивідуальним робочим графіком, вправа «Аналіз тижня», розробка персональної системи тайм-менеджменту.

Очікувані результати

У результаті реалізації другого модуля у лікарів має поглибитись розуміння ролі емоційних процесів у професійній діяльності та міжособистісній взаємодії в медичному середовищі. Учасники засвоюють теоретичні положення щодо емоційного та соціального інтелекту як складових комунікативної компетентності, а також усвідомлюють їхній вплив на конструктивну поведінку в конфліктних ситуаціях і ефективність професійного спілкування.

Очікується підвищення рівня усвідомлення власних емоційних станів, індивідуальних особливостей емоційного реагування та наявних емоційних бар'єрів у комунікації, зокрема тих, що були виявлені в ході емпіричного

дослідження. Учасники поступово набувають здатність розпізнавати емоції інших учасників професійної взаємодії за вербальними й невербальними ознаками, що сприяє кращому розумінню міжособистісних процесів у колективі.

Формується уявлення про механізми емоційної саморегуляції та стресостійкості, а також про їх значення для профілактики професійного вигорання. Учасники ознайомлюються з базовими техніками стабілізації психоемоційного стану та усвідомлюють можливості їх застосування у професійній діяльності без порушення функціональних обов'язків.

Також очікується усвідомлення взаємозв'язку між організацією робочого часу, рівнем емоційного навантаження та конфліктністю професійної взаємодії. Результати модуля мають забезпечити формування емоційної основи для подальшого розвитку поведінкового компонента комунікативної компетентності в межах наступного етапу формувальної програми.

Зміст і методичне забезпечення Модуля ІІ подано в Додатку Ж

Модуль ІІІ. Конструктивна комунікація та управління конфліктами(поведінковий компонент)

Третій модуль спрямований на розвиток конкретних поведінкових навичок ефективного спілкування та конструктивного вирішення конфліктних ситуацій у професійній діяльності лікаря. Модуль інтегрує знання та навички з попередніх модулів (когнітивного та емоційного компонентів) та забезпечує формування практичної компетентності у міжособистісній взаємодії.

Тематичний блок 3.1.Асертивна поведінка (4 год.)

Зміст: Поняття асертивності як форми неконфліктної поведінки [41]. Характеристики асертивної поведінки: повага до себе та інших, відстоювання своїх прав без порушення прав оточуючих. Взаємозв'язок асертивності з конфліктологічною компетентністю [41]. Розвиток асертивних навичок через практичне відпрацювання поведінки в конфліктних ситуаціях. Практична робота з результатами шкали асертивних дій.

Методи роботи: Міні-лекція, рольові ігри (відстоювання професійної позиції, конструктивна відмова, конструктивна критика), відеозаписи для подальшого аналізу поведінки.

Тематичний блок 3.2. Ефективна комунікація (4год.)

Зміст: Активне слухання як базова компетенція конструктивного спілкування [53]. Техніка «Я-повідомлення» для вираження незадоволення без звинувачень. Перефразування та уточнення для підвищення точності комунікації. Конструктивний зворотний зв'язок. Подолання комунікативних бар'єрів [8].

Методи роботи: Практичні вправи на активне слухання («Ланцюжок», «Перефразування»), тренування «Я-повідомлень» у парах, рольові ігри з типових професійних ситуацій.

Тематичний блок 3.3. Стратегії вирішення конфліктів (4год.)

Зміст: П'ять стратегій поведінки в конфлікті за К. Томасом: конкуренція, уникнення, пристосування, компроміс, співпраця [61]. Аналіз ефективності стратегій залежно від типу ситуації. Розвиток переговорних навичок у конфліктних ситуаціях. Використання фасилітації та медіації для врегулювання конфліктів [20]. Етапи конструктивного вирішення конфлікту.

Методи роботи: Аналіз індивідуальних результатів тесту К. Томаса, рольові ігри міжособистісних конфліктів (розбіжності в діагностиці, розподіл навантаження), практика фасилітації групової дискусії, розробка алгоритму конструктивного вирішення конфлікту.

Очікувані результати

У результаті проходження Модуля ІІІ у лікарів формується практична здатність до ефективного спілкування та конструктивного вирішення конфліктних ситуацій у професійній діяльності. Учасники опановують конкретні поведінкові стратегії взаємодії з колегами, пацієнтами та іншими учасниками медичного процесу, засновані на принципах асертивності, активного слухання та конструктивного зворотного зв'язку.

Очікується розвиток навичок:

- асертивної поведінки - відстоювання власної позиції без порушення прав інших, конструктивна відмова, адекватна самопрезентація;

- ефективної комунікації - використання «Я-повідомлень», перефразування, уточнення та активне слухання для уникнення непорозумінь;

- стратегій управління конфліктами - аналіз і вибір оптимальної стратегії поведінки залежно від ситуації, навички переговорів, фасилітації та медіації;

- саморефлексії в поведінковому компоненті - здатність оцінювати власну поведінку та її ефективність у конфліктних і професійно напружених ситуаціях.

Реалізація модуля сприяє підвищенню професійної компетентності лікарів у сфері міжособистісної взаємодії та зміцнює здатність підтримувати позитивний психологічний клімат у колективі, мінімізуючи ризик деструктивних конфліктів.

Зміст і методичне забезпечення Модуля ІІІ подано в Додатку К.

Методичне забезпечення програми

Реалізація програми передбачає використання різноманітних інтерактивних методів, що забезпечують активну участь лікарів та інтеграцію отриманих знань у професійну практику. Програма охоплює всі три компоненти комунікативної компетентності: когнітивний, емоційний та поведінковий.

Методи роботи та їх роль.

1. Міні-лекції (15-20% часу) - для представлення теоретичних основ комунікативної компетентності, результатів сучасних досліджень та психодіагностичних інструментів.

2. Групові дискусії та обговорення (20-25%) - для обміну професійним досвідом, аналізу реальних ситуацій та формування колективного знання.

3. Рольові ігри та симуляції (25-30%) - для відпрацювання конкретних поведінкових навичок у безпечному середовищі з можливістю отримання зворотного зв’язку.

4. Практичні вправи та тренування (20-25%) - для формування автоматичних навичок активного слухання, асертивної поведінки та емоційної саморегуляції.

5. Індивідуальна рефлексія та самоаналіз (10-15%) - для усвідомлення власного досвіду, виявлення зон розвитку та планування змін.

6. Домашні завдання - для закріплення навичок у реальному професійному середовищі (ведення щоденника емоцій, практика саморегуляції, застосування технік активного слухання та Я-повідомлень).

Використання методичного забезпечення дозволяє забезпечити систематичне та послідовне формування комунікативної компетентності лікарів на всіх трьох рівнях: когнітивному, емоційному та поведінковому.

Загальні очікувані результати програми:

Когнітивний рівень

- глибоке розуміння структури та компонентів власної комунікативної компетентності;

- знання про типологію конфліктів та механізми їх виникнення в медичному середовищі;

- усвідомлення власних комунікативних особливостей, сильних сторін та зон розвитку.

Емоційний рівень

- підвищення рівня емоційного інтелекту та емоційної стабільності;

- володіння техніками швидкої саморегуляції в стресових ситуаціях;

- зменшення впливу емоційних бар’єрів на встановлення контактів з колегами;

- підвищення стресостійкості та профілактика професійного вигорання.

Поведінковий рівень

- сформовані навички асертивної поведінки у професійній взаємодії;

- вміння застосовувати техніки активного слухання та Я-повідомлень;

- здатність обирати конструктивні стратегії вирішення конфліктів залежно від ситуації;

- розвинені навички професійної рефлексії та самоаналізу.

Рівень колективу

- покращення психологічного клімату у відділенні;

- зменшення кількості та інтенсивності міжособистісних конфліктів;

- підвищення ефективності командної взаємодії;

- формування культури конструктивного спілкування

Завдяки такій структурі програми, лікарі отримують цілісне формування комунікативної компетентност**і,** що включає усвідомлення, емоційне реагування та практичну поведінку у професійних ситуаціях.

Оцінка ефективності програми

Для визначення ефективності програми передбачено триетапну систему моніторингу**,** яка забезпечує комплексну оцінку змін у комунікативній компетентності лікарів на когнітивному, емоційному та поведінковому рівнях.

1. Первинна діагностика (до початку програми).

На цьому етапі здійснюється психодіагностичне обстеження учасників за методиками, використаними в емпіричному дослідженні:

- тест К. Томаса на визначення стилів поведінки в конфліктних ситуаціях;

- методика М. Снайдера для оцінки самоконтролю у спілкуванні;

- шкала асертивних дій С. Хобфолла;

- шкала емоційного та соціального інтелекту (TSIS);

- методика В. Бойка для виявлення перешкод у встановленні емоційних контактів.

Результати первинної діагностики дозволяють визначити базовий рівень комунікативної компетентності**,** слабкі та сильні сторони кожного учасника.

2. Проміжний моніторинг (після кожного модуля)

На цьому етапі проводиться:

- анкетування учасників щодо корисності отриманих знань та практичних навичок;

- самооцінка засвоєння навичок у кожному модулі;

- збір якісного зворотного зв’язку про сприйняття навчального процесу та ефективність інтерактивних методів.

Проміжний моніторинг дозволяє коригувати програму у реальному часі та враховувати індивідуальні потреби учасників.

3. Підсумкова діагностика (через 1 місяць після завершення програми)

На заключному етапі здійснюється повторне психодіагностичне обстеження за тими ж методиками, що й на первинному етапі, для оцінки динаміки показників комунікативної компетентності**.** Додатково проводиться:

- групова рефлексія досягнутих результатів;

- аналіз змін у психологічному кліматі відділення за оцінками керівництва та самих учасників;

- фіксація кількості зареєстрованих конфліктних ситуацій;

- оцінка суб’єктивного задоволення професійною взаємодією.

Методи статистичного аналізу

Для оцінки динаміки використовуються непараметричні критерії**,** зокрема критерій Вілкоксона для порівняння зв’язаних вибірок**,** що дозволяє виявити статистично значущі зміни у показниках комунікативної компетентності.

Додатково аналізуються якісні показники: зміни в атмосфері відділення (за оцінками керівництва та самих учасників), кількість зареєстрованих конфліктних ситуацій, суб'єктивне відчуття задоволеності професійною взаємодією, що забезпечує комплексну оцінку ефективності програми.

Впровадження та адаптація програми

Програма розроблена з урахуванням реальних умов функціонування медичних закладів та передбачає гнучку адаптацію залежно від конкретних характеристик середовища та групи учасників:

- *специфіка відділення* (хірургічне або терапевтичне) - акцент на відповідних комунікативних аспектах, що особливо актуально для професійних взаємодій у конкретному профілі;

- віковий склад групи - адаптація змісту та інтенсивності вправ із урахуванням вікових особливостей емоційних та соціально-перцептивних бар'єрів;

- часові можливості закладу - програма може реалізовуватися у вигляді інтенсивних 2-денних воркшопів або розтягнута у часі, залежно від графіку роботи медичного персоналу;

- рівень конфліктності колективу - у разі високого рівня напруження передбачено додатковий акцент на техніках фасилітації та медіації.

Успішна реалізація програми потребує підтримки з боку адміністрації медичного закладу, що відповідає вимогам Етичного кодексу лікаря України [34] та Закону України «Основи законодавства про охорону здоров'я» [36] щодо створення сприятливих умов для професійної взаємодії медичних працівників.

Програму можна впроваджувати як у рамках системи безперервного професійного розвитку медичних працівників, так і як окремий проєкт психологічної служби закладу охорони здоров'я. Доцільним є залучення кваліфікованих психологів-тренерів з досвідом роботи в медичній сфері або психологів медичних закладів, які пройшли спеціальну підготовку з фасилітації групових процесів.

Представлена програма вдосконалення комунікативної компетентності лікарів **є** комплексним і науково обґрунтованим інструментом**,** який поєднує сучасні психологічні знання про природу комунікації, конфліктів та емоційної регуляції з реальними практичними потребами медичної сфери.

Програма спрямована на системний розвиток усіх компонентів комунікативної компетентності - когнітивного, емоційного та поведінкового - і забезпечує формування конструктивної культури професійної взаємодії в медичних колективах. Реалізація програми сприяє профілактиці конфліктної поведінки**,** підвищенню ефективності командної роботи та загальному покращенню якості надання медичної допомоги.

Висновки до розділу ІІІ

У третьому розділі кваліфікаційної роботи здійснено комплексний теоретико-практичний аналіз проблеми вдосконалення комунікативної компетентності лікарів як провідного психологічного чинника запобігання та конструктивного подолання міжособистісних конфліктів у професійному середовищі. Представлені матеріали дозволяють розглядати комунікативну компетентність не лише як сукупність окремих навичок спілкування, а як інтегративне особистісно-професійне утворення, що забезпечує ефективність взаємодії, психологічну безпеку та стабільність медичного колективу.

На основі аналізу сучасних наукових підходів до проблеми професійної комунікації та управління конфліктами у сфері охорони здоров'я встановлено, що міжособистісні конфлікти є закономірним наслідком високого рівня емоційного навантаження, відповідальності, часових обмежень і необхідності колегіального прийняття рішень у медичній діяльності. Їхній характер і наслідки значною мірою залежать від рівня сформованості комунікативної компетентності лікаря, зокрема здатності до усвідомленого аналізу ситуації, емоційної саморегуляції та вибору адекватних поведінкових стратегій. Встановлено, що специфіка медичної сфери, яка характеризується високим рівнем емоційної напруженості, відповідальності та дефіцитом часу, зумовлює об'єктивну необхідність володіння лікарями не лише клінічними знаннями, а й розвиненим психологічним інструментарієм взаємодії.

У підрозділі 3.1 обґрунтовано систему психологічних засобів подолання міжособистісних конфліктів у професійній взаємодії лікарів, які впливають на когнітивний, емоційний та поведінковий компоненти комунікативної компетентності. Показано, що такі засоби, як саморегуляція, техніки заземлення, дихальні вправи, активне слухання, асертивна поведінка, «Я–повідомлення», фасилітація, медіація, професійна рефлексія, супервізія та тайм-менеджмент, мають комплексний характер впливу й сприяють зниженню емоційної напруги, підвищенню усвідомленості та формуванню конструктивних моделей взаємодії. Особливу увагу приділено ролі емоційного

інтелекту, профілактиці професійного вигорання та створенню сприятливого соціально-психологічного клімату як умовам ефективного врегулювання конфліктів.

Аналіз наукових джерел і нормативно-правових документів підтвердив, що розвиток комунікативної компетентності лікарів є не лише індивідуальним професійним завданням, а й важливою складовою системи управління якістю медичної допомоги та організаційної культури закладу охорони здоров'я. Дотримання етичних принципів, стандартизація професійної діяльності, психологічна просвіта та підтримка з боку керівництва створюють підґрунтя для зменшення конфліктності та підвищення ефективності командної роботи.

У підрозділі 3.2 представлено психологічну програму вдосконалення комунікативної компетентності лікарів, розроблену з урахуванням результатів емпіричного дослідження та специфіки професійної діяльності медичних працівників стаціонарних відділень. Програма має чітку структурно-модульну побудову, спрямовану на послідовний розвиток когнітивного, емоційного та поведінкового компонентів комунікативної компетентності, і ґрунтується на принципах активного навчання, інтерактивності, рефлексивності та системності.

У програмі обґрунтовано доцільність групового формату реалізації програми, що забезпечує умови для обміну професійним досвідом, розвитку навичок взаємної підтримки та формування колегіальних стратегій подолання конфліктів. Визначено цільові завдання програми, її тривалість, зміст тематичних блоків та очікувані результати, які полягають у підвищенні рівня усвідомленості комунікативної поведінки, розвитку емоційної саморегуляції, асертивності, соціального інтелекту та здатності до професійної рефлексії.

Результати третього розділу підтверджують, що комунікативна компетентність лікаря виступає ключовим психологічним ресурсом попередження деструктивної конфліктної поведінки та забезпечення ефективної професійної взаємодії в медичному колективі. Запропонована програма є практичним інструментом, який може бути використаний у системі

безперервного професійного розвитку медичних працівників та сприяти підвищенню якості міжособистісних відносин і психологічного благополуччя у закладах охорони здоров'я.

ВИСНОВКИ

Виконане дослідження присвячене актуальній проблемі психології медичної діяльності, а саме комунікативній компетентності лікаря як чинника запобігання конфліктної поведінки з колегами в умовах стаціонару. Метою роботи було дослідити роль комунікативної компетентності лікаря як фактора запобігання конфліктів у професійній діяльності в умовах стаціонару.

Теоретичний аналіз наукових джерел засвідчив багатокомпонентну природу комунікативної компетентності як інтегративного особистісно-професійного утворення, що включає когнітивний, емоційний та поведінковий компоненти. Встановлено, що в умовах медичної діяльності комунікативна компетентність виступає не лише професійно значущою характеристикою, а й ключовим психологічним ресурсом профілактики деструктивної конфліктної поведінки та забезпечення ефективної міжособистісної взаємодії в лікувальному закладі. Аналіз праць вітчизняних і зарубіжних дослідників показав відсутність єдиного підходу до визначення змісту та структури комунікативної компетентності, проте спільним є розуміння її як результату цілеспрямованого розвитку, що передбачає формування системи знань, навичок, установок та мотивації до ефективного спілкування.

Розкрито психологічну сутність конфлікту як закономірного феномену професійної взаємодії, що може мати як деструктивний, так і конструктивний

потенціал залежно від способів його розв'язання та рівня комунікативної компетентності учасників. Систематизовано знання про типологію, структуру, динаміку міжособистісних конфліктів у медичному середовищі та визначено основні психологічні чинники їх виникнення, серед яких індивідуально-психологічні особливості медичних працівників, розбіжності у професійних підходах, дефіцити у комунікативній сфері, емоційне виснаження та професійне вигорання.

Емпіричне дослідження, проведене на базі Комунального підприємства «Центральна міська лікарня м. Олександрії» за участю двадцяти лікарів хірургічного та терапевтичного відділень, виявило неоднорідність рівня сформованості комунікативної компетентності. Найпоширенішими стилями поведінки в конфліктних ситуаціях виявилися співпраця та компроміс, що становлять тридцять і двадцять п'ять відсотків відповідно, що свідчить про загальну орієнтацію більшості медичних працівників на конструктивне вирішення конфліктів. Також виявлено значну частку лікарів, схильних до неадаптивних стратегій уникнення та пристосування, що корелює з наявністю емоційних бар'єрів у сорока відсотків респондентів та зниженим рівнем асертивності.

Результати психодіагностичного обстеження засвідчили, що високий рівень самоконтролю у спілкуванні демонструють сорок п'ять відсотків респондентів, середній рівень виявлено у тридцяти п'яти відсотків, а низький рівень зафіксовано у двадцяти відсотків досліджуваних. Дослідження соціального інтелекту показало, що вісімдесят п'ять відсотків лікарів мають середній або високий рівень розвитку цієї характеристики, що виступає протективним чинником щодо конфліктної поведінки. Встановлено позитивний взаємозв'язок між рівнем асертивності, соціального інтелекту, самоконтролю та схильністю до конструктивних стратегій поведінки в конфліктних ситуаціях.

Виявлено специфіку комунікативної компетентності залежно від професійного профілю. Лікарі хірургічного відділення частіше демонструють високий рівень асертивності та обирають стиль співпраці, що зумовлено

специфікою їхньої роботи з необхідністю швидкого прийняття рішень та високої емоційної стабільності. Натомість лікарі терапевтичного відділення виявляють більшу схильність до компромісу, уникнення або пристосування. Зафіксовано вікову динаміку: молодші лікарі частіше мають емоційні бар'єри та потребують розвитку стресостійкості, у середньому віці переважає помірна емоційна гнучкість, а старші лікарі виявляють соціально-перцептивні труднощі та знижену адаптивність.

Обґрунтовано та систематизовано психологічні засоби подолання міжособистісних конфліктів у професійній діяльності лікарів, які впливають на різні компоненти комунікативної компетентності. Когнітивний компонент включає знання про структуру комунікації, типологію конфліктів та професійну рефлексію. Емоційний компонент охоплює техніки саморегуляції, розвиток емоційного інтелекту та емпатії. Поведінковий компонент передбачає формування навичок активного слухання, асертивної комунікації, фасилітації та медіації. Показано комплексний характер впливу цих засобів, оскільки більшість із них одночасно діють на кілька компонентів комунікативної компетентності.

Розроблено комплексну психологічну програму вдосконалення комунікативної компетентності лікарів, структуровану за модульним принципом відповідно до трьох основних компонентів. Перший модуль формує когнітивну основу через аналіз власних комунікативних особливостей та вивчення типології конфліктів. Другий модуль спрямований на розвиток емоційної компетентності, техніки стабілізації психоемоційного стану та профілактику професійного вигорання. Третій модуль присвячено формуванню навичок конструктивної комунікації, асертивної поведінки та вибору адекватних стратегій розв'язання конфліктів.

Програма розрахована на сорок академічних годин та передбачає використання інтерактивних методів навчання: міні-лекції, групові дискусії, рольові ігри, практичні вправи, індивідуальну рефлексію та домашні завдання. Визначено триетапну систему моніторингу ефективності програми з

використанням валідованих психодіагностичних методик на етапах первинної діагностики, проміжного моніторингу після кожного модуля та підсумкової діагностики через місяць після завершення програми.

Практична значущість дослідження полягає у можливості використання розробленої програми в системі безперервного професійного розвитку медичних працівників та у діяльності психологічних служб закладів охорони здоров'я. Програма може бути адаптована залежно від специфіки відділення, вікового складу групи та рівня конфліктності колективу.

Перспективи подальших досліджень передбачають розробку диференційованих програм розвитку комунікативної компетентності з урахуванням специфіки клінічного профілю, вікових та гендерних особливостей, дослідженні ефективності окремих психологічних засобів профілактики конфліктів, вивченні впливу організаційно-управлінських чинників на рівень конфліктності медичних колективів та розробці системи психологічного супроводу лікарів в умовах професійного стресу.

Виконане дослідження підтвердило гіпотезу про те, що комунікативна компетентність лікаря є вагомим психологічним чинником запобігання конфліктній поведінці з колегами та може бути цілеспрямовано розвинута через спеціально організовану систему психологічного навчання і тренінгової роботи. Результати створюють наукове підґрунтя для подальшого вдосконалення системи психологічної підготовки медичних працівників та підвищення ефективності їхньої професійної взаємодії в умовах сучасних викликів системи охорони здоров'я України.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Академічний тлумачний словник української мови. URL: http://sum.in.ua/

2. Андрусів Л. Особливості методичного забезпечення емпіричного дослідження емоційних зв'язків подружжя в умовах воєнного стану. *Topical Aspects Of Modern Scientific Research : Proceedings of X International Scientific and Practical Conference, Tokyo, Japan, 13–15 June 2024*. Tokyo, 2024. P. 45–49

3. Ассаджіолі Р. Psychosynthesis. A Manual of Principles and Techniques (A Collection of Basic Writings) (An Esalen Book). New York : Viking Compass, 1974. 1st Edition.

4. Ассонов Д. Емоційне вигорання медичних працівників: моделі, фактори ризику та протективні фактори. НейроNEWS. December 2021.

5. Балахтар В. В. Соціально-педагогічний тренінг і маніпуляція : навч.-метод. посіб. Вижниця: Черемош, 2015. 432 с.

6. Балл Г. О. Про психологічні засади формування готовності до професійної праці. Психолого-педагогічні проблеми професійної освіти / за ред. І. А. Зязюна. Київ, 1994. С. 48-56.

7. Белбін Р. М. Команди менеджерів: секрети успіху і причини невдач / пер. з англ. Москва : HIPPO, 2003. 315 с.

8. Берлач А. І., Кондрюкова В. В. Конфліктологія : навчальний посібник. Київ : Університет «Україна», 2007. 203 с.

9. Безрукова В. С. Словник нового педагогічного мислення. Київ : Альтернативна педагогіка, 1996. 280 с.

10. Бідучак А. С. Медико-соціальне обґрунтування концептуальної функціонально-організаційної моделі управління конфліктами в закладі охорони здоров'я : кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису. Київ : Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, 2025.

11. Богуш А. М. Мовленнєвий розвиток дітей: сутність та шляхи реалізації. Дошкільне виховання. 1999. № 6. С. 3-5.

12. Бойко В. В. Методика диагностики «помех» в установлении эмоциональных контактов. Практическая психодиагностика. Методики и тесты : учеб. пособие. Самара : БАХРАХ, 1998. С. 391-394.

13. Брюханова Н. О. Підходи до розуміння компетентності та компетенції в освіті. Педагогіка і психологія професійної освіти. 2007. № 4. С. 40-49.

14. Бутенко Н. Комунікативні процеси у навчанні : підручник. Київ : КНЕУ, 2004. 384 с.

15. Вальфовська Т. Комунікативна компетентність молоді як одна з передумов досягнення життєвої мети. Шлях освіти. 2001. № 3. С. 13-16.

16. Возний Д. Тайм-менеджмент у медико-фармацевтичних компаніях як інструмент оптимізації взаємодії та підвищення ефективності управління. Київ : Київський національний економічний університет імені Вадима Гетьмана. DOI: https://doi.org/10.31891/mdes/2024-14-47

17. Волченко Є. Є. Детермінанти, рівні та умови виникнення конфліктів у фахівців медичної галузі. Актуальні проблеми психології. Том 9, випуск 13.

18. Вторнікова Ю. С. Комунікативна компетентність у структурі ключових компетентностей громадян Європи. Витоки педагогічної майстерності : збірник наукових праць. Полтава, 2011. URL: http://dspace.pnpu.edu.ua/bitstream/ 123456789/344/1/Vtornik%5B1%5D.pdf

19. Галаган В. Я. Психологія конфлікту : навчально-методичний посібник. Київ : ДЕТУТ, 2008. 422 с.

20. Гарькавець С. О., Волченко Л. П. Конфлікти в освітньому середовищі: діагностика та шляхи вирішення : навчально-методичний посібник. Харків : Друкарня Мадрид, 2020. 91 с.

21. Гірник А. М. Основи конфліктології : навч. посіб. Київ : Києво-Могилянська академія, 2010. 222 с.

22. Гоулман Д. Емоційний інтелект / пер. з англ. С.-Л. Гуменецької. Харків : Віват, 2018. 512 с.

23. Грабар Н. Комунікативна компетентність бібліотекаря в процесі проведення ігрових заходів. Вісник Харківської державної академії культури. 2010. Вип. 29. С. 80–85.

24. Грузіна І. Комунікативна компетентність у професійній діяльності. Управління розвитком. 2014. № 12. С. 108-109.

25. Гушлевська І. Поняття компетентності у вітчизняній та зарубіжній педагогіці. Шлях освіти. 2004. № 3. С. 22-24.

26. Данченко Г. Психологічні детермінанти розвитку комунікативної компетентності менеджера освіти шкільного рівня : дис. ... кандидата психол. наук : 19.00.07. Київ, 2002. 207 с.

27. Дарендорф Р. Сучасний соціальний конфлікт. Нариси політики свободи. Київ, 2002.

28. Демьяненко М. Я., Лазаренко К. А., Мельник С. В. Основы общей методики обучения иностранным языкам: Теоретический курс : учеб. пособие для студентов вузов. Київ : Вища школа, 1984. 255 с.

29. Добротвор О. Комунікативна компетентність як предмет наукового дослідження. Педагогічний процес : теорія і практика. 2013. Вип. 3. С. 56-62.

30. Долинська Л., Матяш-Заяц Л. Уявлення сучасної молоді про особливості міжособистісних конфліктів. Соціально-психологічний вимір демократичних перетворень в Україні. Київ : Український центр політичного менеджменту, 2003. С. 331-338.

31. Долинська Л. В., Матяш-Заяц Л. П. Психологія конфлікту : навчальний посібник. Київ : Каравела, 2010. 304 с.

32. Дойч М. Конструктивне вирішення конфліктів: принципи, навчання і дослідження. Теорія конфлікту / пер. з англ. Київ : Основи, 2005. С. 47–68.

33. Етика та психологія ділових відносин : навчальний посібник / М. Д. Прищак, О. Й. Лесько. Вінниця : ВНТУ, 2016. 151 с.

34. Етичний кодекс лікаря України : Затверджений рішенням Загальних зборів ВГО «Українська медична асоціація» 27 вересня 2012 р. Київ, 2012. 12 с. URL: https://moz.gov.ua/uploads/0/1880-etychnyi_kodeks_likarya_ukrainy.pdf

35. Ємельяненко Л. М., Петюх В. М., Торгова Л. В., Гриненко А. М. Конфліктологія : навч. посіб. / за заг. ред. В. М. Петюха, Л. В. Торгової. Київ : КНЕУ, 2003. 315 с.

36. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»: Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/ laws/show/2801-12.

37. Ковальова К. Педагогічні умови формування комунікативної компетентності спеціалістів-аграріїв. Актуальні питання гуманітарних наук. 2023. Вип. 66, том 2.

38. Коваленко Ю. П. Внутрішньорольовий конфлікт працюючої жінки-матері як проблема жінки XXI ст. Соціальні технології: актуальні проблеми теорії та практики. 2014. Вип. 64. С. 78-88.

39. Козак С. Формування іншомовної комунікативної компетенції майбутніх фахівців морського флоту : дис. кандидата пед. наук : 13.00.04. Одеса, 2001. 270 с.

40. Козер Л. Функции социального конфликта / пер. с англ. О. А. Назаровой. Москва: Идея-Пресс; Дом интеллектуальной книги, 2000. 208 с.

41. Козич І. В. Асертивна поведінка як новоутворення процесу формування конфліктологічної компетентності майбутнього педагога вищої школи. Вісник Запорізького національного університету. 2014. №1 (22). С. 135-143.

42. Колісник Н. С. Вплив професійного вигорання на рівень конфліктності фахівців системи Державної служби з надзвичайних ситуацій :

магістерська дисертація. Київ : Національний технічний університет України «Київський політехнічний інститут імені Ігоря Сікорського», 2021. 95 с.

43. Коновальчук І. М. Соціально-психологічні причини конфліктів в міжособистісній взаємодії. Актуальні питання сімейної медицини : VIII Міжрегіональної науково-практична конференція / від. ред. В. М. Мороз. Житомир : Полісся, 2010. С. 424-432.

44. Конфлікт. Вікіпедія. Вільна енциклопедія. URL: https://uk.wikipedia.org/wiki/Конфлікт

45. Кочина Л. До визначення поняття «професійна комунікативна компетентність». Педагогіка і психологія професійної освіти. 2013. №3. С. 76-82.

46. Кошонько Г., Лужецька О. Професійна комунікативна компетентність психолога як умова його успішної діяльності. Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія: психологічні науки. 2018. №2(10).

47. Кремень В. Г. Філософія: мислителі, ідеї, концепції. С. 13-36.

48. Кучер О. А. До проблеми формування громадянської компетентності випускників загальноосвітньої школи. Матеріали Першої міжнародної соціально-педагогічної конференції, м. Луцьк, 26-27 квітня 2006 р. Луцьк, 2006.

49. Кучеренко Є. В. Психосинтез як метод посттравматичного розвитку особистості дорослого в умовах соціальної лімінальності. Психологічні студії. 2023. Вип. 4. С. 27-34.

50. Курчишина В. Ч., Грубі Т. В. Індивідуально-особистісні якості особистості як один із факторів виникнення сімейних конфліктів. Теорія та історія соціології. 2024. Вип. 57. С. 220-225. DOI: https://doi.org/10.32782/2663-5208

51. Лавриченко Н. М. Педагогіка соціалізації: європейські обриси. Київ : ВІРА ІНСАЙТ, 2000. 443 с.

52. Лепейко Т. І., Лукашев С. В., Миронова О. М. Організаційна поведінка : навч. посіб. Харків : Вид. ХНЕУ, 2013. 156 с.

53. Лимарь К. В., Хоменко Є. Г. Активне слухання, як метод психологічного консультування. Тези 76-ї наукової конференції професорів, викладачів, наукових працівників, аспірантів та студентів університету. Том 2, 14 травня -- 23 травня 2024 р. Полтава : Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка», 2024.

54. Луків А. К. Методи врегулювання міжособистісних конфліктів у трудовому колективі закладу охорони здоров'я : кваліфікаційна робота : спеціальність 073 -- Менеджмент / наук. керівник Г. Л. Монастирський. Тернопіль : Західноукраїнський національний університет, 2020.

55. Марчук Л. М. Соціально-психологічні особливості формування асертивної поведінки у професійному становленні майбутніх психологів : дис. канд. психол. наук. Київ, 2016. 225 с.

56. Маслач К., Лейтер М. П. Правда про вигорання: як організації спричиняють особистий стрес і що з цим робити/пер. з англ. Львів : Свічадо, 2020. 240с.

57. Маслоу А. Мотивація і особистість / пер. з англ. Київ : Знання, 2019. 416 с.

58. Мейєр Дж., Саловей П., Карузо Д. Емоційний інтелект: що це таке і навіщо він потрібен / пер. з англ. Київ : Наш формат, 2019. 320 с.

59. Миронова О. М., Мазоренко О. В. Конфліктологія : навч. посіб. Харків : Вид. ХНЕУ, 2011. 168 с.

60. Мудріцька В. К. Тактика комунікативної взаємодії медичних працівників та пацієнтів у терапевтичному відділенні. Медсестринство. 2014. № 4. С. 29-30.

61. Нестерович Л. Г. Особливості соціального інтелекту у медичних працівників в умовах війни як чинник конфліктності : дис. ... д-ра філософії : 05 -- соціальні та поведінкові науки / наук. кер. Дідух М. М. Київ : Національний авіаційний університет, 2023. 111 с.

62. Нікуліна І. В. Запобігання та вирішення міжособистісних конфліктів в органах державної влади в Україні : автореферат кваліфікаційної роботи за другим рівнем вищої освіти (магістр). Миколаїв : Чорноморський національний університет імені Петра Могили, 2021.

63. Орлянський В. С. Конфліктологія : навчальний посібник. Київ : Центр учбової літератури, 2007. 160 с.

64. Павлишин С. Методи врегулювання міжособистісних конфліктів в трудовому колективі закладу охорони здоров'я : кваліфікаційна робота магістра : 073. Тернопіль : Західноукраїнський національний університет, 2023. 87 с.

65. Панова М. І., Герасіна Л. М. Конфліктологія : підручник. Харків : Право, 2002. 253 с.

66. Педагогічна майстерність : підручник. Київ : Вища школа, 2004. 418 с.

67. Перре-Клермон А. Н. Роль социальных взаимодействий в развитии интеллекта детей. Москва : Педагогика, 1991. 245 с.

68. Пірен М. І. Конфліктологія : підручник. Київ : Центр учбової літератури, 2007. 256 с.

69. Платон. Діалоги. Харків : Фоліо, 2008. 349 с.

70. Пономаренко Т. І. Психологічні чинники розвитку комунікативної компетентності майбутніх психологів у медійному просторі : дис. д-ра філософії: 05 - соціальні та поведінкові науки / наук. кер. В. В. Зеленін. Київ : Національний педагогічний університет імені М. П. Драгоманова, 2022. 281 с.

71. Пометун О.І. (2004)Дискусія українських педагогів навколо питань запровадження компетентнісного підходу в українській освіті // Компетентнісний підхід у сучасній освіті: світовий досвід та українські перспективи: Бібліотека освітньої політики. Київ: «К.І.С.». С. 66–72.

72. Потапчук Є.М. Деякі аспекти аналізу міжособистісних конфліктів у вітчизняній та зарубіжній психології // Ціннісні орієнтації в громадському становленні особистості. Науково-методичний збірник. Дрогобич: Відродження, 2005. С.32-35.

73. Примуш М. Конфліктологія : навч. посібник для вузів. Київ: Видавничий дім «Професіонал», 2006. 282 с.

74. Психологічний словник / за ред. В. І. Войтка. Київ : Вища школа, 1982. 214 с.

75. Равчина Т. В., Грабовська С. Ф. Конфлікти без насильства: навч. посіб. Львів: Літературна агенція «Піраміда», 2015. 152 с.

76. Роджерс К. Р. On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy. Houghton Mifflin, 1961.

77. Розв'язання та профілактика конфліктів у виробничому середовищі : електронний навч. курс. Біла Церква: БІНПО ДЗВО «УМО» НАПН України, 2024. 44 с.

78. Сергієнко Т. І. Конфлікти в колективі і роль керівника у їх вирішенні. Гуманітарний вісник ЗДІА. Серія: Філософія. 2012. № 48. С. 236-242.

79. Словник лінгвістичних термінів / уклад. Е. В. Коротевич, Н. С. Родзевич. Київ: АПН УРСР, 1957. 236 с.

80. Снайдер М. Методика діагностики рівня самоконтролю у спілкуванні / уклад. О. Ф. Бондарчук. Практикум з психології особистості : навч.-метод. посіб. / за ред. Т. М. Тарарухіної. Київ: Центр учбової літератури, 2010. С. 143-145.

81. Теренда Н. О., Павлів Т. Б., Теренда О. А. Професійне вигорання - одна з невирішених проблем системи охорони здоров'я. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2021. № 2 (88).

82. Тертична Т. Д. Вправи, ігри й техніки для емоційної підтримки учасників освітнього процесу в умовах надзвичайних ситуацій. Вінниця : Вінницький державний педагогічний університет імені Михайла Коцюбинського, 2022. 56 с.

83. Трофімова А. В. Особливості прояву асертивності лікарів загальної практики : магістерська робота: 053 - психологія / наук. кер. Н. Ф. Шевченко. Запоріжжя: Запорізький національний університет, 2023. 67 с.

84. Фройд З. Вступ до психоаналізу / пер. з нім. О. Жупанського. Київ: Жупанський, 2020. URL: https://pocketbook.ua/vstup-do-psihoanalizu-pu100033896

85. Хаймс Д. Основи соціолінгвістики: етнографічний підхід / пер. з англ. Філадельфія: University of Pennsylvania Press, 1974. 240 с.

86. Херсонський Б. Г., Дворняк С. В. Психіатрія конфлікту. Київ: Здоров'я, 2008. 528 с.

87. Хобфолл С. Стратегії подолання стресових ситуацій (Strategic Approach to Coping Scale - SACS) / адаптація Н. Є. Водоп'янової, Є. С. Старченкової. Практикум по психологии менеджмента и профессиональной деятельности / под ред. Г. С. Никифорова, М. А. Дмитриевой, В. М. Снеткова. Санкт-Петербург: Речь, 2003. С. 276-282.

88. Чала О. В. Психологія конфліктної особистості : монографія. Київ: Освіта України, 2007. 296 с.

89. Чубко О. В. Конфліктні ситуації в роботі лікаря як одна з причин професійного вигорання. URL: https://neuronews.com.ua/ua/issue-article-1584/Konfliktni-situaciyi-u-roboti-likarya-yak-odna-z-prichin-profesiynogo-vigorannya#gsc.tab=0

90. Яхно Т. П., Куревіна І. О. Конфліктологія та теорія переговорів : навчальний посібник. Київ: Центр учбової літератури, 2012. 168 с.

91. Ames D., Lee A., Wazlawek A. Interpersonal Assertiveness: Inside the Balancing Act. Social and Personality Psychology Compass. 2017. Vol. 11, No 6. DOI:10.1111/spc3.12317.

92. Belbin R. M. Team Roles at Work. 2nd ed. Oxford : ButterworthHeinemann, 2010. 304 p.

93. Definition and Selection of Competencies: Theoretical and Conceptual Foundations (DeSeCo). Paris: OECD, 2003. 142 p.

94. Hymes D. On Communicative Competence. In J. B. Pride and J. Holmes (eds.). New York : Harmondsworth; Penguin, 1972. P. 269-293.

95. Mayer J. D., Salovey P. The intelligence of emotional intelligence. Intelligence. 1993. No 17 (4). P. 433-442.

96. Silvera D. H., Martinussen M., Dahl T. I. The Tromsø Social Intelligence Scale, a self-report measure of social intelligence. Scandinavian Journal of Psychology. 2001. Vol. 42, No 4. P. 313-319.

97. Snyder M., Gangestad S. On the Nature of Self-Monitoring: Matters of Assessment, Matters of Validity. Journal of Personality and Social Psychology. 1986. Vol. 51. P. 125–139.

98. Thomas K. W., Kilmann R. H. Thomas-Kilmann Conflict Mode Instrument. Tuxedo, NY : Xicom, 1974. URL: https://kilmanndiagnostics.com/overview-thomas-kilmann-conflict-mode-instrument-tki/

99. Raven J. Competence in modern society: identification, development and implementation. M.: Kogyto-Center, 2002. 396 p.

100. Wiemann J. M. Explication and test of model of communicative competence. Human Communication Research. 1977. Vol. 3, No 3. P. 195-213.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Тест за методикою К. Томаса
«Визначення стилю поведінки в конфліктній ситуації»

Інструкція

В опитувальнику наведено 5 можливих варіантів поведінки в конфліктній ситуації, які згруповані у 30 пар. З кожної пари оберіть те судження, яке Ви вважаєте найхарактернішим для своєї поведінки.

1.

а) Іноді я надаю можливість іншим узяти на себе відповідальність за розв’язання спірного питання.

б) Перш ніж обговорювати те, у чому ми не дійшли згоди, я намагаюся звернути увагу на те, із чим ми обидва погоджуємося.

2.

а) Я намагаюся знайти компромісне рішення.

б) Я намагаюся владнати справу з урахуванням інтересів іншого і власних.

3.

а) Зазвичай я наполегливо намагаюся досягти свого.

б) Я намагаюся заспокоїти іншого і здебільшого зберегти наші стосунки.

4.

а) Я намагаюся знайти компромісне рішення.

б) Іноді я жертвую власними інтересами заради інтересів іншої людини.

5.

а) Налагоджуючи спірну ситуацію, я повсякчас намагаюся знайти підтримку в іншого.

б) Я намагаюся зробити все, щоб уникнути напруження.

6.

а) Я намагаюся уникнути прикрощів.

б) Я намагаюся досягти свого.

7.

а) Я намагаюся відкласти розв’язання спірного питання, щоб згодом зробити це остаточно.

б) Я вважаю за можливе поступитися одним, щоб досягти іншого.

8.

а) Зазвичай я наполегливо намагаюся досягти свого.

б) Я насамперед намагаюся чітко з’ясувати те, у чому полягають усі порушені інтереси й питання.

9.

а) Вважаю, що не завжди варто хвилюватися через якісь розбіжності, що виникають.

б) Я докладаю всіх зусиль, щоб досягти свого.

10.

а) Я наполегливо прагну досягти свого.

б) Я намагаюся знайти компромісне рішення.

11.

а) Насамперед я намагаюся чітко з’ясувати те, у чому полягають усі порушені інтереси й питання.

б) Я намагаюся заспокоїти іншого й здебільшого зберегти наші стосунки.

12.

а) Я завжди уникаю позиції, що може викликати суперечки.

б) Я даю можливість іншому мати свою думку, якщо він також іде мені назустріч.

13.

а) Я пропоную серединну позицію.

б) Я наполягаю, щоб усе було зроблено по-моєму.

14.

а) Я повідомляю іншому свою думку й запитую про його погляди.

б) Я намагаюся довести іншому логіку й переваги моїх поглядів.

15.

а) Я намагаюся заспокоїти іншого й здебільшого зберегти наші стосунки.

б) Я намагаюся зробити все необхідне, щоб уникнути напруженості.

16.

а) Я намагаюся не зачепити почуттів іншого.

б) Я намагаюся переконати іншого в перевазі моєї позиції.

17.

а) Зазвичай я наполегливо намагаюся досягти свого.

б) Я намагаюся зробити все, щоб уникнути марної напруженості.

18.

а) Якщо це зробить іншого щасливим, я дам йому можливість наполягти на своєму.

б) Я даю можливість іншому мати свою думку, якщо він також іде мені назустріч.

19.

а) Передусім я намагаюся чітко з’ясувати те, у чому полягають усі порушені інтереси й спірні питання.

б) Я намагаюся відкласти рішення спірного питання, щоб згодом розв’язати його остаточно.

20.

а) Я намагаюся негайно подолати наші розбіжності.

б) Я намагаюся знайти найкраще поєднання вигод і втрат для нас обох.

21.

а) Під час переговорів я намагаюся бути уважним до бажань іншого.

б) Я завжди схиляюся до прямого обговорення проблеми.

22.

а) Я намагаюся знайти серединну позицію між моєю думкою та думкою іншої людини.

б) Я відстоюю свої бажання.

23.

а) Як правило, я турбуюся про те, щоб задовольнити бажання кожного з нас.

б) Іноді я надаю можливість іншим узяти на себе відповідальність за розв’язання спірного питання.

24.

а) Якщо позиція іншого видається мені важливою, я намагатимуся йти назустріч його бажанням.

б) Я намагаюся переконати іншого дійти компромісу.

25.

а) Я намагаюся довести іншому логіку й переваги моїх поглядів.

б) Ведучи переговори, я намагаюся бути уважним до бажань іншого.

26.

а) Я пропоную серединну позицію.

б) Я майже завжди стурбований тим, щоб задовольнити бажання кожного з нас.

27.

а) Зазвичай я уникаю позиції, що може викликати суперечки.

б) Якщо це зробить іншого щасливим, я дам йому можливість наполягти на своєму.

28.

а) Зазвичай я наполегливо намагаюся досягти свого.

б) Налагоджуючи ситуацію, я намагаюся знайти підтримку в іншого.

29.

а) Я пропоную серединну позицію.

б) Вважаю, що не завжди варто хвилюватися через якісь розбіжності, що виникають.

30.

а) Я намагаюся не зачіпати почуттів іншого.

б) Я завжди дотримуюся такої позиції в спірному питанні, щоб досягти успіху.

Бланк для відповідей

№ пари	**А**	**В**	**№ пари**	**А**	**В**	**№ пари**	**А**	**В**
1.			11.			21.		
2.			12.			22.		

3.			13.			23.		
4.			14.			24.		
5.			15.			25.		
6.			16.			26.		
7.			17.			27.		
8.			18.			28.		
9.			19.			29.		
10.			20.			30.		

Ключ до відповідей

№ з/п	Суперництво	Співпраця	Компроміс	Уникнення	Пристосування
1.				**А**	**Б**
2.		**Б**	**А**		
3.	**А**				**Б**
4.			**А**		**Б**
5.		**А**		**Б**	
6.	**Б**			**А**	
7.			**Б**	**А**	
8.	**А**	**Б**			
9.	**Б**			**А**	
10.	**А**		**Б**		
11.		**А**			**Б**
12.			**Б**	**А**	
13.	**Б**		**А**		
14.	**Б**	**А**			
15.				**Б**	**А**
16.	**Б**				**А**
17.	**А**			**Б**	

18.			**Б**		**А**
19.		**А**		**Б**	
20.		**А**	**Б**		
21.		**Б**			**А**
22.	**Б**		**А**		
23.		**А**		**Б**	
24.			**Б**		**А**
25.	**А**				**Б**
26.		**Б**	**А**		
27.				**А**	**Б**
28.	**А**	**Б**			
29.			**А**	**Б**	
30.		**Б**			**А**

Опрацювання результатів

В ключі кожна відповідь А чи В дає уявлення про кількісному вираженні: суперництва, співпраці, компромісу, уникнення і пристосування. Якщо відповідь співпадає з вказаним у ключі, йому присвоюється значення 1, якщо не збігається, то присвоюється значення 0. Кількість балів, набраних індивідом за кожною шкалою, дає уявлення про вираженість у нього тенденції до прояву відповідних форм поведінки в конфліктних ситуаціях.

ДОДАТОК Б

Методика діагностики
рівня самоконтролю у спілкуванні (М.Снайдер)

Інструкція

Перед вами 25 тверджень. Уважно прочитайте кожне і дайте відповідь «так» або «ні», залежно від того, наскільки це твердження відповідає вашій звичайній поведінці.

№	Твердження	Так / Ні
1.	Я рідко турбуюсь про те, як поводитись у різних соціальних ситуаціях.	□ Так □ Ні
2.	У компанії я зазвичай наслідую манери та звички інших.	□ Так □ Ні
3.	Я легко можу бути душею компанії або залишатися осторонь, залежно від обставин.	□ Так □ Ні
4.	Я не дуже уважний до того, як поводяться інші.	□ Так □ Ні
5.	Я вважаю, що треба поводитися з усіма однаково, незалежно від ситуації.	□ Так □ Ні
6.	Я часто змінюю свою поведінку, щоб справити враження на оточення.	□ Так □ Ні
7.	Я уважно спостерігаю за поведінкою інших людей.	□ Так □ Ні
8.	Я рідко змінюю себе, щоб відповідати очікуванням інших.	□ Так □ Ні
9.	Я легко відчуваю, чого від мене чекають у конкретній ситуації.	□ Так □ Ні
10.	Я не люблю пристосовуватися до нових компаній чи умов.	□ Так □ Ні
11.	Мені подобається бути в центрі уваги.	□ Так □ Ні
12.	Мені важко змусити себе поводитися нещиро.	□ Так □ Ні
13.	Я часто намагаюся виглядати впевненіше, ніж є насправді.	□ Так □ Ні
14.	Я можу швидко адаптуватися до нових обставин.	□ Так □ Ні
15.	Я часто поводжусь по-різному з різними людьми.	□ Так □ Ні
16.	Я намагаюсь уникати проявів емоцій на публіці.	□ Так □ Ні
17.	Я можу змінювати стиль спілкування, якщо це потрібно.	□ Так □ Ні

18.	Я завжди поводжусь щиро, незалежно від ситуації.	□ Так □ Ні
19.	Я легко «вживаюсь у роль» у новій компанії.	□ Так □ Ні
20.	Я ніколи не прикидаюсь, щоб виглядати краще.	□ Так □ Ні
21.	Мене хвилює враження, яке я справляю на інших.	□ Так □ Ні
22.	Я ніколи не змінюю поведінку навмисно.	□ Так □ Ні
23.	Мені подобається змінювати імідж залежно від ситуації.	□ Так □ Ні
24.	Я завжди залишаюсь собою.	□ Так □ Ні
25.	Мені легко бути таким, яким мене хочуть бачити.	□ Так □ Ні

Ключ до обробки результатів:

Позитивні відповіді («так») зараховуються за номерами: 2, 3, 6, 7, 9, 11, 13, 14, 15, 17, 19, 21, 23, 25

Негативні відповіді («ні») зараховуються за номерами: 1, 4, 5, 8, 10, 12, 16, 18, 20, 22, 24

Інтерпретація результатів:

20–25 балів – Високий рівень самоконтролю.

Людина добре орієнтується в соціальних ситуаціях, гнучко підлаштовується, володіє розвиненою емоційною регуляцією.

12–19 балів – Середній рівень.

У поведінці є баланс між щирістю і соціальною адаптивністю.

0–11 балів – Низький рівень.

Людина менш чутлива до соціальних сигналів, частіше діє спонтанно, може не враховувати очікування оточення.

ДОДАТОК В

«Стратегії долання стресових ситуацій»
(шкала «асертивні дії», С. Хоббфолл)

Опитувальник дозволяє визначити основні поведінкові стратегії подолання стресових ситуацій і моделей копінг-поведінки досліджуваних.

Інструкція

Уважно прочитайте твердження та обведіть кружечком один із запропонованих варіантів відповідей, який найбільше Вам підходить.

№ з/п	Твердження	Варіанти відповідей				
		Зовсім не вірно 1	Навряд чи це так 2	Важко відповісти 3	Мабуть це так 4	Цілком вірно 5
1.	У будь-яких складних ситуаціях Ви не здаєтеся	1	2	3	4	5
2.	Ви об'єднуєтеся з іншими людьми, щоб разом вирішити ситуацію	1	2	3	4	5
3.	Ви радитеся з друзями або близькими про те, що б вони зробили, опинившись у Вашому становищі	1	2	3	4	5
4.	Ви завжди дуже ретельно зважуєте можливі варіанти рішень (краще бути обережним, ніж піддавати себе ризику)	1	2	3	4	5
5.	Ви покладаєтеся на свою інтуїцію	1	2	3	4	5
6.	Як правило, Ви відкладаєте вирішення проблеми, яка виникла, в надії, що вона розв’яжеться сама	1	2	3	4	5

№ з/п	Твердження	Варіанти відповідей				
		Зовсім не вірно 1	**Навряд чи це так 2**	**Важко відповісти 3**	**Мабуть це так 4**	**Цілком вірно 5**
7.	Намагаєтеся тримати все під контролем, хоча і не показуєте цього іншим	1	2	3	4	5
8.	Ви думаєте, що іноді необхідно діяти настільки швидко і рішуче, щоб застати інших зненацька	1	2	3	4	5
9.	Вирішуючи неприємні ьпроблеми, Ви часто виходите із себе й можете «наламати чимало дров»	1	2	3	4	5
10.	Коли хто-небудь із близьких поводиться з Вами несправедливо, Ви намагаєтеся вести себе так, щоб вони не відчули, що Ви засмучені	1	2	3	4	5
11.	Ви намагаєтеся допомагати іншим при вирішенні ваших спільних проблем	1	2	3	4	5
12.	Ви не соромитеся, за необхідності, звертатися до інших людей за допомогою або підтримкою	1	2	3	4	5
13.	Без необхідності Ви не «викладаєтеся» повністю, воліючи заощаджувати свої сили	1	2	3	4	5
14.	Ви часто дивуєтеся тому, що найбільш правильним є саме те рішення, що першим прийшло Вам у голову	1	2	3	4	5

№ з/п	Твердження	Варіанти відповідей				
		Зовсім не вірно 1	**Навряд чи це так 2**	**Важко відповісти 3**	**Мабуть це так 4**	**Цілком вірно 5**
15.	Іноді Ви волієте зайнятися чим завгодно, аби тільки забути про неприємну спра-ву, яку потрібно робити	1	2	3	4	5
16.	Для досягнення своїх цілей Вам часто доводиться «підігрувати» іншим або підлаштовуватися під інших людей (трохи «кривити душею»)	1	2	3	4	5
17.	У певних ситуаціях Ви ста- вите свої особисті інтереси вище всього, навіть якщо це зашкодить іншим	1	2	3	4	5
18.	Як правило, перешкоди для вирішення Ваших проблем або досягнення бажаного, сильно виводять Вас із себе, можна сказати, що вони просто бісять Вас	1	2	3	4	5
19.	Ви вважаєте, що в складній ситуації краще діяти самому, ніж чекати, коли її будуть вирішувати інші	1	2	3	4	5
20.	Перебуваючи у важкій ситуації, Ви роздумуєте про те, як діяли б у цьому випадку інші люди	1	2	3	4	5
21.	У важкі хвилини для Вас дуже важлива емоційна підтримка близьких людей	1	2	3	4	5

№ з/п	Твердження	Варіанти відповідей				
		Зовсім не вірно 1	**Навряд чи це так 2**	**Важко відповісти 3**	**Мабуть це так 4**	**Цілком вірно 5**
22.	Ви вважаєте, що у всіх випадках краще «сім разів відміряти, перш ніж відрізати»	1	2	3	4	5
23.	Ви часто програєте через те, що не покладаєтеся на свої передчуття	1	2	3	4	5
24.	Ви не витрачаєте свою енергію на розв'язання того, що, можливо, саме по собі вирішиться	1	2	3	4	5
25.	Ви дозволяєте іншим людям думати, що вони можуть вплинути на Вас, але насправді Ви - «міцний горішок», і нікому не дозволяєте маніпулювати собою	1	2	3	4	5
26.	Ви вважаєте, що корисно демонструвати свою владу й зверхність для зміцнення власного авторитету	1	2	3	4	5
27.	Вас можна назвати запальною людиною	1	2	3	4	5
28.	Вам буває досить важко відповісти відмовою на вимоги або прохання	1	2	3	4	5
29.	Ви думаєте, що в критичних ситуаціях краще діяти спільно з іншими	1	2	3	4	5
30.	Ви вважаєте, що на душі може полегшати, якщо поділитися з іншими своїми переживаннями	1	2	3	4	5

№ з/п	Твердження	Варіанти відповідей				
		Зовсім не вірно 1	Навряд чи це так 2	Важко відповісти 3	Мабуть це так 4	Цілком вірно 5
31.	Ви нічого не приймаєте на віру, тому що думаєте, що в будь-якій ситуації можуть бути «підводні камені»	1	2	3	4	5
32.	Ваша інтуїція Вас ніколи не підводить	1	2	3	4	5
33.	У конфліктній ситуації Ви переконуєте себе й інших, що проблема «не варта й виїденого яйця»	1	2	3	4	5
34.	Іноді Вам доводиться трохи маніпулювати людьми (вирішувати свої проблеми, незважаючи на інтереси інших)	1	2	3	4	5
35.	Буває дуже вигідно поставити іншу людину в незручне й залежне становище	1	2	3	4	5
36.	Ви вважаєте, що краще рішуче й швидко дати відсіч тим, хто не згодний з Вашою думкою, ніж «тягнути кота за хвіст»	1	2	3	4	5
37.	Ви легко й спокійно можете захистити себе від несправедливих дій з боку інших, при необхідності - сказати «ні» в ситуації емоційного тиску	1	2	3	4	5
38.	Ви вважаєте, що спілкування з іншими людьми збагатить Ваш життєвий досвід	1	2	3	4	5

№ з/п	Твердження	Варіанти відповідей				
		Зовсім не вірно 1	**Навряд чи це так 2**	**Важко відповісти 3**	**Мабуть це так 4**	**Цілком вірно 5**
39.	Ви думаєте, що підтримка інших людей дуже допомагає Вам у важких итуаціях	1	2	3	4	5
40.	У важких ситуаціях Ви довго готуєтеся і волієте спочатку заспокоїтися, а потім уже діяти	1	2	3	4	5
41.	У складних ситуаціях краще слідувати першому імпульсу, аніж довго зважувати всі можливі варіанти	1	2	3	4	5
42.	Ви по можливості уникаєте рішучих дій, що вимагають великої напруженості й відповідальності за наслідки	1	2	3	4	5
43.	Для досягнення своїх заповітних цілей не гріх і трохи злукавити	1	2	3	4	5
44.	Ви шукаєте «слабкості» інших людей і використо-вуєте їх з вигодою для себе	1	2	3	4	5
45.	Брутальність і дурість інших людей часто викли-кають у Вас лють (виводять Вас із себе)	1	2	3	4	5
46.	Ви відчуваєте незручність, коли Вас хвалять або говорять компліменти	1	2	3	4	5

№ з/п	Твердження	Варіанти відповідей				
		Зовсім не вірно 1	Навряд чи це так 2	Важко відповісти 3	Мабуть це так 4	Цілком вірно 5
47.	Ви вважаєте, що спільні зусилля з іншими прине-суть більше користі в будь- яких ситуаціях (при вирі-шенні будь-яких завдань)	1	2	3	4	5
48.	Ви впевнені, що у важких ситуаціях Ви завжди знай-дете розуміння й співчуття з боку близьких людей	1	2	3	4	5
49.	Ви думаєте, що у всіх випадках потрібно додержуватися принципу «тихіше їдеш – далі будеш»	1	2	3	4	5
50.	Дія під впливом першого пориву завжди гірше, ніж тверезий розрахунок	1	2	3	4	5
51.	У конфліктних ситуаціях Ви волієте знайти які-небудь важливі й невідк-ладні справи, дозволяючи іншим зайнятися рішенням проблеми або сподіваю-чись, що час все розставить на свої місця	1	2	3	4	5
52.	Ви думаєте, що хитрістю можна домогтися інколи більше, ніж діючи прямо	1	2	3	4	5
53.	Ви дотримуєтеся точки зору, що ціль виправдовує засоби	1	2	3	4	5
54.	У значущих і конфліктних ситуаціях Ви буваєте агресивним	1	2	3	4	5

Ключ

Субшкала	**Номери тверджень**
Асертивні дії	1, 10, 19, 28*, 37, 46*
Вступ до соціального контакту	2, 11, 20, 29, 38, 47
Пошук соціальної підтримки	3, 12, 21, 30, 39, 48
Обережні дії	4, 13, 22, 31, 40, 49
Імпульсивні дії	5, 14, 23, 32, 41, 50*
Уникнення	6, 15, 24, 33, 42, 51
Непрямі дії	7, 16, 25, 34, 43, 52
Асоціальні дії	8, 17, 26, 35, 44, 53
Агресивні дії	9, 18, 27, 36, 45, 54

Примітка: * підраховуються у зворотному порядку.

Обробка та інтерпретація результатів

Аналіз результатів проводиться на підставі зіставлення даних конкретної людини по кожній із субшкал із середніми значеннями моделей подолання в досліджуваній (професійній, віковій і т.і.) групі. В результаті порівняння індивідуальних і середньо-групових показників робиться висновок про подібність або відмінність поведінки (стратегії подолання стресових ситуацій) даного індивіда відносно досліджуваної категорії людей. Для інтерпретації індивідуальних особливостей подолання стресових ситуацій дані конкретного досліджуваного можуть бути зіставлені з даними, представленими в таблиці.

Показники стратегій подолання у представників комунікативних професій

№з/п	**Стратегії подолання**	**Модель поведінки (дії)**	**Ступінь вираженості моделей подолання**		
			Низька	**Середня**	**Висока**
1	Активна	Асертивні дії	6-17	18-22	23-30
2	Просоціальна	Вступ до соціального контакту	6-21	22-25	26-30

3	Просоціальна	Пошук соціальної підтримки	6-20	21-24	25-30
4	Пасивна	Обережні дії	6-17	18-23	24-30
5	Пряма	Імпульсивні дії	6-15	16-19	20-30
6	Пасивна	Уникнення	6-13	14-17	18-30
7	Непряма	Маніпулятивні дії	6-17	18-23	24-30
8	Асоціальна	Асоціальні дії	6-14	15-19	20-30
9	Асоціальна	Агресивні дії	6-13	14-18	19-30

ДОДАТОК Г

Шкала соціального інтелекту Тромсе (TSIS)

Інструкція

Нижче подано низку тверджень, що описують різні аспекти спілкування з іншими людьми. Будь ласка, уважно прочитайте кожне твердження та вкажіть, наскільки воно відповідає вам особисто.

Оцініть кожне твердження за такою шкалою:

1 = зовсім не про мене

2 = переважно не про мене

3 = швидше не про мене

4 = ні те, ні інше

5 = швидше про мене

6 = переважно про мене

7 = повністю про мене

Важливо: Відповідайте чесно, перше враження зазвичай найточніше.

Твердження:

1. Я добре розумію, як мої дії впливають на почуття інших людей.
2. Мені важко зрозуміти, що відчувають інші люди.
3. Я швидко помічаю зміни в поведінці людей навколо.
4. Мені нелегко знайти спільну мову з новими людьми.
5. Я рідко усвідомлюю соціальні помилки, які роблю.
6. Я можу розпізнати, коли хтось намагається мене обманути.
7. Мені легко заводити нові знайомства.
8. Я часто не розумію підтексту слів інших людей.
9. Я добре бачу, коли люди змінюють свою думку.
10. Я легко пристосовуюся до нових соціальних ситуацій.
11. Я погано відчуваю настрої інших людей.
12. Я не люблю спілкуватися з незнайомими людьми.
13. Мені важко зрозуміти, що інші насправді мають на увазі.
14. Я вмію відрізняти щирі емоції від удаваних.
15. Я зазвичай почуваюся незручно серед нових людей.
16. Я не помічаю, коли люди мене уникають.
17. Я швидко помічаю зміни у стосунках між людьми.

18. Я вмію поводитися так, щоб подобатися іншим людям.

19. Я помічаю, коли хтось змінює до мене ставлення.

20. Мені легко вписатися в нові колективи.

21. Я не розумію, чому деякі люди мене не приймають.

Ключ (підшкали):

Обробка соціальної інформації: 1, 3, 6, 9, 14, 17, 19

Соціальні навички: 4, 7, 10, 12, 15, 18, 20

Соціальна обізнаність: 2, 5, 8, 11, 13, 16, 21

Зворотне кодування:

Перед підрахунком балів для наступних тверджень треба змінити оцінку на зворотну (7 = 1, 6 = 2 тощо): 2, 4, 5, 8, 11, 12, 13, 15, 16, 21

Інтерпретація:

Чим вищий сумарний бал, тим вищий рівень соціального інтелекту. Можна аналізувати як загальний бал, так і кожну підшкалу окремо.

ДОДАТОК Д

Методика діагностики «перешкод» у встановленні емоційних контактів (за В.В. Бойко)

Мета: визначення впливу емоцій на встановлення контактів з людьми.

Інструкція

Вам потрібно прочитати судження і дати відповідь «так» чи «ні»:

1. Наприкінці робочого дня, зазвичай, на моєму обличчі помітно втому.
2. Буває так, що під час першого знайомства емоції заважають мені презентувати себе з позитивного боку (хвилююся, замикаюсь або, навпаки, багато говорю, збуджуюся, веду себе неприродно).
3. У спілкуванні мені часто не вистачає емоційності, виразності.
4. Напевно, я здаюсь оточуючим занадто суворим.
5. Я взагалі проти того, щоб зображати ввічливість, якщо тобі цього не хочеться.
6. Я зазвичай умію приховати від партнерів спалахи гніву.
7. Часто при спілкуванні з колегами я продовжую думати про свої справи.
8. Буває, що я намагаюся висловити партнеру емоційну підтримку (увагу, співчуття, співпереживання), але він цього не відчуває і не сприймає.
9. Часто у моїх очах чи виразі обличчя проглядається стурбованість.
10. У діловому спілкуванні я намагаюся приховувати свої симпатії до партнерів.
11. Усі мої переживання зазвичай написані на моєму обличчі.
12. Якщо я захоплююсь розмовою, то міміка мого обличчя стає надто виразною й експресивною.
13. Напевно, я дещо емоційно стриманий і «замкнений».
14. Я дуже часто знаходжуся в стані нервового напруження.
15. Зазвичай я відчуваю дискомфорт, коли потрібно тиснути руку при діловому спілкуванні.
16. Інколи близькі люди зауважують мені: розслаб м'язи обличчя, не криви вуста, не наморщуй лоба і т.д.
17. Коли я розмовляю, то занадто жестикулюю.
18. У новій ситуації мені завжди важко бути розслабленим, природнім.
19. Напевно, моє обличчя часто виражає сум чи стурбованість, хоча на душі спокійно.
20. Мені важко дивитися в очі при спілкуванні з малознайомими людьми.
21. Якщо я хочу, то мені завжди вдається приховати свою неприязнь до поганої людини.
22. Мені часто буває весело без особливої причини.
23. Мені дуже легко зробити за власним бажанням чи на прохання різні вирази обличчя: смуток, радість, переляк, відчай і т. д.
24. Мені говорили, що мій погляд важко витримати.

25. Мені щось заважає висловити теплоту, симпатію людині, навіть у тих випадках, коли я відчуваю це почуття до неї.

Висновки самооцінки:

«Перешкоди» у встановленні емоційних контактів	**Номери запитань**
Невміння керувати емоціями, їх дозувати	+1,-6,+11,+16,-21
Неадекватне емоційне вираження	- 2,+7,+12,+17, +22
Домінування негативних емоцій	+4,+9,+14,+19,+24
Негнучкість, нерозвинутість, невиразність емоцій	+3,+8,+13,+18,-23
Небажання зближатися з людьми на емоційній основі	+5,+10,+15,+20,+25

Сума набраних балів може коливатися від 0 до 25. Чим більша сума балів, тим більше виражена Ваша емоційна проблема у повсякденному спілкуванні.

Не варто також заспокоюватися, якщо Ви набрали мало балів (0-2). Це може бути зумовлено чи-то Вашою невідвертістю, чи поганим баченням себе зі сторони.

Якщо Ви набрали не більше **5 балів -** емоції зазвичай не заважають Вам спілкуватися.

6-8 балів - у Вас є деякі проблеми у повсякденному спілкуванні.

9-12 балів - свідчать про те, що Ваші «емоції на кожен день» певною мірою ускладнюють Вам спілкування з партнерами.

13 балів і більше - емоції явно заважають вам встановлювати контакти з людьми, можливо Ви підпадаєте під вплив деяких дезорганізуючих реакцій чи станів. Зверніть увагу, чи немає конкретних перешкод, котрі виникають у Вас - це пункти, за якими Ви набрали 3 і більше балів.

ДОДАТОК Е

Структура та зміст Модуля І

Назва модуля: Самопізнання та усвідомлення (когнітивний компонент)

Загальний обсяг: 12 годин

Мета модуля: формування когнітивної та рефлексивної основи комунікативної компетентності лікарів шляхом усвідомлення власних комунікативних особливостей, стилів поведінки у конфліктних ситуаціях та теоретичного осмислення конфліктної взаємодії у медичному середовищі.

Тематичний блок	Зміст	Кількість годин
1.1	Вступ до комунікативної компетентності в медичній практиці	4
1.1	Вступ до комунікативної компетентності в медичній практиці	4
1.3	Типологія конфліктів у медичному середовищі	4

Психодіагностичні методики, використані в Модулі І

У процесі реалізації Модуля І застосовувалися такі психодіагностичні інструменти:

1. Тест К. Томаса - для визначення домінантних стилів поведінки в конфліктних ситуаціях (суперництво, співпраця, компроміс, уникнення, пристосування).

2. Методика М. Снайдера - для оцінки рівня самоконтролю у міжособистісному спілкуванні.

3. Шкала асертивних дій С. Хоббфолла - для визначення здатності до впевненої, самопідтримувальної поведінки без порушення прав інших.

4. Методика В. Бойка - для виявлення психологічних перешкод у встановленні емоційних контактів.

Методики використовувалися з дослідницькою та розвивальною метою, без оціночного або атестаційного характеру.

Зразок інтерпретаційної таблиці результатів психодіагностики

Показник	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
Самоконтроль у спілкуванні			
Асертивність			
Емоційні бар’єри			
Домінантний стиль конфлікту			

Результати використовуються для індивідуального аналізу та рефлексії учасників.

Критерії аналізу сформованості когнітивного компонента комунікативної компетентності

Оцінювання здійснювалося за такими критеріями:

- рівень розуміння структури комунікативної компетентності;
- здатність ідентифікувати власний стиль поведінки в конфлікті;
- усвідомлення причин і функцій конфліктів у медичному середовищі;
- рефлексивність у процесі аналізу професійних ситуацій.

Зразок рефлексивних запитань для учасників

1. Які особливості власної комунікативної поведінки стали для мене новими або несподіваними?
2. Які стилі поведінки в конфлікті я використовую найчастіше у професійній діяльності?
3. Які чинники, на мою думку, найбільше впливають на виникнення конфліктів у моєму колективі?
4. Які аспекти комунікативної компетентності потребують подальшого розвитку?

Анкета зворотного зв'язку (фрагмент)

Оцініть за 5-бальною шкалою:

1. Зрозумілість теоретичного матеріалу - ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5
2. Корисність психодіагностичного блоку - ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5
3. Актуальність тематики конфліктів у медичній практиці - ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

ДОДАТОК Ж

Анкета для самооцінки емоційного інтелекту (TSIS)

Інструкція: оцініть, наскільки ви часто проявляєте зазначені поведінкові патерни у професійній діяльності за шкалою 1-5:

1 - ніколи, 2 - рідко, 3 - іноді, 4 - часто, 5 – завжди

Показник	1	2	3	4	5
Усвідомлюю під час роботи					
Вмію контролювати емоції у стресових ситуаціях					
Виявляю емпатію до пацієнтів та колег					
Розумію емоції колег за їхньою поведінкою					
Вмію ефективно вирішувати конфлікти з урахуванням емоційної складової					

Примітка: результати аналізуються під час групового обговорення та індивідуальної рефлексії

Таблиця реєстрації рівня емоційної саморегуляції

Техніка саморегуляції	**Частота застосування на практиці (разів/тиждень**	**Ефективність (1–5)**	**Коментарі**
Дихальні вправи (діафрагмальне, 4-7-8)			
Техніка «заземлення» (5-4-3-2-1)			
Керована візуалізаці			
Аутогенне тренуванн			
Прогресивна м’язова релаксація			

Вправи для розвитку емпатії та емоційної компетентності

1. Вправа «Крісло емпатії»

Учасник сідає у «крісло емпатії» та описує емоційний стан іншої особи у певній професійній ситуації.

Група аналізує відповідь, пропонує альтернативні інтерпретації.

2. Вправа «Три позиції сприйняття»

Уявне переміщення у три позиції: власну, іншої людини, нейтрального спостерігача.

Вправу виконують на конкретних клінічних або конфліктних кейсах.

3. Рольові ігри на розпізнавання емоцій

Розігрування типових ситуацій (конфлікт з колегою, комунікація з пацієнтом).

Завдання: ідентифікувати емоції учасників, застосовуючи вербальні та невербальні сигнали.

4. Вправа «Аналіз тижня» (тайм-менеджмент)

Учасник аналізує власний робочий тиждень, фіксує час на основні завдання та оцінює емоційне навантаження.

Розробляє оптимальний план із використанням принципів «6П» та матриці Ейзенхауера.

Зразок анкети зворотного зв'язку

Оцініть за 5-бальною шкалою:

1 - зовсім не згоден, 5 - повністю згоден

Питання	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Теоретичний матеріал був зрозумілим					
Практичні вправи допомогли усвідомити власні емоційні бар'єри					
Вправи з тайм-менеджменту були корисними для зниження стресу					
Вправа «Крісло емпатії» підвищила мою здатність до розуміння інших					
Планую застосовувати отримані навички на практиці					

ДОДАТОК К

Анкета для самооцінки асертивної поведінки

Інструкція: оцініть, наскільки часто ви проявляєте зазначені поведінкові патерни у професійній діяльності за шкалою 1–5:

1 - ніколи, 2 - рідко, 3 - іноді, 4 - часто, 5 - завжди

Показник	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Вмію відстоювати власну позицію без порушення прав інших					
Можу відмовити колезі або пацієнту конструктивно					
Висловлюю критичні зауваження коректно та без агресії					
Під час конфліктів залишаюся спокійним і контрольованим					
Вмію враховувати емоції іншої сторони під час спілкування					

Таблиця розвитку навичок ефективної комунікації

Навичка	**Частота застосування на практиці (разів/тиждень)**	**Ефективність (1–5)**	**Коментарі**
Активне слухання			
Використання «Я-повідомлень»			
Перефразування та уточнення			
Надання конструктивного зворотного зв’язку			
Подолання комунікативних бар’єрів			

Вправи для розвитку поведінкової компетентності

1. Рольові ігри з асертивності:

- відстоювання професійної позиції в конфліктній ситуації;
- відмова від необґрунтованих вимог;
- надання конструктивної критики;
- обговорення та аналіз відеозаписів.

2. Вправа «Ланцюжок активного слухання»

Учасники передають інформацію по ланцюжку, використовуючи тільки активне слухання та перефразування.

Мета: тренування точності сприйняття та передачі інформації.

3. Вправа «Я-повідомлення в діалозі»

У парах учасники висловлюють незадоволення, не звинувачуючи іншого.

Аналізують, які повідомлення були конструктивними.

4. Вправа «Розробка алгоритму вирішення конфлікту»

На основі кейсу учасники визначають етапи вирішення конфлікту, вибирають стратегію (за К. Томасом), планують дії та результат.

Мета: практичне застосування знань про стратегії поведінки та переговори.

5. Вправа «Фасилітація групової дискусії»

Учасники тренують ведення дискусії в групі, моделюючи конфліктну ситуацію, відпрацьовують фасилітацію, медіацію та конструктивне втручання.

Анкета зворотного зв'язку

Оцініть за 5-бальною шкалою:

1 - зовсім не згоден, 5 - повністю згоден

Питання	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Вправи з асертивності були корисними для професійної практики					
Практика активного слухання покращила мою здатність розуміти колег					
Вправи з «Я-повідомлень» допомогли уникати конфліктів					
Вправи з вирішення конфліктів та медіації підвищили мою компетентність					
Планую застосовувати набуті навички у професійній діяльності					