ПРИВАТНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«КИЇВСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

Факультет фармації, психології та менеджменту

Кафедра психології

Кваліфікаційна робота магістра
на тему

«КОМУНІКАТИВНА КОМПЕТЕНТНІСТЬ ЛІКАРЯ ЯК ЧИННИК ЗАПОБІГАННЯ КОНФЛІКТІВ В ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ»

Виконала: магістрантка групи ПЗ-2404
заочної форми навчання
напряму підготовки (спеціальності) 053 «Психологія»
Силка Наталія Володимирівна

Науковий керівник: Півень Л. В.
асистентка кафедри психології

Рецензент:
Світлана Герасина
канд.псих.наук, доцентка кафедри психології
Університету Григорія Сковороди в м. Переяславі

Київ – 2026

ЗМІСТ

ВСТУП 4

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ЛІКАРЯ ЯК ЧИННИК ЗАПОБІГАННЯ КОНФЛІКТІВ 9

1.1 Проблема конфліктів в колективі лікарів: причини, види та наслідки 9

1.2 Структура та критерії розвитку комунікативної компетентності лікаря 15

1.3 Способи та стратегії вирішення професійних конфліктів 25

Висновки до першого розділу 32

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ЛІКАРЯ ЯК ЧИННИКА ЗАПОБІГАННЯ КОНФЛІКТІВ 35

2.1 Методи та організація емпіричного дослідження 35

2.2 Результати емпіричного дослідження 43

2.2.1 Аналіз стратегій поведінки лікарів у конфліктних ситуаціях (за методикою К. Томаса) 44

2.2.2 Дослідження комунікативних схильностей та рівня емпатій лікарів 46

2.2.3 Аналіз показників професійного вигорання як деструктивного чинника… 48

2.2.4 Вплив професійного вигорання на комунікативну сферу та стратегії вирішення конфліктів 50

2.2.5 Статистичний аналіз взаємозв’язку компонентів комунікативної компетентності та конфліктної поведінки 52

Висновки до другого розділу 52

РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНІ МЕТОДИ РОЗВИТКУ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ЛІКАРЯ 55

3.1 Огляд методів розвитку комунікативної компетентності лікаря 55
3.2 Структура та зміст програми розвитку комунікативної компетентності лікарів з високим рівнем конфліктності 58
Висновки до третього розділу 63
ВИСНОВКИ 66
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 69
ДОДАТКИ 72

ВСТУП

На сьогоднішній день медична сфера потребує не лише високої професійної підготовки лікарів, а й розвинених комунікативних навичок. Комунікативна компетентність лікаря є важливим чинником забезпечення якісної взаємодії з пацієнтами та колегами, запобігання конфліктним ситуаціям і створення позитивного психологічного клімату в медичних закладах. В той час як дефіцит комунікативних навичок може спричиняти професійні конфлікти, знижувати рівень довіри пацієнтів до лікаря та негативно впливати на якість надання медичних послуг.

Актуальність дослідження також зумовлена високим рівнем стресу та емоційного вигорання серед медичних працівників. Це безпосередньо впливає на їхню здатність до ефективного спілкування та конструктивної взаємодії як із пацієнтами, так і з колегами. У сучасних умовах в Україні система охорони здоров’я стикається з постійними викликами: зростанням кількості пацієнтів, дефіцитом кадрів, високою інтенсивністю роботи, необхідністю оперативного прийняття рішень у критичних ситуаціях. Усе це створює ґрунт для підвищеної конфліктності у медичних колективах, яка, у свою чергу, негативно позначається на якості надання допомоги, ефективності командної роботи та загальному психологічному кліматі в закладі.

Особливого значення у цьому контексті набуває комунікативна компетентність лікаря, адже саме вона є ключовим ресурсом для попередження конфліктів і гармонізації міжособистісних відносин у професійному середовищі. Розвинені навички ефективного слухання, емпатійного ставлення до співрозмовника, вміння врегульовувати суперечності мирним шляхом сприяють зниженню напруженості та формуванню атмосфери довіри. Водночас відсутність належного рівня комунікативної культури здатна не лише поглиблювати конфлікти, а й призводити до професійного відчуження, підвищення рівня вигорання та відтоку кадрів із медичної сфери.

Запобігання конфліктам у лікарському середовищі через розвиток комунікативної компетентності є важливим завданням як для окремих фахівців, так і для всієї системи охорони здоров'я загалом. Це завдання передбачає не лише індивідуальну роботу над удосконаленням професійних умінь, але й запровадження системних програм підвищення кваліфікації, тренінгів, психо-просвітницьких заходів.

Сучасні реалії української медицини, що перебуває у стані постійних реформ, кадрового дефіциту та підвищених навантажень, формують особливі виклики для міжособистісної взаємодії лікарів із колегами, пацієнтами та їхніми родинами. Дослідження показують, що недостатня розвиненість комунікативних навичок є одним із ключових чинників виникнення конфліктних ситуацій у медичному середовищі. Невміння конструктивно вести діалог, розпізнавати емоційний стан співрозмовника та своєчасно знижувати напруження призводить до погіршення якості медичних послуг, зниження рівня довіри пацієнтів та зростання професійних ризиків для самого лікаря. Тому підвищення комунікативної компетентності розглядається не лише як особистісний ресурс фахівця, а й як стратегічний напрям розвитку системи охорони здоров'я, спрямований на покращення психоемоційного клімату в колективах і підвищення ефективності лікувального процесу.

Окрім того, розвиток комунікативної компетентності тісно пов'язаний із формуванням емоційного інтелекту лікаря, що включає здатність усвідомлювати та регулювати власні емоції, а також адекватно реагувати на емоційні стани пацієнтів. У ситуаціях високого стресу саме ці навички дозволяють запобігти ескалації непорозумінь і конфліктів. Для медичного фахівця вміння зберігати емоційну рівновагу та водночас демонструвати емпатію є не лише етичним обов'язком, а й необхідною професійною компетенцією, що безпосередньо впливає на якість лікування та рівень задоволеності пацієнтів. У цьому контексті комунікативна підготовка лікарів стає важливою складовою їхнього професійного зростання та профілактики психологічного вигорання.

Об’єкт дослідження – комунікативна компетентність лікаря як психологічне явище.

Предмет дослідження – вплив комунікативної компетентності лікаря на запобігання конфліктам у професійній діяльності.

Мета - теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити вплив комунікативної компетентності лікаря на запобігання конфліктам у професійній діяльності.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати наукові підходи до вивчення комунікативної компетентності, як психологічного явища у професійній діяльності лікаря.
2. Визначити основні компоненти комунікативної компетентності лікаря та виявити їх зв'язок із конфліктною поведінкою у професійній діяльності.
3. Емпірично дослідити взаємозв'язок рівня комунікативної компетентності лікаря з особливостями виникнення професійних конфліктів.
4. Запропонувати психологічні методи розвитку комунікативної компетентності лікарів для зниження рівня конфліктам у професійній діяльності.

Методи дослідження

Для досягнення поставленої мети використовувались такі методи: Теоретичні: аналіз наукової літератури, узагальнення, систематизація. Емпіричні: анкетування, тестування, спостереження за професійною комунікацією лікарів, аналіз конфліктних ситуацій у медичній сфері. Методи психологічної корекції: розробка програми розвитку комунікативної компетентності лікарів.

Наукова новизна отриманих результатів

У даному дослідженні отримано подальший розвиток уявлення про структуру комунікативної компетентності лікаря. Вона розглядається як цілісне психологічне утворення, що відіграє провідну роль у запобіганні професійним конфліктам. Комунікативна компетентність обґрунтовується не лише як

професійна навичка, а як важливий регулятор міжособистісної взаємодії в умовах високої емоційної напруженості медичної діяльності.

Розширено наукові уявлення про взаємозв'язок між рівнем професійного вигорання лікарів та вибором стратегій поведінки в конфліктних ситуаціях. Зокрема, встановлено характер впливу емоційного виснаження на схильність фахівців до використання стратегій компромісу або уникнення, що дозволяє глибше зрозуміти психологічні механізми конфліктної поведінки в медичному середовищі.

Теоретичне значення дослідження

Теоретично обґрунтовано роль комунікативної компетентності лікаря як складного багатокомпонентного психологічного утворення, що забезпечує ефективну та конструктивну взаємодію в системах «лікар–пацієнт» і «лікар–колеги». Показано, що рівень сформованості цієї компетентності безпосередньо впливає на характер професійного спілкування та стійкість лікаря до конфліктних ситуацій.

Систематизовано основні психологічні чинники виникнення професійних конфліктів у діяльності медичних працівників. Це створює підґрунтя для глибшого розуміння процесів професійної деформації, емоційного вигорання та особистісних змін сучасних лікарів в умовах зростаючих професійних вимог.

Практична значущість отриманих результатів

Практичне значення результатів дослідження полягає в можливості їх використання практичними психологами та психотерапевтами під час розроблення й проведення тренінгів із розвитку комунікативної компетентності та профілактики професійного вигорання медичних працівників. Запропоновані підходи можуть бути використані в системі підвищення кваліфікації медичного персоналу з метою формування конструктивних стратегій поведінки в конфліктних ситуаціях.

Апробація результатів дослідження

Основні положення та результати роботи представлено на Всеукраїнській науково-практичній конференції “КЛІНІЧНА ТА ВІКОВА ПСИХОЛОГІЯ В ЕПОХУ ЛІМІНАЛЬНИХ ЗМІН” (м. Київ, 29.01.2026 р).

Структура роботи

Дипломна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків та списку використаних джерел.

У першому розділі розглядається теоретичний аналіз проблеми комунікативної компетентності лікаря, причини та наслідки конфліктів у лікарському середовищі, а також ефективні стратегії їх подолання.

Другий розділ присвячений емпіричному дослідженню рівня комунікативної компетентності лікарів, визначенню його впливу на конфліктність у професійному середовищі та аналізу результатів дослідження.

У третьому розділі представлено психологічні методи розвитку комунікативної компетентності лікарів, зокрема запропоновано програму вдосконалення комунікативних навичок для лікарів з високим рівнем конфліктності.

У висновках узагальнено результати дослідження та сформульовано рекомендації щодо підвищення комунікативної компетентності лікарів як важливого чинника запобігання конфліктам у медичній сфері.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ЛІКАРЯ ЯК ЧИННИКА ЗАПОБІГАННЯ КОНФЛІКТІВ

1.1 Проблема конфліктів в колективі лікарів: причини, види та наслідки

Професійна діяльність лікаря належить до категорії соціально відповідальних і надзвичайно складних видів праці, де людський фактор відіграє визначальну роль. Медична практика передбачає інтенсивні міжособистісні контакти з пацієнтами, їхніми родинами, колегами та керівництвом, що створює середовище високої емоційної напруги й постійних комунікативних викликів. Прийняття рішень у ситуаціях невизначеності, необхідність взаємодії в умовах дефіциту часу та ресурсів, а також висока вартість можливої помилки формують грунт для виникнення конфліктів у медичних колективах [1]. За моделлю Томаса-Кілманна, конфлікт – це ситуація, у якій дві чи більше сторін мають несумісні цілі, інтереси або цінності, що призводить до взаємного протистояння [23]. У сфері охорони здоров’я такі ситуації особливо небезпечні, адже від їхнього перебігу залежить якість медичної допомоги та психологічне благополуччя пацієнтів, а інколи - і результати лікування.

Проблема конфліктів у лікарських колективах має комплексний характер. Її причинами можуть бути як об’єктивні чинники (нерівномірне навантаження, організаційні труднощі, дефіцит фінансування), так і суб’єктивні (особистісні особливості, відмінності у стилях спілкування, невміння управляти емоціями). У деяких психологічних дослідженнях відзначається, що конфлікти в медичній сфері найчастіше виникають через суперечності між ціннісними орієнтаціями, різні підходи до лікувального процесу, розбіжності у професійних амбіціях.

Додатковим чинником є висока конкуренція, яка може посилювати суперництво й створювати атмосферу недовіри.

Наслідки конфліктів для медичної сфери мають багатоплановий характер. Вони проявляються у зниженні ефективності командної роботи, погіршенні психологічного клімату, зростанні рівня професійного вигорання. Особливо небезпечним є втрата довіри з боку пацієнтів, які нерідко стають свідками конфліктів між медичними працівниками [1; 14]. У крайніх випадках конфліктні ситуації можуть прямо впливати на якість та своєчасність надання медичної допомоги, що робить їх не лише внутрішньою проблемою колективу, а й серйозним соціальним ризиком [1; 18]. Таким чином, проблема конфліктів у лікарському середовищі вимагає комплексного підходу, що передбачає не тільки організаційні рішення, але й розвиток особистісних і комунікативних компетенцій фахівців.

У цьому контексті важливого значення набуває комунікативна компетентність лікаря як ключовий фактор запобігання та подолання конфліктних ситуацій. Вона розглядається як інтегральна професійна якість, що включає систему знань, умінь, навичок і особистісних характеристик, які забезпечують ефективну взаємодію в медичному середовищі. Комунікативна компетентність охоплює не лише вміння чітко і доступно передавати інформацію, але й здатність слухати, розуміти емоційний стан співрозмовника, виявляти емпатію та регулювати власні емоції у стресових ситуаціях. Це комплексна характеристика, що інтегрує когнітивний, діяльнісний, емоційно-регулятивний, мотиваційний та рефлексивний компоненти [3; 4;5]. Далі розглянемо кожен компонент детальніше.

Когнітивний компонент забезпечує наявність знань із психології спілкування, етики та деонтології, розуміння динаміки міжособистісних стосунків у професійному середовищі. Операційно-діяльнісний компонент відображає практичні навички комунікації: уміння вести діалог, застосовувати техніки активного слухання, користуватися невербальними засобами, долати бар’єри у спілкуванні. Емоційно-регулятивний вимір полягає у здатності до

контролю власних емоцій, стійкості до стресу, прояву емпатії та толерантності. Мотиваційний компонент визначає внутрішню установку лікаря на ефективну комунікацію, готовність до співпраці та взаємоповаги. Нарешті, рефлексивний аспект передбачає здатність аналізувати власні комунікативні дії, робити висновки та вносити корективи для підвищення їхньої ефективності [3; 6; 25].

Розвиток комунікативної компетентності можна оцінювати за низкою критеріїв: рівень знань у сфері медичної психології та конфліктології, практичні вміння вести конструктивний діалог, здатність до емпатії й емоційної стабільності, наявність мотивації до співробітництва, а також уміння здійснювати самоаналіз і корекцію власної поведінки [3; 26]. Усі ці показники в комплексі дозволяють визначити, наскільки лікар готовий до ефективної взаємодії в умовах професійної діяльності та до попередження конфліктів.

Водночас важливою складовою професійної компетентності лікаря є не лише попередження конфліктів, а й володіння стратегіями їхнього конструктивного вирішення. Сучасна конфліктологія пропонує низку моделей поведінки в конфліктних ситуаціях, серед яких найбільш відома класифікація К. Томаса і Р. Кілманна. Вона виділяє п’ять основних стратегій: уникнення, пристосування, конкуренція, компроміс і співробітництво [23; 28]. Спираючись на цю інформацію, можно сказати, що для медичного середовища особливу цінність мають компроміс і співробітництво, оскільки вони дозволяють зберегти професійні відносини та досягати рішень, прийнятних для всіх сторін.

Звісно, крім стратегій, існують конкретні способи врегулювання конфліктів, що застосовуються у практиці медичних закладів. Серед них виділяють медіацію, коли нейтральна сторона допомагає знайти взаємоприйнятне рішення; переговори, що базуються на конструктивному діалозі; адміністративні методи, пов’язані з чітким розподілом ролей і функцій; а також психологічні інструменти – супервізія, коучинг, тренінги з розвитку емоційного інтелекту. Важливим є й превентивний підхід: створення сприятливого психологічного клімату, формування корпоративної культури

взаємоповаги, підтримка чітких етичних норм у професійному середовищі [1; 22].

Таким чином, комунікативна компетентність лікаря виступає не лише індивідуальною професійною якістю, але й соціальним ресурсом, що визначає ефективність діяльності всієї медичної команди. Її розвиток є необхідною умовою для профілактики та вирішення конфліктів, забезпечення довіри пацієнтів, зниження ризику професійного вигорання та підвищення якості медичної допомоги. Як показує науковий аналіз, саме поєднання особистісних зусиль лікаря з організаційною підтримкою з боку системи охорони здоров'я є найефективнішим шляхом до формування культури конструктивної комунікації у медичному середовищі.

Проблема конфліктів у професійній діяльності медичних працівників є однією з ключових у сфері психології праці та медицини. Специфіка лікарської професії вимагає не лише високий рівень відповідальності за життя та здоров'я пацієнтів, а й постійні інтенсивні контакти з колегами, адміністрацією та представниками суміжних спеціалізацій та спеціальностей. За таких умов виникають численні ситуації, що можуть стати підґрунтям для конфліктів, оскільки лікарі діють у середовищі підвищеної емоційної напруги, часто обмежені часовими рамками, адміністративними вимогами чи ресурсами. Важливо підкреслити, що конфлікти у медичному колективі не є лише індивідуальною проблемою окремих осіб, а мають системний характер і безпосередньо впливають на ефективність роботи лікувального закладу [4; 5].

Слід зазначити, що у психологічній літературі конфлікт трактується як зіткнення протилежно спрямованих цілей, інтересів, позицій чи поглядів учасників взаємодії. За визначенням К. Томаса і Р. Кілманна, це ситуація, у якій дві чи більше сторін мають несумісні цілі, що призводить до протистояння. У контексті медичного середовища поняття конфлікту набуває особливого значення, оскільки стосується не лише внутрішньоколективних відносин, а й безпосередньо впливає на пацієнтів. У багатьох випадках навіть незначна напруга у стосунках між лікарями або між лікарем і середнім медичним

персоналом може відбиватися на якості комунікації з пацієнтами та точності виконання професійних завдань. Таким чином, конфлікти в медицині мають багатовимірний характер і охоплюють як міжособистісну, так і організаційну площину [1; 24].

Причини виникнення конфліктів у лікарських колективах можна умовно поділити на кілька груп. По-перше, це організаційні чинники: нечіткий розподіл ролей і функцій, перевантаженість персоналу, нерівномірний розподіл робочого навантаження, проблеми з управлінням та адміністративними рішеннями. В умовах дефіциту ресурсів, які характерні для багатьох медичних установ, лікарі змушені працювати в умовах підвищеної конкуренції, що також провокує конфлікти. По-друге, значну роль відіграють психологічні чинники: особистісна несумісність, різні стилі спілкування, відмінності у темпераменті, рівні емоційної стабільності чи професійної мотивації. Особливо часто конфлікти виникають між представниками різних поколінь, коли старші лікарі надають перевагу традиційним підходам, тоді як молодші — орієнтовані на новітні стандарти та методи лікування.

Не менш важливими є комунікативні причини конфліктів. Недостатній рівень розвитку навичок ефективного спілкування, нечіткість у передачі інформації, відсутність зворотного зв’язку або ж занадто формалізована комунікація спричиняють непорозуміння, які згодом можуть перерости у відкрите протистояння [6; 8]. У медичних закладах, де лікарі мають взаємодіяти з різними спеціалістами, координуючи свої дії, якість комунікації стає критично важливою. Наприклад, невчасна або некоректна передача даних про стан пацієнта може не лише спровокувати конфлікт між колегами, а й створити загрозу для життя людини.

До причин конфліктів належать також емоційні чинники. Всім відомо, що робота лікаря передбачає постійний контакт із людським болем, стражданням, а іноді і з втратами. Це породжує високий рівень стресу та емоційного вигорання, які, у свою чергу, знижують здатність до конструктивної взаємодії. Втомлений

або виснажений лікар більш схильний реагувати різко, нетерпимо або агресивно, що створює передумови для конфліктних ситуацій.

З огляду на багатоманітність причин, у медичних колективах можуть виникати різні види конфліктів. Серед них — міжособистісні конфлікти (між окремими лікарями або лікарем і середнім медичним персоналом), внутрішньогрупові конфлікти (між відділеннями чи бригадами), вертикальні конфлікти (між лікарем і керівництвом закладу), а також приховані конфлікти, які існують у вигляді напруженості та неартикульованого незадоволення. Особливу небезпеку становлять саме приховані конфлікти, адже вони можуть тривалий час залишатися непоміченими, але водночас підривати згуртованість колективу й ефективність роботи [1; 28].

Наслідки конфліктів у медичному середовищі є багатоплановими. На індивідуальному рівні вони можуть призводити до зниження професійної мотивації, емоційного вигорання, розвитку психосоматичних захворювань. На рівні колективу конфлікти спричиняють погіршення психологічного клімату, зниження командної згуртованості, порушення координації дій. Для пацієнтів це може означати зменшення довіри до лікарів, відчуття невпевненості у якості лікування, а іноді — безпосереднє погіршення медичних результатів. Нарешті, на системному рівні конфлікти в медичних закладах здатні підривати авторитет охорони здоров’я загалом, спричиняти плинність кадрів і знижувати ефективність використання ресурсів [7; 17].

Як можно побачити з досліджень, приблизно третина лікарів протягом своєї кар’єри стають учасниками конфліктів, які суттєво вплинули на їхнє професійне становище або психологічний стан. При цьому більшість із них відзначають, що ключовим фактором у таких ситуаціях була саме недостатня комунікативна компетентність учасників. Це ще раз підкреслює необхідність розвитку навичок ефективної комунікації, уміння слухати й домовлятися, адже саме ці аспекти дозволяють запобігати ескалації конфліктів та знаходити конструктивні рішення [3; 7].

Таким чином, проблема конфліктів у колективі лікарів має комплексний характер і не може бути зведена лише до індивідуальних особливостей окремих фахівців. Її витоки криються у поєднанні організаційних, психологічних, комунікативних і емоційних чинників, а наслідки відчутні на всіх рівнях — від особистісного до суспільного. Усвідомлення масштабів цієї проблеми та розробка стратегій її попередження й подолання є необхідними умовами для забезпечення ефективної діяльності системи охорони здоров'я [5].

Саме тому подальший науковий аналіз має бути зосереджений на дослідженні ролі комунікативної компетентності лікаря як ключового чинника, що здатний мінімізувати конфліктогенність професійного середовища та сприяти формуванню здорових міжособистісних відносин у медичних колективах.

1.2 Структура та критерії розвитку комунікативної компетентності лікаря

Комунікативна компетентність у сучасній науковій літературі трактується як інтегральна характеристика особистості, що відображає здатність індивіда ефективно й адекватно взаємодіяти з іншими людьми в різноманітних соціальних ситуаціях [1, 2]. У психології це поняття має багатовимірний характер, оскільки охоплює когнітивні, емоційні та поведінкові компоненти, а також внутрішню мотивацію й ціннісні орієнтири, що визначають якість міжособистісної взаємодії. З огляду на специфіку медичної професії, комунікативна компетентність лікаря набуває особливого значення, адже саме від уміння встановити контакт, правильно інтерпретувати емоційний стан пацієнта, ефективно взаємодіяти з колегами та управляти конфліктними ситуаціями залежить успішність лікувально-діагностичного процесу [5, 6].

У контексті медицини спілкування виконує не лише інструментальну, а й терапевтичну функцію. Дослідження показують, що довіра пацієнтів до лікаря, їхня прихильність до лікування та загальне задоволення якістю медичної

допомоги значною мірою зумовлені рівнем комунікативної компетентності фахівця. Тому можна стверджувати, що розвиток цього компонента професійної діяльності є не менш важливим, ніж удосконалення клінічних знань і практичних навичок. Більш того, недостатній рівень комунікативної компетентності часто стає чинником, який ускладнює лікарську практику, створює передумови для виникнення конфліктів у колективі або ж веде до непорозумінь із пацієнтами [11; 12].

У науковій літературі можна знайти різні підходи до трактування поняття «комунікативна компетентність». В. Кан-Калик акцентує увагу на інтеграції знань, умінь і особистісних якостей, що дозволяють будувати взаємини на основі довіри, поваги й взаєморозуміння [24]. Зарубіжні дослідники, зокрема Д. Хаймс, підкреслюють, що комунікативна компетентність включає не лише володіння мовою як засобом вираження думок, а й уміння доречно використовувати її у певному соціальному контексті [25]. У медичному середовищі цей аспект набуває особливої ваги, адже ситуації спілкування можуть варіюватися від буденного пояснення плану лікування до складних бесід про прогноз хвороби або необхідність прийняття критично важливих рішень [8; 9; 12].

Сучасні дослідження також наголошують, що комунікативна компетентність лікаря не може зводитися лише до вміння чітко та зрозуміло висловлюватися [4]. Вона охоплює здатність до емпатії, активного слухання, конструктивного вирішення суперечностей, адаптації стилю спілкування до індивідуальних особливостей пацієнта. Наприклад, під час роботи з пацієнтами похилого віку чи дітьми лікареві доводиться застосовувати різні стратегії взаємодії, враховуючи як когнітивні можливості співрозмовника, так і його емоційні потреби [1; 2]. Висока комунікативна компетентність дозволяє лікарю мінімізувати ризики конфліктів, формувати атмосферу довіри й партнерства, а також сприяє збереженню власної психологічної рівноваги у складних професійних ситуаціях.

З іншого боку, у структурі комунікативної компетентності важливо розрізняти рівень теоретичної підготовки та практичних навичок. Наявність знань про особливості міжособистісної взаємодії ще не гарантує вміння ефективно застосовувати їх у реальних умовах лікарської практики. Саме тому сучасні освітні програми для медиків усе частіше включають тренінги з розвитку комунікативних умінь, моделювання типових професійних ситуацій, навчання технікам управління емоціями й запобігання конфліктам [3; 5; 17]. Ці інструменти спрямовані на формування не лише знань, а й стійких навичок, що дозволяють лікарю адаптивно реагувати на виклики професійного середовища.

У науковій літературі структура комунікативної компетентності зазвичай описується як багаторівнева система, що охоплює кілька взаємопов’язаних компонентів [3, 6]. Для лікаря ця структура має особливе значення, оскільки від гармонійного розвитку кожного з елементів залежить здатність ефективно взаємодіяти з пацієнтами та колегами, запобігаючи конфліктам і непорозумінням.

Першим складником є когнітивний компонент, який охоплює знання про особливості міжособистісного спілкування, соціально-психологічні закономірності комунікації, механізми виникнення та подолання конфліктів. Сюди входять також знання щодо культурних та етичних норм у медицині, особливостей мовленнєвої поведінки, принципів професійної деонтології. Для лікаря когнітивний компонент є базою, адже саме завдяки йому він усвідомлює значення правильного вербального й невербального впливу, вміє підбирати відповідні стратегії взаємодії з урахуванням віку, емоційного стану чи соціального статусу пацієнта. На зміну патерналістській моделі, де пацієнт є пасивним об'єктом маніпуляцій, приходить модель спільного прийняття рішень (shared decision-making), що ґрунтується на взаємній повазі та автономії особистості [1, 12, 15].

Другим є емоційний компонент, що визначає здатність лікаря до емпатії, співпереживання та розуміння емоційного стану іншої людини. Емоційна чутливість дозволяє не лише своєчасно виявити напругу чи невдоволення

пацієнта, але й відреагувати на нього таким чином, щоб мінімізувати ризик конфлікту [6; 26]. Важливим аспектом цього компонента є вміння лікаря керувати власними емоціями, адже саме контроль над емоційними реакціями забезпечує професійну витримку й знижує ймовірність ескалації суперечок у колективі чи під час спілкування з пацієнтом. Численні дослідження підтверджують, що стиль спілкування, центрований на пацієнті, безпосередньо корелює зі зростанням комплаєнсу (прихильності до лікування) та зменшенням імовірності судових позовів [14; 17; 18].

Третім елементом структури є поведінковий (операційний) компонент, який відображає систему конкретних навичок і прийомів, необхідних для ефективного спілкування. Сюди входять техніки активного слухання, уміння ставити запитання, формулювати чіткі й зрозумілі повідомлення, користуватися невербальними засобами комунікації [4; 17]. У медицині особливо важливою є здатність лікаря адаптувати стиль мовлення залежно від ситуації: у кризовому випадку — бути максимально чітким і лаконічним, а в ситуаціях підтримки — демонструвати теплоту й уважність [5].

І, нарешті, четвертий — мотиваційний компонент, який визначає ставлення лікаря до процесу спілкування та його готовність удосконалювати власні комунікативні вміння [1; 4; 5]. Висока мотивація до якісної взаємодії ґрунтується на професійних цінностях: прагненні допомогти пацієнтові, забезпечити ефективність командної роботи, підтримати позитивний психологічний клімат у колективі. Якщо ж мотиваційний компонент недостатньо розвинений, лікар може нехтувати комунікативною складовою своєї діяльності, що часто стає причиною непорозумінь і конфліктів.

Деякі дослідники також виокремлюють рефлексивний компонент, який охоплює здатність лікаря аналізувати власний стиль спілкування, виявляти сильні й слабкі сторони комунікативної поведінки та коригувати її відповідно до ситуації [1; 24] . Рефлексія сприяє підвищенню усвідомленості в процесі взаємодії, що, у свою чергу, дозволяє лікарю більш гнучко реагувати на динаміку професійних відносин і запобігати ескалації конфліктів.

Отже, структура комунікативної компетентності лікаря являє собою складний комплекс взаємопов’язаних когнітивних, емоційних, поведінкових, мотиваційних і рефлексивних елементів [1; 4; 5]. Кожен з них виконує свою функцію, однак лише їхня інтеграція забезпечує високий рівень професійної комунікації та створює умови для ефективної роботи в умовах підвищеного стресу й ризику конфліктів.

Визначення критеріїв розвитку комунікативної компетентності лікаря є одним із ключових завдань психологічних і педагогічних досліджень, оскільки саме завдяки цим орієнтирам можна оцінити рівень сформованості даної професійної якості та визначити напрями її подальшого вдосконалення. У науковій літературі критерії розглядаються як своєрідні «індикатори» ефективності комунікативної діяльності, які дозволяють не лише описати вже досягнутий рівень компетентності, але й здійснювати моніторинг динаміки її розвитку [3; 5; 25].

Одним із базових критеріїв вважається адекватність спілкування, що проявляється у здатності лікаря добирати оптимальні мовленнєві засоби відповідно до контексту, статусу співрозмовника та ситуації. Це означає, що лікар вміє пояснити складні медичні терміни доступною мовою для пацієнта, а в науковій чи професійній дискусії з колегами — користується термінологічною точністю [4; 18].

Важливим є й критерій гнучкості комунікативної поведінки. Йдеться про здатність швидко адаптувати стиль і форму спілкування залежно від змін умов: у разі конфлікту — переходити до спокійного раціонального аргументування, у разі стресу пацієнта — використовувати підтримувальні й емпатійні висловлювання. Гнучкість дозволяє лікарю залишатися ефективним незалежно від складності ситуації [18; 19].

До переліку суттєвих показників входить також емпатійність, яка виявляється у здатності лікаря розпізнавати емоційні стани інших, співпереживати, формувати атмосферу довіри. Емпатія не лише сприяє зниженню ймовірності конфліктів, але й підвищує ефективність лікувального

процесу, адже пацієнти відчувають увагу до своїх переживань і готовність лікаря вислухати [6; 26].

Важливим критерієм є рефлексивність, тобто здатність аналізувати власну поведінку та її вплив на інших. Лікар із високим рівнем рефлексії здатний виявляти помилки у спілкуванні, визнавати їх і змінювати свою комунікативну стратегію. Це допомагає уникати повторних конфліктів та підвищує професійну зрілість [1; 24].

Окремо виділяється культура мовлення, що охоплює правильність, логічність, ясність і виразність висловлювань. У медичній сфері значення має не лише те, *що* говорить лікар, але й *як* він це робить. Грамотність, уникнення професійного жаргону у спілкуванні з пацієнтами, чіткість формулювань — усе це сприяє формуванню довіри та знижує ризик непорозумінь.

Ще одним важливим критерієм є здатність до конструктивного вирішення конфліктних ситуацій [19; 22; 23]. Це проявляється в умінні лікаря залишатися спокійним, аргументовано відстоювати свою позицію, шукати компромісні рішення та сприяти збереженню позитивних відносин у колективі.

Загалом, критерії розвитку комунікативної компетентності лікаря можна розглядати як систему взаємопов’язаних показників, що відображають як зовнішні прояви (мовлення, поведінка), так і внутрішні процеси (мотивація, рефлексія, емоційна чутливість). Саме за допомогою цих критеріїв можливе комплексне оцінювання рівня сформованості компетентності, що, у свою чергу, дозволяє прогнозувати успішність професійної діяльності лікаря та його здатність до попередження конфліктів [17; 18].

Важливим аспектом наукового аналізу є встановлення взаємозв’язку між структурними компонентами комунікативної компетентності та критеріями її розвитку. Структура, як зазначалося вище, включає когнітивний, емоційний, поведінковий та мотиваційний компоненти, тоді як критерії виступають своєрідними «маркерами», які дозволяють оцінити ступінь сформованості кожного з цих елементів [1, 3].

Так, когнітивний компонент безпосередньо корелює з такими критеріями, як адекватність спілкування та культура мовлення. Чим вищий рівень знань лікаря про специфіку професійної комунікації, тим точніше й зрозуміліше він добирає слова, тим ефективніше може передати пацієнтові необхідну інформацію [1; 3]. Наприклад, лікар, який володіє знаннями в галузі медичної психології, здатний пояснити складний діагноз мовою, зрозумілою для людини без спеціальної освіти, що істотно знижує рівень тривоги пацієнта.

Емоційний компонент тісно пов'язаний із критерієм емпатійності. Тут важливим стає вміння лікаря розпізнавати емоції співрозмовника, співпереживати, демонструвати підтримку [17, 21, 26] . Наприклад, під час повідомлення пацієнтові про необхідність складного хірургічного втручання лікар може використати підтримувальні фрази, тон голосу та невербальні сигнали (м'яка інтонація, зоровий контакт, відкрита поза), які знижують рівень напруги та сприяють прийняттю інформації.

Поведінковий компонент знаходить своє відображення у критеріях гнучкості та здатності до конструктивного вирішення конфліктів. Практика показує, що конфліктні ситуації в медичних колективах часто виникають на підгрутні розбіжностей у підходах до лікування [17, 23]. Лікар, який володіє високим рівнем поведінкової гнучкості, здатний не лише вислухати позицію колеги, але й аргументовано представити свою, уникаючи звинувачень і переходу на особистості. Це дозволяє зберегти професійну атмосферу та знайти рішення, яке задовольнить обидві сторони.

Мотиваційний компонент комунікативної компетентності безпосередньо пов'язаний із критерієм рефлексивності [4; 5; 24]. Якщо лікар усвідомлює значення ефективного спілкування для власної професійної успішності та благополуччя пацієнтів, він буде мотивований до постійного самовдосконалення. Наприклад, лікар може відвідувати тренінги з розвитку комунікативних навичок, аналізувати власні труднощі у спілкуванні, консультуватися з колегами чи психологами. Це свідчить про високий рівень внутрішньої готовності до професійного зростання.

Таким чином, структура й критерії комунікативної компетентності утворюють єдину систему, у якій кожен елемент взаємопов’язаний і взаємодоповнює інші. Структура описує, з чого складається компетентність, а критерії — як визначити її рівень розвитку. У практичному вимірі це означає, що оцінка компетентності лікаря має бути комплексною: враховувати як його знання й уміння, так і здатність до емпатії, гнучкості, конструктивного вирішення конфліктів [3; 22].

Цікаво, що в сучасних дослідженнях акцент робиться не лише на окремих критеріях, але й на їхньому поєднанні [12; 15]. Наприклад, високий рівень когнітивної підготовки без достатньої емпатії може призводити до формально правильного, але холодного спілкування, що в результаті знижує довіру пацієнта. І навпаки, надмірна емоційність без належної мовленнєвої культури може спричинити непорозуміння. Лише гармонійне поєднання всіх структурних компонентів і критеріїв формує справжню професійну комунікативну компетентність лікаря [8; 14; 17].

Розвиток комунікативної компетентності лікаря слід розглядати не лише як індивідуальне професійне завдання, але й як важливий елемент організаційної культури закладів охорони здоров’я. У сучасних умовах реформування системи охорони здоров’я України та зростання вимог пацієнтів до якості послуг саме комунікація стає тим чинником, що визначає рівень довіри до медичного закладу [1; 5; 7]. Найбільш структурованою та науково обґрунтованою моделлю медичного інтерв'ю на сьогодні є Калгарі-Кембриджський протокол, який дозволяє лікарю ефективно поєднувати збір клінічних даних із вивченням внутрішньої картини хвороби пацієнта [8; 9] Колектив лікарів, у якому сформовані високі стандарти спілкування, створює атмосферу підтримки, знижує рівень внутрішніх конфліктів та підвищує лояльність пацієнтів. Це означає, що комунікативна компетентність має і стратегічне значення для розвитку медицини загалом.

Важливо підкреслити, що формування цієї компетентності відбувається поступово і проходить кілька рівнів. На початковому рівні лікар лише засвоює

базові норми професійної взаємодії: коректність у спілкуванні, дотримання етичних стандартів, здатність до інструктивного діалогу з пацієнтом. На середньому рівні з'являється гнучкість у комунікативних стратегіях, вміння пристосовуватися до індивідуальних особливостей співрозмовника, використовувати різні стилі залежно від ситуації. Вищий рівень характеризується інтегрованістю всіх компонентів — лікар демонструє високий ступінь емпатії, здатність до конструктивного вирішення конфліктів, навички командної роботи та рефлексивність щодо власного спілкування [1; 5; 7].

Сучасні наукові підходи до визначення критеріїв розвитку комунікативної компетентності підкреслюють необхідність урахування не лише зовнішніх проявів, але й внутрішніх психічних процесів [1; 11]. Наприклад, один лікар може справляти враження уважного співрозмовника, але внутрішньо відчувати байдужість або роздратування, що рано чи пізно проявиться у взаємодії. Тому критерієм стає не лише уміння «правильно» говорити, але й здатність до автентичної, щирої взаємодії. У цьому сенсі важливим є розвиток професійної ідентичності: лікар, який усвідомлює гуманістичну сутність своєї професії, буде прагнути до відкритого та доброзичливого спілкування, навіть у стресових умовах.

Окремо слід зупинитися на культурному аспекті розвитку комунікативної компетентності. Українська медична практика сьогодні перебуває на перетині різних ціннісних орієнтацій: із одного боку, традиційні уявлення про лікаря як авторитетну постать, що не підлягає сумніву, з іншого — сучасні тенденції, які вимагають від лікаря партнерського стилю взаємодії з пацієнтом. Це накладає додаткові вимоги на комунікативну підготовку: лікар повинен уміти поєднувати професійну впевненість із відкритістю та готовністю до діалогу. Відтак критеріями стають не лише вербальні й невербальні навички, але й культура толерантності, здатність визнавати різні точки зору та працювати з ними конструктивно.

У практичному вимірі розвиток комунікативної компетентності лікарів потребує системної підтримки з боку освітніх програм і менеджменту закладів

охорони здоров’я. Включення курсів із медичної психології, конфліктології та комунікативних тренінгів у програми підготовки лікарів має стати невід’ємною частиною освітнього процесу [3; 4; 5]. Паралельно важливо створювати умови для неперервного професійного вдосконалення: супервізії, групи підтримки, тренінги з емоційного вигорання. Тільки в такій багаторівневій системі можна забезпечити реальне формування тих якостей, які потім проявляться в ефективній роботі з пацієнтами та колегами.

З огляду на це, критерії розвитку комунікативної компетентності слід оцінювати не лише в індивідуальній площині, а й у колективному контексті. Атмосфера всередині медичного колективу значною мірою впливає на готовність лікаря застосовувати ті чи інші навички [4; 5; 6]. Якщо в колективі культивується повага, взаємна підтримка та відкритий обмін думками, то навіть лікарі з початковим рівнем компетентності швидко засвоюють позитивні зразки. Якщо ж домінує авторитарність, жорстка конкуренція або байдужість, то навіть високі індивідуальні навички можуть виявитися недостатніми для ефективної взаємодії.

У результаті можна стверджувати, що розвиток комунікативної компетентності лікаря є багаторівневим процесом, у якому поєднуються індивідуальні, професійні та організаційні чинники [3]. Критерії, що визначають її сформованість, мають оцінюватися комплексно — як у вимірі особистісних якостей (емпатія, рефлексивність, культура мовлення), так і в площині поведінкових проявів (гнучкість, адекватність, здатність до конструктивної взаємодії). Тільки за таких умов можливо досягти справжньої гармонії між професійною компетентністю лікаря та якістю надання медичної допомоги.

Таким чином, комунікативна компетентність лікаря постає не лише як окрема професійна навичка, а як цілісна інтегративна якість, що охоплює когнітивний, емоційний та поведінковий компоненти [1; 3; 5]. Її рівень визначає не тільки якість міжособистісних контактів у медичному середовищі, але й загальний імідж лікаря, його здатність ефективно виконувати професійні

обов’язки та підтримувати гармонійні відносини з колегами й пацієнтами. Висока комунікативна культура лікаря є показником його професійної зрілості та гуманістичної спрямованості діяльності, що безпосередньо впливає на запобігання конфліктам у медичній практиці.

Особливе значення має те, що розвиток комунікативної компетентності лікарів неможливий без системного підходу: освітнього, організаційного та особистісного. Це означає, що сам фахівець має бути зацікавлений у вдосконаленні власних навичок, але одночасно держава та заклади охорони здоров’я повинні створювати належні умови для навчання, практики та саморозвитку [4; 17]. У підсумку це сприяє підвищенню якості медичних послуг, формуванню здорового соціально-психологічного клімату в колективах і зниженню конфліктності в професійному середовищі.

Відповідно, розгляд структури та критеріїв розвитку комунікативної компетентності логічно підводить до наступного аспекту дослідження — аналізу способів і стратегій вирішення конфліктних ситуацій, з якими лікарі стикаються у своїй практиці.

1.3. Способи та стратегії вирішення професійних конфліктів

Конфлікт у професійній діяльності лікаря є неминучим явищем, адже медична практика поєднує високу емоційну напруженість, різноманітність особистісних типів у колективах, а також складні стосунки з пацієнтами та їхніми родинами. Конфлікти у системі "лікар-пацієнт" часто мають багатофакторну природу, де суб’єктивне сприйняття хвороби пацієнтом зіштовхується з професійними установками лікаря, що за умови браку гнучкості призводить до деструктивної напруги [1; 5; 18]. У цьому контексті надзвичайно важливим є не стільки уникнення конфліктів як таких, скільки вміння своєчасно й конструктивно їх розв’язувати. Від того, які саме стратегії та способи застосовує лікар, залежить як його власний психологічний стан, так і

результативність спільної роботи команди, а в ширшій перспективі — рівень довіри до системи охорони здоров’я загалом.

Науковці відзначають, що професійні конфлікти можуть виконувати як деструктивну, так і конструктивну функцію. У першому випадку вони призводять до дезорганізації діяльності, погіршення морально-психологічного клімату, зростання плинності кадрів і професійного вигорання. У другому ж — конфлікти здатні стимулювати пошук нових рішень, сприяти відкритому обговоренню проблем і підвищенню рівня згуртованості колективу. Важливо враховувати, що значна частина конфліктів є латентними, де невдоволення пацієнта виражається не прямо, а через пасивну агресію або ігнорування медичних рекомендацій [13; 17]. Відповідно, вибір адекватних стратегій поведінки в конфліктних ситуаціях є ключовою умовою для того, щоб перетворити потенційно руйнівний процес на джерело розвитку.

Для опису поведінкових реакцій лікаря в конфліктній ситуації найбільш релевантною є двовимірна модель, що виокремлює п'ять стратегій: суперництво, пристосування, уникнення, компроміс та співпраця [23]. Наприклад, стратегія конкуренції може бути ефективною у випадках, коли необхідно швидко ухвалити рішення і відстоювання власної позиції є принципово важливим. Водночас постійне домінування такого стилю сприяє загостренню суперечностей та накопиченню психологічної напруги в колективі.

Стратегія уникнення дозволяє відтермінувати вирішення конфлікту, що іноді є доцільним, коли емоційна напруга надто висока й сторони не готові до конструктивного діалогу. Проте тривале ігнорування проблеми здатне призвести до ще більшого загострення. Пристосування, своєю чергою, спрямоване на збереження стосунків навіть ціною власних інтересів, що може підтримувати поверхневу гармонію, але водночас створює ризик прихованих образ і незадоволеності.

Компроміс передбачає взаємні поступки і є однією з найбільш поширених стратегій у медичному середовищі. Він дозволяє досягати домовленостей швидко та з мінімальними втратами для обох сторін. Однак компроміс не

завжди гарантує найоптимальніший результат, адже кожна зі сторін залишається частково незадоволеною. Найпродуктивнішою вважається стратегія співпраці, яка ґрунтується на відкритому діалозі, пошуку взаємовигідних рішень та врахуванні інтересів усіх учасників конфлікту. Саме вона найбільшою мірою відповідає принципам медичної етики та сприяє формуванню атмосфери довіри й взаємоповаги в колективі.

У практичному контексті діяльності лікаря вибір стратегії поведінки у конфліктній ситуації залежить від низки чинників: статусу та авторитету учасників, специфіки завдань, емоційного стану сторін, а також рівня розвиненості комунікативної компетентності. Вміння лікаря оцінити ці параметри та свідомо обрати оптимальну тактику є показником його професійної зрілості й психологічної гнучкості.

Поряд із загальними моделями конфліктної поведінки в медичній сфері надзвичайно важливими є конкретні способи, що дозволяють ефективно врегулювати суперечки та зберегти конструктивний клімат у колективі. Одним із таких способів є медіація — спеціально організований процес посередництва, за якого нейтральна сторона допомагає учасникам конфлікту знайти взаємоприйнятне рішення [22]. У медичних закладах функції медіатора часто виконує керівник відділення, старша медична сестра або психолог. Практика свідчить, що застосування медіації знижує ризик ескалації конфліктів, сприяє відкритому обговоренню проблем і водночас дозволяє зберегти професійні відносини.

Іншим ефективним інструментом є фасилітація — методика, спрямована на організацію групової взаємодії таким чином, щоб усі учасники могли висловити свої позиції, а спільне рішення формувалося на основі колективної відповідальності [22]. Фасилітація особливо корисна в лікарських колективах, де виникають суперечності щодо клінічних рішень, чергувань або розподілу ресурсів. Уміння фасилітатора створити безпечний простір для діалогу забезпечує не лише вирішення конфлікту, а й розвиток командної згуртованості.

Важливу роль у врегулюванні конфліктів відіграє керівник медичного підрозділу. Його завдання полягає не лише у формальному контролі, а й у створенні атмосфери довіри, прозорості та справедливості. Керівники, які демонструють відкритість до зворотного зв'язку, практикують регулярні зустрічі з колективом і надають можливість висловити думки кожному співробітнику, значно рідше стикаються з деструктивними конфліктами. Таким чином, стиль управління безпосередньо впливає на частоту та інтенсивність конфліктних ситуацій у медичній практиці.

Не менш важливим є застосування методів психологічної підтримки. Конфлікти часто загострюються через високий рівень емоційної напруги, викликаний стресом, перевантаженням і синдромом професійного вигорання. Тому регулярні психологічні тренінги, групові заняття з розвитку комунікативних навичок та індивідуальні консультації зі спеціалістом допомагають лікарям краще справлятися з власними емоціями й конструктивніше взаємодіяти з колегами. У багатьох клініках Європи вже впроваджено практику «супервізійних груп», де медики обговорюють складні випадки та пов'язані з ними емоційні переживання, що суттєво знижує ризик виникнення внутрішньо-колективних конфліктів [27].

Варто також підкреслити значення формування культури професійного спілкування. Систематичне навчання лікарів принципам асертивної комунікації, вміння вести переговори, застосовувати активне слухання та техніки ненасильницького спілкування є одним із найефективніших способів запобігання конфліктам. Така підготовка дозволяє медикам не лише швидше розпізнавати конфліктогенні ситуації, але й знижувати рівень агресії чи образливості у власних реакціях [24].

Таким чином, способи вирішення конфліктів у медичному середовищі охоплюють широкий спектр дій — від організаційних рішень та управлінських підходів до індивідуальної психологічної підтримки й розвитку комунікативних навичок. Усі вони взаємодоповнюють одне одного та формують комплексну систему підтримання ефективної взаємодії в колективі.

У контексті медичної діяльності конфлікти рідко можна усунути повністю, адже вони є природною складовою складних міжособистісних та професійних відносин. Тому ключовим завданням стає не стільки уникнення конфліктів, скільки їх конструктивне врегулювання. Вирішальну роль у цьому процесі відіграють обрані стратегії взаємодії між сторонами.

Однією з найбільш дієвих стратегій є переговори. Конструктивне вирішення суперечок можливе лише за умови переходу від позиційного торгу до гарвардської моделі переговорів, де основна увага приділяється інтересам сторін, а не їхнім ультиматумам [22]. У професійному середовищі лікарів переговорний процес може застосовуватися у випадках розподілу ресурсів, визначення черговості операцій, прийняття спільних рішень щодо лікувальної тактики. Переговори дозволяють сторонам відкрито висловити свої позиції та очікування, виявити приховані інтереси й дійти компромісу. Важливим елементом переговорів є здатність до активного слухання, що забезпечує глибше розуміння аргументів опонента та сприяє формуванню атмосфери взаємної поваги.

Іншою важливою стратегією є колаборація (співпраця). Вона передбачає пошук рішень, які максимально враховують інтереси обох сторін і ґрунтуються на спільному прагненні до збереження професійних відносин. У медичному колективі колаборація проявляється у спільному обговоренні клінічних випадків, коли лікарі різних спеціальностей координують свої дії, прагнучи досягти найкращого результату для пацієнта. Цей підхід потребує високої готовності до взаємоповаги та відкритого діалогу, але він значною мірою знижує ризик повторного виникнення конфлікту.

Третя стратегія — компроміс. Вона полягає у взаємних поступках сторін заради досягнення тимчасової згоди. У багатьох випадках компроміс стає реалістичним способом вирішення суперечок, особливо тоді, коли час на пошук ідеального рішення обмежений, а результат має бути досягнутий швидко. Проте компроміс не завжди гарантує глибинне усунення проблеми, адже частина потреб учасників залишається незадоволеною.

Ще однією стратегією є уникнення, яке іноді може мати конструктивний ефект. Наприклад, лікар може свідомо утриматися від негайного з’ясування відносин у ситуації емоційної напруги, щоб запобігти загостренню конфлікту. Однак надмірне використання стратегії уникнення здатне призвести до накопичення невдоволення та прихованої напруги в колективі. Тому вона має розглядатися лише як тимчасовий засіб, що створює простір для подальшого конструктивного діалогу.

Важливо також розглянути стратегію пристосування, коли одна зі сторін свідомо йде на поступки заради збереження гармонії у стосунках. У лікарських колективах така поведінка зустрічається доволі часто, особливо серед молодших фахівців, які прагнуть уникнути суперечок із більш досвідченими колегами. Позитивним наслідком пристосування може стати зниження гостроти конфлікту, проте у довгостроковій перспективі воно ризикує спричинити відчуття несправедливості й демотивацію працівника.

Використання алгоритму ненасильницького спілкування (спостереження, почуття, потреби, прохання) дозволяє лікарю знизити рівень афективного збудження пацієнта та знайти спільну мову навіть у кризових станах [21]. Для лікарів, які працюють у стресових умовах, оволодіння цією стратегією стає не лише способом врегулювання конфліктів, а й засобом збереження власної психологічної рівноваги. Ненасильницьке спілкування допомагає уникати звинувачень і критики, замінюючи їх на конструктивні формулювання, які сприяють діалогу.

Усі наведені стратегії мають свої переваги та обмеження. Їхня ефективність залежить від ситуації, рівня емоційної напруги, особистісних характеристик учасників і загальної культури комунікації в колективі. Важливо, щоб лікарі не обмежувалися лише одним стилем поведінки, а розвивали здатність гнучко змінювати стратегії залежно від умов. Така гнучкість дозволяє не лише ефективно врегульовувати окремі конфлікти, а й формувати більш здорову комунікативну атмосферу в медичному закладі.

Особливе місце у врегулюванні конфліктів у лікарських колективах належить етичним нормам професії. Медична етика, що ґрунтується на принципах гуманізму, поваги до гідності пацієнта та колег, чесності й професійної відповідальності, задає стандарти поведінки, які зменшують ризик виникнення суперечок та допомагають у їх вирішенні. Дотримання етичних кодексів дозволяє лікарям орієнтуватися не лише на власні інтереси, а й на цінності медичної спільноти, що створює підґрунтя для більшої згуртованості колективу.

Не менш важливою є корпоративна культура медичного закладу. Там, де панують атмосфера довіри, відкритості та взаємної підтримки, конфлікти частіше набувають конструктивного характеру й розглядаються як можливість для вдосконалення командної роботи. Натомість у колективах із низьким рівнем корпоративної культури суперечки легко переростають у тривалі протистояння, що підривають ефективність діяльності всієї організації. Тому сучасні підходи до управління в медицині передбачають цілеспрямоване формування позитивної культури спілкування, яка базується на прозорих правилах, колегіальності та визнанні внеску кожного працівника.

Вирішення конфліктів також пов’язане з усвідомленням професійної відповідальності. Лікарська діяльність безпосередньо впливає на життя і здоров’я людей, а отже, будь-які внутрішні непорозуміння не повинні відволікати від головної мети — забезпечення якості медичної допомоги. Відповідальний лікар здатний поставити професійні обов’язки вище особистих образ чи амбіцій, що сприяє більш швидкому та ефективному подоланню конфліктів.

Варто наголосити й на ролі лідерства. Керівники медичних колективів, які демонструють справедливість, толерантність і готовність вислухати кожного співробітника, задають позитивний приклад для наслідування та зменшують вірогідність ескалації конфліктів. Лідер, що володіє високою комунікативною культурою, здатний перетворити навіть гострі суперечки на джерело розвитку команди.

Отже, ефективне вирішення професійних конфліктів у колективах лікарів потребує не лише знань про стилі поведінки чи стратегій комунікації, а й інтеграції етичних принципів, розвитку корпоративної культури та усвідомлення високої соціальної значущості лікарської праці. Ефективною превенцією професійних конфліктів виступає високий рівень комунікативної гнучкості, що дозволяє лікарю вчасно змінювати стратегію взаємодії залежно від психотипу співрозмовника [19; 28]. Саме поєднання цих чинників формує основу для створення здорового психологічного клімату, зниження рівня професійного вигорання й підвищення якості медичних послуг. У підсумку комунікативна компетентність та етична зрілість лікарів виступають ключовими інструментами запобігання деструктивним конфліктам і побудови ефективних професійних відносин у медичному середовищі.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1

Проведений огляд наукової літератури та узагальнення сучасних досліджень дали змогу визначити ключові аспекти цієї проблематики та розкрити її багатовимірний характер. Також здійснено комплексний розгляд теоретичних аспектів формування комунікативної компетентності лікаря, в контексті профілактики конфліктів у його діяльності.

По-перше, встановлено, що конфлікти в колективах лікарів є поширеним і неминучим явищем, оскільки медична діяльність відзначається високим рівнем емоційного навантаження, інтенсивними міжособистісними контактами та постійною роботою в умовах невизначеності. Визначено, що конфлікти можуть мати різну природу: міжособистісну, міжгрупову чи внутрішньоособистісну, а їхні причини охоплюють як організаційні фактори (нерівномірний розподіл навантаження, дефіцит ресурсів), так і психологічні (відмінності у цінностях, особистісні риси, рівень стресостійкості). Наслідки таких суперечностей мають багатоплановий характер: вони негативно впливають на командну взаємодію,

погіршують психологічний клімат колективу, знижують довіру пацієнтів і навіть можуть стати чинником погіршення якості медичної допомоги. Обґрунтовано, що комунікативна компетентність лікаря виступає не лише інструментом збору анамнезу, а й ключовим фактором терапевтичного впливу та превенції деструктивних конфліктів.

По-друге, розкрито структуру та критерії розвитку комунікативної компетентності лікаря. Доведено, що ця компетентність є інтегральною професійною якістю, яка включає когнітивний, емоційний, поведінковий і мотиваційний компоненти. Вона поєднує знання про закономірності спілкування, уміння ефективно вести діалог, здатність до емпатії, самоконтролю та рефлексії, а також ціннісні установки, орієнтовані на гуманізм і повагу до особистості. Важливими критеріями розвитку комунікативної компетентності є адекватність і точність спілкування, емоційна врівноваженість, толерантність до відмінностей, культура мовлення та здатність конструктивно долати конфліктні ситуації. Встановлено, що перехід до партнерської моделі взаємодії та впровадження біопсихосоціального підходу є необхідною умовою сучасної медицини. Це вимагає від фахівця оволодіння конкретними протоколами спілкування, зокрема Калгарі-Кембриджською моделлю, що дозволяє структурувати консультацію та зміцнити комплаєнс.

По-третє, систематизовано основні способи та стратегії вирішення професійних конфліктів. Виявлено, що лікарі найчастіше застосовують стратегії компромісу, співпраці або уникнення, які можуть мати як позитивні, так і негативні наслідки залежно від конкретної ситуації.Аналіз джерел свідчить, що більшість професійних конфліктів у системі «лікар–пацієнт» зумовлені дефіцитом комунікативних навичок, низьким рівнем емпатії або використанням деструктивних стратегій поведінки. Основними чинниками запобігання конфліктам є розвинена здатність до саморегуляції та гнучкість у виборі стилю спілкування. Було підкреслено важливість медіації, розвитку корпоративної культури та етичних принципів у медичних колективах як дієвих інструментів для зниження рівня конфліктності. Зокрема, наголошено, що саме етична

зрілість, комунікативна культура та професійна відповідальність лікаря є фундаментом для гармонізації стосунків у команді та забезпечення ефективності спільної діяльності. А застосування технік ненасильницького спілкування та активного слухання дозволяє трансформувати конфліктну ситуацію в конструктивний діалог, зберігаючи при цьому терапевтичний альянс.

Отже, проведений аналіз засвідчив, що комунікативна компетентність лікаря є ключовим чинником у попередженні та подоланні конфліктів, оскільки забезпечує не лише якісну взаємодію з пацієнтами, а й формує підґрунтя для конструктивної співпраці в медичних колективах. Таким чином, розвиток цієї компетентності має розглядатися як стратегічне завдання сучасної системи охорони здоров'я, спрямоване на підвищення ефективності медичних послуг, збереження психологічного здоров'я персоналу та зміцнення довіри суспільства до медицини загалом. Процес формування комунікативної компетентності має бути системним і охоплювати як етап професійної підготовки у закладах вищої освіти, так і подальшу практичну діяльність лікаря через систему психологічних тренінгів та супервізії.

РОЗДІЛ 2.
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ЛІКАРЯ ЯК ЧИННИКА ЗАПОБІГАННЯ КОНФЛІКТІВ

2.1 Методи та організація емпіричного дослідження

Емпірична частина дослідження була спрямована на виявлення особливостей комунікативної компетентності лікарів, її впливу на перебіг та врегулювання професійних конфліктів, а також на аналіз зв'язку між розвитком комунікативних умінь, емоційним станом фахівця та його стилями поведінки у конфліктних ситуаціях. Зважаючи на специфіку професійної діяльності лікаря, дослідження проводилося з використанням комплексу психодіагностичних методик, що дозволяють охопити різні компоненти проблеми: когнітивний, емоційний та поведінковий.

Вибірка дослідження

Дослідження здійснювалося на базі міської клінічної лікарні м. Києва. Участь у ньому взяли лікарі різних спеціалізацій: терапевти, кардіологи,ендокринологи, ревматологи, а також частково медичні працівники суміжних напрямів. Загальна вибірка становила 30 осіб, серед яких 26 жінок та 4 чоловіка. Віковий діапазон учасників складає від 29 до 58 років, що дало змогу охопити як лікарів-початківців зі стажем роботи 2–3 роки, так і досвідчених спеціалістів із понад 20-річним досвідом.

Залучення до вибірки лікарів різних вікових груп і професійного стажу має важливе значення для об'єктивності результатів, адже дозволяє виявити, як рівень комунікативної компетентності формується та проявляється у фахівців із різним досвідом, а також як змінюються стратегії поведінки в конфліктних ситуаціях у процесі професійного становлення.

Методи дослідження

Для реалізації мети та завдань дослідження було обрано комплекс психодіагностичних методик, кожна з яких дозволяє оцінити певний аспект завдання дослідження:

- Для вивчення здатності лікарів до співпереживання було обрано методику діагностики рівня емпатійних здібностей В. В. Бойка, повний перелік запитань якої наведено у Додатку А.1;
- Оцінка комунікативних та організаторських схильностей проводилася за опитувальником КОС-2 В.В. Синявського та Б. А. Федоришина (див. Додаток А.2) ;
- Рівень професійного вигорання медичного персоналу визначався за допомогою методики МВІ К. Маслач в адаптації Н. Водоп'янової (див. Додаток А.3);
- Дослідження стратегій поведінки у конфліктних ситуаціях здійснювалося за допомогою тесту К. Томаса, бланк опитувальника представлено у Додатку А.4;

Наведемо стислу характеристику та діагностичні можливості обраних методів.

Опитувальник комунікативної та організаторської схильності (КОС-2) В.В. Синявського та Б.А. Федоришина.

Даний опитувальник є однією з найбільш поширених психодіагностичних методик для вивчення індивідуальних особливостей особистості, що проявляються у процесі міжособистісної взаємодії та організації спільної діяльності [28]. Методика широко використовується у психологічних дослідженнях професій, діяльність яких пов'язана з інтенсивною комунікацією, координацією дій і відповідальністю за взаємодію з іншими людьми, зокрема у медичній сфері [1; 3; 28].

Опитувальник складається з 40 тверджень, що описують типові життєві та професійні ситуації, пов'язані зі спілкуванням і організаційною активністю [28, с.484]. Респонденту пропонується відповісти на кожне твердження відповіддю

«так» або «ні», що дозволяє виявити не стільки рівень сформованості конкретних навичок, скільки загальну психологічну схильність особистості до комунікативної та організаторської діяльності.

Методика включає дві основні шкали — комунікативної та організаторської схильності. Показники за шкалою комунікативної схильності відображають здатність особистості встановлювати та підтримувати міжособистісні контакти, виявляти ініціативу у спілкуванні, орієнтуватися в соціальних ситуаціях і будувати продуктивну взаємодію з оточенням [5; 28]. Високі значення за цією шкалою свідчать про відкритість, соціальну активність, впевненість у спілкуванні та готовність до взаємодії з іншими людьми. На відміну від них, низькі показники можуть вказувати на стриманість, труднощі у встановленні контактів або схильність до уникнення комунікативних ситуацій.

Шкала “організаторської схильності” характеризує здатність особистості брати на себе відповідальність у спільній діяльності, планувати та координувати дії інших, впливати на групу й спрямовувати її на досягнення поставлених цілей [28]. Високі показники за цією шкалою зазвичай пов’язані з ініціативністю, лідерськими якостями та готовністю виконувати організаторські функції. Низькі значення можуть свідчити про перевагу виконавської позиції, труднощі в організації взаємодії або небажання брати на себе керівну роль.

Інтерпретація результатів здійснюється шляхом віднесення отриманих показників до низького, середнього або високого рівня вираженості відповідних схильностей [28, с. 486]. Така градація дозволяє оцінити ступінь сформованості комунікативних та організаторських якостей і зіставити їх з вимогами професійної діяльності.

У контексті даного дослідження використання методики КОС-2 є доцільним, оскільки вона дає змогу оцінити психологічні передумови ефективної професійної комунікації лікаря [3; 5]. Високий рівень комунікативної схильності сприяє налагодженню довірливих відносин із пацієнтами та колегами, тоді як організаторська схильність пов’язана зі здатністю координувати спільну роботу медичної команди, приймати рішення

та підтримувати ефективну взаємодію в умовах професійного навантаження [1; 4].

Методика діагностики емпатійних здібностей (В.В. Бойко).

Для діагностики рівня емпатійних здібностей було використано методику В. В. Бойка [26]**.** Опитувальник містить 36 питань, що формують шість діагностичних шкал, сума яких визначає загальний рівень емпатії: дуже високий, середній або низький [28, с. 115]. Дана методика призначена для вивчення особливостей емпатії як складного феномену, що включає емоційні, когнітивні та поведінкові компоненти міжособистісної взаємодії. У психологічній науці емпатія розглядається як здатність людини розуміти емоційні стани іншого, співпереживати й адекватно реагувати на почуття та переживання співрозмовника, що має особливе значення для професій типу «людина — людина», зокрема для медичної діяльності.

Методика являє собою опитувальник, що складається з низки тверджень, які відображають типові реакції, установки та особливості сприйняття інших людей у процесі спілкування. Досліджуваному пропонується оцінити кожне твердження відповідно до власного досвіду. Це дозволяє виявити індивідуальні особливості прояву емпатії у міжособистісній взаємодії. Процедура проведення методики є стандартизованою, не потребує значних часових витрат і може застосовуватися як у груповій, так і в індивідуальній формі дослідження [26; 28].

У структурі методики В. В. Бойка виділяється кілька шкал, які відображають різні аспекти емпатійних здібностей. Зокрема, оцінюється раціональний компонент емпатії - здатність особистості до інтелектуального розуміння емоційного стану іншої людини; емоційний компонент, що пов’язаний із здатністю до співпереживання та емоційного відгуку; а також інтуїтивний компонент, який відображає здатність до неусвідомленого «відчування» емоційного стану співрозмовника. Окрім зазначених каналів, структура методики включає ще три важливі показники [26] : 1. Установки, що сприяють чи перешкоджають емпатії – відображають наявність психологічних

бар’єрів, які блокують механізми співпереживання. Наприклад, професійний цинізм чи упередження. 2. Проникаюча здатність в емпатії – тобто, вміння лікаря створювати атмосферу щирості та довіри, щодозволяє пацієнту бути більш відвертим. 3. Ідентифікація в емпатії – здатність фахівця ставити себе на місце іншого, бачити ситуацію очима пацієнта та діяти на основі цього розуміння.

Обробка результатів передбачає підрахунок балів за кожною зі шкал та їх подальшу інтерпретацію за рівнями вираженості емпатійних здібностей. Отримані показники можуть бути зараховані до низького, середнього або високого рівня, що дозволяє зробити висновки щодо загальної сформованості емпатії та її окремих компонентів. Високі показники свідчать про розвинену здатність до розуміння й переживання емоцій інших людей, тоді як низькі можуть вказувати на емоційну відстороненість, труднощі у встановленні глибокого психологічного контакту або наявність внутрішніх бар’єрів у спілкуванні.

У контексті професійної діяльності лікаря результати методики мають важливе прикладне значення, оскільки рівень емпатійності безпосередньо впливає на характер взаємодії з пацієнтами, ефективність комунікації та здатність запобігати конфліктним ситуаціям [10; 12; 26]. Розвинені емпатійні здібності сприяють формуванню довірливих взаємин, зниженню емоційної напруги у процесі спілкування та створенню психологічно безпечного середовища, що є необхідною умовою якісної медичної допомоги.

Тест Томаса–Кілманна (Thomas–Kilmann Conflict Mode Instrument).

Є однією з найбільш відомих і широко застосовуваних психодіагностичних методик для дослідження стратегій поведінки особистості у конфліктних ситуаціях [23; 28]. В основу методики покладено уявлення про конфлікт як взаємодію протилежно спрямованих інтересів. І, відповідно, як людина обирає певний спосіб реагування залежно від особистісних особливостей та ситуаційного контексту [1; 3].

Методика дозволяє визначити домінуючі стилі поведінки в конфлікті, які відображають індивідуальні способи поєднання орієнтації на власні інтереси та врахування інтересів іншої сторони [28, с. 470]. У межах тесту виокремлюють п’ять основних стратегій вирішення конфліктів: суперництво, що передбачає активне відстоювання власної позиції; співпрацю, орієнтовану на спільний пошук рішення з максимальним урахуванням інтересів усіх сторін; компроміс, який ґрунтується на взаємних поступках; уникнення, що проявляється у відході від конфліктної взаємодії; та пристосування, пов’язане з поступкою власними інтересами заради збереження взаємин [23; 28].

Процедура проведення тесту полягає у виборі досліджуваним варіанта реагування у запропонованій в кожному питанні ситуацій, що дозволяє виявити переважні способи поведінки в конфлікті [28]. Методика є стандартизованою, не потребує значних часових витрат і може застосовуватися як в індивідуальній, так і в груповій формі дослідження. Це робить її зручною для використання в професійному середовищі.

Інтерпретація результатів передбачає визначення рівня вираженості кожної зі стратегій. Це дає змогу оцінити не лише домінуючий стиль поведінки в конфлікті, а й загальний набір конфліктних стратегій особистості [23; 28]. Високі показники за певною стратегією свідчать про схильність до її використання у більшості конфліктних ситуацій, тоді як низькі — про рідкісне звернення до відповідного способу реагування.

У контексті професійної діяльності лікаря результати тесту Томаса–Кілманна мають важливе прикладне значення, оскільки дозволяють оцінити особливості взаємодії з пацієнтами, колегами, адміністрацією медичного закладу [1; 10]. Аналіз домінуючих стратегій поведінки в конфлікті дає змогу прогнозувати їхній вплив на психологічний клімат у колективі, ефективність професійної комунікації та здатність лікаря запобігати ескалації конфліктних ситуацій у процесі лікувально-діагностичної діяльності [1; 3; 18].

Шкала емоційного вигорання (Maslach Burnout Inventory, MBI) в адаптації Н. Водоп'янової.

Одна з найбільш авторитетних і валідних методик для діагностики синдрому емоційного вигорання у представників професій типу «людина — людина» [27]. Враховуючи специфіку лікарської діяльності, яка поєднує високу відповідальність, інтенсивне емоційне навантаження та постійну міжособистісну взаємодію - використання цієї методики є методично обґрунтованим і доцільним [10; 27].

Методика спрямована на оцінку трьох ключових компонентів синдрому емоційного вигорання. Перший компонент — емоційне виснаження — відображає ступінь емоційної перевтоми, відчуття спустошеності, втрати енергії та ресурсів внаслідок тривалого професійного напруження.

Другий компонент — деперсоналізація — характеризує розвиток емоційної відстороненості, формального або цинічного ставлення до пацієнтів і колег, зниження чутливості до переживань інших.

Третій компонент — редукція професійних досягнень — пов'язаний зі зниженням суб'єктивного відчуття професійної ефективності, сумнівами у власній компетентності та значущості виконуваної роботи [27, с. 45].

Процедура проведення методики полягає в самооцінці респондентом частоти переживання певних емоційних станів за 7-бальною шкалою (від "ніколи" до "щодня"). Це дозволяє кількісно визначити рівень вираженості кожного з компонентів вигорання. Інтерпретація результатів здійснюється шляхом співвіднесення отриманих показників із нормативними значеннями, що дає змогу визначити низький, середній або високий рівень прояву відповідних симптомів [27].

У межах даного дослідження застосування шкали MBI дозволяє розглядати емоційне вигорання не як ізольований феномен, а як важливий психологічний чинник, що впливає на комунікативну поведінку лікаря та його стратегії реагування у конфліктних ситуаціях [1; 27]. Порівняння показників емоційного вигорання з рівнем комунікативної компетентності та

особливостями конфліктної поведінки дає можливість комплексного аналізу психологічних умов професійної взаємодії лікаря. А також дає можливість виявити потенційні ризикі порушення ефективної комунікації та зростання конфліктності у професійному середовищі [7; 18].

Організація дослідження

Дослідження проводилося у три етапи.

Підготовчий етап. Він передбачав визначення мети, завдань і гіпотез дослідження, підбір та апробацію діагностичного інструментарію, узгодження з адміністрацією медичного закладу. Особлива увага приділялася дотриманню етичних принципів: добровільність участі, конфіденційність отриманої інформації, використання результатів виключно в наукових цілях.

Діагностичний етап. На цьому етапі здійснювалося безпосереднє тестування учасників за допомогою відібраних методик. Робота проводилася індивідуально, у зручний для лікарів час. Середня тривалість обстеження становила близько 20-30 хвилин.

Аналітичний етап. Він включав обробку та інтерпретацію результатів дослідження. Кількісна обробка проводилась з використанням методів математичної статистики: обчислення середніх величин, стандартних відхилень, відсоткового співвідношення показників, а також кореляційного аналізу для виявлення взаємозв'язків між рівнем комунікативної компетентності, стилями поведінки у конфліктних ситуаціях та показниками емоційного вигорання. Якісний аналіз передбачав змістове узагальнення результатів та їх інтерпретацію у контексті поставленої наукової проблеми.

Узагальнення

Таким чином, застосований комплекс психодіагностичних методик та організація дослідження забезпечують можливість багатостороннього аналізу проблеми. Обрані інструменти дозволяють оцінити комунікативні здібності лікарів, рівень їхньої емпатії, особливості поведінки у конфліктних ситуаціях, а також психоемоційний стан, що безпосередньо впливає на ефективність професійного спілкування. Отримані результати створюють основу для

подальшої інтерпретації емпіричних даних та формулювання практичних рекомендацій щодо розвитку комунікативної компетентності як чинника запобігання конфліктам у лікарському середовищі.

2.2 Результати емпіричного дослідження

Емпіричне дослідження було спрямоване на вивчення особливостей комунікативної компетентності лікаря та її ролі у запобіганні конфліктам у професійній діяльності. З огляду на специфіку медичної практики, що передбачає інтенсивну міжособистісну взаємодію, високий рівень емоційного навантаження та відповідальності - комунікативна компетентність розглядається як один із ключових ресурсів підтримання ефективної співпраці з пацієнтами та колегами, а також як чинник профілактики професійного вигорання і конфліктних ситуацій.

У межах дослідження було використано комплекс психодіагностичних методик, що дозволили оцінити різні складові комунікативної компетентності та пов’язані з нею психологічні характеристики: стилі поведінки в конфліктних ситуаціях, рівень професійного вигорання, емпатійні здібності, а також комунікативні й організаторські схильності лікарів. Аналіз отриманих результатів ґрунтується на поєднанні описової статистики та кореляційного аналізу, що дало змогу виявити взаємозв’язки між досліджуваними показниками та визначити психологічні чинники, які сприяють або, навпаки, ускладнюють конструктивну професійну комунікацію. Результати первинної обробки отриманих даних за всіма використаними методиками було систематизовано та представлено у вигляді зведеної таблиці "сирих" балів (див. Додаток В).

2.2.1 Аналіз стратегій поведінки лікарів у конфліктних ситуаціях (за методикою К. Томаса)

За результатами діагностики за методикою К. Томаса «Типи поведінки в конфлікті», було встановлено, що лікарі використовують широкий спектр стратегій, проте їх розподіл є нерівномірним. Зведені дані за групою представлені у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1 Показники стратегій поведінки в конфлікті (за К. Томасом)

Середні показники стратегій поведінки в конфлікті (n=30)

Стратегія поведінки	**Середній бал**	**Рівень вираженості**
Суперництво	4,1	Низький
Співпраця	6,4	Середній
Компроміс	8,1	Високий (домінуючий)
Уникання	7,2	Середній/Високий
Пристосування	4,2	Низький

Як можно побачити з даних, наведених у таблиці 2.1, домінуючою стратегією поведінки в конфліктних ситуаціях серед опитаних лікарів є компроміс (середній бал — 8,1). Це свідчить про орієнтацію більшості респондентів на врегулювання розбіжностей шляхом взаємних поступок, без загострення протистояння та з урахуванням інтересів обох сторін. Така стратегія може розглядатися як відносно адаптивна для професійного середовища охорони здоров’я, де необхідність швидкого ухвалення рішень і підтримання робочих взаємин часто переважає прагнення до повного відстоювання власної позиції.

Водночас звертає на себе увагу підвищений рівень стратегії уникання (7,2 бала), який перебуває на межі середнього та високого рівнів вираженості. У контексті медичної діяльності це може свідчити не лише про прагнення

уникнути ескалації конфліктів, а й про тенденцію до емоційного дистанціювання від проблемних ситуацій. Така стратегія нерідко формується як захисна реакція на хронічне професійне навантаження, дефіцит часу та емоційні ресурси лікаря, що в довгостроковій перспективі може ускладнювати відкриту комунікацію та накопичувати приховану напругу у взаємодії з пацієнтами й колегами.

Стратегія співпраці, яка передбачає спільний пошук рішень з максимальним урахуванням інтересів усіх сторін, представлена на середньому рівні (6,4 бала). Це може свідчити про наявний потенціал до конструктивного розв'язання конфліктів у професійній взаємодії лікарів. Водночас помірна вираженість цієї стратегії вказує на те, що її реалізація відбувається не систематично, а радше ситуативно, ймовірно, обмежується організаційними умовами праці, емоційним виснаженням або недостатньо сформованими навичками асертивної комунікації.

Низькі показники стратегій суперництва (4,1 бала) та пристосування (4,2 бала) можуть свідчити про відсутність крайніх форм поведінки в конфлікті, пов'язаних із жорстким відстоюванням власної позиції або, навпаки, повною відмовою від власних інтересів. Такий розподіл стратегій загалом вказує на прагнення лікарів зберігати професійний баланс у взаємодії, однак поєднання домінування компромісу з підвищеним униканням може створювати передумови для поверхневого розв'язання конфліктів без усунення їх глибинних причин.

2.2.2 Дослідження комунікативних схильностей та рівня емпатії лікарів

Наступним етапом емпіричного аналізу стало дослідження внутрішніх ресурсів комунікативної компетентності лікаря, зокрема рівня емпатії (за методикою В. В. Бойка) та загальних комунікативних і організаторських схильностей (КОС-2). Зазначені характеристики розглядаються як психологічна

основа ефективної міжособистісної взаємодії, що забезпечує не лише якість професійної комунікації, а й здатність лікаря запобігати ескалації конфліктних ситуацій у процесі виконання професійних обов'язків.



Рис. 2.1. Розподіл лікарів за рівнями загальної емпатії (за В. Бойком), %

Аналізуючи дані, що представлені на рис. 2.1, можна констатувати, що у більшості опитаних лікарів (60,0%) рівень загальної емпатії перебуває в межах середніх значень, тоді як високий рівень емпатійних здібностей виявлено лише у 16,7% респондентів. Низький рівень емпатії зафіксовано у 23,3% досліджуваних, що може ускладнювати якість міжособистісної взаємодії у професійному середовищі. Середній показник загального рівня емпатії за вибіркою становить 21,4 бала, що відповідає середньому рівню.

Отримані дані свідчать про те, що для більшості лікарів емпатія функціонує переважно як професійний інструмент, необхідний для розуміння емоційного стану пацієнтів, однак не завжди супроводжується глибокою особистісною залученістю. Така особливість може виконувати захисну функцію, знижуючи ризик емоційного перевантаження, проте водночас обмежувати якість емоційного контакту.



Рис.2.2 Показники комунікативних та організаторських схильностей (КОС-2)

Результати дослідження комунікативних та організаторських схильностей за методикою КОС-2 демонструють середній рівень їх вираженості як за шкалою комунікативних (0,68), так і організаторських схильностей (0,62).

Це свідчить про наявність базових умінь встановлення та підтримання професійних контактів, проте вказує на їх недостатню сформованість для активного та ініціативного управління складними комунікативними ситуаціями. У поєднанні з низькими показниками стратегії суперництва за методикою К. Томаса, такі результати можуть відображати тенденцію до уникання активної позиції у конфліктних взаємодіях, що знижує здатність лікаря відкрито відстоювати професійні межі та ефективно регулювати напружені ситуації.

Загалом отримані дані дозволяють зробити висновок, що середній рівень емпатії та комунікативних схильностей створює потенціал для підтримання функціональної професійної взаємодії, проте не завжди забезпечує достатню стійкість у ситуаціях підвищеного емоційного напруження. За таких умов емпатійна чутливість може бути нестабільною та залежною (від рівня

професійного навантаження), що підвищує ризик спілкування й ускладнює конструктивне вирішення конфліктів.

2.2.3 Аналіз показників професійного вигорання як деструктивного чинника

Важливим аспектом цього дослідження є вивчення впливу психоемоційного стану на комунікацію. За методикою К. Маслач (в адаптації Н. Водоп'янової) було виявлено тривожні тенденції (рис. 2.3).

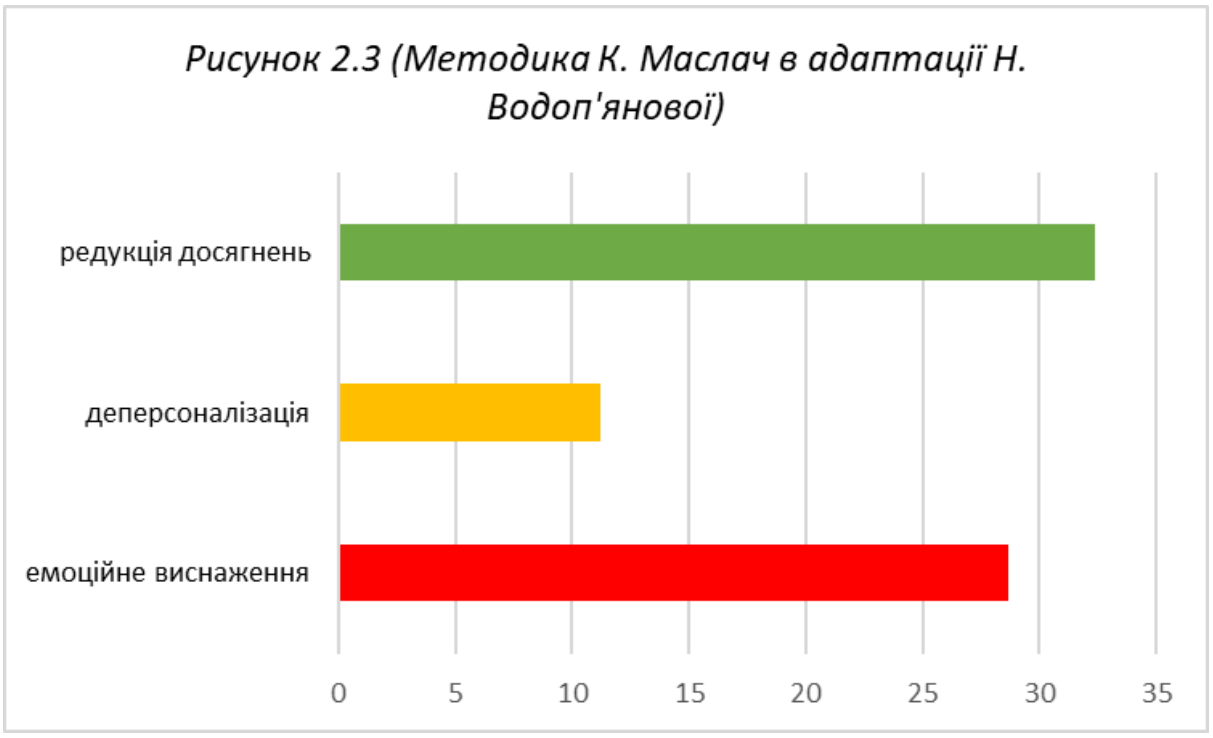


Рис. 2.3. Профіль професійного вигорання лікарів за методикою К. Маслач

Рівень емоційного виснаження у досліджуваній вибірці є високим (середній бал — 28,7), що свідчить про сформовані прояви професійного вигорання у лікарів. Емоційне виснаження супроводжується зниженням здатності до емпатійного залучення та конструктивної міжособистісної взаємодії з пацієнтами й колегами. В умовах хронічної перевтоми лікарі частіше вдаються до стратегій уникання конфліктних ситуацій або демонструють

формалізоване, емоційно відсторонене ставлення, що проявляється у деперсоналізації професійних контактів. Така поведінка знижує ефективність комунікації та ускладнює співпрацю, підвищуючи ризик виникнення міжособистісних напружень і конфліктів у професійному середовищі.

Таблиця 2.2 Матриця кореляційних зв'язків (r-Пірсона)

Взаємозв'язок показників	**Коефіцієнт r**	**Значущість (p)**
Емпатія \ Співпраця	0,54	$p < 0,05$
Виснаження \ Уникання	0,48	$p < 0,05$
КОС \ Компроміс	0,61	$p < 0,01$

Результати кореляційного аналізу (r-Пірсона), представлені в таблиці 2.2, свідчать про наявність статистично значущих взаємозв’язків між компонентами комунікативної компетентності та стратегіями поведінки в конфлікті. Зокрема, встановлено помірний позитивний зв’язок між рівнем емпатії та стратегією співпраці ($r = 0,54$; $p < 0,05$). Це означає, що зі зростанням здатності лікаря до емоційного розуміння іншого підвищується ймовірність вибору конструктивної, орієнтованої на спільне вирішення проблеми конфліктної поведінки. Отриманий результат підтверджує припущення про емпатію як ключовий психологічний ресурс ефективної професійної комунікації у медичній діяльності.

Водночас виявлено статистично значущий позитивний зв’язок між рівнем емоційного виснаження та стратегією уникання ($r = 0,48$; $p < 0,05$), що свідчить про тенденцію до дистанціювання від конфліктних ситуацій у стані зниження емоційних ресурсів. Крім того, зафіксовано виражений кореляційний зв’язок між загальним рівнем комунікативних схильностей (КОС-2) та використанням

стратегії компромісу ($r = 0,61$; $p < 0,01$), що вказує на роль базових комунікативних навичок у виборі соціально прийнятних, проте не завжди оптимальних стратегій розв'язання конфліктів. У сукупності отримані дані підтверджують, що: як ресурсні, так і виснажуючі чинники комунікативної компетентності істотно впливають на характер конфліктної поведінки лікарів.

2.2.4 Вплив професійного вигорання на комунікативну сферу та стратегії вирішення конфліктів

Професійне вигорання розглядається як один із ключових чинників, що впливає на якість комунікативної компетентності лікаря та вибір стратегій поведінки в конфліктних ситуаціях. Умови медичної діяльності, пов'язані з високим рівнем відповідальності, емоційною напруженістю та дефіцитом ресурсів, сприяють поступовому виснаженню емоційної сфери, що неминуче відображається на міжособистісній взаємодії. Зниження емоційної включеності, формалізація контактів і дистанціювання від пацієнтів та колег можуть суттєво ускладнювати конструктивну комунікацію та підвищувати ризик виникнення конфліктів.

У межах емпіричного дослідження професійного вигорання лікарів було проаналізовано показник емоційного виснаження як базового компонента синдрому вигорання (за методикою К. Маслач, С. Джексон в адаптації Н. Е. Водоп'янової). Саме емоційне виснаження розглядається у сучасних психологічних дослідженнях як пусковий механізм розвитку інших деструктивних змін у професійній діяльності, зокрема деперсоналізації та редукції професійних досягнень.

Отримані результати свідчать про те, що середній показник емоційного виснаження у вибірці становить 28,7 бала, що відповідає високому рівню. Такий рівень вказує на хронічне перевантаження емоційної сфери лікаря, зниження енергетичних ресурсів та відчуття психологічного виснаження у процесі професійної взаємодії. У цьому стані комунікація з пацієнтами та колегами

дедалі частіше сприймається як додатковий стресор, а не як змістовна складова професійної ролі.

Емоційне виснаження безпосередньо впливає на якість комунікативної компетентності лікаря, обмежуючи здатність до емпатійного реагування, активного слухання та гнучкого врахування позиції іншого. В умовах дефіциту психологічних ресурсів лікар схильний спрощувати комунікацію, знижувати емоційну залученість та уникати глибокого міжособистісного контакту. Це створює підґрунтя для формування формалізованої або дистанційної взаємодії, яка зменшує ризик емоційного перевантаження, проте одночасно підвищує ймовірність комунікативних труднощів.

У контексті конфліктної поведінки високий рівень емоційного виснаження пов’язаний зі зростанням частоти використання стратегій уникання та компромісу як відносно енергоощадних форм реагування. Такі стратегії дозволяють знизити напруження у короткостроковій перспективі, однак не сприяють глибинному вирішенню конфліктів і можуть призводити до накопичення прихованого напруження у професійному середовищі. Таким чином, емоційне виснаження виступає чинником, що поступово руйнує потенціал конструктивної комунікації та обмежує можливості співпраці у складних ситуаціях.

Отже, результати дослідження підтверджують доцільність розгляду емоційного виснаження не лише як окремого симптому професійного вигорання, а як системного фактора зниження комунікативної ефективності лікаря, що безпосередньо впливає на стратегії вирішення конфліктів у медичній практиці.

2.2.5 Статистичний аналіз взаємозв’язку компонентів комунікативної компетентності та конфліктної поведінки

З метою реалізації третього завдання емпіричного дослідження було проведено кореляційний аналіз, спрямований на виявлення взаємозв’язків між

компонентами комунікативної компетентності лікаря та особливостями його поведінки в конфліктних ситуаціях. Зокрема, аналізувались зв’язки між рівнем емпатії, показниками професійного вигорання та стратегіями поведінки в конфлікті. Такий підхід дозволив не лише описати окремі психологічні характеристики, а й емпірично підтвердити їх взаємний вплив у контексті професійної діяльності лікаря.

Для статистичної обробки даних було використано коефіцієнт кореляції Пірсона, що дало змогу оцінити силу та напрямок зв’язків між досліджуваними змінними. Кореляційний аналіз був спрямований на перевірку припущення про те, що вищий рівень емпатії пов’язаний зі зниженням конфліктності та більш конструктивними стратегіями взаємодії, тоді як зростання рівня професійного вигорання асоціюється з вибором стратегій уникання, формалізованої деперсоналізації та ускладненням міжособистісної комунікації. Отримані результати дозволяють емпірично обґрунтувати роль комунікативної компетентності як чинника запобігання конфліктам у медичному середовищі.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2

У другому розділі магістерської роботи було здійснено емпіричне дослідження комунікативної компетентності лікаря як чинника запобігання конфліктам у професійній діяльності. Для реалізації поставлених завдань було використано комплекс психодіагностичних методик, що дало можливість проаналізувати як поведінкові стратегії у конфлікті, так і внутрішні психологічні ресурси та ризики професійної комунікації, зокрема рівень емпатії, комунікативні схильності та емоційне виснаження.

Результати дослідження стратегій поведінки в конфлікті показали, що домінуючою стратегією серед лікарів є компроміс, що свідчить про прагнення до збереження професійної рівноваги та мінімізації відкритих конфліктів шляхом взаємних поступок. Водночас виявлено відносно високий рівень використання стратегії уникання, що може вказувати на тенденцію до

емоційного дистанціювання від складних міжособистісних ситуацій. Стратегія співпраці, яка є найбільш конструктивною з точки зору довготривалої ефективності комунікації, представлена меншою мірою, що свідчить про обмежену реалізацію потенціалу глибинного спільного вирішення проблем у медичному середовищі.

Аналіз емпатійних здібностей лікарів засвідчив переважання середнього рівня емпатії, що дозволяє розглядати її як функціональний професійний інструмент, однак не як стабільний особистісний ресурс. Такий рівень емпатії забезпечує базове розуміння емоційного стану пацієнтів, проте не гарантує стійкості емпатійного реагування в умовах хронічного навантаження та стресу. Показники комунікативних та організаторських схильностей також перебувають у межах середніх значень, що свідчить про наявність необхідних, але недостатньо розвинених навичок активної професійної взаємодії.

Окрему увагу у дослідженні було приділено аналізу емоційного виснаження як ключового компонента професійного вигорання. Високий середній рівень емоційного виснаження у вибірці вказує на системне перевантаження емоційної сфери лікарів та дефіцит психологічних ресурсів, необхідних для підтримання якісної комунікації. Емоційне виснаження розглядається як пусковий механізм поступового зниження комунікативної ефективності, що проявляється у спрощенні міжособистісної взаємодії, зменшенні емпатійної залученості та переорієнтації на енергоощадні стратегії поведінки.

Кореляційний аналіз підтвердив наявність статистично значущих взаємозв’язків між компонентами комунікативної компетентності та конфліктною поведінкою. Зокрема, встановлено, що підвищення рівня емпатії пов’язане з більш частим використанням стратегії співпраці, тоді як зростання емоційного виснаження супроводжується тенденцією до уникання конфліктів. Водночас загальний рівень комунікативних схильностей позитивно корелює зі стратегією компромісу, що підкреслює роль базових комунікативних навичок у

виборі соціально прийнятних форм реагування, хоча й не завжди найбільш ефективних у довгостроковій перспективі.

Таким чином, результати емпіричного дослідження дозволяють зробити висновок, що комунікативна компетентність лікаря є багатовимірним утворенням, яке формується під впливом як ресурсних (емпатія, комунікативні навички), так і деструктивних чинників (емоційне виснаження). Саме баланс між цими компонентами визначає характер конфліктної поведінки у професійній діяльності лікаря та його здатність до конструктивної взаємодії з пацієнтами й колегами. Отримані дані підтверджують гіпотезу дослідження та створюють емпіричне підґрунтя для розробки психопрофілактичних і корекційних програм, спрямованих на зниження рівня професійного вигорання та розвиток комунікативної компетентності лікарів.

РОЗДІЛ 3
ПСИХОЛОГІЧНІ МЕТОДИ РОЗВИТКУ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ЛІКАРЯ

3.1 Огляд методів розвитку комунікативної компетентності лікаря

Комунікативна компетентність лікаря є складним інтегративним утворенням, що формується на поєднанні професійних знань особистісних якостей та здатності до емоційної саморегуляції. У сучасних умовах медичної практики вона набуває особливої значущості, оскільки ефективна комунікація визначає не лише якість лікувального процесу, а й рівень довіри між лікарем і пацієнтом, загальний психологічний клімат у медичному закладі. Результати числених досліджень, у тому числі отримані в межах даної роботи, свідчать про те, що комунікативні труднощі лікарів у багатьох випадках мають не ситуативний, а системний характер.

Розвиток комунікативної компетентності лікаря ускладнюється специфікою професійної діяльності, що поєднує високий рівень відповідальності, постійну емоційну напругу та необхідність оперативного прийняття рішень. За таких умов навіть сформовані комунікативні навички можуть втрачати свою ефективність унаслідок емоційного виснаження та зниження внутріних ресурсів. У зв’язку з цим сучасні психологічні підходи дедалі частіше розглядають розвиток комунікативної компетентності не як одноразовий етап навчання, а як тривалий процес психологічного супроводу, спрямований на підтримку професійної стійкості лікаря.

Активні методи соціально-психологічного навчання посідають важливе місце у системі розвитку комунікативної компетентності лікарів, оскільки вони орієнтовані на формування навчок через безпосередній досвід міжособистісної взаємодії. На відміну від традиційних інформаційних форм навчання, такі методи дозволяють не лише засвоювати теоретичні знання, а й усвідомлювати

власні комунікативні установки, емоційні реакції та стереотипні способи поведінки.

Однією з найбільш ефективних форм активного навчання є соціальн-психологічний тренінг, який розглядається як універсальний засіб розвитку комунікативної компетентності лікаря. У межах соціально-психологічного тренінгу поєднується когнітивний, емоційний та поведінковий рівні навчання, що створює умови для комплексного опрацювання комунікативних труднощів. Тренінговий простір сприяє експериментуванню з новими формами взаємодії, аналізу власного досвіду та отриманню зворотнього зв’язку від інших учасників.

Для лікарів соціально-психологічний тренінг має особливу практивну цінність, оскільки дозволяє працювати з такими аспектами, як зниження комунікативної тривожності, розвиток навичок емпатійного слухання, формування асертивної поведінки та усвідомлення меж професійної відповідальності. Значна увага приділяється також аналізу внутрішніх установок лікаря щодо пацієнтів, сокрема, очікувань, стереотипів, емоційних реакцій – які можуть виступати джерелами міжособистісних конфліктів.

Важливою складовою соціально-психологічного тренінгу є рольові ігри, що є ефективним інструментом моделювання професійних ситуацій медичної практики. Відтворення типових і кризових сценарієв взаємодії, зокрема ситуацій спілкування зі «складним пацієнтом» або в умовах професійної втоми, дає змогу лікарям усвідомити власні автоматизовані реакції, які активуються під впливом стресу.

Застосування рольових ігор створює безпечний простір для опрацювання конфліктних ситуацій без реальних негативних наслідків. Аналіз виконаних ролей дозволяє виявити не лише особливості поведінки, а й емоційні передумови виникнення конфліктів, що має важливе значення у контексті профілактики порфесійного вигорання та підвищення ефективності комунікацій.

Особливе місце у розвитку комунікативної компетенції лікарів посідають групи Балінта, які є специфічною формою групової психологічної роботи. На відміну від традиційних навчальних форматів, у групах Балінта основна увага зосереджується не на клінічних аспектах випадку, а на внутрішньому досвіді лікаря та його переживаннях у взаємодії з пацієнтом.

Регулярна участь у групах Балінта сприяє підвищенню рівня професійної рефлексії, усвідомленню емоційних реакції та зниженню проявів деперсоналізації. Для лікарів, які перебувають у стані емоційного виснаження, цей формат роботи виконує функцію психологічного «контейнера» для складних переживать, що знижує ризик їх накопичення та подальшого розвитку синдрому професійного вигорання.

Методи психологічної саморегуляції є важливою складовою розвитку комуікативної компетентності лікаря, оскільки вони безпосередньо впливають на його емоційний стан і здатність контролювати власні реакції. Аутогенне тренування, дихальні техніки та практики усвідомленості сприяють зниженню рівня психоемоційного напруження та відновленню внутрішнього балансу.

Використання коротких технік саморегуляції перед початком прийому пацієнтів або після емоційнонапружених взаємодій зменьшує ймовірність конфліктних реакцій та сприяє більш усвідомленій і конструктивній комунікації. У цьому контексті саморегуляція виступає не додатковою навичкою, а необхідною умовою реалізації комунікативної компетентності лікаря.

Індивідуальні форми психологічного супроводу, зокрема коучинг і супервізія, забезпечують персоналізовану підтримку лікаря у процесі професійного розвитку. Вони дозволяють зосередитись на конкретних труднощах профксійної взаємодії, аналізувати складні клініко-комунікативні ситуації та формувати індивідувальні стратегії ефективної взаємодії з пацієнтами.

Супервізія сприяє розвитку професійної рефлексії, усвідомленню власних обмежень та запобіганню професійному вигоранню. Тоді як коучинг

орієнтований на активізацію внутрішніх ресурсів лікаря та формування відповідальності за власний професійний розвиток. Обидва підходи є ефективними у роботі з лікарями, схильними до конфліктної поведінки або емоційного виснаження.

3.2 Структура та зміст програми розвитку комунікативної компетентності лікарів

З огляду на результати емпіричного дослідження, представлені у другому розділі, було встановлено, що підвищена конфліктність у професійній діяльності лікарів пов’язана не стільки з дефіцитом комунікативних знань, скільки з високим рівнем емоційного виснаження та зниженням ресурсності особистості. У цьому контексті конфліктна поведінка розглядається як вторинний феномен, що виникає внаслідок тривалого перебування лікаря у стані хронічного психоемоційного напруження, коли внутрішні ресурси саморегуляції та емпатійної взаємодії істотно виснажені.

Відповідно до цього було розроблено авторську програму розвитку комунікативної компетентності лікарів:

«Ресурсна комунікація: профілактика вигорання та розвиток емпатійної стійкості лікаря».

Програма має комплексний характер і спрямована на поєднання роботи з емоційним станом лікаря, розвитком емпатійних здібностей та формуванням конструктивних стратегій поведінки в конфлікті. Її основною ідеєю є відновлення внутрішнього ресурсу як передумови ефективної та стійкої професійної комунікації.

Мета програми — підвищення рівня комунікативної компетентності лікарів шляхом зниження емоційного виснаження, розвитку емпатійної стійкості та формування конструктивних стратегій взаємодії в конфліктних ситуаціях.

Основні завдання програми:

- зниження рівня емоційного напруження та профілактика професійного вигорання;
- розвиток усвідомленої емпатії та навичок активного слухання;
- формування здатності до конструктивного вирішення конфліктів;
- розвиток впевненості та асертивності у професійному спілкуванні;
- підвищення рефлексивності та відповідальності за власний комунікативний стиль.

Структура програми

Програма складається з чотирьох тематичних модулів, кожен з яких логічно пов'язаний з результатами емпіричного дослідження та спрямований на роботу з ключовими компонентами комунікативної компетентності.

Таблиця 3.2

Структура програми «Ресурсна комунікація: профілактика вигорання та розвиток емпатійної стійкості лікаря»

Модуль	***Тема заняття***	***Мета (що розвиваємо)***
Модуль 1. Психогігієна	*«Стоп-вигорання: де брати ресурс?»*	*Зниження рівня емоційного виснаження, техніки швидкого відновлення.*
Модуль 2. Емпатія	*«Мистецтво чути: від симптому до людини»*	*Розвиток 6 каналів емпатії за Бойком, активне слухання.*

Модуль 3. Конфліктологія	*«Трансформація конфлікту: від уникання до співпраці»*	*Відпрацювання стратегій за Томасом, робота з маніпуляціями.*
Модуль 4. КОС	*«Партнерство в медицині»*	*Розвиток впевненості у спілкуванні (асертивності).*

Зміст модулів програми «Ресурсна комунікація: профілактика вигорання та розвиток емпатійної стійкості лікаря»

Модуль 1. Психогігієна «Стоп-вигорання: де брати ресурс?»

Модуль спрямований на роботу з емоційним виснаженням як базовим чинником деструкції комунікативної компетентності лікаря. Вихідним положенням є розуміння того, що в умовах хронічного стресу здатність до емпатії, терпимості та конструктивного діалогу істотно знижується, що підвищує ризик конфліктної взаємодії з пацієнтами та колегами.

У теоретичній частині модуля розглядаються психологічні механізми професійного вигорання, особливо фаза емоційного виснаження, яка виступає пусковим механізмом подальших змін у поведінці лікаря. Учасники аналізують власні джерела професійного стресу, зону перевантаження та індивідуальні маркери втоми.

Практична частина модуля спрямована на формування навичок швидкої психологічної саморегуляції, які можуть бути застосовані безпосередньо в робочому процесі.

Приклади вправ:

Вправа «Емоційний термометр»

Лікарі вчаться оцінювати власний емоційний стан за шкалою інтенсивності перед початком робочого дня або прийому пацієнта. Вправа сприяє розвитку усвідомленості та ранньому виявленню перевантаження.

Дихальна техніка «4–6»

Повільний вдих на 4 секунди та видих на 6 секунд протягом 2–3 хвилин. Мета — зниження рівня фізіологічного напруження та відновлення контролю над емоційним станом.

Вправа «Мікропаузи ресурсу»

Формування навички коротких відновлювальних пауз між прийомами пацієнтів, що знижує накопичення напруги протягом робочого дня.

Результатом модуля є підвищення здатності лікаря до саморегуляції та зниження інтенсивності емоційного виснаження як фону професійної комунікації.

Модуль 2. Емпатія «Мистецтво чути: від симптому до людини»

Другий модуль спрямований на відновлення та розвиток емпатійної компетентності лікаря, яка є необхідною умовою ефективної взаємодії з пацієнтом та міжособистісним спілкуванням. Водночас наголошується на важливості збереження професійної дистанції та емпатійної стійкості.

Теоретична частина модуля базується на концепції багатоканальної емпатії (В. В. Бойко), що дозволяє розглядати емпатію не лише як емоційне співпереживання, а як складний когнітивно-афективний процес.

Практична частина спрямована на розвиток навичок активного слухання, розпізнавання емоційного стану пацієнта та коректного реагування на нього.

Приклади вправ:

Вправа «Активне слухання без порад»

Учасники відпрацьовують навичку слухати пацієнта, утримуючись від передчасних інтерпретацій та рекомендацій. Це сприяє формуванню відчуття прийняття у пацієнта.

Вправа «Що стоїть за симптомом?»

Аналіз клінічних випадків з фокусом не на діагнозі, а на емоційному стані та переживаннях пацієнта.

Вправа «Емпатійні межі»

Учасники вчаться розрізняти співпереживання та емоційне злиття, формуючи навичку збереження психологічної рівноваги.

Результатом модуля є підвищення здатності лікаря до усвідомленої емпатії без втрати професійної ефективності.

Модуль 3. Конфліктологія «Трансформація конфлікту: від уникання до співпраці»

Модуль спрямований на роботу з конфліктною поведінкою лікаря як проявом емоційного перевантаження та неусвідомлених стратегій взаємодії. Теоретичною основою модуля є модель стилів поведінки в конфлікті К. Томаса.

У межах модуля учасники аналізують власні домінуючі стратегії (уникання, пристосування, суперництво, компроміс, співпраця) та їх наслідки для професійної комунікації.

Приклади вправ:

Рольова гра «Складний пацієнт — втомлений лікар»

Моделювання типових конфліктних ситуацій з подальшим аналізом емоційних реакцій та поведінкових стратегій.

Вправа «Точка вибору»

Учасники вчаться усвідомлювати момент, коли конфлікт ще можна перевести у конструктивне русло.

Аналіз маніпулятивних стратегій пацієнтів

Розбір типових маніпуляцій та формування навичок асертивного реагування.

Результатом модуля є зниження тенденції до уникання конфліктів та формування навички співпраці як найбільш адаптивної стратегії.

Модуль 4. Комунікативні навички (КОС) «Партнерство в медицині»

Заключний модуль спрямований на інтеграцію набутих навичок у цілісну модель професійної комунікації лікаря. Основний акцент робиться на розвитку асертивності та впевненості у взаємодії з пацієнтами та колегами.

Практична частина модуля орієнтована на формування здатності чітко висловлювати власну позицію, встановлювати професійні межі та зберігати партнерський стиль взаємодії.

Приклади вправ:

Вправа «Я-повідомлення в медицині»

Формування навички коректного висловлення незгоди без ескалації конфлікту.

Вправа «Професійні межі»

Аналіз ситуацій порушення меж та відпрацювання асертивних відповідей.

Кейс-аналіз «Партнерська комунікація»

Розбір прикладів ефективної взаємодії лікаря і пацієнта.

Результатом модуля є формування партнерського стилю спілкування, що знижує рівень конфліктності та підвищує якість медичної допомоги.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3

Проведений у третьому розділі аналіз сучасних психологічних методів розвитку комунікативної компетентності лікарів дозволив дійти висновку, що найбільш ефективними в умовах медичної практики є активні форми соціально-психологічного навчання, орієнтовані не лише на формування навичок спілкування, а й на відновлення внутрішніх ресурсів фахівця. Особливу значущість у цьому контексті мають методи, що поєднують поведінкове тренування з елементами рефлексії, емоційної підтримки та професійного самопізнання. Саме такий підхід відповідає специфіці діяльності лікаря, яка характеризується високим рівнем відповідальності, емоційної напруги та постійної взаємодії з людьми у стані стресу.

У результаті теоретичного аналізу встановлено, що традиційні комунікативні тренінги, спрямовані виключно на вдосконалення технік спілкування, не є достатніми для стійкого зниження рівня конфліктності в медичному середовищі. Без урахування впливу професійного вигорання, зокрема емоційного виснаження, такі методи мають короткочасний ефект і не забезпечують глибинних змін у стилі взаємодії лікаря з пацієнтами та колегами. У цьому зв'язку особливої уваги заслуговують Балінтівські групи, які створюють простір для осмислення емоційних аспектів професійної ролі лікаря та сприяють зниженню рівня деперсоналізації й хронічної втоми.

На основі результатів емпіричного дослідження та аналізу сучасних підходів було обґрунтовано авторську програму розвитку комунікативної компетентності лікарів «Ресурсна комунікація: профілактика вигорання та розвиток емпатійної стійкості лікаря». Зміст програми побудовано з урахуванням ключових проблем, виявлених у вибірці досліджуваних, а саме: високого рівня емоційного виснаження, середнього рівня емпатії, домінування стратегій компромісу та уникання в конфліктних ситуаціях, а також недостатньо сформованої комунікативної впевненості. Таким чином, програма має не лише корекційний, а й профілактичний характер.

Визначено, що центральним механізмом розвитку комунікативної компетентності лікаря є відновлення внутрішнього психологічного ресурсу, без якого неможливе ефективне використання емпатії та конструктивних стратегій поведінки в конфлікті. Саме тому перший модуль програми спрямований на зниження рівня емоційного виснаження шляхом формування навичок саморегуляції, психогігієни та усвідомленого ставлення до власного психоемоційного стану. Відновлення ресурсу розглядається як необхідна передумова подальшого розвитку професійної комунікації.

Наступні модулі програми орієнтовані на розвиток емпатійної компетентності та трансформацію конфліктної поведінки лікаря. Особливий акцент зроблено на формуванні емпатійної стійкості — здатності до розуміння емоційного стану пацієнта без надмірного емоційного залучення. Це дозволяє

лікарю зберігати професійну дистанцію, водночас залишаючись чутливим до потреб іншої людини. Розвиток усіх шести каналів емпатії за В. Бойком у поєднанні з навичками активного слухання створює основу для конструктивної взаємодії в системі «лікар — пацієнт».

Окрему увагу в програмі приділено зміні не адаптивних стратегій поведінки в конфлікті. Зокрема, акцент зроблено на переході від уникання та формального компромісу до співпраці - як найбільш зрілої та ефективної стратегії. Це досягається шляхом усвідомлення власних автоматичних реакцій, відпрацювання складних комунікативних ситуацій у безпечному тренінговому форматі та розвитку асертивності. Формування комунікативної впевненості дозволяє лікарю чітко окреслювати професійні межі та знижувати ризик ескалації конфліктів.

Таким чином, запропонована програма розвитку комунікативної компетентності лікарів є цілісною, логічно структурованою та науково обґрунтованою. Її впровадження у практику медичних закладів може сприяти не лише зниженню рівня міжособистісних конфліктів, а й покращенню загального психоемоційного клімату в колективі, підвищенню професійної задоволеності та збереженню психологічного здоров’я медичних працівників. У довгостроковій перспективі це також позитивно впливає на якість медичної допомоги та рівень довіри пацієнтів до системи охорони здоров’я.

ВИСНОВКИ

У магістерській роботі здійснено комплексне теоретичне та емпіричне дослідження проблеми комунікативної компетентності лікаря як чинника запобігання конфліктам у професійній діяльності. Актуальність обраної теми зумовлена зростанням комунікативного навантаження на медичних працівників в умовах реформування системи охорони здоров'я, підвищених очікувань пацієнтів та хронічного професійного стресу. Отримані в ході дослідження результати дозволили сформулювати такі узагальнені висновки.

У процесі теоретичного аналізу наукових джерел встановлено, що комунікативна компетентність лікаря є складним багатокомпонентним психологічним утворенням, яке не зводиться до володіння техніками професійного спілкування. Вона включає когнітивний компонент (знання та розуміння особливостей комунікації), поведінковий компонент (уміння обирати адекватні стратегії взаємодії) та емоційно-регулятивний компонент, що охоплює емпатію, емоційну стійкість і здатність до саморегуляції. Доведено, що саме інтеграція цих компонентів забезпечує ефективну взаємодію лікаря з пацієнтами та колегами.

Установлено, що в медичній діяльності комунікація виконує не лише інформаційну, а й терапевтичну функцію, значною мірою впливаючи на рівень довіри пацієнта, прихильність до лікування та загальну ефективність медичної допомоги. Водночас недостатній рівень комунікативної компетентності або її дезорганізація в умовах професійного перевантаження виступають одним з основних чинників виникнення міжособистісних конфліктів у системі «лікар — пацієнт».

Емпіричне дослідження, проведене на вибірці лікарів різних спеціалізацій і віку, дозволило виявити особливості їхньої конфліктної поведінки та комунікативних ресурсів. Встановлено, що домінуючою стратегією поведінки в конфлікті є компроміс, що свідчить про прагнення лікарів до збереження робочих відносин і уникнення відкритої конфронтації. Разом з тим значна

частина респондентів демонструє схильність до стратегії уникання, яка в умовах медичної практики може свідчити не про конструктивність, а про емоційне виснаження та втрату ресурсу для активної взаємодії.

Виявлено, що рівень емпатії у більшості досліджуваних лікарів знаходиться на середньому рівні. Такий рівень дозволяє підтримувати базову професійну комунікацію, однак в умовах високого емоційного навантаження та стресу він не завжди є достатнім для ефективного вирішення складних і конфліктних ситуацій. Середні показники комунікативних схильностей також свідчать про наявність потенціалу до розвитку, але не гарантують стійкої комунікативної ефективності без додаткової психологічної підтримки.

Статистичний аналіз результатів дослідження підтвердив наявність значущих взаємозв'язків між компонентами комунікативної компетентності та особливостями конфліктної поведінки лікарів. Зокрема, встановлено, що вищий рівень емпатії та розвинені комунікативні схильності позитивно корелюють з вибором стратегії співпраці в конфлікті, яка є найбільш конструктивною. Водночас доведено, що професійне вигорання, а саме емоційне виснаження, чинить деструктивний вплив на комунікативну сферу лікаря, знижуючи його здатність до емпатії та активної взаємодії.

Таким чином, емоційне виснаження виступає ключовим бар'єром реалізації комунікативного потенціалу лікаря та запускає механізм переходу до пасивних або неадаптивних стратегій поведінки, зокрема уникання конфліктів. Це дозволяє розглядати професійне вигорання не лише як індивідуальну проблему фахівця, а як системний фактор, що впливає на якість професійної комунікації та рівень конфліктності в медичних закладах.

На основі отриманих теоретичних та емпіричних результатів розроблено авторську програму розвитку комунікативної компетентності лікарів «Ресурсна комунікація: профілактика вигорання та розвиток емпатійної стійкості». Програма має комплексний характер і поєднує методи активного соціально-психологічного навчання з техніками психологічної саморегуляції та профілактики вигорання. Такий підхід дозволяє не лише формувати навички

ефективного спілкування, а й відновлювати внутрішні ресурси лікаря, необхідні для стабільної професійної взаємодії.

Практичне значення роботи полягає в можливості впровадження запропонованої програми у систему підготовки, післядипломної освіти та підвищення кваліфікації лікарів. Її реалізація сприятиме зниженню рівня міжособистісних конфліктів у медичному середовищі, покращенню психоемоційного клімату в колективах, збереженню професійного здоров’я медичних працівників та підвищенню якості медичної допомоги.

Отримані результати відкривають перспективи подальших досліджень, спрямованих на вивчення довготривалої ефективності програм розвитку комунікативної компетентності, а також на розробку диференційованих психологічних інтервенцій для лікарів різних спеціалізацій з урахуванням специфіки їхньої професійної діяльності.

Список використаних джерел

1. Чабан О. С. Психологія лікарської діяльності :навч. посіб. – Київ : Медицина, 2014. – 304 с.
2. Чабан О. С. Психосоматична медицина : навч. посіб. – Київ : Здоров’я, 2017. – 280 с.
3. Дроненко В. В. Дослідження комунікативної компетентності майбутніх лікарів // Медична освіта. – 2018. – № 4. – С. … . DOI:10.11603/me.2414-5998.2018.4.9249.
4. Усенко Л. В., Канчура Т. В., Шайда О. О., Дудукіна С. О., Усенко О. О., Машин О. М. Комунікативна компетентність – невід’ємна складова якісної професійної діяльності лікаря-анестезіолога // PAIN, ANAESTHESIA & INTENSIVE CARE. – 2020. – № 4(93). – С. 94–100.
5. Кінаш І. О. Формування комунікативної компетентності майбутніх лікарів // Медична освіта. – 2020. – № 1 – С. 98-103.
6. Смирнова В. І., Ащеулова Т. В. Комунікаційна компетентність як основа біоетичних принципів у взаємовідносинах лікаря та пацієнта // Матеріали науково-практичної конференції. – Харків, 2017. – С. 139–140.
7. Балашов К. Ефективна комунікація між лікарем та пацієнтом: міжнародний досвід та науково-методологічна основа // Україна. Здоров’я нації. – 2020. – № … – С. 162–164.
8. Silverman J., Kurtz S., Draper J. Skills for communicating with patients. – London : CRC Press, 2016. – 336 p.
9. Silverman J., Kurtz S., Draper J. The Calgary–Cambridge guide to the medical interview. – London : CRC Press, 2013. – 312 p.
10. Balint M. The doctor, his patient and the illness. – London : Routledge, 2000. – 256 p.
11. Engel G. L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine // Science. – 1977. – Vol. 196, No. 4286. – P. 129–136.

12. Stewart M., Brown J. B., Weston W. W., McWhinney I. R., McWilliam C. L., Freeman T. R. Patient-centered medicine: transforming the clinical method. – London : Sage Publications, 2014. – 376 p.

13. Roter D., Hall J. A. Doctors talking with patients / patients talking with doctors. – Westport : Praeger, 2006. – 256 p.

14. Roter D. L., Hall J. A., Katz N. R. Relations between physicians' behaviors and patients' satisfaction, recall, and impressions // Medical Care. – 1987. – Vol. 25, No. 5. – P. 437–451.

15. Epstein R. M., Street R. L. Patient-centered communication in cancer care. – Bethesda : National Cancer Institute, 2007. – 72 p.

16. Street R. L., Makoul G., Arora N. K., Epstein R. M. How does communication heal? Pathways linking clinician–patient communication to health outcomes // Patient Education and Counseling. – 2009. – Vol. 74, No. 3. – P. 295–301.

17. Bensing J. M. Doctor–patient communication and the quality of care // Social Science & Medicine. – 1991. – Vol. 32, No. 11. – P. 1301–1310.

18. Levinson W., Roter D. L., Mullooly J. P., Dull V. T., Frankel R. M. Physician–patient communication: the relationship with malpractice claims // JAMA. – 1997. – Vol. 277, No. 7. – P. 553–559.

19. Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement // Academic Medicine. – 2001. – Vol. 76, No. 4. – P. 390–393.

20. Back A. L., Arnold R. M., Tulsky J. A. Mastering communication with seriously ill patients. – Cambridge : Cambridge University Press, 2009. – 280 p.

21. Rosenberg M. B. Nonviolent communication: a language of life. – Encinitas : PuddleDancer Press, 2015. – 222 p.

22. Fisher R., Ury W., Patton B. Getting to yes: negotiating agreement without giving in. – New York : Penguin Books, 2011. – 240 p.

23. Thomas K. W., Kilmann R. H. Thomas-Kilmann Conflict Mode Instrument. – XICOM, 1974.

24. Кан-Калик В. А. Учителю о педагогическом общении : кн. для учителя. – Москва : Просвещение, 1987. – 190 с.

25. Hymes D. H. On communicative competence // Sociolinguistics: Selected Readings / ed. by J. Pride, J. Holmes. – Harmondsworth : Penguin, 1972. – P. 269–293.

26. Бойко В. В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других. Москва : Филин, 1996. 472 с.

27. Водопьянова Н. Е., Старченкова Е. С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. Санкт-Петербург : Питер, 2008. 336 с.

28. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / ред. сост. Д. Я. Райгородский. Самара : БАХРАХ-М, 2001. 672 с.

ДОДАТКИ

Додаток А.1

Опитувальник емпатійних здібностей В. В. Бойка

(Бланк методики)

Мета дослідження: дослідження виявів емпатії — здатності особистості співпереживати проблемам інших людей.

На зазначені запитання дайте відповідь (+) або (-).
Загальна кількість питання - 36 питань.

1. Я маю звичку уважно вивчати обличчя і поведінку людей, щоб зрозуміти їхній характер, схильності, здібності.

+

-

2. Якщо оточуючі виявляють ознаки нервозності я, зазвичай, залишаюсь спокійним.

+

-

3. Я більше довіряю доказам свого розуму, ніж інтуїції.

+

-

4. Я вважаю цілком доречним для себе цікавитися домашніми проблемами своїх співробітників.

+

-

5. Я можу легко ввійти в довіру до людини, коли в цьому виникає потреба.

+

-

6. Зазвичай, я з першої ж зустрічі вгадую «споріднену душу» в новій людині.

+

-

7. Я з цікавості, як правило, розпочинаю розмову про життя, роботу, політику з випадковими попутниками у потязі, літаку.

+

-

8. Я втрачаю душевну рівновагу, якщо оточуючі чимось пригнічені.

+

-

9. Моя інтуїція — надійніший спосіб розуміння оточуючих, ніж знання чи досвід.

+

-

10. Виявляти цікавість до внутрішнього світу іншої особистості — нетактовно.

+

-

11. Своїми словами я часто ображаю близьких мені людей, не помічаючи цього.

+

-

12. Я легко можу уявити себе якоюсь твариною, відчути її звички і стани.

+

-

13. Я майже не розмірковую над причинами вчинків людей, які мають до мене безпосереднє відношення.

+

-

14. Я рідко приймаю до серця проблеми своїх друзів.

+

-

15. Як правило, за кілька днів я відчуваю: щось повинно трапитися з близькою мені людиною, і очікування збуваються.

+

-

16. Спілкуючись з діловими партнерами, я зазвичай, намагаюсь уникати розмов про особисте.

+

-

17. Іноді рідні дорікають мені за черствість, неувагу до них.

+

-

18. Мені легко вдається скопіювати інтонацію, міміку людей, наслідуючи їх.

+

-

19. Мій зацікавлений погляд часто бентежить нових партнерів.

+

-

20. Чужий сміх, зазвичай, передається і мені.

+

-

21. Часто, діючи навмання, я все ж таки знаходжу правильний підхід до людини.

+

-

22. Плакати від щастя — дурниця.

+

-

23. Я здатен цілком злитися з близькою для мене людиною, ніби розчинитися в ній.

+

-

24. Мені рідко зустрічалися люди, яких би я розумів без зайвих слів.

+

-

25. Я мимоволі чи з цікавості часто підслуховую розмови сторонніх людей.

+

-

26. Я можу залишатися спокійним, навіть якщо всі навколо мене хвилюються.

+

-

27. Мені набагато легше підсвідомо відчути сутність людини, ніж зрозуміти її, «розклавши на полички».

+

-

28. Я спокійно ставлюся до дрібних неприємностей, які трапляються у когось із членів сім'ї.

+

-

29. Мені було б складно щиро і довірливо вести бесіду з настороженою, замкнутою людиною.

+

-

30. У мене творча натура — поетична, художня, артистична.

+

-

31. Я без особливої цікавості вислуховую сповіді нових знайомих.

+

-

32. Я засмучуюсь, якщо бачу людину в сльозах.

+

-

33. Моє мислення більше відрізняється конкретністю, строгістю, послідовністю, ніж інтуїцією.

+

-

34. Коли друзі починають говорити про свої неприємності, *я* волію перевести розмову на іншу тему.

+

-

35. Якщо я бачу, що у когось з рідних погано на душі, то, ж правило, стримуюсь від розпитувань.

+

-

36. Мені складно зрозуміти, чому дрібниці можуть так сильно засмучувати людей.

+

-

Додаток А.2

Опитувальник комунікативної та організаторської схильності КОС-2 (Бланк методики)

Ця методика виявляє комунікативні та організаторські схильності особистості (вміння чітко та швидко налагоджувати ділові та товариські контакти з людьми, бажання розширити контакти, участь у групових заходах, вміння впливати на людей, бажання проявляти ініціативу і т. д.).

Перед вами 40 запитань, на кожне з яких потрібно дати відповідь «так» або «ні»

1. Чи є у Вас бажання до спілкування і знайомства з різними людьми?

так

ні

2. Чи подобається Вам займатися громадською роботою?

так

ні

3. Чи довго турбує Вас почуття образи на своїх товаришів?

так

ні

4. Чи завжди Вам важко орієнтуватися в критичній ситуації, що склалася?

так

ні

5. Чи багато у Вас друзів, з якими Ви постійно спілкуєтеся?

так

ні

6. Чи часто Вам вдається схилити більшість своїх товаришів до прийняття ними Вашої думки?

так

ні

7. Чи правда, що Вам приємніше і простіше проводити час за книгами або за яким-небудь іншим заняттям, ніж з людьми?

так

ні

8. Якщо виникли певні перешкоди у здійсненні Ваших намірів, чи легко Вам відмовитися від своїх намірів?

так

ні

9. Чи легко Ви встановлюєте контакти з людьми, які значно старші за Вас?

так

ні

10. Чи любите Ви придумувати і організовувати зі своїми товаришами різноманітні ігри і розваги?

так

ні

11. Чи важко Вам включатися в нові для Вас компанії (колективи)?

так

ні

12. Чи часто Ви відкладаєте на інші дні справи, які слід було б виконати сьогодні?

так

ні

13. Чи легко Вам вдається встановлювати контакти і спілкуватися з незнайомими людьми?

так

ні

14. Чи прагнете Ви, щоб Ваші товариші діяли у відповідності з Вашою думкою?

так

ні

15. Чи важко Вам освоюватися в новому колективі?

так

ні

16. Правда, що у Вас не буває конфліктів з товаришами через невиконання ними своїх обіцянок, зобов'язань, обов'язків?

так

ні

17. Чи прагнете Ви, якщо обставини сприяють цьому, познайомитись і поспілкуватись з незнайомою людиною?

так

ні

18. Чи часто у вирішенні важливих справ берете ініціативу на себе?

так

ні

19. Чи дратують Вас оточуючі, чи виникає у Вас бажання побути на одинці?

так

ні

20. Чи правда, що Ви, як правило, погано орієнтуєтеся в незнайомій для Вас обстановці?

так

ні

21. Чи подобається Вам постійно бути серед людей?

так

ні

22. Чи виникає у Вас відчуття дискомфорту, якщо Вам не вдається завершити розпочату справу?

так

ні

23. Чи важко Вам проявити ініціативу, щоб познайомитися з іншою людиною?

так

ні

24. Чи правда, що Ви втомлюєтеся від постійного спілкування з друзями?

так

ні

25. Чи подобається Вам брати участь в колективних іграх?

так

ні

26. Чи часто Ви проявляєте ініціативу під час вирішення проблем, які зачіпають інтереси Ваших друзів?

так

ні

27. Чи правда, що Ви відчуваєте себе невпевнено серед незнайомих людей?

так

ні

28. Чи правда, що ви не прагнете до того, щоб довести правильність своїх дій чи слів?

так

ні

29. Чи вважаєте Ви, що Вам не важко внести пожвавлення у незнайоме товариство?

так

ні

30. Чи брали Ви участь у громадському житті школи/ університету/ підприємства?

так

ні

31. Чи прагнете Ви обмежити коло своїх знайомих?

так

ні

32. Чи правда, що Ви не прагнете відстоювати свою думку чи рішення, якщо його не зразу прийняли друзі?

так

ні

33. Чи відчуваєте Ви себе комфортно в незнайомій компанії?

так

ні

34. Чи охоче Ви організуєте вечірку для своїх товаришів?

так

ні

35. Чи правда, що Ви губитеся, коли треба говорити перед великою кількістю людей?

так

ні

36. Чи часто Ви спізнюєтеся на ділові зустрічі, побачення?

так

ні

37. У Вас багато друзів?

так

ні

38. Чи часто Ви буваєте в центрі уваги своїх друзів?

так

ні

39. Ви відчуваєте дискомфорт під час спілкування з малознайомими людьми?

так

ні

40. Чи правда, що Ви не дуже впевнено почуваєте себе в оточенні великої групи своїх друзів?

так

ні

Додаток А.3

ОПИТУВАЛЬНИК ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ К. МАСЛАЧ (MBI) В АДАПТАЦІЇ Н. ВОДОП'ЯНОВОЇ (БЛАНК МЕТОДИКИ)

Дайте відповідь, будь ласка, як часто у Вас виникають почуття, перелічені нижче в опитувальнику. Для цього відмітьте з кожного пункту варіант відповіді: "ніколи"; "дуже рідко"; "деколи"; "часто"; "дуже часто"; "кожний день".

Призначення – вивчення ступеня професійного "вигорання"

18 питань

1. Я почуваю себе емоційно знищеним

- Ніколи
- Дуже рідко
- Деколи
- Часто
- Дуже часто
- Кожен день

2. Після роботи я почуваюся як вичавлений лимон

- Ніколи
- Дуже рідко
- Деколи

- Часто
- Дуже часто
- Кожен день

3. Зранку я відчуваю втому і небажання йти на роботу

- Ніколи
- Дуже рідко
- Деколи
- Часто
- Дуже часто
- Кожен день

4. Я добре розумію, що відчувають мої підлеглі й колеги, і стараюсь врахувати це в інтересах справи

- Ніколи
- Дуже рідко
- Деколи
- Часто
- Дуже часто
- Кожен день

5. Я відчуваю, що спілкуюсь з деякими підлеглими й колегами як з предметами (без тепла і симпатії до них)

- Ніколи
- Дуже рідко
- Деколи
- Часто
- Дуже часто
- Кожен день

6. Після роботи хочеться на деякий час усамітнитись від усіх і усього

- Ніколи
- Дуже рідко
- Деколи
- Часто
- Дуже часто
- Кожен день

7. Я вмію знаходити правильне рішення в конфліктних ситуаціях, що виникають у розмові з друзями

- Ніколи
- Дуже рідко
- Деколи

- Часто
- Дуже часто
- Кожен день

8. Я відчуваю пригніченість і апатію
    - Ніколи
    - Дуже рідко
    - Деколи
    - Часто
    - Дуже часто
    - Кожен день
9. Я упевнений, що моя робота потрібна людям
    - Ніколи
    - Дуже рідко
    - Деколи
    - Часто
    - Дуже часто
    - Кожен день
10. Останнім часом я став більш черствим до тих, з ким працюю
    - Ніколи

- Дуже рідко
- Деколи
- Часто
- Дуже часто
- Кожен день

11. Я помічаю, що моя робота дратує мене
    - Ніколи
    - Дуже рідко
    - Деколи
    - Часто
    - Дуже часто
    - Кожен день
12. У мене багато планів на майбутнє і я вірю у їх здійснення
    - Ніколи
    - Дуже рідко
    - Деколи
    - Часто
    - Дуже часто
    - Кожен день

13. Моя робота все більше мене розчаровує

- Ніколи
- Дуже рідко
- Деколи
- Часто
- Дуже часто
- Кожен день

14. Я думаю, що дуже багато працюю

- Ніколи
- Дуже рідко
- Деколи
- Часто
- Дуже часто
- Кожен день

15. Буває, що дійсно мені байдуже те, що відбувається з ким-небудь із моїх підлеглих і друзів

- Ніколи
- Дуже рідко

- Деколи
- Часто
- Дуже часто
- Кожен день

16. Мені хочеться усамітнитись і відпочити від усього

- Ніколи
- Дуже рідко
- Деколи
- Часто
- Дуже часто
- Кожен день

17. Я легко можу створити атмосферу доброзичливості і співпраці в колективі

- Ніколи
- Дуже рідко
- Деколи
- Часто
- Дуже часто
- Кожен день

18. Під час роботи я відчуваю приємне задоволення

- Ніколи
- Дуже рідко
- Деколи
- Часто
- Дуже часто
- Кожен день

Додаток А.4

Тест стратегій поведінки у конфлікті К. Томаса

(Бланк методики)

Перед вами ряд тверджень, які допоможуть визначити деякі особливості вашої поведінки. Тут не може бути відповідей «правильних» або «неправильних». Люди різні, і кожен може висловити свою думку.

Є два варіанти А і В, з яких ви повинні вибрати один, у більшою мірою відповідає вашим поглядам, вашу думку про себе. Відмітьте відповідно до одного з варіантів (А або В) для кожного твердження. Відповідати треба як можна швидше.

Загальна кількість питань - 30

1

А. Іноді я надаю можливість іншим взяти на себе відповідальність за рішення спірного питання.

В. чим обговорювати те, у чому ми розходимось, я намагаюсь звернути увагу на те, з чим ми обидва згодні.

2

А. Я намагаюсь знайти компромісне рішення.

В. Я намагаюсь улагодити справу з урахуванням інтересів іншого і моїх власних.

3

А. Зазвичай я наполегливо прагну домогтися свого.

В. Я намагаюсь заспокоїти іншого і головним чином зберегти наші відносини.

4

А. Я намагаюсь знайти компромісне рішення.

В. Іноді я жертвую своїми власними інтересами заради інтересів іншої людини.

5

А. Улагоджуючи спірну ситуацію, я весь час намагаюсь знайти підтримку в іншого.

В. Я намагаюсь зробити все, щоб уникнути марної напруженності.

6

А. Я намагаюсь уникнути неприємностей для себе.

В. Я намагаюсь домогтись свого.

7

А. Я намагаюсь відкласти рішення спірного питання, з тим, щоб з часом вирішити його остаточно.

В. Я вважаю можливим у чомусь поступитись, аби домогтись іншого.

8

А. Зазвичай я наполегливо правну домогтись свого.

В. Я першим ділом намагаюсь ясно визначити те, у чому складаються всі порушені інтереси.

9

А. Думаю, що не завжди варто хвилюватись через якісь виникаючі розбіжності.

В. Я прикладаю зусилля, щоб домогтись свого.

10

А. Я твердо прагну досягти свого.

В. Я намагаюсь знайти компромісне рішення.

11

А. Першим ділом я намагаюсь ясно визначити, в чому полягають всі порушені спірні питання.

В. Я намагаюсь заспокоїти іншого і головним чином зберегти наші відносини.

12

А. Найчастіше я уникаю займати позицію, яка може викликати суперечки.

В. Я даю можливість іншому в чомусь залишитись при своїй думці, якщо він також йде мені на зустріч.

13

А. Я пропоную середню позицію.

В. Я наполягаю, щоб було зроблено по-моєму.

14

А. Я повідомляю іншому свою точку зору і запитую про його погляди.

В. Я намагаюсь показати іншому логіку і переваги моїх поглядів.

15

А. Я намагаюсь заспокоїти іншого і головним чином зберегти наші відносини.

B. Я намагаюсь зробити так, щоб уникнути напруженості.

16

A. Я намагаюсь не зачепити почуттів іншого.

B. Я намагаюсь переконати іншого в перевагах моєї позиції.

17

A. Зазвичай я наполегливо намагаюсь досягнути свого.

B. Я намагаюсь зробити все, щоб уникнути марної напруженості.

18

A. Якщо це зробить іншого щасливим, дам йому можливість настояти на своєму.

B. Я даю можливість іншому в чомусь залишитись при своїй думці , якщо він також йде мені на зустріч.

19

A. Першим ділом я намагаюсь ясно визначити те, у чому складаються всі порушені питання та інтереси.

B. Я намагаюсь відкласти рішення спірного питання з тим, щоб з часом вирішити його остаточно.

20

A. Я намагаюсь негайно подолати наші розбіжності.

B. Я намагаюсь знайти найкраще поєднання вигод і втрат для обох сторін.

21

A. Ведучі переговори, я намагаюсь бути уважним до бажань іншого.

B. Я завжди схиляюсь до прямого обговорення проблеми і їх спільного вирішення.

22

A. Я намагаюсь знайти позицію, яка знаходиться посередині між моєю позицією і точною зору іншої людини.

B. Я відстоюю свої бажання.

23

A. Як правило, я стурбований тим, щоб задовільнити бажання кожного з нас.

B. Іноді я надаю можливість іншим взяти на себе відповідальність за рішення спірного питання.

24

A. Якщо позиція іншого здається мені дуже важливою, я постараюсь піти назустріч його бажанням.

B. Я намагаюсь переконати іншого прийти до компромісу.

25

A. Я намагаюсь показати іншому логіку і переваги моїх поглядів.

B. Ведучи переговори, я намагаюсь бути уважним до бажань іншого.

26

A. Я пропоную середню позицію.

B. Я майже завжди заклопотаний тим, щоб задовільнити бажання кожного з нас.

27

A. Найчастіше я уникаю займати позицію, яка може викликати суперечки.

B. Якщо це зробить іншого щасливим, я дам йому можливість настояти на своєму.

28

A. Зазвичай я наполегливо прагну досягнути свого.

B. Улагоджуючи ситуацію, я зазвичай намагаюсь знайти підтримку в іншого.

29

A. Я пропоную середню позицію.

B. Думаю, що не завжди варто хвилюватись через якісь виникаючі розбіжності.

30

A. Я намагаюсь не зачепити почуттів іншого.

B. Я завжди займаю таку позицію в спірному питанні, щою ми спільно з іншою людиною могли досягти успіху.

Додаток Б

Ключі та норми інтерпретації результатів дослідження

1. Методика діагностики стратегій поведінки в конфлікті К. Томаса

- Суперництво: 3б, 6а, 8а, 9б, 10а, 13б, 14б, 16б, 17а, 22б, 25а, 28а.
- Співпраця: 2б, 5а, 8б, 11а, 14а, 19а, 20а, 21б, 23а, 26б, 28б, 30б.
- Компроміс: 1а, 2а, 4а, 7б, 10б, 12б, 13а, 18б, 20б, 22а, 24б, 26а, 29а.
- Уникнення: 1б, 5б, 7а, 9а, 12а, 15б, 17б, 19б, 23б, 27а, 29б, 30а.
- Пристосування: 3а, 4б, 6б, 11б, 15а, 16а, 18а, 21а, 24а, 25б, 27б.
- *Оцінка:* Кожна збігання відповіді з ключем оцінюється в 1 бал.

2. Опитувальник емоційного вигорання (MBI) К. Маслач

- Емоційне виснаження: № 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20. (Макс. 54 бали).
- Деперсоналізація: № 5, 10, 11, 15, 22. (Макс. 30 балів).
- Редукція особистих досягнень: № 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21. (Макс. 48 балів).
- *Оцінка:* Відповіді оцінюються від 0 («ніколи») до 6 («щодня»).

3. Методика діагностики рівня емпатійних здібностей В. В. Бойка

Опитувальник містить 6 шкал (по 6 питань у кожній):

1. Раціональний канал емпатії: № 1, 7, 13, 19, 25, 31 (+).
2. Емоційний канал емпатії: № 2, 8, 14, 20, 26, 32 (+).
3. Інтуїтивний канал емпатії: № 3, 9, 15, 21, 27, 33 (+).
4. Установки, що сприяють емпатії: № 4, 10, 16, 22, 28, 34 (+).
5. Проникаюча здатність в емпатії: № 5, 11, 17, 23, 29, 35 (+).
6. Ідентифікація в емпатії: № 6, 12, 18, 24, 30, 36 (+).

- *Оцінка:* За кожну відповідь «так» (для позитивних питань) нараховується 1 бал. Сумарний показник варіюється від 0 до 36 балів.

4. Методика діагностики комунікативних та організаторських схильностей (КОС-2)

- Комунікативні схильності: Відповіді «так» на питання: 1, 5, 9, 13, 17, 21, 25, 29, 33, 37; відповіді «ні» на: 3, 7, 11, 15, 19, 23, 27, 31, 35, 39.
- Організаторські схильності: Відповіді «так» на питання: 2, 6, 10, 14, 18, 22, 26, 30, 34, 38; відповіді «ні» на: 4, 8, 12, 16, 20, 24, 28, 32, 36, 40.

Додаток В

Зведена таблиця балів результатів емпіричного дослідження (n=30)

№	КОС: К	КОС: О	Томас: Суп.	Томас: Спів.	Томас: Комп.	Томас: Уник.	Томас: Прис.	Бойко: Емпатія	Маслач: ЕВ	Маслач: Д	Маслач: РД
1	12	14	4	8	9	5	4	22	26	11	30
2	10	11	7	4	6	8	5	18	34	15	24
3	16	18	2	11	7	6	4	28	14	5	42
4	14	12	5	6	10	4	5	20	29	12	28
5	9	10	8	3	5	9	5	15	38	18	20
6	15	16	3	9	8	5	5	24	18	7	36
7	11	13	6	5	7	7	5	19	25	10	31
8	13	15	4	7	8	6	5	21	22	9	33
9	17	19	1	12	6	5	6	30	12	4	45
10	14	14	5	6	9	6	4	22	31	13	26
11	8	9	9	2	4	10	5	14	40	20	18
12	16	17	2	10	8	5	5	27	16	6	39
13	12	11	6	5	7	8	4	19	28	11	29
14	14	15	4	8	8	5	5	23	24	9	32
15	18	20	2	11	7	4	6	29	13	5	44
16	10	12	7	4	6	8	5	17	35	16	22
17	13	14	5	7	9	5	4	21	21	8	35
18	15	16	3	9	8	6	4	25	19	7	37
19	11	12	6	5	10	5	4	20	27	12	30
20	9	11	8	3	6	9	4	16	39	19	19
21	16	18	1	12	7	5	5	31	11	3	46
22	12	13	5	6	8	7	4	20	30	13	25
23	14	15	4	8	9	5	4	24	23	10	34
24	10	10	7	4	7	8	4	18	33	15	23
25	17	19	2	11	8	4	5	28	15	6	41
26	13	14	5	7	7	6	5	21	26	11	31
27	15	17	3	9	8	5	5	26	20	8	38
28	11	11	6	5	9	6	4	19	32	14	27
29	14	16	4	8	8	6	4	23	22	9	35
30	16	18	2	10	7	5	6	30	14	5	43

Додаток Г.

Результати статистичного аналізу взаємозв’язків показників (повна кореляційна матриця)

Показники, що корелюють	**Коефіцієнт кореляції (r)**	**Характер зв’язку**
Емпатія та Емоційне виснаження	−0,68**	Сильний зворотний зв'язок
Емпатія та Співпраця (Томас)	+0,54*	Помірний прямий зв'язок
Емоційне виснаження та Деперсоналізація	+0,72**	Сильний прямий зв'язок
Емпатія та Суперництво (Томас)	−0,41*	Помірний зворотний зв'язок
Комунікативні здібності та Емпатія	+0,59**	Прямий зв'язок