ПРИВАТНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«КИЇВСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

Факультет фармації, психології та менеджменту
Кафедра психології

Кваліфікаційна робота
магістра
на тему

«КОМУНІКАТИВНА КОМПЕТЕНТНІСТЬ ЛІКАРЯ ЯК ЧИННИК ВИРІШЕННЯ ПРОФЕСІЙНИХ КОНФЛІКТІВ»

Виконала: магістрантка групи Пд-2401
денної форми навчання
напряму підготовки (спеціальності) 053
Психологія
Степанова Сніжана Віталіївна

Науковий керівник: Кучеренко Є.В., кандидат психологічних наук, доцент кафедри психології ПВНЗ «Київський медичний університет»

Рецензент: Рецензент: Халік О.О., кандидатка психологічних наук, доцентка, завідувачка кафедри психології ЗВО «Університет Короля Данила»

Київ – 2026

ЗМІСТ

ВСТУП **3**

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ЛІКАРЯ ЯК ЧИННИК ВИРІШЕННЯ ПРФЕСІЙНИХ КОНФЛІКТІВ **11**

Висновок до розділу 1. 45

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ЛІКАРЯ ЯК ЧИННИК ВИРІШЕННЯ ПРОФЕСІЙНИХ КОНФЛІКТІВ **49**

2.1. Методи та організація емпіричного дослідження 49

2.2. Результати емпіричного дослідження 55

РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНА ПРОГРАМА РОЗВИТКУ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ЛІКАРЯ ЯК ЧИННИК ВИРІШЕННЯ ПРОФЕСІЙНИХ КОНФЛІКТІВ **73**

3.1. Теоретико-методологічні засади розвитку комунікативної компетентності особистості 73

3.2. Структура та зміст психологічної програми розвитку комунікативної компетентності лікаря як чинника вирішення професійних конфліктів. 82

Висновок до розділу 3. 87

ЗАГАЛЬНИЙ ВИСНОВОК **90**

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ **93**

Додатки **101**

ВСТУП

Актуальність дослідження. У сучасному медичному просторі значна увага приділяється не лише високому рівню професійних знань і клінічних навичок лікаря, але й його здатності ефективно спілкуватися з пацієнтами, колегами та іншими учасниками лікувального процесу. Комунікативна компетентність фахівця охорони здоров'я є одним із ключових чинників, що визначає якість надання медичних послуг, рівень довіри до лікаря та запобігає виникненню конфліктних ситуацій у професійній діяльності.

Актуальність також зумовлена зростанням числа конфліктів у медичному середовищі, які виникають через нерозуміння, неправильну інтерпретацію інформації або недостатній рівень комунікації між лікарем і пацієнтом. В умовах реформування системи охорони здоров'я, підвищення вимог до етичних стандартів і розвитку пацієнт-орієнтованої медицини, формування та розвиток комунікативної компетентності лікаря набуває особливої значущості.

Теорія конфлікту як міждисциплінарний напрям дослідження має глибокі історико-філософські корені, що сягають античності та особливо активно розвивалася в новий і новітній час. Питання протиріч, зіткнення інтересів, боротьби за істину та владу перебували у полі зору багатьох мислителів, філософів, соціологів і психологів, кожен з яких по-своєму осмислював природу конфлікту як феномена [87].

Значний досвід щодо вивчення конфліктів та їх природи накопичений філософією. Над природою конфліктів замислювалися ще давньогрецькі філософи. Так, Анаксимандр твердив, що речі виникають із єдиного матеріального джерела, що призводить до виокремлення протилежностей і, як наслідок – виникнення конфлікту. Геракліт вважав, що у світі все народжується через ворожнечу і єдиний закон, який панує в Космосі, – це війна. Суспільний розвиток відбувається через боротьбу та

конфлікти. У середні віки Фома Аквінський висунув думку, що конфлікти є об’єктивною реальністю. Еразм Роттердамський вказував на той факт, що конфлікти підпорядковуються власній логіці [74].

Френсіс Бекон [59], один із засновників емпіризму, у своїх творах (зокрема «Новий Органон») підкреслював важливість критичного мислення та боротьби з «ідолами» (омановими уявленнями), що стають джерелом конфліктів у пізнавальній діяльності. Для нього конфлікт мислення був необхідним етапом поступу знання.

Іммануїл Кант у «Антропології з прагматичної точки зору» та «Ідеї до загальної історії з космополітичної точки зору» зазначав, що антагонізм (внутрішня суперечність у природі людини) є рушієм розвитку суспільства. Він вважав конфлікт проявом свободи, через який людство розвиває мораль і право [54].

Георг Вільгельм Фрідріх Гегель зробив визначальний внесок у розуміння конфлікту як діалектичного явища. У його філософській системі суперечність (протиріччя) розглядається не як відхилення, а як необхідний елемент розвитку і становлення буття та духу. Через тезу, антитезу та синтез відбувається поступ історії — саме так гегелівська діалектика осмислює конфлікт як конструктивну силу.

У філософії XX століття проблематика конфлікту знаходить відображення у працях Карла Ясперса, Жана-Поля Сартра, Мартіна Гайдеггера, які в екзистенційному ключі осмислювали людське буття як постійне зіткнення із межами свободи, відповідальності, смерті та іншим [38].

На соціальному рівні вагомий внесок зробили: Карл Маркс, який розглядав класову боротьбу як основу історичного процесу; Макс Вебер, що підкреслював багатовимірність соціального конфлікту; Георг Зіммель, який акцентував на конфлікті як формі соціальної інтеракції; Ральф

Дарендорф, котрий розвинув теорію конфлікту в контексті авторитетних відносин; Льюїс Козер, який увів поняття «функціонального конфлікту».

У психології, крім уже згаданого Курта Левіна та Мортона Дойча, значущими є внески Леонарда Берковіца і Бруно Беттельгейма, які розглядали агресію та конфлікти як реакцію на фрустрацію або порушення соціальних норм.

Згідно з позицією українських дослідників у галузі конфліктології А. М. Бандурки та В. А. Друзя [14], психологічна наука розглядає конфлікт як складне багаторівневе явище, що проявляється в різних формах міжособистісної та соціальної взаємодії. Вони виокремлюють три основні форми конфлікту, які мають специфічні психологічні механізми та динаміку розвитку: внутрішньоособистісний конфлікт (інтраперсональний) розглядається як зіткнення двох або більше суперечливих внутрішніх тенденцій; міжособистісний конфлікт виникає у процесі взаємодії індивідів або малих груп, коли їхні інтереси, цілі, переконання або поведінкові установки є несумісними або прямо суперечливими; міжгруповий конфлікт передбачає протистояння між соціальними групами, колективами, організаціями або інституціями, що мають взаємонесумісні цілі або ідентичності, які спонукають до взаємного блокування діяльності одне одного.

Значущими для розвитку психології конфлікту стали класичні експериментально-психологічні дослідження міжгрупової динаміки, проведені Музафером Шерифом, зокрема у межах відомого «Робберс Кейв експерименту» [17]. У цьому польовому дослідженні було емпірично підтверджено, що виникнення міжгрупового конфлікту значною мірою зумовлене конкуренцією за обмежені ресурси, а ключовим засобом його подолання є створення надситуативних цілей, які потребують кооперації між сторонами.

Вивчення моделей поведінки в конфліктних ситуаціях також активно розвивалося в межах ігрових теоретичних підходів. Значний внесок у цьому напрямі зробили Анатоль Рапопорт, Роберт Доз, Лі Томпсон та інші вчені, які застосовували методи теорії ігор для аналізу стратегій взаємодії учасників конфлікту, зокрема в умовах невизначеності, асиметричної інформації та багаторазової взаємодії (наприклад, дилема в'язня, ігри з нульовою та ненульовою сумою) [29].

Істотний вплив на практичну психологію конфліктів справила концепція Кеннета Томаса, який у співпраці з Ральфом Кілманом розробив двовимірну модель поведінки в конфлікті. Ця модель ґрунтується на двох критеріях — орієнтації на себе (асертивність) і орієнтації на інших (кооперативність). Відповідно до поєднання цих чинників, Томас виокремив п'ять основних стилів поведінки в конфліктних ситуаціях: уникнення, пристосування, конкуренція, співпраця та компроміс. Згодом він розробив психометрично валідну методику — Thomas-Kilmann Conflict Mode Instrument (TKI) — для діагностики домінантного стилю конфліктної поведінки особистості [44].

Поглиблене розуміння динаміки міжособистісної взаємодії в умовах конфлікту забезпечили дослідження таких науковців, як Мортон Дойч, Джеральд Скотт, Дін Пруїт і Джеффрі Сімпсон. Вони зосереджували увагу на особливостях комунікативної поведінки сторін конфлікту, досліджуючи, зокрема, вплив довіри, сприйняття справедливості, рівня емоційної напруги та стратегій регулювання на хід і результати конфліктної взаємодії. Їхні праці стали основою для розвитку сучасних підходів до медіації, переговорного процесу та трансформації конфлікту.

У професійній діяльності лікаря ці підходи набувають особливої значущості. Конфлікти в медичному середовищі можуть виникати як на міжособистісному рівні (між лікарем і пацієнтом, між лікарями або між лікарем і адміністрацією), так і на міжгруповому (наприклад, між

медичними підрозділами чи колективами, що мають різні пріоритети або ресурси). Високий рівень емоційної напруги, обмежений час на прийняття рішень, соціальна відповідальність та етична складність ситуацій роблять медичну практику особливо вразливою до конфліктів [10].

Застосування моделей конфліктної поведінки, зокрема моделі К. Томаса, дозволяє медичним працівникам ідентифікувати власний стиль реагування в конфліктних ситуаціях, обирати найбільш адекватну стратегію взаємодії, адаптовану до контексту (наприклад, співпраця — у випадках командної роботи, компроміс — у розв’язанні організаційних суперечностей тощо). Водночас комунікативні дослідження М. Дойча та ін. дають підстави стверджувати, що розвиток емпатії, навичок активного слухання та конструктивного зворотного зв’язку суттєво знижує ризик ескалації конфліктів і сприяє формуванню довірливих стосунків у системі "лікар — пацієнт".

Отже, інтеграція психологічних знань про природу конфлікту в систему професійної підготовки медичних працівників набуває першочергового значення як для забезпечення ефективної, етичної та пацієнт-орієнтованої практики, так і для профілактики професійного вигорання, зниження ризику медико-правових конфліктів та покращення якості надання медичної допомоги загалом. Сфера охорони здоров’я є однією з найбільш конфліктогенних, оскільки медичний фахівець щоденно взаємодіє з людьми в емоційно напружених, іноді кризових станах, що потребує не лише клінічної компетентності, а й розвиненої комунікативної компетентності та конфліктологічної обізнаності.

В умовах сучасної медичної системи, де посилюються юридична відповідальність, інформаційна прозорість та соціальні очікування до медиків, знання з конфліктології стають невід'ємним компонентом професійної культури лікаря. Здатність конструктивно вирішувати конфлікти, попереджувати їхнє загострення або перетворювати у

можливості для розвитку (як особистісного, так і системного) є маркером зрілості спеціаліста [22].

На сучасному етапі розвитку науки конфліктологія визнана окремою самостійною дисципліною, що має власний предмет дослідження, категоріальний апарат, закономірності та методи регулювання суперечностей. Як зазначає український науковець М. І. Пірен [56], «сьогодні склалася окрема наука — конфліктологія, і формується широкопрофільна, соціально значуща й надзвичайно відповідальна професія — конфліктолог. Фахівці цієї галузі виступають консультантами з розв'язання різноманітних проблем міжособистісної, професійної та соціальної взаємодії, що вимагає від них високої компетентності та інтегрованих знань з психології, соціології, етики, права».

У цьому контексті постає потреба у впровадженні конфліктологічної підготовки в колективах лікарів, зокрема у вигляді окремих курсів або підвищення кваліфікації. Такий підхід сприятиме підвищенню адаптивності лікарів до складних соціально-психологічних ситуацій, зменшенню ризиків непорозумінь з пацієнтами, колегами та адміністрацією, а також покращенню загального іміджу медичних інституцій як простору довіри, безпеки та професійної етики.

Метою даної магістерської роботи є аналіз комунікативної компетентності як інтегративної якості, що сприяє ефективній взаємодії в професійній медичній практиці та виступає засобом профілактики і мінімізації конфліктів. Дослідження ґрунтується на міждисциплінарному підході, поєднуючи знання з галузей медицини, психології, соціології та педагогіки.

Завдання:

- Проаналізувати наукові підходи до розуміння комунікативної компетентності лікаря та професійних конфліктів у медичній діяльності.

- Визначити структуру комунікативної компетентності лікаря.
- Описати типові причини, види та динаміку конфліктів у взаємодії «лікар–пацієнт/родина» і «лікар–колеги/адміністрація».
- Дослідити зв’язок між рівнем комунікативної компетентності лікаря та частотою/інтенсивністю конфліктних ситуацій у професійній діяльності.
- Виявити комунікативні чинники ризику та чинники захисту.
- Розробити практичні рекомендації/елементи тренінгової програми з профілактики конфліктів у медичній комунікації.

Об’єктом дослідження є професійна діяльність лікаря та комунікативна взаємодія у медичному середовищі.

Предмет - комунікативна компетентність лікаря як психологічний чинник запобігання конфліктам у професійній діяльності (у взаємодії з пацієнтами, їхніми родинами та колегами).

Наукова новизна та теоретичне значення. Наукова новизна дослідження полягає в уточненні психологічного змісту та структурних компонентів комунікативної компетентності лікаря саме як чинника профілактики професійних конфліктів. У роботі окреслюється, яким чином емпатійне слухання, ясність і доступність інформування, асертивність та емоційна саморегуляція впливають на перебіг взаємодії з пацієнтом, його родиною й колегами та запобігають ескалації напруження. Також узагальнюються типові комунікативні помилки, які підвищують конфліктогенність медичного спілкування, і концептуально обґрунтовується їхній зв’язок із виникненням скарг, непорозумінь і професійних протиріч у медичному середовищі.

Апробація результатів дослідження. Результати дослідження було апробовано в рамках II Міжнародного конгресу молодих науковців-психологів «Сучасні психологічні проблеми, викликані

російською військовою агресією та шляхи їх подолання» 27-28 листопада 2025 року з темою «Комунікативна компетентність лікаря як чинник вирішення професійних конфліктів». Тези доповіді було опубліковано у Матеріалах II Міжнародного конгресу молодих науковців-психологів «Сучасні психологічні проблеми, викликані російською військовою агресією та шляхи їх подолання»: Степанова С. В. Комунікативна компетентність лікаря як чинник вирішення професійних конфліктів // Матеріали II Міжнародного конгресу молодих науковців-психологів «Сучасні психологічні проблеми, викликані російською військовою агресією та шляхи їх подолання» (27–28 листопада 2025 р.). С. 191–195.

Практична значущість. Практична значущість дослідження визначається можливістю використання отриманих результатів для вдосконалення професійної підготовки та підвищення кваліфікації лікарів у частині медичної комунікації і конфліктологічної компетентності. Матеріали роботи можуть бути покладені в основу тренінгових занять і методичних рекомендацій щодо деескалації конфліктів, ведення складних розмов, роботи зі скаргами та формування партнерської моделі взаємодії «лікар–пацієнт». Очікуваним практичним ефектом є зниження частоти й гостроти конфліктних ситуацій, підвищення задоволеності пацієнтів якістю взаємодії, покращення командної комунікації в закладі охорони здоров’я та профілактика емоційного виснаження медичних працівників.

Структура роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів та висновків, списку використаних джерел та додатків.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ЛІКАРЯ ЯК ЧИННИК ВИРІШЕННЯ ПРФЕСІЙНИХ КОНФЛІКТІВ

1.1. Проблема конфліктів в сучасній психологічній науці та практиці

Конфлікти становлять невід'ємний феномен міжособистісної та соціальної взаємодії, супроводжуючи людину у всіх сферах життєдіяльності — в процесі професійної діяльності, навчання, повсякденного спілкування чи дозвілля. У більшості випадків вони виникають як реакція на суперечності, які мають психологічне, соціальне або комунікативне підґрунтя. Часто тригером конфліктної ситуації виступають індивідуальні особливості емоційного стану учасників, неефективна комунікація, низький рівень розвитку навичок конструктивного спілкування або ж відсутність навичок емоційної регуляції [7].

Якщо такі суперечності залишаються позбавленими належної уваги чи управління, вони можуть ескалувати у відкриті конфліктні ситуації, що відрізняються за своєю інтенсивністю, глибиною та тривалістю впливу. Наслідки таких конфліктів нерідко виходять за межі окремого епізоду й можуть формувати стійку напругу у стосунках, знижувати ефективність колективної взаємодії або негативно впливати на психоемоційний стан учасників.

Причинами виникнення конфліктів слугують як зовнішні обставини (інституційні обмеження, конкуренція за ресурси), так і внутрішні чинники: несумісність інтересів, потреб, цінностей, життєвих цілей, а також психологічні характеристики особистості — особливості темпераменту, моделі поведінки, стилі комунікації, риси характеру тощо. У цьому контексті конфлікт постає як багатовимірне, складне

соціально-психологічне явище, яке потребує міждисциплінарного аналізу [30].

Саме багатогранність природи конфлікту зумовила інтенсивний інтерес до нього з боку різних наукових галузей: психології, соціології, політології, філософії, історії, правознавства, педагогіки, соціобіології, а також точних і прикладних наук — математики, теорії ігор, військової стратегії тощо. З другої половини XX століття на основі накопичених досліджень сформувалась самостійна наукова дисципліна — конфліктологія, предметом якої є системне вивчення конфліктів, їх типологізація, динаміка, механізми виникнення, етапи розвитку та способи конструктивного врегулювання [40].

У контексті медичної практики, де взаємодія з пацієнтами, родичами, колегами та адміністрацією відбувається в умовах високої відповідальності, стресу та емоційної напруги, конфлікти можуть виникати особливо гостро. Тому вивчення природи конфлікту та оволодіння техніками його запобігання й врегулювання є важливим аспектом професійної компетентності сучасного лікаря.

Американський соціолог Л’юїс Козер, у праці «Функції соціального конфлікту» [60], визначав конфлікт як ідеологічне явище, що репрезентує боротьбу індивідів і соціальних груп за ресурси, владу, зміну статусу, цінності тощо. Він стверджував, що конфлікт є неминучим і навіть необхідним елементом суспільної динаміки, оскільки запобігає застою, підтримує гнучкість соціальної системи та сприяє її оновленню. Більше того, на думку Козера, висока варіативність і одночасність незалежних конфліктів у суспільстві — ознака його стійкості та здатності до саморозвитку.

У рамках структурно-функціональної теорії суспільства, що отримала розвиток у середині XX ст., конфлікти розглядаються як деструктивні порушення соціальної рівноваги. Так, Толкотт Парсонс, один

із головних представників цього підходу, трактував конфлікт як загрозу стабільності суспільної системи, що має бути врегульована за допомогою саморегулятивних механізмів — норм, ролей, інституцій тощо [48].

Проблематика конфліктів привертала увагу також представників провідних психологічних напрямів. У межах психоаналітичної концепції З. Фрейда, конфлікт розуміється як внутрішня боротьба між несвідомими імпульсами (зокрема сексуальними потягами – лібідо) та обмеженнями соціального середовища, що часто призводить до невротичних симптомів. Згідно з цією логікою, міжособистісні конфлікти є проекцією внутрішньої боротьби особистості, а отже, їх причини слід шукати в сфері інтрапсихічних суперечностей.

Карл Густав Юнг, розвиваючи аналітичну психологію, запропонував концепцію колективного несвідомого та типологію особистості, яка до певної міри пояснює відмінності у реагуванні людей на конфліктні ситуації. Його класифікація екстравертів та інтровертів, а також диференціація функцій мислення, емоцій, відчуттів і інтуїції стала базою для розуміння індивідуальних стратегій поведінки в умовах напруги та суперечностей [39].

Особливу увагу поведінковим сценаріям у конфлікті приділив Ерік Берн, засновник теорії трансактного аналізу. Він стверджував, що взаємодія між людьми розгортається через «стани Я» — Дитина, Батько, Дорослий, які визначають стиль спілкування, емоційні реакції та схильність до конфліктної поведінки. Саме порушення гармонії між цими станами в різних учасників діалогу може провокувати конфлікти, особливо у професійному середовищі, де домінує стрес і вимоги до емоційного контролю, як-от у медицині [35].

У контексті лікарської практики такі психологічні підходи є особливо важливими, оскільки конфліктні ситуації між медичним працівником і пацієнтом часто мають латентний характер і загострюються

внаслідок дефіциту довіри, нерозуміння емоційного стану іншої сторони або ж неусвідомлених очікувань. У цьому сенсі знання про несвідомі механізми (Фрейд), типи особистості (Юнг), трансактні стани (Берн) та функції конфлікту (Козер) дозволяють лікарю краще усвідомлювати джерела напруженості, а отже — ефективніше попереджати або врегульовувати конфлікти в клінічному середовищі [12].

Таким чином, теоретичні концепції конфлікту, розроблені у XX–XXI ст. в межах психології та соціології, є незамінним інструментом для глибшого розуміння конфліктної поведінки як у суспільстві загалом, так і у вузькоспеціалізованих сферах — зокрема, у сфері охорони здоров’я.

Американський дослідник М. Амстуті висунув ідею амбівалентної природи наслідків конфлікту, розрізняючи його потенційно конструктивні та деструктивні функції [64]. На його думку, конфлікти можуть виконувати соціально-корисну роль, коли сприяють:

- емоційному розрядженню у груповому середовищі, зменшуючи внутрішню напругу;
- виявленню прихованих проблем та попередженню їх подальшої ескалації;
- проясненню позицій, потреб і інтересів сторін, що сприяє глибшому розумінню ситуації;
- формуванню умов для конструктивного діалогу та знаходження компромісів;
- активації творчих ресурсів, прояву ініціативи, розвитку нових підходів до вирішення задач;
- посиленню адаптивних механізмів як окремої особистості, так і колективу загалом.

Водночас, за Амстуті, конфлікти здатні мати негативний вплив, зокрема:

- підривати стабільність соціальної взаємодії;

- створювати передумови для агресії, ізоляції або насильства;
- ускладнювати процеси ухвалення рішень;
- знижувати мотивацію та ефективність діяльності, особливо в умовах високої емоційної напруги.

У цьому контексті особливо показовими є висновки австралійських психологів Х. Корнеліуса та Ш. Фейр, які дослідили психофізіологічні та емоційні наслідки ігнорування конфліктів. За їхніми даними, уникнення відкритого розв’язання конфліктної ситуації призводить до накопичення внутрішньої напруги, що проявляється у вигляді тривожності, депресії, соматичних симптомів, зниження працездатності, пригнічення ініціативи та комунікативної активності [78].

Ці аспекти набувають особливої ваги в медичній сфері, де інтенсивна міжособистісна взаємодія, високі емоційні навантаження та етична відповідальність створюють сприятливий ґрунт для виникнення конфліктів. Знання природи їх наслідків дозволяє лікарям усвідомлено керувати власними реакціями, виявляти ризики деструктивної ескалації та обирати ефективні моделі поведінки в критичних ситуаціях. Таким чином, розуміння двоїстої функції конфлікту — як деструктивної, так і конструктивної — є основою професійної комунікативної компетентності медичного працівника.

Особливо важливою є імплементація такого знання в практику фахівців, зокрема в галузі охорони здоров’я, де ефективна комунікація та здатність до управління конфліктами є ключовими складовими професійної компетентності лікаря. Формування цих навичок дозволяє зменшити кількість деструктивних конфліктів, зберегти психічне здоров’я медичних працівників, підвищити якість медичних послуг і забезпечити конструктивну взаємодію з пацієнтами та колегами [13].

Значний вплив на динаміку міжособистісних конфліктів мають так звані конфліктогени — вербальні або невербальні дії, а також

бездіяльність, що провокують, стимулюють або загострюють конфліктну ситуацію. Ці чинники часто неусвідомлено запускають механізми емоційної реактивності, викликаючи почуття напруги, образи чи агресії у сторін комунікації [11].

Психологічна природа конфліктогенів пояснюється тим, що особистість демонструє підвищену сенситивність до зовнішньої комунікації, адресованої безпосередньо їй. Людина схильна емоційно реагувати на слова чи дії інших у зв'язку з внутрішньою потребою захистити власну гідність, автономність і соціальний статус. Водночас, щодо власної поведінки така чутливість значною мірою притуплюється, що знижує здатність до емпатійного самоконтролю та корекції власного впливу на співрозмовника [27].

Одиничне вживання конфліктогену рідко призводить до відкритої конфронтації. Однак акумуляція та ескалація конфліктогенів — коли образливі або дратівливі слова та дії повторюються, взаємно підсилюючись сторонами — значно підвищує ймовірність трансформації напруженості у відкритий конфлікт. При цьому кожен наступний конфліктоген часто має інтенсивніший характер, слугуючи компенсаторною реакцією на попередню провокацію, що утворює спіраль емоційної ескалації.

У психологічній літературі [71] виокремлюють три основні категорії конфліктогенів:

Прагнення до домінування або переваги — проявляється у зверхньому тоні, недоречних порівняннях, критиці, приниженні або нав'язуванні власної думки як єдино правильної. Навіть позитивна оцінка може мати форму конфліктогену, якщо супроводжується прихованим осудом або демонстративною поблажливістю.

Агресивна поведінка — виражається як у прямій вербальній агресії (сарказм, звинувачення, іронія), так і в невербальних формах: жести, міміка, інтонації, які сигналізують зневагу або роздратування.

Прояви егоцентризму чи егоїзму — полягають у систематичному ігноруванні інтересів співрозмовника, маніпулятивному ставленні до партнера по взаємодії, уникненні відповідальності, а також у поведінкових регресіях (наприклад, демонстративне мовчання або надмірна емоційність з метою уникнення вирішення проблеми).

У практиці медичного спілкування усвідомлення наявності та впливу конфліктогенів набуває особливої значущості, оскільки висока емоційна вразливість пацієнтів, поєднана з напруженим робочим ритмом лікаря, створює сприятливе підґрунтя для виникнення комунікативних збоїв [49]. Саме тому опанування навичками розпізнавання та нейтралізації конфліктогенів є невід'ємною складовою комунікативної компетентності сучасного медичного працівника, що сприяє профілактиці конфліктів, підвищенню рівня довіри пацієнтів і збереженню емоційної стабільності лікаря.

У дослідженнях, що стосуються конфліктології, важливим аспектом є розуміння причин, які призводять до виникнення конфліктів [51]. Знання цих причин дозволяє не лише передбачити можливі конфліктні ситуації, але й застосувати ефективні методи їх профілактики та конструктивного врегулювання. У сучасній конфліктології виділяють чотири основні групи причин виникнення та загострення конфліктів [57], а саме: соціально-економічні, організаційно-управлінські, соціально-психологічні та особистісні чинники.

Соціально-економічні причини.

Соціально-економічні причини конфліктів обумовлені диспропорціями в розподілі матеріальних та нематеріальних благ, що

призводять до соціальної напруги та незадоволення серед індивідів і груп. До основних соціально-економічних причин відносяться:

- Соціальна нерівність (економічна, політична, етнічна, релігійна, статусна) — неадекватний доступ до соціальних та матеріальних ресурсів сприяє виникненню суперечок і непорозумінь.
- Дезорганізація суспільства, яка виявляється у вигляді кризових явищ, таких як безробіття, зубожіння, інфляція, криміналізація та природні катастрофи.
- Недосконаліть правових і нормативних механізмів вирішення соціальних суперечностей, що призводить до зростання соціальної напруги та конфліктів.
- Неоптимальний розподіл матеріальних і духовних цінностей, що визначає рівень задоволення потреб індивідів і їхніх соціальних груп.
- Швидкі соціальні зміни - радикальні зміни в суспільстві можуть викликати стрес та адаптаційні труднощі, що є ґрунтом для конфліктних ситуацій.

Організаційно-управлінські причини [70].

Організаційно-управлінські причини виникнення конфліктів стосуються специфіки функціонування організацій та управлінських структур. Основні чинники включають:

- Структурно-організаційні проблеми: неоднотипне технічне оснащення робочих місць, що знижує ефективність праці, а також проблеми у владних структурах, пов'язані з невідповідністю прав та обов'язків.
- Функціонально-організаційні проблеми: неправильний розподіл обов'язків серед співробітників, обмежені ресурси для виконання завдань, неефективна комунікація між керівниками та підлеглими.

- Особистісно-функціональні невідповідності: неповна відповідність співробітника посаді за моральними чи професійними якостями, що створює додаткові тертя в організації.
- Ситуативно-управлінські помилки: прийняття неадекватних управлінських рішень або їхнє невиконання в результаті неправильної оцінки ситуації.

Соціально-психологічні причини [80].

Соціально-психологічні чинники конфліктів виникають через взаємодію індивідів в межах соціальних груп і колективів. До таких причин належать:

- Втрата або викривлення інформації під час комунікації, що може призводити до непорозумінь та ескалації конфлікту.
- Нарушення рольової взаємодії між людьми, що ускладнює досягнення спільних цілей і розвиває конфліктні настрої.
- Різні способи оцінки результатів діяльності, які можуть призводити до суперечок, якщо кожен учасник конфлікту оцінює ситуацію по-різному.
- Змагання та конкуренція між індивідами або групами, що з часом може призвести до конфліктів через обмежені ресурси або бажання домінувати.
- Психологічна несумісність учасників, коли особисті переконання і установки не співпадають і ведуть до взаємного відчуження.

Особистісні чинники.

Особистісні чинники конфліктів визначаються індивідуальними рисами учасників конфлікту, їхніми психологічними особливостями та особистими установками:

- Несумісність типів темпераменту та особистих рис може призвести до труднощів у взаєморозумінні та співпраці.

- Неадекватні уявлення, оцінки та очікування щодо поведінки інших учасників, що створює ґрунт для непорозумінь і розбіжностей.
- Розбіжності у ціннісних орієнтаціях, мотивах і потребах, які стають причиною конфліктів, оскільки кожен учасник конфлікту прагне досягнути своїх цілей за рахунок інших.
- Поведінкові відмінності, які проявляються у стилях комунікації, стратегій вирішення конфліктів або емоційних реакціях, також можуть сприяти ескалації конфліктних ситуацій.

Специфічні *причини конфліктів у професійному середовищі* можуть включати:

- Психологічні особливості працівників, такі як неузгодженість характерів, стилів роботи, емоційний стан.
- Комунікаційні бар'єри, які виникають через неповне або неточне інформування, що ускладнює взаємодію між працівниками.
- Конкуренція за ресурси чи посади, що підвищує рівень напруги в колективі.

У дослідженні конфліктів важливим є розуміння їхньої структури, тобто сукупності взаємопов’язаних і взаємозалежних елементів, які забезпечують цілісність конфлікту як соціально-психологічного явища [61]. Структура конфлікту включає постійні компоненти, без яких він не може існувати ні як процес, ні як системне утворення. Завдяки цим елементам конфлікт відрізняється від інших форм соціальної взаємодії, набуваючи характерних ознак напруження, протидії й динаміки розвитку.

Першочерговим елементом конфлікту є його учасники [82] – сторони, залучені до конфліктної взаємодії. Вони можуть бути представлені як окремими особами, так і групами або організованими соціальними структурами. Кожен учасник має свою точку зору, систему переконань та інтересів, що визначають його поведінку у конфліктній ситуації. Залежно від ступеня включення у конфлікт, розрізняють

безпосередніх опонентів, які активно протидіють одне одному, групи підтримки, а також третіх осіб, які, не беручи участі у конфлікті напряму, можуть його стимулювати, організовувати або, навпаки, сприяти його врегулюванню. Такі ролі можуть відігравати підбурювачі, організатори чи медіатори.

Ще одним фундаментальним компонентом конфлікту є його предмет та об’єкт [21]. Предмет конфлікту – це проблема або питання, що слугує основою протистояння сторін і навколо якого формується конфліктна взаємодія. Цей предмет може мати як об’єктивний, так і уявний характер, зумовлюючи різну глибину конфлікту. Об’єктом конфлікту виступає певна цінність чи ресурс, на який претендують сторони. Він може бути матеріальним (наприклад, майно, кошти, робочі місця), соціальним (влада, статус, можливість впливу) або духовним (ідеї, принципи, моральні переконання).

Важливу роль у розвитку конфлікту відіграють умови його протікання [28], які можуть бути просторовими, часовими та соціально-психологічними. Просторові характеристики пов’язані з контекстом виникнення конфлікту, сферою його реалізації та особливостями середовища. Часові параметри охоплюють тривалість конфлікту, частоту його повторення, а також фазовість розвитку протистояння. Соціально-психологічні умови включають атмосферу в групі, стан міжособистісного спілкування, рівень емоційного напруження та психологічну готовність до взаємодії в умовах конфлікту.

Значним психологічним чинником є образ конфлікту [19] – ментальне уявлення учасників про суть конфліктної ситуації, себе, опонентів, а також умови й обставини, в яких відбувається взаємодія. Саме ці уявлення здебільшого визначають характер поведінки сторін. Дослідження свідчать, що зміна сприйняття конфлікту через зовнішні впливи (наприклад, завдяки медіації або психологічним практикам) може

суттєво змінити вектор розвитку конфліктної ситуації та сприяти її вирішенню.

Ще одним обов'язковим елементом конфлікту є мотиви [73] його учасників. Ці мотиви можуть бути як усвідомленими, так і прихованими, або навіть неусвідомлюваними. Вони відображають внутрішні спонукання до конфліктної поведінки – потреби, цінності, інтереси, переконання, цілі. Мотиви визначають ступінь зацікавленості сторін у продовженні чи припиненні конфлікту. У свою чергу, цілі, до яких прагнуть сторони, можуть мати стратегічний характер – зокрема, оволодіння певним ресурсом або досягнення домінування, – або бути тактичними, тимчасовими, компромісними. Іноді стратегічна мета змінюється на емоційно забарвлену – наприклад, бажання помсти чи нанесення шкоди опоненту, що значно ускладнює процес врегулювання.

Також необхідно враховувати позиції [64] учасників конфлікту – ті твердження, які сторони відкрито висловлюють одна одній під час протистояння чи перемовин. Позиція не завжди відображає справжні наміри чи мотиви, однак часто виконує функцію зовнішнього представлення інтересів у межах конфлікту. Варто також розрізняти безпосередній привід конфлікту – конкретну подію або ситуацію, що запускає конфліктну взаємодію – та глибинні причини, які, як правило, приховані й можуть залишатися неусвідомленими навіть самими учасниками.

1.2. Професійні конфлікти та способи їх вирішення в роботі лікаря

Конфлікти виникають у ситуаціях, коли окремі індивіди або соціальні групи прагнуть досягти цілей, що є взаємовиключними або несумісними, та керуються відмінними ціннісними орієнтаціями, нормами й уявленнями про належну поведінку в межах спільної діяльності. Суперечності також можуть проявлятися під час розподілу

функціональних обов’язків між учасниками групи або у процесі обговорення шляхів досягнення колективної мети [2]. Взаємодія в таких умовах нерідко супроводжується непорозуміннями, зниженням ефективності комунікації, зростанням напруженості, що й призводить до виникнення конфліктних ситуацій.

У контексті ділового середовища фахівці Гарвардської школи бізнесу вказують на низку типових причин, які зумовлюють конфлікти між працівниками чи управлінськими ланками. До таких причин належить існування в різних групах неоднакових або несумісних цілей, що визначає суперечливість їхніх пріоритетів і створює напруження при розподілі ресурсів чи ухваленні стратегічних рішень. Додатковим джерелом конфліктів є різниця в темпах виконання завдань, що спричиняє залежність одних працівників від результатів роботи інших і породжує відчуття несправедливості. Також до виникнення суперечностей може призводити невідповідність між індивідуальними прагненнями та цілями групи або колективу, адже працівники не завжди ідентифікують себе з командними орієнтирами. Крім того, складнішими стають умови взаємодії в організаціях з великою кількістю ієрархічних рівнів, де комунікація часто ускладнюється, що сприяє накопиченню нерозуміння або недовіри. Важливим чинником також є характер управлінського впливу з боку керівництва: надмірно жорсткий або, навпаки, пасивний стиль управління, відсутність підтримки або конструктивного зворотного зв’язку можуть провокувати психологічний дискомфорт і сприяти ескалації напруження в колективі [75].

У сукупності ці чинники формують сприятливий ґрунт для виникнення як прихованих, так і відкритих форм конфлікту, які можуть серйозно впливати на продуктивність праці, якість міжособистісних стосунків у колективі та загальний стан організаційного середовища. Розуміння цих механізмів є важливою передумовою для розробки

ефективних стратегій попередження та вирішення конфліктів як у сфері управління, так і в професійній діяльності медичних працівників, де якість комунікації відіграє критичну роль.

Незважаючи на різноманітність форм, причин і контекстів виникнення, усі конфлікти підкоряються певній внутрішній логіці розвитку. Вони мають спільну динаміку [5], яка включає низку послідовних етапів – від виникнення передумов до остаточного врегулювання або переходу в хронічну фазу. Розуміння цих етапів дозволяє ефективніше прогнозувати розвиток конфліктних ситуацій та обирати адекватні стратегії впливу на них.

Початковий етап, який прийнято називати фазою прецеденту або передконфліктною ситуацією, характеризується поступовим накопиченням суперечностей між потенційними учасниками конфлікту [84]. На цьому етапі ще відсутнє відкрите протистояння, проте вже відчутні прояви незадоволення, невдоволення або внутрішнього напруження, зумовлені розбіжностями в інтересах, потребах, цінностях чи нормах поведінки. Знижується ефективність звичних механізмів регулювання взаємодії, і сторони починають усвідомлювати потенційну можливість конфлікту. Водночас у цій фазі ще можлива конструктивна трансформація ситуації за умови належного аналізу та відповідного реагування. Саме на цьому етапі конфліктуючі сторони оцінюють власні ресурси, визначають потенційні шляхи досягнення мети і зазвичай намагаються уникнути прямого зіткнення, щоб не допустити ескалації.

У випадку, якщо суперечності не вдається подолати, конфлікт переходить у фазу інциденту – активну, відкриту стадію конфліктної взаємодії. Учасники конфлікту вже не лише усвідомлюють власні інтереси, а й відкрито їх захищають, що часто супроводжується емоційним напруженням, негативними реакціями та припиненням конструктивної комунікації. Опоненти здійснюють конкретні дії, спрямовані на досягнення

переваги або захисту власної позиції [90]. За характером поведінки інцидент може мати як відкриту форму – через публічні суперечки, дебати, санкції або інші форми активного протистояння, так і приховану – коли одна зі сторін прагне вплинути на свого опонента за допомогою маніпуляцій, дезінформації чи психологічного тиску. Саме в цій фазі конфлікт набуває завершеної форми і часто виходить за межі раціонального обговорення, ускладнюючи можливості врегулювання.

Наступним етапом є фаза вирішення конфлікту, яка передбачає припинення активного протистояння і пошук варіантів подолання розбіжностей. Учасники конфлікту можуть обирати різні стратегії поведінки – від компромісу до поступки або відкритого визнання переваги однієї зі сторін. На цьому етапі важливо не лише завершити інцидент, а й усунути причини, що призвели до його виникнення, інакше конфлікт може відновитися у зміненій формі. Результатом цієї фази має стати зняття соціально-психологічної напруги, відновлення комунікації та врегулювання відносин між опонентами. Успішне розв’язання конфлікту здатне позитивно вплинути на внутрішньогрупові процеси, посилити згуртованість колективу, сприяти глибшому розумінню цілей та інтересів як власних, так і опонента. Зростає рівень взаємної поваги, що в подальшому сприяє запобіганню нових конфліктів [9].

Однак не кожен конфлікт завершується конструктивним вирішенням [81]. У випадках, коли жодна зі сторін не готова поступитися, а досягти компромісу виявляється неможливо, конфлікт може набути затяжного характеру. У такій ситуації він переходить у хронічну фазу. Відкрите протистояння може бути згорнуте, однак у підґрунті продовжує існувати емоційна неприязнь, недовіра або внутрішнє відторгнення між сторонами. Спілкування зводиться до мінімуму, і хоча боротьба більше не є явною, конфлікт продовжує існувати в латентній формі, створюючи загрозу для стабільності міжособистісних або групових відносин.

Отже, розвиток конфлікту проходить кілька стадій – від прихованого напруження до активного протистояння і, потенційно, до його врегулювання або хронізації. Знання цих етапів дозволяє не лише розуміти природу конфлікту, а й здійснювати ефективний вплив на його динаміку, сприяючи конструктивному вирішенню та профілактиці повторного загострення.

У широкому сенсі поняття «управління» трактується як цілеспрямована діяльність, направлена на забезпечення стабільності функціонування, збереження структури, підтримання необхідного режиму роботи та досягнення визначеної мети певної системи – незалежно від того, чи йдеться про біологічну, технічну чи соціальну систему [6]. В контексті соціальних систем, зокрема груп та організацій, управління охоплює виконання ключових функцій: планування, організації, контролю та регуляції активності індивідів або груп для досягнення спільних цілей.

З позиції системного підходу конфлікт постає як неспецифічна, але характерна реакція системи на внутрішні або зовнішні збурення, які порушують її динамічну рівновагу (гомеостаз), викликаючи процеси трансформації, адаптації або перебудови.

Процес управління, у тому числі й управління конфліктами, охоплює низку взаємопов’язаних етапів [17]. На першому етапі – збору та аналізу інформації – здійснюється діагностика ситуації, виявляються чинники, що можуть призвести до конфлікту або вже зумовили його. Тут важливо враховувати як об’єктивні передумови (структурні, організаційні чи економічні), так і суб’єктивні аспекти (емоційний стан, індивідуально-психологічні характеристики учасників, стиль комунікації). Особливу увагу слід приділяти аналізу зовнішніх проявів конфлікту, серед яких переважають негативні емоції, та внутрішніх змін у поведінці суб’єктів, які не завжди є очевидними.

Наступним кроком є формулювання мети управління конфліктом [24], що передбачає прогнозування можливих наслідків його розвитку в різних умовах та визначення цінності потенційного результату. На цьому етапі визначаються допустимі межі ескалації, прийнятні способи вирішення конфлікту (компроміс, уникнення, співпраця, домінування), обирається оптимальна стратегія поведінки. Варто враховувати, що іноді стратегічне управління вимагає ініціювання меншого за масштабами конфлікту задля попередження більш небезпечного (так зване конфліктне управління).

Етап практичної реалізації передбачає втілення запланованих дій відповідно до обраної стратегії [25]. Від ефективності цього етапу великою мірою залежить результат всього процесу управління конфліктом. Тут важливо застосовувати не лише раціональні методи впливу, а й засоби соціально-психологічного впливу – зокрема техніки ефективної комунікації, фасилітацію діалогу, активне слухання, залучення нейтральних посередників (медіаторів, арбітрів) у разі потреби. Конструктивна взаємодія сторін, навіть у напружених умовах, є запорукою досягнення прийнятного вирішення.

Завершальним етапом управлінського процесу виступає контроль результатів і оцінка ефективності вжитих заходів. Йдеться про зіставлення досягнутих результатів з попередньо окресленими цілями, аналіз відхилень, їх причин та формування висновків на майбутнє. Важливо не лише фіксувати факт завершення конфлікту, а й оцінити, наскільки він був вирішений конструктивно: чи усунуто першопричини, чи відновлено продуктивну взаємодію між сторонами, чи збережено (або зміцнено) довіру.

У процесі аналізу конфліктної взаємодії К. Томас та Р. Кілмен виокремили низку основних стратегій поведінки, які індивіди застосовують залежно від рівня орієнтації на власні інтереси та на

інтереси свого опонента [36]. Ці стратегії зображені на рисунку 1 та відображають різні способи реагування на конфліктні ситуації й мають свої характерні риси, переваги та ризики.

Стиль співробітництва належить до найбільш конструктивних, оскільки синхронно орієнтується на власні завдання та потреби партнера. Його мета — досягнення взаємоприйнятного результату, тобто ситуації «виграють обоє», що підтримує довготривалі кооперативні відносини й зміцнює довіру.

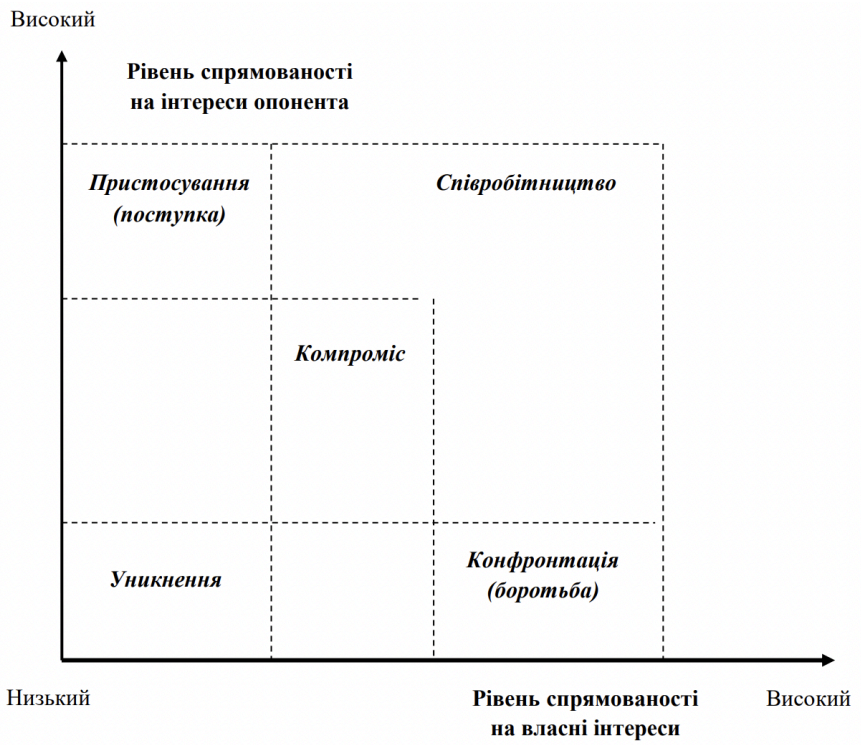


Рис. 1. Модель стратегій поведінки в конфлікті К. Томаса, Р. Кілмена

Конфронтація, навпаки, зосереджує увагу виключно на власних інтересах, нерідко спираючись на примус. Вона може бути доцільною за критичної важливості предмета спору чи дефіциту часу, проте майже завжди супроводжується ескалацією напруження та руйнацією взаємин; її негласне кредо — «мій виграш передбачає твою поразку».

Компроміс ґрунтується на взаємних поступках, коли кожна зі сторін частково знижує вимоги, щоб одержати задовільний, хоча й не

оптимальний, результат. Така стратегія часто розглядається як прагматична альтернатива конфронтації, але поступається співробітництву, оскільки залишає глибинні причини конфлікту непорушеними [43].

Пристосування передбачає пріоритет інтересів опонента над власними: суб'єкт свідомо відмовляється від реалізації власних цілей, аби зберегти стосунки. Подібний крок може бути виправданий, якщо взаємини важать більше за предмет спору, однак регулярне самообмеження спричиняє фрустрацію та приховане невдоволення.

Уникнення означає відмову від активного розв'язання проблеми при мінімальній увазі як до власної, так і до чужої позиції; конфлікт фактично ігнорується. Тимчасово така тактика знижує емоційний градус, проте в довгостроковій перспективі лише відтерміновує неминуче протистояння, що здатне проявитися з більшою інтенсивністю [34].

Загалом вибір тієї чи іншої стратегії конфліктної поведінки зумовлений не лише особистісними рисами індивіда, а й характером конфліктної ситуації, її значущістю, рівнем емоційної напруги, наявними ресурсами та загальною атмосферою взаємовідносин. Ефективне управління конфліктами потребує гнучкості у виборі поведінкової моделі та вміння адаптуватися до змінних умов міжособистісної або групової взаємодії.

Вибір певного стилю поведінки в конфліктній ситуації визначається низкою чинників, серед яких варто виділити як об'єктивні характеристики самого конфлікту (зміст, контекст, рівень емоційної напруги, значущість предмета суперечки, потенційні наслідки конфліктного протистояння), так і суб'єктивні особливості учасників конфлікту (їхній досвід, мотивація, темперамент, рівень тривожності, потреба в домінуванні чи уникненні конфронтації тощо). Окремі дослідження свідчать про те, що схильність до певного стилю конфліктної поведінки може бути стабільною рисою

особистості – елементом її індивідуального стилю соціальної взаємодії [32].

Стратегія **конфронтації** застосовується, коли учасник конфлікту зорієнтований виключно на власні інтереси й готовий до відкритого протистояння, використовуючи владні ресурси, правові аргументи або форму прямого тиску. Перемогу тут найчастіше здобуває сторона з вищим соціальним статусом чи більшим ресурсним потенціалом. Такий підхід виправданий у кризових обставинах, коли предмет суперечки має критичне значення й рішення слід ухвалити негайно.

Уникнення характерне для осіб, які відчувають інтенсивний дискомфорт у напруженій комунікації й тому дистанціюються, відкладаючи розв’язання проблеми. Ця тактика тимчасово знижує емоційний тиск, однак у перспективі спричиняє пасивне домінування опонента або консервує конфлікт у прихованій формі. Її доречно використовувати, коли питання є незначущим або сторонам потрібен час для аналізу ситуації.

У **пристосуванні** індивід свідомо відмовляється від власних претензій, підкреслюючи пріоритет взаємин над результатом. Стратегія доцільна, якщо предмет спору об’єктивно важливіший для опонента чи коли збереження співпраці має вирішальне значення. Проте системне самообмеження підвищує ризик внутрішньої фрустрації та накопичення латентного напруження.

Компроміс базується на взаємних поступках, що забезпечують прийнятне, але не завжди оптимальне вирішення. Його ефективність залежить від чіткої фіксації домовленостей і паритетного розподілу відповідальності; за відсутності цих умов невирішені суперечності можуть спалахнути знову. Стратегія корисна, коли сторони мають приблизно рівний статус або час на переговори обмежений.

Нарешті, **співробітництво** передбачає спільний пошук рішення, яке максимально задовольняє інтереси всіх учасників. Воно потребує високого рівня довіри, ресурсів та готовності до відкритого діалогу, але формує найстійкіший результат, поліпшуючи психологічний клімат і знижуючи вірогідність повторних конфліктів.

Таким чином, вибір стратегії детермінують критичність проблеми, ресурсний баланс сторін, часові обмеження та пріоритет взаємин; адекватне врахування цих чинників забезпечує найбільш раціональну поведінку в кожній конкретній ситуації [47].

Наявність сильних і слабких сторін у кожній зі стратегій засвідчує необхідність поведінкової гнучкості – здатності адаптивно обирати модель реагування залежно від обставин. Розвиток такої гнучкості є ключовою компетенцією в управлінні конфліктами та дозволяє ефективно долати суперечності, зберігаючи соціальну стабільність і особистісне благополуччя [50]. Порівняльна таблиця стратегій поведінки в конфлікті представлена в додатку А.

У контексті завершення конфліктів у науковій літературі вирізняють декілька основних форм, які одночасно виступають як стратегії його розв’язання. Однією з таких форм є *насильницьке вирішення* [62], що передбачає примус слабшої сторони до підкорення через застосування сили. Йдеться не лише про фізичний вплив, а й про адміністративні, правові, службові або інші види тиску. Хоча така стратегія може забезпечити тимчасовий контроль над ситуацією, вона вважається стратегічно неефективною, оскільки придушена сторона залишається із внутрішнім почуттям незадоволеності, що провокує прихований або відкритий опір, підживлює напругу й призводить до потреби в подальшому застосуванні сили. У граничному варіанті такий конфлікт може завершитися повним фізичним або моральним знищенням однієї зі сторін.

Іншим способом завершення конфлікту є *роз'єднання* [81], що полягає у припиненні взаємодії між конфліктуючими сторонами без фактичного вирішення суті суперечності. Це може бути розірвання особистих чи професійних стосунків, вихід з організації чи припинення спільної діяльності. Така форма є зовнішнім завершенням конфлікту, однак залишає значний постконфліктний емоційний та психологічний слід, зокрема почуття незадоволеності, втрати, внутрішніх протиріч, що можуть провокувати повторні конфлікти в інших формах. З психологічної точки зору, роз’єднання часто є крайнім заходом, який не усуває першопричин конфлікту.

Третьою формою завершення є *примирення* [83], яке може мати як спонтанний, так і домовлений характер. У першому випадку напруга вичерпується природним чином, але без усунення глибинних причин конфлікту, що створює загрозу його повторення. У другому випадку йдеться про результат конструктивних переговорів, під час яких сторони доходять взаємоприйнятного рішення, що фіксується у вигляді конкретних домовленостей. Такий підхід є найбільш ефективним і стійким у довгостроковій перспективі, оскільки ґрунтується на згоді та взаємній відповідальності.

У межах практики вирішення конфліктів розрізняють повне і часткове їх подолання як на об’єктивному, так і на суб’єктивному рівні [67]. Повне вирішення на об’єктивному рівні означає трансформацію самої конфліктної ситуації, зокрема усунення дефіцитних ресурсів, які стали джерелом напруги, або просторове чи функціональне розведення сторін. На суб’єктивному рівні повне вирішення досягається за рахунок глибокої переоцінки ситуації, зміни уявлень і мотивацій сторін, зниження емоційного заряду.

Часткове вирішення на об’єктивному рівні може передбачати лише часткову трансформацію ситуації – наприклад, зменшення потреби у

конфліктних діях без усунення всієї проблеми. Часткове вирішення на суб'єктивному рівні означає тимчасову зміну сприйняття ситуації або зниження її значущості для сторін, що дозволяє зняти напругу, але не ліквідує її повністю. В обох випадках конфлікт залишається потенційно актуальним і може знову загостритись за несприятливих умов.

У практиці конфліктології й соціальної психології однією з ефективних технологій врегулювання конфліктів вважається стратегія вичерпування формули конфлікту. Вона передбачає послідовне виявлення справжніх причин конфлікту, ідентифікацію основної проблеми, аналіз як явних, так і прихованих учасників, дослідження частоти та тематики інцидентів, а також поетапне усунення ситуацій, що підтримують конфлікт [25]. Завершення конфлікту в цьому підході можливе лише за умови зникнення всіх його ключових компонентів: причин, теми, учасників, інцидентів і загострень.

Бінарна класифікація поведінкових стратегій у конфлікті є одним із відомих підходів до аналізу конфліктних ситуацій, який виділяє різні способи і наміри учасників конфлікту залежно від їхніх спрямувань та очікувань, зокрема у термінах «виграшу» (перемоги) і «програшу» [19]. Цей підхід дозволяє класифікувати конфліктні взаємодії, зокрема ті, що відповідають стратегії «виграти-програти» (англ. «win-lose»), де одна зі сторін неминуче здобуває перемогу, а інша зазнає поразки. Така модель конфлікту передбачає високу напругу у відносинах, нерідко відсутність гнучкості у виборі засобів для досягнення мети і нерівномірний розподіл відповідальності: переможець забирає все, включаючи й відповідальність. Стратегія «виграти-програти» може бути ефективною в ситуаціях, коли необхідно приймати швидкі та відповідальні рішення, а одна зі сторін впевнена в своєму праві й готова взяти на себе повну відповідальність за результат.

З іншого боку, стратегія «програти-програти» (англ. «lose-lose») є обранням шляху, коли жодна зі сторін не вбачає можливості досягти перемоги і готова визнати свою поразку, аби зберегти соціальну справедливість. Ця стратегія, хоч і приносить певне моральне задоволення від виконання принципів, є, безсумнівно, менш продуктивною, оскільки жодна зі сторін не досягає бажаного результату, і конфлікт лише поглиблюється.

Найбільш ефективною та конструктивною є стратегія «виграти-виграти» (англ. «win-win»), яка передбачає досягнення вигоди для обох сторін конфлікту. Ця стратегія базується на взаємоповазі, визнанні цінності кожної зі сторін і спрямуванні зусиль на вирішення проблеми, що є спільною для обох учасників. Такий підхід дає змогу не тільки врегулювати конфлікт, а й побудувати довгострокові партнерські стосунки, де кожен із учасників отримує вигоду [15].

Важливим аспектом у вирішенні конфлікту є як зміна ситуації (приведення її у відповідність до очікувань сторін), так і зміна ставлення учасників до ситуації. Конструктивне вирішення конфліктів передбачає розвиток здорових взаємодій між сторонами, що не завдають шкоди їхньому психологічному стану, враховують їхні потреби в самоповазі і передбачають дотримання етичних норм у комунікаціях. Крім того, таке вирішення конфлікту має на меті продуктивні результати, зокрема побудову стосунків, конструктивні рішення та творчий характер діяльності, що випливає з цих рішень.

Ефективне управління конфліктами вимагає чіткої і ясної комунікації, використання активного слухання, вербалізації емоцій, раціоналізації емоційних реакцій та належного використання невербальних засобів спілкування. Для досягнення взаєморозуміння та побудови довіри, варто уникати конфліктогенних ситуацій, а також проявляти повагу до протилежної сторони. Важливим є також прояв

доброзичливості, прояви зацікавленості, врахування емоційного стану інших учасників та створення позитивного емоційного клімату.

Переговори є одним з найефективніших способів вирішення конфліктів і укладання домовленостей. Однак підготовка та проведення переговорів потребують спеціальних знань і підготовки учасників. У процесі вирішення конфлікту важливо дотримуватись кількох принципів, таких як відмова від стратегії «тільки перемога», пошук кількох можливих рішень і прагнення до того, щоб усі сторони конфлікту відчули себе почутими.

1.3. Поняття та структура комунікативної компетентності лікаря

У добу стрімкого розвитку медичних технологій та наукових відкриттів дедалі більшого значення набуває не лише технічна майстерність лікаря, а й гуманістичний вимір його професійної діяльності. Саме в цьому контексті влучно звучать слова видатного психіатра XX століття Карла Ясперса, який стверджував, що медична практика тримається на двох фундаментальних засадах: науковому знанні та етиці людяності. Поєднання високої професійної компетентності з моральною зрілістю і гуманним ставленням до пацієнта є визначальною ознакою сучасної медицини.

Важливою складовою цього поєднання виступає професійна комунікація, яка охоплює як міжособистісну взаємодію між лікарем і пацієнтом, так і ефективну співпрацю в мультидисциплінарній команді. Комунікативні навички, сформовані на основі емпатії, відкритості, толерантності та професійної відповідальності, суттєво впливають на успішність лікувально-діагностичного процесу, якість медичних послуг і рівень задоволеності пацієнтів [46].

Найбільше часу лікар проводить у спілкуванні з пацієнтами, адже від цього залежить правильне діагностування, успішність лікування та довіра між лікарем і пацієнтом. Ця комунікація передбачає не лише обмін інформацією про стан здоров'я, а й створення комфортної атмосфери для пацієнта, що дозволяє йому почуватися спокійно та впевнено. Важливо, щоб лікар не тільки чітко пояснив діагноз і лікувальний план, але й продемонстрував емпатію та підтримку, оскільки пацієнт може переживати стрес, пов'язаний із хворобою [88].

Не менш важлива комунікація з родичами пацієнта. Вона може бути складною, особливо у випадках важких хвороб або паліативного лікування, коли родичі потребують роз'яснень щодо стану хворого, прогнозу і плану дій. Лікареві необхідно не лише надавати чітку інформацію, але й бути готовим до емоційних реакцій родичів, таких як тривога чи страх. Психологічна підтримка родичів допомагає уникнути конфліктних ситуацій і сприяє покращенню атмосфери в медичному закладі.

Крім того, лікар часто взаємодіє з колегами — іншими медичними працівниками, що є важливою складовою його діяльності. Професійна комунікація між лікарями включає в себе обговорення складних клінічних випадків, консультації, обмін думками щодо методів лікування. Така взаємодія сприяє розвитку колегіальної атмосфери, що позитивно впливає на результат лікування [42].

Крім того, лікар повинен вміти працювати з середнім та молодшим медичним персоналом, надаючи чіткі вказівки і організовуючи командну роботу. Це допомагає забезпечити безперервність лікувального процесу та уникнути непорозумінь.

Також лікар взаємодіє з адміністративними працівниками медичних закладів, що включає в себе обговорення організаційних питань, таких як графік роботи, документація, звітність і вирішення кадрових питань.

Комунікація з адміністрацією є важливою для забезпечення ефективної роботи медичного закладу, а лікар, як ключовий учасник процесу, має бути готовий до таких взаємодій [76].

У багатьох випадках лікареві необхідно взаємодіяти також із представниками інших фахових областей, таких як психологи, соціальні працівники, фармацевти, юристи. Це допомагає вирішувати складні етичні або соціальні питання, які виникають під час лікування пацієнтів.

Хоча формування базових елементів комунікативної компетентності розпочинається ще під час фахової підготовки у медичному університеті, справжній розвиток цих навичок відбувається впродовж усієї професійної кар'єри лікаря. Комунікативна компетентність постає як багатовимірне утворення, що поєднує в собі знання, практичні вміння, емоційну зрілість, етичну чутливість та здатність до рефлексії [69].

Ключовими компонентами комунікативної компетентності лікаря є: здатність уважно слухати, розуміти потреби пацієнта, надавати інформацію у доступній і неупередженій формі, встановлювати довірливий контакт, а також адаптувати стиль комунікації до індивідуальних, вікових, гендерних, соціокультурних особливостей співрозмовника. У центрі такої взаємодії завжди стоїть повага до гідності пацієнта та підтримка його активної ролі в лікувальному процесі [65].

Комунікативна компетентність не обмежується лише вербальним спілкуванням. Вона охоплює й невербальні компоненти: міміку, інтонацію, жести, тембр голосу, позицію тіла — все, що передає ставлення лікаря до пацієнта. Уміння структурувати діалог, задавати релевантні запитання, адаптувати бесіду до контексту та коректно інтерпретувати відповіді пацієнта — є виявом високого рівня комунікативної зрілості [45].

Невід'ємною умовою ефективної взаємодії є також емоційна саморегуляція лікаря. Приділяти емоційній саморегуляції лікаря потрібно окрему увагу: умінню контролювати власні емоційні реакції, зберігати

професійну врівноваженість у стресових ситуаціях і демонструвати комунікативну толерантність до різноманітних стилів поведінки пацієнтів. Комунікативна компетентність передбачає не лише вміння передати медичну інформацію, а й створення атмосфери взаємоповаги, етичної підтримки та психологічної безпеки. Саме вона забезпечує ефективне функціонування системи «лікар — пацієнт» і значною мірою визначає якість надання медичної допомоги.

У межах сучасної безперервної медичної освіти комунікативна компетентність розглядається як одна з ключових складових професіоналізму лікаря [1]. Її соціальний компонент охоплює вміння вести конструктивний діалог з пацієнтом і його родиною, мотивувати до дотримання терапевтичного режиму, дотримуватись прав пацієнтів, підтримувати ефективну взаємодію з колегами, брати участь у мультидисциплінарних обговореннях складних клінічних випадків.

Особистісний компонент комунікативної компетентності включає здатність брати відповідальність за прийняті рішення, здійснювати самоспостереження та аналіз емоцій, орієнтуватися на постійний професійний розвиток. Ці якості є проявами внутрішньої професійної етики та психологічної зрілості.

Разом з тим, важливо враховувати низку індивідуально-психологічних особливостей, які можуть ускладнювати ефективну комунікацію. Наприклад, підвищена чутливість до критики або відкидання може знижувати впевненість лікаря у власній професійній спроможності. Так само інтровертованість, що сприяє глибшій рефлексії, іноді супроводжується недостатньою спонтанністю та емоційною чутливістю в міжособистісному спілкуванні.

Комунікативна компетентність лікаря є не лише набором технічних навичок, таких як вміння слухати, формулювати чіткі й зрозумілі пояснення, задавати уточнюючі питання, але й здатністю до глибокого

розуміння емоційного стану пацієнта, вираження співчуття та надання психологічної підтримки в умовах стресу. Це вимагає від лікаря розвитку таких особистісних якостей, як емоційна стабільність, емпатія, терпимість і здатність до самоконтролю в умовах напружених ситуацій [8].

Формування цієї компетентності починається ще на етапі медичної освіти, коли студенти медичних закладів мають змогу на практиці ознайомитись з основами міжособистісної комунікації. Це включає навчання не лише технічним аспектам комунікації, таким як правильне використання медичних термінів, а й етичним, психологічним і культурним аспектам взаємодії з пацієнтами та колегами. Важливим елементом є також навчання розпізнаванню невербальних сигналів, що допомагає виявляти не лише фізичні симптоми пацієнта, але й його психологічний стан.

Розвиток комунікативної компетентності продовжується в професійній діяльності лікаря, де він стикається з різноманітними комунікативними ситуаціями. Це включає взаємодію з пацієнтами, їх родичами, медичним персоналом та адміністрацією. Уміння адаптувати стиль комунікації відповідно до конкретної ситуації, зберігаючи при цьому професіоналізм і доброзичливість, є важливим чинником, що визначає ефективність взаємодії.

Крім того, постійний розвиток комунікативної компетентності забезпечується шляхом саморефлексії та зворотного зв'язку [31]. Лікар, здатний оцінювати свої комунікативні стратегії та вчитися на помилках, буде здатний постійно вдосконалювати свої навички. Залучення до міждисциплінарної співпраці, тренінгів з розвитку комунікаційних навичок і участь у медичних конференціях та семінарах з етики комунікації дозволяють лікарю підвищувати свою компетентність, що, в свою чергу, сприяє створенню ефективних та здорових відносин у медичному середовищі.

У процесі формування комунікативної компетентності лікаря важливу роль відіграє низка психологічних характеристик, які визначають не лише якість міжособистісної взаємодії, а й загальну ефективність професійної діяльності [52]. До таких характеристик належать афіліативність, емоційна стабільність, здатність до емпатії, комунікативна толерантність та чутливість до неприйняття.

Афіліативність (від англ. affiliation — приєднання, зв'язок) — це індивідуальна потреба в емоційно значущих соціальних стосунках, у встановленні теплих і підтримувальних контактів з іншими людьми. Для лікаря ця характеристика є надзвичайно важливою, оскільки дозволяє формувати довірливі стосунки з пацієнтами, знижуючи їх рівень тривожності й емоційного напруження. У клінічних ситуаціях, особливо кризових, сама присутність емпатійного й залученого фахівця здатна слугувати важливим стабілізуючим чинником для пацієнта. Мотивація до афіліації часто формується в дитинстві, зокрема, під впливом довірливого стилю виховання, що сприяє розвитку відкритості, соціальної активності й потреби в емоційно насиченій взаємодії.

Водночас відсутність впевненості у власній соціальній прийнятності — страх бути неприйнятим чи відкинутим — здатна суттєво ускладнювати комунікативну взаємодію. У таких випадках поведінка лікаря може ставати скутою, емоційно дистанційованою, супроводжуватися униканням зорового контакту та іншими ознаками тривожності. Це створює ризики для встановлення повноцінного терапевтичного альянсу, що є критично важливим у процесі лікування [21].

Протилежною до афіліативності є *чутливість до неприйняття* — схильність інтерпретувати нейтральні або неоднозначні соціальні сигнали як прояви відчуження чи критики. У професійній діяльності лікаря така чутливість може виявлятися у формі надмірної самокритичності, уникнення зворотного зв'язку або зниження впевненості в комунікативних

ситуаціях, що, своєю чергою, може впливати на якість діалогу з пацієнтом і командою.

Іншою важливою характеристикою є *емоційна стабільність*, що передбачає здатність лікаря зберігати внутрішню врівноваженість, конструктивність і контроль над власними емоційними реакціями в умовах психологічного тиску, конфліктних ситуацій або клінічної невизначеності [27]. Емоційна нестабільність може призводити до імпульсивних рішень, зниження якості комунікації, а також до емоційного вигорання в довгостроковій перспективі.

Параметри емоційної стабільності включають когнітивний компонент (усвідомлення природи емоцій), якісний (їх модальність — позитивна чи негативна), формально-динамічний (тривалість і сила емоційного переживання) та експресивний (зовнішні прояви емоцій). Високий рівень цієї якості тісно пов’язаний із культурою особистості, сформованими життєвими орієнтирами, умінням до саморегуляції та здатністю до конструктивного подолання професійних викликів.

Не менш значущою є *емпатія* — здатність емоційно співпереживати пацієнтові, розуміти його внутрішній стан і психологічні потреби. Емпатійність сприяє формуванню терапевтичного альянсу, підвищує рівень довіри та мотивації до лікування, а також забезпечує ефективнішу діагностично-інтерпретативну взаємодію.

У психологічній літературі емпатію розглядають як інтегративне утворення, що об'єднує емоційні, когнітивні та вольові компоненти.

Емоційна емпатія проявляється в автоматичному афективному відгуку на емоційний стан іншої особи, часто базується на проекції й наслідуванні — тобто, лікар інтуїтивно «вловлює» настрій пацієнта, співпереживає йому;

Когнітивна емпатія пов’язана з аналітичною здатністю розуміти внутрішній світ співрозмовника, прогнозувати його реакції та формувати більш точне уявлення про його психологічний стан;

Поведенкова (або вольова) емпатія проявляється у мотивації діяти на благо іншої людини, у прагненні полегшити її стан, навіть якщо для цього потрібні певні зусилля чи самозречення.

Емпатія в медичній практиці [33] виявляється у терпимості до вираження емоцій з боку пацієнта, прагненні глибше зрозуміти його особистісний і психоемоційний контекст, а також у готовності лікаря адаптувати власну позицію до суб’єктивного сприйняття пацієнтом клінічної ситуації. Саме тому емпатія є не лише характеристикою емоційного інтелекту, а й чинником, що безпосередньо сприяє формуванню допоміжної поведінки. Натомість її відсутність або низький рівень часто свідчать про емоційну холодність, дистанційність і, як наслідок, про зниження ефективності лікувально-комунікативного процесу.

Комунікативна толерантність — ще один ключовий аспект, що характеризує здатність лікаря з повагою ставитися до різних стилів комунікації, типів особистості, культурних і соціальних відмінностей. Високий рівень комунікативної толерантності дозволяє зберігати конструктивний діалог навіть у випадках поведінкових девіацій з боку пацієнта, підвищеної емоційності чи агресії, що є важливою умовою недискримінаційної й гуманістично орієнтованої медичної практики [41]. Йдеться не про пасивне прийняття будь-якої поведінки, а про активну позицію терпимості, що дозволяє уникати передчасних оцінок, неформальних емоційних реакцій та конфліктів.

Високий рівень комунікативної толерантності дозволяє лікарю зберігати нейтральність, дотримуватись професійної дистанції та будувати ефективні відносини навіть у складних ситуаціях — наприклад, у взаємодії з агресивними, дезорганізованими або тривожними пацієнтами. Це дає

змогу залишатися в межах професійної ролі, не втрачаючи при цьому емпатійності та гідності.

Психологічні особливості особистості лікаря не лише опосередковують його здатність до ефективної комунікації, але й суттєво впливають на якість міжособистісних взаємин у межах лікувального процесу, емоційне благополуччя самого фахівця та результати медичної допомоги в цілому [66].

Оцінювання комунікативної компетентності лікаря є важливим елементом оцінки його професійної ефективності [53], оскільки саме комунікація визначає якість взаємодії з усіма учасниками медичного процесу. Це оцінювання може здійснюватися у трьох основних напрямах: комунікація з пацієнтами, комунікація з їхніми близькими та взаємодія з колегами й адміністративним персоналом. Останній напрям, зокрема, охоплює різні рівні професійної взаємодії — «лікар — лікар», «лікар — середній або молодший медичний персонал», а також «лікар — адміністрація медичного закладу». Якщо перші два аспекти традиційно розглядаються в межах медичної психології, то третій потребує залучення знань з психології управління, конфліктології та гігієни праці.

Безперечно, провідною сферою комунікативної взаємодії є контакт лікаря з пацієнтом. Саме цьому виду спілкування слід приділяти найбільше уваги під час навчання, тренінгів та атестацій. Для ефективної взаємодії лікар повинен не лише грамотно доносити медичну інформацію, а й розуміти, який тип повідомлення він використовує.

Інформація, яку передає лікар, умовно поділяється на спонукальну та констатуючу [89].

Спонукальна інформація має на меті стимулювати дію з боку пацієнта — наприклад, заклик дотримуватись рекомендацій, обмежити певні поведінкові моделі чи змінити стиль життя. Її форми можуть

варіюватися: активізація (порада, прохання), інтердикція (заборона певних дій), або дестабілізація (втручання в небажану або шкідливу поведінку).

Констатуюча інформація, навпаки, виконує інформативну функцію — вона повідомляє про стан, діагноз, прогноз чи інші обставини без прямого заклику до зміни поведінки, однак може опосередковано впливати на неї, формуючи нове розуміння ситуації.

Процес передачі інформації реалізується як вербальними (близько 35 %), так і невербальними (приблизно 65 %) засобами [55]. Саме тому лікар має не лише вдосконалювати мовленнєві навички, а й уважно стежити за невербальними сигналами, що супроводжують спілкування.

Невербальна комунікація — це система передачі й сприйняття інформації за допомогою невербальних засобів: погляду, міміки, жестів, пози, інтонації, дистанції, мовчання тощо. Часто вона здійснюється на підсвідомому рівні, однак її значення для встановлення довірливого контакту з пацієнтом є надзвичайно високим. Структурно невербальні реакції поділяють на кілька модальностей, що дозволяє краще їх аналізувати:

- Структурування часу та ритму взаємодії — включає контроль пауз, швидкості відповіді, акцентів і пріоритетів у темах бесіди.
- Використання тіла — насамперед, контакт очей, міміка, нахили корпусу та голова, положення рук і ніг, а також дистанція між лікарем і пацієнтом.
- Просторове розміщення — відстань між співрозмовниками, положення тіла (відкрите/закрите), наявність бар’єрів між ними.
- Інтонаційно-паралінгвістичні сигнали — тембр, темп, гучність голосу, які також впливають на емоційне забарвлення повідомлення.

Невербальна поведінка лікаря повинна бути контрольованою, оскільки саме вона часто «говорить» гучніше за слова. Пацієнт або його

близькі можуть інтерпретувати жести, вираз обличчя чи положення тіла як ознаку байдужості, роздратування чи навпаки — уваги й підтримки. Важливо пам’ятати, що низка невербальних сигналів має соціально стандартизоване значення і розпізнається більшістю людей інтуїтивно.

Ефективне застосування невербальних стратегій було систематизовано Дж. Іганом у моделі SOLER [3], яка описує п’ять ключових умов справжньої присутності лікаря в процесі взаємодії:

- S (Squarely) — сидіти або стояти навпроти пацієнта, повернувшись до нього всім корпусом, демонструючи увагу та включеність.
- (Open posture) — уникати закритих поз (схрещених рук чи ніг), залишаючись відкритим до контакту.
- L (Lean) — періодично нахилятись до пацієнта, щоб показати зацікавленість і активне слухання.
- E (Eye contact) — підтримувати контакт очей для підтвердження уваги, але уникати нав’язливого чи агресивного погляду.
- R (Relaxed) — зберігати розслаблену, спокійну позу, щоб не посилювати тривогу пацієнта.

Застосування цих принципів у щоденній практиці сприяє встановленню довіри, зниженню напруги, підвищенню ефективності комунікації та якості надання медичної допомоги.

Висновок до розділу 1.

Конфлікти є невід’ємною частиною людської взаємодії, що виникають у різних сферах життя — професійній діяльності, навчанні, особистих відносинах, дозвіллі. Вони часто зумовлені суперечностями, які мають психологічні, соціальні або комунікативні корені. Причини конфліктів можуть бути як зовнішніми (суперечності у розподілі ресурсів,

соціальні обмеження), так і внутрішніми (особливості темпераменту, стилі комунікації, відсутність емоційної регуляції). Якщо конфлікти не управляються належним чином, вони можуть ескалувати в більш серйозні й тривалі суперечки, що негативно позначаються на взаємодії учасників і можуть погіршити психологічний стан.

Конфлікти є багатовимірним явищем, що потребує міждисциплінарного аналізу, адже їх вивчення охоплює різні наукові області: психологію, соціологію, філософію, правознавство, педагогіку, навіть математику та військову стратегію. Розуміння природи конфлікту важливе не лише для соціального середовища загалом, а й у конкретних професійних галузях, таких як медицина. Медицина є прикладом сфери, де конфлікти можуть виникати через високий рівень стресу та емоційної напруги, що підвищує значення навичок їхнього запобігання та ефективного врегулювання для медичних працівників.

Важливим є усвідомлення наслідків ігнорування конфліктів, що може призвести до емоційних і психофізіологічних проблем, таких як депресія, тривожність, зниження працездатності. Особливо актуальним це є в медичній практиці, де неврегульовані конфлікти можуть погіршити якість медичних послуг та знизити ефективність роботи.

Техніки управління конфліктами, зокрема розпізнавання і нейтралізація конфліктогенів (факторів, що провокують або підсилюють конфлікт), є важливою частиною професійної комунікативної компетентності медичних працівників. Вміння управляти такими конфліктами може знизити рівень стресу, покращити взаєморозуміння між пацієнтами та лікарями, а також зберегти емоційну стабільність працівників.

Конфлікти є невід'ємною частиною будь-якого соціального середовища, зокрема в рамках організацій. Вони виникають, коли індивіди чи групи мають взаємовиключні цілі, різні ціннісні орієнтації чи різні

уявлення про належну поведінку. Найпоширенішими причинами конфліктів у бізнес-середовищі є розбіжності в цілях, пріоритетах, а також у темпах виконання завдань, що може спричинити непорозуміння, зниження ефективності комунікації та підвищення рівня напруженості в колективі. Важливу роль відіграє й стиль управління керівництва: надмірно жорсткий або, навпаки, занадто м’який стиль може призвести до ескалації конфлікту.

Управління конфліктами в організаціях вимагає системного підходу. Це включає аналіз ситуації, визначення можливих стратегій поведінки та втілення обраного підходу для зниження напруженості. Одним із важливих аспектів є вибір стратегії вирішення конфлікту, що залежить від особистісних характеристик учасників і характеру самого конфлікту. К. Томас і Р. Кілмен виділили кілька стратегій: співробітництво, компроміс, конфронтація, пристосування і уникнення. Кожна з цих стратегій має свої переваги і недоліки, а їх вибір залежить від ситуації та інтересів учасників конфлікту.

Правильне управління конфліктами в організаціях може сприяти не лише їхньому розв’язанню, але й підвищенню ефективності роботи, зміцненню командної згуртованості і покращенню взаєморозуміння між працівниками. Вміння ефективно справлятися з конфліктами є важливим фактором для досягнення стабільності та розвитку будь-якої організації.

Розвиток комунікативної компетентності починається ще під час навчання у медичному університеті, однак справжнє вдосконалення цих навичок відбувається протягом усієї кар'єри лікаря. Для високого рівня комунікативної компетентності важлива емоційна саморегуляція лікаря, уміння контролювати власні емоції в стресових ситуаціях, що є необхідним для збереження професійної дистанції та ефективного взаємодії з пацієнтами та колегами.

Комунікативна компетентність лікаря є основою його професіоналізму, що визначає якість медичної допомоги та взаємодії з усіма учасниками медичного процесу. Психологічні характеристики лікаря, такі як емоційна стабільність, афіліативність, емпатія та комунікативна толерантність, безпосередньо впливають на ефективність його взаємодії з пацієнтами та колегами. Вони визначають не лише якість медичної допомоги, але й емоційний клімат у медичних установах. Врахування цих аспектів та безперервний розвиток комунікативної компетентності є запорукою успішної практики та підтримки довіри до медичних працівників.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ЛІКАРЯ ЯК ЧИННИК ВИРІШЕННЯ ПРОФЕСІЙНИХ КОНФЛІКТІВ

2.1. Методи та організація емпіричного дослідження

В першому розділі було розглянуто теорію конфлікту, його структуру та етапи. Також було розглянуто специфіку конфлікту серед лікарів в різних комунікативних ситуаціях: спілкування з колегами, пацієнтами, під час роботи в міждисциплінарних групах. Увагу було приділено теоріям конструктивного та деструктивного розв’язання конфліктів.

Вибірка склала 29 осіб у віці від 27 до 35 років, що працюють в одному медичному закладі на різних посадах. В дослідженні приймав участь лише лікарсько-сестринський персонал, адміністративно-господарський персонал медичного закладу був виключений з дослідження.

Комунікативна компетентність лікаря – це багаторівнева інтеграція професійних знань, вербальних і невербальних навичок, емоційної регуляції та етичної чутливості, що забезпечує продуктивну взаємодію з пацієнтами, колегами й адміністрацією медичного закладу. У сучасних дослідженнях вона розглядається як провідний детермінант конструктивного вирішення професійних конфліктів, які неминуче виникають у клінічному середовищі через високу відповідальність, ресурсні обмеження та психологічну напругу. Порушення комунікативної компетентності лікаря маніфестує у вигляді непорозумінь, емоційної ескалації чи зниження співпраці в мультидисциплінарних командах.

В дослідженні нами було використано декілька методик для дослідження комунікативної компетентності лікарсько-сестринського складу та патернів поведінки в конфлікті:

- Тест комунікативних умінь Л. Міхельсона,

- Опитувальник Томаса-Кілманна: типи поведінки у конфлікті,
- Методика діагностики домінуючої стратегії психологічного захисту у спілкуванні за Бойком,
- Оцінка самоконтролю в спілкуванні за Снайдером,
- Оцінка врівноваженості в конфліктах і схильності до нервових зривів.

Методика Л. Міхельсона (додаток Б) призначена для кількісної оцінки рівня комунікативної компетентності, тобто якості сформованості ключових вербальних та невербальних умінь, що забезпечують упевнене й конструктивне спілкування. Опитувальник містить двадцять сім описів типових міжособистісних ситуацій, для кожної з яких запропоновано п’ять альтернатив поведінки. Респондент читає кожну ситуацію й обирає єдину відповідь, яка найбільш точно відображає його реальну, а не бажану реакцію. Відповіді не можна комбінувати або доповнювати власними варіантами, що дає змогу стандартизувати подальшу інтерпретацію.

Інструмент належить до класу тестів досягнень: для кожної ситуації існує «еталонний» компетентний варіант, що відповідає компетентному стилю. У процесі обробки підраховують кількість виборів та зіставляють їх із двома типами «помилкових» реакцій – залежними, що свідчать про пасивне підкорення, та агресивними, що сигналізують про домінування або силовий тиск.

Ситуації, закладені в опитувальнику, охоплюють п’ять контекстів спілкування: реакцію на схвальні висловлювання партнера, відповідь на критику негативного забарвлення, взаємодію у прохальних конструкціях, ведення діалогів різного формату та прояв емпатії шляхом підтримки чи прийняття співчуття. Відповідно, тест оцінює десять інтегральних умінь, серед яких уміння адекватно дарувати й приймати компліменти, реагувати на справедливу й несправедливу критику, протистояти провокації,

формулювати прохання і конструктивно відмовляти, ініціювати і приймати емоційну підтримку, а також встановлювати й підтримувати соціальний контакт.

Опитувальник «Визначення способів регулювання конфліктів» Кеннета Томаса – Ральфа Кілманна (додаток В), адаптований для вітчизняної вибірки О. В. Гришіною, є одним із найуживаніших інструментів діагностики поведінки в ситуаціях зіткнення інтересів. Методика ґрунтується на двовимірній моделі, де вісь кооперації відображає готовність особи враховувати інтереси контрагентів, а вісь наполегливості репрезентує міру відстоювання власних цілей. Перехрещення цих координат задає п’ять базових стилів регулювання конфліктів: змагання, що передбачає досягнення виграшу за рахунок опонента; пристосування, коли власні інтереси свідомо поступаються чужим; компроміс, який спирається на взаємні поступки; уникнення, що фіксує відхід від активних дій та відсутність кооперації; і співробітництво, спрямоване на знаходження рішення, яке повністю задовольнить обидві сторони.

Операціонально кожен із цих стилів описано дванадцятьма поведінковими судженнями, згрупованими у тридцять пар. Респондент у кожній парі обирає висловлювання, яке найкраще характеризує його типову реакцію на конфлікт. Відповіді переносять у бланк, де за допомогою ключа кожній позиції присвоюють значення «1», якщо вона збігається з еталонним індикатором певного стилю, або «0» – у разі невідповідності. Сума балів за кожною шкалою утворює індивідуальний профіль, що кількісно відображає ступінь схильності до суперництва, співробітництва, компромісу, уникнення чи пристосування. Для скорочення часу підрахунку часто використовують «маску» – шаблон, який дозволяє швидко сумувати збіги.

Концептуально тест не стільки визначає «правильний» чи «неправильний» стиль, скільки дає змогу оцінити гнучкість респондента у виборі тактики залежно від ситуаційних чинників. У прикладних дослідженнях профіль за шкалами Томаса–Кілманна застосовують для прогнозування ефективності командної взаємодії, розроблення тренінгів із конфлікт-менеджменту та відбору персоналу на посади, де критичною є здатність до конструктивного регулювання суперечок.

Методика В. В. Бойка (додаток Г), спрямована на виявлення провідної стратегії психологічного захисту у міжособистісному спілкуванні, дає змогу кількісно визначити схильність респондента до миролюбства, уникнення чи агресії. Опитувальник складається з низки тверджень, для кожного з яких пропонуються варіанти відповідей, позначені літерами «а», «б» і «в». Під час заповнення анкети досліджуваний обирає формулювання, що найточніше відбиває його типову реакцію; жодних комбінацій або власних варіантів додавати не дозволяється, що забезпечує стандартизовану подальшу обробку.

Після завершення опитування підраховують сумарну кількість виборів кожного типу. Превалювання відповідей «а» свідчить про домінування миролюбної стратегії, основу якої становлять інтелектуальний контроль емоцій, готовність до компромісів і партнерська настанова на збереження стосунків. Перевага реакцій «б» указує на захисну поведінку уникнення: людина мінімізує емоційні та когнітивні витрати, своєчасно «відходячи» від конфліктних зон, що може мати як природні (психогенні), так і набуто-ситуативні передумови. Найбільша частка відповідей «в» демонструє агресивну стратегію, базовану на інстинктивних механізмах і спрямовану на активний силовий захист власного «Я»; інтелект у цьому разі виконує роль каталізатора, раціоналізуючи емоційний імпульс.

Якщо результати приблизно рівномірно розподіляються між трьома категоріями, можна говорити про ситуативне використання різних форм психологічного захисту залежно від контексту взаємодії. Таким чином, методика Бойка не лише окреслює домінантну стратегію, а й відображає діапазон адаптивних можливостей особистості в умовах міжособистісного напруження.

Оцінка самоконтролю в спілкуванні (додаток Д), розроблена Марком Снайдером, дає змогу кількісно виміряти здатність особи регулювати власні емоційні прояви й поведінкові ролі залежно від соціального контексту. Методика була запропонована Марком Снайдером наприкінці 1970-х років у межах теорії self-monitoring як «соціального хамелеонства», згідно з якою люди відрізняються за здатністю відстежувати соціальні підказки та відповідно коригувати власні емоції, жести й мовлення. Для оперативної діагностики автор виокремив десять найбільш інформативних тверджень із повної шкали, що демонстрували найвищу дискримінативну здатність у факторному аналізі. Половина позицій сформульована у прямому, інша половина – у зворотному ключі, що мінімізує ефект «соціальної бажаності». Заповнення опитувальника займає не більше п’яти хвилин, а внутрішня узгодженість короткої версії, за даними метааналізів, утримується на рівні $\alpha \approx 0{,}70$, що є прийнятним для скринінгових цілей.

Обрахунок показника гранично простий: відповіді, які збігаються з ключем, кодуються одиницею, протилежні – нулем; сумарний бал варіює від нуля до десяти. Інтерпретаційна тришкальна сітка (0–3, 4–6, 7–10) спирається на емпірично підтверджений розподіл у популяції. Шкалу широко застосовують у дослідженнях, оскільки вона корелює з показниками асертивності, емоційної регуляції й ефективності соціальної адаптації. Водночас варто підкреслити, що високий self-monitoring, попри очевидні переваги соціальної гнучкості, може обмежувати автентичність

самовираження, тоді як низький – сприяти щирості, але знижувати ситуаційну пластичність.

Методика «Оцінка врівноваженості в конфліктах і схильності до нервових зривів» (додаток Е) спрямована на кількісне вимірювання стресостійкості та емоційної регуляції в ситуаціях підвищеного напруження. Теоретично вона ґрунтується на уявленні про нервовий зрив як крайній наслідок тривалого психофізіологічного перевантаження, коли здатність до самоконтролю різко знижується, а конфліктний подразник виступає фінальним «тригером». Опитувальник складається з набору тверджень, що описують типові фізіологічні відгуки, когнітивні оцінки та поведінкові реакції під час стресу; респондент позначає, наскільки кожне твердження відповідає його звичному стану. Заповнення займає близько п’яти хвилин і не потребує спеціальної підготовки.

Після підрахунку сумарний результат варіює від нуля до шістдесяти балів. Значення у діапазоні від сорока п’яти до шістдесяти сигналізують про реальну загрозу нервового зриву: таким респондентам рекомендовано переглянути спосіб життя, контролювати артеріальний тиск і профіль холестерину, а також опанувати техніки релаксації та тайм-менеджменту. Показник від двадцяти до сорока чотирьох балів указує на помірний рівень напруження: людина здатна функціонувати, але потребує регулярного внутрішнього «розвантаження», щоби запобігти хронічному стресу. Якщо результат не перевищує дев’ятнадцяти балів, випробуваний зазвичай зберігає спокій і врівноваженість навіть у конфліктних умовах; водночас слід підтримувати цей ресурс, уникаючи зайвої драматизації дрібних невдач. Нульовий бал, за умови щирого заповнення, свідчить радше про надмірний спокій і потенційну небезпеку емоційної гіпореактивності, що здатна трансформуватися у нудьгу чи апатію.

Методика демонструє прийнятну внутрішню узгодженість ($\alpha \approx 0{,}75$) і корелює з показниками тривожності, емоційного вигорання та

фізіологічних маркерів стресу, що підтверджує її валідність у клінічних і організаційних дослідженнях.

2.2. Результати емпіричного дослідження

Дослідження проводилось в червні 2025. Вибірка склала 29 осіб у віці від 27 до 35 років, що працюють в одному медичному закладі на різних посадах. В дослідженні приймав участь лише лікарсько-сестринський персонал, адміністративно-господарський персонал медичного закладу був виключений з дослідження.

За методикою «Опитувальник Томаса-Кілманна: типи поведінки у конфлікті» було проаналізовано результати вибірки та розподілено результати за поведінковим типом під час комунікації. Результати представлені на рисунку 2.1 у відсотковому співвідношенні.

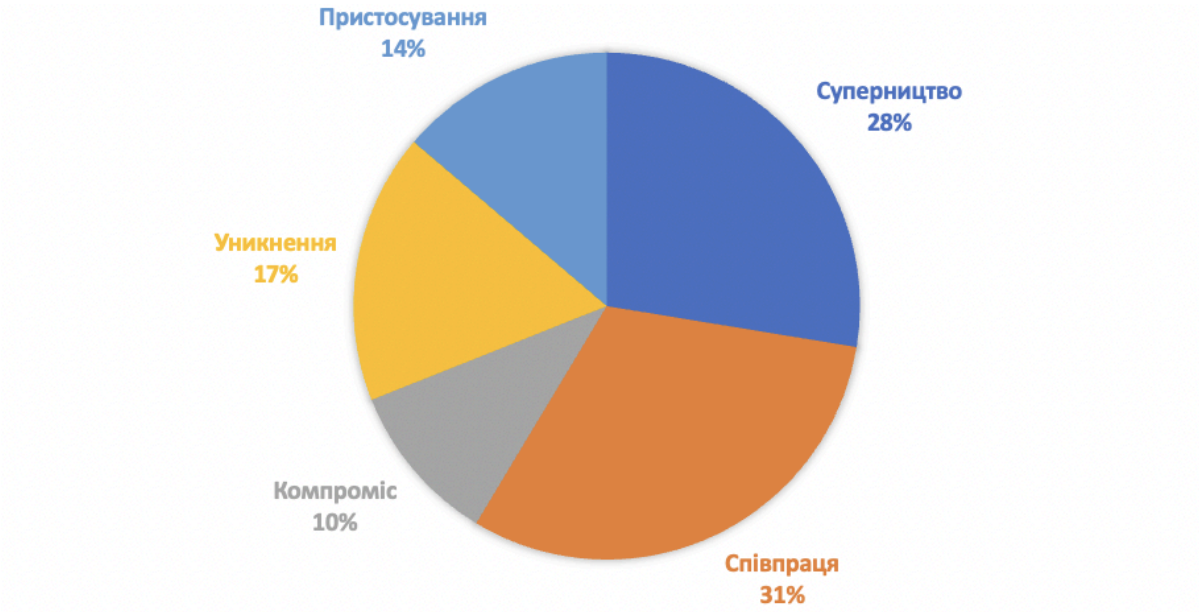


Рисунок 2.1. Розподілення результатів вибірки за методикою «Опитувальник Томаса-Кілманна: типи поведінки у конфлікті», у %. Джерело: складено автором.

Опитувальник Томаса–Кілманна продемонстрував збалансований, але виразно бімодальний розподіл конфліктних стилів: провідною стратегією виявилася співпраця (31 %), майже рівнозначно їй – суперництво (28 %); далі зі значним відривом ідуть уникнення (17 %) та пристосування (14 %), а найменшу частку набрав компроміс (10 %).

Аналіз результатів також демонструє яскраво виражену дихотомію «висока кооперативність – висока наполегливість». Понад третина вибірки тяжіє до співпраці, тобто прагне інтегрувати інтереси всіх сторін і бачить конфлікт як джерело спільного зиску. Майже така сама частка послуговується суперництвом, орієнтуючись на швидкий здобуток і готовність рішуче відстоювати власну позицію. Поєднання цих двох стилів утворює потужний двигун групової динаміки: співпраця забезпечує ідейну згуртованість і довіру, а суперництво – темп рішень та вольовий тонус.

Водночас лише 10% обирають компроміс, що свідчить про обмежений арсенал «швидких» угод, коли ресурс часу або статусний паритет не дозволяють довго домовлятися. 17% уникальників, прагнучи психологічної безпеки, можуть відкладати напружені теми; це корисно для тимчасового «охолодження», але несе ризик латентного накопичення незадоволення. 14% пристосуванців знімають емоційні піки, поступаючись власними інтересами заради взаємин, однак у довгій перспективі саме вони можуть відчувати приховану фрустрацію.

З погляду групової психології, таке співвідношення обіцяє колективу високий потенціал креативності й конкурентоспроможності: 59 % учасників (співпраця + суперництво) забезпечують одночасно ініціативу та здатність до партнерської коаліції. Проте баланс є крихким: суперницькі настрої можуть домінувати, якщо лідерські позиції посідають представники цього стилю, що спричинить «перетягування каната» й інформаційну втому кооператорів. Невелика частка компромісу означає,

що група менш вправна у швидкому «перемиканні» на тимчасові рішення; за умов дефіциту часу це може спровокувати силове пробуксовування чи, навпаки, пасивне відходження уникальників.

Для підтримання здорового функціонування доцільно: а) запровадити чіткі процедурні правила переговорів, які обмежують ескалацію суперництва й дають простір співпраці; б) навчити команду технік структурованого компромісу, щоби розширити діапазон реакцій; в) забезпечити «голос» адаптивніших членів групи – уникальників і пристосуванців, бо саме вони нерідко помічають сигнали емоційного виснаження; г) планово проводити дебрифінги після напружених змін, аби перетворювати досвід «виграш-програш» на спільне навчання. За виконання цих умов колектив здатний конвертувати свою природну енергію у високі показники ефективності без втрати психологічної стійкості.

Визначення рівня комунікативної компетентності і якості сформованості основних комунікативних умінь.за Міхельсоном у осіб, що мають превалюючий тип поведінки в конфлікті «суперництво», представляє таке розподілення результатів (рисунок 2.2).

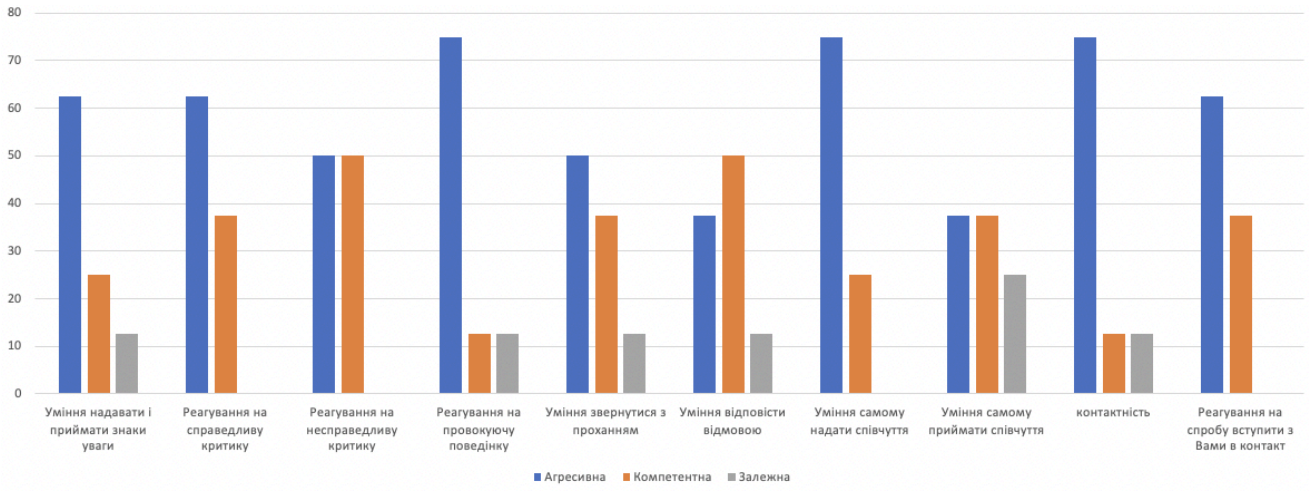


Рисунок 2.2. Розподілення результатів осіб з превалюючим типом поведінки в конфлікті «суперництво» за методикою Міхельсона, у %. Джерело: складено автором.

Наведена діаграма відображає профіль комунікативних умінь у респондентів із провідним конфліктним стилем «суперництво» у трьох лініях поведінки: «агресивна», «компетентна» та «залежна». Загальна тенденція така: у більшості показників чітко домінує агресивний спосіб взаємодії. Це стосується вміння надавати/приймати знаки уваги, реагування на справедливу критику, відповіді на провокативну поведінку, контактності та реакції на спроби встановити контакт. Отже, для цієї групи характерні висока наполегливість і схильність до силового відстоювання позиції в комунікації.

«Компетентна» лінія має середні значення і виразно проявляється у двох зонах: у вмінні відмовити (тут вона випереджає агресивну) та за реакцією на несправедливу критику й умінням приймати співчуття, де спостерігається приблизний паритет із агресивною моделлю. Натомість у більш «конкурентних» ситуаціях (провокація, встановлення контакту, публічні сигнали уваги) компетентні реакції поступаються агресивним.

«Залежна» (пасивно-поступлива/невпевнена) поведінка представлена найменше: її показники стабільно низькі і лише дещо зростають у сфері прийняття співчуття. У підсумку діаграма фіксує для стилю «суперництво» високий рівень активності та прямолінійності в комунікації з частковим використанням компетентних стратегій там, де потрібні виважена відмова та збалансована реакція на критику.

У осіб, що мають превалюючий тип поведінки в конфлікті «Співпраця», мають дещо інше розподілення результатів за тестом Міхельсона, що представлено на рисунку 2.3.

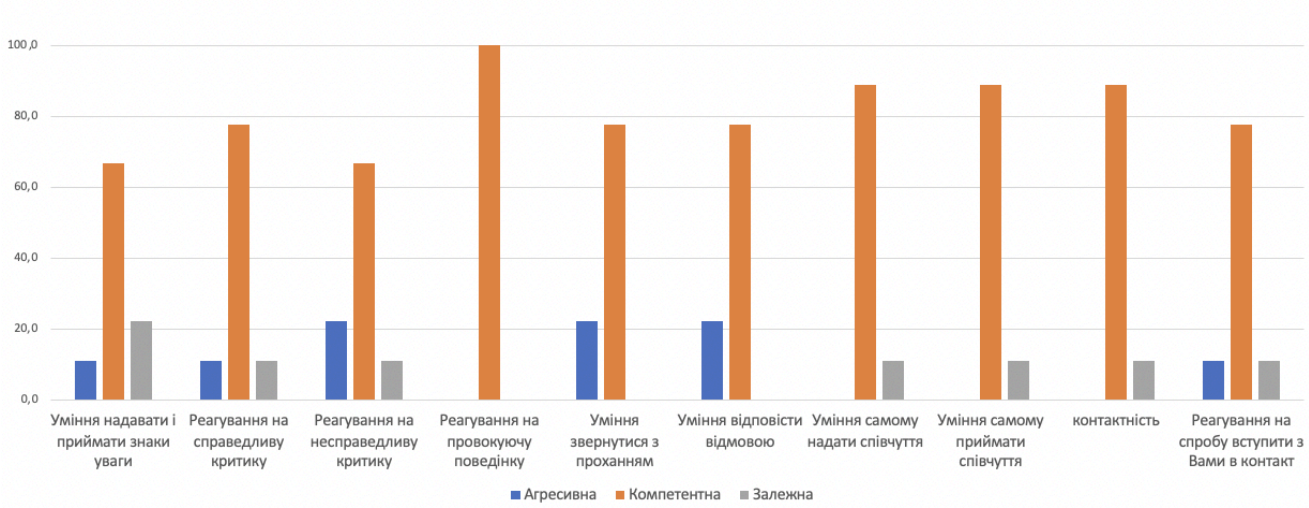


Рисунок 2.3. Розподілення результатів осіб з превалюючим типом поведінки в конфлікті «співпраця» за методикою Міхельсона, у %. Джерело: складено автором.

У вибірці з провідним стилем «співробітництво» чітко домінує компетентна лінія поведінки. Найвищі значення зафіксовано у сферах, що безпосередньо підтримують партнерську взаємодію: реагування на провокуючу поведінку (практично максимальний показник), контактність, реакція на спроби вступити в контакт, а також уміння надавати й приймати співчуття (усюди — високі, близькі до 90 % рівні). Високі показники також у реагуванні на справедливу/несправедливу критику (переважно 65–80 %), що свідчить про вміння тримати діалог у конструктивному руслі й утримувати емоційну рівновагу.

Агресивна лінія загалом низька (переважно до 20–22 %), епізодично проявляється у завданнях із чіткими межами — звернення з проханням і відповідь відмовою. Залежна (пасивно-поступлива) модель стабільно низька в більшості показників (≈10–15 %), дещо підвищуючись у прийнятті співчуття та базовій контактності.

Водночас у профілі помітні зони росту саме для компетентної стратегії: формулювання прохання та вміння відмовити показують нижчі, ніж очікувалося для «співробітництва», результати. Це вказує на потребу тренувати асертивність без жорсткості: «Я-повідомлення», чіткі критерії прохання/відмови, репетиції відповідей у складних соціальних ситуаціях.

У осіб, що мають превалюючий тип поведінки в конфлікті «Компроміс», мають дещо інше розподілення результатів за тестом Міхельсона, що представлено на рисунку 2.4.

У групі з провідним стилем компроміс домінує компетентна лінія: найвищі значення зафіксовано для уміння надавати й приймати знаки уваги та реагування на спробу вступити в контакт, а також стабільно високі — для контактності й уміння надавати/приймати співчуття. Це відображає орієнтацію на підтримку взаємин, готовність до діалогу та пошуку взаємоприйнятних рішень.

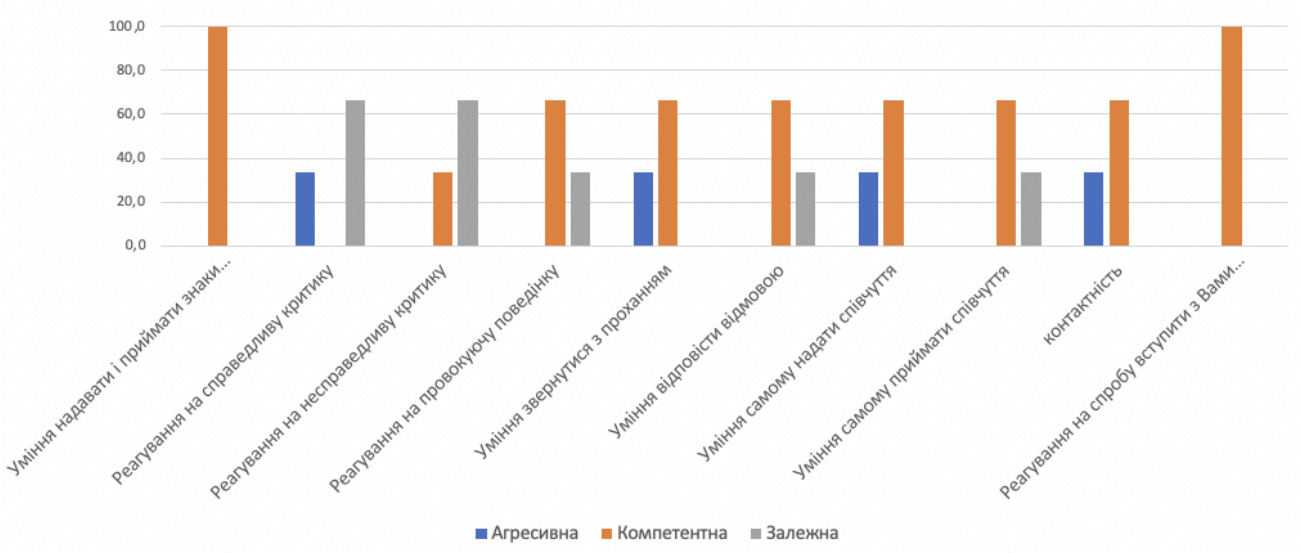


Рисунок 2.4. Розподілення результатів осіб з превалюючим типом поведінки в конфлікті «компроміс» за методикою Міхельсона, у %. Джерело: складено автором.

Водночас у ситуаціях, де потрібно ставити межі або відповідати на тиск, компетентна стратегія «просідає»: за реакцією на несправедливу критику, провокативну поведінку та відмову помітно зростає частка залежної (поступливо-уникальної) моделі. Агресивна лінія загалом низько-середня і проявляється вибірково — під час формулювання прохань чи прийняття/надання підтримки, що свідчить про епізодичне, але несистемне відстоювання позиції.

Профіль відповідає логіці «компромісу»: прагнення швидко зменшити напруження й зберегти стосунки за рахунок часткових поступок. Зони росту — асертивність у проханнях та відмові, а також конструктивна відповідь на несправедливу критику і провокації без відходу в поступливість. Рекомендовано тренувати «Я-повідомлення», навички чіткого окреслення меж і короткі рольові репетиції складних комунікативних ситуацій.

У осіб, що мають превалюючий тип поведінки в конфлікті «Уникнення», мають дещо інше розподілення результатів за тестом Міхельсона, що представлено на рисунку 2.5.

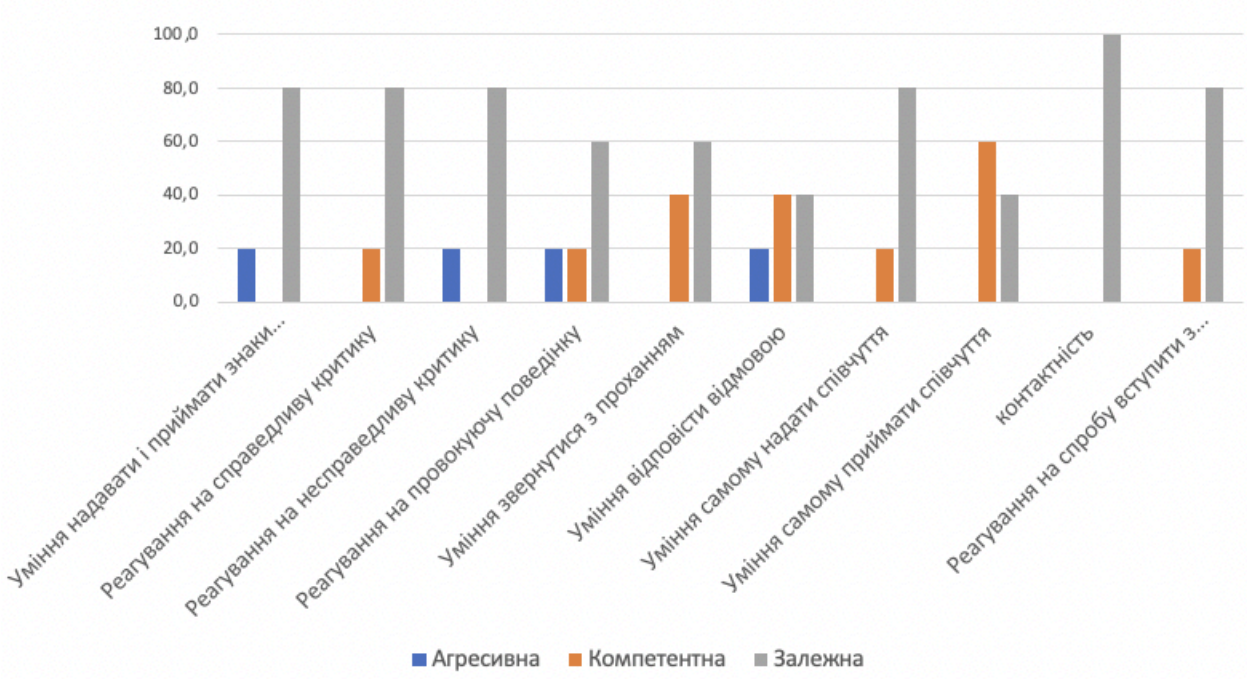


Рисунок 2.5. Розподілення результатів осіб з превалюючим типом поведінки в конфлікті «уникнення» за методикою Міхельсона, у %. Джерело: складено автором.

Профіль чітко демонструє переважання залежної (пасивно-поступливої) моделі. Найвищі значення спостерігаються у сферах прийняття/надання знаків уваги, реагування на справедливу та несправедливу критику, а також реакції на спробу вступити в контакт. Це

вказує на тенденцію уникати прямого зіткнення, погоджуватися або відходити від напружених тем замість їхнього прояснення.

Компетентна лінія представлена помірно й епізодично: помітні середні значення у зверненні з проханням, відмові, контактності, а також в уміннях надавати й приймати співчуття. Тобто базові правила взаємодії і турботи збережені, однак асертивність (чітке формулювання власних потреб і меж) виражена недостатньо й поступається униканню, особливо в конфліктогенних ситуаціях.

Агресивна модель загалом низька і проявляється точково, що додатково підкреслює відсутність силового тиску з боку респондентів, але й свідчить про схильність «віддавати ініціативу» партнеру по спілкуванню.

Стиль «уникнення» допомагає знижувати напругу «тут і тепер», однак підвищує ризики неозвучених потреб, незакритих питань і накопичення внутрішнього незадоволення. Зони розвитку: тренування асертивності, короткі скрипти ввічливої відмови, вправи на чітке формулювання прохання, рольові репетиції відповідей на несправедливу критику та провокації, поступове підсилення контактності через безпечні мікровзаємодії. Це дозволить зберегти доброзичливість, але додати впевненості й суб’єктності в діалозі.

У осіб, що мають превалюючий тип поведінки в конфлікті «Пристсування», мають дещо інше розподілення результатів за тестом Міхельсона, що представлено на рисунку 2.6.

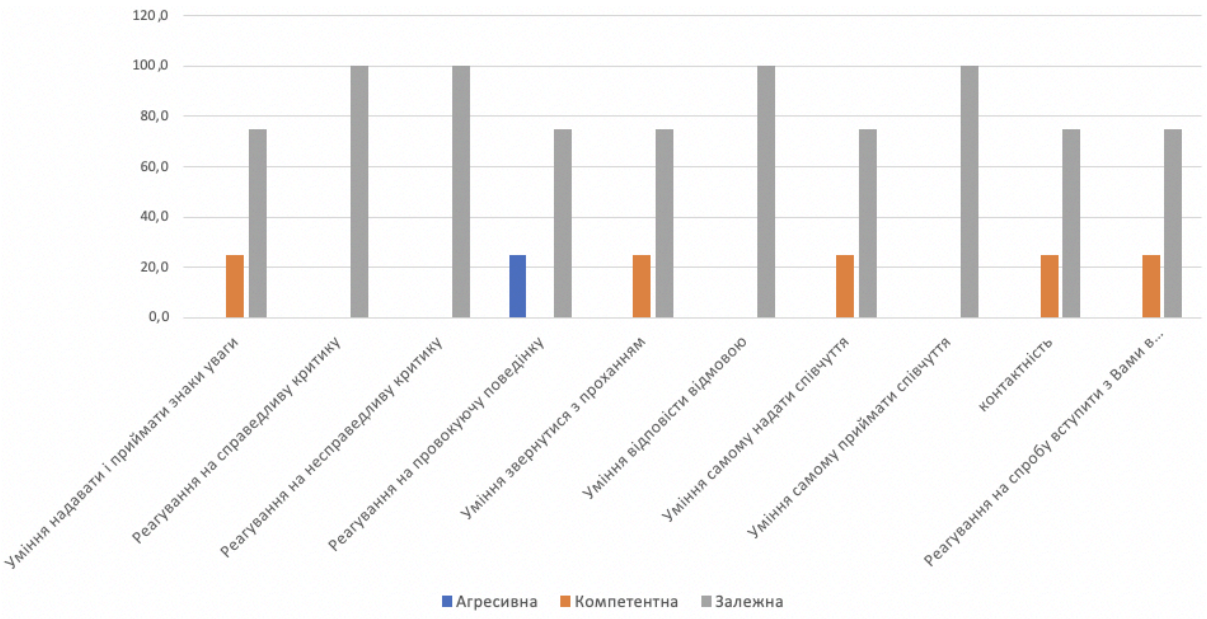


Рисунок 2.6. Розподілення результатів осіб з превалюючим типом поведінки в конфлікті «пристосування» за методикою Міхельсона, у %. Джерело: складено автором.

Профіль майже однорідний: у всіх шкалах упевнено домінує залежна/поступлива лінія. Найвищі значення фіксуються у реакціях на несправедливу критику та відмову (переважає непряма, ухильна стратегія), а також у контактності й реагуванні на спроби вступити в контакт — тут радше підтримується зовнішня ввічливість без переходу до активної взаємодії. Подібний «пасивно-охоронний» патерн простежується і в емпатичних епізодах: приймати чи надавати співчуття легше, ніж чітко артикулювати власні межі.

Компетентна лінія всюди стабільно низька: просідання особливо помітне у зверненні з проханням та відповіді відмовою, що свідчить про дефіцит асертивності. Агресивна модель практично відсутня, лише точково з’являється у відповіді на провокації, тобто силового тиску ця група не використовує.

Комунікативний стиль «уникнення» забезпечує короткочасне зниження напруги, але ціною невисловлених потреб і відкладених конфліктів. Зони розвитку — тренування асертивності у двох вузлах: чітке

формулювання прохання та коректна відмова, а також рольові репетиції відповідей на несправедливу критику й провокації з фокусом на збереженні контакту без самопоступок.

Методика В.В. Бойка призначена для виявлення того, які захисні способи реагування людина найчастіше вмикає саме у міжособистісній взаємодії — коли постає загроза самооцінці, з'являється критика, невизначеність, напруження чи конфлікт. Спираючись на уявлення про механізми психологічного захисту, адаптовані до комунікативного контексту, інструмент фіксує переважаючу (домінуючу) стратегію та другорядні варіанти, що формують індивідуальний «захисний профіль» спілкування.

Захисними стратегіями за даною методикою є агресія, уникнення та миролюбність. Результати вибірки представлені на рисунку 2.7.

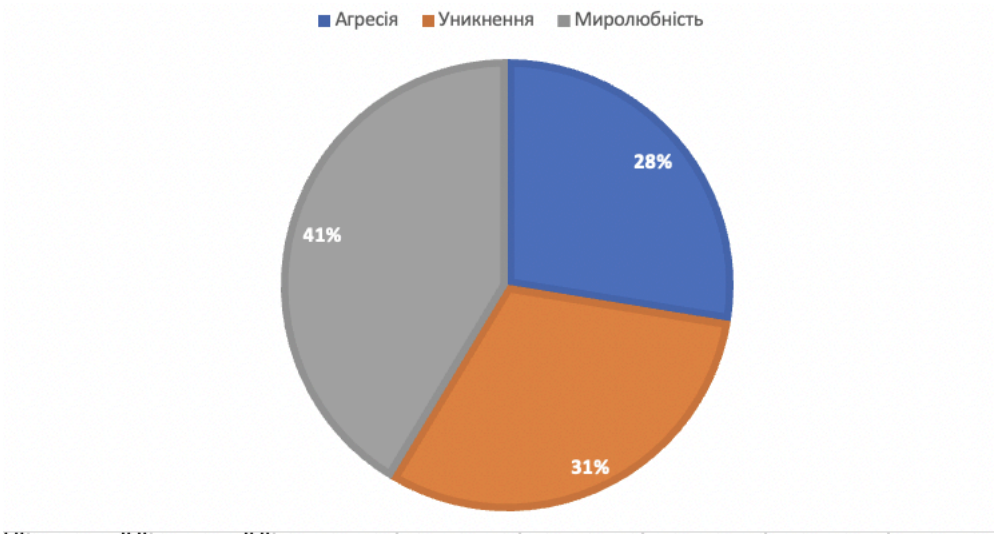


Рисунок 2.7. Розподілення результатів осіб за методикою Бойка, у %. Джерело: складено автором.

Кругова діаграма показує співвідношення трьох стратегій захисту у спілкуванні: миролюбність — 41%, уникнення — 31%, агресія — 28%.

Домінує миролюбність (41%): перевага підтримувальної, доброзичливої взаємодії, схильність зберігати стосунки та шукати м’які рішення; низький ризик ескалації.

Відчутна частка уникнення (31%): тенденція «згладжувати» напругу через відхід/замовчування. Ризики — відкладені конфлікти, слабший зворотний зв’язок, накопичення невдоволення.

Агресія (28%): не домінує, але помітна; у стресі можливі жорсткі реакції, різка критика, тиск.

Загальна картина: кооперативна база з двома протилежними «векторами» — ухиленням і силовим відстоюванням. Жодна стратегія не перевищує 50%, тож профіль гнучкий, але потребує налаштування.

За умови розвитку асертивності й роботи з уникненням/агресією група має високий потенціал до конструктивної взаємодії.

На рисунку 2.8 представлене співставлення результатів вибірки за методикою діагностики домінуючої стратегії психологічного захисту в спілкуванні В.В. Бойко та «Опитувальник Томаса-Кілманна: типи поведінки у конфлікті»

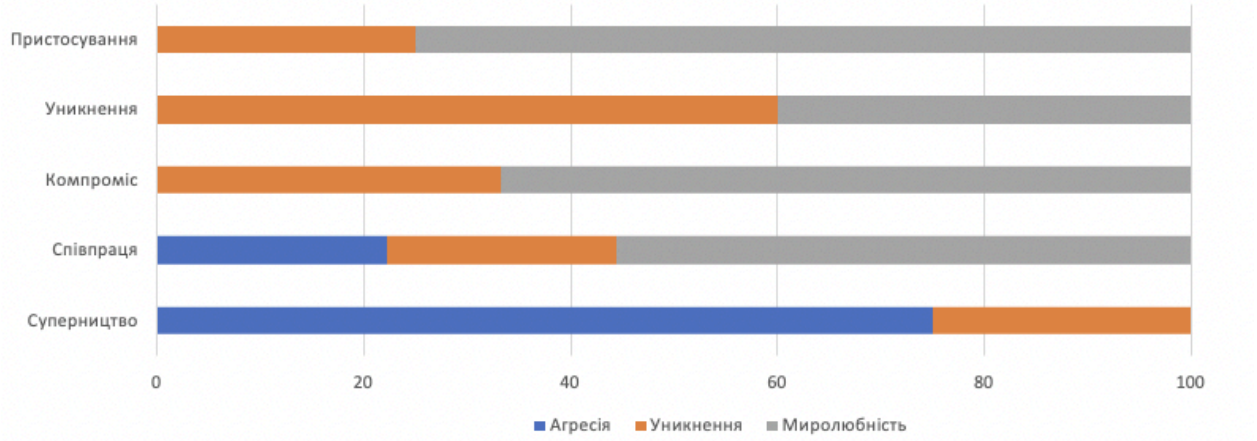


Рисунок 2.8. Співставлення результатів за методикою Бойка та Томаса-Кілмана, у %. Джерело: складено автором.

Рисунок 2.8 демонструє, з яких саме захисних стратегій за Бойком (агресія, уникнення, миролюбність) «складаються» п’ять стилів поведінки в конфлікті за Томасом-Кілманом.

Суперництво: базується переважно на агресії (~75%) з домішкою уникнення (~25%). Це про жорстке відстоювання позиції, швидкі силові кроки; ризик — ескалація та «виграш ціною стосунків». Співпраця: найбільш «змішаний» профіль — домінує миролюбність (~55%) за наявності помірної агресії (~25%) і уникнення (~20%). Баланс емпатії та асертивності, здатність інтегрувати інтереси; потребує часу й навички фасилітації. Компроміс: головним патерном є миролюбність (~70%) з часткою уникнення (~30%). Орієнтація на швидке зниження напруги через взаємні поступки; ризик «напіврішень» і відкладених питань. Уникнення: ядро — уникнення (~60%) у поєднанні з миролюбністю (~40%). Напруга знімається відходом від теми; ризики — невисловлені потреби, хронічні «хвости». Пристосування: переважає миролюбність (~75%) з помірним уникненням (~25%). Збереження стосунків ціною власних цілей; можливі виснаження та приховане незадоволення. Загальний фон схиляється до миролюбності та уникнення (кооперативність із тенденцією «згладжувати кути»), а відверта агресія сконцентрована майже винятково у стилі «суперництво».

Оцінювання комунікативного контролю у міжособистісній взаємодії (адаптована версія тесту М. Снайдера) спрямоване на визначення ступеня свідомого регулювання індивідом власних вербальних і невербальних проявів відповідно до вимог соціальної ситуації. Комунікативний контроль виступає ключовою передумовою організації неконфліктної взаємодії та системно пов’язаний із характеристиками емоційної сфери й рівнем саморегуляції.

Результати за вибіркою представлені на рисунку 2.9.



Рисунок 2.9. Результати вибірки за методикою Оцінювання комунікативного контролю у міжособистісній взаємодії (адаптована версія тесту М. Снайдера), у %. Джерело: складено автором.

У вибірці переважає високий комунікативний контроль — 41%, далі йде середній — 31% та низький — 28%. Отже, у більшості респондентів сформована здатність свідомо регулювати вербальні й невербальні прояви відповідно до ситуаційних вимог, що потенційно знижує конфліктність взаємодії та підвищує ефективність ділового спілкування.

Разом із тим структура є відносно збалансованою: майже третина демонструє середній рівень (ситуативна гнучкість за умови помірної саморегуляції), а близько чверті — низький рівень (спонтанність, пряма експресія емоцій, вища ймовірність імпульсивних реакцій у стресі).

Для групи з високим контролем варто стежити за ризиком «пере-контролю» (втрата автентичності, затримка зворотного зв’язку); доцільні тренінги асертивності й щирого конструктивного фідбеку. Для середнього рівня — закріплення стабільних стратегій саморегуляції. Для низького рівня — розвиток навичок емоційної саморегуляції, паузи в комунікації, робота з невербальними сигналами.

Конфлікт є потужним стресором, що оголює індивідуальні відмінності у саморегуляції: для одних він минає без емоційної ескалації, для інших — запускає імпульсивні реакції й ризик нервового зриву.

Оцінювання врівноваженості в конфліктах і схильності до зривів покликане виявити, наскільки людина зберігає когнітивний контроль, контролює імпульси та витримує фрустрацію у напружених ситуаціях. Таке вимірювання дає підстави окреслити «зони ризику» й захисні фактори, а також задати вектор індивідуальної профілактики: від розвитку емоційної саморегуляції й технік деескалації до тренування асертивної комунікації.

Розподілення результатів за методикою «Оцінка врівноваженості в конфліктах і схильності до нервових зривів» та співставлення їх з методикою Томаса-Кілмана представлена на рисунку 2.10.

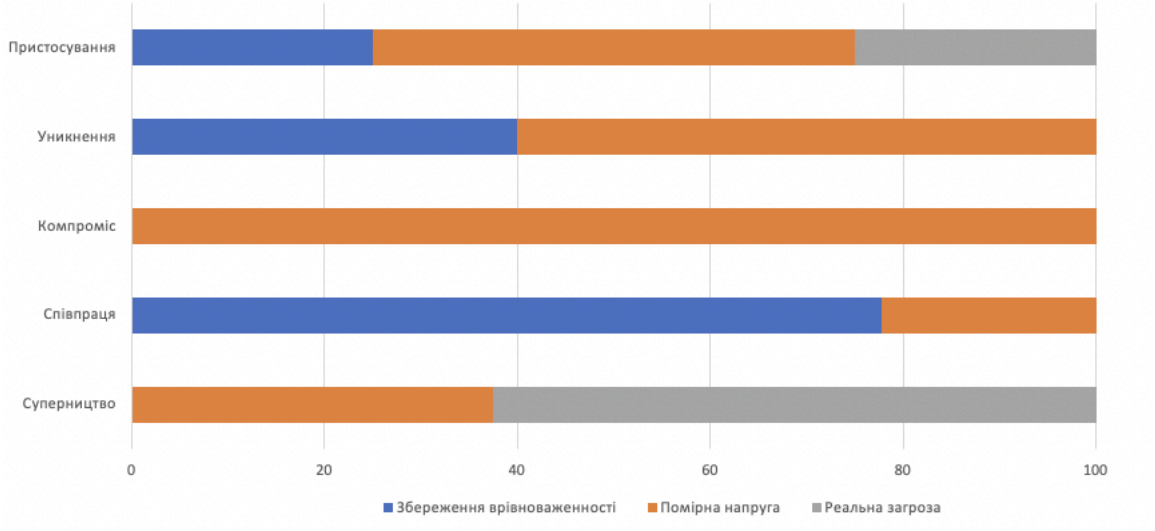


Рисунок 2.10. Співставлення результатів вибірки за методикою "Оцінка врівноваженості в конфліктах і схильності до нервових зривів» та методики Томаса-Кілмана, у %. Джерело: складено автором.

Діаграма порівнює, як рівні емоційної стійкості у конфлікті («збереження врівноваженості», «помірна напруга», «реальна загроза зриву») розподіляються всередині п’яти стилів за Томасом-Кілманом.

Співпраця: переважно стійкість (~75–80%), решта — помірна напруга (~20–25%), випадків «реальної загрози» немає. Це найрезилієнтніший стиль: високий самоконтроль, конструктивна

взаємодія. Уникнення: комбінація стійкості (~40%) і помірної напруги (~60%), без «загрози зриву». Напруга радше «заморожується», ніж розв'язується. Компроміс: 100% помірної напруги. Стиль знижує ескалацію, але залишає фонове емоційне напруження. Пристосування: змішаний профіль — стійкість (~25%), помірна напруга (~50%) і помітна частка реальної загрози (~25%). Ризик виснаження через поступки та невисловлені потреби. Суперництво: реальна загроза домінує (~60–65%), інше — помірна напруга (~35–40%); стійкість відсутня. Найвищий ризик емоційної дезорганізації.

Співставлення результатів за тестом Бойка та рівнем стресу представлено на рисунку 2.11.

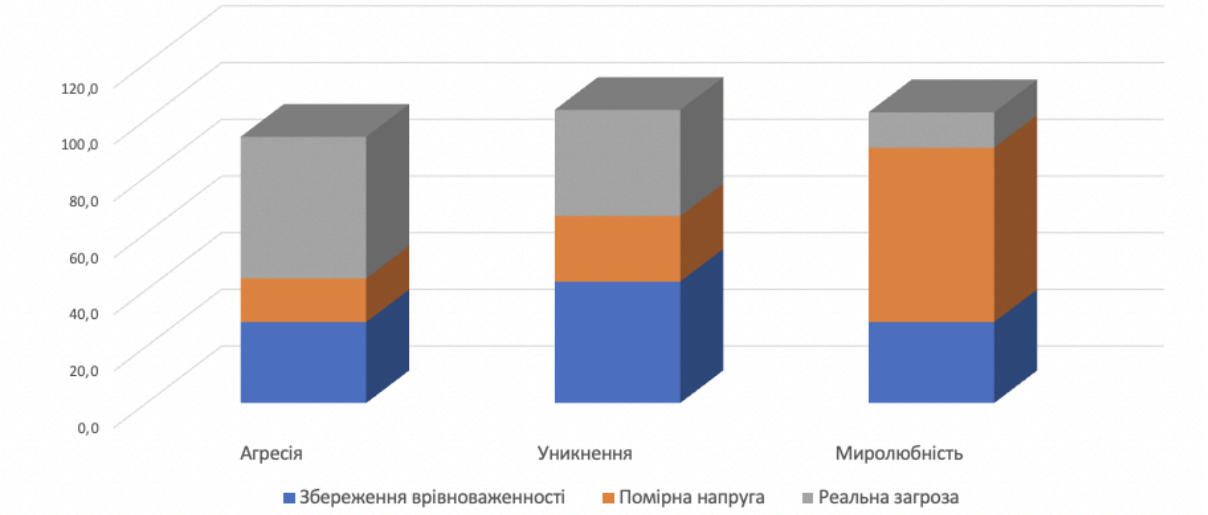


Рисунок 2.11. Співставлення результатів вибірки за методикою "Оцінка врівноваженості в конфліктах і схильності до нервових зривів» та методики Бойка, у %. Джерело: складено автором.

Діаграма відображає, як три стратегії комунікативного захисту за В.В. Бойком — агресія, уникнення та миролюбність — пов'язані з рівнями емоційної стійкості у конфлікті: збереження врівноваженості, помірна напруга та реальна загроза зриву.

Агресія. Найбільшу частку складає «реальна загроза зриву» (сірий сегмент), тоді як врівноваженість виражена помірно, а помірна напруга —

відносно невелика. Це вказує на високий ризик емоційної дезорганізації під час конфлікту, імпульсивні реакції та ескалацію.

Уникнення. Профіль більш збалансований із перевагою збереження врівноваженості, однак помітні помірна напруга і суттєва частка реальної загрози. Такий патерн свідчить про «заморожування» напруги: зовнішній спокій підтримується ціною невирішених питань і внутрішнього накопичення стресу.

Миролюбність. Домінує помірна напруга у поєднанні з відчутною врівноваженістю та найменшою часткою реальної загрози. Це відповідає м'яким, кооперативним способам взаємодії, які знижують імовірність зриву, але потребують навичок асертивності, щоб не «розчиняти» власні інтереси.

Висновки до другого розділу.

Комплексна інтерпретація даних за методиками Міхельсона (комунікативні вміння), Томаса–Кілмана (стилі поведінки в конфлікті), В.В. Бойка (домінуючі стратегії психологічного захисту у спілкуванні), шкалою комунікативного контролю (адаптація М. Снайдера) та опитувальником «Оцінка врівноваженості в конфліктах і схильності до нервових зривів» дозволяє окреслити цілісний профіль вибірки й визначити точки розвитку командної взаємодії.

Розподіл стратегій за Бойком демонструє перевагу миролюбності (41%) за наявності суттєвих часток уникнення (31%) і агресії (28%). Таким чином, базова орієнтація групи — на підтримку стосунків і запобігання ескалації, однак у відповідь на напруження активуються два взаємно протилежні компенсаторні вектори — відхід від проблеми або силове відстоювання позиції. Ця конфігурація пояснює подальші результати за іншими інструментами.

Профілі за стилями Томаса–Кілмана є диференційованими. Для співпраці фіксуються найвищі показники «компетентної» лінії майже в усіх модулях (реагування на критику, надання/прийняття співчуття, установлення контакту), що свідчить про сформованість партнерської комунікації та здатність поєднувати емпатію з конструктивною наполегливістю. Компроміс демонструє високу контактність і підтримувальні дії, але «просідання» у вузлах, де потрібна чітка артикуляція меж (відмова, відповідь на несправедливу критику, провокації): тут зростає частка залежного/поступливого реагування. Для уникнення домінує залежна лінія в більшості показників за одночасного збереження базових підтримувальних практик; головний дефіцит — асертивність (звернення з проханням, відмова, відповідь на тиск). У стилі суперництва спостерігається помітне переважання агресивної моделі, особливо у ситуаціях провокації та під час встановлення контакту; компетентні реакції виявляються, але не визначають загального профілю.

За тестовою методикою «Комунікативний контроль» (адаптація М. Снайдера) переважає високий комунікативний контроль (41%), за ним ідуть середній (31%) та низький (28%) рівні. Отже, більшість учасників здатні свідомо регулювати вербальні й невербальні прояви відповідно до ситуаційних вимог, що знижує імовірність «гарячих» конфліктів. Водночас майже третина має середній рівень (ситуативна варіативність зі схильністю до коливань у стресі), а понад чверть — низький рівень контролю, що підвищує ризик імпульсивних реакцій у гострих епізодах. Цей результат методично узгоджується з наявністю помірних часток агресії та уникнення у профілі Бойка.

Врівноваженість/ризик зривів у зіставленні зі стилями та стратегіями - крос-аналіз показує чіткі закономірності. Для співпраці домінує збереження врівноваженості, поодинокі випадки — помірна напруга, без «реальної загрози зриву». Компроміс відповідає помірній

напрузі як «фоновому» стану: конфлікт не загострюється, але емоційний залишок не зникає. Уникнення поєднує стійкість і помірну напругу, утім це радше «заморожена» напруга з ризиком накопичення невдоволення. Пристосування демонструє мішану картину з помітною часткою реальної загрози; ймовірне виснаження через хронічні поступки. Найуразливішим щодо дезорганізації є суперництво: провідною є реальна загроза зриву (понад 60%) за відсутності стійкості. У зіставленні з моделлю Бойка найвищий ризик зривів асоційований з агресивною стратегією; миролюбність корелює з нижчою загрозою та частіше з помірною напругою; уникнення дає короткочасну стабілізацію за ціною відкладених проблем.

Отримані дані узгоджено вказують на кооперативний потенціал групи (сильні позиції співпраці, високий комунікативний контроль у частини вибірки) та одночасно — на дефіцит асертивності в «критичних вузлах» спілкування. Типові «пастки» — складнощі з чіткою відмовою, конструктивною відповіддю на несправедливу критику, реакцією на провокацію, а також формулюванням власних прохань. У цих точках спрацьовують або поступливі/уникальні, або надмірно жорсткі схеми, що підвищує імовірність хронічної напруги або коротких емоційних зривів. У термінах регуляції це відповідає недостатньому балансу між емпатією і наполегливістю: на тлі загальної миролюбності бракує інструментів «спокійної сили».

Нами пропонуються такі практичні рекомендації на основі отриманих даних:

- Асертивність як ключова компетенція. Запровадити модулі «Я-повідомлень», вправи на короткі скрипти відмови.
- Деескалація та саморегуляція. Для груп із підвищеною агресивністю — протоколи паузи (STOP-техніка), дихальні практики (box-breathing), «правило 6 секунд», когнітивна переоцінка перед

відповіддю. Для уникальних патернів — поетапне входження в «складні розмови» через підготовлений сценарій і безпечні формати (1:1, фасилітовані зустрічі).

- Зворотний зв’язок і робота з критикою. Впровадити стандарт поведінка → вплив → очікування; навчити відрізняти справедливу/несправедливу критику, відповідно — дякувати, ставити уточнення або твердо окреслювати межі («Що саме ви маєте на увазі?», «Давайте зосередимося на фактах/критеріях»).
- Командні норми і психологічна безпека. Зафіксувати правила ескалації, канали для раннього підняття проблем (короткі чек-іни, регулярні one-on-ones, ретроспективи), ритуали «без покарання за помилку». Це зменшує тиск, що живить як агресивні, так і уникальні реакції.

РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНА ПРОГРАМА РОЗВИТКУ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ЛІКАРЯ ЯК ЧИННИК ВИРІШЕННЯ ПРОФЕСІЙНИХ КОНФЛІКТІВ

3.1. Теоретико-методологічні засади розвитку комунікативної компетентності особистості

У межах психологічної програми розвитку комунікативної компетентності лікаря, спрямованої на профілактику й конструктивне розв’язання професійних конфліктів, варто використовувати персонально-орієнтовану та діяльнісну парадигми. Така оптика організації комунікації в освітньо-клінічному процесі передбачає автономію здобувача щодо добору прийомів і засобів взаємодії, забезпечує автентичне самовираження в різних навчальних і клінічних епізодах, створює умови для самоактуалізації та особистісного зростання. Це, своєю чергою, формує проактивну позицію, навчальну готовність, здатність брати на себе відповідальність і ефективно опановувати проблемно-конфліктні завдання

завдяки партнерській, довірчій, суб’єкт–суб’єктній взаємодії з пацієнтами, їхніми родичами та мультидисциплінарними командами.

З позицій медичного працівника поєднання особистісного й діяльнісного підходів означає інтеграцію зовнішніх і внутрішніх детермінант мотивації: до зовнішніх відносимо орієнтацію на досягнення, дотримання професійних стандартів і безпеки пацієнта; до внутрішніх — пізнавальний інтерес, етичну залученість, прагнення до смислотворення. Така єдність забезпечує поступову інтерналізацію нових форм, правил і процедур комунікативної діяльності: від структурованої передачі інформації, протоколів оголошення складних новин, технік деескалації та переговорів — до практик спільного прийняття рішень. Результатом стає розгортання компетентності як інтегралу знань, умінь і ставлень, а також цілеспрямоване й ефективне формування механізмів саморегуляції та самооцінювання.

Дизайн навчання спирається на досвідне циклічне опанування й «deliberate practice» [4]: сценарні симуляції зі стандартизованими пацієнтами, рольові вправи, клінічні розбори конфліктних кейсів, відеофідбек із фасилітованим дебрифінгом, взаємооцінювання та наставництво. Окремий акцент варто зробити на розвитку метакогнітивних і емоційно-регулятивних навичок (усвідомлення тригерів, управління афектом під тиском часу, толерантність до невизначеності), а також на мікрокомпетенціях лікаря: активне слухання, емпатійне віддзеркалення, уточнювальні питання, фокусування на інтересах, а не позиціях, прозора аргументація, конструктивний фідбек, ведення переговорів і медіація. Саме цей набір інструментів знижує інтенсивність міжособистісних напружень у клініці, підвищує задоволеність пацієнтів та командну узгодженість, сприяючи превенції ескалацій і швидшій трансформації суперечностей у рішення.

Теоретико-методологічне підґрунтя програми розвитку комунікативної компетентності має будуватись на поєднанні компетентнісного, діяльнісного, системного та гуманістичного підходів, а також соціально-конструктивістської логіки навчання [79]. Комунікативна компетентність розглядається як інтегральна характеристика особистості, що поєднує когнітивний, афективний і поведінковий компоненти, опосередкована рефлексивною саморегуляцією та ціннісно-смисловою орієнтацією суб'єкта у взаємодії. Методологічна рамка передбачає поступальне формування вмінь через досвідне навчання, перенесення знань у реальні ситуації, поєднання формативного оцінювання із самоспостереженням і самооцінкою, а також створення безпечного освітнього середовища, що підтримує автономію та внутрішню мотивацію.

У такій оптиці проєктування і впровадження програми вимагає логічної структурованості матеріалу, рефлексивної спрямованості, суб'єктної активності учасників і органічного зв'язку теорії з практикою. Звідси випливає необхідність чітких операційних принципів, що задають рамку змісту, процесу та очікуваних результатів навчання. Нижче окреслено саме ті принципи, які забезпечують методичну цілісність програми та узгоджують її з сучасними науковими уявленнями про розвиток комунікативної компетентності особистості.

Принцип рефлексивної усвідомленості. Стійкі, взаємно узгоджені взаємини можливі тоді, коли індивід здатен критично осмислювати та коригувати власні способи взаємодії. Йдеться про рефлексію щодо особистих позицій, ціннісних орієнтацій, диспозицій і комунікативних стратегій. Саме завдяки такому самоусвідомленню суб'єкт може трансформувати манеру контактування, модифікувати поведінкові патерни й вибудовувати більш ефективні, соціально значущі форми взаємодії.

Принцип добровільної участі. Результативність заходів підвищується за умов внутрішньої готовності до змін: прагнення подолати

деструктивні комунікативні зразки, набути досвіду продуктивної, збалансованої взаємодії, конструктивного спілкування та розв'язання складних ситуацій. Необхідно підтримувати природну мотивацію до пошуку дієвих способів співпраці з оточенням і розвивати інтерес до особистісного зростання у сфері комунікації.

Принцип системності та поетапності. Психологічний супровід формування комунікативної компетентності має реалізовуватися у логічно впорядкованій послідовності. Когнітивне засвоєння є більш повним і міцним, коли матеріал структуровано, а смислові зв'язки між компонентами прозорі. Тому знання й уміння мають опановуватися в окресленій системі: кожний наступний компонент спирається на попередній, інтегрується з ним і готує підґрунтя для подальшого розширення змісту.

Принцип суб'єктної активності. Одних зовнішніх впливів замало для якісних змін у сфері спілкування. Системоутворювальним чинником виступає внутрішня установка особистості, яка формується через власну активність. Важливо створювати умови для усвідомленого волевиявлення щодо зміни поведінки, стимулювати опанування нових, результативних форматів взаємодії з урахуванням індивідуально-психологічних особливостей. З цією метою добираються адекватні засоби та методи розвитку когнітивної ініціативності й навчальної залученості.

Принцип інтеграції теорії та практики. Декларативних відомостей про комунікативну компетентність недостатньо; необхідне оволодіння процедурними й операційними аспектами її реалізації. Отже, теоретичні уявлення мають системно поєднуватися з тренуванням умінь і навичок, що забезпечують перенесення знань у реальні ситуації взаємодії.

Підхід діяльнісної орієнтації спирається на методологічні засади культурно-історичної школи Л. Виготського, теорії діяльності О. О.

Леонтьєва, дидактичних концептів І. Лернера та поетапного формування розумових дій П. Гальперіна [85].

Зміст діяльнісного підходу полягає в тому, що індивідуальні здібності формуються через зовнішню предметну активність, яка у процесі інтеріоризації трансформується у внутрішні психічні дії. Траєкторії особистісного, соціального та когнітивного розвитку зумовлюються тим, як організовано діяльність суб'єкта, насамперед навчальну. Набуті знання та операційні вміння розглядаються як елементи суспільно виробленого досвіду пізнання й перетворення реальності; вони не підлягають засвоєнню поза практичним виконанням дій. Інакше кажучи, знання набувають реальності лише у відповідних способах дії, а повнота та міцність їх привласнення визначаються різноманіттям і якістю видів активності, у межах яких ці знання функціонують.

Комунікативно-діяльнісна парадигма орієнтує медичного працівника на оволодіння спілкуванням як самостійним об'єктом: ідеться про розвиток та підтримання потреби у взаємодії, засвоєння через неї професійно релевантної й загальнокультурної інформації, а також про накопичення досвіду виконання власне комунікативних дій.

Компетентність — це інтегральна характеристика, що поєднує релевантні знання, когнітивні та операційно-поведінкові здатності й уможливлює обґрунтовані судження про певну галузь та результативну діяльність у її межах. Вона постає як наслідок присвоєння компетенцій — сукупності змістових доменів, у яких індивід добре орієнтується, має перевірені знання і накопичений практичний досвід. Поняття «компетенція» окреслює діяльнісний вимір освіти: здатність застосовувати засвоєний зміст у нових, непередбачених умовах, тобто прояв високого ступеня узагальнення знань і вмінь. Ідеться не про механічне нагромадження роз'єднаних елементів, а про оволодіння цілісною процедурою, у межах якої для конкретного навчального предмета

виокремлюється взаємопов’язаний комплекс компонентів особистісно-діяльнісного характеру [37].

У професійній комунікативній діяльності лікаря доцільно розрізняти кілька взаємопов’язаних складників. По-перше, адресат взаємодії — інша особа як активний суб’єкт (пацієнт, його близькі, члени команди). По-друге, потреба у контакті — спрямованість на розуміння іншого та, через віддзеркалення і зворотний зв’язок, на самопізнання й самокорекцію. По-третє, мотиви комунікації — підстави, заради яких здійснюється взаємодія (уточнення клінічної картини, забезпечення безпеки, спільне ухвалення рішень, профілактика ескалації тощо). Далі, комунікативні дії — елементарні одиниці поведінки, ініціювальні й відповідні; комунікативне завдання — ціль у конкретному епізоді (інформована згода, повідомлення складних новин, узгодження плану лікування, деескалація конфлікту); і, нарешті, результат взаємодії — матеріальні й нематеріальні наслідки (запис у медичній документації, досягнуті домовленості, зниження тривоги, підвищення прихильності до терапії, стабілізація командної координації).

Форми професійного мовлення в медицині охоплюють монолог (структуроване повідомлення лікаря — інструктаж, клінічний брифінг; провідна роль полягає в організації уваги адресата), діалог (взаємно активна взаємодія лікаря з пацієнтом чи колегою) та полілог (багатостороння комунікація під час мультидисциплінарних нарад, консиліумів).

Семантично близькі, але не тотожні поняття «спілкування» та «комунікація» доцільно розмежовувати. У логіці М. Кагана [63], спілкування описує міжсуб’єктну взаємодію, коли інший постає як унікальна активна особистість і взаємодія має діалогічний, двобічний характер; натомість комунікація позначає передусім процес передавання повідомлень, тобто інформаційний обмін. Для клінічної практики таке

розрізнення принципове: ефективний лікар поєднує точність інформаційної передачі з етичним і емпатійним виміром міжособистісного контакту.

Реалізація комунікативної діяльності потребує спеціалізованих знань, умінь і навичок. Під знаннями розуміють відображення реальності в категоріях фактів, понять, закономірностей і нормативних моделей взаємодії; у комунікативному вимірі йдеться про узагальнений досвід людства щодо типових ситуацій, причинно-наслідкових зв'язків і ефективних способів взаємодії у сфері охорони здоров'я.

Уміння — це здатність цілеспрямовано виконувати складні дії, спираючись на опановані знання й наявні навички; їх становлення, як правило, проходить стадіально: первинне ознайомлення зі способом дії, початкове відтворення, самостійне й дедалі точніше виконання у варіативних умовах [72].

Навички — компоненти дії, що з часом автоматизуються завдяки планомірним, свідомо організованим тренуванням; вони є структурними елементами умінь, а прості уміння можуть автоматизуватися до рівня навички [58]. Поділяємо підхід, за яким навичка — це автоматизоване, стійке виконання операції, тоді як уміння — свідоме керування системою взаємопов'язаних навичок для досягнення конкретної клінічної мети в реальній ситуації спілкування [68].

У руслі клінічної комунікації комунікативні уміння — це спроможність гнучко добирати й комбінувати наявні навички відповідно до цілей взаємодії (від інформованої згоди до деескалації напруження). До переліку таких умінь він відносить: саморегуляцію та вольовий контроль (керування власною поведінкою під тиском часу), спостережливість і когнітивну гнучкість (керування увагою в багатозадачних умовах), соціально-перцептивні здібності (ідентифікація емоцій за невербальними ознаками, побудова адекватної моделі співрозмовника й його психічного

стану), мовленнєво-немовленнєвий контакт (оптимальна побудова усного повідомлення, калібрування тону, пауз, жестів), а також гностичні уміння (усвідомлення, систематизація та перенесення релевантної інформації між ситуаціями) [86].

Л. Савенкова пропонує тривимірну структуру комунікативної діяльності: проєктування (постановка мети розмови, добір стратегії, окреслення очікуваних результатів), організація (структурування взаємодії, вибір формату — монолог, діалог, полілог; узгодження ролей і послідовності кроків), регулювання (моніторинг процесу, корекція тактики з урахуванням зворотного зв’язку пацієнта й команди) [77].

З погляду етикету професійної взаємодії, М. Васильєва акцентує на необхідності опанування стратегій поведінки в етикетно чутливих епізодах: співвіднесення нормативної вимоги з конкретним правилом, коректне «входження» в ситуацію та орієнтація в ній, урахування індивідуальних особливостей партнера, доречний вибір вербальних і невербальних засобів (мовлення, міміка, погляд, пози, жести), а також готовність діяти в нетипових умовах (культурні відмінності, високий емоційний фон, конфлікт інтересів).

Динаміку становлення комунікативної компетентності доцільно описувати рівнями, які виокремлював К. Платонов [68]: стартовий рівень уміння як усвідомлення мети дії, пошук прийомів її виконання, опора на наявні знання й розрізнені навички; переважає «проба й помилка»; частково сформоване уміння як виконання дій на основі уявлень про способи, використання раніше набутих, але ще не інтегрованих навичок; високорозвинене уміння як творче застосування знань і навичок, рефлексивний вибір засобів з урахуванням не лише цілі, а й мотивів стратегії; майстерність як варіативне, оригінальне поєднання різнорідних умінь із стабільно високим результатом у складних, невизначених і конфліктогенних ситуаціях.

Такий підхід забезпечує операційне «перекладання» теорії у практику: від самоконтролю й точного зчитування невербальних сигналів — до структурованої розмови та керованої деескалації в реальних клінічних сценаріях.

У процесі врегулювання внутрішньоколективних конфліктів слід виходити з того, що суб'єктом управління може виступати як безпосередній керівник підрозділу, так і неформальний лідер групи чи нейтральний медіатор. Ефективне управління конфліктом охоплює повний цикл дій: планування (програмування), профілактику, регулювання та остаточне розв'язання.

Запобігання ескалації можливе за умови системної профілактики, зокрема:

- послідовного піклування про задоволення обґрунтованих потреб і запитів персоналу;
- відповідального добору та розстановки кадрів із урахуванням індивідуально-психологічних особливостей;
- неухильного дотримання принципу соціальної справедливості у рішеннях, що зачіпають інтереси колективу;
- цілеспрямованого виховання культури спілкування та підвищення психолого-педагогічної компетентності працівників.

Алгоритм управління конфліктною ситуацією доцільно вибудовувати поетапно: ідентифікація та верифікація наявності конфлікту, досягнення мінімальної згоди щодо правил взаємодії на період врегулювання, формування робочих груп чи комісій для координації подальших кроків.

У практиці застосовують різноманітний комплекс технологій регулювання. Інформаційні: усунення дефіциту чи спотворень у даних про подію; забезпечення доступу лише до перевіреної, правдивої інформації. Комунікативні: організація конструктивних контактів між сторонами

конфлікту та їх прихильниками, фасилітація переговорів. Соціально-психологічні: робота з неформальними лідерами, зниження емоційного напруження, підтримка сприятливого соціально-психологічного клімату. Організаційні: вирішення кадрових питань, коректне використання систем заохочень і санкцій, уточнення ролей і регламентів. Вибір тактики залежить від змісту протиріччя, умов його виникнення та динаміки розвитку.

Методологічна рамка розвитку компетентності окреслює низку операційних принципів: рефлексивної усвідомленості, добровільної участі, системності й послідовності, суб'єктної активності, а також єдності теорії та практики. Їм кореспондують необхідні педагогічно-психологічні умови: безпечне й підтримувальне середовище, контекстуалізація навчальних завдань, варіативність форм взаємодії, наявність валідного зворотного зв'язку та можливості для багаторазового відпрацювання дій (настановне/цілеспрямоване тренування). У такій логіці знання набувають функціональності лише у способах дії, а якість їх привласнення визначається різноманіттям комунікативних ситуацій, у яких вони застосовуються.

3.2. Структура та зміст психологічної програми розвитку комунікативної компетентності лікаря як чинника вирішення професійних конфліктів.

Загальна мета тренінгового модуля полягає у підвищенні комунікативної компетентності лікарів як інтегрованої системи знань, умінь, установок і регулятивних механізмів, а також у розвиткові здатності до самопізнання, саморозвитку та професійної самореалізації в контексті профілактики й конструктивного розв'язання конфліктів.

Для досягнення цієї мети передбачається розгортання низки операційних завдань: поглиблення рефлексивної самосвідомості та

усвідомлення власних комунікативних ресурсів і обмежень; удосконалення мікрокомпетенцій міжособистісної взаємодії та зміцнення впевненості у спілкуванні з пацієнтами, їхніми родинами й членами мультидисциплінарної команди; формування збалансованої, валідної самооцінки як підґрунтя відповідальної професійної поведінки; опанування технік встановлення й підтримання ділового контакту та ведення ефективної розмови; розвиток умінь поведінкового аналізу та прогностичної оцінки реакцій комунікативних партнерів у типових і стресогенних клінічних ситуаціях; набуття інструментів емоційної регуляції у взаємодії — розпізнавання й валідизація емоцій, деескалація напруги, підтримка психологічної безпеки співрозмовника.

Зміст програми передбачає три тренінгові заняття тривалістю по 2 години кожне. Реалізація вибудовується у 3 послідовні фази. Вступний етап включає психологічні ігри та вправи, спрямовані на зниження емоційної напруги, формування доброзичливої, підтримувальної атмосфери та відчуття психологічної безпеки для всіх учасників; на цьому ж етапі здійснюється ритуал вітання, окреслення очікувань і прийняття правил групової роботи. Основний етап орієнтований на розширення знань і уявлень щодо професійної комунікації, набуття нових навичок і установок, конструювання та відпрацювання індивідуальної стратегії поведінки, осмислення отриманого досвіду й формування ціннісно значущої особистісної концепції взаємодії; для цього застосовуються мінілекції та керовані бесіди, сюжетно-рольові ігри, дискусії й обговорення, а також інші активні методи групового навчання. Завершальний етап передбачає підбиття підсумків виконаної роботи, інтелектуальну та емоційну рефлексію здобутого досвіду і ритуал прощання, що фіксує результати та забезпечує психологічно коректне завершення тренінгового циклу.

План психологічної програми представлений в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1.

План психологічної програми розвитку комунікативної компетентності лікаря як чинника вирішення професійних конфліктів

	Назва	Мета	Тривалість
1	Професійна самопрезентація лікаря: ідентичність, межі, контакт	Сформувати безпечний груповий простір, прояснити очікування, розпочати роботу з професійною ідентичністю та навичками короткої структурованої самопрезентації в клінічних ситуаціях (пацієнту, родині, колезі, на консиліумі).	2 години
2	Активне слухання в медицині: від емпатії до структурованої інформації	Розширити репертуар технік активного слухання й перевірки розуміння; навчитися керувати емоційною динамікою розмови та точніше зчитувати соціально-перцептивні сигнали.	2 години
3	Креативне управління конфліктами: деескалація, переговори, домовленості	Опанувати інструменти превенції та врегулювання напружень у взаємодії «лікар–пацієнт–родина–команда»; навчитися конструювати рішення, зорієнтовані на інтереси сторін.	2 години

Заняття 1. Професійна самопрезентація лікаря: ідентичність, межі, контакт (2 год).

Структура і зміст:

Підготовчий блок (20 хв). Ритуал привітання; узгодження цілей модуля; контракт групи (конфіденційність, етика зворотного зв’язку, психологічна безпека); вправа «Оптимальна дистанція» (усвідомлення особистих кордонів у контакті).

Навчально-практичний блок (85 хв). Вправи, що наведені в плані, представлені в додатку Є.

Мінілекція «Самопрезентація як клінічна мікрокомпетенція» (структура, тривалість, адаптація під адресата; типові помилки й когнітивні упередження).

Вправа-метафора «Фото професійності»: вибір зображення, що відображає стиль взаємодії; короткий усний narrative з фасилітованим обговоренням.

Вправа «Унікальність практики»: ідентифікація сильних сторін, ролей і ціннісних орієнтацій у взаємодії «лікар–пацієнт–команда».

60-секундний клінічний pitch самопрезентації (індивідуально → парне взаємооцінювання → груповий фідбек за чек-листом).

Рефлексія та підсумок (15 хв). Індивідуальна нотатка «Що беру в практику завтра?».

Матеріали і методи: картки-метафори/зображення, таймер, фліпчарт, чек-лист самопрезентації.

Оцінювання: короткий вхідний самоаудит компетенцій; рубрика на 5 критеріїв (структура, ясність, доречність, етика, контакт).

Домашнє завдання: відпрацювати самопрезентацію у трьох контекстах (пацієнт, колега, керівник), зафіксувати спостереження у рефлексивному щоденнику.

Заняття 2. Активне слухання в медицині: від емпатії до структурованої інформації (2 год)

Структура і зміст:

Підготовчий блок (15 хв). Ритуал привітання; розігрів «Дзеркало» (точність віддзеркалення вербальних/невербальних сигналів).

Навчально-практичний блок (95 хв). Вправи, що наведені в плані, представлені в додатку Ж.

Мінілекція «Техніки активного слухання в клініці.

Рольова вправа «Хто переді мною?»: короткі інтерв'ю з «пацієнтом» для побудови гіпотези про потреби/цінності; фідбек за матрицею спостереження.

Кейс-гра «Детектив: заповни прогалину»: відновлення клінічної історії за фрагментованими повідомленнями; тренування уточнення і структурування.

Рефлексія та підсумок (10 хв). Індивідуальний план поліпшень (одна навичка → одна ситуація → один показник успіху).

Домашнє завдання: застосувати набутих навичок у реальному спілкуванні; занотувати ефекти та труднощі.

Заняття 3. Креативне управління конфліктами: деескалація, переговори, домовленості (2 год)

Структура і зміст:

Підготовчий блок (15 хв). Ритуал привітання; вправа довіри «Дружні руки» (коротка командна координація).

Навчально-практичний блок (95 хв). Вправи, що наведені в плані, представлені в додатку З.

Вступна мінілекція «Модель конфлікту: тригери, позиції, інтереси, потреби»; коротко про деескалацію, «Я-повідомлення», межі і коректне «ні».

Парна вправа «Вузький місток»: переговори в умовах браку ресурсів; пошук win-win варіантів; аналіз тактик (позиційні vs інтерес-орієнтовані).

Практикум «Словник емоцій»: точне найменування афектів, валідація емоцій пацієнта/колеги; репертуар деескалаційних реплік.

Рефлексія, підсумок і перенесення (10 хв). Формулювання угоди про зміни (2 конкретні поведінкові зобов'язання на 2 тижні) та критерії самоконтролю.

Горизонтальні компоненти програми.

Трансфер у практику: рефлексивний щоденник, план особистих експериментів, peer-coaching між сесіями.

Етика і безпека: конфіденційність, інформованість учасників, право «пасу» на чутливих вправах, уважність до ознак емоційної перевтоми.

Індикатори ефективності: зростання точності самопрезентації; покращення якості Я-повідомлень; зниження випадків ескалації у симуляціях; підвищення самооцінки комунікативної готовності.

Узгоджені таким чином теми, вправи та способи оцінювання забезпечують поступове нарощування знань, умінь і установок — від безпечного встановлення контакту та ясної самопрезентації до точного слухання й керованої деескалації конфліктів — і тим самим підсилюють внесок лікаря у профілактику та конструктивне вирішення професійних суперечностей.

Висновок до розділу 3.

Підсумовуючи теоретико-методологічні засади й прикладні рішення, окреслені впродовж розділів, доходимо висновку, що комунікативна компетентність лікаря є інтегральною характеристикою професіонала, яка поєднує когнітивні знання, емоційно-регулятивні механізми, поведінкові мікровміння, етичні настанови та рефлексивно-оцінні здатності. Вона формується не стільки через декларування правил, скільки через інтеріоризацію соціального досвіду професійної взаємодії, цілеспрямоване тренування у типових і стресогенних клінічних сценаріях та рефлексивне осмислення власних дій. Системна вага цієї компетентності особливо виявляється в контексті профілактики й конструктивного розв’язання професійних конфліктів — як у відносинах «лікар–пацієнт–родина», так і в міжфахових командах.

Запропонована програма спирається на узгоджене поєднання компетентнісного, діяльнісного та комунікативно-діяльнісного підходів у межах гуманістичної та системної парадигм. Її методологічне ядро задають принципи рефлексивної усвідомленості, добровільної участі, поетапності, суб'єктної активності та єдності теорії з практикою. У такій рамці знання набувають функціональності лише тоді, коли вбудовуються у способи дії, а якість привласнення змісту визначається різноманіттям ситуацій застосування, валідним зворотним зв'язком і можливістю багаторазового відпрацювання. Водночас розвиток компетентності неможливий без підтримувального середовища: психологічної безпеки групи, прозорих правил взаємодії, етичної чутливості до ролей і владних асиметрій, толерантності до невизначеності та помилок як ресурсів навчання.

Структурно програма організована у три взаємодоповнювальні модулі, які послідовно нарощують складність і наближають навчання до реальних вимог клінічної практики. Перший модуль зосереджений на професійній самопрезентації, ідентичності й кордонах. Другий модуль поглиблює техніки активного слухання й соціальної перцепції. Третій модуль опановує інструменти креативного врегулювання напружень. Це дозволяє перемістити фокус комунікації з позиційного протиставлення на роботу з інтересами сторін і спільне конструювання рішень.

Очікувані результати охоплюють кілька шарів. На індивідуальному рівні — розширення репертуару комунікативних дій, точніше розпізнавання емоцій і намірів співрозмовника, зростання впевненості, підвищення толерантності до невизначеності, зменшення ризику професійного вигорання завдяки кращій регуляції емоційних епізодів взаємодії. На міжособистісному рівні — поліпшення якості контакту з пацієнтами та їхніми родинами, зростання прихильності до лікування, зменшення кількості непорозумінь, конфронтацій та скарг. На командному рівні — точніша координація дій, швидший спільний ситуаційний аналіз,

узгодженість рішень і прозора відповідальність, що прямо впливає на безпеку та ефективність клінічної допомоги.

Водночас слід визнати обмеження й умови успішної імплементації. Коротка тривалість базового циклу (три сесії по дві години) задає імпульс, але не гарантує стійких змін без підсилювальних заходів: «бустерних» зустрічей, супервізій, peer-coaching та інтеграції в систему безперервного професійного розвитку.

Таким чином, розроблена нами програма демонструє внутрішню логіку переходу від теоретико-методологічних засад до операційних рішень, які безпосередньо впливають на поведінку лікаря у складних взаємодіях. З огляду на масштаби викликів сучасної охорони здоров’я, інвестування в системні програми комунікативної підготовки видається не лише педагогічно виправданим, а й стратегічно необхідним кроком до стійкої та людяної клінічної практики.

ЗАГАЛЬНИЙ ВИСНОВОК

У роботі нами показано, що для сучасної медицини комунікація виступає не лише «технікою спілкування», а професійним ресурсом, який прямо впливає на якість взаємодії, рівень напруження в команді та довіру пацієнта. Теоретичний аналіз дав змогу узгодити психологічні підходи до розуміння конфлікту й професійної взаємодії в медичному середовищі та уточнити, що конфліктогенність у роботі лікаря формується не окремою подією, а поєднанням умов, ролей, очікувань і стилів реагування, які повторюються у щоденних контактах.

У межах дослідження було окреслено зміст комунікативної компетентності як інтегративної характеристики, що поєднує знання про взаємодію, уміння будувати контакт і вести діалог, чутливість до емоційного стану співрозмовника, здатність керувати власною напругою та етичну відповідальність у складних ситуаціях. Таке розуміння дозволило перейти від загальних міркувань до практично вимірюваних компонентів і розглядати комунікацію як систему навичок, яку можна розвивати цілеспрямовано.

Емпірична частина, виконана на вибірці 29 лікарів віком 27–35 років у червні 2025 року. Нами було конкретизовано типові контури професійних суперечностей і способи реагування на них. Отримані дані засвідчили перевагу стилю співпраці у конфлікті, водночас суттєво представленими залишаються уникнення та силове наполягання, а компроміс використовується рідше. Це означає, що опитувані у цілому мають потенціал до партнерських рішень, але потребують точнішого налаштування комунікативних інструментів у ситуаціях тиску, невизначеності та дефіциту часу.

Порівняння результатів за методиками, що відображають комунікативні уміння, захисні стратегії у взаємодії, рівень самоконтролю та емоційну стійкість, дозволило простежити зв’язок між якістю

комунікації й напруженістю конфліктних епізодів. Більш конструктивні стилі узгоджуються з більшою стабільністю та керованістю реакцій, тоді як агресивні або жорстко конкурентні патерни асоціюються з підвищеним ризиком ескалації та емоційної дезорганізації. Окремої уваги потребують ділянки, пов’язані з упевненим встановленням меж, відповіддю на критику та здатністю витримувати провокаційні повідомлення без втрати професійної позиції.

На підставі узагальнення результатів визначено комунікативні чинники ризику, серед яких помітні тенденції до «згладжування» напруги ціною невисловлених потреб, коливання між поступливістю і різкими реакціями у стресі, а також надмірний контроль самовираження, що інколи послаблює живий контакт. Водночас виявлено чинники захисту, які підтримують продуктивну взаємодію, зокрема готовність до кооперації, орієнтація на діалог, уміння слухати й утримувати структуру розмови, а також наявність навичок саморегуляції, які допомагають не переносити робоче напруження на пацієнта чи колег.

Практичним підсумком роботи стала розробка тренінгового блоку розвитку комунікативної компетентності, спрямованого на профілактику конфліктів і підвищення якості професійної взаємодії. Тренінговий блок програми вибудовується як короткий, але інтенсивний цикл групового навчання, у якому поступово переводиться акцент із усвідомлення власного стилю спілкування на відпрацювання конкретних дій у типових клінічних ситуаціях. Передбачається проведення трьох занять тривалістю дві години, а логіка роботи розгортається від створення психологічно безпечного простору до практичного тренування навичок і подальшого закріплення через рефлексію та перенесення в щоденну практику.

Щоб результати не залишалися «в аудиторії», у програмі закладено механізми перенесення в практику через рефлексивні записи, план особистих експериментів і взаємопідтримку між заняттями. Ефективність

фіксується через зміни в якості самопрезентації, точності Я-повідомлень, частоті ескалації у симуляціях та зростанні суб'єктивної готовності до складних розмов, що дозволяє пов'язати тренування з реальними професійними задачами.

Отже, виконані завдання дозволили не лише описати проблему конфліктів у медицині, а й показати, що розвиток комунікативної компетентності є реалістичним шляхом зменшення конфліктогенності та підвищення професійної ефективності. Людяність у медичній взаємодії в цій логіці постає не як «м'якість», а як зріла професійна позиція, яка поєднує повагу до іншого з чіткістю меж, відповідальністю слова і здатністю підтримувати контакт навіть тоді, коли ситуація напружена.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Brown J., Noble L.M. Clinical communication in medicine. Oxford, 2016. 252 p.
2. Dimitrov K., Miteva-Katrandzhieva T. Mediation in Healthcare: Enhancing Conflict Resolution Between Patients and Physicians Beyond the Courtroom. Cureus, 16(12), 2024. URL: https://www.capphysicians.com/articles/strategies-resolving-conflict-enhance-patient-care-and-fostering-positive-work-environment (дата звернення: 22.12.2025).
3. Egan G. The skilled helper : a problem-management and opportunity-development approach to helping. URL: https://archive.org/details/skilledhelperpro0000egan (дата звернення: 22.12.2025).
4. Ericsson, K. A., Krampe, R. T., & Tesch-Römer, C. (1993). The role of deliberate practice in the acquisition of expert performance. Psychological Review, 100(3), 363-406.
5. Gillani S. F. U. H. S., Khan R. A., Sethi A. Impact of Emotional Intelligence in Resolving Clinical Conflicts among Postgraduate Residents of Surgery. Pakistan Journal of Medical Sciences, 40(3), 399-404, 2024.
6. Petrova T. I. et al. Conflict Management Style in the Work of Medical Specialists in Hospitals. International Journal of Healthcare Management, 13(4), 2020.
7. Rahim A. Managing Conflict in Organizations. URL: https://www.taylorfrancis.com/books/mono/10.4324/9780203786482/managing-conflict-organizations-afzalur-rahim (дата звернення: 22.12.2025).
8. Seifart C., Hofmann M., Bär T., Riera Knorrenschild J., Seifart U., Rief W. Breaking bad news - what patients want and what they get: evaluating the SPIKES protocol in Germany. Annals of Oncology. 2014. № 25(3). P. 707- 711.
9. Zhang X. et al. Emotional Intelligence, Workplace Conflict and Job Burn-out among Healthcare Professionals: Cross-Sectional Study. BMC Nursing, 22(85), 2023.
10. Александров Ю. В. Соціальні контексти спілкування та комунікативної компетентності. Технології, інструменти та стратегії реалізації наукових досліджень: матеріали V Міжнародної наукової

конференції, Вінниця: Європейська наукова платформа, 2023. С.241-243.
11. Антонечко І. Психологія міжособистісних взаємин // Психолог. - 2005. - №28. - С.42 - 47.
12. Антонова Л.В., Довгань Л.Є. Конспект лекцій з курсу „Основи конфліктології‖. - К.:МАУП, 1995. - 19 с.
13. Антонова-Турченко О. Г. Поведінка людей у конфліктних ситуаціях // Завуч. - 2002. - № 19. - 32 с.)
14. Астахов В. М., Бацилєва О. В., Пузь І. В. (2019). Роль комунікативної компетентності у професійній діяльності лікарів. Медична симуляція - погляд у майбутнє (впровадження інноваційних технологій у Вищу медичну освіту України) (для лікарів, науковців та молодих вчених). Вінниця : ВНМУ імені І. М. Пірогова, 5-6 с.
15. Ашиток Н. Формування комунікативної компетентності соціальних працівників у процесі професійної соціалізації. Молодь і ринок. 2017. № 3. С. 6-10.
16. Барабаш О. Стратегії поведінки в конфліктній ситуації. Підприємництво, господарство і право. 2017. № 3. С. 208-212.
17. Барановська Л. В. Психологія ділового спілкування : навч. Посібник. К. : НАУ, 2016. 248 с. С.167-172.
18. Батраченко І.Г., Коновалова О.А. Сприймання та очікування в структурі конфлікту // Конфлікти в суспільстві: Діаг ностика і профілактика / Тези III ї Міжн. наук. практ. конф. / За ред. М.І.Пірен, А.М.Зельницького та ін. - К. - Чернівці, 1995. - 476 с. (С.31 34)
19. Березка С., Кузнецова А. Аналіз впливу рівня комунікативної компетентності на діяльність лікаря-стоматолога. Педагогіка та психологія. 2019. Вип. 62. С. 15-22.
20. Березовська Л. І., Юрков О. С. Психологія конфлікту: навч.- метод. посіб. Мукачево : МДУ, 2016. 201 с.
21. Бєляєва О. М. Мовленнєва комунікація: структура, види, форми, перешкоди. Світ медицини та біології. 2016. № 1 (55). С. 185 - 191.
22. Бичко М. Розвиток комунікативної компетентності майбутнього лікаря як складника його професійної готовності. Витоки педагогічної майстерності. 2018. Вип. 21. С. 19-22.
23. Боднар В. Теорія позитивно-функціонального конфлікту Л. Козера. Науковий вісник Ужгородського університету. Серія : Політологія, Соціологія, Філософія. 2010. Вип. 14. С. 8- 12.

24. Васильчак С. В., Дева І. Б. Шляхи управління конфліктами в кризовій ситуації. Науковий вісник НЛТУ України. 2010. Вип. 20.15. С. 137-143.
25. Веприк Т. Комунікативна компетентність - інтегрально значуща якість майбутнього лікаря. Витоки педагогічної майстерності. 2017. Вип. 19. С. 67-72.
26. Войцихова А. Природа та соціальна роль конфлікту. Психологія конфлікту та шляхи його розв'язання // Психологічна газета. - 2006. - № 15. - С. 5-9.
27. Гавриляк Л. Комунікативна компетентність як складник професійної підготовки сучасного фахівця. Мистецтво наукової думки. 2019. Вип. 3. С. 70-73.
28. Гірник А. М. Основи конфліктології. Київ : КиєвоМогилянська акад., 2010. 222 с.
29. Гончарук Н. М. Психологічна структура комунікації : науковометодологічний аспект. Збірник наукових праць «Проблеми сучасної психології». 2021. Вип. 53. С. 78.
30. Гуменна І. Р. Комунікативна компетентність як одна із складових професійної культури майбутніх лікарів. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія «Педагогіка, соціальна робота». 2013. Випуск 29. С. 42-45.
31. Дегтярова Г. С., Руденко Л. А. Теоретичні та методичні основи розвитку комунікативної компетентності майбутніх фахівців сфери обслуговування : навчально-методичний посібник. Київ : Педагогічна думка, 2010. 192 с.
32. Денисенко І. Д. Сучасна теорія конфлікту: проблеми експлікації, демаркації, класифікації. Український соціум. 2013. № 3. С. 32-43.
33. Дубівська С. Аналіз розвитку комунікативної компетентності студентів під час навчання у вищих медичних навчальних закладах. Науковий огляд. 2020. № 9 (72)
34. Дубчак Г. М. (2017). Психологічні основи професійної стресостійкості майбутніх фахівців : [монографія]. К. : Талком, 321 с.
35. Дуткевич Т.В. Конфліктологія з основами психології управління: Навчальний посібник / Т.В.Дуткевич. - К.: Центр навчальної літератури, 2005, стор. 7 - 16, 39 - 44.
36. Дяченко Н. Конфлікти: комунікативно-прагматичний аспект. Філологічний часопис. 2019. Вип. 1. С. 21-31.

37. Енциклопедія освіти / Академія пед. наук України ; головн. ред. В. Г. Кремень. - К.: Юрінком Інтер, 2008. - 1040 с. - ISBN 978-966-667-281-3., с. 408-409.
38. Євсюков О. П. Комунікативна компетентність державного службовця. Державне управління. Інвестиції: практика та досвід. № 1/2014, С. 129- 131.
39. Ємельяненко Л.М., Петюх В.М., Торгова Л.В., Гриненко А.М. Конфліктологія: Навч. посібник /За заг. ред. В.М. Петюха, Л.В. Торгової. - К.: КНЕУ, 2003. - 315 с.
40. Казібекова В. Ф. Психологічні особливості комункативної компетентності майбутніх фахівців. Інсайт: психологічні виміри суспільства: наук. журн. 2019. Вип. 2. Херсон: Видавничий дім «Гельветика», 2019. С. 64-71.
41. Карпова М. Аналіз поглядів науковців на підготовку майбутніх педіатрів : збірник наукових праць Херсонського державного університету. Педагогічні науки. 2018. Вип. 82 (3). С. 141-144.
42. Коваль І.А., Максименко С.Д., Папуча М.В., Максименко К.С. Медична психологія: підручник для студентів вищих навчальних закладів. Він ниця: Нова Книга, 2010. 516 с.
43. Комунікативна компетентність майбутніх лікарів-стоматологів як необхідний складник оптимізації системи надання стоматологічних послуг / Ю. Коленко та ін. Сучасна стоматологія. 2019. Вип. 5. С. 110-112.
44. Комунікативна та конфліктна компетентність лікарів-інтернів за фахом «Нервові хвороби» / Л. Дзяк та ін. Актуальні проблеми сучасної медицини. Том 21. Вип. 2 (74)
45. Комунікативні навички лікаря. Конспект лекцій. Під ред. О.С. Чабана. К.: LAT & K, 2017. 152 с.
46. Комунікативні навички лікаря: підруч. для студ. вищих мед. навч. закл. та фахівців практ. мед. / О.С. Чабан, О.О. Хаустова, І.А. Коваль та ін.; за заг. ред. О.С. Чабана. 2-ге вид., переробл і доповн. - К.: Видавець Заславський О.Ю., 2021. - 429 с.
47. Конфліктологія : навч. посіб. / А. І. Берлач, В. В. Кондрюкова, В. О. Криволапчук, О. Г. Поліщук. Одеса : ОДУВС, 2010. 162 с.
48. Конфліктологія: Конспект лекцій. Для підготовки магістрів усіх форм навчання /В.Я.Галаган, В.Ф.Орлов, О.М.Отич. - К.: ДЕТУТ, 2008. - 293 с

49. Кострікова Ю. А. Питання взаємодії лікаря і пацієнта в процесі терапії. Актуальні проблеми сучасної медицини. 2012. Т. 12, вип. 3. С. 180 - 182.
50. Котлова Л. О. Психологія конфлікту : курс лекцій. Житомир : Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2013. 112 с.
51. Кошенко Н.В. Тренінг „Молодь вибирає конструктивний конфлікт‖ // Практична психологія та соціальна робота. - 2005. - № 7-11. - С.21-26.
52. Кубіцький С.О. Особливості професійної комунікативної взаємодії майбутніх медпрацівників / С.О.Кубіцький, Н.В.Неділька // Вісник Національної академії оборони. Питання педагогіки. - 2010. - № 2(15). - С.55.
53. Кульбашна Я. А.. (2014). «Значущість соціальної складової у процесі формування професійної компетентності майбутніх стоматологів», Педагогічний процес: теорія і практика, 76-81 с.
54. Кушнєрьова А. Особливості комунікативної компетентності лікаря-кардіолога з пацієнтом. Вісник Національного університету оборони України. 2021. Вип. 2 (60). С. 89-95.
55. Левицька, А. І. (2022) Формування готовності майбутніх лікарів до міжкультурної взаємодії у професійній діяльності (дис. … докт. філософії з педагогіки). Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського». Одеса, Україна.
56. Ложкін Г.В., Пов’якель Н.І. Психологія конфлікту: теорія і сучасна практика. - К.:МАУП, 2007. - 435 с.
57. Ложкін Г.В., Юрківський Є.В., Моначин І.Л. Практикум з конфліктології. - Тернопіль: „Воля‖, 2005. - 168 с.
58. Мартинова Р. Ю. Цілісна загальнодидактична модель змісту навчання іноземних мов : [монографія] / Р. Ю. Мартинова. - К.: Вища школа, 2004. - 454 с. - ISBN 966-642-262-X.
59. Митцева О. Професійний імідж фахівця: суть, функції, структура. Педагогіка та психологія. 2018. Вип. 59. С. 191-200.
60. Мруга М. Р. (2017). «Структурно-функціональна модель професійної компетентності майбутнього лікаря як основа діагностування його фахових якостей», автореф. дис. канд. наук. Київ, Україна, 27 с.
61. Нагаєв В.М. Конфліктологія: Навчальний посібник. - К.: Центр навчальної літератури, 2004. - 198 с.

62. Нікулішин Н. Поняття «сила» у сучасних теоріях міжнародних відносин. Українська національна ідея: реалії та перспективи розвитку. 2013. Вип. 25. С. 130-134.
63. Омельченко І. М. «Спілкування як комунікація, взаємодія і діалог із Іншим». Проблеми сучасної психології, 2015.
64. Орлянський В. С. Конфліктологія : навч. посіб. Київ : Центр учбової літ., 2007. 160 с.
65. Основи загальної та медичної психології. За ред. І.С. Вітенко, О.С. Чабана. Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. 435 с.
66. Пасічник І. Проблеми формування професійного іміджу майбутнього лікаря. Кредитно-модульна система організації навчального процесу у вищих медичних (фармацевтичному) навчальних закладах України на новому етапі (з дистанційним під'єднанням ВМ(Ф)НЗ України за допомогою відеоконференц-зв'язку) : матер. X Всеукр. навч.- наук. конф., м. Тернопіль, 18-19 квітня 2013 р. Тернопіль, 2013. Ч. 2. С. 611-613.
67. Петрінко В.С. Конфліктологія: курс лекцій, енциклопедія, програма, таблиці. Навчальний посібник. Ужгород: Видавництво УжНУ «Говерла», 2020. 360 с.
68. Підласий І. П. Практична педагогіка або три технології. Інтерактивний підручник для педагогів ринкової системи освіти / І. П. Підласий. - К. : Видавничий Дім «Слово», 2006. - 616 с. - ISBN 966-8407-22-9.
69. Площенко Ю.О. Покращення комунікативних навичок лікаріванестезіологів під час навчання на курсах тематичного удосконалення як шлях до підвищення професійної компетенції. Збірник наукових праць Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця. 2016. С. 197-202.
70. Пляка Л. В. Соціально-психологічний тренінг як засіб розвитку комунікативних здібностей майбутніх провізорів. Наукові записки Харківського університету Повітряних Сил. Соціальна філософія, психологія. Харків: ХУПС, 2008. Вип.2 (31), С.165-169.
71. Пов'якель Н. І., «Психологічна готовність до партнерства як передумова становлення партнерських відносин при вирішенні конфліктів», Проблеми безпеки української нації на порозі XXI сторіччя: на Всеукр. наук.-практ. конф. Київ; Чернівці, Україна, 1998, ч. 1, с. 26-33.

72. Прищак М. Д. «Комунікація, спілкування, комунікативність». Вісник ВНТУ, 2010.
73. Психологія конфлікту:курс лекцій : Навчальний посібник. - Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2013. - 112 с.
74. Психолого-педагогічна компетентність лікаря: синтез медицини, педагогіки та психології / В. М. Ждан, В. М. Бобирьов, С. М. Білаш, О. М. Бєляєва. Актуальні питання лінгвістики, професійної лінгводидактики, психології і педагогіки вищої школи : зб. ст. II Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю, 8-9 червня, 2017 р. Полтава, 2017. С. 3 - 8.
75. Рабецька Н. Л. Формування комунікативної компетентності майбутніх фахівців соціономічної сфери у професійній підготовці. : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.04. Одеса, 2018. 22 с.
76. Рогач І.М., Качала Л.О., Погоріляк Р.Ю. Морально-етичні та психологічні аспекти медичної діяльності лікарів загальної практики: навчально-методичний посібник. Ужгород: Ужгородський національний університет, 2010. 64 с.
77. Савенкова Л. О. Педагогічне спілкування: навч. посіб. / Л. О. Савенкова. - К.: КДЕУ, 1997. - 140 с.
78. Семенова А. В., Гурін Р. С., Осипова Т. Д. Основи психології і педагогіки: Навч. посібник / А.В.Семенова, Р.С.Гурін, Т.Д.Осипова. - К.: Знання, 2006, стор. 154-163.
79. Стечак Г. (2014). «Шляхи вдосконалення педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів до професійної діяльності», Педагогіка і психологія професійної освіти, 106-112 с.
80. Теоретичні та методичні основи розвитку комунікативної компетентності майбутніх фахівців сфери обслуговування : навчально-методичний посібник / авт. : Г. С. Дегтярьова, Л. А. Руденко. - К. : Педагогічна думка, 2010. - 192 с.
81. Тихомирова Є. Б., Постоловський С. Р. Конфліктологія та теорія переговорів : підручник. Рівне : Перспектива, 2007. 389 с.
82. Трофименко А. В., Константинова Ю.В. Конфліктологія та теорія переговорів : навчальний посібник. Маріуполь : МДУ, 2020. - 375 с.
83. Управління конфліктами для потреб публічної служби: посібник і методичні рекомендації / Калениченко Т., Кисельова Т., Копіна А.,

Корабльова О., Проценко Д., за заг. ред. Д. Проценко. - Київ: Ваіте, 2021. - 224 с.

84. Управління конфліктами та комунікаціями : навчально-методичний посібник для самостійного (дистанційного) вивчення дисципліни студентами другого (магістерського) рівня вищої освіти денної та заочної форм навчання, спеціальності 073 «Менеджмент» / Держ. біотехн. ун-т ; Уклад. В.М. Нагаєв. – Харків : КП «Міська друкарня», 2022. – 64 с
85. Філоненко М.М. Психологія спілкування : навчальний посібник. К.: Центр учбової літератури, 2008. 224 с
86. Холод О.М. Комунікаційні технології [текст] підручник. К.: ЦУЛ, 2013. 211 с
87. Хоменко К. П. (2015). «Формування професійної компетентності майбутніх лікарів», Гуманітарний вісник Переяслав‑Хмельницького держ. пед. ун‑ ту ім. Григорія Сковороди,. 321-330 с.
88. Чабан О.С., Хаустова О.О., Мухаровська І.Р., Науменко Г.М. Комунікативні навички лікаря. Конспект лекцій. 2017. 152 с.
89. Шигонська, Н. В. (2011) Підготовка студентів медичних спеціальностей до професійної взаємодії засобами моделювання комунікативних ситуацій (автореф. дис… канд. пед. наук). Житомирський державний університет імені Івана Франка. Житомир, Україна.
90. Шостя І. Соціально-психологічні засади формування комунікативної компетентності майбутніх сімейних лікарів у системі вищої освіти : дис. … канд. психол. наук : 19.00.05. Сєвєродонецьк, 2018. 260 с.

Додатки

Додаток А

Стратегії вирішення конфліктів

Стратегія	Орієнтація на власні інтереси	Орієнтація на інтереси опонента	Можливі вигоди	Ризики / Недоліки	Оптимальні умови застосування
Конфронтація	Висока	Низька	Швидке досягнення цілей, утвердження позицій	Ескалація конфлікту, втрата довіри, опір з боку опонента	Критичні ситуації, асиметрія сил, високий авторитет однієї зі сторін
Уникнення	Низька	Низька	Тимчасове зниження напруги, уникнення відкритого протистояння	Втрата контролю, накопичення невирішених проблем, пасивна поразка	Низька значущість проблеми, потреба в часі, висока емоційна напруга
Пристосування	Низька	Висока	Збереження відносин, уникнення конфлікту	Ігнорування власних потреб, зниження самооцінки	Висока цінність стосунків, очевидна правота опонента, низька важливість предмета

Компроміс	Середня	Середня	Швидке досягнення домовленості, баланс втрат і вигод	Можливість незадоволення результатом, поверхневе вирішення проблеми	Брак часу, рівність сторін, тимчасовий або перехідний етап
Співробітництво	Висока	Висока	Оптимальне рішення, покращення стосунків, довгострокова ефективність	Витрати часу, енергії, потреба в довірі та взаємності	Взаємна зацікавленість, наявність ресурсів, високий рівень комунікації

Додаток Б

Тест комунікативних умінь Міхельсона

1. Хто-небудь говорить Вам: "Мені здається, що Ви чудова людина".

Ви зазвичай в подібних ситуаціях:

а) Говорите: "Ні, що Ви! Я таким не є".

б) Говорите з посмішкою: "Спасибі, я дійсно людина видатна".

в) Говорите: "Спасибі".

г) Нічого не говорите і при цьому червонієте.

д) Говорите: "Так, я думаю, що відрізняюся від інших і в кращу сторону".

2. Хто-небудь здійснює дію або вчинок, які, на Вашу думку, є чудовими. У таких випадках Ви зазвичай:

а) Поступаєте так, як якщо б ця дія не була настільки чудовою, і при цьому говорите: "Нормально"

б) Говорите: "Це було чудово, але я бачив результати трохи краще".

в) Нічого не говорите.

г) Говорите: "Я можу зробити набагато краще".

д) Говорите: "Це дійсно чудово!"

3. Ви займаєтеся справою, яка Вам подобається, і думаєте, що вона у Вас виходить дуже добре. Хто-небудь говорить: "Мені це не подобається!" Зазвичай в таких випадках Ви:

а) Говорите: "Ви - дурень!"

б) Говорите: "Я все ж думаю, що це заслуговує гарної оцінки".

в) Говорите: "Ви праві", хоча насправді не згодні з цим.

г) Говорите: "Я думаю, що це видатний рівень! Що Ви в цьому розумієте".

д) Відчуваєте себе скривдженим і нічого не говорите у відповідь.

4. Ви забули взяти з собою якийсь предмет, а думали, що принесли його, і хтось говорить Вам: "Ви такий тюхтій! Ви забули б і свою голову, якби вона не була прикріплена до плечей". Зазвичай Ви у відповідь:

а) Говорите: "У будь-якому випадку, я розумніше за Вас! Крім того, що Ви

в цьому розумієте!".

б) Говорите: "Так, Ви праві. Іноді я веду себе як тюхтій.".

в) Говорите: "Якщо хто-небудь тюхтій, то це Ви".

г) Говорите: "У всіх людей є недоліки. Я не заслуговую такої оцінки тільки за те, що забув щось.".

д) Нічого не говорите або взагалі ігноруєте цю заяву.

5. Хто-небудь, з ким Ви домовилися зустрітися, запізнився на 30 хвилин, і це Вас засмутило, причому людина ця не дає жодних пояснень своєму запізненню. У відповідь Ви зазвичай:

а) Говорите: "Я засмучений тим, що Ви змусили мене стільки чекати".

б) Говорите: "Я все думав, коли ж Ви прийдете".

в) Говорите: "Це був останній раз, коли я змусив себе чекати Вас".

г) Нічого не говорите цій людині.

д) Говорите: "Ви ж обіцяли. Як Ви сміли так спізнюватися!"

6. Вам потрібно, щоб хто-небудь зробив для Вас одну річ. Зазвичай в таких випадках Ви:

а) Нікого ні про що не просите.

б) Говорите: "Ви повинні зробити це для мене".

в) Говорите: "Не могли б Ви зробити для мене одну річ?", після цього пояснюєте суть справи.

г) Злегка натякаєте, що Вам потрібна послуга цієї людини.

д) Говорите: "Я дуже хочу, щоб Ви зробили це для мене".

7. Ви знаєте, що хтось відчуває себе засмученим. Зазвичай в таких ситуаціях Ви:

а) Говорите: "Ви виглядаєте засмученими. Чи не можу я допомогти.?"

б) Перебуваючи поряд, не заводите розмови про його стан.

в) Говорите: "У Вас якась неприємність?"

г) Нічого не говорите і залишаєте цю людину наодинці з собою.

д) Сміючись говорите: "Ви просто як велика дитина!"

8. Ви відчуваєте себе засмученим, а хто-небудь говорить: "Ви виглядаєте засмученими". Зазвичай в таких ситуаціях Ви:

а) Негативно качаєте головою або ніяк не реагуєте.

б) Говорите: "Це не Ваша справа!"

в) Говорите: "Так, я трохи засмучений. Спасибі за участь".

г) Говорите: "Дарма".

д) Говорите: "Я засмучений, залиште мене одного".

9. Хто-небудь засуджує Вас за помилку, яку зробив інший. У таких випадках Ви зазвичай:

а) Говорите: "Ви збожеволіли!"

б) Говорите: "Це не моя вина. Цю помилку зробив хтось інший.".

в) Говорите: "Я не думаю, що це моя вина".

г) Говорите: "Залиште мене у спокої, Ви не знаєте, що Ви говорите".

д) Приймаєте свою провину або не кажите нічого.

10. Хто-небудь просить Вас зробити що-небудь, але Ви не знаєте, чому це повинно бути зроблено. Зазвичай в таких випадках Ви:

а) Говорите: "Це не має ніякого сенсу, я не хочу це робити".

б) Виконуєте прохання і нічого не говорите.

в) Говорите: "Це дурість; я не збираюся цього робити".

г) Перш ніж виконати прохання, говорите: "Поясніть, будь ласка, чому це повинно бути зроблено".

д) Говорите: "Якщо Ви цього хочете ...", після чого виконуєте прохання.

11. Хтось говорить Вам, що на його думку, те, що Ви зробили, чудово. У таких випадках Ви зазвичай:

а) Говорите: "Так, я, зазвичай, це роблю краще, ніж більшість інших".

б) Говорите: "Ні, це не було настільки здорово".

в) Говорите: "Правильно, я дійсно це роблю краще за всіх".

г) Говорите: "Спасибі".

д) Ігноруєте почуте і нічого не відповідаєте.

12. Хто-небудь був дуже люб'язний з Вами. Зазвичай в таких випадках Ви:

а) Говорите: "Ви дійсно були дуже люб'язні по відношенню до мене".

б) Дієте так, ніби ця людина не була настільки люб'язна до Вас, і говорите: "Так, дякую".

в) Говорите: "Ви поводилися відносно мене цілком нормально, але я заслуговую більшого.

г) Ігноруєте цей факт і нічого не говорите.

д) Говорите: "Ви поводилися відносно мене недостатньо добре".

13. Ви розмовляєте з приятелем дуже голосно, і хто-небудь говорить Вам: "Вибачте, але Ви поводитеся занадто шумно". У таких випадках Ви зазвичай:

а) Негайно припиняєте бесіду.

б) Говорите: "Якщо Вам це не подобається, провалюйте звідси".

в) Говорите: "Вибачте, я буду говорити тихіше", після чого розмовляєте приглушеним голосом.

г) Говорите: "Вибачте" і припиняєте бесіду.

д) Говорите: "Все в порядку" і продовжуєте голосно розмовляти.

14. Ви стоїте в черзі, і хто-небудь стає попереду Вас. Зазвичай в таких випадках Ви:

а) Неголосно коментуєте це, ні до кого не звертаючись, наприклад: "Деякі люди поводяться дуже нервово".

б) Говорите: "Ставайте в хвіст черги!"

в) Нічого не говорите цьому типу.

г) Говорите голосно: "Вийди з черги, ти, нахаба!"

д) Говорите: "Я зайняв чергу раніше. Будь ласка, станьте в кінець черги".

15. Хто-небудь робить що-небудь таке, що Вам не подобається і викликає у Вас сильне роздратування. Зазвичай в таких випадках Ви:

а) Викрикуєте: "Ви бовдур, я ненавиджу Вас!"

б) Говорите: "Я сердитий на Вас. Мені не подобається те, що Ви робите.".

в) Дієте так, щоб пошкодити цій справі, але нічого цього типу не кажете.

г) Говорите: "Я розсерджений. Ви мені не подобаєтеся".

д) Ігноруєте цю подію і нічого не говорите цьому типу.

16. Хто-небудь має що-небудь таке, чим Ви хотіли б користуватися. Зазвичай в таких випадках Ви:

а) Говорите цій людині, щоб вона дала Вам цю річ.

б) Утримуєтеся від усяких прохань.

в) Відбираєте цю річ.

г) Говорите цій людині, що Ви хотіли б користуватися даним предметом, і потім просите його у неї.

д) Розмірковує про цей предмет, але не просите його для користування.

17. Хто-небудь запитує, чи може він отримати у Вас певний предмет для тимчасового користування, але оскільки це новий предмет, Вам не хочеться його позичати. У таких випадках Ви зазвичай:

а) Говорите: "Ні, я тільки що отримав його і не хочу з ним розлучатися; може бути коли-небудь потім".

б) Говорите: "Взагалі-то я не хотів би його давати, але Ви можете покористуватися ним".

в) Говорите: "Ні, придбайте свій!"

г) Позичаєте цей предмет всупереч своєму небажанню.

д) Говорите: "Ви збожеволіли!"

18. Якісь люди ведуть бесіду про хобі, яке подобається і Вам, і Ви хотіли б приєднатися до розмови. У таких випадках Ви зазвичай:

а) Не кажите нічого.

б) Перериваєте бесіду і відразу розповієте про свої успіхи в цьому хобі.

в) Підходите ближче до групи і при слушній нагоді вступаєте в розмову.

г) Підходите ближче і очікуєте, коли звернуть на Вас увагу.

д) Перериваєте і негайно говорите, як сильно Вам подобається це хобі.

19. Ви займаєтеся своїм хобі, а хто-небудь питає: "Що Ви робите?" Зазвичай Ви:

а) Говорите: "О, це дрібниця". Або: "Та нічого особливого".

б) Говорите: "Не заважайте, хіба Ви не бачите, що я зайнятий?"

в) Продовжуєте мовчки працювати.

г) Говорите: "Це зовсім Вас не стосується".

д) Припиняєте роботу і пояснюєте, що саме Ви робите.

20. Ви бачите людину, яка спіткнулася і падає. У таких випадках Ви:

а) Розсміявшись, говорите: "Чому Ви не дивітеся під ноги?"

б) Говорите: "У Вас все гаразд? Може я щось можу для Вас зробити?"

в) Питаєте: "Що сталося?"

г) Говорите: "Це все вибоїни в тротуарі".

д) Ніяк не реагуєте на цю подію.

21. Ви стукнулися головою об полицю і набили шишку. Хто-небудь говорить: "З Вами все гаразд?". Зазвичай Ви:

а) Говорите: "Я прекрасно себе почуваю. Залиште мене у спокої!"

б) Нічого не говорите, ігноруючи цю людину.

в) Говорите: "Чому Ви не займаєтеся своєю справою?"

г) Говорите: "Ні, я забив свою голову, дякую за увагу до мене".

д) Говорите: "Дарма, у мене все буде о'кей".

22. Ви припустилися помилки, але вина за неї покладена на когось іншого. Зазвичай в таких випадках Ви:

а) Не нажите нічого.

б) Говорите: "Це їх помилка!"

в) Говорите: "Цю помилку допустив Я".

г) Говорите: "Я не думаю, що це зробила ця людина".

д) Говорите: "Це їх гірка доля".

23. Ви відчуваєте себе ображеним словами, сказаними ким-небудь на Вашу адресу. У таких випадках Ви зазвичай:

а) Ідете геть від цієї людини, не сказавши їй, що вона засмутила Вас.

б) Заявляєте цій людині, щоб вона не сміла більше цього робити.

в) Нічого не говорите цій людині, хоча відчуваєте себе скривдженим.

г) У свою чергу ображаєте цю людину, називаючи її по імені.

д) Заявляєте цій людині, що Вам не подобається те, що вона сказала, і що вона не повинна цього робити знову.

24. Хто-небудь часто перебиває, коли Ви говорите. Зазвичай в таких випадках Ви:

а) Говорите: "Вибачте, але я хотів би закінчити те, про що розповідав".

б) Говорите: "Так не роблять. Можу я продовжити свою розповідь?"

в) Перериваєте цю людину, відновлюючи свою розповідь.

г) Нічого не говорите, дозволяючи іншій людині продовжувати свою промову.

д) Говорите: "Замовкніть! Ви мене перебили".

25. Хто-небудь просить Вас зробити що-небудь, що завадило б Вам здійснити свої плани. У цих умовах Ви зазвичай:

а) Говорите: "Я дійсно мав інші плани, але я зроблю те, що Ви хочете.

б) Говорите: "Ні в якому разі! Пошукайте кого-небудь ще".

в) Говорите: "Добре, я зроблю те, що Ви хочете".

г) Говорите: "Відійдіть, залиште мене в спокої".

д) Говорите: "Я вже приступив до здійснення інших планів. Можливо, коли-небудь потім".

26. Ви бачите когось, з ким хотіли б зустрітися і познайомитися. У цій ситуації Ви зазвичай:

а) Радісно окликаєте цю людину і йдете їй назустріч.

б) Підходите до цієї людини, представляєтеся і починаєте з нею розмову.

в) Підходите до цієї людини і чекаєте, коли вона заговорить з Вами.

г) Підходите до цієї людини і починаєте розповідати про великі справі, які зробили Ви.

д) Нічого не говорите цій людині.

27. Хто-небудь, кого Ви раніше не зустрічали, зупиняється і гукає Вас вигуком "Привіт!". У таких випадках Ви зазвичай:

а) Говорите: "Що Вам потрібно?"

б) Не кажите нічого

в) Говорите: "Залиште мене у спокої".

г) Вимовляєте у відповідь "Привіт!", представляєтеся і просите цю людину представитися у свою чергу.

д) Киваєте головою, вимовляєте "Привіт!" і проходите мимо.

Додаток В

Тест Томаса - типи поведінки в конфлікті

Інструкція: 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. У бланку для відповідей поставте виразний хрестик відповідно до одного з варіантів (А або В) для кожного твердження. Відповідати треба як можна швидше.

1.

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

В. Чим обговорювати те, у чому ми розходимося, я намагаюся звернути увагу на те, з чим ми обидва згодні.

2.

А. Я намагаюся знайти компромісне рішення.

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

3.

А. Зазвичай я наполегливо прагну домогтися свого.

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

4.

А. Я намагаюся знайти компромісне рішення.

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

5.

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

В. Я намагаюся зробити все, щоб уникнути марної напруженості.

6.

А. Я намагаюся уникнути неприємностей для себе.

В. Я намагаюся домогтися свого.

7.

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

В. Я вважаю можливим у чимось поступитися, аби домогтися іншого.

8.

А. Зазвичай я наполегливо прагну домогтися свого.

В. Я першою справою намагаюся ясно визначити те, у чому складаються всі порушені інтереси.

9.

А. Думаю, що не завжди варто хвилюватися через якихось виникаючих розбіжностей.

В. Я прикладаю зусилля, щоб домогтися свого.

10.

А. Я твердо прагну досягти свого.

В. Я намагаюся знайти компромісне рішення.

11.

А. Першою справою я намагаюся ясно визначити, в чому полягають всі порушені спірні питання.

В. Я намагаюся 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 залишитися при своїй думці, якщо він також йде мені назустріч.

13.

A. Я пропоную середню позицію.

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

14.

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

B. Я намагаюся показати іншому логіку і переваги моїх поглядів.

15.

A. Я намагаюся заспокоїти іншого і головним чином зберегти наші відносини.

B. Я намагаюся зробити так, щоб уникнути напруженості.

16.

A. Я намагаюся не зачепити почуттів іншого.

B. Я намагаюся переконати іншого в перевагах моєї позиції.

17.

A. Зазвичай я наполегливо намагаюся домогтися свого.

B. Я намагаюся 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 залишитися при своїй думці, якщо він також йде мені назустріч.

19.

A. Першою справою я намагаюся ясно визначити те, у чому складаються всі порушені питання та інтереси.

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

20.

A. Я намагаюся негайно подолати наші розбіжності.

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

21.

A. Ведучи переговори, я намагаюся бути уважним до бажань іншого.

B. Я завжди схиляюся до прямого обговорення проблеми і їх спільним рішенням.

22.

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

B. Я відстоюю свої бажання.

23.

A. Як правило, я стурбований тим, щоб задовольнити 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 постараюся піти назустріч його бажанням.

B. Я намагаюся переконати іншого прийти до компромісу.

25.

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

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

26.

A. Я пропоную середню позицію.

B. Я майже завжди заклопотаний тим, щоб задовольнити 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.

А. Зазвичай я наполегливо прагну домогтися свого.

В. Улагоджуючи ситуацію, я зазвичай намагаюся знайти підтримку в іншого.

29.

А. Я пропоную середню позицію.

В. Думаю, що не завжди варто хвилюватися через якихось виникаючих розбіжностей.

30.

А. Я намагаюся не зачепити почуттів іншого.

В. Я завжди займаю таку позицію в спірному питанні, щоб ми спільно з іншим людиною могли домогтися успіху.

Додаток Г

Методика діагностики домінуючої стратегії психологічного захисту у спілкуванні за В. Бойком

1. Знаючи себе, Ви можете сказати:

а) я скоріше людина миролюбна, покладлива;

б) я людина гнучка, здатна оминати загострені ситуації, уникати конфліктів;

в) я скоріше людина, що йде прямо навпростець, безкомпромісна, категорична.

2. Коли Ви подумки з'ясовуєте стосунки з тим, хто Вас образив, то найчастіше:

а) шукаєте спосіб примирення;

б) обмірковуєте спосіб не мати з ним справ;

в) міркуєте про те, як його покарати чи «поставити на місце».

3. У спірній ситуації, коли партнер абсолютно не намагається або не хоче вас зрозуміти, Ви скоріше за все:

а) будете спокійно домагатись того, щоб він Вас зрозумів;

б) будете намагатися завершити спілкування з ним;

в) будете роздратовуватися, ображатися чи сердитися.

4. Якщо, захищаючи свої інтереси, Ви відчули, що можете посваритися з хорошою людиною, то:

а) підете па значні поступки, компроміси;

б) відступите від своїх домагань;

в) будете відстоювати свої інтереси.

5. В ситуації, де Вас намагаються образити чи принизити, Ви скоріше за все:

а) будете намагатися набратися терпіння і довести справу до кіпця;

б) дипломатичним шляхом уникнете від контактів;

в) дасте гідну відсіч.

6. У взаємодії з владним і водночас несправедливим керівником Ви:

а) зможете співпрацювати заради справи;

б) будете намагатися якнайменше контактувати з ним;

в) будете чинити опір його стилю, активно захищаючи свої інтереси.

7. Якщо вирішення питання залежить тільки від Вас, але партнер зачепив вашу самолюбність, то Ви:

а) підете йому назустріч;

б) уникнете конкретного рішення;

в) вирішите питання не па користь партнера.

8. Якщо хтось із друзів час від часу дозволятиме собі образливі випади на вашу адресу, Ви :

а) не станете надавати цьому особливого значення;

б) будете намагатися обмежити або припинити контакти;

в) кожного разу дасте гідну відсіч.

9. Якщо у партнера є претензії до Вас і він при цьому роздратований, то Ви:

а) спочатку заспокоєте його, а потім зреагуєте на претензії;

б) уникнете з'ясування стосунків з партнером в такому стані;

в) поставите його на місце чи будете переривати його репліки.

10. Якщо хтось із колег почне розповідати про всілякі негарні чутки-плітки, що кажуть про Вас інші, Ви:

а) тактовно вислухаєте його до кінця;

б) залишите поза увагою;

в) обірвете розповідь на півслові.

11. Якщо партнер виявляє занадто активну настійність і хоче отримати зиск за Ваш рахунок, то Ви:

а) підете на поступку заради миру;

б) ухилитеся від остаточного рішення, розраховуючи на те, що партнер заспокоїться і тоді Ви повернетесь до питання;

в) однозначно дасте зрозуміти партнерові, що він не отримає зиску за ваш рахунок.

12. Коли Ви маєте справу з партнером, який діє за принципом «вірвати якнайбільше», Ви:

а) терпляче домагаєтеся своїх цілей;

б) надаєте перевагу обмеженню взаємодії з ним;

в) рішуче ставите такого партнера па місце.

13. Маючи справу з нахабною особистістю, Ви:

а) відшукуєте до неї підходи за допомогою терпіння і дипломатії;

б) зводите взаємодію до мінімуму;

в) дієте аналогічними методами.

14. Коли той, що сперечається, ставиться до Вас вороже, Ви зазвичай:

а) спокійно і терпляче долаєте його настрій;

б) уникаєте спілкування;

в) зупиняєте його чи відповідаєте тим же.

15. Коли Вам ставлять неприємні, з «подвійним дном» запитаним, то найчастіше Ви:

а) спокійно відповідаєте на них;

б) уникаєте прямих відповідей;

в) «заводитесь», втрачаєте самовладання.

16. Коли виникають гострі суперечності між Вами і партнером, то це найчастіше:

а) спонукає Вас шукати вихід зі становища, знаходити компроміс, йти па поступки;

б) спонукає згладжувати протиріччя, не зважаючи на відмінності в позиціях;

в) активізує бажання довести свою правоту.

17. Якщо партнер виграє у спорі, Вам звичніше:

а) привітати його з перемогою;

б) зробити вигляд, що нічого особливого не відбувається;

в) «воювати до останнього патрона».

18. У випадках, коли взаємини з партнером набувають конфліктного характеру, Ви взяли собі за правило:

а) «мир будь-якою ціною» — визнати свою поразку, вибачитись, літи назустріч побажанням партнера;

б) «пас убік» — обмежити контакти, відійти від спору;

в) «розставити крапки над «і» — з'ясувати всі протиріччя, неодмінно знайти вихід із ситуації.

19. Коли конфлікт стосується Ваших інтересів, то Вам найчастіше вдається його виграти:

а) через дипломатію та тямущість;

б) через витримку та терпіння;

в) за рахунок темпераменту та емоцій.

20. Якщо хтось із колег спеціально зачепить Вашу самолюбність, Ви:

а) дотепно і коректно зробите йому зауваження;

б) не станете загострювати ситуацію, зробите вигляд, що нічого не трапилось;

в) дасте гідну відсіч.

21. Коли близькі критикують Вас, то Ви:

а) сприймаєте їх зауваження з вдячністю;

б) намагаєтеся не зважати на критику;

в) роздратовуєтесь, чините опір чи сердитесь.

22. Якщо хтось з рідних та близьких каже Вам неправду, то Ви зазвичай:

а) спокійно і тактовно домагаєтесь істини;

б) робите вигляд, що не помічаєте брехні, обминаєте неприємний момент справи;

в) рішуче виводите брехуна на «чисту воду».

23. Коли Ви роздратовані та нервуєте, то найчастіше:

а) шукаєте співчуття, розуміння;

б) усамітнюєтесь, щоб не виявляти свого стану на партнерах;

в) на комусь відіграєтесь, шукаєте «грушу для биття».

24. Коли хтось із колег, менш гідний і здібний за Вас, отримує заохочення керівництва, Ви:

а) радієте за колегу;

б) не надаєте факту певного значення;

в) засмучуєтесь, роздратовуєтесь чи сердитесь.

Додаток Д

Оцінка самоконтролю в спілкуванні (М. Снайдер)

1. Мені здається важким мистецтво наслідувати звичкам інших людей.
2. Я б, мабуть, міг зваляти дурня, щоб привернути увагу або потішити оточуючих!
3. З мене міг би вийти непоганий актор.
4. Іншим людям іноді здається, що я переживаю щось більш глибоко, ніж це є насправді.
5. У компанії я рідко опиняюся в центрі уваги.
6. У різних ситуаціях і в спілкуванні з різними людьми я часто поводжуся абсолютно по-різному.
7. Я можу відстоювати тільки те, в чому я щиро переконаний.
8. Щоб досягти успіху в справах і у відносинах з людьми, я намагаюся бути таким, яким мене очікують бачити.
9. Я можу бути дружелюбним з людьми, яких я не виношу.
10. Я не завжди такий, яким здаюся.

Додаток Е

Оцінка врівноваженості в конфліктах і схильності до нервових зривів

1. Чи важко Вам звернутися до кого-небудь із проханням про допомогу?

1) так, завжди (3);

2) дуже часто (2);

3) іноді (1);

4) дуже рідко (0);

5) ніколи (0).

2. Чи думаєте Ви про свої проблеми навіть у вільний час?

1) дуже часто (5);

2) часто (4);

3) іноді (2);

4) дуже рідко (0);

5) ніколи (0).

3. Побачивши, що в людини щось не виходить, чи відчуваєте Ви бажання зробити – це замість неї?

1) так, завжди (5);

2) дуже часто (4);

3) іноді (2);

4) дуже рідко (0);

5) ніколи (0).

4. Чи довго Ви переживаєте через неприємності?

1) так, завжди (5);

2) дуже часто (4);

3)іноді (2);

4) дуже рідко (0);

5) ніколи (0).

5. Скільки часу Ви відпочиваєте?

1) більше трьох годин (0);

2) дві-три години (0);

3) одну-дві години (2);

4)жодної хвилини (4).

6. Чи перебиваєте Ви, не дослухавши, людину, яка пояснює вам що-небудь із зайвими подробицями?

1) так, завжди (4);

2) часто (3);

3)залежить від обставин (2);

4) рідко (1);

5) ні (0)

7. Про Вас говорять, що ви завжди поспішаєте?

1) так, це правда (5);

2) часто поспішаю (4);

3) поспішаю, як і всі (1);

4) поспішаю тільки у виняткових випадках (0);

5) ніколи не поспішаю (0)

8. Чи важко Вам відмовитися від смачної їжі?

1) так, завжди (3);

2) дуже часто (2);

3) іноді (0);

4) дуже рідко (0);

5) ніколи (0).

9. Чи доводилося Вам робити декілька справ одночасно?

1) так, завжди (5);

2) дуже часто (4);

3) іноді (3);

4) рідко (1);

5) ніколи (0).

10. Чи здається Вам, що під час розмови Ваші думки кружляють, десь далеко:

1) дуже часто (5);

2) часто (4);

3) трапляється (3);

4) дуже рідко (0);

5) ніколи (0)?

11. Чи не здається Вам інколи, що люди говорять про несуттєві, пусті речі?

1) дуже часто (5);

2) часто (4);

3) іноді (1);

4) рідко (0);

5) ніколи (0).

12.Ви хвилюєтеся, коли стоїте у черзі?

1) дуже часто (4);

2) часто (3);

3) дуже рідко (1);

4) ніколи (0).

13.Чи любите ви давати поради?

1) так, завжди (4);

2) дуже часто (3);

3)іноді (1);

4) дуже рідко (0);

5)ніколи (0)

14.Чи довго ви вагаєтеся перед тим, як прийняти якесь рішення?

1)завжди (3);

2) дуже часто (2);

3) часто (1);

4) дуже рідко (3);

5) ніколи (0).

15.Як ви розмовляєте?

1) квапливо, скоромовкою (3);

2) швидко (2);

3) спокійно (0);

4) поволі (0);

5) важливо (0).

Додаток Є

Методичні матеріали до заняття 1

Вправа «Встановлення дистанції». Мета: визначення особистої відстані в іграх та вправах. Зміст. Психолог пояснює, що у кожної людини існує своя індивідуальна безпечна відстань, на якій вона відчуває себе в бесіді з іншими людьми найбільш комфортно. Зазвичай вона вибирається несвідомо, і при цьому значущими виявляються особисті взаємовідносини з партнером по спілкуванню. 59 По черзі кожен учасник встає в центр кола. До нього один за іншим підходять всі члени групи. Кожен рухається до тих пір, поки той, хто стоїть в центрі не скаже «Стоп!», тобто коли він почне відчувати дискомфорт. Всі учасники повинні запам'ятати, на яку відстань до кого можна наближатися.

Вправа «Фото». Мета для учасників: вивчення особливостей сприйняття. 60 Мета для психолога: активна демонстрація перцептивної сторони спілкування. Ця вправа може проходити в декількох варіантах. 1. Психолог показує протягом 5 – 7 секунд слухачам портрет людини і просить описати її зовнішність, дати психологічний портрет, вгадати професію тощо. Це завдання дозволяє перевірити спостережливість. 2. Психолог показує портрет якоїсь людини, але представляє її інакше, називаючи іншу професію. Передбачається описати риси обличчя і дати психологічний портрет. У відповідях частини слухачів явно буде виявлено вплив установок на сприйняття. 3. Вправа «Всі ми особливі». Мета для учасників тренінгу: розвиток спостережливості. Мета для психолога: навчання навичкам соціальної перцепції. Учасники, розбившись на пари, 6 секунд мовчки дивляться один на одного. Потім психолог запрошує в коло пару. Чи не дивлячись на партнера, потрібно буде описати риси його обличчя, колір очей, волосся. Потім потрібно назвати головну особливість зовнішності партнера.

Додаток Ж

Методичні матеріали до заняття 2

Вправа «Дзеркало». Мета: створення позитивної обстановки, сприятливої для розуміння почуттів інших людей. Зміст. Група ділиться на пари. Один з пари приймає яку-небудь позу, інший дзеркально її відображає, намагається зрозуміти відчуття і почуття партнера. 61 Потім учасники діляться враженнями, наскільки було важко зрозуміти, що відчував партнер.

Вправа «Хто ця людина?». Мета для психолога: надати можливість відпрацювати теоретичний матеріал. Мета для учасників: відпрацювання техніки формулювання відкритих питань. Інструкція: зараз я гадаю відому людину. Потрібно ставити відкриті питання, щоб дізнатися про цю людину.

Вправа «Детектив». Мета для психолога: надати можливість відпрацювати теоретичний матеріал. Мета для учасників: відпрацювання вміння дослівно повторювати сказане партнером. Інструкція: Зараз ми будемо складати детектив, і всі будемо авторами його. Я вигадую першу фразу, потім наступний учасник продовжує складати, але при цьому повинен повторити все сказане. «Рано вранці міс Марпл почула телефонний дзвінок…». Шеррінг: «Що важче складати свою фразу або повторювати чужу? Якщо ти занадто зайнятий своїми думками, ти не завжди в змозі повторити сказане партнером, але це вміння дуже важливо для повноцінного контакту.

Додаток 3

Методичні матеріали до заняття 3

Вправа «Дружні руки». Мета: досягнення стану розслаблення, зняття міжособистісних бар'єрів. Зміст. Учасники шикуються в шеренгу. Перший учасник проходить повз стрій і обмінюється рукостисканням з кожним, стає в кінець шеренги, рух продовжується поки кожен не пройде повз стрій. Питання для обговорення: чи приємно було відчувати дружні рукостискання?

Гра «Вузький місток». Мета для психолога: вправа виступає моделлю конфліктної ситуації і дозволяє продемонструвати різні стратегії поведінки в ній: конкуренцію, співробітництво, компроміс, пристосування. Мета для учасників: розв'язання конфлікту конструктивним чином. Опис вправи. Двоє учасників стають на проведену на підлозі лінію обличчям один до одного на відстані близько трьох метрів. Психолог пояснює ситуацію: «Ви йдете назустріч один одному по дуже вузькому містку, перекинутому над водою. У центрі містка ви зустрілися, і вам треба розійтися. Місток – це лінія. Хто поставить ногу за її межами – впаде в воду. Постарайтеся розійтися на містку так, щоб не впасти». Пари учасників підбираються випадковим чином. При великій кількості учасників може одночасно функціонувати 2–3 «містка». Обговорення. Таким чином, в конфліктній ситуації можливі такі варіанти поведінки: Суперництво: прагнення домогтися своїх інтересів на шкоду іншому. Пристосування: на противагу суперництву принесення в жертву власних інтересів заради інтересу іншої людини. Компроміс – враховуються інтереси обох сторін, але наполовину. Уникнення – не вигравала жодна зі сторін. Відхід від конфлікту. Співпраця – так враховуються інтереси обох сторін.

Вправа «Словник емоцій». Мета для психолога: розвиток можливостей в вербалізації емоційних станів. Мета для учасників:

вдосконалення комунікативного вміння передавати інформацію. Інструкція: зараз ми будемо працювати в командах. У діловій взаємодії часто виникають емоційні стани, які важко визначити. Тим часом ці емоції порушують ясність комунікації, вносять емоційний шум. Кожна команда протягом 10 хв. повинна скласти якомога довший список емоційних станів. Це будуть не + / -, а проміжні емоції. Наприклад: нетерпіння, нервозність і т.п. Обговорення. Вербалізація почуттів партнера по спілкуванню дозволяє не тільки зрозуміти його і перейти до конструктивного спілкування. Але і вимовлена емоція втрачає свою інтенсивність і владу над людиною. Я-висловлювання – це спосіб вираження вашого ставлення до ситуації без звинувачення і вимог до людини. Я-висловлювання допомагає в конфліктних ситуаціях.