ПРИВАТНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«КИЇВСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

Факультет фармації, психології та менеджменту

Кафедра психології

Кваліфікаційна робота магістра

на тему

«КОМУНІКАТИВНА КОМПЕТЕНТНІСТЬ ЛІКАРЯ ЯК ЧИННИК ЗАПОБІГАННЯ ПРОФЕСІЙНИМ КОНФЛІКТАМ»

Виконала: здобувачка 2 року навчання
групи ПЗ-2406
другого (магістерського) рівня освіти
спеціальності 053 «Психологія»
Островська Маргарита Олександрівна

Науковий керівник:
доктор психологічних наук, професор
Фармагей Олександр Іванович

Рецензент:
кандидатка психологічних наук, доцентка
Герасіна Світлана Вікторівна

Київ – 2026

ЗМІСТ

ВСТУП 3

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ЛІКАРЯ ЯК ЧИННИКА ПРОФЕСІЙНИХ КОНФЛІКТІВ 7

1.1. Поняття та психологічна структура комунікативної компетентності особистості 7

1.2. Професійні конфлікти як проблема психологічної науки 13

1.3. Класифікація та способи вирішення професійних конфліктів у колективі лікарів 18

Висновки до розділу 1 27

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ЛІКАРІВ ТА ЇЇ ВПЛИВУ НА ПРОФЕСІЙНІ КОНФЛІКТИ 29

2.1. Методологія та організація дослідження 29

2.2. Результати емпіричного дослідження рівня комунікативної компетентності лікарів 35

Висновки до розділу 2 41

РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА ФОРМУВАННЯ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ЛІКАРІВ ЯК ІНСТРУМЕНТ ЗАПОБІГАННЯ ПРОФЕСІЙНИМ КОНФЛІКТАМ 44

3.1. Розробка психологічної програми формування комунікативної компетентності лікарів 44

3.2. Апробація програми в експериментальній групі 49

3.3. Практичні рекомендації для медичних працівників з покращення комунікативної компетентності та запобігання професійним конфліктам 55

Висновки до розділу 3 62

ВИСНОВКИ 64

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 66

ДОДАТКИ 73

ВСТУП

Актуальність дослідження. У сучасних умовах будь-яка сфера послуг функціонує в умовах підвищеного рівня психологічного та емоційного напруження, що супроводжується зростанням тривожності, стресу та конфліктності. Медична сфера не є винятком, оскільки професійна діяльність лікарів пов’язана з високою відповідальністю, інтенсивним робочим ритмом і постійною міжособистісною взаємодією. Конфліктні ситуації, що виникають у медичних колективах на тлі хронічного стресу, можуть негативно позначатися на якості надання медичних послуг і психологічному кліматі в установі.

Тривале навантаження та невирішені конфлікти стають одним із чинників професійного вигорання медичних працівників. Невміння конструктивно врегульовувати конфлікти часто зумовлене недостатнім рівнем комунікативної компетентності, що проявляється у труднощах налагодження ефективної взаємодії з колегами та пацієнтами. Це може призводити до непорозумінь, загострення суперечностей і зниження довіри у професійному спілкуванні.

Рівень конфліктності та комунікативна компетентність перебувають у тісному взаємозв’язку та взаємно впливають один на одного. У зв’язку з цим дослідження шляхів формування та розвитку комунікативної компетентності лікарів як засобу запобігання конфліктам є актуальним і практично значущим для сучасної медичної практики.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Проблема комунікативної компетентності лікаря має міждисциплінарний характер і розглядається в межах медичних, психологічних, психолого-педагогічних і філологічних досліджень. У працях Н. Арора, В. Бейла, Р. Бакмана, Е. Біл, А. Куделки, М. Біглу, Ф. Натега, М. Годжазаде, А. Асгарзаде, К. Фурньє, С. Керзанет обґрунтовано значення ефективної професійної комунікації для зниження конфліктності у взаємодії «лікар - пацієнт». Психологічні підходи, представлені працями С. Максименка, З. Романця, М. Філоненка, акцентують на ролі емпатії, емоційної саморегуляції

та навичок конструктивного спілкування як чинників профілактики професійних конфліктів. Дослідження А. Борисюк, С. Бухальської, М. Васильєвої, О. Макаренка, В. Манулик, Ю. Михайлюка, І. Гуменної, Ю. Коржа, С. Кубіцького, І. Шості, О. Юдіної засвідчують, що комунікативна компетентність формується у процесі фахової підготовки та є складовою професійної компетентності лікаря. Філологічні праці А. Загнітка, Л. Мацько, С. Шевчук, І. Ющука, А. Богуш, М. Пентилюк підкреслюють значення мовленнєвої культури як ресурсу попередження непорозумінь і конфліктів у медичному спілкуванні.

Мета дослідження - теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити комунікативну компетентність лікаря як чинник запобігання професійним конфліктам та розробити й апробувати програму її формування.

Відповідно до мети визначено **завдання дослідження:**

1. Здійснити теоретичний аналіз психологічної літератури з проблеми професійних конфліктів та комунікативної компетентності лікарів, визначити науковий апарат дослідження.
2. Проаналізувати літературу з питань класифікації та способів вирішення професійних конфліктів у лікарів.
3. Емпірично дослідити вплив комунікативної компетентності на запобігання професійним конфліктам у лікарів.
4. Розробити та апробувати психологічну програму запобігання професійним конфліктам лікарів через розвиток комунікативної компетентності.

Об’єкт дослідження - запобігання професійним конфліктам у лікарів.

Предмет дослідження - вплив комунікативної компетентності на запобігання професійним конфліктам у лікарів.

Методи дослідження. Для реалізації поставленої мети та розв’язання завдань дослідження використано теоретико-методологічний аналіз наукових джерел з проблеми комунікативної компетентності лікарів і професійних конфліктів у медичному середовищі; узагальнення сучасних підходів до

вивчення професійної комунікації та міжособистісної взаємодії в діяльності медичних працівників; порівняння різних концептуальних моделей і наукових поглядів дослідників; систематизацію наукових даних щодо впливу рівня комунікативної компетентності на виникнення та перебіг професійних конфліктів. Для кількісного аналізу результатів застосовано методи описової статистики, кореляційний аналіз і порівняння середніх значень. Отримані результати підлягали якісній інтерпретації та узагальненню з урахуванням сучасних наукових підходів у психології професійної діяльності.

З метою емпіричного дослідження означеної проблеми було підібрано відповідний психодіагностичний інструментарій:

1. Авторська анкета «Професійна комунікація лікаря» (Додаток А);
2. Опитувальник стилів поведінки у конфлікті (К. Томас) (Додаток Б);
3. Методика «Комунікативна толерантність» В. Бойка (Додаток В).

База дослідження. Базою дослідження є колектив лікарів різних спеціальностей міста Київ та Сумської області. Для проведення емпіричного дослідження формування та покращення комунікативної компетентності працівників медичної сфери - були запрошені спеціалісти різних медичних напрямів всієї України.

Наукова новизна отриманих результатів. У дослідженні проаналізовано рівень комунікативної компетентності лікарів і його зв’язок із рівнем професійної конфліктності з урахуванням різного рівня урбанізації професійного середовища. Оцінка зазначених показників дала змогу виявити особливості впливу умов соціального простору на характер професійної взаємодії медичних працівників та інтенсивність конфліктних проявів. У роботі розкрито специфіку запобігання професійним конфліктам шляхом удосконалення комунікативних умінь і оптимізації міжособистісної взаємодії. На основі узагальнення теоретичних положень і результатів емпіричного дослідження розроблено програму психологічної підтримки лікарів, спрямовану на підвищення рівня

комунікативної компетентності та зниження рівня конфліктності в медичній сфері послуг.

Теоретичне значення дослідження полягає у доповненні та уточненні наукових уявлень про комунікативну компетентність працівників закладів охорони здоров'я як психологічний феномен. Отримані результати сприяють узагальненню й систематизації знань про психологічну структуру комунікативної компетентності та поглиблюють розуміння професійних конфліктів у контексті сучасних проблем психологічної науки.

Практична значущість отриманих результатів полягає у можливості використання розробленої програми психологічних вправ, спрямованої на розвиток знань, умінь і навичок лікарів у сфері професійної комунікації та запобігання конфліктам. Запропонована програма була апробована в експериментальній групі з 34 медичних працівників і за підтвердила позитивні зміни у рівні комунікативної компетентності та зниженні проявів професійної конфліктності, що підтверджує її практичну ефективність.

Апробація результатів дослідження. Нами було взято участь у роботі XVI Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих вчених "Перспективи розвитку сучасної психології" 24-25 квітня 2025 року та опубліковано тези на тему "Психологічні аспекти комунікативної компетентності та професійних конфліктів у медичному колективі" в збірнику Перспективи розвитку сучасної психології : зб. наук. пр. Вип. 16 / УГСП. – Київ : 7БЦ, 2025. – 271-274 с.

Структура роботи. Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів (перший розділ містить 3 підрозділи, другий – 2 підрозділи, третій – 3 підрозділи), висновків, списку використаних джерел та додатків. Список використаних джерел налічує 57 найменувань. Робота містить 4 додатки.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ЛІКАРЯ ЯК ЧИННИКА ПРОФЕСІЙНИХ КОНФЛІКТІВ

1.1. Поняття та психологічна структура комунікативної компетентності особистості

В умовах динамічного розвитку суспільства ефективне спілкування стає одним із головних чинників професійного та особистого успіху. Воно сприяє особистісному зростанню, створенню конструктивних, партнерських взаємин у професійному середовищі, забезпечує можливості для особистісного зростання та підвищує якість спільної діяльності. Здатність до ефективної та результативної комунікації забезпечує успішну взаємодію, прийняття спільних рішень і зниження конфліктності в умовах співпраці.

У сучасній системі охорони здоров'я професійна діяльність лікаря дедалі більше виходить за межі суто клінічних маніпуляцій і включає складний комплекс міжособистісних, мовленнєвих та соціально-психологічних взаємодій. Особливого значення набуває поняття комунікативної компетентності. Як одна із рис характеристики особистості вона стала предметом пильної уваги дослідників у різних галузях психології.

Одним із перших поняття «комунікативна компетентність» було введено американським лінгвістом і антропологом Деллом Хаймсом (Рис. 1.1.). У своїй праці «On Communicative Competence» він наголошував на тому, що комунікативна компетентність - це лінгвістична складова діяльності людини. Згідно з позицією дослідника, людина має зважати на соціокультурний аспект спілкування, поважати гетерогенність мовної спільноти, враховувати варіативність мовної поведінки в різних ситуаціях тощо [47].



Рис. 1.1. Структура комунікативної компетентності за Д. Хаймсом з інтерпретацією авторами кожного компонента в системі комунікації «Лікар - Пацієнт»

Підхід дослідника сформувався в межах соціолінгвістичної парадигми, що зумовило акцент на мовленнєвій поведінці в конкретному соціальному та культурному контексті. Запропонована ним модель SPEAKING охоплює такі компоненти, як ситуація спілкування (Setting), учасники (Participants), цілі (Ends), послідовність дій (Act sequence), тональність (Key), канали та форми

мовлення (Instrumentalities), норми взаємодії (Norms) і жанр (Genre). Особливістю цієї моделі є те, що вона враховує лінгвістичні аспекти мовлення та стратегічні правила підтримки комунікативного контакту (див. Рис. 1.1.).

Застосування моделі Д. Хаймса у медичній практиці дозволяє розглядати комунікацію між лікарем і пацієнтом як складний багатовимірний процес. Аналіз компонентів SPEAKING у межах системи «Лікар - Пацієнт» вказує, що врахування таких елементів, як тональність спілкування (Key), контекст ситуації (Scene) та соціальні норми взаємодії (Norms), сприяє формуванню психологічно безпечного комунікативного поля. Це позитивно впливає на якість діагностики, підвищує рівень довіри пацієнта до лікаря та покращує результати лікування [16].

Значний потенціал модель Д. Хаймса має і в системі підготовки студентів-медиків. Моделювання комунікативних ситуацій на основі цієї концепції дозволяє майбутнім лікарям аналізувати реальні діалоги, усвідомлювати роль соціального контексту мовлення та формувати навички професійного спілкування, що сприяє переходу від сприйняття пацієнта як об’єкта медичного впливу до розуміння його як особистості з власними емоціями, потребами та очікуваннями, що є принципово важливим для гуманістично орієнтованої медицини [32].

Комунікативна компетентність у діяльності медичного працівника постає як багатовимірне утворення, що реалізується в професійному, міжособистісному та навчальному контекстах і має потужний потенціал для підвищення якості медичної допомоги, професійного розвитку лікаря та оптимізації взаємодії з пацієнтом.

На теренах України однією з перших дослідників комунікативної компетентності стала Людмила Орбан-Лембрик. У своїй праці вона визначає комунікативну компетентність як інтегральну якість особистості, котра пронизує всі її професійно-особистісні утворення. Авторка наголошує на тому, що комунікативна компетентність є сукупністю знань для взаємодії, стратегій

поведінки, обміну інформацією та сприймання людьми одне одного. Мотивація належати до соціальної групи, зберігати та розвивати в ній соціально-психологічні традиції того чи іншого соціального інституту чи групи - відображає сформованість стилю комунікативного життя індивіда [25].

У професійному контексті комунікативна компетентність розглядається як інструмент налагодження ефективної та результативної взаємодії між лікарем і пацієнтом. За результатами досліджень О. Сікорської та К. Орду якість комунікації у процесі медичної взаємодії має значний вплив на успішність лікування, дотримання пацієнтом лікарських рекомендацій та загальне ставлення до медичного працівника [31]. Автори підкреслюють, що сформована комунікативна компетентність сприяє створенню позитивного професійного іміджу лікаря, який асоціюється з довірою, відкритістю та професіоналізмом. Подібної позиції дотримуються Г. Навчук, Л. Шутак та А. Полагнин, наголошуючи на тому, що мовленнєва культура медичного персоналу пов’язана з ефективністю їх професійної діяльності та якістю медичних послуг [23].

Міжособистісний контекст реалізації комунікативної компетентності пов’язаний з умінням лікаря будувати психологічно сприятливу та безпечну взаємодію з пацієнтом. Емпатійне слухання, коректне реагування на емоційні переживання пацієнта, здатність підтримувати довірливі стосунки створюють умови для відкритого діалогу та зниження тривожності.

Дослідження О. В. Кир’язової з колегами акцентують увагу на тому, що саме якісна міжособистісна взаємодія формує для пацієнта так звану «безпечну зону», у якій він може почуватися психологічно захищеним і більш щирим у спілкуванні з лікарем [16]. За таких умов фахівець отримує можливість глибше зрозуміти стан пацієнта, точніше інтерпретувати симптоми та обрати адекватну стратегію лікування.

Важливим є навчальний контекст формування комунікативної компетентності, який охоплює підготовку майбутніх лікарів у закладах вищої медичної освіти. Комунікативна компетентність у цьому вимірі забезпечує

глибше опанування професійного матеріалу, розвиток аналітичного мислення та формування навичок командної роботи, що є необхідним для реалізації міждисциплінарного та комбінованого підходів до лікування пацієнтів. О. В. Сілкова та її колеги підкреслюють, що формування комунікативної компетентності не може розглядатися як побічний результат навчального процесу, а має виступати цілеспрямованим педагогічним завданням [32]. Автори наголошують на важливості використання комунікативних практик, рольових ігор та моделювання професійних ситуацій як ефективних засобів розвитку комунікативної сфери майбутніх лікарів.

М. Ю. Заушнікова у дисертаційному дослідженні «Психологічні умови формування комунікативної компетентності майбутнього логопеда» виокремлює когнітивний, емоційно-мотиваційний та поведінковий компоненти. Когнітивний компонент відображає рівень знань, уявлень і розуміння закономірностей спілкування, необхідних для усвідомленої та адекватної комунікативної взаємодії. Емоційно-мотиваційний компонент поєднує емоційну налаштованість на спілкування та мотивацію до міжособистісної взаємодії. Поведінковий компонент проявляється у здатності реалізовувати комунікативні знання й установки на практиці через вербальні та невербальні дії у процесі професійного спілкування. Запропонована модель дозволяє комплексно оцінювати рівень сформованості комунікативної компетентності майбутніх фахівців з урахуванням як внутрішніх психологічних, так і зовнішніх поведінкових проявів [13].

У дослідженні Л. В. Доценко, І. В. Каряки та А. О. Уманець «Комунікативна компетентність як складова професійної свідомості майбутніх психологів» структура комунікативної компетентності представлена через мотиваційний аспект, що відображає спрямованість особистості на професійне спілкування та внутрішню готовність до взаємодії, когнітивний аспект, який охоплює знання про закономірності, норми й стратегії комунікації та поведінковий аспект, що проявляється у практичній реалізації комунікативних

умінь і навичок у професійній діяльності. Автори наголошують на взаємозв'язку цих складових у процесі професійного становлення та реалізації майбутнього фахівця [9].

Н. Гудима у праці «Комунікативна компетентність учителя початкової школи як один із чинників його успішної професійної діяльності» пропонує розширену компонентну модель, яка, окрім когнітивного та мотиваційного компонентів, охоплює мовний компонент, що забезпечує правильність і доцільність мовленнєвого оформлення висловлювань, сенситивний компонент, пов'язаний зі здатністю розуміти емоційний стан і реакції співрозмовника, стратегічний компонент, який визначає вміння обирати й коригувати комунікативні стратегії залежно від ситуації, та соціокультурний компонент, що передбачає врахування соціальних норм, цінностей і культурного контексту взаємодії [8].

У дисертаційному дослідженні І. Р. Туровської «Формування професійно-мовленнєвої компетентності майбутніх фахових молодших бакалаврів медичного коледжу у процесі вивчення гуманітарних дисциплін» виокремлено мотиваційний компонент, що відображає спрямованість особистості на професійне спілкування та зацікавленість у мовленнєвій взаємодії, когнітивно-практичний компонент, який охоплює засвоєння професійних знань і вміння застосовувати їх у мовленнєвій діяльності та емотивний компонент, пов'язаний з умінням емоційної саморегуляції, рефлексії та здатністю до емпатії, що має особливе значення для професійної діяльності у сфері медицини [35].

Структура комунікативної компетентності ґрунтується на аналізі теоретичних досліджень, емоційно-вольової сфери, мотиваційних установок і поведінкових проявів. Дослідження даних параметрів дає можливість виокремити чотири основні компоненти комунікативної компетентності медичних працівників.

Когнітивний компонент охоплює систему знань, уявлень, понять і вмінь, що забезпечують розуміння інформації та адекватну інтерпретацію професійних

ситуацій. У медичній практиці цей компонент проявляється у здатності фахівця доступно пояснювати складні діагностичні або лікувальні процедури, використовуючи зрозумілу для пацієнта мову без надмірного застосування спеціалізованої термінології.

Афективний (емоційний) компонент пов'язаний з емоційно-вольовою сферою особистості та здатністю до емпатійного реагування. Його реалізація виявляється у співпереживанні лікаря стану пацієнта, умінні підтримати його в стресових ситуаціях або заспокоїти родичів у напружених умовах, зокрема в приймальних відділеннях лікувальних закладів.

Мотиваційний компонент відображає внутрішню зацікавленість у комунікації, ціннісні орієнтації та установку на професійну взаємодію. У практичній діяльності він проявляється у відкритості лікаря до діалогу, готовності відповідати на запитання пацієнта, прагненні надати повну та зрозумілу інформацію без уникання комунікативного контакту.

Поведінковий (діяльнісний) компонент характеризується сукупністю вербальних і невербальних засобів спілкування, що використовуються у професійній взаємодії. До нього належать уважне слухання, дотримання етичних норм спілкування, вміння не перебивати співрозмовника, демонстрація зацікавленості та надання чітких, логічно структурованих рекомендацій щодо лікування.

Комунікативну компетентність можна розглядати як цілісну систему вмінь і якостей, що забезпечує результативність професійної діяльності медичних працівників і безпосередньо впливає на якість взаємодії у системі «лікар - пацієнт».

1.2. Професійні конфлікти як проблема психологічної науки

Професійні конфлікти заслуговують не меншої уваги при вивченні питання комунікативної компетентності лікарів. Високий рівень конфліктності,

на нашу думку, безпосередньо впливає на емоційний стан медичних працівників, мікроклімат в колективі і в масштабному розуміння має негативний наслідок для якість надання медичних послуг. Вивчення природи, механізмів виникнення та шляхів подолання професійних конфліктів сприяє формуванню психологічної культури фахівців.

Професійна діяльність людини завжди відбувається у просторі соціальної взаємодії, де поєднуються індивідуальні цілі, групові інтереси, організаційні вимоги та особистісні особливості учасників. У цих умовах конфлікти стають не винятком, а закономірним явищем трудового життя. Саме тому проблема професійних конфліктів посідає важливе місце у сучасній психологічній науці, оскільки торкається питань міжособистісної взаємодії, емоційної регуляції, професійної ідентичності та психологічного благополуччя працівників.

У психології конфлікт розглядається як зіткнення несумісних позицій, інтересів, цінностей або способів дій суб'єктів професійної діяльності. На відміну від побутових суперечок, професійні конфлікти мають чіткий зв'язок із виконанням службових ролей, розподілом відповідальності та оцінкою результатів праці [4]. Вони мають вплив на міжособистісні стосунки та на ефективність організацій, рівень мотивації та якість професійних рішень.

Українські дослідники підкреслюють, що професійні конфлікти важливо аналізувати з урахуванням соціального контексту, особливостей трудового середовища та психологічних характеристик особистості [5]. У межах психології праці конфлікт розглядається як складний феномен, у якому поєднуються когнітивні, емоційні та поведінкові компоненти. Саме така багатовимірність робить професійні конфлікти предметом міждисциплінарного аналізу.

Важливе місце у вивченні професійних конфліктів займає питання їхніх причин. Психологічна наука виділяє кілька груп чинників, що сприяють виникненню конфліктів у професійному середовищі. До них належать особистісні відмінності працівників, суперечливі рольові очікування, обмеженість ресурсів, недосконаліть комунікації та високий рівень емоційного

навантаження [6]. У професіях типу «людина - людина» ці чинники набувають особливої гостроти, оскільки взаємодія з іншими є основним змістом діяльності.

Дослідження українських психологів свідчать, що значна частина професійних конфліктів пов’язана з комунікативними труднощами [11]. Невміння чітко висловлювати думки, слухати співрозмовника, враховувати його емоційний стан призводить до непорозумінь, які з часом трансформуються у стійкі конфліктні взаємини. У цьому контексті професійні конфлікти тісно пов’язані з рівнем комунікативної компетентності працівників.

Європейські та американські дослідники акцентують увагу на ролі комунікації у розвитку професійних конфліктів. Зокрема, К. Томас і Р. Кілманн розглядали конфлікт як ситуацію вибору між різними стилями поведінки, що відображають баланс інтересів особистості та організації [57]. Їхня модель показала, що конфлікт не є однозначно негативним явищем, а його наслідки залежать від обраної стратегії реагування.

У психологічній науці поступово відбувся перехід від сприйняття конфлікту як виключно деструктивного явища до розуміння його потенційної конструктивної ролі. Сучасні підходи розглядають професійний конфлікт як джерело розвитку, що може сприяти перегляду застарілих норм, удосконаленню організаційних процесів і професійному зростанню працівників [18]. Відсутність навичок конструктивного розв’язання конфліктів призводить до зворотних наслідків - зниження працездатності, професійного вигорання та погіршення психологічного клімату.

Окрему увагу психологічна наука приділяє емоційному аспекту професійних конфліктів. Конфліктна ситуація майже завжди супроводжується сильними емоційними переживаннями: напруженням, роздратуванням, тривогою або почуттям несправедливості. Українські дослідники емоційної саморегуляції наголошують, що нездатність контролювати власні емоції у професійних взаєминах значно підвищує ризик ескалації конфліктів [40]. Саме

тому проблема емоційної компетентності є невід'ємною складовою аналізу професійних конфліктів.

Американські дослідження у сфері організаційної психології підтверджують, що емоційний інтелект відіграє важливу роль у попередженні деструктивних конфліктів [44]. Працівники з високим рівнем емоційної обізнаності краще розпізнають напружені ситуації та здатні коригувати власну поведінку ще до відкритого зіткнення інтересів.

Професійні конфлікти тісно пов'язані з проблемою ролей у трудовому колективі. Нечіткий розподіл обов'язків, суперечливі вимоги з боку керівництва та колег створюють умови для рольової напруги, яка з часом може перерости у конфлікт [21]. Психологія організацій розглядає рольовий конфлікт як один із найпоширеніших видів професійних суперечностей, що негативно впливають на задоволеність працею.

Соціально-психологічний вимір професійних конфліктів пов'язаний із відчуттям справедливості та визнання у колективі. Дослідження показують, що суб'єктивне сприйняття несправедливого ставлення, нерівного розподілу навантаження або винагороди часто стає пусковим механізмом конфліктної поведінки [39]. У цьому випадку конфлікт виступає формою психологічної реакції на порушення значущих для особистості цінностей.

Європейські автори, зокрема Дж. Грінберг, підкреслюють, що сприймана організаційна справедливість прямо впливає на рівень конфліктності в колективах [45]. Коли працівники відчувають прозорість рішень і повагу до власного внеску, навіть складні ситуації рідше набувають конфліктного характеру.

Особливе місце у психологічному аналізі професійних конфліктів посідає роль керівника. Саме стиль управління, манера комунікації та здатність до посередництва значною мірою визначають, чи переросте суперечність у деструктивний конфлікт [15]. Українські дослідники управлінської психології

зазначають, що авторитарні або, навпаки, надмірно пасивні стилі керівництва підвищують рівень напруженості у колективах.

Американські моделі лідерства розглядають конфлікт як сферу відповідальності керівника. Згідно з концепціями трансформаційного лідерства, керівник має знижувати конфліктне напруження та створювати умови для відкритого обговорення проблем, що зменшує приховану напругу [46]. У цьому контексті психологічна наука наголошує на важливості розвитку управлінських і комунікативних навичок.

Професійні конфлікти не можна розглядати ізольовано від проблеми психологічного здоров'я. Хронічна конфліктність у робочому середовищі сприяє накопиченню стресу, емоційному виснаженню та професійному вигоранню [56]. Українські дослідження у сфері психології здоров'я підтверджують зв'язок між частотою конфліктів і рівнем психосоматичних скарг у працівників.

У цьому сенсі професійні конфлікти виступають соціальною та психологічною проблемою, що потребує системного підходу. Психологічна наука розглядає профілактику конфліктів як складову психологічного супроводу професійної діяльності. Навчання навичкам конструктивної взаємодії, розвитку емпатії та саморегуляції сприяє зниженню рівня конфліктності та покращенню якості професійного життя [52].

Професійні конфлікти є складним і багатогранним феноменом, що займає важливе місце у сучасній психологічній науці. Вони відображають глибинні процеси взаємодії особистості та професійного середовища, поєднуючи індивідуальні переживання з організаційними умовами. Саме тому їх дослідження залишається актуальним завданням психології праці, соціальної та організаційної психології.

1.3. Класифікація та способи вирішення професійних конфліктів у колективі лікарів

Класифікація конфліктів розглядається як систематизація різних типів конфліктних ситуацій за визначеними критеріями, що дає змогу глибше зрозуміти джерела їх виникнення, чинники та логіку розвитку. Для медичного колективу, до складу якого входять лікарі, середній медичний персонал, управлінський персонал та інші працівники, систематизація є важливим елементом розуміння конфлікту. Результати класифікації мають безпосередній вплив на якість професійної комунікації, характер міжособистісних взаємин та рівень медичної допомоги. Системний підхід до класифікації конфліктів дає змогу краще усвідомити їхню сутність і окреслити реалістичні шляхи профілактики та конструктивного розв'язання конфліктних ситуацій [55].

Аналіз сучасних наукових досліджень показує, що в командах сфери охорони здоров'я конфлікти зазвичай об'єднують у три основні форми.

1. конфлікти взаємин (relationship);
2. конфлікти завдань (task);
3. конфлікти процесів (process).

Саме така тривимірна модель була ґрунтовно представлена в огляді літератури «Interprofessional Team Conflict Resolution» [55]. Її застосування допомагає керівникам та членам команди виходити за межі поверхневого сприйняття проблемної ситуації та зосереджуватися на глибинних причинах напруженості й потенційних наслідках для спільної роботи.

Виправданим є поділ конфліктів за рівнями їх прояву:

1. внутрішньоособистісні (intrapersonal);
2. міжособистісні (interpersonal);
3. внутрішньогрупові (intragroup);
4. міжгрупові (intergroup) [49].

Така градація дозволяє з’ясувати, чи джерело напруження пов’язане з внутрішніми переживаннями конкретного фахівця, суперечностями між окремими працівниками або ж із дисфункціями на рівні груп і підрозділів. Поєднання цього підходу з аналізом конфліктів за категоріями relationship, task і process створює підґрунтя для більш точної діагностики проблеми та вибору адекватних стратегій реагування, що зменшують ризик подальшої ескалації.

Класифікація професійних конфліктів у медичному колективі має значний теоретичний і прикладний потенціал. Її цінність полягає у впорядкуванні складних міжособистісних процесів і виявленні прихованих джерел напруження, які часто залишаються поза увагою. За відсутності чіткого розуміння типу конфлікту управлінські рішення нерідко ухвалюються інтуїтивно, що знижує їх ефективність і ускладнює стабілізацію командної взаємодії [55.

По-перше, класифікація конфліктів допомагає чітко визначити їхню природу та встановити першопричини виникнення. Міжособистісні конфлікти мають виражений емоційний компонент та потребують вдосконалення комунікативної взаємодії, зміцнення взаєморозуміння та довіри в команді. Конфлікти, пов’язані із завданнями або процесами, частіше зумовлені організаційними чи структурними недоліками, які можна скоригувати шляхом уточнення ролей, перерозподілу відповідальності або оптимізації робочих алгоритмів [55]. Подібний підхід допомагає керівникам зосереджуватися на конкретних управлінських рішеннях, уникаючи універсальних заходів із низькою ефективністю.

По-друге, класифікація конфліктів є важливим інструментом профілактичної роботи. Виявлення типових джерел конфліктів і розуміння їхньої специфіки створює підґрунтя для впровадження превентивних заходів, зокрема командних домовленостей, навчальних програм, тренінгів із комунікативних навичок і регулярних професійних обговорень. Вчасне розпізнавання напружених ситуацій зменшує ймовірність загострення суперечностей і підтримує стабільний професійний клімат у колективі [55].

По-третє класифікація конфліктів має взаємозв’язок з якістю медичної допомоги. Конфлікти, що залишаються без уваги, особливо між різними професійними групами, ускладнюють координацію дій, обмін інформацією та командну взаємодію. Систематизований підхід до аналізу конфліктів дозволяє своєчасно виявляти точки напруження й зменшувати їхній негативний вплив на пацієнтів та результати лікування [17].

По-четверте, класифікація сприяє формуванню організаційної культури, орієнтованої на конструктивну взаємодію. Усвідомлення природи конфліктів змінює ставлення до них: замість сприйняття як виключно негативного явища вони розглядаються як сигнал до вдосконалення процесів і взаємин, що поступово підвищує рівень довіри, згуртованості та відповідальності в команді [17].

Класифікація професійних конфліктів забезпечує цілісне розуміння їхнього значення для управління медичним колективом. Ефективне управління медичним колективом передбачає послідовне визначення типів конфліктів. Різні підходи до класифікації конфліктних ситуацій допомагають проаналізувати причини виникнення суперечностей, передбачити їх розвиток і підібрати оптимальні стратегії реагування. У наукових джерелах найчастіше виокремлюють класифікацію конфліктів за суб’єктами, сферою виникнення, динамікою та наслідками [49].

Поділ конфліктів за суб’єктами дозволяє з’ясувати, хто саме залучений до конфліктної взаємодії, що є базовим для управлінських рішень:

1. Внутрішньоособистісні (intrapersonal) - виникають через внутрішні суперечності, професійні сумніви або моральні дилеми. Їх усвідомлення допомагає запобігти перенесенню внутрішньої напруги на робочі стосунки [55];
2. Міжособистісні (interpersonal) - конфлікти між окремими працівниками, які впливають на психологічний клімат і можуть швидко загострюватися за відсутності своєчасної реакції [11, 14].

3. Внутрігрупові (intragroup) - суперечності всередині команди чи підрозділу, часто пов’язані з розподілом обов’язків і ресурсів; їх аналіз відкриває можливості для оптимізації внутрішніх процесів;

4. Міжгрупові (intergroup) - виникають між різними відділами або професійними групами, порушують узгодженість дій і можуть негативно позначатися на результатах лікування [50].

Аналіз за сферами виникнення доповнює поділ за суб’єктами й поглиблює розуміння природи конфлікту:

1. організаційні - пов’язані з управлінськими рішеннями, регламентами та ресурсами; їх корекція підвищує ефективність командної роботи;

2. професійні - зумовлені відмінностями у підходах, рівні підготовки та методах лікування; їх подолання потребує навчання й узгодження стандартів;

3. соціальні та міжособистісні - виникають через особистісні риси, емоційні реакції та комунікативні труднощі; робота з ними покращує атмосферу в колективі [49].

Динаміка конфлікту відображає його розвиток у часі та визначає характер управлінського втручання:

1. латентні - приховані суперечності, що ще не набули відкритої форми; раннє виявлення дозволяє уникнути серйозних ускладнень;

2. відкриті - конфлікти з явними проявами, які потребують конструктивного реагування для стримування емоційного напруження;

3. ескалаційні - гострі ситуації, що загрожують роботі команди й безпеці пацієнтів; у таких випадках необхідні навички деескалації та чіткі управлінські дії [55].

Оцінка конфліктів за наслідками дає змогу визначити їхній вплив на колектив:

1. конструктивні - сприяють розвитку команди, удосконаленню процесів і професійному зростанню працівників;

2. деструктивні - руйнують робочу атмосферу, знижують ефективність діяльності та можуть шкодити пацієнтам, що зумовлює потребу в системному аналізі й усуненні [42].

Систематизований аналіз конфліктних ситуацій є дієвим інструментом управління колективом, профілактики загострень і підтримки належного рівня медичної допомоги. Розуміння природи конфліктів і їх типологічних особливостей створює умови для формування ефективних професійних команд і збереження безпечного простору для пацієнтів.

Т. О. Башук і М. О. Хижняк пропонують наступну класифікацію конфліктів: [2].

За способом вирішення професійні конфлікти поділяються на ненасильницькі та насильницькі. Ненасильницькі конфлікти передбачають використання аргументації, переговорів і раціонального обговорення проблеми, тоді як насильницькі супроводжуються емоційною ескалацією, агресивними проявами та порушенням норм професійної етики.

За сферою прояву виокремлюють політичні, соціальні, економічні та організаційні конфлікти. Політичні конфлікти пов’язані з розбіжностями у ставленні до реформ і управлінських рішень у системі охорони здоров’я. Соціальні конфлікти зумовлені різницею у цінностях, вікових, професійних або статусних особливостях працівників. Економічні конфлікти виникають через розподіл матеріальних ресурсів, оплати праці та соціальних пільг. Організаційні конфлікти пов’язані з особливостями управління, розподілу обов’язків, робочого навантаження та умов праці.

За спрямованістю впливу конфлікти поділяються на вертикальні та горизонтальні. Вертикальні конфлікти виникають між представниками різних рівнів управлінської ієрархії, тоді як горизонтальні - між працівниками одного професійного або статусного рівня.

За ступенем виразності розрізняють відкриті та приховані конфлікти. Відкриті конфлікти мають явні прояви й легко спостерігаються у поведінці

учасників, тоді як приховані характеризуються латентною напруженістю, яка не завжди усвідомлюється або відкрито висловлюється.

За кількістю учасників професійні конфлікти поділяють на внутрішньоособистісні, міжособистісні та міжгрупові. Внутрішньоособистісні конфлікти пов'язані з внутрішніми суперечностями особистості, міжособистісні - виникають у процесі безпосередньої взаємодії двох осіб, а міжгрупові - охоплюють взаємодію між різними професійними або функціональними групами.

За потребами та змістом суперечностей виділяють когнітивні конфлікти та конфлікти інтересів. Когнітивні конфлікти зумовлені різними поглядами, знаннями та професійними переконаннями, тоді як конфлікти інтересів виникають у ситуаціях зіткнення особистих і професійних мотивів.

Загальний огляд форм професійних конфліктів у медичних установах вказує на їх різноманітність за змістом, структурою та можливими наслідками. Для всіх типів спільною залишається психологічна основа: будь-яка конфліктна взаємодія бере початок зі сприйняття ситуації, її суб'єктивної оцінки та подальшої реакції учасників. Урахування цих аспектів дає змогу точніше інтерпретувати поведінку сторін і визначити чинники, що запускають конфлікт.

Професійні конфлікти в медичних колективах доцільно розглядати як багаторівневий феномен, зумовлений поєднанням організаційних, соціально-психологічних і особистісних впливів. На нашу думку, ефективне управління такими ситуаціями неможливе без детального аналізу психологічних механізмів їх виникнення, адже саме вони визначають поведінкові реакції працівників і характер взаємодії всередині команди [17].

Важливим чинником у цьому процесі професійної комунікації між медичними працівниками та у взаємодії з пацієнтами є комунікативна компетентність, що охоплює вміння чітко висловлювати думки, слухати співрозмовника, адекватно реагувати на зворотний зв'язок та враховувати емоційний стан іншої людини. Низький рівень таких навичок провокує низький

рівень взаєморозуміння, помилкові інтерпретації дій колег та можливого загострення конфліктів [12]. В умовах високого навантаження та тривалого стресу, характерних для медичної сфери, комунікативні труднощі здатні швидко трансформуватися у відкриті міжособистісні конфлікти та негативно впливати на якість допомоги. З огляду на це розвиток комунікативної компетентності персоналу важливо розглядати як один із ключових напрямів профілактики конфліктів.

Значне місце серед психологічних механізмів посідає емоційний інтелект, що передбачає усвідомлення власних емоцій, здатність керувати емоційними реакціями та розуміти почуття інших людей [12]. Працівники з розвиненим емоційним інтелектом легше долають напружені ситуації, підтримують емпатійну взаємодію та обирають конструктивні форми реагування в умовах стресу. У зв'язку з цим системні тренінги, спрямовані на розвиток емоційної саморегуляції та емпатії, можна вважати ефективним профілактичним засобом у роботі з професійними конфліктами.

Соціально-психологічні чинники (статус у колективі, рольові очікування, відчуття справедливості та система особистісних цінностей) мають важливе значення у виникненні та розвитку конфліктів у професійному середовищі [22]. Конфліктні ситуації часто виникають у разі невідповідності між очікуваннями працівників і реальним розподілом ролей та за умов сприйняття несправедливого навантаження чи доступу до ресурсів. Додатковим джерелом напруження стають розбіжності у професійних переконаннях, особливо в міждисциплінарних командах. Усвідомлення й урахування цих факторів є необхідною передумовою побудови ефективної системи управління конфліктами.

Психологічні механізми виникнення конфліктів у медичних колективах мають складний та взаємопов'язаний характер. Ефективне реагування потребує одночасної роботи з розвитком комунікативних навичок, емоційного інтелекту та врахування соціально-психологічних особливостей колективу. Комплексний

підхід зменшує ймовірність конфліктів, підвищує узгодженість командної роботи й підтримує здорове професійне середовище [41].

Управління конфліктами в медичних колективах передбачає впровадження цілісної системи стратегій і практичних інструментів (Рис. 1.2.). У сучасних умовах уміння врегульовувати професійні суперечності стає визначальним чинником ефективної командної взаємодії, емоційного благополуччя персоналу та безпеки пацієнтів. Досягнення цих цілей потребує поєднання поведінкових моделей, психологічних і адміністративних методів, етичних засад і активної управлінської позиції керівника [43].



Рис. 1.2. Модель управління конфліктами

Поведінкові моделі управління конфліктами відіграють базову роль у розумінні взаємодії між медичними працівниками. Відповідно до підходу К. Томаса, виділяють п’ять основних стратегій: співпраця, компроміс, уникнення, пристосування та суперництво. Усвідомлений вибір стратегії визначає динаміку конфлікту: співпраця орієнтує на пошук взаємоприйнятних рішень, уникнення

інколи знижує рівень емоційної напруги, а суперництво може бути виправданим у ситуаціях захисту власних чи професійних інтересів [7].

Серед практичних інструментів врегулювання конфліктів ефективними вважаються медіація, фасилітація, психологічне консультування, переговори та тренінги з розвитку емоційного інтелекту й командної взаємодії. Медіація створює нейтральний простір для діалогу та сприяє пошуку спільних рішень. Фасилітація й консультування допомагають знизити рівень стресу, а тренінгові програми формують навички емпатії та саморегуляції [54]. Системне поєднання цих інструментів підсилює як корекційний, так і профілактичний потенціал роботи з конфліктами.

Адміністративні заходи охоплюють чітке визначення обов'язків, регламентацію процедур і контроль виконання завдань, що зменшує кількість структурних джерел напруження. Етичні підходи, засновані на професійній етиці лікаря, корпоративних цінностях та взаємній повазі, формують спільну моральну основу взаємодії. Інтеграція адміністративних та етичних механізмів забезпечує баланс між формальними правилами й моральними нормами, що має особливе значення для медичних колективів [54].

Роль керівника медичного закладу є ключовою у профілактиці й вирішенні конфліктів. Саме керівник визначає політику врегулювання суперечностей, ініціює медіаційні процедури, організовує психологічний супровід і навчальні програми, підтримує етичну культуру колективу [54]. Активна та проактивна управлінська позиція значною мірою знижує негативні наслідки конфліктів і сприяє формуванню конструктивної робочої атмосфери.

Поєднання поведінкових моделей, психологічних і медіаційних інструментів, адміністративних та етичних підходів та розвиток емоційного інтелекту формує багаторівневу стратегію управління конфліктами в медичних колективах (див. Рис. 1.2.). Комплексність такого підходу підвищує ефективність командної роботи, підтримує професійне середовище та зменшує ризики для персоналу й пацієнтів [15].

Висновки до розділу 1

Теоретичний аналіз комунікативної компетентності лікаря дозволив розкрити її як важливу психологічну передумову професійної взаємодії та чинник, що впливає на виникнення і перебіг професійних конфліктів у медичному середовищі. Комунікативну компетентність окреслено як інтегральне багатовимірне утворення, що поєднує когнітивні, емоційні, мотиваційні та поведінкові складові й реалізується у професійній діяльності медичного працівника.

Аналіз наукових підходів вітчизняних і зарубіжних дослідників за підтвердив, що комунікативна компетентність не обмежується мовленнєвими навичками, а включає здатність до емпатійної взаємодії, емоційної саморегуляції, урахування соціального та культурного контексту спілкування та дотримання професійно-етичних норм. Сформованість цих компонентів безпосередньо впливає на якість взаємодії у системі «лікар - пацієнт», психологічний клімат у колективі та ефективність професійної діяльності.

Розгляд професійних конфліктів у межах психологічної науки дозволив визначити їх як закономірне явище професійної діяльності, зумовлене поєднанням особистісних, соціально-психологічних та організаційних чинників. Показано, що професійні конфлікти мають складну структуру, охоплюють когнітивні, емоційні та поведінкові компоненти й істотно впливають на емоційний стан медичних працівників, характер міжособистісних взаємин і якість медичної допомоги.

Систематизація класифікацій професійних конфліктів за формами, рівнями взаємодії, суб’єктами, сферами прояву, динамікою та наслідками підтвердила їхню практичну значущість для управління медичними колективами. Узагальнення різних класифікаційних підходів створює умови для точнішої

діагностики конфліктних ситуацій, прогнозування їх розвитку та добору адекватних стратегій реагування.

Підкреслено роль комунікативної компетентності та емоційного інтелекту як ключових психологічних ресурсів профілактики й конструктивного врегулювання професійних конфліктів. Поєднання поведінкових моделей, медіаційних і фасилітаційних інструментів, адміністративних та етичних підходів формує цілісну систему управління конфліктами у медичних колективах.

Сформульовані теоретичні положення слугують науковим підґрунтям для подальшого емпіричного дослідження взаємозв’язку між рівнем комунікативної компетентності лікарів та особливостями їхньої поведінки у професійних конфліктних ситуаціях.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ЛІКАРІВ ТА ЇЇ ВПЛИВУ НА ПРОФЕСІЙНІ КОНФЛІКТИ

2.1. Методологія та організація дослідження

Організаційно-методичне забезпечення діагностики комунікативної компетентності лікарів та її впливу на професійні конфлікти є ключовим аспектом, що забезпечує своєчасне виявлення комунікативних труднощів і конфліктних моделей взаємодії, об'єктивну оцінку частоти та характеру конфліктних ситуацій у медичному середовищі та визначення потреб у психологічній підтримці та навчанні персоналу. Емпіричне дослідження дає змогу встановити особливості професійної комунікації, які підвищують ризик конфліктів у системах «лікар - пацієнт» і «лікар - колеги», та окреслити напрями корекційно-розвивальних заходів і профілактичних програм, спрямованих на підвищення якості взаємодії, зниження напруженості в колективі та формування конструктивних стратегій врегулювання професійних суперечностей.

Базою дослідження є колектив лікарів різних спеціальностей міста Київ та Сумської області. Для проведення емпіричного дослідження формування та покращення комунікативної компетентності працівників медичної сфери - були запрошені спеціалісти різних медичних напрямів всієї України.

Усі учасники опитування були попередньо поінформовані про мету та умови проведення дослідження, брали участь добровільно, надали усвідомлену згоду на участь, мали право відмовитися від відповідей на будь-які запитання або припинити участь у дослідженні на будь-якому етапі. Анонімність та конфіденційність отриманих даних були повністю гарантовані, а результати використовувалися виключно в узагальненому вигляді з науковою метою.

З метою емпіричного дослідження означеної проблеми було підібрано відповідний психодіагностичний інструментарій:

1. Авторська анкета «Професійна комунікація лікаря» для вивчення особливостей професійної комунікації медичних працівників, частоти й природи професійних конфліктів та індивідуальних стратегій поведінки у конфліктних ситуаціях (див. Додаток А);
2. Опитувальник К. Томаса - Р. Кілмана: типи поведінки у конфлікті для визначення стилю поведінки людини у конфліктних ситуаціях (див. Додаток Б);
3. Методика «Комунікативна толерантність» В. Бойка для визначення рівня толерантності у міжособистісному спілкуванні, здатності приймати індивідуальні особливості співрозмовника та збереження конструктивної взаємодії в умовах напружених і конфліктних ситуацій (див. Додаток В).

Анкета «Професійна комунікація та конфліктність лікаря» розроблена з метою комплексного вивчення особливостей професійної комунікації медичних працівників, частоти й природи професійних конфліктів та індивідуальних стратегій поведінки у конфліктних ситуаціях. Вона використовується як інструмент первинної діагностики, що дозволяє отримати узагальнену картину комунікативної взаємодії лікарів у професійному середовищі.

Анкета складається з чотирьох взаємопов’язаних блоків, кожен з яких виконує окрему діагностичну функцію та забезпечує багатовимірний аналіз досліджуваного явища.

Перший блок містить соціально-демографічні запитання, спрямовані на збирання інформації про вік, стать, стаж професійної діяльності, спеціальність та умови роботи респондентів. Ці дані дозволяють врахувати індивідуальні й професійні характеристики медичних працівників під час інтерпретації результатів і порівняльного аналізу.

Другий блок анкети присвячений частоті та природі професійних конфліктів. Запитання цього розділу дають змогу визначити інтенсивність конфліктних ситуацій у професійній діяльності лікарів, коло основних учасників

конфліктної взаємодії (пацієнти, колеги, керівництво) та найбільш поширені причини виникнення конфліктів. Отримані дані дозволяють виявити типові конфліктогенні чинники та оцінити суб’єктивний вплив конфліктів на професійну ефективність.

Третій блок спрямований на визначення стилів поведінки у конфлікті. Він містить запитання, що дозволяють ідентифікувати домінуючі стратегії реагування лікаря у конфліктних ситуаціях (змагання, співпраця, компроміс, уникнення, пристосування) та оцінити частоту застосування кожного стилю. Це створює можливість проаналізувати як переважні, так і ситуативні моделі конфліктної поведінки у професійній діяльності.

Четвертий блок анкети спрямований на самооцінку рівня комунікативної компетентності. Він охоплює ключові компоненти професійної комунікації лікаря, зокрема чіткість мовлення, емпатію, активне слухання, емоційну саморегуляцію та невербальні засоби спілкування. Додаткові запитання цього блоку дозволяють виявити основні комунікативні труднощі та суб’єктивну потребу респондентів у розвитку певних навичок.

Анкета використовує закриті запитання та шкальні оцінки, що забезпечує простоту заповнення, стандартизованість відповідей і можливість кількісного аналізу результатів. Інструмент може застосовуватися як в індивідуальній, так і в груповій формах, не потребує спеціальних умов проведення та є зручним для використання в медичних закладах.

Результати анкетування дозволяють:

- визначити рівень комунікативної компетентності лікарів;
- оцінити частоту та суб’єктивну значущість професійних конфліктів;
- виявити домінуючі стилі поведінки у конфліктних ситуаціях;
- окреслити групи ризику за рівнем конфліктності;
- обґрунтувати напрями психологічного супроводу, тренінгових і профілактичних програм.

Опитувальник «Типи поведінки у конфлікті» - психодіагностичний інструмент, спрямований на вивчення стилів поведінки особи в конфліктних ситуаціях, зокрема у конфлікті інтересів. Методика дозволяє оцінити, наскільки індивід орієнтується на власні інтереси або на інтереси інших учасників конфлікту та визначити нові стратегії врегулювання суперечок.

К. Томас та Р. Кілманом запропонували двомірну модель регулювання конфліктів, яка включає два основні виміри: кооперацію (увага до інтересів інших людей, готовність враховуватиїхні потреби при прийнятті рішень) та напористість (орієнтація на власніінтереси та прагнення досягти їх, навіть якщоце шкодить іншим).

На основі даної моделі виділяють п’ять основних способів регулювання конфліктів:

- Змагання (конкуренція) - прагнення досягти власних інтересів за рахунок іншого;
- Пристосування - принесення власних інтересів в жертву заради інших;
- Компроміс - досягнення угоди шляхом взаємних поступок, що частково задовольняє інтереси обох сторін;
- Уникнення - відсутність активності у конфлікті, відмова від кооперації та відстоювання власних цілей;
- Співробітництво - пошук рішень, які повністю враховують інтереси всіх учасників конфлікту.

Опитувальник складається з 30 пар суджень, у кожній з яких респондент обирає варіант, що найбільш відповідає його типовій поведінці в конфліктній ситуації (див. Додаток Б). Кожен із п’яти стилів поведінки описується 12 судженнями, що дозволяє оцінити їх прояви у конкретних ситуаціях та визначити домінуючий стиль конфліктної поведінки.

Опитувальник Томаса-Кілмана дає змогу:

- виявити індивідуальні схеми поведінки в конфлікті;
- оцінити рівень кооперативності та напористості;

- сформувати рекомендації щодо ефективного управління конфліктами;
- використовувати результати для саморозвитку або тренінгової роботи з групами [34].

Методика «Комунікативна толерантність» розроблена психологом Віктором Васильовичем Бойком наприкінці 1990-х років у межах досліджень міжособистісної взаємодії та психологічних механізмів спілкування. Методика створювалася з метою виявлення рівня терпимості особистості до індивідуальних особливостей інших людей у процесі міжособистісного спілкування та для аналізу комунікативних бар'єрів, що можуть ускладнювати соціальну та професійну взаємодію.

Первинно методика застосовувалася у сфері професій типу «людина - людина» (педагоги, медичні працівники, керівники, соціальні працівники, психологи), однак згодом набула широкого використання в організаційній, медичній і практичній психології. Особливо актуальною вона є в умовах діяльності, що супроводжується високим рівнем емоційного напруження, інтенсивним міжособистісним контактом та необхідністю підтримання конструктивної комунікації.

Методика спрямована на діагностику загального рівня комунікативної толерантності, тобто здатності особистості приймати індивідуальні, емоційні, поведінкові та соціальні відмінності інших людей без вираженої внутрішньої напруги, роздратування або агресивних реакцій. Комунікативна толерантність у концепції В. В. Бойка розглядається як важливий компонент комунікативної компетентності, що визначає якість міжособистісних стосунків і впливає на виникнення або запобігання конфліктам.

Методика використовується в індивідуальній та груповій формах, не потребує спеціальних умов проведення, є доступною для застосування в освітніх, медичних та організаційних закладах. Час виконання зазвичай становить 15-20

хвилин. Обстежуваним пропонується оцінити власні реакції у типових ситуаціях міжособистісної взаємодії, спираючись на першу інтуїтивну відповідь.

Структурно методика складається з 9 шкал (поведінкових ознак), кожна з яких відображає окремий аспект комунікативної нетерпимості (див. Додаток В). До них належать:

- неприйняття індивідуальності інших людей;
- оцінювання співрозмовників через призму власного «Я»;
- категоричність і жорсткість оцінок;
- невміння приховувати негативні емоції;
- схильність до перевиховання та повчання;
- прагнення «підганяти» інших під себе;
- низька адаптаційна здатність у взаємодії;
- нетерпимість до емоційних або поведінкових відмінностей;
- труднощі прийняття партнерів у спільній діяльності.

Кожна шкала містить 5 тверджень, що оцінюються за чотирибальною системою. Сумарний бал за всіма шкалами дозволяє визначити загальний рівень комунікативної толерантності, де вищі показники свідчать про нижчу толерантність і більшу ймовірність виникнення комунікативних труднощів та конфліктних реакцій.

Результати методики дають змогу:

- оцінити індивідуальні особливості міжособистісної взаємодії;
- виявити потенційні джерела професійних конфліктів;
- визначити аспекти спілкування, що потребують психологічної корекції;
- використовувати дані для планування тренінгів з розвитку комунікативної компетентності, емоційної саморегуляції та профілактики конфліктів.

У контексті дослідження комунікативної компетентності лікарів та її впливу на професійні конфлікти методика В. В. Бойка дозволяє виявити рівень терпимості медичних працівників до пацієнтів і колег, їхню здатність зберігати конструктивну взаємодію в умовах стресу, високого навантаження та емоційно

напружених ситуацій. Отримані результати є важливими для аналізу психологічних чинників конфліктності в медичному колективі та формування рекомендацій щодо підвищення якості професійної комунікації.

2.2. Результати емпіричного дослідження рівня комунікативної компетентності лікарів

Емпіричне дослідження комунікативної компетентності лікарів, як чиннику запобігання професійним конфліктам проводилося серед лікарів різних медичних спеціальностей міста Київ та Сумської області. В дослідженні взяли участь 60 респондентів. Опитування було проведено з дотриманням етичних норм, таких як добровільна участь, конфіденційність відповідей, інформована згода на проведення опитування.

Для вивчення особливостей професійної комунікації медичних працівників, частоти й природи професійних конфліктів та індивідуальних стратегій поведінки у конфліктних ситуаціях було використано авторську анкету «Професійна комунікація лікаря». Результати опитування наведено на рис. 2.1

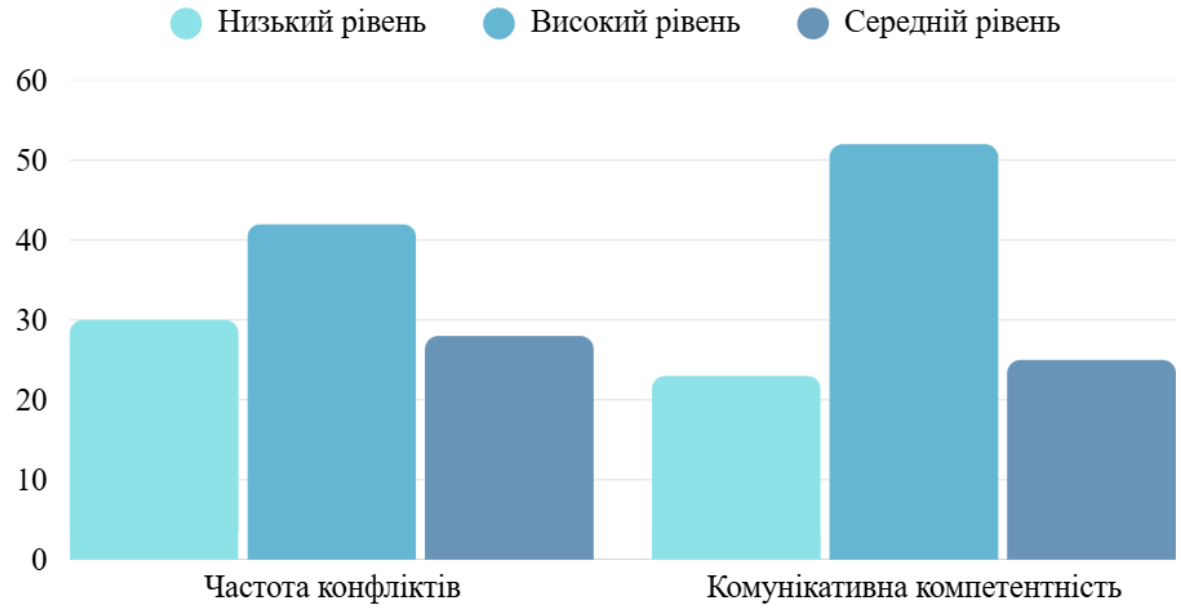


Рис. 2.1 Результати дослідження за авторською анкетою «Професійна комунікація лікаря»

За шкалою «Частота професійних конфліктів» 30% лікарів мають низький рівень частоти конфліктів і рідко або майже не стикаються з напруженими ситуаціями у професійній діяльності, що вказує на відносно стабільну комунікативну взаємодію. Середній рівень частоти конфліктів виявлено у 41,7% респондентів, які періодично стикаються з конфліктами, зумовленими переважно високим робочим навантаженням, дефіцитом часу та комунікативними труднощами, однак ці конфлікти не мають системного характеру. Високий рівень частоти професійних конфліктів зафіксовано у 28,3% лікарів, що вказує на постійну конфліктну напруженість у професійному середовищі та може негативно впливати на емоційний стан і професійну ефективність.

За шкалою «Комунікативна компетентність» низький рівень комунікативної компетентності мають 23,3% лікарів, для яких характерні труднощі у встановленні професійного контакту, недостатньо розвинені навички активного слухання, емпатії та емоційної саморегуляції. Середній рівень комунікативної компетентності виявлено у 51,7% респондентів, що вказує на наявність базових комунікативних умінь, достатніх для виконання професійних обов’язків, однак у стресових або конфліктних ситуаціях їх ефективність може знижуватися. Високий рівень комунікативної компетентності зафіксовано у 25% лікарів, які здатні до конструктивної взаємодії, ефективного врегулювання конфліктів та підтримання психологічно безпечного професійного середовища.

Для визначення стилю поведінки особистості у конфлікті було використано опитувальник К. Томаса - Р. Кілмана: типи поведінки у конфлікті. Результати опитування наведено на рис. 2.2.

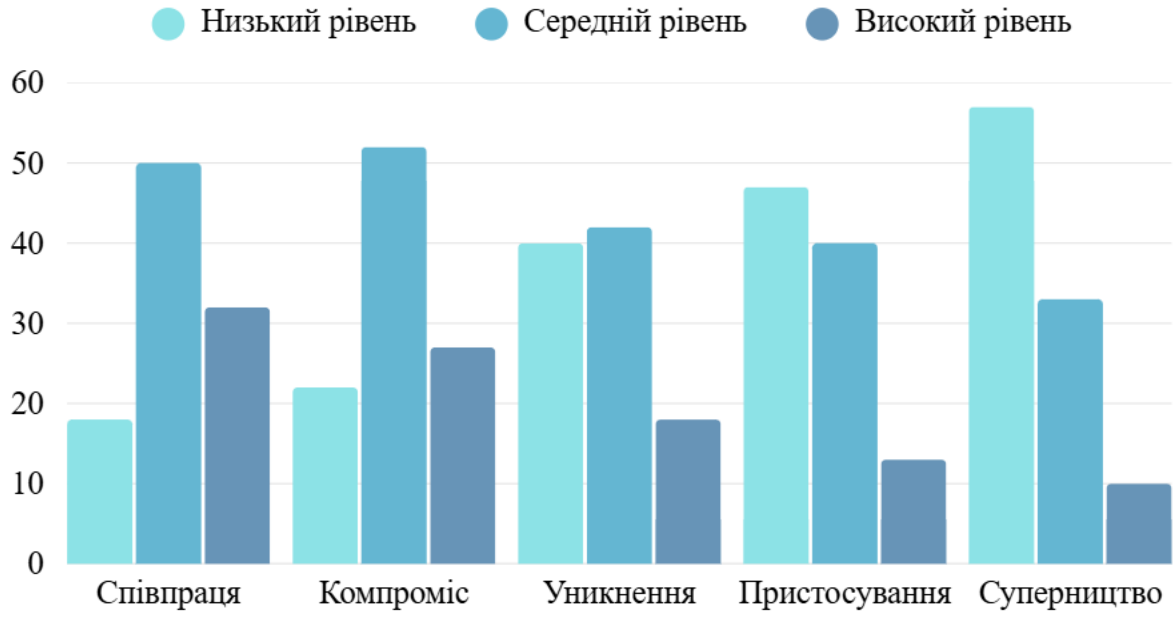


Рис. 2.2 Результати дослідження за опитувальником К. Томаса - Р. Кілмана: типи поведінки у конфлікті

За шкалою «Співпраця» низький рівень стилю співпраці (18,3%) вказує на недостатню орієнтацію окремих лікарів на спільний пошук рішень і врахування інтересів усіх сторін у конфліктній ситуації. Середній рівень (50%) відображає ситуативне застосування співпраці, переважно у стабільних умовах або за наявності часу для обговорення. Високий рівень співпраці (31,7%) характеризує лікарів, які систематично використовують конструктивну взаємодію, прагнуть до відкритого діалогу та розглядають конфлікт як можливість для спільного вирішення проблеми.

За шкалою «Компроміс» низький рівень компромісу (21,7%) вказує на труднощі у частковому поступанні власними інтересами заради досягнення взаємоприйнятного рішення. Середній рівень (51,7%) є найбільш поширеним і вказує на готовність лікарів знаходити баланс між власними та чужими інтересами у типових професійних ситуаціях. Високий рівень компромісу (26,6%) характеризує стабільну здатність до врегулювання конфліктів шляхом взаємних поступок, що є ефективним за умов обмеженого часу та ресурсів.

За шкалою «Уникнення» низький рівень уникнення (40%) вказує на відсутність схильності до ігнорування конфліктних ситуацій та готовність лікарів брати участь у їх вирішенні. Середній рівень (41,6%) відображає використання уникнення як тимчасової стратегії для зниження напруженості або відтермінування вирішення проблеми. Високий рівень уникнення (18,4%) може вказувати на прагнення зменшити емоційне навантаження або труднощі у відкритому обговоренні конфліктів, що в перспективі здатне сприяти їх накопиченню.

За шкалою «Пристосування» низький рівень пристосування (46,7%) означає, що значна частина лікарів не схильна регулярно жертвувати власними інтересами заради інших, що вказує на наявність сформованих професійних меж. Середній рівень (40%) відображає ситуативну готовність поступитися з метою збереження взаємин або запобігання загостренню конфлікту. Високий рівень пристосування (13,3%) характерний для лікарів, які часто віддають перевагу інтересам інших, іноді на шкоду власним потребам, що може підвищувати ризик емоційного виснаження.

За шкалою «Суперництво» низький рівень суперництва (56,7%) вказує на невисоку схильність лікарів до жорсткого відстоювання власної позиції та домінування у конфліктних ситуаціях. Середній рівень (33,3%) відображає використання конкурентної стратегії у виняткових випадках, зокрема за необхідності швидкого ухвалення рішень або захисту професійної думки. Високий рівень суперництва (10%) притаманний невеликій частині лікарів і може бути адаптивним у кризових або управлінських ситуаціях, однак за частого застосування здатний посилювати міжособистісну напруженість і конфліктність.

Для визначення рівня толерантності у міжособистісному спілкуванні, здатності приймати індивідуальні особливості співрозмовника та збереження конструктивної взаємодії в умовах напружених і конфліктних ситуацій було використано методику «Комунікативна толерантність» В. Бойка Результати опитування наведено на рис. 2.3.

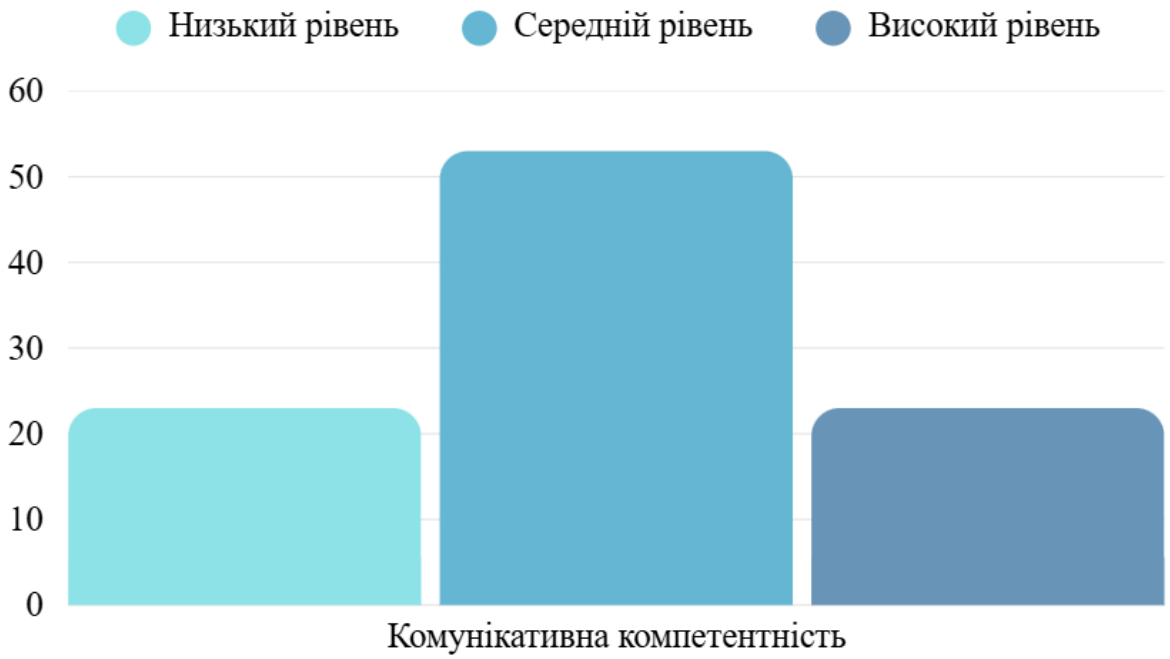


Рис. 2.3 Результати дослідження за методикою «Комунікативна толерантність» В. Бойка

Переважна більшість лікарів (53,4%) мають середній рівень комунікативної толерантності, що вказує на загальну здатність приймати індивідуальні особливості інших людей, однак із періодичними труднощами у ситуаціях емоційної напруги, перевтоми або професійного стресу. Такий рівень є типовим для фахівців, діяльність яких пов'язана з інтенсивним міжособистісним спілкуванням та високою відповідальністю.

Низький рівень комунікативної толерантності виявлено у 23,3% респондентів, що проявляється у підвищеній дратівливості, схильності до категоричних оцінок, труднощах у прийнятті відмінностей партнерів по взаємодії та зниженій здатності до адаптації в комунікації. Високий рівень комунікативної толерантності характерний для 23,3% лікарів, що характеризується гнучкістю у спілкуванні, стриманістю емоційних реакцій, прийняттям індивідуальності інших та здатністю підтримувати конструктивну взаємодію навіть у складних професійних ситуаціях.

Результати кореляційного аналізу

Аналіз взаємозв’язку індексів агресивності та ворожості з різними стилями міжособистісних взаємин здійснювався за допомогою коефіцієнта лінійної кореляції Пірсона (r). Для якісної оцінки коефіцієнтів кореляції застосовуються різні шкали, найбільш часто - шкала Чеддока. В залежності від значень коефіцієнта кореляції зв’язок може мати одну з оцінок:

- 0,1-0,3 - слабкий;
- 0,3-0,5 - помітний;
- 0,5-0,7 - помірний;
- 0,7-0,9 - високий;
- 0,9-1 - дуже високий.

Таблиця 2.1.

Результати кореляційного аналізу

Показники	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Частота професійних конфліктів	-							
2. Комунікативна компетентність (загальний бал)	-0,56**	-						
3. Комунікативна толерантність (Бойко, сумарний бал)	0,48**	-0,61**	-					
4. Стиль суперництва (Томас-Кілманн)	0,42 *	-0,39*	0,44*	-				
5. Стиль співпраці (Томас-Кілманн)	-0,53**	0,58**	-0,47*	-0,41*	-			

Продовження Таблиці 2.1.

6. Стиль компромісу (Томас-Кілманн)	-0,21	0,34 *	-0,19	-0,12	0,46 *	-		
7. Стиль уникнення (Томас-Кілманн)	0,37 *	-0,44 *	0,51 **	0,29 *	-0,38 *	-0,14	-	
8. Стиль пристосування (Томас-Кілманн)	0,26	-0,31 *	0,36 *	0,18	-0,29 *	0,22	0,33 *	-

Кореляційний аналіз показав статистично значущий обернений зв'язок між комунікативною компетентністю лікарів і частотою професійних конфліктів (r = -0,56; p < 0 1), що вказує на зниження конфліктності за умов високого рівня сформованості комунікативних навичок. Сумарний бал комунікативної толерантності (за В. В. Бойком) позитивно корелює з частотою конфліктів (r = 0,48; p < 0 1), що підтверджує: чим нижча толерантність, тим частіше виникають конфліктні ситуації.

Аналіз стилів поведінки у конфлікті за підтвердив, що стиль співпраці має найбільш виражений позитивний зв'язок із комунікативною компетентністю (r = 0,58; p < 0 1) та негативний - з частотою конфліктів (r = -0,53; p < 0 1). Натомість стилі суперництва та уникнення демонструють позитивні зв'язки з частотою конфліктів і негативні - з комунікативною компетентністю, що вказує на їх потенційно деструктивний характер у професійній діяльності лікарів.

Висновки до розділу 2

У межах емпіричного дослідження, проведеного серед 60 лікарів м. Києва та Сумської області, було комплексно вивчено рівень комунікативної компетентності, частоту та природу професійних конфліктів, домінуючі стилі

поведінки у конфліктних ситуаціях (за К. Томасом - Р. Кілманном) і показники комунікативної толерантності (за В. В. Бойком). Дотримання етичних принципів (добровільність, інформована згода, анонімність і конфіденційність) забезпечило коректність збору емпіричних даних та можливість їх узагальненого аналізу.

За результатами авторської анкети встановлено, що у вибірці наявна різна інтенсивність конфліктних проявів у професійному середовищі: частина лікарів демонструє низьку частоту конфліктів, тоді як помітна група респондентів стикається з конфліктами регулярно. Паралельно виявлено диференціацію за рівнем комунікативної компетентності: поряд із фахівцями з високими показниками професійної комунікації існує група із зниженими комунікативними ресурсами, що потенційно підвищує вразливість до напружених ситуацій у взаємодії з пацієнтами та колегами.

Опитувальник Томаса-Кілманна вказує на переважання конструктивних стратегій реагування у конфлікті: найпоширенішими виявилися стилі співпраці та компромісу, що вказує на орієнтацію значної частини лікарів на пошук взаємоприйнятних рішень. Підтверджено наявність стилів уникнення, пристосування та суперництва, які в умовах високого навантаження й емоційного напруження можуть ускладнювати ефективне врегулювання суперечностей, знижувати якість комунікації та сприяти накопиченню невирішених проблем у професійному середовищі.

За методикою В. В. Бойка більшість респондентів продемонстрували середній рівень комунікативної толерантності, що є типовим для професій із високою інтенсивністю міжособистісної взаємодії. Разом із тим виявлена група з низькою комунікативною толерантністю, для якої характерні підвищена дратівливість, категоричність оцінок та труднощі адаптації у взаємодії, що може виступати психологічним підґрунтям для частішого виникнення професійних конфліктів.

Кореляційний аналіз підтвердив наявність статистично значущих взаємозв’язків між досліджуваними показниками. Встановлено, що з

підвищенням комунікативної компетентності знижується частота професійних конфліктів, тоді як зростання сумарного показника за методикою Бойка (що означає нижчу толерантність) пов’язане з більшою частотою конфліктних ситуацій. виявлено, що стиль співпраці асоціюється з кращими комунікативними характеристиками та меншою конфліктністю, тоді як суперництво й уникнення частіше поєднуються з підвищеною конфліктною напруженістю та слабшою комунікативною компетентністю. Отже, результати розділу 2 підтверджують, що комунікативна компетентність і комунікативна толерантність є важливими психологічними чинниками профілактики професійних конфліктів у медичному середовищі та обґрунтовують доцільність впровадження тренінгових і психопрофілактичних програм для розвитку конструктивної комунікації та ефективного управління конфліктами.

РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА ФОРМУВАННЯ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ЛІКАРІВ ЯК ІНСТРУМЕНТ ЗАПОБІГАННЯ ПРОФЕСІЙНИМ КОНФЛІКТАМ

3.1. Розробка психологічної програми формування комунікативної компетентності лікарів

Метою психологічної програми є формування та розвиток комунікативної компетентності лікарів як психологічного чинника запобігання професійним конфліктам, підвищення ефективності міжособистісної взаємодії з пацієнтами, їхніми родичами та колегами та розвиток навичок конструктивного врегулювання конфліктних ситуацій у професійній діяльності.

Для досягнення поставленої мети програмою передбачено розв’язання таких завдань:

1. Сприяти усвідомленню лікарями ролі професійної комунікації у якості медичної допомоги та виникненні або попередженні професійних конфліктів.
2. Розвинути навички самоусвідомлення власних комунікативних установок, емоційних реакцій і поведінкових шаблонів у професійному спілкуванні.
3. Сформувати та відпрацювати навички активного слухання, чіткого мовлення та ефективної вербальної й невербальної комунікації у взаємодії з пацієнтами та колегами.
4. Розвинути емпатійне ставлення з одночасним збереженням професійних меж та профілактикою емоційного виснаження.
5. Сформувати навички емоційної саморегуляції у стресових і конфліктних ситуаціях професійної діяльності лікаря.
6. Підвищити рівень комунікативної толерантності, зменшити суб’єктивність висловлювань та нетерпимість у міжособистісній взаємодії.

7. Сприяти усвідомленню психологічної природи професійних конфліктів, їх причин, динаміки та чинників ескалації.
8. Розвинути здатність до усвідомленого вибору стилю поведінки у конфлікті залежно від професійної ситуації та її наслідків.
9. Сформувати навички ефективної командної комунікації та профілактики професійних конфліктів у медичному колективі.
10. Сприяти інтеграції отриманих знань і навичок у повсякденну професійну діяльність лікарів та підтриманню стійких позитивних змін у комунікації після завершення програми.

Тривалість психологічної програми становить 10 занять по 90 хвилин кожне, що дозволяє поетапно засвоювати нові знання та навички, поступово інтегруючи їх у практику. Зустрічі проводяться з регулярністю один-два рази на тиждень, щоб забезпечити баланс між інтенсивністю роботи та можливістю учасників застосовувати техніки у повсякденному житті. Такий темп дозволяє зберігати стабільність процесу, уникати перевантаження та підтримувати динаміку навчання і закріплення результатів.

Структура програми:

Програма складається з десяти послідовних занять, кожне з яких має свою мету та логічно пов’язане з попередніми (Додаток Г).

- Заняття 1. «Професійна комунікація лікаря: усвідомлення та старт роботи»;
- Заняття 2. «Самоусвідомлення у професійному спілкуванні»;
- Заняття 3. «Активне слухання як основа професійної комунікації»;
- Заняття 4. «Емпатія у професійному спілкуванні лікаря»;
- Заняття 5. «Емоційна саморегуляція у професійній діяльності лікаря»;
- Заняття 6. «Комунікативна толерантність у взаємодії з пацієнтами та колегами»;
- Заняття 7. «Професійний конфлікт: причини, динаміка, усвідомлення»;
- Заняття 8. «Стилі поведінки у конфлікті та їх професійні наслідки»;

- Заняття 9. «Командна комунікація та взаємодія в медичному колективі»;
- Заняття 10. «Інтеграція досвіду та завершення програми».

Кожне заняття має чіткий таймінг і логіку, яка повторюється, щоб створити відчуття передбачуваності та безпеки для учасників. Стандартна тривалість - 90 хвилин.

- Вступна частина (10-15 хв)
- Привітання, налаштування групи.
- Огляд попереднього заняття та досвіду виконання домашніх завдань.
- Оголошення теми та цілей поточного заняття.
- Основний блок (50-60 хв)
- Теоретичний міні-блок (5-10 хв) - коротка психоосвітня частина.
- Практичні вправи та інтерактив (групова робота, рольові ігри, дихальні техніки, моделювання ситуацій).
- Обговорення виконаних вправ, рефлексія учасників, зв’язок з реальним досвідом.
- Завершальна частина (10-15 хв)
- Підбиття підсумків заняття.

Психологічна програма формування комунікативної компетентності лікарів реалізується переважно в груповому форматі, що створює умови для активної міжособистісної взаємодії, обміну професійним досвідом і відпрацювання навичок у змодельованих ситуаціях, наближених до реальної медичної практики. У межах групової роботи використовуються індивідуальні, парні та мікрогрупові форми діяльності, які дозволяють поєднати самоаналіз, практичне тренування комунікативних умінь і отримання зворотного зв’язку. Важливе місце посідають рольові ігри, аналіз професійних кейсів, психоосвітні міні-блоки та рефлексивні обговорення, що сприяють усвідомленню власних

комунікативних стратегій, емоційних реакцій і поведінкових моделей у конфліктних ситуаціях.

Для забезпечення активної участі та ефективного засвоєння матеріалу в програмі використовуються різноманітні стимульні та дидактичні матеріали, які полегшують візуалізацію, рефлексію та практичне відпрацювання навичок. До них належать письмові матеріали для індивідуальної роботи, картки з професійними та конфліктними ситуаціями, матеріали для рольових вправ та засоби для фіксації групових результатів і думок учасників. Застосування таких матеріалів сприяє підвищенню залученості лікарів у тренінговий процес, створенню безпечного робочого простору та закріпленню отриманого досвіду.

Цільовою аудиторією програми є лікарі різних медичних спеціальностей, які у своїй професійній діяльності постійно перебувають у ситуаціях інтенсивної міжособистісної взаємодії з пацієнтами, їхніми родичами, колегами та керівництвом. Програма орієнтована на фахівців із різним рівнем професійного стажу та досвіду роботи, незалежно від форми власності медичного закладу. Особлива увага приділяється лікарям, діяльність яких пов’язана з підвищеним емоційним навантаженням, високою відповідальністю та ризиком виникнення професійних конфліктів та тим, хто зацікавлений у підвищенні якості професійної комунікації та розвитку навичок конструктивної взаємодії.

Психологічна програма формування комунікативної компетентності лікарів ґрунтується на сучасних наукових підходах до вивчення професійної комунікації, міжособистісної взаємодії та конфліктів у діяльності фахівців типу «людина - людина». Методологічну основу програми становлять положення діяльнісного та особистісно орієнтованого підходів, концепції комунікативної компетентності як інтегральної професійної якості та психологічні теорії конфлікту та емоційної саморегуляції. Програма спирається на уявлення про комунікативну толерантність як важливий компонент професійної взаємодії та на двовимірну модель стилів поведінки у конфлікті, що враховує рівень напористості та кооперації. Методичний інструментарій програми відповідає

вимогам психодіагностичної надійності та валідності, а її структура узгоджується з результатами емпіричного дослідження, що підтверджує наукову обґрунтованість обраних форм і методів роботи.

Практична значущість програми полягає у можливості цілеспрямованого розвитку комунікативних умінь лікарів у реальних умовах професійної діяльності та зниженні рівня конфліктної напруженості в медичному середовищі. Реалізація програми сприяє підвищенню якості взаємодії між лікарями, пацієнтами та колегами, формуванню конструктивних стратегій реагування у складних і конфліктних ситуаціях та профілактиці емоційного виснаження та професійного вигорання. Програма може бути використана в системі післядипломної освіти медичних працівників, у діяльності психологічних служб медичних закладів та в межах корпоративних тренінгів як інструмент психологічного супроводу персоналу.

Ефективність психологічної програми визначається на основі комплексної оцінки змін у показниках професійної комунікації та конфліктності лікарів до і після її реалізації. Критеріями виступають динаміка рівня комунікативної компетентності, зниження частоти та суб’єктивної значущості професійних конфліктів, зростання показників комунікативної толерантності та зміна домінуючих стилів поведінки у конфлікті в бік більш конструктивних. Додатково враховується якісна інформація, отримана в процесі групової рефлексії, самооцінки учасників та аналізу їх здатності переносити сформовані навички у практичну професійну діяльність.

Очікується, що участь лікарів у програмі сприятиме підвищенню рівня їхньої комунікативної компетентності, розвитку навичок активного слухання, емпатійного та толерантного ставлення до інших та формуванню ефективних стратегій емоційної саморегуляції. Передбачається зниження частоти та інтенсивності професійних конфліктів, зростання використання стилів співпраці та компромісу, покращення психологічного клімату в медичних колективах і підвищення задоволеності професійною діяльністю. Отримані зміни мають

стійкий характер і сприяють підвищенню якості професійної взаємодії лікарів у довгостроковій перспективі.

3.2. Апробація програми в експериментальній групі

Ефективність психологічної програми визначалася шляхом повторного психодіагностичного обстеження учасників після завершення циклу із десяти занять. Повторне тестування дало можливість оцінити динаміку змін рівня комунікативної компетентності лікарів та підтвердити результативність застосованих психокорекційних методів.

Для забезпечення коректності оцінки ефективності програми респонденти були поділені на дві групи - експериментальну та контрольну. Експериментальна група брала участь у реалізації психологічної програми, тоді як контрольна група проходила повторне психодіагностичне обстеження без залучення до психокорекційного впливу, що дало змогу порівняти отримані результати та визначити внесок програми у зафіксовані зміни.

Для повторного тестування були використані методики, що проводились під час емпіричного дослідження, а саме:

1. Авторська анкета «Професійна комунікація лікаря» (див. Додаток А);
2. Опитувальник К. Томаса - Р. Кілмана: типи поведінки у конфлікті (див. Додаток Б);
3. Методика «Комунікативна толерантність» В. Бойка (див. Додаток В).

Аналіз результатів повторного тестування за авторською анкетою «Професійна комунікація лікаря» наведено у табл. 3.1. Представлені дані дають змогу оцінити зміни у рівнях сформованості професійних комунікативних умінь респондентів після впровадження відповідних педагогічних заходів. Порівняння отриманих показників свідчить про наявність динаміки у розвитку комунікативної компетентності майбутніх лікарів.

Таблиця 3.1.

n=60

Порівняльний аналіз за авторською анкетою «Професійна комунікація лікаря»

	Низький рівень		Середній рівень		Високий рівень	
	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ
Частота конфліктів ДО проходження програми	30%	26,7%	43,3%	46,7%	26,7%	26,7%
Частота конфліктів ПІСЛЯ проходження програми	53,3%	30%	33,3%	43,3%	13,4%	26,7%
Комунікативна компетентність ДО проходження програми	23,3%	20%	53,3%	56,7%	23,4%	23,3%
Комунікативна компетентність ПІСЛЯ проходження програми	10%	20%	46,7%	53,3%	43,3%	26,7%

За показником частоти професійних конфліктів до проходження програми в експериментальній групі низький рівень становив 30%, середній - 43,3%, високий - 26,7%, що вказує на переважання помірної конфліктної напруженості у професійній діяльності лікарів. У контрольній групі розподіл був подібним: низький рівень - 26,7%, середній - 46,7%, високий - 26,6%, що підтверджує загальну однорідність вибірки на початковому етапі дослідження.

Після проходження програми в експериментальній групі відбулася виражена позитивна динаміка: частка лікарів із низькою частотою конфліктів зросла до 53,3%, середній рівень зменшився до 33,3%, а високий - до 13,4%. Це вказує на істотне зниження конфліктної напруженості та підвищення здатності лікарів конструктивно регулювати складні професійні ситуації. У контрольній

групі зміни мали мінімальний характер: низький рівень становив 30%, середній - 43,3%, високий - 26,7%, що не вказує на значні зрушення у частоті конфліктів.

За показником комунікативної компетентності до проходження програми в експериментальній групі низький рівень було зафіксовано у 23,3%, середній - у 53,3%, високий - у 23,4% лікарів. У контрольній групі розподіл був близьким: низький рівень - 20%, середній - 56,7%, високий - 23,3%, що вказує на домінування базового рівня сформованості комунікативних умінь у обох групах.

Після реалізації програми в експериментальній групі спостерігається значне підвищення рівня комунікативної компетентності: частка лікарів із низьким рівнем зменшилася до 10%, середній рівень становив 46,7%, тоді як високий рівень зріс до 43,3%. Отримані результати вказують на ефективність програми у розвитку навичок професійного спілкування, емоційної саморегуляції та конструктивної взаємодії. У контрольній групі показники залишилися відносно стабільними: низький рівень - 20%, середній - 53,3%, високий - 26,7%, що не вказує на системну позитивну динаміку.

Аналіз результатів засвідчує, що після проходження психологічної програми в експериментальній групі відбулося одночасне зниження частоти професійних конфліктів і зростання рівня комунікативної компетентності, тоді як у контрольній групі істотних змін не зафіксовано. Це підтверджує ефективність програми як психологічного засобу оптимізації професійної взаємодії лікарів.

Аналіз результатів повторного тестування за опитувальником Кеннет Томас – Ральф Кілман щодо визначення типів поведінки у конфлікті наведено у табл. 3.2. Порівняння отриманих даних до і після формувального етапу дослідження дає змогу оцінити зміни у виборі стратегій конфліктної взаємодії респондентів. Результати свідчать про динаміку у напрямі більш конструктивних моделей поведінки в експериментальній групі.

Таблиця 3.2

n=60

Порівняльний аналіз за опитувальником К. Томаса - Р. Кілмана: типи поведінки у конфлікті

	Низький рівень		Середній рівень		Високий рівень	
	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ
Співпраця ДО програми	16,7%	20%	50%	46,7%	33,3%	33,3%
Співпраця ПІСЛЯ програми	6,7%	16,7%	40%	46,7%	53,3%	36,7%
Компроміс ДО програми	20%	23,3%	53,3%	50%	26,7%	26,7%
Компроміс ПІСЛЯ програми	10%	20%	40%	50%	50%	30%
Уникнення ДО програми	40%	43,3%	43,3%	40%	16,7%	16,7%
Уникнення ПІСЛЯ програми	63,3%	43,3%	26,7%	43,3%	10%	13,3%
Пристосування ДО програми	46,7%	43,3%	40%	43,3%	13,3%	13,3%
Пристосування ПІСЛЯ програми	63,3%	43,3%	26,7%	46,7%	10%	10%
Суперництво ДО програми	56,7%	53,3%	33,3%	36,7%	10%	10%
Суперництво ПІСЛЯ програми	73,3%	53,3%	20%	40%	6,7%	6,7%

За шкалою «Компроміс» низький рівень компромісної поведінки після реалізації програми в експериментальній групі зменшився з 20% до 10%, що

вказує на зниження ригідності та небажання йти на взаємні поступки у конфліктних ситуаціях. Середній рівень компромісу знизився з 53,3% до 40%, що відображає перехід частини лікарів до більш зрілих і гнучких стратегій взаємодії. Високий рівень компромісу зріс з 26,7% до 50%, що вказує на значне посилення здатності досягати взаємоприйнятних рішень із урахуванням інтересів усіх сторін.

За шкалою «Уникнення» низький рівень уникнення після проходження програми зріс з 40% до 63,3%, що вказує на зменшення схильності ухилятися від розв'язання конфліктних ситуацій. Середній рівень уникнення зменшився з 43,3% до 26,7%, а високий рівень - з 16,7% до 10%, що відображає зростання готовності лікарів брати відповідальність за вирішення професійних суперечностей та не відкладати їх розв'язання.

За шкалою «Пристосування» низький рівень пристосування після реалізації програми зріс з 46,7% до 63,3%, що вказує на зменшення схильності жертвувати власними професійними інтересами заради формального збереження гармонії у взаєминах. Середній рівень пристосування знизився з 40% до 26,7%, а високий рівень - з 13,3% до 10%, що вказує на формування більш упевненої та збалансованої поведінки у професійній комунікації.

За шкалою «Суперництво» низький рівень суперництва після проходження програми зріс з 56,7% до 73,3%, що вказує на зменшення орієнтації на жорстке відстоювання власної позиції за рахунок інших. Середній рівень суперництва зменшився з 33,3% до 20%, а високий рівень - з 10% до 6,7%, що відображає зниження конфронтації та формування більш конструктивних стратегій поведінки у конфлікті.

Отримані результати підтверджують, що психологічна програма формування комунікативної компетентності лікарів є ефективною. Вона сприяє переходу від пасивних або жорстких стилів реагування у конфлікті до більш адаптивних і конструктивних стратегій, що знижує конфліктну напруженість у професійній діяльності та підвищує якість міжособистісної взаємодії в системах

«лікар - пацієнт» і «лікар - колеги». Отримані дані підтверджують важливість комунікативної компетентності як психологічного ресурсу профілактики професійних конфліктів.

Аналіз повторного тестування за методикою «Комунікативна толерантність» В. Бойка наведено у табл. 3.3.

Таблиця 3.3

n=60

Порівняльний аналіз за методикою «Комунікативна толерантність» В. Бойка

	Низький рівень		Середній рівень		Високий рівень	
	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ
Комунікативна компетентність ДО програми	23,3%	20%	53,4%	56,7%	23,3%	23,3%
Комунікативна компетентність ПІСЛЯ програми	10%	20%	46,7%	53,3%	43,3%	26,7%

Аналіз результатів первинної діагностики показав, що до початку реалізації психологічної програми як в експериментальній, так і в контрольній групах переважав середній рівень комунікативної компетентності. В експериментальній групі він становив 53,4%, тоді як частка респондентів із низьким і високим рівнями була однаковою - по 23,3%. У контрольній групі структура показників була близькою, але не ідентичною: середній рівень зафіксовано у 56,7%, низький - у 20%, високий - у 23,3%. Це вказує на співставність груп на початковому етапі дослідження, що забезпечує коректність подальшого порівняльного аналізу.

Після реалізації психологічної програми в експериментальній групі спостерігається виражена позитивна динаміка рівня комунікативної компетентності. Частка лікарів із низьким рівнем зменшилася до 10%, тоді як

частка з високим рівнем зросла до 43,3%. Середній рівень після проходження програми становив 46,7%, що вказує на перехід значної частини респондентів до більш високого рівня сформованості комунікативних навичок. Отримані результати підтверджують ефективність програми у розвитку активного слухання, емпатії, емоційної саморегуляції та конструктивної взаємодії в професійному спілкуванні.

У контрольній групі після завершення експерименту істотних змін не виявлено. Частка респондентів із низьким рівнем комунікативної компетентності залишилася на рівні 20%, середній рівень становив 53,3%, а високий - 26,7%. Такі зміни мають незначний і несистемний характер та можуть бути зумовлені впливом повсякденного професійного досвіду або ситуативних чинників, а не цілеспрямованим формувальним впливом.

Результати дослідження переконливо засвідчують, що значне підвищення рівня комунікативної компетентності відбулося саме в експериментальній групі, тоді як у контрольній групі динаміка показників є мінімальною, що підтверджує ефективність психологічної програми формування комунікативної компетентності лікарів як чинника підвищення якості професійної взаємодії та профілактики професійних конфліктів.

3.3. Практичні рекомендації для медичних працівників з покращення комунікативної компетентності та запобігання професійним конфліктам

Професійна комунікація в медицині є ключовим інструментом професійної взаємодії, від якого залежить залученість пацієнта до лікувального процесу, довіра до медичного закладу, взаємодія з лікарями, адміністрацією та медичним персоналом, рівень конфліктності в щоденній роботі. У сучасних умовах (високе навантаження, дефіцит часу, тривале та сильне емоційне напруження, часті конфліктні ситуації, тривога, роздратування пацієнтів та їх родичів) саме комунікативна компетентність стає одним із ключових чинників профілактики

професійних конфліктів і зниження помилок у взаємодії. Навички ефективної комунікації не є вродженими: їх можна та потрібно відпрацьовувати, зокрема через усвідомлення власних комунікативних звичок, активне слухання, відкриті запитання, конструктивний зворотний зв’язок та уважність до невербальних сигналів [24]. Системна комунікація всередині команди (структурована передача інформації, узгодження дій, прозорі домовленості) прямо зменшує кількість непорозумінь і «випадкових» загострень [26].

Значна частина конфліктів у медичній сфері виникає не через «поганих людей», а через розрив між очікуваннями та реальністю, дефіцит часу, нечітку інформацію, різне розуміння відповідальності й меж. У медичних організаціях конфлікти мають значний вплив на психологічний клімат та на ефективність роботи, репутацію, плинність кадрів; тому акцент зміщується з «уникнути будь-якою ціною» до «вчасно розпізнати, локалізувати та керовано розв’язати» [3]. Дослідження конфліктології в медичній сфері підкреслюють багатофакторність конфліктів у системі «лікар-пацієнт» та роль комунікативних чинників (довіра, етичність, ясність пояснень, емоційний стан сторін) у їх загострення [30]. Перший практичний принцип профілактики конфліктів полягає у підвищенні передбачуваності контакту. Пацієнт має чітко розуміти, що саме з ним відбувається, з яких причин обрано той чи інший підхід, які кроки передбачені надалі та якої участі від нього очікують. Особливе значення мають початок і завершення консультації, адже саме вони формують рамку взаємодії та загальне враження від контакту [24].

Другий принцип полягає в управлінні змістом повідомлення та самим процесом взаємодії: тим, як саме подається інформація, яким є тон мовлення, темп, наявність пауз і готовність перевіряти розуміння пацієнта. У спілкуванні люди схильні більше довіряти узгодженості між словами та невербальними сигналами. Коли ж вербальні повідомлення суперечать міміці, жестам або інтонації, саме невербальний рівень часто визначає остаточне сприйняття ситуації. Тому в конфліктогенних ситуаціях (черга, біль, тривога, агресія,

недовіра) важливо свідомо тримати базові «маяки» процесу: контакт очей (без тиску), короткі ясні фрази, перевірка розуміння, відсутність сарказму/оцінювання, узгодження наступного кроку. У підготовці майбутніх медиків наголошується на тренінговій природі мовно-комунікативних умінь - їх ефективніше формувати через моделювання ситуацій, рольові вправи й зворотний зв’язок та через «знання правил» [20].

Людиноорієнтована (patient-centered) комунікація не означає «довгі розмови». Її логіка - швидше зменшувати хаос, а не додавати час. Перший крок - коротко узгодити порядок: що сьогодні обговорюємо, скільки часу є, які питання пріоритетні. Це знижує невизначеність і запобігає конфлікту очікувань ще до того, як з’являються емоції [24]. Другий крок - перейти від «допиту» до діалогу через відкриті запитання. У рекомендаціях підкреслюється, що відкриті запитання сприймаються нейтральніше/позитивніше, спонукають пацієнта до більш повного опису і зменшують захисність. Показовою є порада обережно використовувати «чому», адже воно може звучати як виклик і провокувати виправдання або оборону [24]. На практиці це означає заміну «Чому ви не пили ліки?» на «Що завадило приймати ліки так, як домовлялися?» - зміст той самий, але емоційний ефект різний.

Активне слухання - основна навичка зниження напруги у конфлікті. У професійній медичній комунікації важливо не просто мовчати, а показати, що ви почули: коротке перефразування, уточнення, віддзеркалення емоції («я бачу, що вам страшно/ви злі/ви виснажені»), пауза перед відповіддю. Підкреслюється необхідність поєднання мовної точності з емпатійністю та структурованістю взаємодії [27]. Це важливо і для профілактики конфліктів: коли пацієнт відчуває, що його не знецінили, навіть неприємні новини або обмеження (черга, протокол, відмова в необґрунтованому призначенні) переносяться без ескалації значно легше.

Конструктивний зворотний зв’язок вжливий у ситуаціях низької залученості пацієнта до лікувального процесу, порушення режиму або

повторних госпіталізацій. Важливо давати зворотний зв’язок чесно, конкретно, без загрози, спочатку підкреслюючи позитив.

У конфліктних ситуаціях активується феномен емоційного зараження: тривога або агресія пацієнта передається лікарю, після чого запускається взаємне посилення напруження. За таких умов розвиток комунікативної компетентності неможливий без сформованих навичок емоційної саморегуляції, усвідомлення власних реакцій та здатності підтримувати професійну дистанцію в ситуаціях підвищеного емоційного навантаження. Дослідження, присвячені професійному вигоранню медичних працівників, показують значущість психологічних ресурсів (зокрема емоційної компетентності) для зменшення виснаження та покращення професійного функціонування [1].

У щоденній практиці йдеться про прості, але дисципліновані дії: коротку паузу перед відповіддю в «гарячому» діалозі, контроль темпу мовлення, зниження гучності голосу, фокусування на фактах і подальших кроках. Збереження керованості власної реакції дозволяє лікарю не «підживлювати» конфлікт, а спрямовувати взаємодію на конструктивне розв’язання ситуації.

Професійні межі - ще один запобіжник конфліктів. Людиноорієнтована комунікація не означає погоджуватися з усім або дозволяти порушення правил. Вона означає поважну, але чітку позицію: «Я бачу, що ви сердитесь; я готовий обговорити варіанти, але без образ/крику», або «Я розумію ваше бажання отримати антибіотик, проте за показаннями він зараз не потрібен; поясню, чому, і запропоную план». Такий стиль зменшує ризик «боротьби за владу», яка часто є ядром суперечок «лікар-пацієнт» [30. Дотримання норм професійної поведінки, повага до гідності пацієнта й конфіденційність - не формальність, а фундамент довіри, без якого конфлікти стають майже неминучими [1].

Конфлікти в професійній діяльності медичних працівників часто виникають не у взаємодії з пацієнтами, а всередині команди, що пов’язано з розподілом відповідальності, відмінностями у стандартах і підходах до роботи та напруженням між підрозділами. Ефективним інструментом їх профілактики є

стандартизація ключових комунікаційних вузлів, зокрема під час передачі пацієнта, міждисциплінарних консультацій, змін чергувань і реагування на критичні ситуації. Навчально-методичні матеріали з професійної комунікації описують протоколи структурованого обміну інформацією між медичними працівниками, застосування яких зменшує ризик втрати даних і виникнення конфліктів, пов'язаних із неузгодженістю дій та розмитістю зон відповідальності [26]. Використання таких протоколів сприяє зниженню взаємних звинувачень і підвищує передбачуваність взаємодії в команді.

Для медичного середовища у довгостроковій перспективі найбільш продуктивним є стиль співпраці, за якого лікарі та медичні сестри спільно шукають рішення з урахуванням взаємних інтересів. У реальній практиці вибір стилю взаємодії часто визначається дефіцитом часу, ієрархічними відмінностями та накопиченою емоційною втомою. Дослідження конфліктів у медичних організаціях підкреслюють значущість керованого врегулювання конфліктних ситуацій як складової професійної компетентності та демонструють вищу ефективність кооперативних стратегій - співпраці, компромісу або ситуативного пристосування - порівняно з суперництвом чи уникненням [3]. За відсутності прямих загроз безпеці пацієнта доцільним є зниження акценту на «боротьбі за правоту» й посилення чіткості домовленостей, меж відповідальності та розподілу ролей у команді. У ситуаціях, пов'язаних із потенційними ризиками для пацієнта, наполеглива позиція лікаря набуває етичного значення та має реалізовуватися через опору на факти, клінічні протоколи й аргументовану професійну позицію без приниження інших учасників взаємодії.

Проблема скарг у медичній практиці пов'язана з порушенням або недостатньою ефективністю комунікації. Їх поява зазвичай зумовлена не окремим епізодом, а поступовим накопиченням фрустрації у процесі взаємодії. Дослідження конфліктів у системі «лікар-пацієнт» засвідчують, що ключовими тригерами ескалації виступають недовіра, переживання несправедливості, дефіцит пояснень, нечіткість інформації та етичні порушення [26]. У роботах,

присвячених професійній медичній комунікації, підкреслюється, що якісна взаємодія здатна зменшувати стигматизацію, напруження та рівень стресу, що безпосередньо впливає на зниження конфліктності [24]. На рівні практичних прийомів деескалації доцільним є дотримання полідовності дій, за якої первинним стає зниження емоційної напруги, потім - робота зі змістом ситуації. Це передбачає вербалізацію емоційного стану пацієнта, окреслення допустимих меж взаємодії, уточнення актуального запиту та формування чіткого плану подальших кроків. Небажаність публічної конфронтації в присутності черги або родичів зумовлена тим, що за таких умов зростає потреба «зберігати обличчя» та знижується готовність до конструктивного діалогу.

У роботі з «важкими» пацієнтами корисною є ідея нейтральної мови замість оцінювальної. Це перегукується з підходами, де комунікативні навички формуються через тренінг переформулювання та відпрацювання професійно коректних формулювань [20]. Для зменшення ризику конфлікту варто замінювати формулювання з елементами докору на партнерсько орієнтовані висловлювання. Замість фрази «ви знову нічого не зробили» ефективнішим є висловлювання «я бачу, що виконати рекомендації було складно; давайте знайдемо варіант, який реально працюватиме у вашому режимі».

Комунікативна толерантність медичних працівників відіграє важливу роль у зниженні конфліктності професійного середовища, оскільки саме нетерпимість до індивідуальних, емоційних або поведінкових особливостей інших часто стає прихованим каталізатором напружених взаємодій. У медичній практиці лікар постійно стикається з різноманіттям пацієнтів і колег, які відрізняються за рівнем освіти, емоційним станом, культурними установками, стилем поведінки та очікуваннями від лікування. Недостатній рівень толерантності у таких умовах призводить до швидкого накопичення роздратування, жорстких оцінок та імпульсивних реакцій, що підвищує ймовірність ескалації конфліктів [27].

Практичним напрямом розвитку комунікативної толерантності є усвідомлення власних оцінювальних установок і заміна їх на професійно

нейтральні інтерпретації поведінки іншого. Замість автоматичного приписування негативних мотивів («він спеціально провокує», «вона неадекватна») доцільним є перехід до описового мислення («пацієнт перебуває у стані тривоги», «колега діє в умовах перевантаження»), що зменшує емоційну напругу та дозволяє лікарю зберігати контроль над професійною поведінкою навіть у складних ситуаціях [3].

Толерантність до емоційних проявів пацієнтів, таких як страх, агресія, плаксивість або надмірна вимогливість, є важливою складовою професійної комунікації медичних працівників. Негативні емоційні реакції пацієнтів у багатьох випадках мають вторинний характер і пов’язані не з особистістю лікаря, а з переживанням загрози, болю чи невизначеності. Усвідомлення цього дозволяє медичному працівникові не інтерпретувати такі прояви як особисту образу, що сприяє зниженню ризику конфліктної відповіді.

Серед найбільш поширених комунікативних помилок у професійній діяльності лікарів виокремлюють надмірну директивність, використання спеціалізованої термінології без адаптації до рівня пацієнта, ігнорування емоційного стану співрозмовника, перебивання та формальне ставлення до запитань. Такі помилки часто сприймаються пацієнтами як байдужість або знецінення, що значно підвищує напруженість взаємодії [10].

Використання принципу «перевірки розуміння» передбачає звернення лікаря до пацієнта з проханням коротко відтворити почуту інформацію власними словами після наданого пояснення. Такий підхід знижує ризик помилок у виконанні рекомендацій та демонструє зацікавленість та повагу до співрозмовника, що позитивно впливає на емоційний фон комунікації [24]. У взаємодії з колегами важливо уникати узагальнених суджень і зосереджуватися на конкретних фактах та діях, що дозволяє зберігати робочий характер обговорення навіть за наявності розбіжностей.

Конфліктогенною помилкою у професійній взаємодії є уникнення складних розмов щодо помилок, порушень або напружених взаємин у колективі.

Відкладання таких питань часто призводить до накопичення невдоволення та різкого загострення конфлікту в майбутньому. Практика відкритого та коректного обговорення проблем із дотриманням професійних меж розглядається сучасними українськими дослідниками як ефективний інструмент профілактики хронічних міжособистісних конфліктів у медичних колективах [26].

Комунікативна компетентність лікаря не формується ізольовано від організаційного контексту. Стиль управління, психологічний клімат у колективі, наявність чітких правил взаємодії та підтримки з боку керівництва значно впливають на рівень конфліктності в медичному закладі. Дослідження в галузі організаційної психології свідчать, що в умовах авторитарного або хаотичного управління навіть висококомпетентні фахівці частіше демонструють захисні та конфліктні стилі поведінки [3].

Для керівників медичних закладів важливим є впровадження стандартів професійної комунікації, регулярні обговорення складних ситуацій у форматі супервізій або командних зустрічей та підтримка навчальних програм, спрямованих на розвиток комунікативних навичок персоналу. Такі заходи сприяють формуванню єдиного комунікативного поля, зменшенню міжпрофесійних бар’єрів і підвищенню відповідальності за якість взаємодії [20].

Важливим аспектом є формування культури зворотного зв’язку, у якій обговорення помилок не супроводжується покаранням або приниженням, а розглядається як можливість професійного зростання. У таких умовах знижується рівень прихованої напруги та страху, що безпосередньо впливає на зменшення кількості конфліктних ситуацій [30].

Висновки до розділу 3

Зміст психологічної програми спрямований на формування усвідомленого ставлення до професійного спілкування, розвиток навичок активного слухання,

емпатії, емоційної саморегуляції, комунікативної толерантності та здатності конструктивно врегульовувати конфліктні ситуації. Поєднання психоосвітніх міні-блоків із практичними вправами, рольовими іграми, аналізом професійних кейсів і рефлексією створює умови для закріплення отриманих знань і перенесення їх у професійну діяльність.

Апробація програми в експериментальній групі за підтвердила її ефективність. Після завершення циклу занять зафіксовано зниження рівня конфліктної напруженості у професійній діяльності лікарів, що проявилося у зменшенні частоти професійних конфліктів і зростанні здатності конструктивно реагувати на складні ситуації. Одночасно спостерігалося підвищення рівня комунікативної компетентності, яке виявлялося у кращій сформованості навичок професійного спілкування, більшій упевненості у взаємодії з пацієнтами та колегами та у зростанні емоційної врівноваженості.

Аналіз стилів поведінки у конфлікті показав зміщення від менш продуктивних стратегій до більш конструктивних. Після участі в програмі лікарі частіше орієнтувалися на співпрацю та компроміс, водночас зменшилася схильність до уникнення конфліктів, надмірного пристосування або жорсткого суперництва. Такі зміни свідчать про розвиток гнучкості поведінки та здатності усвідомлено обирати стиль взаємодії залежно від професійної ситуації. У контрольній групі подібних системних змін не зафіксовано, що підтверджує формувальний вплив програми на досліджувані психологічні показники.

Практичні рекомендації, сформовані на основі результатів дослідження, спрямовані на підвищення ефективності професійної комунікації лікарів і зниження рівня конфліктності в медичному середовищі. Важливим є включення тренінгів з розвитку комунікативної компетентності до системи післядипломної освіти та внутрішнього навчання персоналу медичних закладів. Особливу увагу варто приділяти формуванню навичок активного слухання, емпатійного реагування, управління власними емоціями та усвідомленого вибору стилю поведінки у конфліктних ситуаціях.

ВИСНОВКИ

Теоретичний аналіз сучасних психологічних досліджень, присвячених проблематиці професійних конфліктів і комунікативної компетентності фахівців медичної сфери, дав змогу узагальнити наукові підходи до розуміння сутності професійних конфліктів у медицині, визначити їх соціально-психологічні детермінанти та розкрити зміст і структурні компоненти комунікативної компетентності лікаря. На цій основі уточнено науковий апарат дослідження, обґрунтовано вибір ключових понять і визначено логіку подальшого емпіричного вивчення проблеми.

Конфлікти у медичному середовищі мають багаторівневий характер і можуть виникати у взаємодії «лікар - пацієнт», «лікар - родичі пацієнта», та у професійній комунікації між колегами. Аналіз підходів до розв’язання конфліктів за підтвердив, що ефективність їх подолання значною мірою залежить від сформованості комунікативних умінь, здатності до емпатійного слухання, емоційної саморегуляції та вибору конструктивних стратегій поведінки у складних ситуаціях.

Емпіричне дослідження впливу рівня комунікативної компетентності лікарів на запобігання професійним конфліктам підтвердило наявність взаємозв’язку між розвитком комунікативних умінь і переважанням конструктивних стратегій поведінки у конфліктних ситуаціях. Лікарі з вищим рівнем комунікативної компетентності виявляють меншу схильність до уникнення або загострення конфліктів і частіше орієнтуються на співпрацю та пошук взаємоприйнятних рішень.

Психологічну програму запобігання професійним конфліктам лікарів спрямовано на розвиток комунікативної компетентності як ключового психологічного ресурсу професійної діяльності. Програма ґрунтується на інтеграції психоосвітніх, тренінгових і рефлексивних методів та орієнтована на формування навичок ефективної міжособистісної взаємодії, емоційної

саморегуляції й конструктивного врегулювання конфліктних ситуацій у професійному спілкуванні.

Апробація психологічної програми запобігання професійним конфліктам лікарів за підтвердила позитивну динаміку показників комунікативної взаємодії та зниження проявів деструктивних стратегій поведінки у конфліктних ситуаціях в учасників експериментальної групи. Отримані результати підтверджують ефективність запропонованої програми та її практичну значущість у контексті профілактики професійних конфліктів у медичній діяльності.

Результати дослідження підтверджують, що комунікативна компетентність є важливим психологічним ресурсом професійної діяльності лікаря та основним чинником запобігання професійним конфліктам, а її цілеспрямований розвиток сприяє підвищенню ефективності міжособистісної взаємодії в медичному середовищі.

Перспективи подальших досліджень пов’язані з розширенням вибірки та поглибленим аналізом психологічних чинників, що впливають на формування комунікативної компетентності лікарів у різних умовах професійної діяльності. Можливим є вивчення специфіки прояву комунікативної компетентності та конфліктної поведінки залежно від медичної спеціалізації, стажу роботи й організаційних умов функціонування закладів охорони здоров’я. Подальших наукових розвідок потребує оцінка довготривалої ефективності програм розвитку комунікативної компетентності та адаптація й апробація подібних програм для професійних команд у сфері охорони здоров’я з метою підвищення якості професійної взаємодії та профілактики конфліктів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Ассонов Д. та ін. Емоційне вигорання медичних працівників: моделі та психологічні чинники // (фахове видання). - 2021. - Режим доступу: https://uk.e-medjournal.com
2. Башук Т. О., Хижняк М. О. Управління різними типами конфліктів у креативному колективі. Маркетинг і менеджмент інновацій. 2012. № 3. С. 111-118. URL: https://essuir.sumdu.edu.ua/bitstream-download/123456789/29155/1/conflicts.pdf
3. Бідучак А. С. Конфліктні ситуації в медичних організаціях (від проблем до вирішення). Одеський медичний журнал. 2023. № 2. DOI: 10.32782/2226-2008-2023-2-8. URL: https://journals.onmedu.od.ua/index.php/med/article/view/12
4. Бондаренко О. Ф. Психологічна допомога особистості: навчальний посібник. - Київ: Либідь, 2019. - 256 с.
5. Бурлачук Л. Ф., Морозов С. М. Словник-довідник з психології. - Київ: Генеза, 2017. - 512 с.
6. Власова О. І. Психологія міжособистісних взаємин: навчальний посібник. - Київ: Каравела, 2020. - 304 с.
7. Глазл Ф. Конфлікт-менеджмент: довідник для керівників та консультантів. Київ: АДЕФ-Україна, 2020. 320 с. ISBN 978-617-7736-47-8. URL: https://book24.ua/ua/product/konflikt-menedzhment/
8. Гудима Н. Комунікативна компетентність учителя початкової школи як один із чинників його успішної професійної діяльності // Педагогічний альманах. 2022. № 54. С. 67-72. URL: http://ohiienko.kpnu.edu.ua/article/view/247818/245202
9. Доценко Л. В., Каряка І. В., Уманець А. О. Комунікативна компетентність як складова професійної свідомості майбутніх психологів // Матеріали IV Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих учених і

студентів «Актуальні проблеми психології та педагогіки». Київ: НАУ, 2019. С. 42-45. URL: https://er.nau.edu.ua/server/api/core/bitstreams/cbe61128-f596-4245-86df-be6b778ec5cd/content

10. Ефективні комунікації закладів охорони здоров'я: навч. посібник / МОЗ України. - Режим доступу: https://moz.gov.ua
11. Журавльова Л. П. Емоційна саморегуляція особистості: психологічні механізми та шляхи розвитку: монографія. - Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2020. - 312 с.
12. Зарицька В. Психологія конфлікту. Київ, 2021. URL: https://lib.kherson.ua/en-valentina-zaritska-psihologiya-konfliktu.htm
13. Заушнікова М. Ю. Психологічні умови формування комунікативної компетентності майбутнього логопеда: дис. … канд. психол. наук: 19.00.07. Переяслав, 2021. 238 с. URL: https://uacademic.info/ua/document/0421U101108
14. Захарчин Г. М., Винничук Р. О. Управління конфліктами. Львів: Вид-во Львівської політехніки, 2022. 216 с. ISBN 978-966-941-032-0. URL: https://nashformat.ua/products/upravlinnya-konfliktamy-919274
15. Карамушка Л. М. Психологія управління організаціями: навчальний посібник. - Київ: Либідь, 2020. - 384 с.
16. Кир'язова О. В., Нетребчук Л. М., Самойленко Т. О., Циба А. А., Нагачевська С. А. Актуалізація комунікативної компетентності майбутніх медиків як важливої складової іміджу лікаря // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 5. Педагогічні науки: реалії та перспективи. 2023. Вип. 93. С. 58-64. URL: https://enpuir.npu.edu.ua/handle/123456789/42504
17. Конфліктологія і психологія управління: навчальний посібник / за ред. … Запоріжжя, 2021. URL: https://ebooks.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi66/0048705.pdf

18. Кочарян О. С. Психологія конфлікту: навчальний посібник. - Харків: ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2018. - 248 с.
19. Лісовий М. І. Формування професійного мовлення майбутніх медичних працівників у вищих медичних навчальних закладах: дис. … кандидата пед. наук: 13.00.04 / Микола Іванович Лісовий. – Вінниця, 2006. – 192 с.
20. Лукаш Ю., Гришина О. Мовно-комунікативний тренінг у формуванні професійно-комунікативної компетентності майбутніх магістрів медицини // (фахове видання). - 2020. - Режим доступу: https://www.aphn-journal.in.ua
21. Максименко С. Д. Загальна психологія: підручник. - Київ: Центр учбової літератури, 2021. - 592 с.
22. Медична психологія: підручник. Київ, 2022. URL: https://lib.mdpu.org.ua/wp-content/uploads/2024/01/Підручник-Медична-психологія-2022.pdf
23. Навчук Г., Шутак Л., Полагнин А. Комунікативна компетентність медичних і фармацевтичних працівників та ефективність їх праці // Актуальні питання суспільних наук та історії медицини. 2023. № 1(35). С. 92-95. URL: http://e-apsnim.bsmu.edu.ua/issue/view/16881
24. Національні рекомендації з людиноорієнтованої комунікації у сфері охорони здоров'я / Центр громадського здоров'я. - [б. р.]. - Режим доступу: https://phc.org.ua
25. Орбан-Лембрик Л. Е. Детермінанти соціально-психологічної компетентності // Вісник Прикарпатського університету. Педагогіка. 2005. Вип. XIII-XIV. С. 314-322.
26. Професійна комунікація. Сучасні протоколи спілкування: навч.-метод. матеріали / В. В. Огоренко (та ін.). - 2024. - Режим доступу: https://resource.odmu.edu.ua
27. Професійна медична комунікація українською мовою лікаря з пацієнтом / А. В. Вихрущ та ін. - Тернопіль: ТНМУ, 2021. - 204 с. u-lang.tdmu.edu.ua

28. Рогач І. М., Качала Л. О., Погоріляк Р. Ю., Чопей К. І. Культура управління як складова частину менеджменту в охороні здоров'я: навч. посіб. Ужгород: УжНУ 2012. 38 с.
29. Рогач І. М., Шніцер Р. І., Качала Л. О., Погоріляк Р. Ю. Морально – етичні та психологічні аспекти медичної діяльності лікарів загальної практики: навч.– метод. посібн. Ужгород. 2010. 64 с.
30. Росицька О. А. Конфліктологія в медицині (методичні матеріали). - 2025. - Режим доступу: https://repo.dma.dp.ua.
31. Сікорська О., Орду К. Формування професійного іміджу майбутніх лікарів як педагогічна проблема // Актуальні питання гуманітарних наук. 2021. Вип. 41, т. 3. С. 211-216. URL: https://repo.odmu.edu.ua/xmlui/handle/123456789/10347
32. Сілкова О. В., Ваценко А. В., Улановська-Циба Н. А., Передерій Н. О., Лобач Н. В. Сучасний погляд на проблему формування комунікативної компетентності майбутніх лікарів // Сучасні проблеми вивчення медико-екологічних аспектів здоров'я людини: зб. тез та статей наук.-практ. інтернет-конф. з міжнар. участю (Полтава, 19-20 жовтня 2023 р.). Полтава, 2023. С. 138-143.
33. Судакова О. С. Специфіка синдрому емоційного вигорання у онкологів: Медична психологія. Т. 4, 2012. С. 92-96.
34. Тест Томаса-Кілмана - типи поведінки в конфлікті - ПСИХОЛОГІС. ПСИХОЛОГІС - енциклопедія практичної психології. URL: http://psychologis.com.ua/test_tomasa_
35. Туровська І. О. Формування професійно-мовленнєвої компетентності майбутніх фахових молодших бакалаврів медичного коледжу у процесі вивчення гуманітарних дисциплін: дис. … канд. пед. наук: 01.03. Тернопіль, 2023. 254 с. URL: https://tnpu.edu.ua/naukova-robota/docaments-download/razovi_rady/Dis_Turovska_I_O_.pdf

36. Утюж І. Г. та ін. Етичні проблеми медицини: навчальний посібник. - 2021. - Режим доступу: https://dspace.zsmu.edu.ua
37. Фармацевтична енциклопедія. Хірургія. URL: https://www. Pharmencyclopedia.com.ua/article/202/xirurgiya
38. Холковська І.Л. Інтерактивні методи навчання у підготовці майбутніх учителів до попередження і розв'язання педагогічних конфліктів / І.Л. Холковська // Теоретичні та методичні засади особистісно-професійного розвитку майбутнього вчителя: Матеріали міжнародної науково-практичної інтернет-конференції. – Вінниця: ТОВ «Нілан ЛТД», 2014. – С. 160-164.
39. Шебанова В. І. Психологічні чинники професійного вигорання особистості: монографія. - Херсон: Айлант, 2019. - 240 с.
40. Яценко Т. С. Психологія конфліктної взаємодії: навчальний посібник. - Київ: Освіта України, 2016. - 280 с.
41. Al Kiyumi M. H. Conflict Management in Healthcare Leadership: A Narrative Review. Journal of Medicine and Healthcare. 2023.
42. Alanazy W. The Impact of Emotional Intelligence on Conflict Resolution Techniques in Healthcare Settings. Frontiers in Psychology. 2025. URL: https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2025.1630530/full
43. Delak B., Širok K. Physician-nurse conflict resolution styles in primary health care. Nursing Open. 2021. Vol. 9, No. 2. P. 1077-1085. DOI: 10.1002/nop2.1147. URL: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8859076/
44. Deutsch M., Coleman P. T., Marcus E. C. The Handbook of Conflict Resolution: Theory and Practice. - 3rd ed. - San Francisco: Jossey-Bass, 2014. - 1200 p.
45. Goleman D. Emotional Intelligence: Why It Can Matter More Than IQ. - New York: Bantam Books, 2005. - 352 p.
46. Greenberg J. Organizational Justice: Yesterday, Today, and Tomorrow // Journal of Management. - 1990. - Vol. 16, No. 2. - P. 399-432.

47. Hymes D. H. On communicative competence // Pride J. B., Holmes J. (eds.). Sociolinguistics. Selected Readings. Harmondsworth: Penguin, 1972. P. 269-293. URL: https://wwwhomes.uni-bielefeld.de/sgramley/Hymes-2.pdf
48. Hymes D. Foundations in Sociolinguistics: An Ethnographic Approach. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1974. 245 p.
49. Kalpanee R. M., Lee H.-J., Zhao C. та ін. Conflict resolution styles and skills and variation among medical students. BMC Medical Education. 2023. Vol. 23. Art. 246. DOI: 10.1186/s12909-023-04228-x. URL: https://bmcmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-023-04228-x
50. Kılıç M. та ін. Investigating conflict management styles and emotional intelligence of unit-charge nurses. Mediterranean Nursing and Midwifery. 2024. URL: https://mediterr-nm.org/articles/investigating-conflict-management-styles-and-emotional-intelligence-of-unit-charge-nurses/MNM.2024.23150
51. Kurtz S., Draper J., Silverman J. Teaching and Learning Communication Skills in Medicine. 2nd ed. Boca Raton: CRC Press, 2017. URL: https://www.taylorfrancis.com/books/mono/10.1201/9781315378398
52. Lewin K. Resolving Social Conflicts. - New York: Harper & Row, 1948. - 213 p.
53. Nikitara M. Conflict Management in Nursing: Analyzing Styles, Emotional Intelligence, and Job-Related Resources. Nursing Reports. 2024. URL: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11676306/
54. Orchard C., King G., Tryphonopoulos P., Gorman E., Ugirase S., Lising D., Fung K. Interprofessional Team Conflict Resolution: A Critical Literature Review. Journal of Continuing Education in the Health Professions. 2024. Vol. 44, No. 3. P. 203-210. DOI: 10.1097/CEH.0000000000000524
55. Polianychko O., Lakhtadyr F., Гриньова М. С. Синергетичний підхід до проєктування взаємодії: роль емоційного інтелекту в міжособистісній комунікації. Е-журнал Київського університету. 2023. URL:

https://elibrary.kubg.edu.ua/46297/1/O_Polianychko_O_Lakhtadyr_FZFVS.pdf

56. Robbins S. P., Judge T. A. Organizational Behavior. - 18th ed. - New York: Pearson Education, 2019. - 768 p.
57. Thomas K. W., Kilmann R. H. Thomas-Kilmann Conflict Mode Instrument. - Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 2007.

ДОДАТКИ

Додаток 1

Анкета

«Професійна комунікація та конфліктність лікаря»

1. Інформація перед анкетуванням

Шановний учаснику дослідження!

Вас запрошено взяти участь у науковому дослідженні «Комунікативна компетентність лікарів та професійні конфлікти». Метою дослідження є оцінка комунікативних навичок медичних працівників та виявлення типових стратегій поведінки у конфліктних ситуаціях.

Увага:

- Участь добровільна.
- Ви маєте право не відповідати на будь-які питання та припинити участь у будь-який момент.
- Всі відповіді будуть анонімними та використовуватимуться виключно у наукових цілях.
- Прохання відповідати чесно та максимально точно, спираючись на власний досвід.

Інструкція: Прочитайте уважно кожне питання та оберіть відповідь, яка найбільше відповідає вашому досвіду чи думці.

2. Анкета

1. Демографічні дані:

1. Вік:

☐ 20-25 років

☐ 26-31 років

☐ 32-37 років

☐ Більше 37 років

2. Стать:

☐ Жіноча

☐ Чоловіча

☐ Інше

3. Стаж роботи:

☐ До 3 років

☐ 3-10 років

☐ 10-20 років

☐ Понад 20 років

4. Спеціальність:

☐ Клінічний психолог / психологиня

☐ Медична сестра / брат

☐ Працівник / працівниця лабораторії

☐ Лікар / лікарка

☐ Керівник / керівниця медичного закладу

☐ Заступник / заступниця керівника

☐ Керівник / керівниця структурних підрозділів

☐ Інше

5. Робоче місце:

☐ Амбулаторія

☐ Стаціонар

☐ Приватна практика

☐ Поліклініка

☐ Інше

2. Частота та природа конфліктів

6. Як часто ви стикаєтеся з конфліктами на роботі?

☐ Майже щодня

☐ Кілька разів на тиждень

☐ Кілька разів на місяць

☐ Рідко

☐ Ніколи

7. З ким найчастіше виникають конфлікти? (можна обрати кілька варіантів)

☐ Пацієнти

☐ Родичі пацієнтів

☐ Колеги

☐ Керівництво

☐ Інше

8. Основні причини конфліктів (можна декілька):

☐ Різні очікування щодо лікування

☐ Робочі навантаження

☐ Непорозуміння через терміни до поставлених завдань

☐ Комунікативні труднощі

☐ Емоційна втома

☐ Інше

9. Наскільки конфлікти впливають на вашу ефективність на роботі

☐ Зовсім не впливають

☐ Трохи впливають

☐ Помірно впливають

☐ Сильно впливають

☐ Дуже сильно впливають

3. Стиль поведінки у конфлікті

10. У конфліктній ситуації я зазвичай:

☐ Виявляю наполегливість і намагаюся довести свою точку зору (стиль «Змагання»)

☐ Шукаю компроміс та взаємоприйнятне рішення (стиль «Компроміс»)

☐ Співпрацюю для досягнення спільного результату (стиль «Співпраця»)

☐ Уникаю конфліктів та відкладаю рішення (стиль «Уникнення»)

☐ Пристосовуюсь до потреб іншого (стиль «Пристосування»)

11. Наскільки часто ви застосовуєте кожен стиль?

Змагання: ☐ Завжди ☐ Часто ☐ Іноді ☐ Рідко ☐ Ніколи

Співпраця: ☐ Завжди ☐ Часто ☐ Іноді ☐ Рідко ☐ Ніколи

Компроміс: ☐ Завжди ☐ Часто ☐ Іноді ☐ Рідко ☐ Ніколи

Уникнення: ☐ Завжди ☐ Часто ☐ Іноді ☐ Рідко ☐ Ніколи

Пристосування: ☐ Завжди ☐ Часто ☐ Іноді ☐ Рідко ☐ Ніколи

4. Комунікативна компетентність

12. Оцініть свої навички комунікації з пацієнтами за шкалою від 1 до 5 (1 - дуже низькі, 5 - дуже високі):

Чіткість висловлювань: ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

Емпатія та розуміння емоцій: ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

Активне слухання: ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

Контроль власних емоцій: ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

Невербальна комунікація: ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

13. Часто я відчуваю труднощі у спілкуванні через: (можна обрати кілька варіантів)

☐ Нестачу часу

☐ Емоційну втому

☐ Непорозуміння

☐ Різні очікування

☐ Інше

14. Я відчуваю потребу в розвитку наступних навичок:

(можна декілька)

☐ Активне слухання

☐ Управління емоціями

☐ Контроль конфліктів

☐ Невербальна комунікація

☐ Переконливе мовлення

☐ Інше

3. Ключ до оцінювання

Частота конфліктів:

Висока: щодня / кілька разів на тиждень

Середня: кілька разів на місяць / рідко

Низька: ніколи

Стиль поведінки у конфлікті (пит. 10-11):

Змагання → домінування

Компроміс → пошук взаємоприйнятного рішення

Співпраця → конструктивна взаємодія

Уникнення → ухилення від конфліктів

Пристосування → підпорядкування іншому

Частота застосування (5-бальна шкала): Завжди = 5, Часто = 4, Іноді = 3, Рідко = 2, Ніколи = 1

Комунікативна компетентність (пит. 12):

21-25 балів → високий рівень

16-20 балів → середній рівень

< 16 балів → низький рівень

Труднощі та потреби у розвитку (пит. 13-14): Виявляють сфери для покращення та подальшого тренінгу.

4. Інтерпретація результатів

Високий рівень комунікативної компетентності - лікар ефективно взаємодіє з пацієнтами та колегами, здатний регулювати власні емоції, запобігати конфліктам або конструктивно їх вирішувати.

Середній рівень - лікар володіє базовими навичками комунікації, проте іноді виникають труднощі у складних або емоційно напружених ситуаціях.

Низький рівень - існує потреба у розвитку навичок активного слухання, емпатії та управління конфліктами.

Комбінація показників частоти конфліктів і рівня комунікативної компетентності дозволяє виокремити групи ризику та визначити потребу у професійному психологічному супроводі.

Додаток 2

Опитувальник Томаса-Кілманна: типи поведінки у конфлікті

Шановний(а) учаснику!

Вас запрошено взяти участь у дослідженні «Комунікативна компетентність лікаря як чинник запобігання професійним конфліктам».

Мета цього тесту - визначити ваш стиль поведінки у конфліктних ситуаціях: суперництво, співпраця, компроміс, уникнення або пристосування.

Інструкція: Прочитайте уважно кожну пару тверджень. Оберіть варіант, який найбільше відповідає вашій поведінці у більшості конфліктних ситуацій. Відповідайте чесно та інтуїтивно, не намагаючись обрати «правильний» варіант.

Всі відповіді є анонімними та конфіденційними, участь - добровільна.

Для кожної пари тверджень обирайте лише один варіант.

Відповідайте щиро, обираючи варіант, який найбільше відповідає вашій поведінці. Тест є анонімним і добровільним.

Твердження А	Твердження Б
Іноді я надаю можливість іншим взяти на себе відповідальність за вирішення спірного питання.	Краще ніж обговорювати, в чому ми розходимося, я намагаюся звернути увагу на те, з чим ми згодні.
Я намагаюся знайти компромісне рішення.	Я намагаюся залагодити справу з урахуванням усіх інтересів іншого та моїх власних
Зазвичай я наполегливо прагну домогтися свого.	Я намагаюся заспокоїти іншого та зберегти наші стосунки.
Я намагаюся знайти компромісне рішення.	Іноді я жертвую своїми власними інтересами заради інтересів іншої людини.

Улагоджуючи спірну ситуацію, я постійно намагаюся знайти підтримку в іншого.	Я намагаюся зробити все, щоб уникнути марної напруженості.
Я намагаюся уникнути неприємностей для себе.	Я намагаюся досягти свого.
Я намагаюся відкласти вирішення спірного питання, щоб згодом вирішити його остаточно.	Я намагаюся відкласти вирішення спірного питання, щоб згодом вирішити його остаточно.
Зазвичай я наполегливо прагну домогтися свого	Я насамперед намагаюся ясно визначити те, в чому полягають спільні інтереси.
Думаю, що не завжди варто хвилюватися через якісь розбіжності, що виникають.	Я докладаю зусиль, щоб досягти свого.
Я твердо прагну досягти свого.	Я намагаюся знайти компромісне рішення.
Насамперед я намагаюся ясно визначити, у чому полягають спірні питання.	Я намагаюся заспокоїти іншого і, головним чином, зберегти наші стосунки.
Найчастіше я уникаю займати позицію, яка може спричинити суперечки.	Я даю можливість іншим залишитись при своїй думці, якщо вони теж йдуть мені назустріч.
Я пропоную компромісний варіант.	Я наполягаю, щоб було зроблено по-моєму.
Я повідомляю іншого про свою точку зору і питаю про його думку.	Я намагаюся показати іншому логіку та переваги моїх поглядів.
Я намагаюся заспокоїти іншого і, головним чином, зберегти наші стосунки.	Я намагаюся зробити так, щоб уникнути напруженості.

Я намагаюся не зачепити почуттів іншого.	Я намагаюся переконати іншого у перевагах моєї позиції.
Зазвичай я наполегливо намагаюся досягти свого.	Я намагаюся зробити все, щоб уникнути марної напруженості.
Якщо це зробить іншого щасливим, дам йому можливість наполягти на своєму.	Я даю можливість іншому в чомусь залишитись при своїй думці, якщо він йде мені назустріч.
Насамперед я намагаюся ясно визначити те, в чому полягають усі порушені питання та інтереси.	Я намагаюся відкласти вирішення спірного питання для того, щоб згодом вирішити його остаточно.
Я намагаюся негайно подолати наші розбіжності.	Я намагаюся знайти найкраще поєднання вигод та втрат для обох сторін.
Ведучи переговори, я намагаюся бути уважним до бажань іншого.	Я завжди схиляюся до прямого обговорення проблем та їх спільного вирішення.
Я намагаюся знайти позицію, яка знаходиться посередині між моєю позицією та точкою зору іншої людини.	Я відстоюю свої бажання.
Я майже завжди стурбований тим, щоб задовольнити бажання оточуючих.	Іноді я надаю можливість іншим взяти на себе відповідальність за вирішення спірного питання.
Якщо позиція іншого здається мені дуже важливою, я намагатимусь піти назустріч його бажанням.	Я намагаюся переконати іншого прийти до компромісу.
Я намагаюся показати іншому логіку та переваги моїх поглядів.	Ведучи переговори, я намагаюся бути уважним до бажань іншого.

Я пропоную компромісну позицію.	Я майже завжди стурбований тим, щоб задовольнити бажання оточуючих.
Найчастіше я уникаю займати позицію, яка може спричинити суперечки.	Якщо це зробить іншого щасливим, я дам йому можливість наполягти на своєму.
Зазвичай я наполегливо прагну домогтися свого.	Улагоджуючи ситуацію, я зазвичай намагаюся знайти підтримку в іншого.
Я пропоную компромісну позицію.	Думаю, що не завжди варто хвилюватися через якісь розбіжності, що виникають.
Я намагаюся не зачепити почуттів іншого.	Я завжди займаю таку позицію у спірному питанні, щоб ми спільно з іншою людиною могли досягти успіху.

Опрацювання результатів

Кількість балів, набраних респондентом за кожною зі шкал опитувальника, дає змогу визначити переважну модель його поведінки у конфліктних ситуаціях та оцінити індивідуальні особливості реагування на міжособистісну взаємодію. Отримані показники відображають ступінь вираженості відповідних стратегій і дозволяють здійснити їх подальший порівняльний аналіз. Інтерпретація результатів здійснюється шляхом співвіднесення сумарних балів із ключем методики. Підрахунок балів проводиться відповідно до наведених нижче інструкцій та правил обробки результатів.

Ключ до відповідей

№ з/п	Суперництво	Співпраця	Компроміс	Уникнення	Пристосування
1				а	б
2		б	а		
3	а				б
4			а		б
5		а		б	
6	б			а	
7			б	а	
8	а	б			
9	б			а	
10	а		б		
11		а			б
12			б	а	
13	б		а		
14	б	а			
15				б	а
16	б				а
17	а			б	
18			б		а
19		а		б	
20		а	б		
21		б			а
22	б		а		
23		а		б	
24			б		а
25	а				б
26		б	а		
27				а	б
28	а	б			
29			а	б	
30		б			а

Інтерпретація результатів

Стиль поведінки, що має найбільше кількісне значення, вважається домінуючим. Можливі випадки, коли людина у конфліктних ситуаціях використовує різні стилі поведінки, залежно від обставин, що є доцільним і корисним.

Стиль суперництва (конкуренції).

Прагнення досягти задоволення власних інтересів, незважаючи на інтереси інших. Характеризується активністю дій і вольових зусиль, орієнтацією на власні

ідеали та здібності. Авторитарність цього стилю може бути ефективною в ситуаціях, коли необхідно швидко ухвалити рішення; якщо особа, яка приймає рішення, є досвідченим керівником; у критичних умовах або тоді, коли інші учасники ситуації розгубилися і хтось має взяти відповідальність на себе.

Стиль співпраці.

Передбачає активну участь у розв'язанні конфлікту з відстоюванням як власних інтересів, так і інтересів партнерів. Спільне обговорення проблем і потреб сторін є ефективним у ситуаціях, коли рішення є важливим для обох сторін; за умови довготривалих і взаємовигідних стосунків; якщо є достатньо часу й можливостей для опрацювання складної ситуації; коли бажання сторін збігаються та між партнерами зберігається статусна рівновага.

Стиль компромісу.

Характеризується готовністю обох сторін частково поступитися власними інтересами заради досягнення взаємоприйнятного рішення. Ефективний у ситуаціях, коли сторони мають однакову владу, але протилежні інтереси; коли необхідно виграти час і прийнятним є часткове вирішення проблеми; якщо рішення потрібно ухвалити швидко, оскільки це найбільш економний та ефективний шлях; коли інші підходи здаються неефективними; за наявності бажання зберегти стосунки з протилежною стороною.

Стиль уникнення.

Виявляється у відсутності прагнення до кооперації та пасивності у відстоюванні власних прав, зумовленій незначущістю проблеми або відчуттям безвиході. Перенесення відповідальності за розв'язання проблеми на інших є доцільним у ситуаціях, коли рівень напруженості конфлікту є надто високим і його необхідно знизити; коли рішення не є значним - не варто витрачати на нього ресурси; якщо потрібно виграти час для збирання інформації чи підтримки альтернативного рішення; за відчуття, що інші мають більше можливостей для ефективного розв'язання проблеми.

Стиль пристосування.

Означає готовність діяти на користь інтересів партнера задля збереження гармонії у взаєминах і комфортності обох сторін. Цей стиль є доцільним у ситуаціях, коли важливо зберегти мирні стосунки; коли наслідки конфлікту є значущішими для партнера, ніж для Вас; за недостатнього рівня влади або шансів на перемогу; коли інтереси партнера є пріоритетнішими за власні та у випадках, коли вважається, що таке рішення може стати для партнера певним уроком, навіть якщо воно є не зовсім правильним.

Додаток 3

Діагностика комунікативної толерантності (за В.В. Бойко)

Шановний учаснику дослідження!

Вас запрошено взяти участь у науковому дослідженні «Комунікативна компетентність лікарів та професійні конфлікти». Метою дослідження є оцінка комунікативних навичок медичних працівників та виявлення типових стратегій поведінки у конфліктних ситуаціях.

Інструкція. Вам надається можливість зробити екскурс у різноманіття людських відносин. З цією метою вам пропонується оцінити себе в дев'ятьох запропонованих нескладних ситуаціях взаємодії з іншими людьми. При відповіді важлива перша реакція. Пам'ятайте, що немає поганих або гарних відповідей. Відповідати треба, довго не роздумуючи, не пропускаючи питання:

1. бал - зовсім невірно;
2. бали - вірно до деякої міри (несильно);
3. бали - вірно значною мірою (значно);
4. бали - вірно найвищою мірою (дуже сильно).

Перевірте себе: якою мірою ви здатні приймати (не приймати) індивідуальності тих людей, з якими маєте справу.

	Поведінкові ознаки	Бали
1.	Повільні люди діють мені на нерви	
2.	Мене дратують метушливі, непосидючі люди	
3.	Шумні дитячі ігри я переношу з трудом	
4.	Оригінальні, нестандартні, яскраві особистості зазвичай діють на мене негативно	
5.	Бездоганна у всіх відношеннях особа мене б насторожила	
	УСЬОГО	

Перевірте себе: чи не має у вас тенденції оцінювати людей, виходячи з власного «Я».

	Поведінкові ознаки	Бали
1.	Мене зазвичай виводить з рівноваги некмітливий співрозмовник	
2.	Мене дратують любителі поговорити	
3.	Я тяготився б розмовою з байдужим для мене попутником у потязі, літаку, якби він виявив таку ініціативу	
4.	Я тяготився розмовами випадкового попутника, який уступатиме мені за рівнем знань і культури	
5.	Мені важко знайти спільну мову з партнерами іншого інтелектуального рівня, ніж у мене	
	УСЬОГО	

Перевірте себе: якою мірою категоричні або незмінні ваші оцінки на адресу оточуючих.

	Поведінкові ознаки	Бали
1.	Сучасна молодь викликає неприємні почуття своїм зовнішнім виглядом (зачіска, косметика, вбрання)	
2.	Так звані «нові українці» зазвичай справляють неприємне враження або безкультур’ям, або рвацтвом	
3.	Представники деяких національностей у моєму оточенні відверто несимпатичні мені	
4.	Є тип чоловіків (жінок), що я не виношу	
5.	Терпіти не можу партнерів з низьким професійним рівнем	
	УСЬОГО	

Перевірте себе: якою мірою ви вмієте приховати або згладжувати неприємні враження при зіткненні з некомунікабельними якостями людей.

	Поведінкові ознаки	Бали
1.	Вважаю, що на брутальність треба відповідати тим же	
2.	Мені важко приховати, якщо людина чим-небудь неприємна	
3.	Мене дратують люди, що прагнуть у суперечці настояти на своєму	
4.	Мені неприємні самовпевнені люди	
5.	Зазвичай мені важко втриматися від зауваження на адресу озлобленої або знервованої людини	
	УСЬОГО	

Перевірте себе: чи є у вас схильність переробляти та перевиховувати інших людей.

	Поведінкові ознаки	Бали
1.	Я маю звичку повчати оточуючих	
2.	Невиховані люди обурюють мене	
3.	Я часто ловлю себе на тому, що намагаюся кого-небудь 140 виховувати	
4.	Я маю звичку постійно робити кому-небудь зауваження	
5.	Я люблю командувати близькими	
	УСЬОГО	

Перевірте себе: якою мірою ви схильні підганяти людей під себе, робити їх зручними.

	Поведінкові ознаки	Бали
1.	Мене дратують літні люди, коли вони в годину пік з’являються в міському транспорті або в магазинах	
2.	Жити в номері готелю зі сторонньою людиною для мене просто катування	

3.	Коли партнер не погоджується в чомусь з моєю правильною позицією, то, як правило, це дратує мене	
4.	Я виявляю нетерпіння, коли мені заперечують	
5.	Мене дратує, якщо партнер робить щось по-своєму, не так, як мені того хочеться	
	УСЬОГО	

Перевірте себе: які ваші адаптаційні здібності у взаємодії з людьми.

	Поведінкові ознаки	Бали
1.	Зазвичай мені важко йти на поступки іншим	
2.	Мені важко ладити з людьми, у яких поганий характер	
3.	Зазвичай я з труднощами пристосовуюся до нових партнерів по спільній роботі	
4.	Я уникаю підтримувати відносини з трохи дивними людьми	
5.	Зазвичай я принципово наполягаю на своєму, навіть якщо розумію, що партнер правий	
	УСЬОГО	

Обробка та інтерпретація даних.

Отже, ви ознайомилися з деякими поведінковими ознаками, що свідчать про низький рівень загальної комунікативної толерантності. Підрахуйте суму балів, отриманих вами по всіх ознаках, і зробіть висновок: чим більше балів, тим нижче рівень комунікативної толерантності.

Максимальне число балів, які можна отримати - 135, вказує на абсолютну нетерпимість до оточуючих, що навряд чи можливо для нормальної особистості.

Точно так само неймовірно одержати нуль балів - свідчення терпимості до всіх у всіх ситуаціях.

У середньому опитані набирають: керівники установ підрозділів - 40 балів, медсестри - 43 бали, вихователі - 31 бал.

Порівняєте свої дані з приведеними і зробіть висновок про власну комунікативну толерантність.

Зверніть увагу на те, по яким з 9 запропонованих вище поведінкових ознак у нас високі сумарні оцінки (тут можливий інтервал від 0 до 15 балів).

Чим більше балів по конкретній ознаці, тим менш ви терпимі до людей у даному аспекті відносин з ними.

Чим менші ваші оцінки по тій чи іншій ознаці, тим вища ваша толерантність по даному аспекту відносин.

Отримані дані дають змогу визначити загальний характер вашої взаємодії з людьми.

Додаток 4

Психологічна програма формування комунікативної компетентності лікарів

Заняття 1 «Професійна комунікація лікаря: усвідомлення та старт роботи»

Мета: створення безпечної робочої атмосфери, формування мотивації до участі в програмі, первинне усвідомлення ролі комунікації у професійній діяльності лікаря.

Стимульний матеріал: фліпчарт, маркери, стікери, картки з питаннями, аркуші А4, ручки.

Форма проведення: групова бесіда, інтерактивні вправи.

Тривалість: 90 хвилин.

Хід заняття

1. Вступне слово психолога (10 хв).

Психолог коротко окреслює мету програми, її структуру та значення комунікативної компетентності в роботі лікаря. Наголошується на конфіденційності, добровільності участі та важливості активної включеності.

2. Вправа «Професійне знайомство» (15 хв).

Учасники по черзі називають ім’я, спеціальність та відповідають на запитання: «Яка комунікативна ситуація у професійній діяльності для мене є найскладнішою?»

Обговорення за бажанням.

3. Вправа «Очікування та ресурси» (15 хв).

На стікерах учасники записують:

- що вони очікують отримати від програми;
- що може допомогти їм у навчанні (власні ресурси).

Стікери обговорюються та фіксуються на фліпчарті або ватмані до кінця програми.

Обговорення за бажанням.

4. Міні-дискусія «Комунікація лікаря: чому це складно?» (20 хв).

Групове обговорення факторів, що ускладнюють професійне спілкування (стрес, дефіцит часу, емоції пацієнтів, професійна втома).

5. Вправа «Моя комунікативна роль» (20 хв).

Учасники письмово відповідають на запитання:

- Як я зазвичай спілкуюся у складних ситуаціях?
- Що допомагає, а що заважає?

Обговорення за бажанням.

6. Підбиття підсумків і рефлексія (10 хв).

Коло зворотного зв'язку: «З якою думкою або відчуттям я йду після заняття?»

Заняття 2 «Самоусвідомлення у професійному спілкуванні»

Мета: розвиток усвідомлення власних комунікативних установок, реакцій і поведінкових шаблонів у професійній взаємодії.

Стимульний матеріал: картки з професійними ситуаціями, аркуші А4, маркери.

Форма проведення: індивідуальна робота, робота в малих групах.

Тривалість: 90 хвилин.

Хід заняття

1. Розігрів «Сигнали напруги» (10 хв).

Кожен учасник називає одну ознаку, за якою він розуміє, що починає дратуватися або напружуватися у спілкуванні.

2. Вправа «Комунікативний автопортрет» (25 хв).

Учасники заповнюють схему:

- Як я спілкуюся, коли спокійний;
- Як я спілкуюся у стресі;
- Яка моя типова реакція у конфлікті.

3. Робота в трійках «Дзеркало» (30 хв).

Один учасник описує складну професійну ситуацію, другий - слухає, третій - спостерігає. Після - зворотний зв'язок без оцінювання. Мета - навчитися бачити власні комунікативні патерни збоку.

4. Вправа «Що я контролюю?» (15 хв).

Група розділяє фактори спілкування на ті, що залежать та не залежать від лікаря. Акцент робиться на зоні особистої відповідальності.

Обговорення за бажанням.

5. Рефлексія та завершення (10 хв). Коло відповідей: «Яке відкриття про себе я сьогодні зробив(ла)?»

Заняття 3 «Активне слухання як основа професійної комунікації»

Мета: формування та відпрацювання навичок активного слухання у професійній взаємодії.

Стимульний матеріал: картки з ролями, таймер, аркуші А4.

Форма проведення: рольові ігри, парна робота.

Тривалість: 90 хвилин.

Хід заняття

1. Вступне обговорення (10 хв). Запитання до групи «Чим слухання відрізняється від мовчання?»

2. Міні-блок «Компоненти активного слухання» (10 хв). Коротке пояснення: контакт очей, уточнення, перефразування, пауза, прийняття.

3. Вправа «Говорю - слухають» (25 хв).

У парах один говорить про складну ситуацію, інший - лише слухає, використовуючи техніки активного слухання. Потім ролі змінюються.

4. Вправа «Почути емоцію» (25 хв).

Один учасник описує подію, інший має визначити емоційний стан співрозмовника, не оцінюючи та не радячи.

5. Групове обговорення (15 хв). Обговорюється:

- що було складно;
- які навички хочеться розвивати далі.

6. Підбиття підсумків (5 хв).

Кожен формулює одну навичку, яку спробує застосувати на роботі.

Заняття 4 «Емпатія у професійному спілкуванні лікаря»

Мета: розвиток емпатійного ставлення до пацієнтів і колег, формування здатності розуміти емоційний стан іншого без злиття з ним та професійного вигорання.

Стимульний матеріал: картки з емоціями, картки з професійними ситуаціями, аркуші А4, маркери.

Форма проведення: групова робота, рольові вправи, обговорення.

Тривалість: 90 хвилин.

Хід заняття

1. Вправа-розігрів «Емоційний фон» (10 хв).

Кожен учасник обирає картку з емоцією, яка найчастіше супроводжує його у професійному спілкуванні, та коротко пояснює свій вибір.

2. Міні-дискусія «Емпатія і професійні межі» (15 хв).

Обговорюється різниця між емпатією, співчуттям та емоційним виснаженням. Психолог підкреслює важливість збереження професійної дистанції.

3. Вправа «Подивитися очима іншого» (30 хв).

Учасники працюють у малих групах. Кожній групі пропонується опис складної професійної ситуації (агресивний пацієнт, тривожні родичі, напружена взаємодія з колегою). Потрібно описати ситуацію з позиції лікаря та описати її з позиції іншого учасника взаємодії.

Обговорення за бажанням

4. Вправа «Емпатійна відповідь» (20 хв).

У парах один учасник озвучує типову емоційно складну фразу пацієнта, інший формулює відповідь, що містить прийняття та підтримку без оцінювання.

5. Рефлексія (15 хв).

Обговорюється що допомагає залишатися емпатійним, які межі важливо зберігати.

Заняття 5 «Емоційна саморегуляція у професійній діяльності лікаря»

Мета: формування навичок розпізнавання та регуляції власних емоцій у стресових і конфліктних ситуаціях.

Стимульний матеріал: аркуші А4, ручки, картки з ситуаціями, таймер.

Форма проведення: індивідуальна робота, групові вправи, психоосвітній блок.

Тривалість: 90 хвилин.

Хід заняття

1. Вправа «Мій емоційний тригер» (15 хв).

Учасники письмово відповідають на запитання:

- Які ситуації на роботі викликають найсильніші емоції?
- Яка моя типова реакція?

2. Психоосвітній блок «Емоції та контроль» (10 хв).

Коротке пояснення механізмів виникнення емоцій, різниці між емоцією та поведінкою.

3. Вправа «Пауза між стимулом і реакцією» (25 хв).

Учасники вчаться зупиняти автоматичну реакцію через короткі техніки дихання, тілесного заземлення, внутрішнього проговорювання.

4. Вправа «Безпечний спосіб розрядки» (20 хв).

Група спільно формує перелік екологічних способів зниження напруги у робочий час.

5. Групове обговорення (10 хв).

Обговорюється, які способи реалістично застосовувати у медичній практиці.

6. Підбиття підсумків (10 хв).

Кожен формулює одну техніку, яку готовий застосувати найближчим часом.

Заняття 6 «Комунікативна толерантність у взаємодії з пацієнтами та колегами»

Мета: розвиток толерантного ставлення до індивідуальних особливостей інших людей та зниження оцінювальності у професійному спілкуванні.

Стимульний матеріал: картки з твердженнями, аркуші А4, маркери.

Форма проведення: групові вправи, обговорення, робота з установками.

Тривалість: 90 хвилин.

Хід заняття

1. Вправа «Дратує - не означає погано» (15 хв).

Учасники називають риси або поведінкові прояви людей, які викликають у них роздратування. Психолог спрямовує обговорення на усвідомлення автоматичних оцінок.

2. Міні-дискусія «Толерантність як професійна навичка» (10 хв).

Зв’язок толерантності з конфліктністю та якістю медичної допомоги.

3. Вправа «Зміна фокусу» (30 хв).

У малих групах учасники отримують твердження оцінювального характеру й переформульовують їх у нейтральні або професійно коректні висловлювання.

4. Вправа «Межі прийняття» (20 хв).

Учасники визначають, що вони можуть прийняти у поведінці інших, а де важливо зберігати професійні межі.

5. Рефлексія та завершення (15 хв).

Коло відповідей: «Що допоможе мені бути більш терпимим у професійній взаємодії?»

Заняття 7 «Професійний конфлікт: причини, динаміка, усвідомлення»

Мета: усвідомлення психологічної природи професійних конфліктів, власних реакцій у конфліктних ситуаціях та чинників їх ескалації.

Стимульний матеріал: картки з описами конфліктних ситуацій, фліпчарт, маркери.

Форма проведення: групова робота, аналіз ситуацій, обговорення.

Тривалість: 90 хвилин.

Хід заняття

1. Вправа «Конфлікт у моїй практиці» (15 хв).

Учасники коротко описують одну типову конфліктну ситуацію зі своєї професійної діяльності (без імен і деталей). Мета - актуалізація досвіду.

2. Міні-блок «Як виникає конфлікт» (10 хв).

Психолог пояснює етапи розвитку конфлікту: напруження - інцидент - ескалація - розв’язання.

3. Вправа «Ланцюжок конфлікту» (30 хв).

У малих групах аналізується одна ситуація за схемою:

- причина;
- реакція;
- наслідок;
- альтернативні дії.

Після - презентація результатів.

4. Вправа «Моя точка впливу» (20 хв).

Учасники визначають, на якому етапі конфлікту вони реально можуть змінити його перебіг.

5. Рефлексія (15 хв).

Обговорення: що зазвичай запускає конфлікти; які реакції варто змінити.

Заняття 8 «Стилі поведінки у конфлікті та їх професійні наслідки»

Мета: формування навичок усвідомленого вибору стилю поведінки у конфліктних ситуаціях.

Стимульний матеріал: картки з ролями, ситуаційні кейси, фліпчарт.

Форма проведення: рольові ігри, групове обговорення.

Тривалість: 90 хвилин.

Хід заняття

1. Актуалізація знань (10 хв).

Коротке нагадування п’яти стилів поведінки у конфлікті.

2. Вправа «Один конфлікт - різні рішення» (40 хв).

Одна й та сама ситуація розігрується кілька разів із використанням різних стилів (змагання, компроміс, співпраця, уникнення, пристосування).

Після кожного програвання - обговорення наслідків.

3. Вправа «Коли який стиль доречний?» (25 хв).

Група визначає, у яких професійних ситуаціях кожен стиль може бути ефективним або ризикованим.

4. Підбиття підсумків (15 хв).

Кожен учасник формулює для себе:

- стиль, який використовує найчастіше;
- стиль, який варто розвивати.

Заняття 9 «Командна комунікація та взаємодія в медичному колективі»

Мета: розвиток навичок ефективної командної комунікації та профілактики міжпрофесійних конфліктів.

Стимульний матеріал: картки з командними завданнями, аркуші А4, маркери.

Форма проведення: групові вправи, аналіз, обговорення.

Тривалість: 90 хвилин.

Хід заняття

1. Вправа «Моя роль у команді» (15 хв).

Учасники визначають свою типову роль у професійній команді (ініціатор, виконавець, посередник тощо).

2. Командна вправа «Спільне рішення» (35 хв).

Групі пропонується складне професійне завдання, яке можливо вирішити лише шляхом координації дій і комунікації.

3. Аналіз командної взаємодії (20 хв).

Обговорюється: що допомагало співпраці; що заважало; які комунікативні помилки виникали.

4. Вправа «Комунікативні домовленості» (10 хв).

Група формує перелік правил ефективної професійної взаємодії.

5. Рефлексія (10 хв).

Учасники діляться особистими висновками.

Заняття 10 «Інтеграція досвіду та завершення програми»

Мета: узагальнення отриманих знань і навичок, усвідомлення особистих змін та закріплення результатів програми.

Стимульний матеріал: стікери, аркуші А4, ручки.

Форма проведення: групова рефлексія, інтегративні вправи.

Тривалість: 90 хвилин.

Хід заняття

1. Вправа «Мій професійний шлях змін» (30 хв).

Учасники письмово відповідають на запитання: що змінилося у моєму спілкуванні; які навички я розвинув(ла); що планую застосовувати надалі.

2. Групове обговорення результатів (25 хв).

Учасники діляться власними спостереженнями щодо змін у комунікації та ставленні до конфліктів.

3. Вправа «Професійний ресурс» (15 хв).

Кожен формулює один внутрішній ресурс, який допоможе підтримувати зміни після завершення програми.

4. Повернення до очікувань (10 хв).

Порівняння початкових очікувань із отриманими результатами.

5. Завершальне коло (10 хв).

Слова підтримки та підсумкове закриття групи.