

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ О.О.БОГОМОЛЬЦЯ
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПСИХІЧНОГО
ЗДОРОВ'Я
КАФЕДРА ЗАГАЛЬНОЇ І МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА ВИПУСКНА РОБОТА

на тему:

**КОМУНІКАТИВНА КОМПЕТЕНТНІСТЬ ЛІКАРЯ, ЯК ЧИННИК
ЗАПОБІГАННЯ КОНФЛІКТІВ В ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ**

Виконала: Здобувач вищої освіти 6 курсу,
групи 9902, напрямку підготовки 225 Медична психологія
ННІПЗ

Манзик Валерія Валеріївна

Керівник: Професор, доктор наук з держ.
управління.

Рожкова Інга Володимирівна

Наказ №1437 від 18.11.2024

Рецензент: доцентка кафедри загальної і
медичної психології, кандидат псих.наук
Лазуренко Олена Олексіївна

Київ –2025

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ОГЛЯД НАУКОВОЇ ЛІТЕРАТУРИ ЗА ПРОБЛЕМОЮ РОЗВИТКУ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ЛІКАРІВ	
1.1. Поняття та структура комунікативної компетентності.....	7
1.2. Фактори впливу на комунікативну компетентність лікаря.....	17
1.3. Конфлікти у професійній діяльності лікаря.....	21
Висновки до розділу 1.....	25
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ТА МАТЕРІАЛИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ РОЗВИТКУ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ЛІКАРІВ	
2.1. Програма емпіричного дослідження.....	27
2.2. Методологія емпіричного дослідження	33
Висновки до розділу 2.....	37
РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ РОЗВИТКУ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ЛІКАРІВ	
3.1. Результати констатувального етапу дослідження.....	38
3.2. Значення отриманих результатів для подальшої корекції низького рівня комунікативної компетентності лікарів.....	46
Висновки до розділу 3.....	48
РОЗДІЛ 4. РЕЗУЛЬТАТИ ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОГРАМИ ПІДВИЩЕННЯ РІВНЯ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ЛІКАРІВ	
4.1. Програма підвищення рівня комунікативної компетентності лікарів.....	50
4.2. Ефективність програми підвищення рівня комунікативної компетентності лікарів	59
Висновки до розділу 4.....	68
ВИСНОВКИ	69
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	
ДОДАТКИ	

ВСТУП

Актуальність дослідження зумовлена високими вимогами до медичних фахівців у сучасному суспільстві. Лікарі працюють в умовах постійного стресу, зростаючої кількості пацієнтів і складних клінічних випадків, що нерідко створює напруження у взаємодії з пацієнтами, їхніми родинами та колегами. Ефективне спілкування стає необхідною умовою для створення довірливих стосунків і попередження конфліктних ситуацій, які можуть негативно вплинути на якість медичних послуг і психологічний стан усіх учасників процесу.

Комунікативна компетентність лікаря сприяє не лише точному донесенню інформації про діагнози та лікування, а й забезпечує емпатійний підхід до пацієнта. Довіра між лікарем і пацієнтом безпосередньо залежить від умінь лікаря вислухати, зрозуміти і врахувати індивідуальні потреби пацієнта. Це стає особливо важливим у контексті зростаючої інформованості пацієнтів, які очікують більш персоналізованого підходу та пояснення кожного аспекту медичної допомоги. Відсутність належних комунікативних навичок може призводити до непорозумінь, нарікань і конфліктів, що знижує ефективність лікувального процесу.

Дослідження цієї теми також є актуальним через необхідність удосконалення освітніх програм у сфері медицини. Формування комунікативної компетентності має стати невід'ємною частиною підготовки лікарів, оскільки це сприяє запобіганню конфліктам, покращенню взаємодії в колективі та підвищенню рівня задоволеності пацієнтів медичними послугами. Таким чином, вивчення зв'язку між комунікативними навичками та управлінням конфліктами не лише поглиблює розуміння професійних викликів, а й пропонує конкретні шляхи їх вирішення.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати важливість комунікативної компетентності для лікаря та експериментально дослідити рівень розвитку комунікативної компетентності лікарів.

Завдання дослідження:

- розглянути поняття комунікативної компетентності;
- визначити фактори впливу на комунікативну компетентність лікаря;
- з'ясувати особливості конфліктів у професійній діяльності лікаря;
- здійснити емпіричне дослідження рівня розвитку комунікативної компетентності лікарів;
- розробити, апробувати та визначити ефективність програми підвищення рівня комунікативної компетентності лікарів.

Об'єкт дослідження – комунікативна компетентність.

Предмет дослідження – комунікативна компетентність лікаря, як чинник запобігання конфліктів в професійній діяльності.

У процесі проведення дослідження ми застосували такі **методи**: а) теоретичні – аналіз, синтез, порівняння, зіставлення та узагальнення, що забезпечили теоретичне осмислення отриманих результатів; б) емпіричні – спостереження, бесіда, тестування; в) методи математичного обрахунку даних.

Теоретичне значення дослідження полягає у з'ясуванні факторів впливу на комунікативну компетентність лікаря та ролі конфліктів у професійній діяльності лікаря, а також у визначенні можливостей тренінгової програми з підвищення рівня комунікативної компетентності лікарів.

Практичне значення дослідження визначається можливістю використання отриманих результатів у подальших наукових розробках проблематики комунікативної компетентності лікаря як чинника запобігання конфліктів в професійній діяльності.

Наукова новизна дослідження:

- ***Уточнення понятійного апарату:***

У роботі поглиблено визначено поняття «комунікативна компетентність лікаря» як багатокomпонентного явища, яке включає професійно-етичні, психологічні та соціокультурні аспекти, що впливають на запобігання конфліктам у професійній діяльності.

- ***Аналіз специфіки конфліктів у медичній сфері:***

Вперше детально проаналізовано види конфліктів, які виникають у професійній діяльності лікарів, з акцентом на їх комунікативну природу та фактори, які сприяють їхньому виникненню.

- ***Розробка моделі комунікативної компетентності лікаря:***

У роботі запропоновано авторську модель комунікативної компетентності лікаря, яка враховує такі складові: здатність до емпатії, ефективного активного слухання, аргументованого вираження думок, управління емоціями та уникнення ескалації конфліктів.

- ***Практичне дослідження:***

На основі проведеного емпіричного дослідження ідентифіковано ключові фактори, які впливають на формування комунікативної компетентності лікаря, та обґрунтовано вплив цього чинника на зниження рівня конфліктності в лікарсько-пацієнтській та міжколегіальній взаємодії.

- ***Рекомендації для медичних закладів:***

Розроблено практичні рекомендації щодо вдосконалення навчальних програм та тренінгів для лікарів, спрямованих на розвиток комунікативних навичок, як профілактичного заходу для запобігання конфліктам.

- ***Використання інноваційних підходів:***

Запропоновано використання інноваційних методів (наприклад, симуляційного навчання, кейс-методів, рольових ігор) для розвитку комунікативної компетентності лікарів у рамках підвищення кваліфікації.

Таким чином, наукова новизна роботи полягає в комплексному підході до вивчення комунікативної компетентності лікаря, її впливу на професійні відносини, а також у розробці практичних рекомендацій для зниження конфліктності в медичній сфері.

Апробація результатів дослідження отримала схвалення та опублікування в:

- Матеріалах LIV Міжнародної науково-практичної конференції (07.03.2025 року) м.Клагенфурт (Австрія) С.124-125 у вигляді тез на

тему: «Комунікативна компетентність лікаря: шлях до довіри та ефективного лікування»;

- Апробаційна доповідь магістерської роботи з теми: «Комунікативна компетентність лікаря, як чинник запобігання конфліктів в професійній діяльності» на засіданні кафедри загальної медичної психології (30.01.2025р.)

Структура кваліфікаційної роботи включає вступ, чотири розділи, висновки, список використаних джерел, додатки. Загальний обсяг роботи викладений на 108 сторінках та включає 14 таблиць, 16 рисунків, 6 додатків, 60 використаних джерел.

РОЗДІЛ 1. ОГЛЯД НАУКОВОЇ ЛІТЕРАТУРИ ЗА ПРОБЛЕМОЮ РОЗВИТКУ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ЛІКАРІВ

1.1. Поняття та структура комунікативної компетентності

Модернізація сучасної української освіти передбачає необхідність реалізації компетентнісного підходу, а також формування й удосконалення у майбутніх педагогів їх базових та професійних компетентностей. Однією з таких є комунікативна компетентність, адже основна мета освітньої системи України полягає у формуванні й розвитку мовної особистості.

Мовна особистість – це людина, яка має високий рівень комунікативної компетентності, володіє вмінням налагоджувати контакт з іншою людиною, може організувати та здійснити ефективне спілкування на міжкультурному рівні для розв’язання глобальних проблем [30, с. 68].

На сьогоднішній день використовувані в теорії та практиці навчальної діяльності терміни «компетенція» та «компетентність» тлумачаться у словниках майже однаково – це «добра обізнаність із будь-чим». Водночас, зауважимо, що компетентність є більш широким поняттям, яке охоплює знання усієї галузі, а компетенція є обізнаністю лише в одному напрямку діяльності у галузі [6, с. 445].

А. Хуторський під компетентністю має на увазі особистісну якість (сукупність якостей) та мінімальний досвід, що вже склалися щодо діяльності в певній галузі [21, с. 26].

За Г. Товканцем, «компетентність – це не тільки вміння, але й відмінні риси, що відповідають завданням, поставленим життям, а компетенція є більш вузьким поняттям, яке співвідноситься з конкретними видами діяльності, використовується для позначення умінь, знань, необхідних для ефективного виконання дій» [53, с. 260].

О.Д. Кулик твердить, що компетентність – це комплексний особистісний ресурс, який забезпечує можливість ефективної взаємодії з довкіллям у тій чи тій галузі та який залежить від необхідних для цього компетенцій [29, с. 150].

Н.М Бібік трактує компетентність як специфічну здібність, яка дозволяє ефективно вирішувати типові проблеми й завдання, що виникають у реальних

ситуаціях повсякденного життя; вміння вирішувати окреслене коло завдань у професійних видах діяльності [3, с. 49].

Міжнародними організаціями при опрацюванні поняття «компетентність» було наголошено, що вона пов'язана з уміннями та спроможністю кваліфіковано діяти, виконувати необхідні завдання або роботу, успішно задовольняти свої індивідуальні та соціальні потреби [37, с. 63]. Тобто, компетентність у цьому сенсі – результативно-діяльнісна характеристика освіти, яка показує, чи досягнуто того рівня діяльності, який є необхідним і достатнім для мінімальної успішності в досягненні результату. Крім того, зазвичай є так, що компетентності «прив'язані» до конкретних контекстів, тобто людина, яка є компетентною в одному контексті, може бути, а може і не бути компетентною в іншому [37, с. 63].

Зважаючи на погляди науковців, ми будемо вважати компетентність сукупністю особистісних якостей, сформованістю відповідних навичок і вмінь та мінімальним досвідом, що дозволяють кваліфіковано діяти, виконувати необхідні завдання або роботу в конкретній галузі, успішно задовольняти свої індивідуальні та соціальні потреби.

Наукові дослідження та практичний досвід свідчать, що кожна людина, незалежно від рівня особистого розвитку та професійних обов'язків, лише тоді може вважати себе повноцінною особистістю, коли досягне досконалості у сфері міжособистісної взаємодії. Успішність міжособистісної взаємодії пов'язана з таким поняттями, як спілкування і комунікативна компетентність. Увага до комунікативної компетентності зросла тоді, коли в практику спілкування людини стали впроваджуватися методи, розраховані на розвиток її комунікативних здібностей [2, с. 43].

Поняття «комунікативна компетентність» аналізує у своїй роботі Т. Вольфовська. Вона тлумачить названу категорію як засновану на знаннях та чуттєвому досвіді здатність особистості орієнтуватися в ситуаціях спілкування, вільно володіти вербальними і невербальними засобами спілкування, наголошуючи на тому, що така здатність передбачає соціально-

психологічне навчання, тобто, подальшу можливість навчатися спілкуванню. До прояву комунікативної компетентності автор також відносить уміння людини організувати так званий міжособистісний простір у процесі ініціативного й активного спілкування з людьми [8, с. 15].

На думку науковиці, комунікативна компетентність завжди набувається в соціальному контексті. Основними факторами, що детермінують її розвиток, є життєвий досвід людини, її загальна ерудиція, мистецтво, спеціальні наукові методи [8, с. 15].

В.В. Ягупов та В.І.Свистун трактують комунікативну компетентність як синонім поняттю «компетентність у спілкуванні». За визначенням авторів, комунікативна компетентність – це здатність встановлювати і підтримувати необхідні контакти з людьми. Отже, визнаючи труднощі, пов'язані з пошуком точного визначення властивостей, що входять до складу комунікативної компетентності, науковці пропонують таке визначення: «Комунікативна компетентність – система внутрішніх ресурсів, необхідних для побудови ефективної комунікативної дії в певному колі ситуацій міжособової взаємодії» [59, с. 15].

О.О. Максимова комунікативну компетентність розглядає як невід'ємний елемент структури змісту освіти і цілісну систему, що поєднує в собі знання, вміння, навички, психічні, моральні й поведінкові характеристики людини, які сукупно забезпечують успішне спілкування, емоційно комфортне середовище для учасників спілкування, сприяють формуванню гарного, упевненого в собі співрозмовника [34, с. 61].

І.О. Черезова визначає комунікативну компетентність як систему внутрішніх ресурсів особистості, потрібних для ефективних комунікативних дій у широкому діапазоні ситуацій міжособистісної взаємодії. Ці ресурси включають:

- когнітивні можливості людини щодо сприймання, оцінювання та інтерпретації ситуацій;
- планування людиною її комунікативних дій у спілкуванні з людьми;

- правила регуляції комунікативної поведінки і засоби її корекції [55, с. 105].

На думку Л.О. Матохнюк, характеристиками комунікативної компетентності є:

- по-перше, відповідність поведінки контексту стосунків, в яких вона виявляється;

- по-друге, знання правил спілкування, адаптаційні навички та гнучкість у втіленні цих знань;

- по-третє, комунікативна компетентність пов'язана зі стосунками, а не з індивідами [35, с. 65].

І.В. Родигіна виокремлює такі характеристики комунікативної компетентності:

- орієнтованість у різноманітних ситуаціях спілкування, яка заснована на знаннях і життєвому досвіді індивіда;

- спроможність ефективно взаємодіяти з оточенням завдяки розумінню себе й інших при постійній видозміні психічних станів, міжособистісних відносин і умов соціального середовища;

- адекватна орієнтація людини в самій собі, власному психологічному потенціалі, потенціалі партнера, у ситуації;

- готовність і уміння будувати контакт з людьми;

- внутрішні засоби регуляції комунікативних дій;

- знання, уміння і навички конструктивного спілкування ;

- внутрішні ресурси, необхідні для побудови ефективної комунікативної дії у визначеному колі ситуацій міжособистісної взаємодії [48, с. 23].

Отже, під комунікативною компетентністю розуміють здатність встановлювати і підтримувати необхідні контакти з іншими людьми, певну сукупність знань, умінь і навичок, що забезпечують ефективне спілкування. Вона передбачає уміння змінювати глибину і коло спілкування, розуміти і бути зрозумілим для партнера по спілкуванню. Комунікативна компетентність

формується в умовах безпосередньої взаємодії, тому є результатом досвіду спілкування між людьми.

Щодо структури комунікативної компетентності особистості, то вона включає різні складові. Наразі серед науковців немає єдино визначеної структури комунікативної компетентності. В той же час, більшість з них основними складовими комунікативної компетентності називає когнітивну, емоційну, мотиваційну, поведінкову, соціальну та рефлексивну складові.

Так, когнітивна складова комунікативної компетентності полягає в знаннях, які необхідні для ефективного спілкування. Це, перш за все, знання мови та граматики, щоб чітко і зрозуміло висловлювати свої думки. Важливо також знати, як адаптувати своє спілкування в залежності від контексту – чи то в повсякденному житті, чи в професійному середовищі. Крім того, когнітивна складова включає вміння розуміти соціальні та культурні норми, щоб взаємодіяти з людьми з різних середовищ [44, с. 76].

Знання психології також є частиною когнітивної складової. Це допомагає краще розуміти емоції та реакції інших людей, що дозволяє ефективніше реагувати на різні ситуації в спілкуванні. Когнітивні навички також включають здатність до швидкого аналізу інформації, щоб адекватно реагувати на запити або проблеми співрозмовника, а також знаходити найбільш підходящий спосіб вираження своїх думок.

Емоційна складова комунікативної компетентності включає здатність розуміти та управляти емоціями як власними, так і емоціями співрозмовників. Вона допомагає правильно сприймати емоційний стан інших людей, вчасно реагувати на їхні переживання і потреби. Це також включає вміння проявляти емпатію – здатність поставити себе на місце іншої людини і зрозуміти її почуття. Завдяки цьому людині легше встановлювати довірчі стосунки і ефективно взаємодіяти в різних ситуаціях [33, с. 39].

Уміння управляти своїми емоціями також є важливим аспектом емоційної складової. Коли ми знаємо, як зберігати спокій у стресових ситуаціях, це дозволяє краще контролювати комунікацію і уникати конфліктів.

Емоційна стійкість сприяє більш конструктивному спілкуванню, особливо коли взаємодія з іншими вимагає делікатності, терпимості та здатності не піддаватися негативним емоціям. Це також дозволяє нам реагувати на критику чи непорозуміння спокійно і професійно.

Крім того, емоційна складова допомагає правильно читати невербальні сигнали, такі як міміка, жестика, тон голосу, що дозволяє краще розуміти наміри та почуття співрозмовника. Вміння розпізнавати емоції інших людей і реагувати на них відповідним чином створює атмосферу взаємної поваги і підтримки. Завдяки цьому спілкування стає більш ефективним, а взаєморозуміння між людьми – глибшим [33, с. 40].

Мотиваційна складова комунікативної компетентності полягає в бажанні та готовності особи активно взаємодіяти з іншими. Це включає внутрішній стимул до встановлення та підтримки ефективних контактів, бажання досягти взаєморозуміння з людьми. Коли людина має мотивацію до комунікації, вона зазвичай прагне не тільки донести свою точку зору, але й уважно вислухати співрозмовника, зрозуміти його потреби та очікування. Така мотивація сприяє створенню конструктивного діалогу та зниженню ймовірності виникнення непорозумінь або конфліктів [25, с. 98].

З іншого боку, мотиваційна складова також включає готовність людини розвивати свої комунікативні навички. Це може бути бажання краще зрозуміти емоції інших, покращити техніки активного слухання чи навички ведення переговорів. Коли людина мотивована до самовдосконалення, вона готова працювати над собою, щоб стати більш ефективним у спілкуванні, що підвищує її комунікативну компетентність у різних ситуаціях. Вона активно шукає нові способи покращити взаємодію з іншими, будь то в особистому житті чи в професійній сфері.

Мотивація також тісно пов'язана з цінностями та установками людини. Від того, які цілі вона ставить перед собою в спілкуванні, залежить її ставлення до комунікаційних процесів. Якщо людина вважає, що взаєморозуміння та співпраця є важливими для досягнення успіху в житті, це створює сильну

мотивацію до конструктивного спілкування. Вона буде прагнути налаштовувати свої взаємини з іншими так, щоб забезпечити гармонію, підтримку та ефективну взаємодію, що є основою для успішних соціальних зв'язків [25, с. 98].

Поведінкова складова комунікативної компетентності включає навички, які дозволяють людині ефективно взаємодіяти з іншими через використання вербальних і невербальних засобів. Вербальні навички включають здатність чітко, логічно і зрозуміло висловлювати свої думки, правильно обирати слова та тон для досягнення комунікативної мети. Невербальні навички, такі як міміка, жести, зоровий контакт і тон голосу, також мають велике значення, оскільки вони доповнюють або навіть можуть замінити слова, передаючи додаткову інформацію про емоційний стан і наміри людини.

Крім того, поведінкова складова охоплює вміння використовувати техніки активного слухання, зокрема вміння уважно слухати співрозмовника, задавати уточнювальні питання та підтверджувати зрозуміле через перефразування. Це допомагає не тільки зрозуміти співрозмовника, але й продемонструвати йому свою увагу та зацікавленість. Уміння адаптувати стиль спілкування залежно від ситуації – чи це формальне середовище, чи неформальне спілкування з друзями – є ще однією важливою частиною поведінкової складової, оскільки дозволяє ефективно налагоджувати взаємодію в різних контекстах [44, с. 76].

Соціальна складова комунікативної компетентності включає здатність людини взаємодіяти з іншими, враховуючи соціальні та культурні норми, а також роль кожного учасника комунікації. Вона передбачає уважне ставлення до різноманітних соціальних контекстів, у яких відбувається спілкування, і вміння адаптувати свою поведінку в залежності від цих умов. Це означає, що людина повинна бути чутливою до соціальних очікувань і стандартів, таких як ввічливість, етикет або прийнятні форми взаємодії в певних ситуаціях, що допомагає зберігати гармонію в спілкуванні.

Крім того, соціальна складова включає здатність до розуміння і прийняття різних точок зору, що є важливим для ефективної взаємодії з людьми з різних соціальних груп, зокрема з людьми з різними культурними, релігійними чи етичними переконаннями. Вона також включає здатність до вирішення конфліктів і знаходження компромісів, що дозволяє підтримувати здорові взаємини в будь-яких соціальних структурах, будь то сім'я, робочий колектив чи ширше суспільство. Така компетентність сприяє створенню довірчих, відкритих і взаємопідтримуючих відносин, що є основою для успішної соціалізації [48, с. 54].

Рефлексивна складова комунікативної компетентності передбачає здатність людини аналізувати свою комунікацію, оцінюючи, як вона впливає на співрозмовника та які результати вона приносить. Це включає усвідомлення власних сильних і слабких сторін у спілкуванні, таких як способи вираження думок, невербальні сигнали, стиль поведінки. Рефлексія допомагає людині виявляти моменти, де можна покращити свою комунікацію, наприклад, уникаючи непорозумінь або конфліктів, або, навпаки, підсилюючи ефективність взаємодії.

Окрім цього, рефлексивна складова включає здатність до самокорекції – людина повинна вміти робити висновки з минулого досвіду, адаптуючи свої комунікативні стратегії. Це може включати зміну тональності, манери висловлювання чи технік активного слухання. Рефлексія допомагає не лише покращувати ефективність спілкування в майбутньому, але й сприяє особистісному росту, дозволяючи людині краще розуміти себе та свої взаємодії з іншими [48, с. 55].

М.М. Галицька однією із складових комунікативної компетентності називає уміння усвідомлювати і долати комунікативні бар'єри. Такі бар'єри можуть виникати, наприклад, при відсутності розуміння ситуації спілкування, що викликається розходженнями між партнерами (соціальними, політичними, релігійними, фаховими, які породжують різну інтерпретацію тих самих понять, що обумовлюють різноманітне світовідчуття, світогляд,

світосприймання). Бар'єри в комунікації можуть носити також психологічний характер, відображаючи індивідуальні психологічні особливості тих, хто спілкується, їхні сформовані відношення: від дружби до ворожості по відношенню один до одного [10, с. 44].

За К.Я. Климовою передача будь-якої інформації можлива лише за допомогою знаків, точніше, знакових систем. Розрізняють вербальну і невербальну комунікації, що використовують різноманітні знакові системи. Відповідно до цього можна виділити вербальний і невербальний рівень комунікативної складової компетентності в спілкуванні. Вербальна комунікація використовує в якості знакової системи людську вимову, природну звукову мову, тобто систему фонетичних звуків, що включає два принципи: лексичний і синтаксичний. Інший вид комунікації включає немовні знакові системи (оптико-кінетичну, пара- і екстралінгвістичну). Невербальний вид комунікації може викликати серйозну проблему: якщо у вербальній комунікації за кожним словом стоїть більш-менш визначений зміст, то в невербальній системі комунікації не тільки важко поставити зміст у відповідності знаку, а й взагалі виділити знак, тобто одиницю аналізу в цій системі комунікації [17, с. 185].

С.В. Князева відзначає інтерактивну та перцептивну складові спілкування.

Інтерактивна сторона спілкування – це умовний термін, що позначає характеристику тих компонентів спілкування, що пов'язані із взаємодією людей з безпосередньою організацією їхньої спільної діяльності. Якщо комунікативний процес існує на основі певної спільної діяльності, то обмін знаннями й ідеями з приводу цієї діяльності неминуче припускає, що досягнуте порозуміння реалізується в нових спільних спробах розвинути діяльність далі, організувати її. Участь одночасно багатьох людей у цій діяльності означає, що кожний повинен зробити до неї свій особливий внесок, що і дозволяє інтерпретувати взаємодію як організацію спільної діяльності. Інтерактивна сторона спілкування являє собою побудову загальної стратегії

взаємодії, де важливо не тільки обмінятися інформацією, але й організувати «обмін діями», спланувати загальну діяльність [18].

Наступним компонентом комунікативної компетентності є перцептивна складова. Це та сторона компетентності, на основі якої будується спільна діяльність і комунікативний процес.

Умовно перцептивну складову компетентності в спілкуванні можна назвати здатністю адекватного сприйняття однієї людини іншою, але це лише умовно: саме слово «сприйняття» не відбиває всю складеність цього явища. Перцептивний компонент комунікативної компетентності виступає в ролі регулятора процесу спілкування. Вибір людиною тієї або іншої лінії поведінки в кожній конкретній ситуації передбачає сприйняття й оцінку партнерів, самого себе і ситуативного контексту в цілому [18].

Отже, узагальнюючи вище викладене, можна зробити висновок, що комунікативна компетентність постає як інтегральна якість особистості, що виконує функцію адаптації й адекватного функціонування особистості в соціумі, містить у собі установки, стереотипи, позиції спілкування, ролі, цінності особистості тощо.

1.2. Фактори впливу на комунікативну компетентність лікаря

Діяльність лікаря має свої особливості, які зумовлені високим рівнем відповідальності за життя та здоров'я пацієнтів. Лікар повинен поєднувати наукові знання з практичними навичками, уважно слухати пацієнта, ставити точні діагнози та призначати ефективне лікування. Крім того, лікар часто працює в умовах стресу та обмеженого часу, що вимагає швидкого прийняття рішень і вміння працювати в команді. Важливим аспектом є також здатність комунікувати з пацієнтами, надаючи їм зрозумілу і достовірну інформацію

про їхнє здоров'я, а також враховувати емоційний стан пацієнтів, що сприяє кращому ефекту лікування.

Комунікативна компетентність лікаря є комплексом знань, навичок і особистісних якостей, які забезпечують ефективну взаємодію між ним та його пацієнтами, а також з іншими учасниками медичного процесу (колеги, родичі пацієнтів, адміністрація). Вона є ключовою складовою професійної діяльності, оскільки впливає на якість діагностики, лікування та загальний рівень задоволеності пацієнтів медичною допомогою [43, с. 193].

Комунікативна компетентність лікаря важлива:

1. Під час першого контакту з пацієнтом – для встановлення довірливого контакту через привітність, відкритість та уважність до пацієнта, а також для визначення запитів, побоювань та очікувань пацієнта.

2. У процесі діагностики та лікування – для пояснення діагнозу, лікувального плану та прогнозу доступною мовою; для мотивування пацієнта дотримуватися наданих лікарем рекомендацій; для правильного (адекватного) прийняття конструктивної критики або сумнівів з боку пацієнта.

3. У роботі з важкими пацієнтами – для надання складної інформації, наприклад, правильно повідомити про невиліковний стан. А також для забезпечення психологічної підтримки пацієнту та його родичам.

4. У командній роботі – для налагодження ефективної комунікації з колегами для координації лікувального процесу, а також для підтримки доброзичливої атмосфери в колективі [49, с. 32].

Складові комунікативної компетентності лікаря наведені у таблиця 1.1.

Таблиця 1.1.

Складові комунікативної компетентності лікаря [24, с. 10]

Складова	Показник
Когнітивна складова (знання)	- розуміння основ психології спілкування; - знання принципів етики та деонтології; - інформація про культурні, вікові, гендерні та соціальні особливості пацієнтів; - володіння знаннями з клінічної комунікації, зокрема: як надавати складну інформацію, говорити про діагноз чи прогноз, мотивувати до лікування.

Емоційна складова (емоційний інтелект)	- уміння розпізнавати й регулювати власні емоції під час спілкування; - емпатія – здатність відчувати й розуміти емоційний стан пацієнта; - збереження емоційної рівноваги в складних або конфліктних ситуаціях.
Мовленнєва складова (вербальна комунікація)	- володіння професійною термінологією та здатність адаптувати її до рівня розуміння пацієнта; - використання позитивної, мотивуючої лексики; - чіткість, послідовність і логічність викладення інформації
Невербальна складова	- контроль мови тіла: жести, міміка, поза, контакт очей; - інтонація голосу, яка відображає турботу, впевненість та професіоналізм.
Техніки активного слухання	- уміння ставити уточнюючі запитання; - використання парафразів (повторення сказаного пацієнтом власними словами); - демонстрація уваги через невербальні сигнали (кивання, відповідні паузи).
Професійна етика	- дотримання конфіденційності інформації про пацієнта; - повага до особистої гідності пацієнта; - здатність залишатися неупередженим і толерантним.
Конфліктологічна компетентність	- уміння запобігати та вирішувати конфліктні ситуації; - використання стратегій ненасильницького спілкування; - вироблення партнерської моделі відносин з пацієнтом замість авторитарної.

Комунікативна компетентність лікаря залежить від багатьох чинників, які умовно можна поділити на внутрішні (особистісні) та зовнішні (професійні, соціальні, організаційні) – рис. 1.1.

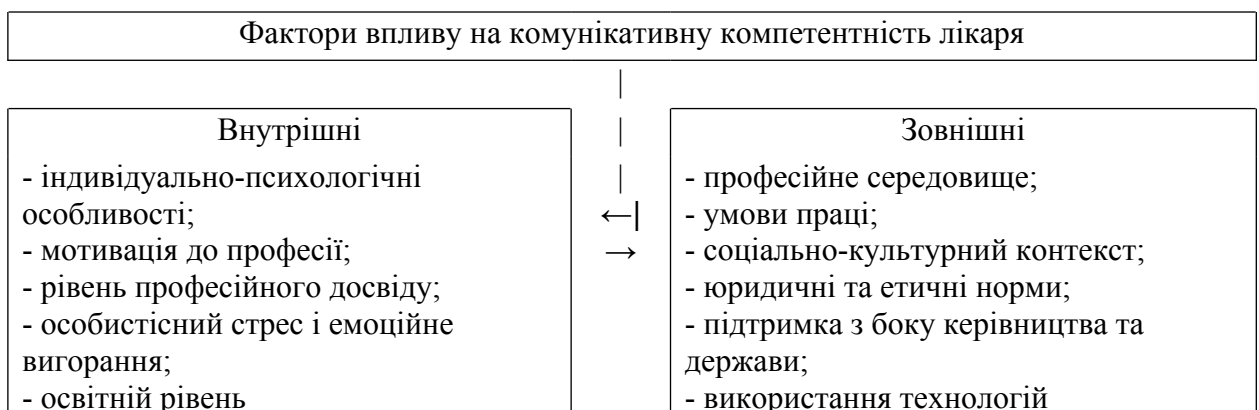


Рис. 1.1. Фактори впливу на комунікативну компетентність лікаря

Розглянемо їх докладніше.

Так, на комунікативну компетентність лікаря впливають такі внутрішні фактори [47, с. 142]:

1. Індивідуально-психологічні особливості, які включають:
 - рівень емоційного інтелекту (уміння розпізнавати та керувати власними емоціями й емоціями інших);
 - характерологічні риси: емпатійність, терпіння, уважність;
 - тип темпераменту: більш комунікабельними зазвичай є сангвініки та холерики.

2. Мотивація до професії. Лікарі, які усвідомлено обрали професію та мають внутрішню мотивацію допомагати іншим, зазвичай приділяють більше уваги комунікації.

3. Рівень професійного досвіду. Як правило, молоді лікарі можуть мати труднощі через невпевненість або відсутність досвіду. З часом практика сприяє вдосконаленню комунікативних навичок.

4. Особистісний стрес і емоційне вигорання. Хронічна перевтома, стрес або емоційне вигорання можуть знижувати якість комунікації.

5. Освітній рівень:
 - знання основ психології, етики та деонтології;
 - вміння застосовувати на практиці методи активного слухання, ефективного вирішення конфліктів.

Своєю чергою, на комунікативну компетентність лікаря впливають ще й зовнішні фактори [47, с. 143]:

1. Професійне середовище. Культура взаємодії у медичному колективі впливає на стиль комунікації лікаря. Наприклад, у колективах із високим рівнем підтримки формується толерантність і здатність ефективніше комунікувати.

2. Умови праці. Надмірне навантаження, дефіцит часу на одного пацієнта або некомфортні умови роботи ускладнюють спілкування.

3. Соціально-культурний контекст:

- особливості пацієнтів: вік, соціальний статус, культура, рівень освіти. Наприклад, літні пацієнти можуть вимагати більше терпіння та пояснень, тоді як молодші можуть бути більш відкритими до цифрових консультацій;

- відмінності у цінностях і світогляді лікаря та пацієнта, які можуть ускладнювати порозуміння.

4. Юридичні та етичні норми. Лікар повинен дотримуватися стандартів медичної етики, конфіденційності та законодавчих вимог, що впливає на форму та зміст комунікації.

5. Підтримка з боку керівництва та держави:

- наявність тренінгів, курсів підвищення кваліфікації та інших можливостей для розвитку комунікаційних навичок;

- адекватна оплата праці та захист прав лікаря сприяють зниженню стресу, що позитивно позначається на комунікації.

6. Використання технологій. Інтеграція електронних медичних карток, телемедицини або інших сучасних технологій може як полегшувати, так і ускладнювати комунікацію (залежно від рівня технічної підготовки лікаря та пацієнта).

Ю.В Юсеф відзначає, що на комунікативну компетентність лікаря впливають фактори, пов'язані з пацієнтом. Це [58, с. 189]:

1. Рівень довіри до лікаря. Якщо пацієнт упереджено ставиться до лікаря або не довіряє медицині загалом, комунікація стає менш ефективною.

2. Стан здоров'я пацієнта. Фізичний біль, тривожність або шок у пацієнта можуть обмежувати здатність до конструктивного спілкування.

3. Очікування пацієнта. Нереалістичні або завищені очікування можуть призводити до конфліктів, якщо лікар не зможе їх задовольнити.

М. Бичко говорить, що важливими є й фактори впливу під час воєнних або кризових умов. Це [5, с. 20]:

1. Психоемоційний стан лікаря та пацієнта. У стресових умовах війни лікарі часто працюють у надзвичайних ситуаціях, що підвищує рівень емоційної напруги.

2. Зміна комунікаційного формату. Робота з пацієнтами у тимчасових умовах (евакуаційні центри, мобільні шпиталі) може ускладнювати побудову довірливих відносин.

Таким чином, комунікативна компетентність лікаря формується під впливом особистих та зовнішніх факторів, і її можна розвивати через систематичну роботу та оптимізацію професійного середовища. Ця компетентність є невід'ємною частиною професійної діяльності лікаря. Вона забезпечує довіру пацієнтів, ефективність лікування та емоційне благополуччя як пацієнта, так і лікаря. Постійний розвиток цього компонента професійної майстерності сприяє підвищенню якості медичних послуг і формуванню позитивного іміджу лікаря.

1.3. Конфлікти у професійній діяльності лікаря

Конфлікт – це форма взаємодії між людьми або групами, яка виникає через протиріччя в інтересах, цілях, цінностях чи поглядах. Він може проявлятися як відкрито, через суперечки та протистояння, так і приховано, через напруженість чи пасивну агресію. Конфлікти є природною частиною людських відносин і часто виникають там, де люди мають різний досвід, переконання або прагнення, а також в умовах обмежених ресурсів чи конкурентного середовища [54, с. 90].

Основними складовими конфлікту є учасники, об'єкт суперечки та їхні позиції. Учасники конфлікту можуть мати як усвідомлені, так і приховані мотиви, а сам конфлікт може бути конструктивним або деструктивним залежно від того, як його вирішують. Конструктивні конфлікти сприяють вирішенню проблем, зміцненню відносин та розвитку творчих рішень, тоді як деструктивні призводять до загострення протиріч, втрати довіри та погіршення співпраці.

Для вирішення конфліктів важливо не лише виявити їхні причини, але й обрати ефективні стратегії поведінки. Це можуть бути переговори, компроміс, посередництво чи інші методи, що сприяють взаєморозумінню та зниженню напруги. Успішне вирішення конфлікту не лише усуває суперечності, але й може сприяти особистісному та соціальному зростанню [54, с. 91].

Конфлікти в діяльності лікарів можуть виникати через різні причини, включаючи розбіжності у підходах до лікування, незадоволення пацієнтів результатами медичної допомоги, непорозуміння між колегами або адміністрацією закладу. Часто вони пов'язані зі стресовими умовами роботи, обмеженими ресурсами чи високими очікуваннями з боку пацієнтів. Вирішення таких конфліктів вимагає від лікарів високої комунікативної компетентності, здатності до емпатії, активного слухання та конструктивного підходу до взаємодії, що сприяє зниженню напруги та відновленню довіри [42, с. 13].

Основними типами конфліктів у професійній діяльності лікаря Ю.А. Кострікова називає наступні [22, с. 133-134]:

1. Конфлікти з пацієнтами. Відносини лікар-пацієнт є одними з найважливіших у медицині, і вони часто стають джерелом конфліктів через:

- незадоволення пацієнта – якістю чи результатом лікування, або недостатній рівень уваги або часу, приділеного йому;
- невідповідність очікувань, коли пацієнт очікує швидшого або кращого ефекту від лікування, ніж можливо за медичними показаннями;
- комунікаційні проблеми, а саме – використання складної медичної термінології або неправильний тон або інтонацію під час спілкування.

2. Конфлікти з родичами пацієнта. Родичі часто переживають сильний стрес через стан близької людини, що може призводити до обвинувачень у непрофесіоналізмі або байдужості; до непорозуміння щодо обсягу та вартості наданих медичних послуг; щодо вимог, які суперечать медичним протоколам або можливостям лікаря.

3. Конфлікти у колективі. Вони також бувають різними:

- міжособистісні конфлікти – через непорозуміння між лікарями через розбіжності в стилях роботи, професійній етиці або розподілі обов'язків;
- ієрархічні конфлікти – це напруження між молодшими фахівцями та керівництвом через нерівномірне навантаження, відсутність підтримки або невизнання заслуг;
- розподіл ресурсів – це обмеження в доступі до медичного обладнання, препаратів чи кабінетів може стати приводом для конфліктів.

4. Конфлікти з адміністрацією медичного закладу, коли основними причинами їх бувають:

- перевантаження роботою (велика кількість пацієнтів, недостатня кількість персоналу або неадекватні умови праці);
- фінансові питання (затримка зарплати, нерівномірний розподіл премій);
- розбіжності в підходах до управління (лікарі можуть не погоджуватися з політикою адміністрації щодо організації роботи або пріоритетів лікування).

5. Етичні та моральні конфлікти – це ситуації, коли лікар зіштовхується з етичними дилемами, наприклад: питання евтаназії, або рішення щодо продовження або припинення реанімаційних заходів, або конфлікт між бажанням пацієнта та медичними показаннями.

6. Внутрішньоособистісні конфлікти, як правило, пов'язані з професійним вигоранням, емоційним виснаженням або моральними дилемами; з відчуттям провини через неуспішність лікування; розривом між особистими цінностями та вимогами професії.

Л.Л. Балкіна досліджувала причини виникнення конфліктів у середовищі лікарів і виділила наступні [1, с. 89-90]:

1. Психологічні причини:

- невміння керувати емоціями (гнів, роздратування, страх);
- недостатній рівень емпатії чи толерантності;
- нереалістичні очікування пацієнтів або лікарів.

2. Комунікативні причини:

- неправильна або недостатня передача інформації пацієнту чи колегам;
- використання «авторитарного стилю» замість партнерського спілкування.

3. Організаційні причини:

- недоліки в організації роботи закладу (черги, нестача обладнання);
- відсутність чітких посадових обов'язків.

4. Культурні та соціальні причини:

- розбіжності в культурних цінностях, мовний бар'єр;
- економічні фактори: вартість лікування, доступність послуг.

Наслідки конфліктів можуть бути як негативними, так і позитивними. Негативні наслідки включають емоційний стрес, погіршення відносин, зниження продуктивності та виникнення почуття недовіри. У складних випадках вони можуть призводити до дестабілізації груп чи організацій. Водночас, конфлікти можуть мати конструктивний ефект, якщо їх вирішувати правильно: вони сприяють вирішенню проблем, покращенню комунікації, стимулюють розвиток нових ідей і зміцнюють взаємини через пошук компромісу.

Щодо наслідків конфліктів для лікаря, то А.Л. Бідучак зауважує наступне [4, с. 134]:

1. Для лікаря – це емоційне вигорання, або зниження продуктивності праці, або ризик професійних помилок через стрес.

2. Для пацієнта – це погіршення довіри до лікаря чи медичної системи або недотримання рекомендацій через непорозуміння або розчарування.

3. Для колективу – це зниження ефективності роботи команди або зростання напруження у робочому середовищі.

О.С. Шаніна шляхами вирішення конфліктів називає [57, с. 121]:

- комунікаційні стратегії. Це використання технік активного слухання; застосування партнерського стилю спілкування (повага до думки пацієнта чи колеги); чітке пояснення своїх дій, рішень і прогнозів;

- розвиток емоційної компетентності. Це навчання контролю емоцій у складних ситуаціях та робота над розвитком емпатії;

- конфліктологічні навички. Це використання переговорів для вирішення спірних питань та уникнення ескалації конфлікту через компроміс або пошук третьої сторони (медіатора);

- організаційні зміни. Це поліпшення умов праці, а також зменшення навантаження та створення чіткого розподілу обов'язків;

- юридичні аспекти. Це дотримання стандартів медичної етики та законодавства, а також залучення юридичних консультантів у складних конфліктних ситуаціях.

Отже, конфлікти у професійній діяльності лікаря є природним явищем, проте вміння їх розпізнавати, аналізувати та вирішувати є важливим компонентом професійної компетентності. Розвиток комунікативних навичок, емпатії та саморефлексії допомагає мінімізувати їх негативний вплив і зберігати якість медичних послуг на високому рівні.

Висновки до розділу 1

Комунікативна компетентність є ключовою навичкою, що визначає здатність ефективно взаємодіяти з іншими, і складається з когнітивної, емоційної, мотиваційної, поведінкової, соціальної та рефлексивної складових. Вона формується під впливом різних факторів, таких як рівень професійних знань, особистісні риси, емоційна стійкість, досвід і соціокультурне середовище.

У професійній діяльності лікаря комунікативна компетентність є особливо важливою, оскільки вона забезпечує якісне спілкування з пацієнтами, сприяє формуванню довіри та знижує ризик конфліктів.

Конфлікти, що виникають у роботі лікарів, можуть бути зумовлені як внутрішніми суперечностями між медичним персоналом, так і зовнішніми – з пацієнтами чи їхніми родичами. Для їх вирішення необхідні розвинуті

комунікативні навички, здатність до конструктивного діалогу та емпатія. Загалом, ефективне управління конфліктами не лише знижує напругу, але й може сприяти професійному зростанню лікаря та підвищенню якості медичної допомоги.

РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ТА МАТЕРІАЛИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ РОЗВИТКУ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ЛІКАРІВ

2.1. Програма емпіричного дослідження

Розпочинаючи емпіричне дослідження, ми виходили з того, що від рівня комунікативної компетентності лікарів багато в чому залежить успішність їх діяльності.

Завдання емпіричного дослідження полягають у наступному:

- 1) сформуванню вибірку для дослідження;
- 2) підібрати методологічний інструментарій для дослідження;

3) визначити рівень комунікативної компетентності лікарів за підібраним методологічним інструментарієм.

На основі вищевикладених завдань виведемо гіпотезу емпіричного дослідження. Вона полягає у наступному: комунікативна компетентність є важливою складовою професійної діяльності лікаря, однак у більшості нинішніх лікарів вона знаходиться на низькому рівні; в той же час підвищити її можлива через спеціально організовану програму підвищення рівня комунікативної компетентності лікарів.

Етапи проведення емпіричного дослідження:

1. Підготовчий – аналіз наукової літератури за тематикою комунікативної компетентності лікаря як чинника запобігання конфліктів в професійній діяльності; підбір опитувальників та методик для здійснення емпіричного дослідження; формування вибірки.

2. Констатувальний етап – первинне опитування вибірки за обраними опитувальниками та методиками, обробка та аналіз отриманих первинних даних.

3. Формувальний етап – розробка та апробація програми підвищення рівня комунікативної компетентності лікарів.

3. Завершальний – повторне опитування вибірки, обробка та аналіз отриманих повторно даних, їх інтерпретація, математичний аналіз результатів, формування висновків.

Для діагностичного дослідження нами було сформовано вибірку – це 36 лікарів обох статей (8 чоловіків та 28 жінок). Вибірка включала лікарів різних спеціальностей, територіально усі знаходяться у м. Києві та працюють у лікарнях та поліклініках столиці.

Характеристика вибірки за віком наведена на рис. 2.1-2.9.

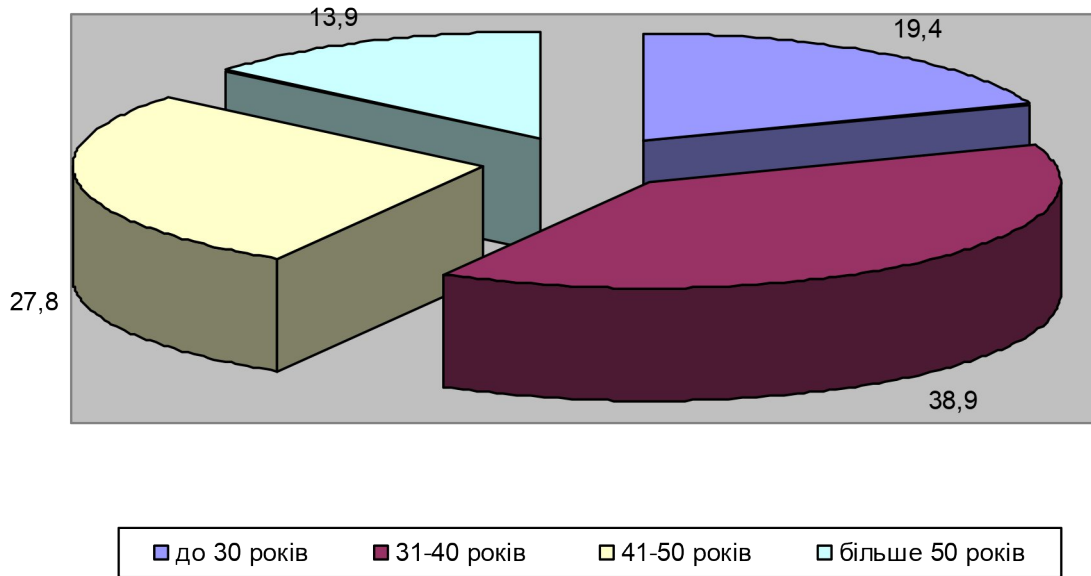


Рис. 2.1. Розподіл лікарів за віком, %

Так, з рисунку видно, що найбільше у вибірці переважає лікарів віком 31-40 років – 38,9%; лікарів віком до 30 років – 19,4%; лікарів віком 41-50 років – 27,8%; і найменше лікарів віком більше 50 років – 13,9%.

Усі опитані нами лікарі мають вищу медичну освіту.

Також ми отримали дані (рис. 2.2), за якими стає зрозуміло, що найбільше у вибірці переважає лікарів зі стажем роботи 5-10 років – 36,1%; лікарів зі стажем роботи 5-10 років – 27,8%; лікарів зі стажем роботи більше 20 років – 13,9%; і найменше лікарів зі стажем роботи 1-5 років та 15-20 років – по 11,1%.

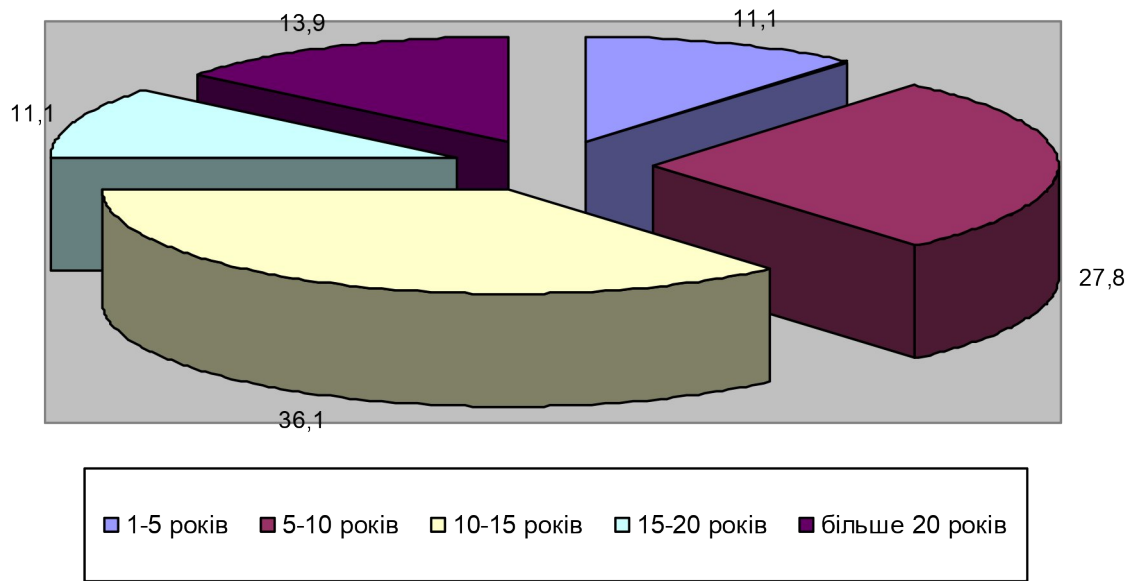


Рис. 2.2. Розподіл лікарів за стажем роботи, %

На рис. 2.3. представлені дані про рівень задоволеності лікарів умовами праці. Так, із числа лікарів, що прийняли участь у дослідженні, до повністю задоволених умовами праці віднесено 19,4%; до скоріше задоволених – 41,7%; до скоріше незадоволених умовами праці – 25%. До повністю незадоволених умовами праці віднесено 5,6% лікарів, а 8,3% респондентів не змогли дати конкретної відповіді на це запитання.

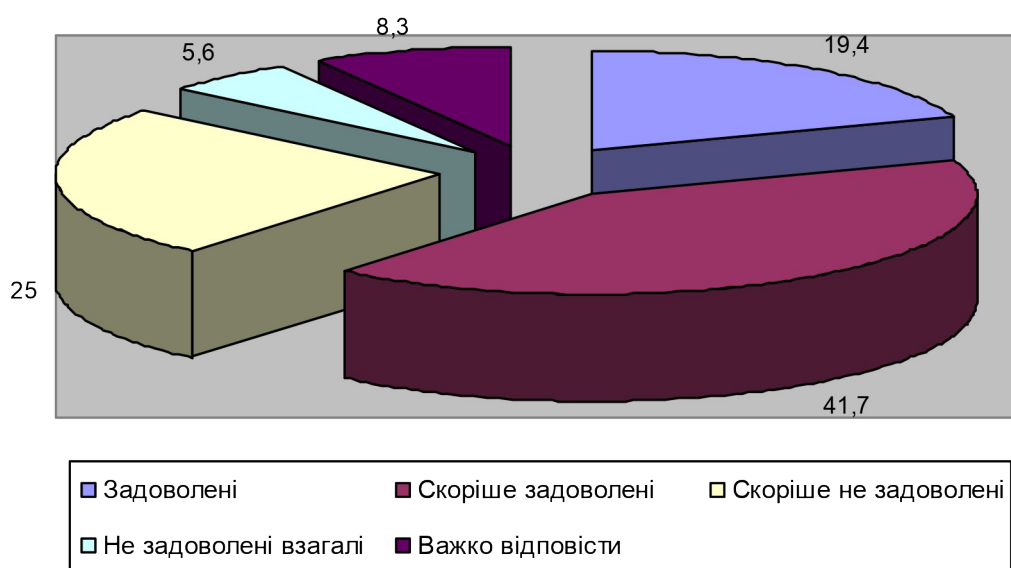


Рис. 2.3. Розподіл лікарів за рівнем їх задоволеності умовами праці, %

Про ступінь задоволеності розміром зарплатні відповіді опитуваних лікарів розподілилися наступним чином: до задоволених розміром своєї зарплатні віднесено лише 11,1% лікарів; до скоріше задоволених – 33,3% лікарів; до осіб, яким важко було відповісти – 16,7%; до тих лікарів, хто скоріше незадоволений – 30,6%; до повністю незадоволених розміром заробітної плати віднесено 8,3% лікарів.

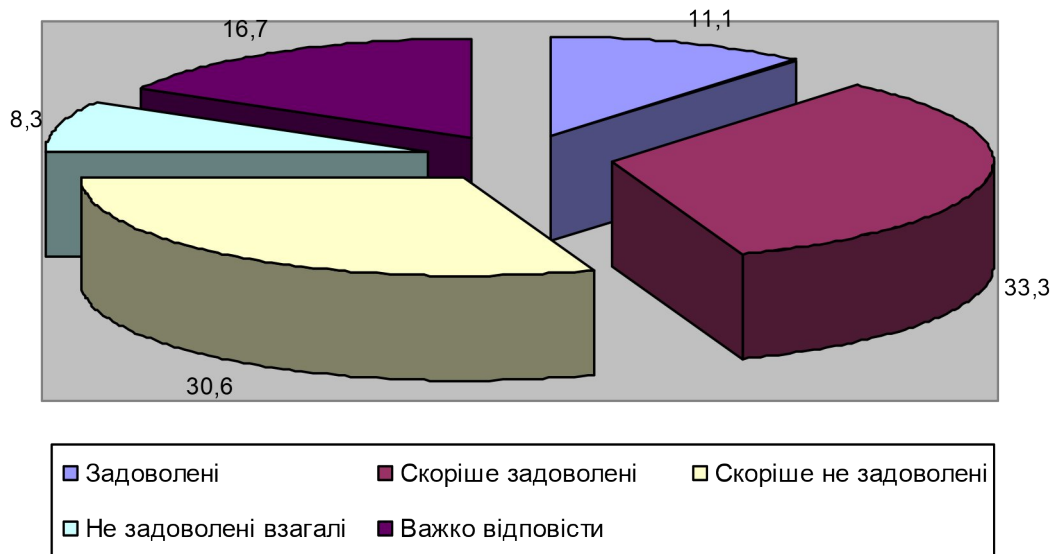


Рис. 2.4. Розподіл лікарів за рівнем їх задоволеності розміром зарплати, %

Якщо розглядати можливість підвищення кваліфікації, то у опитуванні було з'ясовано (рис. 2.5.), що таку можливість мають лише 16,7% лікарів, і власне вони є задоволеними власною кваліфікацією; до скоріше задоволених ми віднесли 44,4% опитаних лікарів. До тих, хто був скоріше незадоволений можливістю підвищити кваліфікацію віднесено 13,9% опитаних лікарів, до повністю незадоволених – 8,3% респондентів. Важко відповісти було 16,7% опитаних лікарів.

Престижною професією лікаря вважають 33,3% респондентів; до скоріше престижної її віднесли 27,8% опитаних лікарів; до непрестижної – 13,9% лікарів. Важко було відповісти на запитання було 16,7% лікарів. Щодо того,

що їх професія абсолютно не престижна, – з цим погодилися 8,3% лікарів – рис. 2.6.

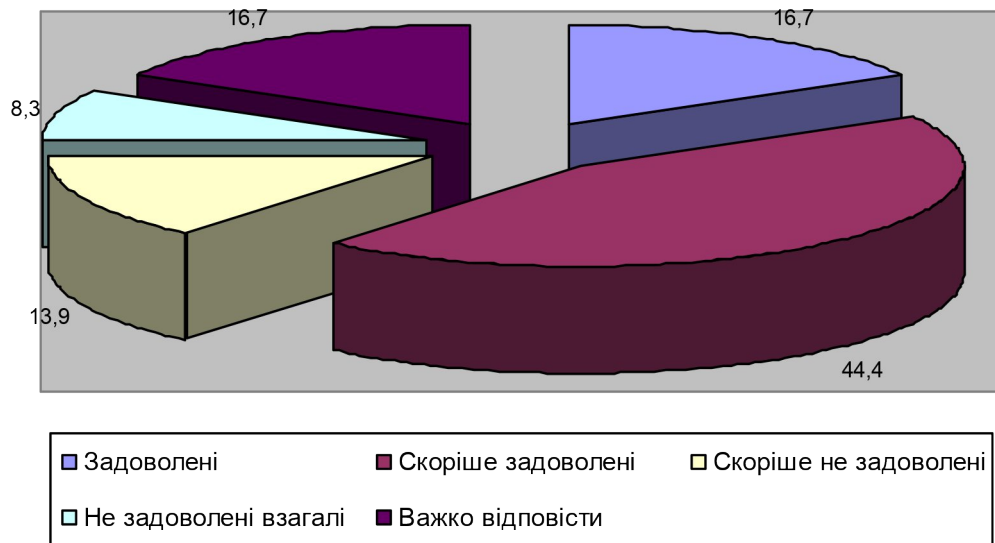


Рис. 2.5. Розподіл лікарів за ступенем їх задоволеності можливістю підвищення кваліфікації, %

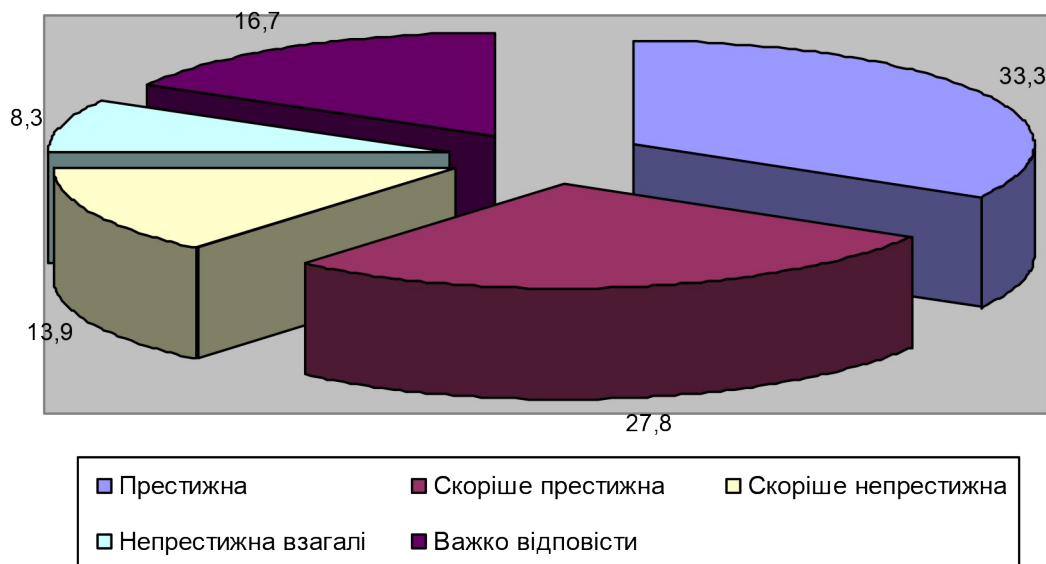


Рис. 2.6. Розподіл лікарів за думкою щодо престижності їх професії, %

Задоволеними відносинами в колективі визнало 13,9% лікарів, скоріше задоволеними – 36,1%. До скоріше незадоволених відносинами у колективі віднесено 13,9% лікарів; до тих, хто повністю не задоволений відносинами в

колективі, віднесено 16,7% опитаних лікарів. Тих, кому важко відповісти, виявилось 19,4% лікарів – рис. 2.7.

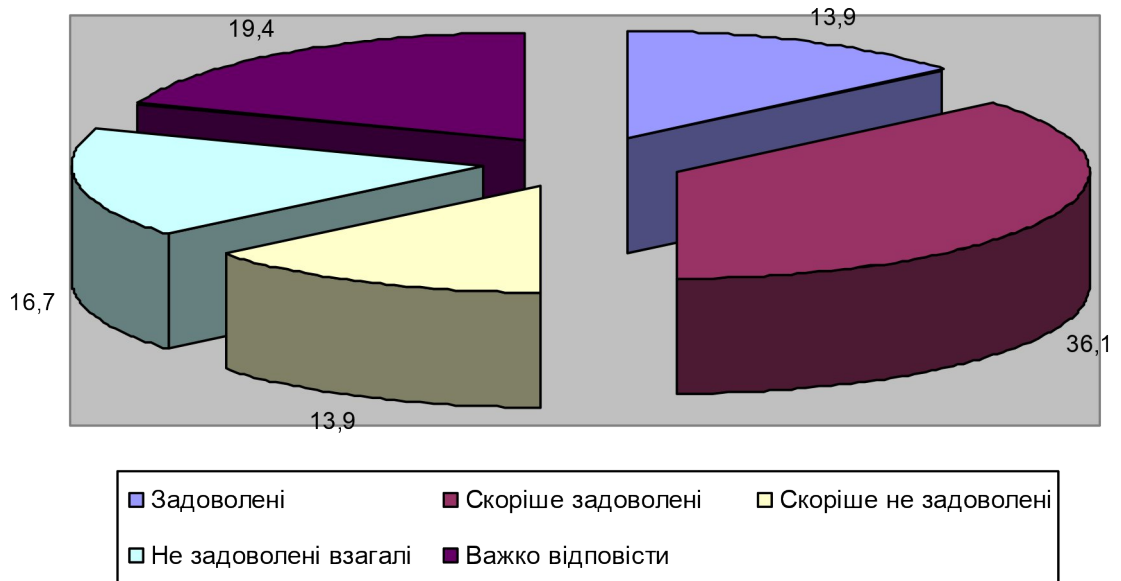


Рис. 2.7. Розподіл лікарів за ступенем їх задоволеності відносинами у колективі, %

Результати опитування щодо ступеня задоволеності лікарів відносинами з безпосереднім керівником наведено на рис. 2.8.

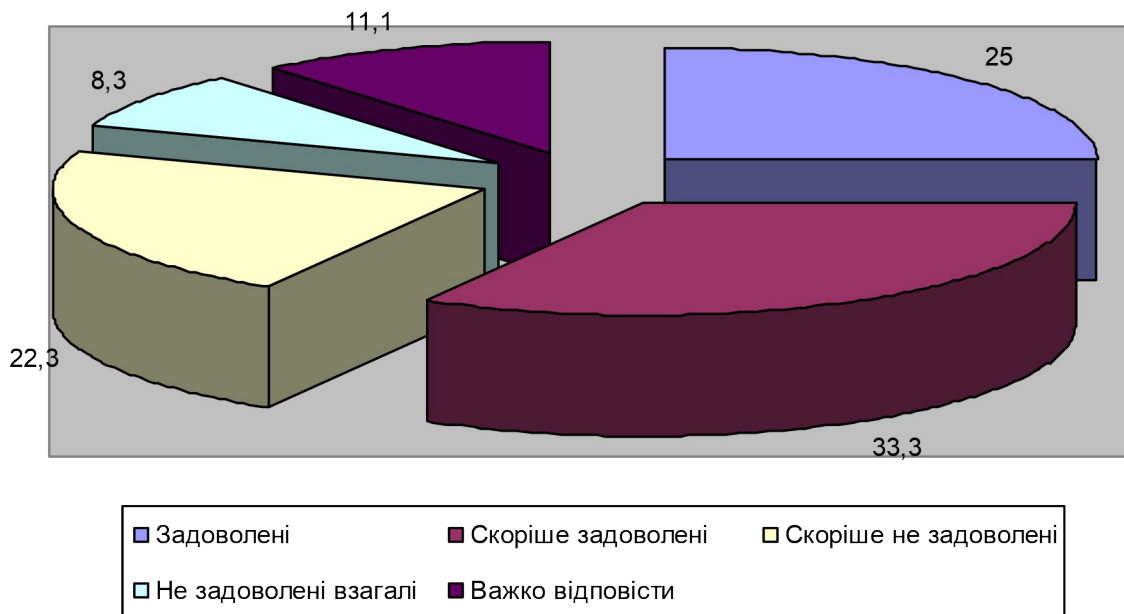


Рис. 2.8. Розподіл лікарів за ступенем їх задоволеності відносинами із безпосереднім керівником, %

Так, було отримано такі результати: повністю задоволеними цими відносинами було 25% опитаних лікарів; до скоріше задоволених віднесено 33,3% лікарів; до тих, хто утруднився відповісти, віднесено 11,1% опитаних лікарів; до тих, хто був скоріше незадоволений, віднесено 22,3% лікарів; до повністю не задоволених відносинами з безпосереднім керівником віднесено 8,3% лікарів.

Таким чином, обрана нами для дослідження вибірка досить різноманітна і тому буде цікаво отримати результати щодо рівня її комунікативної компетентності. У ході проведення дослідження вибірку буде розділено на дві групи: експериментальну і контрольну.

2.2. Методологія емпіричного дослідження

Наразі інструментарій дослідження комунікативної компетентності є досить широким. Щодо обраної нами методології дослідження, то з метою вивчення рівня комунікативної компетентності лікарів, нами було використано наступні методи:

1. Аналіз наукової та методичної літератури, їх узагальнення. Цей аналіз літератури включав теоретичні пошуки за проблемою розвитку комунікативної компетентності особистості загалом та лікарів зокрема.

2. Бесіда. Це метод, за допомогою якого отримують інформацію на основі відповідей співбесідника на питання, які ставить дослідник. З усіма лікарями була проведена бесіда щодо конфіденційності їх особистих даних та отриманих нами результатів у ході опитування.

3. Тестування. Тестування є одним із двох основних типів опитувальних методів, який широко застосовується для збору даних про об'єктивні або суб'єктивні факти. Його ключова особливість полягає в тому, що взаємодія між дослідником і респондентом здійснюється опосередковано. Цей метод діагностики базується на використанні стандартизованих запитань, які мають чітко визначену шкалу оцінювання.

Для здійснення тестування лікарів ми обрали наступні методики:

- Методика «Діагностика рівня впевненості в собі у ситуації міжособистісного спілкування» (за авторства В. Тимчук). Методика спрямована на виявлення рівня впевненості лікарів у різних ситуаціях спілкування, ефективності в спілкуванні. Основні аспекти, що досліджуються:

- а) самооцінка поведінки в різних комунікативних ситуаціях;
- б) здатність захищати свої думки та інтереси без агресії або пасивності;
- в) комфортність у спілкуванні з різними соціальними групами (колеги, незнайомці, керівники тощо);
- г) рівень страху перед оцінюванням з боку інших людей.
- д) здатність висловлювати емоції та думки відкрито.

На основі отриманих балів визначається рівень впевненості респондента. Ця методика допомагає виявити зони для розвитку асертивності та підвищення впевненості у спілкуванні.

Повний опис тесту наведено додатку А.

- Методика «Діагностика емпатійних здібностей» (у адаптації М.С. Міщенко) – призначена для визначення рівня розвитку емпатії – здатності розуміти, відчувати і співпереживати емоціям інших людей. Методика дозволяє з'ясувати переважаючий канал емпатії у людини (раціональний; емоційний; інтуїтивний; установки, що сприяють емпатії; проникаючу здатність в емпатії та ідентифікацію в емпатії).

Основні аспекти дослідження за цією методикою:

- оцінка емоційної чутливості: наскільки людина сприйнятлива до почуттів і станів інших;
- здатність до емоційного відгуку: як людина реагує на переживання співрозмовника (підтримує, співчуває);
- рівень розуміння емоцій інших: здатність ідентифікувати емоції та правильно їх інтерпретувати;

- інтерес до інших людей: чи є в людини природна цікавість до чужих переживань.

Методика складається з питань або тверджень, на які досліджуваний дає відповідь, виражаючи свою згоду чи незгоду. На основі відповідей визначається рівень емпатійних здібностей.

Повний опис тесту наведено додатку Б.

- *«Тест комунікативної толерантності»* (за авторства В.В. Бойка) – призначений для оцінки рівня толерантності людини у спілкуванні. Він допомагає визначити, наскільки людина терпима до інших у взаємодії, зокрема: ставлення до помилок інших людей: чи викликають вони роздратування або агресію; прийняття відмінностей у поглядах та поведінці співрозмовника; здатність уникати конфліктів через некоректну поведінку або слова партнера по спілкуванню; рівень емпатії: наскільки людина здатна розуміти й приймати емоції інших; схильність до некритичного оцінювання інших людей.

Тест дозволяє виявити можливі бар'єри в спілкуванні, такі як дратівливість, упередженість або агресивність, і спрямований на визначення сильних і слабких сторін у поведінці під час комунікації.

Повний опис тесту наведено додатку В.

- *Методика «Діагностика емоційних бар'єрів у міжособистісному спілкуванні»* (за авторства В.В. Бойка) – призначена для виявлення емоційних труднощів, які заважають ефективній комунікації. Основні аспекти, що досліджуються:

- а) наявність емоційного напруження у спілкуванні;
- б) рівень ворожості або агресії у взаємодії;
- в) ступінь емпатійності та розуміння співрозмовника;
- г) бар'єри прийняття критики або інших точок зору;
- д) вплив емоцій (страху, роздратування, сором'язливості) на комунікативну поведінку.

Методика дозволяє визначити причини емоційних бар'єрів та

спланувати їх подолання, що особливо важливо для професійного спілкування.

Повний опис тесту наведено додатку Г.

- *Методика «Особливості реагування в конфліктній ситуації»* (автор – К. Томас) – призначена для визначення переважаючого способу поведінки людини в конфліктних ситуаціях.

Так, автор методики, досліджуючи конфлікти, виділив наступні способи поведінки людини в конфліктних ситуаціях:

а) змагання (конкуренція) як прагнення досягти своїх інтересів на шкоду іншому;

б) пристосування – на противагу суперництву, принесення в жертву власних інтересів заради іншого;

в) компроміс;

г) уникнення – відсутність як прагнення до кооперації, так і тенденції до досягнення власних цілей;

д) співпраця, коли учасники ситуації приходять до альтернативи, що повністю задовольняє інтереси обох сторін.

Так, при уникненні конфлікту жодна зі сторін не досягає успіху. При таких формах поведінки, як конкуренція, пристосування і компроміс, або один з учасників виявляється у виграші, а інший програє, або вони обидва програють, оскільки йдуть на компромісні поступки. І тільки в ситуації співпраці обидві сторони виявляються у виграші.

У своєму опитувальнику К.Томас описує кожен з п'яти наведених можливих варіантів 12 судженнями про поведінку індивіда в конфліктній ситуації. У різних поєднаннях вони згруповані в 30 пар.

Повний опис тесту наведено додатку Д.

4. *Методи математичного обрахунку результатів дослідження.*
Результати, отримані у ході дослідження, піддавалися кількісному обрахунку.

Все це дає підстави стверджувати, що за наявності відповідного діагностичного інструментарію можна не лише визначити рівень

комунікативної компетентності лікарів, а й розробити рекомендації щодо її підвищення.

Висновки до розділу 2

У практичній частині кваліфікаційної роботи нами організовано дослідження рівня комунікативної компетентності лікарів.

Емпіричне дослідження включає наступні етапи: підготовчий; констатувальний; формувальний та завершальний.

Вибірка для дослідження включала 36 лікарів обох статей (8 чоловіків та 28 жінок). Це лікарі різних спеціальностей, територіально усі знаходяться у м. Києві та працюють у лікарнях та поліклініках столиці.

Методологія емпіричного дослідження включала методику «Діагностика рівня впевненості в собі у ситуації міжособистісного спілкування» (за авторства В. Тимчук); методику «Діагностика емпатійних здібностей» (у адаптації М.С. Міщенко); «Тест комунікативної толерантності» (за авторства В.В. Бойка); методику «Діагностика емоційних бар'єрів у міжособистісному спілкуванні» (за авторства В.В. Бойка) та методику «Особливості реагування в конфліктній ситуації» (автор – К. Томас).

РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ РОЗВИТКУ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ЛІКАРІВ

3.1. Результати констатувального етапу дослідження

Первинне опитування нами було проведено у вересні 2024 року. Збір даних проводився у офлайн-форматі.

Першою тестовою методикою, обраною нами для дослідження, стала методика «Діагностика рівня впевненості в собі у ситуації міжособистісного спілкування» (за авторства В. Тимчук). Результати опитування за нею представлені у таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Результати опитування лікарів за методикою «Діагностика рівня впевненості в собі у ситуації міжособистісного спілкування»

Рівень розвитку впевненості	Контрольна група		Експериментальна група	
	Всього опитаних	%	Всього опитаних	%
Найвищий	2	5,6	1	2,8
Рівень вищий за середній	7	19,4	7	19,4
Середній, нормативний рівень	10	27,8	11	30,6
Рівень нижче середнього	11	30,6	12	33,3
Найнижчий рівень	6	16,7	5	13,9

Наочно результати за методикою «Діагностика рівня впевненості в собі у ситуації міжособистісного спілкування» представлено на рис. 3.1.

Так, з таблиці видно, що і в контрольній групі, і в експериментальній групі лікарів спостерігається низький показник найвищого рівня впевненості в собі у ситуації міжособистісного спілкування (5,6% та 2,8% відповідно). Обидві групи мають однаковий відсоток учасників із рівнем, вищим за середній (19,4%), що може свідчити про схожі тенденції у цьому діапазоні. Середній, нормативний рівень виявлено у 30,6% лікарів експериментальної групи та у 27,8% лікарів контрольної групи.

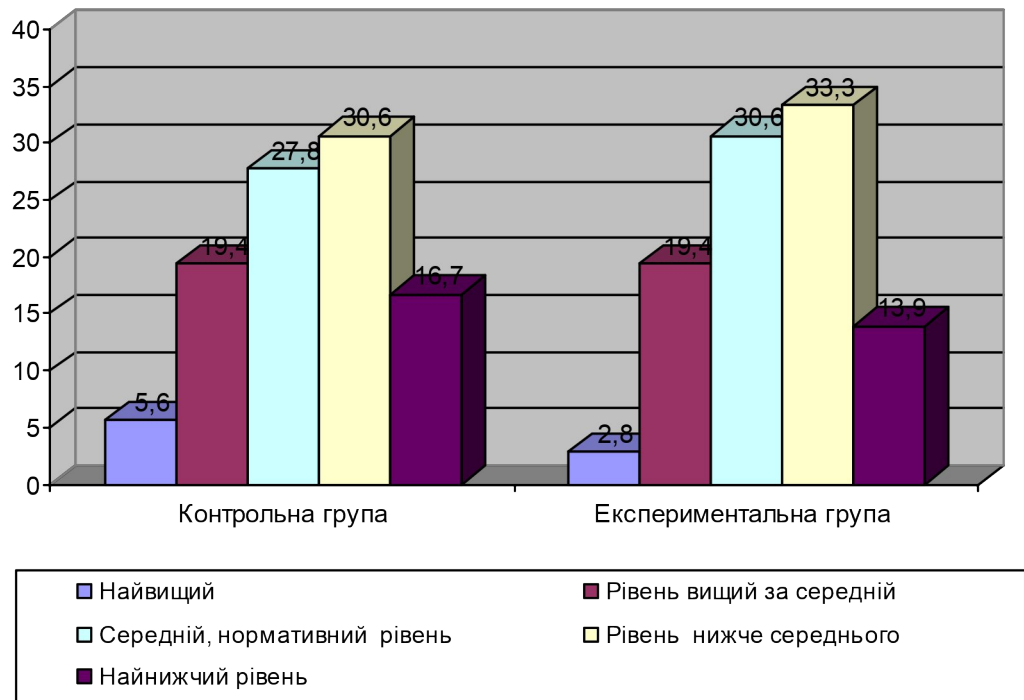


Рис. 3.1. Результати опитування лікарів контрольної та експериментальної груп за методикою «Діагностика рівня впевненості в собі у ситуації міжособистісного спілкування», %

Рівень нижче середнього мають 33,3% лікарів експериментальної групи та і 30,6% лікарів контрольної групи. Це може вказувати на підвищену частоту труднощів, пов'язаних із упевненістю у спілкуванні у лікарів цих груп. Частка учасників із найнижчим рівнем склала 16,7% у контрольній групі та 13,9% у експериментальній групі. Результати свідчать про наявність значної частки лікарів у обох групах із недостатньо розвиненою впевненістю в собі під час міжособистісного спілкування.

Другою тестовою методикою дослідження стала методика «Діагностика емпатійних здібностей» (у адаптації М.С. Міщенко). Результати опитування за методикою представлені у таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Результати опитування лікарів за методикою «Діагностика емпатійних здібностей» (загальний рівень)

Рівень	Контрольна група		Експериментальна група	
	Всього опитаних	%	Всього опитаних	%
Дуже низький	5	13,9	4	11,1
Знижений	11	30,6	10	27,8
Середній	16	44,4	17	47,2
Високий рівень	4	11,1	5	13,9

Наочно результати за методикою «Діагностика емпатійних здібностей» представлено на рис. 3.2.

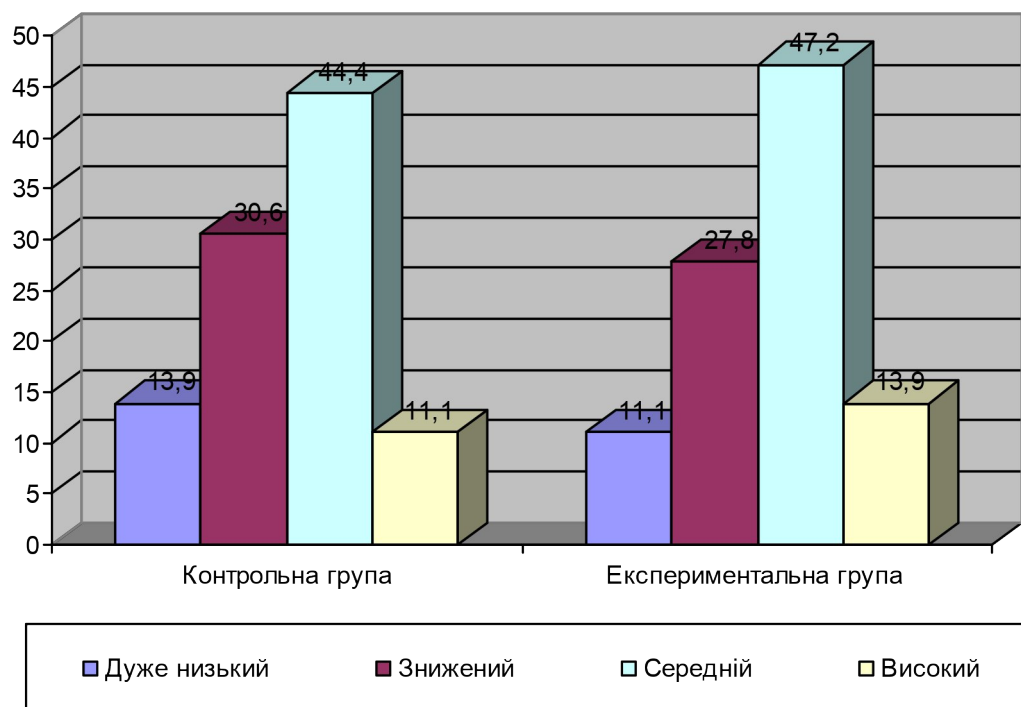


Рис. 3.2. Результати опитування лікарів контрольної та експериментальної груп за методикою «Діагностика емпатійних здібностей», %

Таким чином, з рис. 3.2 стає зрозуміло, що в опитаних нами лікарів переважає середній рівень емпатії – 44,4% у контрольній групі та 47,2% у експериментальній групі. При цьому у 11,1% лікарів контрольної групи та 13,9% лікарів експериментальної групи показали високий рівень емпатії. На

жаль, у 30,6% лікарів контрольної групи та 27,9% лікарів експериментальної групи констатовано занижений рівень емпатії. Також низький рівень емпатії присутній у 13,9% лікарів контрольної групи та 11,1% лікарів експериментальної групи.

Аналізуючи показники за шкалами, ми визначили наступне – таблиця 3.3.

Таблиця 3.3

Результати опитування лікарів за методикою «Діагностика емпатійних здібностей» (за шкалами)

Шкали	Контрольна група		Експериментальна група	
	Всього опитаних	%	Всього опитаних	%
Раціональний канал емпатії	4	11,1	5	13,9
Емоційний канал емпатії	13	36,2	10	27,8
Інтуїтивний канал емпатії	3	8,3	2	5,6
Установка на емпатію	3	8,3	4	11,1
Проникаюча здатність в емпатії	7	19,4	8	22,2
Ідентифікація в емпатії	6	16,7	7	19,4

Виходячи з даних таблиці 2.2., ми встановили, що у 36,2% лікарів контрольної групи та 27,8% лікарів експериментальної групи переважає емоційний канал емпатії, тобто, ці лікарі мають здатність налаштовуватися на одну емоційну «хвилю» з оточуючими людьми – співпереживати, бути спільником.

У 19,4% лікарів контрольної групи та 22,2% лікарів експериментальної групи переважає проникаюча здатність до емпатії – важлива комунікативна властивість людини, що дозволяє створювати атмосферу відкритості, довірливості, задушевності.

У 16,7% лікарів контрольної групи та 19,4% лікарів експериментальної групи переважає ідентифікація в емпатії, тобто, уміння зрозуміти іншого а основі співпереживань, постановки себе на місце партнера.

На жаль, у 11,1% лікарів контрольної групи та 13,9% лікарів експериментальної групи переважає раціональний канал емпатії, що

характеризує спрямованість уваги, сприйняття й мислення на сутність будь-якої іншої людини – на її стан, проблеми, поведінку. Цей вид емпатії є поверхневим.

У 8,3% лікарів контрольної групи та 5,6% лікарів експериментальної групи переважає інтуїтивний канал емпатії. Тобто, у них на рівні інтуїції формуються різні відомості про партнерів.

У 8,3% лікарів контрольної групи та 11,1% лікарів експериментальної групи переважають установки, що сприяють або перешкоджають емпатії. Так, ефективність емпатії знижується, якщо людина намагається уникати особистих контактів, вважає недоречним проявляти цікавість до іншої особистості, переконує себе спокійно ставитися до переживань і проблем оточуючих людей. Це різко обмежує діапазон емоційної чуйності й емпатійного сприйняття.

Підводячи підсумки дослідження за методикою «Діагностика емпатійних здібностей» (у адаптації М.С. Міщенко), варто сказати, що більшість лікарів мають середній рівень емпатії, у той же час є лікарі, що мають низький і дуже низький рівень емпатії. Це не припустимо при роботі з людьми в медичній системі і має коригуватися.

Третьою тестовою методикою дослідження став «Тест комунікативної толерантності» (за авторства В.В. Бойка). Результати опитування за тестом представлені у таблиці 3.4.

Таблиця 3.4

Результати опитування лікарів за «Тестом комунікативної толерантності»

Рівень	Контрольна група		Експериментальна група	
	Всього опитаних	%	Всього опитаних	%
Дуже низький	0	0	0	0
Низький	18	50,0	17	44,4
Середній	16	44,4	17	44,4
Високий	2	5,6	2	5,6

Наочно результати за «Тестом комунікативної толерантності» представлено на рис. 3.3.

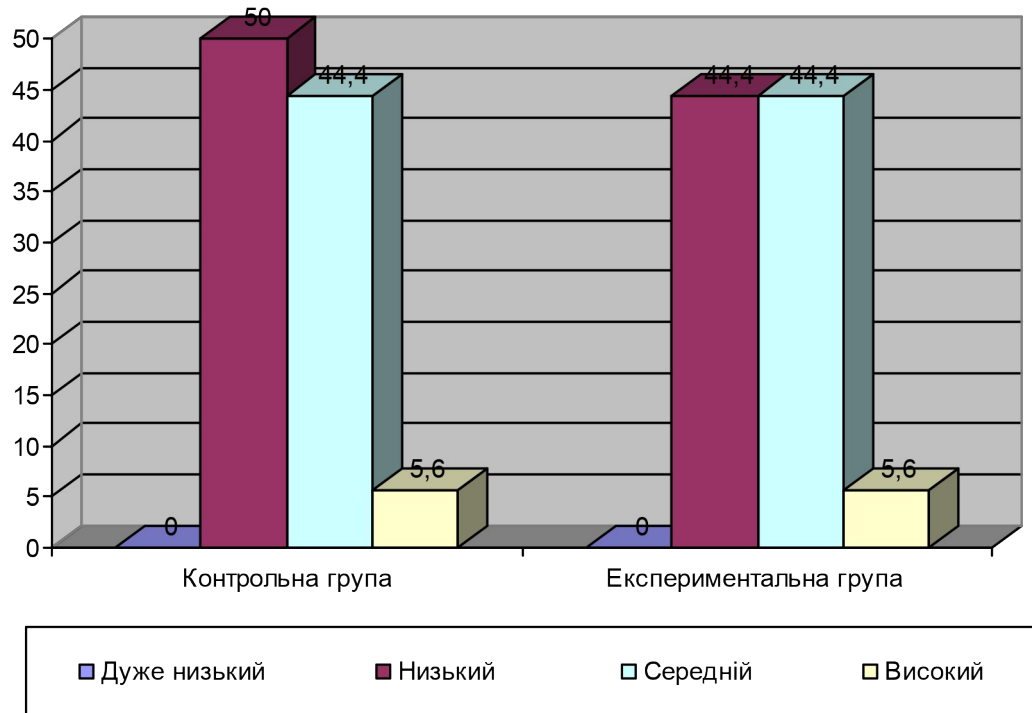


Рис. 3.3. Результати опитування лікарів контрольної та експериментальної груп за «Тестом комунікативної толерантності», %

Отже, з рис. 3.3 видно, що в опитаних нами лікарів контрольної групи переважає низький рівень емпатії – 50,0%, в той час як у лікарів контрольної групи цей показник – 44,4%. Показник середнього рівня комунікативної толерантності становить 44,4% в обох групах. Щодо показника високого рівня комунікативної толерантності, то він також однаковий в обох групах – по 5,6%. Загалом результати показують, що в обох групах спостерігається переважання середнього та низького рівнів емпатії та комунікативної толерантності.

Четвертою тестовою методикою дослідження стала методика «Діагностика емоційних бар'єрів у міжособистісному спілкуванні» (за авторства В.В. Бойка). Результати опитування за цією методикою представлені у таблиці 3.5.

Таблиця 3.5

Результати опитування лікарів за методикою «Діагностика емоційних бар'єрів у міжособистісному спілкуванні»

Рівень	Контрольна група		Експериментальна група	
	Всього опитаних	%	Всього опитаних	%
Дуже низький	2	5,6	3	8,3
Низький	14	38,9	13	36,1
Середній	16	44,4	15	41,7
Високий	4	11,1	5	13,9

Наочно результати за методикою «Діагностика емоційних бар'єрів у міжособистісному спілкуванні» представлено на рис. 3.4.

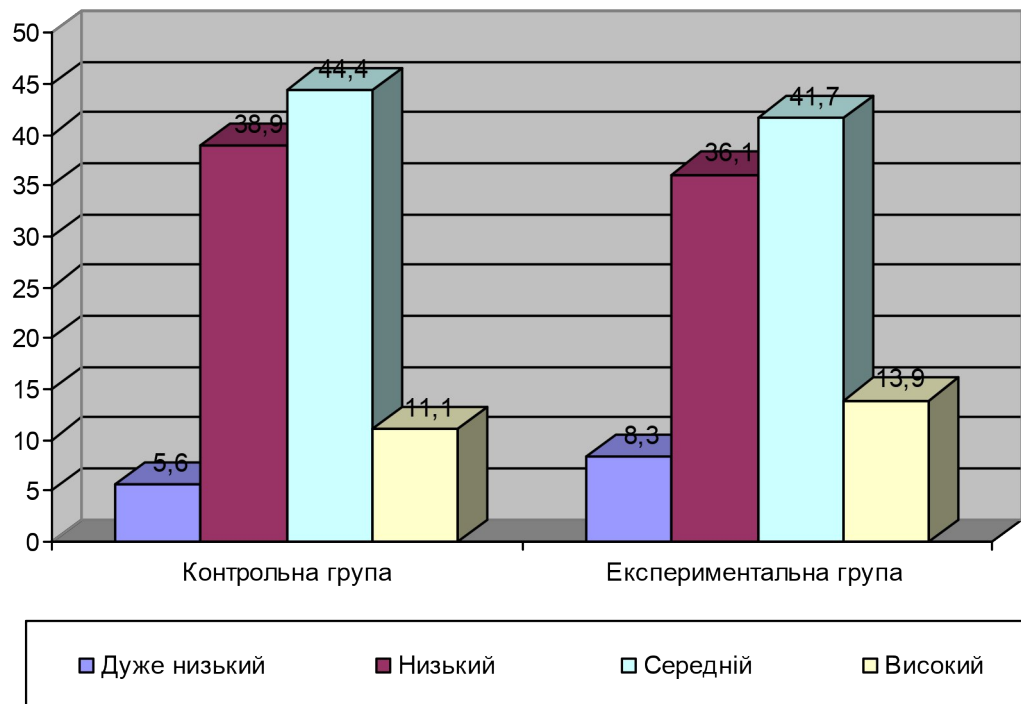


Рис. 3.4. Результати опитування лікарів контрольної та експериментальної груп за методикою «Діагностика емоційних бар'єрів у міжособистісному спілкуванні», %

Таким чином, з рис. 3.4 видно, що в опитаних нами лікарів обох груп переважає середній рівень емоційної ефективності у спілкуванні – 44,4% у контрольній групі та 41,7% – у експериментальній. Показник низького рівня емоційної ефективності у спілкуванні становить 38,9% у контрольній групі та

36,1% – у експериментальній. Показник дуже низького рівня мають 5,6% лікарів контрольної групи та 8,3% експериментальної групи. Щодо показника високого рівня емоційної ефективності у спілкуванні, то він склав 11,1% у лікарів контрольної групи та 13,9% у експериментальної групи. Загалом результати показують, що в обох групах спостерігається переважання середнього та низького рівнів емоційної ефективності у спілкуванні.

Останнім етапом дослідження стало опитування лікарів за методикою «Особливості реагування в конфліктній ситуації» (автор – К. Томас). Результати за тестом наведені у таблиці 3.6.

Таблиця 3.6

Результати опитування лікарів за методикою «Особливості реагування в конфліктній ситуації»

Спосіб реагування	Контрольна група		Експериментальна група	
	Всього опитаних	%	Всього опитаних	%
Суперництво	6	16,7	7	19,4
Співпраця	4	11,1	5	13,9
Компроміс	7	19,4	6	16,7
Уникнення	14	38,9	14	38,9
Пристосування	5	13,9	4	11,1

Виходячи з даних таблиці 3,6, ми встановили, що у 38,9% лікарів обох груп переважає такий спосіб реагування на конфлікт, як уникнення. У 19,4% лікарів контрольної групи та 16,7% лікарів експериментальної групи переважає проникаюча такий спосіб реагування на конфлікт, як компроміс. У 16,7% лікарів контрольної групи та 19,4% лікарів експериментальної групи переважає такий спосіб реагування на конфлікт, як суперництво. У 11,1% лікарів контрольної групи та 13,9% лікарів експериментальної групи переважає такий спосіб реагування на конфлікт, як співпраця. У 13,9% лікарів контрольної групи та 11,1% лікарів експериментальної групи переважає такий спосіб реагування на конфлікт, як пристосування.

3.2. Значення отриманих результатів для подальшої корекції низького рівня комунікативної компетентності лікарів

Згідно з отриманими результатами дослідження, у лікарів, що взяли у ньому участь, спостерігається недостатній рівень комунікативної компетентності, що часто не дозволяє їм запобігати конфліктів в професійній діяльності.

1. Аналіз отриманих даних про рівень впевненості в собі у ситуаціях міжособистісного спілкування серед лікарів контрольної та експериментальної груп свідчить про наявність певних проблем у цій сфері. Показник найвищого рівня впевненості є низьким в обох групах і це демонструє, що лише незначна частка лікарів відчуває себе максимально впевнено у міжособистісному спілкуванні, що може обмежувати їх ефективність у складних комунікативних ситуаціях.

Частка лікарів із рівнем впевненості, нижчим за середній, є найбільшою серед усіх категорій. Ці дані свідчать про високий рівень труднощів, пов'язаних із упевненістю в собі у міжособистісному спілкуванні, у більшості лікарів обох груп.

Результати дослідження виявляють загальну тенденцію до недостатньої розвиненості впевненості в собі у ситуаціях міжособистісного спілкування серед лікарів обох груп. Найбільша частка учасників демонструє рівень впевненості нижчий за середній або середній, що свідчить про їхню вразливість у комунікації. Зокрема, у контрольній групі спостерігається дещо більша кількість лікарів із найвищим та найнижчим рівнем впевненості, тоді як в експериментальній групі відзначено незначне покращення середнього рівня та зменшення частки найнижчого рівня.

2. Аналіз рівня емпатії серед лікарів контрольної та експериментальної груп показує, що у обох групах домінує середній рівень емпатії. Це свідчить про те, що більшість учасників мають достатній базовий рівень здатності розуміти та враховувати емоції інших людей, однак ця здатність потребує

подальшого розвитку для забезпечення більш ефективної професійної комунікації. У третини лікарів з обох груп виявлено занижений рівень емпатії, тому ці лікарі можуть мати труднощі з розумінням емоційного стану інших людей, що може обмежувати їхню здатність будувати ефективну взаємодію, особливо у складних комунікативних ситуаціях. Також є лікарі в обох групах, у яких виявлено низький рівень емпатії. Це свідчить про критично низьку емоційну чутливість у них, що може негативно впливати на якість їхньої професійної діяльності.

Отримані результати свідчать, що рівень емпатії у більшості лікарів знаходиться на середньому рівні, однак значна частка учасників демонструє занижений або низький рівень цієї якості. Лише незначний відсоток лікарів має високий рівень емпатії, що є недостатнім для забезпечення ефективної та емоційно комфортної взаємодії з пацієнтами.

3. Аналіз даних щодо рівня комунікативної толерантності серед лікарів, то у обох групах є високими показники низького її рівня. Ця тенденція вказує на загальну проблему з емоційною чутливістю, яка є важливою складовою ефективною комунікації в медичній сфері.

4. Аналіз рівня емоційної ефективності у спілкуванні серед лікарів контрольної та експериментальної груп виявив, що найбільша частка лікарів у обох групах має середній рівень емоційної ефективності у спілкуванні; це свідчить про те, що значна частина лікарів демонструє базову здатність контролювати свої емоції та враховувати емоційний стан співрозмовника, що дозволяє підтримувати відносно ефективне професійне спілкування. Водночас цей рівень вказує на потребу в подальшому розвитку для досягнення високих стандартів емоційної компетентності. На жаль, значна частка лікарів демонструє низький рівень емоційної ефективності, і це може вказувати на труднощі у регуляції власних емоцій, що ускладнює спілкування та підвищує ризик виникнення конфліктів або непорозумінь у професійній діяльності. Ці результати підкреслюють необхідність цілеспрямованої роботи над розвитком

емоційної компетентності у лікарів, що є важливою умовою для забезпечення ефективного спілкування в професійній діяльності.

5. Аналіз даних щодо способів реагування на конфлікти серед лікарів виявив, що у більшості лікарів обох груп переважає стратегія уникнення, що свідчить про прагнення уникати конфліктів замість активного вирішення проблем. Такий спосіб поведінки може вказувати на недостатньо розвинені навички управління конфліктами, а також на намагання уникнути емоційного напруження, яке супроводжує складні комунікативні ситуації. Водночас така стратегія не сприяє розв'язанню конфліктних ситуацій і може погіршувати загальну комунікацію в медичній сфері.

На жаль, співпраця, яка є найбільш ефективною стратегією, спостерігається лише у невеликої частки опитаних. Це вказує на необхідність цілеспрямованої роботи над розвитком навичок управління конфліктами.

Ці дані підкреслюють необхідність розробки та впровадження спеціальних навчальних програм, спрямованих на розвиток впевненості в собі серед лікарів. Такі програми можуть включати тренінги з ораторського мистецтва, психологічну підтримку та розвиток навичок конструктивного спілкування, що сприятиме підвищенню ефективності їхньої професійної діяльності.

Висновки до розділу 3

Результати дослідження, проведеного на констатувальному етапі, дозволили з'ясувати наступне:

- методика «Діагностика рівня впевненості в собі у ситуації міжособистісного спілкування» показала, що багато лікарів не відчують себе впевнено у міжособистісному спілкуванні, а це обмежує їх ефективність у складних комунікативних ситуаціях;

- методика «Діагностика емпатійних здібностей» виявила, що серед лікарів обох груп домінує середній рівень емпатії;
- «Тест комунікативної толерантності» дозволив з'ясувати, що у обох групах є високими показники низького рівня комунікативної толерантності;
- методика «Діагностика емоційних бар'єрів у міжособистісному спілкуванні» виявила, що найбільша частка лікарів у обох групах має середній рівень емоційної ефективності у спілкуванні, але досить високим є показник низького рівня;
- методика «Особливості реагування в конфліктній ситуації» показала, що у більшості лікарів обох груп переважає стратегія уникнення, а має бути співпраця.

Загалом нами констатовано середні та низькі показники за рівнем комунікативної компетентності лікарів обох груп; тому вважаємо за необхідне розробити та здійснити апробацію програми підвищення рівня комунікативної компетентності лікарів.

РОЗДІЛ 4. РЕЗУЛЬТАТИ ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОГРАМИ ПІДВИЩЕННЯ РІВНЯ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ЛІКАРІВ

4.1. Програма підвищення рівня комунікативної компетентності лікарів

Актуальність програми підвищення рівня комунікативної компетентності лікарів полягає у тому, що ця компетентність є важливою складовою професійної діяльності лікаря, оскільки вона безпосередньо впливає на якість медичної допомоги, взаємодію з пацієнтами та їхніми родичами, а також на ефективність роботи медичної команди. У сучасному медичному середовищі лікарі часто зіштовхуються з психологічними, емоційними та комунікативними викликами, які можуть негативно впливати на результат лікування та взаєморозуміння між усіма учасниками процесу. Невміння належно спілкуватися може призвести до стресу, зниження довіри з боку пацієнтів та колег, а також до виникнення конфліктів у медичному середовищі. Тому розвиток комунікативних навичок є важливим аспектом підвищення якості медичних послуг.

Запропонована нами програма підвищення рівня комунікативної компетентності лікарів спрямована на розвиток навичок ефективного спілкування, активного слухання, управління емоціями та вирішення конфліктів, що допоможе підвищити професіоналізм лікарів та сприятиме створенню здорової атмосфери в медичних закладах.

Мета програми – забезпечити лікарів необхідними навичками для ефективної комунікації з пацієнтами, колегами та іншими учасниками медичного процесу з метою покращення якості медичних послуг, зменшення стресу та конфліктних ситуацій, а також підвищення рівня задоволеності пацієнтів.

Завдання програми:

1. Ознайомити лікарів з основами ефективної комунікації в медичній практиці.

2. Розвинути навички активного слухання та емоційного інтелекту.
3. Навчити лікарів управлінню стресовими ситуаціями та емоціями під час взаємодії з пацієнтами та колегами.
4. Підвищити здатність до вирішення конфліктів та запобігання непорозумінням у медичній команді.
5. Ознайомити з методами побудови довіри та ефективного взаємодії з пацієнтами та їх родинами.
6. Покращити внутрішньо- та міжпрофесійну комунікацію в медичних колективах.
7. Створити стратегії для розвитку комунікативних навичок в умовах постійних змін та стресових ситуацій.

Кількість учасників: програма розрахована на 12-20 учасників, щоб забезпечити індивідуальний підхід і активну участь кожного. Маленька група дозволяє створити атмосферу довіри та комфорту, що важливо для навчання комунікаційним навичкам.

Тривалість програми: 8 тижнів (1 заняття на тиждень по 1,5-2 години).

Методи роботи:

1. Міні-лекції. Тренер надає теоретичну основу щодо основ комунікації, ефективного спілкування та емоційного інтелекту.
2. Групові обговорення: учасники діляться досвідом та обговорюють реальні ситуації, що виникають у їхній практиці, виявляючи спільні проблеми та шукаючи шляхи їх вирішення.
3. Рольові ігри: використовуються сценарії реальних ситуацій для відпрацювання комунікативних навичок, наприклад, спілкування з важкими пацієнтами, розв'язання конфліктів у команді тощо.
4. Інтерактивні вправи: вправи на активне слухання, вирішення конфліктів, управління стресом, емпатію та інші ключові навички, необхідні для успішної комунікації.
5. Відео-аналіз: перегляд відео реальних ситуацій, що демонструють успішні та неуспішні приклади комунікації в медичній практиці, з подальшим

аналізом та обговоренням.

6. Зворотний зв'язок: після кожної вправи та активності учасники отримують конструктивний зворотний зв'язок від колег та тренерів для покращення своїх навичок.

7. Самооцінка та рефлексія: учасники самостійно оцінюють свій прогрес і визначають напрямки для подальшого розвитку комунікативних навичок у медичній практиці.

Зміст програми представлений у таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Зміст програми підвищення рівня комунікативної компетентності лікарів

№ заняття	Тема	Зміст
1	Вступне заняття: «Основи комунікації в медичній практиці»	Мета: Ознайомити учасників із важливістю комунікативної компетентності. Теми: - Основні принципи ефективного спілкування. - Бар'єри комунікації у медичній практиці та способи їх подолання. Методи: лекція, групова дискусія, аналіз прикладів із практики.
2	«Емоційний інтелект у роботі лікаря»	Мета: Розвинути здатність розпізнавати та керувати своїми емоціями і емоціями пацієнтів. Теми: - Що таке емоційний інтелект і як він впливає на комунікацію? - Техніки емпатії у спілкуванні. Методи: рольові ігри, вправи на розвиток емпатії.
3	«Активне слухання як основа довіри»	Мета: Навчити лікарів технікам активного слухання для покращення взаємодії з пацієнтами. Теми: - Прийоми активного слухання (рефлексія, уточнення, узагальнення) - Як уникнути «фільтрів сприйняття». Методи: практичні вправи, кейси, зворотний зв'язок.
4	«Ефективна передача інформації»	Мета: Забезпечити ясність і доступність пояснень для пацієнтів. Теми: - Принципи структурування інформації: «простота,

Продовження табл. 3.1

№ заняття	Тема	Зміст
-----------	------	-------

		<p>послідовність, адаптація до аудиторії».</p> <p>- Як уникати професійного жаргону.</p> <p>Методи: презентації, аналіз реальних ситуацій, тренування навичок.</p>
5	«Конфлікти у медичній практиці: профілактика та вирішення»	<p>Мета: Навчити розпізнавати і конструктивно вирішувати конфлікти.</p> <p>Теми:</p> <p>- Причини конфліктів у роботі лікаря.</p> <p>- Методи врегулювання (техніка «я-повідомлень», медіація).</p> <p>Методи: вправи на розігрування конфліктних ситуацій, розробка алгоритмів дій.</p>
6	«Робота з важкими пацієнтами та їх родичами»	<p>Мета: Підготувати лікарів до спілкування з емоційно складними пацієнтами.</p> <p>Теми:</p> <p>- Стратегії для роботи з агресивними чи тривожними пацієнтами.</p> <p>- Як справлятися зі своїми емоціями під час стресових ситуацій.</p> <p>Методи: практичні кейси, аналіз відеоматеріалів.</p>
7	«Міжпрофесійна комунікація в команді»	<p>Мета: Покращити взаємодію між лікарями та іншими медичними працівниками.</p> <p>Теми:</p> <p>- Принципи ефективної роботи в команді.</p> <p>- Як давати і приймати конструктивний зворотний зв'язок.</p> <p>Методи: тренінг, групові вправи, симуляційні ігри.</p>
8	Завершення програми: «Оцінка результатів і зворотний зв'язок»	<p>Мета: Узагальнити отримані знання і визначити напрямки подальшого розвитку.</p> <p>Теми:</p> <p>- Оцінка власних комунікативних навичок.</p> <p>- Як застосовувати отримані навички у щоденній практиці.</p> <p>Методи: саморефлексія, обговорення, складання персонального плану розвитку.</p>

Розглянемо детальніше кілька занять з програми.

1. Вступне заняття: «Основи комунікації в медичній практиці».

Структура заняття

1. Привітання та налаштування (10 хвилин).

Тренер вітає учасників і проводить коротке знайомство. Потім – вправа: «Мої очікування від тренінгу», де кожен учасник відповідає на два питання:

- Чого ви очікуєте від цього курсу?
- Що для вас є найбільшим викликом у спілкуванні з пацієнтами?

Відповіді фіксуються на дошці або фліпчарті, щоб до них повернутися наприкінці заняття.

2. *Міні-лекція «Основи ефективної комунікації» (20 хвилин).* Теми:

- Основні принципи ефективного спілкування;
- Бар'єри комунікації у медичній практиці та способи їх подолання.

3. *Вправа: «Дзеркало спілкування» (20 хвилин).*

Мета: продемонструвати важливість активного слухання та відображення емоцій співрозмовника.

Інструкція: Учасники розбиваються на пари. Один із пари розповідає про складний випадок із практики, де комунікація з пацієнтом була невдалою. Другий уважно слухає та повторює основну думку і емоції, які він почув. Учасники міняються ролями.

Обговорення: Що допомогло відчувати, що вас слухають? Що заважало?

4. *Вправа: «Бар'єри комунікації» (15 хвилин).*

Мета: Навчитися розпізнавати та долати бар'єри.

Інструкція: Тренер роздає картки з типами бар'єрів (наприклад: перебивання, уникання зорового контакту, занадто швидка мова). Учасники по черзі демонструють ці бар'єри в міні-сценках. Група аналізує, які емоції це викликає в пацієнта і як лікар може уникнути такої поведінки.

5. *Групова дискусія: «Ідеальний лікар» (20 хвилин).*

Учасники обговорюють: Якими рисами повинен володіти лікар для ефективного спілкування? Як ці риси впливають на довіру пацієнтів?

Результати записуються на фліпчарт у вигляді «портрета ідеального лікаря».

6. *Рефлексія і підсумки заняття (15 хвилин).*

Вправа: «Одне відкриття». Учасники діляться одним новим знанням або навиком, який вони отримали під час заняття. Тренер підсумовує: важливість уваги до вербальної та невербальної комунікації та значення розуміння бар'єрів у спілкуванні.

Результат заняття:

- учасники розуміють основи ефективного спілкування;
- визначено їхні особисті бар'єри та способи подолання;
- група налаштована на подальший розвиток комунікативних навичок.

Заняття 2. Емоційний інтелект у роботі лікаря

Мета: Навчити лікарів усвідомлювати власні емоції, керувати ними та розпізнавати емоції пацієнтів для створення довірливих і конструктивних відносин.

Структура заняття

1. Вступ: Що таке емоційний інтелект? (15 хвилин)

Міні-лекція. Теми:

- Що таке емоційний інтелект і як він впливає на комунікацію;
- Техніки емпатії у спілкуванні.

Питання для дискусії: Як емоції впливають на прийняття рішень у роботі лікаря?

2. Вправа: «Мої емоції – мої ресурси» (20 хвилин)

Мета: Усвідомити вплив власних емоцій на поведінку та спілкування.

Інструкція: Учасники отримують список емоцій (радість, злість, страх, розчарування, вдячність тощо). Завдання:

- Вибрати емоції, які вони часто відчують у роботі з пацієнтами.
- Обговорити у малих групах: Як ці емоції впливають на ваші дії? Які емоції вам допомагають, а які заважають?

Обговорення: Які методи можна використовувати для перетворення негативних емоцій у ресурси?

3. Вправа: «Розпізнай емоцію пацієнта» (25 хвилин).

Мета: Розвинути емпатію та здатність ідентифікувати емоції співрозмовника.

Інструкція: Тренер показує фотографії людей із різними емоціями (радість, тривога, гнів, сум тощо) або програє короткі відео з діалогами.

Учасники:

- Визначають емоції, які демонструють пацієнти;
- Пропонують, як можна ефективно реагувати на ці емоції у медичній практиці.

Обговорення: Як можна практикувати емпатію у щоденній роботі?

4. Саморегуляція: техніки управління емоціями (30 хвилин).

Теми: «Як зберігати спокій у стресових ситуаціях?».

Практичні методи: глибоке дихання; прийом «паузи» перед відповіддю; використання позитивних самонастанов.

Вправа «Стрес і спокій»: тренер створює ситуацію уявного конфлікту (наприклад, пацієнт висловлює невдоволення через довге очікування).

Учасники програвать свої реакції та аналізують їх разом із групою.

5. Групова вправа: «Діалог із важким пацієнтом» (20 хвилин)

Мета: Навчитися розпізнавати та враховувати емоції пацієнта під час діалогу.

Інструкція: Учасники розбиваються на трійки: «лікар», «пацієнт» та «спостерігач». Пацієнт імітує емоційно складну ситуацію (гнів, страх або розчарування). Лікар реагує, застосовуючи техніки емпатії та саморегуляції. Спостерігач дає зворотний зв'язок.

Обговорення: Що вдалося? Що можна покращити?

6. Підсумки заняття (10 хвилин).

Учасники діляться: Яка навичка здалася найкориснішою? Як планують використовувати отримані знання у практиці?

Тренер резюмує ключові ідеї:

- Емоційний інтелект – це навичка, яку можна розвивати.
- Емпатія та регуляція емоцій – основа довіри пацієнтів.

Результати заняття:

- учасники розуміють свої емоції та їхній вплив на професійну діяльність;
- розвинули здатність розпізнавати емоції інших людей;
- засвоїли техніки управління емоціями та роботи з важкими ситуаціями.

Заняття 3. Активне слухання як основа довіри.

Мета: Навчити лікарів технікам активного слухання для покращення взаємодії з пацієнтами.

Структура заняття

1. Вступ: Чому слухання важливе? (15 хвилин)

Міні-лекція. Теми:

- Прийоми активного слухання (рефлексія, уточнення, узагальнення);
- Як уникнути «фільтрів сприйняття».

Питання для дискусії:

- Чому пацієнти часто відчують, що їх не слухають?
- Як це впливає на якість лікування?

2. Вправа: «Слухати vs. чути» (20 хвилин)

Мета: Показати різницю між поверхневим та глибоким слуханням.

Інструкція: Учасники об'єднуються в пари. Один розповідає про нещодавню емоційну ситуацію, наприклад, про складний день на роботі. Перший раунд: слухач тільки мовчить і киває. Другий раунд: слухач активно включається, використовує техніки активного слухання (уточнення, перефразування).

Обговорення: Як почувалася людина, коли її слухали поверхнево? Що змінилося, коли слухання стало активним?

3. Техніки активного слухання: Практичне заняття (30 хвилин).

Обговорення ключових технік:

- уточнення: «Чи правильно я зрозумів, що...?», «Можете пояснити детальніше?»
- перефразування: «Як я зрозумів, ви маєте на увазі...»
- емоційне відображення: «Ви, мабуть, відчуваєтеся... через цю ситуацію.»
- пауза: Надання часу співрозмовнику для висловлення думок.

Вправа «Розмова з пацієнтом»: Тренер створює сценарії (наприклад: пацієнт скаржиться, що лікування не дає результатів). Учасники в парах тренують слухання, використовуючи техніки. Група обговорює: Які техніки вдалося застосувати? Що працювало найкраще?

4. Вправа: «Зворотний зв'язок у спілкуванні» (25 хвилин).

Мета: Навчитися висловлювати підтримку та заохочення під час слухання.

Інструкція: Учасники розігрують рольові ситуації: «Пацієнт із хронічною хворобою, який боїться ускладнень» та «Родич пацієнта, який хвилюється за результати операції». Лікар намагається: показати, що він слухає (зоровий контакт, активна участь) та дати емоційну підтримку (використовуючи відповідні фрази).

Обговорення: Як пацієнти сприймають зворотний зв'язок?

5. Аналіз невербального слухання (20 хвилин)

Теми: «Важливість мови тіла: позиція, жести, міміка», «Як уникати помилок: перехрещені руки; відсутність зорового контакту; вигляд «поспіху».

Вправа «Зверни увагу на мову тіла». Учасники у парах програють діалоги, звертаючи увагу тільки на невербальні сигнали. Решта групи аналізує: як це впливало на розуміння?

6. Рефлексія і підсумки (10 хвилин).

Вправа «Одне відкриття»: Учасники відповідають на питання: Яка техніка активного слухання вам сподобалася найбільше? Як ви плануєте її використовувати у своїй роботі?

Тренер підсумовує заняття:

- Активне слухання – це навичка, яка розвивається практикою.
- Вміння слухати – ключ до довіри пацієнтів.

Результати заняття:

- учасники засвоїли техніки активного слухання та практично їх застосували;
- розвинули здатність будувати довірливий діалог;

- усвідомили важливість невербальної комунікації у процесі слухання.

Решта занять за програмою представлена у додатку Е.

Очікувані результати від впровадження програми:

1. Покращення якості взаємодії лікарів із пацієнтами та їх родинами.
2. Зменшення рівня конфліктів у професійній діяльності.
3. Зміцнення командної роботи у медичних закладах.
4. Підвищення задоволеності пацієнтів медичними послугами.

4.2. Ефективність програми підвищення рівня комунікативної компетентності лікарів

У запропонованій нами програмі підвищення рівня комунікативної компетентності взяли участь лікарі з експериментальної групи. Програма була реалізована у вересні-листопаді 2024 року.

Через два тижні, як лікарі закінчили займатися за програмою, було проведено повторне дослідження. Методики для дослідження ми використали ті самі, що й на констатувальному етапі.

Спершу ми знову використали методика «Діагностика рівня впевненості в собі у ситуації міжособистісного спілкування» (за авторства В. Тимчук). Результати опитування за нею представлені у таблиці 4.2.

Таблиця 4.2

Результати опитування лікарів за методикою «Діагностика рівня впевненості в собі у ситуації міжособистісного спілкування» на контрольному етапі

Рівень розвитку впевненості	Контрольна група		Експериментальна група	
	Всього опитаних	%	Всього опитаних	%
Найвищий	3	8,3	8	22,2
Рівень вищий за середній	7	19,4	14	38,9
Середній, нормативний рівень	11	30,6	12	33,3
Рівень нижче середнього	11	30,6	2	5,6
Найнижчий рівень	4	11,1	0	0

Наочно порівняльні результати за методикою «Діагностика рівня впевненості в собі у ситуації міжособистісного спілкування» на констатувальному та контрольному етапах дослідження наведено на рис. 4.1.

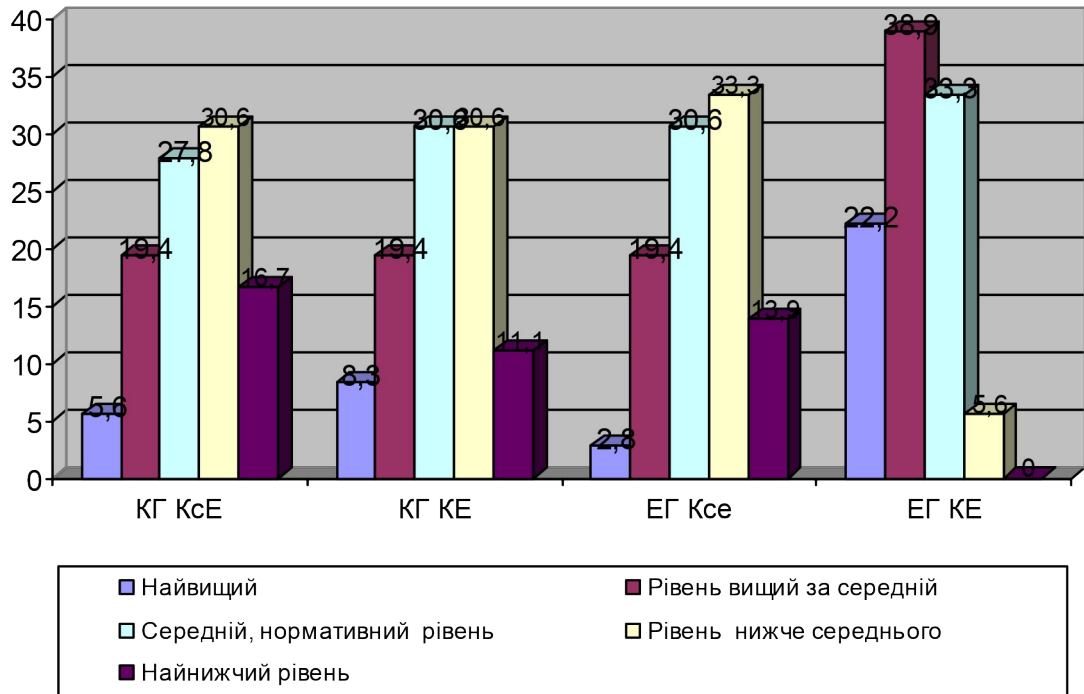


Рис. 4.1. Результати опитування лікарів контрольної та експериментальної груп за методикою «Діагностика рівня впевненості в собі у ситуації міжособистісного спілкування» на констатувальному та контрольному етапах дослідження, %

Так, з рис. 4.1. видно, що в експериментальній групі лікарів відсутній показник найнижчого рівня впевненості в собі у ситуації міжособистісного спілкування, в той час як у лікарів контрольної групи він склав 11,1%. Обидві групи мають відсоток учасників із рівнем, нижчим середнього, однак у контрольній групі він складає 30,6%, а у експериментальній – лише 5,6%. Середній, нормативний рівень виявлено у 33,3% лікарів експериментальної групи та у 30,6% лікарів контрольної групи. Рівень вище середнього мають 38,9% лікарів експериментальної групи та і 19,4% лікарів контрольної групи. Частка учасників із найвищим рівнем склала 8,3% у контрольній групі та 22,2% у експериментальній групі.

Якщо аналізувати показники тільки лікарів експериментальної групи, то відзначимо, що на контрольному етапі дослідження показник найнижчого рівня впевненості в собі у ситуації міжособистісного спілкування зменшився на 13,9%; рівня нижче середнього – на 27,7%. За іншими показниками відбулося зростання: середнього рівня – на 3,3%; рівня вище середнього – на 19,4%, а високого рівня – на 19,4%. Зважаючи на це, можна стверджувати, що участь лікарів у нашій програмі дала позитивні результати.

Другою тестовою методикою дослідження знову стала методика «Діагностика емпатійних здібностей» (у адаптації М.С. Міщенко). Результати опитування за методикою представлені у таблиці 4.3.

Таблиця 4.3

Результати опитування лікарів за методикою «Діагностика емпатійних здібностей» (загальний рівень)

Рівень	Контрольна група		Експериментальна група	
	Всього опитаних	%	Всього опитаних	%
Дуже низький	3	8,3	0	0
Знижений	11	30,6	1	2,8
Середній	17	47,2	21	58,3
Високий рівень	5	13,9	14	38,9

Наочно порівняльні результати за методикою «Діагностика емпатійних здібностей» на констатувальному та контрольному етапах дослідження наведено на рис. 4.2.

Так, з рис. 4.2 стає зрозуміло, що в опитаних нами лікарів переважає середній рівень емпатії – 47,2% у контрольній групі та 58,3% у експериментальній групі. При цьому у 13,9% лікарів контрольної групи високим є рівень емпатії, щодо лікарів експериментальної групи, то у них цей показник – 38,9%. Знижений рівень емпатії присутній у 30,6% лікарів контрольної групи, і лише у 2,8% лікарів експериментальної групи констатовано. Дуже низький рівень емпатії констатовано лише у лікарів контрольної групи – це 8,3%.

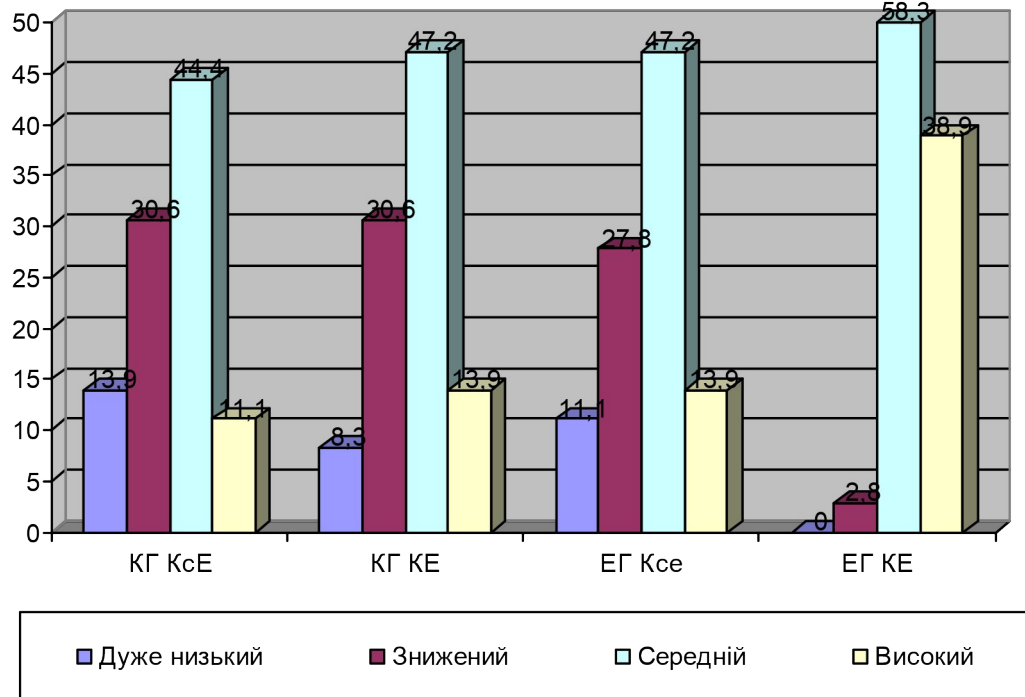


Рис. 4.2. Результати опитування лікарів контрольної та експериментальної груп за методикою «Діагностика емпатійних здібностей» на констатувальному та контрольному етапах дослідження, %

Якщо аналізувати показники тільки лікарів експериментальної групи, можемо відзначити, що на контрольному етапі дослідження показник дуже низького рівня емпатії у них відсутній (зменшився на 11,1%). Показник зниженого рівня емпатії зменшився на 25%. За іншими показниками відбулося зростання: середнього рівня – на 11,1%, а високого рівня – на 25%. Зважаючи на це, можна стверджувати, що участь лікарів у нашій програмі дала позитивні результати.

Третьою тестовою методикою дослідження знову став «Тест комунікативної толерантності» (за авторства В.В. Бойка). Результати опитування за тестом представлені у таблиці 4.4.

Таблиця 4.4

Результати опитування лікарів за «Тестом комунікативної толерантності»

Рівень	Контрольна група	Експериментальна група
--------	------------------	------------------------

	Всього опитаних	%	Всього опитаних	%
Дуже низький	0	0	0	0
Низький	14	38,9	1	2,8
Середній	17	52,8	22	61,1
Високий	5	13,9	13	36,1

Наочно порівняльні результати за «Тестом комунікативної толерантності» на констатувальному та контрольному етапах дослідження представлено на рис. 4.3.

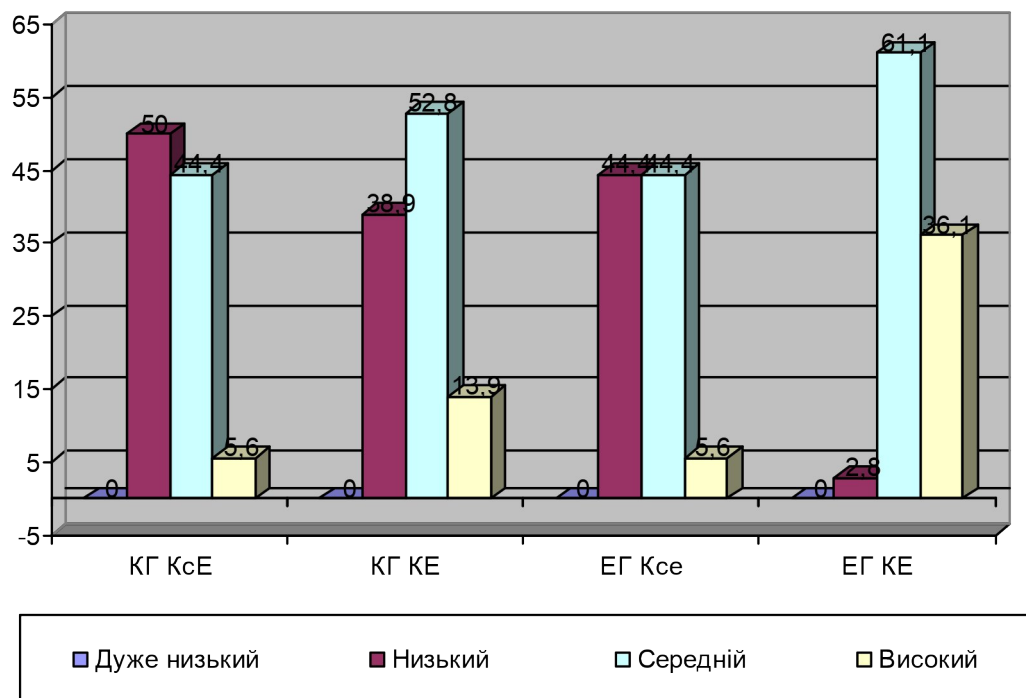


Рис. 4.3. Результати опитування лікарів контрольної та експериментальної груп за «Тестом комунікативної толерантності» на констатувальному та контрольному етапах дослідження, %

Отже, з рис. 4.3 видно, що в опитаних нами лікарів контрольної групи переважає низький рівень емпатії – 44,4%, в той час як у лікарів експериментальної групи цей показник – 2,8%. Показник середнього рівня комунікативної толерантності становить 52,% у лікарів контрольної групи та 61,1% у лікарів експериментальної групи. Щодо показника високого рівня комунікативної толерантності, то він становить 13,9% у контрольній групі та 36,1% – у експериментальній.

Якщо аналізувати показники тільки лікарів експериментальної групи, можемо відзначити, що на контрольному етапі дослідження показник дуже низького рівня емпатії у них відсутній, а показник низького рівня емпатії зменшився на 41,6%. За іншими показниками відбулося зростання: середнього рівня – на 16,7%, а високого рівня – на 30,5%. Зважаючи на це, можна стверджувати, що участь лікарів у запропонованій нами програмі дала позитивні результати.

Четвертою тестовою методикою дослідження стала знову методика «Діагностика емоційних бар'єрів у міжособистісному спілкуванні» (за авторства В.В. Бойка). Результати опитування за цією методикою представлені у таблиці 4.5.

Таблиця 4.5

Результати опитування лікарів за методикою «Діагностика емоційних бар'єрів у міжособистісному спілкуванні»

Рівень	Контрольна група		Експериментальна група	
	Всього опитаних	%	Всього опитаних	%
Дуже низький	1	2,8	0	0
Низький	13	36,1	2	5,6
Середній	16	44,4	18	50,0
Високий	6	16,7	16	44,4

Наочно порівняльні результати за методикою «Діагностика емоційних бар'єрів у міжособистісному спілкуванні» на констатувальному та контрольному етапах дослідження представлено на рис. 4.4.

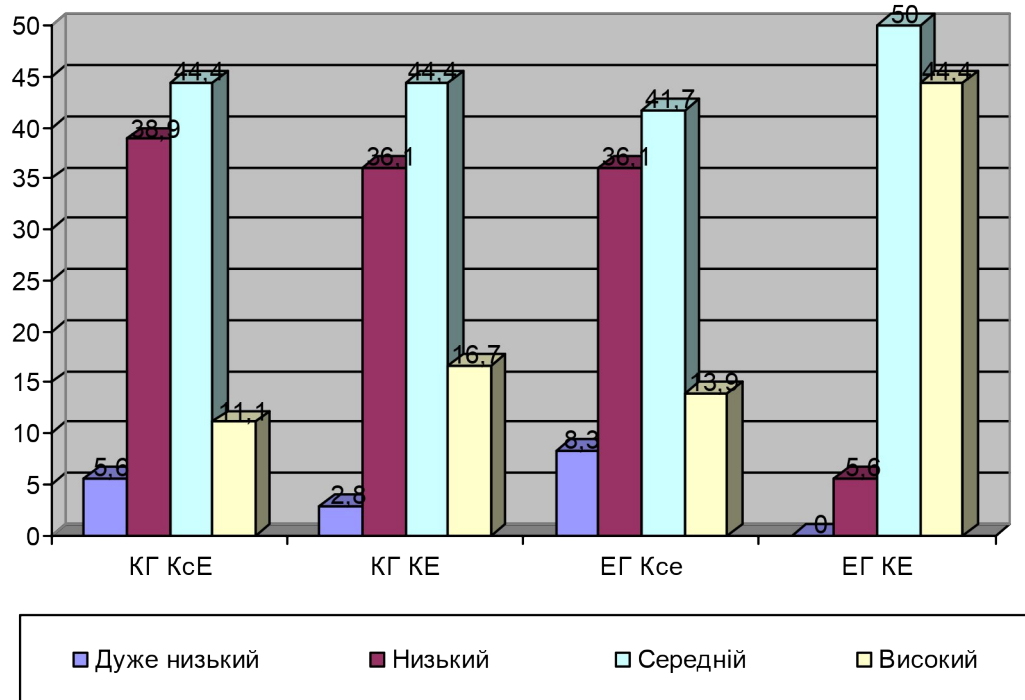


Рис. 4.4. Результати опитування лікарів контрольної та експериментальної груп за методикою «Діагностика емоційних бар'єрів у міжособистісному спілкуванні» на констатувальному та контрольному етапах дослідження, %

Таким чином, з рис. 4.4 видно, що в опитаних нами лікарів обох груп переважає середній рівень емоційної ефективності у спілкуванні – 44,4% у контрольній групі та 50% – у експериментальній. Показник низького рівня емоційної ефективності у спілкуванні становить 36,1% у контрольній групі та 5,6% – у експериментальній. Показник дуже низького рівня мають 2,8% лікарів контрольної групи, і цей показник відсутній у лікарів експериментальної групи. Щодо показника високого рівня емоційної ефективності у спілкуванні, то він склав 16,7% у лікарів контрольної групи та 44,4% у експериментальної групи.

Якщо аналізувати показники тільки лікарів експериментальної групи, можемо відзначити, що на контрольному етапі дослідження показник дуже низького рівня емоційної ефективності у спілкуванні у них відсутній (зменшився на 8,3%), а показник низького рівня зменшився на 30,5%. За

іншими показниками відбулося зростання: середнього рівня – на 8,3%, а високого рівня – на 30,5%. Зважаючи на це, можна стверджувати, що участь лікарів у запропонованій нами програмі знову дала позитивні результати.

Останнім етапом дослідження стало повторне опитування лікарів за методикою «Особливості реагування в конфліктній ситуації» (автор – К. Томас). Результати за тестом наведені у таблиці 4.6.

Таблиця 4.6

Результати опитування лікарів за методикою «Особливості реагування в конфліктній ситуації»

Спосіб реагування	Контрольна група		Експериментальна група	
	Всього опитаних	%	Всього опитаних	%
Суперництво	7	19,4	2	5,6
Співпраця	5	13,9	16	44,3
Компроміс	7	19,4	11	30,6
Уникнення	13	36,2	5	13,9
Пристосування	4	11,1	2	5,6

Виходячи з даних таблиці 4.6, ми встановили, що у 19,7% лікарів контрольної групи переважають такі способи реагування на конфлікт, як суперництво та компроміс. Своєю чергою, суперництво обирають лише 5,6% лікарів експериментальної групи, а компроміс – 30,6% лікарів цієї групи. У 36,2% лікарів контрольної групи переважає такий спосіб реагування на конфлікт, як уникнення; щодо експериментальної групи, то цей спосіб обирають лише 13,9% лікарів. Пристосування обирають 11,1% лікарів контрольної групи та 5,6% лікарів експериментальної групи, а співпрацю – 13,9% лікарів контрольної групи та 44,3% лікарів експериментальної групи.

Порівняльний аналіз результатів лікарів експериментальної групи за методикою «Діагностика емоційних бар'єрів у міжособистісному спілкуванні» на констатувальному та контрольному етапах дослідження представлено у таблиці 4.7.

Таблиця 4.7

Порівняльний аналіз результатів лікарів експериментально групи за методикою «Діагностика емоційних бар'єрів у міжособистісному спілкуванні» на констатувальному та контрольному етапах дослідження

Спосіб реагування	Констатувальний етап		Контрольний етап	
	Всього опитаних	%	Всього опитаних	%
Суперництво	7	19,4	2	5,6
Співпраця	5	13,9	16	44,3
Компроміс	6	16,7	11	30,6
Уникнення	14	38,9	5	13,9
Пристосування	4	11,1	2	5,6

Так, ми бачимо, що відбулося зменшення частоти використання стилю суперництва на 13,8%, що свідчить про те, що лікарі стали менш схильними до домінування та конфронтації. Це вказує на підвищення рівня взаємоповаги та прагнення до конструктивного вирішення конфліктів.

Значне зростання співпраці (на 30,4%) як основного стилю вирішення конфліктів демонструє, що лікарі почали частіше шукати спільні рішення, враховуючи інтереси всіх сторін. Це результат навчання методам ефективної комунікації та активного слухання.

Збільшення використання компромісу (на 11,2%) свідчить про готовність лікарів знаходити середнє рішення, що задовольняє обидві сторони. Це практичний підхід у ситуаціях, коли повна співпраця неможлива.

Значне зменшення уникнення конфліктів (на 22,3%) говорить про підвищення впевненості лікарів у своїх комунікативних навичках. Лікарі стали рідше ігнорувати проблеми, а частіше їх вирішувати.

Зниження пристосування як стилю поведінки (на 5,5%) вказує на зменшення випадків, коли лікарі жертвують власними інтересами заради інших. Це позитивно впливає на професійне середовище, зменшуючи ризик вигорання.

Висновки до розділу 4

Для лікарів, які брали участь у опитуванні, нами було запропоновано програму підвищення рівня комунікативної компетентності. У процесі реалізації програми покращилася якість взаємодії лікарів із пацієнтами та їх родинами; зменшився рівень конфліктів у професійній діяльності; відбулося зміцнення командної роботи.

Результати дослідження, проведеного на контрольному етапі, дозволили з'ясувати наступне:

- за методикою «Діагностика рівня впевненості в собі у ситуації міжособистісного спілкування» було визначено, що значно збільшилася кількість лікарів у експериментальній групі, які вже відчують себе впевнено у міжособистісному спілкуванні;

- методика «Діагностика емпатійних здібностей» допомогла виявити, що серед лікарів експериментальної групи домінує середній рівень емпатії, однак зріс і показник високого рівня;

- «Тест комунікативної толерантності» дозволив з'ясувати, що у лікарів експериментальної групи зросли показники високого рівня комунікативної толерантності;

- методика «Діагностика емоційних бар'єрів у міжособистісному спілкуванні» виявила, що у лікарів експериментальної групи підвищилася емоційна ефективність у спілкуванні;

- методика «Особливості реагування в конфліктній ситуації» показала, що у лікарів помітно зросло використання співпраці та компромісу, що свідчить про розвиток їхніх навичок ефективного вирішення конфліктів. Стилі суперництва та уникнення, які можуть ускладнювати комунікацію, суттєво зменшилися в частоті використання.

Зважаючи на отримані результати, вважаємо впровадження програми підвищення рівня комунікативної компетентності лікарів успішним, а саму програму ефективною.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі теоретично обґрунтовано важливість комунікативної компетентності для лікаря та експериментально досліджено рівень розвитку комунікативної компетентності сучасних лікарів. У підсумку відзначимо наступне:

1. Комунікативна компетентність – це ключова навичка, що визначає здатність людини ефективно взаємодіяти з іншими, і складається з когнітивної, емоційної, мотиваційної, поведінкової, соціальної та рефлексивної складових. Вона формується під впливом різних факторів, таких як рівень професійних знань, особистісні риси, емоційна стійкість, досвід і соціокультурне середовище.

У професійній діяльності лікаря комунікативна компетентність є особливо важливою, оскільки вона забезпечує якісне спілкування з пацієнтами, сприяє формуванню довіри та знижує ризик конфліктів.

2. Фактори, що впливають на комунікативну компетентність лікаря, можна поділити на особистісні, професійні та організаційні. До особистісних належать рівень емоційного інтелекту, здатність до емпатії, стресостійкість, а також навички активного слухання та самоконтролю. Професійні фактори включають знання медичної етики, досвід спілкування з пацієнтами, уміння адаптувати мову до рівня розуміння пацієнта та навички ведення діалогу. Організаційні фактори охоплюють робочу атмосферу, рівень командної взаємодії, доступність тренінгів із комунікації, а також вплив робочого навантаження та стресових ситуацій. Усі ці фактори разом формують здатність лікаря ефективно взаємодіяти з пацієнтами, їх родинами та колегами.

3. Конфлікти, що виникають у роботі лікарів, можуть бути зумовлені як внутрішніми суперечностями між медичним персоналом, так і зовнішніми – з пацієнтами чи їхніми родичами. Для їх вирішення необхідні розвинуті комунікативні навички, здатність до конструктивного діалогу та емпатія. Загалом, ефективне управління конфліктами не лише знижує напругу, але й може сприяти професійному зростанню лікаря та підвищенню якості медичної допомоги.

4. У практичній частині кваліфікаційної роботи нами організовано дослідження рівня комунікативної компетентності лікарів. Вибірка для дослідження включала 36 лікарів обох статей (8 чоловіків та 28 жінок). Це лікарі різних спеціальностей, територіально усі знаходяться у м. Києві та працюють у лікарнях та поліклініках столиці.

Результати дослідження, проведеного на констатувальному етапі, дозволили з'ясувати наступне: а) методика «Діагностика рівня впевненості в собі у ситуації міжособистісного спілкування» показала, що багато лікарів не відчувають себе впевнено у міжособистісному спілкуванні, а це обмежує їх ефективність у складних комунікативних ситуаціях; б) методика «Діагностика емпатійних здібностей» виявила, що серед лікарів обох груп домінує середній рівень емпатії; в) «Тест комунікативної толерантності» дозволив з'ясувати, що у обох групах є високими показники низького рівня комунікативної толерантності; г) методика «Діагностика емоційних бар'єрів у міжособистісному спілкуванні» виявила, що найбільша частка лікарів у обох групах має середній рівень емоційної ефективності у спілкуванні, але досить високим є показник низького рівня; д) методика «Особливості реагування в конфліктній ситуації» показала, що у більшості лікарів обох груп переважає стратегія уникнення, а має бути співпраця.

Загалом нами констатовано середні та низькі показники за рівнем комунікативної компетентності лікарів обох груп; тому вважаємо за необхідне розробити та здійснити апробацію програми підвищення рівня комунікативної компетентності лікарів.

5. Для лікарів, які брали участь у опитуванні, нами було запропоновано програму підвищення рівня комунікативної компетентності. Мета програми – забезпечити лікарів необхідними навичками для ефективної комунікації з пацієнтами, колегами та іншими учасниками медичного процесу з метою покращення якості медичних послуг, зменшення стресу та конфліктних ситуацій, а також підвищення рівня задоволеності пацієнтів. Запропонована нами програма спрямована на розвиток навичок ефективного спілкування,

активного слухання, управління емоціями та вирішення конфліктів, що допоможе підвищити професіоналізм лікарів та сприятиме створенню здорової атмосфери в медичних закладах.

Результати дослідження, проведеного на контрольному етапі, дозволили з'ясувати наступне: а) за методикою «Діагностика рівня впевненості в собі у ситуації міжособистісного спілкування» було визначено, що значно збільшилася кількість лікарів у експериментальній групі, які вже відчують себе впевнено у міжособистісному спілкуванні; б) методика «Діагностика емпатійних здібностей» допомогла виявити, що серед лікарів експериментальної групи домінує середній рівень емпатії, однак зріс і показник високого рівня; в) «Тест комунікативної толерантності» дозволив з'ясувати, що у лікарів експериментальної групи зросли показники високого рівня комунікативної толерантності; г) методика «Діагностика емоційних бар'єрів у міжособистісному спілкуванні» виявила, що у лікарів експериментальної групи підвищилася емоційна ефективність у спілкуванні; д) методика «Особливості реагування в конфліктній ситуації» показала, що у лікарів помітно зросло використання співпраці та компромісу, що свідчить про розвиток їхніх навичок ефективного вирішення конфліктів. Стилі суперництва та уникнення, які можуть ускладнювати комунікацію, суттєво зменшилися в частоті використання.

Зважаючи на отримані результати, вважаємо ефективною програму підвищення рівня комунікативної компетентності лікарів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Балкіна Л.Л. Причини конфліктів у середовищі медиків. *Український медичний часопис*. 2019. № 7. С. 85-92
2. Бацевич Ф. Основи комунікативної лінгвістики: підручник. 3-тє перевид. Київ: ВЦ «Академія», 2016. 344 с.
3. Бібік Н.М. Компетентнісний підхід: рефлексивний аналіз застосування. Компетентнісний підхід у сучасній освіті: світовий досвід та українські перспективи. Київ: «К.І.С.», 2009. С. 47-53.
4. Бідучак А.С. Медичні конфлікти в системі «лікар-пацієнт». *Науковий вісник Ужгородського університету*. 2020. № 2 (66). С. 133-135.
5. Бичко М. Розвиток комунікативної компетентності майбутнього лікаря як складника його професійної готовності. *Витоки педагогічної майстерності*. 2018. Вип. 21. С. 19-22.
6. Великий тлумачний словник сучасної української мови / Уклад. і голов. ред. В.Т. Бусел. Ірпінь : ВТФ «Перун», 2003. 1440 с.
7. Власова О.І. Психологія соціальних здібностей: структура, динаміка, чинники розвитку. Київ: ВПЦ «КУ», 2013. 308 с.
8. Вольфовська Т. Комунікативна компетентність молодого фахівця. *Шлях освіти*. 2013. № 3. С. 13-16.
9. Волошко Н. І. Психологічні вправи для розвитку навичок використання психологічних методів саморегуляції, збереження і зміцнення здоров'я. *Проблеми сучасної психології*. 2012. Вип. 16. С. 123-133.
10. Галицька М.М. Складові комунікативної компетентності студентів вищих наавчальних закладів. *Освітологічний дискурс*. 2015. № 2 (10). С. 39-49
11. Герасіна Л.М., Требін М.П., Воднік В.Д. Конфліктологія: навчальний посібник. 2-ге вид. Харків: Право, 2016. 128 с.

12. Гребеньков Г.В., Ковальова І.І., Красноносів Ю.М. Конфліктологія: навчальний посібник. 3-тє вид. Львів : Магнолія, 2017. 230 с.
13. Гриненко О.М. Особливості внутрішньої структури емпатії. *Наука і освіта*. 2013. № 2. С. 22-26.
14. Доценко В.В. Тренінг особистісного зростання як шлях подолання стрес-факторів життєдіяльності. *Бочаровські читання: матеріали наук.-практ. конф., присвяч. пам'яті проф. С. П. Бочарової*. Харків, 2016. С. 174-177.
15. Журавльова Л.П. Психологія емпатії: монографія. Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2009. 328 с.
16. Зелінська Т. М. Амбівалентність особистості: теорія, діагностика і психокорекція. Навчальний посібник. Київ: Каравела, 2016. 256 с.
17. Климова К.Я. Вербальний і невербальний рівень комунікативної компетентності в спілкуванні. Збірник наукових праць Бердянського державного педагогічного університету. 2018. № 4. С. 183-187.
18. Князева С. В. Структура професійно-комунікативної компетентності майбутніх фахівців з правознавства. URL: http://www.nbuv.gov.ua/portal/soc_gum/pfto/2011_13/files/P1311_17.pdf.
19. Кові Стівен Р. Сім навичок високоефективних людей. Ужгород: Світ, 2011. 452 с.
20. Коли світ на межі змін: стратегії адаптації. Психологічна підтримка вчителів та дітей у часи війни / За заг. редакцією Л. Залюбовської. Київ, 2022. 52 с.
21. Компетентнісний підхід у сучасній освіті: світовий досвід та українські перспективи / За заг. ред. О. В. Овчарук. 2-ге перевид. Київ: «К. І. С.», 2012. 112 с.
22. Кострікова Ю.А. Конфлікти у професійній діяльності лікаря. *Актуальні проблеми сучасної медицини*. 2016. Т. 14. Вип. 6. С. 130-137.
23. Коць М.О. Комунікативна компетентність як складова професіоналізму майбутнього лікаря. *Практична психологія та соціальна робота*. 2018. №5. С. 44-51.

24. Краснов В. В. Моніторинг соціально-гуманітарних компетенцій лікаря у підготовці професійних медичних кадрів: інформаційний лист про нововведення №2У-2017. Київ, 2017. 18 с.

25. Кудрявцева О.В. Компоненти комунікативної компетенції. *Молодий учений*. 2017. № 16. С. 96-99

26. Кузікова С. Б. Теорія і практика вікової психокорекції. Суми : ВТД «Університетська книга», 2015. 384 с.

27. Кузікова С. Б. Основи психокорекції: навчальний посібник. 2-ге перевид. Київ: Академвидав, 2016. 320 с.

28. Кузікова С. Б. Сучасні підходи до розуміння сутності і технологій надання психологічної допомоги особистості. *Психологічний часопис*. 2019. №7. С. 92110.

29. Кулик О. Д. Комунікативна компетентність: підходи до визначення та роль у формуванні мовно-мовленнєвої особистості. *Topical issues of education: Collective monograph*. Pegasus Publishing, Lisbon, Portugal, 2018. P.148-162

30. Лапіна В. О. Питання мовленнєвої компетентності в науковій літературі. *Педагогіка вищої та середньої школи*. 2012. № 11. С.67-70

31. Литвиненко О.Д. Емпатійне піклування як інтегративна характеристика особистості. *Science and practice*. 2016. № 6. С. 112-117.

32. Мазур І. В. Конфлікти та шляхи їх вирішення: заняття з елементами тренінгу для педагогічного колективу. URL: http://n-arkhangel-bdut.edukit.kr.ua/vid_socialjnogo_pedagoga/pedagogam/zanyattya_z_elementami_treningu_konflikti_ta_shlyahi_ih_virishennya/.

33. Макаренко С.С. Психологічні умови розвитку комунікативної компетентності учителя: дис. ...канд. психол. наук: 19.00.07. Київ, 2001.180 с.

34. Максимова О.О. Комунікативна компетентність вчителя початкової школи. *Молодь і ринок*. 2016. № 5 (136). С.59-63.

35. Матохнюк Л.О. Психологія інформаційної компетентності особистості (генеза онтологічного розвитку): дис. ... д-ра псих. наук: Одеса, 2019. 527 с.

36. Никоненко Ю.П. Нейропсихологія. Київ: КНТ, 2016. 369 с.

37. Овсієнко Л. Комунікативна компетентність як основа компетентнісного підходу до засвоєння студентами-філологами лінгвістичних дисциплін. *Теоретична і дидактична філологія* : зб.наук. пр. Переяслав-Хмельницький: ФОП Лукашевич, 2013. Вип. 14. С. 61-71.

38. Овчарук О. Компетентності як ключ до оновлення змісту освіти. Стратегія реформування освіти в Україні: рекомендації з освітньої політики. 2-ге вид. Київ: «К. І. С.», 2013. 296 с.

39. Осипова А.А. Загальна психокорекція: навчальний посібник. Київ. 2016. 510 с.

40. Основи психології: підручник / За заг. ред. О. В. Киричука, В. А. Роменця. 3-тє вид. Київ: Либідь, 2014. 630 с.

41. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи: навч. посібник / За заг. ред. Л. Царенко. Том 2. Київ, 2018. 240 с.

42. Поплавська С. Д. Формування готовності студентів медичних коледжів до комунікативної взаємодії у професійній діяльності: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04. Житомир, 2009. 22 с.

43. Прозір О. В. Умови формування високого рівня комунікативної компетентності. *Молодий учений*. 2020. № 2. С. 191-202.

44. Прокопова О.П. Мовленнєво-комунікативна компетентність як одна зі складових професійного становлення фахівця. *Вісник ПДАТУ*. 2014. № 6. С. 74-77

45. Психологічні технології ефективного функціонування та розвитку особистості: монографія / За ред. С. Д. Максименка, С.Б. Кузікової, В.Л. Зливкова. Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2019. 540 с.

46. Психологія особистості. Словник-довідник / За ред. П.П. Горностая, Т.М. Титаренко. Київ. 2018. 320 с.

47. П'янківська Л. В. Роль комунікативних компетентностей в професійній діяльності лікаря. *Новітні чинники впливу на формування особистості фахівців системи охорони здоров'я* : матеріали XVIII міжн. наук.практ. конф. (21 березня 2018 р.) Київ : КМУ, 2018. С. 141-143.

48. Родигіна І. В. Компетентісно-орієнтований підхід до навчання. 2-ге перевид. Харків: Основа, 2013. 96 с.

49. Романець З.О. Комунікативна компетентність медичних працівників у контексті професійної Я-концепції і деонтології. *Вісник НУ «Львівська політехніка»*. 2014. №6. С. 28-34

50. Саковська В.В. Формування навички вирішення проблем через прийоми КПТ. *Development of modern science, experience and trends*. 2022. № 9. С. 182-196

51. Тимофієва М.П. Психологічні умови розвитку комунікативної компетентності майбутнього сімейного лікаря : дис ... канд. психол. наук : 19.00.07. Київ, 2008. 202 с.

52. Титаренко Т.М. Психологічне здоров'я особистості: засоби самопомоги в умовах тривалої травматизації: монографія. Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2018. 160 с.

53. Товканець Г., Товканець О., Лендел Л. Підготовка майбутніх учителів до реалізації педагогічної комунікації як умова ефективної професійної діяльності. *Vzdelávanie a spoločnosť IV Medzinárodný nekonferenčný zborník*. Prešovskej univerzity v Prešove, 2020. S. 258-264.

54. Філоненко М. М. Психологія спілкування: навчальний посібник. 2-ге перевид. Київ, 2014. 224 с.

55. Черезова І.О. Комунікативна компетентність як інтегральна якість особистості. Науковий вісник ХДУ. 2014. Вип. 1. С. 103-107

56. Чубко О. Б. Конфліктні ситуації у роботі лікаря як одна з причин професійного вигорання. URL: <https://neuronews.com.ua/ua/issue-article-1584/Konfliktni-situaciyi-u-roboti-likarya-yak-odna-z-prichinprofesiynogo-vigorannya#gsc.tab=0>

57. Шаніна О. С. Медичний дискурс: комунікативно-прагматичний і сугестивний аспекти : дис. ... канд. філол. наук: 10.02.01. Одеса, 2015. 265 с.

58. Юсеф Ю. В. Теоретичні засади формування комунікативної компетентності майбутніх лікарів. *Педагогічний процес: теорія і практика*. 2013. Вип. 3. С. 187-194.

59. Ягупов В.В., Свистун В. І. Компетентнісний підхід до підготовки фахівців у системі вищої освіти. *Наукові записки НаУКМА*. 2013. №9. С 13-18

60. Ярмиш І. О. Поведінкові стратегії особистості в «значущих ситуаціях». *Актуальні проблеми психології* : зб. наук. пр. Ін-ту психології ім. Г. С. Костюка АПН України. Київ, 2012. Т. 15, Ч. 2. С. 472-479.

«Діагностика рівня впевненості в собі у ситуації міжособистісного спілкування»

(автор – В. Тимчук)

Цей опитувальник призначений для діагностики рівня впевненості у собі в ситуації міжособистісного спілкування. Складається з 28 закритих запитань, які стосуються особливостей поведінки студента в ситуаціях міжособистісного спілкування, його ставлення до них.

Інструкція: «Вам буде запропоновано 28 тверджень, які описують різні типи поведінки під час міжособистісного спілкування. Примірте ці твердження до себе і вкажіть ступінь вашої згоди або незгоди в балах, а саме:

- 5 – дуже характерно для мене, опис дуже вірний.
- 4 – досить характерно для мене – скоріше так, ніж ні.
- 3 – почасти характерно, почасти не характерно.
- 2 – досить не характерно для мене – скоріше ні, чим так.
- 1 – зовсім не характерно для мене, опис не вірний.

Запитання:

1. Більшість людей, на мою думку, впевненіше себе почувають під час міжособистісного спілкування, ніж я.
2. Я не зважуюся брати участь у спілкуванні з іншими людьми через свою сором'язливість.
3. Я не реауюю на зауваження та коментарі на мою адресу під час мого спілкування з іншими.
4. Під час спілкування я намагаюся привертати увагу своїм зовнішнім виглядом, щоб мене запам'ятали.
5. Я волію використовувати сильні аргументи й доводи у своїй розмові.
6. Я намагаюся відзначитися як цікавий співбесідник.
7. Я досить сильно хвилююся під час спілкування з незнайомими людьми і не можу цього приховати.

8. Я одержую задоволення від спілкування з іншими людьми.
9. Я часто не знаю, що відповісти на запитання, яке поставило мене «в тупик».
10. Я відчуваю нерішучість, коли мені потрібно з кимось першим заговорити.
11. Я волію спілкуватися у соцмережах, ніж «вживу».
12. Я соромлюся зробити зауваження тим, хто не слухає мене.
13. Якщо інші дратують мене, я скоріше приховую своє роздратування.
14. Я уникаю ставити деякі питання іншим людям через страх не одержати відповідь.
15. Я іноді боюся, що під час спілкування я буду хвилюватися й тремтіти.
16. Якщо відома й шанована людина висловить свою точку зору, яку я вважаю неправильною, я вступаю в суперечку з цією людиною.
17. Я уникаю суперечок у ході спілкування.
18. Виступивши привселюдно успішно, я намагаюся, щоб про це дізналися інші.
19. Я відвертий і щирий у своїх почуттях у ході спілкування.
20. Якщо хтось висміює мене за моєю спиною, я прагну поговорити з ним про це.
21. Я не реагую ні на які невербальні сигнали інших людей під час мого спілкування.
22. Я схильний стримувати прояви своїх емоцій і не влаштовувати сцен, якщо мене не слухають під час спілкування.
23. Я скаржуся на неувагу до мене, коли я спілкуюся з іншими людьми.
24. Коли мене хвалять, я ніяковію
25. Якщо хтось втручається у мою розмову, я роблю зауваження.
26. Той, хто буде не згоден з моєю думкою, одержить відсіч.
27. Я завжди висловлюю свою думку в суперечці.
28. Іноді мені абсолютно нема чого сказати у відповідь своєму

опоненту.

Ключ:

Згідно отриманих балів визначаємо рівень впевненості студентів у собі у ході міжособистісного спілкування:

0-28 – найвищий рівень впевненості

29-56 – рівень впевненості вищий за середній

57-84 – середній, нормативний рівень впевненості

85-112 – рівень впевненості нижче середнього

113-140 – найнижчий рівень впевненості

Діагностика емпатійних здібностей

(у адаптації М.С. Міщенко)

У опитувальнику 36 тверджень, за кожним з яких респондент повинен оцінити, якою мірою він з ним згодний або не згодний.

Інструкція до тесту: «Пропонуємо Вам оцінити кілька тверджень. Ваші відповіді не будуть оцінюватися як гарні або погані, тому просимо виявити відвертість. Над твердженнями не слід довго роздумувати. Достовірні відповіді ті, які першими прийшли в голову. Прочитавши твердження, відповідно до його номеру, відзначте у відповідному аркуші Вашу думку однією із двох градацій: «так» чи «ні». Жодне із тверджень пропускати не можна».

Тест:

1. У мене є звичка уважно вивчати обличчя й поведінку людей, щоб зрозуміти їх характер, здібності, схильності.
2. Якщо навколишні проявляють ознаки нервозності, я звичайно залишаюся спокійним.
3. Я більше вірю доводам свого розуму, ніж інтуїції.
4. Я вважаю цілком доречним для себе цікавитися домашніми проблемами товаришів по навчанню.
5. Я можу легко ввійти у довіру до людини, якщо буде потрібно.
6. Звичайно я з першої ж зустрічі вгадую «родинну душу» у новій людині.
7. Я із цікавості звичайно починаю розмову про життя, роботу, політику з випадковими попутниками в поїзді, літаку.
8. Я втрачаю спокій, якщо навколишні чимось засмучені.
9. Моя інтуїція – більш надійний засіб розуміння навколишніх, ніж

знання або досвід.

10. Проявляти цікавість до внутрішнього світу іншої особистості – безтактно.

11. Часто своїми словами я кривджу близьких мені людей, не зауважуючи цього.

12. Я легко можу уявити себе якою-небудь твариною, відчуті її звички й стани.

13. Я рідко міркую про причини вчинків людей, які мають до мене безпосереднє відношення.

14. Я рідко приймаю близько до серця проблеми своїх друзів.

15. Звичайно за кілька днів я відчуваю: щось повинно трапитися із близькою мені людиною, і очікування виправдовуються.

16. У спілкуванні з діловими партнерами звичайно намагаюся уникати розмов про особисте.

17. Іноді близькі дорікають мене в черствості, неувважності до них.

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

19. Мій цікавий погляд часто бентежить нових партнерів.

20. Чужий сміх звичайно заряджає мене.

21. Часто, діючи навмання, я проте знаходжу правильний підхід до людини.

22. Плакати від щастя нерозумно.

23. Я здатний повністю злитися з коханою людиною, ніби розчинившись у ній.

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

25. Я мимоволі або із цікавості часто підслухую розмови сторонніх людей.

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

27. Мені простіше підсвідомо відчувати сутність людини, ніж зрозуміти її, «розклавши по поличках».

28. Я спокійно ставлюся до дрібних неприємностей, які трапляються в кого-небудь зі членів родини.

29. Мені було б важко душевно, довірчо розмовляти з настороженою, замкнутою людиною.

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

31. Я без особливої цікавості вислуховую сповіді нових знайомих.

32. Я втрачаю спокій, якщо бачу людину, яка плаче.

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

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

35. Якщо я бачу, що в когось із близьких погано на душі, то звичайно утримуюся від розпитів.

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

Обробка даних:

Підраховується число правильних відповідей (що відповідають «ключу») за кожною шкалою, а потім визначається сумарна оцінка:

1. Раціональний канал емпатії: +1, +7, -13, +19, +25, -31;

2. Емоційний канал емпатії: -2, +8, -14, +20, -26, +32;

3. Інтуїтивний канал емпатії: -3, +9, +15, +21, +27, -33;

4. Установки, що сприяють емпатії: +4, -10, -16, -22, -28, -34;

5. Проникаюча здатність в емпатії: +5, -11, -17, -23, -29, -35;

6. Ідентифікація в емпатії: +6, +12, +18, -24, +30, -36.

Інтерпретація результатів:

Аналізуються показники окремих шкал і загальна сумарна оцінка рівня емпатії. Оцінки на кожній шкалі можуть варіюватися від 0 до 6 балів і вказують на значимість конкретного параметру в структурі емпатії.

Раціональний канал емпатії характеризує спрямованість уваги, сприйняття й мислення того, хто емпатує, на сутність будь-якої іншої людини – на її стан, проблеми, поведінку. Це спонтанний інтерес до іншого, що відкриває шляхи емоційного й інтуїтивного відбиття партнера. У раціональному компоненті емпатії не слід шукати логіку або мотивацію інтересу до іншого. Партнер привертає увагу своєю буттєвістю, що дозволяє емпатуючому без суджень виявляти його сутність.

Емоційний канал емпатії. Фіксується здатність емпатуючого входити в емоційний резонанс із оточуючими – співпереживати, бути спільником. Емоційна чуйність у цьому випадку стає засобом «входження» в енергетичне поле партнера. Зрозуміти його внутрішній світ, прогнозувати поведінку і ефективно впливати можливо тільки в тому випадку, якщо відбулося енергетичне підлаштування до емпатованого. Співучасть і співпереживання виконують роль поєднувальної ланки, провідника від емпатуючого до емпатованого й назад.

Інтуїтивний канал емпатії. Це здатність респондента бачити поведінку партнерів, діяти в умовах дефіциту вихідної інформації про них, спираючись на досвід, що зберігається в підсвідомості. На рівні інтуїції замикаються й узагальнюються різні відомості про партнерів. Інтуїція менше залежить від оцінних стереотипів, ніж осмислене сприйняття партнерів.

Установки, що сприяють або перешкоджають емпатії, відповідно, полегшують або утруднюють дію усіх емпатійних каналів. Ефективність емпатії, імовірно, знижується, якщо людина намагається уникати особистих контактів, вважає недоречним проявляти цікавість до іншої особистості, переконує себе спокійно ставитися до переживань і проблем оточуючих

людей. Подібні умонастрої різко обмежують діапазон емоційної чуйності й емпатійного сприйняття. Навпаки, різні канали емпатії діють активніше й надійніше, якщо немає перешкод з боку установок особистості.

Проникаюча здатність в емпатії розцінюється як важлива комунікативна властивість людини, що дозволяє створювати атмосферу відкритості, довірчості, задушевності. Кожен з нас своєю поведінкою і ставленням до партнерів сприяє інформаційно-енергетичному обміну або перешкоджає йому. Розслаблення партнера сприяє емпатії, а атмосфера напруженості, неприродності, підозрливості перешкоджає розкриттю й емпатійному усвідомленню.

Ідентифікація – іще одна неодмінна умова успішної емпатії. Це вміння зрозуміти іншого на основі співпереживань, постановки себе на місце партнера. В основі ідентифікації легкість, рухливість і гнучкість емоцій, здатність до наслідування.

Шкальні оцінки виконують допоміжну роль в інтерпретації основного показника – рівня емпатії. Сумарний показник теоретично може змінюватися в межах від 0 до 36 балів. При цьому:

30 балів і вище – дуже високий рівень емпатії;

29-22 – середній рівень емпатії;

21-15 – занижений рівень емпатії;

менше 14 балів – дуже низький рівень емпатії.

Діагностика комунікативної толерантності

(за авторства В.В. Бойко)

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 певною мірою
- 3 бали – вірно значною мірою
- 4 бали – вірно найвищою мірою.

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

	<i>Поведінкові ознаки</i>	<i>Бали</i>
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»

	<i>Поведінкові ознаки</i>	<i>Бали</i>
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.

	<i>Поведінкові ознаки</i>	<i>Бали</i>
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.

	<i>Поведінкові ознаки</i>	<i>Бали</i>
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.

	<i>Поведінкові ознаки</i>	<i>Бали</i>
1.	Я маю звичку повчати оточуючих	
2.	Невиховані люди обурюють мене	
3.	Я часто ловлю себе на тому, що намагаюся кого-небудь	

	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.

	<i>Поведінкові ознаки</i>	<i>Бали</i>
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

	<i>Поведінкові ознаки</i>	<i>Бали</i>
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.

Підраховується сума балів, отриманих за усіма ознаками і робиться висновок: чим більше балів, тим нижчим є рівень комунікативної толерантності.

1-35 балів – високий рівень комунікативної толерантності

35-70 балів – середній рівень комунікативної толерантності

71-105 – низький рівень комунікативної толерантності

106-140 – дуже низький комунікативної толерантності

Максимальне число балів, яке можна отримати – 135 – свідчить про абсолютну нетерпимість до оточуючих, що навряд чи можливо для нормальної особистості. Точно так само складно отримати нуль балів – свідчення терпимості до всіх в усіх ситуаціях.

Діагностика емоційних бар'єрів у міжособистісному спілкуванні»

(за авторства В.В.Бойко)

Методика спрямована на виявлення рівня емоційної ефективності в спілкуванні та виявлення типу емоційних перешкод.

Серед емоційних бар'єрів В.В. Бойко виділяє п'ять підгруп: невміння управляти емоціями, неадекватний прояв емоцій, нерозвиненість емоцій, домінування негативних емоцій, небажання зближатися з людьми на емоційній основі.

Інструкція до опитувальника: «Прочитайте кожне судження і дайте на нього відповідь «так», якщо згодні з ним, або «ні», якщо не згодні».

Анкета.

1. Звичайно до кінця дня на моєму обличчі помітна утома.
2. Трапляється, що при першому знайомстві емоції заважають мені справити більш сприятливе враження на інших людей.
3. У спілкуванні мені часто бракує емоційності, виразності.
4. Мабуть, я здаюся оточуючим надто суворим.
5. Я в принципі проти того, щоб зображувати чемність, якщо цього робити не хочеться.
6. Я звичайно вмію приховати від інших людей спалахи емоцій.
7. Часто в спілкуванні з іншими я продовжую думати про щось своє.
8. Буває, я хочу виразити іншій людині емоційну підтримку (увагу, співчуття, переживання), але вона цього не відчуває.
9. Найчастіше в моїх очах або виразі обличчя видно заклопотаність.
10. У спілкуванні з іншими я намагаюся приховувати свої симпатії до них.
11. Всі мої неприємні переживання звичайно написані на моєму обличчі.

12. Якщо я захоплююся розмовою, то моя міміка стає зайво виразною.
13. Мабуть, я трохи скований, затиснутий.
14. Я звичайно перебуваю в стані нервової напруги.
15. Звичайно я почуваю дискомфорт, коли доводиться про щось домовлятися.
16. Іноді близькі люди кажуть мені: розслаб м'язи обличчя, не криви губи, не морщ обличчя і т.п.
17. Розмовляючи, я зайво жестикулюю.
18. Звичайно в новій ситуації мені важко бути розкутим, природним.
19. Мабуть, моє обличчя часто виражає сум або заклопотаність, хоча на душі спокійно.
20. Мені важко дивитися в очі при спілкуванні з малознайомою людиною.
21. Якщо я хочу, то мені завжди вдається приховати свою ворожість до поганої людини.
22. Мені часто чомусь буває весело без причини.
23. Мені дуже просто зробити різні вирази обличчя: зобразити сум, радість, переляк, розпач і т.д..
24. Мені говорили, що мій погляд важко витримати.
25. Мені щось заважає виражати теплоту, симпатію людині, навіть якщо я відчуваю ці почуття до неї.

Ключ до методики В.В. Бойко: за кожну відповідь «так» нараховується один бал.

Висновок про рівень емоційної ефективності в спілкуванні робиться, виходячи із суми набраних балів (вона може коливатися в межах від 0 до 25). Емоційні перешкоди об'єднані в п'ять груп. Якщо досліджуваний набрав 3 і більше балів по якій-небудь групі, то робиться висновок про наявність істотних «перешкод» у встановленні емоційних контактів.

«Перешкоди» у встановленні емоційних контактів	Номера запитань і відповіді
Невміння управляти емоціями, дозувати їх	+1, -6, +11, +16, -21
Неадекватний прояв емоцій	-2, +7, +12, +17, +22
Негнучкість, нерозвиненість, невизначеність емоцій	+3, +8, +13, +18, -23
Домінування негативних емоцій	+4, +9, +14, +19, +24
Небажання зближатися з людьми на емоційній основі	+5, +10, +15, +20, +25

Рівні емоційної ефективності у спілкуванні:

Невизначений (помилковий) рівень – 0-2 бали – досліджуваний погано бачить себе з боку або у своїх відповідях нещирий.

Високий рівень – 3-5 балів – емоції звичайно не заважають спілкуватися з іншими людьми.

Середній рівень – 6-8 балів – є деякі емоційні проблеми в повсякденному спілкуванні.

Низький рівень – 9-12 балів – емоції до деякої міри ускладнюють взаємодію з іншими людьми.

Дуже низький рівень – 13 і більше балів – емоції явно заважають встановлювати контакти з людьми.

Особливості реагування в конфліктній ситуації

(автор – К. Томас)

Інструкція до тесту. У кожній з поданих пар виберіть те судження, яке є найбільш типовим для вашої поведінки.

Відведений час – не більше 15-20 хвилин.

Типова карта методики наведена у таблиці 2.3 і включає наступні запитання:

Таблиця 2.3

Типова карта методики К. Томаса «Особливості реагування в конфліктній ситуації»

№ пари	№ твердження	Твердження
1	А	Іноді я надаю можливість іншим взяти на себе відповідальність за вирішення спірного питання.
	Б	Замість того, щоб обговорювати те, в чому ми розходимося, я стараюся звернути увагу на те, з чим ми обидва не згодні.
2	А	Я стараюся знайти компромісне рішення.
	Б	Я намагаюся улагодити справу з урахуванням інтересів іншого і моїх власних.
3	А	Зазвичай я настійливо прагну добитися свого.
	Б	Я стараюся заспокоїти іншого і, головним чином, зберегти наші відносини
4	А	Я намагаюся знайти компромісне рішення.
	Б	Іноді я жертвую своїми власними інтересами заради інтересів іншої людини.
5	А	Улагоджуючи спірну ситуацію, я весь час стараюся знайти підтримку у іншого.
	Б	Я намагаюся зробити все, щоб уникнути напруженості, від якої немає ніякої користі.
6	А	Я намагаюся уникнути виникнення прикрощів для себе.
	Б	Я намагаюся добитися свого.
7	А	Я намагаюся відкласти розв'язання спірного питання з тим, щоб згодом вирішити його остаточно.
	Б	Я вважаю за необхідне в чомусь поступитися, щоб домогтися іншого.

8	А	Зазвичай я наполегливо прагну домогтися свого.
	Б	Я насамперед стараюся ясно визначити те, в чому полягають всі порушені інтереси і питання.
9	А	Думаю, що не завжди варто хвилюватися через якісь розбіжності, що виникають.
	Б	Я роблю зусилля, щоб домогтися свого.
10	А	Я твердо прагну досягнути свого.
	Б	Я намагаюся знайти компромісне рішення.
11	А	Я насамперед стараюся ясно визначити те, в чому полягають всі порушені інтереси і питання.
	Б	Я стараюся заспокоїти іншого, і головним чином, зберегти наші відносини.
12	А	Часто я намагаюся не займати позицію, яка може викликати суперечки.
	Б	Я даю можливість іншому в чомусь залишитися при своїй думці, якщо він також іде мені назустріч.
13	А	Я пропоную середню позицію.
	Б	Я наполягаю, щоб було зроблено по-моєму.
14	А	Я повідомляю іншому свою точку зору і питаю про його погляди.
	Б	Я намагаюся показати іншому логіку і перевагу моїх поглядів.
15	А	Я стараюся заспокоїти іншого, і головним чином, зберегти наші відносини.
	Б	Я стараюся зробити все необхідне, щоб уникнути напруженості.
16	А	Я стараюся не зачепити почуттів іншого.
	Б	Я намагаюся переконати іншого в перевагах моєї позиції.
17	А	Зазвичай я наполегливо стараюся домогтися свого.
	Б	Я стараюся зробити все, щоб уникнути напруженості, від якої немає ніякої користі.
18	А	Якщо це зробить іншого щасливим, я дам йому можливість наполягти на своєму.
	Б	Я даю можливість іншому в чомусь залишитися при своїй думці, якщо він також іде мені назустріч.
19	А	Я, насамперед, стараюся ясно визначити те, в чому полягають всі порушені інтереси і спірні питання.
	Б	Я стараюся відкласти розв'язання спірного питання з тим, щоб згодом вирішити його остаточно.
20	А	Я намагаюся негайно подолати наші розбіжності.
	Б	Я стараюся знайти найкраще поєднання виграшів і втрат для нас обох.
21	А	Ведучи переговори, я стараюся бути уважним до бажань іншого.
	Б	Я завжди схильюся до прямого обговорення проблеми
22	А	Я намагаюся знайти позицію, яка знаходиться посередині між моєю позицією і точкою зору іншої людини.
	Б	Я відстоюю свої бажання.

23	А	Як правило, я заклопотаний тим, щоб задовольнити бажання кожного з нас.
	Б	Іноді я надаю можливість іншим взяти на себе відповідальність за розв'язання спірного питання.
24	А	Якщо позиція іншого здається йому дуже важливою, я постараюся піти назустріч його бажанням.
	Б	Я стараюся переконати іншого прийти до компромісу
25	А	Я намагаюся показати іншому логіку і перевагу моїх поглядів
	Б	Ведучи переговори, я стараюся бути уважним до бажань іншого.
26	А	Я пропоную середню позицію
	Б	Я майже завжди заклопотаний тим, щоб задовольнити бажання кожного з нас.
27	А	Часто уникаю займати позицію, яка може викликати суперечки.
	Б	Якщо це зробить іншого щасливим, я дам йому можливість наполягти на своєму.
28	А	Зазвичай я настійно прагну добитися свого.
	Б	Улагоджуючи ситуацію, я зазвичай стараюся знайти підтримку у іншого.
29	А	Я пропоную середню позицію.
	Б	Думаю, що не завжди варто хвилюватися через якісь розбіжності, що виникають.
30	А	Я стараюся не зачепити почуттів іншого.
	Б	Я завжди займаю таку позицію в спірному питанні, щоб ми спільно з іншою зацікавленою людиною могли домогтися успіху.

Обробка даних здійснюється за таким ключем:

<i>Питання</i>	<i>Суперництво</i>	<i>Співпраця</i>	<i>Компромiс</i>	<i>Уникнення</i>	<i>Прийняття</i>
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

По кожному з п'яти розділів опитувальника (суперництво, співробітництво, компроміс, ухилення, пристосування) підраховується кількість відповідей, що збігаються з ключем. Отримані кількісні оцінки порівнюються між собою для виявлення найбільш притаманної форми соціальної поведінки досліджуваних у ситуації конфлікту, тенденцію його взаємин у складних умовах.

Програма підвищення рівня комунікативної компетентності лікарів

Заняття 4. Ефективна передача інформації.

Мета: Забезпечити ясність і доступність пояснень для пацієнтів.

Структура заняття

1. Вступ: Чому важлива ефективна передача інформації? (15 хвилин)

Міні-лекція. Теми:

- Принципи структурування інформації: «простота, послідовність, адаптація до аудиторії»;

- Як уникати професійного жаргону.

Питання для дискусії: Як ви думаєте, що може бути причиною непорозумінь між лікарем і пацієнтом щодо медичної інформації?

2. Вправа: «Передача інформації у вигляді інструкції» (25 хвилин).

Мета: Вивчити основи простоти і ясності при передачі медичних інструкцій.

Інструкція: Учасники розбиваються на пари. Один партнер має дати іншому чіткі інструкції, як виконати нескладну задачу (наприклад, як правильно виміряти температуру за допомогою термометра). Одна з важливих умов: використовувати просту і зрозумілу мову, не вдаючись до складних термінів. Після виконання вправи кожна пара ділиться своїми враженнями: чи було легко зрозуміти інструкції? Що б ви змінили?

Обговорення: Які ключові аспекти зробили інструкції зрозумілими? Як ви пояснюєте своїм пацієнтам складні медичні процедури?

3. Техніка «5 етапів ефективної передачі інформації» (30 хвилин)

Мета: Ознайомити учасників з ефективною структурою передачі інформації.

Теми: «5 етапів ефективної передачі інформації»: простота і чіткість (використовувати прості, знайомі слова); підтримка активного слухання (переконатися, що пацієнт слухає та розуміє); активне уточнення (використовувати запитання для з'ясування рівня розуміння (наприклад, «Що ви зрозуміли з моїх слів?»)); зворотній зв'язок (підтвердження того, що інформація була почута і правильно інтерпретована); вибір належного формату (як подати інформацію в письмовому або візуальному вигляді – інструкції, схеми, діаграми).

Вправа «Медичні інструкції». Учасники працюють в малих групах і практикують передачу медичної інформації про поширені процедури або захворювання (наприклад, інструкції по прийому ліків або пояснення результатів аналізів).

Задача: подати інформацію так, щоб вона була зрозуміла навіть пацієнтам, які не мають медичної освіти.

4. Вправа: «Складні ситуації та методи уточнення» (25 хвилин)

Мета: Розвинути навички ефективної комунікації в складних ситуаціях.

Інструкція: Тренер демонструє короткі рольові ігри, де лікар не може отримати зрозумілу відповідь від пацієнта або родичів пацієнта (наприклад, пацієнт не може зрозуміти інструкцію по прийому ліків). Учасники повинні застосувати методи активного слухання та чіткої передачі інформації для з'ясування потреб і кроків для подолання проблеми.

Обговорення ситуацій: Як забезпечити пацієнту належну інформацію? Як уникнути непорозумінь?

5. Вправа: «Презентація інформації за допомогою візуальних засобів» (20 хвилин)

Мета: Навчитися ефективно використовувати візуальні засоби (схеми, картинки, діаграми) для полегшення розуміння складної інформації.

Інструкція: Учасники працюють в групах і отримують завдання підготувати презентацію для пацієнта, що стосується певної медичної проблеми (наприклад, пояснення, як працює імунна система або як

проходить реабілітація після операції). Всі групи мають включити схеми чи ілюстрації, які б допомогли пацієнту краще зрозуміти інформацію. Кожна група представляє свою презентацію та отримує зворотний зв'язок від інших учасників.

б. Рефлексія і підсумки заняття (15 хвилин).

Вправа «Що змінилося?»: Учасники діляться своїми враженнями від заняття, підсумовують, що саме вони б застосували в своїй роботі для поліпшення ефективної передачі інформації. Тренер підсумовує заняття: найважливіші принципи ефективної передачі медичної інформації та роль чіткої і зрозумілої комунікації в забезпеченні високоякісного медичного обслуговування.

Результати заняття:

- учасники зрозуміли важливість чіткої та правильно переданої інформації в медичному процесі;
- покращили навички ефективної передачі медичних інструкцій і роз'яснень;
- навчилися використовувати різноманітні методи для забезпечення належного рівня розуміння пацієнта, зокрема через візуальні засоби;
- розвинули здатність працювати з пацієнтами в умовах можливих складних ситуацій, де важлива чіткість і точність передачі інформації.

Заняття 5. Конфлікти у медичній практиці: профілактика та вирішення.

Мета: Навчити розпізнавати і конструктивно вирішувати конфлікти.

Структура заняття

1. Вступ: Причини конфліктів у медичній практиці (15 хвилин).

Міні-лекція. Теми:

- Основні причини конфліктів у робот лікаря;
- Методи врегулювання.

Обговорення: Як часто ви зустрічаєтеся з конфліктами у своїй практиці?
Які фактори найчастіше призводять до конфліктних ситуацій?

2. Типи конфліктів у медичній практиці (20 хвилин).

Теми:

- Конфлікти з пацієнтами: скарги на якість медичних послуг; нерозуміння щодо лікування та діагнозу; нереалістичні очікування пацієнта.

- Конфлікти з колегами: професійні розбіжності; недостатня координація та взаємодія.

- Конфлікти через зовнішні фактори: погана організація роботи медичних закладів; проблеми з доступністю медичних послуг.

Вправа «Аналіз типових конфліктів»: Учасники отримують короткі кейси з реальних ситуацій. Завдання – проаналізувати причини конфлікту і визначити, як можна було б їх уникнути.

Обговорення: Які з цих типів конфліктів вам знайомі? Як можна їх попередити чи вирішити?

3. Методи профілактики конфліктів (30 хвилин)

Мета: Ознайомити учасників із ефективними методами профілактики конфліктів у медичній практиці.

Теми:

- Профілактика через чітку і прозору комунікацію: важливість чіткого пояснення медичних процедур, ризиків і можливих наслідків; використання простих і зрозумілих термінів для пацієнтів; принципи активного слухання.

- Підтримка емоційного здоров'я пацієнтів і колег: як емоційна підтримка може запобігти конфлікту; стратегії для зниження стресу пацієнтів.

- Профілактика через навчання та взаємоповагу в колективі: підтримка здорових робочих відносин і відкритої комунікації між колегами; навчання управлінню стресом для медичних працівників.

Вправа «Стратегія профілактики»: Учасники працюють в групах і створюють план профілактики конфліктів на основі запропонованих методів.

Кожна група презентує свою стратегію, обговорюючи можливі труднощі у реалізації.

4. Методи вирішення конфліктів (30 хвилин).

Мета: Навчити учасників методам конструктивного вирішення конфліктів, які можуть виникати в медичній практиці.

Теми:

- Методи вирішення конфліктів з пацієнтами: активне слухання і співчуття; техніка «Я-повідомлень» (наприклад: «Я розумію, що ви засмучені, і готовий допомогти вирішити вашу проблему»); компроміс і пошук рішення, яке влаштовує обидві сторони.

- Методи вирішення конфліктів з колегами: відкриті та чесні розмови; техніки медіації в колективі; розподіл відповідальності і чітка рольова структура.

- Робота з агресією пацієнтів: як зберегти спокій та контролювати ситуацію; стратегії для деескалації конфлікту.

Вправа «Рольові ігри»: Учасники розігрують рольові ситуації, в яких потрібно вирішити конфлікт з пацієнтом або колегою (наприклад, пацієнт незадоволений результатами аналізів або лікар конфліктує з медсестрою). Після кожного розіграшу група аналізує дії учасників, що було зроблено правильно і що можна було б покращити.

5. Техніки управління стресом і емоціями (20 хвилин)

Мета: Навчити учасників технік для зниження стресу та керування емоціями під час конфліктів.

Теми: «Техніки релаксації та зниження стресу для медичних працівників», «Стратегії емоційного самоконтролю», «Як залишатися спокійним в напружених ситуаціях».

Вправа «Глибоке дихання та релаксація»: Учасники виконують кілька простих вправ для зниження стресу, таких як глибоке дихання, прогресивна м'язова релаксація або медитація.

Обговорення: Як ці техніки можуть допомогти вам при вирішенні конфліктів?

6. Рефлексія та підсумки заняття (10 хвилин).

Вправа «План дій»: Учасники повинні відповісти на питання: Як ви будете використовувати отримані знання в своїй практиці? Які методи вирішення конфліктів вам здаються найбільш корисними?

Тренер підсумовує заняття: основні принципи профілактики конфліктів: ефективна комунікація, емоційна підтримка, відкритість у взаємодії з пацієнтами та колегами; найважливіші методи вирішення конфліктів: активне слухання, компроміс, пошук конструктивних рішень.

Результати заняття:

- учасники навчилися розпізнавати основні причини конфліктів у медичній практиці;
- покращили навички профілактики конфліктів через ефективну комунікацію;
- ознайомились з методами конструктивного вирішення конфліктів і зниження стресу;
- розвинули здатність працювати з емоціями як пацієнтів, так і колег.

Заняття 6. Робота з важкими пацієнтами та їх родичами

Мета: Підготувати лікарів до спілкування з емоційно складними пацієнтами.

Структура заняття

1. Вступ: Що робити з важкими пацієнтами та їх родичами? (15 хвилин)

Міні-лекція. Теми:

- Стратегії для роботи з агресивними чи тривожними пацієнтами;
- Як справлятися зі своїми емоціями під час стресових ситуацій.

Обговорення: Які ситуації у вашій практиці можна вважати важкими? Як ви зазвичай реагуєте на такі ситуації?

2. Розпізнавання та управління емоціями (30 хвилин)

Мета: Навчити лікарів розпізнавати емоційні стани пацієнтів та їх родичів і адекватно реагувати на них.

Теми:

- Емоційні стани пацієнтів: страх (від невідомого, від лікування, від болю); гнів і агресія (як форма захисту або через нерозуміння ситуації); смуток і депресія (відчуття безнадійності через хворобу);

- Емоційні стани родичів: занепокоєння, страх втрати, невизначеність; гнів на медичний персонал через непорозуміння або погане самопочуття пацієнта; потреба в підтримці та заспокоєнні;

- Техніки управління емоціями: збереження спокою та емоційної дистанції; вміння заспокоїти пацієнта і родичів; використання підтримуючої мови (наприклад, «Я вас чую, я розумію, це складно»); методи релаксації для пацієнтів і родичів.

Вправа «Розпізнавання емоцій»: Учасники отримують короткі сценарії різних емоційних ситуацій і мають визначити, який емоційний стан домінує в кожному випадку. Потім обговорюють, як краще реагувати.

3. Техніки активного слухання в роботі з важкими пацієнтами та родичами (30 хвилин)

Мета: Показати важливість активного слухання для побудови довірчих відносин із пацієнтами та родичами.

Теми: «Основи активного слухання: зосереджена увага на тому, що говорить пацієнт або родич; використання невербальних засобів комунікації (погляд, кивок головою, зацікавленість у розмові); уточнення та перефразування (наприклад, «Ви хочете сказати, що...»); «Важливість слухати без перебивань: Не поспішайте дати відповідь, дайте людині час висловити свою думку»; «Емпатія та підтримка: Як показати співчуття через слова і дії».

Вправа «Слухаємо активно»: Учасники працюють в парах. Один з учасників грає роль пацієнта, а інший – лікаря. Пацієнт висловлює свої

переживання, лікар повинен активно слухати і підтримувати. Потім роль пацієнта та лікаря змінюються.

Обговорення: Як вам було слухати активно? Чи відчували ви, що співрозмовник дійсно вас чує?

4. Робота з агресією та іншими складними емоціями (25 хвилин)

Мета: Навчити лікарів працювати з агресивними пацієнтами і родичами, а також з іншими складними емоціями (страх, паніка, сум).

Теми:

- Причини агресії у пацієнтів: біль, страх, незадоволення станом здоров'я, затримки в лікуванні; страх перед невідомим (наприклад, перед складною операцією);

- Методи деескалації агресії: залишайтеся спокійними та ввічливими; використовуйте короткі, спокійні фрази: «Я розумію, що вам важко, але давайте поговоримо спокійно»; уникайте відповідей на агресію агресією; забезпечення пацієнта почуттям контролю (якщо це можливо);

- Методи роботи з панікою: глибоке дихання, спокійний голос; підтримка за допомогою простих фраз: «Все буде добре, ми з вами.»

- Підтримка родичів: слухання їхніх переживань та страхів; пояснення процесу лікування та відповіді на питання.

Вправа «Рольові ігри з агресією»: Учасники працюють у групах, розігруючи сценарії конфліктних ситуацій із пацієнтами або родичами. Один учасник грає роль агресивного пацієнта, інший – лікаря, який має заспокоїти і підтримати.

5. Робота з родичами пацієнтів (20 хвилин).

Мета: Навчити лікарів ефективно комунікувати з родичами пацієнтів, зберігаючи співчуття і професіоналізм.

Теми:

- Інформування родичів: Як пояснити складну ситуацію (наприклад, серйозний діагноз пацієнта) так, щоб родичі зрозуміли і могли адекватно реагувати;

- Підтримка родичів: Як підтримати емоційно, дати їм зрозуміти, що вони не залишені без уваги;

- Управління очікуваннями родичів: Як допомогти їм зрозуміти реалії лікування та можливі ризики.

Вправа «Інформування родичів»: Учасники розігрують ситуацію, в якій лікар пояснює родичам пацієнта важливу медичну інформацію (наприклад, про важкий діагноз). Задача – передати інформацію співчутливо, але чітко.

б. Рефлексія та підсумки заняття (10 хвилин)

Вправа «Що я взяв для себе?»: Учасники діляться, що нового вони дізналися і як планують застосувати ці знання в практиці.

Підсумки тренера: підкреслення важливості емпатії, активного слухання, стійкості до стресу; використання отриманих знань для покращення взаємодії з важкими пацієнтами та їх родичами.

Результати заняття:

- учасники навчилися розпізнавати складні емоційні стани пацієнтів та родичів і ефективно з ними працювати;

- покращили навички активного слухання та комунікації в складних ситуаціях;

- ознайомились з методами деескалації агресії та паніки, що дозволяє зберегти контроль у кризових ситуаціях;

- розвинули емоційну стійкість, що дозволяє ефективно працювати з важкими пацієнтами та їх родичами.

Заняття 7. Міжпрофесійна комунікація в команді.

Мета: Покращити взаємодію між лікарями та іншими медичними працівниками.

Структура заняття

1. Вступ: Що таке міжпрофесійна комунікація? (15 хвилин)

Міні-лекція:

- Принципи ефективної роботи в команді;

- Як давати і приймати конструктивний зворотний зв'язок.

Обговорення: Як ви взаємодієте з іншими спеціалістами? Які труднощі виникають під час комунікації в команді?

2. Основи ефективної міжпрофесійної комунікації (30 хвилин)

Мета: Навчити основним принципам комунікації, які сприяють успішній взаємодії у медичній команді.

Теми:

- Чіткість та точність: Як важливо чітко та лаконічно передавати інформацію між членами команди, щоб уникнути непорозумінь;

- Активне слухання: Роль слухання в міжпрофесійній комунікації, щоб правильно розуміти потреби інших членів команди та реагувати на них;

- Поважне ставлення: Як підтримувати атмосферу взаємної поваги, навіть коли між фахівцями є різні точки зору;

- Підтримка конструктивного зворотного зв'язку: Як надавати та отримувати зворотний зв'язок без шкоди для стосунків у команді;

- Важливість регулярних нарад та обговорень: Як планування та обговорення поточної роботи на регулярних нарадах може допомогти в координації дій.

Вправа «Модель чіткої комунікації»: Учасники обирають конкретну ситуацію (наприклад, необхідність термінового втручання в стан пацієнта) і намагаються передати повідомлення іншим членам команди чітко і лаконічно, уникаючи зайвих слів та непорозумінь.

Обговорення: Як ви зазвичай передаєте важливу інформацію колегам? Як покращити комунікацію?

3. Командна робота в стресових ситуаціях (30 хвилин).

Мета: Навчити лікарів та інших медичних працівників ефективно працювати разом в умовах стресу, наприклад, при надзвичайних ситуаціях або важких діагнозах.

Теми:

- Роль стресу в міжпрофесійній комунікації: Як стрес впливає на якість

комунікації, що може призвести до помилок;

- Методи збереження спокою: Як лікарям та іншим членам команди зберігати спокій в критичних ситуаціях;

- Розподіл ролей у стресових ситуаціях: Як чітко визначити, хто за що відповідає під час надання допомоги, щоб уникнути хаосу;

- Важливість коротких та чітких інструкцій: Як передавати важливу інформацію швидко і без плутанини.

Вправа «Рольова гра в стресовій ситуації»: Учасники розігрують ситуацію, в якій необхідно швидко організувати командну роботу, наприклад, при серцевому нападі або важкому травмуванні пацієнта. У кожного учасника своя роль, і завдання – швидко та ефективно обмінюватися інформацією.

4. Конфлікти в команді: як їх запобігти та вирішувати (30 хвилин)

Мета: Навчити лікарів вирішувати конфлікти, які можуть виникати між членами медичної команди.

Теми:

- Причини конфліктів у медичній команді: Різниця в поглядах на лікування, суперечки через недостатність ресурсів або невдоволення роллю в команді;

- Запобігання конфліктам: Як створити середовище, де поважають думку кожного члена команди, як ефективно розподіляти обов'язки;

- Методи вирішення конфліктів: комунікація за допомогою «Я»-повідомлень (наприклад, «Я відчуваю, що ця ситуація створює напруження...»); переговори і пошук компромісу; залучення медіатора для вирішення конфліктів у разі необхідності.

- Роль лідера в команді: Як лідер команди може допомогти вирішити конфлікт, підтримуючи співпрацю і взаєморозуміння.

Вправа «Розв'язання конфлікту в команді»: Учасники розігрують рольову гру, де один є лідером, а інші — членами команди. Створюється

ситуація конфлікту, і завдання лідера – організувати конструктивне вирішення ситуації, використовуючи методи вирішення конфліктів.

5. Підсумки та рефлексія (15 хвилин).

Обговорення: Що нового ви дізналися про міжпрофесійну комунікацію? Як ви плануєте використовувати отримані знання у своїй практиці? Які труднощі можуть виникати в процесі комунікації в команді, і як ви будете їх долати?

Зворотній зв'язок: Учасники діляться враженнями та дають відгуки про заняття, що допоможе вдосконалити наступні тренінги.

Результати заняття:

- учасники зрозуміли важливість міжпрофесійної комунікації для покращення результатів лікування;
- покращили навички активного слухання, чіткої передачі інформації та розв'язання конфліктів у команді;
- навчилися зберігати спокій у стресових ситуаціях і ефективно працювати в умовах криз;
- ознайомились з методами запобігання та вирішення конфліктів у команді, що дозволить покращити атмосферу в медичному колективі.

Заняття 8. Завершення програми. Оцінка результатів і зворотний зв'язок.

Мета: Узагальнити отримані знання і визначити напрямки подальшого розвитку.

Структура заняття

1. Вступ: Мета завершення програми (10 хвилин).

Міні-лекція. Теми:

- Оцінка власних комунікативних навичок.
- Як застосовувати отримані навички у щоденній практиці.

Обговорення: Що важливо дізнатися про ефективність тренінгу? Як оцінити, чи досягнуті цілі програми?

2. Оцінка результатів навчання (30 хвилин)

Метод 1: Анкета самооцінки. Учасники заповнюють анкету, в якій оцінюють свої досягнення за різними аспектами: Наскільки впевнено я використовую навички активного слухання? Як змінились мої підходи до вирішення конфліктів? Які стратегії комунікації я застосовував у стресових ситуаціях? Як я оцінюю свою здатність до емпатії в роботі з пацієнтами та колегами?

Порівняння результатів до початку тренінгу та після завершення.

Метод 2: Оцінка за допомогою кейс-стаді. Учасники аналізують кілька коротких кейсів, що імітують реальні ситуації, в яких їм доведеться застосувати отримані навички. Кожен учасник дає свою оцінку, як би він вирішив проблему, використовуючи методи комунікації, що були опрацьовані впродовж програми.

Метод 3: Групова дискусія. Учасники обговорюють, які навички були для них найбільш корисними, які вони застосовували найчастіше, і де вони відчують потребу в додатковому навчанні.

Оцінка змін у командній взаємодії та в покращенні спілкування з пацієнтами і колегами.

3. Зворотний зв'язок: Як програма допомогла учасникам (30 хвилин).

Збір зворотного зв'язку через анкету. Анкета для учасників, що охоплює наступні питання: Які теми були для вас найбільш корисними? Що вам було важко освоїти? Які методи тренінгу виявились найбільш ефективними? Як ви оцінюєте організацію і структуру програми? Що б ви змінили в програмі тренінгу?

Обговорення результатів зворотного зв'язку: тренер зачитує деякі зворотні відгуки учасників, обговорюючи особливості відгуків та їх важливість для вдосконалення програми. Важливо наголосити на конструктивних пропозиціях і визначити напрямки для покращення в майбутньому.

4. Саморефлексія учасників (30 хвилин).

Вправа «Мій шлях»: Кожен учасник складає короткий план розвитку своїх комунікативних навичок на найближчі кілька місяців: Які конкретні навички я хочу покращити? Як я буду їх розвивати? Як я буду вимірювати свої досягнення?

Учасники обговорюють свої плани з групою, що дозволяє отримати підтримку і поради від колег.

Завдання для рефлексії: поділитися думками, як змінився підхід до комунікації з пацієнтами і колегами після проходження тренінгу; визначити конкретні ситуації, де учасники вже застосували нові навички і отримали позитивні результати.

5. Підсумки заняття: Завершення програми (20 хвилин).

Загальний підсумок: Тренер підсумовує основні теми програми і те, як вони допомогли покращити комунікацію та взаємодію в медичній команді. Підкреслює важливість постійного самовдосконалення в професійній діяльності лікаря, оскільки комунікація є невід'ємною частиною медичної практики.

Вручення сертифікатів учасникам: Відзначення кожного учасника за їхню активність, намагання і прогрес в освоєнні нових навичок.

Підсумкове слово: Тренер висловлює вдячність за участь у програмі та за готовність до розвитку своїх професійних здібностей. Заохочує учасників звертатися з питаннями або порадами в процесі практичної роботи.

Результати заняття:

- учасники оцінять свої досягнення та визначать наступні кроки для подальшого розвитку;
- отримають зворотний зв'язок, який допоможе зрозуміти сильні та слабкі сторони тренінгу;
- встановлюють індивідуальні цілі для покращення своїх комунікативних навичок у професійній діяльності;
- формують позитивну мотивацію до постійного вдосконалення комунікативної компетентності.