

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Західноукраїнський національний університет
Факультет економіки та управління
Кафедра менеджменту, публічного управління та персоналу

РОСОЛОВСЬКИЙ Олексій Олексійович

**Врегулювання міжособистісних конфліктів в
трудоному колективі закладу охорони здоров'я. /
Interpersonal conflict resolution in the workforce of
a health care institution**

спеціальність: 073 - Менеджмент
освітньо-професійна програма - Менеджмент закладів охорони здоров'я

Кваліфікаційна робота

Виконав студент групи
МЗОЗм-21
О. О. Росоловський

Науковий керівник:
д.е.н., професор, Г. Л.
Монастирський

Кваліфікаційну роботу
допущено до захисту:

"__" _____ 20__ р.

Завідувач кафедри
_____ **М. М. Шкільняк**

ТЕРНОПІЛЬ - 2023

ЗМІСТ

ВСТУП

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВРЕГУЛЮВАННЯ КОНФЛІКТІВ У ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Поняття конфлікту, його види та причини виникнення

1.2. Специфіка конфліктів в організаціях охорони здоров'я

Висновки до розділу 1

РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СИСТЕМИ ВРЕГУЛЮВАННЯ МІЖОСОБИСТІСНИХ КОНФЛІКТІВ У ТРУДОВОМУ КОЛЕКТИВІ КОМУНАЛЬНОГО НЕКОМЕРЦІЙНОГО ПІДПРИЄМСТВА «КРЕМЕНЕЦЬКА ОПОРНА ЛІКАРНЯ» КРЕМЕНЕЦЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ

2.1. Характеристика морально-психологічного клімату та особливостей його формування в колективі медичного закладу

2.2. Оцінка морально-психологічного клімату в КНП «Кременецька опорна лікарня» Кременецької міської ради

2.3. Оцінка технологій управління міжособистісними конфліктами в трудовому колективі досліджуваного закладу охорони здоров'я

Висновки до розділу 2

РОЗДІЛ 3. НАПРЯМКИ МОДЕРНІЗАЦІЇ СИСТЕМИ ВРЕГУЛЮВАННЯ МІЖОСОБИСТІСНИХ КОНФЛІКТІВ В ТРУДОВОМУ КОЛЕКТИВІ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Моделювання врегулювання міжособистісних конфліктів в трудовому колективі закладу охорони здоров'я

3.2. Напрямки формування позитивного морально-психологічного клімату в трудовому колективі медичного закладу як передумови запобігання виникненню конфліктних ситуацій

Висновки до розділу 3

ВИСНОВКИ

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

ВСТУП

Актуальність теми. Галузь охорони здоров'я є однією з найбільш соціально значимих сфер функціонування кожної країни. Особливого соціального значення в цій галузі набуває проблема конфліктів, як наслідок доволі тісних взаємовідносин медичних працівників і пацієнтів.

Чинники виникнення конфліктів можуть бути як зовнішні (притаманні всьому суспільству, що живе в кризовий період), так і внутрішні (нереформована система охорони здоров'я із мізерним фінансуванням та знеціненням професії медичного працівника). Однією з причин конфлікту в будь-якому медичному закладі є непорозуміння між медичними працівниками і пацієнтами.

Успішне професійне спілкування медичного працівника з пацієнтом побудоване на вмінні розпізнати соціальний контекст ситуації, зрозуміти вербальну і невербальну інформацію, правильно інтерпретувати поведінку і особливості пацієнтів. На основі отриманих даних медичний працівник прогнозує можливі негативні зміни поведінки пацієнта, які пов'язані із захворюванням і лікуванням.

Уміння спілкуватись з хворими належить до найцінніших якостей медичного працівника будь-якої медичної спеціальності і визначає ефективність лікувально-діагностичного процесу, ступінь задоволеності пацієнта наданою йому допомогою, а також оцінку професійності фахівця.

Одним із показників надання якісної медичної допомоги є відсутність конфліктів між пацієнтом та медичними працівниками. Нині медичну допомогу сприймають як послугу, яку надає заклад охорони здоров'я. Тому цілком логічно, що пацієнт, прийшовши на консультацію або розпочавши лікування, має певні очікування, тобто створює ідеалізований образ медичних працівників та лікувального процесу загалом. Зі свого боку, медичний працівник теж має певні очікування щодо того, як хворий має поводитись, як він реагуватиме на запропоноване лікування. Ці уявлення ґрунтуються на

життєвому досвіді кожного з них та соціальних нормах. Невідповідність між реальністю та очікуваннями дуже часто стає причиною конфліктів.

Пацієнти можуть виражати незадоволення організацією медичної допомоги, кваліфікацією медичного персоналу, відсутністю необхідного обладнання, санітарними умовами у закладі тощо. При цьому досить часто конфлікти виникають саме на психологічному рівні і пов'язані з поведінкою кожної із сторін.

Ступінь висвітлення в літературі. Сьогодні питання конфліктів, що виникають із цивільних правовідносин, зокрема у сфері надання (отримання) медичних послуг, набуває особливої актуальності та привертає все більше уваги науковців. Різноманітні аспекти конфліктів та стресових ситуацій стали предметом дослідження таких вітчизняних та закордонних науковців: Ю.В. Розмана, О.В. Белінської, О.Н. Іванової, Г.А. Жиліна, О.М. Спектор, О.В. Кпименко, Н.М. Крестовської, Н.Л. Бондаренко-Зелінської, С.В. Антонова, С.І. Калашнікової, Т.Л. Желюк, М.М. Шкільняка, Г.Л. Монастирського.

Метою кваліфікаційної роботи є узагальнення теоретичних засад та вироблення практичних рекомендацій щодо врегулювання міжособистісних конфліктів у трудовому колективі закладу охорони здоров'я.

Досягнення поставленої мети передбачає вирішення наступних **завдань**:

- дослідження поняття конфлікту, виокремлення його видів та класифікація причин виникнення;
- визначення специфіки конфліктів і стресових ситуацій в організаціях охорони здоров'я;
- проведення оцінки морально-психологічного клімату в КНП «Кременецька опорна лікарня» Кременецької міської ради;
- здійснення аналізу причин виникнення конфліктів та стресових ситуацій в КНП «Кременецька опорна лікарня» Кременецької міської ради;
- розробка напрямків удосконалення системи управління конфліктами та стресовими ситуаціями в організаціях охорони здоров'я.

Об'єктом дослідження є процес управління конфліктами в організаціях охорони здоров'я, зокрема в КНП «Кременецька опорна лікарня» Кременецької міської ради.

Предметом дослідження в є функціональні механізми управління міжособистісними конфліктами в організаціях охорони здоров'я, зокрема в КНП «Кременецька опорна лікарня» Кременецької міської ради.

При написанні кваліфікаційної роботи використовувалися насамперед загальнонаукові **методи дослідження**, зокрема: метод системного аналізу, структурного аналізу, факторного аналізу, метод моделювання тощо.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що основні теоретичні та науково-практичні положення й рекомендації автора можуть бути використані під час підготовки проєктів законодавчих та інших нормативно-правових актів, які становлять інституційно-правове забезпечення модернізації публічного управління на регіональному рівні.

Апробація. Результати роботи апробовані на Всеукраїнській науково-практичній Інтернет-конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах інноваційного розвитку економіки» та опубліковані в збірнику матеріалів доповідей цієї конференції (Тернопіль, травень 2023 року) та на науково-практичній конференції студентів та молодих вчених з міжнародною участю «Актуальні проблеми економіки, підприємництва та управління на сучасному етапі» та опубліковані в збірнику матеріалів доповідей цієї конференції (Тернопіль, листопад 2023 року).

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВРЕГУЛЮВАННЯ КОНФЛІКТІВ У ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Поняття конфлікту, його види та причини виникнення

Робота в команді останнім часом стала однією з найбільш затребуваних компетенцій на ринку праці. Сьогодні команди відіграють ключову роль у підвищенні ефективності та функціонуванні бізнесу. Особливо в сучасному турбулентному економічному середовищі організація, яка може ефективно використовувати командну роботу, може ефективно об'єднувати ресурси, виявляти нові можливості та загрози. Тому правильна побудова ефективної команди є ключовим завданням для менеджерів. Однак команда складається з людей, які часто мають різні підходи та цілі, що може призвести до конфліктів.

«Конфлікт на роботі може виникнути через низку причин, зокрема через відмінності в характерах, розбіжності в стилях роботи та цілях, або ж внаслідок кризи довіри, складності проекту, поганої командної комунікації чи соціальних механізмів у команді. Незалежно від причин, конфлікт може мати негативний вплив на команду та окремих людей, які її складають. Він призводить до зниження продуктивності працівників і компанії в цілому, дестабілізації колективу або порушень у функціонуванні організації» [70, с. 93]. Тому важливо розуміти, які соціальні механізми призводять до командних конфліктів і як їм можна запобігти. Тому метою цієї статті є визначення соціальних механізмів, присутніх у команді, які можуть впливати на виникнення та динаміку конфлікту. Стаття має концептуально-теоретичний характер. Вона охоплює сутність конфлікту, окремі соціальні механізми, які можуть визначати виникнення та перебіг конфлікту, а також огляд досліджень, що ілюструють взаємозв'язок між соціальними механізмами та конфліктом.

Поняття конфлікту походить від латинського слова *confligo* і розуміється як зіткнення, боротьба, зіткнення. В академічному дискурсі існує

велика кількість визначень конфлікту. Під конфліктом розуміють «складну ситуацію, в якій інтереси, цілі, бажання індивідів перебувають під загрозою. Під час конфлікту його учасники зазвичай переживають негативні емоції, які негативно впливають на атмосферу в колективі» [25, с. 163-164]. У літературі спостерігаються розбіжності у визначенні цього поняття. Конфлікт розглядається як зіткнення думок, бажань, цілей, які залежать від людських соціальних першопричин і вихідних обставин [65, с. 156]. У таблиці 1 представлено огляд визначень конфлікту.

Таблиця 1

Визначення конфлікту

Автор	Визначення
І. Ронкілло, В.Л. Елліс, Т.Д. Тоні-Батлер (2022)	Конфлікт - це незгода або розбіжність у поглядах між людьми, яка може бути потенційно шкідливою для будь-якої організації. На робочому місці він часто пов'язаний з особистими інтересами, сприйняттям або цілями, які протиставляються інтересам, сприйняттю або цілям групи чи команди
С. Мізер (2022)	Конфлікт спричиняє непослідовність в організації. Це призводить до затримок у прийнятті рішень, розбіжностей в організаційних цілях, високої плинності кадрів, зниження мотивації працівників, надмірного споживання енергії, що обмежує здатність досягати цілей і знижує організаційну ефективність
Г. Труфанов (2021)	Автор дотримується позитивно-функціональної теорії конфлікту та стверджує, що конфлікт в організації - це особлива ситуація отримання інформації про можливості вдосконалення системи, яку слід розглядати як потенційний момент розв'язання протиріч і таким чином руху до прогресу
Д.І. Акінтайо, А.Т. Аджакає, А.Р. Балогун (2019)	Конфлікт - це діяльність, яка виникає через якусь розбіжність. Іноді об'єктом конфлікту є різні моделі поведінки, прийняті членами організації. Конфлікти можуть виникати через суперечливі цілі та інтереси, а їхні наслідки можуть погіршити роботу організації
Е. Гмуржинська, Р. Морек (2018)	Форма конкуренції між людьми або групами. Це ситуація, в якій дві або більше взаємозалежних особи сперечаються за обмежені ресурси або переслідування інтересів, які є - або здаються - непримиренними
Я. Кісельницький (2017)	Конфлікт інтересів, несумісність поглядів на те, як приймати рішення щодо реалізації проекту, що призводить до зіткнень, розбіжностей щодо цінностей або способів роботи в широкому діапазоні його наслідків. Свідчить про наявність різних інтересів окремих учасників команди

Джерело: власна розробка на основі [61, с. 1; 62, с. 458; 83, с. 14-23].

Конфлікт - знайоме явище. Він може виникати на робочому місці, в сім'ї, між друзями та в багатьох інших ситуаціях. Конфлікт може бути викликаний стресом, особистісними особливостями людини, незадоволеними потребами та непорозуміннями. Усі ці елементи можуть призвести до виникнення конфліктної ситуації.

Як правило, конфлікти асоціюються з чимось негативним, але в деяких ситуаціях вони можуть мати і позитивний ефект. Тому в разі виникнення конфлікту в організації повинен бути керівник або член організації, який має здатність належним чином управляти конфліктом.

У літературі можна виокремити три основні підходи до конфлікту:

- традиційний підхід;
- підхід школи людських відносин;
- інтеракціоністський підхід.

Традиційний підхід розглядає конфлікт як марне і шкідливе для організації явище. Крім того, вважається, що конфлікт виникає тоді, коли менеджери не можуть належним чином керувати організацією, а також неадекватно інформувати працівників про спільні інтереси. Згідно з цією точкою зору, ці помилки повинні бути усунені для того, щоб організація функціонувала безперебійно. Згідно з поглядом, притаманним школі людських відносин, конфлікт є неминучим явищем, його не можна усунути. Конфлікти не можна приховувати, слід досліджувати їх джерела, передбачати їх наслідки та шукати шляхи їх ефективного вирішення. З іншого боку, інтерактивний підхід полягає у заохоченні конфліктів. Передбачається, що менеджмент повинен утримувати конфлікт на помірному рівні. Вважається, що під час такого конфлікту група є більш креативною порівняно з групою, де нічого не відбувається.

Розглядаючи класифікацію конфліктів, які можуть виникати в організації, виділяють такі: конфлікт, пов'язаний із завданнями, поставленими перед працівником, міжособистісний конфлікт та конфлікт, що виникає на рівні "профспілка - керівництво". Останній тип конфлікту є найпоширенішим

в організаціях. Конфлікт також можна поділити на реалістичний та нереалістичний. Перший розглядається як інструмент для вирішення реально існуючої проблеми, тоді як нереалістичний конфлікт передбачає пошук об'єкта, на якому можна виплеснути свої негативні емоції. Безперечно, відсутність конфліктів на робочому місці сприятиме більшій ефективності та продуктивності праці, а також дозволить працівникам зосередити свою увагу та енергію на виконанні посадових обов'язків.

Багато дослідників розглядали детермінанти конфлікту. Більшість з них аналізували його деструктивну природу. Доведено, що з ескалацією конфлікту кожна сторона займає оборонну позицію, відстоюючи свої причини. Труднощі у прийнятті суб'єктивності іншої сторони посилюються. Посилюються негативні емоції та труднощі у відкритій комунікації.

Конфлікт є динамічним явищем. На першій фазі сторони усвідомлюють протиріччя, потім напруга зростає і переходить у ворожість, на третій фазі відбувається найвища напруга. У четвертій фазі конфлікту відбувається охолодження і заспокоєння емоцій. У цій фазі одна зі сторін намагається вжити заходів, спрямованих на вирішення ситуації. П'ята фаза характеризується ліквідацією конфлікту і досягненням згоди між сторонами. У літературі виділяють також шосту фазу - на якій конфлікт не вирішується. Конфлікту можна запобігти, якщо вчасно втрутитися і негайно спробувати з'ясувати порушення або непорозуміння. Важливо пам'ятати, що спроби вирішити конфлікт у момент найвищого емоційного напруження будуть приречені на провал.

Пишучи про виклики конфліктів в організаціях, варто зазначити, що працівникові часто доводиться виконувати надзвичайно різні ролі, що вимагають різних якостей і навичок. Тому, як правило, він чи вона краще справляється з однією з цих ролей. Наприклад, люди з пасивним характером, які прагнуть стабільності та спокою, найкраще працюватимуть в місіонерських організаціях. І навпаки, люди з активним характером, які

зосереджені на змінах і розвитку, як правило, краще працюють у проектних організаціях.

У пошуку причин конфлікту варто також звернути увагу на життєвий цикл організації, тобто на те, чи перебуває вона на етапі виходу на ринок або виходу з нього, що може бути пов'язано із загрозою скорочення штату. Розкриваючи причини конфліктів, які мають міжособистісний характер, можна згадати особистість членів команди, неправильну атрибуцію або погану комунікацію. У випадку людей з конфліктними особистісними рисами, вони можуть поглинати увагу і заважати зосередитися на завданнях колег. З іншого боку, конфлікт, спричинений неправильною атрибуцією, виникає тоді, коли інтереси одного працівника порушуються, і він робить висновок, що хтось діяв на шкоду його інтересам. Результатом може бути конфлікт дуже високої інтенсивності. Конфлікт пов'язаний з поганою комунікацією та поганою циркуляцією інформації. Мультикультуралізм також може бути причиною конфлікту. Вона може впливати на проблеми комунікації в колективі, несприйняття потреб та очікувань колег, брак довіри, поваги та розуміння, а також стереотипне сприйняття людей з інших культур. Це також може бути пов'язано з відмінностями у способах ведення розмов, сприйнятті тиші, часу та підходах до особистого простору.

1.2. Специфіка конфліктів в організаціях охорони здоров'я

В епоху динамічних змін кожна компанія прагне мати команди, здатні впоратися з будь-яким викликом. Команда - це сукупність людей, яка прагне досягти певної конкретної мети. Це сукупність індивідів, пов'язаних між собою взаємозалежностями, які призводять до виконання запланованих дій. Кожна команда прагне бути ефективною в тому, що вона робить, досягати запланованих цілей, відчувати задоволення від результатів. Ефективність зазвичай вимірюється так званими жорсткими критеріями: кількістю виробленої продукції, наданих послуг, розміром отриманого прибутку або

досягнутими цілями. Дослідження соціальних психологів показують, що існує взаємозв'язок між ефективністю та розміром команд. Залученість працівників зростає в невеликих командах: команди з 4-6 осіб, як правило, більш ефективні при проведенні дискусій або при вирішенні проблем.

Важливим соціальним механізмом запобігання конфліктам є відчуття спільності, яке супроводжує членів команди. Відчуття інтеграції навколо спільних цілей і цінностей покращує робочу атмосферу і зменшує схильність членів команди до демонстрації власних індивідуальних цілей. Опосередковано це означає, що при формуванні команд варто відбирати працівників не лише на основі їхніх знань, але й з урахуванням ставлення та схильності до роботи в команді. Організаційне лідерство також має велике значення для запобігання конфліктам. Керівник команди повинен бути насамперед відкритим до своїх співробітників, їхніх потреб та очікувань. Крім того, від лідера очікують навичок правильного підбору членів команди, делегування завдань, мотивації, вирішення конфліктів, що виникають у команді, та налагодження належної комунікації.

У процесі командної роботи виявляється низка механізмів, характерних для групової динаміки, які можуть мати негативний вплив на ефективність роботи групи і - часто опосередковано - підвищувати ризик виникнення конфліктів. Прикладами таких соціальних явищ є конформізм, синдром групового мислення та соціальне марносластво. Конформізм визначається як нерerefлексивний конформізм членів колективу, підпорядкування цінностям і поглядам, що панують у групі. Це явище передбачає відмову від власної поведінки заради того, щоб відповідати групі. Конформістська поведінка характеризується відмовою від власної думки, коли виявляється, що група має іншу думку, відмовою від обговорення своєї ідеї, коли інші члени команди висловлюють несхвалення, а також страхом бути виключеним групою за інакші погляди. Конформізм змушує людей діяти всупереч тому, що вони думають і відчувають, або взагалі перестати думати самостійно, вважаючи, що комфортніше і безпечніше прийняти погляди і моделі поведінки більшості як

свої власні. Керуючись своєрідною інтелектуальною лінійю, вони повторюють думки та оцінки, сформульовані більшістю. Причиною конформістської поведінки може бути низька самооцінка працівника та/або невпевненість у власній професійній компетентності. Це також опосередковано свідчить про відсутність психологічної безпеки працівників. Психологічна безпека - це стан, в якому працівники знають, що вони можуть висловлювати свою думку без ризику соціального покарання, наприклад, виключення з колективу, навіть якщо їхня думка не збігається з думкою більшості.

Синдром групового мислення - ще одне небезпечне явище, яке може виникнути під час командної роботи. Воно виникає тоді, коли для членів команди важливіше зберегти єдність команди, ніж істина та об'єктивно існуючі факти. Синдром групового мислення можна розпізнати за тим, що члени команди переконані у своїй правоті, а інформація, яка не збігається з думкою команди, не береться до уваги та ігнорується. Крім того, команда чинить тиск на осіб, які мають іншу думку з того чи іншого питання. Як наслідок, такі особи не хочуть висловлюватися і не діляться своїми сумнівами та ідеями.

У контексті теми кваліфікаційної роботи важливим соціальним явищем є соціальне марнославство, яке символічно позначається як $1+1+1+1+1=3$. Це означає, що ефективність роботи всієї команди є нижчою, ніж якби кожен член команди виконував завдання окремо. Це проявляється в тому, що люди, які формують команду, не беруть на себе зобов'язання виконувати завдання, оскільки більш-менш свідомо розраховують на те, що інший член групи візьме на себе відповідальність за його завершення. Соціальному марнославству сприяє ситуація, в якій важко перевірити внесок окремих членів команди в роботу і бракує точного зворотного зв'язку про результати діяльності окремих тимбілдерів.

Емоції вписані в саму сутність людини і є необхідними для належного функціонування людської особистості. Їх основна функція - мотивувати до дії, що дозволяє нам адекватно адаптуватися до навколишнього середовища. Гнів,

первісно призначений для нашого захисту та безпеки разом зі страхом, є основною емоцією, яка виникає, коли порушується наша безпека, що посилює агресивну поведінку.

Агресивна поведінка має своїм джерелом внутрішні проблеми та переживання людини. Вона може бути викликана горем, смутком, відчуттям болю або втрати. Соціально-економічне становище людини має велике значення у формуванні агресивної поведінки, особливо безробіття, матеріальні труднощі, а також агресія в сім'ї. Джерелом може бути психічне або фізичне погіршення в ході психічних розладів, соматичних захворювань або внаслідок вживання психоактивних речовин чи їх відміни, а також різні серйозні життєві події (реакція адаптації, посттравматичний стресовий синдром), проявом яких є психопатологічні симптоми. Хвороба та її ускладнення лягають важким тягарем на всіх членів родини. Існує багато елементів, які роблять її фруструючим фактором. По-перше, нездужання, яке саме по собі робить нас дратівливими. Також велике значення має гальмування повсякденної діяльності: роботи, сімейної та громадської активності. Хвороба часто перекриває шлях до досягнення поставлених цілей у всіх аспектах. Особливо у випадку необхідної госпіталізації, розчарування, яке відчувають пацієнти, може бути дуже високим.

У дослідженні, проведеному Міністерством охорони здоров'я України, серед причин агресивної поведінки з боку пацієнта були названі: «відмова у видачі листка непрацездатності, довідки, рецепта, направлення на обстеження, відмова у госпіталізації, невиконання побажань пацієнта (32%), незадоволення лікарнею, доглядом, поганими умовами в палаті, пізній приїзд швидкої допомоги, алкогольне сп'яніння, дія ліків на пацієнта, неефективність терапії, поганий стан або погіршення здоров'я (20%). Про випадок агресивної поведінки з боку пацієнта або його родича лікарі найчастіше не повідомляють (82% не зверталися до поліції, тоді як 18% повідомили про це керівництву закладу, а 91% розповіли колегам)» [8].

У МОЗ України в 2023 році було опрацьовано 4220 скарг, які включали:

- спосіб, у який проводилася реєстрація;
- обмеження доступу до діагностичних тестів;
- стягнення плати за медичні послуги;
- відмова у наданні медичних послуг;
- тривалий час очікування на медичні послуги;
- недотримання прав на користування послугами поза чергою;
- організація роботи медичних працівників (наприклад, недотримання лікарями графіку роботи);
- спосіб управління чергами на отримання послуг;
- відмова у наданні послуг вдома [9].

Обговорюючи явище агресивної поведінки в медичних закладах, важливо пам'ятати, що воно може стосуватися обох сторін: пацієнтів та медичних працівників. Одним з основних організуючих механізмів нашого психологічного життя є захист гарного образу "Я". Саме тому більшість людей уникають визнавати свої помилки, а в конфліктних ситуаціях мають природну тенденцію бути правими з собою (інакше конфлікту не було б) і шукати провину в поведінці іншої сторони. Ця тенденція може бути небезпечною, особливо коли ми додатково узагальнюємо характеристики пацієнта, який проявляє агресивну поведінку, на пацієнтів загалом. Або якщо пацієнти роблять подібне узагальнення щодо всіх медичних працівників. Тоді ми можемо мати соціальний феномен, коли медичні працівники негативно стереотипізують пацієнтів, які, в свою чергу, відповідають їм взаємністю.

Результатом може бути страх медиків перед пацієнтами і навпаки. Те, що є звичним і повсякденним для людей, які там працюють, може стати неприємною несподіванкою для сторонніх людей, коли вони стикаються з інститутом лікарні та її процедурами. Заповнення паперів, бюрократія, не завжди зрозумілі запитання, необхідність дотримуватися правил і норм, анонімність - це те, на що скаржаться пацієнти. Пов'язане з цим відчуття деперсоналізації, позбавлення звичної ідентичності та статусу, заради якого людина працює щодня, може бути причиною агресивної поведінки з боку

цілком звичайних, культурних людей. Ситуація анонімності, втрати можливості діяти і впливати на те, що відбувається з людиною, вкрай згубно впливає на людську психіку. Будь-який прояв цього породжує страх і готовність до самозахисту, що може вилитися в агресивну поведінку.

У відносинах "пацієнт-медик" гнівні реакції - це незгода з:

- применшенням скарг і занепокоєння пацієнта (применшенням їх значення, нереагуванням на них);
- ігноруванням потреб та очікувань пацієнта, що проявляється у відсутності поваги (зневазі); у порушенні інтимності та приватності, у запереченні здатності пацієнта до самовизначення (не отримання згоди на медичне втручання);
- недбалість у діагностичній, лікувальній та доглядовій діяльності;
- неналежному ставленні до пацієнта (відсутність доброзичливості, нездатність проявити емпатію та підтримку), неналежному спілкуванні з пацієнтом (поблажливе ставлення), поведінці, що руйнує стосунки з пацієнтом (корупція, насильство).

Досвід деструктивної поведінки медичного персоналу є дуже травматичним. Наслідками агресивного ставлення з боку пацієнтів можуть бути: страх за своє здоров'я і життя, відчуття безсилля і професійного вигорання, відчуття образи і приниження з боку пацієнта, гнів на систему охорони здоров'я, яка допускає таку поведінку, і навіть гнів на самого пацієнта. Така поведінка також може мати вплив на професійне функціонування працівника, зокрема зниження ефективності роботи, відсутність мотивації до праці та задоволення від роботи, частіші міжособистісні конфлікти, частіші невиходи на роботу через хворобу. Вплив агресії на робочому місці може мати далекосяжні наслідки, зокрема, на якість надання медичної допомоги. Агресивна поведінка пацієнта може призвести до лікарської помилки [14; 15].

Стратегія безпечного поводження з пацієнтом, який демонструє агресивну поведінку, описана нижче:

- уникайте перебування з агресивною людиною в закритому приміщенні, забезпечте їй вихід;
- у жодному разі не можна недооцінювати пацієнта, сподіваючись, що агресія пройде;
- зберіть якомога більше інформації, перш ніж почати розмову, дізнайтеся про причини агресивної поведінки;
- говоріть повільно, сміливо, але спокійним тоном;
- утримуйтеся від конфронтації, уникайте суперечок, провокаційних манер;
- зберігати спокій і витримку, не показуючи страху;
- представитися (відсутність анонімності знижує напругу);
- переконати пацієнта у своїй готовності діяти з метою забезпечення безпеки всіх присутніх;
- заявити про готовність допомогти, не допускаючи при цьому агресивної поведінки;
- запропонувати, наприклад, розмову, доступ до телефону, щоб відволікти пацієнта і зняти напругу;
- відійдіть і покличете на допомогу, якщо пацієнт озброєний;
- якщо перебування з пацієнтом наражає вас на небезпеку - залиште пацієнта;
- уникайте наближення на близьку відстань, дотримуйтесь фізичної дистанції (не менше 2 метрів);
- опустіть руки вздовж тулуба, не схрещуйте їх на грудях (це може бути витлумачено як сигнал ворожості або влади), оскільки це затримає захисну реакцію в момент нападу;
- прийміть оборонну позу, злегка нахилившись, обличчям до пацієнта, але трохи в бік його слабшої сторони; якщо ви правша, відведіть праву ногу трохи назад, а ліву витягніть вперед зі злегка зігнутих коліном; така позиція дає вам можливість встояти на ногах під час нападу;
- заохочуйте пацієнта сісти, якщо він відмовляється - не змушуйте;

- присутність декількох співробітників в оточенні має зупиняючий ефект на пацієнта, не втручайтеся наодинці, забезпечте присутність додаткового персоналу;

- обмежте доступ пацієнта до небезпечних предметів (скляний посуд, столові прилади, ножиці, ножі, медичне обладнання тощо);

- не поспішайте, дайте пацієнту час заспокоїтися;

- докладіть зусиль, щоб відтермінувати загрозливу поведінку, встановивши контакт з агресивно налаштованою особою, спробуйте налагодити розмову, заспокоїти пацієнта за допомогою слів та мови;

- спрямуйте фізичну агресію на об'єкт або дозвольте словесне вираження, щоб зменшити напругу і знизити ризик фізичної агресії;

- підходьте до пацієнта повільно, щоб не здивувати його (спереду, ніколи ззаду);

- у крайньому випадку, коли вмовляння не принесли результату, застосовуйте прямий примус, попередньо попередивши пацієнта (не менше 5 осіб, хапайте за великі суглоби, не тисніть на грудну клітку і горло, не підносьте руки до рота, покладіть його на спину);

- знерухомити, ввести ліки за призначенням лікаря, спостерігати та задокументувати в карті перебіг іммобілізації;

прописані рекомендації щодо раннього розпізнавання тривожних ознак агресії та превентивного лікування:

- безперервне повторення одних і тих же питань або позицій - зберігайте спокій, контроль, підтверджуйте, що ви думаєте про пацієнта;

- використання мови, яку персонал не розуміє, в агресивній манері - розпізнайте мову і попросіть перекладача;

- раптове підвищення або зниження тону голосу (наприклад, крик або відмова говорити) - підвищуйте мотивацію і повідомляйте інформацію спокійним голосом;

- грубі, образливі відповіді або відмова відповідати - спокійно оцініть інформацію пацієнта;

- прискорене дихання - дихайте спокійно, повільно і регулярно;
 - неспокійна поведінка, різкі рухи, постійне ходіння взад-вперед без певної мети - спробуйте заспокоїти людину, попросіть її сісти в зручне положення або пройтись з вами (тільки якщо це безпечно);
 - вторгнення в особистий простір - відійдіть з міркувань безпеки, щоб отримати більше простору;
 - пильний погляд або відсутність зорового контакту - якщо хтось пильно дивиться на вас, опустіть очі; незважаючи на зоровий контакт, продовжуйте розмову [19;20].
- І наостанок: не піддавайтеся зовнішнім і внутрішнім механізмам, які впливають на нашу поведінку, не судіть, не узагальнюйте, не інтерпретуйте.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ СИСТЕМИ ВРЕГУЛЮВАННЯ МІЖОСОБИСТИСНИХ КОНФЛІКТІВ У ТРУДОВОМУ КОЛЕКТИВІ КОМУНАЛЬНОГО НЕКОМЕРЦІЙНОГО ПІДПРИЄМСТВА «КРЕМЕНЕЦЬКА ОПОРНА ЛІКАРНЯ» КРЕМЕНЕЦЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ

2.1. Характеристика морально-психологічного клімату та особливостей його формування в колективі медичного закладу

Нами проаналізовано результати досліджень взаємозв'язку між соціальними механізмами та конфліктом. Аналізовані дослідження були проведені в період з 2022-2023 рр. Перше з них було проведене в грудні 2022 року. У дослідженні взяли участь 45 працівників комунального некомерційного підприємства «Кременецька опорна лікарня» Кременецької міської ради.

Метою дослідження було визначення ключових групових механізмів, що відбуваються в групі, виявлення основних причин їх виникнення та виявлення особливостей групової поведінки особистості на прикладі студентських груп. Було виявлено, що:

- 56,6% учасників дослідження зізналися, що в групі вони поведуться інакше, ніж працюючи індивідуально;
- 11,7% респондентів стають дратівливими та конфліктними під час групової роботи;
- 8,8% респондентів починають робити помилки під час групової роботи, а 4% не можуть працювати в групі.

Серед факторів, які не дозволяють групі бути більш ефективною, працівники, які взяли участь в опитуванні, назвали: відсутність групової згуртованості (59,1%), невміння вислухати думку кожного члена групи та погана комунікація (58%), недостатня відкритість та дружелюбність у групі (51%). Важливою проблемою, безпосередньо пов'язаною з ризиком

виникнення конфліктів, респонденти назвали перекладання відповідальності на інших членів групи (46,5%), а також ситуацію, коли в команді занадто багато членів, які хочуть бути лідером (41,3%). Значна частка респондентів назвали конфліктогенними факторами неефективне лідерство (35,5%), крос-культурні відмінності (31,7%) та токсичний соціально-психологічний клімат у групі (21,8%). Лише 29% респондентів визнали, що думка групи не впливає на їхню власну думку, тоді як 63% вважають, що думка групи має незначний вплив на їхню власну думку. Третина респондентів відповіли, що якщо більшість членів групи приймає рішення, з яким вони не згодні, то їм доведеться погодитися з думкою групи. Соціальний тиск, який змушує людину змінити свою думку на основі групових норм або очікувань інших, може викликати внутрішній опір або опір, що зростає в геометричній прогресії в професійній спільноті, що призводить до прихованого або відкритого конфлікту.

Ще одне проаналізоване дослідження було проведене у березні 2023 року. Дослідження було спрямоване на працівників комунального некомерційного підприємства «Кременецька опорна лікарня» Кременецької міської ради, які були членами проектної групи. Дослідження дозволило дійти висновку, що основними причинами виникнення конфліктів є неналежна комунікація, відмінності в особистостях працівників та відмінності у цілях, важливих для індивідів. Остання причина може бути пов'язана з соціальним марнославством, адже коли члени групи мають різні цілі і зосереджуються лише на них, продуктивність всієї команди є нижчою.

Цікаве дослідження про взаємозв'язок між соціальними механізмами та конфліктом було проведено нами в вересні 2023 року. Воно стосувалося синдрому групового мислення. Дослідження проводилося на групі з 16 керівників підрозділів працівників комунального некомерційного підприємства «Кременецька опорна лікарня» Кременецької міської ради. Результати підтвердили поширеність феномену групового мислення. Як причину учасники дослідження вказали те, що члени команд, які вони

очолювали, відчували внутрішній тиск на досягнення згоди, щоб уникнути соціального покарання у вигляді ізоляції від інших членів команди. Також було відзначено, що особа, яка займає найвищу посаду, внаслідок посади впливає на волю команди проекту, що призводить до втрати креативності та може бути пов'язано з прийняттям неякісних рішень. Більшість учасників дослідження зазначили, що досвід групового мислення походить з минулих проектів, а не з поточного чи нещодавнього досвіду. Таким чином, підтвердилася теза про те, що проектні менеджери потребують специфічних лідерських навичок, щоб визначати, як працюють групи, і уникати синдрому групового мислення. Причинами цього явища були погана комунікація та низька організаційна зрілість. Члени проектної команди могли відчувати, що вони не мають права голосу, а їхнє мовчання сприймалося як еквівалент згоди. Проектні команди також можуть бути схильні до групового мислення через свою тимчасову природу. Вони схильні йти на поступки перед обличчям складних рішень, щоб швидше досягти сприятливого результату. Дослідження також виявило фактори, які можуть запобігти виникненню синдрому групового мислення. Одним з них є розмір групи, тобто чим менша група, тим більша ймовірність уникнення групового мислення. Серед інших превентивних факторів - заохочення членів команди до критичної оцінки ідей, досягнення консенсусу на основі представленої інформації, отримання підтримки та схвалення від лідерів, а також розбудова довіри між членами проектної команди.

2.2. Оцінка морально-психологічного клімату в КНП «Кременецька опорна лікарня» Кременецької міської ради

Опитування проводилося в жовтні-листопаді 2023 року. Участь була анонімною та добровільною. У ньому взяли участь 200 спеціально відібраних медичних працівників КНП «Кременецька опорна лікарня» Кременецької міської ради.

Всього було опитано 41 лікар, 106 медичних сестер та 53 фельдшери. Вибір респондентів до дослідницької групи проводився таким чином, щоб задовольнити вимоги репрезентативності вибірки за місцем роботи.

Методом дослідження, який використовувався для збору даних, необхідних для розробки матеріалу дослідження, було діагностичне опитування. Для цього було визначено групу, репрезентативну для досліджуваної популяції. До неї увійшли медичні працівники обраних трьох професійних груп: лікарі, медичні сестри та фельдшери, які працюють у відділеннях невідкладної допомоги/приймальному відділенні лікарні, лікарняних палатах, первинній медичній допомозі, бригадах екстреної медичної допомоги. Всього було отримано 200 правильно заповнених анкет, по 50 з кожного місця роботи. Дослідження проводилося методом опитування за допомогою спеціально розробленої для дослідження анкети. Для перевірки валідності та розуміння анкети респондентами було проведено пілотне дослідження. Опитувальник також піддавався оцінці компетентними суддями.

Зібраний матеріал дослідження був статистично оброблений за допомогою статистичного пакету IBM SPSS Statistics. Було наведено кількість та відсоткове співвідношення категорій відповідей, зазначених респондентами. Отримані результати аналізу приймалися як статистично значущі при рівні значущості $p < 0,05$.

Статистично, думку про те, що агресивне ставлення пацієнта є проблемою, частіше висловлювали працівники лікарняних палат (92%) та працівники приймального відділення (92%). Трохи рідше - працівники бригади екстреної медичної допомоги (70%), і найменше - працівники ФАПу (48%) (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

**Позиція респондентів щодо того, чи є агресивне ставлення пацієнта
проблемою на роботі**

Чи вважаєте ви, що агресивне ставлення пацієнта є проблемою у вашій роботі?	Лікарняна палата		Бригада - екстреної медичної допомоги		Відділення невідкладної допомоги лікарні/приймальна палата		Після-операційне відділення	
	п	%	п	%	п	%	п	%
Так	46	92	35	70	46	92	24	48
Ні	3	6	13	26	3	6	16	32
Я не маю думки	1	2	2	4	1	2	10	20
Всього	50	100	50	100	50	100	50	100
Хі-квадрат=40,729; p<0,001								

Джерело: власне дослідження.

При обговоренні частоти зіткнення з вербальною агресією найчастіше стикалися з нею щодня працівники ЕМД (28%) та бригади екстреної медичної допомоги (24%). В ЕМД більшість людей також зазначили, що відчують таку агресію досить часто (62%). Найрідше з вербальною агресією стикалися працівники ЗПСМ: більшість респондентів у цій групі зазначили, що іноді стикаються з агресією (52%) (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

**Думка респондентів щодо того, як часто вони стикаються з вербальною
агресією з боку пацієнта**

Чи стикалися Ви під час виконання професійних завдань з вербально - агресивною поведінкою пацієнта?	Лікарняна палата		Бригада - екстреної медичної допомоги		Відділення невідкладної допомоги/ приймальне відділення		Після-операційне відділення	
	п	%	п	%	п	%	п	%
Щодня	5	10	12	24	14	28	1	2
Доволі часто	26	52	20	40	31	62	7	14
Іноді	12	24	14	28	3	6	26	52
Рідко	7	14	4	8	2	4	14	28
Ніколи	0	0	0	0	0	0	2	4
Всього	50	100	50	100	50	100	50	100

Хі-квадрат=66,888; $p<0,001$

Джерело: власне дослідження.

Серед респондентів персонал лікарняних палат найчастіше вказував на крики (82%), вульгарність (86%) та злість (70%). Працівники бригад швидкої допомоги також найчастіше вказували на вульгарність (82%) і крики (70%). Але образи були настільки ж частою відповіддю (70%). Працівники "швидкої" вказали на крики (96%), нецензурну лексику (92%) та образи (70%). Серед працівників ЗПСМ найчастіше зустрічалися крики (68%) та звинувачення (50%) (табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Думка респондентів щодо форм вербальної агресії.

Форми вербальної агресивної поведінки	лікарняна палата		Бригада - екстреної медичної допомоги		Відділення невідкладної допомоги лікарні		Після-операційне відділення	
	п	%	п	%	п	%	п	%
Кричати	41	82	36	72	48	96	34	68
Звинувачення	36	72	20	40	32	64	25	50
Злоба	35	70	19	38	32	64	16	32
Знущання	15	трид	11	22	19	38	1	2
Ненормативна лексика	43	86	41	82	46	92	22	44
Погрози	32	64	27	54	34	68	14	28
Образливо	30	60	35	70	35	70	20	40
Шантажувати	10	20	6	12	11	22	3	6
Глузування	8	16	8	16	17	34	3	6
Не зустрічався	0	0	0	0	0	0	2	100
Хі-квадрат=63,665; $p<0,001$								

Джерело: власне дослідження.

Щодо частоти переживання фізичної агресії, то найчастіше фізичну агресію в повсякденному житті зазнавали працівники бригад екстреної медичної допомоги (14%). У відділенні екстреної медичної допомоги

більшість опитаних зазначили, що стикаються з такою агресією досить часто (44%).

Найрідше з фізичною агресією стикалися працівники ЗПСМ, також лише в цій групі були люди, які ніколи не стикалися з агресією (табл. 2.4).

Таблиця 2.4

Думка респондентів щодо того, як часто вони стикаються з фізичною агресією з боку пацієнта

Під час виконання професійних завдань з - фізично агресивною поведінкою пацієнта?	Лікарняна палата		Бригада - екстреної медичної допомоги		Відділення невідкладної допомоги - /приймальне відділення		Післяопераційне відділення	
	п	%	п	%	п	%	п	%
Щодня	2	4	7	14	2	4	0	0
Доволі часто	10	20	17	34	22	44	0	0
іноді	24	48	15	30	18	36	6	12
Рідко	12	24	11	22	8	16	31	62
Ніколи	2	4	0	0	0	0	13	26
Всього	50	100	50	100	50	100	50	100
Хі-квадрат=95,066; p<0,001								

Джерело: власне дослідження.

Працівники бригад невідкладної допомоги (28%) та лікарі відділень інтенсивної терапії (20%) частіше вказували, що підвищення голосу, використання сарказму та авторитарне ставлення сприяють "розрядці" напруження та агресивного ставлення пацієнта. Проте кореляції між місцем роботи та думкою респондентів не спостерігалось (табл. 5).

Таблиця 2.5

Обізнаність респондентів щодо поведінки, яка зменшує агресивність пацієнта

Як ви вважаєте, чи - допомагає підвищення голосу, використання сарказму та авторитарної позиції «зняти» напругу та агресивне ставлення пацієнта?	Лікарнян а палата		Бригада - екстреної медичної допомоги		Відділення невідкладної допомоги / приймальне відділення		Післяопераційне відділення	
	п	%	п	%	п	%	п	%
Так	6	12	14	28	10	20	3	6
НІ	34	68	24	48	три	60	32	64
Я не маю думки	10	20	12	24	10	20	15	30
Всього	50	100	50	100	50	100	50	100
Хі-квадрат=11,626; p=0,071								

Джерело: власне дослідження.

Респонденти були досить послідовними у своїх відповідях. Лише у випадку відповіді "ви будете демонструвати силу та перевагу" можна побачити, що на це дещо частіше вказували працівники бригади екстреної медичної допомоги (20%) (табл. 2.6).

Таблиця 2.6

Обізнаність респондентів щодо професійних реакцій у ситуації зіткнення з пацієнтом, який поводить себе агресивно

У разі контакту з пацієнтом, - який проявляє агресивну поведінку:	Лікарнян а палата		Бригада - екстреної медичної допомоги		Відділення невідкладної допомоги/ приймальне відділення		Післяопераційне відділення	
	п	%	п	%	п	%	п	%
ви просите його сісти	30	60	27	54	41	58	29	58
ви будете ігнорувати його поведінку	16	32	13	26	10	32	16	32
ви продемонструєте силу та перевагу	6	12	10	20	1	4	2	4
інше (спокій, байдужість)	2	4	0	0	4	6	3	6
Хі-квадрат=19,640; p=0,020								

Джерело: власне дослідження.

Респонденти у лікарняних палатах (76%), у відділенні невідкладної допомоги (76%) та у ФАПі (66%) погодились, що при спілкуванні з пацієнтом, який постійно повторює певні питання або позиції, вони намагаються зберігати спокій, контролювати свої емоції, гарантуючи, що вони беруть до уваги занепокоєння пацієнта; у випадку респондентів з бригади невідкладної допомоги аж 38% респондентів заявили, що вони вступають у дискусію, намагаючись переконати пацієнта в його неприйнятній поведінці (табл. 2.7).

Таблиця 2.7

Здатність респондентів діяти професійно, коли пацієнт повторює певне питання або позицію

Коли ви маєте справу з пацієнтом, який постійно повторює певні запитання чи позиції:	Лікарняна палата		Бригада - екстреної медичної допомоги		Відділення невідкладної допомоги		Після-операційне відділення	
	п	%	п	%	п	%	п	%
ви намагаєтесь зберігати спокій, - контролюючи свої емоції, ви гарантуєте, що ви піклуєтесь про пацієнта	38	76	26	52	38	76	33	66
ви ігноруйте його поведінку і - виявляєте інтерес до інших пацієнтів	7	14	5	10	7	14	12	24
Ви вступаєте в дискусію, намагаючись переконати пацієнта в його неадекватній поведінці	5	10	19	38	5	10	5	10
Всього	50	100	50	100	50	100	50	100
Хі-квадрат=23,612; p=0,001								

Джерело: власне дослідження.

Респонденти з групи швидкого реагування частіше вказували на підвищення голосу (24%). На противагу цьому, на відмову від конфронтації

вказали до 36% респондентів з ППС. Мобілізація мотивації для спокійного донесення інформації переважала серед респондентів з ЕД (табл. 2.8).

Таблиця 2.8

Вміння респондентів професійно реагувати на крик або відмову пацієнта говорити

Коли пацієнт кричить або відмовляється говорити, ви реагуєте:	Лікарняна палата		Бригада - екстреної медичної допомоги		Відділення невідкладної допомоги		Після-операційне відділення	
	п	%	п	%	п	%	п	%
підвищення голосу	7	14	12	24	2	4	5	10
ти відмовляєшся від конфронтації	12	24	13	26	2	4	18	36
ви мобілізуєте свою мотивацію доносити інформацію спокійно	31	62	23	46	46	92	26	52
інше (прохання про мир)	0	0	2	4	0	0	1	2
Всього	50	100,0	50	100	50	100	50	100
Хі-квадрат=33,735; p<0,001								

Джерело: власне дослідження.

Респонденти з бригади екстреної медичної допомоги (24%) частіше, ніж респонденти з інших робочих місць, вказували, що відштовхнули б пацієнта, якби той порушив їхній особистий простір. В інших групах переважала відповідь "Я відійду в безпечне місце": "Я відійду на безпечну для себе відстань" (таблиця 2.9).

Таблиця 2.9

Здатність респондентів професійно реагувати на порушення пацієнтом особистого простору медичного працівника

Коли пацієнт порушує особистий простір:	Лікарняна палата		Бригада - екстреної медичної допомоги		Відділення невідкладної допомоги		Після-операційне відділення	
	п	%	п	%	п	%	п	%
Я відреагую, відштовхнувши його	1	2	12	24	1	2	0	0
ти обіймаєш його	0	0	1	2	1	2	0	0
ви відсунете його на безпечну відстань	49	98	37	74	46	92	48	96
інше (залишаю, ігнорую)	0	0	50	100	2	4	2	4

Всього	50	100	50	100	50	100	50	100
Хі-квадрат не підраховували через велику кількість клітинок із очікуваною кількістю менше 5								

Джерело: власне дослідження.

Респонденти, які працюють на первинній ланці (20%), частіше за інших вважали, що найголовніше - ігнорувати пацієнта, сподіваючись, що він заспокоїться сам, немає сенсу йти на контакт, тоді як у бригадах ЕМД та лікарняних палатах (74% та 66%) переважала думка, що необхідно зберігати спокій та витримку, декларувати готовність допомогти та не сприймати агресивну поведінку, забезпечувати безпеку собі, пацієнту та оточенню, а також інформувати про вжиті дії. Респонденти з бригади екстреної медичної допомоги (50%) частіше за інших вказували відповідь, що їхня власна безпека є найважливішою (табл. 2.10).

Таблиця 2.10

Думка респондентів щодо бажаної поведінки в ситуації контакту з пацієнтом, який проявляє агресивну поведінку

На вашу думку, коли маєте справу з пацієнтом, який раптово проявляє агресивну поведінку, найважливішим є:	лікарняна палата		Бригада - екстреної медичної допомоги		Відділення невідкладної допомоги		Після-операційне відділення	
	п	%	п	%	п	%	п	%
зневага до пацієнта...	4	8	7	14	7	14	10	20
залишатися спокійним і зібраним...	33	66	18	36	37	74	28	56
найголовніше - це твоя власна - безпека	13	26	25	50	6	12	12	24
Всього	50	100	50	100	50	100	50	100
Хі-квадрат=23,108; p=0,001								

Джерело: власне дослідження.

Проведене дослідження дозволяє зробити такі висновки:

1 Більшість респондентів вважають, що агресивна поведінка пацієнтів є проблемою на роботі, але найчастіше таку думку висловлювали працівники палат.

2. Більшість працівників ЛПЗ зазначили, що стикаються з вербальною агресією з боку пацієнтів.

3. Серед видів вербальної агресії з боку пацієнтів усі професійні групи найчастіше стикалися з лайкою, далі йдуть крики на пацієнтів та образи медичного персоналу.

4. Фізичну агресію з боку пацієнтів найчастіше зазнавали працівники відділень невідкладної медичної допомоги.

5. Бригада екстреної допомоги та персонал відділення невідкладної допомоги (у зазначеному порядку) частіше вказували на те, що підвищення голосу, використання сарказму та авторитарне ставлення сприяли "зняттю" напруги та агресивного ставлення з боку пацієнта.

6. Щодо обізнаності респондентів з професійними реакціями при зіткненні з пацієнтом, який поводить себе агресивно, відповіді були схожими в усіх професійних групах, лише у випадку з реакцією "ви продемонструєте силу і перевагу", на неї дещо частіше вказували працівники бригади екстреної медичної допомоги.

7. При спілкуванні з пацієнтом, який постійно повторює певне питання або позицію, у випадку респондентів з бригади екстреної медичної допомоги велика група респондентів зазначила, що вони вступають у дискусію, намагаючись переконати пацієнта в його/її неадекватній поведінці.

8. Респонденти з бригади екстреної медичної допомоги частіше вказували, що підвищували голос на пацієнта. Водночас вони найрідше мобілізували свою мотивацію, щоб донести інформацію в спокійній формі.

9. Респонденти з бригади екстреної медичної допомоги частіше, ніж респонденти з інших робочих місць, вказували, що відштовхували пацієнта, коли той порушував їхній особистий простір.

10. Респонденти, які працюють у ФАПі, частіше за інших вважали, що найголовніше - ігнорувати пацієнта, сподіваючись, що він заспокоїться сам, і що немає сенсу вступати з ним у будь-який контакт.

11. Респонденти з бригади екстреної медичної допомоги частіше, ніж інші медичні працівники, вказували відповідь, що найважливішою була їхня власна безпека.

Наше власне дослідження підтверджує результати інших досліджень на цю ж тему. Агресивна поведінка пацієнтів є проблемою в професійній діяльності медичних працівників. Водночас вони доводять, що медичні працівники демонструють значний дефіцит знань і навичок застосування копінг-механізмів у ситуації контакту з пацієнтом, який поводить себе агресивно.

2.3. Оцінка технологій управління міжособистісними конфліктами в трудовому колективі досліджуваного закладу охорони здоров'я

Проведене дослідження показує, що конфлікт може бути каталізатором розвитку стосунків, що призводить до позитивних, творчих змін, але він також може бути деструктивним фактором, що спричиняє розрив існуючих стосунків. Все залежить від того, як учасники конфлікту справляються з ним. Якщо партнерам у стосунках вдається успішно вийти з випробування, такий досвід зміцнює їхні стосунки, більше того, він дає відчуття більшої близькості, взаєморозуміння, взаємна довіра між партнерами тоді зростає.

Конструктивне вирішення міжособистісного конфлікту має місце тоді, коли обидва партнери задоволені отриманим рішенням, і цей стан поглиблює і зміцнює їхні стосунки. Досягнення конструктивного вирішення конфлікту вимагає від обох учасників спільної роботи для досягнення рішення, яке повністю задовольняє обидві сторони.

В успішних міжособистісних стосунках немає переможців і переможених. Якщо програє один партнер, програє й інший. Адже коли рівень задоволеності одного з партнерів знижується, зростає загроза розриву стосунків, а отже, ситуація стає несприятливою і для іншої людини. Отже, конструктивне вирішення проблеми відбувається тоді, коли воно задовольняє обох партнерів.

Спільне подолання труднощів стабілізує стосунки і створює в учасників надію на те, що можливі подальші конфлікти можуть бути подолані. Досягнення партнерами згоди і задоволення, яке приходить разом з нею, пом'якшує негативний досвід, який учасники конфлікту отримали під час конфлікту. Якщо партнерам вдалося досягти повної згоди, вони, як правило, демонструють надзвичайні взаємні позитивні почуття.

Для того, щоб досягти конструктивного вирішення конфлікту, необхідно подолати 2 характерні синдроми (внутрішній і зовнішній). Це означає, що необхідно припинити обмін негативними впливами і перейти до обміну позитивними впливами, а також докласти зусиль, щоб звільнитися від викривлень сприйняття і негативних емоцій. Реалістичніше сприйняття партнера і себе і заспокоєння власних емоцій може зупинити тенденцію до некооперативних дій по відношенню до партнера і, таким чином, зупинити обмін негативними впливами. Перервати механізми, які призводять до конфлікту, тобто синдром внутрішньої та зовнішньої конфліктності, нелегко. Ось основні групи труднощів:

Упередженість учасників конфлікту. Учасники конфлікту втрачають об'єктивність у баченні власних інтересів та інтересів партнера. Вони схильні бачити лише загрозу власним інтересам і власні ризики, нехтуючи інтересами партнера. Вони перебільшують важливість спірного питання для себе, і чим більше втягуються в конфлікт, тим більшого значення надають йому. Все це ускладнює об'єктивне сприйняття аргументації та позицій сторін.

Упереджений погляд на інтереси ускладнює визначення того, від яких питань можна відмовитися в конфлікті, а на яких наполягати, оскільки суб'єкт вважає всі свої питання однаково важливими. Як наслідок, важко визначити міру можливих поступок.

Упередженість також заважає сформулювати реалістичні очікування від партнера. Недооцінка важливості та актуальності спірного питання для партнера означає, що висунуті до нього вимоги часто неможливо виконати.

Егоцентризм учасників конфлікту. Всі конфліктні події вони розглядають лише крізь призму власних інтересів, що опинилися під загрозою, ображених почуттів, зачеплених амбіцій, відчуття шкоди і несправедливості, розчарованих надій тощо. Вони не сприймають власну поведінку як таку, що може завдати страждань партнеру, і залишаються особливо чутливими до будь-яких страждань, яких зазнає партнер.

Егоцентризм у конфліктній ситуації також означає вимогу особливого ставлення до себе і дотримання власних інтересів, нехтуючи інтересами партнера. Це неприйнятно для іншої сторони, і тоді досягнення згоди стає дуже сумнівним.

Ригідність мислення та закостенілість у позиціях. Загроза інтересів у конфлікті призводить до того, що всі когнітивні та поведінкові зусилля зосереджуються на відстоюванні власної позиції. Учасники конфлікту не зацікавлені в розумінні аргументації партнера, а шукають аргументи та способи переконати його у власній правоті. Одного разу зайнята позиція відстоюється. Учасники конфлікту неохоче йдуть на ризик поступитися, хоча б частково, своїми претензіями, оскільки вважають, що це послабить їхні позиції в подальшій боротьбі. Така впертість, ігнорування аргументів і причин партнера унеможливорює досягнення згоди між учасниками конфлікту.

У конфліктній ситуації учасники конфлікту вперто йдуть до своєї мети у чітко визначений спосіб. Вони думають, що знають, чого хочуть і як це отримати. Такий жорсткий підхід до вирішення питання ускладнює досягнення консенсусу, що поєднує бажання обох сторін.

Негативний погляд на партнера і позитивний погляд на себе. Негативна оцінка партнера, приписування йому прихованих або поганих намірів відбиває бажання домовлятися з ним, так що навіть жести доброї волі або декларації про готовність до співпраці з його боку можуть бути відкинуті.

Тенденція до відбілювання та очорнення партнера за спричинення конфлікту та його перебіг, як правило, є невинуватною, але слугує зняття з

себе відповідальності та провини за ситуацію, що склалася. Крім того, це дозволяє "зберегти обличчя" перед сторонніми.

Приписування відповідальності. Учасники конфлікту рідко самі відчують відповідальність за перебіг конфлікту. Як правило, вони покладають відповідальність за виникнення конфлікту і будь-який негативний досвід, пов'язаний з ним, на партнера. У конфлікті беруть участь 2 сторони, тому перекладання всієї провини і відповідальності за конфліктні події на іншу людину рідко буває виправданим. Взяти на себе відповідальність означає визнати, що частина провини лежить на мені, що певна моя поведінка могла засмутити партнера, а це суперечить гарному самосприйняттю, про яке дбають обидві сторони.

Відсутність почуття відповідальності за конфлікт ускладнює досягнення сторонами згоди та спільну роботу над вирішенням конфлікту. Для того, щоб компетентно працювати з конфліктом, учасники конфлікту повинні усвідомити свою роль у конфлікті та взяти на себе відповідальність за наслідки власних дій.

Негативні емоції учасників конфлікту. Наявність негативних емоцій негативно впливає на процеси орієнтації в навколишньому середовищі, ускладнює об'єктивне бачення різних аспектів конфлікту. Розчарування, незадоволення і злість, що зберігаються протягом усього конфлікту, призводять до однобічного, чорно-білого бачення конфліктної ситуації. Це призводить до звуження поля можливих варіантів вирішення конфлікту.

Негативні емоції також є фактором, який ускладнює здійснення позитивних дій по відношенню до партнера. Якщо людина відчуває упередження, неприязнь і образу по відношенню до іншої людини, то, як правило, важко переступити через себе і зробити якийсь жест доброї волі по відношенню до партнера. Важливість такого жесту дуже велика, адже це перший крок до співпраці.

Захисний стиль вирішення конфлікту. Учасники конфлікту зазвичай використовують захисні стратегії, щоб вимагати визнання власної позиції та

поваги до своїх прав або протистояти неприйнятній поведінці партнера (Balawajder, 1992). Така поведінка сприймається іншою стороною як "недружня". Щоб змінити цю несприятливу з точки зору конструктивного вирішення конфлікту ситуацію, партнери повинні все ж таки піти на ризик позитивної, кооперативної поведінки, без якої неможливо досягти взаємно задовільного результату.

На жаль, здається, що репертуар кооперативної поведінки учасників конфлікту є бідним, а сприйманий ризик її застосування в конфліктній ситуації є високим. Додатковою складністю є відсутність взаємної довіри між партнерами, яка необхідна для співпраці.

Для того, щоб працювати над конструктивним вирішенням конфлікту, необхідно бачити різні аспекти конфліктної ситуації об'єктивно, багатогранно, розробляти різні можливі варіанти вирішення конфлікту, а також здійснювати спільні дії і заохочувати партнера до цього.

Прагнення до об'єктивних і всебічних знань про конфліктну ситуацію. Добре розуміння конфліктної ситуації дозволяє добре розібратися в ній і знайти відповідні шляхи вирішення конфлікту. Тому важливо добре знати власні інтереси та інтереси партнера, відмінності між сторонами, предмет конфлікту. Для того, щоб зрозуміти власні інтереси та інтереси партнера, варто поставити запитання "чому?". Якщо я хочу, щоб мій партнер виконав мої бажання, то чому я цього хочу, які мої важливі потреби будуть тоді задоволені? Загалом партнери сперечаються про позиції, про те, хто правий, на чиєму боці правда. На цьому рівні суперечки часто неможливо вирішити. З іншого боку, коли людина виявляє власні інтереси, які лежать в основі прийняття тієї чи іншої позиції, то відкриваються нові можливості у спілкуванні з партнером. Взаємне виявлення інтересів важливе тим, що воно відкриває шлях до визначення ступеня спільності інтересів, які, як правило, мотивують партнерів до спільних дій для вирішення спору.

Фактичне знання інтересів іншої сторони перевіряє уявлення про них. І треба пам'ятати, що через упередженість та егоцентризм учасників конфлікту

ці уявлення, як правило, не є точними. Важливо також працювати над виявленням власних інтересів. Вони не завжди усвідомлені, іноді учасник конфлікту, розмірковуючи над тим, чого він насправді хоче досягти в суперечці з партнером, відкриває для себе "шматочок правди" про себе, іноді навіть складний для прийняття, наприклад, сильну потребу у владі та домінуванні, схильність до маніпуляції.

У конфліктній ситуації слід намагатися зберігати об'єктивність у сприйнятті себе і партнера. Знання власних сильних і слабких сторін, а також розпізнавання таких сторін у партнері дозволяє визначити напрямки роботи над вирішенням конфлікту, подбати про психологічний комфорт учасників конфлікту. Адже ми можемо уникнути ситуацій, які викликають непотрібні емоції - роздратування, горе, засмучення. Добре знання особливостей партнера дозволяє нам використовувати, наприклад, його інтелект для пошуку вирішення суперечки, а почуття гумору - для розрядки напруженості тощо.

Добре розуміння конфліктної ситуації полегшує її учасникам прийняття адекватних, релевантних рішень. Тоді їхні рішення і дії ґрунтуються на раціональних міркуваннях, а ірраціональні переконання і взаємні упередження відіграють меншу роль, і їм легше дійти згоди.

Розробка обґрунтувань для дій. Важливо визначитися зі стратегією дій у конфлікті та тактикою, що входить до цієї стратегії. Учасники конфлікту часто не замислюються над тим, чого вони хочуть досягти і як. Їхні реакції на поведінку партнера є спонтанними і дуже емоційними. Конструктивне вирішення конфлікту, однак, вимагає раціональних дій, тобто, по-перше, визначення мети, яку мають переслідувати партнери, і, по-друге, способів її досягнення. Визначення того, чого і як хочеться досягти в конфлікті, впорядковує дії, створює можливість контролювати перебіг конфлікту і сприяє спрямуванню його в бажаному напрямку.

Якщо учасники конфлікту володіють необхідним обсягом інформації для прийняття рішення, основна складність полягає в тому, щоб "контролювати" емоції за допомогою здорового глузду. Часто дія, яка є

розумною, може бути водночас болючою, і емоції заважають нам її здійснити. Ми переконані, що вина лежить на нас і ми повинні визнати, що були неправі, але в той же час нам незручно в цій ситуації, нам соромно, ми боїмося реакції іншої сторони - і саме ці емоції заважають нам зробити дуже важливий крок для подальшого перебігу конфлікту.

Досягнення конструктивного вирішення конфлікту вимагає "гнучкої наполегливості", що означає, що партнери повинні бути готові шукати різні можливі шляхи задовільного рішення. Щоб досягти такого рішення, учасники можуть наполягати на важливих для них інтересах, але повинні бути гнучкими в пошуку шляхів їх досягнення. З партнером, який не виявляє ознак певної гнучкості, неможливо працювати разом над вирішенням конфлікту - можна лише або поступитися йому, або домінувати, але в таких ситуаціях одна зі сторін завжди залишається незадоволеною.

Здійснення актів примирення та співпраці. Згода між партнерами є неодмінною умовою їхньої співпраці, яка веде до конструктивного вирішення конфлікту. У конфліктній ситуації комунікація між партнерами, як правило, порушується, тому підвищення її ефективності є дуже важливим.

Перш ніж хтось береться за спілкування в конфлікті, йому варто знати, що він хоче сказати, і подбати про форму, в якій це буде висловлено, адже учасники конфлікту дуже чутливі не тільки до змісту інформації, але й до її фальшивості. Вони схильні все приписувати собі, ставитися до інформації як до форми нападу, сприймати її вибірково тощо.

Особливої уваги заслуговує важливість, яку вони надають вмінню слухати партнера. У конфлікті не можна дозволити собі поводитися так: "Я знаю, що хоче сказати партнер, тому можу його не слухати". Навпаки, необхідно уважно слухати і намагатися зрозуміти наміри партнера настільки, наскільки це можливо. За словами Пітера Сина (1983), у конфлікті потрібно мати "співчутливе вухо і відкритий розум". Ідея полягає в тому, щоб заохотити партнера пояснити свої інтереси, приділити час обговоренню проблеми і подумати, що ця проблема означає для нього або неї, якими були його або її

наміри, коли він або вона вступали в розмову. Отримання інформації від іншої людини дозволяє побачити проблему з її точки зору, а збагачення себе цими знаннями дозволяє по-новому побачити конфлікт і можливі шляхи його вирішення.

Крім вербальної комунікації, в конфліктній ситуації важливе значення має і невербальна комунікація, важливість якої, особливо при поширеному в конфліктах блокуванні вербальної комунікації, досить висока. Дуже важливим є вираження емоцій. Бурхливе і сильне вираження негативних емоцій може відбити у партнера бажання співпрацювати. У конфлікті корисно контролювати вираження власних емоцій, а також допомагати в цьому партнеру. Намагайтеся не дозволяти партнеру захоплюватися своїми емоціями, оскільки він може вчинити дію, яку іноді важко виправити.

На початку спільної роботи, окрім гарного порозуміння, важлива також взаємна довіра між партнерами. Тому в конфліктній ситуації особливо важливо плекати стосунки між партнерами. Прагнути не завдавати партнеру зайвого болю, не ставити його в незручне становище, якщо щось можна зробити для нього, не відмовлятися від цього. Необхідно також підкреслювати позитивні сторони стосунків між партнерами, сильні сторони іншої людини, визнавати акти примирення, здійснені іншою людиною; намагатися виділити всі позитивні зв'язки між сторонами; підкреслювати позитивний досвід стосунків і очікування позитивних стосунків у майбутньому; але перш за все, остерігатися тих дій, які можуть підірвати почуття довіри до іншої людини. Довіру, втрачену одного разу, нелегко відновити, а без неї майже неможливо досягти конструктивного вирішення конфлікту.

Поворотним моментом на шляху до взаємоприйнятного рішення є акт примирення з боку одного з учасників конфлікту. Такий акт є першою кооперативною поведінкою по відношенню до партнера за певний час. Він перериває обмін негативними взаємодіями між партнерами і відкриває шлях до позитивних, кооперативних дій, без яких конструктивне вирішення конфлікту не відбудеться. Така дія може полягати у висловленні позитивної

думки про партнера, допомозі йому в якомусь іншому, не спірному питанні, вираженні позитивних емоцій по відношенню до партнера тощо. Якщо інша людина позитивно відреагує на цю дію, то шанси на вирішення конфлікту дійсно високі.

Вміле вирішення конфліктів - це мистецтво, володіти яким дуже корисно. Цьому мистецтву можна навчитися, щоб зміцнити і поглибити реальні стосунки з людьми. При цьому важливо пам'ятати про труднощі, які лежать на шляху вирішення конфліктів. Чим краще ми знаємо і розуміємо себе, чим краще пізнаємо свого партнера і його бажання, чим менше негативних і більше позитивних почуттів ми відчуваємо до партнера, чим сміливіше ми діємо спільно, тим швидше ми досягнемо задовільного вирішення конфлікту разом з нашим партнером.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМКИ МОДЕРНІЗАЦІЇ СИСТЕМИ ВРЕГУЛЮВАННЯ МІЖОСОБИСТІСНИХ КОНФЛІКТІВ В ТРУДОВОМУ КОЛЕКТИВІ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Моделювання врегулювання міжособистісних конфліктів в трудовому колективі закладу охорони здоров'я

У Стародавній Греції за часів Платона та Аристотеля стосунки між лікарем і пацієнтом називали лікарською дружбаю. Гіппократ розглядав пацієнтів цілісно. Медицина була раціонально заснована, диктуючи, що висновки слід робити тільки після глибокого аналізу і спостереження за пацієнтом. 20 століття і біомедична парадигма в ньому змінили погляд на пацієнта. Основна увага почала зосереджуватися виключно на біомедичних причинах хвороби, не визнаючи впливу психологічних факторів на здоров'я. Хвороба розглядалася з точки зору недуги. Переломним моментом, який змінив уявлення медичної науки про людину, стало нове визначення здоров'я, дане Всесвітньою організацією охорони здоров'я у 1946 році. У ньому здоров'я визначалося вже не просто як відсутність хвороби, а як повне фізичне, психічне і соціальне благополуччя. Відбулося повернення до мислення про здоров'я і хворобу в термінах, подібних до думки Гіппократа. Відбулося оновлення підходу до хворої людини в цілісному вигляді.

Сьогодні охорона здоров'я рухається до певної моделі взаємодії. Найсучаснішою моделлю є модель партнерства, яка має на меті залучення пацієнта до участі в лікувальному процесі. Традиційною моделлю взаємовідносин між лікарем і пацієнтом є патерналістська модель, яка обмежує автономію пацієнта. З іншого боку, модель, яка надає великого значення впливу навколишнього середовища, сімейним відносинам, емоційним проблемам, а лікар взаємодіє з пацієнтом та його родиною у

формулюванні діагнозу та плануванні терапевтичних дій, є системно-партнерською моделлю.

Суб'єктивний досвід дослідника, отриманий під час відвідування кабінетів лікарів, і теоретичні знання в описаній предметній області дозволяють зробити висновок, що практика і потреби пацієнтів не пов'язані з припущеннями, зробленими в системно-партнерській моделі.

У таблиці 3.1. наведено порівняння трьох моделей взаємовідносин між лікарем і пацієнтом.

Таблиця 3.1

Порівняння моделей взаємовідносин між лікарем і пацієнтом

Назва	Характеристика	Переваги лікаря	Переваги пацієнта	Недоліки моделі	Переваги моделі
Патерналістська модель	Походить від біомедичної парадигми. Людина розглядається як машина, а робота лікаря полягає у втручанні для відновлення дисфункціональних механізмів.	Прийняття самостійних рішень щодо найкращого курсу лікування.	Відсутність відповідальності за наслідки лікування.	Відсутність свідомої участі пацієнта в терапії.	Відчуття відповідальності за долю пацієнта.
Партнерська модель	Вона походить від соціомедичної парадигми. Людина розглядається як динамічна система, що функціонує у взаємодії з іншими системами.	Підвищення довіри пацієнта.	Повага та дотримання прав пацієнта. Можливість самостійно приймати рішення щодо запропонованого лікування.	Занадто велика, неналежним чином використовувана автономія пацієнта.	Двостороння комунікація у відносинах лікар-пацієнт, спрямована на більшу точність і заснована на консенсусі.

Продовження таблиці 3.1

Системно-партнерська модель	Походить від соціоекологічної парадигми. Людина розглядається як динамічна частина ширших структур реальності.	Краща адаптація форми підтримки, більше шансів на позитивний результат лікування завдяки знанню сім'ї пацієнта.	Індивідуальне лікування, взаємодія з пацієнтом та його родиною у формулюванні діагнозу, плануванні терапевтичної дії.	Відсутність бажання співпрацювати, дисфункція з боку родини пацієнта.	Холістичний погляд на живі організми. Надання великого значення впливу навколишнього середовища, сімейних стосунків, емоційних проблем на процес одужання.
------------------------------------	--	---	---	---	--

Примітка. Узагальнено автором.

Патерналістська модель є частиною традиційної медицини. З латинської мови "pater" означає "батько". Лікаря можна уявити як батька, який бажає добра своїй дитині, нехтуючи її волею і свободою. Він визначає добро відповідно до власної думки, обмежуючи або взагалі не звертаючи уваги на автономію пацієнта.

Ця модель походить від біомедичної парадигми, в якій хвороба зводиться до біологічного виміру. Людина розглядається як машина, а завдання лікаря - втрутитися, щоб відновити працездатність порушених механізмів.

До патерналістських моделей належать як модель Талкотта Парсона, так і модель Томаса Стівена Саша і Марка Холлендера [81]. Перша є радикальною за своєю природою, а друга - більш ліберальною. В обох моделях відносини між лікарем і пацієнтом є асиметричними. Модель Талкотта Парсона зображує лікаря як людину, яка приймає авторитетні рішення і має право на всю особистість пацієнта фізично і психічно. Авторитет лікаря ґрунтується на знаннях і компетентності, а також на сильній соціальній легітимності. У своїх діях лікар повинен керуватися трьома принципами: універсалізм, емоційна нейтральність і специфічність функції. У моделі Томаса Стівена Саші та Марка Холлендера стосунки між лікарем і пацієнтом

залежать від стану пацієнта та його здатності до активної участі в терапії. Модель передбачає домінування лікаря і підпорядкування пацієнта, але допускає партнерство і співпрацю в певних ситуаціях.

У патерналістській моделі домінує авторитарний підхід лікаря до пацієнта. Рішення про найкращий курс лікування приймає лікар, а думка пацієнта дуже обмежена або взагалі відсутня. Пацієнт займає пасивну позицію. Хвороба зображується через призму біології. Акцент робиться переважно на інструментальних факторах. Емоційні потреби пацієнта маргіналізовані.

Розрізняють патерналізм радикальної та помірної інтенсивності. У радикальній патерналістській моделі передбачається, що професійний досвід і клінічні медичні знання є достатніми гарантіями безпеки пацієнта, адекватних стосунків з лікарем і бажаного результату лікування. Потреба в розширенні знань про міжособистісні стосунки лікаря з пацієнтом залишається в цій моделі непоміченою. Лікар у цій моделі відіграє домінуючу роль, пацієнт - пасивну, а роль сім'ї в цій моделі не має значення. Комунікація односпрямована на пацієнта, характеризується високою емоційною дистанцією. Помірковано-патерналістська модель враховує необхідність обміну інформацією між лікарем і пацієнтом. Для лікаря повідомлення полягає в тому, щоб допомогти в діагностичній процедурі та спрямувати лікування, а для пацієнта - в тому, щоб мобілізувати прихильність до призначеної терапії. Тут ми маємо справу з двосторонньою передачею інформації, що вимагає від лікарів знань про міжособистісні стосунки. Спілкування характеризується меншою емоційною дистанцією.

Критика патерналістської моделі почалася ще в 19 столітті. Джон Стюарт Мілль був одним з перших, хто розкритикував авторитарний підхід лікаря до пацієнта. Він вважав, що нікого не можна змусити відмовитися або прийняти рішення, мотивуючи своє твердження благом і щастям пацієнта. У 1980-х роках прокотилася хвиля критики патерналістської моделі, яка стала

провісником змін. Етики Том Бошамп і Кенді Маккалоу стверджують, що патерналізм є допустимим у певних ситуаціях. Це події, що передбачають:

- вжиття заходів, які не порушують автономію пацієнта;
- низький ризик ускладнень після медичного втручання;
- невтручання лікаря або невиконання його вказівок, що може призвести до незворотної шкоди здоров'ю пацієнта або його смерті.

Залишками патерналістської моделі взаємовідносин між лікарем і пацієнтом є:

- приховування правди від пацієнта та його родини;
- залякування пацієнтів;
- примус пацієнтів;
- введення пацієнтів в оману;
- неадекватне інформування;
- недотримання прав пацієнтів.

У 21 столітті дієвою визнається модель партнерства, яка надає високий ступінь автономії пацієнту і можливість самостійного прийняття рішень щодо лікування, запропонованого лікарем.

Партнерська модель походить від соціомедичної парадигми, в якій людина розглядається як динамічна система, що функціонує у взаємодії з іншими системами. Хвороба розглядається на всіх рівнях: біологічному, психологічному та соціальному. До уваги береться взаємозв'язок між тілом і розумом.

Прогрес, розвиток нових медичних технологій та підвищення обізнаності суспільства про здоров'я і хворобу вплинули на розвиток моделі партнерства між лікарем і пацієнтом. Значна кількість публікацій про спільне прийняття рішень між лікарями і пацієнтами може свідчити про зростання інтересу до рівноправного партнерства у відносинах між лікарем і пацієнтом. Пацієнт став співучасником процесу лікування і співвідповідальним за його результати. Його роль більше не обмежується лише виконанням вказівок лікаря. Він або вона є центральною ланкою у відносинах. Лікарі почали

відігравати роль радників, які представляють пацієнтові всі можливі методи діагностики та лікування. Права пацієнтів поважаються, а автономія пацієнта під час перебування в лікарні регулюється законодавством. Пацієнти мають свободу прийняття рішень, вони самі визначають своє благополуччя. Процес лікування відкритий до потреб, висловлених пацієнтами. Комунікація між лікарем і пацієнтом є двосторонньою, орієнтованою на більшу точність. Воно ґрунтується на консенсусі. Воно вимагає емоційної близькості, для чого необхідні знання і навички лікаря в емпатії, емоційній підтримці пацієнта і відповідній емоційній дистанції, вигідній для обох сторін відносин.

Пацієнти мають можливість говорити про свою хворобу. Вони знають, що їх вислухають. Спілкування з медичним персоналом має важливий вплив на сприятливий перебіг лікування і формує у пацієнта почуття приналежності до суспільства. Пацієнти довіряють лікарям, тому що переконані в їхній компетентності і впевнені, що до них будуть ставитися з гідністю і повагою. У цій моделі також з'являється підтримуюча роль сім'ї. Тому лікар повинен показати родичам пацієнта важливість їхньої ролі в процесі лікування.

Системно-партнерська модель є похідною від соціоекологічної парадигми, яка показує людину як динамічний елемент ширших структур реальності. У свою чергу, сутність здоров'я - це динамічна рівновага та потенціал здоров'я.

У системно-партнерській моделі існують партнерські відносини між лікарем, пацієнтом і сім'єю пацієнта, які є частиною медичної, сімейної та соціальної систем, що працюють разом. Очікується, що лікар також впливатиме на психологічні, соціальні та екологічні аспекти. До пацієнта ставляться як до особистості, розглядаючи його як динамічне ціле. Існує холістичне розуміння живих організмів - всі частини організму розглядаються як взаємозалежні і взаємопов'язані в системі. Велике значення надається впливу навколишнього середовища, сімейним відносинам, емоційним проблемам. Лікар взаємодіє з пацієнтом і сім'єю при постановці діагнозу і плануванні терапевтичних дій. Різні терапевтичні етапи стосуються як

здоров'я пацієнта, так і здоров'я його родини. Лікар звертає увагу на проблеми, які можуть викликати ризики для здоров'я в сім'ї, включаючи спосіб життя, існуючі конфлікти і розлади. Знання сім'ї, а не тільки самого пацієнта, дозволяє лікарю краще адаптувати форму підтримки і мати більше шансів на досягнення позитивного результату лікування. Пацієнт та його сім'я відіграють активну роль у процесі лікування та співпрацюють з ним. Лікар, з іншого боку, відіграє керівну, консультативну роль в отриманні допомоги та профілактичну роль у питаннях охорони здоров'я. Він є фахівцем у галузі охорони здоров'я та медичної освіти. Він намагається активно слухати свого пацієнта та його родину, виявляє до них повагу, ставиться з гідністю. Він підтримує їх, підходить до них з чутливістю і делікатністю і прагне зрозуміти пацієнта. Спілкування є двостороннім, повноцінним у стосунках з пацієнтом та його родиною. Видатна роль сім'ї, яка з'являється в моделі "система-партнер", вимагає від лікаря знань про сім'ю на додаток до навичок міжособистісної та групової комунікації.

Санш і Холлендер виділили три моделі взаємовідносин між лікарем і пацієнтом, взявши за критерій рівень активності лікаря і пацієнта в процесі лікування:

- Модель активності-пасивності - історична модель, наразі рідко зустрічається. Застосовується в ситуаціях, що загрожують життю, або коли свідомість пацієнта обмежена. Активною особою в цій моделі є лікар, тоді як пацієнт є пасивним отримувачем медичних рекомендацій, яким він повинен неухильно підкорятися.

- Модель "управління-співпраця" використовується у випадках гострих, короткочасних захворювань, які часто проходять спонтанно. У цій моделі активними учасниками є обидві сторони взаємовідносин, але їхні позиції відрізняються. Лікар - це особа, яка володіє необхідними знаннями і навичками для розробки і проведення лікувального процесу. Пацієнт підкоряється рекомендаціям лікаря і не має достатніх знань, щоб взяти на себе відповідальність за процес лікування.

- Модель двосторонньої участі - використовується для хронічних пацієнтів, стан яких є довготривалим і вимагає реорганізації різних аспектів їхнього життя. Обидві сторони відносин є активними і компетентними учасниками взаємодії. Їхні компетенції різняться залежно від аспектів лікування та профілактики. Лікар - це людина, яка володіє об'єктивними і детальними знаннями про методи лікування, ставить діагноз, визначає прогноз, планує лікувальний процес. Пацієнт має суб'єктивні знання про свою поведінку, самопочуття і те, як він переживає дезорганізацію життя, спричинену хворобою.

Кучинська, беручи за критерій сферу інтересів лікаря, виокремлює два підходи до побудови стосунків між лікарем і пацієнтом:

- Соматичний підхід - базується на знаннях медичної науки. Виникає тоді, коли інтереси лікаря зосереджені на хворобі та процесі лікування. Переважає закритий стиль спілкування, а всі втручання базуються на наукових знаннях. Інформація про самопочуття пацієнта розглядається як дані про стан пацієнта.

- Загальний підхід - виникає, коли інтереси лікаря більше зосереджені на пацієнтах, враховуючи їхню індивідуальну життєву ситуацію. Базується на знаннях з медичних та соціальних наук. Використовується відкритий стиль спілкування з пацієнтом. Лікарі при такому підході прагнуть отримати якомога більше додаткової інформації про життєву ситуацію пацієнта, значення хвороби в його житті. Крім того, медичні працівники допомагають пацієнту зрозуміти та адаптувати ситуацію зі здоров'ям.

Пірлоот, спираючись на психологічні концепції людини, запропонував чотири моделі взаємовідносин між лікарем і пацієнтом:

- Комунікативна модель взаємовідносин "лікар-пацієнт" - базується насамперед на передачі інформації між учасниками комунікативного процесу. Пацієнт розповідає лікарю про свої недуги, а лікар дає вказівки та рекомендації щодо процесу лікування. Обмін інформацією між лікарем і пацієнтом відбувається на двох рівнях: вербальному і невербальному.

- Соціокультурна модель взаємовідносин між лікарем і пацієнтом - у цій моделі обидві сторони взаємовідносин мають певні функції та позиції в суспільстві. Міжособистісні стосунки в суспільстві, в якому лікар і пацієнт функціонують на щоденній основі, регулюються за допомогою норм. На відносини між лікарем і пацієнтом також впливають соціальні уявлення про хворобу, про яку йдеться.

- Модель медичного перенесення стосунків між лікарем і пацієнтом - ця модель спирається на психоаналітичні концепції. Вона передбачає, що медична консультація містить деякі елементи, пов'язані з так званими механізмами перенесення і контрперенесення (те, як учасники відносин реагують один на одного, є не тільки результатом поточної ситуації, а й проявом почуттів, установок, які лікарі і пацієнти спрямовували на своїх батьків або інших значущих для них людей в дитинстві).

- Дружня модель взаємовідносин між лікарем і пацієнтом - передбачає можливість для обох сторін у відносинах виходити за межі традиційних ролей. Взаємодія між лікарем і пацієнтом є аналогом усіх інших соціальних взаємодій. Лікар показаний як людина, що проявляє потреби, емоції, характерні для всіх людей, що передбачає можливість відкрито висловлювати почуття, ділитися переживаннями, проявляти емпатію і розуміння при взаємодії з пацієнтами. У цій моделі пацієнт шукає, перш за все, людяність в особі лікаря.

Відносини між лікарем і пацієнтом також можуть будуватися на принципах комерційних послуг в умовах вільного ринку. Так виглядає консюмеристська модель, в якій лікар розглядається як продавець медичних товарів. Його обов'язки обмежуються наданням експертної інформації, вислуховуванням побажань пацієнта і прийняттям його рішень. Пацієнт, як клієнт, повинен бути поінформований про переваги та ризики, з якими він стикається, а також про вартість лікування.

Комунікація між лікарем і пацієнтом є однією з найважливіших змінних, що впливають на процес одужання, а також на профілактику рецидивів.

Ефективна комунікація між лікарем і пацієнтом асоціюється з кращими показниками соматичного, психічного та соціального здоров'я.

Адекватна комунікація між лікарем і пацієнтом допомагає регулювати емоції, дозволяє краще ідентифікувати потреби, сприйняття, очікування і підвищує прихильність до рекомендованої терапії.

У процесі лікування дуже важливо звертати увагу на суб'єктивне переживання хвороби пацієнтом. Кожен пацієнт має свій індивідуальний спосіб переживання хвороби. Пацієнти потребують психологічної підтримки на додаток до професійної медичної допомоги.

Відносини між лікарем і пацієнтом ґрунтуються на взаємодії людей, що займають нерівні позиції, часто не є добровільними, емоційно забарвлені і вимагають тісної співпраці.

Ролі лікаря і пацієнта мають різну соціальну природу. Лікар виконує інструментальну функцію. Для пацієнта зустріч з лікарем пов'язана з необхідністю адаптації до абсолютно нових обставин, що пов'язано з великим стресом, тривогою.

У відносинах лікар-пацієнт можна помітити відсутність повноцінної підготовки обох сторін до виконання своїх функцій. Лікарі часто не вміють спілкуватися зрозумілою для пацієнта мовою, не можуть встановити з ним довірливі стосунки. Пацієнти не знають своїх прав, не володіють знаннями про здоров'я та хворобу і не повністю готові відігравати активну роль у терапевтичному процесі.

Кожна розмова між пацієнтом і лікарем має різний характер. По-іншому веде розмову лікар первинної ланки, по-іншому - спеціаліст. Ви по-різному розмовляєте з дитиною, з дорослим, якому сорок років, і з більш зрілою людиною, якій шістдесят. Не можна однаково говорити про рак і застуду. Пацієнти бувають різні: одні хочуть отримати вичерпну інформацію про свій стан, інші не такі вимогливі. Пацієнти не завжди готові самостійно приймати рішення, пов'язані з курсом лікування, терапією.

Нові технології та широкий доступ до інформації змінюють свідомість пацієнтів. Пацієнти самі здійснюють різні дії, спрямовані на зміцнення здоров'я. Вони можуть без особливих зусиль знайти потрібну інформацію на сайтах, що спеціалізуються на здоров'ї та хворобах. Пошукова система Google стає для деяких з них авторитетом, пропонуючи безкоштовні консультації та заощаджуючи час, витрачений на черги до фахівця. Тривожним явищем є те, що візити до лікаря замінюються знаннями чи порадами, доступними в Інтернеті. У випадку легких захворювань це може не мати значного впливу на здоров'я та життя пацієнтів, але у випадку серйозних хвороб це може закінчитися трагічно.

Відносини між лікарем і пацієнтом трансформувалися. Пацієнти стали клієнтами медичних послуг. Вони можуть самостійно приймати рішення щодо свого життя і навіть здоров'я. Вони більш обізнані зі своїми правами, більш вимогливі, мають можливість обирати заклад, який повністю задовольнить їхні медичні, соціальні та психологічні потреби.

Припущення системно-партнерської моделі не знаходять свого відображення в реальності. Медична, сімейна та соціальна системи не працюють разом. Лікарі не дивляться на пацієнтів цілісно. Вони зосереджуються на інструментальних діях, нехтуючи впливом середовища, сімейних стосунків, емоційними проблемами. Планування терапевтичних дій часто формулюється без співпраці з пацієнтами та їхніми сім'ями. Проблемам, які можуть спричинити ризики для здоров'я, зокрема способу життя, наявним конфліктам, розладам у сім'ї пацієнта, взагалі не приділяється жодної уваги.

Лікарі впливають на створення терапевтичної атмосфери, проявляючи чутливість, розуміння, прийняття. Зміна негативних емоцій, таких як байдужість, домінування, страх, на позитивні, такі як розуміння, співпраця, безпека, може бути дуже ефективним інструментом правильної комунікації.

Лікарям не обов'язково мати вроджені комунікативні навички, вони можуть набути їх через навчання та практику. Однак вони повинні мати бажання, самодисципліну і, перш за все, час. Зміна медичної програми також

була б хорошим кроком. Збільшення кількості занять, пов'язаних з міжособистісним спілкуванням і підвищенням обізнаності лікарів про роль, яку вони відіграють у лікувальному процесі. Це також допомогло б уникнути багатьох конфліктів, непорозумінь і комунікативних бар'єрів, які виникають внаслідок поганої міжособистісної комунікації.

Пацієнти не в змозі повною мірою оцінити компетентність лікарів, пов'язану з професійними інструментальними діями. Тому на їхню задоволеність результатом лікування суттєво впливає правильна комунікація у відносинах лікар-пацієнт.

Окрім міжособистісних навичок лікаря, на ефективну комунікацію з пацієнтом впливає багато інших факторів, серед яких: стосунки з іншими працівниками лікарні, організаційна культура закладу, знання, досвід персоналу та його емоційний стан.

У відносинах між лікарем і пацієнтом спільною метою є турбота про здоров'я пацієнта. Едмунд Пеллегріно вважає, що її правильне розуміння долає недоліки патерналізму та автономізму. Точкою відліку є не автономія лікаря чи пацієнта, а турбота про пацієнта, милосердя до нього, що реалізується у взаємній довірі.

В українській системі охорони здоров'я у сфері комунікації між лікарем і пацієнтом патерналістська модель є більш поширеною, ніж системно-партнерська. У відносинах з пацієнтами медичний персонал не приділяє належної уваги їхнім емоційним і психологічним потребам, зосереджуючись на інструментальних діях, а не на хворобі та її причинах.

Лікарі часто ставляться до пацієнтів як до медичних випадків. Вони забувають, що пацієнт - це не просто хворий об'єкт, а насамперед людина, яка має власні почуття і очікує підтримки та розуміння. Вони не приділяють їм достатньо часу, не консультують щодо застосовуваних методів лікування, не співпрацюють з пацієнтами та їхніми сім'ями в процесі лікування. Це може бути пов'язано зі стереотипами: про лікаря як про людину, яка є непогрішною у своїх діагнозах та ігнорує думку пацієнта, і про пацієнта як про людину, яка

боїться конфронтації з професіоналом. Його джерелом може бути страх бути дискредитованим лікарем. Крім того, на таку ситуацію можуть впливати низький рівень культури та медичної освіти, обмежений доступ до медичних послуг, надмірна бюрократизація, введення лімітів на послуги та зростаючі фінансові обмеження. У такій реальності навіть найчутливіші лікарі можуть втратити сенс своєї місії та медичної роботи.

Не існує ідеальної моделі взаємовідносин між лікарем і пацієнтом. Кожна з представлених моделей має свої переваги і недоліки. Автор підручника з етики, професор медицини Тадеуш Бжезинський, наприклад, вказує на позитивні сторони патерналістської моделі як стосунків, заснованих на почутті відповідальності за долю пацієнта. Недоліками партнерської моделі може бути занадто велика автономія з боку пацієнтів, яка часто зловживається ними, тоді як системно-партнерська модель може бути дисфункціональною з боку родин пацієнтів.

Тому неможливо вивчити універсальну модель і застосувати її на практиці. Створення універсальної моделі комунікативної поведінки також є дуже складним завданням. Саме тому комунікативні навички лікарів є настільки важливими, що впливають на перебіг та ефективність терапії.

Однак завжди "необхідно мати очі, які бачать, вуха, якічують, і серце, яке відчуває...". - як казала засновниця сучасного медсестринства Флоренс Найтінгейл.

3.2. Напрямки формування позитивного морально-психологічного клімату в трудовому колективі медичного закладу як передумови запобігання виникненню конфліктних ситуацій

Мабуть, нікого не потрібно переконувати в тому, що ми проводимо значну частину свого життя в компанії інших людей - в сім'ї, на роботі, у відносинах зі знайомими, друзями або іншими людьми, яких ми зустрічаємо щодня в магазині, на прогулянці або при виконанні своїх обов'язків. У ці

ситуації ми вносимо всього себе - крім нашої соматичної і фізичної присутності, також всі наші психічні стани, включаючи наші емоції, які є предметом цього дослідження. У наступному розділі я маю намір зосередитися на описі емоцій, які ми відчуваємо, в тому числі під час командної роботи. Я також окреслю основні причини та наслідки конфліктів у команді, а також способи їх вирішення та управління ними.

Емоції та почуття є частиною емоційно-почуттєвої сфери особистості. Їх можна описати як "суб'єктивно пережиті афективно забарвлені стани". Ці переживання є вираженням нашого ставлення до всіх подразників зовнішнього (інші люди, метеорологічні явища, події, про які ми чуємо або в яких беремо участь) і внутрішнього характеру (наші спогади, плани, уяви, переживання). Важко уявити життя без емоцій та почуттів. Саме вони надають нашому повсякденному життю специфічного забарвлення, а також є проявом психічного здоров'я. Їх відсутність або порушення в прояві чи отриманні можуть бути симптомами серйозних захворювань і психічних розладів (наприклад, афективних або психотичних розладів). У галузі психології створено багато класифікацій і підрозділів емоцій і почуттів, які є складнішими за них. Класичні дослідження П. Екмана привели до виділення шести або семи (щодо їх кількості немає єдиної думки) так званих базових емоцій, до яких він відніс гнів, страх, смуток, радість, огиду, сором і провину. Ці емоції виражаються мімічно дуже схожими способами у людей, що живуть в різних культурах і місцях на Землі. Більше того, ми можемо спостерігати ці стани вже у новонародженої дитини, яка ще не мала можливості навчитися переживати і виражати їх мімічно.

У житті ми часто розрізняємо приємні та неприємні емоції, які ще називають складними емоціями (можна також розрізняти позитивні та негативні емоції, хоча я вважаю використання таких термінів помилковим з огляду на нейтральну моральну оцінку емоцій). У першій групі ми знайдемо такі афективні стани, як задоволення, радість, здивування, захоплення і обожнювання. У другій - гнів, злість, роздратування, лють, обурення, ревності,

заздрість, ненависть, тривогу, страх, провину та інші споріднені стани. Спільною рисою цієї другої групи є труднощі, які викликають вищезгадані стани, і можливі неприємності у відносинах, які ці емоції спричиняють.

У командній роботі, звичайно, ми можемо відчувати як приємні, так і неприємні емоції. Перші можуть заряджати нас енергією (позитивні емоції), полегшувати виконання завдань, збільшувати задоволення від перебування в групі. Зараз я зосереджуся на неприємних емоціях, їхніх джерелах у командній роботі, можливих наслідках і тому, як з ними боротися.

Причинами неприємних емоцій, що виявляються в командній роботі, є, перш за все, досвід і життєва ситуація людини. Поточний стан здоров'я, поточний психофізичний стан, нещодавні особисті, сімейні чи робочі переживання - все це привноситься в групову роботу. Людина, яка переживає подружні труднощі, батьківські проблеми з дитиною або хворобу близького члена сім'ї, також може виявити неприємні емоції в професійній роботі.

Психологічні потреби, які ми хочемо задовольнити, також проявлятимуться в різних емоційних станах. Сама присутність інших людей в колективі та процес виконання роботи сприятиме різним афективним станам. Якщо те, що нам потрібно під час роботи в команді, однозначно відрізняється від потреб та очікувань інших членів групи, ми можемо очікувати неприємних емоцій та можливих конфліктних ситуацій. Якщо ми відчуваємо, що нас недооцінюють, не слухають, ігнорують або ставляться до нас несправедливо, ми схильні проявляти гнів, роздратування, горе, злість або смуток. Боячись соціальної оцінки, не довіряючи іншим членам команди, ми зазвичай проявляємо страх або тривогу.

Багато складних емоцій генерується в процесі постановки групових цілей, якщо вони сильно відрізняються в оцінці окремих членів групи. Складні та конфліктні ситуації в командній роботі - ще одне джерело неприємних

емоцій. Таких прикладів можна навести безліч, адже кожен з нас переживав різні емоційні стани при спілкуванні з іншими людьми.

Складні емоції, пережиті в групі, не є чимось поганим, як і самі афективні стани, які не підлягають моральній оцінці. Проблеми можуть виникнути дещо пізніше - неприємні емоції стають причиною напруженості та конфліктних ситуацій у групі, коли призводять до замкненості або загострюють труднощі у спілкуванні.

Щоб впоратися зі складними емоціями, варто почати з себе. Корисно навчитися розпізнавати ці стани, помічати їхні симптоми в організмі (фізіологічні реакції), дізнатися про власний стиль передачі емоцій, попрацювати над покращенням контролю афективних станів та їхнім адекватним вираженням. Також допоможе розвиток здатності бути асертивним. Корисними можуть бути різні техніки (наприклад, ведення щоденника емоцій, медитація, релаксація), використання фізичної активності та підтримка доброзичливих людей.

Ступінь подолання моралі, в тому числі складної, тісно пов'язана з рівнем так званого емоційного інтелекту (IE). Він вимірюється, подібно до коефіцієнта інтелектуального інтелекту (IQ), і описується в різних психологічних концепціях, найвідомішою з яких є теорія Д. Гоул-мена (Goleman theory). Вищезгаданий автор перераховує п'ять компетенцій, які складають емоційний інтелект: самосвідомість, саморегуляція, мотивація, емпатія та соціальні навички. Далі я коротко опишу ці компетенції, звертаючи увагу на їхню важливість у вирішенні різних ситуацій, в яких може опинитися робоча команда людей.

Самосвідомість - це здатність розпізнавати поточні афективні стани та використовувати їх у прийнятті рішень і діях. Вона передбачає реалістичну оцінку власних можливостей. Член команди, який знає, що він або вона відчуває в будь-який момент часу, швидше за все, буде більш послідовним у повідомленні своїх очікувань від роботи, яку він або вона виконує в групі. Усвідомлення пережитих емоцій - це також знання свого поточного

психологічного стану, який може сприяти або перешкоджати виконанню групових завдань (наприклад, смуток як астенична емоція, що знижує енергію для дії, або радість, що має характер полегшення і підтримки процесу досягнення цілей, у тому числі групових).

Другий компонент ІЕ, який виділяє Гоулман - саморегуляція - це здатність контролювати емоції, справлятися з емоціями високої інтенсивності, вміння швидко повертатися до стану душевної рівноваги. Це особливо важлива компетенція при роботі в команді. Вже в процесі соціалізації дитина вчиться контролювати свої емоційні реакції. Люди, які не володіють цією навичкою, будуть сприйматися як імпульсивні, незрілі, непередбачувані у своїх реакціях і складні в міжособистісних стосунках.

Здатність керуватися у своїх діях пережитими емоційними станами - ще одна компетенція, яка складає емоційний інтелект. Емоції, як я нагадував раніше, тісно пов'язані з нашими потребами, які є прикладом внутрішніх мотивів. Емоції, які ми відчуваємо, дають нам інформацію про те, що для нас важливо, чого ми хочемо досягти, якої мети маємо намір досягти. Завдяки цій навичці нас не відлякують перешкоди, які зустрічаються на нашому шляху, а в командній роботі ми здатні донести та обґрунтувати те, що для нас важливо і до чого ми прагнемо.

Емпатія - ще один фактор емоційного інтелекту, є дуже важливою рисою для члена команди. Вміючи правильно зчитувати чужі емоції та сприймати ситуації з точки зору іншої людини, ми вибудовуємо нитку взаєморозуміння в групі. Нам легше справлятися зі складними емоціями членів команди, тому що ми намагаємося зрозуміти і поспівчувати, а не критикувати і засуджувати.

Соціальні навички - останній з п'яти розглянутих елементів - це здатність розпізнавати власні емоційні стани та емоції інших, розуміти людей і використовувати ці знання в командній роботі. Завдяки цим компетенціям ми краще функціонуємо в команді, співпрацюємо, досягаємо групових цілей. Ми також розуміємо інших, будуємо близькі, дружні стосунки, ведемо за собою

інших, шукаємо рішення у складних і конфліктних ситуаціях та протидіємо шкідливим конфліктам.

Безумовно, високий коефіцієнт емоційного інтелекту може полегшити нам роботу зі складними емоціями в групі. Конкретні способи, які ми використовуємо, безумовно, залежать від специфіки групи та роботи, яку ми виконуємо.

В. Павловська і П. Хомчинський представляють результати дослідження, предметом якого були способи подолання важких емоцій (у цьому дослідженні - негативних емоцій) вчителями початкових шкіл і закладів опіки та виховання, які працюють з учнями, що викликають труднощі у навчанні. У цьому випадку найважливішими заходами були робота над зміцненням авторитету, усуненням поведінки, що є результатом незрілих захисних стратегій, та використання соціальної підтримки - як з боку колег на робочому місці, так і з боку самих установ, де вони працюють.

Емоції, особливо ті, які ми визначаємо як складні, можуть призвести до конфліктних ситуацій у групі. Звичайно, вони не є єдиною причиною цього явища. У решті цієї короткої статті я зосереджуся на командних конфліктах. Почну з цитування одного з багатьох визначень конфлікту, яке дали Д. Хокер і В. Вілмот: "це оголошена боротьба між двома або більше взаємозалежними сторонами, які відчують несумісність цілей, відсутність взаємної вигоди і вважають, що інша сторона створює перешкоди на шляху до досягнення мети". Це, звичайно, визначення міжособистісного, або міжгрупового конфлікту, який вимагає присутності щонайменше двох людей, на відміну від індивідуального конфлікту, інакше відомого як внутрішній конфлікт, який кожен з нас час від часу переживає всередині себе.

С. Пуппель і М. Кравчак у своєму дослідженні про конфлікти в діаді "вчитель-учень" називають кілька основних причин міжособистісних конфліктів. Перш за все, вони згадують відмінності в цінностях, переконаннях і світогляді, а також "особистісні та характерологічні відмінності". Іншою причиною конфлікту може бути намагання членів групи отримати доступ до

товарів чи інформації. Проблеми комунікації, маніпуляції, брехня, ситуації деструктивного характеру - це інші фактори, які вищезгадані автори описують як такі, що лежать в основі конфліктів. Іншими причинами, визначеними в літературі та зустрічаються в командній роботі, є зовнішній тиск, різні обмеження (часові, організаційні, технічні), нездійсненні очікування, а на професійному рівні - кадрові помилки або невідповідний стиль управління.

Незалежно від причини, конфлікт створює стан емоційної напруженості як в окремих людей, так і в колективі в цілому, який зростає в міру загострення конфлікту, досягаючи максимальної інтенсивності в момент, визначений суперечкою, виплеском емоцій і конфронтацією. У літературі можна знайти опис декількох моделей, фаз або стадій конфлікту. В одній з них, більш широко представлений у публікації С. Пуппеля і М. Кравчака, йдеться про п'ять (у випадку вирішеного конфлікту) або шість фаз (коли конфлікт і порушення у відносинах зберігаються, породжуючи напругу). На першій фазі виникає протиріччя і напруга, на наступній фазі ця напруга зростає і антагонізм і ворожість стають очевидними, на третій фазі відбувається ескалація, так що на наступній фазі починається процес відділення емоцій від фактів, який необхідний для того, щоб хоча б одна сторона спробувала вирішити труднощі. П'ята фаза, коли напруга спадає, - це усунення конфлікту і нормалізація стосунків. Якщо проблема не вирішується, конфлікт переходить у наступну стадію, яку можна назвати "хронічним" конфліктом і загостренням труднощів.

Знання членами команди описаних фаз конфлікту та відповідної емоційної напруги може бути дуже корисним для кращого розуміння таких ситуацій та складних емоцій, які виникають під час них. Це також допоможе зробити ефективні спроби вирішення конфлікту. Перш за все, важливо пам'ятати, що ескалації конфлікту можна запобігти за допомогою досить раннього втручання, що вимагає доброї волі з обох сторін. З іншого боку, спроби вирішити проблему в момент найбільшого емоційного напруження зазвичай приречені на невдачу або призводять до вторинних травм. Конфліктуючі сторони можуть стати агресивними по відношенню один до

одного, свідомо чи несвідомо завдаючи болю партнеру по спілкуванню і кажучи одне слово зайве. У такий момент краще дочекатися, поки емоції вщухнуть, і забезпечити правильний час і місце для спокійної розмови.

Автори цікавого посібника про конфлікти у стосунках дають кілька порад, які допоможуть вам пройти через початкову фазу конфлікту:

- глибоко дихайте;
- попросіть час;
- встаньте і вибачтеся на кілька хвилин;
- носіть із собою фізичне "нагадування", яке допоможе вам зупинитися і сповільнитися.

Коли емоції вщухли, а конфліктуючі сторони відновили здатність мислити логічно, це ознака того, що слід зосередитися на вирішенні проблеми, яка виникла. Іноді члени команди піддаються ілюзії, що конфлікт розсмокчеться сам собою, що "якось воно вирішиться", що опонент забуде про інцидент, що треба перечекати. Набагато більш зріле ставлення до складної ситуації продемонструють ті, хто спробує вирішити конфлікт у потрібному місці і в потрібний час.

У літературі описані різні моделі та стратегії вирішення конфліктних ситуацій. У наступному описі я зупинюся на пропозиції Д. Вайдера - Хетфілда, яка стосується семи кроків. Для початку потрібно визначити свої потреби. У цьому може допомогти спостереження за відповідними емоціями (особливо складними), як згадувалося раніше в статті. Просто помітити емоції та потреби - це вже важливий крок, за яким має слідувати наступний крок - донести свої потреби та очікування до іншої сторони конфлікту. Звичайно, для цього ми використовуємо "Я"-повідомлення, зосереджуючись на описі того, що ми відчуваємо, використовуючи асертивні навички, описані раніше. Наступним кроком, до якого заохочує автор, є слухання того, які потреби має інша людина і про що вона говорить. Навички активного слухання, відкритість, емпатія та неупереджене ставлення, безумовно, допоможуть на цьому етапі.

Знання власних потреб і того, що відчуває інша сторона, є передумовою для обговорення можливих рішень, їх оцінки та вибору рішення, яке обидві сторони вважають найкращим. Природним наслідком консенсусного вибору рішення, яке передбачає задоволення потреб обох сторін, є реалізація цієї пропозиції на практиці та повернення до розмови через деякий час, щоб оцінити наслідки застосованої стратегії. Може виявитися, що потрібне певне коригування, і це набагато легше зробити, якщо конфлікт уже подолано і члени команди хоча б частково отримали вигоду від реалізації прийнятого рішення.

Нікого не потрібно переконувати в тому, що люди відрізняються за способами вирішення конфліктів, яким вони віддають перевагу, і за ефективністю стратегій, які вони використовують. У загальних рисах можна сказати, що джерела цих відмінностей є внутрішніми і зовнішніми. У першій групі ми виділимо ті елементи, які кожна людина має в собі. Я маю на увазі всю соматичну сферу, стать, генетичне і вроджене обладнання, тип темпераменту, який також є біологічно обумовленим, і особистісні фактори.

Те, як ми входимо в конфліктну ситуацію, залежить від нашого настрою, розпорядку дня і стану здоров'я. Жінки і чоловіки також часто відрізняються в цьому плані. Неможливо детально проаналізувати вплив усіх цих факторів. У подальшому описі я зупинюся лише на короткому представленні окремих елементів особистості, посилаючись на популярну в психології концепцію "Великої п'ятірки", яка використовується в особистісному опитувальнику NEO-FFI, що широко застосовується в психологічних дослідженнях.

Вищезгадана концепція стосується п'яти важливих особистісних факторів, що впливають з мета-аналізів, які базуються на дуже великій кількості досліджень. Ці фактори описуються наступними парами полюсів:

- інтроверсія (низька екстраверсія) екстраверсія (висока екстраверсія);
- низький нейротизм високий нейротизм;
- низька відкритість до досвіду висока відкритість до досвіду;
- низька згідливість (низька згідливість);

- висока згідливість
- низька сумлінність висока сумлінність.

У кожного з нас є більш-менш виражене переважання рис, описаних на одному з полюсів в парах особистісних рис, перерахованих вище. Наприклад, людина з переважанням рис, характерних для інтроверта, може бути схильна замикатися в собі в конфліктних ситуаціях, частіше вдаватися до самоаналізу, ніж звертатися за сторонньою допомогою. Людині з високим показником за шкалою нейротизму може бути притаманна висока емоційна напруженість, тривожність, схильність до переживання страху і почуття провини. Людина з низькою відкритістю до досвіду - це, коротко кажучи, той, хто в конфліктній ситуації буде шукати рішення, які вже були випробувані раніше, а не те, що може бути більш ефективним, але менш випробуваним. Інша риса - висока згідливість - характерна для людини, яка уникає конфронтації, часто боїться конфліктів і прагне підтримувати добрі стосунки навіть ціною незадоволення своїх потреб. Людина з високим показником сумлінності - дуже надійна і наполеглива, що також може проявлятися в тому, як вона вирішує конфлікти і прагне знайти вихід зі складної ситуації.

Представлені вище особистісні фактори дають лише дуже загальне уявлення про можливі способи реагування на конфліктну ситуацію. Точний прогноз можливий лише після повної діагностики особистості та аналізу всього набору рис, що формують унікальну і специфічну для даної людини структуру особистості. Звичайно, ці риси не тільки обумовлюють вибір стратегій вирішення конфлікту, але й пояснюють деякі причини конфлікту. Наприклад, менш сумлінна людина по-іншому підходить до виконання завдання, ніж більш сумлінна. Інші особистісні фактори, пов'язані з рівнем емоційного інтелекту, асертивністю, способом прояву емоцій, були згадані раніше в статті.

Починаючи опис детермінант вибору стратегій вирішення конфліктів, я згадував про дві групи факторів - внутрішні та зовнішні. Раніше я описав

першу з них - джерела внутрішнього характеру, тепер перейду до другої групи факторів, які мають зовнішню природу.

У своїй поведінці ми зумовлені попереднім досвідом, який був результатом впливу зовнішнього середовища. Почнемо з родини. Саме від батьків та інших членів сім'ї ми формуємо свої погляди на природу конфлікту та способи його вирішення. Якщо ми чули, що конфлікт - це погано і його треба уникати за будь-яку ціну, ми, швидше за все, так само будемо чинити і в нашому житті. Якщо ми бачили, як близькі люди уникають конфронтації за будь-яку ціну, замикаються в собі і не задовольняють важливі для них потреби, то в дитинстві ми наслідуємо таку поведінку.

Звичайно, зовнішні фактори, про які йде мова, не є лише питанням нашого дитинства та минулого. Працюючи в команді, ми багато разів стикалися зі складними ситуаціями і застосовували різні стратегії для їх вирішення. Якщо ці способи виявлялися успішними, ми зміцнювали свою самооцінку і віру в себе як в ефективних і здатних справлятися з труднощами особистостей.

Зовнішні фактори, що впливають на вибір стратегії в поточній складній ситуації, - це переважно тип конфлікту, особливості людини або групи, з якою ми конфліктуємо, тип ситуації, зовнішній тиск або, наприклад, стиль керівництва на робочому місці.

Тепер, коли ми усвідомлюємо детермінанти нашого вибору, як поводитися в конфліктних ситуаціях, перейдемо до короткої презентації теорії Томаса Кіллманна, яка представляє стилі вирішення конфліктів (також відомі просто як стилі конфлікту або стратегії вирішення конфліктів).

Автори описали вищезгадані методи, беручи до уваги два виміри, що мають відношення до міжособистісних стосунків: турботу про завдання та турботу про стосунки. Це дало їм змогу виділити такі стилі: управління, уникнення, пристосування, компроміс і співпраця.

Стиль управління (також відомий як стратегія "переможець отримує все" або конкурентний стиль) - це високий фокус на завданні і низький фокус

на відносинах. Він характеризує людину, яка прагне в конфлікті досягти своїх цілей і виконати роботу за будь-яку ціну. Він не схильний до співпраці і дуже зосереджений на задоволенні своїх потреб і на роботі. У командній діяльності він набагато більше зацікавлений у виконанні роботи, ніж у побудові стосунків. Інші можуть повчитися у нього наполегливості та послідовності. Йому варто навчитися більше зосереджуватися на добробуті інших членів команди.

Унікаючий стиль (стратегія поразки) - це низька концентрація як на завданні, так і на відносинах. Він характеризується тим, що людина не впевнена в собі і мало зацікавлена в побудові стосунків у складних ситуаціях і виконанні завдання. Він схильний до відходу і відволікання від конфлікту. Він може допомогти команді, якщо, уникаючи конфронтації, матиме достатньо часу для роздумів і подивиться на конфліктну ситуацію під іншим кутом зору.

Стиль пристосування (також званий пристосуванством) - це високий фокус на взаємовідносинах і низький фокус на виконанні роботи. Такий підхід характерний для неасертивної людини, яка боїться втратити визнання і погіршити стосунки в групі. Вона може нехтувати собою і догоджати іншим за рахунок досягнення своїх цілей і потреб. Чого можна навчитися у такої людини, так це турботі про інших і чутливості до колективу. Людина, яка віддає перевагу цій стратегії в конфлікті, може бути розчарована постійним браком уваги до себе і повинна вчитися напористості.

Компромісний стиль є типовою "золотою серединою" - середній фокус на завданні і на стосунках. Це правильний стиль для людини, яка хоче частково догодити собі та іншим. Вона піклується про членів команди, але завжди є певне відчуття недостатності - і для себе, і для інших, тому що обидві сторони конфлікту змушені поступатися деякими важливими цілями.

Останній згаданий стиль - співпраця (стратегія "переможець отримує все") - характеризує людину, яка дуже зосереджена на побудові стосунків і досягненні цілей. Ця найбільш бажана стратегія описує спосіб вирішення

конфліктної ситуації, при якому людина поводить ся напористо і шукає рішення, яке повністю задовольняє обидві сторони.

Корисно знати, якому стилю вирішення конфліктів ви віддаєте перевагу. Допомогу можна знайти в цінних книгах з опитувальниками для самооцінки та на веб-сайтах з тестами, заснованими на концепції, про яку йшлося раніше.

ВИСНОВКИ

Конфлікт є невід'ємною частиною командної роботи. Це соціальна ситуація, з якою може зіткнутися будь-яка організація, незалежно від її типу чи розміру. Конфлікт справедливо сприймається як щось негативне, оскільки він порушує комунікацію, викликає сильний стрес або погіршує стосунки між працівниками. З іншого боку, він також несе в собі потенційні позитивні ефекти, такі як творче вирішення проблем, підвищення креативності та очищення атмосфери в колективі.

Конфлікт - це досвід, який дозволяє перевірити себе і свою здатність справлятися зі складною ситуацією. Прийняття аргументів іншої сторони також може мати ефект розширення горизонтів, демонстрації інших можливостей і навчання толерантності. Це не змінює того факту, що роль менеджерів полягає в управлінні конфліктом, тобто в зниженні його інтенсивності та протидії руйнівній ескалації суперечок.

Тому важливо усвідомлювати широкий соціальний контекст конфліктів, включаючи знання соціальних механізмів, які відіграють важливу роль у виникненні спірних ситуацій в організаціях. Дослідження в галузі менеджменту та наук про якість підтверджують тезу про те, що такі явища, як конформізм, групове мислення та соціальне марнославство, потенційно є основним джерелом конфліктів в організаціях. Водночас менеджери часто не знають про їхню природу та перебіг.

Ми можемо запитати себе, чи завжди конфлікти призводять до позитивних наслідків, чи радше до негативних. Як ви можете легко здогадатися, простої відповіді немає. Що може полегшити нам відстеження наслідків конфліктів у команді, так це розділити їх на дві групи - функціональні та дисфункціональні конфлікти. Такий поділ ми зустрінемо в

літературі. У наступному розділі я спробую окреслити найважливіші особливості обох груп конфліктів.

Дисфункціональні конфлікти характеризуються тим, що вони найчастіше не призводять до взаємно задовільних результатів. Конфліктуючі люди дуже часто сприймають себе як опонентів, ворогів, людей, які заважають реалізації індивідуальних цілей. Тому перемога однієї сторони означає для людей, які переживають цей тип конфлікту, власний програш. Іншим наслідком дисфункціональних конфліктів може бути загострення труднощів у стосунках і ризик нападу або заподіяння шкоди іншій стороні. Небезпека в цьому типі конфлікту полягає також у використанні влади для досягнення мети, а це, безумовно, не сприяє зближенню та співпраці. Ще однією особливістю дисфункціональних конфліктів часто є недалекоглядність конфліктуючих сторін, яким байдуже, що буде в їхніх стосунках після завершення конфлікту. Дисфункціональні конфлікти дуже часто призводять до ескалації напруженості та подальших вторинних конфліктів. Небезпечно також піддаватися конфлікту, піддаватися емоційному напруженню і, як наслідок, піднімати теми, не пов'язані безпосередньо з конфліктом, але дуже важкі для іншої сторони.

Функціональні конфлікти, безумовно, більш позитивні за своєю природою, ніж перший описаний тип. Конфліктуючі особи в цьому випадку більше зацікавлені у виграші обох сторін. Це нагадує використання компромісного або кооперативного стилю. Особливо в останньому випадку, коли люди орієнтовані на співпрацю, ми можемо розраховувати на позитивний результат конфлікту. Більше того, люди, які переживають функціональний конфлікт, виявляють розуміння один до одного, навіть якщо вони відрізняються у своїх поглядах і домінуючих потребах. Ще одна відмінність дисфункціонального конфлікту від описаних вище стосується передбачення. Це означає, що конфліктуючі сторони зацікавлені у збереженні добрих стосунків у майбутньому, після завершення конфлікту. Функціональний конфлікт також полягає в тому, щоб уникнути використання влади проти

іншої сторони. Як неважко здогадатися, такий конфлікт найчастіше призводить до деескалації труднощів і зосередження на проблемі, без вирішення питань, які безпосередньо не пов'язані з конфліктною ситуацією. Функціональний конфлікт найчастіше призводить до позитивних змін у стосунках, про які я напишу трохи пізніше.

Застосування ефективних стратегій вирішення конфліктів, що виникають у команді, може призвести до багатьох позитивних результатів - як для окремої людини, так і для команди в цілому. Людина, яка бере участь в успішному процесі вирішення конфлікту, має шанс дізнатися більше про себе, свої сильні та слабкі сторони, підвищити рівень усвідомлення емоцій та почуттів, які вона відчуває, навчитися впевненості в собі, задовольнити свої потреби та підвищити рівень свого емоційного інтелекту.

Функціональний конфлікт - це також можливість для розвитку всієї команди. Досить згадати можливість покращити комунікацію, дізнатися про пригнічені або витіснені емоції членів команди, більше інтегрувати групу, виробити ефективні способи подолання труднощів і досягти групової мети.

Завершуючи опис конфліктів у команді, їх причин, динаміки та шляхів вирішення, я зверну увагу на процес управління конфліктами. Тут я маю на увазі наступні три елементи: уникнення шкідливих конфліктів, пом'якшення існуючих і стимулювання творчих. Завдяки такому проактивному підходу до конфліктних ситуацій команда має шанс мінімізувати втрати від конфліктів, які не призведуть до конструктивних рішень (наприклад, через особистісні особливості членів команди, наявні розлади, попередній негативний досвід).

Конфлікт, що вже виник, вимагає від групи пильності та уваги, щоб він не перетворився на процес, над яким втрачено контроль. Багатьох негативних наслідків можна уникнути, якщо виступати посередником, шукати згоди та дбати про зниження емоційного напруження членів команди. Стимулювання творчого конфлікту є завершальним елементом описаного процесу управління. При правильному стимулюванні та діях, що вживаються,

головним чином, лідером команди, група має шанс отримати вигоду від позитивних наслідків конфліктів, про які йшлося вище.

Висновок

Завершуючи короткий опис емоцій і конфліктних ситуацій, з якими ми можемо зіткнутися в командній роботі, я сподіваюся, що у Читача не залишиться відчуття недостатності, тому що представлений матеріал був відібраний з безлічі цікавих концепцій і з тієї дуже багатой області, яку займає наша емоційна, емоційно-мотиваційна і соціальна сфера. І емоції, і конфлікти - це не так вже й погано. Ми відчуваємо неприємні емоції або стаємо їхніми свідками під час роботи в команді. Так само ми беремо участь у конфліктах або навіть самі їх створюємо. Команда складається з людей, кожен з яких має унікальний набір особистісних рис, життєву історію та власну стратегію вирішення конфліктів. Якщо кожен член команди докладе зусиль, щоб краще пізнати себе та інших і виробити ефективніші способи подолання труднощів, можна сподіватися, що конфлікти стануть можливістю для групи і кожної людини розвиватися, а не джерелом тривоги і замкненості в собі.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Баєва О.В., Чебан В.І. Економіка та підприємництво в охороні здоров'я. Навч. посібник. Видавництво БДМУ, 2013. 360 с.
2. Балабанова Л.В., Сардак О.В. Управління персоналом: Навч. посібник. Донецьк: ДонДУЕТ, 2006. 471 с.
3. Башук Т.О., Хижняк М.О. Управління різними типами конфліктів в креативних колективах. *Маркетинг і менеджмент інновацій*. 2012. № 3. С. 111-119.
4. Безродна С. М. Управління якістю : навч. посіб. Чернівці: ПВКФ «Технодрук», 2017. 174 с.
5. Білинська М. М., Радиш Я. Ф. Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр. : у 2 ч К. : НАДУ, 2013. Ч. 1. 396 с.
6. Білинська М.М., Авраменко Т.П. Управління змінами сфери охорони здоров'я : навч.-метод. Матеріали. К. : НАДУ, 2015. 80 с.
7. Васюк Н. О. Практичне заняття “Комунікації в діяльності закладу охорони здоров'я. Спілкування і манери поведінки лікаря” . *Застосування інтерактивних технологій у галузі знань “Державне управління”*: зб. метод. матеріалів за результатами роботи Школи пед. майстерності (черв.-серп. 2013 р.) / за заг.ред. М. М. Білинської, В. М. Сороко, Л. А. Гаєвської. К. : НАДУ, 2014. 208 с. С. 42-52.
8. Васюк Н. О. Урегулювання конфліктних ситуацій в управлінській діяльності системи охорони здоров'я. Вирішення конфліктів: практичне заняття. *Застосування інтерактивних технологій у галузі знань “Державне управління”* : зб. метод. матеріалів з дидактики вищ. шк. / за заг. ред. М. М. Білинської, В. М. Сороко, Л. А. Гаєвської. К. : НАДУ, 2012. 240 с.
9. Ващенко І.В, Кляп М.І. Конфліктологія та теорія переговорів: навч. посіб. К. : Знання, 2013. 407 с.

10. Вертель В.В., Комашня А.О., Федорчук І.В. Морально-психологічний клімат колективу. *Вісник економіки транспорту і промисловості. Серія: Морально-економічні питання.* 2012. №40. С. 292-295.
11. Вороненка Ю. В. Менеджмент в охороні здоров'я: навчально-методичний посібник. К.: НМАПО, 2014. 367 с.
12. Вороненко Ю. В., Михальчук В. М., Горачук В. В. Управління якістю медичної допомоги: науково-практичні підходи до вдосконалення: посібник. К., 2016. 163 с.
13. Вороненко Ю. В., Пащенко В. М. Бізнес-планування в охороні здоров'я. К.: «Генеза», 2016. 336 с.
14. Вороненко Ю.В., Гойда Н.Г., Латишев Є.Є. Сучасні напрями менеджменту в охороні здоров'я: Навчально-методичний посібник. Київ: Медицина України, 2015. 335 с.
15. Вороненко Ю.В., Проданчук М. Г., Гойда Н.Г. Менеджмент в охороні здоров'я: навчально-методичний посібник. К.: Медицина України, 2014. 334 с.
16. Горбунова В. Психологія командотворення: ціннісно-рольовий підхід до формування та розвитку команд : монографія. Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2014. 380 с.
17. Горностай П.П. Групова взаємодія у світлі психологічних парадигм. *Наукові студії із соціальної та політичної психології*: Збірник статей НАПН України, Ін-т соц. та політ. Психології / Ред. рада: М.М. Слюсаревський (голова), В.Г. Кремень, С.Д. Максименко та ін. Вип. 35. К.: Міленіум, 2015. С. 113-126.
18. Гриффин Э. Коммуникация: теории и практики / Э. Гриффин. Х.: Гуманитар. центр, 2015. 686 с.
19. Державна політика з охорони громадського здоров'я в Україні: Навч. посіб. / Кер. авт. кол. І.М.Солоненко, Л.І.Жаліло. К.: Вид-во НАДУ, 2004. - 116 с.

20. Динамічні процеси в малій групі: морально-психологічний ви-мір освітнього середовища : [монографія] / [П. П. Горностай, О. Л. Вознесенська, І. В. Грибенко та ін.]; за ред. П. П. Горностая. Кіровоград : Імекс-ЛТД, 2013. 190 с.
21. Довгань Л. Є., Каракай Ю. В., Артеменко Л. П. Стратегічне управління : навч. посіб. 2-ге вид. К. : ЦУЛ, 2011. 440 с.
22. Дуткевич Т.В. Конфліктологія з основами психології управління : навч. посібн. К. : Центр навч. літ-ри, 2015. 456 с.
23. Ємельянюк Л.М. Конфліктологія : навч. посіб. / за заг. ред. В.М. Петлюха, Л.В.Торгової. К.: КНЕУ, 2013. 315 с.
24. Іванова І.В. Морально-психологічний клімат колективу [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://xreferat.com/77/5016-1-soc-al-no-psiholog-chniiy-kl-mat-kolektivu-na-mater-alah-energodars-ko-bagatoprof-l-no-g-mnaz-garmon-ya.html>
25. Калінкіна І.В. Творчість як варіант сублімації конфлікту / І.В. Калінкіна. *Збірник статей «Психосемантика»*. 2011. № 50. С. 14-19.
26. Калюжный А.С. Психология взаимоотношений в подразделении: Учеб. пособие. Н.-Новгород: НХТУ, Факультет военного обучения, 2014. 36 с.
27. Карамушки Л.М. Технології роботи організаційних психологів: Навчальний посібник. К.: Фірма «ІНКОС», 2005. 366 с.
28. Карпінська М. Психологічний клімат у педагогічному колективі. *Завуч*. 2008. № 6. С. 11-13.
29. Киричук О.В. Сучасні психологічні методи вивчення особистості: опорний конспект лекцій. К.: ІПК ДСЗУ, 2012. 78с.
30. Корецький М. Х., Дегтяр А. О., Дацій Н. В.. Стратегічне управління : навч. посіб. К. : ЦУЛ, 2007. 240 с.
31. Коробанова О. Л. Особистісно-рольова гра як психологічна технологія формування мотивації політичної участі. *Проблеми політичної психології та її роль у становленні громадянина Української держави*: зб.

наук. праць / Асоц. політ. психологів України, Ін-т соц. та політ. психології НАПНУ. К. : Золоті ворота, 2012. С. 298-310.

32. Круп'як Л.Б. Управління трудовими ресурсами організації: навч. посібник. К.: Кондор. Видавництво, 2013. 278 с.

33. Кучеренко Д.Г., Шморгун Н.П. Управління персоналом: практикум. К.: ІПК ДСЗУ, 2012. 237 с.

34. Лехан В. М., Крячкова Л. В., Волчек В. В. Управління змінами в системі охорони здоров'я України: історія та уроки пілотних регіонів: навчальний посібник. Дніпропетровськ, 2016. 53 с.

35. Ложкін Г. В. Технології розв'язання конфліктів у педагогічній взаємодії. Луцьк : Вежа, 2000. 153 с.

36. Луцик Т.Р. Оцінка впливу морально-психологічного клімату колективу на кадровий потенціал організації. *Ефективна економіка*: Електр. наук. фахове видання. 2012. №10. URL: www.economy.nayka.com.ua.

37. Мала Н.Т., Угрин Л.Є. Конфлікт у організації: класифікація та моделювання / Н.Т. Мала, // Науковий вісник Національного лісотехнічного університету України: збірник науково технічних праць. Львів: РВВ НЛТУ України. 2010. Вип. 20.15. С. 212-219.

38. Мироню І.С., Новічкова О.М. Застосування моделі поліпшення якості надання послуг у закладах охорони здоров'я: навч. посіб. К. : Друкарський двір Олега Федорова, 2017. 156 с.

39. Михайлов А.С. Психологическое исследование факторов социально-психологического климата малых производственных групп. *Научный журнал КубГАУ*. 2013. №91. URL: ej.kubagro.ru.

40. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я / кол. монографія за науковою ред. д.е.н. Шкільняка М.М., д.е.н. Желюк Т.Л. Тернопіль, Крок. 2020. 560 с.

41. Оболенський О.Ю., Солоненко І.М., Жаліло Л.І. та ін. Управління охороною здоров'я на місцевому рівні: національний та зарубіжний досвід: уавч. посіб. К.: Асоціація міст України та громад, 2007. 191 с.

42. Одинцова В. О. Вплив стилю керівництва на психологічний клімат у колективі малого бізнесу [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://ua-referat.com>
43. Оптимізація морально-психологічного клімату групових суб'єктів освітньої діяльності: метод. рек. / [П. П. Горностай, О. Л. Вознесенська, Л. Г. Чорна та ін.] ; за ред. П. П. Горностая. К., 2011. 80 с.
44. Осика О., Хлебосолова О. Структура морально-психологічного клімату в колективі. *Гуманізація навчально-виховного процесу*. 2012. Спецвипуск 9. С. 234-238.
45. Панченко Є.О Морально-психологічний клімат в колективі та шляхи його оптимізації [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://refer.in.ua/major/295/160679/>
46. Погоріляк Р.Ю., Рогач І.М., Слабкий Г.О., Качала Л.О., Кручаниця В.В. Соціальна медицина як основа менеджменту в охороні здоров'я: навч. посіб. Ужгород. 2015. 280 с.
47. Попович Т.М. Управління якістю: навч. посібник. Тернопіль, КРОК, 2013. 352 с.
48. Посилкіна О. В., Братішко Ю. С., Кубасова Г. В. Управління персоналом : навч. посіб. для студ. економічних спец. вищих мед. та фарм. навч. закл. Х. : Вид-во НФаУ, 2015. 517 с.
49. Процеси ідентифікації особистості в малій групі: досвід теоретичного та емпіричного дослідження : практ. посіб. / за ред. П. П. Горностая. Кіровоград : Імекс-ЛТД, 2013. 106 с.
50. Психологія групової ідентичності: закономірності становлення : [монографія] / [П. П. Горностай, О. А. Ліщинська, Л. Г. Чорна та ін.] ; за наук. ред. П. П. Горностая. К. : Мілені-ум, 2014. 252 с.
51. Радиш Я. Ф. Менеджмент в охороні здоров'я. Управління організаціями у сфері охорони здоров'я : конспекти лекцій для слухачів спеціальності 8.15010006 “Державне управління у сфері охорони здоров'я”

галузі знань 1501 “Державне управління” / авт. кол. : Я. Ф. Радиш, Н. О. Васюк, Л. А. Мельник. К. : НАДУ, 2015. 92 с.

52. Рухайло М. Психологічний клімат колективу. *Психолог*. 2006. № 17. С. 11-15.

53. Управління підприємницькою діяльністю в галузі охорони здоров'я / За ред. О.В.Баєвої та І.М.Солоненка. К.: Вид-во МАУП, 2007. 374 с.

54. Федченко Тетяна Морально-психологічний клімат в групі [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://ukrefs.com.ua/84673-Social-no-psihologicheskiiy-klimat-v-gruppe.html>

55. Циганенко Г., Вознесенська О, Масик О. Пружність та стосунки з іншими: Техніки саморегуляції. *Ми пережили: техніки відновлення для сімей, військових, цивільних та дітей*: практ. посіб. для внутрішньо переміщених осіб, демобілізованих та їхніх сімей / за наук. ред. Г. В. Циганенко. К. : Логос, 2016. С. 146-200.

56. Чірікова Н. М. Мотиваційні теорії персоналу і управління мотивацією праці. *Young Scientist*. 2015. № 11 (26). С. 109-113.

57. Чухно І. А., Мартовицький Д.В. Сучасні світові тенденції в мотивації медичного персоналу як засіб поліпшення якості медичного обслуговування. *Актуальні питання соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я в Україні: матеріали науково-практичної конференції*, Харків, 16 березня 2016 р. Харків, 2016. С. 143–145.

58. Шелудько В. С. Фактори та умови формування морально-психологічного клімату педагогічного колективу в закладах освіти. *Управління школою*. 2006. № 10-12. С. 14-17.

59. Шкільняк М. М., Овсянюк-Бердадіна О.Ф., Крисько Ж. Л., Демків І. О. Менеджмент: навч. посіб. Тернопіль, 2017. 252 с.

60. Шортел С., Калюжний А. Менеджмент в охороні здоров'я: Пер. з англ. / За наук. ред. І.М.Солоненка. К.: Основи, 1998. 500 с.

61. Akintayo D.I., Ajakaye A.T., Balogun A.R, (2019), Workplace conflict and management strategies: what does literature says, *Uniosun Journal of Employment Relations and Management*. Vol.1 No.2, p 309-340.
62. Bielińska I., Jakubczyńska Z. (2016), *Efektywny zespół: jak razem osiągnąć więcej?: strategie budowania silnego zespołu*, Edgard, Warszawa.
63. Bubel D., (2015), Konstatacja nad sekwencją podejmowania decyzji w praktyce i teorii zarządzania, *Organizacja i zarządzanie*, s. 253-263.
64. Ciekanowski Z., Nowicka J., Załoga W. (2019), Konflikt jako element zarządzania organizacją, *Nowoczesne Systemy Zarządzania* 14(1), s. 39-52.
65. Cywińska M., (2019) Konflikty destruktywne trudno rozwiązywalne w perspektywie „Wychowania do wartości”, *Studia Edukacyjne*, s. 23-34.
66. Dąbrowska-Resiak J., Jeżowski M., Pochocki M. (2018), Mobilność edukacyjna sposobem na rozwijanie kompetencji potrzebnych na rynku pracy, W: *Kompetencje przyszłości*, Wydawnictwo FRSE, Warszawa, s. 132-164.
67. Drzeżdżon W. (2016), Zjawiska patologiczne w środowisku pracy zawodowej. Przyczynek do studium socjologiczno-pedagogicznego, *Studia Gdańskie. Wizje i rzeczywistość*, s. 97-114.
68. Duhigg Ch. (2016), *Mądrzej, szybciej, lepiej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
69. Gmurzyńska E., Morek R. (2018), *Mediacje. Teoria i praktyka*, Wolters Kluwer, Warszawa.
70. Karna W.J., Knap-Stefaniuk A. (2019), Przywództwo w środowisku wielokulturowym, *Humanizacja Pracy* 1(295), s. 53-65.
71. Kisielnicki J. (2017), *Zarządzanie projektami: ludzie, procedury, wyniki*, Wydawnictwo Nieoczywiste, Warszawa.
72. Kołodziejczyk A. (2014), Rola konfliktu w organizacji, *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego w Siedlcach* 100, s 319-324.
73. Kowalewski K. (2018), Formowanie zespołu a jego innowacyjność, *Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej*, s. 357-368.

74. Krajewska. M (2019), Konflikty w organizacji a motywacja pracowników do pracy, *Akademia Zarządzania* 3(3), s. 29-41.
75. Luo Y, Lu Lei, (2020), A Review of Research on Team Conflict, Conflict Management and Team Performance, *Advances in Economics, Business and Management Research*, volume 155, p. 321-326.
76. Mizser C., (2022), Conflict management and leadership styles. Comparative case study with future leaders, *Scientific papers of silesian university of technology organization and management series no. 160*, p 455-467.
77. Muzakar I. Nur I., (2023) The role of work-life balance as mediation of the effect of work-family conflict on employee performance, *SA Journal of Human Resource Management*, p. 1-10.
78. Myjak T. (2019), Korzyści i ograniczenia pracy zespołowej w percepcji przyszłych pracowników, *Studia Ekonomiczne*, nr 1/2019, s. 66-75.
79. Przybyła K., Biniasz D. (2021), Konflikt w logistycznym zespole projektowym - studium przypadku, *Zarządzanie przedsiębiorstwem* 24(1-2), s. 19-26.
80. Puppel S., Krawczak M. (2015), Filtrowanie konfliktogenności w przestrzeni publicznej na przykładzie diady 'nauczyciel - uczeń ', *Scripta Neophilologica Posnaniensia*, 147166.
81. Pyszka A. (2015), Modele i determinanty efektywności zespołu, *Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe* nr 230, s. 37-50.
82. Reaves J. (2018), A study of groupthink in project teams, *Walden Dissertations and Doctoral Studies*.
83. Romanovna A., Vitalievna T., Vladimirovna A, (2018), Group effects as a factor of changing individual behavior in working groups, *International Day of Science 2018: Economics, Management, Innovation - Moravian University College Olomouc*, s. 6775.
84. Ronquillo Y, Ellis VL, Toney-Butler TJ (2022), Conflict Management, *StatPearls, Treasure Island (FL)*.

85. Sielska Z., Loncar J., (2022) Conflict as a differentiating factor in the creation of social capital among youth in Serbia and Poland, Yearbook of the Institute of East-Central Europe vol. 20, p. 161-182.
86. Siemiak P., Rembiasz M., Ruta A. (2018), Zarządzanie zespołem jako kompetencja przedsiębiorcy na podstawie analizy zachowań studentów, Horyzonty wychowania. 17(44), s. 135-144.
87. Sikorski C. (2018), Konflikt motywacyjny pracownika współczesnej organizacji, Przedsiębiorczość i zarządzania t. 19, z. 8, cz. 1, s. 169-182.
88. Skoczylas M (2014), Przyczyny, skutki oraz strategie rozwiązywania konfliktów między studentami na uczelni wyższej, Zeszyty Naukowe Politechniki Częstochowskiej 13, s. 115-129.
89. Soroka-Potrzebna H. (2021), Zarządzanie konfliktem w zespole projektowym - podejście tradycyjne i zwinne, Przegląd Organizacji 11, s. 38-44.
90. Szeptuch, A., Dyla, S. (2015). Wpływ kultury organizacyjnej na pracę w zespole projektowym, Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Zarządzania Ochroną, Pracy w Katowicach, s. 316-328.
91. Szydło J. (2018), Kulturowe ramy zarządzania, Wydawnictwo Naukowe Sophia, Katowice.
92. Trufanow G. (2021), Modern aspects of conflict management in business organizations in the context of conflict studies in business, ООО "Институт развития образования и консалтинга", но. 8, с. 14-23.
93. Węgrzyn L. (2019), Konflikty w organizacji, Praca magisterska - Wyższa Szkoła Biznesu, Nowy Sącz.
94. Wieczorkowska-Wierzbińska G. (2021), Cztery wyzwania w zarządzaniu ludźmi, Dom wydawniczy ELIPSA, Warszawa.
95. Wielgus A., (2021) Emocje oraz konflikty w zespole i sposoby ich rozwiązywania, Wydawnictwo Novum, Płock.
96. Wojcieszke B. (2019), Psychologia społeczna, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa.