

**КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ТАРАСА
ШЕВЧЕНКА
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ**

Кафедра психодіагностики та клінічної психології

«Психологічні чинники конфліктів між лікарем та пацієнтом»

Кваліфікаційна робота

студента ОКР «Магістр»

спеціальності 053 «Психологія»

освітньої програми «Клінічна психологія з
основами психотерапії»

Сидори Владислава Віталійовича

Науковий керівник:

кандидат психологічних наук, асистент кафедри
психодіагностики та клінічної психології

Вавілова Альона Сергіївна

Роботу рекомендовано до захисту на ЕК №

Протокол №____ від_____ року

Завідувач кафедри психодіагностики та клінічної психології

_____ **Людмила КРУПЕЛЬНИЦЬКА**

Київ 2024

ЗМІСТ

ВСТУП	2
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИРІШЕННЯ КОНФЛІКТІВ МІЖ ЛІКАРЯМИ ТА ПАЦІЄНТАМИ	5
1.1 Психологічні підходи до визначення причин конфліктів	5
1.2 Типові ситуації, що призводять до конфліктів.....	16
1.3 Аналіз чинників виникнення конфліктів: комунікація, стереотипи, нестача інформації	19
1.4 Психологічні особливості взаємодії лікарів та пацієнтів.....	25
Висновки до розділу 1	43
РОЗДІЛ 2 МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ВИНИКНЕННЯ КОНФЛІКТНИХ СИТУАЦІЙ МІЖ ЛІКАРЕМ ТА ПАЦІЄНТОМ	44
2.1 Загальна характеристика вибірки та основні етапи емпіричного дослідження.....	44
2.2 Обґрунтування методів емпіричного дослідження.....	50
РОЗДІЛ 3 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ТА СПОСОБІВ ВИРІШЕННЯ КОНФЛІКТНИХ СИТУАЦІЙ МІЖ ЛІКАРЕМ ТА ПАЦІЄНТОМ	55
3.1. Аналіз результатів опитування пацієнтів та лікарів за анкетною «Конфлікти та причини їх виникнення».....	55
3.2. Психологічні особливості ставлення лікарів до конфліктів з пацієнтами та способів їх вирішення	61
3.3. Аналіз особистісних якостей серед лікарів і пацієнтів	73
3.4. Характеристика поведінкових реакцій у конфліктних ситуаціях між лікарем та пацієнтом.....	77
3.5. Аналіз відмінностей стратегій вирішення конфліктів у лікарів та пацієнтів	82
3.6 Аналіз впливу психологічних чинників на способи вирішення конфліктних ситуацій між лікарями та пацієнтами	87
3.7 Рекомендації щодо профілактики конфліктів у медичній сфері	103
Висновки до розділу 3.	105
ВИСНОВКИ	107
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	109
ДОДАТКИ	114

ВСТУП

У часи коли сфера української медицини продовжує зазнавати радикальних змін та реформ, такі проблеми як конфлікти між лікарям та пацієнтами є дуже розповсюдженими та такими, що турбують соціум. У даний період в Україні сфера медичного обслуговування є однією з найважливіших секторів суспільства.

Середовище реального медичного закладу не є безконфліктним, оскільки все відбувається в системі «людина-людина», яка завжди має на увазі можливість конфлікту як невід'ємного компонента особистих і міжособистісних відносин. Тому в цій сфері конфлікти виникають частіше, ніж в інших сферах людської діяльності, оскільки медицина стосується таких цінностей, як життя і здоров'я людини.

Тому актуальним питанням для покращення надання медичних послуг є дослідження того, як особистісні характеристики, професійні навички, етичні норми, організаційні фактори та соціальні умови впливають на виникнення конфліктів. Вивчення психологічних чинників виникнення конфліктних ситуацій між лікарем та пацієнтом є надзвичайно важливим для медичної галузі.

Дослідженням впливу психологічних чинників на виникнення конфлікту займалися такі дослідники як: Т. В. Чаусова, Т.І. Лепейко, Шиліна Алла Андріївна, Андрій Володимирович Горяінов, Мацко Л. А., Прищак М. Д, Кісарчук З. Г, Carver, C.S., Scheier M.F., Weintraub J.K. Вивчали взаємодію лікаря та пацієнта Кутузова Д. М., Степурко Т. Г., Ковтонюк П. А, Azize Asanova, Olena Khaustova

Об'єкт дослідження: конфлікт як психологічний феномен

Предмет дослідження: психологічні чинники конфліктів між лікарем та пацієнтом

Мета дослідження: визначити психологічні чинники конфліктних ситуацій між лікарем і пацієнтом.

Виходячи з мети дослідження ставимо наступні завдання дослідження:

1. Проаналізувати та узагальнити теоретико-методологічні підходи до вивчення поняття конфлікту та з'ясувати чинники виникнення конфліктів між лікарями та пацієнтами

2. Визначити особистісні особливості лікарів і пацієнтів, які можуть сприяти виникненню конфліктів

3. Виявити психологічні відмінності У ставленні пацієнтів та лікарів до конфліктів

4. Здійснити порівняльний аналіз стратегій вирішення конфліктів у лікарів і пацієнтів.

Методи дослідження:

Теоретичні – аналіз, синтез, узагальнення, систематизація наукових підходів до вивчення проблематики.

Емпіричні – анкета «Конфлікти та причини їх виникнення» (за шкалою Лікерта), Особистісний опитувальник Айзенка ЕРІ, Опитувальник Томаса-Кілманна: типи поведінки у конфлікті.

Методи математичної статистики – описові статистики, метод порівняння Мана-Уїтні та кореляційний аналіз, множинний регресійний аналіз.

Магістерська робота складається зі вступу, основної частини, висновків, списку використаних джерел та додатків. Основна частина містить три розділи.

У першому розділі “Теоретичні підходи до вирішення конфліктів між лікарями та пацієнтами” було проведено аналіз причин конфліктів, було досліджено виявлення типових ситуацій, що призводять до конфліктів. Проаналізовано такі фактори, таких як комунікація, стереотипи, недостатність інформації тощо. Та зроблені висновки за розділом.

У другому розділі “Методичні засади дослідження психологічні чинники виникнення та способи вирішення конфліктних ситуацій між лікарем та пацієнтом” Була наведена загальна характеристика вибірки та основні етапи емпіричного дослідження. Описані методи за допомогою яких робиться дослідження.

У третьому розділі “Емпіричне дослідження психологічних чинників виникнення конфліктних ситуацій між лікарем та пацієнтом”

Було проведено аналіз отриманих результатів за анкетною.

Дослідженні індивідуально-психологічні особливості і характерологічні прояви у лікарів та пацієнтів.

Досліджена поведінка лікаря та пацієнта у конфліктній ситуації

Було розроблено рекомендації для лікарів та пацієнтів щодо покращення взаєморозуміння. Був зроблений висновок з розділу.

Практичне значення цього дослідження полягає в можливості використання отриманих результатів для розробки та реалізації ефективних стратегій управління конфліктами в галузі медицини. У дослідженні виявляються важливі психологічні чинники, що впливають на виникнення і перебіг конфліктних ситуацій між лікарями і пацієнтами, і пропонуються підходи до їх вирішення. На основі отриманих даних проводиться навчання для медичних працівників, спрямоване на розвиток комунікативних навичок, підвищення стресостійкості і підвищення рівня емоційного інтелекту.

Такі програми можуть бути інтегровані в професійну підготовку лікарів та інших медичних працівників для підвищення здатності ефективно взаємодіяти з пацієнтами, підвищення якості медичної допомоги. Крім того, результати дослідження можуть допомогти розробити рекомендації для пацієнтів та краще зрозуміти механізми конфліктів та способи їх конструктивного вирішення.

Практичне застосування також включає використання отриманих даних при складанні професійних методичних рекомендацій і програм психологічної підтримки, спрямованих на підтримку емоційного благополуччя як пацієнтів, так і медичних працівників. Це допомагає поліпшити атмосферу в медичних установах і підвищити загальну задоволеність пацієнтів послугами охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИРІШЕННЯ КОНФЛІКТІВ МІЖ ЛІКАРЯМИ ТА ПАЦІЄНТАМИ

1.1 Психологічні підходи до визначення причин конфліктів

Міжособистісний конфлікт як правило стає можливим тоді, коли протистояння відбувається між двома або більшою кількістю людей і насправді може відбуватися на різних рівнях відносин. Суперечки в медичних закладах як правило відбуваються через відмінність в думках і практичному досвіді різноманітних людей. Зустрічається зазвичай в динамічному медичному середовищі, де можуть виникати різного роду непорозуміння. Зв'язок з доглядом за пацієнтами та порятунком життя, лише погіршує данну ситуацію.

Але дуже важливо розуміти різницю між конфліктом і ворожістю. Конфлікти не повинні призводити до ворожості та ненависті.

Незважаючи на незгоду пацієнтів з планом лікування, та незадоволення лікарів рішеннями колег або сумніви в дієвості деяких процедур, існують способи знизити напругу і розвинути навички вирішення конфліктів у сфері медичного обслуговування. Ті, хто стикається з міжособистісними конфліктами під час лікування своїх пацієнтів, мають багато різних шляхів їх вирішення. У конфлікті люди, як правило, обирають один із 5 стратегій[9].

- Уникнення: лікарі, які використовують уникнення як стратегію вирішення суперечок вважають за краще уникати або ігнорувати причину суперечки, а не вирішувати її безпосередньо. Як і участь, уникнення збільшує ймовірність того, що група буде дотримуватися неперевірених ідей, які можуть завдати шкоди в довгостроковій перспективі.

- Конкуренція: лікарі, чий стратегії вирішення конфліктів засновані на конкуренції, як правило, дуже агресивні і зацікавлені в тому, щоб бути першими в списку, а не в пошуку найкращого рішення.

- Покірність : медсестри, які обирають поблажливість як основну стратегію вирішення суперечок, догождати людям. Вони повністю приймають інші ідеї, навіть ціною того, що відкладають свої пріоритети в довгий ящик або знищують їх. Це може допомогти, якщо будуть просуватися кращі рішення, але це може бути небезпечно, оскільки може призвести до випадків приховування обґрунтованих переконань і думок тільки для «підтримки миру».

- Компроміс: лікарі, які підходять до вирішення міжособистісних конфліктів з позиції компромісу, не думають «я проти вас», а думають про рішення, яке принаймні частково задовольнить обидві сторони. Це дозволяє обом сторонам залишатися відкритими для очікувань і рухатися вперед у напрямку реалізації рішення. Співпраця: лікарі, які обирають співпрацю як стратегію вирішення конфліктів, інтегрують ідеї інших людей у свої власні. Хоча результати можуть бути не такими однозначними, як у випадку компромісу, рішення відображає внесок і думки кожного, підвищуючи зацікавленість групи в остаточному рішенні і загальну задоволеність.

Невирішені конфлікти не завжди очевидні, але мають значний вплив на взаємодію лікаря і пацієнта, і це такі фактори, як якість обслуговування, взаємодія з колегами, які можуть викликати нові конфлікти, непорозуміння і загальні думки середньостатистичного пацієнта.

Вивчення та застосування на практиці ефективних стратегій вирішення суперечок не тільки полегшить повсякденну роботу лікарів, але й додасть енергії пацієнтам та їхнім сім'ям - людям, які цього найбільше потребують.

Невирішені конфлікти, що впливають на взаємодію лікаря і пацієнта, можуть бути проаналізовані більш глибоко за допомогою аналізу різних типів конфліктів

Існує багато різних класифікацій типів конфліктів

У дослідженні “ Conflict in Medical Teams: Opportunity or Danger?” було визначено три основні типи конфліктів у командному середовищі: конфлікт завдань; конфлікт взаємовідносини, а також процесуальні конфлікти[6]. Конфлікти завдань включають розбіжності між членами команди щодо змісту та результату виконуваного завдання.

Конфлікти взаємовідносин стосуються особистих проблем, які не пов'язані із завданням, наприклад, особистісні відмінності або відмінності в переконаннях чи цінностях.

Нарешті, конфлікти процесу стосуються логістичності питання виконання завдань, таких як делегування обов'язків або встановлення часу для зустрічей [6].

Типи конфліктів у команді

1. Конфлікти завдань

Конфлікти завдань стали найбільш досліджуваним предметом. Попередні теорії та дослідження показали, що конфлікти через змістовність, пов'язану з роботою, можуть значно покращити ефективність роботи групи. Конфлікти завдань можуть покращити розуміння працівниками самого завдання, критичну оцінку нових ідей, пов'язаних з безпосередньо з завданнями, а також здатність команди долати різні упередження та знаходити вдаліше рішення. Але конфлікти завдань також зазвичай викликають стрес і тривогу у команди, збільшують когнітивне навантаження, провокують звуження рамок мислення, тим самим приводячи до більш ефективного командного висновку. Уявіть собі ситуацію в операційній, де, наприклад, анестезіолог отримує згоду на епідуральну(місцеву) анестезію, а хірург хоче використовувати загальну анестезію. Через такі відмінності в підході до лікування пацієнтів можуть виникати конфлікти завдань. Якщо обговорення та схожого роду конфлікти призводить до поліпшення лікування пацієнтів порівняно з іншими методами, це може позитивно вплинути на роботу команди. Однак це також може негативно позначитися на роботі, оскільки під час обговорень члени команди можуть відволікатися і проявляти емоції, які будуть відволікати команду від більш нагальних потреб пацієнтів, що може вплинути на прийняття рішень і продуктивність праці.

Психологічні підходи до визначення причин конфліктів

Для узгодження цих чудових результатів було проведено метааналіз 116 досліджень[6]. Такі автори як Ліндред Л.Грір, Озум Свйгі та інші дійшли висновку, що конфлікти в завданнях є найбільш руйнівною формою конфлікту порівняно з конфліктами в процесі чи відносинах. Однак це не є

ознакою того, що конфлікт завдань не завжди призводить до погіршення результатів. Швидше, результати конфліктів завдань більше залежать від ситуації, ніж від конфліктів або відносин, і як правило, будуть негативно впливати на функціонування групи. Звичайні конфлікти завдань не мають ніякого відношення до результатів роботи команди. За деяких обставин конфлікти завдань негативно впливали на продуктивність. В інших умовах, наприклад, коли залежність між завданнями та конфліктами у відносинах у команді була незначною, конфлікти завдань більш позитивно впливали на продуктивність усієї команди. Конфлікти завдань підвищують продуктивність роботи команди, якщо учасники можуть чітко розрізнити завдання та проблеми у відносинах та зосереджувати конфлікти завдань на поточному завданні. Можливо, це пов'язано з більш високим рівнем залученості, наприклад, в управлінській команді, члени якої, ймовірно, мають кращі менеджерські навички, можуть добре справлятися з конфліктами і відокремлювати особисті конфлікти від проблемних. У командах конфлікти завдань також, як правило, мають значний вплив на ефективність роботи команди. Нарешті, розподіл завдань виявився більш корисним для покращення результатів роботи команди, таких як продуктивність команди та якість рішень, і менш позитивним для загального сприйняття результатів роботи команди та задоволеності команди. Таким чином, у порівнянні з іншими типами конфліктів, вплив конфліктів завдань на результати роботи команди є більш тонким і сильно залежить від ситуації.

Визначення: розбіжності між членами команди щодо змісту та результатів виконуваного завдання.

Приклад: розбіжності щодо того, якої стратегії слід дотримуватися або якою має бути мета співпраці

Ефект: як правило, це негативно впливає на емоційний стан групи, такий як задоволення та прихильність. Вплив на ефективність роботи команди залежить від завдання, контексту і здатності членів групи дотримуватися поставленого завдання і не переходити на особистості[39].

2 Конфлікти у відносинах

Завжди вважалося, що, на відміну від конфліктів у завданнях, конфлікти у відносинах мають абсолютний негативний вплив на результати роботи команди. Такі міжособистісні розбіжності часто мають емоційний і ворожий характер, і тому їх важко ефективно вирішувати. Крім того, конфлікти у відносинах відволікають учасників від поточних завдань, знижуючи швидкість спільного вирішення проблем. Наприклад, у гіпотетичному протистоянні в операційній, якщо анестезіолог висловить негативну думку щодо характеру та здібностей хірурга під час операції, напруга та емоції, що виникають внаслідок цього, лише відвернуть учасників від виконання поставлених завдань, не приносячи прямої користі роботі команди. Результати мета-аналізу показують, що це, безумовно, підтверджує такий негативний погляд на конфлікт у відносинах. Конфлікти у відносинах завжди вказують на негативний зв'язок з результатами роботи команди, незалежно від типу завдання, над яким працює команда, рівня команди в компанії та типу оцінюваних результатів (емоційна чи об'єктивна ефективність).

Визначення: розбіжності з особистих питань, не пов'язаних із завданням.

Приклад: відмінності в характері, переконаннях і цінностях

Результат: як правило, це негативно позначається на результатах роботи всіх команд, включаючи задоволеність, відданість справі і виконання завдань [39].

3 Процедурні суперечки

Конфлікт процесів, третя основна форма внутрішньогрупового конфлікту, виявлена в попередніх дослідженнях, стосується питань, пов'язаних з процесами та логістикою в команді. Оскільки цей вид конфліктів певним чином пов'язаний із завданнями, перша теорія в цій галузі передбачає, що такі конфлікти пов'язані з розподілом ресурсів або ролей. Однак дослідження також показують, що конфлікти в процесі так само ймовірні, як конфлікти у відносинах або завданнях, а то й частіше ставлять під загрозу результати роботи команди. Оскільки проблема конфліктів у таких процесах, як контроль та розподіл ролей, є особистою і часто дуже цінною. Більше того, оскільки

вони тісно пов'язані з чутливим міжособистісним сприйняттям впливу та гордості в команді, конфлікти з таких питань часто пов'язані з нерозумінням особистості та самоідентифікацією. Згідно з недавнім метааналізом. Дійсно, він показує, що серед усіх форм конфліктів конфлікти процесів є найбільш негативною формою для результатів роботи команди і більш негативною, ніж конфлікти взаємин. Таким чином, проблема процесу виявляється найбільш проблемною темою для конфліктів всередині команди.

Визначення: розбіжності з матеріально-технічних питань виконання завдань.

Приклад: розбіжності щодо делегування обов'язків або встановлення часу проведення зборів

Ефект: як правило, це найбільш негативно впливає на результати всіх команд, включаючи задоволення, відданість справі та виконання завдань

Конфлікти всередині групи можуть стати перешкодою для ефективної роботи команди. У медичній освіті важливо навчати ефективним методом вирішення спорів та їх застосуванню в контексті конкретної динаміки конфліктів у команді. Наприклад, важливо знати, як вирішувати конфлікти, пов'язані з виконанням завдань, а не конфлікти між членами команди. Це важливо для успіху[39].

Часто причиною конфлікту може бути психологічна схильність людей (як пацієнтів, так і медичних працівників), і людей з такою схильністю дуже часто називають конфліктними

Схильні до конфлікту люди характеризуються 4 основними критеріями

- Зацикленість на звинуваченнях,
- Екстремальна поведінка,
- Нерегульовані емоції
- Принцип «все або нічого»(часто «ділять» людей на хороших і поганих);

Люди з високим ступенем конфліктності характеризуються за 4 основними критеріями: схильність до звинувачень, екстремальна поведінка, неконтрольовані емоції і установка «все або нічого» (часто «ділять» людей на хороших і поганих). Когнітивні спотворення, конкурентне мислення, в якому

переважають негативні емоції, відсутність рефлексів, ідентифікація предмета звинувачень - звичайна справа. Деякі стають « переконливими обвинувачувачами «і залучають до себе успішних» прихильників заперечення — впливових неконфліктних особистостей, які можуть підтримати їхню справу. Зазвичай взаєморозуміння немає, тому мало хто звертається за допомогою або отримує діагноз, і, як не дивно, ніяких офіційних досліджень не проводилося. Але за останні 20 років все більше людей сходяться на думці, що багато таких людей страждають від кластерних розладів особистості типу В[8].

Кластерний розлад типу В тісно пов'язаний з конфліктами і характеризується порушеннями емоційної регуляції, імпульсивністю і відсутністю емпатії. Вони охоплюють межеві, нарцисичні, історичні та асоціальні прояви і зустрічаються частіше, ніж хронічна обструктивна хвороба легень, з поширеністю близько 3% серед загальної популяції. З них межеві (характеризується сильним порушенням регулювання настрою, гнівом, нестабільністю відносин і відсутністю загальної самосвідомості) і нарцисичний розлади особистості (тісно пов'язаний з потребою в міжособистісної експлуатації, величі, легітимності і захопленні), мабуть, найбільш часто зустрічаються в конфліктах. У той час як антисоціальні синдроми асоціюються з обманом, зневагою до прав інших, відсутністю імпульсивності та жалю, синдроми театральних розладів, здається, все частіше зустрічаються у молодих людей, з їх прагненням привернути до себе увагу, надмірними, але поверхневими емоціями та, що цікаво, нарцисичними рисами характеру, можливо, через їх акцент на експресивному індивідуалізмі, а не на колективних цінностях. сучасна культура. Нарцисичні розлади особистості менш потенційно небезпечні, ніж інші розлади особистості в кластері В, але більш тісно пов'язані з їх негативним впливом на добробут близьких, ніж межеві розлади особистості[8].

Кластерні розлади типу В, що характеризуються порушеннями емоційної регуляції, імпульсивністю і відсутністю емпатії, можуть мати значний вплив на виникнення і протікання конфліктів у взаємодії між

лікарями і пацієнтами, особливо в ситуаціях, коли виникають розбіжності з щодо лікування, нерозуміння або відмінності в очікуваннях щодо результатів.

Типи розбіжностей

Розбіжності стосовно лікування, можуть виникнути тоді, коли лікар і пацієнт не мають спільного уявлення щодо плану лікування. Наприклад, пацієнт може мати негативні уявлення про певні типи лікування через страх або нерозуміння.

Конфлікти через непорозуміння можуть виникати, коли інформація не передається ефективно між лікарями та пацієнтами. Це може включати неправильне пояснення медичних термінів, брак часу на консультацію або небажання лікаря вислухати пацієнта.

Конфлікти, що виникають через різницю в очікуваннях як правило виникають, коли очікування пацієнта щодо результатів лікування не має нічого спільного з реалістичним. Це може включати відмінності в очікуваннях щодо часу відновлення, ефективності лікування або можливих побічних ефектів.

Недостатній час для консультацій призводить до непорозумінь та розбіжностей, оскільки у сторін недостатньо часу для обговорення та вирішення питання.

Неадекватний обмін інформацією може мати наслідки у вигляді конфлікту, якщо інформація не буде надіслана вчасно або в повному обсязі. Інформація є важливим ресурсом, та її відсутність або неадекватність може призвести до непорозумінь.

Невідповідність очікувань це коли очікування однієї сторони не відповідають реальності або очікуванням іншої сторони, це може призвести до конфлікту.

Емоційний стрес завжди впливає на сприйняття, думки та дії людей, що призводить до конфлікту.

Ще існують і інші причини конфлікту наприклад: соціальні, політичні, економічні, демографічні та психологічні і т.д. Важливо зазначити, що кожен конфлікт має кілька спільних елементів.

Предмет конфлікту; відносини між ними; предмет, через якого він виник (проблеми, спірні питання); соціальне середовище і т.д.

Конфлікти у взаємодії між лікарями та пацієнтами, спричинені розбіжностями, нерозумінням або різницею в очікуваннях щодо лікування, можуть мати як миттєва, так і довгострокові наслідки. Це може негативно вплинути на самопочуття пацієнтів, ефективність лікування, продуктивність медичних працівників та сприяти емоційному вигоранню. У свою чергу, емоційне вигорання лікаря, що починається ще під час навчання, створює порочне коло, в якому недостатня увага до конфлікту може мати тільки негативний ефект.

Вплив конфлікту[10]

Конфлікти в медичних закладах можуть мати значний вплив на пацієнтів, ефективність лікування та загальну продуктивність медичного персоналу. Деякі аспекти цього ефекту включають:

-Вплив на добробут пацієнтів, конфлікт може призвести до невдоволення пацієнтів, що може негативно вплинути на їх сприйняття якості медичного обслуговування. Наприклад, пацієнти можуть сприймати ділове спілкування як апатію, а щирість як знущання.

-Вплив на ефективність лікування, конфлікти можуть призвести до зниження ефективності лікування, оскільки вони можуть відволікти медичних працівників від їх основних обов'язків.

-Вплив на продуктивність медичних працівників конфлікт може призвести до емоційного вигорання медичних працівників, що призведе до зниження продуктивності. Вигорання є серйозною проблемою психічного здоров'я лікарів, медсестер та інших медичних працівників у всьому світі.

У порівнянні з іншими категоріями фахівців, лікарі мають більш високий ризик розвитку емоційного вигорання. Навчання в медичному закладі тяжка робота, виснажлива і повна стресів, тому процес емоційного вигорання у початківців лікарів починається ще в роки навчання. Важливим індивідуальним фактором ризику є зміна цінностей студентів-медиків, а саме зниження цінності здоров'я і благополуччя, фактор ризику швидкого переходу від вигорання до виснаження. Отже, цей процес починається ще до

початку вашої професійної кар'єри У майбутньому молодий фахівець зіткнеться з багатьма факторами, кожен з яких може погіршити емоційний стан і викликати ризик прогресуючого емоційного вигорання.

Тому, на мій погляд, цьому факту слід приділити особливу увагу[11].

Моделі емоційного вигорання

Втома є найбільш широко відомою в літературі про синдром вигорання, і найбільш ретельно проаналізованим компонентом цього синдрому - всі теоретичні моделі вигорання включають втоми як важливий компонент. Ідентифікація синдрому втоми та вигорання змусила багатьох дослідників розглянути 2 інші аспекти випадкових або непотрібних синдромів

В даний час існує кілька моделей емоційного вигорання

Однофакторна модель (А.Пайнс і Е.Аронсон) - емоційне вигорання визначається як стан фізичного, емоційного і розумового виснаження. Ми вважаємо, що такі моделі в довгостроковій перспективі враховують ситуації, які виснажують емоційні ресурси організму в якості пускового фактора. Втома є основним компонентом, а інші поведінкові симптоми є наслідками;

Двофакторна модель (D. V. Дьордонк і у.В. Шауфелі)- Синдром вигорання складається з втоми (емоційний компонент) і відстороненості (когнітивний компонент). Це неспівпадіння між очікуваннями і вимогами, що пред'являються професією.

3-факторна модель (С.Маслах і С. Джексон) - Синдром вигорання складається з емоційного виснаження, дегуманізації і зниження досягнень;

4-факторна модель (В.Парман, Е.Хартман) - Синдром вигорання, що складається з емоційного виснаження, деперсоналізації професійної діяльності, деперсоналізації суб'єкта професійної діяльності, зниження особистих досягнень. Вигорання трактується як фізичний та психологічний дискомфорт.

Крім того, моделі емоційного вигорання відрізняються один від одного в залежності від підходу до динаміки цього явища. Деякі моделі розглядають вигорання як стан, тоді як інші дослідники схильні інтерпретувати це явище як процес.

Дж.Грінберг вважає, що емоційне вигорання - це 5-ступінчастий процес.

По-перше, медичні працівники отримують задоволення від своєї роботи і сповнені ентузіазму.

На другому етапі з'являються такі симптоми, як стомлюваність, порушення сну, апатія, зниження інтересу до продуктивної роботи і порушення режиму праці.

На третьому етапі з'являються хронічна втома, психосоматичні симптоми і дратівливість.

На четвертій стадії симптоми психосоматичних розладів призводять до розладів і негативного ставлення до власних професійних і особистих досягнень.

П'ята стадія-це перехід хронічних симптомів в гострі.

1.2 Типові ситуації, що призводять до конфліктів

Незадоволеність пацієнта отриманою медичною допомогою може бути суб'єктивною або об'єктивною. Суб'єктивна незадоволеність виникає, коли пацієнт вважає, що щось було зроблено неправильно, незважаючи на те, що об'єктивно все було зроблено лікарем успішно. Це може бути зумовлено різницею між очікуваннями пацієнта та його реальністю або неправильним розумінням пацієнтом медичних процедур та процесів.

Об'єктивна незадоволеність виникає, коли стаються (!!! ТАФТОЛОГІЯ) реальні проблеми з якістю медичної допомоги. Це може включати не відповідну кваліфікацію медичних працівників, помилки в діагностиці або лікуванні або недотримання медичних стандартів медичних послуг.

Важливо стверджувати, що невдоволення пацієнта може призвести до конфронтації між пацієнтом та лікарем, а конфлікт може негативно вплинути на процес та результати лікування. Ось чому для медичних працівників важливо виявити та зрозуміти причини невдоволення пацієнтів та мати навички вирішення конфліктів.

Різний персонал може вплинути на процес та результати лікування. Невдоволення пацієнта може призвести до конфлікту між пацієнтом та лікарем, що негативно вплине на процес та результати лікування. Наприклад, невирішений конфлікт може призвести до незручного робочого середовища, але він також може мати негативний вплив на догляд за пацієнтами.

Навички вирішення спорів для медичних працівників: важливо, щоб медичні працівники мали навички вирішення спорів для виявлення та розуміння причин невдоволення пацієнтів. Це включає активне слухання, визнання думок і почуттів інших та відкрите та легке спілкування. [13]

Задоволеність пацієнта отриманими медичним обслуговуванням залежить як від різних суб'єктивних факторів таких як очікувань і сприйняття, так і від об'єктивної якості послуг, що надаються в медичних закладах. У системі охорони здоров'я з високими державними витратами задоволеність пацієнтів, як правило, вища через низьке фінансове навантаження на пацієнтів та доступ

до якісної медичної допомоги. Натомість країни з низьким рівнем доходу, які значною мірою залежать від приватних витрат на охорону здоров'я, мають обмежений доступ до послуг та фінансові бар'єри, що призводить до зниження задоволеності.

Цікаво, що кілька досліджень Mummalanenі та, які аналізували взаємозв'язок між валовим внутрішнім продуктом на душу населення та витратами на охорону здоров'я, показали, що вплив валового внутрішнього продукту на душу населення (доходу) ранжується навіть після статистичного врахування багатьох інших факторів. Державні витрати на охорону здоров'я відіграють важливу роль у задоволеності пацієнтів[43][44].

Ефективна первинна медична допомога сприяє покращенню здоров'я населення, зменшенню нерівності у здоров'ї та зменшенню непотрібних госпіталізацій.

У деяких країнах уряди, медичні працівники та механізми фінансування настільки багаті, що можуть зосередитися на дорогому професійному лікуванні, щоб виправдати очікування суспільства. Цей аналіз оїплює 31 країну: 28 держав-членів ЄС, Ісландію, Норвегію та Швейцарію[45].

Якщо пацієнти живуть у країнах з високим рівнем доходу, ймовірність того, що вони будуть задоволені системою охорони здоров'я своєї країни, приблизно в 3400 разів більша, ніж у пацієнтів у країнах з низьким рівнем доходу. Специфіка «країн з високим рівнем доходу» та «країн з низьким рівнем доходу» відображає різницю у сприйнятті, що існує між пацієнтами з різних країн[46],[47].

Це означає, що пацієнти в багатих країнах, як правило, більш задоволені системою охорони здоров'я, ніж пацієнти в менш багатих країнах. Як і очікувалося, багаті країни можуть зробити пацієнтів щасливішими, ніж бідні. Державні витрати на охорону здоров'я мають значний вплив на задоволеність пацієнтів, оскільки уряд вважає, що охорона здоров'я є безкоштовною. Останнє важливіше для менш багатих країн. Багато досліджень також підтвердили важливу роль державних витрат на охорону здоров'я. Навпаки, приватні витрати на охорону здоров'я негативно корелюють із задоволеністю

пацієнтів, оскільки збільшення приватних витрат на охорону здоров'я знижує задоволеність пацієнтів на 98,7%.

Враховуючи те, що ви платите з власної кишені, різниця між приватними медичними витратами та задоволеністю пацієнтів полягає в тому, що вони збільшують медичні витрати за рахунок податків. Це узгоджується з результатами інших досліджень. За словами Коцяна, інші економічні фактори та особливості системи охорони здоров'я також можуть вплинути на задоволеність пацієнтів системою охорони здоров'я. Як я пояснюю в тій же статті, система охорони здоров'я працює добре, але розподіл фінансового тягаря для її фінансування не є варіантом для пацієнтів.

Наприклад, очікується, що з віком населення витрачатиме більше грошей на охорону здоров'я.

Таким чином, зі збільшенням середнього віку населення витрати на охорону здоров'я на душу населення значно збільшуються, а різниця у витратах на охорону здоров'я на душу населення між країнами в основному зумовлена різницею у відсотках від населення.

Це узгоджується з іншими дослідженнями, які показують, що пацієнти старшого віку частіше задоволені своїм здоров'ям, ніж інші групи пацієнтів.

Що стосується медичної допомоги, то в літературі встановлено, що навантаження на лікарів та медсестер в основному пов'язане з оцінкою пацієнтів у лікарні та їх рекомендаціями іншим, а також із задоволеністю пацієнтів після їх можливої виписки. Крім того, Коцян зазначає, що відносно невелика кількість лікарів на душу населення вказує на відносну нестачу адекватного медичного персоналу для досягнення результатів, не пов'язаних зі здоров'ям, і що нестача кваліфікованого персоналу може призвести до зниження задоволеності.

Дослідження, проведені Ghose та Adhish, показали, що на задоволеність пацієнтів значною мірою впливають тривалість госпіталізації, медичні дослідження та розробки, аптека, медсестринство та медична практика, зокрема, дуже високий відсоток пацієнтів залишається задоволеним медичними послугами, такими як простота доступу до лікарів та деталі лікування[17].

1.3 Аналіз чинників виникнення конфліктів: комунікація, стереотипи, нестача інформації

Ніклас Луманн підкреслює продуктивну роль конфліктів і протиріч у сприянні розвитку та толерантності до конфліктів у суспільстві. Він визначає конфлікт як комунікативну реакцію на відхилення і розглядає це відхилення в рамках соціальної системи. Конфлікти виникають в результаті неадекватної реакції на комунікативні дії[48, с. 288].

За словами Луманна, потенційні конфлікти є характерним і природним станом усіх соціальних систем. Конфлікт сам по собі є ресурсом для розвитку спілкування в суспільстві. Інформація, повідомлення та розуміння є важливими елементами спілкування. Н.Луманн розуміє спілкування як «процес відбору, що складається з 3 частин». У будь-якому випадку, мова йде не тільки про залучення і залучення уваги виборців. Набагато більшою мірою вибірковість самої інформації-це момент процесу комунікації. Тому що тільки такі думки можуть стимулювати вибіркову увагу. Луманн розглядає навчання як один з ключових моментів у функціонуванні комунікації, коли спілкування впливає на навколишній світ. З точки зору представленої Концепції комунікації ми бачимо взаємодоповнюючий характер понять «конфлікт» і «згода» [38].

Важливим телеологічним аспектом явища соціального конфлікту є розуміння згоди в контексті можливості сказати «так» чи «ні» як «найбільш бажану» альтернативу консенсусу, який не має чіткого напрямку[30].

У контексті медицини спілкування є важливим аспектом взаємодії між лікарем і пацієнтом. Неадекватне або неефективне спілкування може призвести до непорозумінь та конфліктів. Наприклад, погане спілкування може призвести до непорозумінь та конфліктів між лікарями та пацієнтами, а також між лікарями та іншими медичними працівниками.

Недостатня інформація: неправильне тлумачення медичної інформації може призвести до розбіжностей. Пацієнти можуть відчувати розчарування або невпевненість, якщо вони не розуміють свого діагнозу або плану лікування.

Нерозуміння інформації: лікар зобов'язаний надати пацієнтові інформацію в доступній формі, яка може включати його здоров'я, мета запропонованого дослідження, терапевтичні заходи, прогноз захворювання, наявність ризиків для життя і здоров'я. Неправильне тлумачення цієї інформації може призвести до непорозумінь і конфліктів.

Неможливість висловити свої думки та почуття: не ефективне спілкування в медицині може призвести до непорозумінь та конфліктів, якщо медичні працівники не дотримуються вимог, які їм пред'являються, щоб правильно висловити свої думки та почуття.

Вирішення цих проблем включає в себе розвиток комунікативних навичок у медичних працівників, навчання їх кращому розумінню стану здоров'я та лікування пацієнтів, а також зменшення непорозумінь шляхом ефективною інтерпретації медичної інформації [15].

У контексті медицини та соціальної психології спілкування відіграє важливу роль у довірі, взаєморозумінні та запобіганні конфліктам. Неefективне спілкування, спричинене неадекватною або неточною передачею інформації, може поглибити стереотипи, сформовані на основі перших вражень та соціальних очікувань. Наприклад, якщо пацієнт очікує, що молодий лікар буде менш компетентним через стереотипи, або якщо лікар вважає пацієнта емоційно нестабільним, це може ускладнити взаємодію.

Протягом століття соціальна психологія всебічно сформувала людський досвід та суспільство, надавши вагомі докази впливу стереотипів на перші враження інших.

Стереотипи організовані відповідно до таких параметрів, як темперамент та здібності, і забезпечують корисну основу для соціального прогнозування.

Наприклад, віра в спілкування лише з молодим, можливо, некомпетентним лікарем може дати людям не впевненість у спілкуванні.

Однак, якщо ефекти не коригуються через протилежні докази соціальної взаємодії, покладатися виключно на стереотипи може бути проблематично.

Наприклад, якщо з підлітком розмовляє колега, а не учень, дидактичний тон вчителя може здатися негативним.

Здатність обробляти інтерактивні докази стала важливою метою конструктивістських підходів до психології розвитку. Протягом усього життя люди беруть участь лише у спільних діях з частковими та неповними очікуваннями.

Але часто вони долають цю міжособистісну асиметрію, працюючи разом для взаєморозуміння. Вважається, що ця здатність до взаємодії розвинулася онтогенетично в результаті повторюваних взаємодій, що вимагають координації різних точок зору.

Емпіричні докази підтверджують цю позицію і припускають, що нове розуміння дітей з різними поглядами, оцінене за допомогою тестів на розуміння помилкових переконань, може розширити їх доступ до соціальної взаємодії.

Однак, оскільки ці явища часто вивчаються окремо у відповідних галузях психології та часто відокремлюються від інтерактивного соціального середовища, стереотипи та докази, засновані на взаємодії, підтримують міжособистісне спілкування.

Як вони працюватимуть разом для досягнення цієї мети, залишається незрозумілим[31].

Стереотип можуть мати значний вплив на взаємодію між лікарями та пацієнтами. Пацієнти можуть заздалегідь знати про лікарів та медичних працівників, і це може вплинути на їх сприйняття та взаємодію.

У медичних та психологічних умовах фахівці зазвичай працюють з пацієнтами, яких раніше лікував (консультував) інший лікар (психолог).

У той же час пацієнт може критикувати попереднього терапевта, новий фахівець виявляє в ньому недолік або не згоден з попереднім методом діагностики або втручання.

Однак негативні відгуки про минуле лікування в присутності пацієнтів і їх родичів не тільки порушують інституційну етику, а й негативно впливають на надійність джерел відгуків і медицини (психології), а також на ефективність подальшого лікування[16].

Різновиди стереотипів

1. Уявлення про професію лікаря може впливати на пацієнта, пацієнти можуть заздалегідь знати про медичну професію, що може вплинути на їх сприйняття та взаємодію. Наприклад, вони можуть вважати всіх лікарів висококваліфікованими та спеціалізованими. Це може призвести до високих очікувань щодо охорони здоров'я, і якщо вони не будуть виконані, це може призвести до конфлікту.

2. Стереотипи про медичний персонал мають значний вплив на очікування пацієнтами, стереотип медичного персоналу може вплинути на взаємодію між лікарями та пацієнтами. Наприклад, пацієнти можуть подумати, що медичний персонал завжди повинен бути доброзичливим та уважним. Якщо ці очікування не виправдаються, це може призвести до розчарування та конфлікту.

3. Вплив стереотипів на взаємодію між лікарями та пацієнтами. Наприклад, якщо пацієнт вважає, що лікар завжди зайнятий і не має часу на детальну консультацію, може бути незручно задавати питання або обговорювати проблеми.

4. Вплив стереотипів на вибір спеціальності студентом-медиком. Наприклад, студент може вважати, що певна медична спеціальність відповідає певному типу людей, що може вплинути на вибір спеціальності [33].

Стереотипи про професію лікаря і особисті якості медичного працівника сильно впливають на взаємодію з пацієнтом, зазначає Ташлік В.А. Знання розроблених ними типів психологічних лікарів дозволяє нам краще зрозуміти, як особистість лікаря впливає на сприйняття пацієнта і успішність лікування, залежно від індивідуальних особливостей обох сторін.

Ташлік В.А. та співавтори розробили такі психологічні типи лікарів, знання яких допомагає зрозуміти вплив особистості лікаря на процес діагностики та лікування:

1. Співчутливий і недирективний. Це добрі люди, турботливі і вселяють в пацієнта почуття впевненості. Зазвичай вони мають більш успішний спектр стосунків з пацієнтами з істеричними рисами особистості

2.Співчутливий та директивний. Цей тип лікаря має бажання проникнути у внутрішній світогляд людини. Ці лікарі мають кращі стосунки з пацієнтами, які виражають тривожні риси характеру.

3.Емоційно-нейтральні та директивні.Для них характерні твердість і впевненість в собі, здатність прояснювати проблеми, вони делікатні, уважні і стримані люди по відношенню до пацієнта. Цей тип лікарів є більш привабливим для пацієнтів з неврастенічними особливостями, яким потрібно контролювати себе.

Недостатність інформації або неправильне розуміння медичної інформації

Найбільш поширені міжособистісні клінічні зустрічі проводяться між пацієнтами та їх постачальниками медичних послуг.

Усне спілкування-це перший етап взаємодії між медичним працівником і пацієнтом.

Інтерв'ю між пацієнтами та медичними працівниками проводяться безпосередньо або через перекладачів.

Обидві вищезазначені клінічні бесіди піддаються ризику непорозумінь, але непорозуміння частіше виникають, коли існують мовні бар'єри або коли в клінічних розмовах беруть участь треті сторони (перекладачі).

В усному спілкуванні існує ризик мовних та культурних непорозумінь під час спілкування через перекладачів.

Щоб уникнути непорозумінь, пацієнти повинні використовувати професійного перекладача як мовний міст, а не друга чи родича пацієнта.

Передумовами для проведення задовільного клінічного співбесіди з перекладачем є його компетентність і неупередженість в мові, відносинах.

Родичі та друзі пацієнтів часто не мають достатніх мовних навичок, і немає гарантії, що вони будуть поводитися нейтрально під час перекладу.

Використання перекладачів рідною мовою пацієнта має значний вплив на результат спілкування.

Якщо перекладач і пацієнт говорять однією мовою, в процесі інтерпретації беруть участь лише дві мови (двомовний процес перекладу).

При використанні перекладача процес перекладу повинен включати 3 мови (тримовний), оскільки пацієнт і перекладач можуть не говорити однією мовою в залежності від національності пацієнта.

У цьому контексті ризик непорозумінь набагато вищий, ніж при двомовному процесі[32].

Непорозуміння або неправильне тлумачення медичної інформації можуть призвести до розбіжностей між лікарями та пацієнтами.

1. Недостатня інформація: Недостатня інформація може виникнути, коли пацієнти не отримують достатньої інформації про стан здоров'я, діагноз або плани лікування. Це може призвести до тривоги та розчарування, а також до конфлікту.

2. Неправильне розуміння медичної інформації: Неправильне тлумачення медичної інформації може статися, коли пацієнт не розуміє медичних термінів або не може інтерпретувати медичну інформацію. Це може призвести до непорозумінь та конфліктів[20].

Вплив на процес лікування та результати: незадоволеність пацієнта може призвести до конфлікту між пацієнтом та лікарем, що може негативно вплинути на процес та результати лікування.

Стратегії вирішення конфліктів: це може включати вдосконалення комунікативних навичок медичного персоналу, Навчання для кращого розуміння стану здоров'я та лікування пацієнтів, а також зменшення непорозумінь шляхом ефективної інтерпретації медичної інформації[22].

1.4. Психологічні особливості взаємодії лікарів та пацієнтів

У процесі взаємодії з медичними працівниками важливо враховувати психологічні особливості пацієнта. Метою контактів між ними є допомога, яку надає людина людині. Виходячи з основної мети терапевтичної взаємодії, можна припустити невизначеність «цінності» контакту в системі лікар-пацієнт. Слід пам'ятати, що інтерес до таких взаємодій проявляється не тільки з боку пацієнта. Лікар не дуже зацікавлений в допомозі пацієнту, це його професійна діяльність, тому у нього є своя мотивація і зацікавленість у взаємодії з пацієнтом, що дозволило йому вибрати цю професію. Щоб процес взаємодії між лікарем і пацієнтом був ефективним, необхідно поширювати психологічну основу цієї взаємодії. Мотиви і цінності лікаря, його уявлення про ідеального пацієнта і власні очікування пацієнта від процесу діагностики, лікування, профілактики та реабілітації, дії лікаря або медсестри переводяться в процес взаємодії суб'єктів медичної діяльності.

Психологічна література [20] (формування професійно-етичної культури майбутніх лікарів у вищих навчальних закладах) підкреслює важливість психологічних параметрів, таких як здатність спілкуватися, для ефективної та безконфліктної взаємодії між пацієнтом та лікарем. Комунікативні навички визначаються як система внутрішніх ресурсів, необхідних для ефективного спілкування в певних ситуаціях міжособистісної взаємодії [33, 34].

Перш за все, вміння спілкуватися - це професійно важлива якість лікарів, медсестер і клінічних психологів. Однак, незважаючи на те, що в клініці пацієнтам доводиться звертатися за допомогою до лікарів, комунікативні навички важливі для обох сторін. Це пов'язано з тим, що, принаймні, з одного боку, відсутність зв'язку порушує процес діагностики та лікування і не призводить до бажаного результату. Пацієнти, які не можуть зв'язатися з лікарем, настільки ж небезпечні, як і небажання лікаря ефективно контактувати з будь-яким пацієнтом [36].

Розрізняють такі види спілкування (С.і. Самигін, л. А. Д. Столяренко):

1. «Тема маски» - це формальне спілкування. Коли немає бажання розуміти і враховувати характер співрозмовника, використовуються знайомі маски (ввічливість, смиренність, співчуття і т.д.).- набір стандартних виразів, що дозволяють приховати міміку, жести, справжні емоції, ставлення до співрозмовника. В рамках діагностичних і терапевтичних взаємодій це проявляється в тому випадку, якщо лікар або пацієнт мало цікавляться результатом взаємодії. Це може статися, наприклад, під час обов'язкового профілактичного огляду, коли пацієнт не відчуває себе самостійним і коли у лікаря немає даних, необхідних для проведення об'єктивного і ретельного обстеження і для того, щоб зробити розумні висновки.

2. Примітивне спілкування, коли вони розглядають інших як необхідні предмети чи перешкоди. Якщо предмети знадобляться, вони будуть активно стикатися, а якщо будуть заважати, будуть штовхати. Цей тип спілкування необхідний, якщо метою звернення до лікаря є отримання дивідендів (лікарняні, сертифікати, офіційні висновки експертів тощо).) Здійснюється між лікарем і пацієнтом.). З іншого боку, формування примітивного типу спілкування може відбутися за бажанням лікаря, якщо виявиться, що пацієнт - це людина (наприклад, керівник), від якого може залежати самопочуття лікаря. У таких випадках інтерес до учасника контакту пропадає відразу після отримання бажаного результату.

3. Формальне рольове спілкування дозволяє вам знати його соціальну роль, а не знати особистість співрозмовника, якщо і зміст, і засоби комунікації організовані. Такий вибір типу спілкування лікаря може бути викликаний професійною перевантаженням (наприклад, в кабінеті місцевого лікаря).

4. У той час як ділове спілкування враховує характер, вік і особливості настрою співрозмовника, орієнтуючись на інтереси справи, а не на можливі особисті відмінності, такі взаємодії перестають бути рівноправними, коли лікар спілкується з пацієнтом. Лікарі, як правило, беруть до уваги проблеми пацієнта з точки зору їх знань і приймають повчальні рішення, не координуючи свої дії з іншими учасниками спілкування і людьми, з якими вони мають справу.

5. Ментальне міжособистісне спілкування рідко зустрічається в системі лікар-пацієнт. Це означає можливість торкнутися будь-якої теми в розмові і поділитися інтимними проблемами з кожним учасником спілкування. Діагностична та терапевтична взаємодія не передбачає такого тісного контакту.

6. Маніпулятивне спілкування направлено на використання спеціальних прийомів, що дозволяють використовувати співрозмовника в своїх інтересах. У медицині існує відомий метод, званий «іпохондрія пацієнта», суть якого полягає в тому, щоб представити думку лікаря про стан здоров'я пацієнта і явно перебільшити тяжкість описуваного розладу. Мета таких маніпуляцій-знизити очікування пацієнта щодо успіху лікування, оскільки пацієнт уникає відповідальності медичного працівника в разі несподіваного погіршення свого здоров'я; демонстрація необхідності додаткового кваліфікованого впливу медичного працівника для отримання компенсації.

Спілкування між лікарем і пацієнтом можна класифікувати як компульсивне спілкування, оскільки основною мотивацією для зустрічей і бесід є поява проблем зі здоров'ям – хворобливих симптомів - у одного з учасників взаємодії. З боку лікаря обов'язок вибрати тему спілкування пов'язана з його професією. Якщо привабливість пацієнта до лікаря визначається зверненням за допомогою, інтерес лікаря до пацієнта пояснюється з урахуванням професійного розвитку та матеріального забезпечення. Від цього залежить його професійна кар'єра і статус в суспільстві, тому медичний працівник мотивований на зустріч з потенційними пацієнтами.

Інтерес учасників до діагностичного і терапевтичного спілкування, як правило, формується на негативному емоційному тлі. Це тому, що причиною того, що лікар звертається до пацієнта, є проблема або симптом. Негативні емоційні переживання завжди включаються в структуру проблем або симптомів, оскільки вони вказують на певні відхилення або порушення в діяльності людини або організму. Причини звернення до лікаря можуть бути самими різними.

По-перше, вони можуть бути оглянуті лікарем, щоб виключити наявність розладів і захворювань. Пацієнт очікує підтвердження своєї версії про те, що відчуває їм дискомфорт викликаний зовнішніми причинами і не вимагає медичної допомоги.

По - друге, мотивація може бути прямо протилежною-виявлення симптомів і підтвердження передбачуваного діагнозу захворювання. Очікування щодо мети та результатів опитування можуть відрізнятися. Різниця між реальністю та очікуваннями (тобто виявлення захворювання, коли ви готові отримати підтвердження здоров'я) у першому випадку може викликати більш негативну емоційну реакцію пацієнта, якщо невідповідність між прогнозом та реальністю не має великого значення. Пацієнт не сприймає опис симптомів захворювання як несподіванку, в результаті чого його емоційна реакція не так інтенсивна. Важливу роль в процесі взаємодії між медичним працівником і пацієнтом грає визнання і розуміння один одного учасниками спілкування. На ці процеси в основному впливають психологічні установки. Існує 3 типи ставлення до людського сприйняття: позитивне, негативне та відповідне. При позитивному настрої позитивні якості і здібності людини переоцінюються, підвищується ступінь довіри до цієї людини, готовність довіряти всім його порадам і ділитися думками про те, що відбувається. Зазвичай позитивне ставлення до конкретного лікаря залежить від думки іншої людини, його професійного статусу (професор, лікар вищої категорії, народний цілитель і т.д. Негативне ставлення в основному призводить до сприйняття негативних якостей іншої людини, що виражається в підозрілості. Відповідне ставлення враховує можливість поєднання позитивних і негативних якостей і рис в одній людині («хірург грубий, але у нього золоті руки»). Існують типові спотворення (ефекти) думок інших людей, які формуються під впливом різних факторів. До них відносяться ефект «ореолу», ефект «прогресії» та ефект «проекування власних характеристик на інших». Ефект «ореолу» характеризується формуванням уявлень про певні риси і якості людини, заснованих на загальних враженнях про нього. Таким чином, кваліфікація лікаря може сприйматися пацієнтом в залежності від його манер, використання наукових термінів в мові і, по суті,

не є ознакою оцінки його професійних знань і навичок. Ефект «узгодженості» виявляє залежність суджень про людину від інформації, представленої про нього в першу чергу. В рамках клінічної психології сприйняття лікаря зазвичай ґрунтується на інформації, яку пацієнт отримує, наприклад, від сусідів по палаті.

Через цю призму інформації пацієнт буде сприймати дії і заяви лікаря. Відомо, що позитивне ставлення опосередковується різними зовнішніми факторами. Так, наприклад, це може бути пов'язано з зваженим підходом до того, як лікар говорить, повільно оглядає або виконує операцію. При оцінці ефективності конкретного препарату необхідно враховувати вартість препарату («цінні засоби ефективні»), дизайн його упаковки, колір і консистенцію таблетки і т.д. за основу можна взяти позитивний настрій. «Ефект плацебо» заснований на такому психологічному механізмі. Плацебо-це підроблений препарат, який не містить речовин, які можуть мати терапевтичну дію. Виявилось, що при призначенні таких препаратів і в супроводі відповідних інструкцій по формуванню позитивного психологічного настрою результати лікування були значними навіть в порівнянні з аналогічними препаратами за формою, зовнішнім виглядом і консистенцією.

Очікування учасників щодо діагностичних і терапевтичних взаємодій і поведінкових проявів характеру один одного мають основоположне значення. У зв'язку з цим розрізняють поняття «ідеальні» і «справжні» лікарі і пацієнти. Якості та характеристики, що характеризують «ідеального лікаря», включають його характерні та особистісні характеристики, стиль та якості міжособистісної взаємодії. Схема Лакана пропонує існування 5 факторів, що впливають на процес взаємодії між лікарем і пацієнтом:

- 1) Стать,
- 2) Вік,
- 3) національність (раса),
- 4) Релігія
- 5) Сексуальна орієнтація.

Розгляд сексуального фактора особливо яскраво виражений у сексології, урології, дерматології та венеричних захворюваннях, проктології та деяких інших медичних дисциплінах, це пов'язано з тим, що більш глибокі якості «ідеального лікаря» взаємодії повинні інтерпретуватися як оцінка характеристик мужності (відсутність рішучості, активність, емоції) по відношенню до професії хірурга і професії терапевта, а також жіночності (співчуття, доброта, співчуття), і їх слід інтерпретувати. У галузі акушерства та гінекології пацієнти часто схильні вибирати лікарів протилежної статі і вважають їх «ідеальними».

Віковий фактор залежить від галузі медицини, в якій від лікаря потрібні такі якості, як стан пацієнта, його досвід, здатність всебічно і поспішно аналізувати великі знання і практичні навички.

До таких медичних відділів належать психіатрія, неврологія, хірургія та інші. Багато в чому вікова орієнтація визначається віком пацієнта. Якщо пацієнт молода людина, вік лікаря не має значення. Коли літня людина захворіє, його направляють на оцінку «ідеального лікаря» не тільки за віковими параметрами, але і за іншими параметрами.

В останні роки через розвиток міжетнічних відносин у всьому світі національність набула важливого значення у взаємодії лікарів і пацієнтів. Буде важлива якість толерантності в країні, відсутність забобонів в країні. Оцінка національності лікаря заснована на здатності пацієнта розрізнити фізіологічні ознаки національності. Як правило, існує тенденція вибирати лікаря своєї або відповідної національності, особливо в галузі медицини, де потрібна глибина міжособистісних контактів (наприклад, у випадку етнічної групи).

Релігійні фактори набувають все більшого значення у зв'язку зі збільшенням числа віруючих, а також з особливими вимогами особистої гігієни і поведінки при захворюваннях, присутніх в різних конфесіях. Існує думка, що звернення за медичною допомогою до лікаря іншого віросповідання може розглядатися як порушення з позиції віри. Це особливо помітно щодо мусульманських жінок.

Було виявлено, що сексуальна орієнтація людини (гетеросексуальна або гомосексуальна) необхідна для встановлення психологічного контакту між лікарем і пацієнтом. Характеристики «ідеального лікаря» переважною більшістю гетеросексуалів включають параметри сексуальної орієнтації. Залежність в цій області настільки ж сильна, як і в області міжетнічних відносин. Гомосексуалісти дуже мало схильні зосереджуватися на факторах сексуальної орієнтації в процесі лікування.

З особистих і характерних рис хворий віддає перевагу наступним: повазі, увазі до хворого, любові до професії, доброті, чесності. Як правило, пацієнти з невротичним розладом в образі «ідеального лікаря»- володіють інтелектом, прихильністю справі, увагою і навіть почуттям обов'язку, наполегливістю, чуйністю, інтуїцією, серйозністю, добротою, гумором.

З точки зору пацієнта, в образі «ідеального лікаря» найбільш важливими є здатність співпереживати і стиль спілкування. Вчені виділяють 4 типи психологічних лікарів, які складають альтернативну пару: «чуйні» або «емоційно нейтральні», «орієнтовні» або «не орієнтовні». Поняття лікаря «симпатичного» типу включає в себе такі якості, як глибоке розуміння і переживання проблем пацієнта, прояв співчуття, здатність співпереживати коливань стану пацієнта, розділяти психологічні проблеми і приймати концепцію хвороби, яку часто відстоює пацієнт. Тип лікаря, який називається «емоційно нейтральним», відноситься до поєднання таких якостей, як емоційна відстороненість лікаря від основних проблем пацієнта, «суб'єктивна» емоційна криза, зосереджена на симптомах, і небажання підтримувати пацієнта за допомогою технократичного підходу до лікування. «Директивний» тип психологічного лікаря відноситься до лікаря, який виступає в ролі вчителя, показує, як вести себе в поганій ситуації, що робити. «Інструкційні» лікарі не схильні обговорювати професійні питання з пацієнтами; Він встановлює нерівні відносини і визначає для себе більш важливу роль.

Традиційний підхід у своїй роботі керується моделлю медицини, заснованої на шаблонах, яка розглядає відносини між лікарем і пацієнтом як відносини між учителем і учнем, батьком і дитиною. «Нормативний лікар»

негативно ставиться до того, щоб виключити можливість сумнівів у здібностях пацієнта, підтвердити діагноз У інших лікарів і схильний викликати негативну емоційну реакцію у пацієнта, якщо його критикують за його дії. Лікарі» орієнтовного «психологічного типу протилежні лікарям «традиційного» типу. Це включає аспект партнерства, а не аспект лідерства, і має тенденцію враховувати точку зору пацієнта як при постановці діагнозу, так і при виборі методів і методик лікування.

Існує 4 типи запропонованих пар кваліфікацій лікаря. Емпатичний індикатор; не-емпатичний індикатор; емоційно не-нейтральний індикатор і емоційно нейтральний індикатор. Звернення пацієнта до лікаря 1-го типу або до іншого стандарту пов'язано з його особистим досвідом взаємодії з багатьма авторитетними людьми в різні періоди. У пошуках ідеалу пацієнт порівнює образ лікаря з чином дорогих батьків, шанованих вчителів та інших значущих людей.

Таким чином, очікування пацієнта як одного з аспектів діагностичної та терапевтичної взаємодії мають право обирати лікаря відповідно до особистих характеристик пацієнта, досвіду спілкування та уподобань, а також його мотивів та цінностей. Лікар поміщається в різні ситуації в якості іншого учасника взаємодії. У пацієнта обмежений вибір, і він повинен бути готовий до спілкування з будь-якою людиною. Однак лікар також формує кращий образ співрозмовника і учасника діалогу.

Лікар, як правило, включає в поняття «ідеальний пацієнт» наступні характеристики: низька обізнаність про медичні проблеми, відсутність віри і сумнівів в здібностях і знаннях лікаря, його безумовне призначення, готовність співпереживати, але не завжди готовність до реального партнерства. Цей факт пов'язаний із захистом від психологічного ставлення суспільства до сфери медицини як до сфери послуг. Через нормативну поведінку лікаря і, отже залежну поведінку пацієнта, лікар має тенденцію брати на себе повну відповідальність за результат лікування, оскільки він вважає, що негативні наслідки лікування вважаються проявом його помилки або некомпетентності.

Порівняння очікувань лікарів і пацієнтів, відображених в образі «ідеального лікаря» і «ідеального пацієнта», може виявити безліч можливих областей міжособистісних конфліктів лікарів (медичних працівників) - суть конфлікту в системі пацієнтів - це зіткнення думок, інтересів, точок зору і очікувань учасників взаємодії.

Очікування лікаря та пацієнтів, які формують уявлення про «ідеального лікаря» та «ідеального пацієнта», можуть не відповідати реальності, що може призвести до конфлікту між реалістичним та нереальним у медичних взаємодіях, створюючи напругу через відмінності у вимогах, поведінці чи оцінках. результати лікування.

Конфлікти поділяються на реалістичні (об'єктивні) та нереальні (не об'єктивні). Реалістичні розбіжності пов'язані з незадоволеністю вимогами та очікуваннями учасників, їхніми думками, обов'язками, розподілом їхніх уподобань та досягненням певних результатів. Нереалістичні конфлікти спрямовані на чітке вираження образу накопичених негативних емоцій, ворожості, коли взаємодія гострих конфліктів є не засобом досягнення певного результату, а самоціллю. Перший тип конфлікту, як правило, пов'язаний з розбіжностями між очікуваннями пацієнта та реальністю. Це може бути пов'язано з неправильним уявленням про належну поведінку медичного персоналу (грубість, недостойність), процедурами (порушення, пунктуальність, недбалість), санітарно-гігієнічними умовами перебування в стаціонарі (бруд, шум, запах), неправильним діагнозом або неправильним призначенням лікування. Останній конфлікт часто викликаний упередженим ставленням пацієнта до медичних послуг в цілому або до окремих лікарів зокрема.

Кваліфікація лікаря включає не тільки його рівень знань і навичок, а й етичні принципи, які він використовує у своїй професійній діяльності. Такої залежності від етичних і професійних якостей людини за іншими спеціальностями немає. Через цей стан лікар бере на себе зобов'язання скласти присягу та дотримуватися певних моральних норм.

Залежно від ступеня узагальнення система етичних думок або суджень представлена у вигляді 4 рівнів:

- * Етична теорія
- * Етичні принципи
- * Етичні стандарти
- * Стандарти етичної поведінки

Теоретично завдання медичної етики полягає в тому, щоб визначити етичну легітимність і обґрунтованість моральних норм. Основні принципи біомедичної етики включають принципи автономії, заборони шкоди, милосердя та справедливості. Автономія розуміється як форма індивідуальної свободи, при якій людина діє відповідно до вільно обраних рішень. Автономія має 7 основних аспектів :

- * Повага особистості пацієнта
- * Надавати психологічну підтримку пацієнтам у важких ситуаціях
- * Надавання йому необхідну інформацію (про його стан здоров'я та рекомендовані медичні заходи);
- * Можливість вибору з альтернативних варіантів
- * Незалежність пацієнта при прийнятті рішень
- * Можливість відстежувати хід досліджень і лікування (на стороні пацієнта)
- * Участь пацієнта в процесі надання медичної допомоги («терапевтичне співробітництво»).

Перший контакт з пацієнтом дуже важливий, оскільки він дозволяє лікарю визначити психологічний тип за реакцією пацієнта в перші хвилини зустрічі. Це може мати значний вплив на рішення, пов'язані з медичним втручанням.

Вчені виділяють наступні типи пацієнтів:

Пацієнти з нормальним станом розуму, щоб правильно сприймати нову інформацію. Врівноважений ствн пацієнта робить спілкування з ним спокійним і ефективним.

З самого початку розмови надмірно вимогливий пацієнт часто виявляє поверхневі, несистематичні та часто помилкові медичні знання, які він глибоко обмірковує. Такі пацієнти зазвичай вимагають моделювання зовнішнього вигляду на комп'ютері, сподіваючись на 100% гарантувати успіх.

Вони не визнають інформацію про можливі ускладнення і часто вважають себе споживачами послуг, лікарі якого зобов'язані виконувати всі примхи. Проведення втручань таким пацієнтам може стати початком нескінченної низки неприємних пояснень і взаємних розчарувань.

Пацієнти-перфекціоністи, яким потрібна повна досконалість. У деяких випадках жінки добре виглядають і мають гармонійний зовнішній вигляд з мінімальними відмінностями від класичних стандартів. Однак вона вважає, що необхідно «виправити» навіть самі непомітні недоліки, тому що «вони не дають їй спокою.» Серйозні побоювання щодо мінімальної деформації є найгіршою прогностичною комбінацією, яка майже гарантовано призведе до незадоволення пацієнта результатом операції».

Пацієнти з спотвореними уявленнями, яким важко або неможливо щонебудь довести. У таких пацієнтів свій унікальний погляд на те, що для них добре, а що погано. Іноді вони хочуть змінити зовнішній вигляд, що абсолютно несумісне зі стандартами пластичної хірургії. Водночас пацієнт стверджує, що не наполягав після втручання. У більшості випадків ці пацієнти вже перенесли операцію, і було ясно, що сам пацієнт оцінив її абсолютно погано, хоч результати були хорошими. Крім того, такі пацієнти зазвичай без коливань висловлюють свою думку, описуючи попереднього лікаря. У деяких випадках, щоб правильно оцінити ситуацію, необхідно переконатися, що операція може бути виконана не тільки за бажанням пацієнта, але і в тих випадках, коли хірург вважатиме це доцільним.

Пацієнти-таємні мазохісти, які люблять оперуватися. Такі пацієнти часто відчують спокусу до хірурга і вдаються до хірургічних втручань, виконуючи практично непотрібні операції (наприклад, видалення рубців, повторна ліпосакція і т.д. При позитивному рішенні хірург, швидше за все, продовжить тривалу серію операцій в майбутньому.

Пацієнт знаходиться в депресивному стані, його поведінка відрізняється, що ясно вказує на психічну депресію. Нерідко жінка відвідує хірурга після нереалізованого плану укладення шлюбу, розлучення або інших обставин. Через неправильну самооцінку пацієнт помилково вважає, що його зовнішній вигляд - це основна його проблема, і правильно виконана операція

допоможе йому вирішити всі проблеми. Тому на початку консультації дуже важливо ретельно уточнити основні характеристики пацієнта: рід занять, соціальний статус, наявність дітей і т. д. Самотнім жінкам і чоловікам слід негайно попередити хірурга, особливо якщо скарга не відповідає дійсності.

У деяких випадках рекомендується спробувати пояснити пацієнтові найбільш підходящим і ввічливим способом, що проблеми його життя засновані не тільки на індивідуальних особливостях зовнішності, але і на психологічному небажанні правильно оцінювати життєву ситуацію і правильно реагувати на них. Таким пацієнтам слід порадити проконсультуватися з психологом.

Характерною рисою наступного типу пацієнту є відсутність твердої рішучості поліпшити свій зовнішній вигляд за допомогою хірургічного втручання і явний страх перед втручанням. В останньому випадку страх перед операцією може виникнути тільки в останній момент, коли пацієнт входить в лікарню і відчуває додатковий вплив лікарняної обстановки. Якщо пацієнт не наважується на операцію, краще порадити йому почекати, поки його майбутнє рішення стане більш зрілим. Як правило, ця порада приймається з упевненістю.

Він дуже важлива людина. Їхні особистості можуть бути найрізноманітнішими, але їх часто посилює зростання претензій до дрібниць, необгрунтовані претензії і необхідність підкреслювати їх важливість. Ці пацієнти можуть мати сміливий характер, але можуть перетворитися на дуже важких пацієнтів зі слабкою волею, які потребують постійного збудження. Доволі важливу роль відіграє тип реакції пацієнта на хворобу. Вибір лікарем певного стилю поведінки залежить від типу пацієнта. Існують наступні типи психологічних реакцій на хворобу:

1. Гармонійний. Не схиляється до переоцінки свого тягаря, у пацієнта немає причин бачити все в похмурому світлі, не варто недооцінювати тяжкість захворювання, спокійно оцінює свій стан. Бажання активно сприяти успіху всіх методів лікування. Не бажає обтяжувати інших проблемами турботи про себе. У разі несприятливого прогнозу з точки зору інвалідності це перехід пільг в житлові приміщення, які залишаються

доступними для пацієнта. Якщо прогноз несприятливий, це означає, що увага і прибуток будуть зосереджені на долі близьких і їх справах.

2. Тривожний. Постійне занепокоєння і невпевненість в несприятливому перебігу захворювання, можливих ускладненнях, неефективності або навіть небезпеки лікування. Гіпертривожність, жага додаткової інформації про нові методи лікування хвороби, можливі ускладнення.

3. Іпохондричний. Він фокусується на суб'єктивізації болю та інших неприємних відчуттях. Бажання завжди розповідати про хворобу іншим. Відбувається перебільшення реальності і пошук неіснуючих хвороб і страждань, перебільшення побічних ефектів ліків. Це поєднання бажання пройти лікування та невпевненості в успіху, необхідності ретельного обстеження та страху перед шкодою та болем під час процедури. Пацієнти з реакціями іпохондричного типу схильні до егоцентризму.

4. Меланхолійний. Депресія хвороби, невпевненість у одужанні, невпевненість у ефективності лікування. Агресивні депресивні вирази, аж до суїцидальних думок. Песимізм навколо. Невпевненість в успішності лікування навіть при позитивних об'єктивних даних.

5. Апатичний. Повна байдужість до своєї долі, наслідків хвороби, результатів лікування. Лікування з пасивним підпорядкуванням процедурі і невпинним заохоченням ззовні. Втрата інтересу до всього, що раніше турбувало.

6. Неврастенічний. Поведінка типу «дратівлива слабкість». Зокрема, біль, дискомфорт, невдача лікування і виникнення роздратування при несприятливих даних тесту. Роздратування, яке зазвичай закінчується жалем і сльозами, виливається на людину, яка приходить першою. Нетерпимість до болю. Не можна очікувати поліпшення і розслаблення. У майбутньому шкода, співчуття та нетерпимості.

7. Обсесивно-фобічний. Тривожне співчуття пов'язане, перш за все, зі страхом перед нереальними, але можливими ускладненнями хвороби, невдачею лікування та можливими (але погано встановленими) невдачами в життєвих, трудових та сімейних ситуаціях через хворобу. Уявна небезпека

захворювання більш небезпечна, ніж реальна. Знаки та ритуали стають захистом від тривоги.

8. Сенситивний. Надмірне занепокоєння з приводу негативного враження, яке інформація про хворобу може справити на інших. Боятися уникають пліток і негативної інформації про причину і характер хвороби, вважаючи її нешкідливою, ігноруючи і поширюючи її. Тягар на близьких в цьому відношенні і страх перед ворожими відносинами на їхньому боці.

9. Егоцентричний. «Відхід хворого», покази своїх страждань і переживань близьким і оточуючим, щоб ті звернули свою увагу. Необхідність виняткового догляду полягає в тому, що кожен повинен забути про все, здатися і піклуватися тільки про пацієнта. Мова інших відразу перекладається на «я».»Вони бачать тільки» конкурентів в інших людях, які потребують уваги і турботи, і ставляться до них вороже.

10. Ейфорійний. Невиправдано піднесений настрій, часто приховані. Зневага, легковажне ставлення до хвороби і лікування. Надія полягає в тому, що»все буде добре». Бажання взяти все з життя, незважаючи на хворобу. Ці порушення можуть негативно позначитися на перебігу хвороби, та легкість, з якою порушується режим.

11. Анозогностичний. Думки про хворобу, активне заперечення її можливих наслідків, відсутність сприйняття себе як хвороби. Відторгнення того, що проявляється в симптомах захворювання, через випадкових станів або інших несерйозних захворювань. Відмова від обстеження і лікування, бажання «зробити це своїми силами».

12. Ергопатичний. Ідуть на роботу «через» хворобу. Вони намагаються продовжувати працювати, навіть незважаючи на тяжкість і страждання від хвороби. Вони нещадні і намагаються, щоб їх лікували та обстежували, щоб вони працювали з більшим ентузіазмом, ніж до хвороби, залишаючи можливість продовжувати навчання.

13. Паранойяльний. Віра в те, що хвороба є результатом чийось зловмисних намірів. Підозра на надмірне вживання наркотиків та процедури. Схильність пов'язувати можливі ускладнення лікування або побічні ефекти ліків з недбалістю або недобросовісністю лікарів і персоналу.

Особлива група пацієнтів відкидає співчутливу манеру поведінки лікаря. Як правило, ці пацієнти мають надзвичайно небезпечний або мудрий акцент, який очікує точного діагностичного результату від лікаря, в результаті чого вони переходять від емпатичних до більш «емоційно нейтральних» типів відносин.

Відносини між пацієнтом і лікарем залежать не тільки від індивідуальних особливостей пацієнта, його психіки, але також від особистості і поведінки медичного працівника, його загальної та професійної культури, етики і прихильності принципам стоматології. Основна відповідальність за характер цих відносин, які мають вирішальне значення для успішного лікування, завжди покладається на медичних працівників. Він зобов'язаний враховувати особливості своєї особистості і досвіду при побудові відносин з пацієнтами.

Діагностичний процес у лікаря починається з моменту появи хворого: його зовнішності, ходи, особливостей мови і т.д. однак слід пам'ятати, що пацієнт оцінює лікаря з першого моменту знайомства. Різниця полягає в тому, що коли лікар бачить кожного пацієнта на тлі нескінченної безлічі пацієнтів, він стає для пацієнта особливою і унікальною людиною, яка довіряє щастю лікаря, свого життя. Створене враження є основою його впливу на майбутню психотерапію. Для літнього лікаря в цьому питанні пацієнт готовий ставитися до нього з упевненістю заздалегідь, так як його досвід і звання «працюють» на нього. Для молодого лікаря це складніше, тому що йому доводиться долати сумніви, властиві недосвідченості. Перш за все, пацієнт оглядає свого лікаря як особистість: добрий він, уважний, турботливий, ніжний або прискіпливий. З перших слів необхідно створити враження щирості, залученості і готовності допомогти. Байдушний тон, суха обробка і відсутність тут-катастрофа. Якщо пацієнт засмучений або відчуває біль, у нього задишка, необхідно спочатку заспокоїти його і пообіцяти допомогу.

Для певної категорії пацієнтів відвідування лікаря-це доказ іншим, що вони серйозно хворі і потребують постійного лікування. Серед них є люди, які надмірно турбуються про своє здоров'я, регулярно звертаються до лікаря. Але часто за цим стоїть несвідоме бажання уникнути життєвих труднощів і, так би мовити, піти у відпустку через моральну хворобу. Іноді таким

пацієнтам допомагає м'яке і наполегливе позбавлення від необґрунтованих страхів і упереджень.

Дуже важливим моментом у відносинах між лікарем і пацієнтом є співчуття. Емпатія включає здатність людини сприймати та співпереживати емоційним станам інших людей. Насправді, з пацієнтом лікар зазвичай може відчувати свій досвід відповідно до характеру його невербальної поведінки, а не вербальних повідомлень. Співчутливий підхід лікаря проявляється в його здатності відчувати емоційний стан пацієнта в кожен момент спілкування з ним, а також в його здатності розповідати пацієнтові, що саме він може зрозуміти.

Особливо примітно таке явище, як ятропсихогенність. Ятропсихоген-це фіксований невроз, який зазвичай має справжню причину в особистості пацієнта та в характері його стосунків з лікарем, а не в короточасній реакції пацієнта на неправильні заяви чи дії лікаря. Це свого роду негативний ефект плацебо, пов'язаний з особливими очікуваннями, страхами і ставленням пацієнта до хвороби, лікаря і лікування. Негативний вплив лікаря на пацієнта варіюється від очевидного ятрогенного (ефект в основному викликаний неналежною поведінкою лікаря) до псевдо ятрогенного (ефект в основному викликаний хворобливим сприйняттям пацієнтом). Відсутність надійного контакту між пацієнтом і лікарем - звичайне явище для пацієнта. Часто причиною є помилки, допущені в промові лікаря, особливо при першій зустрічі з пацієнтом. Наприклад, слід уникати використання навіть найпоширеніших термінів, оскільки вони можуть викликати занепокоєння у пацієнтів.

Вченими В.М. Львовим та С.І. Филипченковою була розроблена наступна класифікація типів особистості лікаря

- «суперпрофесіонал»;
- «професіонал-інтелектуал»;
- «формальний професіонал».

В якості стратегій лікаря науковцями В.М. Львовим та С.І. Филипченковою було визначено наступні:

- «обов'язково вилікувати за мінімальними витратами»;

- «обов'язково вилікувати і заробити добре самому»;
- «переконати пацієнта в необхідності витратної схеми лікування, операційного втручання при наявності інших ефективних методів».

В якості можливих типів особистості пацієнта вчені В.М. Львов та С.І. Филипченкова запропонували наступні:

- «креативний інтелектуал»;
- «лікар» без освіти»;
- «людина без елементарних медичних знань».

В якості стратегій пацієнта науковцями В.М. Львовим та С.І. Филипченковою визначено наступні

- «безмежна довіра до лікарів»;
- «повна недовіра до лікарів»;
- «обережне очікування і комунікативна поведінка».

При прийнятті лікарем діагнозу і програми лікування, на думку науковців виникають два типи ризику: ризик лікаря і ризик пацієнта. Ризик виникає, оскільки рішення приймається в умовах невизначеності. З боку лікаря ризик може бути об'єктивним і суб'єктивним.

«Суперпрофесіонал», як правило, використовують першу стратегію. Об'єктивні ризики, пов'язані з неправильною діагностикою і програмами лікування (лікарські помилки), часто неможливі через їх високої якості. Суб'єктивні ризики, пов'язані з навмисно неправильними рішеннями, часто неможливі.

«Лікар професіонал – інтелектуал», як правило, використовує 2 стратегії. Це найбільша група лікарів. Крім суб'єктивного ризику, об'єктивний ризик також знаходиться на середньому рівні. Для формального фахівця, як правило, використовується 3 стратегії, рівень об'єктивного і суб'єктивного ризику дуже високий.

«Креативний інтелектуал» Він майже завжди не довіряє лікарю, якщо у нього немає особистого лікаря (стратегія 2), і завжди намагається перевірити рішення за рекомендацією лікаря (стратегія 3). У таких пацієнтів лікар повинен правильно мислити, інакше він може програти.

Пацієнт, який є неосвіченим «лікарем», дуже начитаний (в основному через Інтернет), розповідає про свою хворобу і зазвичай є 3-м лікарем. Він використовує стратегію.

«Пацієнт-це людина без базових медичних знань» - частіше використовуйте 1 стратегію (довіряйте лікарю). В результаті творчі інтелектуали отримують об'єктивну програму діагностики та лікування з мінімальним ризиком в ході рефлексивного процесу з лікарем.

У інших пацієнтів ризик може варіюватися від максимального до мінімального залежно від того, до якого лікаря ви звертаєтесь.

Непідготовлений «лікар» для пацієнта представляє менший ризик, оскільки незабаром він зможе «схопити» офіційного фахівця і передати його іншому лікарю, тому в залежності від поточної ситуації лікар може використовувати рефлекси, навіть якщо він є суперспеціалістом. Якщо пацієнт є «творчим інтелектуалом», він, як правило, не дуже довіряє лікарю, і обговорювана з ним програма лікування і діагноз повинні бути досить переконливими.

Особливо, якщо це дорого або, наприклад, вимагає обробки. Якщо він не відчує в цьому переконливості, він не прийде до цього лікаря. Тому лікар повинен використовувати всі свої рефлексорні здібності, але це можливо тільки для лікарів 1-го і 2-го типів. Приблизно такий же сценарій. Це також стосується типових пацієнтів. У пацієнтів цього типу діяльність лікаря спрощена і не включає рефлекси.

Найбільш ефективною логікою взаємодії є логіка 1, яка характеризується високим рівнем рефлексивності. Другий тип взаємодії лікарів є результатом професійної діяльності лікарів (суперфахівців). Найбільш неефективна логіка взаємодії, як правило, є результатом професійної діяльності 3-х типів лікарів (офіційних фахівців) з низьким рівнем рефлексивності. При побудові неефективної логіки взаємодії неминуче виникає ризик медичного втручання.

Висновки до розділу 1

Відмінності в медичних установах можуть виникати з різних причин, включаючи відмінності в підходах до діагностики та лікування, прогалини в спілкуванні, розбіжності щодо планів лікування, пропуск повторних відвідувань та несплату рахунків. Такі конфлікти можуть мати серйозні наслідки, які негативно впливають на ефективність лікування, емоційний стан пацієнта та ефективність медичного персоналу. Для поліпшення процесів і результатів лікування важливо не тільки виявляти і розуміти причини незадоволеності пацієнтів, але також важливо використовувати ефективні комунікативні стратегії, розвивати навички вирішення конфліктів і забезпечувати конструктивну взаємодію.

Комунікація, стереотипи та відсутність інформації є основними факторами, що впливають на взаємодію між лікарями та пацієнтами. Погане або неадекватне спілкування може призвести до непорозумінь, розчарувань та конфліктів. Стереотипи можуть впливати на взаємне сприйняття і створювати упередження, що перешкоджають ефективній співпраці. Крім того, відсутність достовірної і зрозумілої інформації може привести пацієнтів до помилкових висновків і підірвати довіру до медичних рішень. Надання чіткої інформації, яка відповідає потребам пацієнтів, і уникнення стереотипів допоможуть зміцнити взаєморозуміння і довіру.

Психологічні характеристики, такі як очікування пацієнтів, ставлення, рівень стресу та емоційний стан, відіграють важливу роль у взаємодії з лікарями. Професіоналізм лікаря і здатність проявляти співчуття також є важливим фактором зміцнення довіри і досягнення позитивного результату лікування. Пацієнти можуть встановлювати очікування щодо таких аспектів, як підхід лікаря, вартість та доступність ліків, а також індивідуальний підхід до лікування. Особливо важливо, щоб хірурги враховували складний психологічний профіль пацієнта, щоб забезпечити кращий процес діагностики та лікування.

РОЗДІЛ 2 МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ВИНИКНЕННЯ КОНФЛІКТНИХ СИТУАЦІЙ МІЖ ЛІКАРЕМ ТА ПАЦІЄНТОМ

2.1. Загальна характеристика вибірки та основні етапи емпіричного дослідження

Метою емпіричного дослідження є визначення психологічних чинників виникнення конфліктних ситуацій між лікарем та пацієнтом. Дослідження проводилося онлайн протягом одного місяця. Учасникам надавався опитувальник, сформований на основі методик Особистісний опитувальник Айзенка ЕРІ, Опитувальник Томаса-Кілманна: типи поведінки у конфлікті та авторського опитувальника на основі шкали Лайкерта у вигляді Google-форми з проханням дати відповіді на запитання. Проведення дослідження відбувалося з дотриманням всіх етичних норм зі збереження конфіденційності та анонімності. Учасників було попереджено про те, що всі результати будуть використовуватися узагальнено в наукових цілях.

Дослідження включало 30 осіб, розділених на дві групи: 15 лікарів та 15 пацієнтів. Учасники дослідження належали до різних вікових категорій у віці від 18 до 67 років. До групи пацієнтів було включено 8 жінок та 7 чоловіків у віці від 20 до 55 років, які є пацієнтами неврологічного, реабілітаційного та терапевтичного відділення, що дозволяє врахувати різні демографічні характеристики пацієнтів, які можуть вплинути на їх взаємодію з медичним персоналом.

До групи лікарів входять 13 жінок і 2 чоловіків у віці від 27 до 67 років, що відображає поточну зростаючу тенденцію до більшого залучення жінок до медичної сфери. Серед лікарів були представлені фахівці в різних областях, включаючи терапію, хірургію, кардіологію та інші спеціальності, що дозволило більш широко оцінити вплив цієї спеціальності на характер взаємодії з пацієнтами. Стаж роботи варіюється від 3 до 40 років, що дозволяє нам досліджувати взаємозв'язок між досвідом лікаря і його комунікативними навичками.

Пацієнти були проінформовані про мету дослідження, його характер. Підбір лікарів та пацієнтів проводився шляхом звернення до керівництва місцевої лікарні, яка допомагає залучати лікарів та пацієнтів різного віку та статі.

Отримані дані були використані для аналізу психологічних причин конфлікту між пацієнтами та медичним персоналом, включаючи вплив різних підходів до лікування, комунікативних бар'єрів та стереотипів.

Збір та аналіз даних

1. Анкетування: учасниці дослідження заповнювали анонімну анкету, яка включала загальні питання про вік, стать, тощо. В анкету був інтегрований особистісний опитувальник Айзенка ЕРІ та опитувальник Томаса-Кілманна: типи поведінки у конфлікті.

2. Статистичний аналіз: зібрані дані були піддані статистичному аналізу за допомогою програмного забезпечення для математично-статистичної обробки даних.

Етичні питання

3. Згода учасників: усі учасники надали свою згоду на участь у дослідженні та були інформовані про можливі ризики та користь від участі.

4. Конфіденційність: усі дані були збережені конфіденційно та анонімно, без можливості ідентифікації окремих учасників.

Ця методологія дозволила здійснити комплексний аналіз психологічних чинників виникнення конфліктних ситуацій між лікарем та пацієнтом.

Характеристика етапів дослідження

На першому етапі дослідження: було виявлено власний досвід та ставлення окремого лікаря /пацієнта до конфліктних ситуацій у медичних установах. У тестовому форматі та у форматі відкритих питань.

Таблиця 2.1.1

Оцінка параметрів дослідження конфлікту

Параметр	Опис
Оцінка частоти конфліктів	Вимірює частоту, з якою учасники конфліктують зі своїми лікарями.

Таблиця 2.1.1

Оцінка параметрів дослідження конфлікту (продовження)

Емоційна стійкість	Вимірює здатність учасника справлятися з емоційними ситуаціями під час взаємодії з лікарем.
Комунікативні навички	Оцінює, наскільки учасники здатні знаходити спільну мову та уникати конфліктів зі своїм лікарем.
Вплив конфлікту	Визначення того, як конфлікт впливає на стосунки з лікарем та загальний емоційний стан учасника.
Інструменти вирішення конфліктів	Оцінює, чи мають учасники адекватні інструменти для ефективного вирішення конфліктів.

На другому етапі дослідження було використано Особистісний опитувальник Айзенка ЕРІ основною метою якого є:

-Визначення рівня екстраверсії/інтроверсії: ця шкала показує, наскільки людина комунікабельна і відкрита (екстраверсія) або, навпаки, егоцентрична і вузько соціальна (інтроверсія).

-Оцінка нейротизму: Ця шкала вимірює емоційну стабільність або нестабільність людини. Високий рівень дратівливості вказує на схильність до стресу, тривожності та більших емоційних коливань.

-Шкала ступеня брехні: Ця шкала допомагає визначити, наскільки чесно респондент відповідає на запитання тесту.

Анкета особистості Айзенка (ЕРІ), основною метою якої є вимірювання рівня екстраверсії, інтроверсії та неврозів. Анкета була адаптована для використання в українських вибірках, що гарантує її достовірність та достовірність у культурному контексті України. Адаптація Особистісного опитувальника Айзенка ЕРІ включає переклад і перевірку відповідності питань мовним і культурним характеристикам українського учасника, а також підготовку представника для перевірки психометричних характеристик

інструменту. Адаптація українською мовою методики була у 2005 році у роботі «ЗАГАЛЬНА ПСИХОЛОГІЯ: ПРАКТИКУМ Рекомендовано Міністерством освіти і науки України як навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладі» наступними авторами В.В. Волошина, Л.В. Долинська, С.О. Ставицька, О.В.[40]. На третьому етапі дослідження: для діагностики поведінки особистості в конфліктних ситуаціях було використано одну з найпоширеніших методик (конфлікт інтересів). Автори тесту стверджують, що конфліктів не слід уникати або вирішувати їх за будь-яку ціну, але люди повинні вміти грамотно управляти конфліктами. Вони пропонують двовимірну модель управління конфліктами, де один вимір - це поведінка особистості, яка базується на інтересах інших, а інший - поведінка особистості, яка відстоює власні інтереси, ігноруючи цілі інших.

Опитувальник Томаса-Кілмана має на меті визначити типи поведінки людей у конфліктних ситуаціях. Він був розроблений Кеннетом Томасом і Ральфом Кілманом і є одним з найбільш широко використовуваних методів діагностики поведінки в конфлікті

Адаптація передбачала переклад опитувальника на українську мову з урахуванням культурних особливостей та значень, що використовуються в Україні. Переклад був ретельно перевірений, щоб забезпечити адекватність формулювання та збереження змісту оригінальних запитань. Після цього опитувальник був апробований на українській вибірці, що підтвердило його валідність і надійність для використання в межах українського культурного середовища. Це дозволяє ефективно застосовувати інструмент для оцінки різних стратегій поведінки у конфліктах серед українських респондентів. Адаптована була в роботі «Діагностика схильності до конфліктної поведінки Методика К.Томаса діагностики схильності особистості до конфліктної поведінки, адаптація Н.В.Гришиної» [49]

Основними завданнями тесту є

- Визначення стилів поведінки в конфлікті: зокрема, він допомагає визначити, чи схильні люди співпрацювати, йти на компроміс, уникати, конкурувати або пристосовуватися.

-Оцінка співпраці та напористості: тест оцінює дві основні моделі поведінки: співпрацю (піклування про інтереси інших) та напористість (піклування про власні інтереси).

-Розуміння особистих стратегій вирішення конфліктів: Цей опитувальник допомагає учасникам зрозуміти свої сильні та слабкі сторони у вирішенні конфліктів і розробити більш ефективні стратегії їх подолання.

На четвертому етапі дослідження: Вплив психологічних чинників на виникнення конфліктів між лікарями та пацієнтами визначався на основі показників, отриманих за допомогою цих методик на попередньому етапі дослідження.

Всі отримані дані були статистично оброблені та інтерпретовані.

З метою визначення впливу психологічних чинників на виникнення конфліктів було проведено кореляційний аналіз отриманих даних та розраховано коефіцієнт кореляції Пірсона за наступною формулою.

$$r_{xy} = \frac{\sum_{i=1}^n [(x_i - \bar{x})(y_i - \bar{y})]}{n \cdot \sqrt{S_x^2 \cdot S_y^2}}$$

Де:

r_{xy} – коефіцієнт кореляції Пірсона;

x, y – середні вибіркові значення порівнюваних величин;

x_i і y_i – окремі вибіркові значення порівнюваних величин;

S_x^2, S_y^2 – дисперсії, відхилення порівнюваних величин від середніх значень.

n – кількість досліджуваних (у кожній групі);

Σ – алгебраїчний знак суми.

Для порівняння вибірових середніх значень двох наборів даних і визначення того, чи відрізняються вони статистично значуще, було використано t-критерій Стюдента. Основна формула виглядає наступним чином:

$$t = \frac{|\bar{x}_1 - \bar{x}_2|}{\sqrt{\frac{m_1^2 + m_2^2}{n}}}$$

де:

x_1 – середнє значення перемінної по одній вибірці даних;

x_2 – середнє значення перемінної по іншій вибірці даних;

m_1 і m_2 – інтегровані показники відхилень окремих значень із двох порівнюваних вибірок від відповідних їм середніх величин.

m_1 і m_2 своєю чергою обчислюються за такими формулами:

$$m_1^2 = \frac{\bar{S}_1^2}{n_1}; \quad m_2^2 = \frac{\bar{S}_2^2}{n_2},$$

де:

S_1^2 – вибіркова дисперсія першої змінної;

S_2^2 – вибіркова дисперсія другої змінної;

n_1 – число приватних значень змінної;

n_2 – число приватних значень змінної.

Альфа-коефіцієнт Кронбаха - це статистична міра внутрішньої узгодженості (надійності) тесту або шкали для вимірювання певного конструкту чи психологічної риси. Щоб розрахувати коефіцієнт альфа Кронбаха, використовуйте наступну формулу:

$$\alpha = \frac{N}{N-1} \left(1 - \frac{\sum (X_i - \bar{X})^2}{\sum (X_i - \bar{X})^2 + \frac{\sum (X_i - \bar{X})^2}{N}} \right),$$

де:

N – кількість оцінок, $\sum (X_i - \bar{X})^2$ – сума квадратів відхилень, \bar{X} – середнє значення оцінок.

Отже, було визначено основні параметри емпіричного дослідження, описано основні його етапи. Регресійний аналіз для оцінки залежності між психологічними змінними та рівнем конфліктності. Модель виглядає так:

$$y = b_0 + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots + b_nx_n$$

де y - залежна змінна, x_1, x_2, \dots, x_n незалежні змінні, а $b_0, b_1, b_2, \dots, b_n$ - коефіцієнти при незалежних змінних.

2.2 Обґрунтування методів емпіричного дослідження

Емпіричні методи дослідження були обрані відповідно до мети та завдань дослідження.

Для особистісної оцінки частоти конфліктів, реакцій на конфлікт та стратегій їх вирішення, було розроблено авторську анкету яка містила питання на основі шкали Лейкарта та відкриті питання

Ця анкета має на меті оцінити сприйняття конфлікту з лікарем/пацієнтом і стратегії подолання конфлікту. Анкета оцінює частоту конфліктів, емоційну стабільність, здатність добре співпрацювати з лікарем/пацієнтом, вплив конфлікту на стосунки та емоційний стан, адекватність реакції на конфлікт, наявність інструментів для вирішення конфлікту, комунікативні навички, вплив конфлікту на загальну якість медичної допомоги, ставлення до критики з боку лікаря, причини конфлікту, Реакцію на агресію лікаря/пацієнта, як вирішуєте конфлікти, сприйняття критики, ставлення до різних точок зору лікаря та вирішення розбіжностей. Анкета допоможе зрозуміти свої сильні та слабкі сторони у взаємодії з лікарями/пацієнтами та визначити сфери для покращення. Методика містить 25 питань 10 з яких тестові, а 15 відкритого типу.

Варіанти відповідей тестового типу

-Зовсім не згоден

-Не згоден

-Нейтрально

-Згоден

-Повністю згоден

Особистісний опитувальник Айзенка EPI (Eysenck Personality Inventory)

Мета: діагностувати екстраверсію, нейротизм та домінуючий тип темпераменту.

Інструкція: Дайте відповіді на 57 запитань, щоб дізнатися про вашу звичну поведінку. Уважно прочитайте кожне питання і напишіть «так», якщо ви згодні, і «ні», якщо не згодні. Подумайте про типову ситуацію і спробуйте дати першу «реальну» відповідь, яка спадає вам на думку. Відповідайте швидко, пам'ятаючи, що немає «правильних» чи «неправильних» відповідей.

Адаптація методики було адаптовано у 2005 році у роботі «ЗАГАЛЬНА ПСИХОЛОГІЯ: ПРАКТИКУМ Рекомендовано Міністерством освіти і науки України як навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладі» наступними авторами В.В. Волошина, Л.В. Долинська, С.О. Ставицька, О.В[40]. Опис методики: Методика включає три шкали: екстраверсія-інтроверсія, нейротизм і спеціальну шкалу, призначену для оцінки відкритості та ставлення до експерименту.

Екстраверсія відноситься до інтроверсії. Описуючи типового екстраверта, важливо відзначити його комунікабельність, коло знайомств і потребу в нетворкінгу. Екстраверти діють спонтанно, імпульсивні та запальні, надають перевагу руху та дії, схильні до агресії.

Типовий інтроверт є протилежністю типового екстраверта. Вони спокійні, сором'язливі, інтроспективні та вдумливі. Інтроверти стримані і тримаються на відстані від усіх, окрім найближчих людей. Вони планують і продумують свої дії заздалегідь, не покладаються на випадкові емоційні збудження, серйозно ставляться до прийняття рішень і надають перевагу порядку в усьому. Їм погано вдається контролювати свій гнів та емоції. Песимістичні і дуже прихильні до моральних норм.

Нейротизм - характеризується емоційною стійкістю (стабільністю або нестабільністю). Нейротизм пов'язаний з показниками дисбалансу нервової системи.

Виражений невротизм (висока емоційна нестійкість) проявляється надмірною дратівливістю, поганою адаптивністю, схильністю до швидкої зміни настрою, почуттям провини, збудженням, тривогою, депресивними реакціями, відволіканням і нестійкістю в стресових ситуаціях. Невротизм характеризується імпульсивністю, напруженістю в людських стосунках, мінливістю інтересів, втратою впевненості в собі та вираженою дратівливістю. Нейротизм характеризується нездатністю досить сильно реагувати на ефективні стимули. У людей з високими показниками за шкалою нейротизму може розвинутися невротизм у несприятливих стресових ситуаціях.

Емоційна стабільність (низький нейротизм) - це риса, що характеризується збереженням організованої поведінки, зосередженістю на ситуації в звичайних і стресових ситуаціях, зрілістю, високою адаптивністю, стійкістю до сильних стресів і відсутністю лідерських тенденцій.

Дуже низькі показники невротизму вказують на психотизм, який характеризується асоціативною поведінкою, песимізмом, неадекватними емоційними реакціями, високою конфліктністю, неконтактністю, егоцентризмом, егоїзмом і низькою схильністю до самоаналізу.

Згідно з Айзенком, високі показники за шкалою екстраверсії та нейротизму діагностують істерію, тоді як високі показники за шкалою інтроверсії та нейротизму діагностують тривожність та реактивну депресію.

Інструмент конфліктного режиму Томаса-Кілманна є одним з найбільш широко використовуваних інструментів для оцінки поведінки людини в конфліктних ситуаціях. Метод був розроблений Кеннетом Томасом і Ральфом Кілманном і базується на двовимірній моделі управління конфліктами, яка враховує два основні параметри: кооперативність і напористість.

Адаптована українською була в роботі «Діагностика схильності до конфліктної поведінки Методика К.Томаса діагностики схильності особистості до конфліктної поведінки, адаптація українського психолога Н.В.Гришиної»[49].

Кооперативність відображає ступінь турботи про інтереси інших учасників конфлікту, в той час як асертивність характеризує важливість, що надається власним інтересам. На основі цих параметрів можна виділити п'ять основних стилів поведінки в конфлікті:

Конкуренція (висока асертивність, низька кооперація): прагнення досягти власних цілей навіть за рахунок інтересів інших.

Співпраця (висока напористість, висока кооперація): намагання знайти рішення, яке задовольняє інтереси всіх сторін.

Компроміс (помірна напористість, помірна співпраця): Людина шукає середній шлях, який частково задовольняє інтереси всіх сторін.

Уникнення (низька напористість, низька готовність до співпраці): Людина уникає спроб вирішити конфлікт.

Компроміс (низька напористість, висока співпраця): людина жертвує власними інтересами на користь інших.

Цей опитувальник допомагає визначити, який стиль поведінки в конфлікті переважає у конкретної людини, і надає пропозиції щодо більш ефективного управління конфліктами. Ця методика широко використовується в організаціях для покращення командної роботи та вирішення внутрішніх конфліктів.

2.3.Висновки до розділу 2

Дослідження мало на меті виявити психологічні чинники, що сприяють виникненню конфліктів між лікарями та пацієнтами. В онлайн-опитуванні взяли участь 30 респондентів, 15 з яких були медичними працівниками, а 15 пацієнтами. Лікарі були з терапії, хірургії, кардіології. Пацієнти з неврологічного, реабілітаційного та терапевтичного відділення.Учасники

заповнили опитувальники, зокрема авторську анкету, особистісний опитувальник Айзенка ЕРІ та опитувальник конфліктної поведінки Томаса-Кілманна. У дослідженні було проаналізовано ставлення учасників, їхню емоційну стійкість, комунікативні навички, навички вирішення конфліктів та особистісні риси. Отримані результати були співвіднесені для визначення впливу психологічних факторів на виникнення конфліктів. У дослідженні використовувався статистичний аналіз, зокрема коефіцієнт кореляції Пірсона та t-критерій Стьюдента. Отримані результати були використані для розуміння сильних і слабких сторін учасників у вирішенні конфліктів та розробки більш ефективних стратегій їх подолання. Дослідження проводилося з дотриманням етичних стандартів, забезпеченням конфіденційності та анонімності учасників.

РОЗДІЛ 3 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ТА СПОСОБІВ ВИРІШЕННЯ КОНФЛІКТНИХ СИТУАЦІЙ МІЖ ЛІКАРЕМ ТА ПАЦІЄНТОМ

3.1. Аналіз результатів опитування пацієнтів та лікарів за анкетною «Конфлікти та причини їх виникнення»

Одним з етапів дослідження, було виявлення ставлення пацієнтів до конфліктів з лікарями та їх здатності ефективно справлятися з подібними ситуаціями. Результати опитування пацієнтів показали різноманітні оцінки на шкалі Лайкерта, що вказують на їхні уявлення про частоту, значення та вплив конфліктів на емоційний стан та загальну якість медичного обслуговування.

Таблиця 3.1.1

Оцінки згоди пацієнтів з твердженнями Авторської анкети

№ твердження	Медіана	Середнє	Відхилення	Мін.	Ма кс.
1. Я вважаю, що конфлікти з лікарями є рідкісними	3	2,6	1,12	1	4
2. Я легко справляюся з емоційними вибухами лікарів	4	3,4	0,91	2	5
3. Я завжди знаходжу спільну мову з лікарями, навіть якщо ми не згодні	3	3,13	1,12	1	5
4. Я відчуваю, що конфлікти не впливають на мої відносини лікарями	3	3,27	0,79	2	4
5. Я відчуваю, що моя реакція на конфлікти є адекватною	4	3,47	1,18	1	5
6. Я вважаю, що конфлікти з лікарями не впливають на моє емоційне благополуччя	3	3	1,25	1	5
7. Я відчуваю, що маю достатньо інструментів для вирішення конфліктів	4	3,73	0,88	2	5
8. Я відчуваю, що мої комунікаційні навички допомагають мені уникати конфліктів	4	3,6	0,91	2	5
9. Я вважаю, що конфлікти з лікарями не впливають на загальну якість медичного обслуговування	4	3,33	1,11	2	5
10. Я відчуваю, що моє ставлення до критики з боку лікарів є толерантним	3	3	1,06	2	5

Згідно з даними, середнє значення відповідей на твердження щодо рідкості конфліктів із лікарями становило 2,6 із можливих п'яти, що свідчить про неоднозначне сприйняття: деякі пацієнти вважають такі конфлікти рідкісними, тоді як інші частіше стикаються з проблемами у взаємодії з лікарями. Середній показник у 3,4 на запитання про здатність справлятися з емоційними вибухами лікарів демонструє, що більшість пацієнтів почуваються відносно впевнено в емоційно напружених ситуаціях, хоча рівень відхилення 0,91 вказує на те, що ця здатність варіюється серед респондентів.

Щодо пошуку спільної мови з лікарями, середнє значення 3,13 із значним відхиленням у 1,12 свідчить про те, що не всі пацієнти однаково готові досягати взаєморозуміння з лікарями в умовах незгоди. Цікавими є також результати щодо впливу конфліктів на відносини пацієнтів із лікарями: середнє значення 3,27 при низькому відхиленні 0,79 говорить про те, що більшість пацієнтів не вважають конфлікти визначальним фактором у побудові тривалих відносин із медичними працівниками.

Дослідження також показало, що пацієнти оцінюють свою реакцію на конфлікти як адекватну, з середнім показником 3,47 та відхиленням 1,18, що свідчить про відносну впевненість у своїй здатності контролювати власну поведінку в стресових ситуаціях. Попри це, твердження щодо впливу конфліктів на емоційне благополуччя отримало середнє значення 3, що вказує на наявність певного впливу конфліктних ситуацій на емоційний стан окремих пацієнтів.

Щодо ресурсів для вирішення конфліктів, середнє значення 3,73 демонструє, що більшість пацієнтів вважають свої інструменти для вирішення конфліктних ситуацій достатніми. Аналогічно, висока середня оцінка 3,6 на запитання про роль комунікаційних навичок у запобіганні конфліктам свідчить про те, що багато пацієнтів впевнені у власній здатності попереджувати напружені ситуації за допомогою ефективної комунікації.

Із показником 3,33 пацієнти також продемонстрували відносно високу впевненість у тому, що конфлікти не мають значного впливу на загальну якість медичного обслуговування, хоча рівень відхилення у 1,11 свідчить про

різний досвід щодо цього питання. Що стосується толерантного ставлення до критики з боку лікарів, медіана та середнє значення в 3 свідчать про середній рівень сприйняття критичних зауважень, хоча показник відхилення 1,06 вказує на різні реакції пацієнтів у таких ситуаціях.

Аналіз відповідей дозволяє зробити висновок, що пацієнти загалом готові до конструктивної взаємодії з лікарями та здатні керувати своїми емоційними реакціями, хоча рівень сприйняття конфліктів і толерантність до них залежать від індивідуальних психологічних характеристик та наявності ресурсів для ефективного вирішення конфліктних ситуацій.

Таблиця 3.1.2

Ступінь згоди пацієнтів з твердженнями авторської анкети (шкала Лайкерта, %)

№ твердження	Зовсім не згоден	Не згоден	Нейтрально	Згоден	Повністю згоден
1. Я вважаю, що конфлікти з лікарями є рідкісними	20%	26,7%	26,7%	26,7%	0%
2. Я легко справляюся з емоційними вибухами лікарів	0%	20%	26,7%	46,7%	6,7%
3. Я завжди знаходжу спільну мову з лікарями, навіть якщо ми не згодні	6,7%	26,7%	20%	40%	6,7%
4. Я відчуваю, що конфлікти не впливають на мої відносини з лікарями	0%	20%	33,3%	46,7%	0%
5. Я відчуваю, що моя реакція на конфлікти є адекватною	6,7%	20%	6,7%	53,3%	13,3%
6. Я вважаю, що конфлікти з лікарями не впливають на моє емоційне благополуччя	6,7%	40%	13,3%	26,7%	13,3%

Таблиця 3.1.2

Ступінь згоди пацієнтів з твердженнями авторської анкети (шкала Лайкерта, %) (продовження)

7. Я відчуваю, що маю достатньо інструментів для вирішення конфліктів	0%	13,3%	13,3%	60%	13,3%
8. Я відчуваю, що мої комунікаційні навички допомагають мені уникати конфліктів	0%	20%	6,7%	66,7%	6,7%
9. Я вважаю, що конфлікти з лікарями не впливають на загальну якість медичного обслуговування	0%	33,3%	13,3%	40%	13,3%
10. Я відчуваю, що моє ставлення до критики з боку лікарів є толерантним	0%	46,7%	13,3%	33,3%	6,7%

Було проведено детальний аналіз відповідей пацієнтів, який демонструє різний рівень згоди з твердженнями щодо конфліктів із лікарями, а також їхнього впливу на емоційний стан, комунікативні навички та загальну якість медичного обслуговування. Перший пункт, що стосується рідкості конфліктів, показав розподіл думок пацієнтів: 20% зовсім не погоджуються з тим, що конфлікти є рідкісними, 26,7% – не погоджуються, а ще 26,7% обрали нейтральну позицію, що може свідчити про неоднозначне сприйняття частоти конфліктів, де частина пацієнтів, ймовірно, має часті конфліктні взаємодії. Жоден респондент повністю не погодився з цим твердженням, що може вказувати на загальну проблемність у комунікації між лікарями та пацієнтами.

Стосовно здатності справлятися з емоційними вибухами лікарів, більшість пацієнтів почувається відносно впевнено, про що свідчить високий відсоток респондентів, які згодні (46,7%) або повністю згодні (6,7%) з цим твердженням. Це демонструє відносну психологічну стійкість пацієнтів у стресових ситуаціях. Водночас 20% не погоджуються з цим твердженням, що свідчить про наявність пацієнтів, які зазнають труднощів у таких умовах. Щодо пошуку спільної мови з лікарями, 40% пацієнтів погоджуються, що здатні знаходити компроміси навіть за умов розбіжностей, тоді як 26,7% не

згодні з цим, а 20% зайняли нейтральну позицію. Це свідчить про те, що для деяких пацієнтів залагодження суперечок є викликом, тоді як для інших цей процес є більш природним.

У питанні про вплив конфліктів на відносини з лікарями було виявлено, що майже половина пацієнтів (46,7%) вважає, що конфлікти не впливають на відносини, і ще 33,3% обрали нейтральну позицію, що, можливо, вказує на менш емоційну залученість або загалом адаптивні стратегії. Проте, 20% респондентів не погоджуються з цим твердженням, що може вказувати на те, що для окремих пацієнтів конфлікти мають довготривалий негативний вплив. Схожа ситуація спостерігається і в оцінці реакцій пацієнтів на конфлікти: 53,3% погоджуються, що їхні реакції є адекватними, тоді як 20% не погоджуються з цим. Це може свідчити про різний рівень підготовленості пацієнтів до конфліктних ситуацій та можливий вплив минулого досвіду на їхні реакції.

Вплив конфліктів на емоційне благополуччя оцінюється пацієнтами досить неоднозначно: 40% не згодні з тим, що конфлікти не впливають на їхній емоційний стан, вказуючи на значний рівень стресу або негативні емоційні наслідки після конфліктів із лікарями. Водночас 26,7% погоджуються з тим, що конфлікти не впливають на їхній емоційний стан, а 13,3% зовсім не відчують негативних наслідків. Ці дані свідчать про існування певної категорії пацієнтів, які залишаються емоційно нейтральними навіть у конфліктних ситуаціях, проте значний відсоток все ж відчуває негативний вплив на емоційне благополуччя.

Показники щодо комунікаційних навичок і наявності інструментів для вирішення конфліктів є одними з найвищих: 60% пацієнтів погоджуються, що мають достатньо ресурсів для вирішення конфліктів, і 66,7% впевнені, що їхні комунікаційні навички допомагають уникати конфліктів. Це свідчить про високий рівень самоконтролю та здатність до конструктивної взаємодії з лікарями в більшості пацієнтів, однак деякі респонденти (13,3%) не мають впевненості у своїх навичках, що може вказувати на потребу в додатковій підтримці або навчанні.

Щодо впливу конфліктів на загальну якість медичного обслуговування, 40% вважають, що конфлікти не впливають на цей аспект, а ще 13,3% повністю погоджуються з цим твердженням. Проте 33,3% не погоджуються, вказуючи на те, що значна частина пацієнтів відчуває негативні наслідки конфліктів у вигляді зниження якості обслуговування. Показники толерантності до критики з боку лікарів показали, що лише 33,3% респондентів готові конструктивно сприймати зауваження, тоді як 46,7% не згодні з цим твердженням, вказуючи на низький рівень толерантності до критики, що може бути ще одним тригером конфліктів у відносинах лікаря та пацієнта.

Аналіз даних показує, що пацієнти володіють достатніми ресурсами та комунікаційними навичками для запобігання конфліктам, однак частина респондентів все ж відчуває емоційний дискомфорт та негативні наслідки конфліктів, які можуть впливати на якість медичного обслуговування.

3.2. Психологічні особливості ставлення лікарів до конфліктів з пацієнтами та способів їх вирішення

Також було проведено емпіричне дослідження для аналізу ставлення лікарів до конфліктних ситуацій, їхніх комунікаційних навичок та здатності вирішувати конфлікти в медичній практиці.

Таблиця 3.2.1

Оцінки згоди лікарів з твердженнями анкети (шкала Лайкерта)

№ твердження	Медіана	Середнє	Відхилення	Мін.	Ма кс.
1. Я вважаю, що конфлікти з лікарями є рідкісними	4	3,36	1,15	2	5
2. Я легко справляюся з емоційними вибухами лікарів	4	3,71	0,99	2	5
3. Я завжди знаходжу спільну мову з лікарями, навіть якщо ми не згодні	4	4,14	0,77	3	5
4. Я відчуваю, що конфлікти не впливають на мої відносини лікарями	2	2,57	1,08	1	4
5. Я відчуваю, що моя реакція на конфлікти є адекватною	4	3,79	0,89	2	5
6. Я вважаю, що конфлікти з лікарями не впливають на моє емоційне благополуччя	2	3	1,24	2	5
7. Я відчуваю, що маю достатньо інструментів для вирішення конфліктів	4	4,21	0,69	3	5
8. Я відчуваю, що мої комунікаційні навички допомагають мені уникати конфліктів	4	3,93	0,99	1	5
9. Я вважаю, що конфлікти з лікарями не впливають на загальну якість медичного обслуговування	4	3,79	1,05	1	5
10. Я відчуваю, що моє ставлення до критики з боку лікарів є толерантним	4	3,64	0,92	1	5

Дані дослідження вказують на відносно високий рівень самовпевненості лікарів у здатності справлятися з конфліктами та управляти емоційними реакціями, але виявляють і певні труднощі, пов'язані з емоційним впливом конфліктних ситуацій на їхню роботу.

На твердження щодо частоти конфліктів серед лікарів медіана відповідей становить 4, а середнє – 3,36, що свідчить про те, що значна частина лікарів сприймає конфлікти як відносно рідкісні, хоча значення стандартного відхилення (1,15) вказує на варіативність у сприйнятті цього питання серед різних респондентів. Водночас більшість лікарів почуваються досить впевнено у здатності справлятися з емоційними вибухами колег, що підтверджується середнім значенням 3,71, а також високою медіаною 4. Це демонструє стійкість і здатність лікарів до самоконтролю навіть у емоційно насичених ситуаціях, хоча варіативність у сприйнятті зберігається, як видно з відхилення 0,99.

Інший важливий показник – готовність лікарів знаходити спільну мову навіть за умов незгоди, – має високі середні значення (4,14) і медіану 4, що говорить про загальну здатність лікарів досягати взаєморозуміння з колегами в конфліктних ситуаціях. Це свідчить про прагнення до конструктивної комунікації та злагожену співпрацю, що може бути основою для зменшення частоти конфліктів. Утім, твердження щодо того, що конфлікти не впливають на відносини з колегами, отримало низькі оцінки: середнє значення 2,57 і медіану 2, що вказує на те, що конфлікти можуть мати значний вплив на взаємовідносини лікарів. Значення стандартного відхилення 1,08 вказує на те, що лікарі мають різний досвід у цьому аспекті, що може залежати від індивідуальних психологічних особливостей та попереднього досвіду.

Щодо адекватності реакцій на конфлікти, більшість лікарів оцінюють свою поведінку як адекватну, про що свідчить середнє значення 3,79 та медіана 4. Це говорить про загальну готовність лікарів керувати власними реакціями та дотримуватися професійних стандартів у складних ситуаціях. Однак питання емоційного благополуччя, пов'язаного з конфліктами, показує певний розподіл думок: середнє значення оцінки цього твердження становить 3, медіана – 2, а відхилення 1,24 свідчить про те, що частина лікарів все ж зазнає емоційного дискомфорту від конфліктних ситуацій, тоді як інші залишаються менш залученими емоційно.

У питанні щодо наявності інструментів для вирішення конфліктів лікарі почуваються досить впевнено, про що свідчить середнє значення 4,21, а

також медіана 4. Це вказує на те, що більшість із них відчувають, що мають достатньо знань та навичок для ефективного подолання конфліктів. Схожа ситуація спостерігається і щодо ролі комунікаційних навичок: середнє значення відповіді становить 3,93, що свідчить про впевненість лікарів у власних комунікативних можливостях уникати конфліктів. Проте варіативність у відповідях (відхилення 0,99) говорить про наявність індивідуальних відмінностей у здатності лікарів до ефективної комунікації.

Твердження про відсутність впливу конфліктів на загальну якість медичного обслуговування отримало середнє значення 3,79 та медіану 4, що свідчить про переконання більшості лікарів у тому, що конфлікти не впливають на якість їхньої роботи, хоча окремі випадки можуть свідчити про зворотне. Що стосується толерантного ставлення до критики, середнє значення 3,64 свідчить про те, що більшість лікарів готові приймати критичні зауваження, хоча значення відхилення (0,92) показує, що цей аспект також має певну варіативність серед респондентів.

Лікарі здебільшого володіють достатніми навичками та ресурсами для ефективної комунікації та вирішення конфліктів, проте вплив таких ситуацій на їхнє емоційне благополуччя та взаємодію з колегами може залишатися значущим фактором.

Таблиця 3.2.2

Ступінь згоди лікарів з твердженнями анкети (шкала Лайкерта, %)

№ твердження	Зовсім не згоден	Не згоден	Нейтрально	Згоден	Повністю згоден
1. Я вважаю, що конфлікти з лікарями є рідкісними	0%	35,7%	7,1%	42,9%	14,3%
2. Я легко справляюся з емоційними вибухами лікарів	0%	14,3%	21,4%	42,9%	21,4%
3. Я завжди знаходжу спільну мову з лікарями, навіть якщо ми не згодні	0%	0%	21,4%	42,9%	35,7%
4. Я відчуваю, що конфлікти не впливають на мої відносини з лікарями	14,3%	42,9%	14,3%	28,6%	0%
5. Я відчуваю, що моя реакція на конфлікти є адекватною	0%	14,3%	7,1%	64,3%	14,3%

Таблиця 3.2.2

Ступінь згоди лікарів з твердженнями анкети (шкала Лайкерта, %) (продовження)

6. Я вважаю, що конфлікти з лікарями не впливають на моє емоційне благополуччя	0%	57,1%	0%	28,6%	14,3%
7. Я відчуваю, що маю достатньо інструментів для вирішення конфліктів	0%	0%	14,3%	50%	35,7%
8. Я відчуваю, що мої комунікаційні навички допомагають мені уникати конфліктів	7,1%	0%	7,1%	64,3%	21,4%
9. Я вважаю, що конфлікти з лікарями не впливають на загальну якість медичного обслуговування	7,1%	0%	21,4%	50%	21,4%
10. Я відчуваю, що моє ставлення до критики з боку лікарів є толерантним	7,1%	0%	21,4%	64,3%	7,1%

Було проведено аналіз рівня згоди лікарів із різними твердженнями, що відображають їхнє сприйняття конфліктів, емоційних реакцій і комунікаційних навичок у взаємодії з колегами та пацієнтами. Результати дослідження свідчать про те, що частина лікарів розглядає конфлікти як рідкісне явище, однак не всі мають однозначне ставлення до цього питання. Лише 14,3% респондентів повністю погодилися з твердженням, що конфлікти трапляються рідко, тоді як 42,9% погодилися частково, що свідчить про певний баланс думок. Натомість 35,7% не погодилися з тим, що конфлікти рідкісні, що може вказувати на досвід лікарів, для яких конфлікти є більш поширеними.

Здатність лікарів справлятися з емоційними вибухами інших лікарів виявилася високою, оскільки 42,9% погодилися з цим твердженням, а 21,4% повністю підтримали його, що підкреслює рівень професійної стійкості. Тільки 14,3% висловили незгоду, що свідчить про наявність різного досвіду у сприйнятті емоційного впливу колег. Прагнення до досягнення порозуміння

навіть за умов розбіжностей також було значним – 42,9% лікарів погодилися з тим, що здатні знайти спільну мову, а 35,7% повністю підтримали це твердження. Така висока готовність до конструктивного вирішення суперечок вказує на зрілий підхід лікарів до комунікації та управління конфліктами, особливо в умовах складних робочих взаємодій.

Результати також показали, що конфлікти можуть мати певний вплив на міжособистісні відносини серед лікарів. Лише 28,6% респондентів зазначили, що конфлікти не впливають на їхні стосунки з колегами, тоді як 42,9% висловили незгоду з цим твердженням. Це свідчить про те, що конфліктні ситуації все ж можуть залишати певний слід у відносинах, особливо в робочих колективах, де тривалі взаємодії є неминучими. Утім, лікарі оцінюють власні реакції на конфлікти як адекватні – 64,3% погодилися з цим твердженням, а ще 14,3% повністю підтримали його, що говорить про їхню впевненість у своїй здатності керувати реакціями в складних ситуаціях.

Щодо емоційного благополуччя, результати показали, що конфлікти можуть мати певний вплив на емоційний стан лікарів. Значна частина респондентів (57,1%) висловила незгоду з твердженням, що конфлікти не впливають на їхній емоційний стан, що може вказувати на існування стресових ситуацій і потенційного емоційного виснаження через конфліктні взаємодії. Натомість 28,6% лікарів погодилися з цим твердженням, що може вказувати на певний рівень емоційної стійкості або навичок подолання стресу.

Важливим показником є також впевненість лікарів у наявності інструментів для вирішення конфліктів: 50% погодилися з цим твердженням, а 35,7% повністю погодилися, що демонструє їхню готовність і забезпеченість відповідними методами управління конфліктами. Подібний рівень впевненості спостерігається і щодо комунікаційних навичок – 64,3% лікарів погодилися, що їхні навички допомагають уникати конфліктів, а 21,4% цілком підтримали це твердження, що свідчить про загальний рівень підготовки до запобігання конфліктним ситуаціям.

Щодо загальної якості медичного обслуговування, більшість лікарів вважає, що конфлікти не впливають на цей аспект їхньої роботи – 50%

погодилися з цим твердженням, а 21,4% повністю його підтримали. Однак 7,1% лікарів висловили незгоду, що може вказувати на те, що деякі лікарі все ж бачать зв'язок між конфліктами і якістю медичних послуг. Нарешті, щодо ставлення до критики з боку колег, 64,3% лікарів зазначили, що їхнє ставлення є толерантним, а 7,1% повністю погодилися, що свідчить про загальну готовність до конструктивного сприйняття зауважень.

Результати демонструють, що лікарі здебільшого мають позитивне ставлення до конструктивного вирішення конфліктів та володіють достатніми інструментами й навичками для збереження емоційної стійкості в умовах конфліктних ситуацій. Однак існують певні аспекти, як-от вплив конфліктів на емоційне благополуччя і міжособистісні відносини, що потребують уваги, оскільки вони можуть впливати на загальну робочу атмосферу та продуктивність у медичній сфері.

Таблиця 3.2.3

Ступінь згоди лікарів з твердженнями анкети (шкала Лайкерта, %)

№ твердження	Категорії у відповідях пацієнтів	Категорії у відповідях лікарів
11. Що на вашу думку, найчастіше стає причиною конфліктів з лікарями/пацієнтами?	<ul style="list-style-type: none"> • Емоційний стан та суб'єктивні фактори • Комунікаційні бар'єри • Відмінність у підходах та очікуваннях • Професіоналізм лікаря • Організаційні проблеми 	<ul style="list-style-type: none"> • Емоційна нестабільність пацієнтів • Комунікаційні бар'єри та непорозуміння • Нереалістичні очікування та вимоги пацієнтів • Відсутність етики в поведінці • Соціальні та організаційні фактори

Аналізуючи відповіді пацієнтів на запитання про причини конфліктів з лікарями, можна виділити кілька важливих тенденцій. Переважно, конфлікти виникають через психо-емоційний стан обох сторін, включаючи як пацієнтів, так і лікарів. Негативний настрій, стрес і нервозність можуть значно погіршувати спілкування і сприяти виникненню конфліктів. Важливим аспектом є також комунікаційні проблеми та непорозуміння, що свідчить про недостатність чіткої та ефективної комунікації між лікарем і пацієнтом.

Пацієнти часто відчують невдоволення через незрозумілі пояснення або недостатню інформованість щодо лікування, що ускладнює взаємодію і знижує довіру.

Ще однією причиною конфліктів є відмінності у підходах і очікуваннях обох сторін. Пацієнти відзначають розбіжності у поглядах на процес лікування та результати, що можуть стати причиною незадоволення і конфліктів. Часто очікування пацієнтів не збігаються з тим, що вони отримують на практиці, що породжує розчарування і призводить до напружених ситуацій. Крім цього, окремі пацієнти вказують на непрофесійність лікарів або неякісний підхід до лікування, що також може спричиняти конфлікти. Це свідчить про необхідність підвищення професійних стандартів та більш уважного ставлення до пацієнтів.

Організаційні проблеми, як-от затримки чи неефективна організація процесу надання медичних послуг, теж стають джерелом конфліктів. У цілому, основні фактори конфліктів між лікарями та пацієнтами можна звести до емоційних та психологічних аспектів, комунікаційних бар'єрів, розбіжностей в очікуваннях, рівня професіоналізму медичного персоналу та організаційних недоліків.

На основі відповідей лікарів щодо причин конфліктів з пацієнтами можна виділити кілька основних тенденцій. Перша з них — це емоційна нестабільність пацієнтів, яка проявляється через емоційну лабільність, психічну нестабільність або загальну неврівноваженість. Лікарі часто вказують на те, що емоційні реакції пацієнтів, пов'язані з хворобливими відчуттями, стресом чи станом здоров'я, можуть значно ускладнювати процес взаємодії і сприяти виникненню конфліктів. Другою тенденцією є нерозуміння або відсутність етики з боку пацієнтів. Лікарі часто зазначають, що пацієнти можуть не усвідомлювати ролі медичного працівника, сприймаючи його як обслуговуючий персонал, який має лише обов'язки, без урахування прав. Це веде до заниження цінності професії лікаря і сприяє появі непорозумінь та напруженості.

Ще однією поширеною причиною є ситуації, коли пацієнти мають завищені очікування або вимагають того, що лікарі не можуть забезпечити з

різних причин. Такі конфлікти можуть виникати через відсутність виконання призначень пацієнтами або їх бажання, які не відповідають реальним можливостям лікаря. Відповіді також свідчать про загальну напругу, що панує в суспільстві, особливо в умовах кризи, яка може впливати на взаємодію лікарів і пацієнтів.

Таким чином, основні тенденції, які визначають конфлікти з точки зору лікарів, пов'язані з емоційною нестабільністю пацієнтів, нерозумінням їхньої ролі та обмеженими можливостями задовольнити вимоги пацієнтів.

Таблиця 3.2.4

Порівняння відповідей на відкриті питання пацієнтів та лікарів

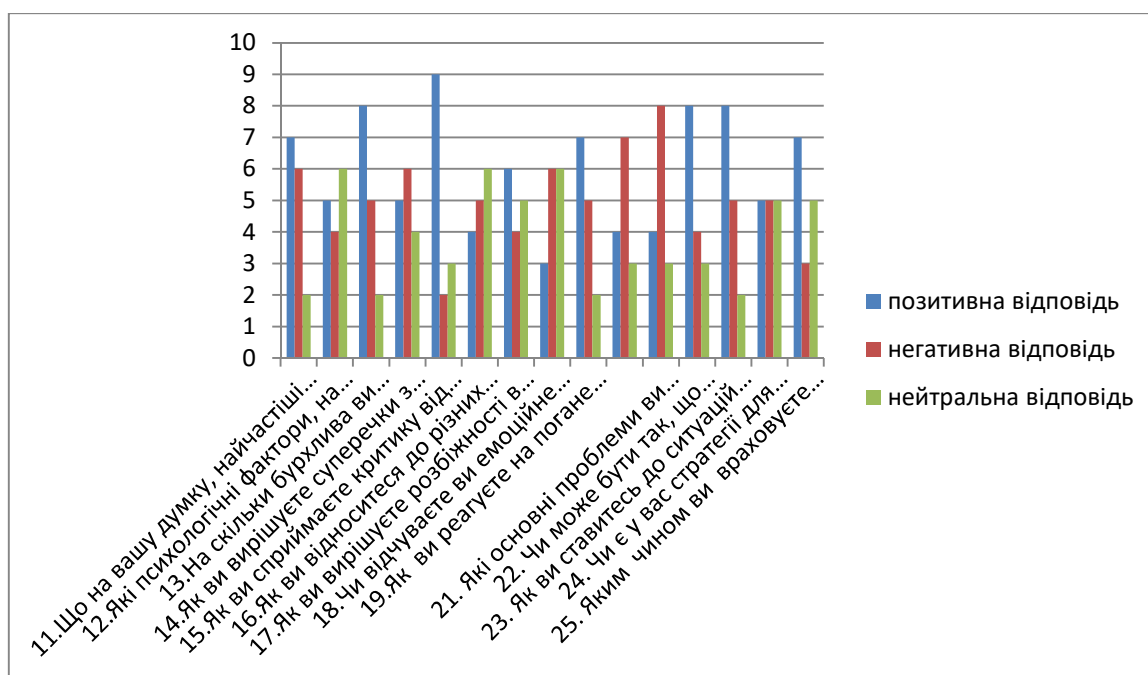
№ твердження	Узагальнення відповідей пацієнтів	Узагальнення відповідей лікарів
12.Які психологічні фактори, на вашу думку, сприяють виникненню конфліктів з лікарями?	Стрес, емоційний стан пацієнта, настрій, непорозуміння	Стрес, емоційний стан пацієнта, настрій, агресивність пацієнтів, необізнаність
13.На скільки бурхлива ви реагуєте на агресивність лікарів?	Спокійно/нейтрально, намагання вирішити через діалог, бурхлива реакція в окремих випадках	Спокійно, намагання знизити напругу через діалог або підтримку
14.Як ви вирішуєте суперечки з лікарями?	Через діалог, компроміс, уникання конфліктів	Через діалог, спокійний підхід, компроміс
15.Як ви сприймаєте критику від лікарів?	Нормально, адекватно, в окремих випадках негативно	Адекватно, позитивно, в окремих випадках негативно
16.Як ви відноситеся до різних точок зору лікарів?	Нормально, спокійно, позитивно, намагаються вислухати та обговорити	Нормально, адекватно, вислухання та обговорення
17.Як ви вирішуєте розбіжності в інтерпретації медичних даних?	Перевірка, друга думка, спокійно, намагаються знайти істину	Перевірка, друга думка, намагаються знайти компроміс або роз'яснити ситуацію
18.Чи відчуваєте ви емоційне виснаження через конфлікти?	Так, іноді, ні	Так, іноді, ні
19.Як ви реагуєте на погане обслуговування у лікарнях?	Негативно, спокійно, розчарування, перехід до іншої лікарні	Спокійно, адекватно, коректно, намагаються пояснити ситуацію

Таблиця 3.2.4

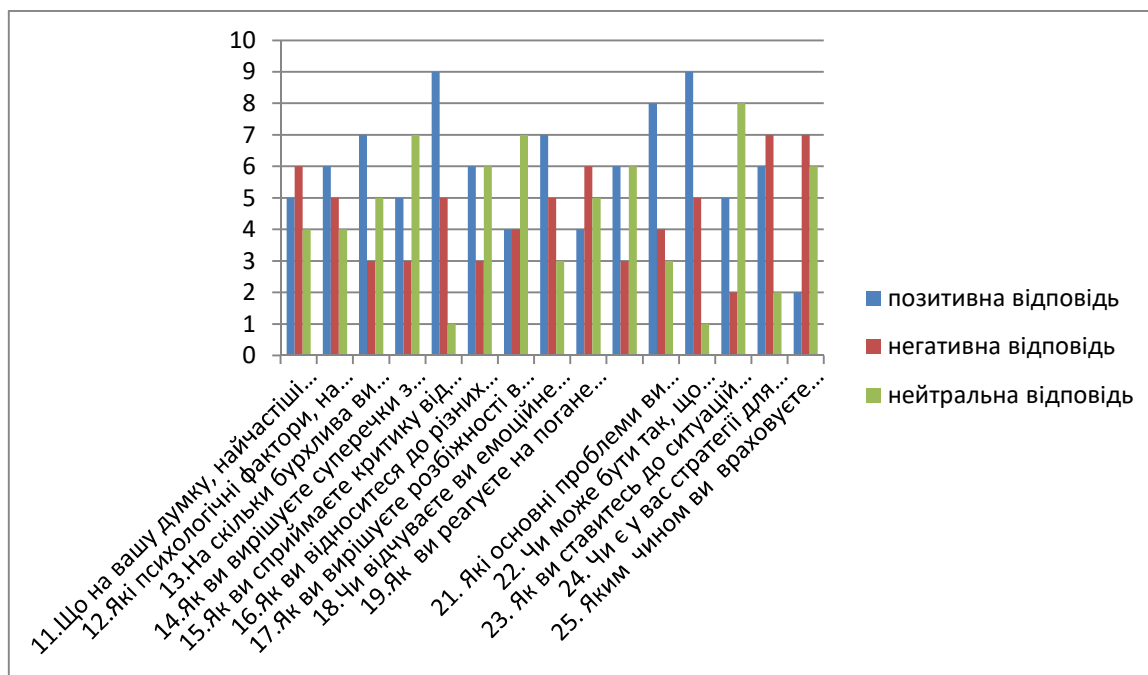
Порівняння відповідей на відкриті питання пацієнтів та лікарів (продовження)

20. Як ви вирішуєте ситуації, коли ви не згодні з рекомендаціями лікарів?	Радяться з іншими лікарями, спокійно, компроміс	Радять звертатися до колег, об'рунтовують свою позицію, спокійно
21. Які основні проблеми ви зазвичай зустрічаєте у спілкуванні з лікарями?	Непорозуміння, стрес, проблеми з комунікацією, велика черга	Непорозуміння, необізнаність пацієнтів, низький інтелектуальний рівень
22. Чи може бути так, що медичні терміни або жаргон стають бар'єром у вашому спілкуванні з лікарями?	Ні, так, періодично, на в'яз	Ні, так, періодично, пояснюють пацієнтам
23. Як ви ставитесь до ситуацій коли обслуговування у лікарні не відповідає вашим очікуванням?	Негативно, розчарування, діалог, спокійно	Діалог, коректно, взаємоповага, намагаються пояснити ситуацію
24. Чи є у вас стратегії для вирішення конфліктів, коли вони виникають?	Ні, так, спокій, все залежить від ситуації	Ні, виважені аргументи, спокій, все залежить від ситуації
25. Яким чином ви враховуєте емоційний стан лікарів під час лікування та як це може вплинути на ваші взаємини?	Спостереження, розуміння стану, не впливає	Підтримка психоемоційного стану, не впливає, шукання компромісу

Діаграма відповідей пацієнтів 3.2.1.



Діаграма відповідей лікарів 3.2.2.



Було проведено аналіз відповідей лікарів і пацієнтів на відкриті питання, що дозволяє глибше зрозуміти особливості конфліктних ситуацій у медичних закладах та психологічні чинники, які їх спричиняють. Психологічних факторів, що сприяють виникненню конфліктів, як лікарі, так і пацієнти вважають, що основну роль відіграє стрес та емоційний стан. Проте лікарі також вказують на агресивність та необізнаність пацієнтів, тоді як пацієнти більше схильні звертати увагу на своє суб'єктивне сприйняття і настрої. Це може свідчити про те, що лікарі вбачають проблеми переважно у зовнішніх факторах та реакціях пацієнтів, а пацієнти відчувають вплив власного психологічного стану. Що стосується реакції на агресивність лікарів, пацієнти переважно прагнуть залишатися спокійними, вдаються до нейтральної реакції або намагаються вирішити питання через діалог, тоді як лікарі теж відзначають спокійний підхід і намагання знизити напругу, що свідчить про прагнення обох сторін до збереження стабільної взаємодії.

Аналіз стратегій вирішення суперечок показав, що як лікарі, так і пацієнти намагаються вирішувати конфлікти через діалог та компроміс, причому пацієнти іноді також вдаються до уникання конфліктів, тоді як лікарі надають перевагу спокійному підходу. Такий підхід вказує на спільне прагнення до конструктивного вирішення конфліктів, проте різниця у

тактиках може бути ознакою того, що лікарі відчують більше відповідальності за врегулювання ситуацій. Щодо сприйняття критики, обидві групи оцінюють її переважно адекватно, хоча в окремих випадках пацієнти можуть відреагувати негативно. Це свідчить про загальну готовність до конструктивного сприйняття зауважень, особливо з боку лікарів, які прагнуть професійно та коректно ставитися до коментарів пацієнтів.

Ставлення до різних точок зору відображає спільну готовність обговорювати й вислуховувати думки один одного: і пацієнти, і лікарі зазначили, що намагаються спокійно сприймати інші точки зору, обговорювати питання та знаходити компроміс. Це підкреслює важливість комунікаційних навичок у підтримці продуктивної взаємодії. У розбіжностях в інтерпретації медичних даних обидві групи надають перевагу перевірці інформації та отриманню другої думки, що свідчить про прагнення до об'єктивного підходу та збереження довіри в процесі лікування.

Емоційне виснаження через конфлікти відчують як пацієнти, так і лікарі, але частота його прояву є різною. Це підтверджує важливість стійкості до стресу в медичному середовищі. Реакція на погане обслуговування різниться: пацієнти висловлюють негатив, розчарування та навіть бажання змінити лікарню, тоді як лікарі прагнуть зберегти спокій та пояснювати ситуацію, демонструючи професіоналізм та готовність до збереження взаємоповаги.

Щодо несумісності з рекомендаціями лікарів, пацієнти обирають стратегію консультування з іншими лікарями, тоді як лікарі схильні обґрунтовувати свої рекомендації і пропонувати звернення до колег у разі потреби. Це свідчить про готовність лікарів до співпраці і прагнення забезпечити пацієнта вичерпною інформацією. Основними проблемами в комунікації з лікарями пацієнти назвали непорозуміння, стрес, комунікаційні проблеми та велику чергу, тоді як лікарі зазначили необізнаність пацієнтів та, на їхню думку, недостатній інтелектуальний рівень пацієнтів, що може ускладнювати комунікацію.

Щодо використання медичних термінів або жаргону, пацієнти відзначили, що це іноді стає бар'єром у спілкуванні, а лікарі вказали на

необхідність пояснювати такі терміни, що підкреслює наявність мовного бар'єру, який потребує врахування. Незадоволення очікуваннями від обслуговування пацієнти переважно виражають через негативні емоції та діалог, тоді як лікарі прагнуть зберігати коректність та намагати пояснити ситуацію, демонструючи відповідальне ставлення до своєї роботи. Нарешті, щодо стратегій вирішення конфліктів, обидві групи використовують різні підходи в залежності від ситуації, проявляючи гнучкість і спокій, що підкреслює прагнення до продуктивної взаємодії.

Таким чином, аналіз свідчить про наявність певних розбіжностей у сприйнятті конфліктних ситуацій між лікарями та пацієнтами, що пов'язано з різними очікуваннями, рівнем обізнаності та емоційними реакціями. Обидві сторони прагнуть до діалогу та компромісу, проте відмінності в оцінці причин і наслідків конфліктів можуть впливати на якість взаємодії.

3.3. Аналіз особистісних якостей серед лікарів і пацієнтів

Було проведено аналіз показників екстраверсії та невротизму серед пацієнтів і лікарів за допомогою опитувальника Айзенка, що дозволило краще зрозуміти особливості їхніх особистісних рис та емоційної стабільності в контексті конфліктних ситуацій.

Таблиця 3.3.1

Результати опитувальника Айзенка пацієнтів

Шкали	Медіана	Середнє	Відхилення	Мін.	Макс.
Екстраверсія	12	12,6	2,35	9	18
Невротизм	14	13,3	3,96	5	19

Дані, отримані від пацієнтів, свідчать про відносно високий рівень екстраверсії: середнє значення становить 12,6, а медіана — 12, що відображає тенденцію до відкритості та соціальної активності. Відхилення на рівні 2,35 свідчить про те, що більшість пацієнтів мають подібний рівень екстраверсії, хоча існує певна варіативність у їхніх відповідях. Максимальний показник екстраверсії серед пацієнтів дорівнює 18, а мінімальний — 9, що вказує на те, що окремі пацієнти можуть мати більш виражені інтровертні риси, але загалом пацієнти виявляють схильність до екстраверсії.

Показники невротизму серед пацієнтів вказують на їхню схильність до емоційної нестабільності. Середнє значення становить 13,3, а медіана — 14, що є досить високими показниками на шкалі невротизму. Це свідчить про те, що пацієнти можуть бути емоційно вразливими та схильними до стресу, що, ймовірно, може впливати на їхню реакцію в конфліктних ситуаціях. Значне відхилення у 3,96 також демонструє варіативність у рівні емоційної стабільності серед пацієнтів. Деякі пацієнти мають відносно низький рівень невротизму, із мінімальним показником 5, проте максимальне значення 19 вказує на те, що в групі пацієнтів є люди з дуже високою емоційною нестабільністю, що може впливати на загальну атмосферу під час конфліктів з лікарями.

Таблиця 3.3.2

Результати опитувальника Айзенка лікарів

Шкали	Медіана	Середнє	Відхилення	Мін.	Макс.
Екстраверсія	11,5	11	3,28	6	17
Невротизм	10	11,6	5,31	5	20

Порівняльний аналіз показників серед лікарів демонструє інші тенденції. Показники екстраверсії серед лікарів в середньому становлять 11, що є дещо нижчим у порівнянні з пацієнтами, а медіана — 11,5. Це свідчить про те, що лікарі загалом менш схильні до соціальної активності, однак, оскільки максимальний показник екстраверсії становить 17, деякі з них все ж проявляють досить високу відкритість. Відхилення у 3,28 демонструє більш помітну варіативність в особистісних рисах лікарів у порівнянні з пацієнтами, що може вказувати на індивідуальні особливості стилю спілкування та підходу до вирішення конфліктів.

Показники невротизму серед лікарів виявилися нижчими, ніж у пацієнтів: середнє значення складає 11,6, а медіана — 10. Це вказує на те, що лікарі загалом є більш емоційно стабільними та менш схильними до стресу, ніж пацієнти, що може сприяти кращому контролю над емоціями у конфліктних ситуаціях. Проте варіативність у показниках невротизму серед лікарів є досить значною (відхилення 5,31), що свідчить про те, що деякі лікарі, можливо, мають високий рівень емоційної вразливості, із максимальним показником у 20. Це може вказувати на наявність групи лікарів, які є менш стійкими до емоційних труднощів і, можливо, відчувають стрес у взаємодії з пацієнтами.

Пацієнти загалом є більш екстравертованими та емоційно нестабільними, що може спричиняти частіші конфліктні ситуації в умовах стресу або непорозумінь. Лікарі, навпаки, демонструють більшу емоційну стабільність, але мають нижчий рівень екстраверсії, що може знижувати їхню відкритість у спілкуванні, але забезпечувати здатність краще контролювати емоції під час конфліктів.

Було проведено аналіз типів характеру серед пацієнтів і лікарів, що дозволяє зрозуміти можливий вплив темпераменту на конфліктність і способи реагування у стресових ситуаціях.

Таблиця 3.3.3

Провідний тип темпераменту серед пацієнтів та лікарів (%)

Типи характеру	Пацієнти	Лікарі
Меланхоліки	20,7%	20,7%
Флегматики	3,4%	13,8%
Сангвініки	10,3%	13,8%
Холерик	17,2%	0%

Результати дослідження показали, що серед пацієнтів і лікарів однаковий відсоток меланхоліків — 20,7%. Це вказує на присутність у обох групах значної кількості людей з емоційною чутливістю, схильністю до рефлексії та помірної інтроверсії, що може впливати на їхню реакцію у складних ситуаціях, зокрема, конфліктних. Меланхоліки можуть проявляти обережність у комунікації та певну вразливість до критики, що може посилювати напруження в ситуаціях, коли виникає непорозуміння між лікарем і пацієнтом.

Цікаво, що серед лікарів значно вищий відсоток флегматиків (13,8%) у порівнянні з пацієнтами (3,4%). Флегматики зазвичай відрізняються спокоєм, стійкістю до стресу та вмінням контролювати емоції, що може позитивно впливати на їхню здатність врегулювати конфліктні ситуації та сприяти конструктивному вирішенню суперечок. Присутність флегматичного типу серед лікарів може бути важливим ресурсом для збереження емоційної стабільності під час напружених взаємодій з пацієнтами, особливо у випадках, коли пацієнти демонструють сильні емоційні реакції або потребують особливого підходу. У свою чергу, менший відсоток флегматиків серед пацієнтів може свідчити про те, що значна частина пацієнтів менш схильна до спокою і емоційного самоконтролю, що може впливати на підвищену конфліктність у їхній взаємодії з медичним персоналом.

Також у структурі характерів лікарів більш помітна присутність сангвініків (13,8%), тоді як серед пацієнтів цей показник становить 10,3%.

Сангвініки зазвичай відрізняються оптимізмом, товариськістю та адаптивністю, що може сприяти відкритому спілкуванню і швидкому вирішенню конфліктів через конструктивний діалог. Наявність сангвінічного типу серед лікарів може означати, що деякі з них схильні до активного налагодження стосунків з пацієнтами, що потенційно може знижувати рівень напруги у складних ситуаціях. Однак менший відсоток сангвініків серед пацієнтів вказує на те, що не всі пацієнти можуть мати достатній рівень гнучкості у поведінці або позитивного підходу до взаємодії з лікарями, що може ускладнювати досягнення порозуміння.

Особливо цікавим є показник відсутності холериків серед лікарів, тоді як серед пацієнтів їх частка становить 17,2%. Холерики зазвичай мають високий рівень енергії, рішучість, але часто схильні до імпульсивності, підвищеної емоційності та швидких реакцій у стресових ситуаціях. Присутність холеричного типу серед пацієнтів може бути важливим чинником у виникненні конфліктів, оскільки холерики можуть проявляти сильні емоційні реакції, особливо коли стикаються з очікуванням, стресом або незадоволеністю якістю медичного обслуговування. Відсутність холериків серед лікарів може бути позитивним фактором, оскільки саме цей темперамент є найбільш конфліктогенним через схильність до емоційних реакцій і браку терпіння, що може знижувати загальний рівень конфліктності в медичному середовищі.

Аналіз типів характеру серед пацієнтів і лікарів показує, що флегматики і сангвініки серед лікарів можуть створювати стабільну емоційну атмосферу, знижуючи рівень напруги у конфліктних ситуаціях, тоді як наявність меланхоліків і холериків серед пацієнтів може сприяти виникненню певних труднощів у комунікації та управлінні емоціями. Ці результати підкреслюють важливість врахування індивідуальних психологічних особливостей як пацієнтів, так і лікарів для покращення якості взаємодії в умовах медичного обслуговування.

3.4. Характеристика поведінкових реакцій у конфліктних ситуаціях між лікарем та пацієнтом

Було проведено детальний аналіз поведінкових реакцій лікарів і пацієнтів у конфліктних ситуаціях, зокрема за шкалами опитувальника Томаса-Кілманна. Отримані результати вказують на значні відмінності у виборі стратегій поведінки між обома групами.

Таблиця 3.4.1

Результати опитувальника Томаса-Кілманна типів поведінки у конфлікті пацієнтів

Шкали	Медіана	Середнє	Відхилення	Мін.	Ма кс.
Конкуренція	4	3,73	2,12	0	9
Співробітництво	6	6,07	1,67	3	9
Компроміс	8	7,67	2,29	3	11
Відхід від конфлікту	6	5,4	1,84	2	9
Пристосування	6	5,67	1,91	2	9

Серед пацієнтів найбільш типовою реакцією є компроміс, що підтверджується високими показниками середнього (7,67) та медіани (8), а також досить широким діапазоном значень — від 3 до 11. Це свідчить про загальне прагнення пацієнтів до знаходження середнього варіанту у вирішенні конфліктів, коли жодна зі сторін повністю не поступається своїми інтересами, але при цьому досягається певний рівень порозуміння. Подібна поведінка може вказувати на спроби пацієнтів адаптуватися до ситуацій і забезпечити конструктивну взаємодію з медичним персоналом, проте також може бути ознакою обмежених ресурсів для відстоювання своїх інтересів.

Наступною за популярністю серед пацієнтів є стратегія співробітництва, яка має середнє значення 6,07 і медіану 6, що вказує на помірний рівень готовності до відкритого діалогу та взаємодії з лікарями для спільного вирішення проблем. Це свідчить про бажання пацієнтів досягати результатів, які максимально враховують інтереси обох сторін, але також вказує на те, що така стратегія не є домінантною. Схожий середній рівень спостерігається і у стратегії пристосування (медіана 6, середнє 5,67), яка

вказує на помірну готовність пацієнтів поступитися у конфліктних ситуаціях, коли вони не вважають важливим відстоювати свою позицію. Це може бути пов'язано з бажанням уникнути напруги або страхом перед погіршенням відносин з медичним персоналом.

Цікаво, що у стратегії відходу від конфлікту пацієнти демонструють середнє значення 5,4, що також вказує на середній рівень схильності до уникнення конфліктів. Цей показник вказує на те, що деякі пацієнти готові уникати безпосередньої конфронтації з лікарями, що може бути пов'язано як із невпевненістю, так і з бажанням зберегти внутрішній емоційний комфорт. Стратегія конкуренції серед пацієнтів має найнижчі показники (медіана 4, середнє 3,73), що свідчить про те, що пацієнти не часто вдаються до активного відстоювання своїх інтересів та конфронтаційної поведінки. Ця стратегія, ймовірно, застосовується лише в окремих ситуаціях, коли пацієнти відчують значну незадоволеність або переконані в необхідності активного захисту своїх прав.

Таблиця 3.4.2

Результати опитувальника Томаса-Кілманна типів поведінки у конфлікті лікарів

Шкали	Медіана	Середнє	Відхилення	Мін.	Ма кс.
Конкуренція	1	2,21	3,04	0	10
Співробітництво	5,5	6	1,57	4	9
Компроміс	9	8,79	1,31	6	11
Відхід від конфлікту	6	6,43	2,06	4	9
Пристосування	5,5	5,64	1,82	3	9

Аналіз результатів серед лікарів показав іншу картину. Лікарі значно рідше використовують конкуренцію як поведінкову стратегію у конфлікті (середнє 2,21, медіана 1), що свідчить про низьку готовність до прямої конфронтації і активного відстоювання своєї позиції за будь-яку ціну. Це може бути пов'язано з професійною етикою та бажанням лікарів уникати ескалації конфліктів. Водночас компроміс серед лікарів є найбільш популярною стратегією (середнє 8,79, медіана 9), що підтверджує їхню

готовність досягати домовленостей, які враховують інтереси обох сторін, і вказує на бажання зберегти продуктивні відносини з пацієнтами. Такий високий показник компромісу серед лікарів може свідчити про їхню схильність до адаптивного підходу та готовність уникати конфліктів через знаходження прийнятних для обох сторін рішень.

Стратегія співробітництва серед лікарів також має високий рівень (медіана 5,5, середнє 6), що свідчить про їхню схильність до відкритої комунікації та пошуку рішень, які максимально задовольняють обидві сторони. Це свідчить про загальний професійний підхід лікарів до вирішення конфліктів і їхнє бажання забезпечити пацієнтам високий рівень обслуговування. Уникання конфлікту, як і пристосування, мають середній рівень серед лікарів (відхід — середнє 6,43, пристосування — середнє 5,64), що вказує на їхню гнучкість у підходах до вирішення конфліктів, особливо в ситуаціях, коли конфлікт можна залагодити без значних емоційних чи професійних втрат.

Лікарі значно менше, ніж пацієнти, схильні до конкуренції у конфліктних ситуаціях, що може бути обумовлено прагненням уникати ескалації та зберігати професійну атмосферу. Обидві групи виявляють високу схильність до компромісу та співробітництва, проте пацієнти більш схильні до пристосування і уникання конфліктів, що може свідчити про їхню відносну невпевненість або бажання зберегти гармонію у відносинах із лікарями.

Було проведено аналіз провідних типів поведінки в конфліктних ситуаціях серед пацієнтів і лікарів, що показав певні відмінності у їхньому підході до вирішення конфліктів.

Таблиця 3.4.3

Провідний тип характеру серед пацієнтів та лікарів (%)

Типи характеру	Пацієнти	Лікарі
Конкуренція	3,4%	6,9%
Співробітництво	13,8%	6,9%
Компроміс	27,6%	31%
Відхід від конфлікту	0%	0%
Пристосування	6,9%	3,4%

Найпоширенішим типом реакції серед обох груп виявився компроміс: 27,6% пацієнтів і 31% лікарів віддають перевагу компромісу як стратегії врегулювання суперечностей. Така стратегія передбачає готовність до взаємних поступок та досягнення спільного рішення, яке враховує інтереси обох сторін. Це свідчить про те, що і пацієнти, і лікарі схильні шукати оптимальні рішення, що дозволяють уникати ескалації конфлікту та зберігати взаємну повагу. Поширеність компромісу може свідчити про бажання обох сторін досягти гармонії у взаємодії, навіть якщо це потребує певних поступок.

Стратегія співробітництва, що також передбачає пошук рішень, які максимально задовольняють потреби обох сторін, обрана 13,8% пацієнтів та лише 6,9% лікарів. Це може вказувати на те, що пацієнти частіше прагнуть активної взаємодії для спільного вирішення проблем, ймовірно, з метою досягнення кращих результатів у лікуванні. Лікарі, навпаки, меншою мірою орієнтовані на співробітництво, можливо, через значне навантаження та необхідність приймати швидкі рішення, які не завжди дозволяють залучати пацієнтів до процесу прийняття рішень. Водночас це може свідчити про професійну схильність лікарів до стандартних, усталених підходів у вирішенні медичних питань, де співробітництво не завжди є необхідним.

Конкуренція, яка передбачає активне відстоювання власної позиції, менш поширена серед обох груп, але дещо частіше обирається лікарями (6,9%), ніж пацієнтами (3,4%). Така стратегія, ймовірно, застосовується лікарями у випадках, коли необхідно наполягати на певних медичних рекомендаціях або стандартах, що можуть суперечити побажанням пацієнтів. Це також може вказувати на захист професійних меж у ситуаціях, де пацієнти вимагають рішень, які суперечать принципам лікарської етики чи безпеки. Пацієнти ж рідше вдаються до конкуренції, що може пояснюватися їхнім бажанням уникати прямих конфронтацій з медичним персоналом, від якого залежить їхнє здоров'я і добробут.

Цікаво, що стратегія пристосування також відзначається серед обох груп, хоча частіше зустрічається у пацієнтів (6,9%), ніж у лікарів (3,4%). Пристосування як тип поведінки передбачає готовність пожертвувати

власними інтересами на користь іншої сторони, що може бути ознакою зусиль пацієнтів підтримувати мирні відносини з лікарями та уникати загострення ситуації. Це може бути пов'язано з тим, що пацієнти вважають лікарів більш компетентними у медичних питаннях і тому схильні погоджуватися з їхніми рішеннями, навіть якщо вони не завжди їм до вподоби. Лікарі, в свою чергу, рідше обирають пристосування, оскільки у їхніх професійних обов'язках передбачено відстоювання інтересів пацієнтів на основі медичних стандартів і безпеки, що не завжди дозволяє їм підлаштовуватися під вимоги чи очікування пацієнтів.

Помітно, що жодна зі сторін не використовує відхід від конфлікту як основну стратегію. Відсутність цієї стратегії може свідчити про готовність лікарів і пацієнтів брати участь у вирішенні конфліктних ситуацій, навіть якщо це передбачає певні труднощі або емоційне напруження. І пацієнти, і лікарі виявляють бажання до активної взаємодії, що є важливим аспектом у процесі надання медичних послуг, адже уникнення конфлікту може призвести до незадоволення та зниження довіри між сторонами.

Результати вказують на те, що як пацієнти, так і лікарі схильні до пошуку рішень, які враховують обопільні інтереси, хоча деякі відмінності у виборі стратегій свідчать про різний рівень участі та відповідальності у прийнятті рішень. Пацієнти більше орієнтовані на співробітництво та компроміс, тоді як лікарі в деяких випадках використовують конкуренцію, що може бути пов'язано з професійною необхідністю відстоювання рішень у медичній сфері.

3.5. Аналіз відмінностей стратегій вирішення конфліктів у лікарів та пацієнтів

Було проведено порівняльний аналіз стратегій вирішення конфліктів серед лікарів і пацієнтів, що дозволив виявити як подібності, так і відмінності в поведінкових реакціях обох груп у конфліктних ситуаціях. Основні показники, зокрема екстраверсія, невротизм і різні стратегії поведінки, оцінювалися за допомогою тесту Манна-Уїтні, що дозволяє вивчити відмінності між двома незалежними групами.

Таблиця 3.5.1

Результати порівняння пацієнтів та лікарів в стратегіях вирішення конфліктів (Мана-Уїтні)

Шкали	p-значущість	Сила ефекту	Середнє в групі пацієнтів	Середнє в групі лікарів
Конкуренція	0,031*	0,471	3,73	2,21
Співробітництво	0,824	0,052	6,07	6
Компроміс	0,206	0,276	7,67	8,79
Відхід від конфлікту	0,236	0,257	5,4	6,43
Пристосування	0,911	0,028	5,67	5,64

Стратегія конкуренції показала статистично значущу різницю між групами (рівень значущості 0,031), причому сила ефекту становить 0,471, що вказує на середній вплив. Середнє значення конкуренції серед пацієнтів (3,73) значно перевищує показник лікарів (2,21), що свідчить про більшу готовність пацієнтів застосовувати активне відстоювання своєї позиції у конфліктних ситуаціях. Це може бути обумовлено прагненням пацієнтів до відстоювання своїх прав чи задоволення очікувань від медичних послуг. Лікарі, у свою чергу, менш схильні до конкуренції, що може пояснюватися професійною етикою та прагненням уникати ескалації конфлікту, забезпечуючи спокійне і продуктивне середовище.

Стратегія співробітництва не виявила статистично значущих відмінностей між групами (рівень значущості 0,824, сила ефекту 0,052), що свідчить про схожий рівень готовності до активного співробітництва як серед

лікарів (середнє значення 6), так і серед пацієнтів (6,07). Це може вказувати на загальне прагнення обох сторін до знаходження спільного рішення, яке максимально враховує інтереси всіх учасників. Таким чином, співробітництво є важливою спільною стратегією для обох груп, що сприяє конструктивному вирішенню конфліктів.

Показники компромісу також не виявили статистично значущих відмінностей (рівень значущості 0,206), але середнє значення компромісу серед лікарів (8,79) є дещо вищим, ніж у пацієнтів (7,67), що вказує на більшу готовність лікарів знаходити середні варіанти у конфліктних ситуаціях. Сила ефекту 0,276 свідчить про слабкий вплив цього фактора. Така тенденція може бути обумовлена професійною підготовкою лікарів, яка часто орієнтована на пошук балансу між медичними стандартами та потребами пацієнтів.

У випадку стратегії відходу від конфлікту також не було виявлено значущих відмінностей (рівень значущості 0,236), але середнє значення у лікарів (6,43) дещо вище, ніж у пацієнтів (5,4). Сила ефекту 0,257 вказує на слабкий вплив цієї різниці. Це свідчить про те, що лікарі частіше можуть обирати тактику уникнення конфлікту, особливо якщо вважають, що напруження можна вирішити без ескалації або прямих суперечок. Пацієнти, з іншого боку, менш схильні уникати конфлікту, що може вказувати на їхню більшу готовність до обговорення та спроби відстояти свої інтереси.

Показник пристосування не продемонстрував статистично значущих відмінностей (рівень значущості 0,911, сила ефекту 0,028), що свідчить про однаковий рівень пристосування у обох груп. Середнє значення пристосування у пацієнтів становить 5,67, а у лікарів — 5,64, що вказує на подібний рівень готовності обох сторін поступатися в конфліктних ситуаціях для збереження позитивної взаємодії. Це може свідчити про прагнення підтримувати мирні відносини та готовність поступитися заради уникнення ескалації.

Результати свідчать про те, що як лікарі, так і пацієнти використовують подібні стратегії співробітництва, компромісу та пристосування для вирішення конфліктів. Відмінності переважно спостерігаються у рівні конкуренції, де пацієнти виявляють більшу схильність до відстоювання

власної позиції, тоді як лікарі надають перевагу більш поміркованим підходам.

Було проведено аналіз впливу типу характеру на вибір стратегії вирішення конфліктів серед лікарів та пацієнтів, який показав цікаві залежності між особливостями характеру та схильністю до певних моделей поведінки у конфліктних ситуаціях. Використання дисперсійного аналізу (ANOVA) дало можливість визначити статистично значущі відмінності між групами за різними стратегіями вирішення конфліктів.

Таблиця 3.5.2.

Стратегії вирішення конфліктів залежно від провідного типу темпераменту (ANOVA)

Шкали	p-значущість	Середнє в групі меланхоліки	Середнє в групі флегматики	Середнє в групі сангвініки	Середнє в групі холеріки
Конкуренція	0,683	2,92	2,2	3	4
Співробітництво	0,380	6,5	5,6	6,14	5,2
Компроміс	0,009*	7,67	10	7,86	8,2
Відхід від конфлікту	0,122	6,08	5,4	7,29	4
Пристосування	0,084	5,83	6	4,14	7

Згідно з отриманими даними, значущі відмінності за показниками вибору стратегії компромісу залежно від типу характеру виявилися найбільш помітними. Значення p-значущості для цієї стратегії склало 0,009, що вказує на значущість різниць у середніх показниках. Флегматики мають найвищий середній показник компромісу (10), що свідчить про їхню схильність знаходити спільне рішення в конфліктних ситуаціях. Це узгоджується з особистісними характеристиками флегматиків, які зазвичай проявляють спокій, терпимість і готовність досягти компромісу. У сангвініків, для яких середнє значення компромісу склало 7,86, та холериків (8,2) спостерігається помірна схильність до цієї стратегії, що свідчить про їхню здатність до взаємних поступок, однак меншою мірою, ніж у флегматиків. Меланхоліки, хоча і мають високий середній показник (7,67), все ж частіше обирають інші

стратегії, що може вказувати на їхню невпевненість або емоційну вразливість у конфліктних ситуаціях.

Щодо стратегії співробітництва, значущих відмінностей між групами виявлено не було (p -значущість 0,380), але найвищі середні показники мають меланхоліки (6,5) та сангвініки (6,14). Це свідчить про їхню готовність до активної взаємодії з іншою стороною для досягнення спільного рішення, яке максимально враховує потреби обох сторін. Меланхоліки, незважаючи на їхню емоційну чутливість, прагнуть уникати конфліктів через конструктивний діалог, тоді як сангвініки, відомі своєю соціальністю та оптимізмом, проявляють гнучкість і відкритість до співробітництва. Флегматики, з середнім показником 5,6, також демонструють помірну схильність до співробітництва, тоді як холерики (5,2) найменше обирають цю стратегію, що може свідчити про їхню більшу схильність до конфліктної поведінки.

Стратегія конкуренції не виявила статистично значущих відмінностей між групами (p -значущість 0,683), але показники середніх значень вказують на певні тенденції. Холерики мають найвищий показник конкуренції (4), що відповідає їхнім характеристикам активного відстоювання своїх інтересів та імпульсивності. Цей показник значно перевищує середні значення у флегматиків (2,2) та меланхоліків (2,92), що може бути пов'язано з прагненням останніх уникати ескалації конфлікту. Сангвініки мають середнє значення конкуренції на рівні 3, що свідчить про їхню помірну схильність до цієї стратегії, зумовлену їхньою соціальною гнучкістю та здатністю до адаптації у різних ситуаціях.

Стратегія відходу від конфлікту також не продемонструвала значущих відмінностей (p -значущість 0,122), однак середні значення вказують на найвищий рівень серед сангвініків (7,29), що є цікавим результатом, оскільки сангвініки зазвичай відзначаються комунікабельністю. Можливо, вони схильні уникати відкритого конфлікту у випадках, коли це не має суттєвого впливу на їхні інтереси або емоційний комфорт. Меланхоліки (6,08) також виявляють помірну схильність до відходу від конфлікту, що узгоджується з їхньою емоційною чутливістю та потребою уникати напружених ситуацій.

Флегматики, із середнім значенням 5,4, менш схильні уникати конфліктів, ймовірно, через їхню стійкість до стресу, а холерики (4) найменш схильні до уникнення конфліктів, що відповідає їхньому активному темпераменту.

Щодо стратегії пристосування, значущих відмінностей між групами не виявлено (p -значущість 0,084), однак найбільшу схильність до неї демонструють холерики (7), що є дещо неочікуваним, адже цей тип характеру зазвичай асоціюється з наполегливістю. Це може вказувати на те, що в певних умовах холерики готові поступитися заради досягнення своїх цілей або збереження важливих відносин. Флегматики (6) та меланхоліки (5,83) також виявляють помірну схильність до пристосування, що узгоджується з їхньою стійкістю та прагненням уникати конфліктів. Найменшу схильність до пристосування мають сангвініки (4,14), що може вказувати на їхнє прагнення до рівноправного співробітництва і досягнення взаємовигідних рішень.

Тип характеру значно впливає на вибір стратегії компромісу, тоді як інші стратегії не демонструють статистично значущих відмінностей, хоча все ж виявляють певні тенденції. Флегматики найбільш схильні до компромісу, що відповідає їхній схильності до спокою і злагоди. Холерики частіше обирають конкуренцію і пристосування, що може бути зумовлено їхньою схильністю до активної взаємодії та наполегливості, тоді як меланхоліки і сангвініки більше орієнтовані на співробітництво і компроміс.

3.6 Аналіз впливу психологічних чинників на способи вирішення конфліктних ситуацій між лікарями та пацієнтами

Було проведено кореляційний аналіз зв'язку між рисами характеру та типами поведінки у конфліктних ситуаціях серед пацієнтів та лікарів, що дозволило виявити цікаві взаємозалежності.

Таблиця 3.6.1.

Кореляційний аналіз зв'язку рис характеру з типами поведінки у конфлікті серед пацієнтів

Шкали	Екстраверсія	Невротизм
Конкуренція	0,410*	0,194
Співробітництво	-0,536*	0,162
Компромiс	-0,049	-0,221
Відхід від конфлікту	-0,098	-0,418*
Прийомування	0,040	0,124

Результати дослідження свідчать про те, що екстраверсія серед пацієнтів позитивно корелює зі стратегією конкуренції (0,410), що є статистично значущим результатом. Це може вказувати на те, що екстравертивні пацієнти частіше обирають активнішу, більш наполегливу поведінку у конфлікті, прагнучи відстоювати свою позицію або задовольняти власні потреби, що, ймовірно, пов'язано з їхньою соціальною активністю та впевненістю у собі. Також для пацієнтів було виявлено значущу негативну кореляцію між екстраверсією і співробітництвом (-0,536), що може свідчити про те, що екстраверти менше схильні до відкритого співробітництва в конфліктних ситуаціях, віддаючи перевагу більш індивідуалістичним підходам.

Щодо невротизму серед пацієнтів, було виявлено значущу негативну кореляцію зі стратегією відходу від конфлікту (-0,418). Це вказує на те, що пацієнти з високим рівнем невротизму менш схильні уникати конфліктних ситуацій, можливо, через підвищену емоційну чутливість і прагнення вирішувати ситуації, які викликають у них тривогу чи дискомфорт. Водночас для пацієнтів не було виявлено статистично значущих зв'язків між невротизмом і іншими стратегіями, такими як конкуренція, співробітництво,

компроміс та пристосування. Це може свідчити про те, що емоційна нестабільність більше впливає на схильність уникати конфліктів, але меншою мірою впливає на активні стратегії вирішення конфліктних ситуацій.

Таблиця 3.6.2.

Кореляційний аналіз зв'язку рис характеру з типами поведінки у конфлікті серед лікарів

Шкали	Екстраверсія	Невротизм
Конкуренція	0,069	-0,265
Співробітництво	0,189	0,043
Компроміс	0,135	-0,372*
Відхід від конфлікту	0,121	0,231
Пристосування	-0,701*	0,156

Аналіз кореляційних зв'язків серед лікарів також демонструє цікаві залежності. Для екстраверсії серед лікарів не було виявлено значущих зв'язків з більшістю стратегій, за винятком негативної кореляції з пристосуванням (-0,701), що є статистично значущим результатом. Це свідчить про те, що екстравертивні лікарі рідше обирають пристосування як стратегію вирішення конфліктів, ймовірно, через їхню схильність до активної взаємодії з пацієнтами та уникнення пасивних рішень у ситуаціях напруги. Екстравертні лікарі, ймовірно, надають перевагу відкритій комунікації, яка передбачає рівноправне обговорення та вирішення питань, замість того, щоб просто погоджуватися з пацієнтами заради уникнення конфлікту.

Невротизм серед лікарів, навпаки, демонструє негативний кореляційний зв'язок зі стратегією компромісу (-0,372), що свідчить про те, що лікарі з вищим рівнем емоційної нестабільності рідше обирають компроміс як спосіб вирішення конфліктів. Це може бути зумовлено тим, що такі лікарі, можливо, менш схильні до поступок або обговорення, коли відчують емоційне напруження або нестабільність. Водночас цей показник вказує на потенційну схильність лікарів із високим невротизмом до менше гнучких стратегій у вирішенні конфліктів, оскільки компроміс часто потребує здатності стримувати власні емоції та враховувати інтереси іншої сторони.

Риси характеру, зокрема екстраверсія та невротизм, можуть значно впливати на вибір стратегій вирішення конфліктів серед пацієнтів і лікарів. Екстравертні пацієнти мають більшу схильність до активних стратегій, таких як конкуренція, тоді як пацієнти з високим невротизмом менш схильні уникати конфліктів. У лікарів, екстраверсія виявляється у меншій схильності до пасивних стратегій, таких як пристосування, тоді як високий невротизм знижує готовність до компромісів.

Було проведено кореляційний аналіз зв'язку між оцінкою конфліктів і стратегіями поведінки серед представників меланхолічного типу характеру, що дозволило виявити важливі взаємозалежності між ставленням до конфліктів та вибором стратегій їх вирішення. Отримані дані показали, що меланхоліки демонструють різноманітні реакції, залежно від їхніх переконань і впливу конфліктів на їхнє емоційне та соціальне благополуччя.

Однією з основних залежностей є позитивна кореляція між переконанням, що конфлікти з лікарями є рідкісними, і стратегією співробітництва (0,347). Це свідчить про те, що меланхоліки, які рідко стикаються з конфліктами, частіше обирають співробітництво як метод вирішення, що відповідає їхній схильності до уникнення конфронтацій і досягнення взаєморозуміння. Однак цей показник також негативно корелює зі стратегією відходу від конфлікту (-0,315), що вказує на меншу готовність уникати конфліктів серед тих, хто вважає їх рідкісними, і на більшу ймовірність активного включення у вирішення ситуацій через співпрацю.

Цікаво, що здатність меланхоліків справлятися з емоційними вибухами лікарів позитивно корелює зі стратегією пристосування (0,652), що свідчить про їхню готовність йти на поступки або підлаштовуватися під ситуацію, аби уникнути ескалації конфлікту. У той же час ця здатність має значну негативну кореляцію зі стратегією конкуренції (-0,545), що підтверджує схильність меланхоліків уникати прямих конфронтацій, особливо у випадках, коли емоції загострюються. Також було виявлено, що переконання у впливі конфліктів на емоційне благополуччя позитивно корелює зі стратегією конкуренції (0,427), що може вказувати на те, що меланхоліки, які

сприймають конфлікти як емоційно важкі ситуації, можуть інколи обирати активну поведінку у спробах швидше вирішити питання.

Дослідження показало, що меланхоліки, які вважають свою реакцію на конфлікти адекватною, частіше обирають стратегію відходу від конфлікту (0,637), що узгоджується з їхньою емоційною вразливістю і прагненням уникати стресових ситуацій. Цей же показник негативно корелює зі стратегією пристосування (-0,528), що свідчить про те, що ті меланхоліки, які впевнені у своїй реакції, менш схильні до поступок і більше схильні просто уникати конфліктів, якщо це можливо. Це може вказувати на спроби уникнути емоційного напруження через вихід із конфліктної ситуації, замість того щоб вирішувати її шляхом адаптації чи компромісу.

Переконання, що конфлікти не впливають на загальну якість медичного обслуговування, позитивно корелює з вибором стратегії співробітництва (0,377) і негативно — зі стратегією компромісу (-0,528). Це свідчить про те, що меланхоліки, які не вважають конфлікти критичними для якості медичних послуг, готові до співробітництва з лікарями, але менш схильні до компромісу. Такий підхід може бути зумовлений їхнім бажанням вирішувати питання через відкритий діалог, але не поступатися, якщо питання не здається їм критичним для результату обслуговування. У тих випадках, коли меланхоліки вважають критику толерантною, простежується позитивна кореляція з відходом від конфлікту (0,426) і компромісом (0,342), що вказує на їхню готовність до різних підходів у залежності від ситуації, але з тенденцією уникати прямої конфронтації або йти на компроміс.

Ці результати підкреслюють особливості поведінки меланхоліків, які демонструють певну обережність та емоційну вразливість у конфліктних ситуаціях. Їхній вибір стратегії часто залежить від емоційного впливу конфліктів і впевненості в адекватності власної реакції. Меланхоліки схильні до співробітництва, але уникають конкуренції, надаючи перевагу компромісам або відходу від конфліктів, якщо ситуація дозволяє їм уникнути емоційного дискомфорту.

Було проведено кореляційний аналіз зв'язку між оцінкою конфліктів і стратегіями поведінки у конфліктних ситуаціях серед представників

сангвінічного типу, що виявив значні взаємозалежності між психологічними факторами і вибором стратегій вирішення конфліктів.

Зокрема, аналіз показав, що сангвініки, які вважають конфлікти з лікарями рідкісними, демонструють помітно негативну кореляцію зі стратегією конкуренції (-0,741), що свідчить про їхню схильність уникати конфронтацій у ситуаціях, які вони не сприймають як потенційно конфліктні. Водночас ця впевненість позитивно корелює зі стратегіями компромісу (0,560) і відходу від конфлікту (0,771), що вказує на бажання сангвініків досягати взаєморозуміння та уникати прямих суперечок, особливо у ситуаціях, які вони вважають незначними. Негативна кореляція із пристосуванням (-0,361) додатково підкреслює, що сангвініки, впевнені у рідкості конфліктів, рідше йдуть на поступки заради збереження мирних відносин.

Аналіз здатності сангвініків справлятися з емоційними вибухами лікарів показав негативний кореляційний зв'язок зі стратегіями конкуренції (-0,558) і пристосування (-0,761), що свідчить про схильність до більш спокійного підходу, уникання агресивних реакцій та небажання поступатися без крайньої необхідності. Натомість цей показник позитивно корелює зі стратегіями компромісу (0,533) та відходу від конфлікту (0,633), що підкреслює прагнення сангвініків вирішувати конфлікти конструктивно, не вдаючись до надмірного емоційного тиску або поступок. Схожі тенденції виявлено і в переконанні сангвініків, що конфлікти не впливають на їхні відносини з лікарями. Позитивні кореляції зі співробітництвом (0,324), компромісом (0,449) і відходом від конфлікту (0,870) підкреслюють готовність уникати напружених ситуацій і зберігати продуктивну взаємодію, тоді як негативний зв'язок із конкуренцією (-0,771) вказує на схильність уникати прямих конфронтацій.

Цікаво, що переконання сангвініків у адекватності своєї реакції на конфлікти корелює з компромісом (0,472) і відходом від конфлікту (0,373), що свідчить про їхню впевненість у здатності знайти середній шлях і уникнути загострення суперечок. Однак негативний зв'язок із пристосуванням (-0,476) може вказувати на меншу готовність до поступок з

їхнього боку, особливо якщо вони вважають свою реакцію обґрунтованою. Сангвініки, які не відчують впливу конфліктів на емоційне благополуччя, показали дещо несподіваний позитивний зв'язок із конкуренцією (0,304), що може свідчити про їхню готовність до прямої конфронтації у випадках, коли конфлікт сприймається як незначний або не впливає на загальний емоційний стан. Натомість негативна кореляція з пристосуванням (-0,578) вказує на небажання поступатися заради уникнення стресу, якщо це не є необхідним.

Аналіз також показав, що сангвініки, які впевнені у достатній кількості інструментів для вирішення конфліктів, більш схильні до конкуренції (0,367), але менш схильні до компромісу (-0,364) і відходу від конфлікту (-0,564), що може вказувати на більшу впевненість у власних силах і здатність вести конструктивний діалог, не поступаючись власними позиціями. Їхні комунікаційні навички також позитивно корелюють зі співробітництвом (0,416) і відходом від конфлікту (0,596), що демонструє їхню здатність ефективно уникати конфліктів через конструктивний діалог. Однак одночасна негативна кореляція з конкуренцією (-0,612) та пристосуванням (-0,612) вказує на те, що сангвініки намагаються уникати як надмірної конфронтації, так і поступок, якщо цього можна уникнути завдяки комунікаційним навичкам.

Зрештою, ставлення сангвініків до критики також виявилось значущим у контексті вибору стратегій. Ті, хто толерантно ставиться до критики, демонструють значну позитивну кореляцію з компромісом (0,844) і відходом від конфлікту (0,900), що вказує на їхню готовність до конструктивних рішень і уникнення конфронтацій. Водночас значна негативна кореляція з конкуренцією (-0,710) та пристосуванням (-0,659) підкреслює, що толерантні сангвініки прагнуть зберігати баланс і не вдаються до конфліктів або поступок, якщо можна досягти взаємної згоди.

Загалом, результати свідчать, що сангвініки схильні уникати конфліктів і обирають конструктивні стратегії, такі як компроміс та співробітництво, якщо конфлікти не сприймаються як значні. Вони віддають перевагу уникненню гострих суперечок і часто покладаються на комунікаційні навички, щоб уникнути ескалації.

Було проведено кореляційний аналіз, спрямований на дослідження зв'язків між оцінками конфліктів і стратегіями поведінки у представників холеричного типу характеру, що виявило значну залежність між емоційною стабільністю, ставленням до конфліктів та вибором стратегії їх вирішення. Результати свідчать, що холерики, для яких характерні імпульсивність та емоційна напруженість, мають схильність до специфічного реагування на конфлікти.

Зокрема, для холериків, які вважають конфлікти з лікарями рідкісними, простежується значний позитивний зв'язок зі стратегією відходу від конфлікту (0,541). Це може вказувати на те, що холерики, які не часто стикаються з конфліктами, схильні обирати відхід як спосіб уникнення ескалації, особливо якщо конфлікт сприймається ними як випадковий або незначний. Негативна кореляція зі співробітництвом (-0,316) вказує на те, що такі холерики рідше готові залучатися до активної взаємодії з метою досягнення спільного рішення, вважаючи за краще уникати напруги.

Цікаво, що здатність холериків справлятися з емоційними вибухами лікарів показує позитивну кореляцію з конкуренцією (0,368), що підтверджує їхню готовність до активного захисту власної позиції під час конфліктів. Водночас ця здатність демонструє негативну кореляцію зі співробітництвом (-0,667) і компромісом (-0,368), що свідчить про їхню схильність уникати поступок чи співробітництва у ситуаціях емоційного напруження. Також відзначається значний позитивний зв'язок з відходом від конфлікту (0,763), що може вказувати на готовність холериків уникати конфронтацій, коли це емоційно виправдано, та негативна кореляція з пристосуванням (-0,631), що підкреслює їхню неготовність поступатися або змінювати свою позицію.

Відчуття здатності знаходити спільну мову з лікарями має сильний позитивний зв'язок з конкуренцією (0,803), що може вказувати на те, що холерики, навіть перебуваючи у згоді з лікарями, часто схильні відстоювати власні інтереси в діалозі. Натомість негативні кореляції зі співробітництвом (-0,671) і компромісом (-0,803) свідчать про те, що вони менш схильні до обговорення або поступок, навіть якщо ситуація виглядає безконфліктною. Це підтверджує їхню схильність до активної позиції та відстоювання власної

думки, часто на шкоду співробітництву. Водночас позитивний зв'язок між здатністю підтримувати відносини з лікарями та відходом від конфлікту (0,740) може свідчити про те, що холерики готові уникати прямих конфліктів, аби зберегти взаємини з медичним персоналом.

Також відзначається, що адекватна реакція на конфлікти позитивно корелює з конкуренцією (0,344), що підтверджує тенденцію холериків до активного відстоювання своїх позицій, навіть якщо вони впевнені у своїй правоті. Негативний зв'язок зі співробітництвом (-0,447) та компромісом (-0,344) свідчить про те, що впевненість у власній адекватності знижує їхню готовність до співпраці та поступок, підкреслюючи їхню рішучість і схильність до домінування. Аналіз також показав, що холерики, які не вважають конфлікти серйозним емоційним навантаженням, демонструють позитивний зв'язок з конкуренцією (0,368) і негативний з пристосуванням (-0,631), що підкреслює їхнє прагнення відстоювати власні позиції без схильності до поступок.

Впевненість холериків у наявності достатніх інструментів для вирішення конфліктів також позитивно корелює з конкуренцією (0,688) та відходом від конфлікту (0,574), що підкреслює їхню готовність активно відстоювати свої позиції або уникати конфронтації залежно від ситуації. Водночас негативна кореляція зі співробітництвом (-0,894) і компромісом (-0,688) вказує на меншу схильність до досягнення обопільно вигідних рішень і співпраці, особливо у випадках, коли вони відчують впевненість у своїх можливостях. Це також підтверджується високим рівнем зв'язку між впевненістю у своїх комунікаційних навичках та конкуренцією (0,344), що свідчить про те, що холерики прагнуть до домінування в комунікації, замість того, щоб поступатися.

Ставлення до критики серед холериків показує сильний позитивний зв'язок із конкуренцією (0,344) та відходом від конфлікту (0,900), що свідчить про їхню здатність як активно протистояти, так і уникати ситуацій, які сприймаються як критичні. Негативний зв'язок із пристосуванням (-0,659) підкреслює, що холерики рідко схильні до поступок заради зниження напруження, обираючи прямий конфлікт або відхід від нього.

Загалом, результати дослідження демонструють, що холерики, хоча і схильні до активного відстоювання своїх інтересів через конкуренцію, мають певну гнучкість у виборі стратегії залежно від ситуації. Вони здебільшого уникають співробітництва та компромісів, однак можуть обирати відхід від конфлікту як засіб збереження стосунків. Ці результати підкреслюють схильність холериків до домінантної поведінки в конфліктних ситуаціях і небажання йти на поступки, що може ускладнювати конструктивне вирішення конфліктів у взаємодії з медичним персоналом.

Було досліджено зв'язок психологічних чинників із стратегічними моделями поведінки пацієнтів під час конфліктів з лікарями. Аналіз даних, проведений за допомогою регресійного аналізу, дозволив виявити суттєві взаємозв'язки між окремими характеристиками пацієнтів та обраними стратегіями вирішення конфліктів (див. табл. 3.6.3.).

Таблиця 3.6.3.

Регресійні моделі формування стратегій поведінки під час конфліктів серед пацієнтів

Шкали	R	R-квадрат	p-значущість
Конкуренція	0,987	0,975	0,001*
Співробітництво	0,818	0,669	0,001*
Компроміс	0,845	0,713	0,868
Відхід від конфлікту	0,714	0,509	0,983
Пристосування	0,768	0,589	0,958

Результати табл. 3.6.3 показали, що модель «Конкуренція» мала найвищий показник впливу ($R=0,987$) та пояснювала 97,5% варіативності поведінки ($R\text{-квадрат}=0,975$), з високим рівнем статистичної значущості ($p=0,001$). Це свідчить про сильну залежність вибору цієї стратегії від визначених чинників. Стратегії «Співробітництво» та «Компроміс» також демонстрували значущі результати, із $R=0,818$ та $R=0,845$ відповідно, хоча рівень пояснення варіативності був нижчим (66,9% та 71,3%). Проте, інші стратегії, такі як «Відхід від конфлікту» та «Пристосування», не продемонстрували статистично значущих зв'язків ($p > 0,05$), що може

свідчити про недостатність пояснювальних факторів або незначний вплив їх на ці моделі поведінки

Таблиця 3.6.4

Коефіцієнти регресії чинників формування «Конкреції» серед пацієнтів

Шкали	Коефіцієнт регресії	р значущість
Константа	-31,39	0,001*
Невротизм	1,7	0,001*
Екстраверсія	-0,79	0,003*
2. Я легко справляюся з емоційними вибухами лікарів	-0,98	0,019*
4. Я відчуваю, що конфлікти не впливають на мої відносини лікарями	1,47	0,009*
5. Я відчуваю, що моя реакція на конфлікти є адекватною	1,28	0,005*
6. Я вважаю, що конфлікти з лікарями не впливають на моє емоційне благополуччя	-0,95	0,013*
7. Я відчуваю, що маю достатньо інструментів для вирішення конфліктів	3,56	0,001*
8. Я відчуваю, що мої комунікаційні навички допомагають мені уникати конфліктів	4,85	0,001*
9. Я вважаю, що конфлікти з лікарями не впливають на загальну якість медичного обслуговування	4,23	0,001*
10. Я відчуваю, що моє ставлення до критики з боку лікарів є толерантним	-0,93	0,009*

Детальний аналіз чинників формування стратегії «Конкуренція», наведений у табл. 3.6.4., дозволив виділити ключові змінні, що визначають її вибір серед пацієнтів. Було встановлено, що екстраверсія пацієнтів мала негативний вплив (коефіцієнт регресії = -0,79, $p=0,003$), що свідчить про меншу схильність екстравертів до конкурентної моделі поведінки. Серед поведінкових характеристик значущими були впевненість у своїх емоційних реакціях і здатності контролювати емоційні вибухи лікарів (коефіцієнти регресії = -0,98 і -0,95, $p < 0,05$). Ці результати вказують на те, що впевненість у власній емоційній стабільності знижує ймовірність застосування стратегії конкуренції. Водночас, позитивний вплив на цю модель мали такі чинники, як відчуття достатності комунікаційних навичок (коефіцієнт регресії = 4,85,

$p=0,001$) та інструментів вирішення конфліктів (коефіцієнт регресії = 3,56, $p=0,001$). Також значущими виявилися переконання, що конфлікти не впливають на загальну якість медичних послуг (коефіцієнт регресії = 4,23, $p=0,001$), що підкреслює вплив суб'єктивного сприйняття якості обслуговування на вибір активної стратегії.

Таблиця 3.6.5.

Коефіцієнти регресії чинників формування «Співробітництво» серед пацієнтів

Шкали	Коефіцієнт регресії	Р значущість
Константа	21,07	0,001*
4. Я відчуваю, що конфлікти не впливають на мої відносини лікарями	-1,27	0,025*
5. Я відчуваю, що моя реакція на конфлікти є адекватною	-0,97	0,020*
7. Я відчуваю, що маю достатньо інструментів для вирішення конфліктів	-1,02	0,018*
9. Я вважаю, що конфлікти з лікарями не впливають на загальну якість медичного обслуговування	-1,09	0,008*

У дослідженні стратегії «Співробітництво» (див. табл. 3.6.5.) було встановлено, що ключовими факторами, які знижують схильність до співробітницької моделі, є впевненість у власній адекватності у конфліктах та відсутність впливу конфліктів на якість обслуговування (коефіцієнти регресії = -0,97 і -1,09 відповідно, $p < 0,05$). Крім того, негативний вплив мали такі чинники, як достатність інструментів для вирішення конфліктів та переконання, що конфлікти не впливають на стосунки з лікарями. Ці результати свідчать, що пацієнти, які відчувають достатню впевненість у своїх можливостях та позитивно оцінюють вплив конфліктів на їхні стосунки та якість медичних послуг, менш схильні обирати стратегію співробітництва.

Результати аналізу показують, що різні психологічні чинники впливають на вибір стратегій поведінки в конфліктах серед пацієнтів. Для стратегії «Конкуренція» ключовими є впевненість у своїх комунікативних навичках та достатність інструментів для вирішення конфліктів, які сприяють активному використанню цієї моделі поведінки. Водночас, екстраверсія та

здатність контролювати емоції мають негативний вплив, знижуючи схильність до конкуренції.

Стратегія «Співробітництво» залежить від таких чинників, як адекватна реакція на конфлікти, сприйняття їхнього впливу на відносини з лікарями та загальну якість обслуговування. Якщо пацієнти переконані, що конфлікти не завдають шкоди їхньому емоційному благополуччю чи взаємодії з лікарями, це знижує ймовірність використання співробітницької моделі. Також зменшує схильність до співробітництва впевненість у наявності достатніх ресурсів для вирішення конфліктів.

Загалом, вибір стратегій поведінки в конфліктах значною мірою залежить від сприйняття пацієнтами своїх комунікативних можливостей, здатності контролювати емоції та оцінки впливу конфліктів на їхній досвід взаємодії з лікарями.

Було досліджено психологічні чинники, що впливають на вибір стратегій поведінки лікарів у конфліктних ситуаціях. Результати регресійного аналізу виявили різну ступінь зв'язку між чинниками та стратегіями, що обираються лікарями, а також показали рівень значущості кожного з них (див. табл. 3.6.6).

Таблиця 3.6.6

Регресійні моделі формування стратегій поведінки під час конфліктів серед лікарів

Шкали	R	R-квадрат	p-значущість
Конкуренція	0,899	0,809	0,882
Співробітництво	0,827	0,684	0,964
Компроміс	0,983	0,966	0,013*
Відхід від конфлікту	0,879	0,773	0,018*
Пристосування	0,001	0,983	0,001*

У табл. 3.6.6 наведені регресійні моделі для стратегій поведінки лікарів. Найвищий рівень пояснення варіативності продемонструвала стратегія «Компроміс» із R-квадратом 0,966 і p-значенням 0,013, що свідчить про високу пояснювальну здатність моделі. Стратегія «Відхід від конфлікту»

також була статистично значущою ($p=0,018$), тоді як інші стратегії, такі як «Конкуренція» та «Співробітництво», не мали значущих p -значень. Стратегія «Пристосування» показала цікавий результат із p -значенням 0,001, що вказує на значущість моделі, хоча й демонструє мінімальний коефіцієнт кореляції R .

Таблиця 3.6.7

Коефіцієнти регресії чинників формування «Компромісу» серед лікарів

Шкали	Коефіцієнт регресії	p значущість
Константа	15,32	0,001*
Екстраверсія	-130	0,004*
Невротизм	-0,63	0,003*
1. Я вважаю, що конфлікти з лікарями є рідкісними	5,38	0,003*
2. Я легко справляюся з емоційними вибухами лікарів	-3,69	0,003*
4. Я відчуваю, що конфлікти не впливають на мої відносини лікарями	-3,83	0,003*
5. Я відчуваю, що моя реакція на конфлікти є адекватною	8,38	0,004*
6. Я вважаю, що конфлікти з лікарями не впливають на моє емоційне благополуччя	-0,52	0,018*
7. Я відчуваю, що маю достатньо інструментів для вирішення конфліктів	2,08	0,008*
10. Я відчуваю, що моє ставлення до критики з боку лікарів є толерантним	-5,01	0,006*

Аналіз чинників, що впливають на формування стратегії «Компроміс», показав значний вплив таких змінних, як екстраверсія та невротизм (див. табл. 3.6.7). Негативний коефіцієнт регресії екстраверсії (-130, $p=0,004$) вказує, що чим менш екстравертним є лікар, тим більше він схильний обирати компроміс. Також невротизм (-0,63, $p=0,003$) негативно корелює зі схильністю до компромісу, що свідчить про те, що більш емоційно стабільні лікарі легше домовляються у конфліктних ситуаціях. Значущими також виявилися поведінкові характеристики: лікарі, які вважають, що конфлікти є рідкісними (5,38, $p=0,003$), або відчувають адекватність своєї реакції на конфлікти (8,38, $p=0,004$), частіше обирають компроміс. Водночас негативний вплив мали такі фактори, як труднощі у справлянні з емоційними вибухами (-3,69, $p=0,003$) та переконання, що конфлікти не впливають на відносини з

іншими (-3,83, $p=0,003$), що свідчить про важливість суб'єктивного ставлення до конфліктних ситуацій.

Таблиця 3.6.8.

Коефіцієнти регресії чинників формування «Відхід від конфлікту» серед лікарів

Шкали	Коефіцієнт регресії	Р значущість
Константа	1,06	0,006*
Невротизм	0,17	0,039*
4. Я відчуваю, що конфлікти не впливають на мої відносини лікарями	1,19	0,012*
7. Я відчуваю, що маю достатньо інструментів для вирішення конфліктів	-2,08	0,028*
8. Я відчуваю, що мої комунікаційні навички допомагають мені уникати конфліктів	1,41	0,016*

Для стратегії «Відхід від конфлікту» було встановлено позитивний зв'язок із невротизмом (0,17, $p=0,039$), що вказує на те, що емоційно нестабільні лікарі частіше уникають конфліктів (див. табл. 3.6.8). Також значущими виявилися переконання лікарів у тому, що конфлікти не впливають на відносини (1,19, $p=0,012$), і їхнє відчуття впевненості у своїх комунікаційних навичках (1,41, $p=0,016$). Натомість достатність інструментів для вирішення конфліктів мала негативний вплив (-2,08, $p=0,028$), що свідчить про те, що лікарі, які володіють ефективними інструментами вирішення конфліктів, менше схильні уникати їх.

Таблиця 3.6.9.

Коефіцієнти регресії чинників формування «Пристосування» серед лікарів

Шкали	Коефіцієнт регресії	Р значущість
Константа	18,03	0,001*
Невротизм	0,08	0,018*
1. Я вважаю, що конфлікти з лікарями є рідкісними	-2,75	0,001*
2. Я легко справляюся з емоційними вибухами лікарів	2,97	0,001*
3. Я завжди знаходжу спільну мову з лікарями, навіть якщо ми не згодні	-1,27	0,002*

Таблиця 3.6.9.

Коефіцієнти регресії чинників формування «Пристосування» серед лікарів
(продовження)

4. Я відчуваю, що конфлікти не впливають на мої відносини лікарями	1,28	0,003*
5. Я відчуваю, що моя реакція на конфлікти є адекватною	-4,44	0,001*
7. Я відчуваю, що маю достатньо інструментів для вирішення конфліктів	-1,67	0,001*
10. Я відчуваю, що моє ставлення до критики з боку лікарів є толерантним	2,94	0,001*

Стратегія «Пристосування» характеризувалася складною динамікою впливу (див. табл. 3.6.9.). Позитивний вплив мали такі фактори, як невротизм (0,08, $p=0,018$) та толерантність до критики (2,94, $p=0,001$). Проте негативний вплив спостерігався у таких аспектах, як переконання, що конфлікти є рідкісними (-2,75, $p=0,001$), та достатність інструментів для вирішення конфліктів (-1,67, $p=0,001$). Крім того, лікарі, які вважають свою реакцію на конфлікти адекватною (-4,44, $p=0,001$), менше схильні пристосовуватись, що підкреслює роль впевненості у власній поведінці у конфліктах.

Результати показали, що стратегія «Компроміс» демонструє найвищу пояснювальну здатність моделі, зі значним рівнем кореляції та варіативності, яка пояснюється чинниками. Це свідчить про високий вплив досліджуваних змінних на схильність лікарів до цієї стратегії. Ключовими детермінантами «Компромісу» є такі особистісні риси, як низький рівень невротизму, негативний вплив екстраверсії, а також здатність адекватно реагувати на конфлікти. Лікарі, які відчувають, що конфлікти не мають значного впливу на емоційне благополуччя або професійні взаємини, частіше обирають цю стратегію. Водночас важливим чинником є впевненість у достатності інструментів для вирішення конфліктів, яка сприяє компромісній поведінці.

Стратегія «Відхід від конфлікту» виявила себе як залежна від рівня невротизму, що є її позитивним предиктором, та від оцінки комунікативних навичок лікарів. Ті, хто вважають свої навички ефективними для уникнення конфліктів, демонструють більшу схильність до цієї стратегії. Водночас, впевненість у наявності інструментів для вирішення конфліктів має

негативний вплив на вибір цієї моделі поведінки, що може свідчити про прагнення лікарів уникати емоційно складних ситуацій через дефіцит переконаності у їх вирішенні.

Стратегія «Пристосування» характеризується значною залежністю від низки факторів. Було встановлено, що високий рівень невротизму сприяє цій поведінці, як і толерантність до критики з боку пацієнтів. Проте, низька впевненість у власній реакції на конфлікти та у достатності інструментів для їх вирішення знижує ймовірність застосування пристосувальної стратегії. Важливими є також сприйняття конфліктів як рідкісного явища, що, у разі негативного ставлення до цього твердження, посилює пристосувальну поведінку.

Вибір стратегії поведінки лікарів у конфліктних ситуаціях є багатофакторним процесом, який значною мірою залежить від особистісних характеристик, таких як екстраверсія, невротизм, здатність адекватно реагувати на стресові ситуації, а також від суб'єктивного сприйняття професійних взаємин і наявних інструментів для розв'язання конфліктів. Ці результати дозволяють краще зрозуміти механізми вибору моделей поведінки лікарями та створити ефективні рекомендації для їхньої професійної підготовки та психологічної підтримки.

3.7 Рекомендації щодо профілактики конфліктів у медичній сфері

1.Профілактика конфліктів

Для лікарів:

Розвиток емоційної стійкості

Проведення щомісячно тренінги з управління стресом,використання дихальних технік (4-7-8 прийомів, діафрагмальне дихання),реалізація програми коротких релаксаційних перерв між робочими днями (5-7 хвилин).

Прогнозування реакцію пацієнта:

Проводити майстер-класи з моделювання сценаріїв поведінки пацієнтів з різними типами темпераменту,впровадження алгоритмів взаємодії з пацієнтами, схильними до тривожності та агресії.

Тренінг спілкування:

Під час кожної консультації використовувати техніку "активного слухання",щотижневий аналіз практичних випадків, коли пацієнти проявляють складну поведінку.

Для пацієнтів:

Зняття тривоги:

Підготовка пам'яток, про процес лікування і можливі наслідки, розміщення відеороликів про реалістичні сценарії одужання в прийомних медичних установ.

Врахування очікувань:

Перед кожним лікуванням пояснюйте: «Медицина не гарантує 100%-вий результат, але ми зробимо все можливе для вашого одужання»,Проводьте семінари для пацієнтів та їхніх родичів про роль співпраці в успішному лікуванні.

2. Вирішення спорів в момент їх виникнення

Для лікарів:

Стратегія співпраці:

Використання фрази типу «давайте спробуємо вирішити це разом», «дякую за вашу думку», створіть наочну схему, що пояснює причинно-наслідковий зв'язок в лікуванні (наприклад, чому був обраний саме цей метод).

Компроміс:

«Ми не можемо цього зробити зараз, але є ще один варіант, який варто розглянути».

Спад напруги:

Використовуйте "дзеркальний ефект": повторюйте слова пацієнта і переконайтеся, що ви його розумієте, робіть паузи в розмові, щоб пацієнт заспокоївся.

Для пацієнтів:

Замість звинувачень:

Роздати інформаційну брошуру: «як конструктивно висловити свою думку лікаря», практикувати навчальні відеоролики зі стратегій комунікації.

Пошук компромісу:

На кожному етапі лікування підкреслювати взаємозалежність: «Результат залежить від нашої спільної роботи».

3. Навчання та підтримка медичного персоналу

Сценарне моделювання:

Один раз на місяць організовувати симуляції конфліктних ситуацій із залученням професійних тренерів.

Психологічна підтримка:

Вести «годинник психолога» для лікарів 1 раз в тиждень і в певний час, створіть чат взаємодопомоги для лікарів, де ви зможете анонімно ділитися своїм досвідом.

4. Організаційні питання

Посередництво:

Введення статусу штатного посередника або запрошення зовнішнього фахівця для вирішення конфліктів.

Канали зворотного зв'язку:

QR-код в особистому кабінеті для швидкого доступу до форми відповіді, залучайте третіх осіб для аналізу скарг і їх швидкого вирішення.

Підхід, орієнтований на пацієнта:

Складіть карту очікувань пацієнта: «що ви хочете отримати від лікування?».

5. Довгострокова стратегія

Індивідуальні рекомендації:

Введення короткої анкети для визначення психологічного профілю пацієнта на першій консультації.

Освітня кампанія:

Проведення публічних лекцій та вебінарів для пацієнтів: «як уникнути стресу під час лікування», розмістити в приймальні інфографіку з типовим прикладом конструктивного діалогу між лікарем і пацієнтом.

Висновки до розділу 3.

У результаті емпіричного дослідження впливу психологічних чинників та стратегій вирішення конфліктних ситуацій між лікарем і пацієнтом було встановлено наступне:

1. Особливості ставлення до конфліктів серед пацієнтів і лікарів.

Пацієнти й лікарі мають різне сприйняття частоти та значення конфліктів. Пацієнти частіше відзначають вплив конфліктів на емоційний стан та якість обслуговування, тоді як лікарі частіше вважають конфлікти рідкісними, демонструючи вищу емоційну стійкість.

2. Психологічні характеристики.

Пацієнти мають вищі показники екстраверсії та невротизму, що вказує на схильність до емоційної нестабільності й соціальної активності, що може провокувати конфліктні ситуації. Лікарі демонструють меншу схильність до конфліктної поведінки через більшу емоційну стабільність, проте мають нижчий рівень екстраверсії.

3. Типи характеру та поведінкові стратегії.

Було виявлено, що домінуючими типами поведінки є компроміс та співробітництво, як у пацієнтів, так і в лікарів, що відображає загальне прагнення до конструктивного вирішення конфліктів. Проте холеричний темперамент серед пацієнтів часто супроводжується конкуренцією і сприяє активнішому відстоюванню власних позицій, що ускладнює пошук компромісу.

4. Кореляційні залежності.

Аналіз показав значущі зв'язки між екстраверсією, невротизмом і вибором поведінкових стратегій. Наприклад, пацієнти з високим рівнем екстраверсії частіше вдаються до конкуренції, тоді як невротизм у лікарів знижує схильність до компромісів. Це вказує на вплив психологічних рис на вибір стратегій вирішення конфліктів.

5. Стратегії поведінки в конфліктних ситуаціях.

Пацієнти частіше вибирають компроміс та уникнення конфлікту, тоді як лікарі демонструють більшу схильність до співробітництва та компромісу.

Рідкісні випадки використання конкурентної стратегії серед лікарів можуть свідчити про їхній професійний підхід до зниження напруження.

Результати дослідження показують, що психологічні чинники значно впливають на вибір стратегій вирішення конфліктів серед лікарів і пацієнтів. Встановлено, що емоційна стабільність, екстраверсія та тип характеру є важливими предикторами вибору стратегій поведінки в конфліктних ситуаціях. Це свідчить про необхідність врахування цих чинників для покращення взаємодії та зниження конфліктності в медичних установах.

6. Результати регресійного аналізу

Було досліджено зв'язок психологічних чинників із стратегічними моделями поведінки пацієнтів під час конфліктів з лікарями. Аналіз даних, проведений за допомогою регресійного аналізу, дозволив виявити суттєві взаємозв'язки між окремими характеристиками пацієнтів та обраними стратегіями вирішення конфліктів. Модель «Конкуренція» мала найвищий показник кореляції та пояснювала значну варіативність поведінки, з високим рівнем статистичної значущості. Це свідчить про сильну залежність вибору цієї стратегії від визначених чинників. Стратегії «Співробітництво» та «Компроміс» також демонстрували значущі результати, хоча рівень пояснення варіативності був нижчим. Інші стратегії, такі як «Відхід від конфлікту» та «Пристосування», не продемонстрували статистично значущих зв'язків, що може свідчити про недостатність пояснювальних факторів або незначний вплив їх на ці моделі поведінки.

Результати дослідження показують, що психологічні чинники значно впливають на вибір стратегій вирішення конфліктів серед лікарів і пацієнтів. Встановлено, що емоційна стабільність, екстраверсія та тип характеру є важливими предикторами вибору стратегій поведінки в конфліктних ситуаціях. Це свідчить про необхідність врахування цих чинників для покращення взаємодії та зниження конфліктності в медичних установах.

ВИСНОВКИ

В ході дослідження було виконано поставлені завдання, що дозволило отримати всебічне розуміння особливостей, стратегій вирішення конфліктів між лікарем і пацієнтом, а також ролі психологічних факторів.

1. Аналіз та узагальнення теоретико-методологічних підходів до поняття конфлікту і його причин.

У теоретичній частині роботи були враховані основні поняття конфлікту, їх структура і динаміка. Найбільш важливими з них є прогалини в комунікації, відмінності в підходах до діагностики та лікування, неузгодженість планів лікування, емоційні стани пацієнтів і лікарів, стереотипи і забобони. Бар'єри в спілкуванні особливо важливі, вони спричиняють непорозумінню і підривають довіру пацієнтів до медичних працівників.

2. Особисті характеристики лікарів і пацієнтів, які можуть спричинити виникнення конфліктів.

Дослідження дало розуміння, що особистісні характеристики пацієнтів і лікарів мають значущий вплив на схильність до конфліктів. Пацієнти, ЯКІ демонструють більш високий рівень екстраверсії і невротизму, підвищену емоційну реактивність, більш схильні до ініціювання конфліктних ситуацій. Навпаки, лікарі відрізняються більш високою емоційною стабільністю і меншою вірогідністю втягнення в конфлікт, але низька екстраверсія може ускладнити ефективне спілкування.

3. Психологічні відмінності у ставленні пацієнтів та лікарів до конфліктів.

Пацієнти частіше сприймають конфлікт як основний фактор, що впливає на їх емоційний стан і задоволеність медичним обслуговуванням. Лікарі схильні сприймати конфлікти як рідкісні та менш впливові, що свідчить про їх вищу емоційну стійкість та професійний підхід до вирішення складних ситуацій.

4. Порівняльний аналіз стратегій вирішення суперечок для лікарів та пацієнтів.

Порівняльний аналіз показує, що компроміс і співпраця є домінуючими стратегіями поведінки лікаря і пацієнта. Однак пацієнти набагато частіше використовують уникнення як стратегію захисту, а лікарі частіше використовують співпрацю, професійно зосереджуючись на вирішенні проблем. Стратегія суперництва більш характерна для пацієнтів, особливо з логічним складом характеру, і може ускладнити пошук конструктивного вирішення конфлікту.

Результати дослідження підтверджують, що психологічні чинники — риси особистості, емоційна стабільність, тип темпераменту — мають значний вплив на сприйняття конфлікту і вибір поведінкових стратегій. Це підкреслює важливість програм психологічного тренінгу для медичних працівників, спрямована на розвиток комунікативних навичок, навичок управління емоціями і конструктивного вирішення конфліктів, що, враховуючи психологічні особливості лікарів і пацієнтів, дозволяє значно підвищити якість медичного обслуговування і знизити рівень конфліктності в медичних установах

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

- 1 Олексюк-Нехамес, А. (2014). [Презентація]. Отримано з <https://www.slideshare.net/slideshow/ss-42535341/42535341>
- 2 Федік, І. В. (2017). *Психологічні аспекти медичної праці: навчальний посібник*. Київ: ДП «Вид. дім «Персонал».
- 3 Vente, T. (2021). A year without touch: A reflection on physician–patient interaction during COVID-19. *Pediatric Research*, 90, 1115–1116. <https://doi.org/10.1038/s41390-021-01390-0>
- 4 *Int. J. Environ. Res. Public Health*. (2020). 17(1), 139. <https://doi.org/10.3390/ijerph17010139>
- 5 Verlinde, E., De Laender, N., De Maesschalck, S., Deveugele, M., & Willems, S. (2012). The social gradient in doctor-patient communication. *International Journal for Equity in Health*.
- 6 Greer, L. L., Saygi, O., Aaldering, H., & de Dreu, C. K. W. (2012). Conflict in medical teams: Opportunity or danger? *Medical Education*, 46(10), 935-942. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2012.04321.x>
- 7 [Lindred L Greer](#) ¹, [Ozum Saygi](#), [Hillie Aaldering](#), [Carsten K W de Dreu](#)
- 8 *Postgraduate Medical Journal*, Volume 97, Issue 1144, February 2021, Pages 123–124, <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2020-139173>
- 9 [Conflict In Nursing: Types, Strategies, and Resolutions](#) Copyright Trusted Inc, 2024 21 березня 2024 р
- 10 Примуш, М. В. (2004). *Загальна соціологія: навчальний посібник*. Київ: Професіонал.
- 11 Assonov, D. (2021). Емоційне вигорання медичних працівників: моделі, фактори ризику та протективні фактори. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 6(2), e0602295. <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v6i2.295>
- 12 Асонов, Д., Асанова, А., & Хаустова, О. (н.д.). Типові складні ситуації у взаємодії лікар-пацієнт в залежності від особистісних особливостей і психічного стану реагування пацієнта. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця.13 Якість медичної

допомоги. Що це, чому важливо та як перевірити? [*Be — it Health & Social Impact*](#)

14 Боровик, І. О., Корильчук, Н. І., & Творко, В. М. (н.д.). Комунікація в медичній галузі: проблеми та підходи. *Організація охорони здоров'я*. <https://www.umj.com.ua/uk/publikatsia-243480-komunikatsiya-v-medichnij-galuzi-problemi-ta-pidhodi>

15 Організація охорони здоров'я. (н.д.). Цифровізація у медичній сфері: стратегічні цілі і найближчі плани. *UMJ*. <https://www.umj.com.ua/uk/novyna-190107-tsifrovizatsiya-u-medichnij-sferi-strategichni-tsili-i-najblizhchi-plani>

16 ВИЩА РАДА ЮРИСТІВ

УКРАЇНИ <https://ukrlawcouncil.org/registers/profesiya-likar/>

17 Xesfingi, S., Vozikis, A. Задоволеність пацієнтів системою охорони здоров'я: оцінка впливу соціально-економічних факторів і факторів надання медичної допомоги. *BMC Health Serv Res* 16 , 94 (2016). <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1327-4>

18 In-hospital stress and patient outcomes: A systematic review and meta-analysis Daniel M. Ford ,Luke Budworth,Rebecca Lawton,Elizabeth A. Teale,Daryl B. O'Connor,Published: March 9, 2023 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0282789>

19 *Postgraduate Medical Journal*, Volume 97, Issue 1144, February 2021, Pages 123–124, <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2020-139173>

20 Абдряхімова, Ц., Мухаровська, І., Клебан, К., Сапон, Д., & Калачов, О. (2020). Особливості комунікації у медичному середовищі (методичні рекомендації). *Психосоматична медицина та загальна практика*, 5(1), e04501212. <https://doi.org/10.26766/pmgp.v5i1.212>

21 Specialty Stereotypes held by Medical Students Harriet Hunter^{1*} School of Clinical Medicine, University of Cambridge, Cambridge, UK. Corresponding author: hattiehunter@doctors.org.uk DOI 10.7244/cmj.2018.11.002

<https://cambridgemedicine.org/doi/cmj.2018.11.002>

22Hospital communication challenges and impact on patient experience (YEL 2022)Authors: Dr Moustafa Abdelwahab (UAE) (Co-Chair);

- Searchmore Chaparadza (Zimbabwe) (Co-Chair); Dr Turki Asiri (Saudi Arabia); Dr Carmen Lam (Hong Kong). Reviewers (YEL Alumni): J. Antônio Cirino (Brazil), Sudha Pathak (UAE).* <https://ihf-fih.org/news-insights/hospital-communication-challenges-and-impact-on-patient-experience-yel-2022/>
- 23 <https://medplatforma.com.ua/article/622-rozvyazannya-konfliktv-mj-patsntom-ta-lkarem>
- 24 Судакова, В. М., & Наумова, М. Ю. (Ред.). (2017). *Нові медіа в сучасному суспільстві: культурологічний вимір: монографія*. Київ: Інститут культурології НАМ України.
- 25 Блинова, О. Є. (2013). Роль соціальних стереотипів у регуляції поведінки особистості. *Науковий вісник Миколаївського державного університету імені В. О. Сухомлинського. Серія «Психологічні науки», Т. 2(10), 37–42.*
- 26 https://nubip.edu.ua/sites/default/files/u166/sposobi_i_zasobi_efektivnoyi_komunikaciyi.pdf
- 27 Тележкіна, О. О., Лисенко, Н. О., Кушнір, О. О., Литвиненко, О. О., & Піддубна, Н. В. (2015). *Ділове спілкування: усна і писемна форми: навчальний посібник*. Харків: Смугаста типографія.
- 28 ТОКАРЄВА Ксенія Сергіївна - кандидат юридичних наук, доцент кафедри конституційного і адміністративного права, Національний авіаційний університет <https://orcid.org/0000-0001-5705-5211> DOI 10.32782/NP.2020.4.7
- 29 Приходько, В. Ю. (2018). Медіація як альтернативний метод вирішення конфліктів та її перспективи в Україні. *Young Scientist, 4(56), 171–174.* <http://molodyvcheny.in.ua/files/journal/2018/4/171.pdf>
- 30 Лисенко, О. М., & Кримова, Н. О. (2020). Комунікативна парадигма як основа практики регулювання конфліктів. *Habitus, 12(1), 63–68.* <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2020.12-1.9>
- 31 Koch, S. B. J., Tyborowska, A., Niemann, H. C. M., Cillessen, A. H. N., Roelofs, K., Vašnáková, J., Toni, I., & Stolk, A. (2023). Integrating

stereotypes and factual evidence in interpersonal communication. *bioRxiv*.

<https://doi.org/10.1101/2023.05.23.540979>

32 Fatahi, N. (2019). Misunderstandings in interpersonal and inter-professional communication and their impact on health outcomes and patient safety. *Fortune Journals*.

<https://www.fortunejournals.com/articles/misunderstandings-in-interpersonal-and-interprofessional-communication-and-their-impact-on-health-outcomes-and-patient-safety.html>

33 Абдряхімова, Ц., Мухаровська, І., Клебан, К., Сапон, Д., & Калачов, О. (2020). Особливості комунікації у медичному середовищі (методичні рекомендації). *Психосоматична медицина та загальна практика*, 5(1), e04501212. <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/212>

34 2. Агаркова А. О. Формування професійно-етичної культури майбутніх лікарів у вищих навчальних закладах : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.07. Київ, 2011. 22 с.

35. Агаркова А. О. Комунікативна компетентність у формуванні професійно-етичної культури майбутнього лікаря. Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського. Серія : Педагогіка і психологія. 2011. № 35. С. 166-168. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nzvdpu_pp_2011_35_38.

36 Кахно І. В. Діалогічність мовленнєвого спілкування у структурі взаємодії «лікар-пацієнт». Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки. 2011. Вип. 13. С. 143-148. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/apspp_2011_13_26.

37 Абдряхімова, Ц., Мухаровська, І., Клебан, К., Сапон, Д., & Калачов, О. (2020). Особливості комунікації у медичному середовищі (методичні рекомендації). *Психосоматична медицина та загальна практика*, 5(1), e04501212. <https://doi.org/10.26766/pmgr.v5i1.212>

Volume

38 Berger, P. L., Luckmann, T. *The Social Construction of Reality. A Treatise on sociology of Knowledge*. 1966.

- 39 Скуратовська, Т. (2023, 15 грудня). Інтрига міжкомандних відносин: 3 типи робочих конфліктів та як їх вирішувати. *Будні HR*. Отримано з <https://budni.robota.ua/hr/intriga-mizhkomandnih-vidnosin-3-tipi-robochih-konfliktiv-ta-yak-yih-virishuvati>
- 40 .В. Волошина, Л.В. Долинська, С.О. Ставицька, О.В. Темрук В14 Загальна психологія: Практикум: Навч. посібн. — К.: Каравела, 2005. - 280 с.
- 41 Козер Л.А (1956) «*Функції соціального конфлікту*»
- 42 Столяренко Л. Д., Самигін С. І., Столяренко В. Е.: Психологія і педагогіка
- 43 Патвардхан А, Спенсер Ч. Чи є опитування пацієнтів цінними як інструмент покращення послуг у сфері охорони здоров'я? Огляд. *J Healthc Leadersh.* 2012;4:33-46.
- 44 Муммалані В., Гопалакрішна П. Медіатори проти модераторів задоволеності пацієнтів. *Ж Знак охорони здоров'я.* 1995;15(4):16–22
- 45 Health Consumer Powerhouse. Звіти Euro Health Consumer Index за 2007,2008,2009,2012 роки. http://www.healthpowerhouse.com/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=36&Itemid=55
- 46 Kringos DS, Voerma WGW, Van der Zee J, Groenewegen PP. Політичні, культурні та економічні основи первинної медичної допомоги в Європі. *Soc Sci Med.* 2013;99(C):9–17.
- 47 Коцян П. Детермінанти задоволеності системою охорони здоров'я. *Open Polit Sci J.* 2009; 2 (1): 47–58.
- 48 Ніклас Луман. Соціальні системи: Нарис загальної теорії 30 березня 1987 р
- 49 Гришина, Н. В. (Адапт.). (н.д.). Діагностика схильності до конфліктної поведінки: Методика К. Томаса. *Авторська методика.*

ДОДАТКИ

Конфлікти та причини їх виникнення для лікарів

Прочитайте твердження та оцініть кожне ґрунтуючись на своєму власному уявленні.

1. Електронна адреса *

2. Ім'я/ псевдонім

3. Вік

4. Стать

Виберіть лише один варіант.

Чоловіча

Жіноча

Інше: _____

5. 1. Я вважаю, що конфлікти з лікарями є рідкісними.

Виберіть лише один варіант.

Зовсім не згоден

Не згоден

Нейтрально

Згоден

Повністю згоден

6. 2.Я легко справляюся з емоційними вибухами лікарів.

Виберіть лише один варіант.

- Зовсім не згоден
- Не згоден
- Нейтрально
- Згоден
- Повністю згоден

7. 3.Я завжди знаходжу спільну мову з лікарями, навіть якщо ми не згодні.

Виберіть лише один варіант.

- Зовсім не згоден
- Не згоден
- Нейтрально
- Згоден
- Повністю згоден

8. 4.Я відчуваю, що конфлікти не впливають на мої відносини лікарями.

Виберіть лише один варіант.

- Зовсім не згоден
- Не згоден
- Нейтрально
- Згоден
- Повністю згоден

9. 5.Я відчуваю, що моя реакція на конфлікти є адекватною

Виберіть лише один варіант.

- Зовсім не згоден
- Не згоден
- Нейтрально
- Згоден
- Повністю згоден

10. 6.Я вважаю, що конфлікти з лікарями не впливають на моє емоційне благополуччя.

Виберіть лише один варіант.

- Зовсім не згоден
- Не згоден
- Нейтрально
- Згоден
- Повністю згоден

11. 7.Я відчуваю, що маю достатньо інструментів для вирішення конфліктів.

Виберіть лише один варіант.

- Зовсім не згоден
- Не згоден
- Нейтрально
- Згоден
- Повністю згоден

12. 8.Я відчуваю, що мої комунікаційні навички допомагають мені уникати конфліктів.

Виберіть лише один варіант.

- Зовсім не згоден
- Не згоден
- Нейтрально
- Згоден
- Повністю згоден

13. 9.Я вважаю, що конфлікти з лікарями не впливають на загальну якість медичного обслуговування.

Виберіть лише один варіант.

- Зовсім не згоден
- Не згоден
- Нейтрально
- Згоден
- Повністю згоден

14. 10.Я відчуваю, що моє ставлення до критики з боку лікарів є толерантним.

Виберіть лише один варіант.

- Зовсім не згоден
- Не згоден
- Нейтрально
- Згоден
- Повністю згоден

Конфлікти та причини їх виникнення 2

Дайте коротку та лаконічну відповідь на кожне запитання.

15. 11.Що на вашу думку, найчастіші стає причиною конфліктів з лікарями?

16. 12.Які психологічні фактори, на вашу думку, сприяють виникненню конфліктів з лікарями?

17. 13.На скільки бурхлива ви реагуєте на агресивність лікарів?

18. 14.Як ви вирішуєте суперечки з лікарями?

19. 15.Як ви сприймаєте критику від лікарів?

20. 16.Як ви відноситеся до різних точок зору лікарів?

21. 17.Як ви вирішуєте розбіжності в інтерпретації медичних даних?

22. 18.Чи відчуваєте ви емоційне виснаження через конфлікти?

23. 19.Як ви реагуєте на погане обслуговування у лікарнях?

24. 20. Як ви вирішуєте ситуації, коли ви не згодні з рекомендаціями лікарів?
-
25. 21. Які основні проблеми ви зазвичай зустрічаєте у спілкуванні з лікарями?
-
26. 22. Чи може бути так, що медичні терміни або жаргон стають бар'єром у вашому спілкуванні з лікарями?
-
27. 23. Як ви ставитесь до ситуацій коли обслуговування у лікарні не відповідає вашим очікуванням?
-
28. 24. Чи є у вас стратегії для вирішення конфліктів, коли вони виникають?
-
29. 25. Яким чином ви враховуєте емоційний стан лікарів під час лікування та як це може вплинути на ваші взаємини?
-

Особистісний опитувальник Айзенка ЕРІ

Прочитайте питання і дайте відповідь «так» якщо погоджуєтесь з цим питанням або відповідь «ні», якщо непогоджуєтесь. Відповідайте швидко і точно. Немає хороших та поганих відповідей.

30. 1. Чи часто ви відчуваєте потяг до нових вражень, до того щоб відволіктися, відчувати сильні відчуття?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

31. 2. Чи часто ви відчуваєте, що потребуєте друзів, які можуть вас зрозуміти, підбадьорити чи поспівчувати?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

32. 3. Чи вважаєте ви себе безтурботною людиною?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

33. 4. Чи вважаєте ви себе безтурботною людиною?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

34. 4. Чи важко вам відмовлятися від своїх намірів?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

35. 5. Чи обмірковуєте ви свої справи не поспішаючи і волієте зачекати, перш ніж діяти?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

36. 6. Чи завжди ви стримуєте свої обіцянки, навіть якщо це вам не вигідно?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

37. 7. Чи часто у вас бувають спади та підйоми настрою?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

38. 8. Чи швидко ви зазвичай дієте і говорите, чи не витрачаєте багато часу на обмірковування?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

39. 9. Чи виникало у вас колись почуття, що ви нещасні, хоча жодної серйозної причини для цього не було?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

40. 10. Чи правда, що на спір ви здатні зважитися на все?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

41. 11. Чи соромитеся ви, коли хочете познайомитися з людиною протилежної статі, яка вам симпатична?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

42. 12. Чи буває коли-небудь, що, розлютившись, ви виходите з себе?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

43. 13. Чи часто буває, що ви дієте необдуманно, під впливом моменту?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

44. 14. Чи часто вас турбують думки про те, що вам не слід було щось робити чи говорити?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

45. 15. Чи ви надаєте перевагу читанню книг зустрічам з людьми?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

46. 16. Чи правильно, що вас легко зачепити?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

47. 17. Чи любите ви часто бувати в компанії?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

48. 18. Чи бувають іноді у вас такі думки, якими не хотілося б ділитися з іншими людьми?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

49. 19. Чи правда, що іноді ви настільки сповнені енергії, що все горить у руках, а іноді відчуваєте сильну млявість?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

50. 20. Чи намагаєтесь ви обмежити коло своїх знайомих невеликою кількістю найближчих друзів?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

51. 21. Чи багато ви мрієте?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

52. 22. Коли на вас кричать, чи відповідаєте ви тим самим?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

53. 23. Чи вважаєте ви всі свої звички добрими?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

54. 24. Чи часто у вас з'являється почуття, що ви в чомусь винні?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

55. 25. Чи здатні ви іноді дати волю своїм почуттям і безтурботно розважитися з веселою компанією?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

56. 26. Чи можна сказати, що нерви у вас часто бувають натягнуті до краю?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

57. 27. Чи можна сказати, що ви весела та енергійна людина?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

58. 28. Після того, як справа зроблена, чи часто ви подумки повертаєтеся до неї і думаєте, що могли б зробити краще?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

59. 29. Чи відчуваєте себе неспокійно, перебуваючи у великій компанії?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

60. 30. Чи буває, що ви передаєте чутки?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

61. 31. Чи буває, що вам не спиться через те, що в голову лізуть різні думки?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

62. 32. Якщо вам потрібно щось дізнатися, ви волієте знайти це в книзі, ніж запитати у друзів?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

63. 33. Чи буває у вас сильне серцебиття?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

64. 34. Чи подобається вам робота, яка потребує зосередження?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

65. 35. Чи бувають у вас напади тремтіння?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

66. 36. Чи завжди ви говорите тільки правду?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

67. 37. Чи буває вам неприємно перебувати в компанії, де всі жартують один з одного?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

68. 38. Чи драгієливі ви?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

69. 39. Чи подобається вам робота, яка потребує швидкої дії?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

70. 40. Чи правда, що вам часто не дають спокою думки про різні неприємності та «жахи», які могли б статися, хоча все скінчилося благополучно?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

71. 41. Чи правда, що ви неквапливі в рухах і дещо повільні?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

72. 42. Чи запізнювалися ви коли-небудь на роботу чи на зустріч із кимось?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

73. 43. Чи часто вам сняться кошмари?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

74. 44. Чи правда, що ви так любите поговорити, що не втрачаєте будь-якої нагоди поговорити з новою людиною?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

75. 45. Чи турбують вас якісь болі?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

76. 46. Засмутилися б ви, якби довго не могли бачитися зі своїми друзями?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

77. 47. Чи можете ви назвати себе нервовою людиною?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

78. 48. Чи є серед ваших знайомих такі, які вам явно не подобаються?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

79. 49. Чи могли б ви сказати, що ви впевнена в собі людина?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

80. 50. Чи легко вас зачіпає критика ваших недоліків чи вашої роботи?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

81. 51. Чи важко вам отримати справжнє задоволення від заходів, у яких бере участь багато народу?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

82. 52. Чи турбує вас почуття, що ви чимось гірше за інших?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

83. 53. Чи зуміли б ви внести пожвавлення в нудну компанію?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

84. 54. Чи буває, що ви говорите про речі, в яких зовсім не знаєтеся?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

85. 55. Чи турбуєтеся ви про своє здоров'я?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

86. 56. Чи любите ви пожартувати з інших?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

87. 57. Чи страждаєте ви безсонням?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

Опитувальник Томаса-Кілманна: типи поведінки у конфлікті

Виберіть один із двох варіантів, який більшою мірою відповідає вашим поглядам..

88. 1

Виберіть лише один варіант.

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

Краще ніж обговорювати, в чому ми розходимося, я намагаюся звернути увагу на те, з чим ми згодні.

89. 2

Виберіть лише один варіант.

- Я намагаюся знайти компромісне рішення.
- Я намагаюся залагодити справу з урахуванням усіх інтересів іншого та моїх власних.

90. 3

Виберіть лише один варіант.

- Зазвичай я наполегливо прагну домогтися свого.
- Я намагаюся заспокоїти іншого та зберегти наші стосунки.

91. 4

Виберіть лише один варіант.

- Я намагаюся знайти компромісне рішення.
- Іноді я жертвую своїми власними інтересами заради інтересів іншої людини.

92. 5

Виберіть лише один варіант.

- Улагоджуючи спірну ситуацію, я постійно намагаюся знайти підтримку в іншого.
- Я намагаюся зробити все, щоб уникнути марної напруженості.

93. 6

Виберіть лише один варіант.

- Я намагаюся уникнути неприємностей для себе.
- Я намагаюся досягти свого.

94. 7

Виберіть лише один варіант.

Я намагаюся відкласти вирішення спірного питання, щоб згодом вирішити його остаточно.

Я вважаю за можливе в чомусь поступитися, щоб досягти бажаного.

95. 8

Виберіть лише один варіант.

Зазвичай я наполегливо прагну домогтися свого.

Я насамперед намагаюся ясно визначити те, в чому полягають спільні інтереси.

96. 9

Виберіть лише один варіант.

Думаю, що не завжди варто хвилюватися через якісь розбіжності, що виникають.

Я докладую зусиль, щоб досягти свого.

97. 10

Виберіть лише один варіант.

Я твердо прагну досягти свого.

Я намагаюся знайти компромісне рішення.

Виберіть лише один варіант.

- Насамперед я намагаюся ясно визначити, у чому полягають спірні питання
- Я намагаюся заспокоїти іншого і, головним чином, зберегти наші стосунки.

99. 12

Виберіть лише один варіант.

- Найчастіше я уникаю займати позицію, яка може спричинити суперечки.
- Я даю можливість іншим залишитись при своїй думці, якщо вони теж йдуть мені назустріч.

100. 13

Виберіть лише один варіант.

- Я пропоную компромісний варіант.
- Я наполягаю, щоб було зроблено по-моєму.

101. 14

Виберіть лише один варіант.

- Я повідомляю іншого про свою точку зору і питаю про його думку.
- Я намагаюся показати іншому логіку та переваги моїх поглядів.

102. 15

Виберіть лише один варіант.

- Я намагаюся заспокоїти іншого і, головним чином, зберегти наші стосунки.
- Я намагаюся зробити так, щоб уникнути напруженості.

103. 16

Виберіть лише один варіант.

- Я намагаюся не зачепити почуттів іншого.
- Я намагаюся переконати іншого у перевагах моєї позиції.

104. 17

Виберіть лише один варіант.

- Зазвичай я наполегливо намагаюся досягти свого.
- Я намагаюся зробити все, щоб уникнути марної напруженості.

105. 18

Виберіть лише один варіант.

- Якщо це зробить іншого щасливим, дам йому можливість наполягти на своєму.
- Я даю можливість іншому в чомусь залишитись при своїй думці, якщо він також йде мені назустріч.

106. 19

Виберіть лише один варіант.

- Насамперед я намагаюся ясно визначити те, в чому полягають усі порушені питання та інтереси.
- Я намагаюся відкласти вирішення спірного питання для того, щоб згодом вирішити його остаточно..

107. 20

Виберіть лише один варіант.

- Я намагаюся негайно подолати наші розбіжності.
- Я намагаюся знайти найкраще поєднання вигод та втрат для обох сторін.

108. 21

Виберіть лише один варіант.

- Ведучи переговори, я намагаюся бути уважним до бажань іншого.
- Я завжди схильюся до прямого обговорення проблем та їх спільного вирішення.

109. 22

Виберіть лише один варіант.

- Я намагаюся знайти позицію, яка знаходиться посередині між моєю позицією та точкою зору іншої людини.
- Я відстоюю свої бажання.

110. 23

Виберіть лише один варіант.

- Я майже завжди стурбований тим, щоб задовольнити бажання оточуючих.
- Іноді я надаю можливість іншим взяти на себе відповідальність за вирішення спірного питання.

111. 24

Виберіть лише один варіант.

- Якщо позиція іншого здається мені дуже важливою, я намагатимусь піти назустріч його бажанням.
- Я намагаюся переконати іншого прийти до компромісу.

112. 25

Виберіть лише один варіант.

- Я намагаюся показати іншому логіку та переваги моїх поглядів.
- Ведучи переговори, я намагаюся бути уважним до бажань іншого.

113. 26

Виберіть лише один варіант.

- Я пропоную компромісну позицію.
- Я майже завжди стурбований тим, щоб задовольнити бажання оточуючих.

114. 27

Виберіть лише один варіант.

- Найчастіше я уникаю займати позицію, яка може спричинити суперечки.
- Якщо це зробить іншого щасливим, я дам йому можливість наполягти на своєму.

115. 28

Виберіть лише один варіант.

- Зазвичай я наполегливо прагну домогтися свого.
- Улагоджуючи ситуацію, я зазвичай намагаюся знайти підтримку в іншого.

116. 29

Виберіть лише один варіант.

- Я пропоную компромісну позицію.
- Думаю, що не завжди варто хвилюватися через якісь розбіжності, що виникають.

117. 30

Виберіть лише один варіант.

- Я намагаюся не зачепити почуттів іншого.
 - Я завжди займаю таку позицію у спірному питанні, щоб ми спільно з іншою людиною могли досягти успіху.
-

Конфлікти та причини їх виникнення для лікарів

Прочитайте твердження та оцініть кожне ґрунтуючись на своєму власному уявленні.

1. Ім'я/псевдонім

2. Вік

3. Стать

Виберіть лише один варіант.

Чоловіча

Жіноча

Інше: _____

4. 1.Я вважаю, що конфлікти з пацієнтами є рідкісними.

Виберіть лише один варіант.

Зовсім не згоден

Не згоден

Нейтрально

Згоден

Повністю згоден

5. 2.Я легко справляюся з емоційними вибухами пацієнтів.

Виберіть лише один варіант.

- Зовсім не згоден
- Не згоден
- Нейтрально
- Згоден
- Повністю згоден

6. 3.Я завжди знаходжу спільну мову з пацієнтами, навіть якщо ми не згодні.

Виберіть лише один варіант.

- Зовсім не згоден
- Не згоден
- Нейтрально
- Згоден
- Повністю згоден

7. 4.Я відчуваю, що конфлікти не впливають на мою роботу.

Виберіть лише один варіант.

- Зовсім не згоден
- Не згоден
- Нейтрально
- Згоден
- Повністю згоден

8. 5.Я відчуваю, що моя реакція на конфлікти є адекватною

Виберіть лише один варіант.

- Зовсім не згоден
- Не згоден
- Нейтрально
- Згоден
- Повністю згоден

9. 6.Я вважаю, що конфлікти з пацієнтами не впливають на моє емоційне благополуччя.

Виберіть лише один варіант.

- Зовсім не згоден
- Не згоден
- Нейтрально
- Згоден
- Повністю згоден

10. 7.Я відчуваю, що маю достатньо інструментів для вирішення конфліктів.

Виберіть лише один варіант.

- Зовсім не згоден
- Не згоден
- Нейтрально
- Згоден
- Повністю згоден

11. 8.Я відчуваю, що мої комунікаційні навички допомагають мені уникати конфліктів.

Виберіть лише один варіант.

- Зовсім не згоден
- Не згоден
- Нейтрально
- Згоден
- Повністю згоден

12. 9.Я вважаю, що конфлікти з пацієнтами не впливають на загальну якість медичного обслуговування.

Виберіть лише один варіант.

- Зовсім не згоден
- Не згоден
- Нейтрально
- Згоден
- Повністю згоден

13. 10.Я відчуваю, що моє ставлення до критики з боку пацієнтів є толерантним.

Виберіть лише один варіант.

- Зовсім не згоден
- Не згоден
- Нейтрально
- Згоден
- Повністю згоден

Конфлікти та причини їх виникнення 2

Дайте коротку та лаконічну відповідь на кожне запитання.

14. 11. Які, на вашу думку, найчастіші причини конфліктів з пацієнтами?

15. 12. Які фактори, на вашу думку, сприяють виникненню конфліктів з пацієнтами?

16. 13. Як ви реагуєте на агресивність пацієнтів?

17. 14. Як ви вирішуєте суперечки з пацієнтами?

18. 15. Як ви сприймаєте критику від пацієнтів?

19. 16. Як ви відноситеся до різних точок зору пацієнтів?

20. 17. Як ви вирішуєте розбіжності в інтерпретації медичних даних?

21. 18. Чи відчуваєте ви емоційне виснаження через конфлікти?

22. 19. Як ви реагуєте на невдоволення пацієнтів щодо обслуговування?

23. 20. Як ви вирішуєте ситуації, коли пацієнти не згодні з вашими рекомендаціями?

24. 21. Які основні проблеми ви зазвичай зустрічаєте у спілкуванні з пацієнтами?

25. 22. Чи може бути так, що медичні терміни або жаргон стають бар'єром у вашому спілкуванні з пацієнтами?

26. 23. Як ви впорядковуєте свої очікування та очікування пацієнтів для запобігання непорозумінням?

27. 24. Чи є у вас стратегії для вирішення конфліктів, коли вони виникають?

28. 25. Як ви враховуєте емоційний стан пацієнта під час лікування та як це може вплинути на ваші взаємини?

Особистісний опитувальник Айзенка ЕРІ

Прочитайте питання і дайте відповідь «так» якщо погоджуєтесь з цим питанням або відповідь «ні», якщо непогоджуєтесь. Відповідайте швидко і точно. Немає хороших та поганих відповідей.

29. 1. Чи часто ви відчуваєте потяг до нових вражень, до того щоб відволіктися, відчувати сильні відчуття?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

30. 2. Чи часто ви відчуваєте, що потребуєте друзів, які можуть вас зрозуміти, підбадьорити чи поспівчувати?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

31. 3. Чи вважаєте ви себе безтурботною людиною?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

32. 4. Чи вважаєте ви себе безтурботною людиною?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

33. 4. Чи важко вам відмовлятися від своїх намірів?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

34. 5. Чи обмірковуєте ви свої справи не поспішаючи і волієте зачекати, перш ніж діяти?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

35. 6. Чи завжди ви стримуєте свої обіцянки, навіть якщо це вам не вигідно?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

36. 7. Чи часто у вас бувають спади та підйоми настрою?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

37. 8. Чи швидко ви зазвичай дієте і говорите, чи не витрачаєте багато часу на обмірковування?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

38. 9. Чи виникало у вас колись почуття, що ви нещасні, хоча жодної серйозної причини для цього не було?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

39. 10. Чи правда, що на спір ви здатні зважитися на все?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

40. 11. Чи соромитеся ви, коли хочете познайомитися з людиною протилежної статі, яка вам симпатична?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

41. 12. Чи буває коли-небудь, що, розлютившись, ви виходите з себе?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

42. 13. Чи часто буває, що ви дієте необдуманно, під впливом моменту?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

43. 14. Чи часто вас турбують думки про те, що вам не слід було щось робити чи говорити?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

44. 15. Чи ви надаєте перевагу читанню книг зустрічам з людьми?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

45. 16. Чи правильно, що вас легко зачепити?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

46. 17. Чи любите ви часто бувати в компанії?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

47. 18. Чи бувають іноді у вас такі думки, якими не хотілося б ділитися з іншими людьми?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

48. 19. Чи правда, що іноді ви настільки сповнені енергії, що все горить у руках, а іноді відчуваєте сильну млявість?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

49. 20. Чи намагаєтесь ви обмежити коло своїх знайомих невеликою кількістю найближчих друзів?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

50. 21. Чи багато ви мрієте?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

51. 22. Коли на вас кричать, чи відповідаєте ви тим самим?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

52. 23. Чи вважаєте ви всі свої звички добрими?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

53. 24. Чи часто у вас з'являється почуття, що ви в чомусь винні?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

54. 25. Чи здатні ви іноді дати волю своїм почуттям і безтурботно розважитися з веселою компанією?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

55. 26. Чи можна сказати, що нерви у вас часто бувають натягнуті до краю?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

56. 27. Чи можна сказати, що ви весела та енергійна людина?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

57. 28. Після того, як справа зроблена, чи часто ви подумки повертаєтеся до неї і думаєте, що могли б зробити краще?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

58. 29. Чи відчуваєте себе неспокоїно, перебуваючи у великій компанії?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

59. 30. Чи буває, що ви передаєте чутки?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

60. 31. Чи буває, що вам не спиться через те, що в голову лізуть різні думки?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

61. 32. Якщо вам потрібно щось дізнатися, ви волієте знайти це в книзі, ніж запитати у друзів?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

62. 33. Чи буває у вас сильне серцебиття?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

63. 34. Чи подобається вам робота, яка потребує зосередження?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

64. 35. Чи бувають у вас напади тремтіння?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

65. 36. Чи завжди ви говорите тільки правду?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

66. 37. Чи буває вам неприємно перебувати в компанії, де всі жартують один з одного?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

67. 38. Чи дратівливі ви?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

68. 39. Чи подобається вам робота, яка потребує швидкої дії?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

69. 40. Чи правда, що вам часто не дають спокою думки про різні неприємності та «жахи», які могли б статися, хоча все скінчилося благополучно?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

70. 41. Чи правда, що ви неквапливі в рухах і дещо повільні?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

71. 42. Чи запізнювалися ви коли-небудь на роботу чи на зустріч із кимось?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

72. 43. Чи часто вам сняться кошмари?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

73. 44. Чи правда, що ви так любите поговорити, що не втрачаєте будь-якої нагоди поговорити з новою людиною?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

74. 45. Чи турбують вас якісь болі?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

75. 46. Засмутилися б ви, якби довго не могли бачитися зі своїми друзями?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

76. 47. Чи можете ви назвати себе нервовою людиною?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

77. 48. Чи є серед ваших знайомих такі, які вам явно не подобаються?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

78. 49. Чи могли б ви сказати, що ви впевнена в собі людина?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

79. 50. Чи легко вас зачіпає критика ваших недоліків чи вашої роботи?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

80. 51. Чи важко вам отримати справжнє задоволення від заходів, у яких бере участь багато народу?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

81. 52. Чи турбує вас почуття, що ви чимось гірше за інших?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

82. 53. Чи зуміли б ви внести пожвавлення в нудну компанію?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

83. 54. Чи буває, що ви говорите про речі, в яких зовсім не знаєтеся?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

84. 55. Чи турбуєтеся ви про своє здоров'я?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

85. 56. Чи любите ви пожартувати з інших?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

86. 57. Чи страждаєте ви безсонням?

Виберіть лише один варіант.

так

Ні

Опитувальник Томаса-Кілманна: типи поведінки у конфлікті

Виберіть один із двох варіантів, який більшою мірою відповідає вашим поглядам..

87. 1

Виберіть лише один варіант.

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

Краще ніж обговорювати, в чому ми розходимося, я намагаюся звернути увагу на те, з чим ми згодні.

88. 2

Виберіть лише один варіант.

- Я намагаюся знайти компромісне рішення.
- Я намагаюся залагодити справу з урахуванням усіх інтересів іншого та моїх власних.

89. 3

Виберіть лише один варіант.

- Зазвичай я наполегливо прагну домогтися свого.
- Я намагаюся заспокоїти іншого та зберегти наші стосунки.

90. 4

Виберіть лише один варіант.

- Я намагаюся знайти компромісне рішення.
- Іноді я жертвую своїми власними інтересами заради інтересів іншої людини.

91. 5

Виберіть лише один варіант.

- Улагоджуючи спірну ситуацію, я постійно намагаюся знайти підтримку в іншого.
- Я намагаюся зробити все, щоб уникнути марної напруженості.

92. 6

Виберіть лише один варіант.

- Я намагаюся уникнути неприємностей для себе.
- Я намагаюся досягти свого.

93. 7

Виберіть лише один варіант.

Я намагаюся відкласти вирішення спірного питання, щоб згодом вирішити його остаточно.

Я вважаю за можливе в чомусь поступитися, щоб досягти бажаного.

94. 8

Виберіть лише один варіант.

Зазвичай я наполегливо прагну домогтися свого.

Я насамперед намагаюся ясно визначити те, в чому полягають спільні інтереси.

95. 9

Виберіть лише один варіант.

Думаю, що не завжди варто хвилюватися через якісь розбіжності, що виникають.

Я докладую зусиль, щоб досягти свого.

96. 10

Виберіть лише один варіант.

Я твердо прагну досягти свого.

Я намагаюся знайти компромісне рішення.

97. 11

Виберіть лише один варіант.

- Насамперед я намагаюся ясно визначити, у чому полягають спірні питання
- Я намагаюся заспокоїти іншого і, головним чином, зберегти наші стосунки.

98. 12

Виберіть лише один варіант.

- Найчастіше я уникаю займати позицію, яка може спричинити суперечки.
- Я даю можливість іншим залишитись при своїй думці, якщо вони теж йдуть мені назустріч.

99. 13

Виберіть лише один варіант.

- Я пропоную компромісний варіант.
- Я наполягаю, щоб було зроблено по-моєму.

100. 14

Виберіть лише один варіант.

- Я повідомляю іншого про свою точку зору і питаю про його думку
- Я намагаюся показати іншому логіку та переваги моїх поглядів.

101. 15

Виберіть лише один варіант.

- Я намагаюся заспокоїти іншого і, головним чином, зберегти наші стосунки.
- Я намагаюся зробити так, щоб уникнути напруженості.

102. 16

Виберіть лише один варіант.

- Я намагаюся не зачепити почуттів іншого.
- Я намагаюся переконати іншого у перевагах моєї позиції.

103. 17

Виберіть лише один варіант.

- Зазвичай я наполегливо намагаюся досягти свого.
- Я намагаюся зробити все, щоб уникнути марної напруженості.

104. 18

Виберіть лише один варіант.

- Якщо це зробить іншого щасливим, дам йому можливість наполягти на своєму.
- Я даю можливість іншому в чомусь залишитись при своїй думці, якщо він також йде мені назустріч.

105. 19

Виберіть лише один варіант.

- Насамперед я намагаюся ясно визначити те, в чому полягають усі порушені питання та інтереси.
- Я намагаюся відкласти вирішення спірного питання для того, щоб згодом вирішити його остаточно..

106. 20

Виберіть лише один варіант.

- Я намагаюся негайно подолати наші розбіжності.
- Я намагаюся знайти найкраще поєднання вигод та втрат для обох сторін.

107. 21

Виберіть лише один варіант.

- Ведучи переговори, я намагаюся бути уважним до бажань іншого.
- Я завжди схильюся до прямого обговорення проблем та їх спільного вирішення.

108. 22

Виберіть лише один варіант.

- Я намагаюся знайти позицію, яка знаходиться посередині між моєю позицією та точкою зору іншої людини.
- Я відстоюю свої бажання.

109. 23

Виберіть лише один варіант.

- Я майже завжди стурбований тим, щоб задовольнити бажання оточуючих.
- Іноді я надаю можливість іншим взяти на себе відповідальність за вирішення спірного питання.

110. 24

Виберіть лише один варіант.

- Якщо позиція іншого здається мені дуже важливою, я намагатимусь піти назустріч його бажанням.
- Я намагаюся переконати іншого прийти до компромісу.

111. 25

Виберіть лише один варіант.

- Я намагаюся показати іншому логіку та переваги моїх поглядів.
- Ведучи переговори, я намагаюся бути уважним до бажань іншого.

112. 26

Виберіть лише один варіант.

- Я пропоную компромісну позицію.
- Я майже завжди стурбований тим, щоб задовольнити бажання оточуючих.

113. 27

Виберіть лише один варіант.

- Найчастіше я уникаю займати позицію, яка може спричинити суперечки.
- Якщо це зробить іншого щасливим, я дам йому можливість наполягти на своєму.

114. 28

Виберіть лише один варіант.

- Зазвичай я наполегливо прагну домогтися свого.
- Улагоджуючи ситуацію, я зазвичай намагаюся знайти підтримку в іншого.

115. 29

Виберіть лише один варіант.

- Я пропоную компромісну позицію.
- Думаю, що не завжди варто хвилюватися через якісь розбіжності, що виникають.

116. 30

Виберіть лише один варіант.

- Я намагаюся не зачепити почуттів іншого.
 - Я завжди займаю таку позицію у спірному питанні, щоб ми спільно з іншою людиною могли досягти успіху.
-