

ВОЛЧЕНКО Є.Є.

*старший викладач кафедри психології, університет «Україна», м. Київ*

## **КОНФЛІКТОЛОГІЧНА ТА ЕМОЦІЙНА КОМПЕТЕНТНІСТЬ В СИСТЕМІ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ЗМІНИ ПРОФЕСІЙНОГО ЗДОРОВ'Я ФАХІВЦЯ-МЕДИКА**

У статті розкрито особливості конфліктологічної та емоційної компетентності в системі психологічних чинників зміни професійного здоров'я фахівця-медика. Проведений аналіз дозволив виокремити предиспозиційні фактори зміни здоров'я, фактори-тригери (фактори каталізації), фактори хроніфікації, буферні фактори, з якими пов'язане зниження ймовірності негативних наслідків. Дослідження рівня сформованості емоційної та конфліктологічної компетентності в групах фахівців-медиків з різними ознаками професійних деформацій (зокрема, з високими показниками невротизації) дозволяє розглянути емоційну та конфліктологічну компетентність в системі психологічних чинників зміни професійного здоров'я на рівні предиспозиції (недостатня усвідомленість і рефлексія власних емоційних проявів, що призводить до формування емоційної напруженості і запускає поведінкові паттерни психосоматичного кола, адиктивні механізми, підвищує рівень невротизації); на рівні каталізації (труднощі відображення емоційних станів інших людей і їх урахування у власних поведінкових стратегіях через порушення в міжособистісних професійних комунікаціях підвищують рівень соціального стресування, що виступає неспецифічним тригером змін стану професійного здоров'я фахівця-медика); на рівні хроніфікації (нераціоналізована тривога і страхи сприяють переходу в хронічну форму); на рівні буферної модерації (формування конкретних компетенцій в емоційній регуляції поведінки і діяльності та у сфері міжособистісної професійної взаємодії може розглядатися в якості ресурсних факторів професійного здоров'я).

**Ключові слова:** *фахівець медичної галузі, конфліктологічна компетентність, емоційна компетентність, професійне здоров'я, професійні деформації.*

**Постановка проблеми.** Розвиток медицини на сучасному етапі пов'язаний з множинними змінами у вимогах до надання медичної допомоги населенню. Медична допомога надається у новій якості – як медична послуга; а від лікаря потрібне якісне, що відповідає встановленим стандартам, надання ефективної медичної допомоги. Крім того, наразі відбувається переосмислення пацієнтами своїх прав і обов'язків медичного персоналу. При цьому у кожній людині є вільний доступ і можливість ознайомлення і вивчення спеціалізованої

медичної літератури. У зв'язку з цим, до лікаря пред'являються певні вимоги, які повністю відповідають його професіограми.

Разом із тим, одним з основних завдань психології професійного здоров'я є вивчення різних видів факторів, що визначають стан здоров'я фахівця, а також мотиваційних і ситуативних змінних, які мають прогностичну значимість у формуванні здоров'язберігаючої поведінки.

Так, мотиваційні параметри через усвідомлені наміри забезпечують пов'язану зі здоров'ям поведінку; ситуаційні стимули актуалізують відповідні поведінкові патерни.

Прогностичний аналіз дозволяє як визначити «групи ризику», так й спроектувати імовірнісні механізми дії тих чи інших чинників зміни професійного здоров'я медичного працівника [8], звичайно з певною часткою похибки, оскільки багато чого у поведінці, пов'язаній зі здоров'ям, не вимагає усвідомленого прийняття рішення або не піддається законам раціональності.

Також слід зазначити, що емпатія, виступаючи механізмом формування міжособистісних відносин, вважається професійно значущою якістю для всіх професій типу «людина-людина», до яких належить й професія лікаря, дозволяє забезпечити адекватну комунікацію в системі взаємовідносин «лікар-пацієнт» і прогнозувати успішність міжособистісної професійної взаємодії.

**Аналіз наукових досліджень і публікацій.** За твердженням О. Пряжнікової [6], за професіограмою лікар, крім різних спеціальних знань, навичок і умінь, має володіти такими особистісними якостями, як витриманість, доброзичливість і привітність, відповідальність, акуратність, тактовність і оптимістичність. Однак не кожен медичний працівник в силу своїх особистісних якостей, виховання, особливостей особистості та поведінки пацієнта може спокійно і неупереджено здійснювати свою професійну діяльність.

Л. Ларенцова [5] зі співавторами всі конфлікти, що виникають в медицині, умовно поділяє на дві групи: конфлікти, що виникли внаслідок лікарських помилок, і конфлікти, які виникли через особистісні особливості лікаря і пацієнта.

С. Козицина [4], крім інших, до лікарських помилок відносить і помилки у поведінці персоналу. При цьому до суб'єктивних причин помилок автори відносять неправильне спілкування, недостатній досвід лікаря. На тлі суб'єктивних причин лікарських помилок і певних особистісних особливостей пацієнта часто виникають конфлікти другого типу. При такого роду конфліктах медичні дії лікаря стають другорядними, пріоритетними стають міжособистісні відносини між лікарем і пацієнтом або його родичами.

В. Вересаєв в «Записках лікаря» писав, що помилки лікарів є однією з найважливіших причин падіння довіри пацієнтів до

медицини. Згідно зі статистичними даними, отриманими О. Карпович [3], більше половини населення демонструють досить високий ступінь незадоволеності якістю надання медичних послуг. Це знаходить своє відображення у зростанні кількості судових розглядів і позовів до лікувально-профілактичних закладів. Однак конфліктів можна уникнути. Навіть при наявності протиріч з пацієнтом лікар, який володіє сформованою конфліктологічною та емоційною компетентністю, не допустить виникнення конфлікту. Проте, однозначного визначення цих видів компетентності наразі немає.

**Мета статті** – розкрити особливості конфліктологічної та емоційної компетентності в системі психологічних чинників зміни професійного здоров'я фахівця-медика.

**Виклад основного матеріалу та результатів дослідження.** Проведений аналіз особливостей конфліктологічної та емоційної компетентності в системі психологічних чинників зміни професійного здоров'я фахівця-медика дозволив виокремити предиспозиційні фактори зміни здоров'я, фактори-тригери (фактори каталізації), фактори хроніфікації, буферні фактори, з якими пов'язане зниження ймовірності негативних наслідків.

До предиспозиційних належать ті психологічні, соціальні та поведінкові змінні, які не пов'язані безпосередньо з погіршенням здоров'я, або початком захворювання, або його загостренням, але дозволяють віднести респондентів з певними характеристиками до групи ризику.

До числа психологічних предиспозиційних факторів належать емоційно-особистісні особливості фахівця. Основна цінність факторів цієї групи практична – вони вказують на ризик погіршення професійного здоров'я, причому часто на ризик неспецифічний.

Фактори-тригери (фактори каталізації). До цієї групи належать як фактори, що є причиною або однією з причин розвитку захворювання, так і фактори, які беруть участь в актуалізації певних наслідків.

Основними психологічними і соціально-психологічними тригерами професійних захворювань вважаються стрес (в тому числі, в міжособистісних відносинах, викликаний професійною ситуацією міжособистісної взаємодії і т.п.) і психотравмуючі переживання. При цьому коректніше говорити про стрес як тригер, що «запустив патологічний процес», а не як про причину хвороби.

До факторів хроніфікації порушень професійного здоров'я належать психологічні, соціальні та поведінкові параметри, які пов'язані з початком або загостренням захворювання, але сприяють подальшому погіршенню здоров'я та переходу захворювання в хронічну форму.

За більшістю виявлених в психології професійного здоров'я чинників хроніфікації передбачається єдиний механізм «порочного

кола». В цілому, до психологічних факторів хроніфікації належать тривога і страхи щодо захворювання, увага до своєї хвороби і проявів захворювання, думки і переконання про хворобу, її виникнення, перебіг та лікування.

До факторів-буферів належать фактори, що перешкоджають погіршенню професійного здоров'я, розвитку або хроніфікації захворювання, які сприяють успішному співволодінню з хворобою, підвищенню якості життя і психологічному благополуччю.

В якості механізму дії таких чинників зазвичай розглядаються буферні модеруючі дії щодо стресорів і розвитку стресу як стану: це оцінка ситуації як менш загрозливої, а власних можливостей подолання з нею – як достатніх; застосування більш ефективних способів співволодіння з вже пережитим стресом [1].

До психологічних факторів-буферів, як правило, належать уявлення про себе, світ і відносини з ним, іншими словами, сформована Я-концепція фахівця-медика.

Звертає на себе увагу той факт, що описані чинники зміни професійного здоров'я і особливо механізми їх дії апелюють до емоційної сфери фахівця-медика: на рівні емоційного відображення, номінації його результатів у свідомості, рефлексії емоційних переживань, емоційної саморегуляції, оцінці емоційних проявів з боку соціального оточення і впливу на них.

Розуміння власних емоційних переживань і переживань інших людей, здатність регулювати свої емоційні стани, контролювати їх зовнішні прояви, впливати на інтенсивність емоцій і актуалізувати ті чи інші емоції в ситуаціях професійної взаємодії лежать в основі емоційної компетентності фахівця медичної галузі.

Механізми формування та реалізації емоційної компетентності (рефлексія, емпатія, саморегуляція, регуляція відносин) одночасно є і механізмами ефективної психічної адаптації фахівця-медика, в тому числі і в кризових ситуаціях.

Таким чином, емоційна та конфліктологічна компетентність може розглядатися й як психологічний критерій професійного здоров'я фахівця-медика, й як його ресурсні складові.

Статистично значимі відмінності між групами респондентів, що відрізняються за рівнем невротизації і вираженості невротичних симптомів, були виявлені за шкалами управління чужими емоціями ( $p=0,000$ ); розуміння своїх емоцій ( $p=0,012$ ); управління своїми емоціями ( $p=0,001$ ); міжособистісних емоційних компетенцій ( $p=0,011$ ); внутрішньоособистісних емоційних компетенцій ( $p=0,009$ ); розуміння емоцій ( $p=0,007$ ); управління емоціями ( $p=0,002$ ); загального рівня емоційної компетентності ( $p=0,001$ ).

Значущих відмінностей за шкалами розуміння чужих емоцій ( $p=0,167$ ) і контролю експресії ( $p=0,132$ ) встановлено не було, що дає підставу припустити, що рівень невротизації не залежить від

сформованості контролю за зовнішнім виразом власних емоцій і здатності розпізнавати емоційні стани інших людей.

Як відомо, критерій Красскала-Уоллеса призначений для оцінки розходжень одночасно між декількома вибірками за рівнем досліджуваних ознак, але він не визначає напрямок цих відмінностей. Для тверджень про те, що рівень вираженості ознак емоційної та конфліктологічної компетентності в порівнюваних групах має спрямовану динаміку, в зв'язку з підвищенням або пониженням рівня невротизації, був проведений аналіз середніх значень ( $M_x$ ) параметрів емоційної та конфліктологічної компетентності в виділених групах.

Аналіз середніх значень параметрів емоційної та конфліктологічної компетентності в групах з різним рівнем невротизації виявив такі тенденції:

- зі зниженням рівня невротизації у респондентів підвищуються значення показників сформованості таких емоційних компетенцій, як розуміння власних емоційних станів, емоційні компетенції в сфері міжособистісної професійної взаємодії, внутрішньоособистісні емоційні компетенції;

- зниження значень показників сформованості всіх емоційних компетенцій у респондентів з високим рівнем невротизації, в порівнянні з респондентами з інших груп;

- зниження значень за такими параметрами як загальний рівень емоційної та конфліктологічної компетентності, розуміння емоцій, управління власними емоціями в групі респондентів з низьким рівнем невротизації, в порівнянні з респондентами групи з середнім рівнем невротизації з тенденцією до низького, яка відрізняється вищими показниками нейротизму (протилежний полюс емоційної стійкості).

Однією з ознак нейротизму є висока сензитивність, що визначається переважанням процесів збудження, перш за все в емоційній сфері, у відповідь на зовнішні ситуаційні стимули або зміни внутрішнього стану. Ймовірно, цей факт впливає на розвиток здібностей до розуміння емоцій через швидкість їх розпізнання, ідентифікації і вербалізації, розуміння причин, що їх викликають, і наслідків, до яких вони приведуть, але за умови сформованості здібностей до саморегуляції, що забезпечують адекватність адаптивних реакцій, в тому числі здатності до емоційної саморегуляції.

Таким чином, дослідження рівня сформованості емоційної та конфліктологічної компетентності в групах фахівців-медиків з різними ознаками професійних деформацій (зокрема, з високими показниками невротизації) дозволяє розглядати емоційну та конфліктологічну компетентність в системі психологічних чинників зміни професійного здоров'я і на рівні предиспозиції (наприклад, недостатня усвідомленість і рефлексія власних емоційних проявів призводить до формування «вогнищ емоційної напруженості» і

запускає поведінкові паттерни психосоматичного кола, адиктивні механізми, підвищує рівень невротизації); і на рівні каталізації (труднощі відображення емоційних станів інших людей і їх урахування у власних поведінкових стратегіях через порушення в міжособистісних професійних комунікаціях підвищують рівень соціального стресування, що виступає неспецифічним тригером змін стану професійного здоров'я фахівця-медика); і на рівні хроніфікації (нераціоналізована тривога і страхи сприяють переходу в хронічну форму); і на рівні буферної модерації (формування конкретних компетенцій в емоційній регуляції поведінки і діяльності та у сфері міжособистісної професійної взаємодії може розглядатися в якості ресурсних факторів професійного здоров'я).

Виходячи з даних діагностики рівня емпатійних здібностей за В. Бойко [2], зроблено висновок, що тільки 12,6% респондентів мають високий рівень емпатії, що виявляється в емоційній чуйності, співчутті, співпереживанні, зацікавленості у справах інших людей, що дозволяє їм легко адаптуватися і вибудовувати свою поведінку в змінюваних ситуаціях міжособистісної взаємодії. Однак такий високий рівень розвитку емпатійних здібностей може свідчити про болісно розвинене співпереживання, психологічну вразливість і ранимість, можливість емоційного виснаження внаслідок надмірної емпатійної включеності в переживання хворого, що сприяє швидкому професійному вигоранню.

Кількість респондентів, які практично не проявляють емпатію, склало 12,2%. Вони не здатні емоційно відгукуватися на переживання інших людей і реагувати на їх настрій, не можуть прогнозувати свою поведінку та поведінку інших людей.

Оскільки емпатія є основним механізмом розвитку міжособистісних відносин, то стає очевидним, що формування таких відносин і їх розвиток порушені, що вимагає відповідної корекції. У більшості респондентів (55,8%) був визначений занижений рівень емпатії, що означає обмеженість діапазону емоційної чуйності і сприйняття, слаборозвинену здатність діяти в умовах дефіциту вихідної інформації про інших людей, прогнозувати поведінку і ефективно впливати на внутрішній світ іншої людини.

Однак можна припустити, що рішення таких задач професійної діяльності, як постановка діагнозу і надання лікувальної допомоги, найчастіше вимагає прояву не емоційної, а дієвої та когнітивної емпатії.

Постійне співпереживання і співчуття пацієнтові може призводити до неефективного спілкування і взаємодії з пацієнтами і ускладненням в наданні професійної допомоги (неправильна постановка діагнозу, неефективна лікувальна допомога тощо).

19,4% респондентів склали групу з середнім, допустимим у професійній діяльності, рівнем емпатії. Такі досліджувані не завжди

чуйно і адекватно реагують на переживання і настрої інших людей, проявляють зацікавленість і емоційну чуйність ситуативно, здатні досить легко адаптуватися до мінливих соціальних умов.

Слід зазначити виявлені статистично значущі відмінності ( $U=38262,3$ ;  $p<0,001$ ) за показником «емпатія» у жінок-медиків ( $18,69\pm 0,34$ ) і чоловіків-медиків ( $16,31\pm 0,67$ ). Більш високі показники емпатії у жінок пояснюються, як правило, їх більшою чутливістю до потреб оточуючих і демонстрацією більшої готовності до емоційного сприйняття іншої людини.

Аналіз отриманих результатів дослідження конфліктологічної компетентності показав, що більша частина респондентів мають низький рівень даної компетентності.

Мотиваційний компонент компетентності вивчався при визначенні рівня конфліктності досліджуваних. Так, 61,3% жінок і 38,7% чоловіків мають високий і дуже високий рівень конфліктності. Основними факторами, здатними викликати конфлікт, на думку респондентів, є як неприйняття особистісних якостей опонента, так і суперечності у поглядах, діях і висловлюваннях.

Когнітивний і ціннісно-смысловий аспекти компетентності також низькі. Більша частина респондентів не вважають необхідними в своїй подальшій професійній діяльності знання про конфлікт, поведінку в конфлікті, уміння їх вирішувати.

Лише близько 25% респондентів усвідомлюють значущість даних знань і умінь в роботі, пов'язаній зі спілкуванням з пацієнтами.

Поведінковий аспект конфліктологічної компетентності респондентів досліджуваної групи має такі особливості: 75% чоловіків мають високий рівень агресивності за тестом Ассінгера, жінки – 28% відповідно; у більшості жінок (57%) рівень агресивності помірний.

Дані результати знаходять відображення в поведінці під час конфлікту: чоловіки налаштовані доводити свою точку зору, незважаючи ні на що, жінки ж вважають, що необхідно враховувати думку і емоційний стан опонента, хоча при цьому значну увагу приділяють й особистим емоціям, що впливає на прийняття рішень і лінію поведінки.

**Висновки.** При вивченні компетентності в межах професійної лікарської діяльності, виявилось, що, незважаючи на значно вищу агресивність і конфліктність чоловіків, на тлі незначної емоційності і конструктивного погляду на протиріччя вони, в своїй більшості, знаходять можливості для попередження конфліктів з пацієнтами. Жінки і в повсякденному, і в професійній діяльності виявляють свою конфліктологічну компетентність однаково, і ризик виникнення конфліктів з пацієнтами у них дуже значний. Незважаючи на більш низький рівень конфліктності, помірний рівень агресивності, розуміння необхідності вирішення конфліктів з урахуванням думок сторін, жінки-медики значну увагу приділяють особистим

переживанням і образам, що знаходить відображення у більш частих конфліктах «по дрібницях», емоційній поведінці в конфлікті і часто його непродуктивності.

Отримані дані акцентують увагу на те, що у більшості респондентів спостерігається недостатня орієнтованість на розуміння і сприйняття іншої людини і несформована здатність до співпереживання і співчуття, що може привести до виникнення конфліктів в організації міжособистісної взаємодії і професійної діяльності в цілому.

Таким чином, в результаті дослідження встановлено, що чим вище рівень професійної конфліктологічної компетентності, тим менше ризик виникнення лікарських помилок, пов'язаних з неправильним спілкуванням з пацієнтами. При цьому якості особистості, такі як конфліктність, агресивність, навіть при високих їх рівнях мають значно менший вплив на виникнення конфліктів з пацієнтами, ніж зайва емоційність і вразливість.

#### **Список використаної літератури:**

1. Абабков В. А., Перре М. Адаптация к стрессу. СПб.: Речь, 2004. 165 с.
2. Бойко В. В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и других. М.: Филинь, 1996. 469 с.
3. Карпович А. В. Стиль управления как социологический критерий оценки эффективности врача-руководителя. Биоэтика. 2011. № 1(7). С. 16–26.
4. Козицына С. И. Профессиональные ошибки и ответственность персонала на стоматологическом приеме. Ин-т стоматологии. 1999. № 4(5). С. 22–23.
5. Ларенцова Л. И., Полуев В. И., Тучик Е. С. Конфликты в стоматологической практике: подходы к их решению и профилактике. М.: Мед. книга, 2005. С. 15.
6. Пряжниковая Е. Ю. Психология труда: теория и практика. М.: Юрайт, 2012. 520 с.
7. Antonovsky A. The Life Cycle, Mental Health and the Sense of Coherence. Israel Journal of Psychiatry. 1985. 22(4). P. 273-280.
8. Leventhal H., Mora P. A. Predicting outcomes or modeling process? Commentary on the Health Action Process Approach. Applied Psychology: An International Review. 2008. 57(1). P. 51-65.

#### **References**

1. Ababkov V. A., Perre M. Adaptacyja k stressu. SPb.: Rech', 2004. 165 s.
2. Bojko V. V. Energyja emocyj v obshheny: vzgljad na sebja y drugih. M.: Fylun', 1996. 469 s.
3. Karpovych A. V. Styl' upravlenyja kak socyologycheskij kryteryj ocenky efektyvnosty vracha-rukovodytelja. Vyozetyka. 2011. № 1(7). S. 16–26.
4. Kozusyina S. Y. Professyonal'nye oshybky y otvetstvennost' personala na stomatologycheskom pryeme. Yn-t stomatologyy. 1999. № 4(5). S. 22–23.
5. Larencova L. Y., Poluev V. Y., Tuchyuk E. S. Konflykty v stomatologycheskoj praktyke: podhody k yh reshenyju y profylaktyke. M.: Med. knyga, 2005. S. 15.
6. Prjazhnykova E. Ju. Psychologyja truda: teoryja y praktyka. M.: Jurajt, 2012. 520 s.
7. Antonovsky A. The Life Cycle, Mental Health and the Sense of Coherence. Israel Journal of Psychiatry. 1985. 22(4). P. 273-280.



9. Leventhal H., Mora P. A. Predicting outcomes or modeling process? Commentary on the Health Action Process Approach. *Applied Psychology: An International Review*. 2008. 57(1). P. 51-65.

***Volchenko Eu.***

**Conflictological and emotional competence in the system of psychological factors of change of professional health of a medical specialist**

The article reveals the features of conflict and emotional competence in the system of psychological factors that change the professional health of a medical professional. The analysis allowed to identify predisposing factors of health change, trigger factors (catalysis factors), chronic factors, buffer factors, which are associated with a decrease in the likelihood of adverse effects. The study of the level of emotional and conflictological competence in groups of medical professionals with various signs of occupational deformities (in particular, with high rates of neuroticism) allows us to consider emotional and conflictological competence in the system of psychological factors of occupational health at the level of predisposition (lack of awareness and reflection which leads to the formation of emotional tension and triggers the behavioral patterns of the psychosomatic circle, addictive mechanisms, increases the level of neuroticism); at the level of catalysis (difficulties in reflecting the emotional states of other people and taking them into account in their own behavioral strategies due to disturbances in interpersonal professional communications increase the level of social stress, which is a non-specific trigger of changes in occupational health); at the level of chronicity (irrational anxiety and fears contribute to the transition to a chronic form); at the level of buffer moderation (the formation of specific competencies in the emotional regulation of behavior and activities and in the field of interpersonal professional interactions can be considered as resource factors of occupational health).

**Key words:** *medical specialist, conflict competence, emotional competence, occupational health, occupational deformities.*