

НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ «ОДЕСЬКА ЮРИДИЧНА АКАДЕМІЯ»

Центр заочного та дистанційного навчання

Кафедра психології

**Кваліфікаційна робота –
магістерський дослідницький проєкт**

053 «Психологія»

на тему:

**«ПСИХОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ УПРАВЛІННЯ КОНФЛІКТАМИ В
МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИХ КОМАНДАХ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО
ЦЕНТРУ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ»**

Виконав: здобувач 2 курсу, групи 2

рівень вищої освіти: другий (магістерський)

галузь знань: 05 «Соціальні та поведінкові
науки»

спеціальність: 053 «Психологія»

Скалозуб Олександр Васильович

Керівник: к.психол.н., доц. А.О. Татянчиков

Рецензент: к.політ.н., доц. Т.М. Третьякова

НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ «ОДЕСЬКА ЮРИДИЧНА АКАДЕМІЯ»

Факультет **психології, політології та соціології**Кафедра **психології**Рівень вищої освіти **магістерський**Галузь знань **05 «Соціальні та поведінкові науки»**

(шифр і назва)

Спеціальність **053 «Психологія»**

(шифр і назва)

ЗАТВЕРДЖУЮ**Завідувач кафедри психології**

д.ю.н., проф. О.М. Цільмак

«___» _____ 20__ року

З А В Д А Н Н Я
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ ЗДОБУВАЧА ВИЩОЇ ОСВІТИ
(магістерський дослідницький проект)

Скалозуба Олександра Васильовича

1. Тема роботи «Психологічні механізми управління конфліктами в мультидисциплінарних командах реабілітаційного центру в умовах воєнного стану»

Керівник роботи к.психол.н., доцент Тат'янчиків Андрій Олександрович

затверджені наказом НУ «ОЮА» від «___» _____ 20__ року № _____

2. Строк подання здобувачем роботи _____

3. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів магістерської роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1.	Підготовка концепції К.Р. і затвердження плану К.Р.	IX 2025	
2.	Вивчення нормативного матеріалу, спеціальної літератури, аналіз та узагальнення матеріалів	IX 2025	
3.	Написання Вступу	IX 2025	
4.	Написання 1 розділу К.Р.	IX - X 2025	
5.	Написання 2 розділу К.Р.	X 2025	
6.	Написання Висновків	X-XI 2025	
7.	Подання К.Р. на кафедру та рецензування	XI 2025	
8.	«Малий захист» К.Р. на кафедрі	XI 2025	
9.	Прийняття рішення про допуск К.Р. до захисту	XI 2025	
10.	Захист К.Р. в ЕК	XII 2025	

Здобувач

(підпис)

(прізвище та ініціали)

Керівник роботи

(підпис)

(прізвище та ініціали)

АНОТАЦІЯ

Скалозуб О.В. Психологічні механізми управління конфліктами в мультидисциплінарних командах реабілітаційного центру в умовах воєнного стану. Кваліфікаційна робота – магістерський дослідницький проєкт на здобуття освітнього рівня «магістр», галузь знань: 05 «Соціальні та поведінкові науки», спеціальність 053 «Психологія». Національний університет «Одеська юридична академія». Одеса, 2025.

У роботі здійснено теоретико-методологічний аналіз сучасних наукових джерел, нормативних документів та практичних матеріалів, який засвідчив, що воєнний контекст суттєво ускладнює функціонування команд, зумовлюючи зростання емоційного навантаження, кадровий дефіцит, розмитість ролей і підвищення конфліктогенності взаємодії. Показано, що ефективне управління конфліктами у таких умовах потребує розвитку емоційного інтелекту, конфліктологічних умінь, підтримання психологічної безпеки та профілактики професійного вигорання.

Емпіричне дослідження виявило, що конфлікти здебільшого мають ситуативний характер і виникають через перевантаження, нечіткий розподіл функцій, недостатність комунікації та розбіжності у професійних підходах. Результати кореляційного аналізу засвідчили, що конструктивні стратегії поведінки (співробітництво, компроміс) позитивно пов'язані з рівнем емоційного інтелекту, конфліктологічних умінь і психологічної безпеки, тоді як професійне вигорання виявляє протилежну дію, підвищуючи схильність до уникання чи суперництва.

На основі результатів дослідження розроблено комплекс практичних рекомендацій, спрямованих на підвищення ефективності командної взаємодії, профілактику конфліктів і розвиток психологічної компетентності фахівців.

Ключові слова: мультидисциплінарна команда, управління конфліктами, психологічні механізми, емоційний інтелект, конфліктологічні уміння, психологічна безпека, професійне вигорання, міжпрофесійна взаємодія, реабілітаційний центр, воєнний стан.

ANNOTATION

Skalozub O. Psychological mechanisms for managing conflicts in multidisciplinary teams at a rehabilitation center under martial law. Qualification work - master's research project for obtaining the master's degree, field of knowledge: 05 "Social and behavioral sciences", specialty 053 "Psychology". National University "Odesa Law Academy". Odesa, 2025.

The paper presents a theoretical and methodological analysis of contemporary scientific sources, regulatory documents, and practical materials, which demonstrated that the wartime context significantly complicates the functioning of teams, leading to increased emotional strain, staff shortages, role ambiguity, and heightened conflict potential in interactions. It is shown that effective conflict management under such conditions requires the development of emotional intelligence, conflict management skills, the maintenance of psychological safety, and the prevention of professional burnout.

The empirical study revealed that conflicts are mostly situational and arise due to work overload, unclear role distribution, insufficient communication, and differences in professional approaches. The results of the correlation analysis showed that constructive behavioral strategies (collaboration, compromise) are positively associated with emotional intelligence, conflict management skills, and psychological safety, whereas professional burnout has the opposite effect, increasing the tendency toward avoidance or competition.

Based on the findings, a set of practical recommendations was developed to enhance team interaction efficiency, prevent conflicts, and foster the psychological competence of professionals.

Keywords: multidisciplinary team, conflict management, psychological mechanisms, emotional intelligence, conflict management skills, psychological safety, professional burnout, interprofessional interaction, rehabilitation center, martial law.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1. МЕТОДИКО ДОСЛІДНИЦЬКІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ МЕХАНІЗМІВ УПРАВЛІННЯ КОНФЛІКТАМИ В МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИХ КОМАНДАХ.....	14
1.1. Організація дослідження.....	14
1.2. Психодіагностичний інструментарій дослідження.....	20
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ МЕХАНІЗМІВ УПРАВЛІННЯ КОНФЛІКТАМИ В МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИХ КОМАНДАХ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ЦЕНТРУ.....	25
2.1. Результати анкетування фахівців щодо особливостей конфліктної взаємодії.....	25
2.2. Результати дослідження психологічних механізмів управління конфліктами.....	28
2.3. Практичні рекомендації з управління конфліктами в мультидисциплінарних командах.....	40
ВИСНОВКИ.....	46
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	50
ДОДАТКИ.....	56

ВСТУП

Актуальність теми. Війна в Україні істотно змінила умови функціонування системи охорони здоров'я, соціального захисту та реабілітації. У контексті воєнного стану особливого значення набула ефективна взаємодія мультидисциплінарних команд у реабілітаційних центрах, де фахівці різних галузей – лікарі, психологи, реабілітологи, фізіотерапевти, соціальні працівники, ерготерапевти – спільно працюють над відновленням фізичного й психічного здоров'я осіб, постраждалих від бойових дій. Інтенсивна динаміка роботи, високе емоційне навантаження, різні професійні підходи та обмежені ресурси створюють передумови для виникнення конфліктів, які можуть негативно впливати на ефективність командної діяльності та якість реабілітаційних послуг.

Реабілітаційні центри сьогодні є осередками не лише медичної допомоги, а й психологічної підтримки, соціальної адаптації та відновлення людського потенціалу в умовах війни. Здатність команд долати внутрішні суперечності, узгоджувати професійні позиції та діяти злагоджено є критично важливою передумовою успішної реабілітації військових, цивільних постраждалих та їхніх родин. Недостатній рівень розвитку психологічних механізмів управління конфліктами може призводити до професійного вигорання, емоційної ізоляції та зниження ефективності допомоги. Отже, дослідження психологічних механізмів управління конфліктами в мультидисциплінарних командах реабілітаційного центру в умовах воєнного стану має важливе теоретичне та практичне значення, спрямоване на забезпечення психічного добробуту фахівців і підвищення якості реабілітаційного процесу в Україні.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Війна в Україні радикально змінила контекст функціонування реабілітаційних служб і нормативно закріпила командну, мультидисциплінарну модель надання допомоги. Положення МОЗ про мультидисциплінарні команди, оновлення форм первинної документації 044-1 та впровадження галузевих стандартів

реабілітації формують рамки колективного прийняття рішень, розподілу ролей і відповідальності, де психологічні механізми попередження та врегулювання конфліктів стають критично важливими [17; 18; 20]. У публічних аналітичних звітах державних інституцій додатково фіксуються системні виклики воєнного часу: кадровий дефіцит, високе емоційне навантаження, фрагментована логістика, що підсилює конфліктогенність взаємодії в командах [19]. Водночас розвиток реабілітаційної системи (створення повного складу МДК, навчання фахівців, упровадження ICF-підходу) підкреслює потребу в доказових психоемоційних і комунікативних інтервенціях, які знижують ризик ескалації суперечностей і підтримують командну узгодженість [17; 21; 32].

Українські дослідження безпосередньо презентують два вектори, релевантні конфлікт-менеджменту в медичних/реабілітаційних командах. Перший – праці, що описують психотравматичні й організаційні умови війни та їхній вплив на професійні колективи (вигорання, вторинна травматизація, емоційна вразливість, рольова невизначеність). Огляд у журналі «Trauma» демонструє системний зв'язок між вигоранням фахівців МД-команд і погіршенням якості взаємодії, пропонуючи мультикомпонентні програми профілактики конфліктів через підтримку добробуту персоналу [25]. Методичні матеріали для цивільних психологів, які працюють із військовими та ветеранами, підкреслюють необхідність командної координації підходів і мовних/етичних правил у роботі з травмою, що здатне значно знижувати конфронтаційність між спеціальностями [11]. Другий вектор – публікації в галузі організаційної, конфліктологічної та військової психології, які уточнюють типологію конфліктів, стилі поведінки та компетентності фахівців, що мають бути цілеспрямовано розвинені в українських реабілітаційних закладах [1; 4; 6; 7; 12; 13; 14; 16; 22].

У міжнародних дослідженнях, присвячених проблемам міжпрофесійної практики та злагоджених роботі команд у сфері охорони здоров'я, чітко простежується три напрямки, що безпосередньо підживлюють модель

психологічних механізмів управління конфліктами в мультидисциплінарній реабілітації:

1. Психологічна безпека як умова конструктивної незгоди: систематичні огляди та емпіричні роботи показують, що психологічна безпека підсилює готовність «говорити вголос» про ризики та помилки, знижує ворожість і переводить суперечку з площини особистісних атак у площину завдання й навчання [34; 35; 37; 40].

2. Вплив типів конфлікту на ефективність: класичні мета-аналізи розрізняють конфлікти на рівні завдань (task) і конфлікти на рівні стосунків (relationship). Перший рівень може бути нейтральним або помірно корисним, якщо залишається керованим, тоді як другий послідовно шкодить результатам і задоволенню учасників [30].

3. Інструменти діагностики та навчання: ТКІ-модель (Thomas–Kilmann), чек-листи JBI, симуляційні тренінги та структуровані «правила гри» в міжпрофесійній взаємодії демонструють позитивний вплив на трансфер умінь деескалації конфліктів і стабілізацію ролей [26; 33; 38; 41].

Спеціалізовані огляди щодо конфліктів у клінічних середовищах деталізують три рівні детермінант: індивідуальний (довіра, схильність до уникання/конкуренції, професійна ідентичність), командний (ролі, ієрархія, мікроклімат, комунікація) і системний (навантаження, дефіцит ресурсів, ризики безпеки), а також підкреслюють актуальність контекстних програм для конкретних відділень – від екстреної допомоги до хірургії й реабілітації [27; 29; 31; 39]. Для українського контексту ці висновки накладаються на унікальні стресори: атаки на медичну інфраструктуру, небезпеку для персоналу, нестабільні логістичні ланцюги, що посилює ймовірність конфліктів між спеціалістами щодо пріоритизації дій і розподілу обмежених ресурсів [28; 36].

В українських публікаціях останніх років прослідковується формування конфліктологічної компетентності як професійної для соціальних і медичних фахівців у воєнних умовах: від нормативного окреслення ролей МД-команди до емпіричних досліджень стилів поведінки в конфліктах та психотерапевтичних

наслідків війни для командної взаємодії [1; 4; 7; 16; 17; 18; 22]. Досвід розгортання МД-реабілітації за стандартами ICF (індивідуальний план реабілітації, документування, координація та лідерство PRM-лікаря) створює інституційну передумову для впровадження системи «раннього попередження конфліктів» у командах: регулярні МД-обговорення із фіксацією розбіжностей, психологічні «тайм-аут»-процедури та рольові рефлексії, супервізійні формати для складних випадків [17; 20; 21; 32]. Проте цей практичний прогрес поки що випереджає академічну валідацію в українських наукових публікаціях. Відмічається значний брак крос-секційних і лонгітюдних досліджень у реабілітаційних центрах, які б пов'язували рівень психологічної безпеки, конфліктні епізоди, вигорання та об'єктивні показники якості реабілітації (дотримання планів, утримання пацієнта в програмі, функціональні індикатори) [25; 30; 34; 35; 37; 40].

Ситуаційно найближчими до реабілітаційних команд є дані з екстреної та хірургічної допомоги: вони показують, що найчастіші «спалахи» конфліктів пов'язані з подвійним підпорядкуванням, розмитістю меж компетенцій, дефіцитом часу на «узгоджувальні» комунікації та нерівністю статусів спеціальностей [27; 29; 31; 39]. Варіативність стилів розв'язання конфліктів у майбутніх лікарів і медсестер (переважання компромісу чи уникання) свідчить про потребу таргетованого тренінгу співпраці з відпрацюванням мовленнєвих навичок, алгоритмів ескалації та ролей «посередника» в команді [31; 38; 41]. Для України це може бути реалізовано через симуляційні модулі під реальні ІСР-кейси та «критичні комунікації» на МД-радах (запис у форму 044-1 типових зон незгоди та можливих шляхів для її подолання), супроводжені психологом/супервізором [18; 20; 38].

Водночас навіть за наявності міжнародних «золотих стандартів» залишаються прогалини. По-перше, український воєнний контекст зумовлює специфічні конфліктні тригери: моральне навантаження, зіткнення етичних пріоритетів (пацієнт/ресурс/безпека команди), правові ризики (скарги, криміналізація медичної помилки), що наразі відображені переважно в

нормативних документах чи медіапублікаціях, а не в рецензованих емпіричних роботах [17; 28; 36]. По-друге, не вистачає моделей, які інтегрують рівні «психологічна безпека → стиль реагування → тип конфлікту → командні процеси → результати реабілітації» в умовах тривалого стресу, евакуацій і нестачі обладнання. По-третє, практично відсутні рандомізовані або принаймні квазіекспериментальні оцінки ефективності МД-інтервенцій (правила дебрифінгу, «червоні лінії» комунікації, медіація всередині команди, рольові ротації) у реабілітаційних підрозділах. Саме цим невирішеним частинам загальної проблеми й присвячується дана кваліфікаційна робота: розробці та перевірці моделі психологічних механізмів, що поєднує безпеку, регуляцію афекту, когнітивні рамки незгоди та структуровані комунікації в МД-реабілітаційних командах воєнного часу.

Окреслюючи авторську позицію, ми спираємося на поєднання трьох підходів. 1. Нормативно-організаційний: формальні правила (Положення, стандарти, форма 044-1) мають бути «психологічно активовані» через явні комунікативні протоколи – чек-листи заперечень, безпечні фрази для конструктивної незгоди, визначення «суддівської» ролі у складних випадках [17; 18; 20; 41]. 2. Психологічний: підтримка психологічної безпеки, стрес-менеджменту профілактика вигорання, які в міжнародних оглядах визнаються ефективними, але мають бути перевірені в українських реаліях [34; 35; 37; 40]. 3. Технологічний: симуляції, структуровані МД-тренінги та ICF-документування виконують роль «зовнішньої пам'яті» команди, нормують незгоду та перетворюють її на ресурс для спільного планування, що знижує ризик внутрішніх конфліктів [21; 29; 31; 32; 38].

Таким чином, аналіз останніх досліджень та публікації з проблеми дослідження показав, що існує достатній теоретичний і прикладний фундамент (особливо у сфері психологічної безпеки, типології конфлікту та навчальних інструментів), для конструювання інтервенції для МД-реабілітації; українські публікації останніх років створюють необхідний контекст війни, але емпіричних робіт саме у реабілітаційних підрозділах вкрай недостатньо.

Відкритими залишаються питання валідних метрик конфлікту й безпеки для МД-реабілітації, причинно-наслідкових зв'язків із реабілітаційними результатами та ефективності локально адаптованих програм медіації/деескалації. Саме ці аспекти формують логіку й предмет подальшого дослідження.

Метою дослідження є визначення психологічних механізмів управління конфліктами в мультидисциплінарних командах реабілітаційного профілю в умовах воєнного стану, пошук ефективних шляхів підвищення якості міжпрофесійної взаємодії.

Відповідно до мети було сформовано наступні **завдання** дослідження:

1. Здійснити теоретико-методологічний аналіз сучасних наукових підходів до проблеми конфліктів в мультидисциплінарних професійних командах.
2. Розробити та обґрунтувати комплекс методів емпіричного дослідження психологічних механізмів управління конфліктами в мультидисциплінарних командах реабілітаційного центру.
3. Емпірично дослідити стратегії поведінки фахівців у конфліктних ситуаціях, встановити чинники, що зумовлюють вибір конструктивних і деструктивних стратегій взаємодії в команді.
4. Сформулювати практичні рекомендації щодо запобігання й конструктивного врегулювання конфліктів у мультидисциплінарних командах реабілітаційних центрів в умовах воєнного стану.

Об'єкт дослідження – психологічні особливості професійної взаємодії фахівців у мультидисциплінарних командах.

Предмет дослідження – психологічні механізми управління конфліктами в мультидисциплінарних командах реабілітаційного центру в умовах воєнного стану.

Методологічна база дослідження. Для реалізації завдань дослідження використовувались три групи методів: теоретичні (аналіз, синтез, узагальнення та систематизація наукових джерел, індуктивні та дедуктивні умовиводи);

емпіричні (анкетування, тестування); методи математико-статистичної обробки емпіричних даних (описова статистика, кореляційний аналіз за методом рангової кореляції Спірмена).

Метод тестування передбачав використання таких стандартизованих психодіагностичних методик: опитувальника «Типи поведінки в конфлікті» К. Томаса, Р. Кілманна в адаптації Н. Грішиної – для визначення індивідуальних стилів поведінки у конфліктних ситуаціях; методики «Управління міжособистісними конфліктами» Д. Веттена, К. Камерона – для вивчення стратегій регуляції та вирішення конфліктних ситуацій у професійному середовищі; шкали психологічної безпеки А. Едмондсон – для оцінювання рівня довіри, відкритості та підтримки в командній взаємодії; методики діагностики професійного вигорання (MBI) К. Маслач і С. Джексон в адаптації Н. Водоп'янової – для оцінки рівня професійного вигорання; опитувальника емоційного інтелекту Н. Холла – для визначення рівня розвитку емоційної усвідомленості, саморегуляції, емпатії та здатності до конструктивної емоційної взаємодії.

Елементи наукової новизни. Наукова новизна дослідження полягає у теоретико-емпіричному обґрунтуванні психологічних механізмів управління конфліктами в мультидисциплінарних командах реабілітаційного профілю в умовах воєнного стану. Уперше визначено та описано взаємозв'язок між рівнем емоційного інтелекту, психологічною безпекою, конфліктологічними вміннями та професійним вигоранням як системоутворювальними чинниками конструктивної конфліктної поведінки. Уточнено зміст і структуру поняття психологічні механізми управління конфліктами з урахуванням специфіки командної взаємодії фахівців різного профілю у сфері реабілітації. Емпірично доведено, що емоційний інтелект виконує функцію емоційно-регуляторного ресурсу, який посередковує зв'язок між психологічною безпекою колективу та вибором конструктивних стратегій поведінки у конфліктних ситуаціях. Отримані результати доповнюють наукові уявлення про роль емоційних і когнітивних компонентів у забезпеченні ефективності командної взаємодії та

розширюють уявлення про профілактику деструктивних форм конфліктності в професійному середовищі.

Практична значущість отриманих результатів. Отримані результати можуть бути використані у практиці роботи керівників та фахівців мультидисциплінарних команд закладів охорони здоров'я та реабілітаційних центрів для вдосконалення управління міжособистісними конфліктами, підвищення рівня психологічної безпеки та ефективності професійної взаємодії; у діяльності практичних психологів – для розроблення програм розвитку емоційного інтелекту, профілактики професійного вигорання та формування конструктивних стратегій поведінки; у навчальному процесі закладів вищої освіти – як науково-методична основа для підготовки курсів і тренінгів з психології конфлікту, емоційної регуляції та командної роботи.

Публікації автора за темою дослідження. Татьянчиков А.О., Скалозуб О.В. Психологічні механізми управління конфліктами в мультидисциплінарних командах реабілітаційного центру в умовах воєнного стану. *Сучасна психологія: виклики та перспективи : збірник матеріалів Всеукраїнської науково-практичної конференції, присвяченої Міжнародному дню ментального здоров'я (м. Одеса, 10 жовтня 2025 р.)* / за заг. ред. М.Р. Аракеляна. Одеса : Видавництво «Юридика», 2025.

Структура роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел, який містить 41 найменувань, 7 додатків. Основний зміст роботи викладено на 45 сторінках, проілюстровано 4 таблицями та 1 рисунком. Загальний обсяг роботи складає 65 сторінок.

РОЗДІЛ 1.

МЕТОДИКО ДОСЛІДНИЦЬКІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ МЕХАНІЗМІВ УПРАВЛІННЯ КОНФЛІКТАМИ В МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИХ КОМАНДАХ

1.1. Організація дослідження

Проведений аналіз теоретичних джерел і сучасних наукових досліджень з проблеми психологічних механізмів управління конфліктами в професійному середовищі засвідчив складність і багатовимірність цього феномена, а також недостатню вивченість його проявів у мультидисциплінарних командах закладів охорони здоров'я та реабілітаційних центрів. Це зумовило необхідність проведення власного емпіричного дослідження, спрямованого на виявлення індивідуально-психологічних чинників, що впливають на характер конфліктної взаємодії фахівців різних професійних напрямів.

Дослідження здійснювалось упродовж січня – липня 2025 року та передбачало чотири взаємопов'язаних етапи.

На першому, підготовчому, етапі (січень 2025 року) було здійснено системний аналіз сучасних українських і зарубіжних джерел, присвячених проблематиці конфліктів у професійній взаємодії, особливостям командної роботи в медико-психологічній сфері та ролі емоційного інтелекту як регулятора міжособистісної поведінки. На основі огляду літератури уточнено теоретичну модель дослідження, визначено провідні психологічні змінні – типи поведінки в конфлікті, рівень психологічної безпеки, особливості управління міжособистісними конфліктами та емоційний інтелект. Було підібрано й адаптовано відповідний психодіагностичний інструментарій, який забезпечує комплексне вимірювання зазначених характеристик.

Теоретико-методологічною основою дослідження психологічних механізмів управління конфліктами в мультидисциплінарних командах стали провідні наукові підходи вітчизняної та зарубіжної психології, що

забезпечують комплексне розуміння конфліктної взаємодії в професійному середовищі.

1. Системний підхід (Л. С. Виготський, Б. Ф. Ломов, О. М. Леонтьєв, К. А. Абульханова-Славська) – дозволяє розглядати конфлікт як елемент цілісної системи міжособистісних та професійних відносин, у якій взаємодіють особистісні, соціальні та організаційні чинники.

2. Діяльнісний підхід (О. М. Леонтьєв, С. Л. Рубінштейн, А. Н. Леонтьєв, Б. Г. Ананьєв) – слугує основою для розуміння конфлікту як закономірного прояву професійної діяльності, що пов'язаний із суперечностями між мотивами, цілями та засобами діяльності учасників команди.

3. Когнітивно-поведінковий підхід (А. Бек, А. Елліс, Дж. Келлі, Р. Лазарус) – дає змогу пояснити роль когнітивних установок, емоційної регуляції та способів інтерпретації ситуацій у виникненні та вирішенні конфліктів.

4. Гуманістичний підхід (К. Роджерс, А. Маслоу, Г. Олпорт) – підкреслює значення саморозвитку, емпатії, емоційного прийняття й автентичності у взаємодії фахівців, що сприяє конструктивному подоланню конфліктів і формуванню психологічної безпеки в команді.

5. Транзакційна теорія стресу і копіngu (Р. Лазарус, С. Фолкман) – використовується для аналізу процесів емоційної саморегуляції, оцінки ситуацій та вибору стратегій поведінки в умовах конфлікту.

6. Психологічна теорія емоційного інтелекту (П. Саловей, Дж. Майєр, Д. Гоулман, Р. Бар-Он) – є основою для розуміння емоційного інтелекту як механізму управління конфліктами, що забезпечує адекватну саморегуляцію, емпатію та ефективну комунікацію в командній взаємодії.

7. Соціально-психологічний підхід до вивчення конфліктів (К. Томас, Р. Кілманн, М. Дойч, Л. Козер, Г. Андрєєва) – визначає типи поведінки в конфліктних ситуаціях і дозволяє оцінити їхній вплив на ефективність спільної діяльності.

8. Підхід до дослідження психологічної безпеки в організаціях (А. Едмондсон, Е. Шейн, Д. Кац, Р. Кан) – забезпечує розуміння зв'язку між

довірою, відкритістю, підтримкою в команді та рівнем конструктивності конфліктних процесів.

Зазначені теоретичні підходи створюють методологічну основу для цілісного аналізу феномену конфлікту як соціально-психологічного процесу та визначення психологічних механізмів, що забезпечують його ефективне управління в мультидисциплінарних командах.

При плануванні дослідження ми виходили з того, що управління конфліктами є багаторівневим процесом, який охоплює кілька взаємопов'язаних психологічних рівнів:

1. Поведінковий – вибір конкретних стратегій поведінки – співпраці, компромісу, уникнення, пристосування або суперництва.

2. Когнітивний – способи сприйняття конфліктної ситуації, інтерпретації мотивів інших учасників, оцінка власної позиції та можливих наслідків конфлікту.

3. Організаційно-комунікативний - колективні норми, стиль керівництва, рівень психологічної безпеки та якість міжпрофесійної взаємодії в команді.

4. Емоційний – здатність до емоційної саморегуляції, емпатії, контролю афективних реакцій та підтримання емоційної рівноваги під час взаємодії.

Такий підхід дозволяє розглядати конфлікт не лише як міжособистісне зіткнення, а як динамічний процес регуляції соціально-психологічних відносин у професійному середовищі.

У цьому контексті вибір психодіагностичних методик зумовлений необхідністю комплексного вивчення когнітивного, емоційного та поведінкового рівнів управління конфліктами у професійному середовищі мультидисциплінарних команд.

Для дослідження поведінкових стратегій у конфліктних ситуаціях було обрано опитувальник «Типи поведінки в конфлікті» К. Томаса, Р. Кілманна (ТКІ), який дозволяє визначити домінуючий стиль реагування (співпраця, компроміс, суперництво, пристосування, уникнення) і відображає індивідуальні особливості поведінкової регуляції конфліктів.

Методика «Управління міжособистісними конфліктами» Д. Веттена, К. Камерона спрямована на вивчення когнітивного рівня – усвідомлених стратегій і установок, що визначають вибір способів взаємодії у конфліктних ситуаціях, а також на оцінку ефективності управлінських дій і прийняття рішень у команді.

З метою дослідження організаційно-комунікативного рівня, що визначає психологічний клімат і ступінь безпеки у взаємодії членів команди, застосовано шкалу психологічної безпеки А. Едмондсон (Edmondson Team Psychological Safety Scale). Вона дає змогу оцінити рівень довіри, відкритості, підтримки та сприйняття ризику висловлення власних думок у колективі.

Для аналізу емоційно-енергетичного рівня функціонування фахівців у процесі командної взаємодії було застосовано методику діагностики професійного вигорання MBI (Maslach Burnout Inventory, К. Маслач і С. Джексон) в адаптації Н. Водоп'янової.

Використання цього інструменту зумовлене необхідністю врахування психоемоційного виснаження як чинника, що істотно впливає на ефективність управління конфліктами в мультидисциплінарних командах реабілітаційного профілю.

Методика дозволяє оцінити ступінь емоційного виснаження, рівень деперсоналізації та редукції професійних досягнень, тобто ті показники, що безпосередньо корелюють із толерантністю до стресу, гнучкістю реагування та здатністю до конструктивного розв'язання суперечностей у професійному середовищі.

Для аналізу емоційного рівня управління конфліктами використано опитувальник емоційного інтелекту Н. Холла, який дозволяє оцінити ступінь розвитку емоційної обізнаності, саморегуляції, емпатії, самомотивації та здатності розуміти емоції інших – тобто тих компонентів, які забезпечують конструктивну поведінку під час конфлікту.

До складу психодіагностичного інструментарію було включено також авторську анкету, метою якої є збір загальних соціально-демографічних і

професійних даних, а також первинне виявлення особливостей конфліктних взаємодій у мультидисциплінарних командах.

Використання анкети є методологічно обґрунтованим, оскільки вона забезпечує контекстуалізацію результатів психодіагностичних методик, дозволяючи врахувати такі змінні, як вік, стать, професійна роль у команді (лікар, фізіотерапевт, ерготерапевт, психолог, реабілітолог, асистент тощо), досвід роботи, тривалість участі в міждисциплінарній співпраці тощо. Це дає змогу інтерпретувати результати тестування з урахуванням професійної специфіки та соціально-психологічних характеристик учасників.

Крім базових показників, до анкети включено блок запитань про досвід конфліктів у процесі мультидисциплінарної взаємодії – частоту їх виникнення, типові причини, способи реагування, сприйняття підтримки з боку колег та керівництва, а також суб'єктивну оцінку ефективності командної комунікації. Авторська анкета для фахівців мультидисциплінарної команди представлена в Додатку А.

Другий, емпіричний, етап дослідження здійснювався протягом січня – лютого 2025 року на базі відділення медичної реабілітації Комунального некомерційного підприємства «Білгород-Дністровська міська багатoproфільна лікарня» Білгород-Дністровської міської ради Одеської області, під час проходження переддипломної практики.

У відділенні надається реабілітаційна допомога особам з обмеженням повсякденного функціонування, особам з інвалідністю, дітям з інвалідністю, особам, які потребують реабілітації у післягострому та довготривалому реабілітаційних періодах на підставі ліцензії на провадження господарської діяльності в медичній практиці, що передбачає право здійснення реабілітації у сфері охорони здоров'я.

До вибірки дослідження увійшли співробітники відділення – члени мультидисциплінарної команди з реабілітації та окремі працівники відділення. До складу мультидисциплінарної команди, згідно з наказом головного лікаря закладу, входять 11 фахівців: лікар-реабілітолог, лікар з лікувальної

фізкультури, лікар-педіатр, лікар-невролог, лікар ортопед-травматолог, лікар-терапевт, лікар ортопед-травматолог дитячий, лікар психотерапевт, логопед, ерготерапевт, фізичний терапевт. Додатково до досліджено залучено наступних фахівців: клінічний психолог, асистент фізичного терапевта, асистент ерготерапевта, медична сестра ЛФК. Таким чином вибірку дослідження склали 15 осіб (9 жінок, 6 чоловіків) віком від 28 до 54 років (середній вік – $38,6 \pm 6,7$ року). Стаж професійної діяльності респондентів коливається від 3 до 25 років (у середньому – $11,3 \pm 5,4$ року).

Учасники дослідження були проінформовані про цілі дослідження та надали добровільну згоду на участь в ньому. Дослідження здійснювалось із суворим дотриманням етичних норм психодіагностичного процесу та професійної етики.

Процедура дослідження передбачала заповнення заздалегідь підготовлених друкованих бланків анкети та психодіагностичних методик з подальшою кількісною та якісною обробкою результатів.

На третьому, аналітико-інтерпретаційному етапі (березень – червень 2025 року) здійснено обробку та аналіз отриманих емпіричних даних із використанням програм MS Excel та Jamovi. Статистичний аналіз включав описову статистику, частотний аналіз, розрахунок середніх значень та а також кореляційний аналіз (коефіцієнт рангової кореляції Спірмена) для виявлення взаємозв'язків між досліджуваними показниками. Особливу увагу приділено порівнянню результатів між фахівцями різного профілю з метою виявлення професійно зумовлених відмінностей у механізмах управління конфліктами.

На четвертому, прикладному етапі (липень-вересень 2025 року) було узагальнено результати дослідження та сформульовано практичні рекомендації щодо підвищення ефективності командної взаємодії, зниження конфліктогенності середовища та розвитку емоційної компетентності фахівців. Запропоновані заходи можуть бути впроваджені у діяльність медико-психологічних служб, керівників реабілітаційних центрів, освітніх і лікувальних закладів, а також використані для розроблення програм

підвищення кваліфікації фахівців, спрямованих на розвиток психологічної безпеки й конструктивних стратегій поведінки в конфліктних ситуаціях.

1.2. Психодіагностичний інструментарій дослідження

З метою виявлення психологічних механізмів управління конфліктами в мультидисциплінарних командах реабілітаційних центрів в умовах воєнного стану було використано комплекс валідних психодіагностичних методик, що дозволяють охопити індивідуально-поведінкові, емоційно-регуляторні та соціально-психологічні аспекти конфліктної взаємодії. Добір інструментарію здійснювався відповідно до мети, предмета й завдань дослідження, а також із урахуванням принципів надійності, адаптованості до українського контексту та можливості практичного застосування в реабілітаційних установах. Обрані методики дають змогу визначити типи стратегій розв'язання конфліктів, рівень психологічної безпеки в команді та інтенсивність емоційного вигорання як ключові компоненти механізмів управління конфліктами в професійному середовищі.

Особливості поведінки працівників відділення в конфліктних ситуаціях досліджувались за допомогою опитувальника «Типи поведінки в конфлікті» К. Томаса, Р. Кілманна (The Thomas–Kilmann Conflict Mode Instrument, TKI), адаптованого Н. Грішиною [23]. Методика базується на двомірній моделі регулювання конфліктів: увага до інтересів інших з одного боку та ігнорування цілей оточуючих (кооперація) і захист власних інтересів (напористість) – з іншого.

Тест дозволяє оцінити вираженість п'яти типів поведінки в конфліктній ситуації:

1. Суперництво (конкуренція) – прагнення досягти своїх інтересів на шкоду іншому.
2. Пристосування – принесення в жертву власних інтересів заради іншого.

3. Компроміс – угода на основі взаємних поступок; пропозиція варіанту, що знімає виникле протиріччя.

4. Уникнення – відсутність прагнення до кооперації та відсутність тенденції до досягнення власних цілей.

5. Співробітництво – учасники ситуації приходять до альтернативи, що повністю задовольняє інтереси обох сторін.

Опитувальник складається з 30 пар тверджень, в кожній з яких випробовуваному необхідно обрати те, яке найбільше та найчастіше характеризує його поведінку в конфліктній ситуації. Обробка результатів здійснюється шляхом нарахування 1 балу за кожне співпадіння з ключем. За кожною з 5 шкал підраховується сума балів, яка і визначає ступінь вираженості того чи іншого типу поведінки.

Перелік тверджень опитувальника та ключ для обробки результатів наведено в Додатку Б.

Для визначення рівня сформованості конфліктологічних умінь і навичок використовувалась методика «Управління міжособистісними конфліктами» (Д. Веттен, К. Камерон) [10]. Опитувальник складається з 24 тверджень, кожне з яких респондент оцінює за шестибальною шкалою: «1» – повністю не згоден; «2» – не згоден; «3» – швидше не згоден; «4» – швидше згоден; «5» – згоден; «6» – цілком згоден. Підсумковий показник інтерпретується так: 97 балів і менше – низький рівень; 98–115 балів – середній; 116 балів і більше – високий.

Твердження опитувальника згруповані таким чином, щоб виявляти рівень сформованості конфліктологічних компетенцій за трьома компонентами: попередження виникнення невдоволення; реагування на критику; виконання посередницької ролі у врегулюванні конфлікту. Зміст пунктів у кожному блоці дозволяє робити висновки щодо розвитку таких умінь: прогнозування конфлікту, конструктивне сприйняття критичних зауважень, ухвалення оптимального рішення в конфліктній ситуації.

Методика дає змогу визначити як загальний рівень конфліктологічних умінь і навичок, так і показники за кожною субшкалою окремо. За кожною

субшкалою можливий діапазон від 8 до 48 балів. Водночас безпосередньо порівнювати бали різних субшкал некоректно, оскільки вони відображають різні за природою явища. Кількісні межі інтерпретуються так: 8–32 бали – уміння не сформоване; 32–38 балів – уміння перебуває на стадії формування; 38–48 балів – уміння сформоване.

Перелік тверджень методики та ключ для обробки результатів наведено в Додатку В.

Для оцінювання суб'єктивного відчуття безпеки працівників у межах колективу мультидисциплінарної команди використовувалась методика «Шкала психологічної безпеки команди» А. Едмондсон [10]. Її основне призначення полягає у виявленні того, наскільки члени команди відчують можливість відкрито висловлювати власні думки, пропонувати нові ідеї, ставити запитання чи висловлювати сумніви без страху осуду або негативних наслідків. Методика дає змогу діагностувати проблеми соціально-психологічного клімату, рівень прийняття різних точок зору та ступінь готовності групи до конструктивного обговорення суперечливих питань. Дана методика широко застосовується у сфері організаційної, соціальної та економічної психології для аналізу впливу психологічної безпеки на ефективність роботи команд, задоволеність персоналу, мотивацію й продуктивність. Крім того, вона може використовуватись для моніторингу змін у міжособистісних стосунках та організаційній культурі після впровадження психологічних або управлінських інтервенцій.

Опитувальник містить 7 тверджень, які респонденти оцінюють за п'ятибальною шкалою Лайкерта (від 1 – «повністю не згоден» до 5 – «повністю згоден»). Загальний показник визначається шляхом підсумовування балів за всіма пунктами (мінімум – 7, максимум – 35). Для групового аналізу розраховується середнє арифметичне значення, що відображає рівень психологічної безпеки команди.

Інтерпретація результатів здійснюється наступним чином: 7–15 балів – низький рівень психологічної безпеки; 16–25 балів – середній рівень; 26–35 балів – високий рівень. Перелік тверджень методики наведено в Додатку Г.

Для оцінки рівня професійного вигорання застосовано методику діагностики професійного вигорання (MBI), розроблений К. Масlach і С. Джексон та адаптований Н. Водоп'яною [15]. Ця методика спрямована на виявлення ступеня сформованості синдрому емоційного вигорання – стану хронічного психоемоційного виснаження, що виникає внаслідок тривалих професійних навантажень та інтенсивної міжособистісної взаємодії. Методика MBI є одним із найбільш валідних і надійних інструментів оцінки емоційного вигорання серед фахівців допомагаючих професій і може бути використана як для діагностики індивідуального стану, так і для аналізу психоемоційного клімату в колективі.

Опитувальник дозволяє оцінити три структурні компоненти вигорання:

1. Емоційне виснаження – переживання емоційної порожнечі, втоми, відчуття надмірного навантаження та енергетичного виснаження;
2. Деперсоналізація – формування емоційної дистанції у стосунках із пацієнтами чи колегами, схильність до байдужості або цинізму;
3. Редукція особистих досягнень – зниження суб'єктивної оцінки власної компетентності, ефективності та професійної значущості.

Методика складається з 22 тверджень, що описують різні емоційні стани, пов'язані з професійною діяльністю. Респонденти оцінюють частоту кожного з них за 7-бальною шкалою: від «ніколи» (0 балів) до «щодня» (6 балів).

Підрахунок результатів проводиться окремо за кожною шкалою відповідно до ключа. Високі бали за шкалами емоційного виснаження та деперсоналізації у поєднанні з низькими показниками особистісних досягнень свідчать про високий рівень професійного вигорання.

Граничні значення показників у методиці становлять: 54 бали – для шкали «Емоційне виснаження», 30 балів – для «Деперсоналізації» та 48 балів –

для «Редукції особистісних досягнень». Таким чином, сукупний максимально можливий результат опитувальника дорівнює 132 балам.

Детальний перелік тверджень, інструкція щодо заповнення та ключ для обробки результатів наведені у Додатку Д.

Для визначення рівня емоційного інтелекту використовувалась методика «Оцінка емоційного інтелекту» (Н. Холл) [8]. Тест призначений для вивчення здатності людини усвідомлювати власні та чужі емоції, розуміти міжособистісні стосунки, які вони відображають, і свідомо керувати власним емоційним станом у процесі прийняття рішень та соціальної взаємодії.

Опитувальник містить 30 тверджень, що об'єднані у п'ять шкал, кожна з яких відображає окремий аспект емоційної компетентності:

Емоційна усвідомленість – уміння розпізнавати власні емоції та розуміти їхній вплив на поведінку.

Керування емоціями – гнучкість у регуляції почуттів, здатність до самоконтролю в стресових ситуаціях.

Самомотивація – уміння спрямовувати власний емоційний стан на досягнення мети та подолання труднощів.

Емпатія – розуміння емоційних переживань інших людей і здатність співпереживати.

Розпізнавання емоцій інших – уміння визначати емоційний стан співрозмовника та впливати на нього конструктивним способом.

На кожне твердження випробовуваний має надати відповідь від «повністю не згоден» (-3 бали) до «повністю згоден» (+3 бали). Оцінки «0» немає.

Обробка результатів здійснюється шляхом підрахунку суми балів за кожною шкалою. Інтерпретація рівнів емоційного інтелекту за шкалами здійснюється наступним чином: 14 і більше – високий; 8-13 – середній; 7 і менш – низький.

Перелік тверджень методики та ключ для обробки результатів наведено в Додатку Е.

РОЗДІЛ 2.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ МЕХАНІЗМІВ УПРАВЛІННЯ КОНФЛІКТАМИ В МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИХ КОМАНДАХ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ЦЕНТРУ

2.1. Результати анкетування фахівців щодо особливостей конфліктної взаємодії

З метою вивчення особливостей конфліктної взаємодії фахівців мультидисциплінарної команди реабілітаційного центру було проведено анкетування, спрямоване на збирання соціально-демографічних даних, характеристику командної взаємодії та суб'єктивне оцінювання частоти, причин і способів реагування на конфліктні ситуації. Результати анкетування співвідносилися з безпосередніми спостереженнями за поведінкою фахівців у реальних умовах професійної діяльності, здійсненими під час проходження переддипломної практики.

У дослідженні взяли участь 15 фахівців, серед них 9 жінок (60%) і 6 чоловіків (40%) віком від 28 до 54 років (середній вік – $38,6 \pm 6,7$ року). Стаж професійної діяльності респондентів коливався від 3 до 25 років (у середньому – $11,3 \pm 5,4$ року). Більшість учасників (11 осіб) мають досвід роботи в мультидисциплінарній команді понад 3 роки.

Щодо частоти виникнення конфліктів у колективі, 11 опитаних зазначили, що конфлікти виникають епізодично, 2 – рідко, а 2 повідомили про доволі часті випадки конфліктів, переважно в умовах підвищеного навантаження.

Серед типових причин конфліктів, зазначених учасниками дослідження, найчастіше згадувалися: розбіжності у професійних підходах (11 осіб), недостатність комунікації між фахівцями (10 осіб), невизначеність або перетин функціональних ролей (9 осіб), перевантаження або нерівномірний розподіл обов'язків (8 осіб), відмінності у цінностях, світогляді та стилях роботи (6 осіб), особистісна несумісність членів команди (4 особи). Двоє респондентів

додатково вказали інші чинники – зокрема, нестачу часу на колективне обговорення результатів роботи та недостатню координацію з боку керівництва.

Отримані дані свідчать, що основними джерелами конфліктів у мультидисциплінарних командах є комунікативні труднощі, нечіткість розподілу ролей і професійні розбіжності, які поєднуються з перевантаженням персоналу та різницею у стилях взаємодії між фахівцями різних спеціальностей.

Щодо стратегій реагування на конфлікт, більшість опитаних (7 осіб) вказали, що зазвичай відстоюють власну позицію у разі професійної незгоди. Така поведінка є типовою для лікарів, які мають провідну роль у команді, відповідають за прийняття клінічних рішень і несуть більшу відповідальність за результати лікування.

Два респонденти орієнтуються на пошук компромісу, прагнучи узгодити позиції та зберегти конструктивний діалог, цей стиль найчастіше спостерігається у психологів і психотерапевтів. Ще троє фахівців обирають стратегію уникнення, що характерно для логопедів, асистентів і медичних сестер, які займають підпорядковані позиції в структурі команди. Лише двоє учасників зазначили, що зазвичай звертаються до керівництва або старшого спеціаліста для розв'язання конфліктної ситуації.

Психологічний клімат у колективі 7 опитаних оцінили як скоріше сприятливий, 3 – як дуже сприятливий, тоді як 5 – вказали на наявність певної напруженості у стосунках між окремими працівниками, особливо в умовах підвищеного навантаження.

Рівень підтримки з боку колег і керівництва 6 респондентів оцінили як достатній, 6 – як частковий, і ще 3 – як недостатній, зазначивши, що емоційна та адміністративна підтримка не завжди є доступною в умовах великої кількості пацієнтів і кадрового дефіциту.

Щодо участі у розв'язанні конфліктів між колегами, 9 фахівців зазначили, що іноді виконують роль посередника, 3 – роблять це доволі часто, і ще 3 –

ніколи не втручаються у суперечки між колегами. Це свідчить про наявність потенціалу для розвитку медіаторських навичок у команді.

Оцінюючи загальну ефективність вирішення конфліктів у колективі, п'ятеро учасників вважають її достатньо високою, 7 – помірною, а 3 – недостатньою, наголошуючи, що проблеми зазвичай вирішуються, але не завжди приводять до глибокого порозуміння.

Щодо участі у навчальних програмах з конфлікт-менеджменту, четверо фахівців повідомили, що проходили тренінги чи семінари з управління конфліктами або розвитку емоційного інтелекту. Решта одинадцять не мали спеціальної підготовки в цій сфері, що потенційно знижує ефективність конструктивного вирішення конфліктів.

Відповідаючи на питання про якості, які допомагають уникати або зменшувати конфлікти, десять респондентів назвали терпіння та самоконтроль, 9 – емпатію та вміння слухати, 8 – стресостійкість, 7 – комунікативну гнучкість, а 6 – взаємоповагу та почуття гумору.

Отримані результати свідчать про високий рівень усвідомлення значення емоційної саморегуляції, комунікативної культури та емпатії для збереження конструктивних взаємин у професійному середовищі.

Результати анкетування узгоджуються зі спостереженнями, проведеними в процесі практики. Виявлено, що в колективі періодично виникають спірні та конфліктні ситуації, здебільшого між фахівцями різних спеціальностей у зв'язку з розподілом навантаження, черговістю проведення процедур, відмінностями в професійних судженнях або емоційною втомою. Такі конфлікти здебільшого мають ситуативний характер і не супроводжуються тривалим міжособистісним протистоянням.

Спостереження також показали, що емоційне напруження зростає у другій половині робочого дня, коли кількість пацієнтів та інтенсивність роботи досягають максимуму. У цей період спостерігається зниження толерантності до

стресу, поява різких вербальних реакцій, швидких емоційних спалахів, що зникають після короткого відпочинку або втручання колег.

Отже, результати анкетування та спостереження свідчать, що конфлікти у мультидисциплінарній команді мають функціональний, переважно ситуативний характер, зумовлений перевтомою, емоційним вигоранням і дефіцитом ресурсів. Разом із тим, збереження позитивного психологічного клімату забезпечується високою професійною культурою, взаємною повагою та прагненням до командної єдності.

2.2. Результати дослідження психологічних механізмів управління конфліктами

Емпіричне дослідження психологічних механізмів управління конфліктами у мультидисциплінарних командах реабілітаційного відділення було спрямоване на виявлення особливостей когнітивного, емоційного та організаційно-комунікативного рівнів регуляції конфліктної взаємодії. Для цього використовувались стандартизовані психодіагностичні методики, що дозволили комплексно охопити різні аспекти конфліктної поведінки – від стратегій реагування до емоційної саморегуляції та сприйняття безпеки у професійному середовищі.

Особливості поведінки працівників відділення медичної реабілітації в конфліктних ситуаціях досліджувались за допомогою опитувальника «Типи поведінки в конфлікті» К. Томаса, Р. Кілманна (TKI) в адаптації Н. Грішиної. З огляду на невеликий склад вибірки та важливість розуміння індивідуальних профілів стратегій конфліктної поведінки, ми проаналізували дані окремо за кожним фахівцем.

Аналіз індивідуальних профілів (див. рис. 2.1) показав, що у більшості лікарів (реабілітолог, терапевт, невролог, ортопед-травматолог, педіатр) переважає стратегія суперництва або активного відстоювання власної позиції (середні значення 9–10 балів). Це відображає їхню провідну роль у прийнятті

клінічних рішень і високий рівень відповідальності за результати лікування. Однак така стратегія за умов інтенсивного робочого навантаження може підвищувати ризик міжособистісної напруги у команді.

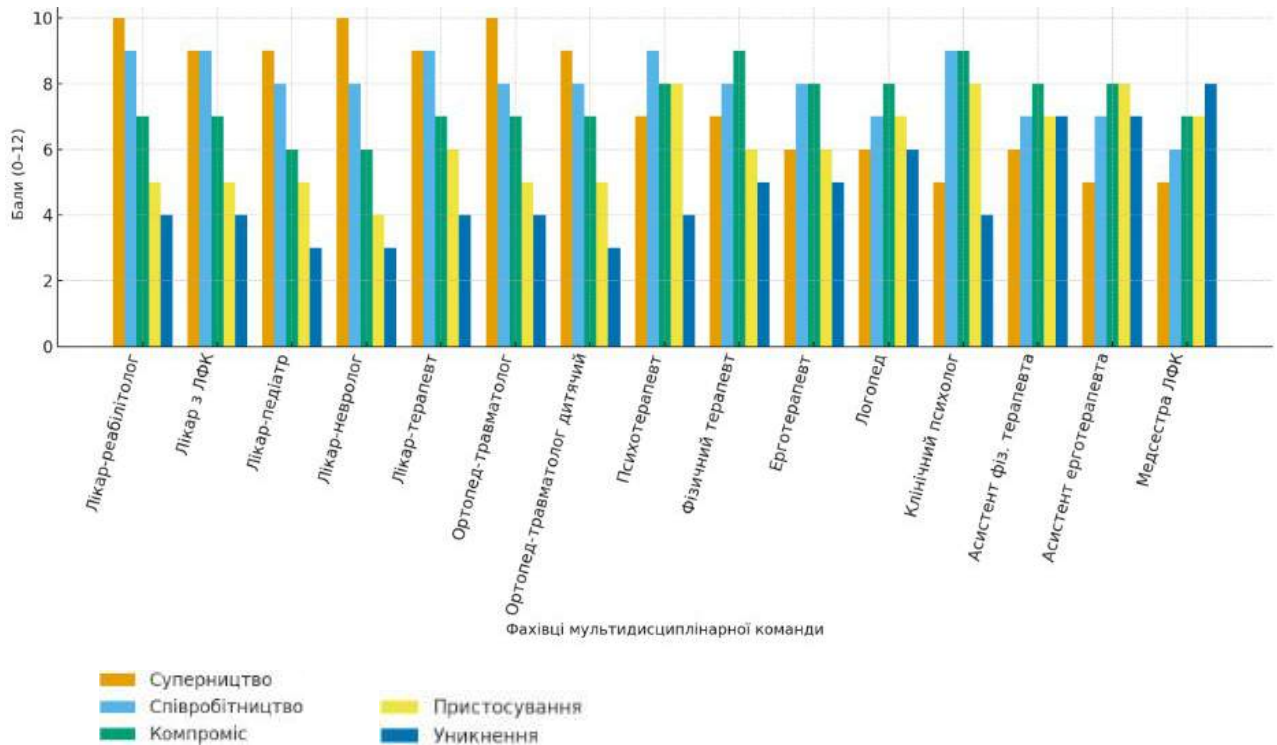


Рис 2.1. Типи поведінки у конфліктних ситуаціях за методикою К. Томаса – Р. Кілманна у працівників реабілітаційного відділення

У лікарів психотерапевта та терапевта, а також у фахівців із фізичної та ерготерапії виявлено більш збалансоване поєднання стратегій співробітництва та компромісу (7–9 балів). Це свідчить про їхню схильність до конструктивного діалогу, готовність враховувати позиції колег і спільно шукати оптимальні рішення під час розбіжностей у професійних підходах.

Серед реабілітологів (фізичний терапевт, ерготерапевт, логопед, асистенти) переважає компромісна поведінка, що проявляється у прагненні зберігати баланс між власними інтересами та потребами інших членів команди. Така стратегія є функціональною в умовах комплексної взаємодії спеціалістів, але іноді може супроводжуватися внутрішньою напругою через постійні поступки.

Психологи (клінічний психолог і лікар-психотерапевт) демонструють найвищі показники співробітництва (9 балів) і пристосування (8 балів), що відображає їх професійну компетенцію у розв'язанні конфліктів ненасильницькими методами, спрямованими на відновлення психологічного комфорту в команді.

Допоміжний персонал (медична сестра, асистенти) частіше обирає стратегії пристосування (7–8 балів) і уникнення (7–8 балів), що можна пояснити підпорядкованим статусом у командній ієрархії та прагненням уникати відкритого протистояння з колегами вищого професійного рівня.

Загалом, структура поведінкових стратегій засвідчує диференціацію стилів реагування залежно від професійної ролі: чим вища управлінська чи клінічна відповідальність фахівця, тим частіше він схильний до суперництва; натомість фахівці, орієнтовані на психоемоційну підтримку, – до співробітництва, компромісу чи пристосування. Це підтверджує багаторівневу природу конфліктної взаємодії у мультидисциплінарних командах, де ефективне управління конфліктами потребує розвитку емоційного інтелекту, комунікативної гнучкості та психологічної безпеки.

Отримані результати за методикою К. Томаса і Р. Кілманна відображають поведінковий рівень управління конфліктами – тобто ті стратегії, які фахівці обирають у реальних ситуаціях протиріч і напруження. Однак ефективність цих стратегій значною мірою залежить від когнітивного рівня – усвідомлених установок, здатності прогнозувати розвиток конфлікту, конструктивно реагувати на критику та виконувати посередницьку роль у складних міжособистісних взаємодіях.

З метою поглибленого аналізу саме цього рівня було використано методику «Управління міжособистісними конфліктами» Д. Веттена, К. Камерона, яка дозволяє визначити ступінь сформованості конфліктологічних умінь і навичок працівників мультидисциплінарної команди за ключовими

аспектами професійної взаємодії. Результати дослідження за цією методикою наведено у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Дані щодо сформованості конфліктологічних умінь і навичок у працівників відділення

Показник	Середнє ($M \pm SD$)	Несформовано	Стадія формування	Сформовано
Попередження виникнення невдоволення	$35,4 \pm 4,7$	3	8	4
Реакція на критику	$33,9 \pm 5,2$	5	7	3
Роль посередника у вирішенні конфлікту	$37,2 \pm 4,3$	2	6	7
Загальний рівень	$106,5 \pm 9,8$	3	8	4

Отримані результати свідчать, що загальний рівень сформованості конфліктологічних умінь і навичок у працівників мультидисциплінарної команди перебуває в межах середнього рівня ($M = 106,5 \pm 9,8$ балів). Це означає, що більшість фахівців володіють базовими знаннями та вміннями у сфері конструктивного управління конфліктами, проте виявляють труднощі у послідовному застосуванні цих умінь у реальних професійних ситуаціях. Високий рівень конфліктологічної компетентності зафіксовано лише у 4 осіб, тоді як 8 осіб перебувають на стадії формування, і 3 – мають низькі показники, що потребує розвитку навичок усвідомленого самоконтролю, прийняття критики й ефективного посередництва.

Найбільш розвиненим виявився компонент «Роль посередника у вирішенні конфлікту» ($M = 37,2 \pm 4,3$). У 7 учасників ці навички сформовані на достатньому рівні, що свідчить про готовність окремих членів команди виконувати функцію медіатора у міжособистісних суперечках. Це, ймовірно, пов'язано з професійною роллю окремих лікарів, психолога та досвідчених терапевтів, які мають вищий авторитет серед колег і демонструють комунікативну гнучкість.

Дещо нижчі показники спостерігаються за шкалою «Попередження виникнення невдоволення» ($M = 35,4 \pm 4,7$). Для більшості респондентів (8 осіб) уміння прогнозувати та своєчасно нейтралізувати конфліктні ситуації перебуває на стадії формування. Це вказує на наявність загальної орієнтації на конструктивну взаємодію, однак недостатню здатність розпізнавати ранні ознаки напруження у команді. Причиною цього може бути висока інтенсивність роботи та емоційне виснаження, що знижують уважність до соціально-психологічного клімату.

Найбільш уразливим компонентом виступає «Реакція на критику» ($M = 33,9 \pm 5,2$). У 5 працівників навички конструктивного сприйняття критики виявилися несформованими. Це свідчить про те, що частина команди схильна до емоційної захисної реакції на зауваження, що ускладнює відкритий діалог і гальмує конструктивне обговорення помилок. Ймовірно, це пов'язано з ієрархічною структурою медичного закладу, де критика може сприйматись як загроза професійному статусу або особистому авторитету.

Таким чином, результати дослідження демонструють, що механізми управління конфліктами у команді загалом функціонують на середньому рівні розвитку. При цьому більш зрілі навички спостерігаються у сфері медіації та врегулювання конфліктів, тоді як профілактика конфліктів та конструктивне реагування на критику залишаються зонами психологічного ризику. Це свідчить про доцільність проведення тренінгів із розвитку емоційної компетентності, навичок конструктивного зворотного зв'язку та командної комунікації, спрямованих на зміцнення соціально-психологічної безпеки та підвищення ефективності спільної роботи команди реабілітаційного відділення.

Наступним етапом дослідження стало вивчення соціально-комунікативного рівня управління конфліктами – зокрема, того, наскільки члени мультидисциплінарної команди відчують підтримку, довіру й безпечність у професійній взаємодії. З цією метою було використано методику «Шкала психологічної безпеки команди» А. Едмондсон, що дозволяє оцінити рівень відкритості, прийняття і конструктивного діалогу в колективі. Її

застосування дозволило визначити, наскільки фахівці реабілітаційного відділення відчують можливість відкрито висловлювати власні думки, пропонувати нові ідеї, ставити запитання чи висловлювати сумніви без страху осуду або негативних наслідків.

Результати тестування показали, що загальний середній показник за вибіркою становить 25,8 бала, що відповідає середньому рівню психологічної безпеки. Це свідчить про загалом сприятливий соціально-психологічний клімат у колективі, де працівники можуть висловлювати власні думки та ініціативи, хоча іноді утримуються від відкритої критики чи обговорення суперечливих питань, побоюючись непорозуміння або негативної оцінки з боку колег.

Аналіз показників за професійними групами виявив помітні відмінності. Найвищий рівень психологічної безпеки спостерігається у лікарів ($M = 27,2$), які мають провідну роль у команді, автономність у прийнятті клінічних рішень і, відповідно, більше відчуття впевненості у власних висловлюваннях. Для них характерне відкрите обговорення професійних питань, хоча іноді воно набуває конфронтаційного відтінку.

Реабілітологи (фізичний терапевт, ерготерапевт, логопед) демонструють середній рівень психологічної безпеки ($M = 25,1$). Вони відзначають загальну підтримку з боку колег, однак уникають прямої критики на адресу лікарів або адміністрації, що відображає прагнення підтримувати робочий баланс.

Психологи та психотерапевт мають помірно нижчий рівень ($M = 24,4$). Хоча вони усвідомлюють важливість відкритого обговорення і вміють підтримувати безпечну атмосферу для інших, власне відчуття свободи висловлювань у професійних питаннях у них дещо нижче через підпорядковану роль у командній ієрархії.

Найнижчі показники психологічної безпеки виявлено у асистентів і медичної сестри ($M = 21,4$). Для них характерне обережне висловлення думок, прагнення уникати конфліктних тем і збереження нейтральної позиції. Це відображає ієрархічну дистанцію та менший ступінь впливу на командні рішення.

Отже, можна зробити висновок, що рівень психологічної безпеки у мультидисциплінарній команді є помірно сприятливим, але нерівномірним, залежно від професійного статусу. Для оптимізації взаємодії доцільно проводити командні супервізії та тренінги з розвитку довіри, конструктивного зворотного зв'язку й комунікативної відкритості, що сприятиме підвищенню згуртованості колективу та ефективності управління конфліктами.

Психологічна безпека команди виступає важливим соціально-психологічним ресурсом, що сприяє відкритому обговоренню суперечностей і конструктивному вирішенню конфліктів. Однак навіть за сприятливого клімату ефективність професійної взаємодії може знижуватися під впливом емоційного виснаження, яке є наслідком тривалого стресу, перевантаження та високої відповідальності, властивих роботі у мультидисциплінарних командах.

З огляду на це наступним етапом дослідження стало вивчення енергетично-емоційного рівня управління конфліктами, який визначається станом професійного благополуччя фахівців. Для цього було застосовано опитувальник MBI, що дало змогу оцінити ступінь вираженості емоційного виснаження, деперсоналізації та редукції особистих досягнень як ключових компонентів синдрому професійного вигорання. Результати дослідження представлено у таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

**Результати дослідження професійного вигорання працівників
відділення**

Показник ПВ	Макс. бал шкали	M±SD	% від макс. балу
Емоційне виснаження	54	31,8 ± 6,7	59%
Деперсоналізація	30	14,2 ± 4,3	47%
Редукція особистих досягнень	48	26,5 ± 5,9	55%
Професійне вигорання	132	72,5 ± 11,2	55%

Отримані результати свідчать про помірний рівень професійного вигорання серед фахівців мультидисциплінарної команди, що є характерним для колективів із високою інтенсивністю міжособистісної взаємодії та значним емоційним навантаженням.

Найбільш вираженим компонентом виявилось емоційне виснаження (59% від максимального балу), що відображає зниження енергетичного потенціалу, психічну втому й відчуття виснаження внаслідок тривалої роботи з пацієнтами, які потребують постійної уваги та емпатії. Цей показник є типовим для медико-реабілітаційних професій, де діяльність пов'язана з високим рівнем емоційного включення.

Деперсоналізація (47%) проявляється у формуванні емоційної дистанції та прагненні зменшити міжособистісну напругу шляхом відстороненості чи формалізації контактів. Це може розглядатись як захисний механізм емоційної саморегуляції, який допомагає тимчасово знизити вплив стресових факторів, але водночас зменшує якість комунікації у команді та емпатійне залучення у роботу з пацієнтами.

Показник редукції особистісних досягнень (55%) відображає помірне зниження суб'єктивного відчуття професійної ефективності. У фахівців може виникати відчуття знецінення власних зусиль, що особливо характерно в умовах дефіциту ресурсів та перевантаження.

Загальний рівень вигорання (55%) демонструє, що емоційний ресурс команди поступово виснажується, що знижує здатність до конструктивного реагування на конфліктні ситуації. Емоційне виснаження та часткова деперсоналізація зменшують толерантність до напруження, підвищують ризик імпульсивних або захисних реакцій, що ускладнює ефективну взаємодію.

Таким чином, професійне вигорання виступає ключовим емоційним механізмом управління конфліктами, який визначає межі адаптаційних можливостей працівників. Високий рівень емоційного виснаження послаблює здатність до саморегуляції, емпатії й конструктивного діалогу, тоді як

підтримання емоційної стабільності є критичним чинником збереження психологічної безпеки й ефективності команди.

Отримані результати дозволили виявити емоційне виснаження як один із ключових факторів, що знижує здатність членів мультидисциплінарної команди до конструктивної взаємодії та ефективного вирішення конфліктів. Виснаження енергетичних і психологічних ресурсів природно зменшує толерантність до стресу, підвищує імпульсивність реакцій та схильність до уникнення напружених ситуацій.

У цьому контексті подальший аналіз було спрямовано на вивчення емоційного інтелекту як ключового компенсаторного ресурсу, який забезпечує емоційну саморегуляцію, підтримку позитивного психологічного клімату та конструктивну поведінку у конфліктних ситуаціях. Високий рівень емоційного інтелекту дозволяє фахівцям не лише ефективніше долати професійне напруження, а й зберігати здатність до емпатії, співпраці та рефлексії навіть у стресових умовах. Саме тому наступним етапом стало застосування методики Н. Холла «Оцінка емоційного інтелекту», спрямованої на визначення розвитку емоційної обізнаності, саморегуляції та міжособистісної чутливості фахівців (див. табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Дані щодо рівня емоційного інтелекту працівників відділення

Показник ЕІ	Середнє ($M \pm SD$)	Низький	Середній	Високий
Емоційна усвідомленість	$12,4 \pm 2,1$	2	8	5
Керування емоціями	$10,8 \pm 2,7$	4	9	2
Самомотивація	$11,6 \pm 2,4$	3	8	4
Емпатія	$13,1 \pm 2,0$	1	7	7
Розпізнавання емоцій інших	$12,9 \pm 1,9$	1	8	6

Результати діагностики свідчать, що загальний рівень розвитку емоційного інтелекту працівників мультидисциплінарної команди перебуває на достатньому (середньому) рівні, із тенденцією до високого за окремими компонентами. Отримані показники вказують на наявність у більшості фахівців сформованих емоційно-комунікативних компетентностей, необхідних для ефективної взаємодії в умовах колективної діяльності, проте також виявляють низку аспектів, що потребують подальшого розвитку.

Найбільш вираженими виявилися показники емпатії ($M = 13,1 \pm 2,0$) та розпізнавання емоцій інших людей ($M = 12,9 \pm 1,9$). Половина опитаних продемонструвала високі результати за цими шкалами, що свідчить про розвинену здатність до емоційного співпереживання, розуміння станів і потреб інших членів команди, а також про готовність підтримувати партнерські стосунки. Це цілком узгоджується зі специфікою діяльності в реабілітаційному відділенні, де ефективна комунікація з пацієнтами й колегами має ключове значення для досягнення терапевтичних цілей.

Дещо нижчими є показники емоційної усвідомленості ($M = 12,4 \pm 2,1$) та самомотивації ($M = 11,6 \pm 2,4$). Хоча більшість фахівців достатньо добре розуміють власні емоційні реакції, не всі вміють перетворювати емоційні переживання на ресурс для підтримання професійної ефективності. Для окремих працівників притаманна схильність до емоційного виснаження, що знижує рівень внутрішньої мотивації та стійкість до стресових факторів.

Найменш розвиненою складовою емоційного інтелекту виявилось керування емоціями ($M = 10,8 \pm 2,7$). Лише у двох учасників цей показник досяг високого рівня, тоді як у чотирьох він був низьким. Це свідчить про певні труднощі у сфері саморегуляції – передусім у ситуаціях емоційного напруження або міжособистісних суперечок. Високі вимоги до точності, швидкості прийняття рішень і постійний контакт із пацієнтами створюють передумови для накопичення стресу, що ускладнює контроль емоцій і може виступати чинником загострення конфліктів.

Примітка: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; $n = 15$ (ρ – коефіцієнт рангової кореляції Спірмена).

СП – Суперництво; СР – Співробітництво; К – Компроміс; П – Пристосування; У – Уникнення; КУ – Конфліктологічні уміння; ПБ – Психологічна безпека; ЕІ – Емоційний інтелект; ПВ – Професійне вигорання.

Результати кореляційного аналізу дозволили виявити системні взаємозв'язки між поведінковими стратегіями у конфліктних ситуаціях, когнітивними, емоційними та соціально-психологічними чинниками, що зумовлюють ефективність управління конфліктами в мультидисциплінарних командах.

Зокрема, встановлено, що стратегія співробітництва тісно пов'язана з конфліктологічними уміннями ($\rho = 0,66$; $p < 0,05$), психологічною безпекою ($\rho = 0,57$; $p < 0,05$) та емоційним інтелектом ($\rho = 0,63$; $p < 0,05$). Це свідчить, що здатність до партнерської взаємодії та конструктивного діалогу базується на розвитку емоційної обізнаності, емпатії, комунікативної відкритості та навичок врегулювання суперечностей. Крім того, співробітництво виявило негативний зв'язок із професійним вигоранням ($\rho = -0,56$; $p < 0,05$), що вказує на роль емоційного ресурсу як умови конструктивної поведінки в команді.

Подібна тенденція простежується і для компромісу, який позитивно корелює з емоційним інтелектом ($\rho = 0,55$), психологічною безпекою ($\rho = 0,44$) та конфліктологічними уміннями ($\rho = 0,60$). Це підтверджує, що готовність до взаємних поступок та пошуку балансу інтересів зростає за умови високої емоційної компетентності, довіри у команді та наявності когнітивних стратегій управління конфліктом.

Натомість стратегія уникнення має зворотні зв'язки з психологічною безпекою ($\rho = -0,54$), емоційним інтелектом ($\rho = -0,46$) та конфліктологічними уміннями ($\rho = -0,40$), а також позитивно пов'язана з професійним вигоранням ($\rho = 0,49$). Це свідчить, що уникання конфліктів часто є наслідком емоційного виснаження, зниження впевненості у власній компетентності та відчуття небезпеки у міжособистісній взаємодії. Стратегія суперництва, у свою чергу, позитивно корелює з вигоранням ($\rho = 0,42$) і негативно – з емоційним

інтелектом ($\rho = -0,41$), що свідчить про її зв'язок з підвищеною емоційною напругою, імпульсивністю й недостатнім самоконтролем.

Суттєві зв'язки виявлено також між інтегральними показниками: конфліктологічні уміння позитивно пов'язані з психологічною безпекою ($\rho = 0,59$) та емоційним інтелектом ($\rho = 0,58$), що свідчить про взаємопідсилювальний характер когнітивних і емоційних компонентів конфліктної компетентності. Психологічна безпека має сильний позитивний зв'язок з емоційним інтелектом ($\rho = 0,69$; $p < 0,01$) і негативний з вигоранням ($\rho = -0,48$), що підкреслює значення емоційної зрілості для формування довірливих відносин у колективі. Найвищий за силою коефіцієнт кореляції виявлено між емоційним інтелектом і професійним вигоранням ($\rho = -0,72$; $p < 0,01$), що підтверджує ключову роль емоційної саморегуляції як захисного механізму від виснаження.

Отже, результати аналізу показують, що емоційний інтелект, конфліктологічні уміння та психологічна безпека є провідними психологічними механізмами управління конфліктами. Вони взаємопов'язані між собою і спільно визначають вибір конструктивних стратегій поведінки – співробітництва та компромісу. Натомість професійне вигорання виступає дестабілізуювальним чинником, який знижує рівень емоційного контролю, послаблює комунікативну гнучкість і підвищує схильність до суперництва чи уникання. Таким чином, управління конфліктами у мультидисциплінарних командах реалізується як комплексна система взаємодії когнітивних, емоційних і соціально-психологічних факторів, що забезпечують адаптивність професійної поведінки.

2.3. Практичні рекомендації з управління конфліктами в мультидисциплінарних командах

Розроблення практичних рекомендацій з управління конфліктами в мультидисциплінарних командах ґрунтується на результатах проведеного

емпіричного дослідження, яке дозволило виявити психологічні механізми, що визначають ефективність взаємодії між фахівцями різного профілю. Отримані дані засвідчили, що ключовими чинниками конструктивного вирішення конфліктів є розвиток емоційного інтелекту, сформованість конфліктологічних умінь і навичок, а також високий рівень психологічної безпеки у команді. Водночас підвищене емоційне виснаження та професійне вигорання виступають дестабілізуючими факторами, які знижують здатність до саморегуляції, емпатії та співробітництва. Виходячи з цього, запропоновані нижче рекомендації спрямовані на запобігання конфліктам, їх раннє виявлення та конструктивне врегулювання шляхом підвищення психологічної компетентності, підтримання емоційного ресурсу й зміцнення довіри у професійному середовищі мультидисциплінарних команд.

При розробці практичних рекомендацій ми виходили з комплексного уявлення про управління конфліктами як про багаторівневий психологічний процес, що охоплює когнітивні, емоційні та поведінкові компоненти взаємодії членів мультидисциплінарної команди. Ураховувались особливості професійної діяльності фахівців різних спеціальностей – лікарів, терапевтів, ерготерапевтів, психологів, логопедів, медичних сестер, – а також виявлені у дослідженні закономірності впливу емоційного інтелекту, конфліктологічних умінь, психологічної безпеки та рівня професійного вигорання на характер конфліктної взаємодії.

Практичні рекомендації були сформовані на основі ретельного аналізу сучасних теоретичних джерел, публікацій практичних фахівців, результатів емпіричних досліджень, а також власного досвіду практичної та адміністративної роботи. Особливу роль відіграли кейси, зафіксовані під час проходження переддипломної практики у відділенні медичної реабілітації, що дозволили конкретизувати прояви конфліктів, стилі їх вирішення та типові труднощі командної взаємодії в реальних умовах. На цій основі були виокремлені ефективні стратегії профілактики, раннього розпізнавання та

конструктивного врегулювання конфліктів у професійному середовищі мультидисциплінарних команд.

Проведене дослідження засвідчило, що конфлікти у мультидисциплінарних командах реабілітаційних відділень найчастіше виникають через перевантаження працівників, нечіткий розподіл функцій, розбіжності у професійних підходах до ведення пацієнтів та недостатню комунікацію між фахівцями. Найбільш схильними до суперництва у конфліктах виявились лікарі, тоді як психологи, психотерапевти та логопеди здебільшого обирають стратегії співробітництва або компромісу. Емоційне вигорання та зниження психологічної безпеки посилюють ризик деструктивної взаємодії, зменшуючи готовність до емпатії, довіри та конструктивного обговорення проблем. Водночас високий рівень емоційного інтелекту, сформовані конфліктологічні уміння й відчуття психологічної безпеки в команді виступають ключовими ресурсами ефективного управління конфліктами.

З урахуванням отриманих результатів, комплекс практичних рекомендацій передбачає взаємопов'язані напрями роботи – індивідуальний, міжособистісний, командний та організаційний. Вони розроблені з метою запобігання конфліктам, формування культури конструктивної взаємодії, підтримання психологічної стійкості фахівців і підвищення ефективності командної роботи.

На індивідуальному рівні доцільно розвивати емоційний інтелект як базовий механізм саморегуляції у стресових і конфліктних ситуаціях. Працівникам рекомендується практикувати щоденне усвідомлення власного емоційного стану, аналіз його впливу на спілкування та прийняття рішень. Високий рівень емоційної усвідомленості та керування емоціями сприяє зниженню імпульсивних реакцій і дозволяє уникати ескалації суперечок. Корисними є техніки короткочасного емоційного розвантаження – глибоке дихання, мікропаузи для відновлення, короткі прогулянки або зміна виду діяльності. Важливо також формувати внутрішню установку на співробітництво, не сприймаючи конфлікт як загрозу, а як можливість для

покращення спільної роботи. Практика рефлексії після складних комунікацій («Що я відчував? Чому так реагував? Як можна було інакше?») допомагає зміцнити навички емоційного контролю та емпатії.

На міжособистісному рівні особливу увагу слід приділяти розвитку комунікативної гнучкості. Ефективне спілкування передбачає здатність слухати, уточнювати, перефразовувати та давати зворотний зв'язок без оцінювання. У команді доцільно впроваджувати принцип «активного слухання» – не лише почути, а й продемонструвати розуміння позиції співрозмовника. Важливим компонентом є навички ненасильницької комунікації (Nonviolent Communication), що базуються на чотирьох кроках: спостереження, почуття, потреба, прохання. Використання таких формулювань, як «Мені здається...», «Я відчуваю...», «Мені важливо, щоб...» замість «Ти завжди...», «Ти не розумієш...» суттєво знижує рівень напруженості.

На командному рівні важливим завданням є підвищення рівня психологічної безпеки – створення атмосфери довіри, у якій кожен може висловлювати думку без страху осуду. Для цього доцільно впроваджувати регулярні командні зустрічі, під час яких обговорюються як професійні, так і міжособистісні питання. Ефективним інструментом є короткі «дефузійні» наради – щотижневі обговорення складних випадків із метою не лише розподілу функцій, а й обміну емоційними враженнями. Керівнику важливо демонструвати відкритість до зворотного зв'язку, визнавати власні помилки й підтримувати ініціативність підлеглих. За результатами нашого дослідження, високий рівень психологічної безпеки прямо пов'язаний із низьким рівнем емоційного виснаження та більшою схильністю до співробітництва у конфліктах.

Окремим напрямом є профілактика професійного вигорання, що виявилось однією з основних причин конфліктності. Доцільно забезпечити раціональний розподіл навантаження, чергування видів діяльності, можливості коротких відпочинків під час робочого дня. Працівникам важливо надавати підтримку не лише інституційного, а й емоційного характеру – створити умови

для «професійного спілкування без пацієнтів», де можна обмінюватися досвідом і знімати напруження. Для зниження рівня вигорання ефективними є групові психологічні інтервенції – тренінги стресостійкості, релаксаційні сесії, майстер-класи з тайм-менеджменту.

Для керівника мультидисциплінарної команди ключовим завданням є забезпечення прозорості функціональних ролей і відповідальності кожного фахівця. Наявність чітко окреслених меж компетенцій суттєво знижує ризик перетину ролей, який у нашому дослідженні виявився одним із головних джерел напруженості. Рекомендується створити й документально затвердити «матрицю відповідальності команди» (RACI-матрицю), де визначено, хто за що відповідає, хто консультує, хто виконує. Крім того, доцільно проводити короткі щоденні «брифінги на початок дня», що дозволяють координувати дії та запобігати непорозумінням.

Для керівника важливо дотримуватись принципів фасилітативного управління – не нав'язувати рішення, а сприяти обговоренню та пошуку спільних варіантів. Роль лідера полягає у підтриманні балансу між завданнями та стосунками в команді, у здатності бачити та розв'язувати приховані конфлікти до їх ескалації. Ефективним інструментом є впровадження «зворотного зв'язку 360°», коли кожен член команди може висловити свої думки щодо процесів роботи без страху санкцій.

Окремий блок рекомендацій стосується діяльності клінічного психолога відділення, який виконує функції посередника, діагноста та фасилітатора у команді. З огляду на результати дослідження, саме психолог має стати ініціатором системної роботи з розвитку емоційного інтелекту, профілактики вигорання та формування культури ненасильницької комунікації. До його завдань входить проведення психодіагностики конфліктологічних умінь і рівня психологічної безпеки у команді, а також відстеження динаміки цих показників після тренінгових втручань. Психолог може проводити щоквартальні короткі опитування або індивідуальні консультації для виявлення прихованих конфліктів і емоційного виснаження працівників.

Рекомендовано також запровадити цикл коротких навчально-практичних тренінгів: «Емоційна саморегуляція в професійній діяльності», «Емпатійна комунікація та активне слухання», «Попередження професійного вигорання», «Медіація в командній взаємодії». Під час тренінгів доцільно використовувати реальні кейси з практики відділення, розбираючи типові конфліктні ситуації та варіанти їх конструктивного розв'язання.

Під час проходження переддипломної практики нами було розроблено та проведено з колективом відділення соціальна гра «Міст довіри» (див. Додаток Ж), метою якої стало згуртування колективу, покращення взаєморозуміння та розвиток навичок ефективної взаємодії між працівниками. Гра продемонструвала позитивний результат та також може бути рекомендована для проведення психологом серед працівників.

Таким чином, запропонований комплекс заходів спрямований не лише на подолання вже наявних конфліктів, а й на формування стійкої психологічної культури команди, де кожен її член відчуває свою значущість, безпеку та відповідальність за спільний результат. Системне впровадження цих рекомендацій сприятиме підвищенню ефективності командної взаємодії, зниженню професійного вигорання та покращенню якості реабілітаційної допомоги пацієнтам.

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження проблеми психологічних механізмів управління конфліктами мультидисциплінарних командах реабілітаційного центру дозволило зробити наступні висновки:

Дослідження психологічних механізмів управління конфліктами в мультидисциплінарних командах є важливим і своєчасним, адже воно дозволяє глибше зрозуміти чинники ефективної взаємодії, профілактики емоційного виснаження та підтримання професійної стійкості персоналу.

Аналіз сучасних наукових публікацій і міжнародного досвіду свідчить, що ефективне функціонування мультидисциплінарних команд неможливе без розвитку психологічної безпеки, емоційної компетентності та чіткої комунікативної структури, що регулює незгоду та попереджає ескалацію конфліктів. Психологічні механізми управління конфліктами у професійних командах поєднують когнітивні (усвідомлення причин і динаміки конфлікту), емоційні (саморегуляція, емпатія) та поведінкові (стратегії взаємодії, посередництво) компоненти, що забезпечують конструктивне вирішення суперечностей і збереження командної цілісності. Дослідження українських і зарубіжних авторів підтверджують, що конфлікт у мультидисциплінарному середовищі має складну багаторівневу природу, зумовлену поєднанням особистісних, організаційних і контекстуальних чинників. Особливої ваги набувають феномени професійного вигорання, рольової невизначеності, перевантаження та емоційної напруги, які виступають тригерами деструктивної поведінки.

Розроблено та обґрунтовано комплекс взаємодоповнювальних психодіагностичних методик, спрямованих на всебічне вивчення когнітивних, емоційних і поведінкових складових управління конфліктами в мультидисциплінарних командах. Вибір інструментарію ґрунтувався на системному підході до аналізу конфліктної взаємодії, а також на необхідності

оцінки як індивідуальних особливостей фахівців, так і психологічного клімату команди.

За результатами анкетування виявлено, що конфлікти в мультидисциплінарній команді мають переважно ситуативний, функціональний характер і виникають здебільшого через комунікативні труднощі, перевантаження персоналу, нечіткість розподілу функцій і професійні розбіжності між фахівцями різного профілю. Хоча у структурі взаємодії наявні певні напруження, загалом у колективі зберігається сприятливий психологічний клімат, взаємоповага й орієнтація на співпрацю. Вибір стратегій реагування на конфлікт залежить від професійної ролі: лікарі частіше демонструють суперництво, психологи – компроміс і співробітництво, а асистенти та медсестри – уникнення як форму самозахисту. Недостатній рівень підготовки у сфері конфлікт-менеджменту поєднується з високим потенціалом розвитку медіаторських умінь і емоційної компетентності, що свідчить про внутрішні ресурси команди для підвищення ефективності взаємодії та попередження конфліктів у професійному середовищі.

Результати емпіричного дослідження показали, що психологічні механізми управління конфліктами в мультидисциплінарних командах мають багаторівневу структуру, у якій поведінкові стратегії, когнітивні уміння, емоційна саморегуляція та соціально-психологічний клімат взаємопов'язані й визначають ефективність командної взаємодії. Найпоширенішими стратегіями поведінки в конфліктах є суперництво та компроміс, тоді як співробітництво та пристосування більш характерні для фахівців психологічного профілю. Це свідчить про залежність конфліктної поведінки від професійної ролі та статусу в команді. Рівень сформованості конфліктологічних умінь у більшості учасників є середнім, що означає наявність базових навичок управління конфліктами, але недостатню здатність до їхнього послідовного застосування. Найрозвиненішим компонентом виступає здатність виконувати роль посередника, тоді як реагування на критику та попередження виникнення невдоволення залишаються найуразливішими аспектами. Психологічна безпека

команди оцінюється на середньому рівні, з певними відмінностями залежно від ієрархічної позиції фахівців, що відображає як загальну довіру у взаємодії, так і наявність структурних бар'єрів для відкритого обговорення проблем.

Отримані результати підтвердили ключову роль емоційних факторів у регуляції конфліктної поведінки. Помірний рівень професійного вигорання, зокрема високе емоційне виснаження та часткова деперсоналізація, свідчить про поступове зниження енергетичного ресурсу команди, що зменшує здатність до саморегуляції та підвищує ймовірність емоційних реакцій у ситуаціях суперечностей. Водночас достатньо високі показники емпатії, розпізнавання емоцій інших і емоційної усвідомленості демонструють наявність компенсаторного ресурсу – емоційного інтелекту, який пом'якшує наслідки стресу й сприяє конструктивній взаємодії. Працівники з вищим рівнем емоційного інтелекту частіше обирають співробітництво та компроміс, краще сприймають критику, легше виконують роль посередників і зберігають здатність до емпатії навіть в умовах емоційного навантаження. Це дозволяє розглядати розвиток емоційного інтелекту, підвищення психологічної безпеки та профілактику вигорання як основні напрями підвищення ефективності управління конфліктами в мультидисциплінарних командах реабілітаційних відділень.

Результати кореляційного аналізу засвідчили наявність цілісної системи взаємозв'язків між поведінковими, когнітивними, емоційними та соціально-психологічними компонентами управління конфліктами у мультидисциплінарних командах. Найбільш значущими є позитивні кореляції стратегій співробітництва та компромісу з емоційним інтелектом, психологічною безпекою та конфліктологічними вміннями, що свідчить про визначальну роль емоційної зрілості, комунікативної відкритості та когнітивного контролю у виборі конструктивних способів реагування на суперечності. Водночас виявлені негативні зв'язки між уникненням і суперництвом з емоційним інтелектом та психологічною безпекою підтверджують, що низький рівень емоційної саморегуляції та довіри у

колективі підвищує ймовірність деструктивних форм поведінки. Професійне вигорання має зворотні кореляції з емоційним інтелектом і психологічною безпекою, що вказує на його роль як дестабілізуючого чинника командної взаємодії. Найсильніший негативний зв'язок зафіксовано між емоційним інтелектом і вигоранням, що підтверджує захисну функцію емоційної саморегуляції та емпатії в умовах підвищеного стресу.

Розроблено комплекс практичних рекомендацій з управління конфліктами в мультидисциплінарних командах реабілітаційних відділень, який ґрунтується на результатах проведеного емпіричного дослідження, аналізі сучасних наукових підходів і практичного досвіду роботи з командами різного профілю. Запропонований комплекс може бути використаний як орієнтовна програма психологічного супроводу та розвитку командної взаємодії у медичних і реабілітаційних закладах, спрямована на зниження конфліктності, підвищення ефективності спілкування та зміцнення емоційної стійкості персоналу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бахмутова Л., Мірошніченко О. Домінуючі стилі поведінки в конфліктних ситуаціях серед фахівців, що працюють в екстремальних умовах. *Організаційна психологія. Економічна психологія*. 2024. № 31(1). С. 80-92. <https://doi.org/10.31108/2.2024.1.31.7>
2. Бочелюк В.Й., Бочелюк В.В. Методика та організація наукових досліджень із психології: Навч. пос. Київ : Центр учбової літератури, 2021. 360 с.
3. Букач О. П., Білик Г. А., Гук А. М., Звір В. А. Діагностика та профілактика емоційного вигорання у викладачів-лікарів. *Науковий вісник МДУ. Серія «Педагогіка та психологія»*. 2022. Т. 8, № 2. С. 40–45.
4. Вахоцька І. Психологічні особливості поведінки у конфлікті. *Вісник Національного університету оборони України*. 2022. № 66(2). С. 18–24. <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2022-66-2-18-24>
5. Волошина І., Крупський О. Емоційний інтелект як фактор успішного управління командами. *Challenges and Issues of Modern Science*. 2024. № 3. С. 188-195.
6. Євтушенко Н.О., Ковальчук О.В. Причини виникнення конфліктів на підприємстві та шляхи їх вирішення. *Економіка. Менеджмент. Бізнес*. 2023. № 1-2 (41). С. 76-80. DOI: 10.31673/2415-8089.2023.121501
7. Загутіна-Візер Я., Денисюк О. Принципи міждисциплінарної взаємодії фахівців команди супроводу молодших школярів з особливими освітніми потребами. *Ввічливість. Humanitas*. 2023. № 2. С. 38–44, doi: <https://doi.org/10.32782/humanitas/2023.2.6>
8. Карамушка Л. М., Креденцер О. В., Терещенко О. В., Лагодзінська В. І., Івків В. М., Ковальчук О. С. Методи дослідження психологічного здоров'я та благополуччя персоналу організації: психологічний практикум. Київ : Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2023. 76 с.

9. Карамушка Л. М. Психічне здоров'я персоналу організацій в умовах війни : Навч.-методичний посібник. Київ : Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2023. 124 с.
10. Карамушка Л.М., Дзюба Т.М. Психологія управління конфліктами в організації (на матеріалі діяльності освітніх організацій): Монографія. Київ. Полтава, 2009. 268 с.
11. Кокур О. М. та ін. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами : метод. посіб. Київ: 7БЦ, 2023. 175 с.
12. Кочерга А., Бондар-Підгурська О. Формування класифікації конфліктів як складова конфлікт-менеджменту. *Економіка та суспільство*. 2023. № 58. DOI: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2023-58-3>
13. Кравченко К., Соколіна О., Юркова О., Подковка О. Обґрунтування міждисциплінарного підходу у вивченні маркерів психічних станів комбатантів. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Військово-спеціальні науки*. 2024. № 4 (60). С. 15-25. DOI: <https://doi.org/10.17721/1728-2217.2024.60.15-25>
14. Лазос Г. П. Психологи і війна: зміна парадигми надання психологічної допомоги. *Організаційна психологія. Економічна психологія*. 2022. № 3 (72). С. 37-47. URL: <https://doi.org/10.31108/2.2022.3.27.3>
15. Олійник М. Дослідження синдрому вигорання. КПТорієнтована модель допомоги при емоційному вигоранні. Львів : УІКПТ, 2021. URL: <https://icbt.org.ua/wp-content/uploads/2021/08/Oliynyk-M.-KPT-oriyentovana-model-dopomogy-pry-emotsiynomu-vygoranni.pdf>
16. Орап М. О., Вершигора С.І. Теоретичний аналіз понять «Конфлікт» та «конфліктна поведінка особистості». *Наукові записки. Серія «Психологія»*. 2025. Вип. 1 (7). С. 94 - 100. DOI <https://doi.org/10.32782/cusu-psy-2025-1-12>
17. Про затвердження Положення про мультидисциплінарну команду при закладах охорони здоров'я, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам із онкологічними захворюваннями : Наказ МОЗ України від

- 02.10.2024 № 1680. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/z1548-24> (дата звернення: 15.10.2025).
18. Про затвердження форми первинної облікової документації № 044-1 «Результати обговорень мультидисциплінарної реабілітаційної команди...» та Інструкції щодо її заповнення : Наказ МОЗ України від 17.05.2023 № 915. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/z1161-23> (дата звернення: 15.03.2025).
 19. Проблеми та перспективи медичної реабілітації осіб з інвалідністю війни : аналітична записка / НІСД, 06.08.2025. URL: <https://niss.gov.ua/doslidzhennya/sotsialna-polityka/problemy-ta-perspektyvy-medychnoyi-reabilitatsiyi-invalidiv-viyny> (дата звернення: 15.08.2025).
 20. Проект наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження стандарту реабілітаційної допомоги «Надання реабілітаційної допомоги при травмах спинного мозку»: МОЗ України, 2025. URL: <https://moz.gov.ua/uk/povidomlennya-pro-oprilyudnennya-proyektu-nakazu-ministerstva-ohoroni-zdorov-ya-ukrayini-pro-zatverdzhennya-standartu-reabilitacijnoyi-dopomogi-nadannya-reabilitacijnoyi-dopomogi-pri-travmah-spinnogo-mozku> (дата звернення: 15.10.2025).
 21. Реабілітація травм війни в Україні. URL: <https://rehabilitation.org.ua/> (дата звернення 15.08.2025)
 22. Сушик І. В. Сушик О.Г. Управління конфліктами як компетенція соціального менеджера. *Менеджмент та підприємництво в Україні: етапи становлення та проблеми розвитку*. 2025. № 1 (13). С. 120-132. <https://doi.org/10.23939/smeu2025.01.120>
 23. Тест за методикою К. Томаса «Визначення стилю поведінки в конфліктній ситуації». URL: https://osnova.com.ua/test-za-metodikoyu-k-tomasa-viznachennya-stilyu-povedinki-v-konfliktniy-situatsii/?srsltid=AfmBOooERLaQCbwTAmAyuxba3k1_32HBVjzNWkGs4Z2_U2QGKdPEm2-L (дата звернення 10.02.2025)

24. Харченко Т. Соціально-психологічні аспекти менеджменту персоналу в контексті соціальної відповідальності підприємства. *Економіка та суспільство*. 2022. № 43. DOI: 10.32782/2524-0072/2022-43-12.
25. Чорна В. В. та ін. Емоційне вигорання фахівців мультидисциплінарних команд закладів охорони здоров'я: аналіз зарубіжного досвіду. *Trauma*. 2025. № 26(3). С. 165–179. doi:10.22141/1608-1706.3.26.2025.1017.
26. Allvin R., Thompson C., Edelbring S. Assessment of interprofessional competence in undergraduate health professions education: protocol for a systematic review of self-report instruments. *Syst Rev*. 2020. No. 9(1):142. doi: 10.1186/s13643-020-01394-7.
27. Blakeney E.A., Chu F., White A.A., et al. A scoping review of new implementations of interprofessional bedside rounding models to improve teamwork, care, and outcomes in hospitals. *J Interprof Care*. 2024. No 38(3). P. 411-426. doi:10.1080/13561820.2021.1980379
28. Critical condition: violence against health care in conflict. *Insecurity Insight*. 2023. URL: <https://insecurityinsight.org/wp-content/uploads/2024/05/2023-SHCC-Critical-Conditions.pdf> (дата звернення 16.03.2025)
29. Cucolo D.F., de Campos Oliveira J.L., Rossit R.A.S., Mininel V.A., Perroca M.G., Silva J.A.M.D. Effects of interprofessional practice on nursing workload in hospitals: A systematic review. *Int J Health Plann Manage*. 2024. No 39(3). P. 824-843. doi:10.1002/hpm.3779
30. De Dreu C. K. W., Weingart L. R. Task versus relationship conflict: A meta-analysis. *J. Applied Psychology*. 2003. No 88(4). P. 741–749.
31. Delak B., Širok K. Physician-nurse conflict resolution styles in primary health care. *Nurs Open*. 2022. No 9(2). P. 1077-1085. doi: 10.1002/nop2.1147.
32. Golyk V. Development of rehabilitation system in Ukraine: before, in a midst and after the war. *WHO Early Rehab training*. URL: <https://isprm.org/wp-content/uploads/2023/07/Volodymyr-Golyk-Ukraine-Rehab-ISPRM-Cartegena.pdf> (дата звернення: 15.03.2025)

33. Gunasingha R.M.K.D., Lee H.J., Zhao C., Clay A. Conflict resolution styles and skills and variation among medical students. *BMC Med Educ.* 2023. No 23(1):246. doi: 10.1186/s12909-023-04228-x.
34. Ito A., Sato K., Yumoto Y., Sasaki M., Ogata Y. A concept analysis of psychological safety: Further understanding for application to health care. *Nurs Open.* 2022. No 9(1). P. 467-489. doi: 10.1002/nop2.1086
35. LaPlante R.D., Ponte P.R., Magny-Normilus C. Essential elements and outcomes of psychological safety in the healthcare practice setting: A systematic review. *Applied Nursing Research.* 2025. Volume 83: 151946. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2025.151946>.
36. Lawry L.L., Janvrin M., Korona-Bailey J., et al. Health System Organization and Logistics of Trauma Care Since the Russian Invasion of Ukraine: A Qualitative Assessment. *Inquiry.* 2025. No 62: 469580251333327. doi:10.1177/00469580251333327
37. Orchard C., King G., Tryphonopoulos P., Gorman E., Ugirase S., Lising D., Fung K. Interprofessional Team Conflict Resolution: A Critical Literature Review. *J Contin Educ Health Prof.* 2024. No 44(3). P. 203-210. doi: 10.1097/CEH.0000000000000524.
38. Putz F., Kattan E., Maestre J.M. Use of clinical simulation to train healthcare teams in conflict management: A scoping review. *Enferm Clin (Engl Ed).* 2022. No 32(1). P. 21-32. doi: 10.1016/j.enfcl.2021.03.001.
39. Tjan T.E., Wong L.Y., Rixon A. Conflict in emergency medicine: A systematic review. *Acad Emerg Med.* 2024. No 31(6). P. 538-546. doi: 10.1111/acem.14874.
40. Vu V., Buléon C., Le T.A., Lua C.C.P., Martin F., Minehart R., Macaire P. Changing minds, saving lives: how training psychological safety transforms healthcare. *BMJ Open Qual.* 2025. No 14(2):e003186. doi: 10.1136/bmjopen-2024-003186.

41. Whitehorn A. Conflict resolution in healthcare settings: staff conflicts. *JBI Global Evidence*. URL: <https://jbi.global/sites/default/files/2020-05/12418%20Conflict%20Resolution.pdf> (дата звернення 15.03.2025)

ДОДАТКИ

Додаток А

Анкета для фахівців мультидисциплінарної команди реабілітаційного центру

I. Загальні відомості.

1. **Вік:** _____
2. **Стать:**
☐ Чоловіча ☐ Жіноча
3. **Освіта:**
☐ Середня спеціальна ☐ Вища медична ☐ Вища немедична ☐ Інше
 (вказати): _____
4. **Посада / професійна роль у мультидисциплінарній команді:**
☐ Лікар-реабітолог
☐ Лікар з лікувальної фізкультури
☐ Лікар-педіатр
☐ Лікар-невролог
☐ Лікар ортопед-травматолог
☐ Лікар ортопед-травматолог дитячий
☐ Лікар-терапевт
☐ Лікар-психотерапевт
☐ Логопед
☐ Ерготерапевт
☐ Фізичний терапевт
☐ Клінічний психолог
☐ Асистент фізичного терапевта
☐ Асистент ерготерапевта
☐ Медична сестра ЛФК
5. **Стаж професійної діяльності (років):** _____
6. **Досвід роботи у мультидисциплінарній команді:**
☐ Менше 1 року ☐ 1–3 роки ☐ 3–5 років ☐ Понад 5 років

II. Особливості командної взаємодії

7. **Як часто у вашій команді виникають конфліктні ситуації?**
☐ Дуже часто ☐ Іноді ☐ Рідко ☐ Майже ніколи
8. **Які причини конфліктів у вашій команді трапляються найчастіше (можна обрати кілька варіантів):**
☐ Розбіжності у професійних підходах
☐ Невизначеність або перетин функціональних ролей
☐ Недостатність комунікації між фахівцями
☐ Перевантаження або нерівномірний розподіл обов'язків
☐ Відмінності у цінностях, світогляді, стилях роботи
☐ Особистісна несумісність членів команди
☐ Інше (вказати): _____
9. **Як ви зазвичай реагуєте на конфліктну ситуацію?**
☐ Намагайтесь уникнути конфлікту
☐ Шукаю компроміс

- ☐ Відстоюю свою позицію
 - ☐ Пропоную обговорення з усією командою
 - ☐ Звертаюсь до керівництва або координатора команди
 - ☐ Інше: _____
10. **Як ви оцінюєте загальний рівень психологічного клімату у вашій команді?**
☐ Дуже сприятливий ☐ Скоріше сприятливий ☐ Напружений ☐ Конфліктний
11. **Чи відчуваєте ви підтримку з боку колег та керівництва у конфліктних ситуаціях?**
☐ Так, завжди ☐ Частково ☐ Рідко ☐ Ніколи
12. **Як часто вам доводиться виступати посередником (медіатором) у конфлікті між іншими членами команди?**
☐ Часто ☐ Іноді ☐ Рідко ☐ Ніколи
13. **На вашу думку, наскільки ефективно команда вирішує конфліктні ситуації?**
☐ Дуже ефективно ☐ Достатньо ефективно ☐ Частково ефективно ☐ Неефективно
14. **Чи проходили ви навчання або тренінги, пов'язані з емоційною компетентністю чи управлінням конфліктами?**
☐ Так ☐ Ні
15. **Які особисті якості, на вашу думку, найбільше допомагають уникати або вирішувати конфлікти в роботі мультидисциплінарної команди?**
-

**Опитувальник «Типи поведінки в конфлікті» К. Томаса, Р. Кілманна
(ТКІ) в адаптації Н. Грішиної**

1.

- а) Іноді я надаю можливість іншим узяти на себе відповідальність за розв'язання спірного питання.
- б) Перш ніж обговорювати те, у чому ми не дійшли згоди, я намагаюся звернути увагу на те, із чим ми обидва погоджуємося.

2.

- а) Я намагаюся знайти компромісне рішення.
- б) Я намагаюся владнати справу з урахуванням інтересів іншого і власних.

3.

- а) Зазвичай я наполегливо намагаюся досягти свого.
- б) Я намагаюся заспокоїти іншого і здебільшого зберегти наші стосунки.

4.

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

5.

- а) Налагоджуючи спірну ситуацію, я повсякчас намагаюся знайти підтримку в іншого.
- б) Я намагаюся зробити все, щоб уникнути напруження.

6.

- а) Я намагаюся уникнути прикрощів.
- б) Я намагаюся досягти свого.

7.

- а) Я намагаюся відкласти розв'язання спірного питання, щоб згодом зробити це остаточно.
- б) Я вважаю за можливе поступитися одним, щоб досягти іншого.

8.

- а) Зазвичай я наполегливо намагаюся досягти свого.
- б) Я насамперед намагаюся чітко з'ясувати те, у чому полягають усі порушені інтереси й питання.

9.

- а) Вважаю, що не завжди варто хвилюватися через якісь розбіжності, що виникають.
- б) Я докладую всіх зусиль, щоб досягти свого.

10.

- а) Я наполегливо прагну досягти свого.
- б) Я намагаюся знайти компромісне рішення.

11.

- а) Насамперед я намагаюся чітко з'ясувати те, у чому полягають усі порушені інтереси й питання.
- б) Я намагаюся заспокоїти іншого й здебільшого зберегти наші стосунки.

12.

- а) Я завжди уникаю позиції, що може викликати суперечки.
- б) Я даю можливість іншому мати свою думку, якщо він також іде мені назустріч.

13.

- а) Я пропоную серединну позицію.
- б) Я наполягаю, щоб усе було зроблено по-моєму.

14.

- а) Я повідомляю іншому свою думку й запитую про його погляди.

б) Я намагаюся довести іншому логіку й переваги моїх поглядів.

15.

а) Я намагаюся заспокоїти іншого й здебільшого зберегти наші стосунки.

б) Я намагаюся зробити все необхідне, щоб уникнути напруженості.

16.

а) Я намагаюся не зачепити почуттів іншого.

б) Я намагаюся переконати іншого в перевазі моєї позиції.

17.

а) Зазвичай я наполегливо намагаюся досягти свого.

б) Я намагаюся зробити все, щоб уникнути марної напруженості.

18.

а) Якщо це зробить іншого щасливим, я дам йому можливість наполягти на своєму.

б) Я даю можливість іншому мати свою думку, якщо він також іде мені назустріч.

19.

а) Передусім я намагаюся чітко з'ясувати те, у чому полягають усі порушені інтереси й спірні питання.

б) Я намагаюся відкласти рішення спірного питання, щоб згодом розв'язати його остаточно.

20.

а) Я намагаюся негайно подолати наші розбіжності.

б) Я намагаюся знайти найкраще поєднання вигод і втрат для нас обох.

21.

а) Під час переговорів я намагаюся бути уважним до бажань іншого.

б) Я завжди схильюся до прямого обговорення проблеми.

22.

а) Я намагаюся знайти серединну позицію між моєю думкою та думкою іншої людини.

б) Я відстоюю свої бажання.

23.

а) Як правило, я турбуюся про те, щоб задовольнити бажання кожного з нас.

б) Іноді я надаю можливість іншим узяти на себе відповідальність за розв'язання спірного питання.

24.

а) Якщо позиція іншого видається мені важливою, я намагатимуся йти назустріч його бажанням.

б) Я намагаюся переконати іншого дійти компромісу.

25.

а) Я намагаюся довести іншому логіку й переваги моїх поглядів.

б) Ведучи переговори, я намагаюся бути уважним до бажань іншого.

26.

а) Я пропоную серединну позицію.

б) Я майже завжди стурбований тим, щоб задовольнити бажання кожного з нас.

27.

а) Зазвичай я уникаю позиції, що може викликати суперечки.

б) Якщо це зробить іншого щасливим, я дам йому можливість наполягти на своєму.

28.

а) Зазвичай я наполегливо намагаюся досягти свого.

б) Налагоджуючи ситуацію, я намагаюся знайти підтримку в іншого.

29.

а) Я пропоную серединну позицію.

б) Вважаю, що не завжди варто хвилюватися через якісь розбіжності, що виникають.

30.

а) Я намагаюся не зачіпати почуттів іншого.

б) Я завжди дотримуюся такої позиції в спірному питанні, щоб досягти успіху.

Ключ до опитувальника

1. Суперництво: 3А, 6Б, 8А, 9Б, 10А, 13Б, 14Б, 16Б, 17А, 22Б, 25А, 28А.
2. Співробітництво: 2Б, 5А, 8Б, 11А, 14А, 19А, 20А, 21Б, 23Б, 26Б, 28Б, 30Б.
3. Компроміс: 2А, 4А, 7Б, 10Б, 12Б, 13А, 18Б, 22А, 23А, 24, 26А, 29А.
4. Уникнення: 1А, 5Б, 6А, 7А, 9А, 12А, 15Б, 17Б, 19Б, 20Б, 27А, 29Б.
5. Пристосування: 1Б, 3Б, 4Б, 11Б, 15А, 16А, 18А, 21 А, 24А, 25, 27Б, 30А.

Методика «Управління міжособистісними конфліктами»**(Д. Веттен, К. Камерон)**

Шкала оцінювання: 1 бал – цілком не згоден; 2 бали – не згоден; 3 бали – швидше не згоден; 4 бали – швидше згоден; 5 балів – згоден; 6 балів – цілковито згоден.

Коли я помічаю, що дії іншої людини потребують корекції, то:

1. Виражаючи своє невдоволення, прагну не образити особистість і не звинувачую її в тому, що вона дбає лише про власні інтереси.
2. Розповідаючи про свої сумніви, я говорю про них як про власні проблеми.
3. Я стисло описую проблему в контексті ситуації, її наслідки, а також почуття, які вона викликала в мене.
4. Я чітко визначаю порушені стандарти й очікування, що не справдилися.
5. Я висуюю конкретну пропозицію, деталізуючи найбільш суттєвий варіант.
6. Я наполегливо пояснюю власну точку зору, допоки інша людина її не зрозуміє.
7. Я підтримую двосторонню комунікацію шляхом заохочення у співрозмовникові бажання висловити власне бачення проблеми й поставити запитання.
8. Якщо мене бентежить одразу кілька проблем, я розглядаю їх послідовно.

Коли хто-небудь жаліється на те, що я зробив:

9. Я шукаю позицію нашої взаємної узгодженості.
10. Я виявляю щирий інтерес а увагу до будь-якої думки, навіть якщо я з нею не згоден.
11. Я не намагаюся виправдовуватися або захищатися.
12. Я намагаюся отримати додаткову інформацію: ставлю допоміжні запитання, спрямовані на те, щоб отримати конкретну й розгорнуту інформацію.
13. Я не розпорошую, а концентрую увагу на якійсь окремо взятій проблемі.
14. Я віднаходжу такі аргументи критики, з якими можу погодитися.
15. Я прошу співрозмовника сформулювати, якою він хотів би бачити мою поведінку.
16. Я намагаюся досягти узгодженості в плані дій.

Коли конфліктують дві інші особи, а я відіграю роль посередника (медіатора):

17. Я визнаю наявність конфлікту й ставлюсь до нього, як до серйозного й важливого явища.
18. Я допомагаю учасникам конфлікту встановити умови зустрічі для вирішення ситуації шляхом визначення проблеми й часу, необхідного для його врегулювання.
19. Я не приймаю позиції жодної сторони, зберігаючи нейтралітет.
20. Я допомагаю конфліктуючим сторонам зосередити увагу на тому, як впливає конфлікт на результати праці.
21. Я фокусую комунікації на проблемі, а не на особистостях.
22. Я безумовно прагну до того, щоб жодна сторона не домінувала в обговоренні проблеми.
23. Я допомагаю сторонам у пошукові можливих альтернатив рішення проблеми.
24. Я допомагаю учасникам знайти таке рішення, у якому вони дійдуть згоди.

Ключ:

- Попередження виникнення невдоволення (запитання 1 – 8);
Реакція на критику (запитання 9 – 16);
Роль посередника у вирішенні конфлікту (запитання 17 – 24).

**Твердження методики «Шкала психологічної безпеки» А. Едмондсон
(Edmondson Team Psychological Safety Scale)**

1. Якщо ви робите помилку під час командної роботи, це завжди використовується проти вас.
2. Члени цієї команди вміють піднімати проблеми і складні питання.
3. Члени цієї команди іноді відкидають інших за те, що вони відрізняються.
4. У цій команді безпечно ризикувати.
5. Важко просити про допомогу інших членів цієї команди.
6. Ніхто з цієї команди навмисно не діяв би так, щоб підірвати мої зусилля.
7. Працюючи з членами цієї команди, мої унікальні навички та таланти цінуються та використовуються.

Методика діагностика професійного вигорання МВІ (К. Маслач, С. Джексон в адаптації Н. Водоп'янової)

Інструкція. Будь ласка, дайте відповідь, як часто у зв'язку з Вашою професійною діяльністю в ЗВО у Вас виникають почуття, перелічені нижче. Для цього до кожного пункту оберіть варіант відповіді: «ніколи», «дуже рідко», «деколи», «часто», «дуже часто», «кожний день».

1. Я почуваю себе емоційно знищеним.
2. Після роботи я почуваюся як вичавлений лимон.
3. Зранку я відчуваю втому і небажання йти на роботу.
4. Я добре розумію, що відчувають мої підлеглі й колеги, і стараюся враховувати це в інтересах справи.
5. Я відчуваю, що спілкуюся з деякими підлеглими й колегами як з предметами (без тепла і симпатії до них).
6. Після роботи хочеться на деякий час усамітнитися від усіх і всього.
7. Я вмію знаходити правильне рішення в конфліктних ситуаціях, що виникають у розмові з друзями (колегами).
8. Я відчуваю пригніченість і апатію.
9. Я упевнений, що моя робота потрібна людям.
10. Останнім часом я став більш черствим до тих, з ким працюю.
11. Я помічаю, що моя робота дратує мене.
12. У мене багато планів на майбутнє і я вірю у їх здійснення.
13. Моя робота все більше мене розчаровує.
14. Я думаю, що дуже багато працюю.
15. Буває, що дійсно мені байдуже те, що відбувається з ким-небудь із моїх підлеглих і колег.
16. Мені хочеться усамітнитися і відпочити від усього.
17. Я легко можу створити атмосферу доброзичливості і співпраці в колективі.
18. Під час роботи я відчуваю приємне задоволення.
19. Завдяки своїй роботі я вже зробив у житті багато дійсно цінного.
20. Я відчуваю байдужість і втрату цікавості до всього, що задовольняло б мене в моїй роботі.
21. На роботі спокійно справляюсь з емоційними проблемами.
22. Останнім часом я бачу, що друзі і підлеглі все частіше перекладають на мене тягар своїх проблем та обов'язків.

Ключ

Емоційне виснаження – запитання 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20 (максимальна бал – 54).

Деперсоналізація – запитання 5, 10, 11, 15, 22 (максимальний бал – 30).

Редукція особистих досягнень – запитання 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 (максимальний бал – 48).

Методика «Оцінка емоційного інтелекту» (Н. Холл)

1. Для мене як негативні, так і позитивні емоції служать джерелом знання про те, як чинити в житті.
2. Негативні емоції допомагають мені зрозуміти, що я повинен змінити у своєму житті.
3. Я спокійний, коли відчуваю тиск з боку.
4. Я здатний спостерігати зміну своїх почуттів.
5. Коли необхідно, я можу бути спокійним і зосередженим, щоб діяти відповідно до запитів життя.
6. Коли необхідно, я можу викликати у себе широкий спектр позитивних емоцій, таких як веселощі, радість, внутрішній підйом і гумор.
7. Я стежу за тим, як я себе відчуваю.
8. Після того як щось засмутило мене, я можу легко впоратися зі своїми почуттями.
9. Я здатний вислуховувати проблеми інших людей.
10. Я не зациклююсь на негативних емоціях.
11. Я чутливий до емоційних потреб інших.
12. Я можу діяти на інших людей заспокоїливо.
13. Я можу змусити себе знову і знову встати перед обличчям перешкоди.
14. Я намагаюся підходити до життєвих проблем творчо.
15. Я адекватно реагую на настрої, спонукання і бажання інших людей.
16. Я можу легко входити в стан спокою, готовності і зосередженості.
17. Коли дозволяє час, я звертаюся до своїх негативним почуттям і розбираюся, в чому проблема.
18. Я здатний швидко заспокоїтися після несподіваного засмучення.
19. Знання моїх справжніх почуттів важливо для підтримки "хорошої форми".
20. Я добре розумію емоції інших людей, навіть якщо вони не виражені відкрито.
21. Я можу добре розпізнавати емоції за виразом обличчя.
22. Я можу легко відкинути негативні почуття, коли необхідно діяти.
23. Я добре вловлюю знаки у спілкуванні, які вказують на те, в чому інші потребують.
24. Люди вважають мене добрим знавцем переживань інших.
25. Люди, які усвідомлюють свої справжні почуття, краще управляють своїм життям.
26. Я здатний поліпшити настрій інших людей.
27. Зі мною можна порадитися з питань відносин між людьми.
28. Я добре налаштовуюся на емоції інших людей.
29. Я допомагаю іншим використовувати їх спонукання для досягнення особистих цілей.
30. Я можу легко відключитися від переживання неприємностей.

Ключ:

Емоційна усвідомленість – питання 1, 2, 4, 17, 19, 25.

Керування власними емоціями – питання 3, 7, 8, 10, 18, 30.

Самотивація – питання 5, 6, 13, 14, 16, 22.

Емпатія – питання 9, 11, 20, 21, 23, 28.

Розпізнавання емоцій інших людей – питання 12, 15, 24, 26, 27, 29.

Соціальна гра «МІСТ ДОВІРИ»

Мета: згуртування колективу, покращення взаєморозуміння та розвиток навичок ефективної взаємодії між працівниками.

Кількість учасників: 5-15 осіб

Час проведення: 40-60 хвилин

Матеріали:

- Стікер-папірці або картки
- Маркери
- Стрічка (щоб символічно «побудувати міст»)
- Листи А4 для записів
- Паперові цеглинки (вирізані прямокутники) для побудови «мосту»

Хід гри

1. Вступ (5 хвилин)

Пояснення мети гри: створити «міст довіри», який символізує міцні та доброзичливі стосунки в колективі. Для цього кожен учасник зробить свій внесок у будівництво цього символічного мосту.

2. Знайомство (5 хвилин)

Кожен учасник називає своє ім'я та одну позитивну якість, яку цінує у колег.

3. Основна частина – створення «цеглинок довіри» (20–30 хвилин)

Кожен учасник отримує 2–3 паперові цеглинки. На кожній потрібно написати:

- Одне позитивне спостереження або комплімент колезі (наприклад: «Я ціную твою доброзичливість» або «Завжди можу звернутися до тебе за допомогою»).
- Або подяку за спільну роботу («Дякую за підтримку у складних ситуаціях»).

Усі цеглинки по черзі зачитуються і викладаються в рядок, створюючи символічний «міст довіри».

4. Колективна вправа «Ми – команда» (10 хвилин)

Коли міст створено, учасники стають у коло. Кожному пропонується поділитися своїми думками:

- Що сподобалося у грі?
- Що нового дізналися про колег?
- Як можна зміцнювати довіру в повсякденній роботі?

5. Підбиття підсумків (5 хвилин)

Психолог підсумовує, наголошує на важливості підтримки та взаєморозуміння у роботі, особливо у медичному середовищі, де співпраця напряду впливає на якість допомоги пацієнтам.

Результат:

- Підвищення згуртованості колективу.
- Посилення позитивної атмосфери.
- Формування культури подяки та підтримки.
- Виявлення сильних сторін кожного працівника.